



DAV

DEUTSCHE
AKTUARVEREINIGUNG e.V.

Ergebnisbericht des Ausschusses Enterprise Risk Management

**Stellungnahme der VmF zur Zeichnungs- und Annahmepolitik
eines Krankenversicherungsunternehmens**

Köln, 01. Dezember 2021

Präambel

Die Arbeitsgruppe „Aufgaben der Versicherungsmathematischen Funktion“ des Ausschuss Enterprise Risk Management der Deutschen Aktuarvereinigung e. V. hat den vorliegenden Ergebnisbericht zum Thema „Stellungnahme der VmF zur Zeichnungs- und Annahmepolitik“ erstellt, der eine Hilfestellung für Aktuarinnen und Aktuare sein soll, die sich im Zusammenhang mit der Versicherungsmathematischen Funktion mit dem Thema auseinandersetzen müssen.¹

Zusammenfassung

Der Ergebnisbericht behandelt Fragen zur Stellungnahme der Versicherungsmathematischen Funktion (VmF) zur allgemeinen Zeichnungs- und Annahmepolitik eines Krankenversicherungsunternehmens und betrifft alle in diesem Bereich tätigen Aktuarinnen und Aktuare. Er ist damit eine Ergänzung zum Kompendium (Kompendium zur VmF unter Solvabilität II), stellt die Fortsetzung der begonnenen Trilogie zur Stellungnahme der VmF zur Zeichnungs- und Annahmepolitik dar und berücksichtigt die Besonderheiten der privaten Krankenversicherung.²

Der Ergebnisbericht ist an die Mitglieder und Gremien der DAV zur Information über den Stand der Diskussion und die erzielten Erkenntnisse gerichtet und stellt keine berufsständisch legitimierte Position der DAV dar.³

Verabschiedung

Der Ergebnisbericht ist durch den Ausschuss Enterprise Risk Management am 01. Dezember 2021 verabschiedet worden.

¹ Der Ausschuss dankt den beteiligten Personen ausdrücklich für die geleistete Arbeit, insbesondere Christian Bolick, Sandra Müller, Thomas Zeckey.

² Ergebnisbericht vom 21.2.2021: Stellungnahme der VmF zur Zeichnungs- und Annahmepolitik eines Schaden-/Unfallversicherers

³ Die sachgemäße Anwendung des Ergebnisberichts erfordert aktuarielle Fachkenntnisse. Dieser Ergebnisbericht 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.

Inhaltsverzeichnis

1. Zielsetzung	4
2. Rechtsgrundlagen	4
3. Zeichnungs- und Annahmerichtlinien.....	6
4. Hinlänglichkeit der Prämien	7
4.1. Schadenquoten.....	7
4.2. Kostenquoten	8
4.3. Passive Rückversicherung.....	8
4.4. Risikoadjustierung.....	8
4.5. Granularität	9
4.6. Sensitivitätsanalysen	9
4.7. Bewertung des Neugeschäfts	10
4.8. Veränderungsanalyse.....	10
5. Behandlung von Fokusthemen.....	10
5.1. Antiselektion	10
5.2. Rabattierung	11
5.3. Beitragsanpassung	11
5.4. Aktuelle Entwicklungen	12
6. Sichtweise der Fachbereiche	12
7. Produktentwicklungsprozess.....	13
8. Fazit	14

1. Zielsetzung

Das vorliegende Dokument konkretisiert die Ausführungen des Kompendiums zur Versicherungsmathematischen Funktion unter Solvency II, die sich auf die Stellungnahme zur allgemeinen Zeichnungs- und Annahmepolitik eines Krankenversicherungsunternehmens beziehen. Dieser Fachgrundsatz ist 2019 als Hinweis von der Deutschen Aktuarvereinigung e.V. verabschiedet worden.

Es behandelt die wesentlichen Aspekte, die von der VmF im Rahmen ihrer Tätigkeit, der Berichterstellung und -erstattung thematisiert werden können. Dazu stellen wir zunächst die rechtlichen Grundlagen zusammen, an denen sich die VmF zu orientieren hat. Anschließend werden die verschiedenen Gesichtspunkte in separaten Abschnitten behandelt, hinsichtlich ihrer Relevanz bewertet und Hinweise zur praktischen Umsetzung gegeben. Dieser Ergebnisbericht beansprucht, den im Bereich der VmF tätigen Aktuarinnen und Aktuaren eine Hilfestellung bei der Erfüllung der aufsichtsrechtlichen Pflichten in der Weise zu sein, dass sie darüber hinaus für das Unternehmen wichtige Erkenntnisse transportieren und der Unternehmensleitung dadurch Impulse für die Geschäfts- und Risikosteuerung geben können.

Der Fokus des vorliegenden Dokuments liegt auf dem Bereich der Erstversicherung innerhalb der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung.

Für die nach Art der Schadenversicherung betriebenen Krankenversicherung sind die hier getroffenen Aussagen grundsätzlich übertragbar, sofern im Unternehmen die angesprochenen Verfahren für die nach Art der Lebensversicherung betriebene Krankenversicherung auch dabei Anwendung finden, namentlich die jährliche Überprüfung der Beiträge mit ggf. sich anschließender Beitragsanpassung. Ansonsten wird auf den Ergebnisbericht zur Zeichnungs- und Annahmepolitik eines Schaden-/Unfallversicherers verwiesen. Die Rückversicherung spielt in der Krankenversicherung grundsätzlich eine untergeordnete Rolle.

2. Rechtsgrundlagen

Im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) ist in § 31 Absatz 2 entsprechend Artikel 48 Absatz 1 der Rahmenrichtlinie zu Solvency II lediglich davon die Rede, dass die VmF eine Stellungnahme zu den allgemeinen Zeichnungs- und Annahmerichtlinien abgibt. In der Delegierten Verordnung zu Solvency II wird dies in Artikel 272 Punkt 6 wie folgt konkretisiert:

"Was die Zeichnungspolitik anbelangt, so enthält die gemäß Artikel 48 Absatz 1 Buchstabe g der Richtlinie 2009/138/EG zu formulierende Stellungnahme der versicherungsmathematischen Funktion zumindest Schlussfolgerungen zu folgenden Aspekten:

(a) Hinlänglichkeit der zu verdienenden Prämien für die Bedeckung künftiger Ansprüche und Aufwendungen, insbesondere unter Berücksichtigung der zugrunde liegenden Risiken (einschließlich versicherungstechni-

scher Risiken) und Auswirkungen der in Versicherungs- und Rückversicherungsverträgen vorgesehenen Optionen und Garantien auf die Hinlänglichkeit der Prämien;

(b) Auswirkungen von Inflation, rechtlichen Risiken, Nachhaltigkeitsrisiken, Veränderungen der Zusammensetzung des Unternehmensportfolios und Systemen zur Anpassung der von Versicherungsnehmern zu zahlenden Prämien nach oben oder nach unten je nach Schadensverlauf (Bonus-/Malus-Systeme) oder ähnlichen Systemen, die für spezifische homogene Risikogruppen eingeführt werden;

(c) zunehmende Tendenz eines Portfolios von Versicherungsverträgen, Versicherte mit höherem Risikoprofil zu gewinnen bzw. zu halten (Anti-Selektion)."

Während EIOPA das Thema in den Leitlinien zum Governance-System im Abschnitt IX, Leitlinie 50 nur sehr knapp und im Zusammenhang mit den technischen Rückstellungen aufgreift, enthält das Rundschreiben 2/2017 (VA) der BaFin über die Mindestanforderungen an die Geschäftsorganisation von Versicherungsunternehmen (MaGo) in Kapitel 9 Abschnitt 3 folgende Spezifikationen:

119 Die VmF unterstützt die Geschäftsleitung, indem sie die Wechselwirkungen zwischen der Zeichnungs- und Annahmepolitik, der Preiskalkulation, der Rückversicherungspolitik und den versicherungstechnischen Rückstellungen analysiert. Sie hat die Vereinbarkeit der Zeichnungs- und Rückversicherungspolitik mit dem Risikoprofil des Unternehmens zu beurteilen.

120 Die hierfür notwendige Analyse der Zeichnungs- und Annahmepolitik und Preiskalkulation findet in der Regel nicht auf der Ebene einzelner Produkte statt, sondern auf einem angemessenen Abstraktionsniveau.

122 Die Analysen erfolgen regelmäßig auch quantitativ.

Bei den zitierten Abschnitten aus der DVO und der MaGo handelt es sich damit um die entscheidenden Grundlagen für die Beurteilung durch die VmF.

Eine Besonderheit der privaten Krankenversicherung ist die Möglichkeit zur Beitragsanpassung auch für bestehende langlaufende Versicherungsverträge. Diese Prämienanpassungsklausel ist die wesentliche Grundlage für das Geschäftsmodell der deutschen privaten Krankenversicherung. Hierauf wird in 5.3 eingegangen.

In der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Kranken- und Pflegepflichtversicherung gibt es zudem den Verantwortlichen Aktuar. Dessen Aufgaben liegen im handelsrechtlichen Bereich und sind im Wesentlichen in § 156 VAG (substitutive Krankenversicherung) festgelegt. Auf diesen Paragrafen wird zudem in den §§ 147 VAG (nicht substitutive Krankenversicherung) und 148 VAG (Pflegeversicherung) verwiesen. Im Folgenden ist zusammenfassend nur von der „Krankenversicherung nach Art der Leben“ die Rede. Damit obliegt dem Verantwortlichen Aktuar für die so betriebene Krankenversicherung u. a. die Sicherstellung der Einhaltung der versicherungsmathematischen Methoden bei der Berechnung der Prämien bei Einhal-

tung der hierzu erlassenen Rechtsverordnungen, also der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV). Somit fällt auch die Erstkalkulation eines Tarifes in seinen Verantwortungsbereich.

Der mathematische Treuhänder in der Krankenversicherung⁴ überwacht u. a., dass bei einer Beitragsanpassung die erforderlichen Rechtsvorschriften eingehalten werden. Zur Durchführung einer Beitragsanpassung ist seine Zustimmung erforderlich. Die gesetzlichen und regulatorischen Vorgaben sehen keine ausdrückliche Beteiligung des mathematischen Treuhänders bei der Erstkalkulation vor.

Hierbei ist wesentlich, dass eine Anpassung der Beiträge insoweit nicht erfolgt, „als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder einer Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.“ (§ 155 VAG). Somit überprüft der Treuhänder spätestens im Nachhinein ebenfalls die Erstkalkulation eines Tarifes.

Somit existieren in der nach Art der Leben betriebenen Krankenversicherung bereits zwei Rollen, die mit der Auskömmlichkeit der Prämien befasst sind und die Angemessenheit der Rechnungsgrundlagen überprüfen. Für beide ist eine ausreichende aktuarielle Qualifikation Voraussetzung für ihre Tätigkeit. Die Stellungnahme der VmF zur Hinlänglichkeit der Prämie unter dem Blickwinkel Solvabilität und versicherungstechnische Rückstellungen ergänzt damit das bisherige Governancesystem. Die VmF kann hierbei unter anderem geeignet auf bestehenden Analysen und Erkenntnisse des Verantwortlichen Aktuars zurückgreifen. Die VmF stellt dabei sicher, dass diese Erkenntnisse auf die VmF-Perspektive übertragbar sind.

3. Zeichnungs- und Annahmerichtlinien

In der Regel gibt es in den Unternehmen Zeichnungs- und Annahmerichtlinien, differenziert nach Einzel- und Gruppenversicherung, Voll- und Zusatzversicherung, ggf. für die betriebliche Krankenversicherung usw. Danach werden mit dem Versicherungsantrag grundsätzlich medizinische sowie ggf. auch Bonitätsrisiken des Versicherungsinteressenten geprüft. Diese Regelungen können entweder für einzelne Tarife oder auch für Gruppen von Tarifen anzuwenden sein. Antragsprüfungen können zu einer Annahme des Antrags, zu Risikozuschlägen oder Leitungsausschlüssen oder zu einer Ablehnung führen. Einen Kontrahierungszwang gibt es nur in Ausnahmefällen und ist ggf. auf einzelne Tarife beschränkt.

Da es sich bei den Krankenversicherungstarifen in der Regel um Standardprodukte handelt und größere individuelle Risiken nicht abgeschlossen werden, sind hierfür keine speziellen Bewertungen durch die VmF notwendig. Sofern erforderlich, kann die VmF Hinweise zu Besonderheiten geben.

Die Zeichnungs- und Annahmerichtlinien können sehr kleinteilig sein. Die Analyse der Zeichnungs- und Annahmepolitik findet gemäß MaGo Rn 120 allerdings in der

⁴ § 155 VAG und § 148 für die Pflegepflichtversicherung

Regel nicht auf der Ebene einzelner Produkte statt, sondern auf einem angemessenen Abstraktionsniveau. Sofern und soweit einzelne Situationen oder Sachverhalte Einfluss auf die Risiko- und Rückstellungssituation haben, obliegt es der VmF ggf. hierzu separat Stellung zu nehmen (Beispiele: COVID19-Situation, Rechtsrisiken aus der Beitragsanpassung...). Eine übergreifende Aussage zur allgemeinen Zeichnungs- und Annahmepolitik könnte in der Regel ausreichen.

4. Hinlänglichkeit der Prämien

Wie oben bereits ausgeführt, wird in der Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung die Hinlänglichkeit der Prämien jährlich überprüft. In der so betriebenen Krankenversicherung dürfen die Beiträge für das Neugeschäft nicht niedriger sein als die des Bestandes ohne Anrechnung der Alterungsrückstellung⁵. Gemäß KVAV sind alle Rechnungsgrundlagen mit ausreichenden Sicherheiten zu versehen⁶. Bei nicht ausreichenden Rechnungsgrundlagen kann der mathematische Treuhänder seine Zustimmung zur Beitragsanpassung versagen.

Ein weiteres Regulativ für die Unternehmen hinsichtlich der Hinlänglichkeit der Prämien stellen die Regelungen zur Überschussbeteiligung dar. Diese ist nach KVAV zwar auf das Geschäft nach Art der Lebensversicherung beschränkt, allerdings können aufgrund dessen mögliche Verluste aus dem nach Art der Schadenversicherung betriebenen Geschäfts nicht ohne Weiteres auf den Versicherungsnehmer abgewälzt werden. Hinzu kommt, dass die Versicherungsnehmer am Ergebnis aus Kapitalanlagen derart zu berücksichtigen sind, dass hieraus ein Verlustausgleich für das Versicherungsgeschäft aus den Kapitalanlagen deutlich erschwert wird⁷.

Zusammen mit der langen Laufzeit der Verträge sowie der Anforderung, dass eine Beitragsanpassung nur bei vorheriger ausreichender Kalkulation möglich ist und Verträge nach Zustandekommen des Vertrages nicht zum Nachteil der Versicherungsnehmer verändert werden können, z. B. durch eine nachträgliche Erhöhung von individuellen Risikozuschlägen, setzen unzulänglichen Prämien in der Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung sehr enge Grenzen. Auch wenn aus den genannten Aspekten das Unternehmen allein schon aus regulatorischer Sicht zu auskömmlichen bzw. hinlänglichen Prämien gedrängt wird, könnte ggf. trotzdem eine Bewertung der VmF angebracht sein. Anhaltspunkte hierfür ergeben sich u. a. aus in den folgenden Abschnitten erläuterten Sachverhalten.

4.1. Schadenquoten

Die in der Krankenversicherung gebräuchlichen Schadenquoten werden unabhängig von der VmF jährlich nach einem in der KVAV festgelegten Verfahren er-

⁵ § 146 Abs. 2 und § 147 VAG

⁶ § 2 Abs. 2 KVAV

⁷ § 150 VAG

mittelt. Dabei werden Wartezeit- und Selektionsersparnisse sowie erhobene Risikozuschläge berücksichtigt. Ihre Ermittlung erfolgt zu einem Zeitpunkt, in dem etwaige Vorjahresschäden bereits zum größten Teil abgewickelt sind. Für die Ermittlung von „Spätschäden“ spielen sie in der Krankenversicherung keine Rolle, da in der Krankenversicherung eine einjährige Abwicklung angenommen wird.

Bei der jährlichen Überprüfung der Beiträge wird zudem ein Trend berücksichtigt, mit dem die Ergebnisse eineinhalb Jahre in die Zukunft extrapoliert werden. Liegt das Ergebnis aus Quoten bzw. Trend außerhalb eines definierten Bereichs, werden alle Rechnungsgrundlagen des Tarifs überprüft und ggf. mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Die VmF könnte auf die Analysen der jährlichen Überprüfung und den ggf. sich daraus ergebenden Anpassungen zurückgreifen, da diese zu einer im Mittel gegebenen hohen Aktualität der Rechnungsgrundlagen führen und sich damit dem Prinzip der Marktwertbetrachtung annähern. Grundsätzlich sind weitere eigene Ermittlungen der VmF nicht erforderlich, zumal die Berichterstellung in der Regel zu einem Stichtag erfolgt, der zumindest nahe an der Wirksamkeit der aktualisierten Rechnungsgrundlagen im Bestand liegt.

4.2. Kostenquoten

Die „Kostenquoten“ werden jährlich über die Nachweisungen 231ff. (Gewinnzerlegung) in den Versicherungsunternehmen ermittelt. Im Falle einer Beitragsanpassung wird der Nachweis eines ausreichenden Kostenansatzes dem mathematischen Treuhänder vorgelegt, da die Kosten bei einer Anpassung ebenfalls neu bestimmt werden. Auch hier könnte die VmF auf die Analysen der bereits bestehenden, aufsichtsrechtlich notwendigen Prozesse zurückgreifen.

4.3. Passive Rückversicherung

Die passive Rückversicherung spielt in der Krankenversicherung grundsätzlich eine untergeordnete Rolle. Der Grund hierfür ist, dass neben der Möglichkeit der Beitragsanpassung insbesondere auch für bestehende Verträge bei einer Anpassung einzelne Großschäden kalkulatorisch auf das Kollektiv umgelegt werden. Sollten die der Krankenversicherung eigenen Mechanismen wie Beitragsanpassung oder Großschadenumlage nicht ausreichen, wäre die Rückversicherungspolitik zu überprüfen. Dies könnte etwa bei einer höheren Anzahl schwer chronisch erkrankter Personen im Bestand der Fall sein, ggf. könnte die VmF dann eine außerplanmäßige Überprüfung des Rückversicherungsschutzes empfehlen. Der Einfluss der passiven Rückversicherung auf die Zeichnungs- und Annahmepolitik sowie die versicherungstechnischen Rückstellungen ist somit in der Krankenversicherung für die VmF von untergeordneter Bedeutung.

4.4. Risikoadjustierung

In der privaten Krankenversicherung besteht die Gewinnmarge aus dem Sicherheitszuschlag, der gemäß KVAV mindestens fünf Prozent beträgt, sowie den impli-

ziten Sicherheiten in den Rechnungsgrundlagen. Da gemäß KVAV alle Rechnungsgrundlagen mit ausreichenden Sicherheiten anzusetzen sind, sollte der „versicherungsgeschäftliche“ Jahresabschluss vor Ermittlung der Überschussbeteiligung also mindestens so groß wie der Sicherheitszuschlag sein. Dieses Ergebnis ergibt sich aus der jährlichen Gewinnzerlegung, die als Quelle der VmF ebenfalls zur Verfügung steht und Hinweise zur Hinlänglichkeit der Prämien, allerdings vergangenheitsbezogen, geben könnte.

Zumindest in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung fließen diese „überschüssigen“ Beiträge in die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer ein. Der nach Steuer verbleibende Teil des Geschäftsergebnisses verbleibt beim Unternehmen. Ob und in wie weit etwaige Geschäftsergebnisse auch zur Deckung von Kapitalkosten im Unternehmen - z.B. für die Finanzierung der Risikomarge - verwendet werden, könnte von der VmF aufgegriffen werden. Individuelle Situationen im Versicherungsunternehmen und auch die Unternehmensform wären aber zu berücksichtigen. Insgesamt könnte es naheliegend sein, Prämien erst dann als hinlänglich zu bezeichnen, wenn sie eine angemessene Kapitalkostenmarge enthalten.

4.5. Granularität

Die jährliche Überprüfung der Rechnungsgrundlagen erfolgt auf Tarifebene und hierbei weiter getrennt nach Geschlecht und Altersgruppen, wie z. B. Erwachsene, Kinder und Jugendliche⁸. Zeigt sich dabei ein Anpassungsbedarf, werden im Rahmen der Nachkalkulation alle Rechnungsgrundlagen überprüft und dabei auch tiefergehende Untersuchungen angestellt. Diese können dann z.B. zu einer neuen Festlegung des einzelaltersabhängigen Kopfschadenprofils führen. Von daher liefern die bereits in der Krankenversicherung angewandten gängigen Verfahren eine ausreichende Granularität der Daten. Weisen einzelne Tarife noch keine ausreichende Bestandsgröße auf, werden grundsätzlich Stütztarife verwendet, die dann für die Überprüfung und ggf. Nachkalkulation maßgeblich sind.

Die hierbei vorhandene Granularität ist – abgesehen von den Anforderungen zur Berechnung der Risikomarge hinsichtlich der Auswirkung von Stressen auf einzelne Verträge – deutlich höher als die der bei der Berechnung der Rückstellung angewandten Segmentierung zur Berechnung der versicherungstechnischen Rückstellungen.

4.6. Sensitivitätsanalysen

Da in der Krankenversicherung Anpassungen in hinreichend kurzer Zeit durchgeführt werden, besteht nur eingeschränkt die Notwendigkeit zur Durchführung von Sensitivitätsanalysen. Untersuchungen zur Zinssensitivität der versicherungstechnischen Rückstellungen könnten jedoch sinnvoll sein. Dies vor allem deshalb, da der Zins kein auslösendes Moment für eine Beitragsanpassung ist. Da im Falle einer Beitragsanpassung aber die in den Tarifen eingerechnete rechnermäßige

⁸ siehe hierzu auch § 15 KVAV

Verzinsung über das Verfahren zum Aktuariellen Unternehmenszins ebenfalls angepasst wird, stellen solche Szenarien für den Vorstand eher eine Information über die Volatilität der versicherungstechnischen Rückstellungen bei verschiedenen Zinskonstellationen dar.

Grundsätzlich sollten die im Rahmen des ORSA durchgeführten Analysen, beispielsweise zu Bürgerversicherung, med. Inflation o.ä., hinreichend sein, und auch der VmF für ihren Bedarf zur Verfügung stehen. Für eigene, darüber hinaus gehende Analysen seitens der VmF besteht in der Regel wenig Bedarf.

4.7. Bewertung des Neugeschäfts

Wie bereits oben ausgeführt, dürfen in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung die Beiträge für das Neugeschäft nicht geringer als die des Bestandes ohne Anrechnung der Alterungsrückstellung sein. Diese Anforderung bezieht sich auf Einzelalter innerhalb eines Tarifes. Im Zusammenhang mit der jährlichen Überprüfung der Beiträge mit ggf. anschließender Anpassung sowie der durchgeführten Risikoprüfung müssten auch für das Neugeschäft ausreichende Beiträge sichergestellt sein. Unterstützend hierbei ist, dass die Beiträge in der Krankenversicherung aufgrund der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen in ausreichend kurzen Zeitabständen angepasst werden.

4.8. Veränderungsanalyse

Die jährliche Veränderungsanalyse der versicherungstechnischen Rückstellungen nach Solvency II könnte Hinweise auf die Hinlänglichkeit der Prämien geben.

Mit der regelmäßigen Überprüfung der Prämien wird darüber hinaus unabhängig von der VmF jährlich eine Veränderungsanalyse durchgeführt, da hier die kalkulierten mit den erforderlichen Beiträgen verglichen werden. Übersteigt einer der beiden Auslösenden Faktoren zu Leistung oder Sterblichkeit die tariflich festgelegten Schwellen, werden alle Rechnungsgrundlagen des Tarifes überprüft und ggf. über eine Beitragsanpassung – auch bestehender Verträge – aktualisiert.

5. Behandlung von Fokusthemen

Im Folgenden wird auf einige Aspekte eingegangen, die trotz der hohen regulatorischen Dichte in der Krankenversicherung eine Rolle spielen und somit für eine VmF relevant sein können. Dabei werden auch noch einige Erläuterungen zur Beitragsanpassung gegeben.

5.1. Antiselektion

Eine Antiselektion ist in der Krankenversicherung aufgrund nicht ausreichender Risikoprüfungen denkbar. Darüber hinaus könnte eine zeitweise ungünstige Tariflandschaft, in der z. B. Selbstbehalte und Beitragsdifferenzen durch unterschiedli-

che Anpassungszeitpunkte in Tarifen mit ansonsten gleichem oder ähnlichem Leistungsspektrum in einem ungünstigen Verhältnis stehen, zu Tarifwechseln mit Antiselektion führen.

Eine „routinemäßige“ Antiselektion findet grundsätzlich bei Öffnungsaktionen statt. Dabei beteiligt sich das Unternehmen an unternehmensübergreifenden Aktionen des PKV-Verbandes zur erleichterten Aufnahme erhöhter Risiken in den Bestand, die im „Normalbetrieb“ ggf. abgelehnt würden. Diese Aktionen richten sich grundsätzlich an Beihilfeberechtigte oder potenzielle Vollversicherte. Die Teilnahme an einer solchen Aktion ist oft politisch motiviert und die Beiträge können im Einzelfall nicht risikogerecht sein. Die Aufnahme dieser erhöhten Risiken zu im Einzelfall nicht adäquaten Prämien kann zu Antiselektionseffekten führen. Eine Teilnahme an solchen Aktionen bedarf zwar der Zustimmung des Vorstandes, sie setzt aber keine actuarielle Bewertung voraus. Eine Beteiligung des Verantwortlichen Aktuars, des Treuhänders oder der VmF ist aufsichtsrechtlich nicht zwingend vorgesehen.

Die Wirkung der Risikozuschläge kann z. B. durch eine Gegenüberstellung der Schadenquotienten mit und ohne Berücksichtigung der Zuschläge erfolgen.

5.2. *Rabattierung*

In der echten Gruppenversicherung oder bei Rahmenvereinbarungen werden teilweise besondere Konditionen gewährt, die für sich aber tragfähig sein müssen. So hat die BaFin zuletzt in ihren Hinweisen zu echten Gruppenversicherungsverträgen⁹ ihre Erwartungshaltung hierzu nochmals formuliert.

Zumindest bei den Gruppenversicherungen sind die Konditionen Gegenstand der Technischen Berechnungsgrundlagen und unterliegen somit der Bewertung durch den Verantwortlichen Aktuar und den Treuhänder.

Auf zu hohe, nicht tragfähige Nachlässe könnte die VmF in ihrer Bewertung der Hinlänglichkeit der Prämie im Neugeschäft hinweisen.

5.3. *Beitragsanpassung*

Das Verfahren zur Feststellung der Notwendigkeit einer Beitragsanpassung ist in der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung KVAV geregelt. Wendet das Unternehmen ein anderes Verfahren an, ist dies der Aufsichtsbehörde vorzulegen.

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass eine solche Überprüfung auch für die nach Art der Schadenversicherung kalkulierten Tarife durchgeführt wird. Oft enthalten diese ebenfalls eine Anpassungsklausel bzw. sie haben nur kurze Laufzeiten mit Kündigungsmöglichkeiten für das Versicherungsunternehmen oder können durch neu aufgelegte Tarife für künftige Abschlüsse ersetzt werden.

⁹ Rundschreiben 03/2021 (VA) - Hinweise zu echten Gruppenversicherungsverträgen

Das Unternehmen vergleicht jährlich die erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen¹⁰ sowie die kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten mit den zuletzt veröffentlichten Sterbewahrscheinlichkeiten¹¹. Beide Überprüfungen sind sowohl der Aufsichtsbehörde als auch dem Treuhänder vorzulegen. Wird bei einem der beiden Vergleiche ein jeweils definierter Schwellenwert überschritten, so überprüft das Unternehmen alle Prämien des Tarifes. Bei nicht nur vorübergehenden Abweichungen erfolgt nach der dafür notwendigen Zustimmung des Treuhänders eine Beitragsanpassung. Eine Anpassung kann dabei auch Selbstbehalte und Prämienzuschläge verändern.

Sowohl bei der Erst- als auch der Nachkalkulation wird der rechnermäßige Zins durch den nach einem standardisierten Verfahren bestimmten Aktuariellen Unternehmenszins nach oben begrenzt. Dies schützt in gewissen Umfang auch vor einer unangemessenen kalkulatorischen Verzinsung. Allerdings ist eine Beitragsanpassung allein aufgrund eines zu hohen rechnermäßigen Zinses nicht möglich, hierfür bedarf es einer entsprechenden Abweichung in den Leistungen oder den Sterblichkeiten. Somit ist die Zinssensitivität für die VmF ein relevanter Punkt, siehe hierzu auch Abschnitt 4.6.

Für die Zeichnungs- und Annahmepolitik ist an dieser Stelle entscheidend, dass eine Zustimmung durch den Treuhänder nicht erfolgt, wenn die Versicherungsleistungen oder die Sterbewahrscheinlichkeiten zum Zeitpunkt der Erst- oder einer Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen¹².

5.4. Aktuelle Entwicklungen

Bezüglich aktueller Entwicklungen in der Zeichnungs- und Annahmepolitik sind für die VmF die Bestandsentwicklung bzw. eine sich verändernde Zusammensetzung des Portfolios, ggf. neue Produkte oder auch wesentliche Änderungen der Zeichnungs- und Annahmepolitik, etwa eine Einschränkung bei der individuellen Risikoprüfung, relevant. Dies kann auch die Teilnahme an Öffnungsaktionen oder Änderungen in der Gesetzgebung/Rechtsprechung (z. B.: Zulässigkeit von Beitragsanpassungen) sein.

6. Sichtweise der Fachbereiche

Zur Erfüllung ihrer Aufgaben sind für die VmF Informationen aus verschiedenen Fachbereichen notwendig. Sofern sie nicht in die Prozessabläufe bereits eingebunden ist, z. B. als eine der bei Änderungen zu informierenden Stellen, könnte zusätzlich ein aktives Einholen von Informationen geboten sein. Dies betrifft bei der Zeichnungs- und Annahmepolitik z. B. die in Kapitel 5 genannten Sachverhalte.

¹⁰ § 155 Abs. 3 VAG

¹¹ § 155 Abs. 3 VAG

¹² § 155 Abs. 3 f. VAG

Eine Informationspflicht gegenüber der VmF sollte im Unternehmen verankert sein¹³.

Sofern hinsichtlich der Bestandsentwicklung bzw. der Portfoliozusammensetzung das ohnehin schon existierende Berichtswesen nicht die aus Sicht der VmF notwendigen Informationen bereitstellt, kann sie diese einfordern. Beispiele hierfür sind exemplarisch die Wirkung der Risikozuschläge auf die Schadenquoten, die aufgrund von Öffnungsaktionen erfolgten Abschlüsse oder die Schadenquotienten von Tarifen mit möglicherweise aufgrund von vertrieblichen Überlegungen vereinfachter Risikoprüfung. In aller Regel sind hier die Vertrags- und Leistungsabteilungen sowie das Aktuariat die wesentlichen Ansprechpartner.

Ein aktuelles Beispiel für zusätzlichen Informationsbedarf sind z. B. Anpassungen in der Risikoprüfung, die aufgrund der Corona-Pandemie ggf. vorgenommen wurden.

7. Produktentwicklungsprozess

Der Produktentwicklungsprozess basiert grundsätzlich auf einem definierten Leistungsversprechen, welches sich aus internen oder externen Anforderungen heraus ergeben kann, z. B. aus den Wünschen des eigenen Vertriebs resultierend aus Kundennachfragen, aus Tarifvergleichen einschlägiger Zeitschriften oder den Bewertungen von Ratingagenturen. Auf der Grundlage eigener Bestände, ggf. von geeigneten Stütztarifen, oder Fremdwerten wie den BaFin-Statistiken ergeben sich die Beiträge. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um standardisierte Kalkulationsverfahren.

Möglichen Anreizen, möglichst nicht hinreichende Prämien anzubieten, wird durch gesetzliche Vorgaben entgegengewirkt. Dies sind die Forderung nach ausreichenden Rechnungsgrundlagen und die Gefahr, dass der mathematische Treuhänder einer später notwendigen Anpassung seine Zustimmung versagt. Hinzu kommt auch das den Versicherungsnehmern gegebene Tarifwechselrecht innerhalb des Unternehmens, dass zu einer Kannibalisierung bestehender Tarife führen kann.

Diese in- und extrinsischen Motivierungen reduzieren die Möglichkeit von nicht ausreichenden Prämien im Neugeschäft, schließen die Rolle der VmF aber nicht vollständig aus diesem Prozess aus, in dem sie die Aspekte Zeichnungs- und Annahmepolitik, z.B. die Auswirkungen des Neugeschäfts auf die Solvenzsituation, und Rückversicherung hineinragen kann.

Ist die VMF in den Entwicklungsprozess einbezogen, könnte sie bei Erstellung einer Profitabilitätsanalyse ergänzend zur Sicht des Verantwortlichen Aktuars zu einer umfassenden Sicht, z.B. auch im Hinblick auf Optionen und Garantien, auf das neue Produkt beitragen.

¹³ Ziffer 85 „Mindestanforderungen an die Geschäftsorganisation von Versicherungsunternehmen“

8. Fazit

Die VmF nimmt in ihrem jährlichen Bericht an den Vorstand Stellung zur allgemeinen Zeichnungs- und Annahmepolitik. Die Antworten der hierfür notwendigen Fragen ergeben sich zum Teil aus den Verfahren, die in der Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung bereits standardmäßig ohne VmF-Beteiligung angewandt werden und die gesetzlich oder regulatorisch gefordert sind. Dies sind im Wesentlichen die jährliche Überprüfung der Beiträge, die ggf. durchzuführende Nachkalkulation mit anschließender Beitragsanpassung. Auf diese Analysen kann die VmF bei ihren Bewertungen zurückgreifen.

Diese Verfahren sorgen grundsätzlich für die Hinlänglichkeit der Prämien für den Bestand und das Neugeschäft oder die Angemessenheit vereinbarter Risikozuschläge für erhöhte Risiken.

Das verbleibende Handlungsfeld im Bereich der Zeichnungs- und Annahmepolitik ist für eine VmF im Vergleich mit der Schaden-/Unfallsparte in der Sparte Krankenversicherung relativ gering. Mögliche Themen für eine VmF sind die in Kapitel 5 mit Ausnahme der Beitragsanpassung aufgeführten Sachverhalte.

Die VmF kann so ihre aktuarielle Expertise im Bereich der versicherungstechnischen Rückstellungen nach Marktwerten sowie die quantitative Risikobetrachtung nach Solvency II in die Produktentwicklung als sinnvolle Ergänzung zu der Sichtweise des VA einbringen.