



Institut für Finanz-Markt-Analyse GmbH

infinma-NEWS

Nr. 3 / 2004

2.4.2004

In dieser Ausgabe berichten wir über:

- **Kurzmeldungen**
- **FitchRatings: Wie „rate“ ich Finanzstärke?**
- **Marktstandards in der BU (Teil I)**
- **Stiftung Warentest: Untersuchung zum Thema „Versicherung der Berufsunfähigkeit“**
- **Fondsgebundene Lebens- und Rentenversicherung – So berechnen Sie die Kosten**

•

Kurzmeldungen:

EU-Kommission will UNISEX-Tarife vorschreiben: Einen eher zweifelhaften Vorschlag hatte die **EU-Kommission bereits am 5. November** letzten Jahres verabschiedet. Der Vorschlag sieht **gleiche Versicherungstarife für Männer und Frauen** vor. Ziel der Kommission ist es, die ihrer Meinung nach bestehende Diskriminierung der Frauen gegenüber Männern beim Erwerb von Dienstleistungen und Waren zu beseitigen. Vor allem die **für Arbeit und Sozialangelegenheiten zuständige griechische EU-Kommissarin Anna Diamantopoulou** hatte sich für diesen Vorschlag stark gemacht und sprach von einer neuen Ära in der Anti-Diskriminierungspolitik in Europa. Die Richtlinie wird jedoch erst dann europaweit Gültigkeit erhalten, wenn der **Ministerrat** den Vorschlag einstimmig annimmt. Kritische Stimmen zu dem Vorschlag gab es u.a. vom **Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) und vom Verband der Privaten Krankenversicherungsunternehmen (PKV)**. Hauptpunkt der Kritik ist, dass der Vorschlag in sich nicht schlüssig sei und einzelne Dienstleistungen willkürlich im Vorfeld aus dem Entwurf gestrichen wurden. Bei Riester-Renten würde bspw. eine Orientierung an der Langlebigkeit von Frauen dazu führen, dass die Produkte für Männer völlig unattraktiv sind. Weiterhin hat man sich an die „Hair-Stylisten“ nicht heran getraut, Frauen werden auch weiter mit der Diskriminierung beim Friseur leben müssen. Gestrichen wurde auch der Vorschlag, private Clubs zu verbieten, die keine Frauen zulassen.

Victoria besonders gebeutelt: Erhebliche Anstrengungen waren erforderlich, um die vom Börsencrash besonders gebeutelte **Victoria Leben** zu stabilisieren. Von den zwischenzeitlich vorhandenen stillen Lasten in Höhe von rund 2,2 Mrd. € konnten im Berichtsjahr 2003 etwa 1,7 Mrd. abgebaut werden. **Michael Rosenberg, Vorstandsvorsitzender der Victoria Lebensversicherung**, berichtete, dass dabei die Realisierung von Bewertungsreserven in Höhe von 1,1 Mrd. € und der Verkauf von Beteiligungen geholfen haben. Ein weiterer wesentlicher Faktor dürfte ein **Zuschuss der Ergo-Holding von 290 Mio. €** gewesen sein. Bei noch verbleibenden Lasten in Höhe von 487 Mio. € sei der Saldo aus Reserven und Lasten mit 95 Mio. € jedoch inzwischen wieder positiv.

AXA auf Hilfe der Mutter angewiesen: Die **deutschen AXA Gesellschaften** haben kürzlich von ihrer französischen Mutter ein Darlehen in Höhe von immerhin 350 Mio. € erhalten, davon flossen alleine 250 Mio. € in die **AXA Leben**. **Finanzvorstand Denis Duverne** hat weitere Finanzspritzen nicht ausgeschlossen: **„Das deutsche Geschäft wird, wenn nötig, weiter Hilfe von uns bekommen.“** Offensichtlich hat die **AXA Leben** bei der anhaltenden Börsenschwäche einige Blessuren davon getragen. Dafür spricht auch die Tatsache, dass im aktuellen Aktionärsbrief vom 2.4.2004 Bewertungsreserven lediglich in konsolidierter Form für den Gesamtkonzern genannt werden, nicht aber für die einzelnen Erstversicherer. Kapitalanlageergebnisse im Sinne einer Nettoverzinsung wurden für die beiden Lebensversicherer AXA und Deutsche Ärzteversicherung (DÄV) ebenfalls nicht genannt. Überdurchschnittliche Beitragssteigerungen bei den traditionellen und fondsgebundenen Rentenversicherungen haben bei der AXA Leben zu einer Verbesserung des Neugeschäfts um mehr als 45% geführt.

Zufall? In der aktuellen **Versicherungswirtschaft**, Heft 6/2004, findet man u.a. einen Artikel von **Michael Franke**, **Geschäftsführer der Franke & Bornberg GmbH**, mit dem Titel **„Ausschlussklauseln in der Diskussion - Terrorakte unter Einsatz von ABC-Waffen in der Lebensversicherung sollen ausgeschlossen werden“**. Im Fazit kommt Herr **Franke** zu dem Ergebnis, dass für eine ergebnisneutrale Bewertung in seinem Bedingungsrating im Wesentlichen vier Merkmale erfüllt sein müssen:

1. **Der Einsatz von ABC-Waffen und / oder –Stoffen sollte vorsätzlich erfolgen.**
2. **Der Ausschluss sollte ungewollte Zufallsereignisse möglichst nicht erfassen.**
3. **Die Häufung von Leistungsfällen muss gegen die Rechnungsgrundlagen laufen – demnach müssen Schäden zu nicht vorhersehbaren Verlusten führen.**
4. **Bestätigung durch einen unabhängigen Treuhänder.**

Nahezu zeitgleich hat die **Nürnberger Leben** in ihrem neuen Bedingungswerk diese Merkmale fast wörtlich übernommen.

Gutes Geschäftsjahr für die deutsche Versicherungswirtschaft: Trotz der anhaltenden wirtschaftlichen Stagnation kann die deutsche Versicherungswirtschaft auf ein gutes Geschäftsjahr 2003 zurück blicken. Die gesamten Beitragseinnahmen stiegen um 4,7% auf 148,2 Mrd. €. Dem stehen Versicherungsleistungen bzw. Aufwendungen für Schäden in Höhe von ca. 142 Mrd. € gegenüber. Der **Präsident des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV), Dr. Bernhard Schareck**, äußerte sich wie folgt:

„Die Unternehmen haben die Herausforderungen in 2003 mit beachtenswertem Erfolg bewältigt. Sowohl in der durch den Börsenverfall besonders beeinträchtigten Lebensversicherung, als auch in der privaten Krankenversicherung und in der Schaden- und Unfallversicherung ist die Versicherungswirtschaft gut aufgestellt. Dabei hat sich insbesondere die Lebensversicherung im Branchenschnitt als beeindruckend robust krisenfest erwiesen und an Vertrauen gewonnen.“

Nach Aussagen von **Dr. Gerhard Rupprecht, Chef des GDV-Hauptausschusses Leben und Vorstandschef der Allianz Lebensversicherungs AG**, haben vorgenommene Abschreibungen und die Erholung der Kapitalmärkte dazu geführt, dass von etwa 16 Mrd. € an stillen Lasten, die Ende 2002 in den Büchern standen, gut zwei Drittel abgebaut wurden. Der Saldo aus stillen Reserven und Lasten habe sich gegenüber 2002 um rund zwei Prozentpunkte verbessert.

Die **LVM Lebensversicherungs-AG** konnte ihre Beitragseinnahmen um 4,4 % auf gut 510 Millionen Euro erhöhen. Im Geschäftsjahr 2003 wurde eine Nettoverzinsung von 5,1 % erwirtschaftet. Das Unternehmen ist auch weiterhin frei von stillen Lasten. Dennoch musste die Überschuss-Beteiligung für das Jahr 2004 erneut gesenkt werden und beträgt jetzt 4,25%. Der Anteil des bAv-Geschäfts am Neugeschäft liegt inzwischen bei über 15%.

Die **gesamte LVM Gruppe** kam auf ein Beitragsplus von etwa 2,5%.

Die **Volksfürsorge** konnte im Neugeschäft den laufenden Jahresbeitrag um ca. 17% auf etwa 320 Mio. € steigern. Die Einführung einer **Kinder-Rentenversicherung** wurde als Erfolg bezeichnet. Auch der Absatz von **Riester-Verträgen** läuft gut; mit ca. 70.000 Policen und einem Jahresbeitrag von knapp 15 Mio. € wurde ein Plus von über 30% erzielt. Zufrieden ist die Gesellschaft auch mit dem Bereich **der betrieblichen Altersversorgung**. Der laufende Jahresbeitrag stieg um fast 16% auf 36 Mio. €. Hinzu kommen **Pensionskasse und Pensionsfonds** mit einer Beitragssumme von nahezu 200 Mio. €. Auch für den Bestand kann die **Volksfürsorge** sowohl bei der Versicherungssumme (+2,4%) als auch bei den gebuchten Bruttobeiträgen (+1,5%) ein Plus verbuchen. Das Kapitalanlageergebnis lag unter dem Vorjahresergebnis; die Nettoverzinsung sank von 4,5% auf 4,4%. Die hohen stillen Lasten des Vorjahres konnten noch nicht komplett abgebaut werden. Sie liegen nach mehr als 900 Mio. € im Vorjahr Ende 2003 noch bei 177 Mio. €.

Geburtstagsgeschenke bei der Clerical Medical: Anlässlich ihres 180. Geburtstages hat die **Clerical Medical** verschiedene **Jubiläumsaktionen** gestartet:

- Für den **Wealthmaster Noble Plan** verzichtet die Gesellschaft für die Zeit vom 1.4.2004 bis zum 31.1.2005 auf die Managementgebühr, so dass der deklarierte Wertzuwachs für diesen Zeitraum von 2% auf 3% angehoben wird.
- Im **Wealthmaster Classic Plan** und im **Wealthmaster Essential Plan** verzichtet **Clerical Medical** bereits seit Februar 2004 und bis Januar 2006 auf die Managementgebühr. Auch hier ist der deklarierte Wertzuwachs für diesen Zeitraum auf 3% festgelegt.
- Der Mindestbeitrag für den **Wealthmaster Feeder Plan** wurde von ursprünglich 25.000,- € auf 10.000,- € gesenkt.

Gute Zahlen beim Volkswohl Bund: Die gebuchten Bruttobeiträge erreichten 563 Mio. € und lagen damit um 8% über dem Vorjahr. Das Neugeschäft, getrieben von den klassischen Kapital- und Rentenversicherungen sowie den fondsgebundenen Versicherungen, legte in der Beitragssumme um 32% auf 2,3 Mrd. € zu. Bei den Kapital- und Rentenversicherungen lag der Zuwachs gar bei 55%. Entgegen dem Branchentrend verzeichneten auch die fondsgebundenen Versicherungen ein Plus von 32%. Auch im Bereich der Kapitalanlagen war das Unternehmen erfolgreich. **Die stillen Lasten aus 2002 wurden komplett abgebaut, die Bewertungsreserven betragen 7,7% der Kapitalanlagen und die Nettoverzinsung wurde vom Volkswohl Bund mit 6,5% angegeben.**

Allensbach Studie: Lebensversicherung genießt hohe Akzeptanz

Z. T. überraschende Ergebnisse liefert eine von der **cash.life AG** in Auftrag gegebene **Allensbach Studie**. Die Sorge um die eigene Altersversorgung ist für immer mehr Deutsche ein Thema. Etwas 40% der Deutschen zwischen 25 und 64 Jahren befürchten, als Rentner in finanziell sehr beengten Verhältnissen leben zu müssen. Gar 70% glauben, sich im Alter finanziell zumindest einschränken zu müssen. Gleichzeitig sinkt jedoch das Vertrauen in die staatliche Versorgung immer mehr. Nicht einmal mehr 40% der Befragten halten diese für sicher. Drastisch gesunken ist auch das Vertrauen in die betriebliche Altersversorgung. **Trotz niedrigem Rechnungszins, gesunkener Gewinnbeteiligung, dem ersten Protektor-Fall und der aktuellen Steuerrdiskussion genießt die Lebensversicherung ein recht hohes Ansehen.** Nicht einmal ein Drittel der Befragten sieht eine bessere Möglichkeit für die Altersvorsorge als den Abschluss einer Lebensversicherung. Vor diesem Hintergrund muss man die Bestrebungen der Bundesregierung zur Abschaffung der Kapitallebensversicherung als geradezu absurd bezeichnen. Dies gilt umso mehr, als gerade einmal etwas mehr als 10% der Befragten steuerliche Aspekte als Argument für den Abschluss einer Lebensversicherung genannt haben.

Mäßige Zahlen bei der Aachener + Münchener: In 2003 ging das Neugeschäft um 6% auf knapp 390 Mio. € zurück. Begründet wird der Rückgang u.a. mit dem hohen Anteil fondsgebundener Versicherungen. Die Beitragssumme des Neugeschäfts sank um 12,4% auf 8,8 Mrd. €, die Versicherungssumme des Neugeschäfts um 0,7% auf 14 Mrd. €. Die ohnehin mäßige Stornoquote verschlechterte sich erneut von 7,0% auf 7,8%. Als Ursache nannte der **Vorstandsvorsitzende der Aachener + Münchener Versicherungen, Michael Westkamp**, die weiterhin schwierige gesamtwirtschaftliche Lage, von der die Zielgruppe der **A+M** besonders getroffen sei. Auch das große Engagement in den neuen Bundesländern sei ein Grund. **Auffälligkeiten des großen Strukturvertriebes DVAG im Vergleich zu anderen Vertriebswegen gebe es nicht.** Sowohl die Verwaltungskosten- als auch die Abschlusskostenquote blieben konstant bei 3,2% bzw. 5,3%. Die stillen Lasten in den Kapitalanlagen konnten nicht abgebaut werden. Sie betragen Ende 2003 noch etwas mehr als 100 Mio. € nach 300 Mio. € im Vorjahr. Die Bewertungsreserven in den zu Anschaffungskosten bilanzierten Kapitalanlagen haben sich zwar gegenüber dem letzten Geschäftsjahr verbessert, sind mit - 81 Mio. € aber immer noch negativ. Laut **Westkamp** stünde den Lasten jedoch ein Vielfaches an stillen Reserven gegenüber. Die Nettoverzinsung stieg von 4,5% auf 4,8%.

IMPRESSUM

infinma-NEWS 03 / 2004
Herausgeber:
infinma
Institut für Finanz-Markt-Analyse GmbH
Max-Planck-Str. 22
50858 Köln
Tel.: 0 22 34 – 9 33 69 – 0
Fax: 0 22 34 – 9 33 69 – 79
E-Mail: info@infinma.de

Redaktion:
Marc C. Glissmann
Dr. Jörg Schulz

Aufgrund der besonderen Dynamik der behandelten Themen übernimmt die Redaktion keine Gewährleistung für die Richtigkeit der Informationen. infinma haftet nicht für eine unsachgemäße Weiterverwendung der Informationen. Nachdruck und Vervielfältigung nur mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion.

FitchRatings: Wie „rate“ ich Finanzstärke?

Beginnen wir mit etwas Satire:

Welche „Zutaten“ brauche ich, um die Finanzstärke von Versicherern zu „raten“?

Man nehme im ersten Schritt einige Kennzahlen aus der externen Rechnungslegung, berechne 1-, 3-, 5-, 10- oder 12-jährige Durchschnittswerte, man verwende etwas Phantasie und Kreativität auf die Gewichtung der Daten und achte darauf, dass das verwendete Verfahren für den „durchschnittlich informierten Verbraucher“ sehr komplex aussieht und gleichzeitig nicht zu verstehen ist. Im nächsten Schritt schaue ich mir die Ergebnisse anderer Ratings an, denn nur wenn ich zu völlig gegensätzlichen Ergebnissen komme, kann ich in der Öffentlichkeit Aufmerksamkeit erregen. Alternativ werfe ich eine Münze, um festzulegen, ob das Rating-Ergebnis positiv oder negativ ausfallen soll. Schließlich lasse ich noch meine persönlichen Befindlichkeiten über die Qualität verschiedener Bilanzposten in den Rating-Prozess einfließen und schon habe ich ein interaktives Rating erstellt.

Doch Spaß bei Seite; anlässlich des bereits im Februar von **FitchRatings** veröffentlichten **„Special Report UK“** und der **makler-news vom 12. März 2004** wollen wir etwas ausführlicher auf die Veröffentlichungen von **Fitch** eingehen.

Mit einer gewissen Spannung werden regelmäßig die **makler-news** von **FitchRatings** erwartet. In der Vergangenheit hatten die z. T. provokanten und nicht immer nachvollziehbaren Aussagen von **Dr. Marco Metzler** und seinem Team stets für Unruhe am Markt gesorgt.

Die aktuelle März-Ausgabe enttäuscht jedoch die Erwartungen in jeder Hinsicht.

Zunächst mal fällt auf, dass von den insgesamt **12 Seiten** alleine **4** – in Worten vier – **Seiten** nichts weiter als **Werbung für Fitch** enthalten.

Auf weiteren **1,5 Seiten** interviewt sich das deutsche **Analyseteam Dr. Marco Metzler und Christian Kühner gegenseitig**.

Der Aufmacher der News **„Der Finanzstärkewettbewerb nach dem Rückgang der Gewinnbeteiligung“** enthält keinerlei Neuigkeiten. Stattdessen wird einmal mehr versucht, zu erklären, warum man mit lediglich sechs bisher in Deutschland erstellten **„Finanzstärke-Ratings“** für Lebensversicherer aufgrund von Gruppenratings für hauptsächlich international agierende Versicherungskonzerne rund die Hälfte des deutschen Versicherungsmarktes abdeckt. Nach wie vor bewertet **Fitch** die **AXA Leben** mit **„AA“ (sehr stark)**, obwohl die Kapitaladäquanz nach eigenen Untersuchungen von **Fitch** schwach ist und die Gesellschaft den **Stress-Test der BaFin** im letzten Jahr nicht bestanden hat. Auch ein Darlehen in Höhe von immerhin 350 Mio. €, das der französische Versicherungskonzern seinen deutschen Töchtern kürzlich gewährt hatte, bleibt ohne Auswirkungen. Im Übrigen werden wir im Zusammenhang mit der **Standard Life** sehen, dass nachrangige Verbindlichkeiten mit Eigenkapitalcharakter von **Fitch** offensichtlich sehr unterschiedlich bewertet werden. Sollte für Auftragsratings eine andere Systematik gelten, als für Ratings die ausschließlich auf den öffentlich zugänglichen Informationen basieren?

Unter dem Titel **„PKV-Studie auf deutsch“** berichtet **Fitch** über eine Untersuchung zur **Kapitaladäquanz von 33 deutschen Krankenversicherern**. Natürlich ist es formal richtig, wenn die Geschäftsberichte des Jahres 2002 als die aktuellen bezeichnet werden – für das Geschäftsjahr 2003 liegen noch keine Abschlüsse vor – allerdings stellt sich schon die Frage, ob es im März 2004 wirklich noch Sinn macht, auf der Basis der Jahresabschlüsse 2002 zu einer Aussage wie **„Daher stuft Fitch die Kapitalausstattung der privaten Krankenversicherungen als „schwach“ ein“** zu kommen und eine entsprechende Verunsicherung bei Vermittlern, Maklern und Verbrauchern in Kauf zu nehmen.

Bis hier hin bieten die **makler-news** also keinen neuen Informationen.

Unter dem Titel „**Stress-Test für britische Lebensversicherer: Standard Life nur knapp bestanden**“ befasst sich das Analytisten-Team mit der Situation des führenden britischen Lebensversicherers. Die hier verwendeten Informationen stammen zum Teil aus einem bereits im Februar veröffentlichten „**Special Report UK**“. Wenn man die Entwicklung um **Standard Life** aufmerksam verfolgt hat und die Presseveröffentlichungen der Gesellschaft, den „**Annual Report and Accounts 2003**“, den „**Annual FSA Insurance Return**“ sowie die Verlautbarungen der **britischen Finanzaufsicht (FSA)** berücksichtigt, dann kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass Fitch an dieser Stelle sehr eigenwillig interpretiert.

Am 18. Februar 2004 hat **Standard Life die Jahresergebnisse für 2003** veröffentlicht. Auf Basis der bisherigen Rechnungslegungsvorschriften ergibt sich bei vorhandenen „**Available Assets**“ von 4,6 Mrd. Pfund eine Sicherheitsmarge in Höhe von 216% gegenüber der von der **FSA** geforderten Mindestdeckung von 100%.

Berücksichtigt man die neuen Rechnungslegungsvorschriften der **FSA**, die ein realistischeres Bild der finanziellen Situation von Versicherungsunternehmen vermitteln sollen, so verbleibt eine Deckung von immer noch ca. 200%. Entsprechende Zahlen wurden der **FSA** am 31.3.2004 vorgelegt.

Nach Aussagen von Standard Life sind sowohl die genannten Bedeckungsgrade als auch die verwendeten Methoden zur Berechnung der Werte einvernehmlich mit der FSA abgestimmt.

Fitch vertritt offensichtlich eine andere Auffassung: „*However, a very high proportion (43%) of the total surplus assets at end-2003 consists of subordinated debt and future profits, which Fitch regards as inferior form of capital. Taking a very conservative view, if we were to exclude all of the subordinated debt and the future profits from the surplus assets, Standard Life's solvency margin cover ratio would be barely in excess of 120%.*“

In der Konsequenz heißt das also nichts anderes, als dass Fitch die Aussagen und die Methoden der britischen Finanzaufsicht anzweifelt.

Zur Übertragung auf deutsche Verhältnisse konstruieren wir nachfolgend eine weitere Satire mit der ausdrücklichen Bitte, hieraus keine Schlussfolgerungen zu ziehen. Alle Ähnlichkeiten mit handelnden Personen und Gesellschaften sind zwar nicht rein zufällig, entbehren aber jeglichen sachlichen Hintergrunds.

Eine in Deutschland ansässige Rating-Agentur betrachtet die Finanzstärke deutscher Lebensversicherer. Ein von der Größe her nicht unbedeutendes Unternehmen A hat gewisse Probleme bei der Integration der Bank D in den Konzern. Internationale Analytisten haben bereits ein mögliches „Schadenpotential“ aus der endgültig missglückten Integration in Höhe von mehr als 15 Mrd. € identifiziert. Die Rating-Agentur kommt nun auf die Idee, zumindest einen Teil des potentialen Schadens vom Eigenkapital des Unternehmens in Abzug zu bringen. Dies wiederum führt zu der sicher sehr medienwirksamen Überschrift: **Negatives Eigenkapital - Versicherer A vor der Pleite, hat die BaFin versagt?**

Sie halten diesen Vergleich für übertrieben? Wir auch – allerdings können wir uns des Eindrucks nicht erwehren, dass **Fitch** die medienwirksamen Themen langsam ausgehen. Statt nachvollziehbarer Recherche werden nun fiktive Berechnungen angestellt, die einer gewissen Willkür nicht entbehren. Die finanzielle Solidität eines Unternehmens aufgrund persönlicher Empfindungen über die Qualität bestimmter Formen von Kapital zu bewerten, hat aus unserer Sicht mit einer verantwortungsvollen Analyse wenig zu tun.

Müsste man aus Kundensicht nicht die von Fitch monierten nachrangigen Verbindlichkeiten als besonders positiv einschätzen, wenn aus ihnen zunächst Kundenansprüche befriedigt werden und erst dann evtl. Ansprüche der Aktionäre?

Marktstandards in der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

(Teil I)

Bei der **Analyse von BU-Bedingungen** hat sich **infinma Institut für Finanz-Markt-Analyse GmbH** dazu entschlossen, einen Katalog von insgesamt **16 Kriterien** zugrunde zu legen. Diese Kriterien beziehen sich ausschließlich auf die Bedingungswerke, nicht aber auf technische Gestaltungsmöglichkeiten, wie bspw. die Höhe einer beitragsfrei versicherbaren Rente.

Aus diesen 16 Kriterien wird ausdrücklich **kein Rating erstellt, da wir auf dem Standpunkt stehen, dass sich die einzelnen Bedingungsbestandteile nicht gegeneinander „aufrechnen“ lassen**. Aus genau diesem Grund nehmen wir auch keine Bewertung in Form von Punkten vor, sondern stellen für die einzelnen Kriterien lediglich dar, ob der Versicherer eine Regelung getroffen hat, die besser oder schlechter als der Marktstandard ist. Der Marktstandard wird für uns durch die Regelung definiert, die in den betrachteten Bedingungswerken am Häufigsten verwendet wird.

Gerade im Hinblick auf **„Best Advice“** halten wir es für sehr sinnvoll, die einzelnen Bedingungswerke daran zu messen, was aktuell am Markt üblich ist. Es ist für den Berater und Kunden wenig hilfreich zu wissen, dass ein bestimmtes Merkmal aus Kundensicht unbefriedigend ausgestaltet ist, wenn am Markt keine besseren Alternativen erhältlich sind.

Insgesamt betrachten wir die folgenden 16 Kriterien:

- **Prognosezeitraum**
- **Berufsdefinition**
- **Regelungen zur abstrakten Verweisung in der Erstprüfung**
- **Regelungen zur konkreten Verweisung in der Erstprüfung**
- **Umorganisation des Arbeitsplatzes**
- **Berufswechsel**
- **Zeitpunkt des Leistungsbeginns**
- **Meldefristen**
- **Verzicht auf §41 VVG**
- **Verzicht auf §172 VVG**
- **Geltungsbereich**
- **Leistungsausschlüsse**
- **Beitragsstundung**
- **Zeitlich befristetes Anerkenntnis**
- **Mitwirkungspflichten**
- **Nachprüfung**

Grundlage der statistischen Auswertungen sind mit Stand April 2004 insgesamt 112 Bedingungswerke in der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung.

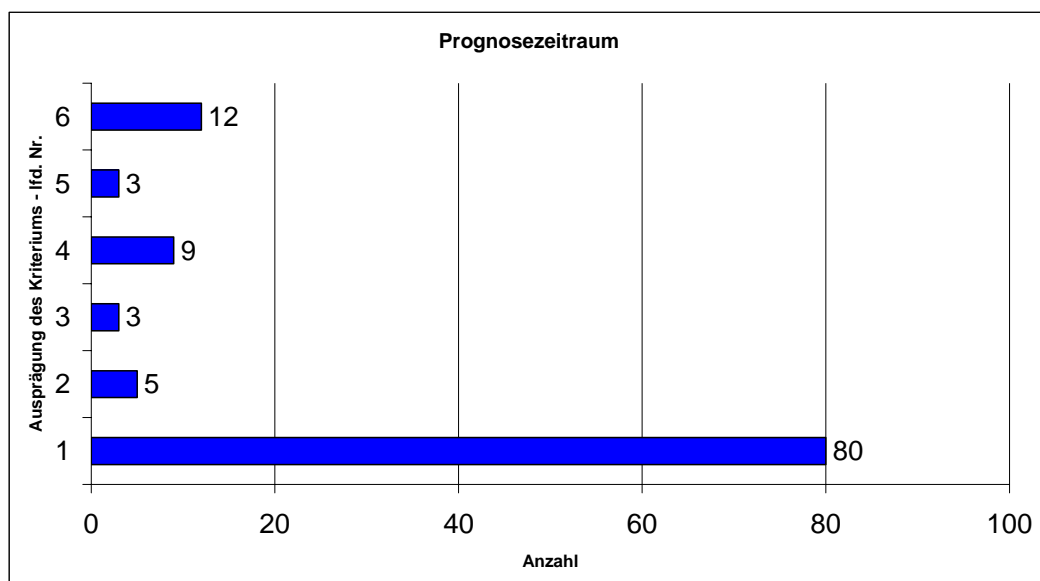
Prognosezeitraum

Voraussetzung für die Gewährung von Leistungen aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung ist eine ärztliche Prognose, in welcher der versicherten Person attestiert wird, dass sie über einen bestimmten Zeitraum hinweg voraussichtlich nicht in der Lage sein wird, ihren Beruf auszuüben. Ein Arzt wird eine solche Prognose um so eher stellen können, je kürzer der Zeitraum ist, für den diese Prognose Gültigkeit haben soll. Üblich ist inzwischen eine Prognose, die auf einen Zeitraum von voraussichtlich mindestens 6 Monaten abstellt. Einige Versicherer erwarten hier einen Zeitraum von drei Jahren; einige wenige Anbieter verlangen immer noch eine "voraussichtlich dauernde" Berufsunfähigkeit. Aus Kundensicht ist ein kürzerer Zeitraum zu begrüßen.

Sollte keine ärztliche Prognose über den erforderlichen Zeitraum möglich sein, so greift ein zweites "Auffangkriterium". Die versicherte Person gilt auch dann als berufsunfähig, wenn Sie bereits 6 Monate ununterbrochen außer Stande war, ihren Beruf auszuüben. In diesem Fall kann es bei den einzelnen Anbietern Unterschiede im Zeitpunkt des Leistungsbeginns geben.

Die am Markt üblichen Formulierungen lassen sich zu insgesamt sechs Ausprägungen verdichten:

- 1. Prognosezeitraum: voraussichtlich mindestens 6 Monate; nach 6-monatiger BU gilt dieser Zustand als BU von Beginn an (rückwirkende Leistung)**
2. Prognosezeitraum: voraussichtlich mindestens 6 Monate; nach 6-monatiger BU gilt die Fortdauer dieses Zustandes als BU (keine rückwirkende Leistung)
3. Prognosezeitraum: voraussichtlich dauernd; nach 6-monatiger BU gilt dieser Zustand als BU von Beginn an (rückwirkende Leistung)
4. Prognosezeitraum: voraussichtlich dauernd; nach 6-monatiger BU gilt die Fortdauer dieses Zustandes als BU (keine rückwirkende Leistung)
5. Prognosezeitraum: voraussichtlich länger als 6 Monate; nach 6-monatiger BU gilt die Fortdauer dieses Zustands als BU von Beginn an (rückwirkende Leistung)
6. Prognosezeitraum: voraussichtlich länger als 6 Monate; nach 6-monatiger BU gilt die Fortdauer dieses Zustands als BU vom 7. Monat an (keine rückwirkende Leistung)



Die Grafik zeigt deutlich, dass der Prognosezeitraum bei den meisten Anbietern auf 6 Monate reduziert wurde und auch die rückwirkende Leistung ab Beginn inzwischen zum Marktstandard geworden ist.

Berufsdefinition

Zu einem wesentlichen Qualitätskriterium in der Berufsunfähigkeitsversicherung hat sich die Definition des Berufs entwickelt. So sind zwischenzeitlich am Markt verschiedene Varianten gebräuchlich.

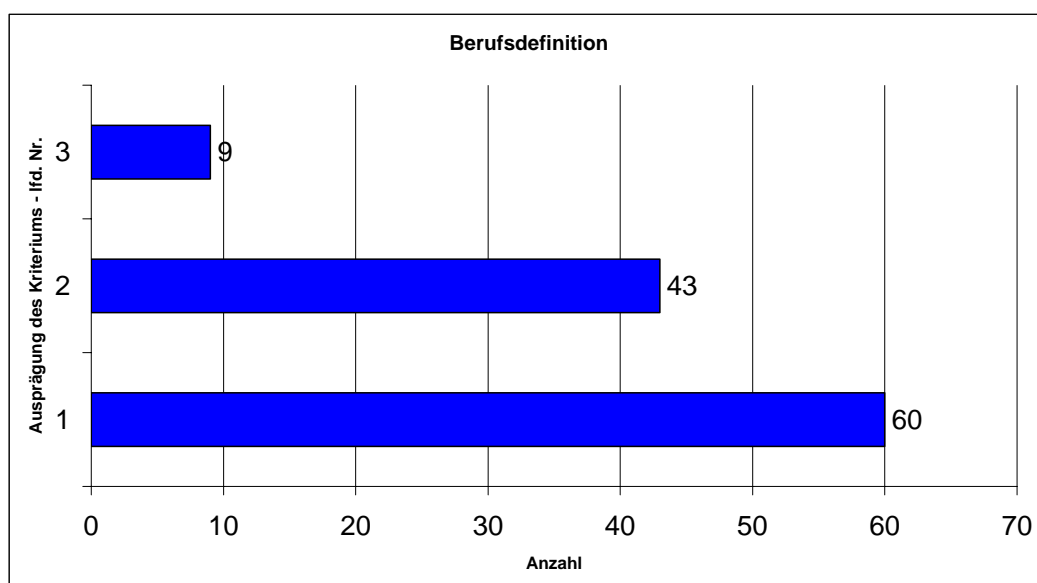
Die aus Kundensicht ungünstigste Variante ist, wenn in den Bedingungen lediglich auf seinen / ihren Beruf abgestellt wird. In diesem Fall hat der Versicherer zumindest theoretisch die Möglichkeit, bei der Prüfung der BU den Ausbildungsberuf zugrunde zu legen. Dies kann immer dann in Frage kommen, wenn es sich bei dem konkret ausgeübten Beruf nicht um einen klassischen Ausbildungsberuf handelt und / oder die versicherte Person häufiger die Tätigkeit gewechselt hat.

Günstiger für den Kunden ist es, wenn der zuletzt ausgeübte Beruf geprüft wird, da in diesem Fall alle Veränderungen des Berufsbildes berücksichtigt werden und es unerheblich ist, ob die versicherte Person einen Ausbildungsberuf ausübt oder nicht.

Die für den Kunden günstigste Variante ist es, wenn der zuletzt ausgeübte Beruf berücksichtigt wird, so wie er in gesunden Tagen ausgestaltet war. Verändert eine versicherte Person aufgrund fortschreitender Verschlechterung der gesundheitlichen Verhältnisse ihr eigenes Berufsbild und reduziert bspw. den Anteil der körperlichen Arbeit, so wird bei der Prüfung der BU dennoch auf die Ausprägung der beruflichen Tätigkeit zu dem Zeitpunkt abgestellt, zu dem es noch keine gesundheitlich bedingten Veränderungen im Berufsbild gegeben hat.

Insgesamt lassen sich die am Markt gängigen Formulierungen auf lediglich drei Varianten reduzieren:

1. **Der zuletzt ausgeübte Beruf / Tätigkeit, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war.**
2. Ihren Beruf / Tätigkeit
3. Ihr zuletzt ausgeübter Beruf / ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit



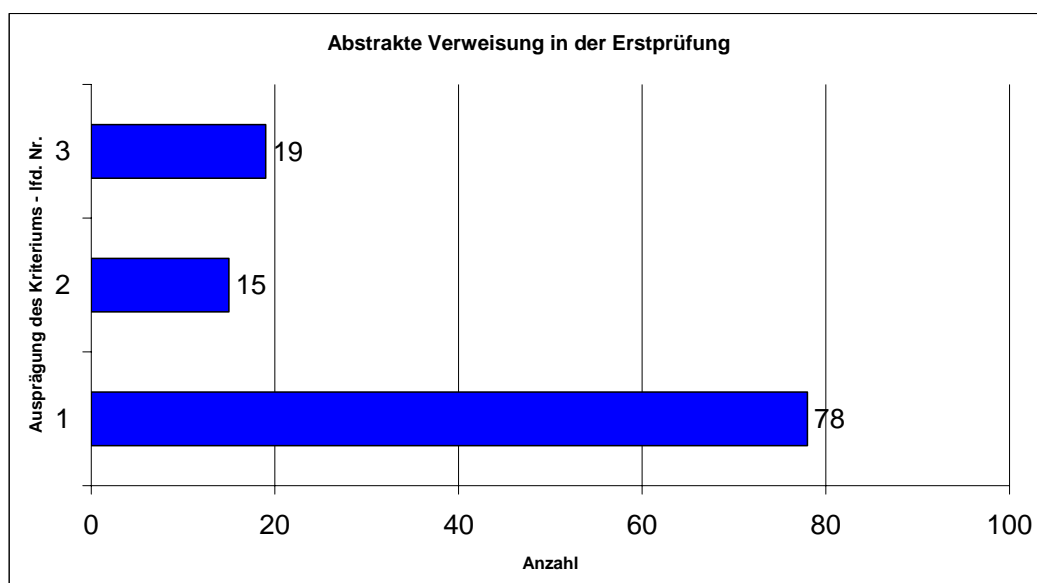
Die Mehrheit der Versicherer hat zwar inzwischen die kundenfreundlichste Regelung – „Der zuletzt ausgeübte Beruf / Tätigkeit, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war“ – getroffen, allerdings ist der Anteil derjenigen Bedingungswerke mit der aus Kundensicht ungünstigsten Regelung – „ihren Beruf / Tätigkeit“ – mit fast 40% immer noch sehr hoch.

Regelungen zur abstrakten Verweisung in der Erstprüfung

Ist in den Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung eine abstrakte Verweisung enthalten, so hat der Versicherer die Möglichkeit, die Leistungen mit dem Hinweis darauf zu verweigern, dass die versicherte Person einen anderen Beruf ausüben könnte (sog. Verweisungsberuf). Bei der Festlegung des Verweisungsberufes werden i.d.R. Ausbildung und Erfahrung (ggf. Kenntnisse und Fähigkeiten) sowie die bisherige Lebensstellung berücksichtigt. Das sind die sog. prägenden Merkmale der beruflichen Tätigkeit. In der Rechtsprechung sind Fälle bekannt, bei denen Einkommenseinbußen von bis zu 30 % nicht als Verschlechterung der Lebensstellung angesehen werden. Bei der abstrakten Verweisung kommt es lediglich darauf an, dass ein Verweisungsberuf existiert; ob die versicherte Person auch tatsächlich eine Anstellung findet, ist für die Entscheidung des Versicherers unerheblich. Das Arbeitsmarktrisiko liegt also vollständig beim Versicherten. Zu geradezu kuriosen Streitigkeiten kann es im Zusammenhang mit der Verweisung kommen, wie das Beispiel eines Oberlandesgerichtes zeigt, das es als unzulässig angesehen hat, einen medizinischen Bademeister auf den Beruf eines Kneippbademeisters zu verweisen. Auch der Versuch eines Versicherers, einen Koch auf den Beruf eines Maschinenführers in einer Tapetenfabrik zu verweisen, zeigt den Phantasieichtum einiger Versicherer beim „Erfinden“ von Verweisungsberufen.

Auch die Regelungen zur abstrakten Verweisung lassen sich zu lediglich drei Ausprägungen verdichten:

1. Verzicht auf abstrakte Verweisung
2. Abstrakte Verweisung unter Berücksichtigung von Ausbildung, Erfahrung und Lebensstellung, ggf. unter Berücksichtigung von Alter und Berufsgruppen
3. Abstrakte Verweisung unter Berücksichtigung von Ausbildung, Erfahrung und der bisherigen Lebensstellung



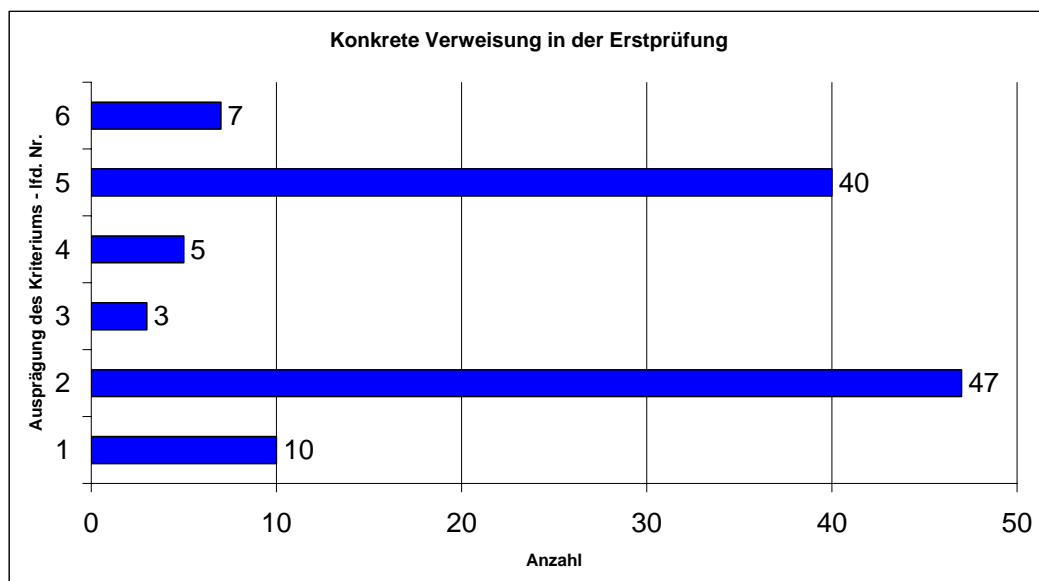
Der vollständige und uneingeschränkte Verzicht auf die abstrakte Verweisung in der Erstprüfung hat sich inzwischen als Marktstandard durchgesetzt. Allerdings findet man eine abstrakte Verweisung, die ggf. von bestimmten Voraussetzungen wie Alter und / oder Beruf der versicherten Person abhängig gemacht wird, immer noch bei fast jedem dritten Anbieter.

Regelungen zur konkreten Verweisung in der Erstprüfung

Im Gegensatz zur abstrakten Verweisung, bei der die Existenz eines Verweisungsberufes ausreicht, damit der Versicherer die Leistung verweigern kann, muss die versicherte Person bei der konkreten Verweisung eine berufliche Tätigkeit tatsächlich ausüben. Auch bei der konkreten Verweisung werden i.d.R. Ausbildung und Erfahrung sowie die Lebensstellung berücksichtigt. Eine konkrete Verweisung dürfte vor allem bei (ursprünglich überwiegend) körperlich Tätigen in Frage kommen und zwar immer dann, wenn sie aus eigenem Entschluss, bspw. aufgrund einer fortschreitenden Verschlechterung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse, den Beruf wechseln. So könnte bspw. ein ehemaliger Kundendienst-Techniker einer Computerfirma aufgrund körperlicher Gebrechen in das Call-Center der Firma wechseln und dort statt praktischem Support vor Ort telefonische Beratung leisten. Beantragt dieser Techniker nun BU-Leistungen, weil er seinen Beruf als Kundendienst-Techniker im Außendienst nicht mehr ausüben kann, bietet eine konkrete Verweisklausel die Möglichkeit, die versicherte Person mit Hinblick auf den ausgeübten Beruf als Mitarbeiter der Service-Hotline (konkret) zu verweisen.

Die Regelungen zur konkreten Verweisung im Erstprüfungsverfahren sind sehr unterschiedlich ausgestaltet, so dass sich insgesamt sechs Ausprägungen finden:

1. Konkrete Verweisung unter Wahrung von Ausbildung und Erfahrung sowie der bisherigen Lebensstellung und Berücksichtigung der gesundheitlichen Verhältnisse
- 2. Konkrete Verweisung unter Berücksichtigung von Ausbildung, Erfahrung und bisheriger Lebensstellung**
3. Entfällt, da vollständiger Verweisungsverzicht in der Erstprüfung
4. Keine konkrete Verweisung bei den speziellen Berufen
5. Konkrete Verweisung unter Wahrung der bisherigen Lebensstellung
6. Entfällt, da abstrakte Verweisung im Erstprüfungsverfahren möglich ist



infinma Institut für Finanz-Markt-Analyse GmbH

Auch in der öffentlichen Diskussion gehen die Meinungen sehr auseinander; so gibt es durchaus „Gegner“ der aus Kundensicht günstigsten Regelung – nämlich dem vollständigen Verzicht auf die konkrete Verweisung im Erstprüfungsverfahren. Dies wird meist damit begründet, dass die Versichertengemeinschaft davor bewahrt werden muss, dass einzelne Versicherte zu Unrecht Leistungen beziehen. Aus unserer Sicht ist es müßig, darüber zu streiten; unstrittig ist jedoch, dass ein vollständiger Verweisungsverzicht in der Erstprüfung für den Kunden ein Höchstmaß an Rechtssicherheit bietet.

Interessant ist, dass mehr als ein Drittel der Anbieter bei der konkreten Verweisung lediglich die Lebensstellung, nicht aber Ausbildung und Erfahrung berücksichtigen. Somit könnte formal bspw. ein berufsunfähiger Akademiker, der inzwischen einen Kiosk führt, auf diese Tätigkeit verwiesen werden, sofern er ein seiner bisherigen Lebensstellung entsprechendes Einkommen erzielt. Insofern ist eine „Ungleichbehandlung“ von abstrakter und konkreter Verweisung dergestalt zu beobachten, dass die Voraussetzungen, die zu einer konkreten Verweisung führen können, sehr viel niedriger sind, als die Voraussetzungen, die eine abstrakte Verweisung ermöglichen.

So hat sich die Formulierung „Konkrete Verweisung unter Berücksichtigung von Ausbildung, Erfahrung und bisheriger Lebensstellung“ nur knapp als Marktstandard behaupten können.

(Fortsetzung folgt; die beiden nächsten Teile folgenden in den infinma NEWS 4 und 5 /2004)

Stiftung Warentest: Untersuchung zum Thema „Versicherung der Berufsunfähigkeit“

Es ist abzusehen, dass die aktuell geplante Untersuchung der Stiftung Warentest zum Thema „Versicherung der Berufsunfähigkeit“ zu lediglich sehr bescheidenen Ergebnissen führen wird.

Der für das Berechnungsbeispiel zugrunde gelegte – relativ risikoreiche - Beruf „Krankenpfleger/in“ legt die Vermutung nahe, dass es der **Stiftung** vor allem darauf ankommt, möglichst hohe Prämienunterschiede zwischen den einzelnen Anbietern ausweisen zu können. Dafür spricht auch, dass Krankenpfleger/innen von den Versicherern in sehr unterschiedlichen Berufsgruppen mit entsprechenden unterschiedlichen Prämien geführt werden.

Der insgesamt 11-seitige Fragebogen beinhaltet zahlreiche Fragen zu den **technischen Gestaltungsmöglichkeiten**, bspw. „Wie funktioniert die Dynamik?“.

Äußerst bescheiden fallen die Fragen zu den Bedingungswerken aus. Neben 2 Seiten zur abstrakten Verweisung wird lediglich nach dem weltweiten Versicherungsschutz, dem Verzicht auf §41 VVG und der Rücktrittsfrist bei vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung gefragt.

Mal abgesehen davon, dass die Frage „Besteht weltweiter Versicherungsschutz?“ von den Unternehmen wahrheitsgemäß beantwortet werden kann, ohne dass die Einschränkungen des Versicherungsschutzes bekannt gegeben werden müssen, **fehlen so wichtige Grundsatzthemen wie Berufswechsel, Umorganisation des Arbeitsplatzes, Berufsdefinition, Prognosezeitraum, Mitwirkungspflichten usw.**

Gerade im Bereich der BU gibt es am Markt mit **Morgen & Morgen** und **Franke & Bornberg** zwei Anbieter, die sich intensiv mit Bedingungsanalysen beschäftigen und über langjähriges Know-how verfügen. Insofern stellt sich die Frage, warum die **Stiftung Warentest** immer wieder versucht, eigene Bewertungsansätze zu entwickeln. Es besteht die Gefahr, dass eine unvollständige Untersuchung mit falschen Schwerpunkten, für den Leser zu unbrauchbaren, wenn nicht gar falschen, Handlungsempfehlungen führt.

Fondsgebundene Lebens- und Rentenversicherung – So berechnen Sie die Kosten

Bereits im letzten Jahr hatte die **Stiftung Warentest** ein **Verfahren zur Berechnung der Kosten in fondsgebundenen Versicherungsprodukten** veröffentlicht. Dieses Verfahren scheint nun wieder verstärkt in Umlauf gekommen zu sein, so dass wir noch einmal darauf eingehen wollen.

Aktuell haben **Michael Blank, Bernhard Häfele und Jochen Ruß vom Institut für Finanz- und Aktuarwissenschaften in Ulm (IFA)** „*Ein Modell zur Berücksichtigung von Fondskosten beim Vergleich von Fondspolice*“ entwickelt, das in der **Versicherungswirtschaft, Heft 7/2004, auf den Seiten 510 – 512** abgedruckt ist.

Die **Stiftung Warentest** berechnet mit Hilfe von Rechenfaktoren, die in Abhängigkeit von der jährlichen Wertentwicklung des Fonds sowie der Zahlweise der Prämie ermittelt wurden, die Kostenbelastung von Fondsprodukten.

Wie so häufig bei **Stiftung Warentest** trifft dies jedoch nur zum Teil des Pudels Kern.

Für die Kostenbelastung bei 0% Wertentwicklung wird das bei vielen Vergleichen angewandte Verfahren genutzt. Von der Summe der eingezahlten Beiträge wird die voraussichtliche Ablaufleistung abgezogen; die Differenz entspricht den „verbrauchten“ Kosten. Diese wiederum werden ins Verhältnis zur eingezahlten Prämie gesetzt, so dass sich hieraus ein durchschnittlicher Kostensatz ergibt.

Beispiel:

12 Jahre Dauer, 1.000,- € pro Jahr, Ablaufleistung 10.000,- € (bei 0% Wertentwicklung)

Kosten: $(12.000 - 10.000) / 12.000 = 16,7\%$

Dieses Verfahren wird häufig angewandt, hat allerdings die wesentliche Schwäche, dass alle Kosten, die von der Fondsperformance abhängen, ignoriert werden. Dennoch ist die Kennzahl als erste Orientierung nicht völlig ungeeignet.

Für die Ermittlung der Rechenfaktoren gibt die **Stiftung Warentest** ganz offensichtlich bestimmte Kostensätze vor, um daraus die Faktoren abzuleiten. Mit anderen Worten: ich gebe eine Kostenquote vor, um mit deren Hilfe einen Faktor zu bestimmen, der wiederum zur Berechnung der Kostenquote verwendet wird.

Die Fragwürdigkeit dieses Vorgehens zeigt ein einfaches Beispiel:

Unterstellen wir einmal, ein Versicherer hätte tatsächlich keine Kosten in seine Fondspolice eingerechnet und zahlt zum Ende der Laufzeit genau den Betrag aus, der sich durch Aufzinsung der jährlichen Prämienzahlungen mit der Fondswertentwicklung ergibt, dann müsste das Verfahren der **Stiftung Warentest** eigentlich eine durchschnittliche Kostenbelastung von 0% ergeben. Dem ist jedoch nicht so:

12 Jahre Dauer, 1.000,- € pro Jahr, Ablaufleistung 14.234,- € (bei 3% Wertentwicklung)

Kosten nach Stiftung Warentest: 2,64%

Das Ergebnis ist nicht weiter verwunderlich, da offensichtlich die Rechenfaktoren in einem rekursiven Verfahren aus angenommen Kostensätzen ermittelt wurden (s. o.). Darüber hinaus ist anzumerken, dass alleine die Kosten der Versicherungsprodukte von vielen Parametern, wie Geschlecht und Eintrittsalter, abhängen, die in dem Schema keinerlei Berücksichtigung finden.

Betrachtet man das Rechenschema etwas genauer, so stellt man fest, dass die **Stiftung Warentest** unterstellt, dass die anfallenden Kosten für bspw. den Risikoschutz und Ab-

schluss oder Verwaltung aus der Zahlprämie entnommen werden und somit der zur Anlage zur Verfügung stehenden Betrag von vorne herein entsprechend niedriger ist.

In der Praxis gibt es jedoch durchaus den Fall, dass die Kosten nicht aus der Prämie sondern aus dem vorhandenen Fondsguthaben entnommen werden, so dass die Kosten quasi erst nach Wertzuwachs durch die Fondsentwicklung verrechnet werden; eine Variante, die für den Kunden wesentlich günstiger sein kann.

Während die **Stiftung Warentest** zu Recht darauf hinweist, dass sich das Rechenschema auf Tarife mit Teilauszahlungen oder auf dynamisch steigende Beiträge nicht anwenden lässt, fehlt ein Hinweis darauf, dass sich die Berechnung auch dann erübrigt, wenn Zusatzversicherungen, bspw. eine Berufsunfähigkeitsversicherung, eingeschlossen werden.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass der Ansatz der **Stiftung Warentest** für die Fondsperformance eine hypothetische Wertentwicklung nach Fondskosten zu Grund legt und somit die Kosten des Versicherungsvertrages ermittelt werden können. Allerdings werden hierbei die Kosten, die innerhalb der Fonds anfallen, vernachlässigt. **Somit ermöglicht der Ansatz der Stiftung Warentest allenfalls eine ganz grobe Orientierung.** Auf wesentliche Fragestellungen gehen die Warentester in ihrer 3-seitigen Ausarbeitung leider nicht ein. So erfährt der Leser bspw. nichts über die Wahrscheinlichkeit, mit der ein besparter Fonds eine unterstellte Wertentwicklung auch wirklich erreichen kann.

Sehr viel differenzierter und komplexer stellt sich das Modell des IFA dar. Mit Hilfe der sog. „Total Expense Ratio“ (TER) werden die jährliche anfallenden Fondskosten dargestellt. Hieraus ergibt sich eine Partizipationsquote, die Aufschluss darüber gibt, welcher Anteil der im Fonds erwirtschafteten Erträge nach Abzug von Fonds- und Versicherungskosten beim Versicherungsnehmer verbleibt.

Das **Modell des IFA** ist sehr allgemein gehalten, so dass auch britische Tarife berücksichtigt werden können, sofern die Kosten des Kapitalanlagemanagements bekannt sind.

Die **Kernaussagen der IFA-Studie** sind aus unserer Sicht die Folgenden:

„Die Frage, ob Kostenvergleiche von Fondspolice überhaupt sinnvoll sind, wird kontrovers diskutiert.“

„Entscheidend für die Ablaufleistung ist natürlich in erster Linie die Rendite nach Kosten. Die Frage ist also, ob man einem bestimmten Fonds – trotz niedriger Partizipationsquote - zutraut, dass er durch ein hervorragendes Anlageergebnis seine höheren Kosten kompensieren und damit seine (evtl. kostengünstigeren) Konkurrenzprodukte im Vergleich schlagen kann. Die Antwort darauf bleibt der individuellen Einschätzung jedes einzelnen Anlegers überlassen. Transparente Informationen darüber, wie hoch die zu kompensierenden Kosten sind, können diese Entscheidung sicher unterstützen.“

Es zeigt sich also einmal mehr, dass die **Stiftung Warentest** sich selber treu bleibt und einen sehr komplexen Sachverhalt stark vereinfacht darstellt. Somit trägt sie möglicherweise entscheidend dazu bei, dass die Verbraucher genau die Fehlentscheidungen treffen, die eigentlich vermieden werden sollten. **Zumindest hätte man sich an irgendeiner Stelle den Hinweis darauf erwünscht, dass letztlich die erreichte Performance des Fonds für den „Erfolg“ einer Fondspolice maßgeblich ist und nicht eine niedrige Kostenbelastung.**

Das Argument „Performance schlägt Kosten“ lässt sich auch von Verbraucherschützern nur schwer widerlegen.