

*Fachgrundsatz der Deutschen Aktuarvereinigung e. V.*

# Kalkulation von Krankenversicherungstarifen nach Art der Schadenversicherung

---

Hinweis

---

Köln, 2. Oktober 2024

## 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 Aktuarinnen und Aktuar<sup>2</sup> sind,
- berufsständisch durch ein Feststellungsverfahren legitimiert sind, das allen Aktuarinnen und Aktuar<sup>2</sup> 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 Aktuarinnen und Aktuar<sup>2</sup> bei der Ausführung aktuarieller Aufgaben in der deutschen Krankenversicherung.<sup>3</sup> Der Anwendungsbereich dieses Fachgrundsatzes umfasst die Produkte der Krankenversicherung, die nach Art der Schadenversicherung betrieben werden.

## Inhalt [des Verbindlichen Grundsatzes/der Richtlinie/des Hinweises]

Die nachfolgenden Ausführungen des Fachgrundsatzes beinhalten im Überblick ... [Die nachfolgenden Ausführungen des Fachgrundsatzes beinhalten eine Darstellung aktuarieller Aspekte die bei nach Art der Schadenversicherung betriebener Krankenversicherung beachtet werden sollten. Insbesondere wird dabei auf die Prämien-Erstkalkulation sowie die Prämien-Nachkalkulation eingegangen.

---

<sup>1</sup> Der Vorstand dankt der Arbeitsgruppe Kalkulation von Krankenversicherungstarifen nach Art der Schadenversicherung ausdrücklich für die geleistete Arbeit, namentlich Ralph Brouwers, Marco Eschrich, Dr. Lothar Forwick, Rainer Frank, Martin Künzler, Friedrich Loser, Herbert Meister, Prof. Dr. Jan-Philipp Schmidt (Leitung), Jörg Steinsberger, Burkhard Vendt, Christian Zöller.

<sup>2</sup> Auch wenn hier und im Folgenden die Aktuarinnen und Aktuar<sup>2</sup> explizit genannt werden, spricht die DAV alle Geschlechter und Identitäten gleichermaßen an. Dies gilt auch für alle anderen hier genannten Personengruppen.

<sup>3</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.

## **Schlagworte**

Krankenversicherungstarife, Hinweis, Prämien, Rechnungsgrundlage

## **Verabschiedung, Gültigkeitszeitraum und Erstanwendung**

Dieser Hinweis ist durch den Vorstand der DAV am 2. Oktober 2024 verabschiedet worden und tritt mit der Bekanntgabe auf der Internetseite der DAV in Kraft.

Er ersetzt den Hinweis „Kalkulation von Krankenversicherungstarifen nach Art der Schadenversicherung“ vom 13. Dezember 2019. Neben der grundlegenden Struktur des Fachgrundsatzes sind die Inhalte an die aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen angepasst sowie hinsichtlich der Marktentwicklung in diesem Segment aktualisiert worden.

This abstract summarises the DAV professional standard of practice “Kalkulation von Krankenversicherungstarifen nach Art der Schadenversicherung“ which underwent the DAV due process for the adoption of professional standards of practice and was approved by the DAV executive board on 2. October 2024.

### **Premium calculation of health insurance similar to non-life insurance techniques**

This paper consists of a collection of actuarial advices concerning the premium calculation of health insurance similar to non-life insurance techniques. Actuaries may calculate German private health insurance similar to non-life insurance techniques, if the insurance coverage does not substitute statutory health insurance. In this context, “similar to non-life insurance techniques” stands mainly for a premium calculation without ageing reserve. In this case, fewer regulatory and legal requirements exist as compared to private health insurance, which substitutes the statutory health insurance. This results in some degree of freedom when it comes to the pricing approach. The paper focuses on pricing aspects for newly written business as well as renewal pricing aspects for existing business. Please note all advices solely apply to the German health insurance market.

Professional standards of practice are DAV publications that – together with the rules of professional conduct – set out the fundamental principles for the correct practice of actuarial activities. Professional standards of practice are characterised by their

- treatment of specialist actuarial and professional issues,
- fundamental significance and practical relevance for actuaries,
- professional legitimisation through a implementation process that allows all actuaries to be involved in such implementation,
- correct application, with members being professionally safeguarded by a disciplinary process.

The professional standard of practice „Kalkulation von Krankenversicherungstarifen nach Art der Schadenversicherung (Premium calculation of health insurance similar to non-life insurance techniques)“ is an advisory note. Advisory notes are professional standards that are to be taken into account in actuarial considerations, the application of which can be freely decided upon in individual cases, however, within the framework of the code of conduct, and which address specific questions.

<b>1. Allgemeines.....</b>	<b>6</b>
1.1. Definition.....	6
1.2. Produkttypen.....	6
<b>2. Erstkalkulation .....</b>	<b>8</b>
2.1. Rechnungsgrundlagen/Risikomerkmale.....	8
2.2. Prämienmodelle .....	9
2.3. Risikogerechte Prämien .....	9
2.4. Risikobegrenzende Maßnahmen .....	10
<b>3. Nachkalkulation .....</b>	<b>12</b>
3.1. Beitragsanpassung .....	12
3.2. Bedingungsanpassung.....	14
3.3. Überschussbeteiligung .....	15
3.4. Tarifwechsel.....	15
3.5. Bestandsentmischung .....	15

# 1. Allgemeines

## 1.1. Definition

Krankenversicherungstarife nach Art der Schadenversicherung (SV) sind Krankenversicherungstarife von privaten Versicherungsunternehmen, die *nicht* nach Art der Lebensversicherung (LV) betrieben werden. Die gesetzliche Krankenversicherung ist hiervon ausgeschlossen. Die Definition von Krankenversicherung (KV) nach Art der LV ergibt sich aus den einschlägigen Gesetzen (Versicherungsaufsichtsgesetz und Versicherungsvertragsgesetz VAG/VVG). Diese Definition von Krankenversicherung nach Art der Schadenversicherung als Komplement der Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung ist Grundlage für die folgenden Ausführungen in diesem Fachgrundsatz.

Im Kontext von Solvency II gibt es die Begriffe Health SLT (similar to life techniques) und Health Non-SLT (non similar to life techniques). Diese Unterscheidung von Krankenversicherungstarifen weicht von obiger Definition ab: Sie orientiert sich an der Vertragslänge und an der uneingeschränkten Möglichkeit von risikogerechten Beitragsanpassungen in den jeweiligen Tarifen. Diese Unterscheidung ist im Risikomanagement gebräuchlich. Im Kontext von IFRS 17 (International Financial Reporting Standards) werden Krankenversicherungstarife nach Art der Vertragsgrenzen (contract boundary) unterschieden. Auch diese Unterscheidung, die im Rahmen der internationalen Rechnungslegung eine wichtige Rolle spielt, wird für die Zwecke des vorliegenden Fachgrundsatzes nicht herangezogen.

Die Kalkulation der Krankenversicherungstarife nach Art der Schadenversicherung unterscheidet sich deutlich von der Kalkulation nach Art der Lebensversicherung und stellt je nach Ausgestaltung des Tarifs unterschiedliche Ansprüche. Innerhalb der Kalkulation sollten Aktuarinnen und Aktuarere dabei die folgenden Themenfelder beachten und vor dem Hintergrund einer sich hieraus ggf. ergebenden Wirkung für das Unternehmen entsprechend bewerten. Aufgrund der zu erwartenden Vielfalt möglicher neuer Produkte sind die folgenden Überlegungen dabei als Mindestanforderung zu verstehen, die der Aktuar / die Aktuarin geeignet zu ergänzen hat.

## 1.2. Produkttypen

Abbildung 1 zeigt eine Übersicht von verschiedenen Produkttypen an Krankenversicherungstarifen, in die sich die verschiedenen Tarife einsortieren lassen, die nach Art der Schadenversicherung kalkuliert werden. Die dort explizit genannten Produkte haben beispielhaften Charakter für den jeweiligen Produkttyp.

Bei unbefristeten Produkten oder Produkten mit langer Laufzeit wird das Kündigungsrecht üblicherweise ausgeschlossen, da das ordentliche Kündigungsrecht gemäß § 206 Abs. 2 VVG maximal in den ersten drei Jahren gültig ist. Bei diesen Tarifen (Produkttypen 1 und 2) sollte eine Beitragsanpassungsklausel (BAP-Klausel) gemäß § 155 VAG (entsprechend der Tarife nach Art der Lebensversicherung) vorgesehen werden. Demgegenüber stehen Tarife (Produkttypen 3 und 4), bei denen eine Beitragsanpassungsklausel nicht notwendigerweise vorgesehen ist. Dies ist in der Regel bei kurzfristigem Geschäft der Fall.

Bei Produkten vom Produkttyp 3 handelt es sich um Tarife mit einer Laufzeit von maximal einem Jahr mit automatischer Verlängerungsoption. Das heißt, dass sowohl Versicherungsnehmer als auch Versicherer den Vertrag jeweils vor der Verlängerung (innerhalb einer bestimmten Frist) kündigen können. Zudem kann jeweils auch ein besonderes Kündigungsrecht seitens des Versicherers oder Versicherungsnehmers bestehen, welches z. B. nach einer Frist von x Monaten oder Jahren greift. Produktbeispiele dafür sind Auslands-Reisekrankenversicherung mit einjähriger Laufzeit und automatischer Verlängerung und die Beihilfeablöseversicherung.

Bei Produkttyp 4 handelt es sich um Tarife mit einer begrenzten Laufzeit ohne Verlängerungsoption. Produktbeispiele dafür sind Incoming-Reiseversicherung für Ausländer, Auslandsreise-Krankenversicherung für Familien und Einzelpersonen, die für eine bestimmte

Reise abgeschlossen werden, oder jährliche Auslandsreise-Gruppenversicherung für Unternehmen. Weitere Beispiele am Markt gibt es auch bei Krankentagegeld-Versicherungen mit einer befristeten Laufzeit.

Produkte von Typ 3 bzw. 4, die eine BAP-Klausel besitzen, sind bezogen auf die Anforderungen, die sich aus den folgenden Ausführungen ergeben, vergleichbar mit Produkten von Typ 1 und 2.

Zunächst fallen auch alle Gruppenversicherungsverträge mit einer begrenzten Laufzeit (mit und ohne Verlängerungsoption) unter das kurzfristige Geschäft (z. B. betriebliche Krankenversicherung bKV). Die Befristung gilt dabei gegenüber dem Versicherungsnehmer (bspw. dem Arbeitgeber). Sofern die versicherte Person jedoch nach Kündigung des Gruppenvertrages oder Ausscheiden aus dem Kollektiv ein Recht auf Fortführung in einem unbefristeten Einzelvertrag hat, gelten für diese befristeten Gruppenversicherungen die Anforderungen, die bei den unbefristeten Verträgen aufgeführt sind. Dies bedeutet beispielsweise, dass auch bei einer zeitlich befristeten betrieblichen Krankenversicherung, welche eine Aufnahme in den Gruppenvertrag ohne Gesundheitsprüfung ermöglicht, ggf. die Selektionseffekte und Auswirkungen von Tarifwechseln mit in Betracht gezogen werden müssen.

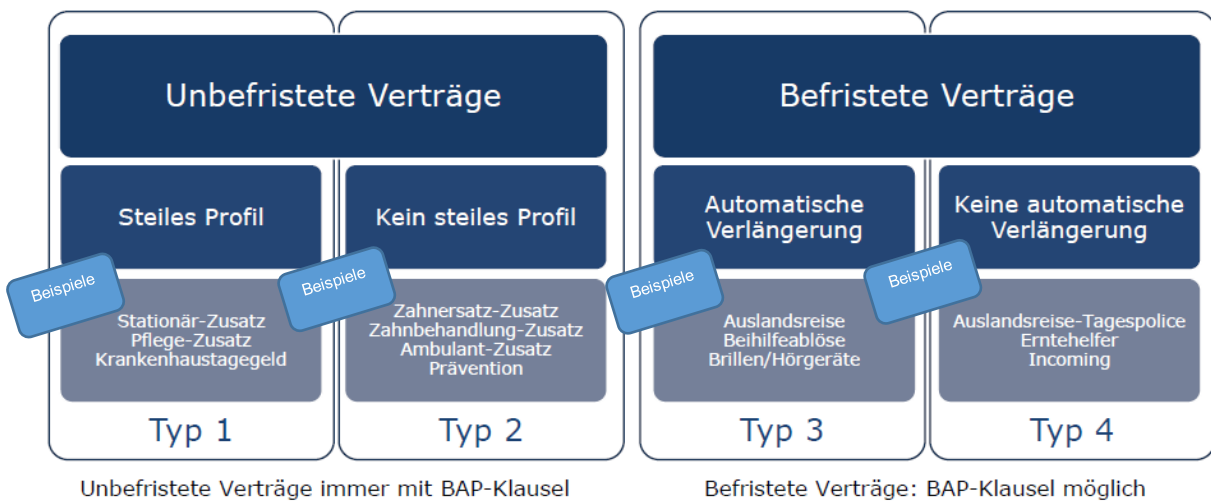


Abbildung 1:  
Produkttypen-Beispiele Krankenversicherungstarife nach Art der Schadenversicherung

## 2. Erstkalkulation

### 2.1. Rechnungsgrundlagen/Risikomerkmale

Eine Definition von möglichen Rechnungsgrundlagen ist für die KV nach Art der SV gesetzlich nicht vorgegeben und erscheint aufgrund der Vielfalt möglicher Produkte auch nicht sinnvoll. Allerdings sollten die in der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) genannten Rechnungsgrundlagen als Basis dienen, insbesondere bei Tarifen mit Beitragsanpassungsklausel, da diese in ihrer Gestaltung den Produkten nach Art der LV am nächsten sind.

Anders als bei Tarifen nach Art der LV stellt § 2 Abs. 1 KVAV somit keine abschließende Liste aller möglichen Rechnungsgrundlagen dar, sondern kann bei Bedarf erweitert werden. Auch ist es für Tarife nach Art der SV denkbar, weitere Risikomerkmale zu definieren, die die Rechnungsgrundlagen (insbesondere den Kopfschaden) beeinflussen. So sind neben dem in § 6 Abs. 1 KVAV genannten Risikomerkmale Alter z. B. auch Regionalklassen denkbar. Die rechtlichen Rahmenbedingungen (z. B. durch das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG)) sind bei den Rechnungsgrundlagen und Risikomerkmale zu berücksichtigen.

Besonders wenn der Kopfschaden in starkem Maße von einem bestimmten Risikomerkmale abhängt, sollte in der Einzelversicherung nach diesem Merkmal gruppiert werden. Als Beispiel seien hier das Reiseziel bei der längerfristigen Auslandskrankenversicherung (sofern bekannt) oder das Alter bei Tarifen mit steilem Profil genannt. Dabei sollte auf eine ausreichend differenzierte Gruppenbildung geachtet werden, um ein hinreichend homogenes Kollektiv innerhalb einer Gruppe zu gewährleisten. Es ist aber davon auszugehen, dass für diesen Zweck nicht für jede Ausprägung eines Risikomerkmale (z. B. für jedes Eintrittsalter oder für jedes Reiseland) risikoadäquate Prämien kalkuliert werden müssen, sondern dies über gewisse Pauschalierungen, z. B. Altersgruppen oder Ländergruppen, erreicht werden kann. Insbesondere sollte bei Produkten mit einer starken Altersabhängigkeit auf eine ausreichend differenzierte Gruppenbildung geachtet werden, damit eine von den Kalkulationsannahmen abweichende Zugangsalterstruktur oder eine Verschiebung aufgrund von Tarifwechsel nicht automatisch zu einer nicht sachgerechten Kalkulation führt. Tarife mit sehr steilem Profil – z. B. Pflege – bergen grundsätzlich das Risiko, dass die Beiträge in hohen Altern für den Kunden schwer finanzierbar sind. In diesen Altern benötigt der Kunde die Versicherung jedoch besonders. In einem solchen Fall ist eine Kalkulation nach Art der Schadenversicherung nicht zu empfehlen.

Die Profile von Tarifen der KV nach Art der SV können steiler verlaufen als Profile von Tarifen der KV nach Art der LV mit vergleichbarem Leistungsumfang, da Personen mit geringer Leistungsanspruchnahme in der KV nach Art der SV in Folge der planmäßig mit dem Alter steigenden Beiträge vergleichsweise häufiger den Tarif verlassen (Selektionseffekt).

In der Gruppenversicherung kann die Homogenität des Kollektivs auch durch andere Maßnahmen erreicht werden, beispielsweise durch den obligatorischen Abschluss in der betrieblichen Krankenversicherung.

Bei Einführung zusätzlicher Risikomerkmale sollte das Nebeneinander von Produkten nach Art der SV und Produkten nach Art der LV berücksichtigt werden (vgl. Abschnitt 3.4 zum Tarifwechsel). Wenn durch ein zusätzliches Risikomerkmale eine Kundengruppe in dem Produkt nach Art der SV günstiger ist als in dem ähnlichen Produkt nach Art der LV, muss mit einer Wechselbewegung zwischen dem Produkt nach Art der LV und dem Produkt nach Art der SV gerechnet werden. Dadurch könnten Selektionseffekte ausgelöst werden. Um eine Belastung der Kollektive in einem Produkt nach Art der LV zu verhindern, sollte gegebenenfalls im Tarif nach Art der SV eine Optionsrückstellung gebildet werden.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Vgl. Formelwerk in DAV-Hinweis „Anwartschaften und sonstige Optionen in der Privaten Krankenversicherung“



## 2.2. Prämienmodelle

Auch für die angewendeten Prämienmodelle bestehen nicht die Einschränkungen der Produkte nach Art der LV durch die KVAV. Allerdings sollte die Prämienfestlegung sachgerecht und nachvollziehbar erfolgen sowie ausreichend dokumentiert sein. Die Anforderungen bei der hier untersuchten Produktgruppe der Tarife nach Art der SV werden ähnlich gesehen wie bei den Produkten nach Art der LV.

Prämien sollten grundsätzlich nach dem Äquivalenzprinzip kalkuliert werden, d. h. die Summe der erwarteten Prämien (ggf. mit steigendem Prämienverlauf) einer bestimmten Risikogruppe äquivalenter Risiken sollte mit der Summe der erwarteten Schäden und der Summe der erwarteten Kosten (Abschluss-, Verwaltungs-, Schadenregulierungskosten und sonstige Kosten wie bspw. Sicherheits- oder Gewinnzuschläge oder Zuschläge für Risikokapitalkosten) über die Vertragslaufzeit übereinstimmen. Ggf. sind zu den erwarteten Prämien auch noch die erwarteten Deckungsbeträge aus oder für andere Teildeckungen zu berücksichtigen.

Vor dem Hintergrund von Solvency II empfiehlt es sich, bei der Erstkalkulation eine Aussage zur Auskömmlichkeit der Prämien zu treffen (bspw. als Hilfestellung für die Versicherungsmathematische Funktion VMF zur Zeichnungspolitik oder auch als mögliche Grundlage für das Own Risk and Solvency Assessment ORSA). Außerdem sollten nur solche Prämienmodelle Anwendung finden, die in Bezug auf den Gesundheitszustand nur auf das entsprechende Risiko zu Beginn des Versicherungsschutzes abstellen. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes darf dann nicht zu höheren individuellen Beiträgen führen.

Kostenseitig sollte bei einem frontlastigen Vergütungsmodell ein besonderes Augenmerk auf die Umlage der Abschlusskosten gelegt werden, da die durchschnittliche Versicherungsdauer in Tarifen nach Art der SV tendenziell kürzer ist als bei Tarifen nach Art der LV. Zudem ist eine Abschlusskostenfinanzierung durch Zillmerung in Tarifen nach Art der SV nicht möglich. Eine ausreichende Finanzierung, z. B. über einen gegenüber Tarifen nach Art der LV erhöhten laufenden Beitragszuschlag, erscheint daher angezeigt.

Aus Corporate-Governance-Gründen und um Negativfolgen hinsichtlich Rechtsunsicherheiten im Rahmen von Beitragsanpassungs-Klagen zu minimieren, ergeben sich indirekt Anforderungen an die Dokumentation der Erstkalkulation. Eine Orientierung an den Standards für die KV nach Art der LV und dem einschlägigen DAV-Hinweis "Erstellung und Inhalte Technischer Berechnungsgrundlagen in der privaten Krankenversicherung" ist daher sinnvoll. Es ist sicherzustellen, dass die Begründung und Herleitung der Rechnungsgrundlagen, die Kalkulation und (falls vorgesehen) die Modalitäten einer Beitragsanpassung (gilt für die Produkttypen 1 und 2) für fachkundige Dritte nachvollziehbar sind. Ebenfalls sind in den Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) die gewählten Modalitäten möglicher Bedingungs- und Beitragsänderungen ausführlich darzustellen.

## 2.3. Risikogerechte Prämien

### Grundsatz

Der Aktuar / die Aktuarin sollte grundsätzlich die Auskömmlichkeit bzw. Risikogerechtigkeit der Prämien bezogen auf das Risikokollektiv einzelner und aller Tarife nach Art der SV langfristig sicherstellen, sofern nicht eine anderweitige Teildeckung möglich und sichergestellt ist.

### Anforderung an Tarife mit Beitragsanpassungsklausel (Produkttypen 1 und 2)

Die Beitragsanpassungsklausel definiert je Beobachtungseinheit einen Auslösenden Faktor, der die erforderlichen und kalkulierten Versicherungsleistungen gegenüberstellt. Deshalb sollten für Tarife mit Beitragsanpassungsklausel die Prämien für jede Beobachtungseinheit risikogerecht kalkuliert werden. Würde man diese Forderung nicht erheben, wäre in Folge einer unzureichenden Erstkalkulation eine Beitragsanpassung die direkte Konsequenz. Dies steht im Widerspruch zu § 203 Abs. 2 VVG mit dem Verweis auf § 155 Abs. 3 Satz 4 VAG („unzureichende Erstkalkulation“).

## Anforderung an Tarife ohne Beitragsanpassungsklausel (Produkttypen 3 und 4)

Auch für das kurzfristige Geschäft ist eine Auskömmlichkeit für einzelne Tarife aus aktuarieller Sicht anzustreben. Dies kann aus bestehenden Gesetzesvorgaben aber nicht zwingend gefordert werden. So wäre es beispielsweise denkbar, mehrere Tarife zu einem Kollektiv zusammenzufassen und Verwerfungen innerhalb dieses Kollektivs zu vernachlässigen. Hierbei sind aber zumindest die Auswirkungen derartiger Konstellationen zu untersuchen, dies vor allem im Hinblick auf die Anforderungen aus Solvency II (beispielsweise Aussagen zur Auskömmlichkeit der Prämien oder Eigenkapitalanforderungen).

## Verwendung von Überschüssen

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

Die Mindestüberschussbeteiligung in der KV nach Art der LV bzw. in der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) sowie der geförderten Pflegevorsorge (GEPV) bestimmt sich gemäß § 160 Abs. 6 VAG i. V. m. § 22 KVAV. Diese darf durch Negativergebnisse in der KV nach Art der SV nicht gefährdet werden.

Eine Mindestüberschussbeteiligung der Versicherungsnehmer ist in der KV nach Art der SV gesetzlich nicht vorgeschrieben, so dass Überschüsse aus diesem Bereich z. B. auch in Tarifen nach Art der LV verwendet werden könnten. Dabei ist jedoch darauf zu achten, dass diese Überschüsse (wie auch die Überschüsse aus Tarifen nach Art der LV selbst) nicht zur Subventionierung der Neugeschäftsbeiträge verwendet werden dürfen, da zur Sicherung der stetigen Erfüllbarkeit des Leistungsversprechens stets ausreichende Prämien kalkuliert sein müssen.

## Bestandsentmischung

Bei der erstmaligen Festlegung der Prämien sollten auch Effekte wie Wechselbewegungen oder Bestandsalterung berücksichtigt werden, da ansonsten Selektionseffekte eintreten, die das Beitragsgefüge ggf. negativ beeinflussen.

Falls die angesetzten Bruttoprämien nicht oder nicht ausreichend Risikomerkmale reflektieren, die als Rechnungsgrundlagen identifiziert wurden (z. B. Reiseziel-unabhängige Prämien bei Auslandsreise-Krankenversicherungen), können sich Bestandsentmischungsgefahren ergeben, die schon bei Einführung solcher Prämien mit Hilfe von verschiedenen Szenarien (best, base, worst case) quantitativ analysiert werden sollten. Dies könnte z. B. der Fall sein, wenn neben einer nicht nach Reisezielen differenzierenden Auslandsreise-Krankenversicherung eine nach Ländern unterscheidende Reise-Krankenversicherung eingeführt wird.

## 2.4. Risikobegrenzende Maßnahmen

In der freiwilligen Krankenversicherung besteht generell ein hohes Antiselektions-Risiko, so dass grundsätzlich risikobegrenzende Maßnahmen – bspw. Risikoprüfung, Annahmerichtlinien oder Tarifgestaltung – zu empfehlen sind. Bei Abweichung von diesem Grundsatz sollten die möglichen Effekte ggf. mit Hilfe von verschiedenen Szenarien (best, base, worst case) analysiert und transparent gemacht werden.

Bei der Tarifgestaltung ist der Schutz der Kollektive von anderen Tarifen mit Beitragsanpassungsklausel, insbesondere von Tarifen nach Art der LV, zu beachten. Sind die risikobegrenzenden Maßnahmen in einem Tarif nach Art der SV nicht ausreichend für die Risikobegrenzung in möglichen Zieltarifen (z. B. Wechsel von einem obligatorisch abgeschlossenen bKV-Tarif in einen Tarif

nach Art der LV), kann die Bildung einer Optionsrückstellung sinnvoll sein. Dadurch sollen Wanderungsbewegungen und damit einhergehende Selektionseffekte vermieden oder gegenfinanziert werden.

Im kurzfristigen Geschäft stellt die Kurzfristigkeit an sich schon eine risikobegrenzende Maßnahme dar. Dabei muss der Aktuar / die Aktuarin allerdings beurteilen, ob und inwieweit diese Maßnahme ausreichend ist oder weitere Risikobegrenzungen erforderlich sind.

### 3. Nachkalkulation

Die Krankenversicherung nach Art der Schadenversicherung unterliegt dem versicherungstechnischen Änderungsrisiko. Das bedeutet, dass sich durch externe Einflüsse der Schadenbedarf oder die Rahmenbedingungen verändern können und dadurch die kalkulierte Beitragshöhe oder die verwendeten AVB nicht dauerhaft sachgerecht sind.

Bei kurzen Vertragslaufzeiten ist das Änderungsrisiko von untergeordneter Bedeutung. Am Ende der Vertragslaufzeit können die Beiträge und die AVB an geänderte Umweltzustände angepasst werden.

Um Versicherungsschutz in der Krankenversicherung auch bei langen Vertragslaufzeiten zu ermöglichen (Typ 1 und Typ 2), können Vertragsänderungen erforderlich sein, die eine sachgerechte Anpassung und Fortführung der Verträge ermöglichen. Die vertragliche Vereinbarung von Beitragsanpassungs- und Bedingungsänderungsklauseln ist rechtlich anerkannt und kommt in der Praxis nicht nur in der Krankenversicherung vor (z. B. Beitragsanpassungsklauseln in der Haftpflichtversicherung [Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung AHB] oder in der Glasversicherung [Allgemeine Wohngebäude Versicherungsbedingungen VGB]). Der Verzicht auf eine Beitragsanpassungs- bzw. Bedingungsanpassungsklausel in den AVB kann insbesondere bei der langfristigen KV nach Art der SV zu wirtschaftlichen Nachteilen für die Unternehmen führen.<sup>5</sup> Das Risiko ist bei derartigen Verträgen im Risikomanagement abzuschätzen.

#### 3.1. Beitragsanpassung

Ist bei einer Krankenversicherung das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung einer für die Prämienkalkulation maßgeblichen Rechnungsgrundlage berechtigt, die Prämie entsprechend den berichtigten Rechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die technischen Berechnungsgrundlagen überprüft und der Prämienanpassung zugestimmt hat (wörtlicher Auszug aus § 203 Abs. 2 Satz 1 VVG).<sup>6</sup> Im folgenden Satz 4 von § 203 Abs. 2 VVG wird ein Bezug zur KVAV hergestellt: Für die Änderung der Prämien, Prämienzuschläge und Selbstbehalte sowie ihre Überprüfung und Zustimmung durch den Treuhänder gilt § 155 in Verbindung mit einer auf Grund des § 160 des Versicherungsaufsichtsgesetzes erlassenen Rechtsverordnung.

Für die Krankenversicherung nach Art der Schadenversicherung existiert keine gesetzliche Anforderung, das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers auszuschließen. Am Markt existieren Tarife sowohl ohne als auch mit ordentlichem Kündigungsrecht. Dabei sind Verträge mit ordentlichem Kündigungsrecht grundsätzlich durch kurze Vertragslaufzeiten gekennzeichnet, während bei längeren Vertragslaufzeiten kein ordentliches Kündigungsrecht des Unternehmens besteht.

#### Verträge ohne ordentliches Kündigungsrecht seitens des Versicherungsunternehmens

Der § 203 Abs. 2 VVG (Beitragsanpassungsrecht) wird unterschiedlich juristisch ausgelegt.

Meist wird der § 203 Abs. 2 VVG in der Weise interpretiert, dass er auf alle Krankenversicherungstarife zu beziehen ist, d. h. auch auf die KV nach Art der SV, sofern das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers vertraglich oder gesetzlich ausgeschlossen ist. Zusätzlich erscheint in diesem Fall eine entsprechende vertragliche Vereinbarung in enger Anlehnung an den § 203 Abs. 2 VVG sinnvoll, d. h. auch mit Einbindung eines unabhängigen Treuhänders. Bei der KV nach Art der SV, bei der das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen ist, könnte eine eigene Beitragsanpassungsklausel ohne Treuhänderbeteiligung bei vorausgesetzter Anwendbarkeit von

<sup>5</sup> Die Aufsicht hat sich in VerBAV 3/2000 (S. 63) zu dieser Thematik für den Bereich der Berufsunfähigkeitsversicherung geäußert. Diese Ausführungen sind weitgehend analog auf die KV nach Art der SV übertragbar.

<sup>6</sup> Für die substitutive Krankenversicherung ist das ordentliche Kündigungsrecht gemäß § 146 Abs. 1 VAG gesetzlich ausgeschlossen; außerdem enthalten die Vertragsbedingungen entsprechende Regelungen.

§ 203 Abs. 2 VVG wegen Verstoßes gegen § 208 Abs. 1 VVG unwirksam sein, da die Nichtbeteiligung eines unabhängigen Treuhänders als Nachteil des Versicherungsnehmers angesehen werden kann. Darüber hinaus stellt die Rechtsprechung hohe Anforderungen an vertraglich vereinbarte Anpassungsklauseln (rechtliche Inhaltskontrolle). Eine Abweichung von gesetzlich festgelegten Mustern führt daher u. U. zu Rechtsunsicherheiten.

Sofern eine Beurteilung dazu führt, dass § 203 Abs. 2 VVG nicht für die KV nach Art der SV, bei der das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen wurde, anzuwenden ist, bleibt dem Versicherer die vertragliche Vereinbarung einer eigenständigen Beitragsanpassungsklausel unbenommen, ggf. ohne Treuhändereinbindung. Dabei hat der Aktuar / die Aktuarin die Unterschiede bei der Verfahrensweise im Vergleich zum VAG und zur KVAV (z. B. die Ermittlung der „Auslösenden Faktoren“) zumindest in den Technischen Berechnungsgrundlagen zweifelsfrei zu dokumentieren. Ebenso sollte dies zumindest sicherheitshalber in den AVB geschehen.

In der KV nach Art der LV lässt der Gesetzgeber Beitragsänderungen bei einer nicht nur vorübergehenden signifikanten Änderung der Versicherungsleistungen oder der Sterbewahrscheinlichkeiten zu (vgl. Gegenüberstellungen gemäß § 155 Abs. 3 und 4 VAG). Eine Ausdehnung dieses Katalogs für die KV nach Art der SV wäre u. E. fragwürdig aber nicht auszuschließen – z. B. bei Rechnungsgrundlagen, die in der KVAV nicht aufgeführt sind. Sterbewahrscheinlichkeiten spielen für die KV nach Art der SV i. A. keine oder nur eine untergeordnete Rolle.

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

Eine Beitragsanpassungsklausel sollte grundsätzlich ein Beitragsanpassungsrecht in beide Richtungen (Erhöhung und Senkung) vorsehen.

Nach Feststellung der nicht nur vorübergehenden Änderung bei einer maßgeblichen Rechnungsgrundlage dürfen bzw. müssen u. E. (analog zur KV nach Art der LV und ggf. auf Basis entsprechender AVB-Regelungen) alle Rechnungsgrundlagen aktualisiert werden. Entsprechend diesen Aktualisierungen hat die Neufestsetzung der Beiträge zu erfolgen. Dabei dürfen bisher verwendete Beitragsberechnungsformeln gemäß Technischer Berechnungsgrundlage, in die die aktualisierten Rechnungsgrundlagen als Basiswerte eingehen, grundsätzlich nicht verändert werden. Beispielsweise sollen beitragsrelevante Altersgruppenbildungen nicht geändert werden, da sich der Kunde bei Vertragsabschluss in ein Risikokollektiv, dessen Beitragsgestaltung sich insbesondere durch die Altersgruppeneinteilung definiert, begeben hat und er nun erwarten kann, dass die altersmäßige Einteilung der Beiträge unverändert bleibt.

Eine Beitragsänderung für Bestandsversicherte ist nach der bisherigen Rechtsprechung grundsätzlich nur erlaubt, wenn das bei Vertragsschluss vereinbarte (und auf das gesamte Risikokollektiv oder Teile davon bezogene) Äquivalenzverhältnis von Leistung und Beitrag durch externe Umstände im Gesundheitswesen, die der Versicherer nicht zu vertreten hat, nicht unerheblich gestört ist. Veränderungen externer Umstände, die für den Versicherer bei Abschluss des Vertrages vorhersehbar und quantitativ abschätzbar waren, berechtigen zu keiner Beitragskorrektur (vgl. § 155 Abs. 3 Satz 4 VAG für die KV nach Art der LV: „Eine Anpassung erfolgt insoweit nicht, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder einer Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.“). Dies betrafte grundsätzlich auch Beitragsveränderungen durch unternehmenspolitisch bedingte Maßnahmen des Versicherers wie z. B. die „Schließung“ eines Tarifs für das Neugeschäft etc.

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

Aktuariell nicht nachweisbare Erhöhungsnotwendigkeiten bei einem Sicherheitszuschlag oder die (nur unternehmenspolitisch gewünschte) Erhöhung/Einführung eines Gewinnzuschlags berechtigen insoweit nicht zu einer Beitragsänderung. Eine Erhöhung des Schadenbedarfs, die aus nicht vorhersehbaren Bestandsentmischungen resultiert, darf u. E. dagegen grundsätzlich über eine Beitragsanpassung an die Kunden weitergegeben werden. Als Beispiel sei hier ein Tarif mit Einheitsbeitrag genannt, bei dem sich die Alters- und Geschlechterstruktur des Bestandes geändert und in Folge dessen der Schadenbedarf des Risikokollektivs erhöht hat.<sup>7</sup> Davon abzugrenzen ist jedoch eine mögliche Fehleinschätzung hinsichtlich der zugrunde gelegten beitragsrelevanten Bestandsstruktur bereits bei der Erst- bzw. vorhergehenden Nachkalkulation. Die Verantwortlichkeit hierfür liegt, sofern eine schuldhafte Fehleinschätzung im Sinne von § 155 Abs. 3 Satz 4 VAG vorliegt, beim Versicherer und eine signifikante Änderungsnotwendigkeit darf beitragsmäßig nicht zu Lasten der Bestandsversicherten gehen.

Die Anforderungen an einen unabhängigen Treuhänder in der KV nach Art der SV ergeben sich analog zur KV nach Art der LV (wenn § 203 Abs. 2 VVG entsprechend interpretiert wird). Bei einer abweichenden VVG-Interpretation empfiehlt sich auch in dieser Frage u. E. eine enge Orientierung an den gesetzlichen Anforderungen zum unabhängigen Treuhänder in der KV nach Art der LV.

### **Verträge mit ordentlichem Kündigungsrecht seitens des Versicherungsunternehmens**

Sofern die KV nach Art der SV ein ordentliches Kündigungsrecht des Unternehmens berücksichtigt, kann die Vertragslaufzeit im Bedarfsfall durch das VU begrenzt werden. Hier ist das Beitragsanpassungsrecht für die Gewährung des Versicherungsschutzes nicht erforderlich. Änderungen bei Rechnungsgrundlagen können bei einer möglichen Vertragsfortsetzung berücksichtigt werden. Die AG ist der Ansicht, dass Tarife mit ordentlichem Kündigungsrecht, wenn sie eine BAP-Klausel vorsehen, wie Tarife ohne Kündigungsrecht zu behandeln sind. Einzig das bei befristeten Tarifen nicht zwingend vorgesehene Tarifwechselrecht kann zu gesonderten Betrachtungen führen.

### **3.2. Bedingungsanpassung**

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

---

<sup>7</sup> Wenn sich ein Risikomerkmal (z. B. das Alter) bei der Erstkalkulation als relevant herausstellt, dann ist dieses Risikomerkmal bei der Kalkulation entsprechend zu berücksichtigen.

### 3.3. Überschussbeteiligung

Für die Tarife nach Art der SV besteht keine Verpflichtung, eine Überschussbeteiligung vorzusehen. Entstehende Gewinne können somit direkt im Tarif ausgeschüttet werden, zur Subvention anderer Tarife oder anderweitig verwendet werden.<sup>8</sup> Ist für Tarife nach Art der SV eine Überschussbeteiligung vorgesehen, so ist sicherzustellen, dass die gesetzlichen Vorgaben bzw. vertraglichen Verpflichtungen eingehalten werden. Dies kann möglicherweise durch eine separierte Führung der Rückstellung für Beitragsrückerstattung nach Art der LV und nach Art der SV erfolgen.

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

Für Versicherungsunternehmen, die auch die KV nach Art der LV betreiben, ergibt sich ein Quersubventionierungsverbot derart, dass Negativergebnisse in der KV nach Art der SV nicht die Mindestzuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung in der KV nach Art der LV bzw. in der privaten Pflegepflichtversicherung gemäß § 160 Nr. 6 VAG i. V. m. § 22 KVAV beeinflussen dürfen. Die Nachweisungen (siehe Versicherungsberichterstattungs-Verordnung) stellen die Trennung zwischen KV nach der Art der LV und KV nach Art der SV dadurch sicher, dass eine getrennte Abrechnung für die beiden Kalkulationsformen existiert.

Darüber hinaus ergeben sich u. E. aufgrund bestehender Gesetzesgrundlagen keine weiteren Einschränkungen, die einer Quersubventionierung direkt widersprechen würden.

### 3.4. Tarifwechsel

Gemäß vorherrschender Meinung ist das Tarifwechselrecht in gleichartige Tarife für alle unbefristeten Krankenversicherungstarife und somit auch für die KV nach Art der SV (ohne Befristung) zu berücksichtigen. Für Krankenversicherer ist dieser Aspekt für neue Tarife zu beleuchten. Somit besteht die Gefahr, dass in nicht ausreichend kalkulierte Tarife weiterhin Versicherte wechseln können. Sofern die Gleichartigkeit zwischen Tarifen nach Art der LV und Tarifen nach Art der SV im Sinne von § 204 VVG bejaht wird, ist zusätzlich zu klären, wie mit Wechseln zwischen diesen Tarifen umzugehen ist. So ergeben sich bei einem Wechsel von Tarifen nach Art der LV in Tarife nach Art der SV Fragen bzgl. der Behandlung vorhandener Alterungsrückstellungen. Wechsel von Tarifen nach Art der SV in Tarife nach Art der LV sind vor allem unter dem Aspekt der Risikoverschiebung zu betrachten. Insbesondere bei einer reduzierten Gesundheitsprüfung für Tarife nach Art der SV können sich durch Wechsel in Tarife nach Art der LV dort Antiselektionseffekte ergeben.<sup>9</sup> Dies wäre z. B. mit einem obligatorischen Abschluss eines entsprechenden Optionstarifs oder z. B. durch Erhebung eines Optionszuschlags abzumildern.

### 3.5. Bestandsentmischung

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

---

<sup>8</sup> Die Rückstellung für eine dauerhafte Beitragslimitierung in der KV nach Art der SV kann in der Nw 233 unter Zeile 2, Spalte 3, bilanziert werden. Diese Rückstellung ist jedoch keine Alterungsrückstellung.

<sup>9</sup> Selbst bei gleichwertiger Gesundheitsprüfung kann sich durch Beitragssprünge eine Antiselektion ergeben.