

# Verordnung betreffend die Aufsicht über die Geschäftstätigkeit in der privaten Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsverordnung - KVAV)

KVAV

Ausfertigungsdatum: 18.04.2016

Vollzitat:

"Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 780), die zuletzt durch Artikel 6 Absatz 9 des Gesetzes vom 19. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2672) geändert worden ist"

**Stand:** Zuletzt geändert durch Art. 6 Abs. 9 G v. 19.12.2018 I 2672

## Fußnote

(+++ Textnachweis ab: 22.4.2016 +++)  
(+++ Zur Anwendung vgl. §§ 27 Abs. 2, 27 Abs. 6 +++)

## Eingangsformel

Das Bundesministerium der Finanzen verordnet auf Grund

- des § 160 Satz 1 Nummer 6 in Verbindung mit Satz 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vom 1. April 2015 (BGBl. I S. 434),
- des § 160 Satz 1 Nummer 1 bis 5 und 7 in Verbindung mit Satz 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vom 1. April 2015 (BGBl. I S. 434) im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz:

## Inhaltsübersicht

### Kapitel 1 Methoden zur Berechnung der Prämien und Rückstellungen

- § 1 Versicherungsmathematische Methoden in der Krankenversicherung
- § 2 Rechnungsgrundlagen
- § 3 Gleiche Rechnungsgrundlagen
- § 4 Rechnungszins
- § 5 Ausscheideordnung
- § 6 Kopfschäden
- § 7 Sicherheitszuschlag
- § 8 Grundsätze für die Bemessung der sonstigen Zuschläge
- § 9 Dokumentationspflichten
- § 10 Prämienberechnung
- § 11 Berechnung der Prämien bei Prämienanpassung

### Kapitel 2 Tarifwechsel

- § 12 Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz
- § 13 Anrechnung der erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung bei einem Tarifwechsel
- § 14 Übertragungswert

### Kapitel 3 Prämienanpassung

- § 15 Verfahren zur Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen  
§ 16 Verfahren zur Gegenüberstellung der kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten und der zuletzt veröffentlichten Sterbewahrscheinlichkeiten  
§ 17 Vorlagefristen

### Kapitel 4 Alterungsrückstellung

- § 18 Alterungsrückstellung  
§ 19 Ermittlung des Überzinses  
§ 20 Verteilung der Direktgutschrift  
§ 21 Verteilung des Betrages nach § 150 Absatz 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes  
§ 22 Mindestzuführung zur Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

### Kapitel 5 Mitteilungspflichten und Ordnungswidrigkeiten

- § 23 Mitteilungspflichten von Daten zu den Versicherungsbeständen  
§ 24 Ordnungswidrigkeiten

### Kapitel 6 Schlussvorschriften

- § 25 Leistungen wegen Schwangerschaft und Mutterschaft  
§ 26 Ausnahmenvorschrift  
§ 27 Übergangsvorschriften  
§ 28 Inkrafttreten  
Anlage 1 Prämienberechnung nach § 10 Absatz 5, § 11 Absatz 2 und § 13 Absatz 5  
Anlage 2 Berechnung des Grundkopfschadens und der erforderlichen Versicherungsleistungen nach § 15 Absatz 2 und 3

## **Kapitel 1 Methoden zur Berechnung der Prämien und Rückstellungen**

### **§ 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, 14 und 18.

### **§ 2 Rechnungsgrundlagen**

(1) Rechnungsgrundlagen sind:

1. der Rechnungszins,
2. die Ausscheideordnung,
3. die Kopfschäden,
4. der Sicherheitszuschlag,
5. die sonstigen Zuschläge und
6. die Übertrittswahrscheinlichkeiten zur Berechnung des Übertragungswertes nach § 14.

(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 Prozent nicht übersteigen.

### **§ 5 Ausscheideordnung**

(1) Die Ausscheideordnung enthält die Annahmen zur Sterbewahrscheinlichkeit und zu 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 § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes dürfen außer den Sterbewahrscheinlichkeiten sowie den Wahrscheinlichkeiten des Abgangs 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; sie sind für jeden Tarif in Abhängigkeit vom Alter des Versicherten zu ermitteln. 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 den von der Bundesanstalt veröffentlichten Tabellen zugrunde liegen, 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) Die Teilkopfschäden für Leistungen nach § 25 Satz 1 Nummer 2 sind für alle Alter gesondert zu ermitteln. Die entsprechenden rechnungsmäßigen Teilkopfschäden sind auf alle Alter gleichmäßig zu verteilen.

### **§ 7 Sicherheitszuschlag**

In die Prämie ist ein Sicherheitszuschlag von mindestens 5 Prozent 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 § 154 des Versicherungsaufsichtsgesetzes,
7. für den Basistarif zusätzlich den Zuschlag zur Umlage der Mehraufwendungen durch Vorerkrankungen und
8. den Zuschlag für den Standardtarif.

(2) Für die Bemessung der sonstigen Zuschläge sind die tatsächlichen Aufwendungen jeweils gesondert zu erfassen. Die sonstigen 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 Absatz 4 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 der Höhe 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 Pflege tagegeldtarife.

(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.

### **Fußnote**

(+++ § 8 Abs. 3 S. 3: Zur Anwendung vgl. § 27 Abs. 2 +++)

### **§ 9 Dokumentationspflichten**

Alle rechnermäßigen 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.

(2) Der Teil der Prämie, der zur Finanzierung des Übertragungswerts nach § 14 erforderlich ist, ist für den Vollversicherungsschutz jeder versicherten Person einheitlich zu kalkulieren.

(3) Abweichend von Absatz 1 dürfen Versicherte bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres in der Altersgruppe der Kinder, bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres in der Altersgruppe der Jugendlichen 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.

(4) Planmäßig steigende Prämien dürfen für Versicherte kalkuliert werden, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie in Ausbildungstarifen bis zum vollendeten 39. Lebensjahr der Versicherten.

(5) Für die Prämienberechnung des Neuzugangs sind die Formeln des Abschnitts A der Anlage 1 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 § 150 Absatz 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 der Anlage 1 oder andere geeignete Formeln, die den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik entsprechen, zu verwenden. Eine dabei erforderliche Absenkung des Rechnungszinses um mehr als 0,4 Prozentpunkte kann stufenweise in Zeiträumen von 12 Monaten ab dem Zeitpunkt der Prämienanpassung erfolgen, wobei sich die Höchstzahl der Stufen aus der gleichmäßigen Verteilung der erforderlichen Absenkung auf Stufen von 0,3 Prozentpunkten ergibt. Weitere Möglichkeiten der Verwendung von Mitteln zur Begrenzung von Prämienerrhöhungen bleiben unberührt. In die Prämien der Versicherten, die das 45. Lebensjahr vollendet haben, dürfen keine erneuten einmaligen Kosten eingerechnet werden.

## **Kapitel 2 Tarifwechsel**

### **§ 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 sowie
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

1. zwischen einem gesetzlichen Versicherungsschutz mit Ergänzungsschutz der privaten Krankenversicherung und einer substitutiven Krankenversicherung sowie
2. zwischen einem Versicherungsschutz in der Pflegekosten- und Pfl egetagegeldversicherung ohne Pflegezulageberechtigung und einer Pflege-Zusatzversicherung mit Pflegezulageberechtigung gemäß § 127 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

(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 § 150 Absatz 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 die Prämie zum ursprünglichen Eintrittsalter nicht unterschreitet. In diesem Fall ist der nicht angerechnete Teil der Alterungsrückstellung der Rückstellung zur Prämienermäßigung im Alter des Versicherten gutzuschreiben. 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) Bei Versicherten, die nach einem Wechsel gemäß § 204 Absatz 1 Nummer 2b des Versicherungsvertragsgesetzes 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 § 14 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 angerechnete Teil der Alterungsrückstellung ist in diesen Fällen zugunsten der Senkung des Zuschlags gemäß § 8 Absatz 1 Nummer 7 zu verwenden.

(3) 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 Absatz 1 Satz 2 Nummer 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.

(4) Stellt der Versicherte nach einer Herabsetzung nach Absatz 3 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.

(5) Für die Prämienberechnung bei Umstufungen sind die Formeln des Abschnitts B der Anlage 1 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 4 dürfen nicht erneut einmalige Abschlusskosten eingerechnet werden.

### **§ 14 Übertragungswert**

(1) Der Übertragungswert gemäß § 146 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 § 149 des Versicherungsaufsichtsgesetzes entstanden ist, und
2. der Alterungsrückstellung für die gekündigten Tarife bis zur Höhe der fiktiven Alterungsrückstellung; ergibt sich ein negativer Wert, wird er durch Null ersetzt.

Die Alterungsrückstellung für die gekündigten Tarife ist die gemäß § 341f Absatz 1 des Handelsgesetzbuchs 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. Die fiktive Alterungsrückstellung ist die Alterungsrückstellung, die sich ergeben hätte, wenn der Versicherte von Beginn an im Basistarif versichert gewesen wäre. Bei ihrer Berechnung sind die Rechnungsgrundlagen des brancheneinheitlichen Basistarifs nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu verwenden.

(2) Der Übertragungswert für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge berechnet sich als Summe aus

1. der Alterungsrückstellung, die aus dem Beitragszuschlag nach § 149 des Versicherungsaufsichtsgesetzes entstanden ist, und
2. der Alterungsrückstellung für die gekündigten Tarife bis zur Höhe der fiktiven Alterungsrückstellung; ergibt sich ein negativer Wert, wird er durch Null ersetzt.

Die Alterungsrückstellung für die gekündigten Tarife ist die gemäß § 341f Absatz 1 des Handelsgesetzbuchs berechnete Alterungsrückstellung. Die fiktive Alterungsrückstellung ist die Alterungsrückstellung, die sich ergeben hätte, wenn der Versicherte von Beginn an im Basistarif versichert gewesen wäre. Sie wird ermittelt aus dem anrechenbaren Alter des Versicherten und der zu diesem Alter und zu dem erreichten Alter gehörenden Alterungsrückstellung, die sich aus den Rechnungsgrundlagen der Erstkalkulation des brancheneinheitlichen Basistarifs gemäß § 152 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. Dies gilt auch 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) Ist der Vertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen worden und wechselt der Versicherte gemäß § 204 Absatz 1 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes in den Basistarif des eigenen oder eines anderen Versicherers, berechnet sich der Übertragungswert nach Absatz 2. Bei einer Kündigung des Vertrages, in den der Versicherte nach Satz 1 gewechselt ist, mit gleichzeitigem 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, so gilt die Alterungsrückstellung als Übertragungswert im Sinne des § 148 Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes.

## **Kapitel 3 Prämienanpassung**

### **§ 15 Verfahren zur Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen**

(1) Die Gegenüberstellung nach § 155 Absatz 3 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 Absatz 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 der Anlage 2 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 der Anlage 2. Bei der Gegenüberstellung nach § 155 Absatz 3 Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist der tatsächliche, auf den 18 Monate 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. Die von der Bundesanstalt veröffentlichten Wahrscheinlichkeitstabellen sind auch dann zu verwenden, wenn das Unternehmen auf die Rechnungsgrundlagen der Erstkalkulation nach Satz 1 nicht zurückgreifen kann. 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 rechnermäßigen Ansätzen in den technischen Rechnungsgrundlagen für die Pflegekrankenversicherung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. um mehr als 10 Prozent 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 rechnermäßigen Ansatz um mehr als 10 Prozent abweichen.

## **§ 16 Verfahren zur Gegenüberstellung der kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten und der zuletzt veröffentlichten Sterbewahrscheinlichkeiten**

(1) Die Gegenüberstellung nach § 155 Absatz 4 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 nach der Formel in Anlage 1 mit Rechnungszins und rechnermäßigen Kopfschäden der betrachteten Beobachtungseinheit sowie mit der zuletzt von der Bundesanstalt veröffentlichten Sterbetafel zu bestimmen. Als Barwert der kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten ist der Leistungsbarwert nach der Formel in Anlage 1 mit Rechnungszins, rechnermäßigen Sterbewahrscheinlichkeiten und rechnermäßigen Kopfschäden der betrachteten Beobachtungseinheit zu bestimmen. Stornowahrscheinlichkeiten dürfen bei der Berechnung der Barwerte gemäß den Sätzen 2 und 3 nicht berücksichtigt werden. Für die Altersbereiche von 21 bis 45 Jahren, von 46 bis 70 Jahren sowie von 71 bis 95 Jahren 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 drei Altersbereiche gemäß Satz 5 ermittelten Werte anzusehen.

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

## **§ 17 Vorlagefristen**

(1) Spätestens vier Monate nach dem Ende des Beobachtungszeitraumes hat das Versicherungsunternehmen die kommentierte Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen nach § 155 Absatz 3 Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes dem Treuhänder und der Aufsichtsbehörde vorzulegen. Wird der in den Versicherungsbedingungen festgelegte Prozentsatz überschritten, jedoch von einer Neukalkulation abgesehen, so sind die Gegenüberstellungen der tatsächlichen und der rechnermäßigen Versicherungsleistungen der letzten vier Beobachtungszeiträume auf der Grundlage der aktuell gültigen Rechnungsgrundlagen beizufügen.

(2) Zugleich mit der Meldung gemäß Absatz 1 ist die Gegenüberstellung gemäß § 155 Absatz 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes dem Treuhänder und der Aufsichtsbehörde vorzulegen.

(3) 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.

## **Kapitel 4 Alterungsrückstellung**

### **§ 18 Alterungsrückstellung**

Bei der Berechnung der Alterungsrückstellung nach § 341f des Handelsgesetzbuchs und § 25 Absatz 5 der Versicherungsunternehmens-Rechnungslegungsverordnung 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.

### **§ 19 Ermittlung des Überzinses**

(1) Zur Ermittlung des Überzinses, den ein Versicherungsunternehmen bei der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegekrankenversicherung erwirtschaftet, ist der Durchschnittszinssatz heranzuziehen. Der Durchschnittszinssatz errechnet sich aus der Summe der Erträge aus Kapitalanlagen (Posten I.3 im Formblatt 3 der Versicherungsunternehmens-Rechnungslegungsverordnung) vermindert um die Summe der Aufwendungen für Kapitalanlagen (Posten I.10 im Formblatt 3 der Versicherungsunternehmens-Rechnungslegungsverordnung) und sodann dividiert durch das arithmetische Mittel des Buchwertes der Kapitalanlagen (Posten C der Aktivseite im Formblatt 1 der Versicherungsunternehmens-Rechnungslegungsverordnung, Betrag am Ende des Vorjahres und am Ende des Geschäftsjahres).

(2) Soweit bei einem Versicherungsunternehmen keine einheitliche rechnungsmäßige Verzinsung der Alterungsrückstellungen erfolgt, ist für jede Bestandsgruppe mit einheitlicher rechnungsmäßiger Verzinsung der auf sie entfallende anteilige Überzins-Betrag zu ermitteln und bei der Verteilung zugrunde zu legen.

#### **Fußnote**

(+++ § 19: Zur Anwendung vgl. § 27 Abs. 6 +++)

### **§ 20 Verteilung der Direktgutschrift**

(1) Spätestens zum jeweiligen Bilanzstichtag ist, getrennt für jede Bestandsgruppe mit einheitlicher rechnungsmäßiger Verzinsung, der Betrag zu bestimmen, der nach § 150 Absatz 2 Satz 2 und 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes den Alterungsrückstellungen der Versicherten direkt gutzuschreiben ist; der Betrag wird auf die einzelnen Versicherten anteilig entsprechend den positiven Alterungsrückstellungen zum Ende des vorhergehenden Geschäftsjahres verteilt. Alterungsrückstellungen, die aus dem Beitragszuschlag nach § 149 des Versicherungsaufsichtsgesetzes sowie aus der Direktgutschrift nach § 150 Absatz 2 Satz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes entstanden sind, bleiben bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem der Versicherte das 65. Lebensjahr vollendet, bei dieser Gutschrift unberücksichtigt.

(2) Endet der Versicherungsvertrag hinsichtlich eines Tarifs bedingungsgemäß spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres, so ist ein nach § 150 Absatz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes jährlich gutzuschreibender Betrag auf die anderen Tarife des Versicherten, die die Voraussetzungen des § 150 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes erfüllen, zum Zeitpunkt der Gutschrift aufzuteilen. Bestehen derartige Tarife nicht, so ist der Betrag zur sofortigen oder auf höchstens fünf Jahre aufgeschobenen Prämienermäßigung zu verwenden.

#### **Fußnote**

(+++ § 20: Zur Anwendung vgl. § 27 Abs. 6 +++)

### **§ 21 Verteilung des Betrages nach § 150 Absatz 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes**

(1) Der nach § 150 Absatz 4 Satz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes errechnete verbleibende Teilbetrag ist auf die Tarife, die zu den in § 150 Absatz 1 Satz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes genannten Krankenversicherungen gehören, aufzuteilen. Verteilungsmaßstab ist die jeweilige Alterungsrückstellung zum Bilanzstichtag des Geschäftsjahres derjenigen Versicherten, die das 65. Lebensjahr vollendet haben. Alterungsrückstellungen, die aus dem Beitragszuschlag nach § 149 des Versicherungsaufsichtsgesetzes sowie aus der Direktgutschrift nach § 150 Absatz 2 Satz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes entstanden sind, bleiben bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem der Versicherte das 65. Lebensjahr vollendet, bei dieser Gutschrift unberücksichtigt. Muss ein Betrag nach § 150 Absatz 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes im Geschäftsjahr verwendet werden und zahlen alle Versicherten des Tarifs, für den dieser Betrag festgestellt worden ist, höchstens eine Prämie, die der Prämie 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 Prämie, die der Prämie zum ursprünglichen Eintrittsalter entspricht, 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 Tarife bei der Aufteilung nach Absatz 1 als ein Tarif.

(3) Gruppenversicherungsverträge mit Anspruch auf Überschussbeteiligung auf Grund vertraglich vereinbarter Abrechnung sind von der Verteilung nach Absatz 1 Satz 4 ausgenommen. Bei diesen Verträgen ist die Gutschrift nach § 150 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes bei der Ermittlung des Überschusses zu berücksichtigen. Soweit auf sie Beträge nach § 150 Absatz 2 und 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes entfallen, sind diese nur deren Versicherten gutzuschreiben.

## **Fußnote**

(+++ § 21: Zur Anwendung vgl. § 27 Abs. 6 +++)

## **§ 22 Mindestzuführung zur Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung**

(1) Zur Sicherstellung einer ausreichenden Mindestzuführung müssen die Versicherungsunternehmen in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung einen angemessenen Teil des Überschusses, der auf diese Versicherung entfällt, der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung zuführen. Der Überschuss berechnet sich nach folgender Formel:

$$a1 + a3 - b1 - b3.$$

Dabei sind:

- a1 = Betrag in der Nachweisung 231 Seite 2 Zeile 17 Spalte 01 der Versicherungsberichterstattungs-Verordnung,
- a3 = Betrag in der Nachweisung 231 Seite 2 Zeile 17 Spalte 03 der Versicherungsberichterstattungs-Verordnung,
- b1 = Betrag in der Nachweisung 231 Seite 2 Zeile 21 Spalte 01 der Versicherungsberichterstattungs-Verordnung,
- b3 = Betrag in der Nachweisung 231 Seite 2 Zeile 21 Spalte 03 der Versicherungsberichterstattungs-Verordnung.

Der Zuführungssatz beträgt 80 Prozent des nach den Sätzen 2 und 3 errechneten Überschusses. Die Mindestzuführung ist um die bereits nach § 150 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes gutgeschriebenen Überzinsen zu vermindern.

(2) Zur Sicherstellung einer ausreichenden Mindestzuführung müssen die Versicherungsunternehmen in der privaten Pflegepflichtversicherung im Sinne des § 148 des Versicherungsaufsichtsgesetzes einen angemessenen Teil des Überschusses, der auf diese Versicherung entfällt, der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung zuführen. Überschuss ist der Betrag in der Nachweisung 231 Seite 2 Zeile 17 Spalte 02 der Versicherungsberichterstattungs-Verordnung. Der Zuführungssatz beträgt 80 Prozent des Überschusses nach Satz 2.

(3) Zur Sicherstellung einer ausreichenden Mindestzuführung müssen die Versicherungsunternehmen in der geförderten Pflegevorsorge im Sinne des § 148 des Versicherungsaufsichtsgesetzes einen angemessenen

Teil des Überschusses, der auf diese Versicherung entfällt, der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung zuführen. Überschuss ist der Betrag in der Nachweisung 231 Seite 2 Zeile 17 Spalte 04 der Versicherungsberichterstattungs-Verordnung. Der Zuführungssatz beträgt 80 Prozent des Überschusses nach Satz 2. Die Mindestzuführung ist um den Betrag in der Nachweisung 231 Seite 2 Zeile 21 Spalte 04 der Versicherungsberichterstattungs-Verordnung zu vermindern.

(4) Zur Sicherstellung des durchschnittlichen Solvabilitätsbedarfs können die Mindestzuführungen vermindert werden, wenn für jedes der drei Vorjahre von folgender Summe mindestens 90 Prozent als Zuführung zur Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, als Direktgutschrift nach § 150 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes, als Zuführung zur Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung in der privaten Pflegepflichtversicherung und als Einstellungen in Gewinnrücklagen (Formblatt 200 Seite 7 Zeile 24 Spalte 04 der Versicherungsberichterstattungs-Verordnung) verwendet wurden und für das Geschäftsjahr verwendet werden:

$$c1 + c2 + c3 + c4 + c6.$$

Dabei sind:

- c1 = Betrag in der Nachweisung 231 Seite 1 Zeile 22 Spalte 02 der Versicherungsberichterstattungs-Verordnung,
- c2 = Betrag in der Nachweisung 231 Seite 1 Zeile 18 Spalte 02 der Versicherungsberichterstattungs-Verordnung,
- c3 = Betrag in der Nachweisung 231 Seite 1 Zeile 19 Spalte 02 der Versicherungsberichterstattungs-Verordnung,
- c4 = Betrag in der Nachweisung 231 Seite 1 Zeile 20 Spalte 02 der Versicherungsberichterstattungs-Verordnung,
- c6 = Betrag in der Nachweisung 231 Seite 1 Zeile 23 Spalte 02 der Versicherungsberichterstattungs-Verordnung.

Der Betrag, um den die Mindestzuführung unterschritten wird, ist den Rücklagen zuzuweisen. Dabei dürfen die anrechnungsfähigen Eigenmittel im Geschäftsjahr höchstens das Minimum der nachfolgenden Beträge erreichen:

1. das Zweifache des Betrages der zu bildenden Solvabilitätskapitalanforderung,
2. die Solvabilitätskapitalanforderung des Geschäftsjahres, vervielfacht mit dem aus den drei vorangegangenen Geschäftsjahren gebildeten Durchschnitt der Verhältnisse von anrechnungsfähigen Eigenmitteln zur Solvabilitätskapitalanforderung.

(5) Verfügt ein Krankenversicherungsunternehmen in einem Geschäftsjahr nicht mehr über anrechnungsfähige Eigenmittel in Höhe der Solvabilitätskapitalanforderung, so können unabhängig von den Voraussetzungen des Absatzes 4 Satz 1 die Mindestzuführungen zur Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung unterschritten werden, wenn der gesamte Überschuss nach Absatz 1 Satz 2 und 3, Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 Satz 2 zur Erhöhung der Rücklagen verwendet wird. In diesem Fall dürfen die Eigenmittel höchstens bis zu dem sich aus Absatz 4 Satz 4 ergebenden Grenzbetrag erhöht werden.

(6) Die anrechnungsfähigen Eigenmittel im Sinne der Absätze 4 und 5 berechnen sich nach § 89 Absatz 1 Satz 3 in Verbindung mit § 94 des Versicherungsaufsichtsgesetzes. Bei kleinen Versicherungsunternehmen im Sinne des § 211 des Versicherungsaufsichtsgesetzes sind abweichend von Satz 1 die Eigenmittel nach § 214 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 3 und 8 Buchstabe a des Versicherungsaufsichtsgesetzes maßgeblich.

(7) Die Aufsichtsbehörde ist über alle für die Unterschreitung der Mindestzuführungen 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.

## **Fußnote**

(+++ § 22: Zur Anwendung vgl. § 27 Abs. 6 +++)

## **Kapitel 5 Mitteilungspflichten und Ordnungswidrigkeiten**

### **§ 23 Mitteilungspflichten von Daten zu den Versicherungsbeständen**

(1) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, die die private Krankenversicherung betreiben, haben 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 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 Beihilfenvollversicherung, 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, unter Eliminierung der Werte der Neuzugänge der letzten drei Kalenderjahre und unter Eliminierung der Werte der Personen, deren Versicherung zum Zeitpunkt der Erfassung ruht:
  - a) die Anzahl der versicherten Personen in dem Tarif,
  - b) für die Kostenerstattung für ambulante Heilbehandlungen die abgegrenzten Rechnungsbeträge und die abgegrenzten Erstattungsbeträge, jeweils getrennt nach jeder absoluten und prozentualen Selbstbehaltstufe,
  - c) für die Kostenerstattung für stationäre Heilbehandlung die abgegrenzten Rechnungsbeträge und die abgegrenzten Erstattungsbeträge, jeweils getrennt für Versicherte, die
    - aa) nur allgemeine Krankenhausleistungen versichert haben,
    - bb) zusätzlich zu Doppelbuchstabe aa Unterbringung im Zweibettzimmer und wahlärztliche Behandlung versichert haben,
    - cc) zusätzlich zu Doppelbuchstabe aa Unterbringung im Einbettzimmer und wahlärztliche Behandlung versichert haben oder
    - dd) zusätzlich zu Doppelbuchstabe aa Unterbringung im Einbettzimmer, wahlärztliche Behandlung und Ersatzkrankenhaustagegeld bei Nichtinanspruchnahme des Einbettzimmers versichert haben,wobei außerdem nach jeder absoluten und prozentualen Selbstbehaltstufe zu trennen ist,
  - d) für die Kostenerstattung für Zahnbehandlung und Zahnersatz 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 das Krankentagegeld die abgegrenzte Anzahl der Leistungstage, jeweils getrennt nach der Karenzzeit,
  - f) für die Pflegekosten die abgegrenzte Anzahl der Pflegefälle, die abgegrenzte Anzahl der Pfl egetage, die abgegrenzten Rechnungsbeträge und die abgegrenzten Erstattungsbeträge jeweils getrennt nach ambulanten und stationären Leistungen sowie zusätzlich getrennt nach jeder Pflegestufe,
  - g) für die Pfl egetagegelder die abgegrenzte Anzahl der Pflegefälle und die abgegrenzte Anzahl der Pfl egetage.

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 die 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 Vereine im Sinne des § 210 des Versicherungsaufsichtsgesetzes sind von der Mitteilungspflicht nach Absatz 1 befreit.

## **§ 24 Ordnungswidrigkeiten**

Ordnungswidrig im Sinne des § 332 Absatz 3 Nummer 5 des Versicherungsaufsichtsgesetzes handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig entgegen § 17 eine dort genannte Gegenüberstellung oder Herleitung der neuen Prämie nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt.

## **Kapitel 6 Schlussvorschriften**

### **§ 25 Leistungen wegen Schwangerschaft und Mutterschaft**

Als Leistungen wegen Schwangerschaft und Mutterschaft sind diejenigen Leistungen anzusehen, die

1. in dem Zeitraum anfallen, der acht Monate vor einer Geburt beginnt und einen Monat nach einer Geburt endet;
2. auf Grund des § 192 Absatz 5 Satz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes erbracht werden in den dort maßgeblichen Zeiträumen.

Davon ausgenommen sind Leistungen, für die das Versicherungsunternehmen nachweisen kann, dass sie nicht im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft gestanden haben.

### **§ 26 Ausnahmegvorschrift**

Diese Verordnung findet mit Ausnahme der Regelung der § 5 Absatz 2, § 14 Absatz 6, § 22 Absatz 2 und 4 bis 7 sowie § 23 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe f und g keine Anwendung auf die Pflegepflichtversicherung.

### **§ 27 Übergangsvorschriften**

(1) Für die vor dem 1. Juli 1994 aufsichtsbehördlich genehmigten Tarife bestimmt sich die Bildung von Altersgruppen in den Prämienstufen nach den jeweiligen geschäftsplanmäßigen Regelungen. Bei Versicherungsverhältnissen, die nach dem 30. Juni 1994 und vor dem 27. November 1996 nach nicht aufsichtsbehördlich genehmigten Tarifen begründet worden sind, bestimmt sich die Altersgruppenbildung nach den für das Versicherungsverhältnis maßgebenden technischen Berechnungsgrundlagen.

(2) Auf vor dem 27. November 1996 geschlossene Verträge, bei denen die unmittelbaren Abschlusskosten durch einen laufenden Zuschlag gedeckt werden, findet § 8 Absatz 3 Satz 3 keine Anwendung.

(3) In Tarifen, die vor dem 21. Dezember 2012 eingeführt wurden, sind die Kopfschäden in Abhängigkeit vom Geschlecht und Alter des Versicherten zu ermitteln. Davon abweichend sind die Teilkopfschäden für Leistungen wegen Schwangerschaft und Mutterschaft aus den beobachteten Kopfschäden in Abhängigkeit vom Alter zu ermitteln und für jedes Alter die Teilkopfschäden entsprechend der Anzahl der Versicherten nach Geschlecht zu verteilen. Satz 2 gilt nicht für die freiwillige Pflegekrankenversicherung.

(4) In Tarifen, die vor dem 21. Dezember 2012 eingeführt wurden, müssen die rechnungsmäßigen Teilkopfschäden für Leistungen wegen Schwangerschaft und Mutterschaft geschlechtsunabhängig sein. Zur Festlegung dieser rechnungsmäßigen Teilkopfschäden dürfen innerhalb eines festgelegten zusammenhängenden Altersbereichs die gemäß Absatz 3 Satz 2 ermittelten Teilkopfschäden im Rahmen einer Glättung für alle Alter dieses Bereichs bis zur Höhe des Teilkopfschadens dieses Bereichs erhöht oder vermindert werden. Der sich auf Grund einer Glättung nach Satz 2 ergebende abgegrenzte Schaden darf nicht niedriger sein als der beobachtete abgegrenzte Schaden für Leistungen wegen Schwangerschaft und Mutterschaft. Darüber hinaus ist die geschlechtsunabhängige Verteilung der Leistungen wegen Schwangerschaft und Mutterschaft bei der Gegenüberstellung nach § 155 Absatz 3 Satz 1 und 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu berücksichtigen. Für Leistungen nach § 25 Satz 1 Nummer 2 ist die Glättung nach den Sätzen 2 und 3 gesondert durchzuführen mit der Maßgabe, dass die sich ergebenden rechnungsmäßigen Teilkopfschäden auf alle Alter gleichmäßig zu verteilen sind.

(5) In § 22 Absatz 4 Satz 3 Nummer 2 ist das Verhältnis der anrechnungsfähigen Eigenmittel zur Solvabilitätskapitalanforderung für Geschäftsjahre, die vor dem 1. Januar 2016 begonnen haben, jeweils anzusetzen mit dem Durchschnitt, der sich nach § 4 Absatz 2 Satz 3 Nummer 3 der Überschussverordnung vom

8. November 1996 (BGBl. I S. 1687), die durch Artikel 1 Nummer 3 der Verordnung vom 16. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2345) aufgehoben worden ist, in der bis zum 31. Dezember 2015 geltenden Fassung für das nach dem 31. Dezember 2015 beginnende Geschäftsjahr ergeben würde.

(6) Die §§ 19 bis 22 sind erstmals für das nach dem 31. Dezember 2015 beginnende Geschäftsjahr anzuwenden. Für das Geschäftsjahr, das vor dem 1. Januar 2016 begonnen hat, ist die Überschussverordnung vom 8. November 1996 (BGBl. I S. 1687) in der bis zum 31. Dezember 2015 geltenden Fassung anzuwenden.

## § 28 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

### **Anlage 1 (zu § 10 Absatz 5, § 11 Absatz 2 und § 13 Absatz 5) Prämienberechnung nach § 10 Absatz 5, § 11 Absatz 2 und § 13 Absatz 5**

(Fundstelle: BGBl. I 2016,790 - 791)

#### **A. Prämienberechnung des Neuzugangs**

- $x$  = Alter
- $\omega$  = Endalter der Sterbetafel
- $l_x$  = Anzahl der Lebenden
- $q_x$  = Sterbenswahrscheinlichkeit
- $w_x$  = Stornowahrscheinlichkeit
- $K_x$  = Kopfschaden
- $\alpha_x$  = einmalige unmittelbare Abschlusskosten, gemessen in Jahresprämien
- $\gamma$  = absolute Zuschläge
- $\Delta$  = relative Zuschläge, gemessen in Prozent 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:

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

## B. Prämienberechnung bei Prämienanpassungen und Umstufungen

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

$a_x''$  = 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:

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

mit

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

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

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

Der Ausdruck für  $B_u^{a/n}$  ändert sich entsprechend, wenn

- ein Kostenzuschlagssystem nach § 8 Absatz 4 Satz 4 verwendet wird,
- die einmaligen Sanierungskosten in anderer Weise eingerechnet werden,
- die unmittelbaren Abschlusskosten bei Umstufung in anderer Weise eingerechnet werden oder
- eine andere Formel für die Berechnung der Prämie des Neuzugangs nach § 10 Absatz 5 verwendet wird.

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

### Anlage 2 (zu § 15 Absatz 2 und 3)

#### Berechnung des Grundkopfschadens und der erforderlichen Versicherungsleistungen nach § 15 Absatz 2 und 3

(Fundstelle: BGBl. I 2016, 792)

#### 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

$L_x$  = 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  $x$ .