

Verordnung zur Ermittlung und Verteilung von Überzins und Überschuß in der Krankenversicherung (Überschußverordnung – ÜbschV)

Vom 8. November 1996

Auf Grund des § 12c Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und des § 81d Abs. 3 Satz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes, die durch Artikel 1 Nr. 12 und 39 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:

§ 1

Ermittlung des Überzinses

Zur Ermittlung des Überzinses, den ein Versicherungsunternehmen bei der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegekrankenversicherung erwirtschaftet, ist ein der Durchschnittsrendite aller Kapitalanlagen entsprechender Durchschnittszinssatz zu ermitteln. Dieser errechnet sich aus der Summe der Erträge aus Kapitalanlagen (Formblatt 3 Posten I.3 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen vom 8. November 1994, BGBl. I S. 3378) vermindert um die Summe der Aufwendungen für Kapitalanlagen (Formblatt 3 Posten I.10 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen) und sodann dividiert durch das arithmetische Mittel des Buchwertes der Kapitalanlagen (Formblatt 1, Aktivseite, Posten C der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen) jeweils am Ende des Vorjahres und des Geschäftsjahres.

§ 2

Verteilung des Betrages nach

§ 12a Abs. 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes auf die berechtigten Versicherten

(1) Spätestens zum jeweiligen Bilanzstichtag sind von dem nach § 12a Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes errechneten Betrag 50 vom Hundert anteilig der positiven Alterungsrückstellung jedes einzelnen Versicherten zum Ende des vorhergehenden Geschäftsjahres gutzuschreiben.

(2) Endet der Versicherungsvertrag hinsichtlich eines Tarifs bedingungsgemäß spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres, so ist ein nach § 12a Abs. 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes jährlich gutzuschreibender Betrag auf die anderen Tarife des Versicherten, die die Voraussetzungen des § 12a Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes erfüllen, zum Zeitpunkt der Gutschrift aufzuteilen. Bestehen derartige Tarife nicht, ist der Betrag zur sofortigen oder auf höchstens fünf Jahre aufgeschobenen Prämienermäßigung zu verwenden.

§ 3

Verteilung des Betrages nach

§ 12a Abs. 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes auf die berechtigten Versicherten

(1) Von dem nach § 12a Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes errechneten Betrag sind 50 vom Hundert auf die Tarife, die zu den dort genannten Krankenversicherungen gehören, aufzuteilen.

Verteilungsmaßstab ist die jeweilige Alterungsrückstellung zum Bilanzstichtag des Geschäftsjahres der Versicherten, die das 65. Lebensjahr vollendet haben. Muß ein Betrag nach § 12a Abs. 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes im Geschäftsjahr verwendet werden und zahlen alle Versicherten dieses Tarifs, für den dieser Betrag festgelegt worden ist, höchstens eine Prämie, die derjenigen zum ursprünglichen Eintrittsalter entspricht, so kann der Betrag auf die anderen Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Beachtung des Verteilungsmaßstabes nach Satz 2 verteilt werden. Zahlen auch alle Versicherten der Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz höchstens eine solche Prämie, kann der zu verwendende Betrag auf alle in Satz 1 bezeichneten Tarife aufgeteilt werden.

(2) Unterscheidet sich das Leistungsversprechen der Tarife nur durch eine unterschiedliche prozentuale Erstattung oder unterschiedliche absolute Selbstbehalte, so gelten diese bei der Aufteilung nach Absatz 1 als ein Tarif.

(3) Gruppenversicherungsverträge mit Anspruch auf Überschußbeteiligung aufgrund vertraglich vereinbarter Abrechnung sind von der Verteilung nach Absatz 1 Satz 3 ausgenommen. Bei diesen Verträgen ist die Gutschrift nach § 12a Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes bei der Ermittlung des Überschusses entsprechend zu berücksichtigen. Soweit auf sie Beträge nach § 12a Abs. 2 und 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes entfallen, sind diese nur deren Versicherten gutzuschreiben.

§ 4

Mindestzuführung zur Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

(1) Zur Sicherstellung einer ausreichenden Mindestzuführung müssen die Versicherungsunternehmen der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung einen angemessenen Teil des Überschusses zuführen. Der zugrundegelegende Überschuß errechnet sich aus der Summe von Risikoergebnis (Betrag in Nachweisung 231 Seite 1 Zeile 04 Spalte 02 der Verordnung über die Berichterstattung von Versicherungsunternehmen gegenüber dem Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen vom 14. Juni 1995, BGBl. I S. 858), Kapitalanlagenergebnis (Summe der Beträge in Nachweisung 231 Seite 1 Zeile 14 und 15 Spalte 02), Kostenergebnis (Summe der Beträge in Nachweisung 231 Seite 1 Zeile 05, 06, 07 und 08 Spalte 02) und sonstigen Ergebnissen (Summe der Beträge in Nachweisung 231 Seite 1 Zeile 10, 11, 16, 17, 18 und 22 Spalte 02). Der Zuführungssatz beträgt 80 vom Hundert des nach Satz 2 errechneten Überschusses. Die Mindestzuführung ist um die bereits nach den §§ 2 und 3 gutgeschriebenen Überzinsen zu vermindern.

(2) Zur Sicherstellung des durchschnittlichen Solvabilitätsbedarfs kann die Mindestzuführung vermindert werden, wenn für jedes der drei Vorjahre von der Summe der Aufwendungen für erfolgsabhängige Beitragsrückerstat-

Verleger: Bundesministerium der Justiz - Verlag: Bundesanzeiger Verlagsges.m.b.H. - Druck: Bundesdruckerei GmbH, Zweigniederlassung Bonn.

Bundesgesetzblatt Teil I enthält Gesetze sowie Verordnungen und sonstige Bekanntmachungen von wesentlicher Bedeutung, soweit sie nicht im Bundesgesetzblatt Teil II zu veröffentlichen sind.

Bundesgesetzblatt Teil II enthält

a) völkerrechtliche Übereinkünfte und die zu ihrer Inkraftsetzung oder Durchsetzung erlassenen Rechtsvorschriften sowie damit zusammenhängende Bekanntmachungen,

b) Zolltarifvorschriften.

Laufender Bezug nur im Verlagsabonnement. Postanschrift für Abonnementsbestellungen sowie Bestellungen bereits erschienener Ausgaben:

Bundesanzeiger Verlagsges.m.b.H., Postfach 13 20, 53003 Bonn

Telefon: (02 28) 3 82 08 - 0, Telefax: (02 28) 3 82 08 - 36.

Bezugspreis für Teil I und Teil II halbjährlich je 97,80 DM, Einzelstücke je angefangene 16 Seiten 3,10 DM zuzüglich Versandkosten. Dieser Preis gilt auch für Bundesgesetzblätter, die vor dem 1. Januar 1993 ausgegeben worden sind. Lieferung gegen Voreinsendung des Betrages auf das Postgirokonto Bundesgesetzblatt Köln 3 98-509, BLZ 370 100 50, oder gegen Vorausrechnung.

Preis dieser Ausgabe: 5,05 DM (3,10 DM zuzüglich 1,95 DM Versandkosten), bei Lieferung gegen Vorausrechnung 6,05 DM.

Im Bezugspreis ist die Mehrwertsteuer enthalten; der angewandte Steuersatz beträgt 7%.

L011571 001 62 50 968

VERBAND DER PRIVATEN
KRANKENVERSICHERUNG E.V.
BAYENTHALGUERTEL 26

50968 KOELN

Bundesanzeiger Verlagsges.m.b.H. - Postfach 13 20 - 53003 Bonn

Postvertriebstück - Z 5702 - Entgelt bezahlt

tung (Nachweisung 231 Seite 1 Zeile 23 Spalte 02 der Verordnung über die Berichterstattung von Versicherungsunternehmen gegenüber dem Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen vom 14. Juni 1995, BGBl. I S. 858, den nach den §§ 2 und 3 gutgeschriebenen Überzinsen und dem Ergebnis aus dem nach Art der Lebensversicherung selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft (Nachweisung 231 Seite 1 Zeile 24 Spalte 02) mindestens 90 vom Hundert als Zuführung zur Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, als Direktgut-schrift nach den §§ 2 und 3 und als Einstellungen in Gewinnrücklagen (Formblatt 200 Seite 7 Zeile 24 Spalte 04) verwendet wurden und für das Geschäftsjahr verwendet werden. Der Betrag, um den die Mindestzuführung unterschritten wird, ist den Rücklagen zuzuweisen. Dabei dürfen die Eigenmittel nach § 53c Abs. 3 Nr. 1 bis 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes im Geschäftsjahr den größeren der nachfolgend in den Nummern 2 und 3 genannten Beträge, höchstens jedoch den in Nummer 1 genannten Betrag erreichen:

1. das Zweifache des Betrages der zu bildenden Solvabilitätsspanne,
2. verdiente Bruttobeiträge des Geschäftsjahres (Nachweisung 232 Seite 1 Zeile 22 Spalte 01) multipliziert mit dem Durchschnitt der Verhältnisse von Eigenmitteln nach § 53c Abs. 3 Nr. 1 bis 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu verdienten Bruttobeiträgen der drei Vorjahre,

3. Solvabilitätsspanne des Geschäftsjahres multipliziert mit dem aus den drei Vorjahren gebildeten Durchschnitt der Verhältnisse von Eigenmitteln nach § 53c Abs. 3 Nr. 1 bis 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes zur Solvabilitätsspanne.

(3) Verfügt ein Krankenversicherungsunternehmen in einem Geschäftsjahr nicht mehr über Eigenmittel in Höhe der Solvabilitätsspanne, so kann unabhängig von den Voraussetzungen des Absatzes 2 Satz 1 die Mindestzuführung zur Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung nach Absatz 1 unterschritten werden, wenn der gesamte nach Absatz 1 Satz 1 errechnete Überschuß zur Erhöhung der Rücklagen verwendet wird. In diesem Fall dürfen die Eigenmittel höchstens bis zu dem sich aus Absatz 2 Satz 3 ergebenden Grenzbetrag erhöht werden.

(4) Die Aufsichtsbehörde ist über alle für die Unterschreitung der Mindestzuführung erheblichen Umstände unter Angabe der Gründe, die zu dieser Ausnahmesituation geführt haben, vorab zu unterrichten. Die Verpflichtung des Unternehmens zur Aufstellung eines Zuführungsplans bleibt unberührt.

§ 5

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Bonn, den 8. November 1996

Der Bundesminister der Finanzen
Theo Waigel

**Verordnung
über die versicherungsmathematischen
Methoden zur Prämienkalkulation und zur Berechnung
der Alterungsrückstellung in der privaten Krankenversicherung
(Kalkulationsverordnung – KaiV)**

Vom 18. November 1996

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.

(2) Weitere Rechnungsgrundlagen sind die Krankheitsdauer und die Leistungstage, die Anzahl der Krankenhaus- und der Pflagetage, 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 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 Leistungsumfanges 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 Kostenzuschlagsystem, 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 Pfl egetagegeldtarife.

(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 § 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.

§ 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.

(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 § 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 Selektionersparnisse 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 Leistungsverprechen 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 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 Berechnungsgrundlagen 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 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 § 12b Abs. 2 Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes dem Treuhänder und der Aufsichtsbehörde vorzulegen. Wird der in den Versicherungsbedingungen festgelegte Vorhundertsatz 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 § 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 Wahrscheinlichkeitstafeln

(1) Zur Aufstellung von Wahrscheinlichkeitstafeln 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 Ersatzkrankentagegeld 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 Versicherten 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 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.

Bonn, den 18. November 1996

Der Bundesminister der Finanzen
Theo Waigel

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 = Stornowahrscheinlichkeit
 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:

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

Leistungsbarwert:

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

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:

$$B_u^{a/n} = g_u \cdot [(f_u - \alpha_u) \cdot B_u - (f_u^a - \alpha_u^a) \cdot B_u^a + (f_u^a - \alpha_u^a) \cdot B^a]$$

mit $g_u = [a_u \cdot (1 - \Delta) - \alpha_u^*]^{-1}$

$$f_u^a = a_u^a \cdot (1 - \Delta^a)$$

$$f_u = a_u \cdot (1 - \Delta)$$

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 rechnungsmäßigen 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 .