

31.05.96**Fz - G****Verordnung****des Bundesministeriums
der Finanzen**

**Verordnung über die versicherungsmathematischen Methoden
zur Prämienkalkulation und zur Berechnung der Alterungsrück-
stellung in der privaten Krankenversicherung
(Kalkulationsverordnung - KalV)****A. Zielsetzung**

Mit dem Dritten Durchführungsgesetz/EWG zum VAG vom 21. Juli 1994 (BGBl. I. S. 1630) sind auch die Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) betreffend die Beaufsichtigung der Unternehmen der privaten Krankenversicherung innerhalb der Europäischen Union koordiniert und liberalisiert worden. Damit ist in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen privaten Krankenversicherung, zu der auch die substitutive Krankenversicherung zählt, die präventive Tarifgenehmigung (Vorabkontrolle) durch das Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen entfallen. Der Gesetzgeber hat vor diesem Hintergrund im Einklang mit den einschlägigen EG-rechtlichen Bestimmungen den Erlaß

- verbindlicher Methoden zur Berechnung der Prämien, von Prämienänderungen und der mathematischen Rückstellungen (§ 12c Abs. 1 Ziff. 1 VAG)
- näherer Bestimmungen zur Gleichartigkeit des Versicherungsschutzes bei einem Tarifwechsel (§ 12c Abs. 1 Ziff. 2 VAG)
- von Verfahrensregeln zur Gegenüberstellung der kalkulierten mit den erforderlichen Versicherungsleistungen (§ 12c Abs. 1 Ziff. 4 VAG)

im Verordnungswege zum Schutz der Versicherungsnehmer vorgesehen.

B. Lösung

Die Versicherungsunternehmen dürfen in der privaten Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung nur die nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz in Verbindung mit der nach dieser Verordnung berechneten Prämien verlangen.

Die in der Verordnung genannten Methoden zur Kalkulation gewährleisten die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistungen nach Maßgabe des Äquivalenzprinzips und des Anwartschaftsdeckungsverfahrens. Den Unternehmen der privaten Krankenversicherung werden verbindliche und nachprüfbar Kriterien an die Hand gegeben, die eine angemessene Prämienbildung gewährleisten, deren Einhaltung vom verantwortlichen Aktuar (Wirtschaftsmathematiker) sowie erforderlichenfalls von der jeweiligen Aufsichtsbehörde im nachhinein überprüft werden kann. Es ist ferner aus Gründen des Verbraucherschutzes erforderlich, Kriterien für die Gleichartigkeit des Versicherungsschutzes aufzustellen, um die daraus resultierenden Wechselmöglichkeiten der Versicherungsnehmer, insbesondere in günstigere Tarife, verbindlich und transparent zu machen. Bestimmungen zum Verfahren bei der Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen dienen der frühzeitigen Erkennbarkeit von unzureichend kalkulierten Tarifen.

C. Alternativen

Keine

D. Kosten

Bund, Ländern und Gemeinden entstehen durch die Verordnung keine Kosten. Eine ordnungsgemäße versicherungsmathematische Kalkulation der Prämien ist eine wichtige Voraussetzung für die nachhaltige Verstetigung der Beitragsentwicklung in der privaten Krankenversicherung.

Bundesrat

Drucksache **414/96**

31.05.96

Fz - G

Verordnung
des Bundesministeriums
der Finanzen

**Verordnung über die versicherungsmathematischen Methoden
zur Prämienkalkulation und zur Berechnung der Alterungsrück-
stellung in der privaten Krankenversicherung
(Kalkulationsverordnung - KalV)**

Der Chef des Bundeskanzleramtes
031 (412) - 560 00 - Ve 54/96

Bonn, den 31. Mai 1996

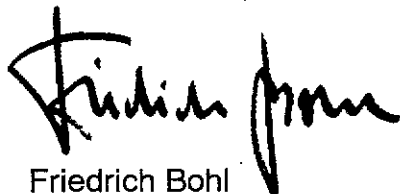
An den
Präsidenten des Bundesrates

Hiermit übersende ich die von dem Bundesministerium der Finanzen zu erlassende

Verordnung über die versicherungsmathematischen
Methoden zur Prämienkalkulation und zur Berechnung der
Alterungsrückstellung in der privaten Krankenversicherung
(Kalkulationsverordnung - KalV)

mit Begründung und Vorblatt.

Ich bitte, die Zustimmung des Bundesrates aufgrund des Artikels 80 Abs. 2 des Grundgesetzes herbeizuführen.



Friedrich Bohl

**Verordnung über die versicherungsmathematischen Methoden
zur Prämienkalkulation und zur Berechnung der Alterungsrück-
stellung in der privaten Krankenversicherung
(Kalkulationsverordnung - KalV)**

Auf Grund des § 12 c Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 4 und Abs. 2, auch in Verbindung mit § 103 a Abs. 2 Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes, die durch Artikel 1 Nr. 12 und 51 des Gesetzes vom 21. Juli 1994 (BGBl. I S. 1630) in das Versicherungsaufsichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2) eingefügt worden sind, verordnet das Bundesministerium der Finanzen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Justiz:

§ 1

Versicherungsmathematische Methoden in der Krankenversicherung

Versicherungsmathematische Methoden zur Berechnung der Prämien und Rückstellungen in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung sind die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Verwendung der in den §§ 2 und 4 bis 8 näher bezeichneten Rechnungsgrundlagen erfolgenden Berechnungen der Prämien und der Alterungsrückstellungen nach Maßgabe der §§ 3, 10, 11, 13 und 16.

§ 2

Rechnungsgrundlagen

(1) Rechnungsgrundlagen sind:

1. der Rechnungszins,
2. die Ausscheideordnung,
3. die Kopfschäden,
4. der Sicherheitszuschlag,
5. die sonstigen Zuschläge.

(2) Weitere Rechnungsgrundlagen sind die Krankheitsdauern und die Leistungstage, die Anzahl der Krankenhaus- und der Pfl egetage, die Krankenhaus-, die Pflegehäufigkeiten, die Krankheits- und die Pflegekosten bezogen auf den Leistungstag sowie andere geeignete Rechnungsgrundlagen, die zur Festlegung der Kopfschäden oder Ausscheidewahrscheinlichkeiten erforderlich sind.

(3) Die Rechnungsgrundlagen sind mit ausreichenden Sicherheiten zu versehen.

§ 3

Gleiche Rechnungsgrundlagen

Für die Berechnung der Prämie und der Alterungsrückstellung sind die gleichen Rechnungsgrundlagen zu verwenden.

§ 4

Rechnungszins

Der Rechnungszins für die Prämienberechnung und die Berechnung der Alterungsrückstellung darf 3,5 vom Hundert nicht übersteigen.

§ 5

Ausscheideordnung

Die Ausscheideordnung enthält die Annahmen zur Sterbewahrscheinlichkeit und sonstigen Abgangswahrscheinlichkeiten, die unter dem Gesichtspunkt vorsichtiger Risikoeinschätzung festzulegen und regelmäßig zu überprüfen sind.

§ 6

Kopfschäden

(1) Kopfschäden sind die im Beobachtungszeitraum auf einen Versicherten entfallenden durchschnittlichen Versicherungsleistungen, die für jeden Tarif in Abhängigkeit vom Geschlecht und Alter des Versicherten zu ermitteln sind. Der Beobachtungszeitraum erstreckt sich auf zusammenhängende zwölf Monate; er ist für jeden Tarif gesondert festzulegen und kann nur aus wichtigem Grund im unmittelbaren Anschluß an eine Prämienanpassung geändert werden.

(2) Werden bei Neueinführung eines Tarifs andere als die vom Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen veröffentlichten Wahrscheinlichkeitstabellen verwendet, so sind die ihnen zugrundeliegenden Annahmen durch geeignete Statistiken zu belegen. Weichen die tariflichen Leistungen von denen ab, die den vom Bundesaufsichtsamt veröffentlichten Tabellen zugrundeliegen, so sind die für den neuen Tarif vorgesehenen Kopfschäden entsprechend abzuändern.

(3) Bei der Ermittlung der rechnungsmäßigen Kopfschäden für einen bestehenden Tarif sind für die einzelnen Bestandsgruppen die tatsächlichen Schadenergebnisse früherer Jahre mit einzubeziehen und mathematisch-statistische Verfahren zum Ausgleich von Zufallsschwankungen zu verwenden. Ist wegen geringer Bestandsgröße der Ausgleich von Zufallsschwankungen auf diese Weise nicht zu erreichen, so sind Stütztarife zu verwenden. Liegen auch keine Stütztarife vor, so ist der Schadenbedarf nach mathematisch-statistischen Grundsätzen zu schätzen.

§ 7

Sicherheitszuschlag

In die Prämie ist ein Sicherheitszuschlag von mindestens fünf vom Hundert der Bruttoprämie einzurechnen, der nicht bereits in anderen Rechnungsgrundlagen enthalten sein darf.

§ 8

Grundsätze für die Bemessung der sonstigen Zuschläge

(1) Die sonstigen Zuschläge umfassen

1. die unmittelbaren Abschlußkosten,
2. die mittelbaren Abschlußkosten,
3. die Schadenregulierungskosten,
4. die sonstigen Verwaltungskosten,
5. den Zuschlag für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung,
6. den Zuschlag für den Standardtarif.

(2) Für die Bemessung der Zuschläge nach Absatz 1 sind die tatsächlichen Aufwendungen jeweils gesondert zu erfassen. Die Zuschläge sind so zu bemessen, daß sie die Aufwendungen rechnermäßig decken.

(3) Unmittelbare Abschlußkosten dürfen durch Zillmerung nur in einer solchen Höhe in die Prämien eingerechnet werden, daß die Gesamalterungsrückstellung eines Zugangsjahres im Tarif höchstens vier Jahre und jede Einzelalterungsrückstellung nicht länger als fünfzehn Jahre und nicht länger als die Hälfte der tariflich vorgesehenen künftigen Vertragsdauer negativ ist. Ist außer in den Fällen des § 10 Abs. 3 Satz 1 vereinbart, daß sich die Prämie während der Vertragslaufzeit verändert, ohne daß dies durch Anpassungen der Prämie an eine Veränderung des tatsächlichen Schadenbedarfs oder Änderungen des Leistungsumfangs bedingt wäre, darf die Höhe der eingerechneten unmittelbaren Abschlußkosten nicht von derjenigen abweichen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben würde. Werden die unmittelbaren Abschlußkosten von Versicherungsverträgen teilweise durch einen laufenden Zuschlag gedeckt, darf dieser betragsmäßig während der Versicherungsdauer nur dann erhöht werden, wenn er nach Vollendung des 65. Lebensjahres entfällt.

(4) In die Prämien dürfen mit Ausnahme der Zillmerung und des Zuschlages für den Standardtarif nur altersunabhängige absolute Kostenzuschläge eingerechnet werden; die Einrechnung laufender Zuschläge für die unmittelbaren Abschlußkosten ist nach Maßgabe des Absatzes 3 Satz 3 zulässig. Soweit in Tarifen die altersmäßige Bestandsverteilung vom Gesamtbestand des Unternehmens erheblich abweicht, sind zur Ermittlung der Stückkostenzuschläge Modellbestände zu verwenden. Hierdurch entstehende Kostenunterdeckungen sind in den anderen, für den Neuzugang offenen Tarifen zu berücksichtigen. Zulässig ist auch ein Kostenzuschlagssystem, bei dem die prozentualen Kostenzuschläge bei Prämienanpassungen auf Dauer nur auf die Teilprämien bezogen werden, die der aktuellen Tarifprämie zum ursprünglichen Eintrittsalter entsprechen. Satz 1 gilt nicht für die Prämienberechnung für Kinder und Jugendliche, für Ausbildungs-, Krankenhaustagegeld-, Krankentagegeld-, Kurtagegeld- und Pflegetagegeldtarife.

(5) Soweit vereinbart, muß in die Prämien der Tarife, die zum Wechsel in den Standardtarif nach § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch berechtigen, ein gesonderter Zuschlag zur Gewährleistung der Beitragsgarantie im Standardtarif und des unternehmensübergreifenden Ausgleichs eingerechnet werden. Dieser Zuschlag entfällt für die Versicherten, die das 65. Lebensjahr vollendet haben.

§ 9

Dokumentationspflichten

Alle rechnungsmäßigen Ansätze hat das Versicherungsunternehmen in überprüfbarer Weise zu belegen.

§ 10

Prämienberechnung

(1) Die Prämienberechnung hat nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für jede versicherte Person altersabhängig getrennt für jeden Tarif mit einem dem Grunde und der Höhe nach einheitlichen Leistungsversprechen unter Verwendung der maßgeblichen Rechnungsgrundlagen und einer nach Einzelaltern erstellten Prämienstaffel zu erfolgen. Jede Beobachtungseinheit eines Tarifs hat das Versicherungsunternehmen getrennt zu kalkulieren. Es dürfen nur risikogerechte Prämien kalkuliert werden. Bei geschlechtsabhängigen Tarifen dürfen die Geburtskosten auf beide Geschlechter verteilt werden.

(2) Abweichend von Absatz 1 dürfen Versicherte in der Altersgruppe der Kinder bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres, in der Altersgruppe der Jugendlichen bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres geführt werden. Dabei darf die Altersgruppe der Jugendlichen nicht mehr Alter umfassen als die der Kinder. In Ausbildungstarifen können Eintrittsaltersgruppen gebildet werden, die höchstens fünf Eintrittsalter umfassen.

(3) Planmäßig steigende Prämien dürfen für Versicherte kalkuliert werden, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie in Ausbildungstarifen bis zum vollendeten 34. Lebensjahr der Versicherten. Für die Prämienberechnung des Neuzuganges sind die Formeln des Abschnitts A des Anhangs I oder andere geeignete Formeln, die den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik entsprechen, zu verwenden.

§ 11

Berechnung der Prämien bei Prämienanpassung

(1) Die Berechnung der Prämien bei Prämienanpassungen hat nach den für die Prämienberechnung geltenden Grundsätzen zu erfolgen. Dabei ist dem Versicherten der ihm kalkulatorisch zugerechnete Anteil der Alterungsrückstellung nach § 341 f HGB vollständig prämienmindernd anzurechnen; dies gilt nicht für den Teil, der auf die Anwartschaft zur Prämienermäßigung nach § 12a Abs. 2 VAG entfällt, und der betragsmäßig anlässlich der Prämienanpassung unverändert bleibt, soweit er nicht prämienmindernd verwendet wird.

(2) Für die Prämienberechnung bei Prämienanpassungen sind die Formeln des Abschnitts B des Anhangs I oder andere geeignete Formeln, die den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik entsprechen, zu verwenden. In die Prämien der Versicherten, die das 45. Lebensjahr vollendet haben, dürfen keine erneuten einmaligen Kosten eingerechnet werden.

§ 12

Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz

(1) Als Krankenversicherungstarife mit gleichartigem Versicherungsschutz, in die der Versicherte zu wechseln berechtigt ist, sind Tarife anzusehen, die gleiche Leistungsbereiche wie der bisherige Tarif umfassen und für die der Versicherte versicherungsfähig ist. Leistungsbereiche sind insbesondere:

1. Kostenerstattung für ambulante Heilbehandlung,
2. Kostenerstattung für stationäre Heilbehandlung sowie Krankenhaustagegeldversicherungen mit Kostenersatzfunktion,
3. Kostenerstattung für Zahnbehandlung und Zahnersatz,
4. Krankenhaustagegeld, soweit es nicht zu Nr. 2 gehört,
5. Krankentagegeld,
6. Kurtagegeld und Kostenerstattung für Kuren,

7. Pflegekosten und -tagegeld.

(2) Versicherungsfähigkeit ist eine personengebundene Eigenschaft des Versicherten, deren Wegfall zur Folge hat, daß der Versicherte bedingungsgemäß nicht mehr in diesem Tarif versichert bleiben kann.

(3) Keine Gleichartigkeit besteht zwischen einem gesetzlichen Versicherungsschutz mit Ergänzungsschutz der privaten Krankenversicherung und einer substitutiven Krankenversicherung.

§ 13

**Anrechnung der erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung
bei einem Tarifwechsel**

(1) Bei einem Wechsel in Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz ist für jeden Leistungsbereich dem Versicherten der ihm kalkulatorisch zugerechnete Anteil der Alterungsrückstellung nach § 341 f HGB mit Ausnahme des Teils, der auf die Anwartschaft zur Prämienermäßigung nach § 12a Abs. 2 VAG entfällt und der betragsmäßig anlässlich des Tarifwechsels unverändert bleibt, vollständig prämienmindernd anzurechnen. Die Anrechnung kann so weit begrenzt werden, daß die für diesen Leistungsbereich zu zahlende anteilige Prämie diejenige zum ursprünglichen Eintrittsalter nicht unterschreitet. In diesem Fall ist der nicht gutgebrachte Teil der Alterungsrückstellung der Rückstellung zur Prämienermäßigung im Alter des Versicherten zuzuführen. Das ursprüngliche Eintrittsalter ist das Alter des Versicherten, zu dem für ihn erstmals nach Vollendung des 21. Lebensjahres eine auf die gesamte Vertragslaufzeit bezogene Alterungsrückstellung bei dem Krankenversicherungsunternehmen gebildet worden ist.

(2) Der Wegfall eines Leistungsbereiches kann als Teilstorno angesehen werden. Dies gilt auch, wenn der Versicherte lediglich einen Teil des Tagegeldes innerhalb der Leistungsbereiche nach § 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 und 4 bis 7 kündigt. Ist der Versicherte bedingungsgemäß verpflichtet, seinen Versicherungsschutz herabzusetzen, ist ihm die vorhandene Alterungsrückstellung entsprechend Absatz 1 anzurechnen. Wenn eine Rückstellung für Beitragsermäßigung im Alter nicht zu bilden ist, ist die Alterungsrückstellung über die Begrenzung nach Absatz 1 Satz 2 hinaus prämienmindernd anzurechnen.

(3) Stellt der Versicherte nach einer Herabsetzung nach Absatz 2 Satz 3 seinen ursprünglichen Versicherungsschutz innerhalb von fünf Jahren ganz oder teilweise wieder her, ist der nach Absatz 1 Satz 3 zum Zeitpunkt der Herabsetzung gutgeschriebene Teil der Alterungsrückstellung sofort prämienmindernd anzurechnen.

(4) Für die Prämienberechnung bei Umstufungen sind die Formeln des Abschnitts B des Anhangs I oder andere geeignete Formeln, die den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik entsprechen zu verwenden. Bei einer Umstufung, die zu einer niedrigeren Prämie führt, sowie bei Wiederherstellung des ursprünglichen Versicherungsschutzes nach Absatz 3 dürfen nicht erneut einmalige Abschlußkosten eingerechnet werden.

§ 14

Verfahren zur Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen

(1) Die Gegenüberstellung nach § 12 b Abs. 2 Satz 1 und 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist jährlich und für jede Beobachtungseinheit eines Tarifs getrennt durchzuführen. Kinder und Jugendliche können als einheitliche Beobachtungseinheit zusammengefaßt werden. Der Beobachtungszeitraum ist der nach § 6 Abs. 1 Satz 2 maßgebliche Zeitraum. Die erforderlichen Versicherungsleistungen sind aus den beobachteten abzuleiten. Hierzu sind die Leistungen und die zugehörigen Bestände auf die Beobachtungszeiträume abzugrenzen. Ferner sind Wartezeit- und Selektionsersparnisse sowie erhobene Risikozuschläge zu berücksichtigen.

(2) Die tatsächlichen Grundkopfschäden der letzten drei Beobachtungszeiträume sind nach der Formel des Abschnitts A des Anhangs II zu ermitteln. Soweit sich im Tarif Leistungsänderungen ergeben haben, sind die tatsächlichen Grundkopfschäden auf das aktuelle Leistungsversprechen umzurechnen.

(3) Die Berechnung der erforderlichen Versicherungsleistungen erfolgt nach der Formel des Abschnitts B des Anhangs II. Bei der Gegenüberstellung nach § 12 b Abs. 2 Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist der tatsächliche, auf den 18 Monaten nach Ende des letzten Beobachtungszeitraumes liegenden Zeitpunkt extrapolierte Grundkopfschaden mit dem Grundkopfschaden, der für das Ende dieses Zeitraumes rechnerisch festgelegt ist, zu vergleichen. Die Verwendung gleichwertiger Verfahren zur Berechnung der erforderlichen Versicherungsleistungen ist zulässig, wenn das Versicherungsunternehmen zum Zeitpunkt der Einführung eines Tarifes dieses Verfahren der Aufsichtsbehörde unter Angabe der Formeln und Beifügung der versicherungsmathematischen Herleitung darlegt. Bei bestehenden Tarifen kann auf ein anderes Verfahren nur aus wichtigem Grund in unmittelbarem Anschluß an eine Prämienanpassung übergegangen werden; Satz 3 gilt entsprechend.

(4) Ist in einer Beobachtungseinheit eines Tarifes die Anzahl der Versicherten nicht ausreichend groß, um die Schadenerwartung statistisch gesichert zu ermitteln, ist die Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen anhand

des Schadenverlaufs der Tarife vorzunehmen, deren Rechnungsgrundlagen zur Erstkalkulation verwendet worden sind. Sind bei der Erstkalkulation die vom Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen veröffentlichten Wahrscheinlichkeitstabellen verwendet worden, so sind die erforderlichen Versicherungsleistungen anhand dieser Wahrscheinlichkeitstabellen zu berechnen. Kann das Unternehmen auf die Rechnungsgrundlagen der Erstkalkulation nach Satz 1 nicht zurückgreifen, gilt Satz 2 entsprechend. Ist die Erstkalkulation in anderer Weise vorgenommen worden, so sind die erforderlichen Versicherungsleistungen auf Grund vergleichbar aussagefähiger Grundlagen zu ermitteln.

(5) Abweichend von den Absätzen 3 und 4 sind zur Ermittlung der erforderlichen Versicherungsleistungen in den Tarifen der freiwilligen Pflegeversicherung die Ergebnisse der Gemeinschaftsstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zu verwenden, solange in dem zu beobachtenden Tarif weniger als zehntausend natürliche Personen versichert sind. Ergibt die Gemeinschaftsstatistik, daß im abgelaufenen Kalenderjahr die tatsächlichen Pflegedauern oder Pflegehäufigkeiten von den rechnungsmäßigen Ansätzen in den technischen Rechnungsgrundlagen für die Pflegekrankenversicherung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. um mehr als zehn vom Hundert abweichen, hat das Versicherungsunternehmen alle Prämien der Pfl egetagegeldtarife und Pflegekostentarife zu überprüfen. Zusätzlich hat es die Prämien der Pflegekostentarife zu überprüfen, wenn im abgelaufenen Kalenderjahr nach der Gemeinschaftsstatistik die Pflegekosten pro Tag von dem rechnungsmäßigen Ansatz um mehr als zehn vom Hundert abweichen.

§ 15

Vorlagefristen

(1) Spätestens vier Monate nach dem Ende des Beobachtungszeitraumes hat das Versicherungsunternehmen die kommentierte Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen nach § 12 b Abs. 2 Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes dem Treuhänder und der Aufsichtsbehörde vorzulegen. Wird der in den Versicherungsbedingungen festgelegte Vomhundertsatz überschritten, jedoch von einer Neukalkulation abgesehen, so sind die Gegenüberstellungen der tatsächlichen und der rechnungsmäßigen Versicherungsleistungen der letzten vier Beobachtungszeiträume auf der Grundlage der aktuell gültigen Rechnungsgrundlagen beizufügen.

(2) Soweit die Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen und die Überprüfung der Prämien die Notwendigkeit von Prämienanpassungen ergeben hat, hat das Versicherungsunternehmen die Herleitung der neuen Prämien für die Versicherten einschließlich der statistischen Nachweise für die Rechnungsgrundlagen dem Treuhänder spätestens zwölf Monate nach Abschluß des Beobachtungszeitraumes vorzulegen.

§ 16

Alterungsrückstellung

Bei der Berechnung der Alterungsrückstellung nach § 341 f des Handelsgesetzbuchs und § 25 Abs. 5 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen vom 8. November 1994 (BGBl. I S. 3378) ist die Summe der Einzelalterungsrückstellungen am Abschlußstichtag unter Berücksichtigung des Alters des Versicherten an diesem Stichtag zugrunde zu legen. Zur Berechnung der Alterungsrückstellungen nach Satz 1 ist auch ein Näherungsverfahren zulässig, bei dem das arithmetische Mittel der Einzelalterungsrückstellungen, die sich dadurch ergeben, daß die Versicherungsdauern auf ganze Jahre auf- und abgerundet werden, verwendet wird.

§ 17

Aufstellung von Wahrscheinlichkeitstabellen

(1) Zur Aufstellung von Wahrscheinlichkeitstabellen haben Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, die die private Krankenversicherung betreiben, dem Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen anhand der Daten ihrer Versicherungsbestände jährlich folgende auf das jeweils vorangegangene Kalenderjahr bezogene Daten für die inländischen Versicherungsbestände mitzuteilen:

1. aus allen nach Art der Lebensversicherung betriebenen Versicherungstarifen unter Eliminierung der Abgänge der erst während des Kalenderjahres zugegangenen Personen:
 - a) die Anzahl der zu Beginn des Kalenderjahres versicherten natürlichen Personen der Krankenversicherung einschließlich der Pflegekrankenversicherung des Unternehmens und die zugehörigen Abgänge durch Tod jeweils getrennt nach erreichtem Einzelalter und Geschlecht, wobei die Krankenversicherungen der Beihilfeberechtigten gesondert zu erfassen sind,
 - b) die Anzahl der zu Beginn des Kalenderjahres versicherten natürlichen Personen in den Tarifen der substitutiven Krankenversicherung des Unternehmens und die zugehörigen Abgänge durch Stornierungen jeweils getrennt für die Beihilfevollversicherung, für die sonstige Vollversicherung, für die Krankentagegeldversicherung und für die Pflegekrankenversicherung sowie zusätzlich getrennt nach erreichtem Einzelalter und Geschlecht;

2. aus allen Tarifen der substitutiven Krankenversicherung jeweils getrennt nach Einzelalter und Geschlecht und unter Eliminierung der Werte der Neuzugänge der letzten drei Kalenderjahre und der Werte der Personen, deren Versicherung zum Zeitpunkt der Erfassung ruht:
- a) die Anzahl der versicherten Personen in dem Tarif,
 - b) für den Leistungsbereich nach § 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 die abgegrenzten Rechnungsbeträge und die abgegrenzten Erstattungsbeträge jeweils getrennt nach jeder absoluten und prozentualen Selbstbehaltstufe,
 - c) für den Leistungsbereich nach § 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 begrenzt auf die Kostenerstattung für stationäre Heilbehandlung die abgegrenzten Rechnungsbeträge und die abgegrenzten Erstattungsbeträge jeweils getrennt für Versicherte, die nur allgemeine Krankenhausleistungen, die zusätzlich Unterbringung im Zweibettzimmer und wahlärztliche Behandlung, die zusätzlich Unterbringung im Einbettzimmer und wahlärztliche Behandlung oder die zusätzlich Unterbringung im Einbettzimmer, wahlärztliche Behandlung und Ersatzkrankenhaustagegeld bei Nichtinanspruchnahme des Einbettzimmers versichert haben, außerdem getrennt nach jeder absoluten und prozentualen Selbstbehaltstufe,
 - d) für den Leistungsbereich nach § 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 die abgegrenzten Rechnungsbeträge und die abgegrenzten Erstattungsbeträge jeweils getrennt nach Zahnbehandlung und Zahnersatz einschließlich Kieferorthopädie sowie zusätzlich getrennt nach jeder absoluten und prozentualen Selbstbehaltstufe,
 - e) für den Leistungsbereich nach § 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 die abgegrenzte Anzahl der Leistungstage jeweils getrennt nach der Karenzzeit,
 - f) für den Leistungsbereich nach § 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 hinsichtlich der Pflegekosten die abgegrenzte Anzahl der Pflegefälle, die abgegrenzte Anzahl der Pflegetage, die abgegrenzten Rechnungsbeträge und die abgegrenzten Erstattungsbeträge jeweils getrennt nach ambulanten und stationären Leistungen sowie zusätzlich getrennt nach jeder Pflegestufe,
 - g) für den Leistungsbereich nach § 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 hinsichtlich der Pflegetagegelder die abgegrenzte Anzahl der Pflegefälle und die abgegrenzte Anzahl der Pflegetage.

(2) Das Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen gibt innerhalb der ersten zwei Monate eines jeden Kalenderjahres den Versicherern bekannt, für welche Tarife Daten nach Absatz 1 bis spätestens vier Monate nach Ende des Kalenderjahres mitzuteilen sind. Erfolgt in einem Jahr keine Bekanntmachung der mitteilungspflichtigen Daten, so sind die Daten für die Tarife mitzuteilen, die im vorangegangenen Kalenderjahr mitzuteilen waren.

(3) Kleinere Versicherungsvereine im Sinne des § 53 des Versicherungsaufsichtsgesetzes sind von der Vorlagepflicht nach Absatz 1 befreit.

§ 18

Ordnungswidrigkeiten

Ordnungswidrig im Sinne des § 144 Abs. 1 a Nr. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes handelt, wer als Mitglied des Vorstands, als Hauptbevollmächtigter, als Verantwortlicher Aktuar oder als Liquidator eines Versicherungsunternehmens vorsätzlich oder fahrlässig entgegen §15 die dort genannte Gegenüberstellung oder die Herleitung der neuen Prämie nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt.

§ 19

Ausnahme- und Übergangsvorschriften

(1) Diese Verordnung findet mit Ausnahme der Regelung des § 17 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe f und g keine Anwendung auf die Pflegepflichtversicherung.

(2) Für die vor dem 1. Juli 1994 aufsichtsbehördlich genehmigten Tarife bestimmt sich die Bildung von Altersgruppen in den Prämienstaffeln nach den jeweiligen geschäftsplanmäßigen Regelungen. Bei Versicherungsverhältnissen, die nach dem 30. Juni 1994 und vor Inkrafttreten dieser Verordnung nach nicht aufsichtsbehördlich genehmigten Tarifen begründet worden sind, bestimmt sich die Altersgruppenbildung nach den für das Versicherungsverhältnis maßgebenden technischen Berechnungsgrundlagen.

(3) Für Tarife, die nach dem 30. Juni 1994 und vor Inkrafttreten dieser Verordnung eingeführt worden sind, gilt § 14 Abs. 3 Satz 3 mit der Maßgabe, daß die Vorlage innerhalb von sechs Wochen nach Inkrafttreten dieser Verordnung erfolgen muß.

(4) Werden für Verträge, die vor Inkrafttreten dieser Verordnung abgeschlossen worden sind, zur Berechnung der Alterungsrückstellung von § 16 abweichende, auf genehmigten Geschäftsplänen beruhende Verfahren verwendet und ergibt sich hierdurch eine geringere Alterungsrückstellung, so ist der Differenzbetrag, der sich zum Zeitpunkt des dem Inkrafttreten

dieser Verordnung folgenden Bilanzstichtags ergibt, in jedem folgenden Geschäftsjahr zu mindestens einem Fünftel der Rückstellung zuzuführen.

(5) Auf vor Inkrafttreten dieser Verordnung geschlossene Verträge, bei denen die unmittelbaren Abschlußkosten durch einen laufenden Zuschlag gedeckt werden, findet § 8 Abs. 3 Satz 3 keine Anwendung.

§ 20

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Anhang I Prämienberechnung nach § 10 Abs. 3, § 11 Abs. 2 und § 13 Abs. 4

A. Prämienberechnung des Neuzugangs

- x = Alter
- ω = Endalter der Sterbetafel
- l_x = Anzahl der Lebenden
- q_x = Sterbenswahrscheinlichkeit
- w_x = Stomowahrscheinlichkeit
- K_x = Kopfschaden
- α_x = einmalige unmittelbare Abschlußkosten, gemessen in Jahresprämien
- γ = absolute Zuschläge
- Δ = relative Zuschläge gemessen in vom Hundert der Bruttoprämie
- i = Rechnungszinsfuß

Diskontierungsfaktor:

$$v = \frac{1}{1+i}$$

Ausscheideordnung:

$$l_{x+1} = l_x \cdot (1 - q_x - w_x)$$

Diskontierte Lebende:

$$D_x = l_x \cdot v^x$$

Rentenbarwert:

$$\alpha_x = \frac{\sum_{v=x}^{\omega} D_v}{D_x}$$

Leistungsbarwert:

$$A_x = \frac{\sum_{v=x}^w K_v \cdot D_v}{D_x}$$

Jährliche Nettoprämie:

$$P_x = \frac{A_x}{a_x}$$

Jährliche gezillmerte Bruttoprämie:

$$B_x = \frac{P_x + \gamma}{1 - \Delta - \frac{\alpha_x}{a_x}}$$

B. Prämienberechnung bei Prämienanpassungen und Umstufungen

Die Rechnungsgrundlagen, die vor dem Zeitpunkt der Prämienanpassung gegolten haben, werden mit einem hochgestellten "a" gekennzeichnet.

α_x = einmalige Sanierungs- oder unmittelbare Abschlußkosten, gemessen im Mehrfachen der Differenz zwischen neuer und alter Jahresprämie des bereits Versicherten

u = erreichtes Alter zum Zeitpunkt der Prämienanpassung

B^a = bisher gezahlte Prämie

Jährliche Bruttoprämie eines u-jährigen Versicherten nach der Prämienanpassung:

$$B_{u}^{a/n} = g_{u} \cdot \left[(f_{u} - \alpha_{u}) \cdot B_{u} - (f_{u}^{a} - \alpha_{u}^{a}) \cdot B_{u}^{a} + (f_{u}^{a} - \alpha_{u}^{a}) \cdot B_{u}^{a} \right]$$

mit $g_{u} = \left[a_{u} \cdot (1-\Delta) - \alpha_{u} \right]^{-1}$

$$f_{u}^{a} = a_{u}^{a} \cdot (1-\Delta^{a})$$

$$f_{u} = a_{u} \cdot (1-\Delta)$$

Wird ein Kostenzuschlagssystem nach § 8 Abs. 4 Satz 4 verwendet, werden die einmaligen Sanierungskosten, die unmittelbaren Abschlußkosten bei Umstufung in anderer Weise eingerechnet oder eine andere Formel für die Berechnung der Prämie des Neuzugangs nach § 10 Abs. 3 Satz 3 verwendet, so ändert sich der Ausdruck für $B_{u}^{a/n}$ entsprechend.

Interpolationen der Rechenwerte auf den Zeitpunkt der Prämienanpassung oder der Umstufung sind zulässig.

Anhang II Berechnung des Grundkopfschadens und der erforderlichen Versicherungsleistungen nach § 14 Abs. 2 und 3

A. Tatsächlicher Grundkopfschaden eines Beobachtungsjahres

S = abgegrenzter tatsächlicher Schaden der Beobachtungseinheit im Beobachtungszeitraum abzüglich der Nettorisikozuschläge

L_x = abgegrenzter mittlerer Bestand der Beobachtungseinheit im Beobachtungszeitraum für das Alter x

k_x = rechnungsmäßiger Profilwert für das Alter x

Tatsächlicher Grundkopfschaden:

$$G = \frac{S}{\sum_x L_x \cdot k_x}$$

Dabei wird über alle Alter x der Beobachtungseinheit summiert. Die Wirkungen von Wartezeit und Selektion sind ausreichend zu berücksichtigen.

B. Verfahren zur Berechnung der erforderlichen Versicherungsleistungen

$t-2, t-1, t$ = die letzten drei Beobachtungszeiträume

G_{t-2}, G_{t-1}, G_t = tatsächliche Grundkopfschäden gemäß Abschnitt A umgerechnet auf das Leistungsversprechen, das zum Extrapolationszeitpunkt gültig sein wird, und unter Zugrundelegung der aktuellen rechnermäßigen Profile

Extrapolierter Grundkopfschaden:

$$\bar{G} = \frac{3}{2} \cdot (G_t - G_{t-2}) + \frac{1}{3} \cdot (G_{t-2} + G_{t-1} + G_t)$$

Erforderliche Versicherungsleistungen:

$$S_{\text{erf}} = \bar{G} \cdot \sum_x L_x \cdot k_x$$

mit L_x und k_x gemäß Abschnitt A und Summation über alle Alter x .

Begründung

A. Allgemeines:

Die Notwendigkeit, die mit der Verordnungsemächtigung bezweckten Regelungen zu erlassen, ergibt sich aus der Umgestaltung des privaten Krankenversicherungsrechts durch das Dritte Durchführungsgesetz. Die frühere Praxis der Festlegung der Kalkulationsgrundlagen in genehmigungspflichtigen Geschäftsplänen ist nach neuem Recht nicht länger fortsetzbar. Deshalb hat der Gesetzgeber im Aufsichtsrecht den Erlaß verbindlicher Grundlagen zur Kalkulation von Prämien und Alterungsrückstellungen in der privaten Krankenversicherung vorgesehen, auf die das Versicherungsvertragsgesetz verweist. Der Versicherer darf nach § 178g VVG nur die nach den Vorschriften der §§ 12 und 12a VAG in Verbindung mit der nach § 12c VAG zu erlassenden Rechtsverordnung berechneten Prämien verlangen. Durch die nach § 12c Abs. 1 VAG zu erlassende Verordnung wird abstrakt bestimmt, wie die Prämie, die der Versicherer vom Versicherungsnehmer verlangen darf, zu berechnen ist. Aufsichtsrechtlich ist dabei darauf zu achten, daß Prämien berechnet und erhoben werden, bei denen die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistungen gewährleistet ist. Da die Prämienberechnung die einseitige Bestimmung der Hauptleistung des Versicherungsnehmers durch den Versicherer darstellt, hat der Gesetzgeber mit dieser Regelung zugleich deutlich gemacht, daß eine diesen Bestimmungen folgende Prämienberechnung auch den Anforderungen nach § 315 BGB genügt. Ohne die nach § 12c VAG zu erlassende Verordnung hätten die Zivilgerichte im Streit jeweils im Einzelfall die Angemessenheit einer Prämienberechnung nach § 315 BGB zu beurteilen. Aus Gründen der Rechtssicherheit ist die Vorgabe klarer versicherungsmathematischer Grundlagen für die Prämienberechnung in der Krankenversicherung daher unverzichtbar.

Für die Pflegepflichtversicherung sind besondere Kalkulationsvorschriften in § 110 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch enthalten, so daß in dieser Verordnung insoweit auf weitere Regelungen verzichtet wird.

Nach § 103 a Abs. 1 VAG hat das Bundesaufsichtsamt ab dem 1. Januar 1996 nicht tarifspezifische allgemeine Wahrscheinlichkeitstafeln zu veröffentlichen. Um diese Aufgabe erfüllen zu können, müssen die Unternehmen nach § 103 a Abs. 2 VAG das notwendige Zahlenmaterial vorlegen. Im Verordnungsentwurf werden die einzureichenden Statistiken im einzelnen aufgeführt.

In der vorliegenden Verordnung sind auch Regelungen für die Berechnung der Prämien bei Prämienanpassungen enthalten. Da die Versicherer laufend Prämienanpassungen durchführen, ist es zur Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich, daß die vorgesehenen Bestimmungen möglichst bald verabschiedet werden. Die Verordnung enthält außerdem nähere Bestimmungen zur Gleichartigkeit des Versicherungsschutzes (§ 12 c Abs. 1 Nr. 3 VAG). Auch insoweit ist es notwendig, daß die Verordnung möglichst bald in Kraft tritt, damit die Prämienberechnung bei Umstufungsanträgen der Versicherten auf eine gesicherte Rechtsgrundlage gestellt wird.

Bund, Ländern und Gemeinden entstehen durch diese Verordnung keine zusätzlichen Kosten.

B. Zu den einzelnen Bestimmungen:

Zu § 1:

Es werden - unter Hinweis auf die nachstehenden Regelungen der Verordnung - die versicherungsmathematischen Methoden definiert, die der Berechnung der Prämien und Rückstellungen zugrunde zu legen sind.

Zu § 2 Abs. 1:

Hier sind die wichtigsten und allgemein anerkannten Rechnungsgrundlagen, die zur Berechnung der Prämien verwendet werden, genannt.

Zu § 2 Abs. 2:

Eine abschließende Aufzählung ist wegen der Vielzahl der denkbaren Tarifgestaltungen nicht möglich. So wird festgelegt, daß auch andere geeignete Rechnungsgrundlagen verwendet werden müssen, wenn dies zur versicherungsmathematischen Kalkulation der Kopfschäden oder der Ausscheidewahrscheinlichkeiten erforderlich ist.

Zu § 2 Abs. 3:

Rechnungsgrundlagen mit ausreichenden Sicherheiten sind zum Schutz der Versicherten erforderlich. Daher sind bei Abschluß des Vertrages die erhobenen Prämien so zu kalkulieren, daß alle künftigen Verpflichtungen erfüllt werden können. Insbesondere sollen überproportionale Prämiensteigerungen, die ihren Grund darin haben, daß die Anfangsprämien nicht ausreichend bemessen waren, verhindert werden.

Zu § 3:

Das Gesetz schreibt für die nach Art der Lebensversicherung betriebene substitutive Krankenversicherung in der Regel die Bildung von Alterungsrückstellungen vor. Damit soll der statistisch auftretende Mehrbedarf der Versicherungsnehmer im Alter aufgefangen werden. Die Einstiegsprämie soll so bemessen werden, daß sie - bei gleichbleibenden Rahmenbedingungen - die Versicherungsdeckung bis zum Tode des Versicherungsnehmers gewährleistet und damit eine Prämienerrhöhung allein wegen des Älterwerdens des Versicherten ausgeschlossen wird. Das wird erreicht, wenn von einem statistisch bestimmten Alterszeitpunkt an die rechnungsmäßigen Kopfschäden der älteren Versicherten durch laufende Prämienzahlungen und Teilauflösung der bisher gebildeten Alterungsrückstellungen gedeckt werden. Hierzu ist es unverzichtbar, daß für die Berechnung der Prämie und der Alterungsrückstellung des Versicherten jeweils die gleichen Rechnungsgrundlagen verwendet werden.

Zu § 4:

Es bestand keine Veranlassung von der Vorgabe des Gesetzes (§ 12 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 5 VAG) abzuweichen, die auch der bisherigen Aufsichtspraxis entspricht.

Zu § 5:

Die Vorschrift enthält die Definition für die Rechnungsgrundlage Ausscheideordnung. Dabei sind die Stornowahrscheinlichkeiten die sonstigen Abgangswahrscheinlichkeiten.

In den letzten Jahrzehnten hat sich die Lebenserwartung der Menschen ständig erhöht. Sowohl bei Tod des Versicherten als auch bei Storno des Vertrages wird die vorhandene Alterungsrückstellung an die Versichertengemeinschaft vererbt, führt also zu einer Verminderung der Prämie. Der Umstand, daß es sich um sehr langfristige Verträge handelt, erfordert daher, daß die Ausscheidewahrscheinlichkeiten unter Berücksichtigung der bekannten Entwicklung vorsichtig festgelegt werden.

Zu § 6 Abs. 1:

Satz 1 enthält die Definition des Kopfschadens. Die Höhe der Versicherungsleistungen unterliegt jahreszeitlichen Schwankungen. Deshalb muß der Beobachtungszeitraum zwölf Monate umfassen (Satz 2). Damit die Kopfschäden der Beobachtungszeiträume vergleichbar sind und die Schadentrends zutreffend erkannt werden können, muß der Beobachtungszeitraum in der Regel unverändert bleiben. Nur ausnahmsweise kann Abweichendes gelten, beispielsweise bei der Fusion zweier Unternehmen. Da die Höhe der Versicherungsleistungen vom Leistungsversprechen der Tarife sowie vom Alter und Geschlecht der Versicherten abhängen, ist es für eine ordnungsgemäße Prämienkalkulation unerlässlich, daß die Kopfschäden getrennt nach diesen Merkmalen ermittelt werden.

Zu § 6 Abs. 2:

Aus versicherungsmathematischer Sicht ist es unerlässlich, daß die Kalkulation der Kopfschäden für neue Tarife auf aussagefähigen Statistiken beruht. Soweit die Versicherer aussagefähige Statistiken aus eigenen großen Beständen im Tätigkeitsland besitzen, können sie auch diese zur Erstkalkulation eines Tarifs heranziehen.

Zu § 6 Abs. 3:

Bei der Nachkalkulation bestehender Tarife sind die tatsächlichen Kopfschäden der früheren Jahre einzubeziehen, damit ausreichende neue rechnungsmäßige Kopfschäden kalkuliert werden. Ausreichende Kopfschäden können nur kalkuliert werden, wenn Zufallsschwankungen eliminiert werden. Hierfür sind in erster Linie die Schadenergebnisse früherer Jahre, dann auch Stütztarife und nur als letzte Möglichkeit mathematische Schätzverfahren heranzuziehen. Bei mathematischen Schätzverfahren ist die Gefahr, daß der angesetzte rechnungsmäßige Kopfschaden vom Erwartungswert erheblich abweicht, besonders groß. Als Stütztarife dienen solche Tarife von Krankenversicherungsunternehmen, die ausreichend große Bestände haben, um statistisch gesicherte Aussagen zu erhalten. Sie besitzen ein Leistungsversprechen, das zumindest teilweise dem des neu zu kalkulierenden Tarifs entspricht. Stütztarife werden der Erstkalkulation von Tarifen und der Nachkalkulation der Tarife, die keine aussagefähigen Bestände besitzen, zugrundegelegt.

Zu § 7:

Der explizite Sicherheitszuschlag soll Zufallsschwankungen ausgleichen. Der Satz von mindestens 5 vom Hundert der Bruttoprämie wurde unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Literatur und der praktischen Erfahrungen der letzten Jahrzehnte festgelegt.

Zu § 8 Abs. 1:

Die Vorschrift enthält eine abschließende Aufzählung der sonstigen Zuschläge, die in der privaten Krankenversicherung verwendet werden dürfen. Es handelt sich hierbei um die in der Praxis üblichen Zuschläge. Die Abgrenzung der unmittelbaren und mittelbaren Abschlußkosten sowie der Verwaltungskosten ergibt sich aus § 43 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Rechnungslegung der Versicherungsunternehmen vom 8. November 1994 (BGBl. I S. 3378).

Zu § 8 Abs. 2:

Hier wird festgelegt, daß die tatsächlichen Kosten durch die rechnungsmäßigen Zuschläge gedeckt werden müssen und verbietet damit zugleich eine rechnungsmäßige Deckung der Kosten aus Überschüssen. Eine Finanzierung aus Überschüssen würde die dauernde Erfüllbarkeit der Verträge gefährden.

Zu § 8 Abs. 3:

Die Zillmerung wird begrenzt, um Stomoverluste zu vermeiden. Ein weiterer Grund ist der, daß für die Versicherten so lange keine Beträge zur Beitragsermäßigung im Alter gemäß § 12 a Abs. 2 VAG angesammelt werden, wie die Alterungsrückstellung negativ ist (Satz 1). Die Höhe der unmittelbaren Abschlußkosten darf nicht davon abhängen, ob abgesehen von Prämienanpassungen lebenslang gleichbleibende oder sich während der Vertragslaufzeit ändernde Prämien vereinbart werden. Eine derartige Beschränkung ist in der Lebensversicherung seit vielen Jahren üblich (Satz 2). Manche Unternehmen decken die unmittelbaren Abschlußkosten durch einen laufenden Zuschlag, der bei jeder Prämienanpassung betragsmäßig mit erhöht wird. Um die Belastung der älteren Versicherten zu begrenzen, ist es erforderlich, daß bei diesem Kostenzuschlagssystem von den Versicherten, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, kein Zuschlag für unmittelbare Abschlußkosten mehr erhoben wird (Satz 3).

Zu § 8 Abs. 4:

Zur Beitragsentlastung der älteren Versicherten wird festgelegt, daß mit Ausnahme des Zuschlages für den Standardtarif, der mit Vollendung des 65. Lebensjahres entfällt, in die Prämien nur altersunabhängige Stückkosten eingerechnet werden dürfen. Ebenfalls zulässig ist ein Kostenzuschlagssystem, bei dem die Kosten nur auf die Tarifprämie zum ursprünglichen Eintrittsalter bezogen werden, da hier ebenfalls eine Kostenentlastung der langjährig Versicherten stattfindet. In Krankenhaustagegeld-, Krankentagegeld-, Kurtagegeld- und Pfl egetagegeldtarifen ergibt sich nicht die Problematik steigender Prämien im Alter, so daß hier auch prozentuale Prämienzuschläge zugelassen werden können.

Zu § 8 Abs. 5:

Der Prämienzuschlag ist das Äquivalent für das vertragliche Recht, in einen Tarif zu wechseln, bei dem die Prämie den durchschnittlichen Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt.

Zu § 9:

Zur Festlegung der versicherungsmathematischen Methoden zur Prämienkalkulation der Krankenversicherung gehört, daß die zu verwendenden Rechnungsgrundlagen in nachprüfbarer Weise dokumentiert werden. Erst die Dokumentation der verwendeten Rechnungsgrundlagen erlaubt ihre regelmäßige Überprüfung und Fortschreibung. Die in § 9 statuierte Dokumentationspflicht ist bei einer Prämienanpassung eine notwendige Vorbedingung für die Tätigkeit des Treuhänders nach § 12b Abs.1 VAG, § 178g VVG. Auch aus zwingenden Aufsichtsgründen ist die Dokumentationspflicht unverzichtbar.

Zu § 10 Abs. 1:

Die Prämienberechnung muß altersabhängig erfolgen. Anderenfalls gäbe es eine Umlageprämie, und die Bestandszusammensetzung wäre Rechnungsgrundlage. Versicherte, die mehr als ihre risikogerechte Prämie zahlen müßten, würden zu einem anderen Versicherer wechseln. Die Bestandszusammensetzung würde sich negativ verändern, und die Umlageprämie müßte erhöht werden, so daß weitere Versicherte kündigen würden. Im System der privaten Krankenversicherung, das auf dem Grundsatz der Freiwilligkeit beruht, sind daher risikogerechte Prämien eine unverzichtbare Voraussetzung.

Aus dem gleichen Grunde muß jeder Tarif gesondert kalkuliert werden. Dürften darüber hinaus Teile der Versicherungsleistungen der Tarife, die für den Neuzugang geöffnet sind, den geschlossenen Tarifen zugeordnet werden, wären die Belange der Versicherten dieser Tarife nicht mehr gewahrt.

In der Vergangenheit gab es teilweise Prämienstaffeln nach Eintrittsaltersgruppen. Je nach Eintrittsalter mußten die Versicherten bei Prämienanpassungen deshalb die Prämie zum erreichten Alter zahlen, obwohl in ihrer Prämie ein Sparanteil enthalten war.

Jugendliche, die in die Altersgruppe der Erwachsenen umgestuft wurden, zahlten ebenfalls ab dem Zeitpunkt der Umstufung Sparbeiträge. Dennoch wurde bis zu fünf Jahren - eine Altersgruppe durfte höchstens fünf Jahre umfassen - für sie keine Alterungsrückstellung gebildet. Demgegenüber wurde für diejenigen Versicherten

eines Jahrgangs, der am oberen Ende der Altersgruppe angesiedelt war, bereits am Bilanzstichtag nach Eintritt in die Versicherung eine hohe Alterungsrückstellung gebildet. Stufen beide Versicherte nach § 178f Abs. 1 VVG um, wird dem einen keine, dem anderen eine hohe Alterungsrückstellung angerechnet. Dies erscheint im Hinblick auf § 12 Abs. 4 i.V.m. § 11 Abs. 2 VAG rechtlich bedenklich. Deshalb werden in der Regel nur nach Einzelaltern erstellte Prämienstaffeln zugelassen.

Geburtskosten dürfen auch bei geschlechtsabhängigen Tarifen auf beide Geschlechter verteilt werden, da es sich hier um ein besonderes, eng begrenztes Risiko handelt.

Zu § 10 Abs. 2:

Da in der Gruppe der Kinder wie auch in der der Jugendlichen eine Zunahme der Schäden mit wachsendem Alter nicht festzustellen ist, dürfen hier Altersgruppen gebildet werden, die jedoch bestimmte Grenzen nicht überschreiten dürfen. Entsprechendes gilt auch für Ausbildungstarife.

Zu § 10 Abs. 3:

Satz 1 hat zur Folge, daß bei den Bestandsgruppen der Kinder und Jugendlichen praktisch keine positive Alterungsrückstellung ausgewiesen werden muß. Eine derartige Regelung ist sinnvoll, da viele Heranwachsende bei Eintritt in die Berufstätigkeit pflichtversichert werden und daher ihre Vollversicherung aufgeben müssen.

Die gemäß Satz 2 zu verwendende Formel zur Prämienberechnung ergibt sich aus der versicherungsmathematischen Herleitung unter Zugrundelegung des individuellen Äquivalenzprinzips mit auf Dauer konstant bleibender Prämie. Da es nicht möglich ist, alle für jeden Einzelfall notwendige Formeln anzugeben, wird festgelegt, daß nur Formeln verwendet werden dürfen, die den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik entsprechen. So ist zum Beispiel bei einem Provisionssystem, bei dem eine andere Bezugsgröße als der vom Versicherten zu zahlende Bruttobeitrag vereinbart ist, sowie bei Tarifen, die eine Prämienermäßigung im Alter vorsehen, je nach Ausgestaltung der Ermäßigung eine Modifizierung der Formel erforderlich.

Zu § 11 Abs. 1:

Wegen der Einheitlichkeit der Rechnungsgrundlagen eines Tarifs muß die Berechnung der Prämien bei Prämienanpassungen nach den für die Prämienberechnung geltenden Grundsätzen erfolgen. Ferner wird bestimmt, daß von der bisherigen Praxis, daß dem Versicherten der ihm kalkulatorisch zugerechnete Anteil der Alterungsrückstellung nach § 341 f HGB anlässlich von Prämienanpassungen vollständig prämienmindernd angerechnet werden muß, nicht abgewichen werden darf.

Zu § 11 Abs. 2:

Die Formel ergibt sich aus dem Barwert der erwarteten Leistungsdifferenz und der vollen Anrechnung der Alterungsrückstellung unter Beachtung der anerkannten Grundsätzen der Versicherungsmathematik. Der Teil der Alterungsrückstellung, der gemäß § 12 a Abs. 2 VAG zur Prämienermäßigung im Alter dient, muß für den gesetzlich vorgesehenen Zweck reserviert bleiben und darf daher bei einer Prämienanpassung nicht prämienmindernd angerechnet werden. Für Tarife, die eine Prämienermäßigung im Alter vorsehen, kann zum Beispiel eine Modifizierung der Formel zur Prämienberechnung bei Prämienanpassungen erforderlich sein. Es wird deshalb zugelassen, daß andere Formeln, die den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik entsprechen, ebenfalls verwendet werden dürfen.

Zur Begrenzung der Prämienentwicklung bei älteren Versicherten dürfen für diesen Personenkreis in die Prämien bei Prämienanpassungen keine einmaligen Kosten eingerechnet werden (Satz 2). Um die Anzahl der Stornierungen bei Prämienanpassungen gering zu halten, bekommt der Außendienst häufig den Auftrag, jüngere Versicherte zur Rücknahme der Kündigung zu bewegen. Kommt es zur Kündigungsrücknahme, wird eine Kündigungsrücknahmeprovision gezahlt. Diese Kosten dürfen nur in die Prämien der jüngeren Versicherten eingerechnet werden.

Zu § 12 Abs. 1:

Es wird festgelegt unter welchen Voraussetzungen bei Tarifwechsel von einem gleichartigen Versicherungsschutz ausgegangen werden muß. Die Frage der Gleichartigkeit läßt sich nur anhand der Leistungsbereiche, die durch die entsprechenden Tarife abgedeckt werden, entscheiden. Aus Gründen der Rechtssicherheit nennt die Vorschrift die insoweit maßgeblichen gängigen Leistungsbereiche. Die Aufzählung ist nicht abschließend, um künftigen Entwicklungen Rechnung zu tragen. Die Voraussetzung, daß im aufnehmenden Tarif Versicherungsfähigkeit gegeben sein muß, hat zur Folge, daß z.B. ein Wechsel in einen Arzttarif nur für die Versicherten möglich ist, die über die entsprechenden beruflichen Voraussetzungen verfügen.

Zu § 12 Abs. 2:

Die Vorschrift definiert, was als Versicherungsfähigkeit im Sinne des Absatz 1 Satz 1 anzusehen ist. Den Versicherungsunternehmen soll verwehrt werden, durch beliebige Festlegung der Versicherungsfähigkeit den Wechsel in bestimmte Tarife zu verhindern.

Zu § 12 Abs. 3:

Die Bestimmung stellt klar, daß der Versicherungsschutz insgesamt bei einem privaten Krankenversicherer bestehen muß. Eine derartige Beschränkung ist aus Risikogründen erforderlich.

Zu § 13 Abs. 1:

Ebenso wie bei der Prämienanpassung ist auch bei Tarifwechsel dem Versicherten der ihm kalkulatorisch zugerechnete Anteil der Alterungsrückstellung nach § 341 f HGB voll anzurechnen. Der Teil der Alterungsrückstellung, der gemäß § 12 a Abs. 2 VAG zur Prämienermäßigung im Alter dient, muß für den gesetzlich vorgesehenen Zweck reserviert bleiben und darf daher bei einer Umstufung nicht prämiensmindernd angerechnet werden.

Unter den genannten Voraussetzungen wird ein Teilbetrag der Alterungsrückstellung erst zu einem späteren Zeitpunkt unter Beachtung versicherungsmathematischer

Grundsätze in eine Beitragssenkung umgewandelt. Hierdurch kann die Prämienentwicklung im Alter weiter abgemildert werden.

Zu § 13 Abs. 2:

Die Vorschrift sieht eine Ausnahme von dem Grundsatz der vollen Anrechnung der Alterungsrückstellung vor. Dies ist sachgerecht, da die Kündigung eines Leistungsbereichs bereits in die Abgangswahrscheinlichkeiten eingerechnet und damit prämiemindemnd berücksichtigt ist.

Sinkt das Gehalt des Versicherten, kann der Versicherer nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Krankentagegeldversicherung das versicherte Tagegeld herabsetzen. Bei Verlängerung der Lohnfortzahlung muß sich der Versicherte in der Regel in einen Tarif mit einer höheren Karenzzeit umstufen lassen. Es wird daher festgelegt, daß abweichend von § 13 Abs. 2 Satz 1 und 2 in diesen Fällen die Alterungsrückstellung voll anzurechnen ist.

Zu § 13 Abs. 3:

In den Zeiten des Mutterschutzes sind Frauen, in Zeiten des Erziehungsurlaubs auch Männer, häufig bei den Ehegatten mitversichert, so daß ihr eigener Krankenversicherungsschutz herabgesetzt wird oder ruht. Die Vorschrift des Absatz 3 stellt sicher, daß diesen Personen ihre Alterungsrückstellung, wenn sie wieder in das Berufsleben zurückkehren, in voller Höhe angerechnet wird.

Zu § 13 Abs. 4:

Die Formel zur Berechnung der Bruttoprämie bei Umstufungen leitet sich aus den anerkannten Grundsätzen der Versicherungsmathematik ab (Satz 1). Zum Beispiel bei Umstufungen aus Tarifen, die noch eine Altersgruppenbildung vorsehen, kann eine Modifizierung der Formel erforderlich sein. Es wird deshalb zugelassen, daß andere Formeln, die den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik entsprechen, ebenfalls verwendet werden dürfen.

Ferner wird geregelt, daß der Versicherer keine erneuten Abschlußkosten einrechnen darf, wenn der Versicherte seinen Versicherungsschutz durch Umstufung vermindert oder von der Möglichkeit des Absatz 3 Gebrauch macht (Satz 2). Herabstufungen werden häufig vorgenommen, da die Versicherten die Prämienbelastung nicht mehr tragen können. Es wäre daher unbillig, zuzulassen, daß in diesen Fällen erneute unmittelbare Abschlußkosten eingerechnet werden. Ebenso wäre es unbillig, wenn die Wiederherstellung des Versicherungsschutzes in den Fällen des Absatz 3 mit erneuten unmittelbaren Abschlußkosten belastet würde.

Zu § 14:

Der Versicherer darf in die Verträge nur dann eingreifen und die Prämien erhöhen, wenn die Voraussetzungen des § 12 b VAG erfüllt sind. Das Verfahren zur Ermittlung der auslösenden Faktoren für die Prämienanpassungen ist in § 14 der Verordnung geregelt.

Abs. 1:

Die Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen hat für jede Beobachtungseinheit getrennt zu erfolgen, da diese auch getrennt nachkalkuliert werden muß. Nur so kann sichergestellt werden, daß Prämienanpassungen rechtzeitig erfolgen und übermäßige Erhöhungen vermieden werden. Damit die zu einem Beobachtungszeitraum gehörenden Leistungen genau ermittelt werden, sind diese und die zugehörigen Bestände abzugrenzen.

Abs. 2:

Die in Abschnitt A des Anhangs II angegebene Formel zur Berechnung der Grundkopfschäden wird in der Krankenversicherung allgemein verwendet und ist von der wissenschaftlichen Literatur als einzig maßgebliche anerkannt.

Abs. 3:

Den Versicherungsunternehmen ist das Extrapolationsverfahren, das zur Ermittlung der erforderlichen Versicherungsleistungen zu verwenden ist, vorzugeben. Das in Satz 1 vorgegebene Verfahren ist das am häufigsten verwendete. Es kann jedoch triftige Gründe geben, auch andere Verfahren zu verwenden. Zum Schutz der Versicherten ist es jedoch erforderlich, daß diese ebenso geeignet sind. Es werden daher nur gleichwertige Verfahren zugelassen. Nicht gleichwertig sind Verfahren zum Beispiel, bei denen die auslösenden Faktoren für die Prämienanpassungen grundsätzlich über oder unter denjenigen liegen, die sich nach dem in Satz 1 genannten Verfahren ergeben. Ferner sind Verfahren nicht als gleichwertig anzusehen, bei denen das Ergebnis davon abhängt, ob der Tarif für den Neuzugang geöffnet oder geschlossen ist, Verfahren, bei denen einzelne Parameter jährlich neu oder nach Ermessen des Versicherungsunternehmens festgelegt werden, Verfahren, bei denen der tatsächliche Schadenverlauf oder die Schadenentwicklung der letzten drei Beobachtungszeiträume des Tarifs, für den der auslösende Faktor berechnet wird, nicht in ausreichendem Maße eingeht, Verfahren, bei denen ein abweichender Extrapolationszeitraum festgelegt wird oder Verfahren, bei denen der Kostenverlauf des Unternehmens oder eine Änderung des Abgangsverhaltens der Versicherten mit in die Berechnung eingeht. Ein abweichendes Verfahren zur Ermittlung der erforderlichen Versicherungsleistungen muß der Aufsichtsbehörde gegenüber festgelegt werden, damit Rechtssicherheit besteht, wie die Gegenüberstellung, die den Versicherer berechtigt, Prämien anzupassen, ermittelt worden ist. Es erscheint weiterhin sinnvoll, eine Änderung des Verfahrens aus wichtigem Grund zuzulassen. Werden etwa die auslösenden Faktoren anhand der Kopfschäden der am stärksten besetzten Altersgruppe ermittelt, kann es durch Bestandsverschiebungen notwendig werden, das Verfahren zur Ermittlung der Gegenüberstellung zu ändern. Dies muß jedoch nach einer Prämienanpassung geschehen, damit nicht erst die Änderung des Verfahrens eine Prämienanpassung auslöst.

Abs. 4:

Bei einer geringen Anzahl von Versicherten in einer Beobachtungseinheit sind große Zufallsschwankungen im Schadenverlauf nicht auszuschließen. In diesen Fällen müssen daher die zur Erstkalkulation verwendeten Tarife als Stütztarife zur Ermittlung der Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen verwendet werden.

Abs. 5:

In der Pflegeversicherung ist die Eintrittswahrscheinlichkeit des Versicherungsfalles relativ gering. Es muß deshalb eine Regelung zur Berechnung der Gegenüberstellung der erforderlichen zu den kalkulierten Versicherungsleistungen für kleinere Bestände getroffen werden.

Zu § 15 Abs. 1:

Die Frist für die Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen dient dazu, daß der Treuhänder und die Aufsichtsbehörde rechtzeitig einen Überblick über den Schadenverlauf in den einzelnen Tarifen erhalten. Der Zeitpunkt wurde so gewählt, daß er einerseits eine möglichst frühzeitige Information erlaubt, andererseits den Unternehmen nichts Unzumutbares abverlangt.

Zu § 15 Abs. 2:

Mit der Vorgabe der Frist soll verhindert werden, daß die Unternehmen aus Wettbewerbsgründen notwendige Prämienanpassungen hinauszögern, mit der Folge daß diese dann zu einem späteren Zeitpunkt zu nicht mehr zumutbaren Erhöhungen für den Versicherten führen.

Zu § 16:

Es wird festgelegt, welches Alter des Versicherten der Berechnung der Alterungsrückstellung zugrunde zu legen ist. Aus Vereinfachungsgründen wird auch ein Näherungsverfahren zugelassen.

Das Kalkulationsverfahren, das nach § 10 Abs. 3 für Kinder und Jugendliche vorgesehen ist, führt im Ergebnis dazu, daß bei diesen - wie bisher - eine positive Alterungsrückstellung nicht gebildet wird. Dies ist auch nicht erforderlich. Kinder und Jugendliche werden bei Aufnahme der Berufstätigkeit in der Regel versicherungspflichtig. Würde man für sie eine Alterungsrückstellung bilden, dürfte diese nicht in den Überschuß der Versicherer fallen, es müßten vielmehr entsprechend hohe Stornowahrscheinlichkeiten eingerechnet und die geringe Altersabhängigkeit des Risikos berücksichtigt werden. Dann aber ergäbe sich praktisch keine positive Alterungsrückstellung. Für Kinder sind die Kopfschäden im ersten Lebensjahr am höchsten. Diese fallenden Kopfschäden würden zu negativen Alterungsrückstellungen führen. Daher werden für Kinder und Jugendliche steigende Beiträge zugelassen mit der Folge, daß eine negative Alterungsrückstellung vermieden wird.

Dies steht auch nicht in Widerspruch zu der Regelung in § 341f Abs. 3 HGB, da dort über die Höhe der Alterungsrückstellung keine Regelung getroffen wurde. Der Umstand, daß die Alterungsrückstellung in bestimmten Fällen nicht positiv ist, war dem Gesetzgeber bei Abfassung des § 341f Abs. 3 HGB bekannt. In der Lebensversicherung gibt es schon seit langem Tarife, bei denen ein Steigen der Beiträge mit steigendem Alter vertraglich vereinbart wird.

Zu § 17 Abs. 1:

Die Vorschrift versetzt das Bundesaufsichtsamt in die Lage, die Daten zu erfassen, die es benötigt, um die gemäß § 103 a Abs. 1 VAG zu veröffentlichenden nicht tarifspezifische allgemeine Wahrscheinlichkeitstafeln zu erstellen und die anderen einschlägigen statistischen Daten für die substitutive Krankenversicherung zu veröffentlichen. Die aufgeführten Unterlagen sind notwendig, aber auch ausreichend, um den Gesetzeszweck zu erfüllen. Grenzgänger, die nach inländischen Tarifen versichert sind, werden in der Statistik mit erfaßt, da dieser Personenkreis häufig Gesundheitsleistungen in der Bundesrepublik in Anspruch nimmt und daher ein abweichender Schadenverlauf nicht zu erwarten ist. Tarife, die speziell für eine Tätigkeit der Unternehmen im Ausland konzipiert sind, werden in die Statistik wegen der unterschiedlichen Sozialsysteme und des daraus häufig folgenden abweichenden Schadenverlaufes nicht einbezogen.

Zu § 17 Abs. 2:

Damit das Bundesaufsichtsamt die Statistiken in einer angemessenen Zeit nach Ablauf eines Kalenderjahres veröffentlichen kann, muß eine Frist zur Vorlage der Unterlagen auf vier Monate nach Ende des Kalenderjahres vorgegeben werden.

Zu § 17 Abs. 3:

Kleinere Vereine im Sinne von § 53 VAG sind organisatorisch häufig nicht in der Lage, die notwendigen Statistiken in der unter Absatz 2 genannten Frist zu erstellen. Da die Bestände dieser Unternehmen relativ klein sind, wird durch einen Verzicht auf die Statistiken dieser Unternehmen die Gesamtstatistik nur unwesentlich beeinflusst. Auf die Vorlagepflicht kann daher für diese Unternehmen verzichtet werden.

Zu § 18:

Die Bußgeldbestimmungen sind notwendig, weil andere Sanktionsmittel zur Ahndung von Verstößen gegen die Vorlagepflichten und Vorlagefristen von Gegenüberstellungen und Rechnungsgrundlagen nach § 15 der Verordnung nicht zur Verfügung stehen. Die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistungen kann in der Krankenversicherung aber nur gewährleistet werden, wenn die technischen Berechnungsgrundlagen regelmäßig mit dem tatsächlichen Schadenbedarf verglichen werden.

Zu § 19 Abs. 1:

In der Pflegepflichtversicherung müssen die Unternehmen nach dem Poolvertrag einheitliche Rechnungsgrundlagen (mit Ausnahme der Kostenzuschläge) verwenden. Besondere Kalkulationsvorschriften sind in § 110 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch enthalten. Regelungen zur Pflichtversicherung beschränken sich daher auf die Verpflichtung der Versicherungsunternehmen, dem Bundesaufsichtsamt statistisches Zahlenmaterial zu übersenden.

Zu § 19 Abs. 2:

Die Prämienberechnung muß grundsätzlich für alle Versicherten eines Tarifs nach der gleichen Altersgruppenbildung erfolgen. Deshalb wird vorgesehen, daß in Tarifen, deren Prämien vor dem 1. Juli 1994 genehmigt worden sind, die Altersgruppenbildung auch für den künftigen Neuzugang nach den jeweiligen geschäftsplanmäßigen Regelungen erfolgt. Dies ist zur Wahrung der Einheitlichkeit des Tarifs erforderlich.

Viele Unternehmen haben nach dem 30. Juni 1994 und vor Inkrafttreten der Verordnung neue Tarife auf den Markt gebracht, deren Prämienstaffeln Altersgruppenbildungen vorsehen. Eine Änderung der Prämien nach Einzelaltern würde für manche bereits Versicherte eine zusätzliche Prämienhöhung bedeuten. Für die in diesem Zeitraum abgeschlossenen Verträge hat es daher bei der vertraglichen Altersgruppenbildung zu bleiben, weil es keine Rechtsgrundlage dafür gibt, die Umstellung der nach diesen Tarifen bisher abgeschlossenen Versicherungsverhältnisse von der Altersgruppenprämienstaffel auf eine nach Einzelaltern erstellte Prämienstaffel zu verlangen. Zur Vermeidung von Zweifeln ist daher eine Klarstellung erforderlich, daß bei diesen Versicherungsverhältnissen durch diese Verordnung eine Änderung nicht eintritt.

Zu § 19 Abs. 3

Eine Übergangsregelung ist für die Tarife erforderlich, die ohne Genehmigung der Aufsichtsbehörde zwischen dem 1. Juli 1994 und dem Inkrafttreten dieser Verordnung eingeführt wurden. Im Gegensatz zu den in Abs. 3 genannten Tarifen kann es im Hinblick darauf, daß hier keine aufsichtsbehördliche Genehmigung vorliegt, nicht gestattet werden, daß jedes von den Versicherungsunternehmen gewählte Verfahren zur Berechnung der erforderlichen Versicherungsleistungen beibehalten wird. Die Unternehmen sollen jedoch die Möglichkeit haben, Verfahren, die geeignet sind, beizubehalten. Soweit das Verfahren nicht geeignet ist, gilt das in der Verordnung genannte Verfahren. Die Unternehmen haben jedoch, wie im Falle des Abs. 3 die Möglichkeit, auf ein anderes geeignetes Verfahren überzugehen. Da der Zeitpunkt nach § 14 Abs. 3 Satz 3 für diese Tarife nicht mehr eingehalten werden kann, ist ein angemessener Zeitraum für die Erfüllung der Voraussetzungen festzulegen.

Zu § 19 Abs. 4

Einige wenige Unternehmen berechnen die Alterungsrückstellung bisher nach einem von der Verordnung abweichenden Verfahren, wodurch sich eine geringere Alterungsrückstellung ergibt. Eine einmalige Zuführung zur Alterungsrückstellung

414/96

- 35 -

würde bedeuten, daß diese Unternehmen möglicherweise einen Bilanzverlust ausweisen müßten. Es erscheint angemessen zuzulassen, daß der zusätzliche Zuführungsbetrag auf fünf Jahre verteilt wird (Satz 1). Ein längerer Zeitraum ist nicht vertretbar, da eine ausreichende Alterungsrückstellung gebildet werden muß. Dementsprechend muß verhindert werden, daß die gesamte zusätzliche Zuführung zur Alterungsrückstellung erst zum Zeitpunkt des Ablaufes der Frist von fünf Jahren erfolgt (Satz 2).

Zu § 19 Abs. 5

Mit Rücksicht darauf, daß einige Versicherungsunternehmen mit ihrem Außendienst Vereinbarungen getroffen haben, wonach die Vertreter solange jährliche Provisionen erhalten, wie die von diesen vermittelten Verträge bestehen, soll es hinsichtlich bereits abgeschlossener Verträge dabei verbleiben. Für diese Verträge gilt daher die Regelung des § 8 Abs. 3 Satz 3 nicht, daß von den Versicherten, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, kein laufender Zuschlag für unmittelbare Abschlußkosten erhoben werden darf.

Beschluß

des Bundesrates

Verordnung über die versicherungsmathematischen Methoden zur Prämienkalkulation und zur Berechnung der Alterungsrückstellung in der privaten Krankenversicherung (Kalkulationsverordnung - KalV)

Der Bundesrat hat in seiner 702. Sitzung am 27. September 1996 beschlossen, der Verordnung gemäß Artikel 80 Abs. 2 des Grundgesetzes zuzustimmen.