



DAV

DEUTSCHE  
AKTUARVEREINIGUNG e.V.

Fachgrundsatz der Deutschen Aktuarvereinigung e. V.

## **Umgang mit uneinheitlichen Risikomerkmale bei Tarifwechsel- und Fortsetzungsrechten**

Hinweis

Köln, 21. Juni 2023

## **Präambel**

Die Deutsche Aktuarvereinigung (DAV) 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**

Dieser Fachgrundsatz betrifft Aktuare in der Rolle als Verantwortlicher Aktuar bei der Ausführung aktuarieller Aufgaben im Rahmen der Erst- und Nachkalkulation von Kranken- und Pflegeversicherungstarifen.<sup>2</sup> Nicht behandelt werden Aspekte der kollektiven, langfristigen Bewertung, wie z.B. die Einordnung unter Solvency II oder IFRS.

Der Anwendungsbereich dieses Fachgrundsatzes umfasst alle Produkte der privaten Kranken- und Pflegeversicherung, sowohl bei Kalkulation nach Art der Lebensversicherung als auch nach Art der Schadenversicherung.

---

<sup>1</sup> Der Vorstand dankt der Arbeitsgruppe „Umgang mit uneinheitlichen Risikomerkmale bei Tarifwechsel- und Fortsetzungsrechten“ ausdrücklich für die geleistete Arbeit, namentlich Grit Läuter-Lüttig (Leitung), Yvonne Brinkmeier, Rainer Frank, Jutta Göggerle, Dagmar Haider, Rudolf Hohl, Daniel König, Lena Lerner, Benjamin Meinhart, Arne Ogrowsky, Svenja Rodrig, Maik Schwarz, Stephan Rudolph, Nadine Tachwaly, Andreas Teske, Julian Widder.

<sup>2</sup> Dieser Fachgrundsatz ist an die Mitglieder der DAV gerichtet; seine sachgemäße Anwendung erfordert aktuarielle Fachkenntnisse. Dieser Fachgrundsatz stellt deshalb keinen Ersatz für entsprechende professionelle aktuarielle Dienstleistungen dar. Aktuarielle Entscheidungen mit Auswirkungen auf persönliche Vorsorge und Absicherung, Kapitalanlage oder geschäftliche Aktivitäten sollten ausschließlich auf Basis der Beurteilung durch eine(n) qualifizierte(n) Aktuar DAV/Aktuarin DAV getroffen werden.

## **Inhalt des Hinweises**

Die nachfolgenden Ausführungen des Fachgrundsatzes behandeln grundlegende Fragen zur Sicherstellung der risikogerechten Kalkulation und die Wahrung der Belange der Versicherten, wenn Tarifwechselrechte zwischen Tarifen mit individuell risikogeprüften Versicherten und Tarifen, die keine individuelle Risikoprüfung vorsehen, bestehen. Für diese Konstellation werden

- rechtliche Rahmenbedingungen beleuchtet,
- Maßnahmen zur Sicherstellung der Wahrung der Belange der Versicherten vorgestellt,
- Praxisbeispiele dargestellt sowie
- Handlungsoptionen bei Identifizierung von eingetretenen Belastungen durch unterschiedlich risikogeprüfte Kollektive behandelt.

## **Verabschiedung, Gültigkeitszeitraum und Erstanwendung**

Dieser Hinweis ist durch den Vorstand der DAV am 21. Juni 2023 verabschiedet worden und tritt mit der Bekanntgabe auf der Internetseite der DAV in Kraft.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung.....</b>	<b>6</b>
<b>2. Rechtliche Einordnung .....</b>	<b>7</b>
2.1. Grundlagen .....	7
2.2. Ursachen für das Zusammentreffen von Teilkollektiven mit unterschiedlicher Risikobewertung in einem Tarif.....	8
2.3. Wechsel- und Fortsetzungsrechte .....	9
2.3.1. Gesetzlich geregelte Tarifwechsel- und Fortsetzungsrechte.....	9
2.3.2. Tariflich geregelte, erweiterte Umstellungs- und Fortsetzungsoptionen.....	10
<b>3. Sicherstellung der Wahrung der Belange der Versicherten im Zusammenhang mit unterschiedlicher Risikobewertung.....</b>	<b>12</b>
3.1. Kalkulatorische Maßnahmen .....	12
3.2. Tarifgestaltung: Einschränkung der Versicherungsfähigkeit und der Fortsetzungsrechte.....	12
3.3. Gestaltung von Annahmerichtlinien.....	13
3.4. Zeitpunkt der Risikoprüfung .....	13
3.5. Zwischenfazit .....	15
<b>4. Auswirkungen unterschiedlicher Risikobewertung bei Tarifwechsel oder Fortsetzung der Versicherung .....</b>	<b>16</b>
4.1. Vorüberlegungen .....	16
4.2. Analysen zur Identifikation von Risiken durch Tarifwechsel im Rahmen der bKV.....	18
4.3. Ansätze zur Quantifizierung.....	20
4.4. Übertragbarkeit der Aussagen auf die Impatriate-Versicherung .....	21
<b>5. Aktuarielle Maßnahmen zur Wahrung der Belange der Versicherten</b>	<b>23</b>
5.1. Finanzierungsmöglichkeiten und typische Anwendungsbereiche .....	23
5.2. Finanzierung durch einen Optionsbeitrag .....	24
5.3. Finanzierung durch Verwendung von Überschüssen .....	25
5.4. Weitere Finanzierungsmöglichkeiten .....	26

<b>6. Berücksichtigung der Finanzierungsmittel im aufnehmenden Tarif..</b>	<b>28</b>
6.1. Finanzierung über einen fiktiven Risikozuschlag.....	28
6.1.1. Bereitstellung von Finanzierungsmitteln zum Zeitpunkt des Wechsels.....	28
6.1.2. Berücksichtigung der $r_{x+m}^{\text{fiktiv}}$ im aufnehmenden Tarif.....	29
6.1.3. Anrechnung einer im abgebenden Tarif aufgebauten Optionsrückstellung .....	30
6.2. Finanzierung über einen höheren geschäftsplanmäßigen Schaden.....	30
6.2.1. Bereitstellung von Finanzierungsmitteln zum Zeitpunkt des Wechsels.....	30
6.2.2. Berücksichtigung der $KSZ$ und $\Delta G$ im aufnehmenden Tarif .....	31
6.2.3. Anrechnung einer im abgebenden Tarif aufgebauten Optionsrückstellung .....	32
<b>7. Praxisbeispiele.....</b>	<b>33</b>
<b>Glossar .....</b>	<b>36</b>

## 1. Einleitung

Das Spektrum an Versicherungsangeboten hat sich in den letzten Jahren erweitert. Von steigender Bedeutung sind inzwischen spezielle Tarife, die auf eng begrenzte Zielgruppen zugeschnitten sind. Bei diesen Tarifen sind die Zugangsvoraussetzungen, wie sie in herkömmlichen Tarifen üblich sind, zum Teil ausgesetzt bzw. modifiziert.

Dies kann dazu führen, dass Personen, die keine individuelle Risikoprüfung durchlaufen haben und gegebenenfalls über ein abweichendes Risikoprofil verfügen, in Tarife, die bislang nur für Personen mit individueller Risikoprüfung offenstanden, wechseln.

Im Folgenden werden also zwei Gruppen betrachtet:

➤ *Personen, die eine individuelle Risikoprüfung durchlaufen haben*

Versicherte Personen sind im Rahmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung dieser Gruppe zuzurechnen, wenn bei Abschluss eine Prüfung des Gesundheitszustandes durchlaufen wurde. Diese Prüfung stellt sicher, dass keine Vorerkrankungen vorliegen, die - bezogen auf die beantragte Deckung - zu höheren Leistungen führen können bzw. diese im besagten Fall durch einen entsprechenden Risikozuschlag ausgeglichen werden.

➤ *Personen, die keine individuelle Risikoprüfung durchlaufen haben, jedoch in der Regel eine kollektive Risikoeinschätzung*

Die Zuordnung zu dieser Gruppe ist gegeben, wenn bei Abschluss keine individuelle Risikoprüfung im oben beschriebenen Sinne durchgeführt wird. Dies kommt häufig im Zusammenhang mit Kollektivdeckungen vor. Dennoch müssen in der Praxis zumeist kollektive Mindestanforderungen anhand von festgelegten Zeichnungskriterien bzw. Annahmerichtlinien zur Vermeidung von negativer Risikoselektion erfüllt werden. Dies können z.B. Mindestanzahlen von Versicherten im Kollektiv sein, die obligatorische Versicherung einer fest definierten Personengruppe oder die ausgeübte Tätigkeit, Branche o.Ä.

Im Rahmen dieses Hinweispapiers wird deshalb bei dieser Personengruppe von einer *kollektiven Risikoeinschätzung* gesprochen.

Als Beispiel für Tarife, in denen Personen mit kollektiver Risikoeinschätzung versichert sind, lassen sich die Tarife der betrieblichen Krankenversicherung (bKV) oder sogenannte Impatriate-Deckungen für vorübergehend nach Deutschland entsendete Arbeitnehmer anführen.

Dieser Hinweis beschäftigt sich mit Aspekten, die in diesem Zusammenhang, insbesondere im Hinblick auf eine angemessene Kalkulation und die Wahrung der Belange der Versicherten in den jeweiligen Risikokollektiven, zu beachten sind.

## **2. Rechtliche Einordnung**

### **2.1. Grundlagen**

Die Kalkulation eines jeden Tarifs basiert auf der Risikomischung der zu versichernden Klientel. Die Risikomischung wird u.a. geprägt von den Zugangsmöglichkeiten der Versicherten, also von den jeweils anzuwendenden Annahmerichtlinien und Risikoprüfungen. Grundvoraussetzung einer risikogerechten Kalkulation ist es, deren Auswirkungen bestmöglich abzuschätzen.

Für nach Art der Lebensversicherung kalkulierte Tarife werden in § 10 Abs. 1 der KVAV bei jeder Erst- oder Nachkalkulation risikogerechte Prämien gefordert. Aber auch bei nach Art der Schadenversicherung kalkulierten Tarifen sollte die Risikogerechtigkeit der Prämien grundsätzlich sichergestellt werden.<sup>3</sup>

Eine risikogerecht kalkulierte Prämie weist mindestens folgende Eigenschaften auf:

1. Sie ist nach versicherungsmathematischen Grundsätzen unter Beachtung des Äquivalenzprinzips kalkuliert,
2. sie weist in den verwendeten Rechnungsgrundlagen ausreichende Sicherheiten auf,
3. sie wahrt die Belange der Versicherten.

Zum Zeitpunkt einer Tarifeinführung ist also eine Prämie zu bestimmen, die bezogen auf das zum Einführungszeitpunkt erwartete Kollektiv als risikogerecht anzusehen ist. Es bleibt festzuhalten, dass die Risikogerechtigkeit der Prämie nur innerhalb eines Kollektivs betrachtet wird und nicht vom Risiko der jeweils einzelnen versicherten Person abhängt. Der Sachverhalt ist bei Beitragsanpassungen bezogen auf das zum Anpassungszeitpunkt versicherte Kollektiv analog gegeben. Allein aus den Anforderungen an die Risikogerechtigkeit der Prämie lässt sich demnach keine Anforderung an die Tarifausgestaltung oder die Gestaltung der Risikoprüfung ableiten.

Veränderungen des Kopfschadens in einem Tarif können verschiedenste Gründe haben. Hierbei handelt es sich beispielsweise um den medizinischen Fortschritt, Änderungen im Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten, Inflation, Auswirkungen von Gesetzesreformen oder auch durch Tarifwechsel verursachte Änderungen in der Risikomischung.

Führen diese oder andere Gründe zu einer erheblichen Störung des Gleichgewichts zwischen kalkulierten und tatsächlichen Leistungen, so zeigt der Auslösende Faktor Versicherungsleistungen Handlungsbedarf an. Das Gleichgewicht ist im Rahmen einer Beitragsanpassung wiederherzustellen. Veränderungen müssen also auf diesem Wege in der Nachkalkulation berücksichtigt werden.

Bei einer Beitragsanpassung sind die Belange der Versicherten insofern zu wahren, als auch mögliche Effekte, die sich aus Tarifwechseln von nicht individuell risikogeprüften Versicherten in Tarife, die im Regelfall für individuell risikogeprüfte

---

<sup>3</sup> DAV-Hinweis „Kalkulation von Krankenversicherungstarifen nach Art der Schadenversicherung“

Versicherte vorgesehen sind, regelmäßig untersucht und ggfs. aktuariell angemessene Maßnahmen ergriffen werden.

## **2.2. Ursachen für das Zusammentreffen von Teilkollektiven mit unterschiedlicher Risikobewertung in einem Tarif**

Tarifwechselrechte können auf gesetzlicher Basis bestehen oder aufgrund von tariflichen Regelungen über die gesetzlichen Anforderungen hinaus gelten.

Sowohl im Rahmen der Anwendung von gesetzlichen Tarifwechselrechten als auch von tariflich geregelten Tarifwechselrechten kann es in Tarifen zu einem Aufeinandertreffen von individuell mit nicht individuell risikogeprüften Personen sowie Personen mit kollektiver Risikoeinschätzung kommen.

Einige Beispiele für Szenarien, die zu dem genannten Aufeinandertreffen führen können, sind:

- Wechsel von einer befristeten Vollversicherung (Impatriate) in eine unbefristete Vollversicherung bzw. GKV-Zusatzversicherung
- Wechsel von bKV-Tarifen in GKV-Zusatzversicherung nach Art der Lebensversicherung bzw. nach Art der Schadenversicherung
- Wechsel von Gruppenversicherung in Einzelversicherung
- Kindernachversicherung ohne Gesundheitsprüfung nach § 198 VVG
- Ausübung tariflicher Höherversicherungsoptionen

Die Gründe für die Durchführung einer kollektiven Risikoeinschätzung können am Beispiel der bKV erläutert werden: Bei einer solchen Tarifkonstruktion ist der Arbeitgeber der Versicherungsnehmer. Der Versicherungsvertrag wird in Form eines Gruppenversicherungsvertrages vereinbart, nach dem Versicherungsschutz für Mitglieder der Belegschaft bereitgestellt wird. Die versicherten Personen sind in diesem Fall entweder die gesamte Belegschaft oder aber ein objektiv abgrenzbarer Teil der Belegschaft. Mögliche Abgrenzungskriterien sind z.B. die Dauer der Betriebszugehörigkeit oder die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Tätigkeitsgruppe. Individuelle Risikomerkmale dürfen hingegen bei der Prämienhebung der arbeitgeberfinanzierten, obligatorischen bKV keine Berücksichtigung finden, da sonst der Arbeitgeber den Gleichbehandlungsgrundsatz gegenüber den Arbeitnehmern verletzen würde und darüber hinaus grundsätzlich Informationen über den Gesundheitszustand des Arbeitnehmers dem Arbeitgeber preisgegeben werden müssten.

Die PKV-Versicherungsunternehmen unterziehen anstelle dessen jedoch teilweise den Arbeitgeber einer Prüfung, d.h. es kommt zwar keine individuelle, jedoch eine kollektive Risikoselektion, z.B. nach Branche oder Berufsgruppe, zum Einsatz. Ein Zusammentreffen von Versicherten mit kollektiver Risikoeinschätzung und individuell risikogeprüften Versicherten kann z.B. auftreten, wenn bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages Versicherte von ihrem Fortsetzungsrecht Gebrauch machen. Zu den Auswirkungen unterschiedlicher Risikobewertung bei Tarifwechsel wird auf Abschnitt 4 verwiesen.

Vergleichbar stellt sich die Situation bei den Impatriate-Versicherungen dar. Auf diese wird in Abschnitt 4.4 näher eingegangen.

In vorliegendem DAV-Hinweis „Umgang mit uneinheitlichen Risikomerkmale bei Tarifwechsel- und Fortsetzungsrechten“ werden beispielhaft die im Zusammenhang mit bKV-Tarifen und Impatriate-Versicherung stehenden Wechselszenarien näher betrachtet.

Konkrete Praxisbeispiele zu den Wechselszenarien sind in Abschnitt 7 ausgeführt.

### **2.3. Wechsel- und Fortsetzungsrechte**

Bei den Wechsel- und Fortsetzungsrechten muss zwischen gesetzlich geregelten Tarifwechsel- und Fortsetzungsrechten sowie tariflich und vertraglich geregelten Umstellungs- und Fortsetzungsoptionen unterschieden werden. Grundsätzlich können sowohl die gesetzlich geregelten Rechte als auch tarifliche oder vertragliche Optionen zu Belastungen von Teilkollektiven führen und somit geeigneter Maßnahmen zur Wahrung der Belange der Versicherten bedürfen. Die Unterscheidung ist in diesem Zusammenhang dennoch sinnvoll, da die zulässigen Maßnahmen in den beiden Fällen unterschiedlich ausfallen können. Mögliche Maßnahmen werden in Abschnitt 5 aufgezeigt.

#### *2.3.1. Gesetzlich geregelte Tarifwechsel- und Fortsetzungsrechte*

Das Tarifwechselrecht ist gesetzlich mindestens für die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung geregelt. Die gesetzliche Grundlage hierfür bilden folgende Normen:

- § 204 VVG: Gewährung eines Wechselrechts in Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz
- § 12 KVAV: Definition von Tarifen mit gleichartigem Versicherungsschutz
- § 13 KVAV: Anrechnung der erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung bei einem Tarifwechsel

Seit Anfang der 2010er Jahre ist die Kalkulation nach Art der Schadenversicherung in der Ergänzungsversicherung und insbesondere in der betrieblichen Krankenversicherung in der PKV-Branche sehr verbreitet.

Da die Tarife nach Art der Schadenversicherung in ihrer Ausgestaltung den Tarifen nach Art der Lebensversicherung ähnlich sind, dienen die in der KVAV genannten Regelungen als Basis – insbesondere bei Tarifen mit Beitragsanpassungsklausel und Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht, d.h. langen und unbefristeten Vertragsdauern. Es ist deshalb gut begründbar, auch hier das Tarifwechselrecht in gleichartige Tarife anzunehmen. Es sei dabei allerdings angemerkt, dass im juristischen Schrifttum auch abweichende Positionen vertreten werden. Im Folgenden wird davon ausgegangen, dass das Tarifwechselrecht in gleichartige Tarife für alle

unbefristeten Krankenversicherungstarife und somit auch für die Krankenversicherung nach Art der Schadenversicherung (ohne Befristung) zu berücksichtigen ist.<sup>4</sup>

Sowohl § 146 Abs. 1 Nr. 4 VAG als auch § 204 VVG verpflichtet das PKV-Versicherungsunternehmen, das Recht auf Wechsel „in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung“ einzuräumen. § 12 KVAV konkretisiert für Tarife nach Art der Lebensversicherung, wie die Gleichartigkeit zu ermitteln ist.

Allerdings ist ein Tarifwechsel nur möglich, wenn die Versicherungsfähigkeit im aufnehmenden Tarif gegeben ist.

Einschränkungen des Tarifwechselrechts wurden in der Vergangenheit mitunter auch vom Gesetzgeber veranlasst. Im Jahr 2013 wurde der Ausschluss der Gleichartigkeit zwischen den Pfl egetagegeld- und Pflegekostentarifen mit und ohne Zulagenberechtigung in § 12 Abs. 3 KVAV eingefügt. Dies war erforderlich, um die durch eine Risikoprüfung selektierten Versicherten vor Wechslern aus der geförderten Pflegeergänzungsversicherung zu schützen, welche gemäß Vorgabe des Gesetzgebers keine Risikoprüfung vorsieht.

Darüber hinaus gibt es gesetzlich geregelte Fortsetzungsrechte. Diese sind bei den hier aufgeworfenen Fragestellungen insofern mit zu berücksichtigen, da diese häufig nachfolgend Tarifwechselrechte auslösen können. Verwiesen sei hier insbesondere auf

- § 206 Abs. 4 VVG: Fortsetzungsrecht in der Einzelversicherung für versicherte Personen bei Kündigung eines Gruppenversicherungsvertrages durch den Versicherer
- § 207 Abs. 2 VVG: Fortsetzungsrecht in der Einzelversicherung für versicherte Personen bei Kündigung eines Vertrages durch den Versicherungsnehmer

Im Beispiel der bKV gilt ein gesetzliches Fortsetzungsrecht durch die einzelnen versicherten Personen also nur für den Fall, dass der Gruppenversicherungsvertrag gekündigt wird.

### 2.3.2. *Tariflich geregelte, erweiterte Umstellungs- und Fortsetzungsoptionen*

Unter die tariflich geregelten, erweiterten Umstellungs- und Fortsetzungsoptionen fallen alle über den gesetzlichen Rahmen hinausgehenden Wechsel- oder Fortsetzungsoptionen, die in den Versicherungsbedingungen oder in einem Gruppenversicherungsvertrag geregelt sind.

Als Beispiel sei erneut die bKV genannt: Alle Gruppenversicherungsverträge mit einer begrenzten Laufzeit (mit und ohne Verlängerungsoption) fallen nach überwiegender rechtlicher Auffassung unter das kurzfristige Geschäft. Die Befristung

---

<sup>4</sup> DAV-Hinweis „Kalkulation von Krankenversicherungstarifen nach Art der Schadenversicherung“, Kapitel 3.4

gilt dabei gegenüber dem Versicherungsnehmer (z.B. dem Arbeitgeber). Gesetzliche Tarifwechsel- oder Fortsetzungsrechte bestehen für die versicherten Personen insofern nicht. Dennoch kommt es in der Praxis vor, dass tarifliche oder vertragliche Fortsetzungsrechte auch für den Fall gewährt werden, dass die versicherten Personen ihrerseits das Unternehmen verlassen.

Auch tariflich geregelte Höherversicherungsoptionen, die zu bestimmten Zeitpunkten oder bei Vorliegen von definierten Voraussetzungen ausgeübt werden können, fallen hierunter. Die Besonderheit ist in diesem Fall, dass für die Mehrleistungen keine individuelle Risikoprüfung durchgeführt wird. Es handelt sich somit um eine abgeschwächte Form des Aufeinandertreffens von individuell risikogeprüften Versicherten mit Versicherten, deren individuelle Risikoprüfung sich nur auf einen Teil des Versicherungsschutzes bezog.

### **3. Sicherstellung der Wahrung der Belange der Versicherten im Zusammenhang mit unterschiedlicher Risikobewertung**

Es wurde aufgezeigt, dass sowohl im Falle von gesetzlich geregelten Tarifwechsel- oder Fortsetzungsrechten wie auch bei tariflich oder vertraglich eingerichteten Tarifwechsel- oder Fortsetzungsoptionen Teilkollektive, die individuell risikogeprüft wurden, auf Teilkollektive mit kollektiver Risikoeinschätzung treffen können. Dadurch könnte es zu Belastungen für die Versicherten, die eine individuelle Risikoprüfung durchlaufen haben, kommen, welche durch Versicherte mit kollektiver Risikoeinschätzung verursacht werden. Dem gilt es durch geeignete Maßnahmen entgegenzuwirken bzw. sicherzustellen, dass die Belange aller Versicherten ausreichend gewahrt bleiben. Im Folgenden wird ein Überblick über mögliche Maßnahmen gegeben.

#### **3.1. Kalkulatorische Maßnahmen**

Im Rahmen von Erst- und Nachkalkulationen ist zu berücksichtigen, in welchem Umfang es zu Belastungen als Folge des Aufeinandertreffens unterschiedlich risikogeprüfter Teilkollektive kommen kann.

Der Verantwortliche Aktuar sollte die Risikomischungen in den Tarifen mit Personen mit kollektiver Risikoeinschätzung und in möglichen Wechseltarifen bereits bei der Erstkalkulation im Blick haben und darüber hinaus ein wirksames Monitoring etablieren. Er sollte dabei einen Überblick über das Risikoniveau der tatsächlichen Wechsler und deren Einfluss auf eventuelle Veränderungen des Durchschnittsrisikos in den möglichen Wechseltarifen haben. Es empfiehlt sich, diese Betrachtungen in den Technischen Berechnungsgrundlagen der Tarife mit kollektiver Risikoeinschätzung zu dokumentieren. Weitere Details hierzu lassen sich den Abschnitten 4.2 und 4.3 entnehmen.

Werden die beschriebenen Einflüsse erkannt, so ist zu prüfen, welche Maßnahmen zur Wahrung der Belange der Versicherten umgesetzt werden können.

Konkrete aktuarielle Ansätze finden sich in Abschnitt 5.

#### **3.2. Tarifgestaltung: Einschränkung der Versicherungsfähigkeit und der Fortsetzungsrechte**

Eine Einschränkung der Versicherungsfähigkeit soll sicherstellen, dass Tarife, die nur für bestimmte Gruppierungen kalkuliert sind, nicht über den Umweg des § 204 VVG allen Versicherten offenstehen. Bei der personengebundenen Eigenschaft muss es sich um ein an die Person des Versicherten gekoppeltes Merkmal handeln. Dies kann der Beruf, die Art der Beschäftigung (z.B. Selbstständigkeit), die Tätigkeit für einen bestimmten Arbeitgeber oder eine Verbands-, Vereins- oder GKV-Mitgliedschaft sein. Zum Beispiel könnte auch die Teilnahme an einem Vertrag der betrieblichen Krankenversicherung eine personengebundene Eigenschaft sein.

Wechselrechte bzw. Fortsetzungsrechte oder -optionen könnten zu Belastungen für das aufnehmende Kollektiv führen. Jedoch erscheint eine Einschränkung der Versicherungsfähigkeit in Tarifen mit individueller Risikoprüfung kein geeignetes

Werkzeug zu sein, um dem Problem der Wechsel von Versicherten mit kollektiver Risikoeinschätzung in andere Kollektive zu begegnen.

Grundsätzlich möglich ist es hingegen, bei der Entwicklung *neuer* bKV-Tarife das Fortsetzungsrecht nach dem Ausscheiden aus dem Anstellungsverhältnis auf spezielle dafür vorgesehene Tarife einzuschränken. Nach dem Wechsel in solche Weiterversicherungstarife stehen den Versicherten jedoch die gesetzlichen Tarifwechselrechte in weitere Tarife zu.

Nach dem VVG hat der Versicherte kein verbrieftes Fortsetzungsrecht bei der Beendigung des Arbeitsverhältnisses. Denn das VVG (§§ 206 Abs. 3 und 4 sowie § 207 Abs. 2 VVG) eröffnet ein Fortsetzungsrecht nur im Fall der Kündigung des Versicherungsvertrags. Die Beendigung des Arbeitsverhältnisses ist jedoch der Verlust der Teilnahme am versicherbaren Personenkreis bzw. Verlust der Versicherungsfähigkeit. Das ist der Eintritt einer Bedingung, die per se zu einem Ende der Versicherung führt.

Auch aus dem BaFin-Rundschreiben 3/2021 ergibt sich im Fall des Verlusts der Teilnahme am versicherbaren Personenkreis bzw. der Versicherungsfähigkeit keine Vorgabe zur Einräumung eines Fortsetzungsrechts. Allerdings sollte ein PKV-Versicherungsunternehmen in denjenigen Fällen, in denen zweifelsfrei kein Recht auf selbständige Fortführung besteht, allein unter Verbraucherschutzgesichtspunkten (Transparenzgebot) die versicherten Personen von Beginn an entsprechend informieren.

Grundsätzlich nicht in Betracht kommt hingegen eine nachträgliche bestandswirksame Einschränkung des Fortsetzungsrechts in die AVB schon *bestehender* bKV-Tarife.

### **3.3. Gestaltung von Annahmerichtlinien**

Um die Belange der Versicherten zu wahren, ist bei modifizierten Annahmerichtlinien grundsätzlich zu bewerten, ob es in Relation zur Wirkung der Standardannahmerichtlinien zu einer Risikoverschlechterung im Kollektiv kommt. Idealerweise kann durch die Modifikation der Annahmerichtlinien sichergestellt werden, dass sich das Risikoprofil nicht verändert. Das kann auch im Rahmen einer geeigneten kollektiven Risikoeinschätzung im Vergleich zu einer individuellen Risikoprüfung der Fall sein.

Grundsätzlich sollten die Möglichkeiten der Risikoprüfung bestmöglich ausgeschöpft werden, um potenzielle Belastungen von Teilkollektiven zu vermeiden.

### **3.4. Zeitpunkt der Risikoprüfung**

Gemäß § 204 Abs. 4 VVG besteht für befristete Verträge kein gesetzliches Recht auf Tarifwechsel, bei dem erworbene Rechte zu berücksichtigen sind. Eine Ausnahme bildet hierbei jedoch der Fall, dass ein Gruppenversicherungsvertrag durch den Versicherungsnehmer (z.B. den Arbeitgeber) oder den Versicherer gekündigt wird. In diesem Ausnahmefall besteht durch die §§ 206 Abs. 3 und 4 sowie 207 Abs. 2 VVG ein Fortsetzungsrecht.

Das bedeutet, dass bei Tarifwechseln aus einem befristeten Versicherungsverhältnis in ein unbefristetes in der Regel eine (erneute) individuelle Risikoprüfung durchgeführt werden kann. Wird darauf verzichtet, so stellt dies eine tarifliche Mehrleistung dar.

Bei den hier betrachteten Beispielkonstellationen sind die Ursprungsverträge der Gruppe der befristeten Verträge zuzuordnen. Dies gilt sowohl für Gruppenversicherungsverträge wie auch für Verträge für sogenannte Impatriate-Versicherungen.

Zur Vermeidung von negativen Effekten in den aufnehmenden unbefristeten Tarifen, sollte in diesen Fällen die (erneute) individuelle Risikoprüfung – außer im oben genannten Ausnahmefall – vorgesehen werden. Andernfalls könnten Maßnahmen zur Wahrung der Belange aller Versicherten erforderlich werden (siehe Abschnitt 5).

In Bezug auf unbefristete Tarife besteht zwischen Tarifen, die nach Art der Lebensversicherung kalkuliert sind, ein Tarifwechselrecht unter Anrechnung erworbener Rechte. Eine erneute Risikoprüfung (abgesehen in Bezug auf Mehrleistungen) scheidet in derartigen Fällen also eindeutig aus. Bei Tarifwechseln aus unbefristeten Tarifen, die nach Art der Schadenversicherung kalkuliert sind, ist ebenfalls ein bestehendes Tarifwechselrecht anzunehmen, mit der Konsequenz, dass eine erneute Risikoprüfung nicht in Betracht kommt.<sup>5</sup>

Folgende Maßnahmen können das Risiko einer Risikoverschlechterung im aufnehmenden Tarif reduzieren:

➤ *Risikoprüfung zu Beginn und Nichterhebung des Risikozuschlags*

Vergleichbar zum Basistarif wird bei Abschluss eine individuelle Risikoprüfung vorgenommen, der etwaige Risikozuschlag oder Leistungsausschluss aber nicht erhoben. Diese leben erst bei Wechsel in andere Kollektive auf, wobei die Versicherten bereits bei Abschluss darüber informiert werden müssen. Dieses Vorgehen ist praktikabel, wenn die Zielsetzung ist, ein Kollektiv zu einheitlichen Bedingungen zu versichern. Wenn der einfache Abschlussprozess im Vordergrund steht, kommt diese Möglichkeit eher nicht in Betracht.

➤ *Leistungsausschlüsse oder nachträgliche Risikoprüfung*

Bereits in den AVB wird geregelt, dass für bestimmte Vorerkrankungen, die bei Abschluss des Tarifes mit kollektiver Risikoeinschätzung bestanden, ein Leistungsausschluss bei Wechsel oder Weiterversicherung in andere(n) Kollektive(n) besteht. Dieser müsste dann bei der Leistungsabrechnung nach einem Wechsel in einen individuell risikogeprüften Tarif explizit geprüft werden – bzw. bei Leistungsabrechnung im Ursprungstarif vermerkt werden – und könnte mehr Aufwand bei der Leistungsabrechnung bedeuten. Der Leistungsausschluss könnte abgewendet

---

<sup>5</sup> DAV-Hinweis „Kalkulation von Krankenversicherungstarifen nach Art der Schadenversicherung“, Kapitel 3.4

werden, indem bei dem Wechsel in das individuell risikogeprüfte Kollektiv eine Risikoprüfung vorgenommen wird, die auf den Gesundheitszustand bei Eintritt in die Versicherung (nachträgliche Risikoprüfung) abstellt. Bei der Anwendung jeder der beiden Varianten – Leistungsausschluss oder nachträgliche Risikoprüfung – könnten die größeren Risiken abgefangen werden.

### **3.5. Zwischenfazit**

Zusammenfassend können folgende Schlussfolgerungen gezogen werden:

- Die Versicherung von Personen ohne Durchlaufen einer individuellen Risikoprüfung ist in bestimmten Tarifsegmenten gängige Praxis und teilweise unvermeidbar (siehe z.B. im Falle einer obligatorischen bKV).
- Kommt es durch Tarifwechsel zu einem Aufeinandertreffen von Versicherten mit kollektiver Risikoeinschätzung mit Versicherten, die eine individuelle Risikoprüfung durchlaufen haben, so wird nicht per se die Anforderung an eine risikogerechte Kalkulation verletzt. Der Aspekt der Risikogerechtigkeit bezieht sich lediglich auf das zum Anpassungszeitpunkt versicherte Kollektiv.
- Es kann aber bei eintretenden stärkeren Auswirkungen zu einer unzureichenden Wahrung der Belange der Versicherten kommen, wenn Versicherte mit kollektiver Risikoeinschätzung einen schlechteren Risikoverlauf aufweisen und individuell risikogeprüfte Kollektive dadurch merklich belastet werden.
- Um dem entgegenzuwirken, sollten bereits bei der Gestaltung der Versicherungsbedingungen rechtlich zulässige Schutzmaßnahmen erwogen werden, die negative Risikoentwicklungen verhindern (z.B. Beschränkung auf gesetzliche Fortsetzungsrechte bei der bKV).
- Darüber hinaus sollten aktuarielle Vorkehrungen getroffen werden, um möglicherweise absehbare Negativeffekte kalkulatorisch zu berücksichtigen. Eine Dokumentation – vorzugsweise in den Technischen Berechnungsgrundlagen der Ausgangstarife – sollte vorgenommen werden.
- Werden in bereits bestehenden Tarifen zu einem späteren Zeitpunkt die möglichen Effekte beobachtet, so sollten diese unmittelbar geeignet aktuariell berücksichtigt werden. Auch hierbei ist eine Dokumentation der regelmäßigen Prüfung und kalkulatorischen Maßnahmen in den Technischen Berechnungsgrundlagen zu empfehlen.

## **4. Auswirkungen unterschiedlicher Risikobewertung bei Tarifwechsel oder Fortsetzung der Versicherung**

In den folgenden Abschnitten 4.1 bis 4.3 wird aufgezeigt, welche Risiken sich durch das Unterbleiben einer individuellen Risikoprüfung bei Versicherung in der bKV und spätere Weiterversicherung in Tarifen, die eine individuelle Risikoprüfung vorsehen, ergeben können. Weiter werden Aspekte aufgezeigt, die bei einer aktuariellen Bewertung dieser Risiken betrachtet werden sollten. In Abschnitt 4.4 wird die Übertragbarkeit dieser Überlegungen auf die Impatriate-Versicherung kurz diskutiert.

### **4.1. Vorüberlegungen**

#### **➤ Risikogerechtigkeit**

Bereits unter Abschnitt 2.2 werden die Besonderheiten in der Risikoprüfung der bKV-Tarife dargelegt.

Auch wenn bKV-Tarife in der Regel keine individuelle Risikoprüfung der versicherten Personen vorsehen, ist nicht generell eine schlechtere Risikomischung in den bKV-Tarifen selbst anzunehmen, da insbesondere bei der obligatorischen, arbeitgeberfinanzierten bKV kein gezielter Abschluss durch einzelne Versicherte erfolgt. Zudem ist häufig eine kollektive Risikoeinschätzung vorgesehen.

Es ist davon auszugehen, dass die Kalkulation zu der Risikoprüfung passend angelegt ist, d.h. auch in bKV-Tarifen werden risikogerechte Prämien erhoben. Die unterschiedliche Risikobewertung steht damit bei isolierter Betrachtung nicht im Widerspruch zur risikogerechten Kalkulation.

Ungeachtet der Risikogerechtigkeit der Prämie im bKV-Kollektiv kann es aber wie in Abschnitt 3 ausgeführt durch Tarifwechsel- und Fortsetzungsrechte zu Belastungen des Bestandes im aufnehmenden Tarif kommen.

#### **➤ Antiselektion**

Generell kann es zu Antiselektionseffekten durch Tarifwechsler kommen, wenn gerade jene Versicherte von ihrem Recht auf Fortsetzung der Versicherung Gebrauch machen, die bereits wissen oder vermuten, dass sie die versicherten Leistungen in der Zukunft auch tatsächlich brauchen werden.

Insbesondere bei zunächst arbeitgeberfinanzierter bKV und folglich obligatorischer Meldung des versicherten Personenkreises wird durch die nicht erfolgte individuelle Risikoprüfung dieser Effekt noch verstärkt, da unter den Tarifwechslern nach Vertragsbeendigung oder sonstigem Ausscheiden aus dem Kollektiv dann evtl. auch Personen mit erheblichen Vorerkrankungen sind, welche bei individueller Gesundheitsprüfung nur mit Erschwerung angenommen oder sogar abgelehnt worden wären.

Es werden sich aber auch Versicherte ohne Vorerkrankungen aufgrund bereits erhaltener Leistungen in der bKV oder von Erfahrungen im privaten Umfeld für einen Tarifwechsel entscheiden. Diese Versicherten verschlechtern nicht notwendigerweise die Risikostruktur des aufnehmenden Tarifes.

Auch bei schlechterer Risikostruktur des wechselnden Teilkollektivs führt die Weiterversicherung nicht zwingend zu einer negativen Wirkung im aufnehmenden Tarif: Unproblematisch ist die Risikoverschlechterung des Kollektivs im aufnehmenden Tarif, wenn sie die allgemein vorzusehenden Sicherheiten in den Kopfschäden nicht übersteigt und/oder ein systematischer Risikoausgleich aus dem abgebenden Tarif erfolgt.

➤ *Kontext der Weiterversicherung/Fortsetzung des Versicherungsschutzes*

Laut § 207 Abs. 2 VVG haben versicherte Personen das Recht zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu den Bedingungen der Einzelversicherung im Falle der Kündigung des Gruppenversicherungsvertrags. Darüber hinaus kann bei weiteren Anlässen, welche zum Ausscheiden der versicherten Personen aus dem Gruppenversicherungsvertrag führen, ein solches Fortsetzungsrecht unternehmensindividuell im jeweiligen Gruppenversicherungsvertrag geregelt werden.

Die Ausgestaltung der Regelungen zur Weiterversicherung ist dabei unternehmens- bzw. tarifindividuell: Die Weiterversicherung kann beispielsweise in einer speziell für den bKV-Tarif vorgesehenen Weiterversicherungsvariante erfolgen, ebenso ist die Weiterversicherung in der Einzelversicherung (also z.B. in der GKV-Zusatzversicherung) denkbar. Während im ersten Fall der Zugang zum Tarif nur über die bKV-Kollektive erfolgen kann, kommt es im zweiten Fall direkt zu einer Mischung individuell und nicht individuell risikogeprüfter Kollektive.

Für die Bewertung des Tarifwechsels spielen die Umstände der Weiterversicherung eine wesentliche Rolle. Im Folgenden ist eine (unvollständige) Liste von Fragen formuliert, mit denen sich der Aktuar beschäftigen sollte:

- Welche Gründe bzw. Anlässe könnten vermehrt zu einem Tarifwechsel führen (in der bKV: Änderung des Arbeitsverhältnisses, Erreichen des Renteneintrittsalter, Kündigung des Gruppenvertrages)?
- Besteht die Möglichkeit, den Vertrag unverändert fortzuführen, gibt es spezielle Weiterversicherungsangebote oder muss aktiv ein anderer Tarif gewählt werden?
- Geht der Versicherer überdies aktiv auf die Versicherten zu und informiert über die Möglichkeit der Weiterversicherung ohne erneute Risikoprüfung?

Insgesamt stellt sich damit in erster Linie also nicht die Frage nach Gleichwertigkeit bzw. Unterschiedlichkeit von Risikobewertung, sondern, wann eine Belastung individuell risikogeprüfter Tarife, z.B. der GKV-Zusatzversicherung, durch Tarifwechsel aus bKV auf die nicht erfolgte individuelle Risikoprüfung bzw. die kollektive Risikoeinschätzung zurückzuführen sein könnte.

#### **4.2. Analysen zur Identifikation von Risiken durch Tarifwechsel im Rahmen der bKV**

Die Aufgabe des Aktuars ist in diesem Kontext, aktuariell zu bewerten, inwieweit Tarifwechsler aus der bKV aufgrund der nicht erfolgten individuellen Risikoprüfung bzw. der kollektiven Risikoeinschätzung bei Vertragsbeginn das Kollektiv im aufnehmenden Tarif belasten.

Eine Schwierigkeit stellt dabei die bislang eher dürftige Datenlage dar: Die bKV ist branchenweit noch ein relativ „junger“ Geschäftszweig, weshalb die tatsächliche Anzahl der Wechsler in individuell risikoprüfte Kollektive derzeit noch gering ist. Typische Gelegenheiten zu einem Tarifwechsel ergeben sich insbesondere beim regulären Renteneintritt, bei einer Änderung des Arbeitsverhältnisses und bei Kündigung des bKV- bzw. Gruppenversicherungsvertrags durch Versicherer oder Versicherungsnehmer. Aufgrund der kurzen Historie und der häufig vorliegenden Konstruktion spezieller Weiterversicherungsvarianten zu den bKV-Tarifen werden Tarifwechsel in den beschriebenen Situationen bisher nur wenig beobachtet.

Dennoch gilt es anlässlich der zu erwartenden steigenden Relevanz Tarifwechsel bereits heute zu analysieren, Ergebnisse zu dokumentieren und bei Bedarf weitere Vorkehrungen zu treffen (siehe Abschnitt 3.5). Nach Möglichkeit sind Daten aus ähnlichen und übertragbaren Konstellationen zu suchen und ggf. diesbezügliche Annahmen zu treffen und zu dokumentieren. Bei schlechter bzw. unklarer Datenlage ist zu untersuchen, ob zusätzliche Sicherheiten anzusetzen sind. Die dabei getroffenen Annahmen sind durch ein geeignetes Monitoring regelmäßig zu überprüfen, um notwendige Anpassungen rechtzeitig vornehmen zu können.

Die im Weiteren dargestellten Ansätze dienen als Handreichung lediglich der Orientierung bzw. dem Zugang zum Thema. Die Beurteilung, inwieweit damit eine konkrete Einschätzung der unternehmensindividuellen Relevanz möglich ist bzw. inwiefern die dargestellten Ansätze angewendet werden können, obliegt dem Aktuar.

Im Folgenden bezeichne „Weiterversicherungstarif“ die speziell für den bKV-Tarif vorgesehene Weiterversicherungsvariante. Darüber hinaus bezeichne „Zieltarif“ im Falle eines Tarifwechsels den aufnehmenden Tarif, der bei Neuzugang eine individuelle Risikoprüfung vorsieht, z.B. die Einzelversicherung der GKV-Zusatzversicherung.

Für eine aktuarielle Bewertung sollte beleuchtet werden,

- ob eine Belastung der aufnehmenden Tarife durch Tarifwechsler aus der bKV besteht und
- ob die Anzahl der („potentiellen“) Tarifwechsler aus der bKV das Risikoprofil der aufnehmenden Tarife maßgeblich beeinflussen kann.

Insbesondere bzgl. des ersten Punktes sollte ein *Abgleich der beobachteten Kopfschäden im Zieltarif mit und ohne Wechsler* erfolgen. Hierfür können etwa die rechnungsmäßigen Kopfschäden im Zieltarif mit fiktiven Kopfschäden verglichen werden, die sich bei einer Betrachtung des Bestandes ohne die aus den bKV-Tari-

fen zugegangenen Tarifwechsler ergeben würden. Falls keine Abweichungen nachgewiesen werden können, ist anzunehmen, dass derzeit keine Belastung im Zieltarif vorliegt. Hingegen sind wesentliche Abweichungen der Kopfschäden auch mit Blick auf natürliche Antiselektionseffekte zu bewerten.

Für den zweiten Punkt sollten die beiden folgenden Aspekte Berücksichtigung finden:

#### 1. *Bestandsaufnahme: Volumen (potentieller) Tarifwechsler*

Als Basis weiterer Auswertungen scheint es sinnvoll, zunächst eine Aussage zum Volumen potentieller Tarifwechsler in Tarife mit individueller Risikoprüfung zu treffen und die unternehmensindividuelle Relevanz anhand eines Vergleichs mit der Bestandsgröße möglicher Zieltarife zu bewerten. Die Abgrenzung „potentieller Tarifwechsler“ kann beispielsweise erfolgen durch

- Bestände in entsprechenden Weiterführungsvarianten zu bKV-Tarifen
- Versicherte Personen mit Leistungsanspruchnahme in bKV-Tarifen
- Versicherte Personen mit Alter > 60 in bKV-Tarifen
- etc.

Um eine erste Einschätzung über die tatsächliche Anzahl von Tarifwechslern zu erhalten, kann bereits heute ausgewertet werden, wie viele Personen den Gruppenvertrag verlassen und welcher Anteil davon die Versicherung in der Einzelversicherung bzw. einem speziellen Weiterversicherungstarif fortsetzt.

#### 2. *Prognoserechnung: Entwicklung des Volumens der (potentiellen) Tarifwechsler*

In Verbindung mit Prognoserechnungen zur Bestandsentwicklung sowohl in den bKV-Tarifen als auch in der gewöhnlichen GKV-Zusatzversicherung lassen sich Abschätzungen darüber treffen, ob die zu erwartenden Tarifwechsler in (absehbarer) Zukunft spürbare Auswirkungen auf das Kollektiv in den Zielтарifen haben (können).

Das geschilderte Vorgehen kann einerseits dazu dienen, im Rahmen von Tarifnachkalkulationen bereits heute nachzuweisen, dass derzeit kein wesentlicher Einfluss besteht. Darüber hinaus kann über die Prognoserechnung frühzeitig erkannt werden, ob negative Effekte durch Tarifwechsler in Zukunft verstärkt auftreten werden.

#### ➤ *Beispielhafte Einordnung möglicher Analyseergebnisse*

Unter der Annahme von Weiterversicherungstarifen sind die folgenden nicht allgemein gültigen Bewertungen denkbar:

- Ergebnis der oben beschriebenen Analyse sei, dass ein nur sehr geringer Anteil mit aber evtl. hohen Kopfschäden die Versicherung in Weiterversicherungstarifen fortsetzt. Damit bleibt die absolute Anzahl im Vergleich zum Bestand in möglichen Zielтарifen der GKV-Zusatzversicherung weiterhin gering. Auch bei Tarifwechsel in die GKV-Zusatzversicherung würde dadurch das Risikoprofil im Zielтарif nicht signifikant beeinflusst.

- Ein sehr hoher Anteil der potentiellen Wechsler setzt die Versicherung in Weiterversicherungstarifen fort. Dabei weisen Bestände weiterhin ein „ähnliches“ Kopfschadenniveau wie im eigentlichen bKV-Tarif auf. Auch hier ist nicht von einer „schlechteren“ Risikomischung als in den etwaigen Zieltarifen auszugehen.
- Problematisch sind Konstellationen dazwischen, nämlich falls ein „mäßig hoher“ Anteil an Personen mit schlechterem Risikoprofil im Weiterversicherungstarif verbleibt. In diesem Falle besteht die Gefahr von Tarifwechseln in GKV-Zusatztarife mit individueller Risikoprüfung, welche dann das Risikoprofil im Zieltarif negativ beeinflussen könnten.

Unter diesen Gesichtspunkten kann es angeraten sein, einen *Abgleich der erwarteten Kopfschäden der potentiellen Tarifwechsler mit den kalkulatorischen Kopfschäden im Zieltarif (z.B. GKV-Zusatztarif)* zu machen, um eine Aussage zu evtl. vorhandenen Wechselanreizen zwischen bKV-Tarifen und potentiellen Zieltarifen treffen zu können. Hierfür kann ein Abgleich der beobachteten bzw. kalkulierten Kopfschäden in etwaigen speziell für die bKV geschaffenen Weiterversicherungstarifen mit den Kopfschäden der potentiellen Zieltarife sinnvoll sein – vorausgesetzt, es liegen hinreichend vergleichbare Leistungsumfänge vor. Zu beachten ist dabei, dass die Kopfschäden des Zieltarifes gemäß Kalkulationsverfahren bereits um erhobene Risikozuschläge bereinigt sind. Außerdem muss berücksichtigt werden, wie der Kopfschaden im Zieltarif ermittelt wurde.

Insbesondere lässt das Fehlen von Abweichungen im Umkehrschluss nicht zwingend Aussagen über die tatsächliche Wirkung von Tarifwechseln zu.

### **4.3. Ansätze zur Quantifizierung**

Während in den vorhergehenden Abschnitten darauf abgestellt wurde, inwieweit Tarifwechsler aus bKV-Tarifen Zieltarife mit einer individuellen Risikoprüfung belasten könnten, sollen hier denkbare Vorgehensweisen zur Quantifizierung möglicher Belastungen im Zieltarif aufgezeigt werden. Hierbei kann es unter Umständen notwendig sein, geeignete Teilbestände der Versicherten zu betrachten, um Selektionseffekte, die nicht aus der nicht erfolgten Risikoprüfung bzw. kollektiven Risikoeinschätzung resultieren, außen vor zu lassen sowie eine generelle Vergleichbarkeit herzustellen. Beispielsweise kann es aufgrund unterschiedlichen Bewusstseins für einen möglichen Leistungsanspruch angeraten sein, die zu analysierenden Kollektive auf Personen einzuschränken, welche regelmäßig Leistungen in Anspruch nehmen bzw. in der Vergangenheit innerhalb eines gewissen Zeitraums in Anspruch genommen haben.

Zur Feststellung eines möglichen Finanzierungsbedarfs können folgende Analysen herangezogen werden:

- Vergleich der Kopfschäden der Versicherten in Tarifen mit kollektiver Risikoeinschätzung mit den Kopfschäden von individuell risikoprüften Versicherten in vergleichbaren Tarifen (bzw. den aufnehmenden Tarifen).

- Vergleich der Kopfschäden der Versicherten mit kollektiver Risikoeinschätzung mit den Kopfschäden von individuell risikogeprüften Versicherten im Zieltarif bei einer nachfolgenden Beitragsüberprüfung.
- Analyse der durchschnittlich vergebenen Risikozuschläge in den aufnehmenden Tarifen unter Berücksichtigung von Leistungsausschlüssen und der nach erfolgter individueller Risikoprüfung nicht zustande gekommenen Verträge (aufgrund von Ablehnung oder Nichtakzeptanz von Risikozuschlägen).
- Analyse von Wechslern aus Anwartschafts- und Optionstarifen.

Im Falle eines festgestellten Finanzierungsbedarfs sollte zusätzlich eine Abschätzung getroffen werden, wie hoch die Anzahl der Wechsler aus Tarifen mit kollektiver Risikoeinschätzung in Tarife mit individueller Risikoprüfung insgesamt sein wird und welchen Anteil diese am Gesamtbestand des Zieltarifs ausmachen werden. Hierzu bietet sich – soweit möglich – eine Untersuchung und damit einhergehende Bewertung des Wechselverhaltens der Vergangenheit an.

Damit kann eine Aussage darüber getroffen werden, ob aus einem möglicherweise schlechteren Risiko der Tarifwechsler insgesamt eine Belastung des aufnehmenden Tarifs und damit ein Finanzierungsbedarf und wenn ja, in welcher Höhe, entsteht.

#### **4.4. Übertragbarkeit der Aussagen auf die Impatriate-Versicherung**

Bei der Impatriate-Versicherung handelt es sich um eine auf maximal fünf Jahre befristete Krankheitskostenvollversicherung, die der in § 195 Abs. 3 VVG normierten Ausnahme zufolge Personen mit befristeten Aufenthaltstiteln für das Inland angeboten werden darf. Dehnen dergestalt versicherte Personen ihren Aufenthalt über einen Zeitraum von mehr als fünf Jahren aus oder verlegen ihren Wohnsitz dauerhaft nach Deutschland, ist zwingend eine unbefristete substitutive Krankenversicherung abzuschließen, sofern keine Versicherungspflicht eintritt.

Impatriate-Tarife können als Einzel- oder als Gruppenversicherung gestaltet sein. Möglich ist insbesondere auch die Ausgestaltung als arbeitgeberfinanzierte Krankenversicherung in Analogie zu den GKV-Zusatztarifen der betrieblichen Krankenversicherung.

Im Rahmen der Einzelversicherung oder auch in der arbeitnehmerfinanzierten bKV ist eine individuelle Risikoprüfung mit eventueller Zumessung von Risikozuschlägen bzw. Vereinbarung von Leistungsausschlüssen bereits bei Beginn der befristeten Impatriate-Versicherung möglich, in jedem Fall aber auch noch bei Wechsel in die unbefristete Weiterversicherung. Ebenso kann bei Beginn zugleich mit dem befristeten Vertrag eine Anwartschaft abgeschlossen werden, um den Gesundheitszustand im Hinblick auf eine etwaige unbefristete Weiterversicherung festzustellen. Da in diesen Fällen eine individuelle Risikoprüfung vorliegt, sind sie nicht Gegenstand dieses Hinweisepapiers.

Wird jedoch bei Abschluss der befristeten Versicherung keine individuelle Risikoprüfung bzw. eine kollektive Risikoeinschätzung vorgenommen und dem Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person für den Fall der Umstellung auf ein

unbefristetes Versicherungsverhältnis zugleich ein Fortsetzungsrecht ohne individuelle Risikoprüfung in den sonstigen substitutiven Tarifen zugesichert, ergibt sich formal eine ähnliche Konstellation wie in den vorangehenden Abschnitten für die bKV beschrieben: Versicherte Personen, die keine individuelle Risikoprüfung durchlaufen haben, können unter gewissen Umständen in Tarife wechseln, in denen sich überwiegend oder fast ausschließlich Versicherte befinden, die eine solche Prüfung durchlaufen mussten und auf dieser Grundlage ggf. Risikozuschläge entrichten oder einen Leistungsausschluss vereinbart haben.

Während die im Kontext der bKV vorgeschlagenen Schritte einer aktuariellen Bewertung damit grundsätzlich auch im Falle der Impatriate-Tarife anwendbar sind, gibt es doch zwei wesentliche Unterschiede zwischen beiden Versicherungsformen, die sich auf das Risiko aus der unterbleibenden individuellen Risikoprüfung auswirken können:

- **Antiselektion**  
Während in der bKV am Übergang von der Gruppen- in die Einzelversicherung eine gewisse Antiselektionswirkung plausibel angenommen werden kann, weil die versicherten Personen sich frei für oder gegen eine Weiterversicherung entscheiden können, dürfte dieser Effekt in der Impatriate-Versicherung kaum zum Tragen kommen, da die versicherte Person keine eigenständige Entscheidung für oder gegen eine Weiterversicherung trifft: Ob sie sich weiterversichert, hängt aufgrund der Versicherungspflicht ausschließlich davon ab, ob sie ihren Aufenthalt in Deutschland verlängert. Dies wird sie jedoch aus beruflichen Gründen und nicht um der Krankenversicherung Willen tun.
- **Storno**  
In den Impatriate-Tarifen ist ggf. mit einem höheren Storno zu rechnen als in den bKV-Tarifen bzw. deren Anschlussstarifen: Viele entsendete Arbeitnehmer werden nach spätestens fünf Jahren Deutschland wieder verlassen. Auch unter den Arbeitnehmern, die letztlich länger als fünf Jahre bleiben, werden etliche nicht bis zum Rentenalter oder sogar bis zum Lebensende in Deutschland ansässig bleiben, sodass in dieser Personengruppe auch in den substitutiven Anschlussstarifen von einer kürzeren Verweildauer auszugehen ist.

Auch wenn durch Tarifwechsel von Impatriate-Versicherten in der Regel keine wesentlichen negativen Effekte auf mögliche Zieltarife zu erwarten sind, ist es empfehlenswert, Wechselbewegungen zu untersuchen und dieses zu dokumentieren.

## **5. Aktuarielle Maßnahmen zur Wahrung der Belange der Versicherten**

Hinsichtlich des im vorherigen Abschnitt dargestellten Finanzierungsbedarfs werden im Folgenden Finanzierungsmöglichkeiten dargestellt.

### **5.1. Finanzierungsmöglichkeiten und typische Anwendungsbereiche**

Bei den Finanzierungsmöglichkeiten ist insbesondere zwischen der Finanzierung von Versicherungsnehmerseite und der Verwendung von Überschüssen zu unterscheiden.

Soweit die Kenntnis über den Finanzierungsbedarf bereits bei Tarifeinführung bzw. Vertragsabschluss besteht, ist eine Finanzierung durch die Versicherten vorzuziehen. Hierzu bieten sich verschiedene Ausgestaltungsformen an, die unter Abschnitt 5.2 aufgezeigt werden. Eine Finanzierung von Unternehmensseite, d.h. aus (zukünftigen) Überschüssen, ist in diesem Fall nicht geeignet, da nicht sichergestellt ist, dass die erforderlichen Mittel zum entsprechenden Zeitpunkt zur Verfügung stehen werden und daher ab Beginn keine risikogerechte Kalkulation gewährleistet ist.

Eine Finanzierung durch die Verwendung von Überschüssen ist dann relevant, wenn bereits Tarife mit erleichtertem Zugang und Wechselrechten angeboten werden und nach Vertragsbeginn erkannt wurde, dass die tatsächlichen Erfahrungen bei den Versicherungsleistungen nun die - auf Basis der bislang verfügbaren statistischen Daten - kalkulatorisch berücksichtigten Versicherungsleistungen übersteigen. Dieser Anwendungsfall ergibt sich, wenn erkannt wird, dass in einem aufnehmenden Tarif, der originär mit individueller Risikoprüfung angeboten wird, eine Beitragsanpassung zumindest teilweise aufgrund des Tarifwechsels der Versicherten, die mit kollektiver Risikoeinschätzung zugegangen sind, erfolgen muss. In diesen Fällen bietet sich das Instrument der Kopfschadenfinanzierung an. Hierauf wird unter Abschnitt 5.3 eingegangen.

Neben diesen beiden Finanzierungsmöglichkeiten kann es grundsätzlich auch weitere Formen geben. So ist z.B. eine Finanzierung über Kollektivpartner (z.B. bei bKV- oder Impatriate-Versicherung) möglich (siehe Abschnitt 5.4).

Des Weiteren ist auch eine Mischform der Finanzierung denkbar, wenn nach Einführung der Tarife mit kollektiver Risikoeinschätzung ein Finanzierungsbedarf erkannt wird, der für die Vergangenheit aus der Verwendung von Überschüssen zu erbringen ist, für die Zukunft aber in den Beiträgen berücksichtigt wird.

Hierbei kann gegebenenfalls eine Kompensation durch bisherige Kalkulationssicherheiten in Betracht gezogen werden, wenn sich diese aufgrund empirischer Informationen im Rahmen einer Nachkalkulation als nicht weiter erforderlich erweisen.

Auf den DAV-Hinweis „Sachgerechte Kalkulation gemäß § 155 VAG“ sei hingewiesen.

## **5.2. Finanzierung durch einen Optionsbeitrag**

Durch freiwillig tariflich geregelte, erweiterte Umstellungs- und Fortsetzungsmöglichkeiten (vgl. Abschnitt 2.3.2) ergibt sich für kollektiv risikoeingeschätzte Versicherte die Wechselmöglichkeit mittels des gesetzlichen Tarifwechselrechts in individuell risikogeprüfte Kollektive.

Insofern bietet es sich an, einen Optionsbeitrag zu erheben. Dies kann in Form eines Zuschlags im Ausgangstarif mit kollektiver Risikoeinschätzung (z.B. das Produkt der bKV oder für Impatriate-Versicherung) oder als separater Optionsbaustein erfolgen.<sup>6</sup>

Dieser Optionsbeitrag trägt dem Aspekt der nicht erfolgten individuellen Risikoprüfung Rechnung und beinhaltet das Optionsrecht für die tarifliche Leistung der Umstellungs- bzw. Fortsetzungsmöglichkeit bei einem späteren Wechsel in Tarife, die bei Neuzugang eine individuelle Risikoprüfung vorsehen. Aus dem Optionsbeitrag wird für nicht erhobene Risikozuschläge, nicht vereinbarte Leistungsausschlüsse oder für die Versicherung von nicht versicherbaren Risiken eine Optionsrückstellung aufgebaut.

Eine kollektiv risikoeingeschätzte Person kann daher (implizit) als risikogeprüfte Person angesehen werden, die im Rahmen des Tarifwechselrechts – direkt oder in einem Weiterversicherungstarif – die Möglichkeit eines Tarifwechsels nutzen kann, ohne dass hierdurch finanzielle Nachteile zu Lasten des individuell risikogeprüften Kollektivs zu erwarten sind:

Die durch den Optionsbeitrag aufgebaute Optionsrückstellung kann nach Ausübung der Umstellungs- bzw. Fortsetzungsmöglichkeit aufgrund der hieraus folgenden Antiselektionseffekte im Rahmen einer Kopfschadenfinanzierung zur Deckung der Zusatzkopfschäden bzw. als fiktiver Risikozuschlag bereitgestellt werden. Die Anrechnung erfolgt nach dem erstmaligen Wechsel in einen Tarif mit individueller Risikoprüfung. Bei einem Wechsel innerhalb von Tarifen mit vergleichbarer kollektiver Risikoeinschätzung werden die Optionsrückstellungen lediglich mitgegeben und weiterentwickelt, ohne wirksam zu werden.

Ein solches Vorgehen ist auch bei Tarifen nach Art der Schadenversicherung möglich.

---

<sup>6</sup> DAV-Hinweis „Anwartschaften und sonstige Optionen in der Privaten Krankenversicherung“

### **5.3. Finanzierung durch Verwendung von Überschüssen**

Zeigt sich nach Einführung von Tarifen mit kollektiver Risikoeinschätzung, dass bei einem Wechsel in einen Tarif mit individueller Risikoprüfung die durch Tarifwechsel entstehenden Teilkollektive im aufnehmenden Tarif unterschiedliche Risikoprofile aufweisen und damit die Belange der Versicherten in den aufnehmenden Tarifen nicht ausreichend gewahrt sind, kann eine Finanzierung aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) vorgesehen werden.

Bei der Finanzierung von möglichen zusätzlichen Belastungen der Kopfschäden durch nicht erfolgte individuelle Risikoprüfung handelt es sich letztlich um die Finanzierung eines fiktiven Risikozuschlags, der im Rahmen der Nachkalkulation (Beitragsanpassung) als Unterschiedsbetrag in den Kopfschäden für die beiden Teilkollektive im Zieltarif festgestellt wird. Dieser Unterschiedsbetrag darf insbesondere das ursprünglich individuell risikogeprüfte Teilkollektiv im Rahmen der Beitragsanpassung nicht zusätzlich belasten.

Zur Risikoabschätzung sollten die Kollektive in den Ausgangstarifen mit kollektiver Risikoeinschätzung laufend daraufhin untersucht werden, ob aufgrund von möglichen Vorerkrankungen einzelner Versicherter, für die keine Risikozuschläge erhoben werden bzw. Leistungsausschlüsse vereinbart wurden, bei einer Umstellung in individuell risikogeprüfte Zieltarife für diese eine Belastung entstehen könnte (siehe Abschnitte 4.2 und 4.3). Evtl. müssten sonst bereits in den Ausgangstarifen geeignete Maßnahmen, z.B. der Aufbau einer entsprechenden Optionsrückstellung, berücksichtigt werden (siehe Abschnitt 5.2).

In Anlehnung an den DAV-Hinweis „Kopfschadenfinanzierung“ könnte grundsätzlich die mögliche zusätzliche Belastung der Kopfschäden durch nicht erfolgte individuelle Risikoprüfung aus der RfB finanziert werden. Der Treuhänder hat nach § 155 Abs. 2 S. 2 VAG darauf zu achten, dass die in der Satzung und den Versicherungsbedingungen bestimmten Voraussetzungen für die Verwendung von RfB-Mitteln erfüllt und die Belange der Versicherten ausreichend gewahrt sind. Grundsätzlich ist also die Verwendung von RfB-Mitteln zur Abmilderung bzw. Limitierung von Beitragsanpassungen nach Zustimmung des mathematischen Treuhänders zulässig.

Da das Teilkollektiv mit kollektiver Risikoeinschätzung, wie nachstehend ausgeführt, ebenso zum Aufbau der RfB beigetragen hat, stehen unter den nachfolgend aufgeführten Gegebenheiten RfB-Mittel zur Finanzierung des fiktiven Risikozuschlags zur Verfügung.

Dies insbesondere dann, wenn über die gesetzlichen Regelungen zur Mindestzuführung gem. § 22 Abs. 1 KVAV hinaus Mittel in die RfB eingestellt wurden. Dies ist grds. bei Überschüssen, die aus Tarifen nach Art der Schadenversicherung stammen, der Fall, sowie bei Tarifen nach Art der Lebensversicherung, wenn mehr als 80 % des Rohüberschusses der RfB zugeführt wurde. Diese Teile des Rohüberschusses wurden vom Unternehmen den Versicherten zur Verfügung gestellt.

➤ *Ausgangstarife nach Art der Schadenversicherung*

Überschüsse von Tarifen nach Art der Schadenversicherung (wie z.B. Tarife der bKV oft kalkuliert sind) gehen je nach Vorgehen bei der Festlegung der RfB-Zuführung indirekt in die RfB gemäß § 22 Abs. 1 KVAV ein, werden demnach aus dem Rohüberschuss des Unternehmens über die gesetzliche Vorgabe hinaus für die Versicherten zur Verfügung gestellt. Sie werden in der Regel an die Versicherten in den Tarifen nach Art der Schadenversicherung nicht zurückgegeben, da eine RfB für diese Tarife gesetzlich nicht vorgesehen ist. Es könnte der aus Überschüssen der Tarife nach Art der Schadenversicherung entstandene Anteil der RfB gemäß § 22 Abs. 1 KVAV bestimmt werden und aus diesen Mitteln die Kopfschadenfinanzierung geleistet werden.

Grundsätzlich am einfachsten umsetzbar erscheint dabei zunächst eine Finanzierung aus dem Rohergebnis vor Steuern. Dabei würden die zur Finanzierung benötigten Mittel direkt aus den – ursächlich in Tarifen nach Art der Schadenversicherung entstandenen – Überschüssen des laufenden Geschäftsjahres entnommen, also vor Einstellung in die RfB.

Alternativ wäre es denkbar, bei zukünftigen RfB-Zuführungen einen Teil der über die Mindestzuführung für Tarife nach Art der Lebensversicherung hinausgehenden und ursächlich in Tarifen nach Art der Schadenversicherung entstandenen Überschüsse als "RfB für Tarife nach Art der Schadenversicherung" zu deklarieren und diese in Abstimmung mit dem Treuhänder auch für Tarife nach Art der Schadenversicherung zu verwenden. Dabei ist allerdings zu beachten, dass gem. § 341e Abs.2. Nr.2 HGB eine Rückstellung für Beitragsrückerstattung ohne gesetzliche, satzungsmäßige, geschäftsplanmäßige oder vertragliche Grundlage nicht gebildet werden darf.

➤ *Ausgangstarife nach Art der Lebensversicherung*

Tarife nach Art der Lebensversicherung tragen maßgeblich zu den Überschüssen und somit zum Aufbau der RfB bei. Somit stellt die Entnahme aus der RfB im Rahmen einer Beitragsanpassung im Zieltarif zur Finanzierung fiktiver Risikozuschläge und somit zur indirekten Limitierung eine mögliche Verfahrensweise unter Beachtung obiger Ausführungen dar.

Bei der Verwendung von Mitteln aus der RfB sind grundsätzlich, also unabhängig von der Art der Kalkulation, die unternehmensindividuellen Formulierungen in der Satzung und den Versicherungsbedingungen zu beachten.

#### **5.4. Weitere Finanzierungsmöglichkeiten**

Insbesondere bei Impatriate-Tarifen bzw. Anwartschaften bei Auslandsaufenthalten von Mitarbeitern gibt es die Möglichkeit, dass der Kollektivpartner, also z.B. der Arbeitgeber, Zahlungen leistet, um bei möglichen Wechseln in individuell risikoprüfte Kollektive entsprechende Ausgleichsbeträge mitgeben zu können. Zu beachten sind ggf. steuerliche Aspekte wie z.B. die steuerliche Sachbezugsgrenze.

Für den Fall einer Insolvenz/Zahlungsunfähigkeit oder anderweitig ausbleibenden Beitragszahlungen des Kollektivpartners sind gesonderte Regelungen festzulegen.

Weitere indirekte Finanzierungsmöglichkeiten durch die Versicherten bestehen in der Möglichkeit einer individuellen Risikoprüfung zu Beginn, wobei ein möglicher Risikozuschlag/Leistungsausschluss erst nach Wechsel in Tarife mit individueller Risikoprüfung greift oder durch eine geeignete Verankerung in den Versicherungsbedingungen, dass bei Wechsel Leistungsausschlüsse greifen (siehe hierzu Abschnitt 3.4.).

## 6. Berücksichtigung der Finanzierungsmittel im aufnehmenden Tarif

Für die Finanzierung des Mehrrisikos gemäß Abschnitt 4.3 im aufnehmenden Tarif bieten sich die beiden folgenden Verfahren an:

- Finanzierung durch einen fiktiven Risikozuschlag,
- Finanzierung über einen höheren geschäftsplanmäßigen Schaden.

Die beiden Verfahren sind gleichwertig. Welches verwendet wird ist anhand der unternehmensindividuellen Gegebenheiten – d.h. insbesondere der Umsetzbarkeit in den Bestandsführungssystemen – zu entscheiden.

### 6.1. Finanzierung über einen fiktiven Risikozuschlag

#### 6.1.1. Bereitstellung von Finanzierungsmitteln zum Zeitpunkt des Wechsels

Für Versicherte, die mit Eintrittsalter  $x$  zum Alter  $x + m$  aus einem Tarif mit kollektiver Risikoeinschätzung in einen Tarif mit individuell risikogeprüftem Kollektiv wechseln, wird ein fiktiver Risikozuschlag  $r_{x+m}^{fiktiv}$  geführt, der nicht beitragsrelevant ist. Um die erforderliche Höhe des fiktiven Risikozuschlags im Rahmen einer Beitragsanpassung zu ermitteln, wird der erforderliche jährliche Nettobeitrag des Kollektivs mit kollektiver Risikoeinschätzung  $P_{x+m}^{kol}$  dem Nettobeitrag des individuell risikogeprüften Kollektivs  $P_{x+m}^{ind}$  gegenübergestellt, und es ergibt sich der Nettounterschiedsbeitrag  $\Delta P_{x+m}$ , der regelmäßig zu überprüfen ist. In der Regel kann davon ausgegangen werden, dass der jährliche Nettobeitrag des Kollektivs mit kollektiver Risikoeinschätzung den des individuell risikogeprüften Kollektivs übersteigt. Sollte dies nicht der Fall sein, erscheint ein negativer Unterschiedsbeitrag nicht sachgerecht. Wir nehmen daher Folgendes an:

$$\Delta P_{x+m} = \max(0; P_{x+m}^{kol} - P_{x+m}^{ind})$$

Unter Umständen kann es sein, dass das Kollektiv mit kollektiver Risikoeinschätzung je Alter zu schwach besetzt ist. Alternativ könnte man den Nettobeitrag altersunabhängig für das komplette individuell risikogeprüfte Kollektiv einerseits und für das komplette Kollektiv mit kollektiver Risikoeinschätzung andererseits bestimmen (ggf. unter Zugrundelegung eines Modellbestands).

Die Berechnung erfolgt einmalig zum Wechselzeitpunkt bzw. im Rahmen einer nachfolgenden Beitragsanpassung. In der Folge ändert sich der Betrag  $\Delta P_{x+m}$  mit steigendem Alter nicht in seiner absoluten Höhe, eine Änderung erfolgt nur bei Beitragsanpassung oder Tarifwechsel (s. u.). Aus  $\Delta P_{x+m}$  lässt sich zum Zeitpunkt des Wechsels der monatliche fiktive Risikozuschlag  $r_{x+m}^{fiktiv}$  ermitteln, der ähnlich zum Beitrag abhängig vom Alter  $x + m$  ermittelt wird, jedoch danach bis zur nächsten BAP unverändert erhalten bleibt:

$$r_{x+m}^{fiktiv} = \frac{1}{12} \Delta P_{x+m} .$$

Da der fiktive Risikozuschlag nicht beitragsrelevant ist, muss dieser durch einen Einmalbeitrag  $E_{x+m}$  finanziert werden:

$$E_{x+m} = 12 \cdot r_{x+m}^{fiktiv} \cdot a_{x+m} \cdot$$

Der Barwert des fiktiven Risikozuschlags ist im aufnehmenden Tarif Bestandteil der Alterungsrückstellung und ergibt sich zum Alter  $x + m + z$  zu:

$$V_{x+m, x+m+z}^{gesamt} = V_{x+m, x+m+z} + 12 \cdot r_{x+m}^{fiktiv} \cdot a_{x+m+z} \cdot$$

### 6.1.2. Berücksichtigung der $r_{x+m}^{fiktiv}$ im aufnehmenden Tarif

Bei der Berechnung der Auslösenden Faktoren für künftige Beitragsanpassungen werden die fiktiven Risikozuschläge in den Schadenquotienten (SQ) wie folgt berücksichtigt:

Mit

- $S$  = abgegrenzter Schaden im Beobachtungszeitraum
- $NRZ$  = Summe der Nettorisikozuschläge im Beobachtungszeitraum
- $RZ^{fiktiv}$  = Summe der fiktiven Risikozuschläge im Beobachtungszeitraum
- $l_x$  = Risikobestand der  $x$ -Jährigen
- $K_x$  = rechnungsmäßiger Kopfschaden für das Alter  $x$

ist

$$SQ = \frac{S - NRZ - RZ^{fiktiv}}{\sum_x l_x K_x} \cdot$$

Analog sind die fiktiven Risikozuschläge bei der Ermittlung der tatsächlichen für die Ermittlung des rechnungsmäßigen Grundkopfschadens zu berücksichtigen.

Bei einer Beitragsanpassung oder einem Tarifwechsel zum Alter  $x + m + z$  müssen die fiktiven Risikozuschläge neu bestimmt werden. Findet keine Nachfinanzierung statt, werden diese wie folgt neu berechnet:

$$r_{x+m}^{fiktiv, neu} = r_{x+m}^{fiktiv, alt} \cdot \frac{a_{x+m+z}^{alt}}{a_{x+m+z}^{neu}} \cdot$$

Bei einer Beitragsanpassung kann durch Änderung der Rechnungsgrundlagen wie Abgangswahrscheinlichkeiten, Rechnungszins oder Kopfschäden eine Entwertung der fiktiven Risikozuschläge stattfinden. Insoweit könnte geprüft werden, ob nicht statt der eigentlich notwendigen Umrechnung auf eine ggf. neue Ausscheideordnung die Differenz durch eine entsprechende Anschlussfinanzierung kompensiert werden soll. Denkbar ist auch eine teilweise Nachfinanzierung der geänderten Rechnungsgrundlagen als Ergänzung zu sonstigen Limitierungsmaßnahmen. Eine Verpflichtung zur Nachfinanzierung kann der Versicherer aufgrund der nicht abschätzbaren Änderungsnotwendigkeiten in der Zukunft und des insoweit offenen Finanzierungsbedarfs nicht eingehen.

Die schleichende Entwertung kann insofern als unproblematisch angesehen werden, dass sich mit längerer Laufzeit die Risiken eines Kollektivs, das mit individueller Risikoprüfung zugegangen ist, den Risiken eines Kollektivs, das mit kollektiver Risikoeinschätzung zugegangen ist, annähert. Diese Entwertung ist vergleichbar mit der Entwertung bei einer kleinen Anwartschaft.

### 6.1.3. Anrechnung einer im abgebenden Tarif aufgebauten Optionsrückstellung

Für Versicherte, die zum Alter  $x+m$  aus einem Tarif mit kollektiver Risikoeinschätzung in einen Tarif mit individuell risikogeprüfem Kollektiv wechseln, ergibt sich der monatliche fiktive Nettorisikozuschlag  $r_{x+m}^{fiktiv}$  mit

$${}_mV_x^{opt} = \text{im Ursprungstarif bei Eintritt mit Alter } x \text{ aufgebaute Optionsrückstellung}$$
$$q_{x+m} = \text{Optionsinanspruchnahmewahrscheinlichkeit für eine(n) } x+m\text{-Jährige(n)}$$

zu

$$r_{x+m}^{fiktiv} = \frac{{}_mV_x^{opt}}{12 \cdot q_{x+m} \cdot a_{x+m}} .$$

wobei es dem Verantwortlichen Aktuar obliegt, dass die rechnungsmäßige Optionsinanspruchnahmewahrscheinlichkeit eine ausreichende Sicherheit gemäß § 2 Abs. 3 KVAV aufweist. Dieser fiktive Risikozuschlag ist im weiteren Versicherungsverlauf im aufnehmenden Tarif analog zu Abschnitt 6.1.2 zu berücksichtigen.

## 6.2. Finanzierung über einen höheren geschäftsplanmäßigen Schaden

### Hinweis:

Im Folgenden wird ein Grundkopfschadenzuschlag  $\Delta G$  betrachtet. Voraussetzung hierfür ist, dass ein normiertes Profil vorliegt. Stattdessen könnten auch Kopfschadenzuschläge verwendet werden. Diese würden sich aufgrund der Altersabhängigkeit jährlich ändern, womit eine erhöhte Komplexität verbunden wäre. Auf eine nähere Darstellung wird daher verzichtet.

### 6.2.1. Bereitstellung von Finanzierungsmitteln zum Zeitpunkt des Wechsels

Für Versicherte, die mit Eintrittsalter  $x$  zum Alter  $x + m$  aus einem Tarif mit kollektiver Risikoeinschätzung in einen Tarif mit individuell risikogeprüfem Kollektiv wechseln, wird ein Zuschlag  $\Delta G$  zum Grundkopfschaden geführt, der nicht über den Beitrag finanziert wird und regelmäßig zu überprüfen ist. Um die erforderliche Höhe des Grundkopfschadenzuschlags im Rahmen einer Beitragsanpassung zu ermitteln, wird der erforderliche Grundkopfschaden des Kollektivs mit kollektiver Risikoeinschätzung  $G^{kol}$  dem Grundkopfschaden des individuell risikogeprüften Kollektivs  $G^{ind}$  gegenübergestellt:

$$\Delta G = G^{kol} - G^{ind} .$$

Hierbei wird die Annahme getroffen, dass – sofern ein Mehrisiko vorhanden ist – den daraus resultierenden erhöhten Leistungen dieselbe Altersabhängigkeit zugrunde liegt wie den Kopfschäden des Zieltarifs.

Die Differenz des Leistungsbarwertes wird durch einen Einmalbeitrag  $E_{x+m}$  finanziert:

$$E_{x+m} = \Delta G \cdot A_{x+m} ,$$

wobei  $A_{x+m}$  der normierte Leistungsbarwert im aufnehmenden Tarif ist.

Die Differenz des Leistungsbarwertes ist im aufnehmenden Tarif Bestandteil der Alterungsrückstellung und ergibt sich zum Alter  $x + m + z$  zu:

$$V_{x+m,x+m+z}^{gesamt} = V_{x+m,x+m+z} + \Delta G \cdot A_{x+m+z} \cdot$$

Damit kann ein Kopfschadenzuschlag  $KSZ_{x+m+z}$  abhängig vom erreichten Alter  $x + m + z$  ermittelt werden, der zum geschäftsplanmäßigen Schaden addiert wird:

$$KSZ_{x+m+z} = \Delta G \cdot k_{x+m+z}$$

Der Grundkopfschadenzuschlag  $\Delta G$  ist zum Wechselzeitpunkt für alle Wechsler identisch, entwickelt sich jedoch im weiteren Vertragsverlauf individuell unterschiedlich weiter und sollte daher im Bestand geführt werden.

### 6.2.2. Berücksichtigung der $KSZ$ und $\Delta G$ im aufnehmenden Tarif

Für die Berechnung der Auslösenden Faktoren wird der erhöhte Grundkopfschaden bei späteren Beitragsanpassungen in den Schadenquotienten (SQ) wie folgt berücksichtigt:

Mit

$S$  = abgegrenzter Schaden im Beobachtungszeitraum

$NRZ$  = Summe der Nettorisikozuschläge im Beobachtungszeitraum

$l_x$  = Risikobestand der  $x$ -Jährigen

$k_x$  = rechnungsmäßiges Profil für das Alter  $x$

$KSZ$  = Summe der Kopfschadenzuschläge  $KSZ_{x+m+z}$  im Beobachtungszeitraum

ist

$$SQ = \frac{S - NRZ}{\sum_x l_x \cdot G \cdot k_x + KSZ} \cdot$$

Bei einer Beitragsanpassung zum Alter  $x + m + z$  müssen die Grundkopfschadenzuschläge neu bestimmt werden. Findet keine Nachfinanzierung statt, werden diese wie folgt neu berechnet:

$$\Delta G^{neu} = \Delta G^{alt} \cdot \frac{A_{x+m+z}^{alt}}{A_{x+m+z}^{neu}} \cdot$$

Hierbei ist der individuelle Grundkopfschadenzuschlag  $\Delta G^{alt}$  vom bisherigen Vertragsverlauf abhängig.

Bei einer Beitragsanpassung kann durch Änderung der Rechnungsgrundlagen wie Abgangswahrscheinlichkeiten, Rechnungszins oder Kopfschäden eine Entwertung des finanzierten Kopfschadenanteils stattfinden. Insoweit könnte geprüft werden, ob nicht statt der eigentlich notwendigen Umrechnung auf eine ggf. neue Ausschleideordnung die Differenz durch eine entsprechende Anschlussfinanzierung kompensiert werden soll. Denkbar ist auch eine teilweise Nachfinanzierung der geänderten Rechnungsgrundlagen als Ergänzung zu sonstigen Limitierungsmaßnahmen. Eine Verpflichtung zur Nachfinanzierung kann der Versicherer aufgrund der nicht abschätzbaren Änderungsnotwendigkeiten in der Zukunft und des insofern offenen Finanzierungsbedarfs nicht eingehen.

Die schleichende Entwertung kann insofern als unproblematisch angesehen werden, dass sich mit längerer Laufzeit die Risiken eines Kollektivs, das mit individueller Risikoprüfung, den Risiken eines Kollektivs, das mit kollektiver Risikoeinschätzung zugegangen ist, annähert. Diese Entwertung ist vergleichbar mit der Entwertung bei einer kleinen Anwartschaft.

### 6.2.3. *Anrechnung einer im abgebenden Tarif aufgebauten Optionsrückstellung*

Für Versicherte, die zum Alter  $x+m$  aus einem Tarif mit kollektiver Risikoeinschätzung in einen Tarif mit individuell risikogeprüfem Kollektiv wechseln, ergibt sich der Grundkopfschadenzuschlag  $\Delta G$  mit

$$\begin{aligned} {}_mV_x^{opt} &= \text{im Ursprungstarif bei Eintritt mit Alter } x \text{ aufgebaute Optionsrückstellung} \\ q_{x+m} &= \text{Optionsinanspruchnahmewahrscheinlichkeit für eine(n) } x+m\text{-Jährige(n)} \end{aligned}$$

zu

$$\Delta G = \frac{{}_mV_x^{opt}}{q_{x+m} \cdot A_{x+m}},$$

wobei es dem Verantwortlichen Aktuar obliegt, dass die rechnungsmäßige Optionsinanspruchnahmewahrscheinlichkeit eine ausreichende Sicherheit gemäß § 2 Abs. 3 KVAV aufweist. Dieser Grundkopfschadenzuschlag ist im weiteren Versicherungsverlauf im aufnehmenden Tarif analog zu Abschnitt 6.1.2 zu berücksichtigen.

## 7. Praxisbeispiele

Bereits im Abschnitt 4.2 wird darauf hingewiesen, dass aktuell keine ausreichende Datenbasis für statistisch gefestigte Aussagen vorliegt. Deshalb wird nachfolgend zwar ein Praxisbeispiel zum Tarifwechsel aus der arbeitgeberfinanzierten bKV in die GKV-Zusatzversicherung beschrieben, jedoch nicht mit Beobachtungsdaten aus der Praxis hinterlegt. Es handelt sich um ein (fiktives) Beispiel eines möglichen Tarifwechselszenarios, andere bzw. gegensätzliche Beobachtungen in den Unternehmen werden dadurch nicht ausgeschlossen.

Ausgangsbasis für das Beispiel ist ein bKV-Tarif („bKV“), welchen der Arbeitgeber für seine Mitarbeitenden im Rahmen eines Gruppenvertrags mit dem Versicherer abgeschlossen hat. Die Prämien übernimmt dabei der Arbeitgeber (Arbeitgeberfinanzierung) und gemäß Gruppenvertrag werden alle berechtigten Personen obligatorisch im Tarif gemeldet. Eine personenindividuelle Risikoprüfung erfolgt nicht, jedoch hat der Versicherer den Arbeitgeber einer kollektiven Risikoeinschätzung nach Branche, Mitarbeitergröße und -struktur, etc. unterzogen.

Laut Gruppenvertrag scheidet der Mitarbeiter zwar beispielsweise bei einem Arbeitgeberwechsel oder Renteneintritt aus der Gruppenversicherung aus, hat jedoch die Möglichkeit, die Versicherung zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortzuführen. Wir nehmen an, dass die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses dann in einer speziell für diesen Tarif „bKV“ vorgesehenen Einzelversicherungsvariante „bKV-E“ erfolgt. Mit Ausscheiden aus dem Gruppenvertrag entfällt außerdem die Beitragszahlungspflicht des Arbeitgebers. Mit Antrag auf Weiterversicherung entscheidet sich die versicherte Person aktiv für die Fortsetzung und übernimmt die Beitragszahlung.

Wir nehmen weiter an, dass der bKV-Tarif mit Weiterversicherungsvariante bisher über Stütztarife kalkuliert wurde. Da inzwischen aber sowohl im Tarif „bKV“ als auch in der Weiterversicherung „bKV-E“ ausreichend großer Bestand vorhanden ist, erfolgt in der Nachkalkulation die Umstellung auf tarifeigene Daten, d.h. es erfolgt fortan eine getrennte Kalkulation der Kopfschäden im „bKV“ und „bKV-E“. Eine gemeinsame Kalkulation auf dem Gesamtkollektiv des „bKV“ mit „bKV-E“ ist hier nicht sachgerecht, da wesentliche Unterschiede im Schadenverlauf bzw. Kopfschadenniveau festgestellt wurden.

Durch die obligatorische Meldung der Mitarbeiter und der kollektiven Risikoeinschätzung beobachtet der Versicherer insgesamt einen günstigen Schadenverlauf im „bKV“ und kann deshalb attraktive und im Vergleich zu seinem verkaufsoffenen, (vereinfachend) leistungsgleichen GKV-Zusatztarif „ZV“ (mit individueller Risikoprüfung) günstigere Prämien anbieten. Anders verhält sich die Situation in der Einzelversicherungsvariante „bKV-E“: Der Schadenverlauf ist hier schlechter als im Tarif „bKV“. Die neu ermittelten Kopfschäden liegen deutlich über den Kopfschäden im „bKV“ und ebenso - wenn auch weniger deutlich - über den Kopfschäden im „ZV“.

Die Ergebnisse einer internen Analyse erklärt der Versicherer wie folgt:

Antiselektionseffekte und die nicht erfolgte individuelle Risikoprüfung führen im „bKV-E“ zu höheren rechnungsmäßigen Schäden im Vergleich zum Ausgangstarif „bKV“. Antiselektionseffekte werden insbesondere durch die Umstellung der Beitragszahlung verstärkt. Einerseits wird ein hohes Storno beobachtet, andererseits weisen die Personen, welche die Versicherung fortsetzen, überdurchschnittlich hohe Schäden auf. Es entscheiden sich also v.a. die Personen aktiv für die Weiterversicherung, welche von einer höheren Inanspruchnahme ausgehen und für die sich somit die weitere Beitragszahlung „lohnt“. Darunter befinden sich auch solche Personen, die bereits zum Versicherungsbeginn im „bKV“ Vorerkrankungen hatten und demzufolge bei einer individuellen Risikoprüfung mit einem Risikozuschlag oder Leistungsausschlüssen belegt worden wären. Im Vergleich zum Tarif „ZV“ sind außerdem (vereinzelt) Personen im Bestand des „bKV-E“, welche bei individueller Risikoprüfung sogar abgelehnt worden wären.

Insgesamt führt dies dazu, dass die Beiträge des „bKV-E“ über den Beiträgen im leistungsgleichen GKV-Zusatztarif „ZV“ liegen und damit Wechselanreize entstehen.

Laut § 204 VVG haben die versicherten Personen im Tarif „bKV-E“ nun das Recht in den Tarif „ZV“ zu wechseln. Durch die bestehenden Beitragsvorteile wird es bei sonst identischen Leistungen zu Wechselbewegungen kommen. Im Tarif „ZV“ treffen nun sowohl versicherte Personen, die eine individuelle Risikoprüfung durchlaufen haben, als auch versicherte Personen, die keine individuelle Risikoprüfung durchlaufen haben, aufeinander.

*Bemerkung: Auch wenn obiges Praxisbeispiel im Sinne eines „Worst Case“-Szenarios zu verstehen ist, ist die Situation z.B. auch übertragbar für bestimmte Altersbereiche bzw. auch denkbar bei größeren Abständen zwischen den letzten Beitragsanpassungen und damit unterschiedlicher Aktualität der Rechnungsgrundlagen. Vereinfachend wurde von gleichen Kostensätzen im „bKV-E“ und „ZV“ ausgegangen.*

## **Mögliche Maßnahmen**

### ➤ *Beispiel 1 - Kopfschadenfinanzierung*

Zum Zeitpunkt der Erst- und Nachkalkulationen des Tarifs „bKV“ bzw. „bKV-E“ wurden bisher keine weiteren (kalkulatorischen bzw. bedingungsgemäße) Maßnahmen ergriffen. Aufgrund der vorhandenen Wechselanreize werden fortan verstärkt Tarifwechsel von „bKV-E“ in „ZV“ vollzogen.

Die Auswirkungen dieser Tarifwechsel werden bei der nächsten anstehenden Beitragsüberprüfung im Tarif „ZV“ deutlich (Analysen aus Abschnitt 4.2):

Für die Kalkulation der Kopfschäden werden zum einen die Kopfschäden der Tarifwechsler aus „bKV-E“ mit den Kopfschäden des Bestandes im „ZV“ verglichen: Die Analyse zeigt, dass die Kopfschäden der Tarifwechsler im Schnitt 30% über den Kopfschäden des Gesamtbestandes im „ZV“ liegen und 20% über den Kopfschäden derjenigen Personen im „ZV“, welche regelmäßig Leistungen in Anspruch nehmen. Um zusätzlich den Einfluss des Volumens der Tarifwechsler zu berücksichtigen, werden für einen weiteren Vergleich die Kopfschäden im Tarif

„ZV“ mit und ohne Tarifwechsler „bKV-E“ gegenübergestellt. Dabei wird eine durchschnittliche Abweichung von 5% festgestellt.

Der Versicherer hält fest, dass dies bereits eine nicht unwesentliche Belastung des Bestands im „ZV“ darstellt und entscheidet deshalb, die Belastungen aus Tarifwechsel über eine Form der Kopfschadenfinanzierung (siehe Abschnitt 5.3) zu kompensieren. Im konkreten Fall wird dabei die Belastung durch Tarifwechsler aus bKV über einen höheren geschäftsplanmäßigen Schaden mittels eines Kopfschadenzuschlags im „ZV“ – wie in Abschnitt 6.2 dargestellt – finanziert.

Da die letzte Beitragsanpassung im Tarif „ZV“ bereits länger zurücklag, liegen die Beiträge – trotz Kopfschadenfinanzierung – in den meisten Altern nun wieder oberhalb der Beiträge im „bKV-E“. Wechselanreize sind deshalb nicht mehr ersichtlich.

Dennoch legt der Versicherer in neu abgeschlossenen Gruppenverträgen fest, dass eine individuelle Risikoprüfung bei Abschluss fortan erfolgen soll, ermittelte Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse aber erst erhoben werden, sollte ein Tarifwechsel in die GKV-Zusatztarife erfolgen.

➤ *Beispiel 2 - Erheben eines Optionszuschlags*

Auch in diesem Beispiel können nun zahlreiche Tarifwechsel aus „bKV-E“ in „ZV“ beobachtet werden. Im Unterschied zu Beispiel 1 hat der Versicherer jedoch in diesem Fall bereits im Tarif „bKV“ bzw. „bKV-E“ einen Optionszuschlag (siehe Abschnitt 5.2) vorgesehen.

Die Höhe des Optionszuschlags wurde dabei bei Nachkalkulationen laufend überprüft und aktualisiert. Dies erfolgte bereits, als die Kalkulation noch gemeinsam auf Stütztarifen basierte und weder wesentliche Tarifwechsel aus dem bKV-Geschäft zu beobachten waren noch das Risiko einer zukünftigen Belastung absehbar war. Die Höhe des einzukalkulierenden Optionszuschlags wurde deshalb u.a. aufgrund der Optionsinanspruchnahmewahrscheinlichkeit bzw. Tarifwechselwahrscheinlichkeit von 0% einige Zeit ebenfalls mit 0 beziffert.

Mit über die Zeit wachsendem Bestand im bKV-Segment und zusätzlichen Analysen der unterschiedlichen Leistungsanspruchnahme der Teilkollektive „bKV“ und „bKV-E“ hat der Versicherer mittels Prognoserechnungen das Risiko einer zukünftigen Belastung bei Tarifwechsel frühzeitig erkannt. Details zu den Analysen sind in Abschnitt 4.2 dargestellt. Im Zuge von Beitragsüberprüfungen im „bKV“ und „bKV-E“ wurde deshalb der Optionszuschlag neu festgelegt und eine entsprechende Rückstellung gebildet.

Der Finanzierungsbedarf, um die Belastung der nicht erfolgten individuellen Risikoprüfung durch die nun beschriebenen Tarifwechsel aus „bKV-E“ in „ZV“ zu kompensieren, kann deshalb aus der gebildeten Optionsrückstellung gedeckt werden. Die Anrechnung erfolgt wie in Abschnitt 6.1 beschrieben.

## **Glossar**

bKV	Betriebliche Krankenversicherung
DAV	Deutsche Aktuarvereinigung e. V.
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
KVAV	Verordnung betreffend die Aufsicht über die Geschäftstätigkeit in der privaten Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsverordnung – KVAV)
PKV	Private Krankenversicherung
RfB	Rückstellung für Beitragsrückerstattung
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz (Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen)
VVG	Versicherungsvertragsgesetz (Gesetz über den Versicherungsvertrag)

Weiterversicherungstarif:

Speziell für den bKV-Tarif vorgesehene Weiterversicherungsvariante

Zieltarif:

Bezeichnet im Falle eines Tarifwechsels den aufnehmenden Tarif, der bei Neuzugang eine individuelle Risikoprüfung vorsieht.