

## Unisex-Tarifierung

Die DAV steht den Aktuaren bei der Umsetzung des Urteils des Europäischen Gerichtshofs zur geschlechtsunabhängigen Tarifikalkulation insbesondere in der Krankenversicherung unterstützend zur Seite. Eine praxisgerechte und gleichzeitig verlässliche Kalkulation der Produktangebote ist geboten.

**Seite 8**

## Der Aktuar im Risikomanagement

Das Risikomanagement hat sich für Aktuare zu einem bedeutenden und attraktiven Arbeitsbereich entwickelt. Umfangreiches Fachwissen, aber auch strenge Berufsgrundsätze bilden die Voraussetzungen für eine verantwortungsvolle Ausübung der vielseitigen Tätigkeiten in diesem Bereich.

**Seite 10**



Im Gespräch mit  
Daniel Bahr

# Zukunftsfähige Pflegeversicherung

Das Bundeskabinett hat Ende März eine Neuausrichtung der Pflegeversicherung beschlossen. Eine staatlich geförderte ergänzende private Vorsorge bleibt dennoch unumgänglich. **Seite 6**

# Aktuar Aktuell

Mitteilungen der Deutschen Aktuarvereinigung e.V.

**Ausgabe 20 • April 2012**



DAV

DEUTSCHE  
AKTUARVEREINIGUNG e.V.

## News Bulletin

Regierungsentwurf für  
ein neues Versicherungsaufsichtsgesetz

“European Congress of Actuaries”

DAV Positionspapier zur „Bewertung  
langfristiger Garantien unter Solvency II“

Zahl des Tages

**3**

## Interview

Im Gespräch mit Herrn Daniel Bahr,  
Bundesminister für Gesundheit

**4**

## Analyse

Zukunftsfähige Pflegeversicherung

**6**

## Analyse

Unisex-Tarifierung in der PKV

**8**

## Berufsbild

Der Aktuar im Risikomanagement

**10**

### Impressum

#### Herausgeber:

Deutsche Aktuarvereinigung e. V.  
Hohenstaufenring 47-51  
50674 Köln  
Tel.: 0221 912554-0  
Fax: 0221 912554-44  
E-Mail: [info@aktuar.de](mailto:info@aktuar.de) - [www.aktuar.de](http://www.aktuar.de)

#### Redaktion:

Michael Steinmetz (verantwortlich)  
Jürgen Merkes  
Birgit Kaiser

#### Autoren:

Dirk Hausmann  
Dr. Irene Merk  
Dr. Christian Scholz

## Regierungsentwurf für ein neues Versicherungsaufsichtsgesetz

Am 15. Februar 2012 hat das Bundeskabinett den aktualisierten Gesetzesentwurf zur Novellierung des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) verabschiedet. Durch das neue VAG soll die europäische Richtlinie zum zukünftigen risikobasierten Aufsichtssystem für Versicherungen – Solvency II – in nationales Recht umgesetzt werden.

Die DAV begrüßt insbesondere, dass ihre detaillierten Vorschläge zur Modernisierung der Rechnungslegung nach HGB in diesem Kontext weitestgehend umgesetzt werden konnten. Hierdurch bleiben die bewährten Regelungen des HGB insbesondere in Bezug auf den (Höchst-)Rechnungszins erhalten, während gleichzeitig die Chance genutzt wird, Raum für moderne Produkte zu schaffen und die Darstellung der Finanz- und Ertragskraft der Versicherungsunternehmen an den tatsächlichen wirtschaftlichen Verhältnissen zu orientieren. Dies wird die Lebensversicherung in der neuen Solvency II Welt nachhaltig stärken.

In einzelnen Fragen sieht die DAV allerdings noch weiteren Änderungsbedarf; hierzu wird sie in den kommenden Wochen Stellung beziehen.

## „European Congress of Actuaries“



Am 7. und 8. Juni 2012 findet in Brüssel der erste „European Congress of Actuaries“ der Groupe Consultatif statt.

Unter dem Oberthema „The European Actuary of the Future“ wird sich der Kongress vor dem Hintergrund der aktuellen Finanzkrise vor allem mit Fragestellungen aus Solvency II, Enterprise Risk Management und der Rolle der Aktuar bei der Bewältigung zukünftiger Herausforderungen für die Versicherungs- und Finanzbranche befassen.

Weitere Informationen auf [www.eca2012.org](http://www.eca2012.org)

## DAV Positionspapier zur „Bewertung langfristiger Garantien unter Solvency II“

Der allgemeine Ansatz zur Bewertung langfristiger Garantien besteht nach Solvency II in der Abzinsung der jeweiligen Cashflows mit einem geeigneten Abzinsungsfaktor. Eine besondere Bedeutung kommt der dabei benutzten Zinsstrukturkurve zu. Auf europäischer Ebene hat die DAV daher die folgenden Positionen eingebracht:

- **Extrapolation der Zinsstrukturkurve:**  
Für den Euro sollte die Zinsextrapolation im Jahr 20 beginnen. Die Ultimate Forward Rate sollte nach 30 Jahren erreicht werden, d.h. innerhalb von 10 Jahren nach Beginn der Extrapolation.
- **Antizyklische Prämie:**  
Nur ein formelbasierter Ansatz für die ersten beiden Komponenten der antizyklischen Prämie (Staats- und Unternehmensanleihen bzw. deren festgestellte Spreads), der in allen EU-Staaten anzuwenden ist, gewährleistet eine zweckentsprechende Umsetzung der antizyklischen Prämie. Es müssen feststellbare und operable Kriterien festgelegt werden, um ein prozyklisches Verhalten zu vermeiden.
- **Matching Prämie:**  
Die allgemeine Anwendbarkeit der Matching Prämie muss auf alle Arten von Versicherungsprodukten ausgedehnt werden. Das Maß, in dem sie angewandt wird, sollte dem Grad des realen Matching entsprechen. Insbesondere das explizite Führen der Produkte in Sonderverbänden („ring fenced fund structures“) stellt dafür keine Bedingung dar.

## Zahl des Tages: 1.000

Stichwort CERA: Weltweite Zahl an Aktuaren, die nach Absolvieren der gemeinsam von 14 Aktuarvereinigungen inklusive der DAV ins Leben gerufenen anspruchsvollen Zusatzausbildung im Bereich „Enterprise Risk Management“ den international anerkannten Titel „Certified Enterprise Risk Actuary (CERA)“ tragen dürfen.



## Interview

### Im Gespräch mit Bundesminister Daniel Bahr

? Herr Minister, vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung in Deutschland und des daraus resultierenden starken Anstiegs pflegebedürftiger Menschen ist die Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung eines der wichtigsten Projekte der Bundesregierung in dieser Legislaturperiode. Als Gesundheitsminister sind Sie hier federführend. Wie sieht Ihr aktueller Zeitplan zur Umsetzung dieser Reform aus?

! Am 28. März hat das Kabinett den Entwurf des Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung beschlossen. Nun folgen Beratungen im Bundestag und Bundesrat. Geplant ist, dass die Pflegereform zum 1. Januar 2013 in Kraft tritt. Zusätzlich zu diesem gesetzgeberischen Verfahren arbeitet ein von mir eingesetzter Expertenbeirat an der Frage, wie in Zukunft die Feststellung der Pflegebedürftigkeit neu geregelt werden kann. Damit zum Beispiel auch Menschen mit Demenz bei den Leistungen berücksichtigt werden. Hierzu sind noch eine Vielzahl von Fragen zu klären. Der Beirat, der genaue Umsetzungsvorschläge erarbeiten soll, hat seine Arbeit bereits am 1. März aufgenommen.

? Bereits die ersten inhaltlichen Gedanken zu dieser Reform haben in der Öffentlichkeit ein breites Echo gefunden. Was sind – Stand heute – die wichtigsten Kernpunkte Ihres Konzepts?

! Die geplanten Neuregelungen beinhalten eine Vielzahl von Maßnahmen. Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen im Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftig-

# Zur Reform der Pflegeversicherung

keitsbegriff auf die besonderen Bedürfnisse der Demenzkranken hin ausgeweitet werden. Das ambulante Leistungsangebot, das bisher Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfasst, wird um Betreuungsleistungen für Demenzerkrankte erweitert. Menschen mit Demenz, die ambulant versorgt werden, erhalten höhere Geld- und Sachleistungen. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bekommen mehr Wahlmöglichkeiten. So können sie künftig mit den Pflegediensten ein Zeitkontingent vereinbaren, das sie je nach ihrem individuellen Bedarf für unterschiedliche Leistungen einsetzen können. Auch die Situation für die pflegenden Angehörigen wollen wir verbessern. Zum Beispiel durch eine bessere Anrechnung bei der Rente, durch Entlastung bei der Betreuung oder durch hälftige Zahlung des Pflegegeldes, auch wenn sie eine Kurzzeit- oder Verhinderungspflege

für ihren Pflegebedürftigen in Anspruch nehmen. Um dem Wunsch vieler Pflegebedürftiger nachzukommen, nicht in einem Pflegeheim zu leben, werden wir außerdem alternative Wohnformen finanziell fördern.

? Der demografische Wandel und die stetig steigenden Pflegekosten müssen auch in Zukunft bezahlbar bleiben. Die Deutsche Aktuarvereinigung spricht sich daher bereits seit Jahren für eine zukunftsichere und nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung durch eine kapitalgedeckte Ergänzung aus. Auch aus Ihrem Hause sind Überlegungen zu einer Pflegeergänzungsversicherung zu hören. Wie sehen diese im Einzelnen aus? Denken Sie an eine freiwillige Lösung mit staatlicher Förderung?

! Angesichts der demografischen Entwicklung liegt es auf der Hand, dass wir mehr Kapitaldeckung in der Pflege brauchen – nur so stellen wir die Finanzierung der Pflege auch langfristig sicher und sorgen für Generationengerechtigkeit. Die Koalition hat sich hier auf eine staatliche Förderung der freiwilligen, ergänzenden Pflegevorsorge geeinigt. Das ist ein erster, sehr wichtiger Schritt, den wir jetzt umsetzen. Weitere müssen aus meiner Sicht in den nächsten Jahren folgen. Was die konkrete, aktuell anstehende Lösung angeht, ist mir sehr wichtig, dass möglichst viele Bürgerinnen und Bürger in den Genuss der Förderung kommen können. Die Ausgestaltung der förderfähigen Produkte muss sich deshalb an diesem Grundsatz orientieren.

? Als versicherungs- und finanzmathematische Experten stehen Aktuare seit Jahren für eine stabile und verlässliche Kalkulation von Angeboten zur Abdeckung vieler persönlicher Lebensrisiken. Sehen Sie im Fall einer weiteren Konkretisierung privater Pflegeergänzungsversicherungen elementare Fragestellungen, bei denen Bedarf an mathematisch fundierter Beratung erkennbar ist?

! Mein Haus führt regelmäßig Fachgespräche mit der Deutschen Aktuarvereinigung, so dass hier bereits seit einigen Jahren ein reger fachlicher Austausch zu verschiedenen versicherungsmathematischen Themen stattfindet. Auch bei speziellen Fragen zur Kapitaldeckung der Pflegeversicherung werden wir im engen Dialog bleiben.



#### **Daniel Bahr - Bundesminister für Gesundheit**

Daniel Bahr wurde am 4. November 1976 in Lahnstein geboren. Nach seiner Ausbildung zum Bankkaufmann absolvierte er sein Studium der Volkswirtschaftslehre und Business Management an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Seit 1996 ist er Mitarbeiter der Dresdner Bank AG; seit 2003 gehaltlos beurlaubt.

Von 1999 bis 2004 war Daniel Bahr Bundesvorsitzender der Jungen Liberalen. Seit 2001 ist er Mitglied im Bundesvorstand der FDP, seit 2006 Vorsitzender des FDP-Bezirksverbandes Münsterland und seit November 2010 Landesvorsitzender der FDP Nordrhein-Westfalen.

Er wurde am 12. Mai 2011 zum Bundesminister für Gesundheit ernannt.

# Zukunftsfähige Pflegeversicherung

**Zum 1. Januar 1995 wurde mit der Pflegeversicherung die „fünfte Säule“ der Sozialversicherungen geschaffen. Das damals neu verfasste Elfte Sozialgesetzbuch sieht vor, dass schwer Pflegebedürftige solidarische Unterstützung erhalten. Seitdem sind gesetzlich krankenversicherte Personen in der gesetzlichen Pflegeversicherung pflichtversichert, während Vollversicherte einer privaten Krankenversicherung eine private Pflegepflichtversicherung abschließen müssen.**

Diese Pflegeversicherung sieht von vornherein eine gewisse Eigenbeteiligung des Pflegebedürftigen vor. Dies kann jemanden, der hier nicht zusätzlich privat vorgesorgt hat, bereits vor große Probleme stellen.

Die gesetzliche Pflegeversicherung ist nach dem Umlageverfahren finanziert. Dieses Verfahren stößt nicht nur angesichts der demografischen Entwicklung an seine Grenzen, sondern auch aufgrund der Tatsache, dass es an die Erwerbstätigkeit gekoppelt ist. Auch der Staat kann entstehende Lücken nicht auf Dauer durch Zuschüsse schließen, denn er kann sich nicht beliebig neu verschulden. Bei einer Anpassung der Pflegeleistungen an die Inflation müsste der Beitragssatz der Pflegeversicherung dementsprechend angehoben werden.

Bisher wurden stattdessen die Leistungen schleichend entwertet: Bis zum 30. Juni 2008 gab es gar keine Erhöhung der Leistungen, die Anhebungen in den Jahren 2008 bis 2012 konnten bestenfalls die Inflation seit 2006/2007 ausgleichen. Grafik 1 stellt die Entwertung seit 1995 beispielhaft für die Leistungen in Pflegestufe III dar.

Angesichts dieser Lücke, die inflationsbedingt immer größer zu werden droht, und angesichts der demografischen Entwicklung, aufgrund derer immer mehr pflegebedürftige Ältere immer weniger Erwerbstätigen gegenüber stehen, haben die Regierungsparteien im Koalitionsvertrag 2009 festgestellt: „In der Form der Umlagefinanzierung kann die Pflegeversicherung ihre Aufgabe, allen Bürgern eine verlässliche Teilabsicherung der Pflegekosten zu garantieren, auf Dauer nicht erfüllen. (...) Daher brauchen wir neben dem bestehenden Umlageverfahren eine Ergänzung durch Kapitaldeckung, die verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet sein muss.“ Dennoch wurde letztlich beschlossen, dass der Beitragssatz zur gesetzlichen Pflegeversicherung zum 1. Januar 2013 um 0,1 Prozent-

punkte steigen wird. Bisher konnte keine Einigkeit zu einer verpflichtenden ergänzenden Pflegeversicherung erreicht werden. Stattdessen ist eine staatliche Förderung der freiwilligen privaten Vorsorge für den Pflegefall geplant. Dies ist gleichwohl ein Schritt in die richtige Richtung.

Aus Sicht der DAV bietet sich ein Pflegetagegeld an, um zumindest die inflationsbedingte Entwertung auszugleichen. Dieses muss aufgrund der einkalkulierten Kapitaldeckung auch den Aspekt der Generationengerechtigkeit erfüllen: Die demografische Entwicklung hat dann keinen Einfluss, denn jeder Versicherte sorgt für sich selbst vor. Ein weiterer Vorteil ist die flexible Verwendbarkeit: Der Pflegebedürftige kann das ausgezahlte Tagesgeld eigenverantwortlich für die Leistungen einsetzen, die ihm am sinnvollsten erscheinen.

Das Pflegetagegeld sollte eine Dynamisierung der Tagesgeldhöhe in regelmäßigen Abständen vorsehen, z.B. alle drei Jahre. Dadurch lässt sich der Leistungsentwertung der Pflegepflichtversicherung dauerhaft entgegenwirken, was in Grafik 2 schematisch dargestellt wird.

Bereits heute gibt es bei vielen Anbietern geeignete Produkte, mit denen man entsprechende Eigenvorsorge tätigen kann. Leider haben nur ca. eine Mio. Menschen eine mehr oder weniger ausreichende Pflegezusatzversicherung. Dies zeigt, dass staatliche Anreize zur Eigenvorsorge gegeben werden müssen.

Bei den bestehenden Pflegetagegeldprodukten ist eine Risikoprüfung unumgänglich, denn kein Unternehmen kann es sich bei einer freiwilligen Versicherung erlauben, bereits heute kranke Personen zu versichern. Andernfalls würden ausschließlich pflegebedürftige Personen diese Versicherung abschließen. Dies hätte exorbitant hohe Beiträge zur Folge. Daher ist es für Pflegebedürftige nicht möglich, sich über die Pflichtversicherung hinaus abzusichern. Gleiches gilt für Menschen, die in naher Zukunft pflegebedürftig werden könnten. Ordnungspolitisch ist dies richtig, jedoch könnte aus sozialpolitischen Gründen ein Kontrahierungszwang wünschenswert sein, um jedem die Möglichkeit zu geben, sich unabhängig von seinem Gesundheitszustand zusätzlich abzusichern.

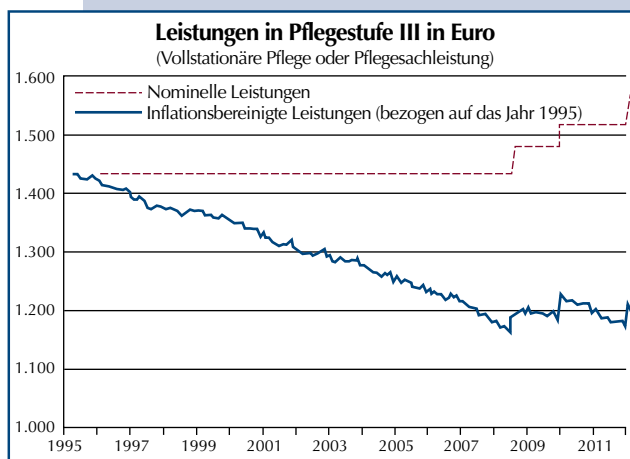
Dies verträgt sich allerdings nicht mit den Grundsätzen der freiwilligen Individualversicherung. Nur bei einer Pflichtversicherung mit fast standardisierten Produkten

und Kontrahierungszwang können auch kränkere Personen versichert werden. Wenn aber die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung weder Einfluss auf die Zusammensetzung des Versichertenkollektivs noch auf die Ausgestaltung des Produktes haben, sind verschiedene Ausgleichsmechanismen wie eine entsprechende Wartezeit und Poolausgleich bzw. ein Risikostrukturausgleich notwendig. Nur unter diesen Rahmenbedingungen lässt sich eine Zusatzversicherung mit Kontrahierungszwang sinnvoll darstellen. Eine staatliche Unterstützung dieser geförderten ergänzenden Pflegeversicherung (GEPV) ist notwendig, um die Wettbewerbsfähigkeit des Produktes sicherzustellen.

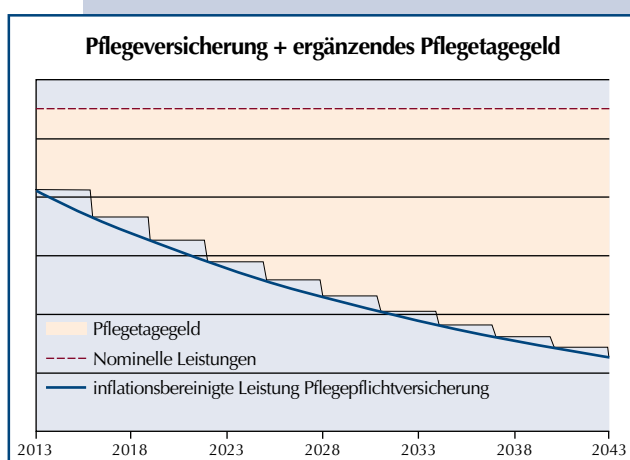
Sollte aus sozialpolitischen Gründen für die GEPV ein Kontrahierungszwang ohne Versicherungspflicht gewünscht sein, muss an anderen Stellschrauben gedreht werden, um diese ordnungspolitisch bedenkliche Konstellation dennoch zu ermöglichen. Zuerst einmal ist es nicht möglich, sich freiwillig zu versichern, wenn bereits Pflegebedürftigkeit vorliegt. Als nächstes ist sicherzustellen, dass der Gesundheitszustand des Versichertenkollektivs nicht zu stark vom Bevölkerungsdurchschnitt abweicht. Die GEPV muss daher auch für Gesunde attraktiv sein und Anreize bieten, den Versicherungsvertrag nicht erst kurz vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit abzuschließen. Hierzu bietet es sich an, die Wartezeit deutlich über das jetzt übliche Maß hinaus zu verlängern, z.B. auf einen Zeitraum von (mindestens) fünf Jahren. Auch ohne Versicherungspflicht sollte geprüft werden, ob ein Poolausgleich sinnvoll wäre, um das Risiko aufgrund des Kontrahierungszwanges auf mehrere Unternehmen zu verteilen.

Diese Maßnahmen wären aber voraussichtlich noch nicht ausreichend. Für die Menschen, die ein herkömmliches Pflegetagegeld ohne Risikozuschlag erhalten würden, wären die Beiträge einer GEPV noch zu hoch. Denn Pflegebedürftigkeit ist ein typisches Altersrisiko, so dass sich eine verlängerte Wartezeit bei jüngeren Versicherten kalkulatorisch nur geringfügig auswirkt. Ein Poolausgleich sorgt zwar für eine sinnvolle Verteilung der Risiken, aber nur bedingt für günstigere Beiträge.

Daher ist eine finanzielle Förderung durch Zulage durch den Staat unumgänglich. Diese Förderung wirkt doppelt: Je höher sie ausfällt, desto attraktiver wird eine GEPV auch für so genannte gute Risiken, so dass sich die Risikostruktur insgesamt verbessert. Dadurch würden die Beiträge niedriger, was sich im Rückschluss nochmals günstig auswirkt, da weniger gute Risiken in die klassischen Produkte ausweichen würden. Zum anderen kommt eine Zulage gerade den geringer Verdienenden zu Gute.



Grafik 1: Inflationsbereinigte Leistungen in Pflegestufe III  
Berechnung der Entwertung gemäß dem Verbraucherpreisindex des Statistischen Bundesamtes



Grafik 2: Schematische Darstellung des Ausgleichs der Leistungsentwertung der Pflegeversicherung durch ein Pflegetagegeld

## Fazit

**Eine ergänzende Pflegeversicherung ist ordnungspolitisch sinnvoll, wenn Kontrahierungszwang und Versicherungspflicht miteinander verknüpft werden. Falls aus sozialpolitischen Gründen der Kontrahierungszwang ohne Versicherungspflicht gewünscht ist, ist dies aus aktuarieller Sicht zwar deutlich schwieriger umzusetzen, aber nicht unmöglich. Voraussetzung hierfür sind ein möglichst standardisiertes Produkt, entsprechende Wartezeiten und ausreichend hohe Zulagen. Es ist an der Politik zu entscheiden, welcher Weg beschritten werden soll, um individualisiert, generationengerecht und nachhaltig Vorsorge betreiben zu können.**

# Unisex-Tarifierung in der PKV

## **Aufwändige Neukalkulation aller Tarife erforderlich**

**Am 21. Dezember 2004 trat die EU-Gleichbehandlungsrichtlinie „zur Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung von Männern und Frauen beim Zugang zu und bei der Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen“ in Kraft. Danach haben die Mitgliedstaaten dafür zu sorgen, dass spätestens bei nach dem 21. Dezember 2007 neu abgeschlossenen Verträgen die Berücksichtigung des Geschlechts nicht zu unterschiedlichen Versicherungsprämien führt.**

Wie alle anderen Mitgliedstaaten auch, nutzte Deutschland bei der Umsetzung in nationales Recht eine Ausnahmebestimmung dieser Richtlinie: Unterschiedliche Prämien konnten demnach dann zugelassen werden, wenn das Geschlecht nachweislich ein risikobestimmender Faktor ist. Kosten im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft durften nach der Richtlinie nicht zu unterschiedlichen Prämien und Leistungen führen. Daher wurde die Kalkulationsverordnung so ergänzt, dass diese Kosten durch geschlechtsunabhängige Teilkopfschäden zu decken sind. Wurde eine Prämie innerhalb dieses abgesteckten Rahmens kalkuliert, verletzte sie nicht die Gleichbehandlung.

Vor gut einem Jahr hob der Europäische Gerichtshof diesen Rahmen auf, als er die Ausnahmeregel für unzulässig erklärte. Begründung: Sie laufe dem in der EU-Charta verankerten Ziel der Gleichstellung von Männern und Frauen zuwider. Daher ist für Verträge, die ab dem 21. Dezember 2012 abgeschlossen werden, die Unisex-Regel ohne jede Einschränkung umzusetzen.

Zur Umsetzung dieses Urteils hat die Europäische Kommission Ende 2011 Leitlinien veröffentlicht, in denen sie bestimmte Konkretisierungen vornimmt:

- Erlaubt ist weiterhin, das Geschlecht bei der Risikobewertung zu berücksichtigen, solange dies nicht zu individuellen Unterschieden führt. Im Grundsatz sind geschlechtsspezifische Versicherungsprodukte zulässig. Mittelbare Differenzierungen hinsichtlich des Geschlechts bleiben zulässig, wenn sie sachlich gerechtfertigt sind
- Die Unisex-Regel geschlechtsunabhängiger Prämien ist bei Neuverträgen ohne Einschränkung einzuhalten. Ein Neuvertrag liegt vor, wenn der Vertragsabschluss ab dem 21. Dezember 2012 erfolgt oder ein bestehender Vertrag nach Ablauf einer fest vereinbarten Laufzeit ab diesem Stichtag verlängert wird.

Ist aber eine Vertragsverlängerung oder -änderung im Vertrag selbst angelegt, so gilt dies nicht als Neuvertrag.

Die Klarstellung, dass die Unisex-Regel nur für Neuverträge uneingeschränkt gilt, schließt zunächst nicht aus, diese auch auf bestehende Verträge anzuwenden. Bei der Umsetzung der eingeschränkten Unisex-Regel bezüglich der Verteilung der Schwangerschaftskosten zum 1. Januar 2008 waren die Auswirkungen auf die Prämien in bestehenden Verträgen gering. Daher gestattete der Gesetzgeber den Versicherungsunternehmen, Prämien entsprechend zu ändern, wenn ein unabhängiger Treuhänder zustimmte. So ließ es sich bisher vermeiden, die Versichertenbestände mit hohem Verwaltungsaufwand nach Kalkulation und Vertragsführung zu unterscheiden.

## **Umsetzung des EuGH-Urteils**

Nach dem EuGH-Urteil wurde deshalb nach einer Möglichkeit gesucht, auch die uneingeschränkte Unisex-Regel mit vertretbaren Folgen auf bestehende Verträge anzuwenden. Dieser Suche war jedoch (bislang) kein Erfolg beschieden. Entfällt nämlich die Ausnahmeregelung, wirkt sich dies materiell sehr viel stärker aus als die seinerzeitige geschlechtsunabhängige Verteilung der Kosten bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Die untersuchten Umsetzungsverfahren hätten erheblich und damit nicht verfassungskonform in die bestehenden Vertragsverhältnisse eingegriffen oder neue Probleme geschaffen.

Die sich nun abzeichnende Trennung der Versichertenbestände in eine alte Bisex- und eine neue Unisex-Welt ging bereits in die aktuellen Gesetzesentwürfe ein: Die bisherige Ausnahmeregelung aus § 20 des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes, die bei geeigneten Nachweisen geschlechtsabhängige Prämien erlaubt, wird in die Übergangsbestimmungen des § 33 überführt. Dies betrifft nur Versicherungsverhältnisse, die vor dem 21. Dezember 2012 begründet wurden. Nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz müssen Prämien und Leistungen weiterhin bei gleichen Voraussetzungen nach gleichen Grundsätzen bemessen werden. Allerdings gilt dies nicht für einen Prämienunterschied, der sich daraus ergibt, dass die Prämien für das Neugeschäft geschlechtsunabhängig berechnet werden. Diese Neuregelung stellt sicher, dass die Versicherer die neuen Unisex-Prämien risikoorientiert berechnen können, ohne durch die zuvor verlangten Bisex-Prämien in der Neukalkulation eingeschränkt zu sein.



Der Entwurf einer überarbeiteten Kalkulationsverordnung steht noch aus. Es wird aber für eine solche risikoorientierte Kalkulation wie bisher der Grundsatz gelten, dass die Rechnungsgrundlagen mit ausreichenden Sicherheiten zu versehen sind. Ob weiterhin alle Rechnungsgrundlagen geschlechtsabhängig festgelegt werden können, solange die daraus berechneten Prämien geschlechtsunabhängig sind, ist indes noch offen. In jedem Fall muss die Verteilung der Geschlechter in der Unisex-Welt als risikobestimmendes Merkmal eines Versichertenkollektivs angemessen abgebildet werden.

Dies wird für den Aktuar eine anspruchsvolle Aufgabe sein, weil keineswegs gewiss ist, dass die bisherige Geschlechterverteilung in der Bisex-Welt auch für die Unisex-Welt zutreffen wird. Denn im Neugeschäft wird das Versicherungsangebot für ein Geschlecht durch eine gegenüber der Bisex-Welt verringerte Unisex-Prämie attraktiver sein, während das andere Geschlecht im Gegenzug eine erhöhte Prämie zu entrichten hat.

### Weitreichende Folgen

Bei der Krankheitskostenvollversicherung für Beihilfeberechtigte sind durch den reglementierten Zugang keine erheblichen Veränderungen zu erwarten. Große Auswirkungen dürften sich allerdings bei Arbeitnehmern und Selbstständigen ergeben: Derzeit wählen weitaus mehr Männer als Frauen eine private Krankheitskostenvollversicherung; branchenweit beträgt das Verhältnis etwa 3:1. Dagegen beträgt das Geschlechterverhältnis bei den freiwilligen GKV-Mitgliedern in den neuzugangsrelevanten Altern etwa 2:1. Dies legt nahe, dass die bisherigen Bisex-Prämien auf den Zugang der Geschlechter einen erheblichen Einfluss gehabt haben, der in der Unisex-Welt entfallen wird. Im Gegenzug könnte der heutige Frauenüberschuss bei Zusatzversicherungen sinken.

Weiter kann es im Bestand tarif- und altersabhängig wegen des einseitigen Beitragsvorteils zu ebenso einseitigen Umstellungen nur eines Geschlechts kommen – sofern es ein Tarifwechselrecht aus der Bisex- in die Unisex-Welt gibt. Die geltenden Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes und der Kalkulationsverordnung werden jedenfalls mehrheitlich so ausgelegt, und Änderungsentwürfe liegen noch nicht vor. Dies kann zu Antiselektion im Bestand führen, so dass eine Umstellung des Bestandes wünschenswert gewesen wäre.

Die Prognose der künftigen Geschlechterverteilung wird nur eine Aufgabe bei der Kalkulation von Unisex-Prämien sein, aber eine herausfordernde mit weitreichenden Folgen: Sehr vorsichtige Annahmen begrenzen zwar durch hohe Prämien das Verlustrisiko und vermindern ggf. auch die Tarifwechsel aus der Bisex-Welt, schränken aber die Wettbewerbsfähigkeit der Produkte stark ein. Dagegen bergen attraktive Prämien das Risiko von Schadenunterdeckungen und in der Folge überproportional hohen Prämienanpassungen.



### Fazit

**Der Aktuar hat bei der Kalkulation der Unisex-Prämien ausreichende Sicherheiten zu verwenden und entsprechend vorsichtig zu kalkulieren. Deshalb müssen für Produkte, die ab dem 21. Dezember 2012 angeboten werden, alle Kalkulationsgrundlagen neu festgelegt werden – nicht nur die Verteilung der Geschlechter.**

**Dies bedeutet, dass die Unisex-Tarife neue eigenständige Tarife sein werden, auch wenn deren Leistung mit denen der heutigen Tarife übereinstimmt. Somit wird die Anzahl der Tarife, die künftig zu pflegen sind, deutlich ausgeweitet und die Komplexität steigt. Sollten die Bestände eines Unisex-Tarifes entsprechend groß sein und die Kalkulation nicht mehr auf Stütztarifen erfolgen, so können sich später Tarife mit gleicher Leistung einmal in der Bi- und einmal in der Unisexwelt unterschiedlich entwickeln.**

**Die Deutsche Aktuarvereinigung wird daher in Kürze „Aktuarielle Hinweise zur Erstkalkulation von Unisex-Tarifen in der Privaten Krankenversicherung“ veröffentlichen.**

# Der Aktuar im Risikomanagement

**Bereits im Jahr 2005 führte die Rating-Agentur Standard & Poor's die Kategorie „Enterprise Risk Management“ – kurz ERM – als eigenständiges Bewertungskriterium, auf gleicher Ebene wie Kapitalausstattung oder Operating Performance, ein. Für ein gutes oder sehr gutes Rating des einzelnen Versicherungsunternehmens ist seit dieser Einführung ein hohes Qualitätsniveau des Risikomanagements erforderlich.**

Durch die Vorbereitungen auf Solvency II wurden – insbesondere mit der Säule 1 – zahlreiche neue Risikomanagementaufgaben geschaffen. In Deutschland führten die „Mindestanforderungen an das Risikomanagement“ (MaRisk VA) ab 2009 auch bei kleineren und mittelgroßen Versicherern zu einem verstärkten Fokus auf das Risikomanagement. Unter anderem wurde dabei die „unabhängige Risikocontrollingfunktion“ in den Unternehmen verankert.

Diese Entwicklungen zeigen, dass der Bereich des Risikomanagements inzwischen ein fundamentales Element der Unternehmensführung darstellt.

Durch ihre Beteiligung an einer internationalen Initiative zur Ausbildung von Spezialisten im ERM hat die Deutsche Aktuarvereinigung frühzeitig auf den wachsenden Bedarf an qualifiziertem Personal im Risikomanagement reagiert. So unterzeichnete die DAV im Jahr 2009 als eine von 14 Aktuarvereinigungen weltweit einen gemeinsamen Vertrag, welcher den Aufbau einer international anerkannten und standardisierten Zusatzausbildung im Bereich ERM, die mit dem Titel „Certified Enterprise Risk Actuary (CERA)“ abgeschlossen wird, vereinbart. Anfang April 2012 wurde nun die finale Akkreditierung des DAV-eigenen Ausbildungsangebots bekannt gegeben, so dass der Titel CERA nach erfolgreichem Ausbildungsabschluss auch an die Mitglieder der DAV verliehen werden kann. Neben dem anspruchsvollen Lehrkanon bilden auch strenge Berufsgrundsätze die Kernelemente dieser neuen Zusatzausbildung.

Wie die von der DAV im Jahr 2010/2011 durchgeführte Gehaltsstudie und die aktuelle Mitgliederbefragung aus dem Jahr 2011/2012 zeigen, bestätigen auch die Mitglieder, dass der Bereich des Risikomanagements in den letzten Jahren mehr und mehr an Bedeutung für ihre tägliche Arbeit gewonnen hat: Rund 14% der Befragten der Gehaltsstudie gaben an, im Bereich des Risikomanagements tätig zu sein. 37,9% der Teilnehmer der aktuellen Mitgliederbefragung sprechen sich für einen Ausbau der Weiterbildung im Bereich des Risikomanagements aus.

## Risikomanagement in der Praxis

In der Praxis orientieren sich die Aufgaben des Aktuars im Risikomanagement am Risikokontrollkreislauf, dessen Elemente in unterschiedlicher Art und Weise gruppiert werden können, wobei die wesentlichen Inhalte vorgegeben sind (siehe Abbildung).

Eine transparente Zielsetzung ist die entscheidende Grundlage: Ein Unternehmen muss – ausgehend von der Geschäftsstrategie – eine Risikostrategie festlegen. Diese Strategieentscheidung wird vom Vorstand des Unternehmens getroffen. Aufgabe der Risikomanagement-Funktion ist es, die Geschäftsleitung zu den Auswirkungen eines bestimmten Risikoprofils zu beraten. Dazu sollten auch die Ergebnisse des internen Kapitalmodells eingesetzt werden, falls ein solches im Unternehmen verwendet wird. Unter Berücksichtigung der ausgesprochenen Empfehlungen kann die Geschäftsleitung eine informationsbasierte Entscheidung treffen, welche im Anschluss von der Risikomanagement-Funktion im Unternehmen implementiert werden kann.

Auch bei einer neuen Produkteinführung ist der Aktuar als Risikomanager gefragt. Eine umfassende Analyse der Auswirkungen muss erstellt und zahlreiche Aspekte berücksichtigt werden:

- Passt das Produkt in die festgelegte Risikostrategie?
- Hat das Unternehmen ausreichendes Wissen über diesen Produkttyp sowie Erfahrung in der Antragsbearbeitung und Schadenabwicklung?
- Steht genug Kapazität zur Bearbeitung zur Verfügung?
- Welche Sensitivitäten hat das Produkt, zum Beispiel gegenüber Zinsänderungen oder Stornoverhalten?
- Welche extremen Szenarien nach erfolgter Produkteinführung sind denkbar und welche Auswirkungen hätten sie?
- Welche Aussagen liefert das Kapitalmodell über die erwartete Diversifikation im Bestand?
- Ist das angestrebte Geschäftsvolumen des Produkts im Einklang mit der Risikotragfähigkeit, oder sind Maßnahmen wie zusätzlicher flexibler Rückversicherungsschutz nötig?

Erkennbar wird, dass Risikomanagementaufgaben sehr umfassend sind und das Verständnis zahlreicher Unter-

nehmensaspekte und -prozesse erfordern. Viel stärker als in anderen Positionen muss der Aktuar als Risikomanager über große Kommunikationsfähigkeiten verfügen, um seine Schnittstellenfunktion bestmöglich ausüben zu können und eine adressbezogene Risikoberichterstattung zu unterstützen.

### Aufgaben in wichtigen Positionen

Abhängig von der Aufbauorganisation der Versicherungsunternehmen werden Risikomanagementaufgaben nicht nur in der Risikomanagementabteilung bzw. durch den Risikomanager wahrgenommen, sondern auch an anderen Stellen: Das Risikomanagement stellt nur die zweite Absicherungsebene innerhalb des Unternehmens dar. Prozessimmanente Kontrollen im Rahmen des internen Kontrollsystems (IKS) sind auf der ersten Ebene angesiedelt. Durch Solvency II wird zum Beispiel besonderer Wert auf ein IKS gelegt, welches dort nicht als Teil des Risikomanagements, sondern gemeinsam mit diesem als Teil der „Allgemeinen Governance Anforderungen“ angesehen wird. Aufbau und Pflege des IKS erfordern aktuariellen Sachverstand und stellen ein weiteres wichtiges Tätigkeitsgebiet für Aktuare dar.

Als weitere Komponente des „System of Governance“ wird die Interne Revision aufgeführt, welche die dritte Risikomanagementebene innerhalb des Unternehmens bildet. Auch wenn Aktuare hier nur selten im Einsatz sind, so sind auch an dieser Stelle Risikomanagementaufgaben zu finden. Dazu gehören in erster Linie die Aufstellung eines risikobasierten Prüfplanes sowie die Prüfung des Risikomanagement-Systems an sich.

Die Anzahl der Aktuare, die Risikomanagement nicht bei Versicherungsunternehmen, sondern bei anderen Arbeitgebern betreiben, ist deutlich höher als vielleicht erwartet. So steht die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht im Rahmen der Einführung von Solvency II vor der Aufgabe, zahlreiche unternehmensinterne Modelle genehmigen zu müssen. Dabei ist bei der Aufsicht ein tiefgehender aktuarieller Sachverstand nötig, um den Unternehmen auf Augenhöhe begegnen zu können. Deshalb nehmen auch dort zahlreiche Versicherungsmathematiker Risikomanagementaufgaben wahr.

Die Implementierung von Risikomodellen wird auf Unternehmensseite häufig von spezialisierten Beratern unterstützt, deren Mitarbeiter ebenfalls ausgebildete Aktuare mit Zusatzqualifikationen im Risikomanagement sind. Das gleiche gilt für Aktuare, die kommerzielle Naturgefahrenmodelle oder Softwarelösungen für Bestandsverwaltung oder Schadensabwicklung entwickeln. Auch hier ist ein solides Know-how in den anzuwendenden Risikomanagementtechniken hilfreich.

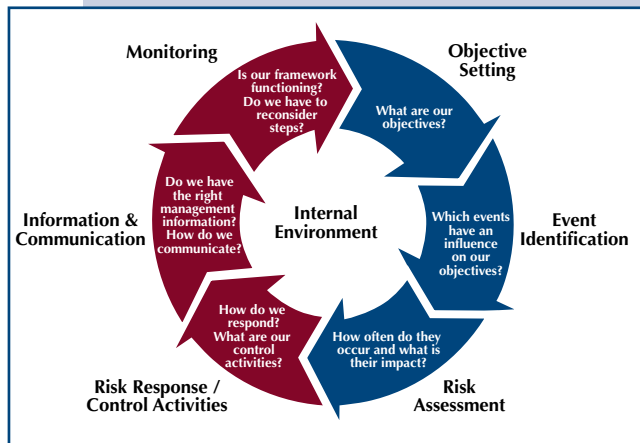


Abbildung: Der Risikokontrollkreislauf

**Michaela Mundt**, seit vier Jahren als Aktuarin im IKS der SCOR Global Life SE tätig: „Meine Ausbildung zum Aktuar und meine vorherigen Erfahrungen in der aktuariellen Modellierung, in der Rechnungslegung und in der Reservierung sind mir bei meinen derzeitigen Aufgaben sehr hilfreich, um bei der Unterstützung der jeweiligen Prozesseigner insbesondere die Vielzahl von Prozessen mit aktuariellem Hintergrund zu verstehen, nach operationalen Risiken zu durchleuchten und adäquate risikomindernde Kontrollen zu entwickeln.“

### Fazit

**Risikomanagement ist ein modernes Arbeitsfeld, das sich aktuell in der Entwicklung und im Wandel befindet. Doch gerade die dadurch entstehenden Mitgestaltungsmöglichkeiten in der Aufbauphase sowie das breite Spektrum an Aufgaben und Einsatzmöglichkeiten machen das Risikomanagement zu einem bedeutenden und attraktiven Arbeitsfeld für Aktuare.**

**Gleichzeitig dient das Risikomanagement, gerade bei einem Finanzdienstleister, nicht nur dem Unternehmen, sondern auch dessen Kunden und damit dem öffentlichen Interesse. Die zukünftigen Träger des CERA-Titels sind als Aktuare international harmonisierten Standesregeln, verbunden mit einem Disziplinarprozess bei entsprechenden Verstößen, unterworfen. Diese ethischen Standards sorgen dafür, dass die Öffentlichkeit und die Verbraucher großes Vertrauen in Aktuare mit einer CERA-Qualifikation und deren Arbeit haben können.**



Wir rechnen mit der Zukunft



DAV

DEUTSCHE  
AKTUARVEREINIGUNG e.V.