

Der Treuhänder in der privaten Krankenversicherung

Der Treuhänder in der privaten Krankenversicherung ist Vertreter der Interessen der Gesamtheit der Versicherungsnehmer. Er erfüllt eine Prüfungs- und Kontrollaufgabe, welche bis zur Umsetzung der dritten EWG-Richtlinie Schadenversicherung und Lebensversicherung 1994 durch die staatliche Genehmigungsbehörde erfolgte.

Sowohl bei Prämienänderungen (§ 155 VAG, § 203 Abs. 1 und 2 VVG) wie auch bei AVB-Änderungen (§ 203 Abs. 3 VVG) ist die Mitwirkung und Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders erforderlich, welche mit Wirkung für alle betroffenen Versicherungsnehmer deren an sich nach Vertragsrecht erforderliche Zustimmung ersetzt.

1. Die Aufgaben des Prämientreuhänders (mathematischer Treuhänder)

Der Grundgedanke für die Berechnung der Beiträge in der Privaten Krankenversicherung stimmt mit dem in allen Versicherungssparten überein: Verteilung des zu tragenden Risikos auf eine hinreichend große Gesamtheit, in der ein Ausgleich von guten und schlechten Risiken, guten und schlechten Zeitabschnitten der Einzelnen erfolgen kann. Zum Verständnis daher einige Ausführungen zur Berechnung der Prämien in der privaten Krankenversicherung: Im versicherungsmathematischen Modell der privaten Krankenversicherung sind zumindest in der substitutiven Krankenversicherung gemäß Versicherungsvertragsgesetz die Prämien nach „Art der Lebensversicherung“ zu berechnen. Eine wesentliche Basis bilden die rechnermäßigen Leistungen und dies sind Schätzwerte für die erwarteten tatsächlichen durchschnittlichen Schäden in Abhängigkeit vom Alter (und Geschlecht). Diese Durchschnittswerte (sogenannte Kopfschäden) bilden in der Regel eine monoton wachsende Zahlenreihe. Würde man wie in der Schadenversicherung als jährliche Prämie diese Kopfschäden zum erreichten Alter fordern, so wären die Prämien in der Jugend sehr niedrig, um dann im Alter auf unbezahlbare Werte anzusteigen. In Deutschland wird seit vielen Jahren als versicherungsmathematischer Prämienansatz eine auf Dauer konstante Prämie angesetzt unter der Forderung, dass die zu erwartende künftige Prämieinnahme – die natürlich auch von der anzusetzenden Lebenserwartung abhängt – übereinstimmt mit den zu erwartenden künftigen Leistungen an den „durchschnittlichen Versicherten“ (Äquivalenzprinzip). In diese Äquivalenzberechnung gehen natürlich z.B. auch der Zins und die Sterblichkeit (Lebenserwartung) ein und eben die genannten rechnermäßigen Kopfschäden. Diese auf Dauer konstante Prämie ist zu Beginn zu hoch, reicht jedoch meist nach einem gewissen Zeitraum schon nicht mehr aus, die für das jeweils erreichte Alter prognostizierten Kopfschäden zu decken. Daher werden von diesem Alter an aus den zu Beginn angesammelten (und verzinsten) rechnermäßigen Prämienmehreinnahmen (Alterungsrückstellung) nun Mittel abgezogen. Ohne jede Kostensteigerung wäre die zu Beginn eines Vertrages erhobene Tarifprämie tatsächlich versicherungslebenslang konstant.

Eine wesentliche Rechnungsgrundlage für die im fortschreitenden Alter zu erwartenden Krankheitsaufwendungen sind also die rechnermäßigen Kopfschäden, die wie stets in der Versicherungsmathematik nur aus Daten der Vergangenheit zu ermitteln sind. Ist die Anzahl der Versicherten in einem Tarif ausreichend groß, so erhält man für mehrere Beobachtungsjahre eine altersabhängige Zahlen-

reihe von Durchschnittsschäden, indem man die an die Versichertengesamtheit des betreffenden Alters für ein Kalenderjahr gezahlten Leistungen durch die Anzahl der Personen der betreffenden Altersgruppe dividiert. Aus den Schätzreihen heraus muss man nun „vernünftige“ rechnerische Kopfschäden nach den „anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik“ ermitteln. Diese Durchschnittsschäden (angefallene Kopfschäden) werden für alle Alter ermittelt und es gehen die jeweils angefallenen Leistungen ein. Damit wird deutlich, dass die Versichertengemeinschaft und ihr Krankheitsverhalten wie auch die sogenannte medizinische Inflation im Ganzen für Beitragssteigerungen verantwortlich ist.

Die oben erwähnte Äquivalenz von Prämieinnahme und künftigen Leistungen muss von einer definierten Lebenserwartung ausgehen, die aus einer offiziellen Sterbetafel zu ermitteln ist. Erhöht sich z.B. die Lebenserwartung, so sind länger Leistungen zu erbringen und es werden zwar auch länger Prämien gezahlt, die jedoch auf die ursprüngliche Lebenserwartung kalkuliert waren. Die Altersrückstellung reicht nun nicht mehr für den verlängerten Ausgleich aus und es muss „nachgezahlt“ werden. Gleiches gilt entsprechend auch für das einzukalkulierende Zinsniveau, welches aufgrund der aktuellen Zinssituation ebenfalls zu einer Verteuerung beiträgt. § 155 VAG legt in den Abschnitten (3) und (4) im Zusammenhang mit der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) fest, ob und nach welchen Kriterien eine Beitragsüberprüfung grundsätzlich erforderlich ist.

Die Berechnung der Prämien hat dann nach versicherungsmathematischen Grundsätzen zu erfolgen auf der Grundlage aktueller, stimmiger und aussagefähiger Statistiken unter Berücksichtigung des im Tarif festgestellten Schadenverlaufs und unter evtl. Korrektur aller in die Berechnungen eingehenden Rechnungsgrundlagen. Die dazu erforderlichen Verfahren sind in einer Technischen Rechnungsgrundlage festgeschrieben und es darf von ihnen nicht abgewichen werden.

Gemäß § 203 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) „ist der Versicherer bei einer als nicht nur vorübergehend anzusehenden Veränderung des tatsächlichen Schadenbedarfs gegenüber der Technischen Rechnungsgrundlage und der daraus berechneten Prämie berechtigt, die Prämie entsprechend den berichtigten Rechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, ...“. Die Rechnungsgrundlagen sind in der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) aufgelistet. Gemäß § 2 Abs. 3 KVAV sind sie ausreichend sicher festzusetzen. Neben der Abschätzung des künftigen Schadenbedarfs und damit der Bereinigung der Äquivalenzstörung gehören gemäß § 4 KVAV zu den Rechnungsgrundlagen der Rechnungszins und gemäß § 5 KVAV auch die Sterbenswahrscheinlichkeiten und Abgangswahrscheinlichkeiten, die ebenfalls „unter dem Gesichtspunkt vorsichtiger Risikoeinschätzung festzulegen“ sind.

Nun ist das Risiko Krankheit abhängig vom Alter des Betroffenen (mit steigendem Alter wachsen in der Regel Schadenwahrscheinlichkeit und Schadenhöhe) und vom Geschlecht. Die Abhängigkeit vom Geschlecht wird deutlich, wenn man sich vor Augen hält, dass es geschlechtsabhängige Leistungsbeispiele gibt und die Frauen z.B. eine höhere Lebenserwartung haben. Allerdings ist eine geschlechtsabhängige Kalkulation für Neuverträge ab 2013 nicht mehr zulässig. Die Abhängigkeit vom Alter ist evident: Mit wachsendem Alter nehmen Erkrankungen zu. In den allgemeinen Definitionen zum Begriff Versicherung findet man oft die Redewendung „Vereinigung vieler von der gleichen Schadenmöglichkeit bedrohter Personen“. Darunter ist in der PKV jeweils eine sog. möglichst „risikohomogene“ Gruppe zu verstehen, d.h. etwa eine Gruppe gleichaltriger Männer oder Frauen in einem Tarif. Ist der Umfang einer solchen Gruppe hoch genug, so können zur Festlegung der zu erwartenden Schäden Durchschnittswerte berechnet werden und es kann erwartet werden, dass der tatsächliche Durchschnittswert sich vom rechnerisch angesetzten nicht wesentlich unterscheiden wird. Dies

gilt gleichermaßen für Prämie, Schadenerwartung und Alterungsrückstellung: Auf Grund des Ansatzes einer auf Dauer konstanten Prämie ist für das mit dem Alter wachsende Risiko, das nach einigen Jahren von der Prämie keineswegs mehr gedeckt ist, eine Rückstellung zu bilden, die sogenannte Alterungsrückstellung. Sie wird nach vorgeschriebenen versicherungsmathematischen Methoden errechnet und stimmt mit großer Wahrscheinlichkeit nur für einen hinreichend großen risikohomogenen Bestand. Allein durch Älterwerden darf sich nun die Prämie nicht erhöhen. Steigt die Schadenerwartung jedoch, so ist zum unveränderten bisherigen Beitrag für diese zusätzliche Schadensteigerung ein Zusatzbeitrag zu leisten, der dann auf Grund der einzurechnenden Wahrscheinlichkeiten vom erreichten Alter des Versicherten abhängt. Ein kleines, allerdings sehr vereinfachtes und vergrößertes Beispiel möge die Vorgehensweise erläutern:

Ein Versicherter sei mit Alter 30 in einen Tarif eingetreten. Zu diesem Zeitpunkt möge der Tarifbeitrag und damit sein Eintrittsbeitrag 200 € betragen. Der Tarifbeitrag für einen 35-Jährigen Neueintretenden betrage zum gleichen Zeitpunkt 300 €. Nach 5 Jahren wird festgestellt, dass die ursprüngliche Schadensschätzung nicht mehr ausreicht. Das Versicherungsunternehmen muss daher auf Grund gesetzlicher Regelungen die Beiträge erhöhen, um wieder eine Ausgeglichenheit zwischen künftiger erwarteter Beitragseinnahme und künftiger erwarteter Schadenausgabe herzustellen. Nehmen wir weiter an, die Kostensteigerung über diese 5 Jahre betrage 20 % und daher müssen - unter Vernachlässigung sämtlicher weiterer Einflussgrößen - die Tarifbeiträge um ebenfalls 20 % erhöht werden. Der neue Tarifbeitrag beträgt somit nach Anpassung:

für das Alter 30:	240 €
für das Alter 35:	360 €

Da der Versicherte inzwischen 35 Jahre alt ist, entspricht sein künftiges Krankheitsrisiko nunmehr dem eines 35-Jährigen. Auf Grund der Alterungsrückstellung muss er nun aber nicht den Neueintrittsbeitrag eines 35-Jährigen zahlen (360 €), sondern zusätzlich zu seinem bisherigen Beitrag den der Schadensteigerung entsprechenden Zusatzbeitrag zum erreichten Alter ($360 € - 300 € = 60 €$), d.h. insgesamt $200 € + 60 € = 260 €$. Die absolute Steigerung um 60 € entspricht der Zunahme des künftigen Krankheitsrisikos für den nun 35-Jährigen. Es ist deutlich zu sehen, dass die Steigerung des Zahlbeitrages (30 %) höher ist, als die Kostensteigerung (20 %). Andererseits zahlt er immer noch deutlich weniger ($360 € - 260 € = 100 €$) als ein nun mit dem Alter 35 Neuversicherter.

Die Aufgaben des Prämientreuhänders werden im Einzelnen in § 155 VAG in Verbindung mit § 203 Abs. 1 und 2 VVG geregelt. Demnach dürfen bei einer Krankenversicherung, bei der das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers ausgeschlossen ist, Prämienänderungen erst in Kraft gesetzt werden, nachdem ein unabhängiger Treuhänder die erforderlichen Berechnungsgrundlagen überprüft und der Änderung zugestimmt hat.

Vorgeschaltet jedoch ist diesem Vorgang die Prüfung der in § 203 Abs. 2 VVG angesprochenen Änderung des Schadenbedarfs und der Lebenserwartung bzw. der in § 155 Abs. 3 und 4 VAG sowie ggf. in den vertraglichen Anpassungsklauseln definierten Indikatoren, nämlich der auslösenden Faktoren als Maß für den Vergleich von erforderlichen und rechnungsmäßigen Versicherungsleistungen bzw. Sterbewahrscheinlichkeiten. Erst eine durch diesen Vergleich aufgezeigte Äquivalenzstörung kann nach bestehendem Recht die Voraussetzungen für eine Prämienänderung durch Anpassung begründen.¹

¹ § 17 Abs. 1 KVAV: 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 Vomhundertsatz überschritten, jedoch von einer Neukalkulation abgesehen, so sind die Gegenüberstellungen der tatsächlichen und

Sofern sich die Äquivalenzstörung bei den Versicherungsleistungen als nicht vorübergehend erweist bzw. eine Äquivalenzstörung bei der Sterblichkeit vorliegt (diese wird bereits per Gesetz als nicht vorübergehend angesehen), müssen die Beiträge den geänderten Verhältnissen angepasst werden; das Unternehmen hat hier keine Wahl. Die Berechnung der Prämien hat dann nach versicherungsmathematischen Grundsätzen auf der Grundlage aktueller, stimmiger und aussagefähiger Statistiken unter Berücksichtigung des im Tarif festgestellten Schadenverlaufs und unter evtl. Korrektur der sonstigen in die Berechnungen eingehenden Rechnungsgrundlagen zu erfolgen.

Dem Treuhänder sind sämtliche für die Prüfung der Prämienänderungen erforderlichen technischen Rechnungsgrundlagen einschließlich der hierfür benötigten kalkulatorischen Herleitungen und statistischen Nachweise vorzulegen. In den technischen Rechnungsgrundlagen sind die Grundsätze für die Berechnung der Prämien und Alterungsrückstellung einschließlich der verwendeten Rechnungsgrundlagen und mathematischen Formeln vollständig darzustellen; von diesen darf bei der Berechnung der individuellen Prämien nicht abgewichen werden.

Die Zustimmung des unabhängigen Treuhänders ist nun rechtliche Voraussetzung für die vom Versicherer beabsichtigte Änderung und ersetzt mit Wirkung für alle betroffenen Versicherungsnehmer deren nach Vertragsrecht notwendige Zustimmung. Der Treuhänder ist somit nicht Vertreter eines einzelnen Versicherten, sondern Vertreter der Gesamtheit der Versicherten des Tarifs und er hat seine Prüfung im Interesse der Versicherten vorzunehmen.

Er hat deshalb die Prämienänderung nicht nur darauf zu überprüfen, ob alle vom Gesetz vorgesehenen Vorschriften eingehalten wurden, sondern dass sie in der berechneten Höhe dem veränderten Schadenbedarf unter Einbeziehung der geänderten Lebenserwartung entspricht. Bei dieser Überprüfung hat er darauf zu achten, dass die Prämien in der vorgesehenen Höhe erforderlich sind, um die künftige dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistungen an die Versichertengemeinschaft – bei unverändertem künftigen Schadenbedarf – zu gewährleisten. Der mathematische Treuhänder in der Krankenversicherung hat also zu überprüfen, ob die Beiträge auf der Basis der Schadenauswertungen mehrerer Rechnungsjahre unter Verwendung stimmiger Rechnungsgrundlagen (Ausscheidewahrscheinlichkeiten, Kostenzuschläge, u.a.) und des Formelwerks der anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den in Frage kommenden Bestand korrekt berechnet wurden, unabhängig von der Entwicklung der Beiträge der Einzelperson.²

Nur wenn der Treuhänder auf Grund seiner Prüfung zu dem begründeten – und nachvollziehbaren – Schluss kommt, dass die Berechnungen unangemessen sind, d.h. nicht der Schadenentwicklung entsprechen, seien sie zu hoch oder auch zu niedrig, oder andere Rechnungsgrundlagen nicht akzeptabel sind, hat er seine Zustimmung zu verweigern. Die Zustimmung ist zu erteilen, wenn die Berechnung der Prämien mit den dafür bestehenden Rechtsvorschriften in Einklang steht. Bei relativ hohen Beitragssteigerungen wird der Versicherer in der Regel die Beitragserhöhungen nach oben begrenzen bzw. limitieren, um die Steigerung zumutbar zu halten. Für die Finanzierung dieser Beitragsnachlässe sind beträchtliche Geldmittel erforderlich, die den Versicherten zum Zeitpunkt der Beitragsanpassung kalkulatorisch zuzuschreiben sind. Größtenteils kommen diese Finanzierungsmittel aus der

der rechnungsmäßigen Versicherungsleistungen der letzten vier Beobachtungszeiträume auf der Grundlage der aktuell gültigen Rechnungsgrundlagen beizufügen.

² Die bei der Beitragsänderung zu berücksichtigenden Komponenten sind in der „Verordnung betreffend die Aufsicht über die Geschäftstätigkeit in der privaten Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsverordnung – KVAV)“ festgelegt.

Rückstellung für Beitragsrückerstattung, in der die für die Versicherten zu verwendenden Unternehmensüberschüsse angesammelt werden. Dem Unternehmen obliegt die Pflicht, diese Überschussmittel im Rahmen der gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen für die Versicherten zu verwenden.

Weiter hat der Gesetzgeber dem Treuhänder die zusätzliche Aufgabe zugewiesen, die Verwendung dieser Überschussmittel gemäß § 155 Abs. 2 VAG zu überprüfen, zumal durch die Verwendungsart „Beitragslimitierung“ ein enger Sachzusammenhang mit der vom Treuhänder zu prüfenden Beitragsanpassung besteht. Dabei hat der Prämientreuhänder insbesondere die Zumutbarkeit von Beitragssteigerungen für die Gemeinschaft der „älteren Versicherten“ zu prüfen. Gemäß § 155 Abs. 2 VAG obliegt es dem Prämientreuhänder, „dem Gesichtspunkt der Zumutbarkeit der prozentualen und absoluten Prämiensteigerungen für die älteren Versicherten ausreichend Rechnung zu tragen“. Dabei ist der Begriff „älterer Versicherter“ an verschiedenen Stellen des VAG definiert als ein Versicherter mit einem zum Zeitpunkt der Anpassung erreichten Alter von 65 Jahren oder mehr. Mit diesem „Recht“ des Treuhänders muss jedoch sehr umsichtig umgegangen werden, da bei zu starker Limitierung eines Tarifs evtl. nicht mehr genug Mittel für andere Tarife zur Verfügung stehen und so die Belange anderer Versicherter beeinträchtigt werden – auch dies ist nach § 155 Abs. 2 VAG zu vermeiden.

Die Zumutbarkeit einer Prämienerrhöhung ist allerdings subjektiv interpretierbar und bedarf einer Objektivierung. So kann in einem Tarif eine Steigerung von 50 % noch zumutbar sein, da die absolute Erhöhung gering ist, in einem anderen Tarif sind evtl. bereits 20 % kaum zu akzeptieren. Eine individuelle Betrachtung, d.h. eine Betrachtung bezogen auf den einzelnen Versicherten, ist ausgeschlossen. Wenn überhaupt, kann Zumutbarkeit nur kollektiv für eine Tarifgemeinschaft oder eine Vertragsgemeinschaft definiert werden. Bei der Bewertung der Zumutbarkeit von Beitragssteigerungen können verschiedene Komponenten, wie etwa die seit der letzten Anpassung verstrichene Zeit, die Art des Tarifs (Voll-, Ergänzungsversicherung), maximale absolute und prozentuale Steigerungen, andere Steigerungsraten (z.B. Steigerung in der GKV) zu berücksichtigen sein.

Limitierungsmaßnahmen und ihre Begründung hinsichtlich der gesetzlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen hat das Versicherungsunternehmen dem Prämientreuhänder zur Prüfung vorzulegen. Die Rolle des Treuhänders bei dieser Prüfung besteht darin, dass die gesetzlichen und vertraglichen Rechte der Versicherten bei der Limitierungsmaßnahme gewahrt werden. Dabei hat er insbesondere zu überprüfen, ob das Versicherungsunternehmen bei seiner Entscheidung über die Verwendung der zur Verfügung stehenden Mittel eine angemessene Verteilung auf die Tarifgemeinschaften vorgesehen und der Zumutbarkeit der Prämiensteigerungen für ältere Versicherungsnehmer Rechnung getragen hat.

Fazit:

§ 155 (1) VAG: Der Treuhänder hat zu prüfen, ob die Berechnung der Prämien mit den da-für bestehenden Rechtsvorschriften in Einklang steht. Dazu sind ihm sämtliche für die Prüfung der Prämienänderungen erforderlichen technischen Berechnungsgrundlagen einschließlich der hierfür benötigten kalkulatorischen Herleitungen und statistischen Nachweise vorzulegen. In den technischen Berechnungsgrundlagen sind die Grundsätze für die Berechnung der Prämien und Alterungsrückstellung einschließlich der verwendeten Rechnungsgrundlagen und mathematischen Formeln vollständig darzustellen. Die Zustimmung ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Satzes 2 erfüllt sind.

§ 1 KVAV: 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.

Ausgangspunkt aller Prüfungen können also nur die Angaben sein, die in den Technischen Berechnungsgrundlagen enthalten sind. Dies sind einerseits die mathematischen Formeln, anhand derer die Einhaltung der rechtlichen Vorschriften sowie die Anwendung gängiger versicherungsmathematischer Methoden erkennbar sein müssen. Das sind andererseits die Statistiken, die aus der IT abgezogen werden. Die Richtigkeit der Statistiken liegt dabei im Verantwortungsbereich des Verantwortlichen Aktuars.

Der Treuhänder hat dann die Rechengänge von den Statistiken bis zu den rechnungsmäßigen Ansätzen zu prüfen. Die Prüfung der Rechengänge schließt eine stichprobenartige Kontrolle des Zahlenmaterials und der Berechnungen sowie Plausibilitätsbetrachtungen mit ein.

Aufgabe des Treuhänders ist es nicht, den kompletten Prozess einer TB-Erstellung, beginnend bei der Gewinnung der statistischen Daten, deren Verarbeitung bis zur Umarbeitung in die TB zu prüfen. Dies ist Aufgabe der Revision des VU bzw. der BaFin bei örtlichen Prüfungen.

Gleiches gilt z.B. für die Unterlagen des AUZ (maßgeblich für die Festlegung des Rechnungszinses); die Treuhänder sind keine Kapitalanleger, die die Grundlagen für den AUZ prüfen können.

2. Die Aufgaben des Bedingungstreuhänders (juristischer Treuhänder)

Die Aufgaben des Bedingungstreuhänders werden in § 203 Abs. 3 VVG geregelt. Demnach kann gemäß § 203 Abs. 3 Satz 1 VVG der Versicherer bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens die Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen mit Zustimmung des unabhängigen (Bedingungs-)Treuhänders den veränderten Verhältnissen anpassen. Als Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens kommen vor allem Änderungen gesetzlicher Rahmenbedingungen (etwa im Bereich der Sozialversicherung oder auf die Heilberufe bezogener Vorschriften) in Betracht, hierneben aber auch tatsächliche Änderungen, wie z.B. infolge des medizinischen Fortschritts. Dabei muss die Anpassung zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich und angemessen sein. Die Erforderlichkeit in diesem Sinne ist dann gegeben, wenn ohne die Anpassung die dauernde Erfüllbarkeit der Verträge gefährdet oder das Vertragsverhältnis unter Aufrechterhaltung des Leistungsversprechens nicht sinnvoll fortführbar wäre. Die Anpassung darf dabei nicht weiter gehen, als dies durch die veränderten Rahmenbedingungen erforderlich ist, und sie muss angemessen sein, d.h. der Billigkeit entsprechen. Alle diese Voraussetzungen hat der unabhängige (Bedingungs-) Treuhänder zu prüfen und nur im Falle ihres Vorliegens die Zustimmung zur Anpassung der laufenden Verträge zu erteilen.

3. Die Voraussetzungen zur Bestellung des Treuhänders

Die Bestellung des Treuhänders ist in § 157 VAG geregelt:

(1) Zum Treuhänder darf nur bestellt werden, wer zuverlässig, fachlich geeignet und von dem Versicherungsunternehmen unabhängig ist, insbesondere keinen Anstellungsvertrag oder sonstigen Dienstvertrag mit dem Versicherungsunternehmen oder einem mit diesem verbundenen Unternehmen abgeschlossen hat oder aus einem solchen Vertrag noch Ansprüche gegen das Unternehmen besitzt. Die fachliche Eignung setzt ausreichende Kenntnisse auf dem Gebiet der Prämienkalkulation in

der Krankenversicherung voraus. Zum Treuhänder kann grundsätzlich nicht bestellt werden, wer bereits bei zehn Versicherungsunternehmen oder Pensionsfonds als Treuhänder oder Verantwortlicher Aktuar tätig ist. Die Aufsichtsbehörde kann eine höhere Zahl von Mandaten zulassen.

(2) Der in Aussicht genommene Treuhänder muss vor seiner Bestellung der Aufsichtsbehörde unter Angabe der Tatsachen, die für die Beurteilung der Anforderungen gemäß Absatz 1 wesentlich sind, benannt werden. Wenn Tatsachen vorliegen, aus denen sich ergibt, dass der in Aussicht genommene Treuhänder die Anforderungen nach Absatz 1 nicht erfüllt, kann die Aufsichtsbehörde verlangen, dass eine andere Person benannt wird. Werden nach der Bestellung Umstände bekannt, die nach Absatz 1 einer Bestellung entgegenstehen würden oder erfüllt der Treuhänder die ihm nach diesem Gesetz obliegenden Aufgaben nicht ordnungsgemäß, insbesondere bei Zustimmung zu einer den Rechtsvorschriften nicht entsprechenden Prämienänderung, kann die Aufsichtsbehörde verlangen, dass ein anderer Treuhänder bestellt wird. Erfüllt in den Fällen der Sätze 2 und 3 der in Aussicht genommene oder der neue Treuhänder die Voraussetzungen nicht oder unterbleibt eine Bestellung, so kann die Aufsichtsbehörde den Treuhänder selbst bestellen. Das Ausscheiden des Treuhänders ist der Aufsichtsbehörde unverzüglich mitzuteilen.

(3) Auf die Bestellung eines Treuhänders im Fall einer Vertragsanpassung nach § 203 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes sind Absatz 1 Satz 1, 3 und 4 sowie Absatz 2 entsprechend anzuwenden. Die fachliche Eignung setzt ausreichende Rechtskenntnisse, insbesondere auf dem Gebiet der Krankenversicherung, voraus.

Danach sind folgende Kriterien für die Bestellung maßgebend:

- Zuverlässigkeit³
- Fachliche Eignung
- Unabhängigkeit

Zuverlässigkeit wird häufig gleichgesetzt mit Authentizität und Pflichtbewusstsein, zuverlässig mit aufrichtig, erprobt, glaubwürdig und verantwortungsbewusst. All diese Prädikate sollten für die Bestellung eines Treuhänders gelten und nachhaltig erfüllt sein.

Die fachliche Eignung des Prämientreuhänders wird laut Gesetz durch ausreichende Kenntnisse auf dem Gebiet der Prämienkalkulation bzw. der Rechtskenntnisse im Bereich der Krankenversicherung erfüllt. Letztlich gelten hinsichtlich Zuverlässigkeit und fachliche Eignung des mathematischen Treuhänders, wenn auch nicht explizit erwähnt, ähnliche Kriterien wie für den Verantwortlichen Aktuar (§ 156 VAG): Er muss zuverlässig und fachlich geeignet sein. Fachliche Eignung setzt ausreichende Kenntnisse in der Versicherungsmathematik und Berufserfahrung voraus. Da der mathematische Treuhänder das „Pendant“ zum Verantwortlichen Aktuar hinsichtlich Prämienkalkulation und Verwendung der Überschussmittel darstellt, sollte er diesem auch theoretisch und praktisch gewachsen sein.

Die fachliche Eignung des Bedingungstreuhänders setzt ausreichende Rechtskenntnisse, insbesondere auf dem Gebiet der Krankenversicherung, voraus.

³ Hinsichtlich der Zuverlässigkeit gelten die gleichen Anforderungen wie an Vorstandsmitglieder (§ 24 Abs. 1 S. 1 VAG) eines Versicherungsunternehmens. Bei der beabsichtigten Bestellung eines Treuhänders ist z. B. von diesem ein polizeiliches Führungszeugnis vorzulegen. Die Beurteilung der Zuverlässigkeit ist eine gewerberechtliche Anforderung (§ 35 Abs. 1 GewO), die hier nicht weiter vertieft werden soll (vgl. dazu Prölss/Präve, VAG, 12. Aufl. 2005, § 7 a Rz. 9 ff.; Fahr/Kaulbach, VAG, 5. Aufl. 2012, § 7 a Rz. 4).

Die Aufsichtsbehörde (BaFin) prüft das Vorliegen der drei genannten Kriterien vor der Bestellung des Treuhänders und erteilt, sofern die Kriterien erfüllt sind, ihre Zustimmung zur Bestellung des in Aussicht genommenen Treuhänders. Liegen Tatsachen vor, dass der gewählte Treuhänder die Anforderungen nicht erfüllt, kann die BaFin die Benennung einer anderen Person verlangen (§ 157 Abs. 2 VAG). Sofern nach der Bestellung Umstände bekannt werden, die nach § 157 Abs. 1 VAG einer Bestellung entgegenstehen würden oder erfüllt der Treuhänder die ihm nach dem VAG obliegenden Aufgaben nicht ordnungsgemäß, kann die BaFin die Bestellung eines anderen Treuhänders verlangen oder ist zur Ersatzvornahme berechtigt. Auch ist das Ausscheiden eines Treuhänders der BaFin unverzüglich mitzuteilen. Die Erfüllung obengenannter Kriterien werden den betroffenen Unternehmen regelmäßig von den zuständigen Treuhändern bestätigt. Gleichfalls prüft die BaFin in regelmäßigen Abständen das Vorliegen der drei genannten Kriterien bei den mathematische Treuhändern.⁴

⁴ Der Bundesgerichtshof hat in der Verhandlung am 19.12.2018 dahingehend entschieden, dass die Unabhängigkeit nur die Voraussetzung für die Bestellung des Treuhänders nach den aufsichtsrechtlichen Vorschriften, nicht aber für die Wirksamkeit der von ihm nach seiner Bestellung abgegebenen Erklärung ist. Sie ist deshalb von den Zivilgerichten im Rechtsstreit über eine Prämienanpassung nicht gesondert zu prüfen. Insoweit hat allein die Aufsichtsbehörde aufgrund der ihr vom Gesetzgeber eingeräumten Mitwirkungsbefugnisse sicherzustellen, dass das Versicherungsunternehmen mit der Prüfung der Prämienkalkulation einen unabhängigen und sachkundigen Treuhänder betraut; die Interessen des Versicherungsnehmers sind dadurch gewahrt, dass im Rechtsstreit über eine Prämienhöhung vor den Zivilgerichten eine umfassende materielle Prüfung der Ordnungsgemäßheit der vorgenommenen Beitragsanpassung stattfindet.