

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

KalV

Ausfertigungsdatum: 18.11.1996

Vollzitat:

"Kalkulationsverordnung vom 18. November 1996 (BGBl. I S. 1783), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 22. Oktober 2009 (BGBl. I S. 3670) geändert worden ist"

Stand: Zuletzt geändert durch Art. 1 V v. 22.10.2009 I 3670

Fußnote

(+++ Textnachweis ab: 27.11.1996 +++)

Eingangsformel

Auf Grund des § 12c Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 4 und Abs. 2, auch in Verbindung mit § 103a 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,
6. die Übertrittswahrscheinlichkeiten zur Berechnung des Übertragungswertes nach § 13a.

(2) Weitere Rechnungsgrundlagen sind die Krankheitsdauern und die Leistungstage, die Anzahl der Krankenhaus- und der Pflegetage, 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

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

(2) In der privaten Pflege-Pflichtversicherung und bei Gewährung von Versicherung im Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes dürfen außer den Sterbewahrscheinlichkeiten sowie dem Abgang zur sozialen Pflegeversicherung und gesetzlichen Krankenversicherung keine weiteren Abgangswahrscheinlichkeiten berücksichtigt werden.

§ 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. Davon abweichend sind die Teilkopfschäden für Leistungen wegen Schwangerschaft und Mutterschaft aus den beobachteten Kopfschäden der jeweiligen Alter zu ermitteln und nach den Anteilen des jeweiligen Geschlechts (Anzahl) in diesem Alter zu verteilen (geschlechtsunabhängiger Teilkopfschaden). Satz 2 gilt nicht für die freiwillige Pflegekrankenversicherung (Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung). 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 von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Bundesanstalt) veröffentlichten Wahrscheinlichkeitstabellen verwendet, so sind die ihnen zugrundeliegenden Annahmen durch geeignete Statistiken zu belegen. Weichen die tariflichen Leistungen von denen ab, die von der Bundesanstalt 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.

(4) Als Leistungen wegen Schwangerschaft und Mutterschaft sind diejenigen Leistungen anzusehen, die in dem Zeitraum anfallen, der acht Monate vor einer Geburt beginnt und einen Monat nach einer Geburt endet. Davon ausgenommen sind Leistungen, für die das Versicherungsunternehmen nachweisen kann, dass sie nicht im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft gestanden haben.

(5) Die rechnungsmäßigen Teilkopfschäden für Leistungen wegen Schwangerschaft und Mutterschaft müssen geschlechtsunabhängig sein. Zur Festlegung dieser rechnungsmäßigen Teilkopfschäden dürfen innerhalb eines festgelegten zusammenhängenden Altersbereichs die gemäß Absatz 1 Satz 2 ermittelten Teilkopfschäden im Rahmen einer Glättung für alle Alter dieses Bereichs bis zur Höhe des Teilkopfschadens dieses Bereichs erhöht beziehungsweise vermindert werden. Der sich aufgrund einer Glättung nach Satz 2 ergebende abgegrenzte Schaden darf nicht niedriger sein als der beobachtete abgegrenzte Schaden für Leistungen wegen Schwangerschaft und Mutterschaft.

§ 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. bei substitutiven Krankenversicherungen den Zuschlag zur Umlage der Begrenzung der Beitragshöhe im Basistarif gemäß § 12g des Versicherungsaufsichtsgesetzes,
7. für den Basistarif zusätzlich den Zuschlag zur Umlage der Mehraufwendungen durch Vorerkrankungen,
8. 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 rechnungsmäßig 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 der Zuschläge gemäß Absatz 1 Nummer 6 und 8 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 Pflagegeldtarife.

(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 Ausgleich 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.

(1a) Der Teil der Prämie, der zur Finanzierung des Übertragungswerts nach § 13a erforderlich ist, ist für den Vollversicherungsschutz jeder versicherten Person einheitlich zu kalkulieren.

(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 Eintrittsaltergruppen 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 § 341f des Handelsgesetzbuchs vollständig prämienmindernd anzurechnen; dies gilt nicht für den Teil, der auf die Anwartschaft zur Prämienermäßigung nach § 12a Abs. 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes 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 Nummer 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.

(4) Schließt der Versicherte unter Kündigung des bisherigen Vertrags gleichzeitig einen Vertrag über einen Basistarif bei einem anderen Krankenversicherer ab, sind Zusatzversicherungen, welche Leistungen abdecken, die im bisherigen Versicherungsschutz, nicht jedoch im Basistarif enthalten sind, und für die der Versicherte versicherungsfähig ist, als Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz anzusehen.

§ 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 § 341f des

Handelsgesetzbuchs mit Ausnahme des Teils, der auf die Anwartschaft zur Prämienermäßigung nach § 12a Abs. 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes 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.

(1a) Bei Versicherten, die nach einem Wechsel gemäß § 204 Absatz 1 Nummer 2b des Gesetzes über den Versicherungsvertrag im Basistarif versichert sind, wird bei einem Wechsel in Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz während der ersten 18 Monate seit Beginn der Versicherung im Basistarif abweichend von Absatz 1 Satz 1 nur die seit Beginn der Versicherung im Basistarif gebildete Alterungsrückstellung prämienmindernd angerechnet. Bei Versicherten, die nach einem Wechsel gemäß § 13a Absatz 5 Satz 2 im Basistarif eines dritten Krankenversicherers versichert sind, wird bei einem Wechsel in Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz nur der Betrag angerechnet, der seit dem erstmaligen Wechsel in den Basistarif entstanden ist. Der nicht gutgebrachte Teil der Alterungsrückstellung ist in diesen Fällen zugunsten der Senkung des Zuschlags gemäß § 8 Absatz 1 Nummer 7 zu verwenden.

(2) Der Wegfall eines Leistungsbereiches kann als Teilstorno angesehen werden. Dies gilt auch, wenn der Versicherte lediglich einen Teil des Tagesgeldes 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.

(5) (weggefallen)

§ 13a Übertragungswert

(1) Der Übertragungswert gemäß § 12 Absatz 1 Nummer 5 des Versicherungsaufsichtsgesetzes für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge berechnet sich als Summe aus

1. der Alterungsrückstellung, die aus dem Beitragszuschlag nach § 12 Absatz 4a des Versicherungsaufsichtsgesetzes entstanden ist, und
2. der Alterungsrückstellung für die gekündigten Tarife, sofern deren Betrag insgesamt positiv ist, höchstens jedoch der Alterungsrückstellung, die sich ergeben hätte, wenn der Versicherte von Beginn an im Basistarif versichert gewesen wäre (fiktive Alterungsrückstellung). Dabei ist die Alterungsrückstellung für die gekündigten Tarife die gemäß § 341f Absatz 1 des Handelsgesetzbuches berechnete Alterungsrückstellung, mindestens jedoch der Betrag der Alterungsrückstellung, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der kalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten, die mittels Zillmerung finanziert werden, auf die ersten fünf Versicherungsjahre ergibt. Bei der Berechnung der fiktiven Alterungsrückstellung sind die Rechnungsgrundlagen des brancheneinheitlichen Basistarifs nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu verwenden.

(2) Der Übertragungswert gemäß § 12 Absatz 1b Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge berechnet sich als Summe aus

1. der Alterungsrückstellung, die aus dem Beitragszuschlag nach § 12 Absatz 4a des Versicherungsaufsichtsgesetzes entstanden ist, und

2. der Alterungsrückstellung für die gekündigten Tarife, sofern deren Betrag insgesamt positiv ist, höchstens jedoch der Alterungsrückstellung, die sich ergeben hätte, wenn der Versicherte von Beginn an im Basistarif versichert gewesen wäre (fiktive Alterungsrückstellung). Dabei ist die Alterungsrückstellung für die gekündigten Tarife die gemäß § 341f Absatz 1 des Handelsgesetzbuches berechnete Alterungsrückstellung. Die fiktive Alterungsrückstellung wird ermittelt aus dem anrechenbaren Alter des Versicherten und der zu diesem Alter und dem erreichten Alter gehörenden Alterungsrückstellung, die sich aus den Rechnungsgrundlagen der Erstkalkulation des brancheneinheitlichen Basistarifs gemäß § 12 Absatz 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes ergibt; dabei wird ein brancheneinheitlicher Zillmersatz von drei Monatsbeiträgen zugrunde gelegt. Das anrechenbare Alter ergibt sich aus dem Vergleich der gezahlten Tarifbeiträge, ohne Berücksichtigung der aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung finanzierten Bestandteile, in den zum 8. Januar 2009 geführten Tarifen der substitutiven Krankenversicherung mit den dann gültigen Neugeschäftsbeiträgen.

(3) Für Versicherte, die unter Mitgabe eines Übertragungswertes gemäß Absatz 1 oder 2 zu einem anderen Unternehmen gewechselt sind, darf die Finanzierung erneuter Abschlusskosten durch Zillmerung nicht zu einer Reduzierung dieses Übertragungswertes führen. Dasselbe gilt für eine gleichzeitig gewechselte private Pflege-Pflichtversicherung.

(4) Kündigt ein Versicherter, dessen Vertrag vor dem 1. Januar 2009 geschlossen wurde, seinen Vertrag und schließt gleichzeitig einen neuen Vertrag bei einem anderen Krankenversicherer, der die Mitgabe eines Übertragungswertes vorsieht, beschränkt sich der Übertragungswert abweichend von Absatz 2 auf den Betrag, der ab dem Wechsel in einen Tarif mit Übertragungswert aufgebaut wurde, sofern nicht Absatz 5 etwas anderes bestimmt. Der bei Wechseln aus dem Basistarif nicht gutgebrachte Teil der Alterungsrückstellung ist zugunsten der Senkung des Zuschlags gemäß § 8 Absatz 1 Nummer 7 zu verwenden.

(5) Bei einem Wechsel gemäß § 12 Absatz 1b Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes berechnet sich der Übertragungswert nach Absatz 2. Bei einer Kündigung des Vertrages, in den der Versicherte gemäß § 12 Absatz 1b Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes gewechselt ist, und dem gleichzeitigen Abschluss einer neuen Versicherung im Basistarif eines dritten Krankenversicherers berechnet sich der Übertragungswert gemäß Absatz 1, wenn zwischen dem Abschluss des zweiten und des dritten Vertrages mindestens 18 Monate verstrichen sind. Der bei Wechseln aus dem Basistarif nicht gutgebrachte Teil der Alterungsrückstellung ist zugunsten der Senkung des Zuschlags gemäß § 8 Absatz 1 Nummer 7 zu verwenden.

(6) Wechselt der Versicherte in der Pflege-Pflichtversicherung zu einem anderen Unternehmen, gilt die Alterungsrückstellung als Übertragungswert im Sinne des § 12f Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes.

§ 14 Verfahren zur Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen

(1) Die Gegenüberstellung nach § 12b 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. Darüber hinaus ist die geschlechtsunabhängige Verteilung der Leistungen wegen Schwangerschaft und Mutterschaft 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 § 12b 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 rechnermäßig 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 von der Bundesanstalt 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 Statistik der Pflegepflichtversicherung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zu verwenden, solange in dem zu beobachtenden Tarif weniger als zehntausend natürliche Personen versichert sind. Ergibt die Statistik der Pflegepflichtversicherung, 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 Pflegetagegeldtarife und Pflegekostentarife zu überprüfen. Zusätzlich hat es die Prämien der Pflegekostentarife zu überprüfen, wenn im abgelaufenen Kalenderjahr nach der Statistik der Pflegepflichtversicherung die Pflegekosten pro Tag von dem rechnungsmäßigen Ansatz um mehr als zehn vom Hundert abweichen.

§ 14a Verfahren zur Gegenüberstellung der kalkulierten mit den zuletzt veröffentlichten Sterbewahrscheinlichkeiten

(1) Die Gegenüberstellung nach § 12b Absatz 2a des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist jährlich und für jede Beobachtungseinheit eines Tarifs, bei der Sterbewahrscheinlichkeiten kalkulatorisch berücksichtigt werden, getrennt durchzuführen. Als Barwert der erforderlichen Sterbewahrscheinlichkeiten ist der Leistungsbarwert gemäß Anhang I mit Rechnungszins und rechnungsmäßigen Kopfschäden der betrachteten Beobachtungseinheit sowie der zuletzt von der BaFin veröffentlichten Sterbetafel zu bestimmen. Als Barwert der kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten ist der Leistungsbarwert mit Rechnungszins, rechnungsmäßigen Sterbewahrscheinlichkeiten und rechnungsmäßigen Kopfschäden der betrachteten Beobachtungseinheit zu bestimmen. Stornowahrscheinlichkeiten dürfen bei der Berechnung der Barwerte gemäß Satz 2 und 3 nicht berücksichtigt werden. Für die Altersbereiche von 21 bis 45, von 46 bis 70 sowie von 71 bis 95 ist jeweils das arithmetische Mittel der für die einzelnen Alter ermittelten Quotienten der gemäß Satz 2 bis 4 bestimmten Barwerte zu bilden. Als Ergebnis der Gegenüberstellung ist das Maximum der für die einzelnen Altersbereiche gemäß Satz 5 ermittelten Werte anzusehen.

(2) Für Krankentagegeldtarife sind bei der Gegenüberstellung gemäß Absatz 1 die Altersbereiche von 21 bis 45 sowie von 46 bis 65 zu betrachten.

§ 15 Vorlagefristen

(1) Spätestens vier Monate nach dem Ende des Beobachtungszeitraumes hat das Versicherungsunternehmen die kommentierte Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen nach § 12b 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.

(1a) Zugleich mit der Meldung gemäß Absatz 1 ist die Gegenüberstellung gemäß § 12b Absatz 2a des Versicherungsaufsichtsgesetzes dem Treuhänder und der Aufsichtsbehörde vorzulegen.

(2) Soweit die Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen oder die Gegenüberstellung der erforderlichen und kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten 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 § 341f 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, der Bundesanstalt 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 zugewanderten 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.

Bei den Rechnungs- und Erstattungsbeträgen sind die Leistungen wegen Schwangerschaft und Mutterschaft jeweils getrennt auszuweisen; Entsprechendes gilt für die Leistungstage.

(2) Die Bundesanstalt 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. 1a 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 sowie § 5 Abs. 2, § 13 Abs. 5 und § 13a Absatz 6 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.

(6) Ein Versicherungsunternehmen kann bis zum 21. Dezember 2007 von der Anwendung des § 6 Abs. 1 Satz 2, Abs. 5 Satz 1 und § 14 Abs. 1 Satz 7 absehen. § 10 Abs. 1 Satz 4 der Kalkulationsverordnung in der Fassung vom 18. November 1996 gilt insoweit fort. Ein Versicherungsunternehmen ist berechtigt, auch für bestehende Verträge spätestens zum 1. Januar 2008 die technischen Berechnungsgrundlagen insoweit zu ändern, als die Leistungen wegen Schwangerschaft und Mutterschaft geschlechtsunabhängig umgelegt werden, und die Prämien daran anzupassen. § 12b Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes findet Anwendung.

§ 20 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft.

Schlußformel

Der Bundesrat hat zugestimmt.

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

(Fundstelle des Originaltextes: BGBl. I 1996, S. 1788)

A. Prämienberechnung des Neuzugangs

$$x = \text{Alter}$$

| | | |
|-----------------|---|--|
| Omega | = | Endalter der Sterbetafel |
| $l(tief)x$ | = | Anzahl der Lebenden |
| $q(tief)x$ | = | Sterbenswahrscheinlichkeit |
| $w(tief)x$ | = | Stornowahrscheinlichkeit |
| $K(tief)x$ | = | Kopfschaden |
| $\alpha(tief)x$ | = | einmalige unmittelbare Abschlußkosten, gemessen in Jahresprämien |
| gamma | = | absolute Zuschläge |
| delta | = | relative Zuschläge, gemessen in vom Hundert der Bruttoprämie |
| i | = | Rechnungszinsfuß |

Diskontierungsfaktor:

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

Ausscheideordnung:

$$l(tief)x + 1 = l(tief)x \cdot (1 - q(tief)x - w(tief)x)$$

Diskontierte Lebende:

$$D(tief)x = l(tief)x \cdot v(hoch)x$$

Rentenbarwert:

(Inhalt: nicht darstellbare Formel)

Leistungsbarwert:

(Inhalt: nicht darstellbare Formeln,

Fundstelle: BGBl. I 1996, S. 1788)

Jährliche Nettoprämie:

$$P(tief)x = \frac{A(tief)x}{a(tief)x}$$

Jährliche gezillmerte Bruttoprämie: (Inhalt: nicht darstellbare Formeln,

Fundstelle: BGBl. I 1996, S. 1788)

B. Prämienberechnung bei Prämienanpassungen und Umstufungen

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

$\alpha^a(tief)x$

= 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

$B(\text{hoch})_a =$
bisher gezahlte Prämie

Jährliche Bruttoprämie eines u-jährigen Versicherten nach der Prämienanpassung:
(Inhalt: nicht darstellbare Formeln,
Fundstelle: BGBl. I 1996, S. 1788)

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 $B(\text{hoch})_a/n(\text{tief})_u$ 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

(Fundstelle des Originaltextes: BGBl. I 1996, S. 1789;
bzgl. der einzelnen Änderungen vgl. Fußnote)

A. Tatsächlicher Grundkopfschaden eines Beobachtungsjahres

$S =$
abgegrenzter Schaden der Beobachtungseinheit im Beobachtungszeitraum abzüglich der Nettorisikozuschläge und einschließlich der geschlechtsunabhängig verteilten Leistungen wegen Schwangerschaft und Mutterschaft

$L(\text{tief})_x =$
abgegrenzter mittlerer Bestand der Beobachtungseinheit im Beobachtungszeitraum für das Alter x

$k(\text{tief})_x =$
rechnungsmäßiger Profilwert für das Alter x

Tatsächlicher Grundkopfschaden:

(Inhalt: nicht darstellbare Formeln,
Fundstelle: BGBl. I 1996, S. 1789)

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

$G(\text{tief})_{t-2}, G(\text{tief})_{t-1}, G(\text{tief})_t$

$=$ tatsächliche Grundkopfschäden gemäß Abschnitt A umgerechnet auf das Leistungsversprechen, das zum Extrapolationszeitpunkt gültig sein wird, und unter Zugrundelegung der aktuellen rechnungsmäßigen Profile

Extrapolierter Grundkopfschaden:

$$G = \frac{1}{2} \times (G(\text{tief})_t - G(\text{tief})_{t-2}) + \frac{1}{3} \times (G(\text{tief})_{t-2} + G(\text{tief})_{t-1} + G(\text{tief})_t)$$

Erforderliche Versicherungsleistungen:

(Inhalt: nicht darstellbare Formeln,
Fundstelle: BGBl. I 1996, S. 1789) mit $L(x)$ und $k(x)$ gemäß Abschnitt A und Summation über alle Alter x .