

Fachgrundsatz der Deutschen Aktuarvereinigung e. V.

Aktuarielle Anforderungen an Sachverständigengutachten in der Privaten Krankenversicherung

Hinweis

Köln, 17.09.2025

Präambel

Die Deutsche Aktuarvereinigung (DAV) e. V. hat entsprechend dem Verfahren zur Feststellung von Fachgrundsätzen vom 25. April 2019 den vorliegenden Fachgrundsatz festgestellt.¹ Fachgrundsätze zeichnen sich dadurch aus, dass sie

- aktuarielle und berufsständische 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 Sachverständige bei der Erstellung von Sachverständigengutachten in der Privaten Krankenversicherung.²

Der Anwendungsbereich dieses Fachgrundsatzes umfasst die Private Krankenversicherung.

Inhalt des Hinweises

Die nachfolgenden Ausführungen des Fachgrundsatzes beinhalten aktuarielle Anforderungen an die sachverständige Prüfung von Prämienanpassungen in der Privaten Krankenversicherung. Es werden relevante Rechtstexte und Fachliteratur genannt, formale Aspekte der Begutachtung erläutert sowie mathematische Verfahren zur Qualitätssicherung der Überprüfungen vorgestellt. Zudem wird auf die aktuariellen Themen eingegangen.

Schlagworte

Private Krankenversicherung, Sachverständigengutachten, Beitragsanpassungen, Prüfung

Verabschiedung, Gültigkeitszeitraum und Erstanwendung

Dieser Hinweis ist durch den Vorstand der DAV am 17. September 2025 verabschiedet worden und tritt mit der Bekanntgabe auf der Internetseite der DAV in Kraft.

¹ Der Vorstand dankt der Arbeitsgruppe „Aktuarielle Anforderungen an Sachverständigengutachten in der Privaten Krankenversicherung“ ausdrücklich für die geleistete Arbeit, namentlich Ralph Brouwers, Julia Conrad, Wolfgang Engel, Raphael Gutmann, Patrick Haibach, Prof. Dr. Thomas Neusius (Leitung), David Oberbichler, Heinz-Werner Richter, Svenja Rodrig, Prof. Dr. Jan-Philipp Schmidt (Leitung), Harald Schnell, Peter A. Schramm, Bernhard Weidner und Dr. Ulrich Stellmann.

² 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.

Actuarial Requirements for Expert Opinions in Private Health Insurance

The following note contains actuarial requirements for the actuarial expert review in court of premium adjustments in private health insurance. Relevant legal texts and actuarial literature are cited, formal aspects of the review are explained and mathematical procedures for quality assurance of the reviews are presented. Actuarial topics are also discussed.

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 „Aktuarielle Anforderungen an Sachverständigengutachten in der Privaten Krankenversicherung (Actuarial Requirements for Expert Opinions in Private Health Insurance)“ 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.

- 1. Motivation5**
 - 1.1. Ausgangssituation5
 - 1.2. Historie5
 - 1.3. Gliederung6

- 2. Rechtliche Texte und Entscheidungen des BGH8**
 - 2.1. Rechtliche Rahmenbedingungen für die Prämienanpassung8
 - 2.2. Grundsätzliche Regelungen zur Prozessführung8
 - 2.3. Versicherungsvertragliche Regelungen8
 - 2.4. Einschlägige Kommentierungen8
 - 2.5. BGH-Urteile8
 - 2.6. Sekundärliteratur9
 - 2.7. Fachgrundsätze der DAV9

- 3. Formale Aspekte der Begutachtung11**
 - 3.1. Zentrale Begriffe11
 - 3.2. Was ein Sachverständiger tun und lassen sollte14

- 4. Mathematische Methoden und Verfahren17**
 - 4.1. Grundsätzliche Überlegungen17
 - 4.2. Qualität der mathematischen Überprüfung18

- 5. Aktuarielle Themen einer Begutachtung19**
 - 5.1. Prüfung der Anpassungsvoraussetzungen gemäß § 155 Abs. 3 und 4 VAG19
 - 5.2. Lag eine unzureichende Vorkalkulation vor?21
 - 5.3. Anpassung der Rechnungsgrundlagen21
 - 5.4. Limitierungsmaßnahmen22
 - 5.5. Prüfung der individuellen Prämie24

- 6. Glossar26**

- 7. Liste der BGH-Urteile26**

1. Motivation

1.1. Ausgangssituation

Es gibt wenig aktuarielle Fachliteratur speziell zu Sachverständigengutachten im Bereich der Privaten Krankenversicherung (PKV). Die Nachfrage nach solchen aktuariellen Gutachten – insbesondere im Bereich der Kalkulation von Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung – ist jedoch in den letzten Jahren stark angestiegen. Dabei zeigt sich eine erhebliche Heterogenität, sowohl in der Qualität der Gutachten als auch in den Themen, die von den unterschiedlichen Gerichtsinstanzen aufgegriffen werden.

Als berufsständige Vereinigung sieht sich die Deutsche Aktuarvereinigung e.V. in der Pflicht, ihren Mitgliedern fachliche Unterstützung und Hilfestellung zu geben. Dadurch sorgt sie einerseits für einheitliche Standards und kann andererseits neue Sachverständige auf eine aktuarielle Begutachtung zielgerichtet vorbereiten.

Der Fokus dieses Fachgrundsatzes liegt auf Aufträgen von Gerichten an Aktuare, die häufig folgendermaßen formuliert sind:

„Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung der Beklagten, die für den privaten Krankenversicherungsvertrag der Klägerin vorgenommenen folgenden Beitragserhöhungen seien nach aktuariellen Grundsätzen als mit den bestehenden Rechtsvorschriften in Einklang stehend anzusehen durch Einholung eines schriftlichen Sachverständigengutachtens auf Antrag der Beklagten.“

Dieser Fachgrundsatz behandelt ausschließlich Tarife, die nach Art der Lebensversicherung kalkuliert sind, d.h. für die die KVAV maßgeblich ist, da diese die gutachterliche Praxis ganz wesentlich bestimmen. Eine Ausnahme bildet die Pflegepflichtversicherung, für die gemäß § 26 KVAV alle wesentlichen Teile der KVAV nicht einschlägig sind. Die direkte Anwendbarkeit auf die Pflegepflichtversicherung ist nicht gegeben.

Ziel ist es, die Bereitschaft zur Tätigkeit als Sachverständiger zu steigern und auch fachfremde Aktuare zu befähigen, sich als Aktuar in einer Sachverständigentätigkeit für die Private Krankenversicherung zu engagieren, damit stets eine ausreichende Anzahl an Gutachtern vorhanden ist.

Auf die Frage der Eignung wird in diesem Hinweis nicht eingegangen (Ausnahme: Befangenheit in Abschnitt 3.1.1). Hierzu wird auf die geltenden Berufsgrundsätze der DAV – z.B. hinsichtlich fachlicher Eignung und Weiterbildung – verwiesen.

1.2. Historie

Die Historie von „Beitragsanpassungs-Klagen“ in der PKV lässt sich in einem kurzen Überblick wie folgt darstellen:

Vor einigen Jahren waren Klagen gegen die aktuarielle Kalkulation von Beiträgen in der PKV ein Nischenthema. Vereinzelt kam es vor Gerichten zu juristischen Auseinandersetzungen insbesondere bezüglich individueller Prämienanpassungen; allerdings war die Anzahl an Verfahren überschaubar.

In der Folge kam es vermehrt zu Klagen, die den Auslösenden Faktor und den Umgang mit der 5%-Kann-Klausel in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen betrafen. Diese Thematik – einschließlich der Zulässigkeit der Änderungen von Selbstbehalten und Höchstsätzen bzw. Risikozuschlägen - ist mittlerweile höchstrichterlich geklärt. Aktuell ist die Berechnungsmethodik sowie der Prüfungsumfang des Auslösenden Faktors Versicherungsleistungen durch den Unabhängigen Mathematischen Treuhänder (im Folgenden: Treuhänder) in den Vordergrund der Rechtstreitigkeiten gerückt.

Als weiteres wichtiges Thema wurde die Unabhängigkeit der Treuhänder bei langjähriger Tätigkeit für ein Unternehmen in der Privaten Krankenversicherung in Frage gestellt.

Wesentliche Kritikpunkte waren hierbei:

- Tätigkeiten des Treuhänders – Zuständigkeit nur für Prämienanpassungen gemäß § 157 VAG oder auch Einbindung in Erstkalkulation bzw. sonstige Gutachtertätigkeiten;
- Dauer der Bestellung / Alter eines Treuhänders - vgl. Treuhänder für Deckungsstock bzw. Wirtschaftsprüfer;
- Wirtschaftliche Abhängigkeit des Treuhänders.

Dabei ging es jedoch hauptsächlich um die formelle Wirksamkeit von Prämienanpassungen. Die höchstrichterliche Klärung erfolgte im Dezember 2018. In der Folge ist die Unabhängigkeit des Treuhänders kein juristisches Streitthema mehr.

Ähnliche formelle Bedenken gab es hinsichtlich der Informationen, die in den Anschreiben zur Prämienanpassung enthalten waren. Im Dezember 2020 wurde höchstrichterlich geklärt, welche Mindestanforderungen an die Kundenanschreiben gestellt werden, d. h. die Präzisierung der Anforderung an die Mitteilung der maßgeblichen Gründe für die Durchführung einer Prämienanpassung, die gemäß § 203 Abs. 5 VVG in Anschreiben für die formelle Wirksamkeit von Prämienanpassungen zu erfüllen ist.

Von aktueller Relevanz für Aktuare (u.a. aufgrund der großen Anzahl an Klagen) ist die materielle Wirksamkeit von Prämienanpassungen, insbesondere die Fragen nach der Höhe der Prämien und deren Anpassungen sowie die Anpassungsvoraussetzungen. Wesentliche Kritikpunkte hierbei sind:

- Anpassungsvoraussetzungen (Überschreitung des vertraglichen Schwellenwertes; Feststellung „vorübergehend“, Berechnungsverfahren des Auslösenden Faktors Versicherungsleistungen, Gleichwertigkeit von Berechnungsverfahren);
- Datengrundlage für die Berechnung/Plausibilisierung des Auslösenden Faktors Versicherungsleistungen durch den Unabhängigen Mathematischen Treuhänder;
- Unzureichende bzw. fehlerhafte Erst-/Vor- oder Neukalkulation;
- Planmäßig steigende Beiträge bei Tarifen, die nach Art der Lebensversicherung bzw. nach Art der Schadenversicherung kalkuliert sind;
- Treuhänderunterlagen und Korrespondenz;
- Gesetzeskonforme Limitierungsmaßnahmen.

Mit dem Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 20. März 2024 wurde bezüglich der Limitierungsmaßnahmen festgelegt, dass eine möglicherweise fehlerhafte Limitierungsmaßnahme die materielle Wirksamkeit einer Prämienanpassung, welche im Übrigen den Kalkulationsanforderung aus § 155 Abs. 1 VAG entspricht, unberührt lässt. Zudem sind bei einer gerichtlichen Kontrolle der sogenannten Limitierungsmaßnahmen nur besonders schwerwiegende Fehler überhaupt geeignet, zu einer dauerhaften Absenkung des Beitrags zu führen – und das auch nur, wenn der Versicherungsnehmer individuell und konkret dadurch beeinträchtigt ist. Der Versicherungsnehmer trägt die Beweislast dafür, dass die Limitierungsmittelverwendung fehlerhaft erfolgte und er hierdurch in seinen Rechten beeinträchtigt wurde.

1.3. Gliederung

In Kapitel 2 erfolgt zunächst eine Zusammenstellung der wesentlichen rechtlichen Texte, der einschlägigen Literatur und Entscheidungen des Bundesgerichtshofs, die für die Erstellung eines Sachverständigengutachtens in der Privaten Krankenversicherung derzeit relevant sind.

In Kapitel 3 wird auf die formalen Aspekte der Begutachtung eingegangen und zentrale Begriffe im Zusammenhang mit der Erstellung von Gutachten erläutert. Dabei wird auf die Zuständigkeit und die Tätigkeit eines Sachverständigen abgeleitet aus den rechtlichen Rahmenbedingungen näher eingegangen.

In Kapitel 4 werden grundsätzliche Überlegungen für mathematische Methoden und Verfahren, die im Kontext von Sachverständigengutachten zur Anwendung kommen, aufgezeigt. Hierbei ist zu beachten, dass es keinen einheitlichen Standard gibt.

Abschließend wird im Kapitel 5 der typische Ablauf einer Begutachtung gemäß dem BGH-Urteil aus dem Jahr 2004 skizziert, um dem Sachverständigen in der Privaten Krankenversicherung eine Anleitung für die Erstellung von Gutachten zur Verfügung zu stellen.

2. Rechtliche Texte und Entscheidungen des BGH

Für einen Sachverständigen, der von Gerichts wegen damit betraut wurde, Prämienanpassungen in der Privaten Krankenversicherung zu überprüfen, sind die folgenden Vorschriften maßgeblich. Die Aufzählung enthält neben den einschlägigen Rechtsvorschriften auch Kommentierungen dazu sowie Sekundärliteratur, die zur Unterstützung des Gutachtauftrags zu Rate gezogen werden können.

2.1. Rechtliche Rahmenbedingungen für die Prämienanpassung

- Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)
 - § 146 VAG: Vorgaben zur Berechnung der Prämie
 - § 155 VAG: Vorgaben zur Änderung der Prämie
 - § 160 VAG: Ermächtigungsgrundlage zur Festlegung der KVAV
- Versicherungsvertragsgesetz (VVG)
 - § 203 Abs. 1 VVG: Verweis für die Berechnung der Prämie auf das VAG
 - § 203 Abs. 2 VVG: Berechtigung zur Neufestsetzung der Prämie auch für bestehende Versicherungsverhältnisse unter bestimmten Voraussetzungen
- Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV), vor 2016: Kalkulationsverordnung (KaIV) und Überschussverordnung (ÜbschV)
- Erweitert: Gesetzesbegründungen und Vorschlag der Expertenkommission (1994) zum VAG

2.2. Grundsätzliche Regelungen zur Prozessführung

- Zivilprozessordnung (ZPO): §§ 286, 404, 404a
- Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (JVEG)

2.3. Versicherungsvertragliche Regelungen

- Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB): Ist die Regelung zur Prämienanpassung in den AVB rechtskonform in Übereinstimmung mit § 155 (3) VAG?
- Musterbedingungen, z.B. Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009)

2.4. Einschlägige Kommentierungen

- Loschelders/Pohlmann: VVG-Kommentar, 4. Auflage, Carl Heymanns Verlag, 2023
- Brand/Baroch Castellvi: Handkommentar VAG, 2. Auflage, Nomos, 2024
- Langheid/Wandt: Münchener Kommentar zum VVG, 3. Auflage, C.H. Beck, 2022
- Gebert/Erdmann/Schradin: BeckOK VAG, 4. Auflage, C.H. Beck, 2018
- Prölls/Dreher: VAG, 14. Auflage, C.H. Beck, 2024

2.5. BGH-Urteile

Im Anhang ist eine Auflistung von BGH-Urteilen zu finden, die für einen PKV-Sachverständigen ggf. von Bedeutung sein können. Die Liste beschränkt sich auf Urteile, die seit der Deregulierung im Jahr 1995 ergangen sind und in denen der Streitgegenstand direkt Fragestellungen der PKV betraf. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass auch BGH-Urteile, die primär andere Bereiche wie beispielsweise die Lebensversicherung betreffen, in Einzelfällen ebenfalls Hilfestellungen für einen Sachverständigen in einem PKV-Prozess bieten können. Im Hinblick auf eine klare Abgrenzung haben wir uns in der Aufzählung im Anhang aber bewusst auf den Bereich der PKV beschränkt. Vom aktuariellen Sachverständigen ist eine Kenntnis der Rechtsprechung nicht uneingeschränkt zu erwarten. Insofern obliegt es den Prozessparteien, den Sachverständigen auf einschlägige Entscheidungen hinzuweisen (vgl. auch Abschnitt 3.1.3).

Als wegweisendes Urteil soll hier im Vorgriff auf den Anhang das BGH-Urteil vom 16.06.2004 zu den Voraussetzungen und den Berechnungsmaßstäben für eine Prämienanpassung durch den Krankenversicherer genannt werden (IV ZR 117/02).

2.6. Sekundärliteratur

Die folgende Liste ist nicht abschließend und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Weitere Literaturverweise finden sich in den o.g. Kommentierungen.

- Joachim Grote: Die Rechtsstellung der Prämien-, Bedingungs- und Deckungsstocktreuhänder nach dem VVG und VAG, 2002
- Theodor Gerwins: Zur Rechtsgrundlage einer Beitragsanpassung in der privaten Krankenversicherung, NVersZ 1999, 53
- Theodor Gerwins: Anmerkungen zur Prüfung der Zumutbarkeit von Prämiensteigerungen bei älteren Versicherten in der privaten Krankenversicherung, NVersZ 2000, 353
- Theodor Gerwins: Anmerkungen zu Beitragsanpassungen in der privaten Krankenversicherung, ZfV 20/2003, 596
- Hartmut Herde: Replik zu Anmerkungen zu Beitragsanpassungen in der privaten Krankenversicherung von Theodor Gerwins, ZfV 3/2004, 66
- Reinhard Renger: Die Verantwortung des Treuhänders in der privaten Krankenversicherung, Verlag Versicherungswirtschaft: Karlsruhe 1997
- Hartmut Milbrodt/Volker Röhrs: Aktuarielle Methoden der deutschen Privaten Krankenversicherung, Verlag Versicherungswirtschaft: Karlsruhe 2016
- Thorsten Becker: Mathematik der Privaten Krankenversicherung, Springer: Wiesbaden 2017
- Wolfgang Voith: Der Prämientreuhänder in der PKV, Der Aktuar 4/2017
- Jürgen Bosche: Unterkalkulation in der PKV – Phänomen oder Phantom? Zeitschrift für Versicherungswesen 69 (2018) 13, 405
- Einiko Franz: Offene Fragen bei der Prämienanpassung in der privaten Krankenversicherung, VersR 8 (2020), 449
- Boetius/Rogler/Schäfer [Hrsg.]: Rechtshandbuch Private Krankenversicherung, Beck: München 2020
- Einiko Franz/Frank Püttgen: Die materielle Rechtmäßigkeit der Beitragsanpassung in der privaten Krankenversicherung und deren gerichtliche Überprüfung, VersR 1 (2022), 1
- Jan Boetius: Beitragsanpassung in der privaten Krankenversicherung - Überblick über die neuere Rechtsprechung, r+s 5/2022
- Jan Boetius: Beitragsanpassung in der privaten Krankenversicherung - Überblick über die neuere Rechtsprechung (II), r+s 5/2023
- Einiko Franz: Beitragsanpassungen in der privaten Krankenversicherung, VersR 17 (2024), 1097

2.7. Fachgrundsätze der DAV

Die fachlichen Ausarbeitungen der deutschen Aktuarvereinigung sind eine Grundlage der aktuariellen Arbeit und vielfach Grundlage für die Vorgehensweisen in der Versicherungsbranche. Insofern wird auch von Sachverständigen erwartet, dass ihnen die für die Fragestellung einschlägigen Fachgrundsätze bekannt sind. Die DAV übt als berufsständische Vereinigung eine wichtige Rolle bei der Entwicklung der anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik aus. Die in Fachgrundsätzen (Hinweisen und Richtlinien) niedergelegten Vorgehensweisen und Positionen können allerdings nicht zwingend als deckungsgleich mit den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik angesehen werden. Sachverständige haben also auch die Anwendung der Fachgrundsätze im konkreten Fall auf ihre Übereinstimmung mit den rechtlichen Anforderungen hin zu betrachten.

Aktuelle Fassungen der Fachgrundsätze nach Thema sind auf der Webseite der DAV (www.aktuar.de) verfügbar. Auf Nachfrage können auch die Versionen der Vergangenheit bezogen werden, da der jeweils gültige Sachstand für die Begutachtung einer Prämienanpassung zu beachten ist. Im Folgenden ist eine Zusammenstellung der für die Begutachtung relevanten Richtlinien und Hinweise, die zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Hinweises vorlagen, ersichtlich:

DAV-Richtlinien:

- Berücksichtigung der Selektionswirkung in der Erst- und Nachkalkulation in der privaten Krankenversicherung
- Der aktuarielle Unternehmenszins in der privaten Krankenversicherung (AUZ) - mit Sideletter
- Festlegung von Stornotafeln in der privaten Krankenversicherung

DAV-Hinweise (Auszug):

- Erstellung und Inhalte Technischer Berechnungsgrundlagen in der privaten Krankenversicherung
- Sachgerechte Kalkulation gemäß § 155 VAG
- Berücksichtigung ausreichender Rechnungsgrundlagen in Neugeschäft und Bestand
- Aktuarielle Hinweise zur Nach- und Neukalkulation von Unisex-Tarifen in der Privaten Krankenversicherung.

Die vollständige Liste der Fachgrundsätze ist auf der Webseite der DAV aufgeführt.

3. Formale Aspekte der Begutachtung

In diesem Kapitel werden formale Aspekte einer Sachverständigenprüfung dargestellt. Dazu werden zunächst in 3.1. zentrale Begriffe (Befangenheit, Verschwiegenheit, ...) diskutiert und in 3.2 Hinweise zu gebotenen Verhaltensweisen gegeben.

3.1. Zentrale Begriffe

3.1.1. Befangenheit

Befangenheit oder genauer *Besorgnis der Befangenheit* ist ein Ablehnungsgrund bezogen auf den Sachverständigen. Solche Gründe können von den Parteien vorgebracht werden, aber auch der Sachverständige selbst hat zu prüfen, ob Sachverhalte vorliegen, die seine Unabhängigkeit und Unparteilichkeit betreffen könnten. Solche Gründe sollten umgehend, möglichst noch vor Aufnahme der Begutachtung gegenüber dem Gericht kenntlich gemacht werden (§ 407a Abs.2 i.V.m. § 41 ZPO).

Mit Verweis auf eventuelle Befangenheitsgründe kann der Sachverständige um Entpflichtung bitten. Im Gegensatz zum Richter kann sich der Sachverständige jedoch nicht selbst wegen Befangenheit ablehnen. Der Richter kann ihn vom Auftrag entbinden, auch ohne eine Entscheidung zu treffen, ob die Besorgnis der Befangenheit tatsächlich begründet ist.

Grundsätzlich kann ein Sachverständiger aus denselben Gründen wie ein Richter abgelehnt werden (§ 406 ZPO). Besonders zu beachten sind dabei die Kriterien des §41 ZPO, die regelhaft einen Ausschluss nach sich ziehen, falls eine persönliche Beziehung zu einer der Parteien oder eine persönliche Betroffenheit vorliegt.

Neben den genannten persönlichen oder wirtschaftlichen Beziehungen zwischen dem Sachverständigen und den Parteien, kann eine Befangenheit auch durch Verhaltensweisen oder Äußerungen vor oder auch während und nach der Begutachtung entstehen. Hier ist eine besondere Vorsicht des Sachverständigen zu empfehlen; zu den Parteien sollte Distanz gehalten werden, insbesondere sollte keine direkte Kontaktaufnahme zu den Parteien ohne gerichtlichen Auftrag erfolgen. Das Gutachten kann ansonsten unverwertbar werden. Hat der Sachverständige Gründe verschwiegen oder später fahrlässig oder vorsätzlich geschaffen, kann er seinen Honoraranspruch verlieren.

Auch Äußerungen im Gutachten selbst können dann problematisch sein, wenn sie den Beweisbeschluss überschreiten, einseitig oder unsachlich sind oder als abwertend gegenüber den Prozessbeteiligten aufgefasst werden können.

3.1.2. Verschwiegenheit

Verschwiegenheit bezieht sich auf alle Umstände, die aus dem Verfahren dem Sachverständigen bekannt werden. Sie dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden. Sie dürfen auch nicht in einem gleichgelagerten Verfahren verwendet werden. Daher werden in jedem Verfahren die erforderlichen Unterlagen (etwa als Anlagen oder als USB-Stick mit Treuhänderunterlagen) erneut vorgelegt.

Selbstverständlich dürfen Textbausteine früherer Gutachten gleichgelagerter Fälle „recycelt“ werden. Stets ist hier jedoch der Umfang der vorgelegten Unterlagen zu überprüfen und eine Anonymisierung sicherzustellen.

Die Einsichtnahme in die Technischen Berechnungsgrundlagen wird häufig mit einer Verpflichtung zur Verschwiegenheit verbunden, da diese als schutzbedürftige interne Informationen angesehen werden dürfen. In den Gerichtsverhandlungen wird dazu oftmals die Öffentlichkeit ausgeschlossen. Ob die Gerichte auch den Sachverständigen explizit auf seine Verschwiegenheitspflicht hinweisen, sich diese bestätigen lassen oder gar seine Anwesenheit bei einer förmlichen Verpflichtung verlangen, wird unterschiedlich gehandhabt. In jedem Fall ist davon auszugehen, dass es sich bei Prämienanpassungsklagen stets um geheimhaltungsbedürftige Informationen handelt, die

nicht gegenüber Dritten offenbart werden dürften. Die Mithilfe anderer Personen bei der Gutachterstellung ist damit meist nicht möglich.

3.1.3. Sach- und Rechtsfragen

Der Auftrag an einen Sachverständigen zielt darauf ab, Sachfragen, zu deren Beurteilung ein fachliches Wissen erforderlich ist, welches über das erwartbare Maß der damit befassten Gerichte hinausgeht, beurteilen zu lassen, um das Gericht in die Lage zu versetzen, diese Sachfragen angemessen einzuschätzen. Dabei ist das Gericht nicht gezwungen, die Einschätzung eines Sachverständigen zu übernehmen.

Davon abzugrenzen sind Rechtsfragen, deren Beurteilung gerade nicht in die Zuständigkeit des Sachverständigen fällt. Die Abgrenzung von Rechtsfragen und Sachfragen ist in der Praxis nicht immer einfach, gerade mit Blick auf die aufsichtsrechtlichen Vorgaben, welche als Rechtstexte Vorgaben für die versicherungsmathematische Umsetzung formulieren. Dennoch ist es ratsam, die Beantwortung von Fragen, die nicht primär aktuarieller Natur sind, abzulehnen oder die Grenzen der versicherungsmathematischen Beurteilung aufzuzeigen. Es empfiehlt sich auch, Rechtsfragen – etwa zur Deutung „unbestimmter Rechtsbegriffe“ (siehe unten unter 3.1.4) – nicht zu vertieft zu prüfen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass auch im Beweisbeschluss explizit formulierte Fragen sich womöglich nicht nur auf aktuarielle Aspekte beschränken. Auch dann kann es geboten sein, sachverständige Ausführungen nur auf die versicherungsmathematischen Teile zu beschränken. Angesichts unbestimmter Rechtsbegriffe darf auch eine Sachfrage so beantwortet werden, dass die Antwort nicht so eindeutig ausfällt, wie der Beweisbeschluss in seinem Wortlaut fragt.

Das Gutachten ist nicht dazu gedacht, den Rechtsstreit zu entscheiden – es soll dem Richter mit Sachkunde bezüglich der aktuariellen Aspekte unterstützend für eine Urteilsbegründung dienen.

3.1.4. Unbestimmte Rechtsbegriffe

Unbestimmte Rechtsbegriffe sind Begrifflichkeiten, die sich einer konkreten Operationalisierung entziehen, deren genauer Aussagegehalt also nicht erkennbar ist und die damit einer Interpretation oder Wertung bedürfen.

Gerade im Hinblick auf versicherungsmathematische Beurteilungen bereitet der Umgang mit unbestimmten Rechtsbegriffen gewisse Schwierigkeiten, weil die Frage, inwiefern eine bestimmte Vorgehensweise mit den rechtlichen Vorgaben vereinbar ist, die Anwendung unbestimmter Rechtsbegriffe erfordert, die aber nicht eindeutig möglich ist. Es ist daher wichtig, sich über die Problematik solcher Begriffe in den Rechtstexten (sowohl Gesetze wie VVG und VAG, Verordnungen wie die KAVAV oder Beweisbeschlüsse) bewusst zu sein und ggf. aufzuzeigen, welche Wertungen getroffen wurden und wie diese das Ergebnis der Begutachtung beeinflussen.

Beispiele für unbestimmte Rechtsbegriffe sind:

Angemessen, zumutbar, ausreichend (wofür genau?), Gleichbehandlung, Bevorzugung, Benachteiligung, vorübergehend, ordnungsgemäß, gerechtfertigt, mit geltenden Rechtsvorschriften in Einklang, rechtmäßig, gesetzliche Grenzen, Belange der Versicherten, wirksam, usw.

3.1.5. Beweisbeschluss

Der Beweisbeschluss bestimmt den Umfang der gutachterlich zu klärenden Fragen. Er kann gegenüber einer vollständigen Überprüfung der Prämienanpassung eingeschränkt sein, etwa nur bestimmte Teile einer Prämienanpassung der Begutachtung unterziehen. Was genau er vorgibt, muss manchmal erschlossen werden - ggf. geben die Schriftsätze der Parteien oder Hinweisbeschlüsse des Gerichts, was denn eigentlich genau strittig ist, dazu Anhaltspunkte.

Die Überschreitung des Beweisbeschlusses stellt ein Problem dar – bis zum Befangenheitsgrund. Grundsätzlich steht es dem Sachverständigen frei, sich mit Verständnisfragen an das Gericht zu

wenden.³ Im Zweifel sollte der Beweisbeschluss so eng wie möglich an seinem Wortlaut bearbeitet werden.⁴

Durch eine nach dem Gutachten beauftragte Stellungnahme zu Einwendungen der Parteien wird der Beweisbeschluss in der Regel nicht erweitert. Oft wird hier von einer Partei versucht, vom Sachverständigen weitergehende Äußerungen auch zu „unbestimmten Rechtsbegriffen“ zu erhalten. Hier ist es sinnvoll, sich immer auf den ursprünglichen Beweisbeschluss zurückzuziehen – nicht der Sachverständige, sondern das Gericht ist dazu berufen, unter rechtlichen Gesichtspunkten zu prüfen.

Manchmal befinden sich in solchen Schriftsätzen auch Vorstellungen, wie der Sachverständige im Detail genau zu prüfen hätte – das sind indes meist eher Rechtsansichten, bei denen es reicht, sie als solche zu bezeichnen und offen zu lassen (ganz neutral). Manchmal finden sich dann abschließend Vorschläge, wie das Gericht seinen Beweisbeschluss konkretisieren möge, damit der Sachverständige danach weiter begutachtet. In einer derartigen Situation gibt der bestehende Beweisbeschluss genau das in der Regel nicht vor. Hiervon abzugrenzen sind konkrete Fragen mit aktuariellem Bezug. Sofern das Gericht diese Fragen in einem neuen Beweisbeschluss konkret an den Sachverständigen weitergibt, sind diese zu beantworten.

3.1.6. Anknüpfungstatsachen

Anknüpfungstatsachen sind vor allem sachliche, ggf. auch rechtliche Gegebenheiten, die das Gericht dem Sachverständigen als gesichert vorgibt. Im Bereich der Prämienanpassungen sind z.B. die statistischen Ausgangswerte in den technischen Berechnungsgrundlagen i.d.R. als Anknüpfungstatsachen gesetzt. Dies bedeutet, der Sachverständige prüft nicht die Authentizität der Unterlagen oder die Qualität der Statistiken, sondern stützt sich in seinem Gutachten auf die dort gemachten Aussagen. Grundsätzlich ist es nicht Aufgabe des Sachverständigen, Anknüpfungstatsachen zu hinterfragen. Allerdings werden diese auch selten explizit als solche benannt. Insofern ist es eine Grauzone, ob Zweifel an der sachlichen Richtigkeit vom Sachverständigen vorgebracht werden sollten. Grundsätzlich sollte es unkritisch sein, gegenüber dem Gericht nachzufragen, welche Informationen als Anknüpfungstatsachen zu betrachten sind. Auch erscheint es unkritisch, im Gutachten darauf hinzuweisen, welche Angaben der Sachverständige als Anknüpfungstatsache versteht.

3.1.7. Fehlende Unterlagen oder fehlende Informationen

Sofern der Sachverständige fehlende Unterlagen bemerkt, so kann dies im Gutachten vermerkt werden. Es besteht die Möglichkeit, dies gegenüber dem Gericht vorzeitig anzuzeigen, so dass dieses ggf. den Parteien aufträgt, die Unterlagen nachzureichen. Fehlende Informationen, die in öffentlichen Quellen zugänglich sind, wie z. B. Werte aus Geschäftsberichten oder Stellungnahmen der Aufsichtsbehörde, können ggf. unter der Quellenangabe selbst herangezogen werden.

3.1.8. Beweis- und Darlegungslast

Für den Verlauf eines Prozesses kommt der Beweis- und Darlegungslast oftmals große Bedeutung zu. Das Gericht muss sich dazu positionieren, in welchem Maße die Parteien ihre Positionen mit Belegen stützen müssen. Im Verhältnis eines Versicherungskunden zum Versicherer ist von Bedeutung, dass interne Informationen zur Prämienkalkulation nur dem Unternehmen vorliegen und dieses deswegen mitunter eine sekundäre Darlegungslast trifft. Verschiedentlich hat sich der BGH zu der Verteilung der Darlegungslast geäußert.

³ Auch eine detaillierte Rückfrage beim Gericht, die dann einer Partei womöglich eine „zielführende“ Nachbesserung ihres Vortrags erlaubt, kann kritisch sein, wenn der Eindruck entsteht, der Sachverständige versuche das Gericht zu lenken.

⁴ Überlegungen des Sachverständigen dazu, was sinnvoll wäre, damit das Gericht den Fall entscheiden kann, können auf zu „unterlassende Abwege“ führen.

Im konkreten Fall ergibt sich aus dem Beweisbeschluss, wie das Gericht die Beweislast sieht. So entspricht die Formulierung „Behauptung des Klägers, die Anpassung sei nicht korrekt kalkuliert“ einer Beweislast des Klägers, während im Fall „Behauptung der Beklagten, die Anpassung sei korrekt kalkuliert“ die Beklagte beweisbelastet ist.

Dabei kann der Beweisbeschluss je nach Behauptung auch die Beweislast unterschiedlich sehen. Etwa für die unlimitierte Prämie beim Versicherer, für die Limitierung beim Kläger.

Der Beweisbelastete müsste dann eigentlich dazu unter Hervorhebung der rechtlichen Erfordernisse so vortragen, dass nur noch Sachfragen verbleiben. Allerdings werden in der Praxis in der Regel nur die Ausgangstatsachen genannt und direkt ein Sachverständigengutachten als Beweis angeboten.

3.1.9. Hauptpflichten und Nebenpflichten

Der Sachverständige muss - ähnlich wie ein Zeuge - seiner gerichtlichen Heranziehung fristgerecht nachkommen (Ausnahme: Gutachtenverweigerungsrecht § 408 Abs. 1 ZPO). Gegen ihn kann sonst auch ein Ordnungsgeld verhängt werden. Ebenso, wenn die erforderliche Mitteilung von Gründen für Misstrauen gegen die Unparteilichkeit unterbleibt.

Ein Vertrag kommt nicht zustande - es ist ein öffentlich-rechtliches Verhältnis.

Der Sachverständige haftet nicht für sein Gutachten, es sei denn für ein vorsätzlich oder grob fahrlässig unrichtiges Gutachten, wenn eine Partei deshalb den Prozess verliert (§ 839a BGB).

Er muss prüfen, ob er zur Gutachtenerstattung fachlich in der Lage ist, der angeforderte Vorschuss (Besonderheit bei Prozesskostenhilfe oder bei Begutachtung von Amts wegen) reicht, und er den Termin einhalten kann. Ferner ob Ablehnungs- oder Befangenheitsgründe vorliegen könnten (vgl. Abs. 3.1.1).

Er darf den Auftrag nicht weitergeben und muss ihn persönlich erfüllen, außer für untergeordnete Hilfsdienste oder Mitarbeit bei der Vorbereitung des Gutachtens, dann unter Nennung der anderen Person (unter Beachtung der Hinweise unter Abs. 3.1.2).

Auch zu einer ggf. späteren mündlichen Anhörung und Gutachtenerläuterung muss er erscheinen.

Gerichte müssen den Sachverständigen „leiten“ - im Auftragsschreiben werden regelmäßig die wichtigsten Punkte genannt, dazu gibt es ein Merkblatt mit Auszügen aus der ZPO. Im Anschreiben oder im Beweisbeschluss kann auch festgelegt sein, ob und in welcher Form der Sachverständige mit den Parteien, oder nur über das Gericht, in Verbindung treten darf, etwa für die Anforderung von (ggf. ergänzenden) Unterlagen.

3.2. Was ein Sachverständiger tun und lassen sollte

Aus den rechtlichen Rahmenbedingungen der Tätigkeit eines Sachverständigen ergeben sich bestimmte Anforderungen an die Vorgehens- und Verhaltensweise. Im Folgenden sollen wesentliche Aspekte ohne Anspruch auf Vollständigkeit zusammengefasst werden.

3.2.1. Rechtsverhältnisse des Gutachters

Sachverständige für Versicherungsmathematik treten in zwei Rollen auf:

- Als Gutachter im Auftrag einer der beiden Parteien, man spricht vom *Partei-* oder *Privatgutachten*
- Als Gutachter im Auftrag des Gerichts (*Gerichtsgutachter*)

Im Kontext der Prämienanpassung in der PKV sind Privatgutachten relativ selten, weil ein Gerichtsgutachter in aller Regel erforderlich ist.

Die Bedingungen und die Ausführung des Privatgutachtens sind frei verhandelbar. Zwar sind Sachverständige auch bei solchen Auftragsgutachten verpflichtet, neutral und unabhängig zu begutachten. Jedoch entsteht zu diesem Anspruch durch die Beauftragung durch eine Partei ein

Spannungsverhältnis. Im Folgenden beschränkt sich diese Erläuterung auf den typischen gerichtlichen Gutachter.

3.2.2. Vergütung

Das Rechtsverhältnis zwischen Sachverständigem und Gericht ist öffentlich-rechtlich und nicht privatrechtlich und damit weder Dienst- noch Werkvertrag. Der Sachverständige ist mit der Bestellung Mitglied der Rechtspflege als Ratgeber und Informant. Im Gegensatz zum Zeugen (der kein Rechtsverhältnis mit dem Gericht hat) hat er damit einerseits mehr Pflichten und weniger Rechte, aber dafür Anspruch auf Vergütung / Bezahlung und keine über die Gerichtsordnung hinausgehende Weisungsbindung.

Die Vergütung ist grundsätzlich gesetzlich geregelt im Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (JVEG). Dort ist geregelt, was, wie und wie hoch abzurechnen ist. Die Sachkosten richten sich nach dem abrechenbaren Aufwand und dann nach den nötigen tatsächlichen Kosten. Bei aktuariellen Sachverständigengutachten wird meist die Arbeitszeit der größte Kostenpunkt sein. Stundensätze für Versicherungsmathematiker sind in der JVEG nicht mehr explizit aufgeführt. In § 9 Abs. 2 JVEG wird festgehalten: „Ist die Leistung auf einem Sachgebiet zu erbringen, das nicht in der Anlage 1 aufgeführt ist, so ist sie unter Berücksichtigung der allgemein für Leistungen dieser Art außergerichtlich und außerbehördlich vereinbarten Stundensätze nach billigem Ermessen mit einem Stundensatz zu vergüten, der den höchsten Stundensatz nach der Anlage 1 jedoch nicht übersteigen darf.“

Die Abrechnung erwarten die Gerichte typischerweise minutengenau, der Gesamtaufwand wird auf die nächste halbe Stunde aufgerundet (§ 8 Abs. 2 JVEG). Es ist deswegen ratsam, entsprechende Notizen zu machen und in der Rechnung zu konkretisieren, wie sich der Zeitaufwand zusammensetzt.

Die in der Beauftragung des Sachverständigen genannte Summe ist als Obergrenze zu beachten. Bei einer „erheblichen“ Überschreitung (§ 8a Abs. 4 JVEG) ohne vorherige Benachrichtigung kann die Vergütung auf den Auslagenvorschuss begrenzt werden. Eine erhebliche Überschreitung wird allgemein bei 20 bis 25% gesehen.⁵

Weitere abrechenbare Kosten sind Reisekosten zu Verhandlungsterminen. Die Reisezeit wird i.d.R. wie die Begutachtungs- und Verhandlungszeit vergütet. Tickets der Deutschen Bahn (erste Klasse) werden erstattet, Kosten mit dem PKW werden durch eine Kilometerpauschale berücksichtigt. Wichtig ist, dass das Gericht davon ausgeht, dass die Reise zur Verhandlung von und nach der Postanschrift erfolgt. Insbesondere wenn durch einen anderen Reiseverlauf höhere Kosten entstehen, sollte dies vorab angezeigt werden.

3.2.3. Rechtsweg und Zuständigkeiten

Bei Klagen zur Wirksamkeit von Prämienanpassungen ist – mit Ausnahme von Anpassungen in der Pflegepflichtversicherung – der ordentliche Rechtsweg gegeben. Erstinstanzlich ist das Amtsgericht bzw. bei einem Streitwert über 5.000 € das Landgericht zuständig. Derzeit wird der Streitwert unter der Voraussetzung berechnet, dass die angezweifelte Erhöhung unbedingte über einen langen Zeitraum ungerechtfertigt wäre. Im Fall der Berufung gehen die Verfahren zur nächsthöheren Instanz, d. h. gegen erstinstanzliche Urteile des Amtsgerichts ist das Landgericht zuständig. Hat das Landgericht in der ersten Instanz entschieden, ist für die Berufung das Oberlandesgericht zuständig. Diese können eine Revision zum BGH zulassen, der jedoch i.d.R. keine eigene Beweiserhebung durchführt. Aktuarielle Sachverständige werden deswegen von Amts-, Land- oder Oberlandesgerichten beauftragt.

⁵Katharina Bleutge: Sachverständigenvergütung: Wenn die Vorschussüberschreitung zur Kürzung führt. NJW 14/2019, <https://www.beck-stellenmarkt.de/ratgeber/rund-um-die-kanzlei/gutachter-und-sachverstaendige/sachverstaendigenverguetung-wenn-die>

Werden Anpassungen in der Pflegepflichtversicherung angegriffen, sind dafür ausschließlich die Sozialgerichte zuständig.

3.2.4. Mithilfe, Mitwirkende

Als Gerichtspersonen – also auch als gerichtliche Sachverständige - sind nur natürliche Personen zulässig. Sachverständige müssen grundsätzlich ihre Arbeit aus eigenem Sachverstand eigenständig verrichten und verantworten. Gutachten sollten stets in der „Ich“-Form verfasst sein, um dies zu unterstreichen. Formulierungen wie „man“ oder Passivkonstruktionen („es wird geprüft“ statt „ich prüfe“) sind zu vermeiden.

3.2.5. Richtige Terminologie und Darstellung

Sachverständige sollten sich der bei Gericht üblichen Terminologie bedienen. Die Beteiligten des Gerichtsverfahrens sind

- das Gericht,
- die Parteien,
- der Kläger oder die Klagepartei, nicht „Herr Müller“ oder „RA Schmidt“
- die Beklagte oder die beklagte Partei, nicht „... Versicherung AG“ (außer bei der Beschreibung des Sachverhalts im Kapitel „Auftrag und Allgemeines“)
- der Sachverständige / Gutachter
- Vorgutachter/Parteigutachter; nicht „Herr Maier“
- die Zeugen, „der Zeuge Müller“, nicht „Herr Müller“

Die Darstellung des Gutachteninhalts muss so sein, dass es ein verständiger Dritter nachvollziehen kann.

4. Mathematische Methoden und Verfahren

4.1. Grundsätzliche Überlegungen

Für mathematische Methoden und Verfahren, die im Kontext von Sachverständigengutachten zur Anwendung kommen, gibt es keinen einheitlichen Standard. Das liegt unter anderem daran, dass jeder Beweisbeschluss eine individuelle Beauftragung durch das Gericht darstellt und Richter jeweils andere Schwerpunkte bei der rechtlichen Beurteilung des Sachverhalts setzen. Nichtsdestoweniger gelten die berufsständischen Verhaltensnormen, wie sie in der gleichnamigen Richtlinie der DAV festgelegt sind. Die Verhaltensnormen regeln – mit teilweise abstrakten Vorschriften – auch die Vorgehensweise und das fachliche Verhalten für Sachverständige für verschiedene Themengebiete.⁶ Wichtige Themengebiete aus der Richtlinie umfassen insbesondere die Daten und Datenqualität, Wesentlichkeit sowie die Annahmen und die Methoden. Im Folgenden werden Auszüge aus den berufsständigen Verhaltensnormen der DAV vorgestellt und im Kontext der sachverständigen Prüfung in der PKV diskutiert. Danach erfolgt eine Übersicht über ausgewählte Themen der Sachverständigenbegutachtung in der PKV.

Beispiel 1: Daten und Datenqualität

„Aktuare sollten erwägen, ob ausreichende und verlässliche Daten zur Erbringung der aktuariellen Leistungen verfügbar sind. Daten gelten als ausreichend, wenn sie für die Arbeit geeignete Informationen enthalten. Daten gelten als verlässlich, wenn die enthaltene Information substantiell fehlerfrei ist. [...]“

Die Datengrundlage einer Sachverständigenprüfung in der PKV ist überwiegend durch den Umfang der Daten in den technischen Berechnungsgrundlagen (TB) festgelegt; teilweise werden auch nur Auszüge aus den TB bereitgestellt, die aus Sicht des Versicherers für die sachverständige Überprüfung relevant sind. Dabei beschränken sich die Daten in der Regel auf die TB der streitgegenständlichen Prämienanpassung sowie auf die TB zum Zeitpunkt der vorherigen Prämienanpassung. Oft liegt pro Prämienanpassung eine Unterteilung in eine oder mehrere Rahmen-TB, d. h. tarifübergreifende Festlegungen im Unternehmen zum Zeitpunkt der Prämienanpassung, und eine Tarif-TB, d. h. tarifspezifische Festlegungen, vor. Es besteht also in aller Regel eine Informationsasymmetrie zwischen Unternehmen und Sachverständigen bzw. zwischen Treuhänder und Sachverständigen, da der Sachverständige in der Regel nur die finalen Dokumentationsunterlagen der TB der beklagten Tarife erhält. Das Unternehmen bzw. der Treuhänder haben im Kontext der Treuhänder-Prüfung in der Regel einen intensiven – oft mehrjährigen – fachlichen Austausch, der im Zuge eines einzelnen Gerichtsverfahrens nicht abgebildet werden kann. Im Gegensatz zum Treuhänder hat der Sachverständige keinen direkten Kontakt zum Unternehmen. Dass die TB bereitgestellt werden, bietet jedoch den Vorteil, dass ein klar ersichtlicher gemeinsamer Ausgangspunkt für die Untersuchungen (siehe obiger Begriff der Anknüpfungstatsachen in Abs. 3.1.6) gegeben ist. Sollten die TB für die Beantwortung der Beweisfrage aus Sicht der sachverständigen Prüfung nicht vollständig sein, sollten zusätzliche Unterlagen oder nicht eingebrachte Teile der TB über das Gericht angefordert werden. Alternativ ist im Gutachten darzulegen, welche Aussagen sich mit den vorliegenden Unterlagen treffen lassen und für welche weitere Unterlagen nötig wären.

Beispiel 2: Wesentlichkeit

„Bei Weglassungen, Doppelzählungen, Unter- oder Überbewertungen sollten Aktuare prüfen, ob die Auswirkungen wesentlich sind. Ist irgendeiner der Effekte wesentlich, sollten Aktuare diesen Umstand in jedem relevanten Bericht offenlegen, für den dies relevant ist. Die für die durchgeführte Arbeit maßgebliche Wesentlichkeitsschwelle sollte von den Aktuaren festgelegt werden. Es sei denn, sie wird von einer anderen Partei vorgegeben, wie z. B. von der Auftraggeberin. [...]“

⁶ Vgl. Richtlinie „Berufsständische Verhaltensnormen – Allgemeine Grundsätze betreffend alle aktuariellen Tätigkeiten“ https://aktuar.de/ergebnisberichteundfachgrundsätze/2024-10-02_DAV-Richtlinie_ISAP1.pdf

Im Zuge des Prämienanpassungsprozesses erfolgt unter anderem eine Gegenüberstellung der erforderlichen und kalkulierten Versicherungsleistungen.⁷ Das Ergebnis dieser Gegenüberstellung bzw. die Bewertungen können in der Regel auf Basis der in den Prozess eingebrachten Unterlagen plausibilisiert werden. Hier sollte in der sachverständigen Arbeit auf Abweichungen, also Unter- oder Überbewertungen, hingewiesen werden, wenn irgendeiner der Effekte wesentlich – im obigen Sinne – ist. Für die Einschätzung der Wesentlichkeit können eigene Berechnungen durchgeführt werden. Eine allgemeingültige Wesentlichkeitsschwelle gibt es aufgrund der Vielzahl an Möglichkeiten nicht.

Beispiel 3: Annahmen und Methoden

„Aktuare sollten die Annahmen und Methoden auswählen, die für die Arbeit geeignet sind. Sie sollten den Bedarf der vorgesehenen Nutzer und den Zweck der aktuariellen Leistungen berücksichtigen. Bei der Auswahl der Annahmen und Methoden sollten Aktuare die Situation des Subjektes der aktuariellen Leistungen, der zugehörigen Einheit und den Auftrag sowie die maßgeblichen branchenspezifischen und berufsständischen Vorgehensweisen in Betracht ziehen. [...]“

Im Beweisbeschluss wird häufig gefordert, dass die konkrete Berechnung der Prämienänderung aus aktuarieller Sicht begutachtet wird. Die Beklagte hat sicherzustellen, dass die Methodik der Prämienberechnung in den technischen Berechnungsgrundlagen dargestellt ist.⁸ Die Methodik kann aus unterschiedlichen Gründen eine hohe Komplexität aufweisen (z. B. wenn es sich um eine Unisex-Kalkulation unter Berücksichtigung von Übertragungswerten handelt). Hier können im Zuge der sachverständigen Prüfung Annahmen und Methoden aus der Versicherungsmathematik gewählt werden, die eine Plausibilisierung der Berechnungen der Beklagten ermöglichen. Hierzu sind im nachfolgenden Kapitel nähere Ausführungen gegeben.

4.2. Qualität der mathematischen Überprüfung

Es gibt Kategorien von unterschiedlicher Qualität: Das exakte Nachrechnen mit der vorhandenen Datenbasis oder die Plausibilisierung von Strukturen. Bei beiden Ansätzen sollte im Sachverständigengutachten auf den gemeinsamen Aufsetzpunkt hingewiesen werden. Bei Bedarf, wenn die Daten und Datenqualität nicht ausreichend sind oder nicht verlässlich erscheinen, können weitere Berechnungen oder zusätzliche Datenquellen über das beauftragende Gericht nachgefragt werden.

Neben dem Nachrechnen oder Plausibilisieren von Ergebnissen kann bei der sachverständigen Prüfung auch auf Visualisierung von Sachverhalten zurückgegriffen werden (unter Ausgewählte Themen – nicht nur vorübergehend-Eigenschaft).

⁷ Vgl. § 155 Abs. 3 VAG

⁸ Vgl. § 155 Abs. 1 VAG

5. Aktuarielle Themen einer Begutachtung

Das BGH-Urteil aus dem Jahr 2004 war wegweisend für die Begutachtung in der PKV. Dieses gab vor, wie Gerichte Prämienanpassungen zu prüfen haben, und bemerkte, dass diese dazu soweit erforderlich zu Sachfragen auch die Hilfe von (versicherungsmathematischen) Sachverständigen in Anspruch nehmen müssen.

Grundsätzlich ist der Beweisbeschluss des jeweiligen Gerichts maßgeblich für den Gegenstand der Begutachtung. Dort ist festgelegt, welche Sachfragen vom Sachverständigen beantwortet werden sollen. Dieser sollte unbedingt eingehalten werden, weshalb bei Unklarheiten hinsichtlich der Inhalte oder Formulierungen des Beweisbeschlusses Rückfragen an das Gericht unabdingbar sind. Insbesondere sollten sich versicherungsmathematische Sachverständige nicht mit Rechtsfragen auseinandersetzen (vgl. Abs. 3.1.3).

Im Folgenden wird der typische Ablauf einer Begutachtung skizziert, um bei sehr allgemein gehaltenen Beweisbeschlüssen ein Gerüst zur Verfügung zu stellen. Das Prüfverfahren kann in drei Schritte unterteilt werden:

1. Prüfung der Anpassungsvoraussetzungen gemäß § 155 Abs. 3 und 4 VAG
2. Prüfung des Umfangs der Prämienanpassung durch Anpassung der Rechnungsgrundlagen
3. Prüfung des Umfangs der Prämienanpassung durch Limitierungsmaßnahmen

Auch wenn es im Urteil des BGH von 2004 nicht explizit erläutert wird, so erwarten die meisten Gerichte neben der Überprüfung der Festsetzung neuer Rechnungsgrundlagen auch die Prüfung, ob aus diesen Grundlagen korrekt die versicherungsmathematischen Rechengrößen bestimmt wurden. Zudem wird meist auch eine Prüfung erwartet, ob diese Rechengrößen im Rahmen der streitgegenständlichen Prämienhöhung korrekt angewendet wurden.

5.1. Prüfung der Anpassungsvoraussetzungen gemäß § 155 Abs. 3 und 4 VAG

- (1) Ist der Auslösende Faktor (AF) Versicherungsleistungen und/oder der AF Sterblichkeit angesprungen?

Hier ist festzustellen, ob der Schwellenwert vom AF überschritten wurde. Das kann im Falle der Versicherungsleistungen der gesetzliche geforderte Wert von 10% sein oder abweichend ein in den AVB festgelegter Wert. Im Falle der Sterblichkeit liegt der Grenzwert bei 5%.

- (2) Wurde der AF korrekt nach dem zugrundeliegenden Formelwerk ermittelt?

Es ist rechtlich umstritten, ob und ggf. wie umfangreich der AF durch den Sachverständigen geprüft und damit nachrechenbar sein muss. Das OLG Brandenburg z.B. sieht nur eine sehr eingeschränkte Anforderung an die Überprüfungserfordernis des AF (Urteil vom 08.11.2023 Az. 11 U 263/21), während das OLG München⁹ eine umfangreiche Darlegungspflicht erkennt (21.03.2024 Az. 14 U 1297/23).

In manchen Fällen kann der Auslösende Faktor für die Versicherungsleistungen auf Basis des Zahlenwerks der technischen Berechnungsgrundlagen und der weiteren Meldungen an den Treuhänder weitgehend nachgerechnet oder zumindest plausibilisiert werden. Dabei kommen in der Regel Daten zur Anwendung, die erst nach Meldung des Auslösenden Faktors an den Treuhänder in den Technischen Berechnungsgrundlagen aktualisiert werden.¹⁰ Maßgeblich ist die Festlegung des Verfahrens in den technischen Berechnungsgrundlagen, das unter Umständen vom Verfahren in Anlage 2 (zu § 15 Absatz 2 und 3) KVAV abweicht; das betrifft nicht nur die konkrete Berechnungslogik, sondern auch Parameter, wie zum Beispiel den Extrapolationszeitraum.

⁹ zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Hinweises war das Urteil des OLG München nicht rechtskräftig

¹⁰ Von rechtlicher Seite wird keine Datengrundlage vorgeschrieben, die einem Treuhänder die Prüfung des Zahlenwertes eines Auslösenden Faktors zum Zeitpunkt der Meldung des Auslösenden Faktors ermöglicht.

Entsprechend § 15 Abs. 3 KVAV sind verschiedene gleichwertige Verfahren in der konkreten Durchführung der Berechnung möglich, da in der Regel eine lineare Extrapolation verwendet wird. Beispiel: Die Extrapolation kann auf Basis der tatsächlichen Grundkopfschäden der vergangenen drei Beobachtungsjahre erfolgen, bevor ein Vergleich mit dem rechnungsmäßigen Grundkopfschaden erfolgt. Eine andere Möglichkeit besteht darin, die tatsächlichen Grundkopfschäden der vergangenen drei Jahre ins Verhältnis zum rechnungsmäßigen Grundkopfschaden zu setzen, daraus Schadenquotienten für die drei Jahre zu ermitteln und im nachgelagerten Schritt eine Extrapolation durchzuführen. Eine abschließende Liste der möglichen äquivalenten und gleichwertigen Verfahren zur KVAV gibt es nicht. Das Formelwerk der KVAV (Anlage 2) kann hier oft als eine gute Annäherung zur Plausibilisierung herangezogen werden.

Die Berechnung ist in der Regel von höherer Komplexität, wenn die Beklagte den Auslösenden Faktor Versicherungsleistungen auf Basis von Stütztarifen ermittelt. Aber auch hier sind die Festlegungen in den technischen Berechnungsgrundlagen die erste Anlaufstelle für eine Begutachtung im Sachverständigengutachten.

Im Kontext der Meldung der Auslösenden Faktoren Versicherungsleistungen an den Treuhänder werden Informationen über den vergangenen Schadenverlauf im Tarif in unterschiedlichen Formaten geliefert. Die Festlegung eines neuen Grundkopfschadens (GKS) nutzt eben diese Vergangenheitsdaten, so dass der Schadenverlauf in der Regel mit den Daten und Informationen aus den technischen Berechnungsgrundlagen nachträglich plausibilisiert werden kann. Ein exaktes Nachrechnen ist hier nicht immer möglich, da die Informationen teilweise ein unterschiedliches Abgrenzungsdatum aufweisen, eine unterschiedliche Berücksichtigung von Leistungen wegen Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 25 KVAV) erfolgt und möglicherweise Profiländerungen im Kontext der Prämienanpassung für weitere Abweichungen sorgen können. Weitere Themen können sein: Unterschiedliche Großschadenfilterung, AF-Berechnung in Tarif gemeinsam für Beobachtungseinheiten mit bzw. ohne Übertragungswert, GKS-Neuberechnung nur mit Daten der neuen Welt, usw.

Eine ausreichende und verlässliche Grundlage für die aktuarielle Bewertung bilden in der Regel die technischen Berechnungsgrundlagen und die weiteren Meldungen an den Treuhänder; die Werte in den technischen Berechnungsgrundlagen werden dann als korrekt bzw. fehlerfrei angesehen (vergleichbar zu Anknüpfungstatsachen im Kontext von Sachverständigengutachten). Dennoch sollte der Gutachter auf Auffälligkeiten oder Inkonsistenzen in den Daten hinweisen (Beispiel: Es gibt in einem Verfahren zwei aufeinanderfolgende TBs, da zwei Erhöhungen des gleichen Tarifs zu prüfen sind. Wenn sich in den Daten von einem zum anderen Jahr auffällige Änderungen ergeben, die sich nicht erklären lassen und die relevant sind, sollte darauf hingewiesen werden). Abgesehen davon können jedoch Umstände eintreten, die eine umfangreichere Datenbereitstellung erforderlich machen.

(3) Ist die Abweichung als nicht nur vorübergehend anzusehen?

In § 155 Abs. 3 VAG heißt es „[...] und, wenn die Abweichung als nicht nur vorübergehend anzusehen ist [...]“. Dabei wird auf die Abweichung der erforderlichen und kalkulierten Versicherungsleistungen Bezug genommen. Für eine aktuarielle Bewertung der Abweichung kann der Verlauf der tatsächlichen Versicherungsleistungen (ggf. im Verhältnis zu den rechnungsmäßigen Versicherungsleistungen) betrachtet werden. Der strukturelle Verlauf lässt oft eine Aussage zur Bewertung der geforderten Eigenschaft zu. Es gibt hierbei keine allgemein gültige Regel, wann eine Abweichung als nicht nur vorübergehend anzusehen ist. Die Einschätzung ist daher individuell und ggf. subjektiv. Insbesondere sollte hier auch die aktuarielle Einschätzung der Beklagten (durch die Dokumentation in den technischen Berechnungsgrundlagen) und des Treuhänders in die Prüfung einbezogen werden. Die Entwicklung der Abweichung kann in der Regel auch bei der Neufestsetzung des Grundkopfschadens aktuariell untersucht werden. Profiländerungen können auch hier die Komplexität der Bewertung erhöhen.

Für die Einschätzung der Abweichung als nicht nur vorübergehend können verschiedene Punkte berücksichtigt werden. Die Güte der linearen Regression (R-Quadrat) kann beispielsweise ein Maß dafür sein, ob die Daten einen klaren Trend zeigen. Hierbei kann auch auf die Bestandsgrö-

ße Bezug genommen werden, da in einem Tarif mit wenig Bestand Zufallsschwankungen wahrscheinlicher sind. Auch könnte die Monotonie der Daten (steigend bei nach oben und fallend bei nach unten auslösendem AF) thematisiert werden. Hierbei ist ggf. eine Visualisierung der Daten hilfreich.

Die „vorübergehend-Prüfung“ kann auch nachgelagert sein. Der Krankenversicherer kann sowohl zum Zeitpunkt der Meldung der AF als auch zu einem späteren Zeitpunkt im Rahmen der Neukalkulation feststellen, dass die Entwicklung als vorübergehend anzusehen ist.

5.2. Lag eine unzureichende Vorkalkulation vor?

Der Umfang der Prüfung der Vorkalkulation ist umstritten. Einerseits wird argumentiert, die vorangegangene Prämienanpassung sei regelhaft gar nicht zu prüfen, weil auch der Treuhänder sich auf die Prüfung dieser Anpassung (durch ihn selbst oder seinen Vorgänger) verlassen könne. Abweichend davon wird teilweise auch auf „Anzeichen einer unzureichenden Vorkalkulation“ abgestellt, wobei unklar bleibt, was konkret solche Anzeichen sein können. Der Verweis auf die besondere Höhe des AF wurde hier angeführt, ist aber keineswegs als ein belastbares Anzeichen allgemein akzeptiert. Andererseits wird auch die Ansicht vertreten, die Sachverständigen haben stets alle vorangegangenen Prämienanpassungen daraufhin zu überprüfen, ob diese eventuell unzureichend waren. Die Durchführung eines solch umfangreichen Prüfprogramms ist generell schon deswegen nicht unmittelbar durchführbar, weil die dazu erforderlichen Unterlagen i.d.R. nicht vorgelegt werden. Hinzukommt der enorme zeitliche Aufwand.

An dieser Stelle wird empfohlen, den konkreten Beweisbeschluss heranzuziehen. Wenn das Gericht eine Stellungnahme zu den Vorkalkulationen wünscht, sollte dies dort explizit genannt sein.

Auch wenn das Gericht eine Überprüfung der Vorkalkulation mit Verweis auf die Prüfung durch den Treuhänder nicht für erforderlich halten sollte, so gilt jedoch eine Ausnahme im Fall der ersten Prämienanpassung nach der Einführung eines Tarifs. Das VAG sieht keine Prüfung der Erstkalkulation durch den Treuhänder vor.

Regelhaft würde der Tarif dem Treuhänder erstmalig nach Einführung vor der Ermittlung der Auslösenden Faktoren vorgelegt. Im Zuge der Prüfung der ersten Beitragsanpassung wäre spätestens jetzt¹¹ auch die Angemessenheit der Erstkalkulation i.S.v. § 155 Abs. 3 VAG durch den Treuhänder zu beurteilen. Die sachverständige Prüfung einer ersten Prämienanpassung wird demzufolge auch der Erstkalkulation angemessenen Rechnung zu tragen haben.

5.3. Anpassung der Rechnungsgrundlagen

In den technischen Berechnungsgrundlagen werden die kalkulatorischen Herleitungen und statistischen Nachweise vorgelegt. In der Regel kann beispielsweise auf Basis der dargestellten Daten die konkrete Festlegung des Grundkopfschadens plausibilisiert und/oder nachgerechnet werden. Die Festlegung des Grundkopfschadens erfolgt innerhalb der engen Grenzen des Aufsichtsrechts; eine konkrete Berechnungsvorschrift gibt es jedoch nicht. Hier ist daher die aktuarielle Begründung des Versicherers von besonderer Bedeutung. Außerdem sollte im Sachverständigengutachten die Konsistenz zur „nicht nur vorübergehend“-Eigenschaft überprüft werden.

Eine ausreichende und verlässliche Grundlage für die aktuarielle Bewertung bilden in der Regel die technischen Berechnungsgrundlagen; die Input-Werte in den technischen Berechnungsgrundlagen werden als korrekt bzw. fehlerfrei angesehen (vergleichbar zu Anknüpfungstatsachen im Kontext von Sachverständigengutachten). Abgesehen davon können jedoch Umstände eintreten, die eine umfangreichere Datenbereitstellung erforderlich machen.

¹¹Manche Unternehmen legen dem Treuhänder schon früher, z.B. bei Einführung eines Tarifs, die Kalkulation vor und lassen sich testieren, dass diese den rechtlichen Anforderungen genügt. In diesem Fall könnte der Treuhänder bei der ersten Prämienanpassung auf seine bereits erfolgte Testierung verweisen.

Die Festlegung der weiteren Rechnungsgrundlagen¹² erfolgt auf eine vergleichbare Art und Weise. Insbesondere kann im Sachverständigengutachten die aktuarielle Vorgehensweise erläutert werden.

Der Rechnungszins wird in der Regel abhängig vom aktuariellen Unternehmenszins (AUZ) festgelegt, für welchen die DAV-Richtlinie „Der aktuarielle Unternehmenszins in der privaten Krankenversicherung (AUZ)“ gilt.

Für die Ausscheideordnung (Sterblichkeit) wird üblicherweise die zuletzt von der BaFin veröffentlichte PKV Sterbetafel angesetzt.¹³

Für die Ausscheideordnung (Stornowahrscheinlichkeiten) ist darauf zu achten, dass die Bestimmung der tatsächlichen und rechnungsmäßigen Stornowahrscheinlichkeiten auf sinnvoll gebildeten Tarifgruppen durchgeführt werden und im Einklang mit der DAV-Richtlinie „Festlegung von Stornotafeln in der privaten Krankenversicherung“ steht. Eine Stornotafel ist in der Regel vorsichtig gewählt, wenn die rechnungsmäßigen Stornowahrscheinlichkeiten unter den tatsächlich beobachteten Stornowahrscheinlichkeiten festgelegt werden; hier ist die individuelle Situation in die Bewertung einzubeziehen.

Die Festlegung absoluter Kosten gemäß § 8 KVAV erfolgt in der Regel durch Umrechnung relativer Kosten - die Umrechnung in absolute Kosten kann vom Gutachter geprüft werden.

Hier wird eine (nicht abschließende) Liste mit Fragen zu den einzelnen Rechnungsgrundlagen aufgeführt:

- (1) Rechnungszins
Wurde das AUZ-Verfahren angewandt?
- (2) Sterbewahrscheinlichkeiten
Wurde eine ausreichend sichere Sterbetafel verwendet?
- (3) Stornowahrscheinlichkeiten
Sind ausreichende Sicherheiten enthalten?
- (4) Kopfschäden
Wurden diese aus tarifeigenen Werten bestimmt oder mit Hilfe von Stütztarifen?
Wurden die Schwangerschaftskosten in Bisex-Tarifen verteilt?
- (5) Sicherheitszuschlag
Beträgt der Sicherheitszuschlag mindestens 5%?
Wurde dieser verändert? Wenn ja, gibt es eine Begründung für die Veränderung?
- (6) Sonstige Zuschläge (Kosten, Ω -Werte, Zuschlag für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung, Optionszuschläge, ...)
Wurden die Regeln zur Bemessung der Zillmerung gemäß § 8 Abs. 3 KVAV eingehalten?
- (7) Übertrittswahrscheinlichkeiten zur Berechnung des Übertragungswertes
Sind ausreichende Sicherheiten enthalten?

Sind die geänderten neuen Rechnungsgrundlagen in den technischen Berechnungsgrundlagen dokumentiert, hinreichend mit statistischen Auswertungen belegt, überprüfbar und konsistent?
Sind weitere Rechnungsgrundlagen verwendet worden?

5.4. Limitierungsmaßnahmen

Die Beteiligung am erwirtschafteten Überschuss erfolgt in der PKV u.a. auch über die Begrenzung von Beitragssteigerungen im Kontext von Prämienanpassungen. Die konkrete individuelle Limitierung kann auf Basis der Limitierungsvorgaben rechnerisch überprüft bzw. plausibilisiert werden.

¹² Vgl. § 2 KVAV

¹³ Zum Beispiel:

https://www.bafin.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistik/PKV/dl_pkv_2025_strebetafel_va.html;jsessionid=6A0E5FB704C523BE4B63F57D52108A78.internet011?nn=19659504

Hier ist die Reihenfolge bei Überprüfung der Limitierung zur Überschussbeteiligung zu beachten, um dabei insbesondere den Aspekt „Verteilung auf die Versichertenbestände mit einem Prämienzuschlag nach § 149 VAG und ohne einen solchen“ begutachten zu können.¹⁴ Darüber hinaus ist gemäß § 155 Abs. 2 VAG dem Gesichtspunkt der Zumutbarkeit der prozentualen und absoluten Prämiensteigerungen für die älteren Versicherten ausreichend Rechnung zu tragen.

Der BGH hat in seinem Urteil IV ZR 68/22 aus dem Jahr 2024 klargestellt:

- Die Fehlerhaftigkeit einer an § 155 Abs. 2 VAG zu messenden Limitierungsmaßnahme lässt die materielle Wirksamkeit einer Prämienanpassung, die im Übrigen auf einer den Anforderungen des § 155 Abs. 1 VAG entsprechenden Neukalkulation beruht, unberührt. Die Fehlerhaftigkeit der Limitierungsentscheidung führt lediglich dann zu einer Anpassung der vom Versicherungsnehmer geschuldeten Prämie, soweit dieser durch die fehlerhafte Limitierungsentscheidung konkret beeinträchtigt ist.
- Der Versicherungsnehmer trägt die Beweislast dafür, dass die Limitierungsentscheidung den Anforderungen des § 155 Abs. 2 VAG nicht entspricht und er hierdurch in seinen Rechten beeinträchtigt ist.
- Lediglich besonders schwerwiegende Verstöße gegen die schutzwürdigen Interessen der Versicherten sind geeignet, eine Versagung der Zustimmung des Treuhänders zur Wahrung der Versichertenbelange zu rechtfertigen und damit einen materiellen Verstoß gegen den sich aus § 155 Abs. 2 VAG ergebenden Prüfungsmaßstab zu begründen.

Das BGH-Urteil legt aus aktuarieller Sicht den Fokus auf eine Ausreißeranalyse. Ein dokumentiertes Limitierungskonzept, das der Gutachter leicht überprüfen kann, ist nicht notwendigerweise vorzulegen. Ggf. ist mit dem Gericht abzustimmen, was bei der tarifübergreifenden Limitierung genau zu prüfen ist.

Dies umreißt den Prüfungsumfang des Sachverständigen, der diesen Aspekt grundsätzlich nur insoweit zu prüfen hat, wie es vom Beweisbeschluss gefordert wurde. Der BGH richtet sich mit seinen Vorgaben zunächst an Gerichte, nicht direkt an Sachverständige, die nur konkrete Sachfragen sachlich ohne Rechtsauslegung zu beantworten haben.

In Fällen, in denen der Versicherer für die tarifübergreifende Limitierung kein Konzept vorlegt, sondern lediglich die verwendeten Pro-Kopf-Mittel und Kappungsparameter, könnte der Gutachter aus diesen Angaben potentielle Ausreißer identifizieren.¹⁵ Unterschiedliche Pro-Kopf-Mittel bei ähnlichen Kappungsparametern sind dabei nicht notwendigerweise Ausreißer. Ebenso ist es aus aktuarieller Sicht nicht notwendigerweise ein Ausreißer, wenn ein Tarif schlechtere Kappungsparameter, aber mehr Pro-Kopf-Mittel erhält. Mögliche Ausreißer – im Sinne einer besonderen Bevorzugung oder Benachteiligung – könnten hingegen jene Tarife sein, die besonders gute (niedrige) Kappungsparameter mit hohen Pro-Kopf-Mitteln oder besonders schlechte (hohe) Kappungsparametern mit niedrigen Pro-Kopf-Mitteln verbinden. Hierbei kann ggf. eine grafische Auswertung helfen.

Laut Gesetzesbegründung ist zudem ein „ausreichender Anteil“ der RfB zur Limitierung zu verwenden im Vergleich z. B. zu Barausschüttungen (Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit). Durch den Sachverständigen selbstgewählte pauschale Vorgaben, wie etwa eine hälftige Aufteilung zwischen Limitierung und Barausschüttungen, können problematisch sein. Zum Beispiel ist zu berücksichtigen, dass die Aufteilungen für einen "alten" Bestand und einen "jungen" Bestand deutlich voneinander abweichen können.

¹⁴ Vgl. § 155 Abs. 2 VAG

¹⁵ Woran etwa "Ausreißer" gemessen werden sollen, kann eine Frage sein, die das Gericht für sich zunächst klären muss. Außerdem ist zu beachten, dass „Pro-Kopf-Mittel“ die unterschiedliche Beitragshöhe oder die Altersstruktur des Bestandes nicht berücksichtigen.

5.5. Prüfung der individuellen Prämie

Kann die individuelle Prämie des Klägers unter Beachtung der Limitierung nachvollzogen werden?

Die individuelle Prämie des Klägers ist zu prüfen, wenn dies im Beweisbeschluss genannt wird. Hierbei ist zu bedenken, dass Gerichte häufig vom Versicherer ausschließlich die Unterlagen anfordern, welche „auch dem jeweiligen Treuhänder zur Prüfung vorgelegen haben“. Der Treuhänder prüft jedoch nur die Prämienanpassung eines gegebenen Kollektivs (Beobachtungseinheit / Tarif) und nicht die Prämienanpassung im Einzelfall. Demnach kann die individuelle Prämie des Klägers regelmäßig nicht anhand der dem Treuhänder vorgelegten Unterlagen einer Prüfung unterzogen werden. Auf diesen Umstand darf der Sachverständige das Gericht in einer derartigen Konstellation aufmerksam machen. Im Idealfall liegen dem Sachverständigen sogenannte Beitragsberechnungsbögen bzw. Versicherungsnachträge für den Kläger vor, anhand derer ein Sachverständiger die individuellen Prämien prüfen kann.

Die teilweise unter den einzelnen Punkten genannten Fragen sollen als Hilfestellung dienen. Eine tiefgreifendere Prüfung liegt immer im Ermessen des Sachverständigen. Es sind stets die individuellen Gegebenheiten und Rahmenbedingungen des jeweiligen Krankenversicherers sowie der betroffenen Prämienanpassung zu beurteilen.

Grundsätzlich gilt immer: Sollten Unklarheiten bezüglich des konkreten Auftrags bestehen, sind Rückfragen bei Gericht möglich und unabdingbar.

Die individuelle Festsetzung der konkreten neuen Prämienhöhe nach einer Prämienanpassung basiert auf dem Äquivalenzprinzip. Dadurch ist sichergestellt, dass vertragsindividuell die erwarteten barwertigen (Netto-)Prämieneinnahmen und zum Zeitpunkt vorhandenen (Netto-)Alterungsrückstellungen gerade die erwarteten barwertigen Versicherungsleistungen decken. Die konkrete Berechnung der neuen Prämie kann aufgrund verschiedener Ursachen sehr komplex sein. Daher ist in vielen Situationen lediglich eine Plausibilisierung der konkreten Prämienhöhe möglich. Hier ist grundsätzlich zusätzlich zu unterscheiden zwischen der *Festsetzung der tariflichen Bruttoprämie* und *personenindividuellen Festsetzung der Prämienhöhe*.¹⁶

Eine Methode ist in Anlage 1 (zu § 10 Absatz 5, § 11 Absatz 2 und § 13 Absatz 5) KVAV dokumentiert. In der Regel sind die verschiedenen Größen dieser Methode in den technischen Berechnungsgrundlagen notiert, so dass die Überprüfung durch Nachrechnen erfolgen kann. Weitere Verfahren sind in der einschlägigen versicherungsmathematischen Literatur zur PKV nachzulesen.¹⁷ Dabei ist zu beachten, dass einzelne Verfahren als Rechengröße eine Alterungsrückstellung benötigen, die sehr vertragsindividuell ist (z. B. durch die Überschussbeteiligung in der Vergangenheit) und in der Regel in den eingebrachten Unterlagen in den Gerichtsprozess nicht enthalten ist.

Viele PKV-Unternehmen stellen einen sogenannten Beitragsberechnungsbogen zur Verfügung, auf dem die wichtigsten Werte zur Berechnung und Plausibilisierung der Prämienfestsetzung gegeben sind. Insbesondere wird auf einem Beitragsberechnungsbogen auch ersichtlich, ob vertragsindividuelle Besonderheiten (z.B. Risikozuschläge oder Rabatte aus Limitierungsmaßnahmen bzw. Zusatzrückstellungen) bestehen, die in technischen Berechnungsgrundlagen, die für das Kollektiv gedacht sind, nicht aufgeführt werden. Die individuell gezahlte Tarifprämie sowie Risikozuschläge lassen sich in der Regel mit Stand vor und nach der Anpassung den in der Akte meist verfügbaren Versicherungsscheinen entnehmen.

Eine Besonderheit ergibt sich durch unterschiedliche Vorgehensweisen beim Runden von Dezimalzahlen. Hier gibt es keine einheitliche Vorgehensweise, so dass es zu Abweichungen zwischen festgesetzten Prämien und sachverständig berechneten Werten kommen kann. Der Gut-

¹⁶ Wenn alle Rechnungsgrundlagen in den TB als gegeben anzusehen sind – insbes. die neuen Bruttoprämien – und ist die alte individuelle Prämie bekannt, ist ein exaktes Nachrechnen der neuen Prämie in der Regel möglich.

¹⁷ Vgl. Becker (2017) und Milbrodt (2016)

achter sollte es im Gutachten deutlich machen, wenn festgestellte Abweichungen seiner Ansicht nach durch Rundungen erklärt werden könnten. Dies kann bei Tarifen, bei denen ein Faktor zum Einsatz kommt, von besonderer Bedeutung sein. Dies betrifft beispielsweise Beihilfe-Tarife, die z.B. auf Basis einer Erstattung von 50% oder Tagesgeldtarife, die auf Basis von 1 oder 10 EUR berechnet werden. Bei der individuellen Prämienberechnung kann es somit passieren, dass die Ergebnisse mit einem Faktor von z.B. 20 zu multiplizieren sind und sich entsprechend ursprüngliche Rundungsabweichungen vergrößern.

Bei Tarifen, bei denen der Kunde einen variablen Tagessatz wählen kann (z.B. Krankentagegeldtarife, Pfl egetagegeldtarif), wird in den TB üblicherweise die Kalkulation für eine bestimmte Basistagesatzhöhe durchgeführt und anschließend erfolgt eine proportionale Skalierung auf die variabel gewählte Tagessatzhöhe des Kunden.

6. Glossar

AF Auslösender Faktor

AVB Allgemeine Versicherungsbedingungen

BGH Bundesgerichtshof

GKS Grundkopfschaden

JVEG Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz

KVAV Verordnung betreffend die Aufsicht über die Geschäftstätigkeit in der privaten Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsverordnung – KVAV)

MB/KK Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

OLG Oberlandesgericht

PKV Private Krankenversicherung

TB Technische Berechnungsgrundlagen

VAG Versicherungsaufsichtsgesetz (Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen)

VVG Versicherungsvertragsgesetz (Gesetz über den Versicherungsvertrag)

ZPO Zivilprozessordnung

7. Liste der BGH-Urteile