



DAV

DEUTSCHE
AKTUARVEREINIGUNG e.V.

Fachgrundsatz der Deutschen Aktuarvereinigung e. V.

**Erstellung und Inhalte
Technischer Berechnungsgrundlagen
in der privaten Krankenversicherung**

Hinweis

Köln, den 27.01.2021

Präambel

Die Deutsche Aktuarvereinigung (DAV) e. V. hat entsprechend dem Verfahren zur Feststellung von Fachgrundsätzen vom 25. April 2019 den vorliegenden Fachgrundsatz festgestellt.¹

Fachgrundsätze zeichnen sich dadurch aus, dass sie

- aktuarielle und berufsständische 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 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 Aktuare der Krankenversicherung. Sie gilt nicht für die Lebens- und Sachversicherung.

Inhalt des Hinweises

Seit den Richtlinien zur Erstellung Technischer Geschäftspläne von Hartmut Herde, welche die Aufsichtsbehörde in den siebziger Jahren veröffentlicht hat, haben sich vielfältige weitere Anforderungen an die Technischen Berechnungsgrundlagen ergeben. Der Ausschuss Krankenversicherung der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV) e. V. sah daher die Notwendigkeit, diese Richtlinien zu sichten, zu überarbeiten und an die neuen rechtlichen, organisatorischen, strukturellen und technischen Gegebenheiten anzupassen.

Dafür wurde eine Arbeitsgruppe vom Ausschuss Krankenversicherung der DAV einberufen, die den vorliegenden Hinweis erstellt hat. Der Hinweis stellt Anforderungen und Empfehlungen zur umfassenden Belegung der Rechnungsgrundlagen für die Erstellung und Fortschreibung Technischer Berechnungsgrundlagen dar.

1 Der Vorstand dankt der Arbeitsgruppe „Erstellung und Inhalte Technischer Berechnungsgrundlagen in der privaten Krankenversicherung“ des DAV-Ausschusses Krankenversicherung ausdrücklich für die geleistete Arbeit, namentlich Helga Riedel (Leitung), Pascal Becker, Norbert Bleckmann, Dieter Förster, Stefan Imholz, Svenja Leonhardt, Gerald Meißner, Patric Meyer, Helga Rosenkaimer-Vogt, Hermann Spierling

Verabschiedung

Dieser Hinweis ist durch den Vorstand der DAV am 27.01.2021 verabschiedet worden und ersetzt den gleichnamigen Hinweis vom 23. Juni 2016, der im Rahmen des Revisionsverfahrens für Fachgrundsätze auf inhaltliche Richtigkeit und Aktualität überprüft wurde.

Die Anwendung dieses Hinweises erfolgt ab dem Datum der Bekanntgabe für neue Technische Berechnungsgrundlagen oder umfassende Überarbeitungen. Ältere Technische Berechnungsgrundlagen können anlässlich von Beitragsanpassungen mit Hilfe dieses Hinweises auf Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit überprüft werden.

Inhaltsverzeichnis

A.	Grundsätzliches	6
B.	Hauptteil	8
0.	<i>Übersichten.....</i>	8
1.	<i>Allgemeines.....</i>	8
2.	<i>Rechnungsgrundlagen</i>	9
2.1.	Rechnungszinssatz.....	10
2.2.	Ausscheideordnung.....	10
2.3.	Kopfschaden	11
2.4.	Zuschläge der Einzelversicherung	13
2.5.–2.n.	Zuschläge der Gruppenversicherung, der Sammelinkassoverträge, der Mitarbeiterversicherung, der Kooperationsversicherung (und evtl. weiterer Gruppen), Abschläge bei Jahreszahlung o. ä.....	15
3.	<i>Berechnung der Beiträge für den Neuzugang</i>	15
3.1.	Versicherungstechnische Grundwerte	15
3.2.	Jahresnettobeiträge	16
3.3.	Tarifliche monatliche Beitragsraten in der Einzelversicherung .	16
3.4.–3.i.	Tarifliche monatliche Beitragsraten der Gruppenversicherung usw.....	16
3.(i+1).	Beiträge bei Wegfall oder Hinzunahme bestimmter Leistungen	16
3.(i+2).	Risikozuschläge	17
3.(i+3).	Gesetzlicher Beitragszuschlag.....	17
4.	<i>Berechnung der Beiträge bei Tarifänderungen</i>	17
4.1.	Berechnung der Beiträge bei individuellen Tarifänderungen....	17
4.2.	Berechnung der Beiträge für den Bestand bei Beitragsanpassungen / Sanierungen	18
4.3.	Berechnung der Beitragsermäßigung aus Übertragungswerten	18
4.4.	Berechnung der Beitragsermäßigung für ältere Versicherte	18
5.	<i>Ermittlung der Alterungsrückstellung</i>	19
5.1.	Tarifalterungsrückstellung.....	19
5.2.	Bilanzalterungsrückstellung.....	19
5.3.	Ermittlung der Zusatzrückstellungen zur Beitragsermäßigung im Alter	19

5.4.	Berechnung des Übertragungswertes	19
5.5.	Alterungsrückstellung bei Wegfall oder Hinzunahme bestimmter Leistungen	20
6.	<i>Ermittlung der auslösenden Faktoren</i>	20
6.1.	Allgemeines	20
6.2.	Standardverfahren	20
6.3.	Verfahren mit Stütztarifen	21
6.4.	Auslösender Faktor Leistung	22
6.5.	Auslösender Faktor Sterblichkeit.....	22
7.	<i>Große Anwartschaftsversicherung</i>	22
7.1.	Jahresnettobeiträge	22
7.2.	Zuschläge	22
7.3.	Tarifliche monatliche Beitragsraten	23
7.4.	Anwartschaftsbeiträge nach Tarifänderungen	23
7.5.	Bilanzalterungsrückstellung.....	23
8.	<i>Kleine Anwartschaftsversicherung</i>	23
8.1.	Jahresnettobeiträge	23
8.2.	Zuschläge	24
8.3.	Tarifliche monatliche Beitragsraten	24
8.4.	Anwartschaftsbeiträge nach Tarifänderungen	24
8.5.	Bilanzalterungsrückstellung.....	24
9.-n.	<i>Weitere Besonderheiten</i>	25
C.	Technische Hinweise	26

A. Grundsätzliches

Für jeden Tarif sollte grundsätzlich eine gesonderte Technische Berechnungsgrundlage (TB) erstellt werden. Für mehrere Tarife sollte eine gemeinsame TB nur dann erstellt werden, wenn es sich dabei um weitgehend ähnliche Tarife oder um Tarife mit gemeinsamer Kalkulationsbasis handelt und die erforderliche Übersichtlichkeit nicht beeinträchtigt wird. Insbesondere muss das grundsätzliche Leistungsversprechen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) gleich sein. Gruppenversicherung sollten nur dann Bestandteil der Technischen Berechnungsgrundlage eines Einzeltarifs sein, wenn eine Änderung der Leistungen des Versicherers und Versicherungsnehmers zwangsläufig auch eine Änderung für die Gruppenversicherung nach sich zieht. Insbesondere sollten gleiche Netto-Rechnungsgrundlagen vorliegen.

Sachverhalte, welche eine größere Gruppe von Tarifen betreffen, z. B. eine gemeinsame Kalkulationsbasis oder gegenseitige Stützung, können in Rahmen-Berechnungsgrundlagen (Rahmen-TB) abgehandelt werden. Dabei ist allerdings in den Tarif-TBs die Vollständigkeit zu gewährleisten. So kann Anpassungsbedarf nur in einem Teil der Beobachtungseinheiten und Tarife dazu führen, dass in einer TB verschiedene Versionen einer Rahmen-TB gelten. Daher ist an jeder Stelle innerhalb der TB, die von einem Rahmen-TB abgehandelt werden, für jede Beobachtungseinheit auf die zugehörige Version des Rahmen-TB zu verweisen.

Eine TB muss strukturell und inhaltlich den Kriterien der Vollständigkeit, Nachvollziehbarkeit und Übersichtlichkeit genügen. Die Vollständigkeit bezieht sich auf die Darstellung und Belegung sämtlicher Rechnungsgrundlagen und statistischen Daten, die die Ermittlung der Prämien und Deckungsrückstellungen in nachvollziehbarer Weise ermöglichen. Die Nachvollziehbarkeit ist dabei erst ab einem bestimmten Verdichtungsgrad des Datenmaterials möglich (z. B. rohe Kopfschäden). Insbesondere sind für alle Rechengrößen die Rundungsvorschriften zu definieren und nach der Rundung sind die Rechengrößen mit allen Nachkommastellen anzugeben, die für die weiteren Berechnungen herangezogen werden. Die Übersichtlichkeit dient der Verschlankeung von Arbeitsabläufen innerhalb des Unternehmens und insbesondere auch in Bezug auf die Schnittstellen (Unternehmen/Treuhänder/BaFin). Nur so kann eine TB gerichtsfest sein.

Da jede TB verschiedene Beobachtungseinheiten mit unterschiedlichen Anpassungsrhythmen enthält, helfen tabellarische Darstellungen an vielen Stellen der Übersichtlichkeit.

In diesem Papier wird davon ausgegangen, dass eine TB aus einem Abschnittsteil und einem Anlagenteil sowie eventuell Anhängen besteht. Die Reihenfolge und grundsätzliche Nummerierung richten sich nach der bereits von Hartmut Herde in der Ausarbeitung „Erstellung Technischer Geschäftspläne in der privaten Krankenversicherung“² verwendeten Form, da diese sich bewährt haben und noch

2 Hartmut Herde: *Erstellung Technischer Geschäftspläne in der privaten Krankenversicherung*, Versicherungswirtschaft, Heft 17, S. 967–982. Vgl. auch *Standardisierung von Technischen*

in den meisten Unternehmen verwandt werden. Die Nummerierung der Anlagen und Anhänge richtet sich nach der Nummerierung der Abschnitte. D. h. zum Beispiel: Anlagen 5 bis 5.i.j gehören zu Abschnitt 5. Gibt es zu einem Abschnitt keine Anlagen, fehlt auch diese Anlagennummer. Einzelne Unternehmen mögen hier andere Begrifflichkeiten nutzen oder die Zuordnung zu Abschnitten, Anlagen und Anhängen anders vornehmen, was den inhaltlichen Ansatz nicht in Frage stellt. Auch die Nummerierungen in den Unterabschnitten gerade gegen Ende der Kapitel unterscheidet sich bei den einzelnen Unternehmen, z. B. je nachdem wie viele Sonder-Personengruppen unterschieden werden. Grundsätzlich soll dieses Papier dazu dienen, die Vollständigkeit der eigenen TBs zu überprüfen.

Der Abschnittsteil sollte die grundsätzlichen Festlegungen der TB enthalten, welche sich nie oder selten ändern. Alles, was sich regelmäßig bei einer Beitragsanpassung/Sanierung ändern kann, sollte in den Anlagen (und Anhängen) abgehandelt werden. Im Folgenden wird nicht nach Anlagenteil und Anhängen unterschieden.

Eine TB sollte historisiert mit einer eindeutigen Versionsnummer versehen werden. Dies gilt auch für Rahmen-TBs, damit die Zuordnungen für die einzelnen Beobachtungseinheiten eindeutig benannt werden können.

Bei der Erstellung und Weiterentwicklung der TBs sind zu den einzelnen Kapiteln alle einschlägigen von der DAV verabschiedeten Fachgrundsätze zu beachten. Wegen der sich stetig erweiternden Liste dieser Richtlinien wird darauf verzichtet, in den einzelnen Kapiteln entsprechende Verweise aufzunehmen.

Alle Aufzählungen sind – soweit nicht ausdrücklich anders erwähnt – weder abschließend noch endgültig. Sie werden im Laufe der Zeit – insbesondere aufgrund besserer und neuerer Erkenntnisse sowie künftiger Forderungen auch von dritter Seite an die private Krankenversicherung – verändert, d. h. verbessert und ergänzt werden müssen.

B. Hauptteil

0. Übersichten

Abschnitt

Die TB beginnt mit einem Abschnitt 0, der Inhaltsverzeichnis, Symbolverzeichnis und Dokumentation der Änderungen über die Historie eines Tarifs enthält. Dieser Abschnitt sollte in der Regel der Einzige im Abschnittsteil sein, der bei jeder Änderung angepasst wird. In der Änderungshistorie sollten bei jeder Änderung aufgeführt werden:

- Änderungsnummer und Anlass der Änderung
- Wirksamkeitsdatum der Änderung
- Rechtsgrundlage gemäß Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) zur bestandswirksamen Änderung unter Angabe der auslösenden Faktoren (AF Schaden/AF Sterblichkeit)
- Wesentliche durchgeführte Änderungen z.B. eine Selbstbehaltsanpassung
- Durch die Änderung betroffene abgeleitete Bestimmungen, wie z. B. für die Anwartschaftsversicherung
- Datum der Treuhänderzustimmung der vorherigen Änderung

Wegen besserer Lesbarkeit und Übersichtlichkeit empfiehlt es sich, obige Angaben in der Historie tabellarisch in geeigneter Gruppierung darzustellen.

Wird mit Austauschseiten gearbeitet, sollte hier auch eine Tabelle aufgeführt werden, welche die entfallenden Blätter und die dagegen einzutauschenden bzw. neu aufzunehmenden Blätter auflistet. Dabei sind Seitenumbrüche zu beachten sowie eventuelle zweiseitige Drucke.

Außerdem ist anzuführen, wenn sich etwas in einer Rahmen-TB ändert, welche Bestandteil der TB ist. Handelt es sich dagegen um eine Rahmen-TB, die also aus dem Folgenden nur einen oder wenige Aspekte enthält, sollte hier aufgeführt werden, für welche Tarife diese Rahmen-TB gilt.

1. Allgemeines

Abschnitt

Dieser Teil der TB sollte grundlegende Informationen zum Tarif bzw. der Tarifgruppe enthalten:

- Nach Namensänderungen historisiert die Namen des Tarifs (wird der Tarif im Verkauf anders benannt, sollte auch dies erwähnt werden)
- Die Beobachtungseinheiten, die der Tarif umfasst
- Hinweis auf alle gültigen AVB (auch auf mögliche besondere Bedingungen/ Vereinbarungen)
- Ist der Tarif substitutiv oder nicht-substitutiv?
- Ist der Tarif nach Art der Leben oder nach Art der Schaden?

- Ist der Tarif arbeitgeberzuschussfähig gemäß § 257 SGB V?
- Wird für den Tarif der gesetzliche Zuschlag erhoben?
- Handelt es sich um einen Bausteintarif und wenn ja, welche anderen Tarife sind mit ihm abschließbar?³
- Ist der Tarif geschlechtsabhängig oder geschlechtsunabhängig kalkuliert?
- Wie ist der versicherbare Personenkreis definiert?
- Ist der Tarif für das Neugeschäft verkaufsoffen oder nicht?
- Handelt es sich um einen Tarif der alten oder der neuen Welt?
- Die Leistungsbeschreibung
- Ist es ein Tarif mit absoluten und/oder prozentualen Selbstbehalten?
- Welche Rahmen-TB in welchen Versionen für welche Beobachtungseinheiten gelten (auch hier empfiehlt sich eine Tabelle mit eindeutiger Zuordnung der jeweiligen Rahmen-TB (Versionsnummer) zur jeweiligen Beobachtungseinheit)

Anlage

Als Anlage sollen die AVBs des Tarifs und ggf. der Stütztarife beigefügt werden. Dazu gehören auch alle übrigen möglichen Vertragsunterlagen, wie z. B. eine Mitarbeitervereinbarung.

Auch die Höhe und die Entwicklung der Selbstbehalte für die einzelnen Beobachtungseinheiten sind wegen der stetigen Anpassung Objekte für die Anlage.

2. Rechnungsgrundlagen

Die allgemeinen Bestimmungen hierzu finden sich in § 2 und § 3 Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV).

Abschnitt/Anlage

Die allgemeinen Bestimmungen hierzu finden sich in § 2 KVAV.

Die hier heute noch übliche Aufstellung der Änderungsdaten der einzelnen Rechnungsgrundlagen kann entfallen, da sie durch die Änderungshistorie in Abschnitt 0 ersetzt wird. Soll sie weiter auch hier aufgeführt werden, gehört sie in den Anlagenteil.

Als Übergreifendes zu allen Rechnungsgrundlagen kann hier bei geschlechtsabhängigen Tarifen der Nachweis der Geschlechtsabhängigkeit durch Verweis auf öffentliche Statistiken geführt werden.

Bei Unisexтарifen können die Methoden und Herleitungen der geschlechtsunabhängig kalkulierten Rechnungsgrundlagen in den jeweiligen Kapiteln (Sterbetafel, Stornowahrscheinlichkeiten und Kopfschäden) dargestellt werden. Andere Möglichkeiten sind ein gesondertes Kapitel oder eine Rahmen-TB (dies nur bei Sterbe- und Stornotafeln). Bei der Darstellung ist darauf zu achten, dass immer

³ Gerade bei umfangreichen Tarifwerken sprengt eine Aufzählung solcher Tarife den Rahmen. Dort reicht es, Eigenschaften der mit dem Tarif abschließbaren Tarife zu benennen.

die der Ermittlung zugrundeliegenden Bestandsdaten mitangegeben werden. In diesem Papier wird in den einzelnen Kapiteln auf das Thema eingegangen.

Auf die Dokumentation der Rechnungsgrundlagen geht die KVAV in § 9 Dokumentationspflichten ein: „Alle rechnungsmäßigen Ansätze hat das Versicherungsunternehmen in überprüfbarer Weise zu belegen.“ Für alle Rechnungsgrundlagen gilt damit, dass sie nachzuweisen und zu begründen sind. In den Anlagen ist auch jeweils das Endalter anzugeben.

2.1. Rechnungszinssatz

Die Bestimmungen hierzu finden sich in § 4 KVAV.

Abschnitt

Im Abschnittsteil ist die Methode anzugeben, wie der Rechnungszins nachgewiesen wird.

Anlage

Hier ist auf jeden Fall der AUZ anzugeben. Auch ist zu erläutern, ob dieser mit Hilfe einer der zulässigen Optionen ermittelt wurde. Darüber hinaus ist darzulegen, welche durchschnittliche Länge von Beitragsanpassungszyklen für die Ableitung des Rechnungszinses zugrunde gelegt wird und zu welchem Ergebnis die Extrapolation führt. Sollte aufgrund der geänderten Kapitalmarktsituation oder unternehmensspezifischer Aspekte - im Einklang mit der Richtlinie „Der actuarielle Unternehmenszins in der privaten Krankenversicherung (AUZ)“ - eine Modifikation des Extrapolationsverfahrens verwendet oder auf die Extrapolation verzichtet werden, so ist die Abweichung darzustellen und zu begründen. Bei der Darstellung ist zu beachten, dass für jede Beobachtungseinheit der gültige Rechnungszins mit den zugehörigen Basisdaten aufzuführen ist, um den entsprechenden Überblick auch für die nicht in der Anpassung befindlichen Beobachtungseinheiten und Tarifeile zu erhalten.

2.2. Ausscheideordnung

Die Bestimmungen hierzu finden sich in § 5 KVAV.

Die Ausscheideordnung gliedert sich in die Rechnungsgrundlagen Sterbewahrscheinlichkeiten und Stornowahrscheinlichkeiten. Beide sind gesondert nachzuweisen. Ein Nachweis in Summe entspricht nicht diesen Anforderungen.

2.2.1. Sterbewahrscheinlichkeiten

Abschnitt

Es ist grundsätzlich immer die aktuellste PKV-Sterbetafel zugrunde zu legen. Selbst der Ansatz der PKV-Tafel ist zu begründen, daher ist zu prüfen, ob die Tafel für die jeweils zu erwartende Klientel zutreffend ist. Eine Methode dazu kann im Abschnittsteil angegeben werden. Bei Unisexstarifen ist anzugeben, auf Basis

welcher Bestandsverteilung die Unisex-Sterbetafel ermittelt wird. Die Verwendung/Ermittlung von Zu-/Abschlägen ist hier dem Grunde nach zu erläutern.

Anlage

In der Anlage werden die Sterbewahrscheinlichkeiten aufgeführt, eventuell nötige Daten zur Verwendung der unveränderten PKV-Sterbetafel angegeben und eventuelle Zu- oder Abschläge nachgewiesen. Bei Unisextarifen sind die Bestandszahlen anzugeben, welche als Basis der Ermittlung dienen.

2.2.2. Stornowahrscheinlichkeiten

Abschnitt

Hier sollte dargelegt werden, ob auf eigene Beobachtung zurückgegriffen wird und falls nicht, warum bzw. wann eine Umstellung erfolgt. Bei eigener Beobachtung ist darzulegen, welche Personen-/Tarifgruppen (z. B. Vollkostenversicherung, Beihilfeversicherung usw.) die Basis bilden. Auch die Methode der Ermittlung (Personenzählung mit Elimination von wie vielen Beginnjahren oder nach Alterungsrückstellung⁴) ist darzulegen.

Bei Tarifen der Neuen Welt kann hier für das interne Modell die Methode zur Reduktion der Stornowahrscheinlichkeiten angegeben werden, um den Übertragungswert zu berücksichtigen.

Bei Unisextarifen ist anzugeben, auf der Basis welcher Bestandsverteilung die Unisex-Stornotafel ermittelt wird.

Anlage

In der Anlage werden die Stornowahrscheinlichkeiten aufgeführt und der Vergleich zu den bisher angesetzten Werten dargestellt. Bei eigenen Daten sind die zugehörigen Bestandsdaten mit aufzulisten. Bei Unisextarifen sind zusätzlich die Bestandszahlen anzugeben, welche als Basis der Ermittlung dienen. Neben den eigentlichen Stornowahrscheinlichkeiten können hier auch gesonderte für die Weiterentwicklung des 10-Prozent-Zuschlags und der §-150-Mittel angegeben werden.

2.3. Kopfschaden

Bestimmungen hierzu finden sich in § 6 sowie in §§ 25, 27 KVAV.

⁴ Die Richtlinie "Festlegung von Stornotafeln in der privaten Krankenversicherung" ist zu berücksichtigen.

Abschnitt

Wie in den anderen Kapiteln sollte auch hier im Abschnittsteil nur Grundsätzliches ausgeführt werden. Dazu gehören:

- Wird auf der Basis von Kopfschäden oder mit Profilen und Grundkopfschaden kalkuliert?
- Werden Grundkopfschäden genutzt, so ist deren Ermittlung zu beschreiben
- Wird mit tarifeigenen Daten oder mit Daten aus Stütztarifen oder öffentlichen Daten kalkuliert (Stütztarif kann z. B. sein: Daten aus RePortal, Daten aus unternehmenseigenen Tarifen oder Tarifgemeinschaften)
- Bei tarifeigener Datenbasis: Was wird bei nicht ausreichend besetzten Altersbereichen zu Grunde gelegt?
- Bei Stützdaten: Warum sind die Stützdaten geeignet (bezüglich Leistungen und bezüglich des Personenkreises) und wie werden Faktoren bei Leistungsabweichungen oder besonderen Zielgruppen des Tarifs ermittelt?
- Gibt es besondere Leistungen wie z. B. Optionen und wie werden diese eingepreist?
- Wie viele Beginnjahre werden eliminiert?
- Die Daten aus wie vielen Jahren werden (mindestens) herangezogen?
- Wie werden die Kurven geglättet/ausgeglichen?
- Wie werden die Schäden abgegrenzt und wie werden die Schäden des letzten Jahres hochgerechnet?
- Wenn Großschäden eliminiert werden: Nach welchen Kriterien und wie werden sie gedeckt?
- Wie wird der Trend ermittelt zur Berechnung der Kopfschäden – auch im Unterschied zum Trend bei den Auslösenden Faktoren – und wie viele Jahre werden zugrunde gelegt?
- Bei Bisextarifen: Wie werden die Schwangerschafts- und Mutterschaftskosten ermittelt und verteilt?
- Bei Unisextarifen: Mit welchen Bestandsverteilungen werden die Kopfschäden gemittelt?
- Bei Tarifen mit Selbstbehalt: Abhängigkeit der Kopfschäden vom Selbstbehalt?

Anlage

In der Anlage sind die Bestandsdaten in der Altersverteilung der eigenen Beobachtungseinheit sowie beim – auch teilweisen – Rückgriff auf Stützdaten die dort zugrunde liegenden Bestände zu listen.

In der Anlage müssen nachvollziehbar die Kopfschäden hergeleitet werden. Dazu können beginnend mit den Rohdaten alle Schritte bis zu der fertigen Kopfschadenreihe detailliert dargestellt werden. Hierzu gehört z. B. auch die Herleitung eventueller Faktoren, die auf Stützdaten angewandt werden. Bei abweichenden Selbsthalten ist das Verfahren zur Umrechnung der Kopfschäden auf einen anderen Selbstbehalt darzustellen. Es ist nachzuweisen, dass die Kopfschäden ausreichend sicher sind.

Auch ein Vergleich der sich ergebenden Kopfschadenreihe (vor Extrapolation) mit öffentlichen Daten kann dargestellt werden.

Wird mit Profilen und Grundkopfschaden gearbeitet, so ist für jede der beiden Komponenten die ausreichende Sicherheit nachzuweisen.

Bei Bisextarifen sind die erforderlichen Daten zur Ermittlung und Verteilung der Schwangerschafts- und Mutterschaftskosten anzugeben.

Bei Unisextarifen ist – soweit Kopfschäden geschlechtergetrennt vorliegen – die Bestandsverteilung als Basis der Ermittlung anzugeben.

Auch die Ermittlung des Trends ist nachvollziehbar auszuführen.

Den für die aktuelle Kalkulation ermittelten Daten sollten – zumindest für das Ergebnis, eventuell aber auch für Zwischenschritte – die entsprechenden Daten nach der vorherigen Kalkulation gegenübergestellt werden. Gerade hierzu sollten auch Grafiken zur besseren Übersichtlichkeit hinzugefügt werden. Auch die Angabe der je Altersgruppe einzelnen und einer mittleren Erhöhung hätte hier ihren Platz. Hierzu könnte auch ein bestandsgewichteter Vergleich des alten mit dem neuen rechnungsmäßigen Schaden gehören, um den Bezug zum Auslösenden Faktor herzustellen.

Werden für irgendeinen Schritt Daten aus dem RePortal herangezogen, so sind die RePortal-Version, das Datum der Auswertung und die Tabelle der verwendeten Parameter anzugeben.

2.4. Zuschläge der Einzelversicherung

Die Kalkulationsverordnung zählt die Zuschläge abschließend auf:

- § 7 KVAV Sicherheitszuschlag und
- § 8 KVAV Grundsätze für die Bemessung der sonstigen Zuschläge mit:
 1. die unmittelbaren Abschlusskosten,
 2. die mittelbaren Abschlusskosten,
 3. die Schadenregulierungskosten,
 4. die sonstigen Verwaltungskosten,
 5. der Zuschlag für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung,
 6. bei substitutiven Krankenversicherungen den Zuschlag zur Umlage der Begrenzung der Beitragshöhe im Basistarif gemäß § 154 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG),
 7. für den Basistarif zusätzlich den Zuschlag zur Umlage der Mehraufwendungen durch Vorerkrankungen,
 8. den Zuschlag für den Standardtarif.

2.4.1. Sicherheitszuschlag

Abschnitt

Auch für die Höhe des Sicherheitszuschlages sollte vor dem Hintergrund möglicher Änderungen grundsätzlich eine Begründung aufgenommen werden.

Auch sollte erwähnt werden, dass Rundungen in der Beitragsberechnung zu Gunsten oder zu Lasten des Sicherheitszuschlags gehen (dies könnte auch Platz in Kapitel 3 finden).

Anlage

Da ein Sicherheitszuschlag, wenn überhaupt, nur selten geändert wird, erübrigt sich hierzu eine regelmäßige Anlage. Bei unterschiedlichen Sicherheitszuschlägen z. B. in verschiedenen Tarifen innerhalb einer TB ist eine Übersicht in der Anlage allerdings sinnvoll.

2.4.2. Kosten

Abschnitt

Die Kosten beinhalten die Ziffern 1 bis 4 in § 8 KVAV. Im Abschnitt sollten die Grundsätze der Ermittlung dargelegt werden. Eine besondere Ermittlung für die Kostenansätze für Kinder und Jugendliche ist zu begründen.

Weitergehende Bestimmungen hierzu finden sich in § 8 Abs. 2 bis 4 KVAV sowie in § 27 KVAV. Die Vorgehensweise bei der Umrechnung der Kostenzuschläge für die Beobachtungseinheiten der Männer, Frauen und Erwachsenen ist zu beschreiben.

Anlage

In der Anlage sind die einzelnen Kostenansätze in ihrer Herleitung nachzuweisen. Sofern Wartezeit- und Selektionsersparnisse zur Deckung unmittelbarer Abschlusskosten herangezogen werden, ist hier ein entsprechender Nachweis zu führen. Hieraus sollten sich auch die Zahlenangaben zur Kostenumrechnung entnehmen lassen.

2.4.3. Zuschläge für Standardtarif und Basistarif

Kalkulatorisch relevante Bestimmungen hierzu finden sich in § 8 Abs. 5 KVAV.

Abschnitt

Die Ermittlung für die Teile, die durch den Pool bedingt sind, ist in den TBs des Standardtarifs und des Basistarifs beschrieben und deren Höhe hergeleitet. Für den Teil, welcher durch die diversen Selbstbehalte und Standardannahmen beim Unternehmen verbleibt, ist hier dessen Ermittlung zu beschreiben. Es kann auch für den jeweils gesamten Zuschlag in Summe der unternehmensindividuelle Nachweis erfolgen

Anlage

Hier ist der unternehmensindividuelle Teil zu berechnen und mit dem poolrelevanten Teil darzustellen.

2.4.4. Zuschlag für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung

Eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung ist derzeit nicht allgemein verbreitet. Ob diese durch einen Zuschlag nachgewiesen und abgebildet werden kann oder zutreffender in die Kopfschäden integriert wird, ist dem Nachweis durch die betroffenen Unternehmen überlassen.

2.4.5. Summe der Zuschläge

Anlage

Hier ist die Summe der Zuschläge anzugeben.

2.5.–2.n. Zuschläge der Gruppenversicherung, der Sammelinkassoverträge, der Mitarbeiterversicherung, der Kooperationsversicherung (und evtl. weiterer Gruppen), Abschläge bei Jahreszahlung o. ä.

Abschnitte

Hier sollten die Grundsätze für die besonderen Kostenfestlegungen aufgeführt werden.

Anlagen

In den Anlagen wären sodann die einzelnen Kostenansätze nachzuweisen.

3. Berechnung der Beiträge für den Neuzugang

Relevante Bestimmungen hierzu finden sich in § 10 und § 27 KVAV sowie in Anlage 1 zur KVAV.

Abschnitt

Dieses Kapitel beinhaltet vor allem die Herleitung der Neugeschäftsbeiträge ohne individuelle Zu- und Abschläge. Im Anschluss – auch in einem gesonderten Abschnitt – kann hier auch noch darauf eingegangen werden, wie sich der individuelle Neugeschäftsbeitrag durch Zu- und Abschläge (z. B. Risikozuschlag, Übertragungswert) darstellt.

Des Weiteren sollte hier folgendes angegeben werden:

- Mit welcher Methode wird das Eintrittsalter ermittelt?
- Wie sind die Altersgruppen/-bereiche im Tarif definiert?
- Wie wird bei Altersumstellung vorgegangen
- Besteht eine Altersabhängigkeit eines Zuschlags auf den Beitrag?

Anlage

Die Angabe und der Umfang von Beispielrechnungen zur Plausibilisierung sind mit dem Treuhänder abzustimmen.

3.1. Versicherungstechnische Grundwerte

Abschnitt

Hier sind die Formeln anzugeben.

Anlage

Die Anlage sollte die Tabelle der Kommutationswerte beinhalten. Aus der Tabellenüberschrift sollte insbesondere auch der unterlegte Rechnungszins hervorgehen.

3.2. Jahresnettobeiträge

Abschnitt

Hier sind die Formeln anzugeben. Darüber hinaus ist festzulegen, wie die Beiträge für Personen oberhalb des Endalters (in den Tabellen) ermittelt werden.

Anlage

Die Anlage beinhaltet die Jahresnettobeiträge.

Bei Beitragsanpassungen können – sofern gewünscht – hier auch die alten Jahresnettobeiträge und deren Veränderung dargestellt werden.

3.3. Tarifliche monatliche Beitragsraten in der Einzelversicherung

Abschnitt

Hier sind die Formeln anzugeben. Außerdem sind die Nachlässe bei Tarifen mit fallenden Kopfschäden zu beschreiben.

Anlage

Die Anlage beinhaltet die Bruttomonatsbeiträge, dazu bei Beitragsanpassungen idealerweise die vorherigen Beiträge und die Veränderung.

3.4.–3.i. Tarifliche monatliche Beitragsraten der Gruppenversicherung usw.

Abschnitte

Hier sind die Formeln anzugeben.

Anlagen

Hier sind eventuell Beitragstabellen anzugeben.

3.(i+1). Beiträge bei Wegfall oder Hinzunahme bestimmter Leistungen

Abschnitt

Werden für bestimmte Versichertengruppen Leistungen hinzugenommen oder ausgeschlossen, so ist das hier zu beschreiben. Dazu gehören auch Ausführungen in Kapitel 5 darüber, wie sich dies auf die Bildung und Entwicklung der Alterungsrückstellung auswirkt.

Anlage

Hier sind ggf. die zugehörigen Beitragstabellen anzugeben.

3.(i+2). Risikozuschläge

Abschnitt

Das Verfahren zur Erhebung von Risikozuschlägen (prozentual oder absolut) ist zu beschreiben.⁵

Anlage

Eine Anlage hierzu dürfte sich erübrigen.

3.(i+3). Gesetzlicher Beitragszuschlag

Abschnitt

Das Verfahren zur Erhebung des gesetzlichen Beitragszuschlags ist zu beschreiben.

Anlage

Eine Anlage hierzu dürfte sich erübrigen.

4. Berechnung der Beiträge bei Tarifänderungen

4.1. Berechnung der Beiträge bei individuellen Tarifänderungen

Relevante Bestimmungen hierzu finden sich in §§ 12, 13 und 14 KVAV sowie in Anlage 1 zur KVAV.

Abschnitt

Inhalte des Abschnittes sind:

- Unterschiede bei Zugang aus gleichartigem oder nicht gleichartigem Versicherungsschutz
- Definition für Höher- und Tieferstufungen

5 Welcher Risikozuschlag sich aus einer Vorerkrankung ergibt, ist nicht Teil einer TB.

- Die Kappung der Anrechnungen auf ein bestimmtes Alter
- Die Anrechnung von Übertragungswert, Parkrückstellungen, Mitteln aus dem gesetzlichen Beitragszuschlag und §-150(2)-Mitteln
- Berechnung von Risikozuschlag und gesetzlichem Beitragszuschlag

Außerdem sind die Formeln anzuführen.

Anlage

Hierzu ist keine Anlage nötig, eventuell in Absprache mit dem Treuhänder ein Beispiel.

4.2. Berechnung der Beiträge für den Bestand bei Beitragsanpassungen / Sanierungen

Relevante Bestimmungen hierzu finden sich in § 11 KVAV sowie in Anlage 1 zur KVAV.

Abschnitt

Die Beitragsberechnung ist zu beschreiben und die Formeln sind anzugeben. Dabei ist auch auszuführen, wie mit vorhandenen Risikozuschlägen und dem gesetzlichen Beitragszuschlag verfahren wird. Zusätzlich beinhaltet der Abschnitt das Verfahren zur Anrechnung von (Teil-)Beträgen aus den Mitteln aus dem gesetzlichen Beitragszuschlag und den §-150(2)- und §-150(4)-Mitteln bei den entsprechenden Altersgrenzen. Werden Gruppenversicherungen anders behandelt, so ist dies zu beschreiben.

Anlage

Hier wäre darzulegen, ob und wie eine Limitierung durchgeführt wird. Dazu können gewisse Kennziffern angegeben werden, wie z. B. entnommene RfB-Mittel. Die Auswirkungen der Beitragsanpassung können in einer Matrix angegeben werden, z. B. mit Beispielversicherten oder es werden Maxima genannt. Diese Inhalte ergeben sich aus der Diskussion mit dem Treuhänder.

4.3. Berechnung der Beitragsermäßigung aus Übertragungswerten

Relevante Bestimmungen hierzu finden sich in § 14 KVAV.

Abschnitt

Falls hierfür dies gesonderte Kapitel eingeführt wird, sind hier die Formeln anzugeben.

Anlage

Diese ist nicht erforderlich, es sei denn der Treuhänder wünscht ein Beispiel.

4.4. Berechnung der Beitragsermäßigung für ältere Versicherte

Abschnitt

Hier sind die Formeln für folgende Fälle anzugeben:

- Jährliche Auskehrung von Mitteln gemäß § 150 Abs. 3 VAG (die sich aus dem gesetzlichen Zuschlag und den Zinserträgen gemäß § 150 Abs. 2 VAG ergeben) an die über 80-jährigen Versicherten außerhalb einer Beitragsanpassung
- Verwendung von Mitteln gemäß § 150 Abs. 4 VAG

Anlage

Diese kann evtl. Beispiele enthalten.

5. Ermittlung der Alterungsrückstellung

Die Bestimmungen hierzu finden sich in § 3 und § 18 KVAV.

5.1. Tarifierungsrückstellung

Abschnitt

Dieser beinhaltet die Formeln.

Anlage

Hier kann ein Beispiel für die Entwicklung der Alterungsrückstellung und des Übertragungswertes einer Person aufgenommen werden.

5.2. Bilanzalterungsrückstellung

Relevante Bestimmungen hierzu finden sich in § 18 KVAV.

Abschnitt

Hier stehen die Formeln.

Anlage

Hier ist bei Zillmerung der Nachweis zu führen, dass die Gesamalterungsrückstellung eines Zugangsjahres im Tarif höchstens vier Jahre und jede Einzelalterungsrückstellung nicht länger als fünfzehn Jahre und nicht länger als die Hälfte der tariflich vorgesehenen künftigen Vertragsdauer negativ ist (§ 8 Abs. 3 KVAV).

5.3. Ermittlung der Zusatzrückstellungen zur Beitragsermäßigung im Alter

Abschnitt

Hier sind die Hintergründe und Formeln für folgende Fälle anzugeben:

- Rechnungsmäßige Weiterentwicklung und jährliche Zuschreibung der Zusatzrückstellung gemäß § 150 Abs. 1 und 2 VAG
- Rechnungsmäßige Weiterentwicklung und jährliche Zuschreibung der Zusatzrückstellung aus dem Gesetzlichen Zuschlag gemäß § 149 VAG
- Berechnung der Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung gemäß § 150 Abs. 4 VAG

Anlage

Diese kann evtl. Beispiele enthalten.

5.4. Berechnung des Übertragungswertes

Relevante Bestimmungen hierzu finden sich in § 14 KVAV.

Abschnitt

Dieser enthält die Formeln.

Anlage

Diese kann evtl. Beispiele enthalten.

5.5. Alterungsrückstellung bei Wegfall oder Hinzunahme bestimmter Leistungen

Abschnitt

Werden für bestimmte Versichertengruppen Leistungen hinzugenommen oder ausgeschlossen (s. Abschnitt 3.(i+1).), hat dies auch Auswirkungen auf die Bildung und Entwicklung der Alterungsrückstellung. Dies ist hier darzustellen.

Anlage

Diese kann evtl. Beispiele enthalten.

6. Ermittlung der auslösenden Faktoren

In diesem Kapitel gibt es keine Anlagen.

Relevante Bestimmungen hierzu finden sich in §§ 15 und 16 KVAV sowie in Anlage 2 zur KVAV.

6.1. Allgemeines

Abschnitt

Hier sollte zuerst auf die Rechtsgrundlagen eingegangen werden, um darzustellen, dass Beitragsanpassungen durchgeführt werden dürfen. Die zugehörigen Paragraphen sind § 203 i. V. m. § 206 VVG, § 155 VAG und entsprechende Paragraphen in den AVB. Grundsätzlich ist alles zu beschreiben, was relevant ist.

Alle Beobachtungseinheiten sind zu definieren. Dabei ist auch auszuführen, welche Personengruppen zusammengefasst werden (z. B. Kinder/Jugendliche, mit/ohne Übertragungswert, Einzel-/Gruppenversicherung). Alle vorgesehenen Sondergruppen sind aufzuführen und einzuordnen.

6.2. Standardverfahren

6.2.1. Bestände

Abschnitt

Es ist darzulegen, wie die zugrunde zu legenden Bestände ermittelt werden – ob mit oder ohne Elimination von Beginnjahren, d.h. wie die Einflüsse von Wartezeit und Selektion eliminiert werden.

6.2.2. Tatsächlicher Schaden

Abschnitt

Zur Ermittlung des tatsächlichen Schadens ist darzustellen, wie die Schadenabgrenzung vorgenommen wird einschließlich der Berechnung des Schadens, der dem jüngsten Jahr zuzuordnen ist. Hierzu gehören auch die Einbeziehung von Risikozuschlägen (brutto oder netto), Optionszuschläge, Großschäden u. ä. sowie die Berücksichtigung der Schwangerschaftskosten-Umlage.

Gemäß § 15 Abs. 2 KVAV gilt: „Soweit sich im Tarif Leistungsänderungen ergeben haben, sind die tatsächlichen Grundkopfschäden auf das aktuelle Leistungsversprechen umzurechnen.“ Zum Beispiel kann sich eine Korrektur der beobachteten Schäden aus Änderungen des Selbstbehaltes innerhalb des Beobachtungszeitraums ergeben. Die Umrechnung ist dezidiert zu beschreiben.

6.2.3. Rechnungsmäßiger Schaden

Abschnitt

Hier ist die entsprechende Formel anzugeben – für alle Beobachtungseinheiten – unter Berücksichtigung der gleichen Bestände wie für den tatsächlichen Schaden.

6.2.4. Besonderheiten

Abschnitt

Hier können die Besonderheiten wegen Unisex dargestellt werden. Falls noch ein zusätzlicher Sachverhalt existiert, kann er auch hier aufgeführt werden.

6.3. Verfahren mit Stütztarifen

Abschnitt

Falls die Auslösenden Faktoren aus Stütztarifen gerechnet werden, sollte dies an dieser Stelle dargelegt werden. Dabei sind die Stütztarife zu nennen und für die Punkte nach 6.2.1 bis 6.2.4 ist die Ermittlung aus den Stütztarifdaten darzulegen.

Gerade bei neu eingeführten Tarifen (z. B. Unisextarife) ist für die Übergangszeit, bis dort genügend große Bestände existieren, genau darzustellen, welche Bestände und Schäden in welchem Geschlechterverhältnis herangezogen werden. Bei im Bestand abnehmenden Tarifen (z.B. Bisextarife) ist eine analoge Beschreibung der Schwellenwerte für den möglichen Übergang auf Stützverfahren notwendig.

6.4. Auslösender Faktor Leistung

Abschnitt

Hier stehen die Formeln für die Ermittlung der erforderlichen Versicherungsleistungen unter Berücksichtigung der Werte aus den Abschnitten 6.2.1 bis 6.2.4 bzw. 6.3. Darüber hinaus sind hier formelmäßig die Ermittlung des Auslösenden Faktors Leistung sowie die Entscheidungsregeln darzustellen.

6.5. Auslösender Faktor Sterblichkeit

Abschnitt

Hier sollte der Leistungsbarwert für den Auslösenden Faktor Sterblichkeit definiert werden, d. h. ohne Berücksichtigung der Stornowahrscheinlichkeiten und unter Beibehaltung des aktuellen, kalkulatorisch berücksichtigten Rechnungszinssatzes. Bei Unisex sind die zugrundeliegenden Bestände zu definieren. Im Übrigen sind die Formeln anzugeben.

7. Große Anwartschaftsversicherung

Abschnitt

Der Personenkreis ist zu definieren und die Grundsätze sind zu beschreiben.

7.1. Jahresnettobeiträge

Abschnitt

Hier sollte formelmäßig beschrieben werden, wie sich der Beitrag aus dem nebenher zu führenden Grundtarif errechnet.

Anlage

Die der Herleitung zugrunde liegenden, aus den Grundtarifen abgeleiteten (Zwischen-)Ergebnisse wären hier aufzuführen. Auf eine Auflistung der Anwartschaftsbeiträge kann i. A. verzichtet werden, wenn sich diese als Prozentsatz der Beiträge des Grundtarifs ergeben.

7.2. Zuschläge

Abschnitt

Die Zuschläge, die sich von den in Abschnitt 2.4 nachgewiesenen unterscheiden, sind zu beschreiben, auf die übrigen ist zu verweisen.

Anlage

Die betragsmäßig festgelegten Zuschläge sind herzuleiten und aufzulisten, desgleichen andere, welche sich ändern können und von denen in Abschnitt 2.4 verschieden sind.

7.3. Tarifliche monatliche Beitragsraten

Abschnitt

Hier stehen die Formeln.

Anlage

Hier sind die Beiträge gelistet. Auf eine Auflistung der Anwartschaftsbeiträge kann i. A. verzichtet werden, wenn sich diese als Prozentsatz der Beiträge des Grundtarifs ergeben.

7.4. Anwartschaftsbeiträge nach Tarifänderungen

7.4.1. Individuelle Tarifänderungen

Abschnitt

Die Formeln in Bezug auf den Grundtarif sind darzustellen.

Anlage entfällt.

7.4.2. Beitragsanpassungen/Sanierungen

Abschnitt

Die Formeln in Bezug auf den Grundtarif sind darzustellen.

Anlage entfällt.

7.5. Bilanzalterungsrückstellung

Abschnitt

Die Formeln in Bezug auf den Grundtarif sind darzustellen.

Anlage

Hier kann ein Beispiel aufgeführt werden.

8. Kleine Anwartschaftsversicherung

Abschnitt

Der Personenkreis ist zu definieren und die Grundsätze sind zu beschreiben.

8.1. Jahresnettobeiträge

Abschnitt

Hier ist formelmäßig zu beschreiben, wie sich der Beitrag aus dem nebenher zu führenden Grundtarif errechnet.

Anlage

Die Beiträge sind aufzuführen.

8.2. Zuschläge

Abschnitt

Die Zuschläge, die sich von den in Abschnitt 2.4 und 7.2 nachgewiesenen unterscheiden, sind zu beschreiben, auf die übrigen ist zu verweisen.

Anlage

Die betragsmäßig festgelegten Zuschläge sind herzuleiten und aufzulisten; desgleichen andere, welche sich ändern können und die von denen in Abschnitt 2.4 verschieden sind.

8.3. Tarifliche monatliche Beitragsraten

Abschnitt

Hier stehen die Formeln.

Anlage

Hier sind die Beiträge gelistet.

8.4. Anwartschaftsbeiträge nach Tarifänderungen

8.4.1. Individuelle Tarifänderungen

Abschnitt

Die Formeln in Bezug auf den Grundtarif sind darzustellen.

Anlage entfällt.

8.4.2. Beitragsanpassungen/Sanierungen

Abschnitt

Die Formeln in Bezug auf den Grundtarif sind darzustellen.

Anlage entfällt.

8.5. Bilanzalterungsrückstellung

Abschnitt

Die Formeln zur Weiterentwicklung einer evtl. bei Wechsel in die kleine Anwartschaft vorhandenen Alterungsrückstellung sind darzustellen.

Anlage

Hier kann ein Beispiel aufgeführt werden.

9.–n. Weitere Besonderheiten

Wenn besondere Personengruppen oder auch besondere Sachverhalte nicht in den einzelnen bisher aufgeführten Kapiteln behandelt werden sollen, können gesonderte Kapitel dafür angefügt werden.

C. Technische Hinweise

Die Seiten einer TB sollten in den Kopf- bzw. Fußzeilen folgendes enthalten:

- Name der Gesellschaft
- Name der TB
- Handelt es sich um Abschnitts-, Anlagen- oder Anhangseiten?
- Abschnitts-/Anlagen-/Anhangnummer
- Blattnummer
- Änderungsdatum
- Änderungsnummer

Das Vorgehen der Übermittlung der TBs an die Treuhänder und die BaFin ist zwischen Unternehmen und Treuhänder bzw. BaFin individuell abzustimmen.

Im Folgenden dazu einige allgemeine Hinweise: Die BaFin wünscht vollständige TBs im gängigen PDF-Format, keine Austauschseiten. Vollständig bedeutet bei der Arbeit mit Rahmen-TBs, dass der BaFin auch alle Rahmen-TBs in allen für alle Beobachtungseinheiten der TB gültigen Versionen als PDF-Dateien vorgelegt werden bzw. vorliegen. Gängiges PDF-Format bedeutet: Inhalte müssen les- und druckbar sein, folgende Funktionen des PDF-Readers müssen aktiviert und nutzbar sein: „Suchen“, „Kommentar“, „Ansicht drehen“ und „Zoomen“, „Drucken“ auch mehrseitig pro Blatt und „Speichern unter“.

Insbesondere wenn TBs mehrfach geändert wurden, sollte auch dem Treuhänder bei einer Arbeit mit Austauschseiten wieder eine vollständige TB zugeschickt werden. Wegen sehr schnell auftretenden Problemen bei Austauschseiten mit Seitenumbrüchen und zweiseitigem Druck sollten nicht Einzelseiten in diversen Abschnitten ausgetauscht werden, sondern ganze zusammenhängende Kapitel.

Der Übersichtlichkeit dient es, wenn an geeigneten Stellen zur Darstellung eine tabellarische Form gewählt wird. In den Anlagen verdeutlichen grafische Darstellungen die in Tabellen aufgezeigten Entwicklungen.