

ZEITSCHRIFT FÜR VERSICHERUNGSWESEN

UNABHÄNGIGES FACHORGAN
FÜR DIE VERSICHERUNGSPRAXIS

Sonderheft Rückversicherung 2006

Dr. Kai-Uwe Schanz

Rückversicherung: Quo vadis?

Eine Industrie im Umbruch 659

Dr. Jürg Spühler

Emerging Risks – Ihre Auswirkungen auf die Versicherungspraxis 662

August Pröbstl/Ernst Rauch

**Was haben Hurrikane in den USA mit Orkanen in Europa gemeinsam
– und was bedeutet das für die Assekuranz?** 671

Dr. Hubertus W. Labes/Ricardo Cantilo

Increasing interest in commutations

Attitude towards commutations in Europe and Latin America 675

Prof. Dr. Wolf-Rüdiger Heilmann

**Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) –
eine Herausforderung für Erst- und Rückversicherer** 679

Dr. Britta Reichardt/Dr. Cornelis Stadtland/PD Dr. Ursula Wandl

**Berufsunfähigkeit und psychische Erkrankungen –
eine Herausforderung für die Leistungsregulierung** 685

21⁰⁶

Die Rückversicherungsbranche ist im Herbst 2006 in einer ungewohnt angenehmen Situation: Anders als in den letzten Jahren hat sie keine Rekordschäden aus Naturkatastrophen zu beklagen. Es fehlen auch die Krisenkandidaten, die am Abgrund einer Ratingherabstufung stehen und über deren Zukunft man spekulieren kann. Die Gewinne steigen fast überall kräftig an, es gibt kaum Kapazitätsengpässe. Und seit August sorgt der US-Wetterbericht täglich dafür, dass die Rückversicherung an der Börse nicht mehr als Wette gegen den Weltuntergang, sondern als halbwegs solider Wirtschaftszweig angesehen wird, der mit seinem Geschäft sogar Geld verdienen kann. (Diese Erkenntnis war in der Katastrophen-Hysterie der letzten zwei Jahre etwas in den Hintergrund getreten.)

In der Branche geht es so ungewöhnlich komfortabel zu, dass man sich sogar den Luxus erlauben kann, grundsätzlich über die eigene Zukunft nachzudenken. Spätestens mit den ungeheuren Summen, die dem neuen Bermuda-Jahrgang 2005 nach der verheerenden Hurrikan-Serie als Startkapital die Kassen gefüllt haben, erreicht die Konfrontation von traditioneller Rückversicherung und neuen, opportunistischen, kapitalmarktgetriebenen Formen der Rückdeckung eine neue Qualität.

Über 27 Mrd. Dollar sind an frischem Geld von den Kapitalmärkten nach Bermuda gekommen und suchen Risiken. Vor allem suchen sie aber kurzfristig überdurchschnittliche Renditen in einem harten Markt – und schnell sind die Beiwagen und andere Vehikel wieder verschwunden, wenn sie ihr Ziel erreicht und den Investoren die erhofften Gewinne beschert haben.

Den traditionellen Rückversicherern, die nach wie vor auf langfristige Beziehungen zu ihren Kunden setzen, bleibt nach den Rekordschäden der letzten Jahre angesichts der neuen Konkurrenz nun weniger Zeit, im harten Markt die nötigen Reserven für schlechte Zeiten anzulegen. Und schon stellen manche Analysten das herkömmliche Modell der Rückversicherung mit den langfristigen Kundenbeziehungen grundsätzlich in Frage. Die europäi-

schen Marktführer hätten damit, so die Kritiker, eigentlich seit viel zu langer Zeit viel zu niedrige Gewinne erzielt.

Weil die neuen Bermuda-Gesellschaften auf eine gewisse Diversifizierung des Risikos setzen müssen, geraten auch die Sparten außerhalb des US-Katastrophengeschäftes zunehmend in den Konflikt zwischen „alter“ und „neuer“ Rückversicherung. Und deshalb zeigt die Zyklusbewegung auch schon wieder nach unten, selbst wenn die Parolen der Rückversicherer zur Erneuerung in Monte Carlo und Baden-Baden wie gewohnt Preisstabilität und das Ende des ungeliebten Zyklus' beschwören.

Überall ist zu hören, dass die traditionelle Rückversicherung der dominierende Pfeiler des Geschäftes bleiben wird. Aber mit jeder Million, die auf Bermuda gemacht wird, verändert sich die alte Welt ein Stück und der Renditedruck nimmt zu. Wie angesichts der zumindest theoretisch unbegrenzten Möglichkeiten des Kapitalmarktes in weiterer Zukunft Risiken rückversichert werden – und wer dieses Geschäft dann dominiert – ist eine spannende Frage.

Was auch nach einem (bislang) ruhigen Schadenjahr bleibt ist ein mulmiges Gefühl bei Kapitalgebern, Analysten, Ratingagenturen und Rückversicherern selbst, wenn es um die Schadenpotenziale von Naturkatastrophen geht. Nach dem Versagen der einschlägigen Risikomodelle im US-Hurrikan-Fiasko 2005 werden jetzt mit großem Eifer alle alten Gewissheiten hinterfragt. Auch für Europa steht die Risikoeinschätzung bei Elementargefahren wieder auf dem Prüfstand. Das Bewusstsein, es mit einer neuartigen, durch den Klimawandel möglicherweise entscheidend verschärften Risikolage zu tun zu haben, ist nach den traumatischen Erfahrungen des letzten Jahres inzwischen selbst in den USA etabliert. Es wird die Rückversicherung weltweit nicht mehr so schnell verlassen, auch wenn die Branche die Rekordschäden aus Kathrina & Co. erstaunlich unspektakulär verdaut hat.

M.S.

Sonderheft Rückversicherung 2006

		<i>Dr. Christoph Cypris/Dr. Franziska Kuhlmann</i> Pflegeversicherung in Deutschland	692
Editorial	657	<i>Thorsten Keil</i> Vogelgrippe – Gefahr erkannt, Gefahr gebannt?	694
<i>Dr. Kai-Uwe Schanz</i> Rückversicherung: Quo vadis? <i>Eine Industrie im Umbruch</i>	659	<i>Gregor van der Sandt</i> Stochastische Risikomodellierung in der Kompositversicherung	698
<i>Dr. Jürg Spühler</i> Emerging Risks – Ihre Auswirkungen auf die Versicherungspraxis	662	<i>Dr. Eberhard Fähnrich</i> Automatisierte Entscheidungen in der Schadenbearbeitung <i>Deutliche Verbesserungen von Produktivität und Qualität in der Schadenbearbeitung gefordert</i>	703
<i>August Pröbstl/Ernst Rauch</i> Was haben Hurrikane in den USA mit Orkanen in Europa gemeinsam – und was bedeutet das für die Assekuranz? <i>Management von Größtschadenpotenzialen aus Naturkatastrophen bei sich ändernden Risikobedingungen</i>	671	<i>David Kendall</i> The Implication of Terms in Insurance and Reinsurance Contracts	706
<i>Dr. Hubertus W. Labes/Ricardo Cantilo</i> Increasing interest in commutations <i>Attitude towards commutations in Europe and Latin America</i>	675	<i>Colin Croly/Tim Kenefick</i> Taking Advantage of an Advantageous Contract	711
<i>Jörg Knospe</i> Qualität auf dem Prüfstand <i>Ratings im Urteil von Verbrauchern, Vertrieben und Unternehmen</i>	677		
<i>Prof. Dr. Wolf-Rüdiger Heilmann</i> Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) – eine Herausforderung für Erst- und Rückversicherer	679		
<i>Dr. Britta Reichardt/Dr. Cornelis Stadtland/ PD Dr. Ursula Wandl</i> Berufsunfähigkeit und psychische Erkrankungen – eine Herausforderung für die Leistungsregulierung	685		
Ranking Die 20 größten Rückversicherungs-Gruppen weltweit	691		
		Personen/Gesellschaften	
		Peter Greisler	714
		Dr. Boy-Jürgen Andresen	715
		Dr. Robert Heer	715
		Assekurata	715
		AXA	716
		DKV	717
		Fairsicherungsläden	717
		GGW Gruppe	717
		Münchener Rück	717
		Swiss Re	718
		Zurich Deutschland	718
		Impressum	718
		Jubiläen	719

Dr. Kai-Uwe Schanz, Zürich*

Rückversicherung: Quo vadis?

Eine Industrie im Umbruch

1. Einleitende Bemerkungen

In zahlreichen Sektoren moderner Volkswirtschaften stehen traditionelle Geschäftsmodelle auf dem Prüfstand und werden nicht selten tiefgreifenden Anpassungen unterzogen. Die Rückversicherungsindustrie stellt keine Ausnahme von dieser allgemeinen Entwicklung dar. Dies ist umso bemerkenswerter, als die Branche bislang als Inbegriff der Beständigkeit galt. Weniger geneigte Beobachter sprechen von Stagnation und mangelnder Innovationskraft.

Diese Sichtweise erscheint zumindest nicht ganz unverständlich, wenn man sich vergegenwärtigt, dass die grundlegenden Mechanismen der Industrie seit mehr als 150 Jahren nahezu unverändert geblieben sind: Rückversicherung als Großhandel des Risikos, beruhend auf einer überlegenen Diversifikation nach Regionen und Geschäftssparten. Vor dem Hintergrund dieser ungewöhnlichen Konstanz überrascht es nicht, wenn auch in der Rückversicherung tradierte Praktiken und Annahmen vermehrt in Frage gestellt werden.

Welches sind die treibenden Kräfte des zunehmenden Anpassungsdrucks? Welche strategischen Antworten entwickelt die Branche und wie stellen sich ihre Zukunftsperspektiven dar? Zu diesen und anderen Fragen möchte der vorliegende Beitrag Denkanstöße vermitteln.

2. Treibende Kräfte des Wandels

2.1 Zunehmende Frequenz und Zerstörungskraft von Naturkatastrophen

Seit Beginn der 1990er-Jahre beobachten wir einen klaren Trend zu häufigeren und schwereren Naturkatastrophen. Die betriebswirtschaftlich

gebotene Antwort der Assekuranz besteht in der Anhebung der Prämiensätze bei gleichzeitiger Beschränkung des Deckungsumfangs. Nur so lassen sich die Unternehmensbilanzen vor den immer bedrohlicher erscheinenden Schadenpotenzialen abschirmen.

Selbstverständlich kann dieser betriebswirtschaftliche Imperativ negative Reaktionen auf Seiten der betroffenen Stakeholder auslösen, insbesondere natürlich bei den Versicherungskunden. Mit Versicherungslösungen, die teurer und restriktiver werden, lassen sich keine wohlwollenden Schlagzeilen produzieren. Die ungewöhnlich aktive Hurrikansaison 2005 hat diese Problematik weiter verschärft.

Die Assekuranz steht vor der Herausforderung, mögliche Reputationsrisiken aufgrund dieses geschäftspolitisch gebotenen Verhaltens zu minimieren. Konkret: Wie lässt sich die finanzielle Solidität der Industrie bewahren, ohne den Eindruck zu erwecken, man tauche in schwierigen Zeiten einfach ab? Dazu werden weiter unten mögliche Antworten skizziert.

2.2 Eine neue Qualität von „technischen“ Risiken

Auch die von Menschenhand geschaffenen Risiken erreichen eine immer größere und komplexere Dimension. An dieser Stelle sei die Rolle der technologischen Entwicklung hervorgehoben. Diese ist ohne jeden Zweifel ein zentraler Katalysator für die Nachfrage nach Versicherungslösungen. Ihr „Fluch“ hingegen ist ebenso unbestritten: Gewaltige und unerwartete Schadenpotenziale wie z.B. Asbest.

Die Rückversicherungsbranche hat die entsprechenden Lektionen der

Vergangenheit gelernt und wendet „Phantom-Risiken“ wie z.B. Elektromagnetischen Feldern oder der Nano-Technologie vermehrte Aufmerksamkeit zu. Auch wenn es zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine wissenschaftlich fundierten Anhaltspunkte für konkrete Gefahren aufgrund dieser Technologien geben mag, bleibt die Industrie angesichts der drohenden Schadenpotenziale und ihrer kaum möglichen Abschätzbarkeit wachsam.

Grundsätzlich stellt sich aufgrund der Entwicklung von Natur- und „technischen“ Gefahren die Frage nach einer angemessenen Aufgabenverteilung zwischen staatlichen und privatwirtschaftlichen Institutionen. Dies gilt insbesondere für solche Gefahren, die sich den elementarsten Grundsätzen der Versicherbarkeit entziehen, wie z.B. der internationale Terrorismus.

2.3 Trend zu verstärkter staatlicher Aufsicht

Die Rückversicherungsindustrie operiert traditionell in einem vergleichsweise wenig regulierten Umfeld. Da professionelle Akteure unter sich bleiben, gab es, im Gegensatz zur Erstversicherung, von jeher kaum einen Grund, eine der Parteien vor den Folgen asymmetrischer Informationsverteilung zu schützen.

In jüngster Vergangenheit jedoch richten Aufsichtsbehörden vermehrt ihr Augenmerk auch auf die Rückversicherungsindustrie. Zunehmend sieht sich die Branche z.B. mit spezifischen Kapital- und Offenlegungsbestimmungen konfrontiert. Die erhöhte Intensität der Regulierung geht insbesondere auf – bislang unbegründete – Befürchtungen zurück, dass in Schieflage geratene Rückversicherer für das Finanzsystem als Ganzes unabsehbare Gefahren heraufbeschwören könnten.

* Chief Communication & Corporate Development Officer Converium AG

3. Einige strategische Antworten der Rückversicherer

3.1 Aktiveres Stakeholder-Management

Die globale Versicherungswirtschaft generiert Prämieinnahmen von mehr als 3.000 Mrd. US\$, was ca. acht Prozent der weltweiten Wirtschaftsleistung entspricht. Trotz dieser gewaltigen volkswirtschaftlichen Bedeutung gilt die Assekuranz als „Nachzügler“, was ein systematisches Management der Beziehungen zu den relevanten Anspruchsgruppen betrifft, d.h. vornehmlich zu Aktionären, Kunden, Beschäftigten, Aufsichtsbehörden und anderen Regierungsstellen.

In jüngster Zeit jedoch ist diesbezüglich ein auffälliges Umdenken in der Branche festzustellen, primär getrieben durch die oben beschriebenen Veränderungen des Geschäftsumfeldes und das wachsende Konfliktpotenzial im Umgang mit den relevanten Anspruchsgruppen.

So stellen z.B. die Erwartungen der Aktionäre eine besondere Herausforderung in einem Umfeld dar, welches durch zunehmende Volatilität auf beiden Seiten der Versicherungsbilanz gekennzeichnet ist. Ein wirksamer Investor Relations-Ansatz, beruhend auf größtmöglicher Transparenz, regelmäßiger Information und klaren Botschaften kann dazu beitragen, die Kapitalkosten auf einem vertretbaren Niveau zu halten – selbst bei herausfordernden Rahmenbedingungen.

Die Versicherungskunden richten ihr Hauptaugenmerk auf die ökonomischen Eigenschaften sowie die Verlässlichkeit des vom Versicherer abgegebenen bedingten Zahlungsverprechens. Ein zielgerichtetes Management von Kundenerwartungen und -bedürfnissen dürfte sich in erhöhter Kundenloyalität niederschlagen. Dies wird sich vor allem in Marktphasen auszahlen, die von restriktiveren Deckungskonditionen und entsprechend zunehmendem Konfliktpotenzial geprägt sind.

Um langfristig ihre Relevanz zu sichern, muss die Rückversicherungsindustrie wettbewerbsfähige(re) Methoden zur Übernahme von Groß- und Spitzenrisiken entwickeln

Ein weiterer zentraler Aspekt des Stakeholder-Management sind die Beziehungen zu den Mitarbeitenden. In Zeiten spektakulären Stellenabbaus und schwindender Arbeitsplatzsicherheit gilt es, die Belegschaft „aufzufangen“. Für wissensbasierte Rückversicherer, die sich in der Regel weit wirksamer durch Human- als durch Kapitalressourcen differenzieren können, stellt dies eine wesentliche Herausforderung des Wettbewerbs dar.

Darüber hinaus kommt dem aufsichtsrechtlichen Umfeld eine wachsende Bedeutung zu. Entwicklungen auf diesem Feld beeinflussen unmittelbar die strategischen und operationellen Freiheitsgrade der Assekuranz. Angesichts der erhöhten regulatorischen Intensität im Rückversicherungsbereich gilt es, den Dialog mit den zuständigen Aufsichtsbehörden, aber auch den Austausch mit den relevanten gesetzgebenden Organen zu verstärken.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass zielgerichtetes und systematisches Stakeholder-Management nicht nur einen strategischen Imperativ in einem sich rasant ändernden Umfeld darstellt, sondern darüber hinaus ein signifikantes Potenzial zur Verbesserung der unternehmerischen Ertragskraft bietet.

3.2 Anpassungen des traditionellen Geschäftsmodells

Die Rückversicherungsbranche steht vor der Herausforderung, ihr über Jahrzehnte nahezu unverändertes

Geschäftsmodell auf den Prüfstand zu stellen. Zum einen gilt es, innovative Lösungen zu entwickeln, um den Zedenten auch unter schwierigeren und volatileren Rahmenbedingungen weiterhin verlässliche und bezahlbare Deckung bieten zu können. Nur so dürfte sich langfristig die Existenzberechtigung der Rückversicherung sichern lassen. Zum anderen legt es die aus Sicht der Kapitalgeber unbefriedigende Rentabilität der Branche nahe, neue Wege zu beschreiten.

Eine viel diskutierte Möglichkeit, die Risikoabsorptionsfähigkeit der Branche auch im Hinblick auf immer größere und komplexere Schadenpotenziale aufrechtzuerhalten, besteht im direkten Transfer von Versicherungsrisiken an die Kapitalmärkte. Die wohl prominenteste Ausprägung dieser Entwicklung sind Verbriefungslösungen. Kapitalanleger erhalten hierbei die Möglichkeit, Schuldverschreibungen zu zeichnen, deren Coupon und unter Umständen auch Rückzahlungsbetrag von bestimmten versicherten Ereignissen (z.B. Erdbebenkatastrophen) abhängig ist.

Noch ist das aktuelle Volumen derartiger Lösungen gering. Der ausstehende Nominalbetrag von ca. 6 Mrd. US\$ entspricht nicht einmal einem Prozent des Eigenkapitals der globalen Nichtleben-Assekuranz. Nichtsdestotrotz erscheinen die Perspektiven dieser Innovation äußerst attraktiv, wenn man sich vergegenwärtigt, dass die weltweiten Kapitalmärkte ein Volumen erreichen, welches das Gesamtkapital der Versicherungswirtschaft um mehr als das Hundertfache übersteigt.

Um langfristig ihre Relevanz zu sichern, muss die Rückversicherungsindustrie wettbewerbsfähige(re) Methoden zur Übernahme von Groß- und Spitzenrisiken entwickeln. Angesichts der begrenzten Eigenmittel der Branche und der eher unbefriedigenden Kapitalrentabilität in der Vergangenheit erscheint es angezeigt, nach innovativen Antworten zu suchen.

Der potenzielle Nutzen von Kapitalmarktlösungen liegt auf der Hand: Die Zedenten kommen in den Genuss planbarer und stabiler Deckungskonditionen sowie geringerer Kredit-Risiken. Rückversicherer, die sich derartiger Instrumente bedienen, können die Effizienz ihres Kapitaleinsatzes verbessern. Unter Umständen lässt sich sogar das „magische“ Resultat einer gleichzeitigen Erhöhung der Eigenkapitalrendite und Verringerung der Ergebnisvolatilität erreichen.

Trotz dieser ansprechenden Aussichten besteht ein breiter Konsens dahingehend, dass Kapitalmarktlösungen das klassische Geschäftsmodell der Rückversicherer ergänzen, nicht jedoch ersetzen können.

4. Zukunftsperspektiven der Rückversicherung

Wie im vorliegenden Beitrag ausgeführt, ist die Rückversicherung mit anspruchsvollen Herausforderungen konfrontiert. Zu lähmender Verzögerung und nagenden Selbstzweifeln besteht jedoch kein Anlass. Zum einen hat die Industrie die Zeichen der Zeit erkannt und beginnt, vorausschauende strategische Antworten zu entwickeln. Zum anderen legt die globale Dynamik der wirtschaftlichen Entwicklung eine in Zukunft noch steigende Bedeutung der Rückversicherungsbranche nahe.

Es spricht einiges dafür, dass die Nachfrage nach Rückversicherung auch in Zukunft stärker als die gesamtwirtschaftliche Leistung expandieren wird. Versicherte oder zumindest versicherbare Vermögenswerte wachsen weltweit mit hoher Geschwindigkeit. In der industrialisierten Welt ist diese Entwicklung zum Teil auf die zunehmende Wertkonzentration in naturkatastrophenexponierten Gebieten zurückzuführen. In aufstrebenden Märkten wie Brasilien, Russland, Indien und China („BRIC markets“) ist das klassische Muster einer deutlich überproportional wachsenden Versicherungsnachfrage zu beobachten, getrieben von Anlage- und Infrastruktur-Investitionen,

aber auch stark wachsenden Vermögenswerten einer zunehmend wohlhabenden Mittelschicht.

Vor dem Hintergrund dieser positiven Fundementalaussichten sollte die Rückversicherungsbranche die gegenwärtige Umbruchsphase und die mit ihr einhergehenden Herausforderungen erfolgreich meistern können: Die Risikolandschaft wird komplexer und anspruchsvoller. Dessen ungeachtet erwarten die Zedenten von den Rückversicherern weiterhin signifikante und bezahlbare Deckungsangebote. Die Kapitalgeber werden zunehmend ungeduldig mit einer Industrie, die es bislang nicht geschafft hat, konsistent zumindest ihre Kapitalkosten zu erwirtschaften. Aufsichtsämter, Regierungsstellen,

aber auch zunehmend eine breitere Öffentlichkeit verfolgen die Rückversicherungsindustrie mit wachsender, nicht selten kritischer Aufmerksamkeit.

Angesichts dieses dynamischen Umfeldes beginnt die Branche, strategische Antworten zu entwickeln, wie z.B. eine forcierte Entwicklung kapitalmarktgestützter Deckungskonzepte sowie einen systematischeren und aktiveren Ansatz beim Management komplexer Stakeholder-Beziehungen. Das sich darin ausdrückende Selbstbewusstsein reflektiert die Erwartung, dass die Rolle der globalen Rückversicherungswirtschaft als Katalysator für wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Fortschritt in Zukunft noch zunehmen dürfte.

Dr. Jürg Spühler, Niederhasli*

Emerging Risks – Ihre Auswirkungen auf die Versicherungspraxis¹

Bei den Emerging Risks handelt es sich um echte Risiken, die real vorhanden sind, auch wenn sie allenfalls erst als „schwache Signale“ am Horizont der heutigen Risikolandschaft erscheinen und sich deshalb gegenwärtig nicht klar erkennen, qualifizieren und bewerten lassen. Sie sind jedoch trotz dieser prospektiven Perspektive, die der risikotheorietischen Betrachtungsweise entspricht, unabdingbar Teil der Risikolandschaft. Infolge ihrer Zukunftsbezogenheit bestimmen sie in maßgebender Weise ihre morgige Ausgestaltung. Darin zeigt sich der gewichtige Stellenwert, den die Emerging Risks einzunehmen vermögen.

Dies bedeutet, dass die Emerging Risks als die primären Ansatzpunkte zur fundamentalen Risikobewältigung zu betrachten sind. Je früher und je umfassender sie aufgedeckt und der Risikobewältigung zugeführt werden, umso geringer sind ihre existenzbedrohenden und existenzzerstörenden Folgen. Selbst erst schwache Signale dürfen nicht unbeachtet gelassen werden. Diesbezüglich zeigt der Asbestfall in eindrücklicher Weise, wie das Ignorieren von ersten Signalen zum wahren Desaster führen kann. Es erstaunt deshalb nicht, dass die Assekuranz den Emerging Risks zunehmend große Beachtung schenkt. Ihre Auswirkungen auf die heutige Versicherungspraxis sind denn auch unverkennbar.

Gegenstand der nachfolgenden Betrachtungen ist es, die gegenwärtig festzustellenden konkreten Auswirkungen in Gestalt der Klassifizierung der Emerging Risks (Ziffer 2) und der Definition von auf Emerging Risks ausgerichteten Strategien (Ziffer 3) in den Grundzügen darzulegen.

1 Erscheinungsformen der Emerging Risks

Je konkreter Emerging Risks in ihren Erscheinungsformen umschrieben werden können, umso zielgerichteter können die Maßnahmen zur Bewältigung ihrer negativen Folgen definiert und ergriffen werden. Deshalb stellt sich die zentrale Frage: In welchen Formen treten uns die Emerging Risks in der Risikolandschaft, mit welcher wir konfrontiert sind, entgegen?

1.1 Prospektive Betrachtung

Emerging Risks sind bezüglich ihrer Auswirkungen streng genommen ausschließlich zukunftsgerichtet. Damit sind sie heute – obwohl faktisch vorhanden – noch nicht eigentlich oder erst bedingt als tatsächliche Gefahren erkennbar, qualifizierbar und bewertbar.² Diese Folgerung ergibt sich aus der rein *prospektiven* Be-

trachtung dieser spezifischen Art von Risiken. Und deshalb lässt sich aus dieser Perspektive die gestellte Frage auch nicht eigentlich beantworten.

1.2 Gegenwartsbetrachtung

Anders verhält es sich, wenn die strenge prospektive Betrachtungsweise gelockert wird und die Emerging Risks aus der *Gegenwartspektive* betrachtet werden, also erst dann, wenn sie sich als Gefahrenercheinung bereits konkretisiert haben. Damit sind sie auch erkennbar oder zumindest erkennbarer geworden. Dies vermag den praktischen Bedürfnissen besser zu entsprechen.³ Und so betrachtet, finden wir auch Antworten auf die gestellte Frage.

Eine Umfrage hat ergeben, dass die Bedrohung durch Emerging Risks vornehmlich in folgenden Bereichen als besonders ausgeprägt empfunden

wird: Umwelt, Rückruf, Image-schäden, Terror, Asbest, Nanotechnologie, Internet und Cyber Risk, Ver-

* Insurance/Reinsurance Consultant, pensioniertes Direktionsmitglied der Swiss Re Zürich, Niederhasli (Schweiz).

¹ Die vorliegenden Darlegungen basieren auf dem Referat des Autors an der Euroforum-Konferenz „Emerging Risks – Der Umgang mit neuen Risiken in Assekuranz und Industrie“ vom 29./30. August 2006 in München.

² Vgl. dazu auch Spühler, Jürg: Emerging Risks im Spannungsfeld des Haftpflichtrechts, in: Zeitschrift für Versicherungswesen, Jahrgang 56, Heft 21, 1. November 2005, S. 690f.

³ Überblicksmäßig ergibt sich somit:

- Emerging Risks sind aus der rein prospektiven Betrachtung heraus sich erst entfaltende, schwer erkennbare Risiken mit mutmaßlich großem Schadenpotenzial. Diesbezüglich sprechen wir von „Emerging Risks im engeren Sinn“
- Aus der Gegenwartspektive heraus sind Emerging Risks konkretisierte(re), erkennbare(re) und beschreibbare(re) Risiken, die mutmaßlich mit einem enormen Schadenpotenzial behaftet sind, das sich erst in der Zukunft manifestiert. Diesbezüglich sprechen wir von „Emerging Risks im weiteren Sinn“.

mögensschäden, Nuclearhaftpflicht und elektromagnetische Felder.⁴ Diese spontanen Nennungen müssen jedoch für die geordnete Bewältigung der sich daraus ergebenden negativen Folgen nach Gruppen von Erscheinungsformen geordnet werden.

Unter diesem Aspekt treten uns heute Emerging Risks schwergewichtig etwa in folgenden Erscheinungsformen entgegen:

– Primär sind die Gefahratbestände aus *Technologien*, die nach vielen Richtungen hin angewendet werden, zu erwähnen. Im Vordergrund stehen zurzeit die Biotechnologie, die „humane“ und „grüne“ Gentechnologie sowie die Nanotechnologie.⁵

Zu dieser Erscheinungsform gehört auch der veränderte Umgang mit bekannten Gefahrstoffen wie Latex, Dioxin, Silikon, Chlorierte Kohlenwasserstoffe (CKW), Polychlorierte Biphenyle (PCB) und Methyl-tert-butylether (MTBE).⁶

– Vermehrt werden wir mit äußerst schwerwiegenden Gefahratbeständen aus *Pandemien* konfrontiert. Gegenwärtig sind diesbezüglich die Vogelgrippe (H5N1-Virustyp) und das Schwere Akute Respiratorische Syndrom (SARS) zu erwähnen.

– Bedeutungsvoll ist auch die Vielzahl spezifischer *Stoffe und Produkte*, wie beispielsweise Generika,⁷ Baumaterialien (asbesthaltige Produkte und ihre Ersatzvarianten, Farben und Lacke, Klebstoffe usw.) und Weichmacher (Nonyl-Phenole).

– Weiter gehören heute auch die *Strukturen* unserer globalen Ausstattung dazu. Sie finden ihre Ausgestaltung vermehrt in kreuzweise voneinander abhängigen Versorgungsnetzen (wie internationale Stromverbände und Kommunikationsnetze), die bei Versagen (z.B. Kurzschluss infolge Überlastung oder Befall mit Computerviren) für den Einzelnen wie auch für ganze Gebiete existenzbedrohend oder

sogar existenzzerstörend wirken können.

Diesbezüglich ist auch die infolge der wachsenden Urbanisierung zunehmende Anzahl der Mega-Cities zu erwähnen. Sie beinhalten infolge ihrer Dimension unermessliche Wertzusammenballungen und vermögen deshalb im Fall ihrer negativen Beeinträchtigung (vor allem durch Naturkatastrophen) gesamte nationale Volkswirtschaften in den Abgrund zu reißen.⁸

– Anzuführen ist auch die *Umwelt*, die uns bezüglich Emerging Risks heute vor allem als Biodiversitätsverluste, Klimaveränderungen sowie Boden- und Gewässerverunreinigungen⁹ entgegen tritt.

– Oftmals wird übersehen, dass *Regulierungen* äußerst gewichtige Emerging Risks beinhalten. Diesbezüglich sind als schlagende Beispiele das fortwährend komplexer werdende Haftpflichtrecht und die damit zusammenhängende Rechtsprechung mit zunehmenden Distorsionen und Imponderabilien¹⁰ sowie die Corporate Governance als Ursache unzähliger Fallstricke für das Management eines Unternehmens zu erwähnen.

1.3 Folgerung

Die Konkretisierungen der Emerging Risks – wenngleich auch nur beispielhaft dargestellt – führen, was ihre Erscheinungsformen betrifft, zu einem wirren und unübersichtlichen Bild. Es drängt sich deshalb auf, die Emerging Risks nach bestimmten Kriterien zu klassifizieren, um den Überblick darüber zu gewinnen und über die Zeit hinweg auch zu wahren.

Diese Erkenntnis hat die OECD bewogen, nach konkreten grundsätzlichen Ansätzen zur Klassifizierung der Emerging Risks zu suchen und darauf basierend konkrete Risikoklassen oder Risikobereiche zu definieren (vgl. Ziffer 2.2).

Was die Assekuranz betrifft, so sind von verschiedenen Erst- und Rück-

versicherern konkrete Klassifizierungen vorgenommen worden. Diese sind in ihren Grundlagen und in ihrer Ausgestaltung äußerst vielfältig, was ihre unterschiedlichen Haltungen gegenüber Emerging Risks widerspiegelt (vgl. Ziffer 2.3).

2 Klassifizierung der Emerging Risks als grundlegende Auswirkung

2.1 Ausgangslage

Die Bestimmungsgründe, die für die Klassifizierung der Emerging Risks herangezogen werden können, sind

⁴ Vgl. Aon Jauch & Hübener: Einblicke, Stand April 2006, S. 1.

⁵ Vgl. bezüglich der Nanotechnologie: Hett, Annabelle et al.: Nanotechnologie: Kleine Teile – große Zukunft?, Swiss Re, Zürich 2004 (d) sowie Spühler, Jürg: Emerging Risks im Haftpflichtbereich: Phantasie oder Wirklichkeit?, in: I.VW Management-Information – St. Galler Trendmonitor für Risiko- und Finanzmärkte, Ausgabe 3/2005, S. 6 (zusammenfassende Bemerkungen zur Nanotechnologie als illustratives Beispiel für ein aktuelles Emerging Risk).

⁶ Vgl. Münchener Rück: 6. Internationales Haftpflicht-Forum, München 2002, S. 105 und 106.

⁷ Allgemein ist bezüglich Generika zu beachten, dass sie nicht unbedingt vollständig dem Originalprodukt entsprechen müssen, sondern bezüglich der enthaltenen Wirkstoffe bis zu 20% davon abweichen und bezüglich der verwendeten Trägerstoffe sogar vollständig anders als das Originalprodukt sein können. Bezüglich der von „Biogenerika“ geschaffenen besonderen Gefährdungsproblematik vgl. Phi – Haftpflicht international/Recht & Versicherung: Das Neueste in Kürze, 06.05.2006, S. 1.

⁸ Der Anteil der städtischen Bevölkerung wird 2007 erstmals höher sein als derjenige der Landbevölkerung. Die Wiederholung des Erdbebens von 1923 würde heute in Tokio Schäden in der Größenordnung von bis zu 75% des japanischen Bruttoinlandsprodukts anrichten. Vgl. dazu Brauner, Christian et al.: Risikolandschaft der Zukunft, Swiss Re, Zürich 2004 (d), S. 14f.

⁹ Hinzuweisen ist auf die noch vielerorts verborgenen Altlasten in Gestalt von Boden- und Grundwasserverschmutzungen aus früheren Aktivitäten an Gewerbe- und Industriestandorten sowie aus Entsorgungseinrichtungen (vornehmlich ungeschützte Deponien). Die in verschiedenen Ländern vorhandenen Altlastenkataster vermitteln insgesamt nur ein partielles Bild über die tatsächliche latent vorhandene Situation.

¹⁰ Für Einzelheiten dazu vgl. Spühler, Jürg: Haftpflicht und Haftpflichtversicherung: Gestern – heute – morgen, Swiss Re, Zürich 2001(d) sowie Swiss Re, sigma, Dynamik der Haftpflichtschäden – rechtliche und wirtschaftliche Hintergründe, Nr. 6/2004.

äußerst vielfältig. Sie sind im Wesentlichen in den einbezogenen Erscheinungsformen, in den Interessenlagen der Betroffenen gegenüber den Emerging Risks und ihren negativen Auswirkungen sowie in den auf die Emerging Risks ausgerichteten Bewältigungsstrategien der Betroffenen zu finden. Dies führt dazu, dass die erfolgten Klassifizierungen der einzelnen Betroffenen recht unterschiedlich sind.

Allen Klassifizierungen ist gemeinsam, dass sie den *Ausgangspunkt zur Relevanzbestimmung* bilden. Beobachtung, Analyse und Bewältigung sind nicht auf Emerging Risks schlechthin auszurichten, sondern auf die für den einzelnen Betroffenen *relevanten* Emerging Risks. Es sind dies diejenigen mit für ihn existenzbedrohender und existenzzerstörender Wirkung. Spezifisch relevanzbestimmend sind die Wahrscheinlichkeit des Eintritts des betrachteten

Emerging Risikos bzw. seiner negativen Folgen, die Schwere des involvierten Schadenpotenzials, der Zeitpunkt der Einwirkung und die Dauer der Einwirkung auf den Betroffenen.

Auf die klassifizierten und als relevant qualifizierten Emerging Risks sind die zu ergreifenden *Bewältigungsmaßnahmen* auszurichten. Die klassischen Instrumente dazu sind das Risiko-Management, also die Vermeidung und die Verminderung der relevanten Emerging Risks und ihrer Folgen, sowie das Versicherungs-Management, was den Transfer der verbleibenden relevanten Emerging Risks und ihrer Folgen auf Dritte betrifft.¹¹

Der nachfolgende Einblick in erfolgte Klassifizierungen zeigt äußerst unterschiedliche Ausgestaltungen. Dies legt offen, wie bestimmend dafür die Haltung und die Interessenlage der Betroffenen gegenüber den Emer-

ging Risks an sich und gegenüber ihren spezifischen Auswirkungen sind.

2.2 Klassifizierung der OECD-Expertengruppe

Die OECD-Expertengruppe hat für die Klassifizierung von Emerging Risks die folgenden Kriterien herangezogen: Erstens muss potenziell eine große Anzahl von Personen betroffen sein, zweitens muss die potenzielle Auswirkung eine weite geographische Dimension betreffen und drittens muss potenziell eine längere Zeitperiode involviert sein.¹²

Ausgehend von diesen Kriterien und unter Einbezug der Geschehnisse in der Vergangenheit sind fünf Risiko-

¹¹ Vgl. dazu die Ausführungen unter den Ziffern 3.2.1 und 3.2.2.

¹² Vgl. für Einzelheiten: Emerging Risks in the 21st Century, An Agenda for Action, OECD, 2003.

Klassen oder Risikobereiche definiert worden. Es sind dies: Naturkatastrophen, Technologie- oder Industrieunfälle, Infektionskrankheiten, Lebensmittelsicherheit und Terrorismus.

Wie kann man klassifizieren?

Innerhalb der Assekuranz sind recht unterschiedliche Klassifizierungen von Emerging Risks zu beobachten. Selbst vom einzelnen Risikoträger werden, je nach eingenommenem Blickwinkel, verschiedenartige Qualifikationen und Darstellungen angewendet, um der angestrebten Adäquanz im spezifischen Fall bestmöglich Rechnung zu tragen. Zur Illustration seien die nachfolgende Beispiele angeführt.¹³

Beispiel 1

Ausgangspunkt der Klassifizierung ist eine Liste systematisch identifizierter Emerging Risks. Diese Liste umfaßt mehrere Dutzend(!) Emerging Risks wirtschaftlicher, sozialpolitischer, rechtlicher und obrigkeitlich regulierender, technologischer und ökologischer Natur.

Maßgebend für die Klassifizierung der aufgelisteten Emerging Risks ist ihre Relevanz für den betroffenen Versicherer. Die Relevanzermittlung erfolgt periodisch durch schriftliche Umfrage innerhalb der eigenen Organisation. Dabei werden schwerwichtig das Underwriting, das Schadenmanagement und das Risk Management einbezogen.

Das auf diese Weise gewonnene Umfrage-Ergebnis wird von einem Experten-Team dahin aufgearbeitet, indem eine Ampel-Zuteilung vorgenommen wird. Diese gibt die Bedeutung der einzelnen Emerging Risks wieder und bestimmt damit die Art und Dringlichkeit der ihnen gegenüber zu ergreifenden Maßnahmen. Für die rot markierten Emerging Risks werden konkrete, bindende Verhaltensanweisungen an das Underwriting, Marketing und Schadenmanagement erlassen. Die orange markierten Emerging Risks werden vom Experten-Team und von spezifisch

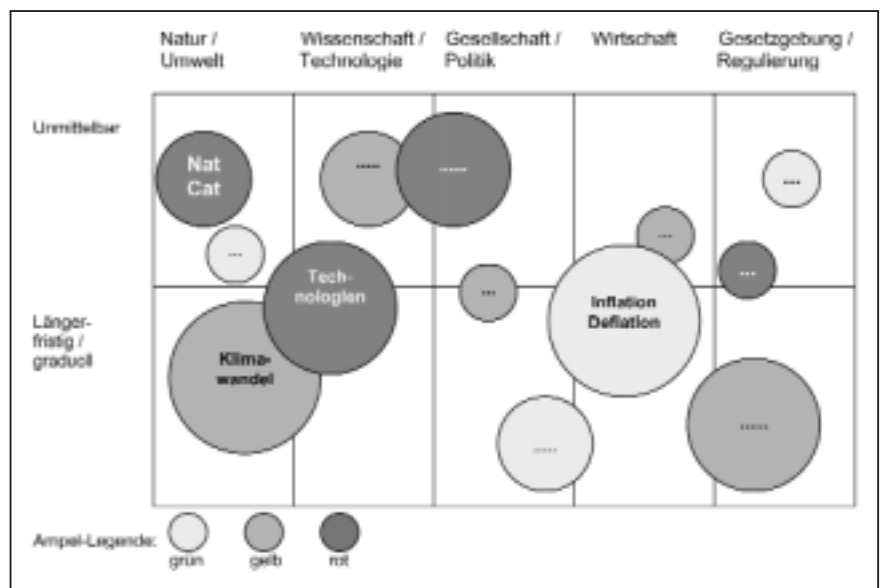


Abbildung 1: Illustrative Darstellung des Klassifizierungsergebnisses

zugezogenen Fachstellen einer laufenden aktiven Beobachtung unterstellt. Und für die grün markierten Emerging Risks bleibt die bloße Listenregistrierung. Die Ampel-Zuteilung ist als dynamischer Prozess zu verstehen. Dies bedeutet, dass vom Experten-Team aufgrund erfolgter Beobachtungen, erhaltener Informationen und zusätzlicher Umfragen jederzeit Umteilungen vorgenommen werden können.

Negativ ist festzustellen, dass der vorgenommenen Klassifizierung der ausgesprochen zahlreichen Emerging Risks die zu erwartende Schwere, den mutmaßlichen Einwirkungszeitpunkt und die möglicherweise eintretende Einwirkungsdauer der einzelnen Emerging Risks innerhalb der drei Ampel-Kategorien nicht entnommen werden kann. Insbesondere für die rot markierten Emerging Risks wären diese Qualifikationen für die Festlegung der auf sie bezogenen Verhaltensanweisungen bedeutungsvoll.

Beispiel 2

Für die Klassifizierung der festgestellten Emerging Risks wird erstens der Zeitpunkt der von ihnen zu erwartenden Auswirkungen herangezogen, wobei eine Zweiteilung nach unmittelbar zu erwartenden Auswirkungen

gen einerseits und erst längerfristig oder graduell zu erwartenden Auswirkungen andererseits erfolgt.

Weiter ist aus der Klassifizierung die Quelle der festgestellten Emerging Risks ersichtlich, wobei eine Einteilung in fünf Klassen vorgenommen wird, nämlich in Natur und Umwelt, Wissenschaft und Technologie, Gesellschaft und Politik, Wirtschaft sowie Gesetzgebung und Regulierung.

Schließlich zeigt die Klassifizierung auch den Schweregrad hinsichtlich der zu erwartenden Auswirkungen der festgestellten Emerging Risks (Größe der Kreisfläche) sowie die Behandlungspriorität (Ampel-Zuordnung).

Diese mehrdimensionale Klassifizierung ist äußerst informationsträchtig. Abbildung 1 zeigt das Klassifizierungsergebnis in graphischer Form.¹⁴

¹³ Die wiedergegebenen Darstellungen basieren auf persönlichen Gesprächen mit involvierten Personen, internen Präsentationen, Referaten an Konferenzen und Seminaren sowie Fundstellen im Internet und unterliegen teilweise eigenen Interpretationen, weshalb die betroffenen Risikoträger hier nicht namentlich erwähnt werden.

¹⁴ Die graphische Darstellung in Abbildung 1 ist als „illustrativ“ zu verstehen, da verständlicherweise das Klassifizierungsergebnis des betroffenen Versicherers nicht offen gelegt wird.

Eine interessante *Variante der Klassifizierung* erfolgt durch den selben Risikoträger zumindest für einzelne spezifisch ausgewählte Risikobereiche. Bezüglich dieser werden als Klassifizierungskriterium *einzelne Märkte für bestimmte Produkte*, die mit erkannten und möglichen Emerging Risks behaftet sind, herangezogen. Es gilt, hierfür das Kumul-schadenpotenzial abzuschätzen, das sich in den betrachteten Märkten (beispielsweise Arzneimittelmarkt) bezüglich der darin verhafteten Produkte aus den erteilten *Versicherungsakzepten* (wie z.B. Haftpflichtdeckungen) einerseits und den erfolgten *Finanzengagements* (im angeführten Beispiel somit Kapitalanlagen bei Pharmaunternehmen) andererseits ergibt. Dadurch werden die spezifisch dem analysierten Markt und seinen Produkten zuzuordnenden Emerging Risks als Schadenpotenzial auf Erfolgsrechnung und Bilanz

bewertet, also ihr potenzieller negativer Einfluss auf das *Gesamtunternehmen* und nicht bloß auf die Versicherungsaktivitäten allein.

Beispiel 3

Ausgangspunkt ist die Feststellung, dass jedes Risiko entweder selbst ein Emerging Risk oder Teil eines Emerging Risk ist. Daraus wird die Folgerung gezogen, dass schlechthin alle Versicherungsprodukte und das gesamte Underwriting jederzeit die Zukunft einbeziehen müssen.

Konsequenterweise muss demzufolge der Versicherer bzw. Rückversicherer laufend der Entwicklung in der Risikolandschaft folgen und seine Zukunft dementsprechend aktiv gestalten. Eine eigentliche Klassierung der festgestellten Emerging Risks erfolgt somit nicht. Die Vorgehensweise kann dahin qualifiziert werden, dass

für alle Emerging Risks die Ampel auf rot steht.

3 Definition von auf Emerging Risks ausgerichtete Strategien als spezifische Auswirkung

3.1 Die Chief Risk Officer Emerging Risks Initiative¹⁵

Die Assekuranz hat im Sinn eines fundamentalen, gemeinsamen Vorgehens die Zeichen der Zeit erkannt und dementsprechend kürzlich eine gemeinsame Initiative ergriffen: Chief Risk Officer (CRO) Emerging Risks

¹⁵ Vgl. The First CRO Assembly – Creating a Risk Culture, in: Geneva Association Information Newsletter, No. 39, May 2006, pp. 18-21, Swiss Re, Centre for Global Dialogue: Chief Risk Officer Assembly, Creating a Risk Culture, 16-17 November 2005 sowie Swiss Re Geschäftsbericht 2005. Jahresbericht, S. 58. Vgl. für Einzelheiten dazu auch www.cronetworks.org

Initiative. Die CRO führender Erst- und Rückversicherer haben sich unter der Obhut der Geneva Association zusammen getan, um die beiden folgenden Ziele zu erreichen:

- Erstens soll eine weltweite enge *Zusammenarbeit innerhalb der Assekuranz* erfolgen, die den Informationsaustausch bezüglich Emerging Risks unter Gleichinteressierten sicher stellt sowie die Früherkennung bezüglich sich entwickelnder Emerging Risks auf breiter Basis (also über den eigenen Bereich hinaus) systematisch betreibt.
- Zweitens soll die *Kommunikation nach außen* sicher gestellt werden, um die Sensibilisierung aller Kreise (Staat, Wirtschaft, Öffentlichkeit) bezüglich Charakter und Gewichtigkeit der Emerging Risks umfassend und laufend zu erreichen und um die „Industrie-Position“ zu kommunizieren.

Dabei wird bewusst *kein* gemeinsames Handeln zur Bewältigung der festgestellten Emerging Risks auf dem Versicherungsmarkt angestrebt, um nicht gegen die Vorschriften der Kartellgesetzgebung zu verstoßen.

Die Aktivitäten im Rahmen der CRO Emerging Risks Initiative und die sich daraus ergebenden Ergebnisse sind auf die private Versicherungsindustrie insgesamt ausgerichtet und demzufolge von *grundsätzlicher Natur*. Der einzelne von Emerging Risks betroffene Versicherer bzw. Rückversicherer hat deshalb – darauf aufbauend – die erforderlichen Instrumente und Handlungsweisen zur Bewältigung dieser Risiken selbst zu definieren und in seine Aktivitäten einzugliedern.

3.2 Die Auswirkungen auf die einzelnen Risikoträger

In den letzten Jahren haben sich die Anzeichen dafür verstärkt, dass die Versicherer bezüglich Emerging Risks spezifisch aktiv sind.¹⁶ Vor allem die Marktführer haben besondere or-

ganisatorische Einheiten gebildet, deren Tätigkeit sich auf diese besonderen Risiken ausrichtet, mit dem Ziel, ihre negativen Auswirkungen bestmöglich in Griff nehmen zu können. Konkreter Ausdruck dafür bilden vor allem die zunehmend vorhandenen, auf Emerging Risks ausgerichteten Grund-Strategien und die sich darauf abstützenden konkret formulierten Handlungs-Strategien.

Es ist anzunehmen, dass die CRO Emerging Risks Initiative und die daraus gewonnenen Ergebnisse weitere Kreise in der Assekuranz dazu veranlassen, aufbauend darauf eigenständige Handlungs-Anweisungen für die eigene Organisation zu formulieren und umzusetzen.

3.2.1 Grund-Strategie

Die Grund-Strategie entspricht dem Grundsatz nach dem traditionellen Risiko-Management. Sie definiert die spezifischen Verhaltensweisen, die auf die grundsätzliche Bewältigung der negativen Folgen aus Emerging Risks abzielen. Das Risiko-Management ist entsprechend dem klassischen Vorgehen dreigliedrig.

Früherkennung

Erstens bezieht sich das Risiko-Management auf die *Risikoerkennung*.¹⁷ Bezogen auf die Emerging Risks bedeutet dies *Früherkennung* mit nachfolgender Beobachtung der aufgespürten, möglicherweise sich als Emerging Risks qualifizierende Erscheinungen.

Relevanzbestimmung

Weiter beinhaltet die Grund-Strategie die *Risikobewertung*. Hinsichtlich der Emerging Risks bezieht sich diese auf die *Relevanzbestimmung*, was zur expliziten Verknüpfung mit der *Klassifizierung* der sich tatsächlich als Emerging Risks erweisenden Erscheinungen führt. Aus der Fülle der *erkannten* und *qualifizierten* Emerging Risks sind aufgrund sorgfältiger *Bewertung* die für den Betroffenen

echten Emerging Risks auszuscheiden, also diejenigen mit existenzbedrohender und existenzzerstörender Wirkung.

Maßnahmen

Schließlich sind im Rahmen der Grund-Strategie die auf die als relevant qualifizierten Emerging Risks auszurichtenden Maßnahmen in ihren Einzelheiten zu definieren. Diese finden ihre Ausgestaltung als *Handlungs-Strategien*, ausgerichtet auf die Akzept-Ebene einerseits und die Portefeuille-Ebene andererseits. Dabei bestehen naturgemäß enge Abhängigkeiten zwischen diesen beiden Ebenen, stellt doch das Portefeuille die Summe der einzelnen Akzente dar. Mit anderen Worten, das Portefeuille beinhaltet die örtliche und die zeitliche Kumulation der möglichen negativen Auswirkungen von Emerging Risks, die in den erteilten einzelnen Akzepten verhaftet sind.

3.2.2 Handlungs-Strategien

Akzeptebene

Die auf die *Akzept-Ebene* ausgerichtete Handlungs-Strategie erstreckt sich auf das Underwriting, die Produktgestaltung, die Prämiengestaltung und das Schadenmanagement. Die entsprechenden Verhaltens-Anweisungen richten sich auf die betriebenen Versicherungssparten, die geographischen Tätigkeitsgebiete sowie die Kundensegmente aus. Unter diesem Aspekt sind die als relevant qualifizierten Emerging Risks der betroffenen Sparte, dem betroffenen Gebiet und dem betroffenen Kundensegment zuzuordnen.

¹⁶ Vgl. dazu u.a. Swiss Re: Sustainability Report 2005, S. 12 (Emerging Risks) und bezüglich des umfassenden Rahmens des betriebenen Risiko-Management Swiss Re: Geschäftsbericht 2005, Jahresbericht, S. 42ff. sowie die jüngeren Jahresberichte der führenden Versicherer und Rückversicherer.

¹⁷ Besonders umfassend sind gegenwärtig die entsprechenden Aktivitäten bezüglich der Nanotechnologie, der Gentechnik sowie des Klimawandels und der damit verknüpften Naturkatastrophen.

Werden beispielsweise die elektromagnetischen Felder (EMF) und ihre möglicherweise negativen Auswirkungen als relevantes Emerging Risk bezeichnet, so sind entsprechende Verhaltens-Anweisungen an das Underwriting, an die Produktgestaltung und an das Schadenmanagement für die Haftpflichtversicherungssparte festzulegen, gültig für sämtliche geographischen Tätigkeitsgebiete (da EMF überall auftreten können) und bezogen auf diejenigen Unternehmen, die mit EMF in Verbindung zu bringen sind (wie beispielsweise Stromversorgungsunternehmen, Hersteller von elektrischen und elektronischen Geräten).

Das *Underwriting* bestimmt in entscheidender Weise über Erfolg oder Misserfolg des Risikoträgers, da in den einzelnen Akzepten die sich allenfalls existenzbedrohend oder sogar existenzzerstörend auswirkenden Emerging Risks verhaftet sind. Spezifisch schlagen sich die Verhaltens-Anweisungen in Zeichnungsrichtlinien und in Direktiven zur Produkthandhabung nieder. Besonders ausgeprägt zeigen sich gegenwärtig beispielsweise die aus der Vergangenheit bezüglich der Folgen aus Emerging Risks im Pharmasektor gezogenen Konsequenzen in den für diesen Bereich erlassenen spezifischen Anweisungen für das Underwriting, vorab bezüglich Produkthaftpflichtdeckungen.¹⁸

Was die *Produktgestaltung* betrifft, so vermag diese umfassend darüber bestimmend zu sein, ob und inwieweit sich Emerging Risks einzeln oder insgesamt zu Lasten des Risikoträgers auswirken können. Die versicherungstechnischen Instrumente allein (wie die Reduktion in den eingesetzten Kapazitäten, die Anhebung der Selbstbeteiligung des Versicherungsnehmers, die zeitlichen und betraglichen Deckungseinschränkungen, die versicherungsvertraglichen Obliegenheiten zulasten der Versicherten und die materiellen absoluten Deckungseinschränkungen) sind im Rahmen der traditionellen Produkte der Erstversicherer nicht unbedingt in der Lage, die negativen Auswir-

kungen von Emerging Risks auszugleichen.¹⁹ Deshalb sind im Falle von Akzepten mit prospektiv schwerwiegenden Emerging Risks produktbezogene Alternativen heranzuziehen.²⁰ Im Vordergrund stehen diesbezüglich Integrierte Versicherungsprogramme²¹ und Nicht-traditionelle Versicherungsprodukte.²²

Die *Prämiengestaltung* ist als gewichtiger zu taxieren, als gemeinhin angenommen und in der Praxis umgesetzt wird. Es geht diesbezüglich mit Blick auf die Emerging Risks nicht bloß um die Prämienhöhe, sondern um die artmäßige Ausgestaltung der Leistungsverpflichtung des Versicherungsnehmers. Denn je unsicherer die Zukunftserwartungen zu qualifizieren sind, was im Zusammenhang mit Emerging Risks ausgesprochen der Fall ist, umso vorsichtiger ist die fallweise Preisfindung vorzunehmen. Das usanzgemäß im Bereich des privaten Versicherungswesens für die Prämienfestsetzung angewandte Äquivalenzprinzip ist bei Akzepten mit hoch exponiert eingestuftem Emerging Risks vermehrt zu hinterfragen und im Rahmen traditionell ausgestalteter Deckungen durch ein „Umlageverfahrens sui generis“ zu ersetzen.

In jüngerer Zeit wird dem *Schadenmanagement* bei der Bewältigung der Folgen aus Emerging Risks zunehmend der erforderliche Stellenwert eingeräumt. Es stellt das Gegenstück zum Underwriting dar und taugt ebenso zur Bewältigung von Emerging Risks, konkretisieren sich diese doch dort in handfester Weise als Leistungsverpflichtung seitens des Risikoträgers. Die Aufgabe des Schadenmanagement liegt darin, die finanziellen Belastungen aus Emerging Risks nach ihrer Realisierung in Grenzen zu halten. Wichtiger Teil der dem Schadenmanagement zugeordneten Aufgaben ist die Rückkoppelung der aus der Schadenbehandlung und Schadenerledigung gewonnenen Erkenntnisse zur Produktgestaltung und zum Underwriting. Hier zeigt sich besonders augenscheinlich die notwendige Dynamik,

welcher die Ausgestaltung und Umsetzung der Grund-Strategie einerseits und der Handlungs-Strategien andererseits unterworfen sein müssen, um sicher zu stellen, dass diese auch jederzeit adäquat sind.

Portefeuilleebene

Die Handlungs-Strategie auf der *Portefeuille-Ebene* richtet sich auf die Be-

¹⁸ Bezüglich Arzneimittelrisiken und ihre Bewältigung durch den Versicherer vgl. beispielsweise Münchener Rück: 6. Internationales Haftpflicht-Forum, München 2003, S. 77 und 79.

¹⁹ Allerdings bilden verbandliche Empfehlungen, beispielsweise in Gestalt von Musterbedingungen für traditionelle Versicherungsprodukte, durchaus eine taugliche Orientierungshilfe für den einzelnen Versicherer zur produktbezogenen Handlungsstrategie. Als Beispiel dafür ist auf die umgestalteten Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB) 2004 bzw. 2006 des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungsindustrie zu verweisen, insbesondere auf die dort enthaltenen Ausschlüsse bezüglich Asbest, Gentechnik und Internetrisiken.

²⁰ Vgl. dazu: Innovationen zur Versicherung unversicherbarer Risiken, sigma, Nr. 4/2005, Swiss Re, Zürich, S. 24ff.

²¹ Hier handelt es sich um Mehrsparten-Deckungen im Sinne der Bündelung verschiedener Risikokategorien, wie verschiedenartige Haftpflichtdeckungen (z.B. Betriebs-, Produkte-, Manager-Haftpflichtdeckungen), oder im Sinne der Bündelung verschiedener Versicherungssparten (z.B. Haftpflicht- und Sachversicherung).

²² Zu verweisen ist diesbezüglich auf ART- (Alternative Risk Transfer) und Finite Risk-Produkte, also Versicherungslösungen, die im hochsummierten Bereich den Risikotransfer mit der Selbstversicherung verbinden.

grenzung der finalen Belastung des Risikoträgers aus den Folgen von Emerging Risks im Falle der Kumulierung von Engagements (beispielsweise in einzelnen Industriezweigen), von Katastrophen-Ereignissen (örtliche Kumulierung) und von Serienschaden-Ereignissen (zeitliche Kumulierung) unter den erteilten Akzepten aus. Es gilt hier, sich vor finanziell nicht verkräftbaren Gesamtbelastungen zu schützen.

Ausgehend von der eigenen (Netto-) Kapitalausstattung wird die finanzielle Tragfähigkeit in erster Linie mittels *traditioneller Absicherungs-Instrumente*, wie Rückversicherung, Retrozession und Poolung, erweitert.

Vermehrt erfolgt in jüngerer Zeit – spezifisch ausgerichtet auf die Folgen aus Emerging Risks – die zusätzliche Erweiterung der finanziellen Tragfähigkeit des Risikoträgers mittels *neuartiger Absicherungs-Instrumente*,²³ wie Finanzrückversicherung bzw. Finanzretrozession, Verbriefungen (Insurance Linked Securities),²⁴ Bedingtes Kapital (Committed oder Contingent Capital)²⁵ und Katastrophenanleihen.²⁶

Die enormen potenziellen Belastungen des einzelnen Risikoträgers durch Emerging Risks vermögen die eigenen Maßnahmen vermehrt nicht unbedingt in genügendem Ausmaß, d.h. zur langfristigen Existenzsicherung, zu bewältigen. Dies gilt insbesondere für die auf dem Versicherungsmarkt nicht schlechthin oder nur schwer platzierbaren kritischen Risiken beziehungsweise für die Fälle möglicher größerer regionaler und umfassenderer globaler Schadenergebnisse.

Zur Entlastung des dergestalt vorhandenen Schadenpotenzials aus Emerging Risks sind deshalb neben den erwähnten Instrumenten auf Portfeuille-Ebene besondere *Partnerschaften mit der öffentlichen Hand* erforderlich.²⁷ Diese stellen die jüngste Entwicklungsstufe der Absicherungsmöglichkeiten dar. Sie beinhalten entweder die Bereitstellung von Versicherungskapazitäten für spezifisch definierte Risiken (u.a. auch solche mit Emerging Risks-Charakter) und ihre Folgen oder das Ergreifen von Maßnahmen, welche die Verfügbarkeit von Versicherungsdeckungen

für solche Risiken verbessern. Derartige Partnerschaften greifen unmittelbar in das Risiko-Management des einzelnen Risikoträgers ein und unterstützen diesen in hochexponierten Bereichen, so wie es der Emerging Risks-Bereich darstellt, in aktiver Weise.²⁸

4 Fazit

4.1 Zusammenfassender Überblick

Insgesamt gilt es, die Verknüpfung zwischen den ersten schwachen Signalen, die auf die Entwicklung von Emerging Risks hindeuten und in die

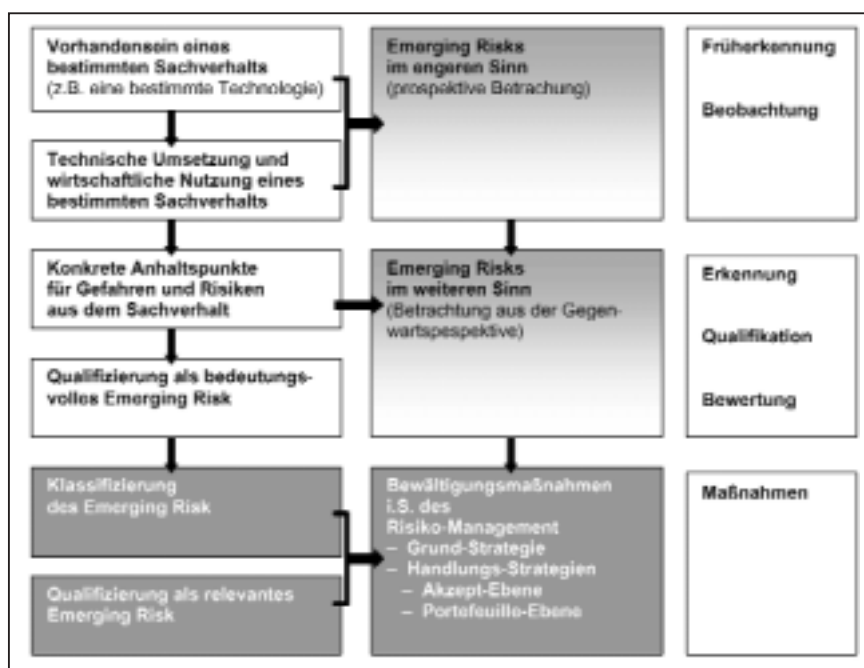


Abbildung 2: Überblick über die Phasen des Bewältigungsprozesses von Emerging Risks mit den Auswirkungen auf die Versicherungspraxis im Sinne ihrer Klassifizierung und der Definition von auf diese ausgerichteten Strategien

23 Vgl. dazu im Einzelnen: Innovationen zur Versicherung unversicherbarer Risiken, sigma, Nr. 4/2005, Swiss Re, Zürich, S. 24, 29, 32f. und 40.

24 Verbriefungen wandeln bestimmte, schwer platzierbare Versicherungsrisiken in Obligationen-Anleihen um (wie Cat Bonds und Life Bonds), wodurch der Investor die Folgen des Underwriting in den betroffenen Bereichen (also das Versicherungsrisiko) übernimmt, und zwar vornehmlich im Emerging Risks-trächtigen Katastrophenbereich.

25 Bedingtes Kapital stellt eine Verpflichtung dar, dem Risikoträger im Falle des Eintritts eines bestimmten, extrem großen Schadenergebnisses, das beispielsweise von einem Emerging Risk stammt, Kapital zur Verfügung zu stellen, wie z.B. in Form von nachrangigem Fremdkapital, Genussrechtskapital oder Vorzugsaktien.

26 Katastrophenanleihen richten sich auf Risiken mit äußerst geringer Häufigkeit einerseits, jedoch mit besonders hohem Schaden ausmass andererseits aus, was dem Charakter von Emerging Risks entspricht.

27 Vgl. dazu im Einzelnen: Innovationen zur Versicherung unversicherbarer Risiken: sigma, Nr. 4/2005, Swiss Re, Zürich, S. 34ff.

28 Beispiele dafür sind etwa
 – obrigkeitlich verfügte betragsliche Plafonierung der Schadersatzleistungen in denjenigen Fällen, in denen eine strikte Gefährdungshaftungsnorm zur Anwendung gelangt, wie z.B. Arzneimittelhaftung in Deutschland und EU-Produkthaftung (für darüber hinaus gehende Ausgleichspflichten gelten sondern die allgemeinen Haftungs-normen),
 – Versicherungsobligatorien im Haftpflichtbereich mit nach oben betragslich recht tief angesetzten Versicherungssummen, wie es bezüglich bestimmter Gentechnik-Aktivitäten in einzelnen Ländern der Fall ist,
 – Aufpropfung von staatlichen Leistungsgarantien auf den privatwirtschaftlich sicher gestellten Versicherungsschutz, wie im Bereich der Kernenergiehaftung in verschiedenen Ländern realisiert,
 – Terrorismusdeckungen (Sach- und Haftpflichtversicherung) in zunehmender Anzahl von Ländern sowie
 – Erdbebendeckungen (Sachversicherung).

Früherkennung einzubeziehen sind, und den Bewältigungsmaßnahmen in Gestalt der Grund-Strategie und den Handlungs-Strategien als zentrale Instrumente des Risiko-Management herzustellen. Die einzelnen Phasen dieses Prozesses, die zu den konkreten Auswirkungen auf die Versicherungspraxis (Klassifizierung der relevanten Emerging Risks und Definition der auf die Emerging Risks ausgerichteten Strategien) führen, sind im zusammenfassenden Überblick aus Abbildung 2 ersichtlich.

4.2 Folgerung

Tatsache ist, dass Emerging Risks für die Versicherer erhebliche Gefahren beinhalten, und zwar mit existenzbe-

drohender oder sogar existenzzerstörender Wirkung. Andererseits beinhalten Emerging Risks für sie auch die *Chance*, neue Produkte und Dienstleistungen zu schaffen, welche die entsprechenden Erscheinungen in der Risikolandschaft nutzen.

Unabdingbare Voraussetzung dazu ist jedoch die Definition und die Umsetzung der gezielt auf Emerging Risks ausgerichteten Bewältigungsmaßnahmen, getragen von Innovationskraft und Zukunftsblick. Diese vermögen die Überlebenschance nachhaltig zu sichern. Erste konkrete Schritte dazu sind bereits getan. Weitere müssen jedoch unbedingt folgen, um die mit der Grund-Strategie und den Handlungs-Strategien anvi-

sierten Ziele auch tatsächlich zu erreichen.

Das Positive am dornenvollen Komplex „Emerging Risks“ liegt darin, dass die Betroffenen das damit verknüpfte Schicksal selbst bestimmen können. Denn: Ob Emerging Risks sich als *Verlustposition*, also als Existenzzerstörung, offenbaren oder als *Erfolgsposition*, also als Überleben, bestimmt der Exponierte durch sein ureigenes Handeln letztlich selbst.

August Pröbstl/Ernst Rauch, München*

Was haben Hurrikane in den USA mit Orkanen in Europa gemeinsam – und was bedeutet das für die Assekuranz?

Management von Größtschadenpotenzialen aus Naturkatastrophen bei sich ändernden Risikobedingungen

Meteorologische und klimatologische Sicht

Hurrikane (allgemeiner: tropische Wirbelstürme) haben mit Orkanen (außertropische Stürme) wenig gemeinsam – meteorologisch gesehen. Sie entstehen grundsätzlich auf unterschiedliche Weise und kommen damit auch in unterschiedlichen Regionen und zu unterschiedlichen Jahreszeiten vor. Trotzdem haben sie einen gemeinsamen „Antrieb“: die Absoluttemperaturen und Temperaturunterschiede der Ozeane und der Atmosphäre.

Für die Assekuranz und das Management von Größtschadenpotenzialen ist all dies von großer Bedeutung, wenn man die zeitliche Entwicklung der Temperaturen in der Atmosphäre (Abb. 1), der Meeresoberflächen (Abb. 2) und der Schäden aus extremen Wetterereignissen (Abb. 3) in den vergangenen Jahren analysiert und die Ergebnisse der Klimafor-

schung – in der Simulation zukünftiger Schäden berücksichtigt.

Das Thema Klimawandel ist schon seit über 20 Jahren im Mittelpunkt wissenschaftlicher Forschung. Weltweit untersuchen Experten, wie sich die steigende Konzentration klimaschädlicher Spurengase in der Atmosphäre auswirkt.

Weil die Studien oft aber nur qualitative Ergebnisse lieferten, die weit in die Zukunft gerichtet waren, nahm sie so mancher Risikoträger nicht ernst. Das änderte sich 2005 schlagartig. Schon vor dem Rekordschaden durch Hurrikan Katrina in den USA erschie-

* Münchener Rück

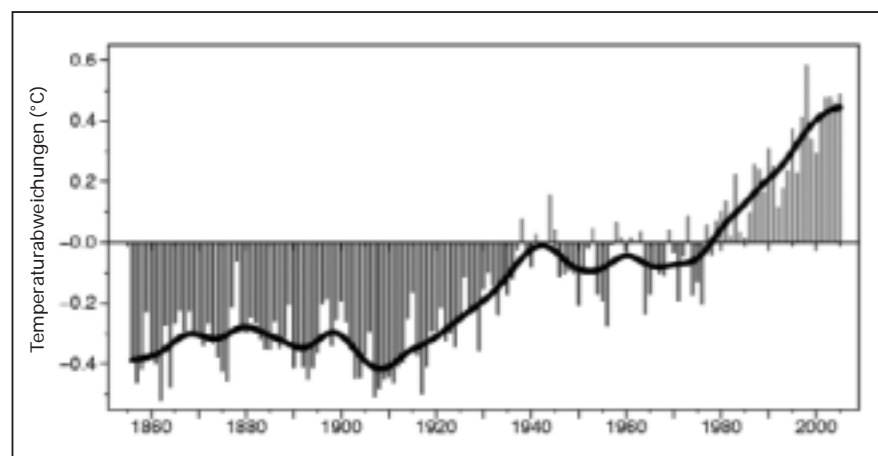


Abbildung 1: Entwicklung der mittleren Temperatur der Atmosphäre 1851 – 2005.

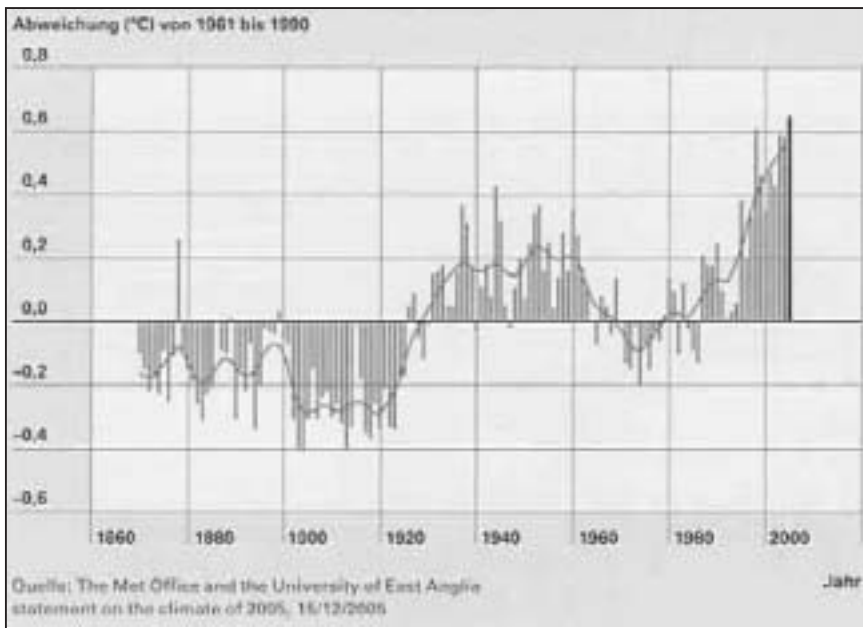


Abbildung 2: Entwicklung der Meeresoberflächentemperatur im Nordatlantik.

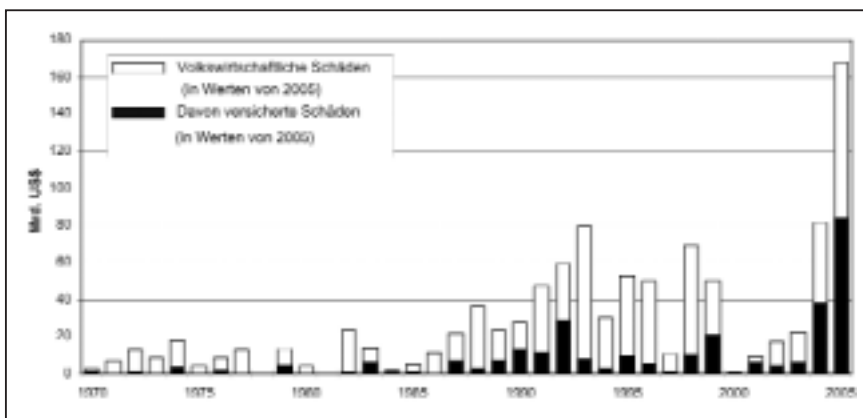


Abbildung 3: Schäden aus großen Unwetterkatastrophen weltweit 1970 – 2005. Quelle: MRNatCatService

nen Studien, die sich mit der veränderten Hurrikangefährdung im Nordatlantik befassen – vor dem Hintergrund der natürlichen und der vom Menschen verursachten Einflüsse auf die Meeresoberflächentemperatur. Dank detaillierter Untersuchungsergebnisse konnte die Assekuranz einen konkreten Anpassungsbedarf der Hurrikan-Risikomodelle ableiten. Auch Anbieter kommerzieller Risikomodellierungssoftware für tropische Wirbelstürme haben in ihren Modellversionen 2006 für den Nordatlantik (USA und Karibik) die neuesten Erkenntnisse über die veränderte Hurrikangefährdung berücksichtigt.

Parallelen zu Europa?

Gibt es Parallelen zur Sturmgefährdung in Europa? Stehen wir erst am Anfang eines Trends hin zu häufigeren und intensiveren Unwetterereignissen – oder sind wir schon mittendrin?

Der Forschungsstand darüber ist bisher weniger fortgeschritten als in Regionen mit tropischen Wirbelstürmen. Anzeichen deuten jedoch darauf hin, dass insbesondere Sommerunwetter (Gewitter, Starkniederschläge) und Wetterlagen mit großen Überschwemmungen als Ursachen

für Schäden in den vergangenen Jahren in Mitteleuropa zugenommen haben. Beispiele: „Jahrhunderthochwasser“ in Köln 1993 und 1995, Pfingsthochwasser in Süddeutschland 1999, Elbeflut 2002, Unwetter im Alpenraum 2005.

Vor allem in Deutschland ist zwischen 1970 und 2005 die Zahl der Naturkatastrophen deutlich gestiegen – getrieben durch wetterbedingte Sturm- und Überschwemmungsereignisse (Abb. 4).

Für die Versicherungswirtschaft in Europa ist ein Sturm dann von besonderer Bedeutung, wenn er aufgrund seiner großen räumlichen Ausdehnung und der Windgeschwindigkeiten – aber auch aufgrund der hohen Versicherungsdichte von bis zu 90% in einigen europäischen Ländern – schon in der Vergangenheit zu herausragenden Größtschäden führte. Ein Beispiel sind die außertropischen Winterstürme (Orkane, Abb. 5).

Wissenschaftliche Studien über diesen Sturmtyp – vor allem im Zusammenhang mit der Frage, ob und in welchem Ausmaß ein sich erwärmendes Klima die Häufigkeit und Intensität beeinflusst – gibt es weniger Untersuchungen über Ereignisse im tropischen Nordatlantik. Ergebnisse einer aktuellen Studie, in der Versicherungsportfolios mit Klimamodellen gekoppelt wurden, deuten jedoch darauf hin, dass die Schäden durch den Klimawandel steigen werden.

So ergeben sich Gemeinsamkeiten zwischen Hurrikanen im Nordatlantik und den Orkanen in Europa – beide beeinflusst sehr wahrscheinlich die Klimaentwicklung.

Makroökonomische Einflüsse lassen die versicherten Schäden steigen

Nach den Hurrikanen 2004 und 2005 in den USA stellten (Rück-)Versicherer fest, dass die prognostizierten Belastungen häufig weit geringer waren als die endgültig abgerechneten

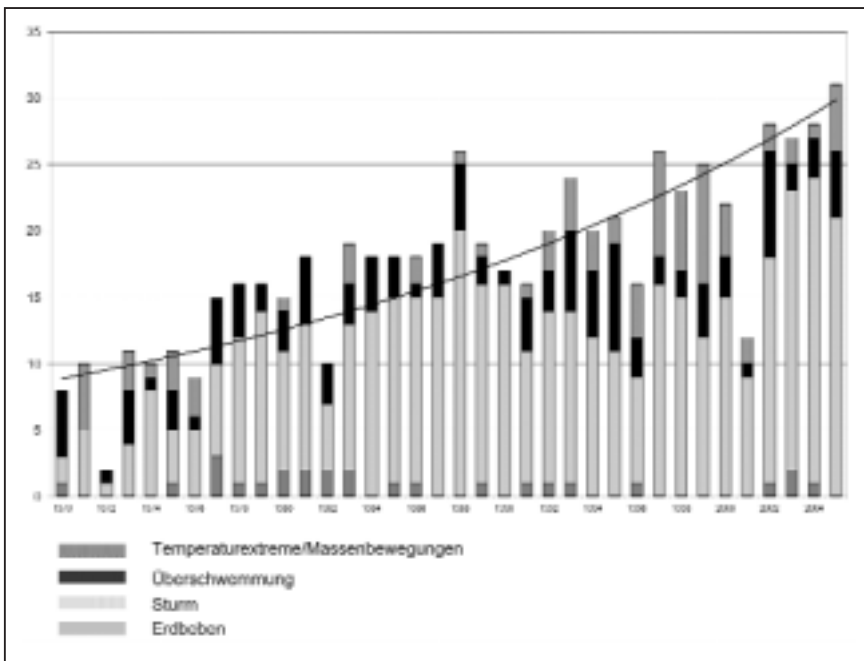


Abbildung 4: Naturkatastrophen-Schadenereignisse in Deutschland 1970 – 2005. Quelle: MRNatCatService

Schäden. Der Grund: Bei einer Großkatastrophe verstärken Ressourcenknappheit (Baumaterial und Arbeitskräfte, die zum Wiederaufbau benötigt werden) und nur beschränkt nutzbare Infrastruktureinrichtungen das Ausmaß der Katastrophe.

Dass solche Beobachtungen auch für einen schweren Wintersturm in Europa gelten, sehen derzeit kommerzielle Sturmrisiko-Modellierer ähnlich wie die Münchener Rück. Schadenverstärkende Faktoren („large loss amplification“) im mittleren zweistelligen Prozentbereich wie in den USA sind in Europa wegen der geringeren Windgeschwindigkeiten und der insgesamt weniger schadenanfälligen Gebäude zwar unwahrscheinlich. Dennoch: Die Auswertungen der Schadendaten der Sturmserien 1990 und 1999 haben gezeigt, dass auch in Europa die relative Schadenanfälligkeit von Portefolles mit Sturmdeckung mit der Schadendimension des Gesamt ereignisses steigt.

Deckung von Sturmflutschäden in den USA und in Europa

Die US-amerikanischen Standardpolitiken für die Sturmgefahr schließen Überschwemmungsschäden an Wohn-

gebäuden und Mobiliar grundsätzlich aus; das Gleiche gilt für kleingewerbliche Risiken. Ähnlich ist es in den meisten europäischen Ländern (Ausnahme: UK). Schätzungen darüber, wie hoch der Anteil von Überschwemmungsschäden durch Katrina und durch die Überflutung von New Orleans infolge von Deichbrüchen am gesamten privatwirtschaftlich versicherten Schaden von rund 41 Mrd. US\$ ist, reichen von 10% (ca. 4 Mrd. US\$) bis über 30% (ca. 10–15 Mrd. US\$).

Die Bandbreite der Ursachen für die hohen versicherten Überschwemmungsschäden bei diesem Ereignis ist groß. Schadtreiber waren Industrierisiken (Raffinerien, Hafenanlagen, Werften, Läger), aber auch große Gewerbeverträge mit Unternehmen, die mehrere Einzelstandorte in der betroffenen Region hatten; wegen ihrer Unternehmensgröße galten sie bei Erstversicherern oft als „Industriekunden“ – mit der Folge, dass Überschwemmungsdeckungen in den Verträgen eingeschlossen waren.

Ist die Deckungssituation bei Sturmflut und Überschwemmung in Europa ähnlich wie in den USA? Grundsätzlich sind diese Gefahren in Europa nicht versichert. Aber welche Schadenpotenziale drohen aus der möglichen Überflutung großer Industriegebiete und Hafenanlagen (Rotterdam, Hamburg etc.)?

Die Risikoträger sind sich inzwischen weitgehend einig: Es besteht Anpassungsbedarf – Risikomessung und Preis- und Kumulermittlung müssen die häufigeren und intensiveren Wetterextreme einbeziehen; dabei müssen die Risikobewertungen auch die Erkenntnisse aus den großen Naturkatastrophen-Schadenereignissen der vergangenen Jahre berücksichtigen. Wichtige nächste Schritte sind,

Datum	Name	Versicherter Schaden in Mio. Euro	Volkswirtschaftlicher Schaden in Mio. Euro	Hauptbetroffene Länder
25.–26.1.1990	Daria	6 500	8 600	Deutschland, Großbritannien, Frankreich, Belgien, Dänemark, Luxemburg, Niederlande
26.12.1999	Lothar	5 900	11 400	Frankreich, Deutschland, Schweiz, Belgien, Österreich
15.–16.10.1987	87J	4 500	5 400	Frankreich, Großbritannien, Norwegen, Spanien
27.–28.12.1999	Martin	2 500	4 100	Frankreich, Spanien, Schweiz
7.–9.1.2006	Erwin (Gudrun)	2 100	6 000	Dänemark, Estland, Finnland, Deutschland, Lettland, Litauen, Norwegen, Russland, Schweden, Großbritannien

Alle Schadenangaben in Werten von 2005. Quelle: MRNatCatService

Abbildung: Die 5 größten Wintersturm-Schadenereignisse in Europa für die Assekuranz (in Werten von 2005).

- die Veränderungen nach Gefahren – Sturm, Überschwemmung, Hagel – und Regionen zu differenzieren und
- die Veränderungen besser zu quantifizieren, sowohl bei kleineren und häufigeren Ereignissen als auch bei selteneren und schweren bis katastrophalen (Kumul-)Ereignissen.

Die Wissenschaft liefert wesentliche Impulse, um Risiken neu bewerten zu können. Entscheidungen müssen jedoch die Risikoträger treffen – auf der Basis der Klimaforschungserkenntnisse und im Hinblick darauf, dass „neue“ Schadenerfahrungen im Risikomanagement umgesetzt werden. Dort, wo die Wissenschaft erwartete Veränderungen nur grob einschätzen kann, muss die Assekuranz eigene Antworten liefern.

Bei der Weiterentwicklung eigener Modelle für definierte Naturgefahrenszenarien, die auf Marktdaten, wissenschaftlichen Gefährdungsstudien und der eigenen Schadenerfahrung basieren, trägt die Münchener Rück etwa den steigenden Sturmflutexponierungen und den häufigeren Sturmereignissen Rechnung – bei der Risikomodellierung, dem Kumulmanagement, der Kapitalallokation, der Deckungsausgestaltung und der Preisfindung. Allerdings sind Modelle immer nur so gut wie ihre wissenschaftliche Basis und die Daten, die in die Modellrechnung einfließen. So gilt ein besonderes Augenmerk den Kunden und deren portefeillespezifischen Exponierungen.

Die Münchener Rück stellt die erforderlichen Kapazitäten bereit und bietet ihren Kunden traditionelle wie auch neuartige Deckungskonzepte. Voraussetzung dafür ist, Haftungen zu limitieren, Schadenereignisse und Ausschlüsse eindeutig zu definieren sowie die Datenbasis transparent zu machen, um Risikoexponierungen ermitteln zu können. Ein erfolgreiches Risikomanagement auf Erst- und Rückversicherungsseite, das den aktuellen und zukünftigen Herausforderungen gerecht wird, ist nur im Dialog mit den Erstversicherern zu erreichen.

Gefahren früh erkannt

Sonderveröffentlichung „Sturm“ der Münchener Rück – aus dem Jahr 1990

„Eine wärmere Atmosphäre und ein wärmeres Meer führen zu einem intensiveren Energieaustausch und einer Verstärkung der vertikalen Umlagerungsprozesse, die für die Entwicklung von tropischen Wirbelstürmen, Tornados, Gewittern und Hagelstürmen eine wesentliche Rolle spielen. Deren Häufigkeit und Intensität werden ebenso zunehmen wie die Länge ihrer Saison und die Fläche der gefährdeten Gebiete.

Letzteres gilt vor allem für die tropischen Wirbelstürme, die weiter in die gemäßigten Breiten vordringen werden und damit auch Regionen gefährden können, die bisher als risikofrei gelten. Damit wächst nicht nur die Gefährdung der schon bisher exponierten Bevölkerungszentren und Industriegebiete an den Nordostküsten der USA, Australiens und Neuseelands oder in ganz Japan, sondern es zeichnet sich auch die Möglichkeit ab, dass der Küstenbereich Westeuropas (...) von einem voll entwickelten Hurrikan erreicht wird. (...)

Schließlich werden die Wassertemperaturen auch in einzelnen Gebieten des Südatlantiks den kritischen Wert von 27°C erreichen, der die Entwicklung von dort bisher nicht vorkommenden tropischen Wirbelstürmen begünstigt, die eine außerordentliche Gefahr für die brasilianischen Küsten darstellen würden.“

Tatsächlich waren gerade in den vergangenen Jahren Ereignisse zu beobachten, welche die Prognosen von damals schon fast optimistisch erscheinen lassen. Zu diesen meteorologisch außergewöhnlichen Phänomenen zählen folgende:

- 2002: die Jahrhundertflut im Elbegebiet in Deutschland und den Nachbarländern
- 2003: der Hitzesommer in Europa mit über 35.000 Todesopfern
- 2004: die bis dahin höchsten Schäden durch Hurrikane im Nordatlantik in einer Saison
- 2004: die höchste bisher beobachtete Anzahl tropischer Wirbelstürme innerhalb eines Jahres mit Landfall in Japan
- 2004: der erste tropische Wirbelsturm im Südatlantik mit Landfall in Brasilien
- 2005: die höchste Anzahl von tropischen Wirbelstürmen (27) und Hurrikanen (15) in einer Saison im Nordatlantik
- 2005: der absolut stärkste Hurrikan (Wilma, 882 hPa Kerndruck), der viertstärkste Hurrikan (Rita) und der sechststärkste Hurrikan (Katrina) im Nordatlantik in nur einer Saison seit Beginn der Messungen
- 2005: der nördlichste und östlichste Hurrikan (Vince), der sich im Oktober bei Madeira bildete
- 2005: der erste Tropensturm (Delta), der die Kanarischen Inseln erreichte.

Die Chronik beweist eindrucksvoll, dass einige Veränderungen des Wettergeschehens, die man bereits Anfang der 90er-Jahre langfristig erwartet hatte, nur wenige Jahre später Realität wurden.

Dr. Hubertus W. Labes/Ricardo Cantilo, Hamburg/Buenos Aires*

Increasing interest in commutations

Attitude towards commutations in Europe and Latin America

1. Introduction

Commutations between cedants and reinsurers are at one of their greater peaks at the present time as commutation activity has increased significantly in the last years. The Twin Towers attack on September 11th, 2001, and several natural catastrophes that hit the market in the past five years have had as consequence the search of exposure- and uncertainty reduction.

A commutation can be defined as an agreement to release insurers from all past, present, and future liabilities under the reinsurance contract in return for a lump sum cash payment. The lump sum cash payment normally reflects the net present (i.e. discounted) value calculation of all past, present and future liabilities including unsettled balances, outstanding losses, and IBNR as well as premium reserves and all kind of deposits withheld by the reinsured.

Commutations are used by insurers and reinsurers alike to end-up liabilities under insurance and reinsurance contracts. Side benefits may be that the reinsurer gets updated loss advices and reserves are made redundant.

A commutation is not necessarily limited to a specific reinsurance contract, but can be extended to a variety of agreements or the whole inwards and/or outwards business with the other party. Single claims can also be subject to commutation as a whole relationship involving every single inwards and outwards contract between a cedant and a reinsurer or retrocessionaire (known as a „global commutation“).

2. General observation

One of the greatest incentives for the number of commutations to have in-

creased in the last few years is the need to clean up balance sheets. This trend has become clear as from the Enron case but is also due to the increasing influence of rating agencies and in view of Solvency II. Solvency margin and efficient usage of capital has become more important than ever as there is a clear pressure to receive good ratings from the specialist agencies, which is increasingly being achieved through commutations.

In this sense, commutation may well serve the purpose to improve the asset position of a cedant or to clean a reinsurer's contingent liabilities. Commutations have, therefore, proved to improve solvency margins. Even still active reinsurers start to develop strategic commutation programs not only looking at liabilities anymore but seeking to clean balance sheets by using commutation as a financial tool.

Further trends supporting the importance of commutations are a significant consolidation in the insurance and reinsurance markets as well as the fact that the number of companies ceasing underwriting and retrieving from the business is increasing. It has been common to see much commutation activity in cases of underwriters who left certain markets or lines of business. Every time another company goes into run-off it adds to the list of those willing to actively seeking to commute.

Other drivers for an increase in commutation have been:

- Conflicting claims handling policy between cedant and reinsurer;
- Collection difficulties especially since reinsurance brokers in the post Spitzer era have put an important pressure to control their costs

and are less willing to contribute to collections without receiving an additional fee;

- Need to deal with decreasing liquidity;
- Minimization of insolvency risk;
- Reduction of the administrative costs.

Commutation will, therefore, become more important than ever.

However, one has to distinguish between companies with an ongoing concern and those in run-off which of course have a different approach towards commutation. Until the late 1990s, companies with an active business going on were rather reluctant to commute and were only interested in commutations for special cases such as a commutation with Equitas for example. But during the past five to seven years commutations are increasingly accepted as standard industry practice and part of claims management to the extent that cedants and reinsurers face negotiations in an increasingly professional manner including actuarial support as well as claims valuation by external lawyers.

Technically, commutations in Europe and in Latin America are not handled differently from commutations in UK, the US or elsewhere in the world. Parties to commutation negotiations are in the same way as everywhere talking about the same tools, the same tactics, the same arguments depending on the underlying business, such as net present value calculation, discounting or loadings. But there are special developments in these markets which will be highlighted in the following.

* Contributions given to the AIDA reinsurance working group on 17 October 2006 at the occasion of the AIDA world congress in Buenos Aires. Hubertus Labes and Ricardo Cantilo are both partners of Chillington International heading-up the operations in Hamburg, Germany and Buenos Aires, Argentina.

3. *Attitude towards commutation in Europe*

The run-off volume in Europe was estimated to be over 130 billion Euros in 2005. Compared to that, the 2005 run-off volume in UK was about 90 billion Euros. Insiders see a worldwide increase of 10% per year.

In Germany, the commutation volume grew from 2003 with approx. 700 to 800 million Euros to 2005 with 1 billion Euros. Global Re (formerly Gerling Global) says that they alone commuted 3.8 billion Euros since going into run-off in late 2002. The number of people involved in run-off only in Germany is estimated with over 500.

The London market has always been much more open to accept very difficult, delicate business and many London market companies and syndicates are now faced with the negative result of that. Compared to that, European companies have been more conservative but, of course, there are also homemade problems in Europe. Some lines of business such as credit and bond business in Italy or architectural liability in France caused massive problems. Asbestos was also used in Europe of course.

Apart from that, massive consolidation in the European insurance and reinsurance markets took place during the past years – just recently Swiss Re was taking over GE Frankona, Talanx was taking over Gerling or in Italy Fondiaria merged with SAI and took over many smaller companies such as Liguria. French SCOR took over German Revios, in Austria Vienna Insurance Group bought insurance companies all over Eastern Europe. In Scandinavia TBI sold its reinsurance portfolio to Sirius and there are a lot of further examples like these in Europe. Further consolidation is to be expected.

A number of companies in Europe ceased underwriting during the past 15 years. Only in Germany the minimum of 14 professional reinsurers went into run-off since the late 1980s.

Further 7 direct insurers stopped underwriting reinsurance during this time period. The German market became used to run-off. When Hamburg International Re went into run-off in 1990 the market was shocked. Cedants had no experience with this situation. When in 2002 Gerling Global went into run-off the market was used to run-off situations like that already and one was only surprised because of the sheer size of this new run-off. And also this trend will go on in Europe.

Furthermore, there are cultural differences within Europe. Reality is that there is not just one Europe but that there are various countries with various cultures, languages and mentalities.

As a general rule, commutations are less a trust issue in Northern Europe but probably more difficult in Southern Europe. Smaller companies especially in Southern Europe do not really know how to handle commutations and some of them, therefore, prefer to keep hands off. Some companies never commute as a matter of principle, but there are less and less. And it is even more difficult to approach these companies with a request to conduct a pre-commutation audit. In this part of Europe this is often still considered as an expression of mistrust.

In countries like Germany, Holland, Switzerland and most of Scandinavia for example most companies are prepared to professionally deal with commutations. It's also less a problem in Belgium, France and Greece for example but commutations are sometimes more difficult in Austria, Italy or Spain.

In Europe it is, therefore, very important to know about the local specifications of the various markets, to understand the culture, to speak the language, to be acquainted with the local industry, and therefore to be accepted in the markets. It is essential to have experienced staff for these markets and native speakers on board.

Finally it needs to be considered that some countries in Europe do not have a single and centralised insurance and reinsurance market-place such as London or Paris for example. Germany has got insurance centers in Munich, Cologne, Hannover, and Hamburg, Italy in Rome, Milano, and Triest, and Spain in Madrid, Barcelona, and Bilbao.

4. *Attitude towards commutation in Latin America*

Attitudes are different in Latin America compared with those from the rest of the world.

In Latin America cedants tend to be more conservative than in the US and Europe. This might be explained by the fact that in most of the Latin American countries a reinsurance monopoly existed until the early 1990s which is the reason why the local experience in the field of commutations is not as important as that of the US or Europe.

Even within Latin America there are different realities, for instance, a number of countries like Chile, Mexico, Ecuador among others do not face high burdens in liability business (i.e. motor, professional liability). In contrast, Argentina faces extremely high loss ratios in the liability business. In the context of this business, which reinsurers are normally in favour of commuting different strategies need to be implemented within the region.

Another point that affects the total expansion of the commutation process in all the Latin-American market is the existence of a reinsurance monopoly in Brazil (by large the main force in the region) with whom the Brazilian cedants are just not used to commute.

A typical characteristic of Latin America for the last 15 years has been the economical instability. In order to cope with the effects of economic cycles (i.e. devaluation, high inflation, political crisis) cedants and reinsurers have gradually realized the

benefit of using commutation as a remedy.

However, the commutation activity in Latin America in most of the countries has increased in the last years. Cedants and Reinsurers have reinforced their relationships through the different crisis and both parties realized the importance of dealing with clean accounts, for which commutation proved to be an effective instrument in Latin America.

Despite all the obstacles, Latin American cedants respond positively to commutations. Nevertheless, cedants are increasingly paying as much attention to the quality of their security as to the type of business at the time of analyzing a commutation.

There is a clear understanding among local cedants that a commutation is to be undertaken on a professional and careful fashion and above all it is clear to Latin American cedants that what is important in a commutation is to do it at the right price. Finally, in the Latin American region commutations have been a vital tool to reduce the high costs of administering reinsurance contracts.

5. Conclusion

Commutations are increasingly used world-wide. In the meantime, reinsurers do not just look for a release in liability but start to use commutation as a financial tool, i.e. to clean up their balance sheets.

Therefore, commutations are becoming more and more important and are accepted as part of the business. This goes along with the fact that most cedants are willing to commute their outwards business. And this is increasingly the case also for companies with an ongoing concern.

Commutation volumes world-wide are huge. Experts calculate a further increase of 10% of the world-wide existing volumes. Last but not least, commutations can be done in Europe and in Latin America but require awareness of the cultural differences and should be supported by local knowledge.

Jörg Knospe

Qualität auf dem Prüfstand

Ratings im Urteil von Verbrauchern, Vertrieben und Unternehmen

Wie Ratings auf die Adressaten wirken und wie sie von ihnen genutzt werden, darüber herrscht weitgehend Unklarheit. Eine Untersuchung über die Bedeutung von Qualitätsurteilen für den deutschen Versicherungsmarkt gab es bisher nicht. Licht ins Dunkel bringt eine Studie der Rating-Agentur Assekurata, vorgelegt aus Anlass ihres 10-jährigen Bestehens, methodisch begleitet von Psychonomics und der Presse am 18. Oktober in Köln vorgestellt.

Bei der Auswahl einer Versicherung nutzt mindestens jeder vierte Privatkunde Ratings in hohem Maße und fast jeder zweite hin und wieder.

Rund 30% ignorieren die Bewertungen völlig. Wichtigste unter zwölf verschiedenen Informationsquellen sind Ratgebersendungen in Funk und Fernsehen, die 32% der 515 befragten Versicherten häufig oder sehr oft in ihre Entscheidung einbeziehen. Gelegentlich machen davon 42% Gebrauch.

Besser als Ratings schnitt auch das persönliche Umfeld als Infoquelle ab. Nur jeder fünfte zieht nie und nimmer Kollegen, Bekannte, Freunde oder Familienangehörige zu Rate, gelegentlich aber in 55% der Fälle. Häufig oder sehr häufig nutzt jeder vierte Befragte das Urteil seiner Zeitgenossen.

An vierter Stelle rangiert der Versicherungsvertreter vor dem Internet (nur allgemeine Infoseiten). Fachzeitschriften und der Onlineauftritt einzelner Versicherer liegen im Mittelfeld. Die geringste Wertschätzung erfährt der Studie zufolge die Werbung in Presse, Funk und Fernsehen. Kaum besser stehen Banken und Sparkassen sowie Versicherungsmakler und Finanzberater da.

Möglicherweise schlägt sich darin die unterschiedliche Verbreitung der Vertriebswege nieder, meint Dr. Reiner Will. Für bemerkenswert hält der Geschäftsführer der Assekurata, dass das Vertrauen in die Versicherer von den einzelnen Infoquellen höchst unterschiedlich beeinflusst wird. Es zeigt sich:

- Je besser sich Kunden informiert fühlen, desto größer ist auch ihr Vertrauen.
- Kunden, die persönliche Informationswege (Makler, Vertreter oder Banken) intensiv nutzen, sprechen den Versicherern ein höheres Vertrauen aus. Besonders trifft dies auf die Infobeschaffung über Makler zu.
- Die rege Nutzung von Ratings führt zu höheren Vertrauenswerten. Sie liegen gleichauf mit dem Vertreter als Anlaufstelle.
- Prospekte und Broschüren von Versicherern tragen am wenigsten zur Vertrauensbildung bei.

Kriterien für den Versicherungsabschluss

Die Auswahl einer Versicherung erfolgt nach verschiedenen Kriterien. Nicht weniger als 18 standen bei der Untersuchung im Blickpunkt. Höchster Wertschätzung erfreut sich nicht etwa ein attraktives Preis-Leistungsverhältnis, das 70% der Privatkunden für „äußerst wichtig“ oder „sehr wichtig“ halten.

Am meisten zählt das Vertrauen zum Versicherer (82%). Doch mehr als ein Viertel (28%) bringt der Versiche-

Bedeutung der Ratingersteller aus Sicht der Versicherer
Angaben in % von 103 befragten Vorständen

	äußerst wichtig	sehr wichtig	wichtig	unwichtig
Assekurata	27,0	44,0	24,0	5,0
Standard & Poor's	26,0	40,0	22,0	10,0
Morgen & Morgen	18,8	41,6	31,7	5,9
Finanztest	24,5	32,7	35,7	7,1
Map Report	13,0	35,0	36,0	13,0
Franke & Bornberg	12,2	27,6	30,6	15,3
Capital	2,0	29,0	46,9	20,4
Wirtschaftswoche	4,2	21,9	44,8	29,2
Fitch	5,9	21,8	27,7	44,6
Moody's	4,1	16,3	38,8	37,8
Focus Money	2,0	11,2	54,1	29,6
A.M.Best	3,2	6,4	25,5	40,4
TÜV	-	14,6	18,0	60,7

Quelle: Assekurata-Studie zur Bedeutung von Versicherungsratings

rungsbranche eher kein Vertrauen entgegen. Bezogen auf den „eigenen“ Versicherer sinkt der Misstrauensanteil auf 15%. Einmal mehr zeigt sich, wie Fern- und Nahbild differieren. „Hier herrscht bei den Unternehmen Handlungsbedarf“, betonte Will. Sie hätten die Aufgabe, Vertrauen auf ihre eigene Gesellschaft aufzubauen.

Knapp hinter dem Kriterium „Vertrauen“ rangiert mit rund 80% in der Top-Box die „schnelle Leistungsabwicklung“ und das „hohe Fachwissen der Mitarbeiter in der Zentrale“. Von vergleichsweise bescheidener Bedeutung ist das Image des Versicherers (53%) und der wirtschaftliche Erfolg des Unternehmens (50%). Gute Produktratings und gute Platzierungen bei Unternehmensvergleichen bringen es in den beiden Top-Kategorien auf 47% bzw. 43%.

Aus Sicht der 103 befragten Versicherungsvorstände ist für die Kunden die kompetente Beratung durch den Vermittler bei der Wahl einer Versicherung am wichtigsten, fast gleichauf mit dem Vertrauen zum Unternehmen und deutlich vor einer schnellen Schadenabwicklung und günstigen Beiträgen. Der Aspekt „persönliche Betreuung durch den Vermittler“ hat beim Management einen ungleich

höheren Stellenwert als bei den Kunden. Die wiederum berücksichtigen Produktratings und gute Noten bei Unternehmensvergleichen stärker, als die Vorstände meinen.

Makler mit anderem Blickwinkel

Wovon machen Makler ihre Empfehlung an Endkunden abhängig? Unter den 18 Kriterien dominiert klar die Zuverlässigkeit bei Absprachen mit dem Versicherer. Für 96% der 267 befragten Makler ist diese Messlatte zumindest „sehr wichtig“, gefolgt von der schnellen Leistungsabwicklung (90%) und dem attraktiven Preis-Leistungsverhältnis (87%). Von guten Produktratings lassen sie sich nur zu 50% in hohem Maße leiten, stärker hingegen von Unternehmensvergleichen (56%). Die geringste Rolle spielt die Sympathie zum Versicherer (29%) und dessen Wachstumskraft (24%).

Auf einem anderen Blatt steht, in welchem Maße die Adressaten den Ratings vertrauen. Makler bekennen dies zu 78%. Noch einen Tick besser urteilen die Versicherungsvorstände. Privatkunden hegen die größten Zweifel an Bewertungen. Für immerhin 26% trifft es eher nicht oder überhaupt nicht zu, dass sie Ratings vertrauen. Die Assekurata sieht die

Gründe dafür vor allem in der Intransparenz der Methoden und in Zweifeln an der Unabhängigkeit der Rating-Agenturen.

Was nutzen Ratings?

Trotz einer merklichen Skepsis gegenüber Ratings schätzen die Verbraucher deren Nutzen am höchsten ein. Rund 85% sagen, dass sie die Orientierung im Versicherungsmarkt erleichtern. Bei der Auswahl eines Versicherers tragen Ratings zur Sicherheit bei und erhöhen zudem die Verständlichkeit von Versicherungen, meinen jeweils 79%.

Die Nutzeneinschätzung seitens der Makler geht mit der der Kunden in den wichtigsten Aussagen konform. Anders die Versicherer. Für sie steht die Vertrauensbildung bei Kunden und Vertrieben sowie die Gewinnung neuer Kunden mit knapp 60% im Vordergrund.

Überraschenderweise siedeln Privatkunden die Bedeutung von Ratings im Bereich Schaden/Unfall deutlich

höher an als in Leben und erst recht in Kranken. Das Interesse an Beurteilungen steigt mit der größeren Anzahl abgeschlossener Verträge, vermutet Analyst Will. Versicherern und Maklern empfiehlt er, sich mit Ratings im Kompositbereich stärker zu positionieren.

Intensive Nutzung durch Makler

Nicht zuletzt liefert die Studie Erkenntnisse über die Nutzung der Ratings durch Makler:

- In den Informations- und Auswahlprozess sind Ratings intensiv eingebunden. Sechs von zehn Maklern nutzen sie sehr häufig oder häufig bei der Auswahl von Versicherern, mit denen sie zusammenarbeiten.
- Bei der Selektion von Versicherungsprodukten bauen zwei von drei Maklern häufig auf Ratings.
- In mehr als der Hälfte der Fälle fließen Qualitätsurteile in die Kundenberatung ein. Von sich aus fragen nach Erfahrung der Makler zwei

Drittel der Kunden zumindest gelegentlich nach Ratings, häufig oder sehr häufig nur jeder zehnte.

Für die Assekurata steht fest: Im deutschen Versicherungsmarkt hat sich eine Ratingkultur etabliert. Die Benotungen unterstützen die Entscheidungen vieler Verbraucher und Vertriebe, sie helfen beim Aufbau von Vertrauen in Unternehmen und Produkte, bieten Orientierung im komplexen Markt und werde als Expertenurteile geschätzt. Für wie bedeutend die Versicherer die einzelnen Ratersteller und -multiplikatoren halten, zeigt die Tabelle.

Laut Geschäftsführer Will machen die Ratingagenturen „einen wertvollen Job“. Doch dürfen sie das in sie gesetzte Vertrauen nicht verspielen. Deshalb warnt er vor „Schnellschüssen“ und mahnt eine besser erkennbare Fachkompetenz und Unabhängigkeit an. Eine Bevormundung der Kunden weist er von sich. „Wir wollen ihnen nicht die Entscheidungen abnehmen, sondern sie nutzenadäquat unterstützen.“

Prof. Dr. Wolf-Rüdiger Heilmann, Berlin*

Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) – eine Herausforderung für Erst- und Rückversicherer

Sehr geringe Unterschiede begründen manchmal sehr große Verschiedenheiten.

Marie von Ebner-Eschenbach,
Aphorismen

1. Einleitung, kurze Historie

Mit dem am 18. August 2006 in Kraft getretenen Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG)¹ hat der deutsche Gesetzgeber ein langes Ringen um die richtigen gesetzlichen Lösungen zur Umsetzung mehrerer Europäischer Richtlinien² vorläufig beendet, die zum Teil jedenfalls in ihren Anfängen schon aus den 90er-Jahren stammten und schon längst hätten umgesetzt werden müssen. Ein Kor-

rekturgesetz, das eine Reihe zwischenzeitlich erkannter redaktioneller Flüchtigkeiten, die sich aufgrund des zuletzt atemberaubenden Tempos des Gesetzgebungsverfahrens eingeschlichen hatten, richtig stellen soll, ist allerdings ebenso in Vorbereitung wie eine kurze Novelle zur Anpassung des VAG.

Bereits in der vergangenen Legislaturperiode hatte die damalige rot-grüne Bundesregierung einen Umsetzungsentwurf eingebracht, der massive Kritik erntete, nicht zuletzt von Seiten der deutschen Versicherungswirtschaft, weil zu befürchten war, dass er konstitutive Grundlagen des Versicherungsgeschäfts zerstören würde. Der mit den Neuwahlen

im Herbst 2005 vollzogene politische Wechsel in Berlin war auch ein Signal

* Geschäftsführer Lebensversicherung/Pensionsfonds, Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft

1 Art. 1 des Gesetzes zur Umsetzung europäischer Richtlinien zur Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung vom 14. August 2006, BGBl. I Nr. 39 vom 17.8.2006, 1897.

2 Richtlinie 2000/43/EG des Rates vom 29. Juni 2000 zur Anwendung des Gleichbehandlungsgrundsatzes ohne Unterschied der Rasse oder der ethnischen Herkunft, ABl. EG Nr. L 180 S. 22.; Richtlinie 2004/113/EG des Rates vom 13. Dezember 2004 zur Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung von Männern und Frauen beim Zugang zu und bei der Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen, einschließlich von Wohnraum, ABl. EG Nr. L 373 S. 37; ferner die arbeitsrechtlichen Gleichbehandlungsrichtlinien 2000/78/EG (Abl. EG Nr. L 303 S. 16) und 2002/73/EG (Abl. EG Nr. L 269 S. 15).

zu einer grundlegenden Überarbeitung des Gesetzentwurfs, der zu Beginn der gegenwärtigen Legislaturperiode erneut im Parlament eingebracht wurde.

Entgegen den Wahlversprechungen beschränkte sich der Entwurf freilich nicht auf eine Eins-zu-eins-Umsetzung der vom europäischen Gesetzgeber gemachten Vorgaben, sondern ging wiederum deutlich darüber hinaus, indem er die Diskriminierungsgründe Religion, Behinderung, Alter und sexuelle Identität weiterhin mit auf die „Verbotsliste“ nahm.

Andererseits macht sich in der jetzt Gesetz gewordenen Fassung die kontinuierliche und umfassende Aufklärungsarbeit der vergangenen Jahre deutlich bemerkbar: Bestanden zu Beginn des Gesetzgebungsverfahrens in der vergangenen Legislaturperiode bei Politik und Betroffenenverbänden noch weit verbreitete Fehlvorstellungen und Ressentiments über bzw. gegen die von der Versicherungswirtschaft notwendigerweise betriebene Risikoprüfung bei Vertragsschluss, so war gegen Ende des Gesetzgebungsverfahrens ein weitgehendes Verständnis für deren Berechtigung festzustellen.

Folge davon war die für die Branche entscheidende Überarbeitung von § 20 Abs. 2 AGG, der grundsätzlich die risikogerechte Kalkulation und die sachgerechte Ausgestaltung von Bedingungen- und Klauselwerken legitimiert. Die Begründung führt hierzu aus (Hervorhebungen durch den Autor): „Sind die Voraussetzungen von Absatz 2 erfüllt, bleibt bei der Vertragsgestaltung (insbesondere der Prämien- oder Leistungsbestimmung), aber auch *bei der Entscheidung über den Vertragsschluss selbst*, die Berücksichtigung der von diesem Gesetz erfassten Risiken möglich. Die Einbeziehung sämtlicher Privatversicherungsverträge (einschließlich ihrer Anbahnung, Durchführung und Beendigung) in den Anwendungsbereich des allgemeinen privatrechtlichen Benachteiligungsverbots soll vor Willkür schützen; sie

soll aber nicht die auch im Interesse der Versicherten erforderliche Differenzierung nach dem ex ante beurteilten individuellen Risiko unmöglich machen. *Diese Differenzierung nämlich gehört zu den Grundprinzipien der privatrechtlichen Versicherung.*“

Die Versicherungsunternehmen trifft damit zwar „eine gesteigerte Darlegungs- und Beweislast“³; doch es wird nicht mehr – wie in der ursprünglichen Fassung – das gesamte Risikoprüfungsinstrumentarium (unterhalb von Statistiken) in Frage gestellt. Zu diesem positiven Ergebnis dürfte zusätzlich beigetragen haben, dass auch ohne das AGG in der Versicherungswirtschaft beileibe keine „Wild-West-Methoden“ herrschen. Man spricht zwar von der „Deregulierung“ im Jahr 1994 – dennoch dürften die Versicherer nach wie vor zu den am stärksten regulierten Branchen gehören.

Beispielhaft sei nur der Gleichbehandlungsgrundsatz in der Lebensversicherung gemäß § 11 Abs. 2 VAG erwähnt, wonach bei gleichen Voraussetzungen Prämien und Leistungen nur nach gleichen Grundsätzen bemessen werden dürfen. Eine Prämien-differenzierung musste daher bereits früher auf sachlich begründete Umstände abzielen, ohne dass es zusätzlich eines gesonderten Antidiskriminierungsgesetzes bedurfte. Diese Vorschrift gibt der BaFin weitgehende Eingriffsrechte auch jenseits der im AGG genannten Merkmale. Kürzlich erst hat die BaFin mit Verweis auf den Gleichbehandlungsgrundsatz eine nach dem Höchstrechnungszins differenzierende Überschussbeteiligung abgelehnt.

2. Rechtliche Grundzüge

Das AGG verbietet Diskriminierungen vor allem im privaten Wirtschaftsverkehr. Das Benachteiligungsverbot gilt deshalb bei privatrechtlichen Schuldverhältnissen, insbesondere privatrechtlichen Versicherungsverträgen. Eine Diskriminierung wegen der in § 1 AGG genann-

ten Gründe ist verboten. Diese sind Rasse, ethnische Herkunft, Geschlecht, Religion, Alter, Behinderung und sexuelle Identität. Es fällt auf, dass eine Reihe dieser Gründe bei der Gestaltung von Versicherungsverträgen als Risikomerkmale relevant sind.

Das Gesetz enthält in § 19 AGG ein grundsätzliches zivilrechtliches Benachteiligungsverbot und in § 20 AGG Rechtfertigungsgründe für ein Abweichen von diesem Verbot. Es ist deshalb zunächst zu ermitteln, ob ein Sachverhalt überhaupt eine Benachteiligung i.S.d. § 19 AGG darstellt. Nur wenn dies zu bejahen ist, ist in einer weiteren Stufe zu prüfen, ob einer der Rechtfertigungsgründe des § 20 AGG eingreift. Zivilrechtliche Sanktionen für die Verletzung des Verbots sind Beseitigungs-, Unterlassungs- und Schadensersatzansprüche des Benachteiligten (§ 21). Deren gerichtliche Durchsetzung wird ihm durch die spezielle Beweislastregel des § 22 AGG erleichtert.

§ 19 Abs. 1, 1. Alt. beschränkt das zivilrechtliche Benachteiligungsverbot auf solche Geschäfte, die typischerweise ohne Ansehen der Person zu vergleichbaren Bedingungen in einer Vielzahl von Fällen zustande kommen (Massengeschäfte) oder bei denen das Ansehen der Person nach Art des Schuldverhältnisses eine nachrangige Bedeutung hat. Benachteiligungen wegen der Rasse und der ethnischen Herkunft sind, vorbehaltlich der Einschränkung in § 19 Abs. 4 u. 5 AGG, allerdings immer unzulässig (§ 19 Abs. 2 AGG). Die übrigen Diskriminierungsmerkmale (Religion, Geschlecht, Alter, Behinderung, sexuelle Identität) sind demgegenüber bei vereinzelt Sachverhalten nicht Gegenstand des Benachteiligungsverbots. Zudem muss es sich bei Massengeschäften um Schuldverhältnisse handeln, die typischerweise „ohne Ansehen der Person“ und „zu gleichen Bedingungen“ begründet, durchgeführt oder beendet werden. Massengeschäfte i.S.d. § 19 sind

³ Ebd.

demnach standardisierte Dienstleistungen und Geschäfte. Die Abgrenzung kann im Einzelfall schwierig sein.

Bei privaten Versicherungen war dem Gesetzgeber von vornherein klar, dass es sich dabei nicht um solche Verträge handelt, denn die Umstände des Einzelfalles erlangen hier gerade ausschlaggebende Bedeutung für die Risikoprüfung (s.u.). Er hat deshalb private Versicherungsverträge durch explizite Erwähnung in § 19 Abs. 1 Nr. 2 in den Anwendungsbereich mit einbezogen. § 20 Abs. 2 sieht jedoch spezifische Differenzierungsmerkmale vor, die bei der Risikobewertung und damit bei der Ausgestaltung von Bedingungswerken und Prämien weiterhin herangezogen werden dürfen, wenn man von den Merkmalen „Rasse“ und „ethnische Herkunft“ absieht, die als Risikofaktor ausscheiden.

Unter welchen Voraussetzungen das Merkmal „Geschlecht“ als Differenzierungsmerkmal herangezogen werden kann, regelt § 20 Abs. 2, S. 1. Eine unterschiedliche Behandlung wegen des Geschlechts ist nur zulässig, wenn dessen Berücksichtigung bei einer auf relevanten und genauen versicherungsmathematischen und statistischen Daten beruhenden Risikobewertung ein bestimmender Faktor ist. „Das Geschlecht darf also nicht nur ein Differenzierungskriterium unter vielen sein, sondern es muss sich um einen maßgeblichen Faktor bei der Beurteilung der versicherten Risiken handeln, wenn auch nicht unbedingt um den Einzigen. Dessen Heranziehung darf nicht willkürlich sein. „Relevant“ und „genau“ sind hierbei nur Daten, die eine stichhaltige Aussage über das Merkmal Geschlecht als versicherungsmathematischen Risikofaktor erlauben. Die Daten müssen deshalb verlässlich sein, regelmäßig aktualisiert werden und auch der Öffentlichkeit zugänglich sein.“⁴ Kosten, die im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung entstehen, dürfen allerdings nicht geschlechtsspezifisch in Ansatz gebracht werden. Dafür waren sozial-

politische Erwägungen ausschlaggebend, die auf Artikel 5 Abs. 2 Satz 1 der Gleichbehandlungsrichtlinie wegen des Geschlechts außerhalb der Arbeitswelt 2004/113/EG zurückgehen.

Ursprünglich war vorgesehen, diese strengen Differenzierungsvoraussetzungen der EU-Richtlinie auch auf die Merkmale Religion, Behinderung, Alter oder sexuelle Identität zu übertragen. Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens konnte eine sachgerechtere Regelung erreicht werden. Einer Differenzierung auf Grundlage dieser Merkmale müssen demnach anerkannte Prinzipien risikoadäquater Kalkulation, insbesondere einer versicherungsmathematisch ermittelten Risikobewertung unter Heranziehung statistischer Erhebungen, zu Grunde liegen (§ 20 Abs. 2, S. 3).

Unklar bleibt bislang – neben vielen anderen Fragen, die das Gesetz aufwirft –, ob diese versicherungsspezifischen Differenzierungsgründe abschließenden Charakter haben, oder ob daneben etwa auf die Gründe des § 20 Abs. 1, insbesondere der Nr. 3, zurückgegriffen werden kann, was z.B. Bedeutung für die Frage hat, ob Versicherer bestimmten Kundensegmenten, bei deren Abgrenzung Diffe-

renzierungsmerkmale wie beispielsweise das Alter eine Rolle spielen, Sonderkonditionen anbieten können oder nicht. Diese Frage kann hier nicht vertieft werden.

3. Die Bedeutung der Risikoprüfung – die Rolle des Rückversicherers

a. Privat- contra Sozialversicherung

Privatversicherung beruht auf der unternehmerisch motivierten Übernahme fremder Risiken gegen Entgelt. Die Verwirklichung des konkreten Risikos im Einzelfall muss zum Zeitpunkt der Übernahme durch den Versicherer ungewiss sein, ansonsten wäre ein Verlust vorprogrammiert. Sie basiert auf dem Grundsatz der Freiwilligkeit, sowohl für den Versicherungsnehmer wie für den Versicherer. Es ist daher nicht die Aufgabe der Privatversicherung, schicksalsbedingte Benachteiligungen Einzelner auszugleichen. Ihre Basis ist die genaue Kenntnis des übernommenen Risikos als Voraussetzung der Absicherbarkeit, die über einen Ausgleich im Kollektiv und in der Zeit erreicht wird. Dafür ist ggf. eine Modellierung des Kollektivs, d.h. eine Auswahl der

4 BT-Drucks. 16/1780, S. 45 Zu § 20, re. Sp.



**Bundesverband
Deutscher Versicherungskaufleute e.V.**
Berufsvertretung und Unternehmerverband der
selbständigen Versicherungs- und Bausparkkaufleute

**Der BVK kämpft für die Interessen seiner Mitglieder!
Alle selbständigen Versicherungs- und Bausparkkaufleute
profitieren davon.**

Kommen Sie in die Gemeinschaft der Profis!

BVK · Max-Engl-Haus · Kekuléstraße 12 · 53115 Bonn
Telefon: 02 28 / 2 28 05-0 · Telefax: 02 28 / 2 28 05-50
E-Mail: bvk@bvk.de · Internet: <http://www.bvk.de>

aufgenommenen Risiken sowie eine Modellierung des Preises, d.h. eine Anpassung der Prämie an den individuellen Fall, erforderlich. Privatversicherung erfolgt typischerweise im unternehmerischen Wettbewerb mit anderen Anbietern. Der Kunde profitiert davon durch niedrigere Preise, effizientere Strukturen und ein differenziertes, reichhaltiges Angebot.

Die Sozialversicherung beruht typischerweise auf der Versicherungspflicht unabhängig vom Willen und vom Risiko des Versicherungsnehmers – sie ist regelmäßig Pflichtversicherung. Ihre Grundlage findet sie typischerweise in der solidarischen Gefahrtragung durch die Versicherten, der Beitragsbemessung nach Leistungsfähigkeit und einem mehr oder minder ausgeprägten Wohlstandstransfer. Besonders deutlich wird dies dort, wo Sozialversicherung aus der Erwägung, dass bedarfsdeckende Beiträge aus sozialen Gesichtspunkten als zu hoch erscheinen, aus Steuermitteln bezuschusst wird. Auf die Kenntnis individueller Risiken des Versicherten kommt es deshalb regelmäßig nicht an.

In gewissem Rahmen nimmt Sozialversicherung auch die Aufgabe wahr, schicksalsbedingte Benachteiligungen Einzelner auszugleichen. Sozialversicherung wird typischerweise durch Monopol-Anbieter durchgeführt. Dadurch entfällt regelmäßig eine Auswahl zwischen verschiedenen Anbietern, Produktformen und Preisen.

b. Grund der Risikoprüfung

Wird Versicherung privat betrieben, ist sie darauf angewiesen, ihre Verpflichtungen dauerhaft mit denjenigen Mitteln erfüllen zu können, die sie über ihre Beiträge einnimmt. Eine permanente Bezuschussung aus Mitteln des Unternehmens kann nicht erwartet werden und ist sogar gesetzlich ausgeschlossen (§ 11 Abs. 1 VAG). Unternehmerische Verluste sind nur vorübergehend tragbar und setzen voraus, dass sie durch Gewinne in der Vergangenheit oder Zukunft kompensiert werden können. Mit einer In-

solvenz des Versicherers wäre den Versicherten so wenig wie dem Unternehmen gedient.

Da Versicherungsschutz Geld kostet, sind psychologische Faktoren auf Seiten des Nachfragers (Kunden) zu berücksichtigen. Er wird sich die Ausgabe dann leisten, wenn er sich davon einen Nutzen verspricht, der den Aufwand überwiegt. Den größten Nutzen von der Ausgabe „Prämie“ kann sich derjenige versprechen, der (zumindest subjektiv gefühlt) das größte Risiko besitzt, dass ein versichertes Ereignis eintreten, er damit Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch nehmen kann.

Die Erfahrung lehrt, dass die meisten Menschen ihr Risiko durchaus realitätsnah einschätzen. Das gilt insbesondere dann, wenn sie – etwa im medizinischen Bereich – im Besitz relevanter Informationen (etwa Befunde) sind. Diese persönliche Einschätzung wird maßgeblich die Entscheidung beeinflussen, ob und in welchem Umfang Versicherungsschutz nachgesucht wird. Aufgrund der dargestellten Vertragsfreiheit in der Privatversicherung, die auf der Nachfragerseite durch das AGG in keiner Weise tangiert wird, hat der Kunde hier völlige Gestaltungsfreiheit.

Erfolgt seitens des Versicherers nun eine undifferenzierte Annahme aller Kunden, werden sich bei ihm mittelfristig vor allem Hochrisiken akkumulieren, da deren Träger sich die für sie günstigste Kosten-Nutzen-Relation vom Vertrag erwarten können (Informationsungleichgewicht). Die Folge ist, dass sich vornehmlich Hochrisiko-Kunden absichern werden (Antiselektion). Der Risikoausgleich im Kollektiv schlägt fehl, weil die zum Ausgleich notwendigen geringeren Risiken nicht in ausreichender Zahl vorhanden sind.

Der Versicherer wird finanziell überfordert und macht „technische Verluste“ bis hin zu einer möglichen finanziellen Schiefelage. Die Nachhaltigkeit des Versicherungsschutzes wird auch

vom Aufsichtsrecht zum Schutz der Kunden mit hoher Priorität behandelt (dauerhafte „Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungen“ – § 81 Abs. 1 VAG).

Nachhaltiger Versicherungsschutz ist für beide Seiten vorteilhaft. Der Kunde erhält dauerhafte Sicherheit, der Unternehmer erhält dauerhaften Bestand seines Geschäfts. Das Versagen des Versicherers dagegen ist beiden Seiten abträglich: der Kunde wird schutzlos, der Versicherer verliert sein Unternehmen. Um Antiselektion zu verhindern, muss der Versicherer die zu übernehmenden Risiken sachgerecht bewerten können. Dazu benötigt er Informationen (Informationsgleichgewicht).

c. Informationsquellen

c.a. Die Rolle der Statistik

Informationen über Risiken erhält der Versicherer, wo immer möglich, über Statistiken. Im Idealfall können die in der Vergangenheit im Unternehmen aufgetretenen Versicherungsfälle ausgewertet werden, um zu prüfen, ob bestimmte Umstände erkennbar mit dem Eintritt eines versicherten Schadens korrelieren. Aussagekräftige Statistiken verlangen allerdings ein genügend großes beobachtetes Kollektiv und einen hinreichend langen Beobachtungszeitraum. Je größer das Kollektiv, je länger der Beobachtungszeitraum, desto verlässlicher wird eine Statistik grundsätzlich sein.

Schon daraus lässt sich ableiten, dass einzelne Versicherungsunternehmen unter Umständen Schwierigkeiten haben können, Statistiken aus den eigenen Daten aufzustellen, die hinreichend verlässlich sind. Möglicherweise ist ihr Versicherungsbestand nicht groß genug, so dass Schwankungen eine zu große Rolle spielen, oder das Unternehmen ist noch nicht lange genug im Markt oder nur in einem bestimmten Marktsegment tätig. Besonders gravierend schlägt dies zu Buche, wenn etwa eine neue Sparte aufgenommen werden soll,

denn dafür liegen naturgemäß unternehmenseigene Daten überhaupt noch nicht vor.

Im Bereich der geschlechtsspezifischen Kalkulation ist man allerdings meist in der glücklichen Lage, auf umfangreiches Datenmaterial zurückgreifen zu können. In Bereich der Todesfallabsicherung gibt es sogar viele Unternehmen, die auf Grundlage unternehmensindividueller oder von Rückversicherern entwickelter Sterbetafeln kalkulieren können.

In der Renten-, Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsversicherung verwenden die meisten Unternehmen die von der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV) herausgegebenen Tafeln. Zur Ableitung dieser Tafeln greift die DAV u.a. auf Daten von Rückversicherern und des GDV zurück. Üblicherweise werden diese Tafeln mit der BaFin und z.T. auch mit Wirtschaftsprüfern abgestimmt, wodurch sie zuverlässiger werden und i.S.d. Gesetzes an Objektivität gewinnen.

Selbst bei „Nischenprodukten“ – etwa der „Critical Illness“ oder der Grundfähigkeitsversicherung –, bei denen Daten aus Deutschland fehlen, kann auf internationales Zahlenmaterial zurückgegriffen werden. Hier können Rückversicherer ihr globales Know-how zur Verfügung stellen. Als schädlich könnte sich in diesem Zusammenhang erweisen, dass ausweislich der Gesetzesbegründung die verwendeten Statistiken „öffentlich zugänglich“ sein müssen. Hierdurch könnte das Geschäftsgeheimnis von Erst- und insbesondere von Rückversicherern gefährdet werden. Es ist zu hoffen, dass im Rahmen der erwähnten, noch ausstehenden Gesetzesanpassungen eine akzeptable Lösung gefunden wird.

c.b. Die Rolle der Erfahrung

Die von der Versicherungswirtschaft in den vergangenen 150 Jahren entwickelten Analyseverfahren zur Erstellung von Statistiken sind weit fortgeschritten. Sie haben jedoch systemimmanente Grenzen: Statistiken

sind sozusagen die mit mathematischen Methoden ausgewerteten Erfahrungen von Menschen. Sie setzen einen genügend langen Beobachtungszeitraum und ein genügend großes beobachtetes Kollektiv voraus. Diese Voraussetzungen können nicht in allen Fällen erfüllt werden, in denen die Erfahrung belegt oder jedenfalls nahe legt, dass bestimmte Umstände mit dem Eintritt eines Schadens korrelieren. Es wäre in solchen Fällen jedoch zur Vermeidung von Antiselektion unverantwortlich, diese Erfahrung nicht zu berücksichtigen.

In anderen Fällen bestehen möglicherweise nicht einmal Erfahrungen, die eine solche Korrelation bestätigen, doch lässt allgemeines medizinisches Wissen eine solche Korrelation als wahrscheinlich erscheinen. Auch dann wäre es von einem Unternehmer, der die Nachhaltigkeit des Geschäfts im Auge hat, nicht zu verantworten, diese Erkenntnisquelle zu ignorieren. Erfahrung und Kenntnis naturwissenschaftlicher Zusammenhänge zur Modellierung von Prämie und Versichertenkollektiv müssen daher in Ermangelung von zuverlässigen Statistiken genutzt werden. Vorhersagen mittels Statistiken sind immer nur dort möglich, wo Risiken in der Vergangenheit über einen genügend langen Zeitraum in einer genügend Anzahl von Fällen erfasst wurden.

Gerade im medizinischen Bereich, der für die Personenversicherung eine wichtige Rolle spielt, sind bei selteneren oder erst neuerdings erkannten Erkrankungen auch heute keine statistischen Aussagen möglich, die die insoweit geforderten Kriterien erfüllen können. In manchen Fällen beruht dies auch darauf, dass relevante Daten in der Vergangenheit schlicht nicht im erforderlichen Umfang erhoben wurden, oder dass deren Erhebung einen unververtretbaren Aufwand verursachen würde.

Neuartige Risiken lassen sich statistisch grundsätzlich genauso wenig bewerten wie Risiken, die zwar als

solche bekannt waren, für die aber bisher kein Versicherungsschutz angeboten wurde. Produktinnovation (sei es in Form der Absicherung neu auftretender Risiken oder des Neueinschlusses von Risiken in bekannte Produkte) muss daher zumindest für eine gewisse Zeitspanne mit plausiblen Annahmen arbeiten, bis aussagefähige statistische Daten vorliegen. Ähnlich ist die Situation, wenn sich ein Versicherer entschließt, bestimmten Kunden besondere Angebote zu unterbreiten, ohne dass diesbezüglich bereits speziell segmentiertes statistisches Material verfügbar ist.

Das AGG sieht in zutreffender Würdigung dieser Umstände deshalb vor (§ 20 Abs. 2 S. 3), dass Differenzierungen wegen Alters, Behinderung, Religion, Weltanschauung und sexueller Identität auf anerkannten Prinzipien risikoadäquater Kalkulation beruhen können, die andere Grundlagen als Statistiken haben dürfen. Dazu zählen laut Gesetzesbegründung ausdrücklich medizinisches Erfahrungswissen und Einschätzungstabellen der Rückversicherer.⁵

Gerade kleinere Versicherer können schon aus Kostengründen oft nicht über einen eigenen medizinischen Dienst verfügen. Auch aufgrund der auftretenden Stückzahlen – gerade im Hinblick auf selteneren Sachverhalte –, können sie, selbst wenn sie Mediziner beschäftigen, kein verwertbares Erfahrungswissen aufbauen. Hier liegt wiederum eine nicht zu unterschätzende Aufgabe des Rückversicherers, der nicht nur in aller Regel einen solchen medizinischen Dienst unterhält, sofern er sich mit der Personenrückversicherung befasst, sondern dessen medizinischer Dienst durch seinen Überblick über die Verhältnisse bei einer Vielzahl von Kunden und deren in der Regel langfristige Betreuung umfangreiches medizinisches Erfahrungswissen aufbauen kann. Dies kommt dem Erstversicherer im Wege der Beratung zugute.

⁵ BT-Drucks. 16/1780, S. 45 Zu § 20, re. Sp. a.E.

Das bei Rückversicherern akkumulierte Erfahrungswissen schlägt sich nicht selten in Einschätzungstabellen nieder, die sozusagen eine Vorform der Statistik darstellen, da hier bereits eine gewisse Typisierung von Sachverhalten und für diese indizierte Einschätzungen stattgefunden haben, die der Erstversicherer, unabhängig von einer Beratung, im Einzelfall nutzen kann.

d. Abgrenzung von Behinderung und Krankheit

Eine Differenzierung zwischen Behinderung und Erkrankung hat bisher in der Risikoprüfung kaum eine Rolle gespielt – entscheidend ist die Risikorehabilität einer vorliegenden Erkrankung für den beantragten Versicherungsschutz, unabhängig davon, ob sie als Behinderung zu klassifizieren ist oder nicht.⁶ Dies könnte sich durch das AGG ändern, da eine Differenzierung auf Grundlage einer Krankheit, die keine Behinderung ist, keine Benachteiligung i.S.d. § 19 AGG darstellt.

Leider fehlt im eigentlichen Gesetzestext eine Definition des Begriffs „Behinderung“. Nur in der Begründung wird auf die Legaldefinition des § 2 Abs. 1 SGB IX hingewiesen, gemäß der Menschen behindert sind, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“

Es ist zu befürchten, dass es aufgrund dieser Rechtsunsicherheit zu Prozessen kommen wird. Im Arbeitsbereich ist dies auf EU-Ebene bereits geschehen. Der EuGH hat in diesem Zusam-

Trotz der unbestreitbar hohen Rechtsunsicherheit in diesem Bereich besteht kein Anlass, bereits im vorausseilenden Gehorsam auf krankheitsbedingte Differenzierungen zu verzichten

menhang ausgeführt, dass der Richtliniengeber im Rahmen der Richtlinie 2000/78/EG bewusst zwischen Behinderung und Krankheit differenziert, indem er allein die Behinderung zum diskriminierungsrelevanten Merkmal erhebt. Der EuGH stellt zugleich folgerichtig heraus, dass eine Kündigung, die ausschließlich auf das Faktum der Krankheit gestützt wird, nicht in den Anwendungsbereich der Richtlinie 2000/78/EG fällt.⁷

Auf die Frage nach einer Abgrenzung zwischen Krankheit und Behinderung dürfte sich eine endgültige, EU- oder auch nur deutschlandweit verbindliche Antwort kaum finden lassen. Das sollte aber Erst- und Rückversicherer nicht entmutigen. Es wurde bereits erwähnt, dass ausweislich der Gesetzesbegründung das AGG die Versicherungsprinzipien anerkennt und die Versicherungsunternehmen schon immer alles andere als willkürlich vorgegangen sind. Trotz der unbestreitbar hohen Rechtsunsicherheit in diesem Bereich besteht kein Anlass, bereits im vorausseilenden Gehorsam auf krankheitsbedingte Differenzierungen zu verzichten.

e. Die Rolle des Rückversicherers im Prozess

Schon sehr früh im Gesetzgebungsverfahren kamen Befürchtungen auf, dass das AGG zu einer Prozesslawine gegen Anbieter von Waren und Dienstleistungen führen werde. Ob das so kommen wird, bleibt abzuwarten. Versicherungsnehmer müssten ggf. gegen einen Erstversicherer prozessieren, von dem sie sich diskrimi-

niert fühlen. Der Rückversicherer wäre in einem solchen Prozess nicht Partei, seine Mitarbeiter könnten demgemäß als Zeugen auftreten. Zieht ein Kläger Statistiken oder medizinische Erfahrungen in Zweifel, die der Rückversicherer dem Erstversicherer geliefert hat und die dieser zur Begründung von Differenzierungen verwandt hat, können die Mitarbeiter des Rückversicherers, also insbesondere Aktuarien oder der medizinische Dienst, als Zeugen dazu vernommen werden, welche Informationen sie dem Erstversicherer geliefert haben und wie diese zustande gekommen sind.

Einen Beweis für die inhaltliche Richtigkeit (Wahrheit) der gelieferten Daten bzw. medizinischen Erkenntnisse kann der Erstversicherer allerdings durch die Vernehmung solcher Zeugen nicht erbringen. Dazu kommt nach geltendem Beweisrecht die Einschaltung öffentlich-bestellter und vereidigter Sachverständiger in Betracht (§ 402 ff. ZPO). Die Einschätzungsbücher der Rückversicherer können ggf. Privaturkunden i.S.v. § 416 ZPO darstellen. Sie begründen in diesem Fall allerdings lediglich den Beweis dafür, dass die „in ihnen enthaltenen Erklärungen von dem Aussteller abgegeben sind“.

Das bedeutet kurzgefasst: die Vorlage eines Einschätzungsbuchs belegt nur, dass der Rückversicherer bestimmte Einschätzungen vornimmt. Der Beweis dafür, dass diese zutreffend sind, lässt sich durch die Vorlage nicht erbringen. Dieser Beweis kann wiederum nur durch eine Würdigung des Inhalts des Einschätzungsbuchs durch einen Sachverständigen (§ 402 ff. ZPO) erbracht werden.

⁶ Eine Ausnahme ist bei schweren Behinderungen gegeben, die schon zu einer MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit) – bzw. GdS (Grad der Schädigungsfolgen) -Einstufung geführt haben.

⁷ Übrigens führte die nicht als Behinderung eingetragene Krankheit der Klägerin zu einer mehr als sechs Monate dauernden Arbeitsunfähigkeit – offensichtlich ließ sich der EuGH hier von einem strengeren Behinderungsbegriff leiten.



Dr. Britta Reichardt/Dr. Cornelis Stadtland/PD Dr. Ursula Wandl, München*

Berufsunfähigkeit und psychische Erkrankungen – eine Herausforderung für die Leistungsregulierung

Frühberentungen nehmen kontinuierlich zu und belasten die sozialen Sicherungssysteme erheblich. Im Jahr 2003 wurden bereits 2,9% des gesamten Sozialbudgets – 20,4 Mrd. Euro – für gesundheitsbedingte Frührenten ausgegeben.¹

Die häufigsten Gründe für eine vorzeitige Berentung sind chronische Krankheiten. Allerdings verändert sich seit den Achtzigerjahren der Anteil der verschiedenen Krankheitsgruppen, die zu Frühberentungen geführt haben: Das Gewicht liegt immer stärker auf psychischen Erkrankungen. Betroffen sind sowohl Männer als auch Frauen: Im Jahr 2003 trugen psychische Erkrankungen von Männern mit 24% zu den Frühberentungen bei, die von Frauen mit 35%. 1997 lag der Anteil psychosomatischer und neurotischer Störungen an den Rentenzugängen in der Altersgruppe von 40 bis 54 Jahren für Männer bei 19%, für Frauen bei 27%.² Ebenfalls angestiegen sind bei Frauen wie Männern Frühberentungen auf Grund Neubildungen bösartiger Tumore.

Erfreulich ist hingegen, dass der Einfluss anderer Erkrankungen, vor allem der Kreislauf- sowie der Muskel- und Skeletterkrankungen, abnimmt. Dies verhindert, dass die sozialen Sicherungssysteme gesprengt werden. Stark gesunken (bei Frauen wie bei Männern) ist der Anteil der Kreislauf-erkrankungen an der Frühberentung; bei den Muskel- und Skeletterkrankungen stieg der Anteil zwar ab etwa 1980 an, geht aber seit Anfang der Neunzigerjahre wieder zurück.

Leistungsfälle auf Grund psychischer Erkrankungen nehmen zu

Die psychischen Erkrankungen stellen alle am Gesundheitswesen und im sozialpolitischen Bereich Beteiligten vor eine nicht unerhebliche

Herausforderung. Nach den Daten des Bundes-Gesundheitssurveys von 1998/99 erkrankt nahezu jeder zweite Bundesbürger (41%) im Laufe seines Lebens wenigstens einmal an einer psychischen Gesundheitsstörung.³ Während der Krankenstand insgesamt rückläufig ist, geht seit etwa einem Jahrzehnt die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage infolge psychischer Erkrankungen kontinuierlich nach oben.

So nahm der Krankenstand in der gesetzlichen Krankenversicherung zwischen 1997 und 2004 von insgesamt 4,19% auf 3,39% ab.⁴ Im gleichen Zeitraum nahmen zum Beispiel bei den berufstätigen DAK-Versicherten die Arbeitsunfähigkeitstage wegen psychischer Erkrankungen um 70% zu.⁵

Die Statistik der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) bestätigt diesen Trend: Sie weist für 2002 bei den Neuzugängen der Erwerbsminderungsrenten für psychisch Erkrankte einen Anteil von 36% aus. Zehn Jahre zuvor lag er noch bei 21%.

Auch der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) berichtet, dass vorzeitige Berentungen zunehmend auf psychische Erkrankungen zurückzuführen sind. 2004 erfolgten 31% der Frühberentungen aufgrund einer psychisch bedingten Erwerbsminderung.⁶ Bezieht man einen Teil der unter „Affektionen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes“ klassifizierten psychosomatischen Diagnosen (chronische Rückenschmerzen, Fibromyalgiesyndrom etc.) mit ein, könnte bei bis zu 50% der Rentenneuzugänge in Deutschland eine psychische Störung zu Grunde liegen.⁷ Damit nehmen psychische Diagnosen den ersten Platz unter den Gesundheitsstörungen, die zu einer Frühberentung führen, ein.

Zudem scheiden psychisch Erkrankte fast 20 Jahre vor der gesetzlichen Altersgrenze und fast 13 Jahre vor dem tatsächlichen durchschnittlichen Rentenalter (derzeit 60,4 Jahre) aus dem Erwerbsleben aus. Im öffentlichen Dienst nahm die Zahl der dienstunfähigen Beamten von 39% im Jahre 2000 auf 50% 2003 zu. 65% der Frühpensionierungen bei Lehrern waren auf psychische Erkrankungen zurückzuführen.⁸

In der privaten Versicherungswirtschaft wandeln sich die Ursachen für Berufsunfähigkeit gleichermaßen. Mittlerweile wird schätzungsweise jeder zweite Antrag auf Berufsunfähigkeitrente mit psychosomatischen Erkrankungen begründet.

* Dr. med. Britta Reichardt, Relntra GmbH, Dr. med. Cornelis Stadtland, Forensische Psychiatrie der LMU München, PD Dr. med. Ursula Wandl, Ärztliche Direktorin Swiss Re Germany.

1 Rehfeld, U.G.: Gesundheitsbedingte Frühberentung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt. Heft 30 (2006).

2 Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 1: Fachübergreifende Statistiken, Rentenzugang wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit nach Altersgruppen und Ursachen, 1997. Wiesbaden 1999.

3 Jacobi, F.; Kloese, M.; Wittchen, H. U.: Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 47 (2004), 736–744.

4 Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (Hrsg.): Gesetzliche Krankenversicherung – Ergebnisse der GKV-Statistik – KM 1 – Stand: 1. Juli 2005. Bonn 2005.

5 Deutsche Angestelltenkrankenkasse – Versorgungsmanagement (Hrsg.): DAK-Gesundheitsreport 2005. Hamburg 2005 in: Weber, A.; Hörmann, G.; Köllner, V.: Psychische und Verhaltensstörungen. Die Epidemie des 21. Jahrhunderts? Deutsches Ärzteblatt; 103 (13) (2006), A 834–841.

6 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Rentenzugänge wegen Erwerbsminderung, Frankfurt/Main 2004.

7 Huber, M.: Aspekte der Berufsunfähigkeit bei psychosomatischen Erkrankungen. Versicherungsmedizin 52 (2) (2000), 66–75.

8 Weber, A.; Weltle, D.; Lederer, P.: Frühinvalidität im Lehrerberuf: Sozial- und arbeitsmedizinische Aspekte. Deutsches Ärzteblatt 101 (13) (2004), A 850–859.

Inwieweit es sich bei der Zunahme psychischer Erkrankungen um eine relative Häufigkeit handelt, wird noch diskutiert. In den letzten Jahren haben sich nämlich nicht nur die Möglichkeiten der Diagnose weiterentwickelt, auch der Kenntnisstand der hausärztlichen Betreuung verbesserte sich. Außerdem werden psychische Erkrankungen in der öffentlichen Meinung weniger stigmatisiert.

Die Zunahme psychischer und psychosomatischer Krankheitsbilder, die zu Berufsunfähigkeit führen, könnte aber auch als Spiegel der marktwirtschaftlichen Situation (wachsender Stress am Arbeitsplatz, drohender Arbeitsplatzverlust etc.) gesehen werden.⁹⁺¹⁰

Welche Probleme ergeben sich daraus für die Leistungsprüfung?

Zunächst besteht die Schwierigkeit, dass die psychiatrisch-psychosomatische Diagnose so gut wie nichts über den Umfang des Leistungsvermögens im Rahmen der BUZ-Leistungsprüfung aussagt. Gerade bei somatoformen Störungen lässt die Festlegung auf eine Diagnose häufig offen, ob der Versicherte noch in der Lage ist, eine Tätigkeit ohne „Gefährdung der Restgesundheit“ auszuüben.

Maßgeblich für das Vorliegen der Berufsunfähigkeit ist nicht das Vorhandensein einer Krankheit, sondern ob die durch die Krankheit hervorgerufene Beeinträchtigung des Leistungsvermögens den Versicherten außer Stande setzt, seinen Beruf in einem bestimmten Umfang weiter auszuüben. Dabei ist das Ausmaß der Beeinträchtigungen zu quantifizieren¹¹ und am Beispiel des ausgeübten Berufs zu verdeutlichen. Der Frage nach dem negativen Leistungsbild ist eine funktionelle Diagnose vorzuziehen, die neben den Defiziten auch die Ressourcen des Patienten berücksichtigt.

Als problematisch erweist sich weiter, dass normierte Messverfahren für psychische und psychosomati-

sche Erkrankungen häufig falsch angewandt werden. Psychologische Testergebnisse ohne Überprüfung der Kooperationsbereitschaft können nicht unbesehen als Störungsnachweis oder „Objektivierung“ von Störungen angesehen werden.¹² Psychologische Tests hängen in besonderem Maße von der Mitarbeit des Untersuchten ab. Dies macht die Abgrenzung zu Simulation und Aggravation schwierig.

So täuschen normierte Verfahren oft eine Diagnosesicherheit vor, die nicht vorliegt. Neuropsychologische Diagnostik muss neben den testpsychologischen Ergebnissen auch eine Beurteilung des suboptimalen Leistungsverhaltens, zum Beispiel durch Beschwerdevalidierungstests oder andere etablierte Verfahren zur Diagnostik negativer Antwortverzerrungen, beinhalten. Erst in der Gesamtbewertung aller verfügbaren Informationen können gültige Aussagen über vorhandene Funktionseinschränkungen erzielt werden.

In einer retrospektiven Analyse von Gerichtsgutachten mit dem Leitsymptom Schmerz zeigte sich, dass weder das Alter der Probanden, ihr Geschlecht, ihre Nationalität, noch Klagen über psychovegetative Begleitsymptome wie Schwindel und Konzentrationsstörungen oder das Vorliegen eines somatischen Hintergrundes der Beschwerden oder einer depressiven Störung einen signifikanten Einfluss auf die Einschätzung des beruflichen Leistungsvermögens zeigten.¹³ Als entscheidend für die Beurteilung erwiesen sich das beobachtete Verhalten während der Exploration sowie die durch Fremdanamnese nachprüfbareren Aussagen über die Beeinträchtigung im sozialen und familiären Umfeld sowie in der persönlichen Lebensgestaltung.

Zudem scheinen die Schwierigkeiten bei der Leistungsprüfung im Fall von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen zu belegen, dass die gängige Regulierung vom Schreibtisch aus häufig nicht in allen Fällen ausreicht.

ReIntra modifiziert den Bearbeitungsprozess

Vor diesem Hintergrund führte ReIntra einen modifizierten Bearbeitungsprozess für die Leistungsregulierung bei psychischen Diagnosen ein. ReIntra, eine Servicegesellschaft von Swiss Re, ist ein unabhängiger Beratungs- und Reintegrationsdienst, der Spezialisten aus dem Bereich der Medizin und Berufskunde unter einem Dach vereint. Die Inanspruchnahme von ReIntra durch die Versicherten beruht auf Freiwilligkeit. Ziel war ein zeitnahe, ganzheitlicher Schadensbearbeitungsprozess, in den Psychiater, Psychotherapeuten, Rehabilitationsmediziner, Berufskundler und Juristen einbezogen werden.

Zunächst wurden Anamnese, Diagnose, Therapie, Krankheitsverlauf und Leistungsvermögen des Patienten sowie Vertragsdaten mittels Aktenstudium bewertet. Bereits in diesem frühen Stadium der Bearbeitung wurden bei Bedarf Spezialisten hinzugezogen. Vorausgegangen war die Entwicklung verbesserter Antragsfragebögen für die behandelnden Ärzte.

Waren im Verlauf des Bearbeitungsprozesses weitere Informationen über die medizinische und berufliche Situation des Patienten notwendig, nahm der medizinisch-berufskundliche Beratungs- und Reintegrations-

9 Rief, W.; Cuntz, U.; Fichter, M.M.: Diagnostik und Behandlung somatoformer Störungen (funktioneller körperlicher Beschwerden). *Versicherungsmedizin* 53 (1) (2001), 12–17.

10 Stevens, A.; Foerster, K.: Diagnostik und Umgang mit neurotischen Arbeitsstörungen (vor dem Rentenanspruch). *Nervenarzt* 66 (1995), 811–819.

11 Stevens, A.; Foerster, K.: Genügt für den Nachweis einer Erkrankung die Beschwerdeschilderung? *Versicherungsmedizin* 52 (2) (2000), 76–80.

12 Merten, T.: Neue Aspekte in der Beurteilung psychoreaktiver und neuropsychologischer Störungen als Leistungsgrund – Nicht-authentische Beschwerden: vorgetäuschte neuropsychologische Störungen. *Der Medizinische Sachverständige* 102 (2) (2006), 58–62.

13 Widder, B.; Aschoff, J.C.: Somatoforme Störung und Rentenanspruch: Erstellen einer Indizienliste zur quantitativen Beurteilung des beruflichen Leistungsvermögens. *Med Sach* 91 (1) (1995), 14–20.

dienst (MBD/BBD) telefonischen Kontakt mit dem Anspruchsteller und/oder den behandelnden Ärzten und Therapeuten auf. Um eine fundierte Entscheidung (Leistungs-, Wiedereingliederungsfall) zu gewährleisten, erfolgte in einigen Fällen der Besuch eines Psychiaters mit oder ohne Berufskundler vor Ort.

Ziel war es, direkte und ausführliche Informationen über die ganzheitliche Situation des Versicherten (Anamnese, Verifizierung der Diagnose, Therapie, Krankheitsverlauf, Reha-Potenzial und Reha-Bereitschaft, familiäres und soziales Umfeld) zu erhalten. In Ausnahmefällen wurde ein externes Fachgutachten eingeholt. Hierfür wurden gesonderte Richtlinien und Fragebögen für Gutachter und spezielle Anforderungen an Gutachten erstellt.

Auswertung des Gesamtkollektivs

87 Erstprüfungsanträge von Anspruchstellern mit psychischen Erkrankungen, die zwischen Juli 2004 und Dezember 2005 eingegangen waren, wurden zeitnah bearbeitet (Tabelle 1). Die Versicherten (davon 68% männlich, 32% weiblich) waren zum Zeitpunkt der Begutachtung im Durchschnitt 42 Jahre alt. Somit unterschieden sich Alter und Geschlechtsverteilung nicht wesentlich von den soziodemographischen Merkmalen eines typischen Kollektivs in der Leistungsregulierung.

Der Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente war im Mittel elf Monate vor Beauftragung von Relntra gestellt worden, die Diagnose im Durchschnitt drei Jahre vor Eingang bei Relntra.

Die soziodemographischen Angaben zum beruflichen Status im untersuchten Kollektiv wurden in folgende Kategorien unterteilt: Auszubildende (1%), Hausfrauen (1%), Arbeiter/Facharbeiter (11%), Angestellte (36%), leitende Angestellte (9%), Beamte (10%), Selbstständige ohne bezahlte Beschäftigte (13%) und Selbstständige mit bezahlten Beschäftigten (19%).

Alter (Jahre)	Mittel	42,3 (21–65)
Eingang Relntra nach Diagnosesstellung (Monate)	Mittel	39 (7–192)
Eingang Relntra nach BU-Antrag (Monate)	Mittel	11,4 (<1–78)
beruflicher Status (in %)		
	in Ausbildung	1 %
	Hausfrau	1 %
	Arbeiter/Facharbeiter	11 %
	Beamter	10 %
	Selbstständiger ohne bezahlte Beschäftigte	13 %
	Selbstständiger mit bezahlten Beschäftigten	19 %
	Angestellter (davon leitend)	45 % (9 %)
beruflicher Status zum Zeitpunkt der BU (in %)		
	Erziehungsurlaub	1 %
	Arbeitsvertrag ruht	1 %
	überhalbschichtiges Tätigkeitsbild	2 %
	erwerbsunfähig (gesetzliche Erwerbsunfähigkeit)	1 %
	Vorruhestand	6 %
	dienstunfähig (Beamte)	8 %
	Betriebsaufgabe	12 %
	reduzierte Arbeitsleistung	16 %
	arbeitslos	20 %
	arbeitsunfähig	33 %
Gruppen (in %)		
	überwiegend handwerklich	38 %
	überwiegend administrativ	62 %
Diagnosen nach ICD-10 (in %)		
	Verhaltensauffälligkeiten (mit körperlicher Störung) (F 50)	2 %
	– Mehrfachdiagnosen bei 34 % –	
	Suchterkrankungen (F 10–19)	5 %
	Schizophrenie (F 20–29)	6 %
	vorsätzliche Selbstbeschädigung (X 60–84)	8 %
	neurotische, somatoforme und Belastungsstörungen (F 40–48)	39 %
	affektive Störungen (F 30–39)	40 %

Tabelle 1: Gesamtkollektiv $n = 87$, $m = 59$, $w = 28$

Insgesamt waren 38% der Anspruchsteller überwiegend handwerklich tätig, 62% administrativ. Im Gesamtkollektiv ($n = 87$) fanden sich 16% medizinische Heilberufe ($n = 14$), 5% waren Lehrer ($n = 4$). Ermittelt wurde außerdem der berufliche Status zum Zeitpunkt des Antrags auf Berufsunfähigkeit (arbeitsunfähig, arbeitslos, Erziehungsurlaub, erwerbsunfähig (gesetzliche Erwerbsunfähigkeit), dienstunfähig (Beamte), Vorruhestand, ruhender Arbeitsvertrag, Betriebsaufgabe, reduzierte Arbeitsleistung, überhalbschichtige Tätigkeit).

Im Gesamtkollektiv verteilten sich die nach ICD-10¹⁴ verschlüsselten Diagnosen wie folgt (wobei in 34% der Fälle Mehrfachdiagnosen vorlagen): 40% affektive Störungen (F 30–39), 39% Belastungs- und Anpassungsstörungen (F 40–48), 8% vorsätzliche Selbstbeschädigung (X 60), 6% Schizophrenie (F 2), 5% Suchterkrankungen (F 10–19), 2% Verhaltensauffälligkeiten mit körperlicher Störung (F 5).

Insgesamt konnten nur 43% der Leistungsanträge, die aufgrund psychischer Krankheitsbilder gestellt worden waren, allein durch Aktenstudium entschieden werden. In weit über der Hälfte der Fälle war eine zusätzliche Kontaktaufnahme des medizinischen Dienstes mit dem Versicherten und/oder den behandelnden Ärzten oder Therapeuten (14%), ein Besuch vor Ort durch einen Psychiater mit oder ohne Berufskundler (insgesamt 34%) oder ein zusätzliches Fachgutachten (9%) notwendig.

Ergebnis der Fallbearbeitung

In der Entscheidungsempfehlung, die Relntra nach der Fallbearbeitung abgegeben hatte, galt in etwas über einem Drittel 31/87 (36%) der bearbeiteten Leistungsfälle die Berufsunfähigkeit als erwiesen. Der bedingungsgemäße Grad der Berufsun-

14 Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.: Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V(F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. Hans Huber, Bern 2000.

fähigkeit war erreicht, wenn die versicherte Person zu mindestens 50% außer Stande war, ihre zuletzt vor Eintritt ihrer gesundheitlichen Beschwerden konkret ausgeübte berufliche Tätigkeit fortzuführen. Als Maßstab galten dabei neben der zeitlichen Berechnung des Grades der Berufsunfähigkeit (Arbeitsstunden pro Tag) die qualitativen Aspekte (prägende Verrichtungen) sowie die Erzielbarkeit eines sinnvollen Arbeitsergebnisses.

Bei 17/87 (20%) der Fälle lagen nach Ansicht von Relntra die bedingungsgemäßen Kriterien für eine Anerkennung der Berufsunfähigkeit nicht vor. Insgesamt wurde bei 26/87 (29%) der Anträgen eine freie Vereinbarung für maximal zwölf Monate geschlossen. Definitionsgemäß handelte es sich durchweg um Individualvereinbarungen, die von den Umständen des Einzelfalls geprägt waren. Dem Versicherten war dabei klar, dass der Versicherer die Dauerhaftigkeit der Berufsunfähigkeit gerade nicht für gegeben hält, sie also lediglich kulanzhalber anerkennt.

Bei 10/26 (1.380%) der Anspruchsteller lag nach Ablauf der freien Vereinbarung keine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit vor. Dies entspricht 10/87 (11%) Versicherten im

Gesamtkollektiv, die nach Ablauf einer freien Vereinbarung nicht bedingungsgemäß berufs unfähig waren. Individuelle Vertragsgegebenheiten führten bei 8/87 (9%) zum Vergleich. Bei 5/87 (6%) Anspruchstellern musste Anfechtung bzw. Rücktritt vom Versicherungsvertrag wegen arglistiger Täuschung oder Verletzung der vorvertraglichen Anzeige-Obliegenheit erklärt werden.

Der Algorithmus (Abbildung 1) stellt die abgegebene Entscheidungsempfehlung dar, aufgeschlüsselt nach der Vorgehensweise. Darüber hinaus wurde Relntra in 13 Leistungsfällen mit psychischen Erkrankungen im Rahmen des Nachprüfungsverfahrens eingeschaltet. Von diesem Kollektiv (n=13) wurden 69% der Anspruchsteller als weiterhin berufs unfähig anerkannt. Bei etwa einem Drittel (31%) war im Rahmen der Nachprüfung aufgrund neuer gesundheitlicher oder beruflicher Entwicklungen keine Berufsunfähigkeit mehr nachzuweisen.

In einer weiteren Analyse des Gesamtkollektivs (n=87) wurde die Entscheidungsempfehlung bezogen auf die jeweiligen Tätigkeitsprofile betrachtet (Tabelle 2). In den beiden am häufigsten vertretenen Gruppen der Angestellten und Selbstständigen la-

gen tendenziell häufiger die Grundlagen für eine freie Vereinbarung vor. Bei 8/22 aus dieser Gruppe lag nach Ablauf der freien Vereinbarung bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit nicht vor. Im Kollektiv der Selbstständigen kam es häufiger zum Vergleich als, in der Gruppe der Angestellten.

Untersucht wurde außerdem, welche Entscheidungsempfehlungen bezogen auf die einzelnen Diagnosen nach ICD-10 von Relntra ausgesprochen wurden (Tabelle 3). Bei 34% lagen Mehrfachdiagnosen aus dem psychiatrischen Formenkreis vor. Dabei ist auffällig, dass die Anerkennungsrate in dieser Gruppe bei 45% lag und in der Gruppe der Einfachdiagnosen bei 32%. Umgekehrt lag die Ablehnungsquote bei den Einfachdiagnosen wesentlich höher als bei den Mehrfachdiagnosen (22% versus 14%).

Diskussion

Psychische und psychosomatische Erkrankungen stellen für die private Berufsunfähigkeitsversicherung eine neue Herausforderung dar. Um der Komplexität dieser Krankheitsbilder gerecht zu werden, ist im Rahmen der Leistungsprüfung ein frühzeitiger, ganzheitlicher Schadensbearbeitungsprozess notwendig. Für die Mo-

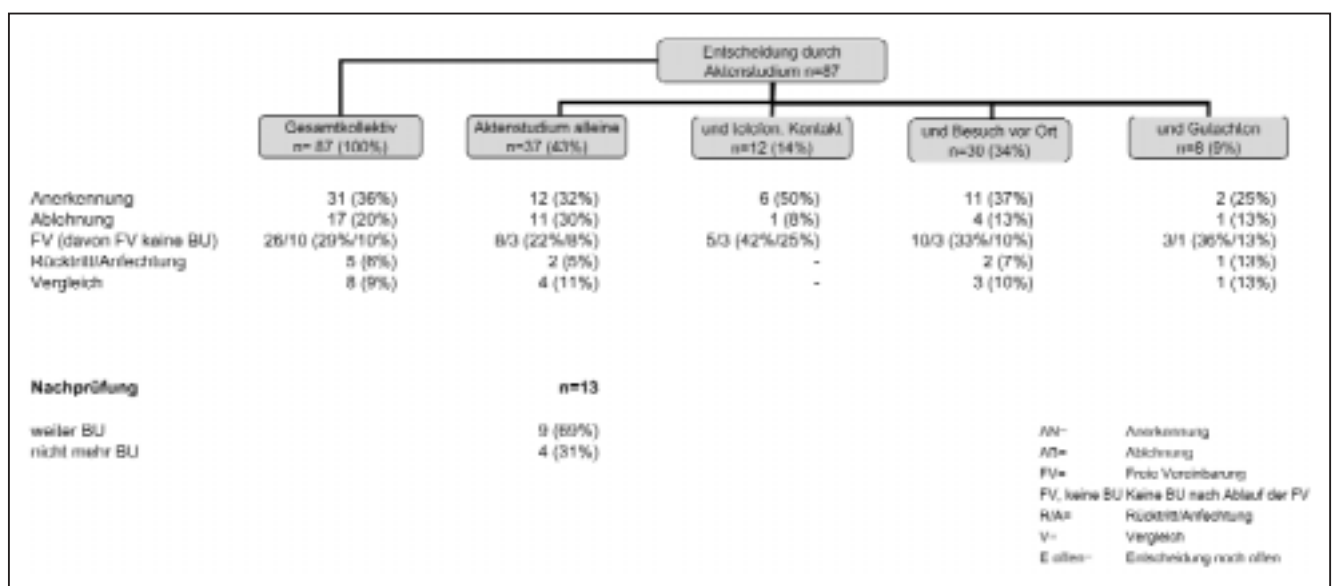


Abbildung 1: Algorithmus

	n=105	AN	AB	FV	FV, keine BU	R/A	V	E offen
Auszubildende	1	-	-	-	-	1	-	-
Hausfrauen	1	-	1	-	-	-	-	-
Arbeiter	10	5	3	1	-	1	-	-
Angestellte	36	13	11	3	7	-	1	1
leitende Angestellte	9	4	-	3	-	1	1	-
Beamte	9	5	-	1	2	1	-	-
Selbstständige ohne Mitarbeiter	17	8	2	2	-	-	3	2
Selbstständige mit Mitarbeitern	22	4	4	6	1	1	3	3

Tabelle 2: Entscheidungsempfehlung bezogen auf das Tätigkeitsbild (n = 105)

		AN	AB	FV	FV, keine BU	R/A	V	E offen
Einfachdiagnosen:								
affektive Störungen (F30-48)	41	15	7	7	4	2	3	3
neurotische/somatoforme/ Belastungsstörungen (F40-48)	37	11	10	4	6	1	2	3
Selbstbeschädigung/ Suizid (X 60-E)	-	-	-	-	-	-	-	-
Schizophrenie (F20-29)	4	2	1	1	-	-	-	-
Suchterkrankungen (F10-19)	1	1	-	-	-	-	-	-
Verhaltensauffälligkeiten (F50)	-	-	-	-	-	-	-	-
	n=83	29(35 %)	18(22 %)	12(14 %)	10(12 %)	3(4 %)	5(6 %)	6(7 %)
Mehrfachdiagnosen	n=22	10(45 %)	3(14 %)	4(18 %)	-	2(9 %)	3(14 %)	-

AN = Anerkennung
 AB = Ablehnung
 FV = freie Vereinbarung
 FV, keine BU = keine BU nach Ablauf der FV
 R/A = Rücktritt/Anfechtung
 V = Vergleich
 E offen = Entscheidung noch offen

Tabelle 3: Entscheidungsempfehlung bezogen auf die Diagnosen nach ICD 10 (n = 105)

tivation des Anspruchstellers spielt es eine zentrale Rolle, wie viel Zeit zwischen Diagnosestellung und dem Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente liegt und wie die schnell die Leistungsprüfung durchgeführt wird.

Eine zügige Abwicklung verhindert, dass sich der Wunsch auf Berentung verfestigt. Das modifizierte Vorgehen von Relntra bei Rentenanträgen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund psychisch-psykosomatischer Diagnosen trug diesem Umstand erst ansatzweise Rechnung. Da im Durchschnitt bereits elf Monate vergangen waren, waren die Erkrankungen einiger Versicherungsnehmer bereits chronifiziert. Es ist anzunehmen, dass die Ergebnisse durch eine frühzeitige fachmännische Bearbeitung verbessert werden können. Wünschenswert wäre, dass zwischen Leistungsantrag und Einsatz des medizinisch-berufskundlichen Reintegrationsdienstes im Mittel nicht mehr als drei Monate vergehen.

Des Weiteren ist zu bedenken, dass es sich bei den Relntra vorgelegten Leistungsanträgen aufgrund psychischer Erkrankungen um ein vorselektiertes Kollektiv handelt. Geprüft wurden Fälle, in denen dem Erstprüfer eine bestehende Berufsunfähigkeit nicht klar ersichtlich war und Verstöße gegen geltende Vertragsbedingungen, soweit erkennbar, bereits geltend gemacht wurden.

Im Vordergrund der Bearbeitung stand zunächst die Verifizierung der Diagnosen nach ICD-10. Sich widersprechende Aussagen in den medizinischen Befunden führten gerade bei Erkrankungen aus dem psychischen Formenkreis zu widersprüchlichen Diagnosen.

Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass die behandelnden Ärzte mit der diagnostischen Einschätzung überfordert waren. Denkbar wäre auch, dass diese in einen Interessenkonflikt gerieten, der immer dann auftritt,

wenn Behandler gleichzeitig Befunde für die Versicherungen erheben.

Durch den frühzeitigen Einbezug von Fachleuten (Psychiater, Psychotherapeuten) beim Aktenstudium, durch persönlichen Kontakt vor Ort oder in seltenen Fällen durch geeignete Fachgutachten konnte die Diagnose unter Verwendung der für das Fachgebiet psychischer Störungen relevanten Klassifikation (ICD-10: F0X-F9X) begründet und damit größtmögliche Diagnosesicherheit erzielt werden. Dies war die Voraussetzung, um die durch die Diagnose bedingten Einschränkungen, die für Leistungen aus der Versicherung entscheidend sind, zu ermitteln.

Chronische Erkrankungen, die schwer zu objektivieren sind – vor allem Somatisierungsstörungen und Schmerzsyndrome –, gewinnen zunehmend an Gewicht. Der ICD-10 definiert im Kapitel 45 als diagnostisches Charakteristikum der somatoformen Stö-

rung die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Problematisch ist dabei, dass eine organmedizinische Diagnose häufig auch gestellt wird, wenn organische Korrelate fehlen.

Dies führt dazu, dass somatoforme Störungen, je nach Art der somatischen Diagnose und Behandlung unterschiedlich klassifiziert werden und der Graubereich (und damit das Vorkommen somatoformer Störungen) wesentlich größer ist als bisher angenommen. Derartige diagnostische Zuschreibungen können das individuelle Krankheitskonzept des Patienten fixieren und damit Einfluss auf Potenzial und Bereitschaft zur Rehabilitation nehmen.

Denkbar wäre, dass der hohe Anteil an Belastungs- und Anpassungsstörungen im Gesamtkollektiv dadurch zu Stande kam, dass andere psychiatrische Diagnosen für den Leistungsprüfer klarer waren und RelIntra deshalb nicht vorgelegt wurden.

Aber auch die Rentenversicherungsstatistik und Daten zu stationären Rehabilitationsbehandlungen belegen diese Ergebnisse. Im Jahr 2001 wurden $n = 21.133$ BfA-Versicherte wegen psychischer Einschränkungen (ICD-10: F0X–F9X) in der Angestelltenversicherung vorzeitig berentet. Beim Diagnosespektrum standen depressive Episoden mit 30% im Vordergrund, gefolgt von Belastungs- und Anpassungsstörungen (10%) sowie somatoformen Störungen (10%).¹⁵

Auch bei den stationären Rehabilitationsbehandlungen aus dem Jahr 2001 zeigt sich, dass von insgesamt 135.255 Erkrankten mit der Diagnose „psychische Störungen“ (ICD-10, Kapitel F) 29% auf die Suchterkrankungen (F10–19) entfallen. 25% der Rehabilitationsbehandlungen erfolgten

bei affektiven Erkrankungen (F30–39), während der größte Anteil von 38% auf neurotische, somatoforme und Belastungsstörungen (F40–48) entfiel. Die Behandlung schizophrener Erkrankungen spielte im Bereich der stationären Rehabilitation fast keine Rolle.¹⁶

Zwischen psychischer Erkrankung, beruflichem Status und der Beeinträchtigung verschiedener Lebensbereiche wie Arbeit und soziales Umfeld besteht ein enger Zusammenhang.¹⁷ Die Zunahme psychischer und psychosomatischer Krankheitsbilder in der Berufsunfähigkeitsversicherung spiegelt die marktwirtschaftliche Situation wider. Arbeitnehmer sind zunehmend einem wachsenden Druck am Arbeitsplatz mit drohendem Arbeitsplatzverlust ausgesetzt.

Das modifizierte Vorgehen in der Leistungsregulierung bei psychischen Erkrankungen ermöglichte es, eine fundierte Entscheidung darüber zu treffen, ob ein Leistungs- oder ein Wiedereingliederungsfall vorliegt. Durch ein Mehr an direkter Information über die ganzheitliche Situation des Anspruchstellers (Anamnese, Verifizierung der Diagnose, Therapie, Verlauf, Reha-Potenzial, Reha-Bereitschaft und Umfeld) konnte die Rate fälschlicherweise als positiv beurteilter Fälle reduziert werden.

Bemerkenswert ist die geringe Anzahl erforderlicher Gutachten (8 Gutachten bei $n = 87$). Bisherige Erfahrungen zeigten, dass Gutachten häufig nicht aussagekräftig sind. Welche funktionellen Einschränkungen in Bezug auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit vorliegen, wird nicht genau festgestellt. Aus diesem Grund hat RelIntra einen diagnosespezifischen Fragenkatalog für Ärzte entwickelt, der sich nicht an einem negativen Leistungsbild, sondern an der funktionellen Diagnose orientiert. Auf diese Weise werden neben den Defiziten auch die Ressourcen des Patienten berücksichtigt.

Es ist damit zu rechnen, dass Berufsunfähigkeiten und Frühberentungen

aufgrund psychischer Erkrankungen weiterhin zunehmen. Dennoch wird diese Problematik noch nicht ihrer sozioökonomischen Bedeutung entsprechend in der gesellschaftlichen Diskussion berücksichtigt. Ebenso wie in der gesetzlichen Erwerbsunfähigkeitsrente wird der Anteil psychischer Erkrankungen auch in der privaten Berufsunfähigkeitsversicherung ansteigen.

In prospektiven Studien gesicherte, empirisch validierte Risikofaktoren für Berufsunfähigkeit liegen bis heute nicht vor. Bei der Bewertung und Begutachtung der Leistungsfähigkeit im Berufs- und Erwerbsleben sowie der Lebensqualität müssen neue Wege beschritten werden, um dieser Herausforderung künftig gerecht zu werden.

Der steigende Anteil psychisch bedingter Frühberentungen lässt sich auch dadurch begründen, dass Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen – die zum Beispiel bei Herz- und Kreislauferkrankungen das Risiko der Erwerbsminderung senken konnten – bei psychischen Störungen weiter ein Schattendasein führen.¹⁸ Ein frühzeitiges Angebot an den Versicherungsnehmer, sich während des Genesungsprozesses durch einen Reha-Manager begleiten zu lassen, könnte die Zahl der dauerhaften Leistungen deutlich reduzieren.

Durch folgende Maßnahmen kann RelIntra eine Reduktion der Leistungsfälle mit psychischen Erkrankungen

15 Irlé, H.; Grünbeck, P.; Klosterhuis, H.: Rehabilitation vor Frühberentung bei Menschen mit psychischen Störungen. Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), Berlin, eingereichtes Abstract.

16 VDR: Rehabilitation 2001, Frankfurt 2001.

17 Weber, A., Hörmann, G., Köllner, V.: Psychische und Verhaltensstörungen. Die Epidemie des 21. Jahrhunderts? Deutsches Ärzteblatt 103 (13) (2006): A 834–841.

18 Stadtland, C.; Schütt, S.; et al.: Klinische Prädiktoren für die Vorhersage einer späteren Berentung bei Probanden mit somatoformen Symptomen: Erste Ergebnisse einer katamnestischen Untersuchung. Der Medizinische Sachverständige 55 (3) (2004), 111–117.

erreichen und damit eine tragende Rolle in der Leistungsbearbeitung spielen:

- Einbeziehung von Fachleuten bereits beim Aktenstudium
- Telefonkontakt mit dem Versicherungsnehmer und/oder den behandelnden Ärzten/Therapeuten durch Mediziner als Ergänzung zur Aktenlage
- direkte und ausführliche Information über die ganzheitliche Situation des Patienten vor Ort
- Reduktion der Rate fälschlicherweise als positiv beurteilter Fälle durch Einbezug von Spezialisten (z.B. Verifizierung der Diagnose, Einschätzung der Funktionsfähigkeit)
- Hilfestellung bei der Auswahl geeigneter Gutachter und Erstellung krankheitsspezifischer Fragekataloge zur genauen Feststellung der funktionellen Einschränkungen, bezogen auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit
- Begleitung der medikamentösen und therapeutischen Behandlung in enger Anbindung an die behandelnden Ärzte (Beratung durch Fachleute, Hilfestellung durch Vermittlung geeigneter Behandlungszentren, Erhöhung der Compliance)
- durch frühzeitige Einbindung und direkten Kontakt mit dem Versicherten verbesserte Chancen der Möglichkeiten zur Wiedereingliederung des Anspruchstellers und Verhinderung einer Chronifizierung
- Individuelle Entscheidungsmöglichkeiten durch differenzierte Informationen
- Erhöhung der Motivation zur Wiederaufnahme bzw. Fortsetzung der beruflichen Tätigkeit durch Unterstützung bei frühzeitiger beruflicher Rehabilitation
- Aktivierung aller Möglichkeiten zur Wiedereingliederung des An-

spruchstellers unter Würdigung seiner Einschränkungen sowie unter Berücksichtigung seiner Fähigkeiten und Ressourcen durch langfristige Begleitung durch einen Reha-Manager.

Die Risikofaktoren für psychische Erkrankungen sind den meisten Ärzten bis heute nur unzureichend bekannt; empirische, prospektive Untersuchungen dazu fehlen in Deutschland weitestgehend. Deshalb setzt sich Relntra zum Ziel, die Diagnosen zu evaluieren und zu validieren und Wege zur Gesundung aufzuweisen und zu begleiten, um einer oft kontraproduktiven, frühzeitigen Berentung von psychisch Erkrankten entgegenzuwirken.^{19,20} Dieses Ziel liegt sowohl im In-

teresse des Betroffenen als auch des Schadenregulierers.

In dieser Arbeit konnte erstmals gezeigt werden, wie durch einen neuartigen professionellen Ansatz einer Chronifizierung von Krankheiten entgegengewirkt werden könnte. Die Ergebnisse müssen künftig auf einer breiteren empirischen Basis weiter untersucht werden.

19 Stadtland, C.; Gündel, H.; Schütt, S.; Nedopil, N.: Kriterien zur Beurteilung der quantitativen Leistungseinschränkung bei der Begutachtung funktioneller körperlicher Störungen. *Versicherungsmedizin* 55 (3) (2003), 11-117.

20 Stadtland, C.; Schütt, S.; et al.: Somatoforme Störungen und Frühberentung. Eine empirische Evaluation der Begutachtungspraxis und Risikofaktoren. *Nervenheilkunde* 10 (2004), 567-571.

Die 25 größten Rückversicherungs-Gruppen weltweit

Rang	Gruppe	Land	Netto-RV-Prämie (Mio. \$)	
			2005	2004
1	Münchener Rück	Germany	22.602,8	26.400,1
2	Swiss Re ¹⁾	Switzerland	21.203,6	25.766,9
3	Berkshire Hathaway Re	U.S.	10.041,0	10.580,0
4	Hannover Rück	Germany	9.190,8	10.125,9
5	GE Insurance Solutions ¹⁾	U.S.	6.697,0	8.173,0
6	Lloyd's	U.K.	6.566,8	6.375,7
7	XL Re	Bermuda	5.012,9	4.149,3
8	Everest Re	Bermuda	3.972,0	4.531,5
9	Reins.Group of America Inc.	U.S.	3.863,0	3.342,5
10	PartnerRe	Bermuda	3.615,9	3.852,7
11	Transatlantic Holdings Inc.	U.S.	3.466,4	3.749,3
12	Tokio Marine & Nichido Fire Insurance Co. Ltd.	Japan	2.789,3	3.455,1
13	SCOR	France	2.691,8	3.329,5
14	Odyssey Re	U.S.	2.301,7	2.361,8
15	Korean Re	Korea	1.946,7	1.678,4
16	Scottish Re Group Ltd.	Caymans	1.933,9	589,4
17	Converium	Switzerland	1.815,7	3.726,1
18	Sompo Japan Insurance Inc.	Japan	1.803,9	2.052,8
19	Transamerica Re (Aegon)	U.S.	1.741,0	953,8
20	Platinum Underwriters Holdings Ltd.	Bermuda	1.717,7	1.646,0
21	Mitsui Sumitomo Insurance Co. Ltd.	Japan	1.712,6	1.956,1
22	Arch Capital Group Ltd.	U.S.	1.657,5	1.588,0
23	ACE Tempest Re	Bermuda	1.545,7	1.524,6
24	Axis Capital Holdings Ltd.	Bermuda	1.491,2	1.060,4
25	Caisse Centr. de Réassur.	France	1.475,5	1.718,1

1) 2006 Übernahme von GE Insurance durch Swiss Re.

(Quelle: Standard & Poor's)

Dr. Christian Cypris/Dr. Franziska Kuhlmann, Köln¹

Pflegeversicherung in Deutschland

Lange Zeit war das Thema Pflegebedürftigkeit in Deutschland regelrecht tabu. Mit der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung im Jahr 1995 fand das Thema Eingang in die öffentliche Diskussion. Das Risikobewusstsein steigt seitdem in der Bevölkerung. Mittlerweile ist eine Reform der Gesetzlichen Pflegeversicherung überfällig. Sie wurde im Koalitionsvertrag bereits angekündigt und steht nach der umstrittenen Gesundheitsreform als nächstes auf der Agenda des Gesetzgebers. Derzeit ist noch offen, wie weitgehend die kommende Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung ausfallen wird; diverse Reformvorschläge liegen auf dem Tisch.²

Sicher ist, dass die Gesetzliche Pflegeversicherung auch in Zukunft lediglich eine Mindestversorgung sicherstellen wird. Damit ist und bleibt der Raum für private Zusatzabsicherung offen. Die zunehmende Medienpräsenz des Themas Pflegeversicherung, eine Folge der Reformdiskussion, wird das Risikobewusstsein in der Bevölkerung erhöhen. Fraglich ist nun, ob es der Versicherungswirtschaft gelingt, das steigende Risikobewusstsein in eine erhöhte Zahlungsbereitschaft umzuwandeln.

Pflegebedürftige heute

Angesichts der demographischen Entwicklung ist das Thema Pflegebedürftigkeit von hoher Relevanz für die Gesellschaft und ihre sozialen und privaten Sicherungssysteme. Schon heute gibt es in Deutschland 2 Mio. Pflegebedürftige. Für das Jahr 2040 werden bereits 3,5 Mio. Pflegebedürftige erwartet.³

Pflegebedürftigkeit ist stark altersabhängig. Die Hälfte der heute Pflegebedürftigen ist über 80 Jahre alt. Damit sind rund 30% aller Bundesbürger in dieser Altersklasse pflegebedürftig, im Erwerbstätigenalter da-

gegen sind es lediglich 0,7%. Ein Blick auf den mit dem Alter steigenden Anteil der Pflegebedürftigen legt nahe, dass das Thema Pflegeversicherung für viele erst kurz vor dem eigenen Ruhestand relevant wird.

Die Produktentwicklung muss sich an einem vergleichsweise gering ausgeprägtem Risikobewusstsein in jüngerem Alter und einer starken Nachfrage in eher hohem Alter orientieren. Studien zeigen, dass das Risikobewusstsein für den Pflegefall stark von den unmittelbaren persönlichen Erfahrungen, i.d.R. mit den eigenen Eltern oder Schwiegereltern, abhängt. Tatsächlich liegt in den USA das Durchschnittsalter der Käufer von individuellen Pflegeversicherungen bei über 60 Jahren. Dies steht in scheinbarem Gegensatz dazu, dass die Akzeptanzquote der Versicherungen mit zunehmendem Alter aufgrund diverser Vorerkrankungen abnimmt und erforderliche medizinische Risikozuschläge das Produkt verteuern.

Deckungslücken in der gesetzlichen Pflegeversicherung

Die gesetzliche Pflegeversicherung ist heute von signifikanten Deckungslücken geprägt. Der Leistungskatalog der gesetzlichen Pflegeversicherung blieb seit ihrer Einführung unverändert. Da im Gegensatz dazu die Preise für Pflegeleistungen gestiegen sind, ist bereits heute ein merklicher Realwertverlust spürbar. Es entsteht eine quantitative Deckungslücke. Der Bundestagsbericht zum demographischen Wandel spricht in diesem Zusammenhang von einem „Teilkasko-Charakter“ der Pflegeversicherung. So fallen bei vollstationärer Pflege in Abhängigkeit der Pflegestufe monatliche Heimkosten in Höhe von 1.900 bis 2.800 Euro an. Bei den derzeitigen gesetzlichen Leistungen wird für Schwerst-Pflegebedürftige schnell eine finanzielle Deckungslücke in Höhe von über 1.000 Euro erreicht.

Diese quantitative Deckungslücke erhöht sich noch bei Demenzkranken. Denn kommen zu den körperlichen Gebrechen auch kognitive Einschränkungen hinzu, sind schnell deutlich höhere Aufwendungen erforderlich, insbesondere wenn die immensen Belastungen der pflegenden Angehörigen durch die Inanspruchnahme von ambulanten Diensten aufgefangen werden sollen. Hier sind die zusätzlich aus der Pflege-Pflichtversicherung gewährten maximal 460 Euro pro Jahr nur ein Tropfen auf den heißen Stein.

Als ein weiteres grundlegendes Problem der gesetzlichen Pflegeversicherung wird der „reduzierte Pflegebegriff“ gesehen. Denn nach der gesetzlichen Leistungsfalldefinition werden die Hilfebedarfe für körperliche Verrichtungen aus dem Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens wie Waschen oder Ankleiden gewertet. Bei Demenzkranken kommt dann eine qualitative Deckungslücke hinzu:

- Zum einen bleibt *per definitionem* ein signifikanter Teil des spezifischen Beaufsichtigungs- und Betreuungsaufwandes für Personen mit erheblichen Einschränkungen der Alltagskompetenz unberücksichtigt.
- Zum anderen besteht *de facto* aufgrund von Informationsdefiziten eine unzureichende Anrechnung der anrechenbaren Pflegezeitaufwendungen sowie die Notwendigkeit diese Ansprüche gegebenenfalls juristisch durchzusetzen.

Private Pflegerentenversicherung

Der private Pflegeversicherungsmarkt wird in Deutschland von den Pfl egetagegeldtarifen der Kranken-

¹ Converium Rückversicherung (Deutschland) AG, Köln.

² Vorschläge des Kronberger Kreises, der Herzog-Kommission, das Rürup-Modell, das Raffelhüschen-Modell, das Modell des Sachverständigenrates und das Modell der PKV.

³ Laut Berechnungen des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. 3,2 Mio. Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung zuzüglich der privat Pflichtversicherten.

versicherer dominiert. Alternativ bieten zahlreiche Krankenversicherer Pflegekostentarife an. Beide Tarifarten folgen in der Leistungsfalldefinition dem Gesetzgeber (SGB XI). Zunehmend bieten nun Lebensversicherer eigenständige Pflegeprodukte an: Pflegerentenversicherungen. Dabei wird in der Leistungsfalldefinition nur zum Teil die SGB-Definition verwendet. Teilweise werden Ergänzungen als Option angeboten, teilweise werden auch andere Definitionen (Aktivitäten des täglichen Lebens) angewendet.

Bei der Erstellung der Rechnungsgrundlagen kann in Deutschland auf die umfangreichen Bestandsdaten zu Pflegebedürftigen und Versicherten der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung zurückgegriffen werden. Da aber private Pflegeversicherungsprodukte sich häufig nicht nur als Anbieter einer erhöhten gesetzlichen Pflegerente verstehen, sondern darüber hinaus als qualitative Ergänzung, gewinnen weitere Informationen an Bedeutung. So finden beispielsweise bei der Berücksichtigung von Demenzerkrankungen oft internationale empirische Analysen aus der Epidemiologie sowie angelsächsische Erfahrungen mit Pflegeversicherungen Verwendung, die körperliche und geistige Pflege begründende Ursachen differenzieren.

Produktgestaltung

Mit Bezug auf kundenorientierte Produktinnovationen ist bei der Pflegerentenversicherung die erst in relativ hohem Alter einsetzende Zahlungsbereitschaft ein zentraler Aspekt. Hier kann man durch eine im Leistungsumfang stärker eingeschränkte „Basis“-Pflegerente für die Pflegestufe III durch das „Preisargument“ bzw. die erhöhte Versicherbarkeit gerecht werden. Für diejenigen, die im gewissen Umfang am Anfang der Pflegebedürftigkeit eigenes Vermögen einbringen wollen und nur den „worst-case“ einer sehr langen Pflegebedürftigkeit absichern wollen, sind beispielsweise höhere Karenzzeiten kundengerecht.

Aus Marketingsicht wird vor allem in den USA (aber auch schon in Deutschland) ein Kombinationsprodukt der Pflegerente mit einer Berufsunfähigkeitsversicherung diskutiert. Beispielsweise erhält der Kunde für einen moderaten Mehrpreis zur BU eine aufgeschobene „Basis“-Pflegerente, die ab Renteneintritt leistet. Insbesondere die Option, den Leistungsumfang bei Renteneintritt unter der Bedingung der Schadenfreiheit und der aktiven Vollbeschäftigung auszudehnen (bspw. auf Pflegestufe II) entspricht dem Interesse des Kunden. Und zwar des Kunden, der sich in jungen Jahren des Pflegerisikos bewusst wird, aber nur geringe Zahlungsbereitschaft zeigt.

Bei der klassischen „Komfort“-Pflegerente, die üblicherweise eine umfassende Leistungsfalldefinition aufweist, sieht man vor allem im Rahmen der Erweiterung um den Demenzfall innovative Elemente. Auch Leistungen bereits ab Pflegestufe I mögen bei zunehmender Zahlungsbereitschaft interessant werden. Als „Rundum sorglos“-Paket ist die Komfort-Rente zurzeit vor allem über Einmalbeiträge bei Renteneintritt erfolgreich. Neben verschiedenen Sparplänen ist für die Versicherungswirtschaft natürlich die Verwendung

von Kapitaleistungen aus Versicherungsprodukten in Bezug auf das Ablaufmanagement interessant. Wenn man die Änderungsrisiken als zu hoch für Ratengarantien einschätzt, dann sind die Tragfähigkeit der Beitragsanpassungsklauseln und die Unternehmenspolitik hinsichtlich etwaiger Anpassungserfordernisse zu bedenken.

Risiko- und Leistungsprüfung

In Bezug auf die Risikoprüfung stellt sich bei der Pflegerentenversicherung vor allem das Problem der Eignung gängiger medizinischer Einschätzungen, die häufig für geringere Eintrittsalter konzipiert sind. Inzwischen sind Höchsteintrittsalter von 75 Jahren weit verbreitet und entsprechende Zeichnungsrichtlinien nicht zuletzt durch den professionellen Rückversicherer verfügbar. Zunehmend werden hier klassische Risikofaktoren durch die Einbeziehung von Fragen zur aktiven Lebensgestaltung und allgemeinen Gebrechlichkeit ergänzt.

Wenn man der gesetzlichen Leistungsfalldefinition folgt, kann bei der Leistungsfallprüfung auf die Einschätzung aus der gesetzlichen Pflegeversicherung zurückgegriffen wer-

Converium Rückversicherung (Deutschland) AG hat dem Thema Pflegebedürftigkeit am 21. September 2006 eine eintägige Fachveranstaltung gewidmet. Um die Pflegebedürftigkeit aus verschiedenen Blickwinkeln in allen Facetten diskutieren zu können, standen sowohl interne Fachleute als auch Vertreter zentraler Akteure der deutschen Pflegeversicherung zur Verfügung. Referenten des Bundesministeriums für Gesundheit, des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) und der Deutschen Alzheimer Gesellschaft gaben einen aktuellen Einblick in das Thema und skizzierten bestehende Reformüberlegungen. Converium stellte dann die private Absicherung in den Vordergrund: Nach einem kurzen Marktüberblick wurde die Modellierung des Pflegerisikos inklusive einer möglicher Demenzerweiterung vorgestellt. Zudem wurde auf die Besonderheiten in der Risiko- und Leistungsprüfung für die Pflegeversicherung im Allgemeinen und für eine Demenzzusatzdeckung im Besonderen eingegangen. Diese umfassende Beleuchtung des Risikos Pflegebedürftigkeit, die weit über die private Absicherung allein hinausgeht, löste lebhafte Diskussionen zwischen Privatwirtschaft und Vertretern des gesetzlichen Systems aus.

den. Durch die Erweiterung der Leistungsfalldefinition wie zum Beispiel durch die explizite Einbeziehung der Demenzdeckung sind häufig zusätzliche Untersuchungen erforderlich, wobei auf internationale standardisierte Tests zurückgegriffen werden kann.

Schlussbemerkungen

Das Thema Pflegeversicherung ist in der deutschen Öffentlichkeit angekommen. Die anstehende Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung wird das Problembewusstsein der Bevölkerung weiter erhöhen. Trotz aller Reformbestrebungen, eines ist sicher: Die gesetzliche Pflegeversicherung bleibt eine Mindestversorgung mit gravierenden quantitativen und qualitativen Deckungslücken.

Die Herausforderung für die Versicherungswirtschaft besteht nun darin, das steigende Risikobewusstsein in Zahlungsbereitschaft umzumünzen. Hier eröffnet die Pflegeversicherung eine Fülle von Gestaltungsmöglichkeiten. Intelligente Produktgestaltung fokussiert daher einzelne Zielgruppen. Eine Demenzdeckung beispielsweise wird vor allem von Älteren nachgefragt, weil diese häufig Betroffene im eigenen Bekanntenkreis haben. Für Erwerbstätige, also die jüngere Generation, steht dagegen die Absicherung der eigenen Arbeitskraft im Vordergrund. In Verbindung mit einer Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsdeckung kann die Pflegeversicherung einen relativ kostengünstigen lebenslangen Invaliditätsschutz bieten.

Wie jedes neue Produkt wirft die Pflegeversicherung eine Reihe von Fragen und Problemen auf: Woher nehme ich die Rechnungsgrundlagen? Wie lässt sich Demenz definieren? Wie werden die Anträge in der Risiko- und Leistungsprüfung behandelt? Einige Lösungsvorschläge, die vielfach auf internationalen Erfahrungen basieren, wurden hier angerissen. Rückversicherung entspricht in diesem Zusammenhang nicht allein der

Übernahme des versicherungstechnischen Risikos. Durch ein umfangreiches Beratungsangebot zum bedarfsorientierten Produktdesign, bei der Erstellung der Rechnungsgrund-

lagen sowie in der Risiko- und Leistungsprüfung begleitet der moderne Rückversicherer seine Kunden auf diesem spannenden Weg zu einem neuen, marktfähigen Produkt.

Thorsten Keil, Hannover*

Vogelgrippe – Gefahr erkannt, Gefahr gebannt?

Während der vergangenen Monate ist es ruhig geworden um das Thema Vogelgrippe in Deutschland. Andere Ereignisse haben sie aus den Schlagzeilen verdrängt und es scheint, als wäre die Gefahr einer Pandemie damit gebannt. Doch weit gefehlt.

Noch immer werden weltweit Neuinfektionen festgestellt, und weiterhin sterben auch Menschen an den Folgen einer Infektion durch das H5N1-Virus. Gemäß den Zahlen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat das Virus in seiner jetzigen Form seit dem Jahre 2003 139 Todesopfer gefordert, 63 davon alleine von Januar bis August 2006. Zwar handelt es sich bei diesem Virus nur um eine aviäre Variante, doch viele Seuchenexperten halten es für nahezu sicher, dass das H5N1-Virus durch eine Mutation (Antigenshift) die Fähigkeit erlangen wird, von Mensch zu Mensch übertragbar zu sein. Auch das Robert-Koch-Institut weist darauf hin, dass das Risiko einer Pandemie derzeit so hoch ist, wie seit Jahrzehnten nicht mehr.

Rein statistisch gesehen, kam es in der Vergangenheit zu drei bis vier Pandemien pro Jahrhundert, so auch im 20. Jahrhundert. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Influenza-Pan-

demien des letzten Jahrhunderts und die Anzahl der jeweiligen Todesopfer.

Pandemieszenarien – die Bandbreite ist enorm

Die in jüngster Zeit veröffentlichten Pandemieszenarien basieren weitestgehend auf den Daten der Spanischen Grippe, an der weltweit schätzungsweise 500 Mio. Menschen erkrankten. Dies entspricht etwa einem Viertel der damaligen Weltbevölkerung. Inwiefern allerdings die Erfahrungen aus den Jahren 1918/19 auf die heutige Zeit übertragbar sind und sich brauchbare Szenarien daraus entwickeln lassen, wird sehr kontrovers diskutiert.

Die Vertreter des Worst-Case-Szenarios gehen davon aus, dass durch die fortschreitende Globalisierung und die zunehmende Konzentration der Bevölkerung in Ballungszentren eine Ausbreitung der Grippepandemie begünstigt wird. Die nicht vorhandene Immunität in der Gesamtbevölkerung und die Tatsache, dass bis zur Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl an Impfdosen in Deutschland 12 bis 18 Wochen vergehen, wird

* Direktor SCOR Vie Deutschland

<i>Pandemie</i>	<i>Jahr</i>	<i>Anzahl der Todesopfer weltweit</i>
Spanische Grippe	1918/19	50 – 100 Mio.
Asiatische Grippe	1957/58	1 – 2 Mio.
Hongkong-Grippe	1968/69	0,7 – 1 Mio.

Tabelle 1: Influenza-Pandemien im 20. Jahrhundert

ebenso als Indiz für eine schwerwiegende Pandemie gewertet. Allerdings bleibt die Frage bislang unbeantwortet, ob das H5N1-Virus nach einer möglichen Mutation zu einem von Mensch zu Mensch übertragbaren Virus noch immer so pathogen und extrem widerstandsfähig sein wird, wie es derzeit der Fall ist.

Gegen ein Pandemieszenario, das in seinem Verlauf weitestgehend der Spanischen Grippe entspricht, sprechen die weit reichende medizinische Versorgung und die deutlich verbesserten hygienischen Verhältnisse in den Industriestaaten. Insgesamt scheint die heutige Lage nicht mit der (Nach-)Kriegssituation der damaligen Zeit vergleichbar. Die Tatsache, dass die Asiatische Grippe, die durch die Mutation eines aviären Virus (A/H2N2) hervorgerufen wurde, vor rund fünfzig Jahren mit 1 bis 2 Mio. Toten weltweit deutlich weniger Opfer forderte als die Spanische Grippe, lässt ebenso hoffen.

Vieles deutet heute aber darauf hin, dass falls es zu einer Pandemie kommt, diese ihren Ursprung in einem Entwicklungs- oder Schwellenland haben wird, da dort das enge Zusammenleben von Mensch und Tier und die hygienischen Verhältnisse eine Übertragung begünstigen. Die Vermutung, dass die Pandemie von Zentraleuropa ausgehen wird, gilt als eher unwahrscheinlich.

Der volkswirtschaftliche Schaden

Die Bedrohung der näher rückenden Vogelgrippe führte im ersten Quartal 2006 zur Veröffentlichung zahlreicher Szenarien. So geht z.B. das Insurance Information Institute (iii) davon aus, dass die Vogelgrippe US-Lebensversicherer, so es denn zur Realisierung des darin beschriebenen Worst-Case-Szenarios kommt, bis zu 133 Milliarden US\$ kosten könnte. Die auf Daten der Spanischen Grippe basierende Studie geht dabei von einer Infektionsrate von 30% der Gesamtbevölkerung mit stark altersabhängigen Sterblichkeiten aus. Das ebenso

Szenario	Altersgruppe				
	0 – 14	15 – 34	35 – 54	55 – 64	65 –
(iii) moderat	0,18%	0,18%	0,18%	0,30%	1,50%
Schweiz	0,40%	0,40%	0,40%	0,40%	1,70%
(iii) schwer	5,40%	5,40%	0,18%	0,36%	6,00%

Tabelle 2: Angenommene Mortalitätsraten bei einer Infektionsrate von 30% der Bevölkerung

durchgerechnete moderate Szenario kommt allerdings nur zu einer Gesamtleistung von 30% des schweren Szenarios.

Das DIW berechnete, ausgehend von Daten des Robert-Koch-Instituts, dass allein in Deutschland mit 50.000 bis 150.000 Toten infolge einer Grippe-Pandemie zu rechnen ist. Das entspricht 0,6 bis 1,8‰ der Gesamtbevölkerung. Den volkswirtschaftlichen Gesamtschaden beziffern die Forscher auf 25 bis 75 Mrd. Euro und damit auf 1,1 bis 3,3 % des Bruttoinlandsprodukts. Die große Abweichung der auf Deutschland bezogenen Zahlen lassen erkennen, mit welcher Unsicherheit die Modelle behaftet sind.

Eine Studie, die im Auftrag des schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit bereits im Jahre 2003 erstellt wurde, kommt zu dem Ergebnis, dass eine mögliche Grippewelle rund 42.000 Tote und damit 0,6% der Bevölkerung fordern wird. Diese zusätzliche Sterblichkeit von 6‰ entspricht genau dem Wert, der für die Schweiz während der Spanischen Grippe 1918/19 gemessen wurde. Der Gesamtwirtschaftliche Schaden für die Schweiz wird auf 2,3 Mrd. CHF und damit auf 0,5% des Bruttosozialprodukts beziffert.

Auswirkungen einer Pandemie

Die WHO unterteilt den Verlauf einer Pandemie in insgesamt drei Perioden, die wiederum in insgesamt sechs Phasen heruntergebrochen werden. Die inter pandemische Periode umfasst die ersten drei Phasen,

während derer das erkannte Virus nur bedingt eine Gefahr für den Menschen darstellt. Erst in der pandemischen Warnperiode (Phase vier und fünf) kommt es zu Mensch-zu-Mensch-Übertragungen. In Phase sechs, der eigentlichen Pandemie, kommt es schließlich zu wachsender und anhaltender Übertragung von Mensch zu Mensch. Weltweit betrachtet befinden wir uns gegenwärtig in der dritten Phase und damit am Beginn der Alarmphase. Zwar kommt und kam es schon zu vereinzelt Übertragungen des Virus' zum Menschen, jedoch scheint eine Übertragung von Mensch zu Mensch noch unmöglich.

Welche Auswirkungen der Eintritt in die Pandemiephase auf die Privatwirtschaft und die sozialen Systeme haben wird, ist nur schwer abzuschätzen. Grundsätzlich muss davon ausgegangen werden, dass neben den regulären krankheitsbedingten Ausfällen an Arbeitskräften auch Influenzaerkrankte und gesunde Mitarbeiter, die ihre erkrankten Angehörigen versorgen müssen, den Krankenstand deutlich erhöhen. Hinzu kommt eine deutliche Zahl gesunder Mitarbeiter, die aus Angst vor Ansteckung zuhause bleiben, so dass der Geschäftsbetrieb vieler Unternehmen nur schwerlich aufrecht erhalten werden kann. Je nach Intensität der Pandemie kann es dazu kommen, dass selbst die individuell erarbeiteten Notfallpläne der Unternehmen nicht anwendbar sind.

Anfängliche Hamsterkäufe dürften zwar in der frühen Phase der Pandemie zu leeren Regalen in den Supermärkten führen, doch aus Angst vor Ansteckung wird es schon bald zu

deutlichen Einschränkungen beim privaten Konsum kommen, so dass im wesentlichen nur noch die Grundbedürfnisse unmittelbar gedeckt und größere Anschaffungen verschoben werden.

An den Finanzmärkten wird es zu deutlichen Verlusten bei Aktien und zu einer Flucht in Qualitätstitel wie Gold und Staatsanleihen kommen. Die besonders stark betroffenen Regionen der Erde müssen zusätzlich noch mit verstärktem Abzug von Finanzmitteln rechnen. Je nach Dauer und Intensität der Pandemie ist von einer bedeutenden Rezession auszugehen.

Ein Blick auf die Situation in Hongkong nach dem Ausbruch von SARS im Jahre 2003 veranschaulicht die Auswirkungen einer Pandemie auf das öffentliche Leben: Geschäfte und Märkte sind verwaist, die Menschen tragen Atemmasken und vermeiden Berührungen mit anderen Menschen, unnötige Wege werden vermieden und menschenleere Bahnen fahren durch die Stadt.

Das in Deutschland seit dem 1. Januar 2001 geltende Infektionsschutzgesetz bietet den Behörden weitestgehende Befugnisse bei der Bekämpfung möglicher Pandemien. Neben einer Anordnung von Schutzimpfungen besteht die Möglichkeit, Gemein-

schaftseinrichtungen wie Schulen und Kindergärten zu schließen und Versammlungsverbote auszurufen. In besonderen Fällen kann auch von beruflichen Tätigkeitsverboten Gebrauch gemacht werden. Ebenfalls erlaubt, wenn auch mit wenig Aussicht auf Erfolg, ist die Quarantäne bzw. Absonderung von Erkrankten.

Auswirkungen auf die Lebensversicherung

Neben den biometrischen Risiken dürfte eine Pandemie die Lebensversicherer noch in weiteren wichtigen Bereichen hart treffen. Erwähnt seien hier das Kapitalanlagerisiko sowie operationale Risiken. Insgesamt ist die Lebensversicherung – neben der Krankenversicherung – die wohl am stärksten von Pandemien bedrohte Versicherungssparte.

Biometrische Risiken

Zweifelsohne ist davon auszugehen, dass die erhöhte Sterblichkeit in der Gesamtbevölkerung auch zu einem Anstieg fälliger Todesfall-Leistungen führen wird. Allerdings bleibt abzuwarten, welche Bevölkerungsgruppen dann am stärksten von der Pandemie betroffen sind. Mit Ausnahme der Spanischen Grippe zeigen die Erfahrungen mit Influenzapandemien, dass hauptsächlich Kinder und Alte

erkranken, die meisten Todesopfer aber bei den älteren Bevölkerungsgruppen zu beklagen sind. Die pandemiebedingte Sterblichkeit in der Hauptkundengruppe der Lebensversicherer, den Personen zwischen 30 und 60 Jahren, fällt deutlich geringer aus. Sollte dies auch im Falle einer H5N1-Pandemie so kommen, so könnte dies die Konsequenzen für die Lebensversicherer deutlich abschwächen.

Bedauerlicherweise geben die Bestandsstatistiken des GDV keine Information über die Verteilung der bestehenden Lebensversicherungen in den einzelnen Altersgruppen. Zur altersabhängigen Berechnung zu erwartender Versicherungsleistungen sind wir somit auf Erhebungen des Statistischen Bundesamtes angewiesen. Im Rahmen des Mikrozensus 2001 wurde der Verbreitungsgrad der Lebensversicherung, unterteilt nach Versicherungssumme und Alter der Versicherten, in der Gesamtbevölkerung ermittelt. Gefragt wurde speziell nach bestehenden Lebens- oder Rentenversicherungen. Eine nähere Unterscheidung nach Tarifarten fand nicht statt, so dass auch diese Daten lediglich als grobe Abschätzung der benötigten Verteilung bewertet werden können.

Erwartungsgemäß ist die Verbreitung der Lebensversicherung bei den besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen, also den über 65-Jährigen, deutlich niedriger als in der Gruppe der 20- bis 59-Jährigen (vgl. Abbildung 1). Lediglich 16% der über 64-Jährigen geben an, eine Lebens- oder Rentenversicherung zu besitzen, während dies für jeweils über 40% der 30- bis 59-Jährigen zutrifft.

Aufgeführt werden insgesamt 21,8 Mio. Versicherte mit einer durchschnittlichen Versicherungssumme von rund 40.000 Euro. Die GDV-Statistiken weisen für das Jahr 2001 zwar 59,3 Mio. Versicherte in den Bereichen kapitalbildende und Rentenversicherungen aus, jedoch mit nur etwa 20.000 Euro Versicherungssumme im Durchschnitt.

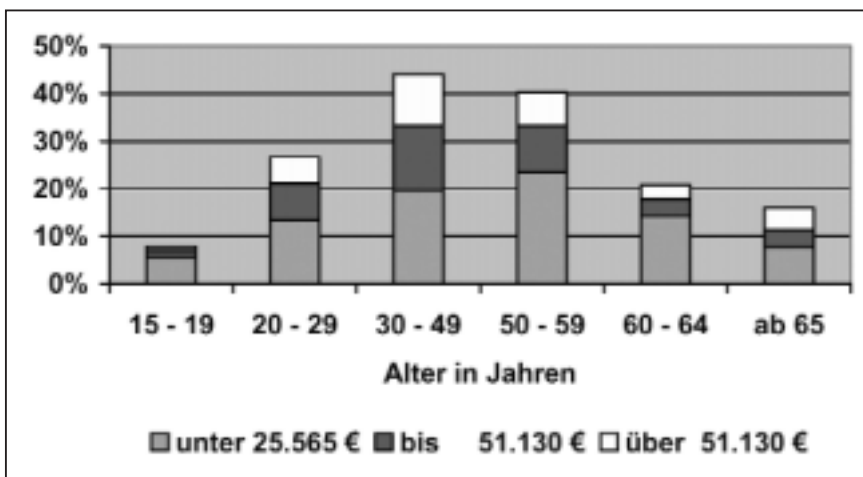


Abbildung 1: Verbreitung von Kapital- und Rentenversicherung in der Gesamtbevölkerung

Auf Basis der vorliegenden Verteilung von Altersgruppen und Versicherungssummen ergeben sich für die drei bereits erwähnten Szenarien des iii bzw. des schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit Gesamtleistungen aus Kapital- und Rentenversicherungen zwischen 3,1 Mrd. Euro und 8,6 Mrd. Euro (vgl. Tabelle 3).

Szenario	Leistungsfälle	Gesamtleistung	
		in Mrd. Euro	in % der ausgezahlten Leistungen 2004
(iii) moderat	75.164	3,1	4,9%
Schweiz	118.714	4,7	7,4%
(iii) schwer	207.040	8,6	13,4%

Tabelle 3: Zu erwartende Leistungsfälle infolge einer Influenza-Pandemie (je Szenario)

Den jeweils genannten Gesamtleistungen stehen allerdings noch die freiwerdenden Deckungsrückstellungen der betroffenen Verträge gegenüber, so dass sich die zu erbringenden Leistungen nur zum Teil negativ auf das jeweilige Jahresergebnis auswirken. Ebenso bleiben bei dieser Betrachtung die freiwerdenden Deckungskapitale infolge vorzeitig bedenkter laufender Renten außer acht.

Unberücksichtigt bleiben bei dieser Betrachtung auch die zusätzlichen Leistungen aus Risikoversicherungen. Diese können in einem mittleren Szenario noch einmal rund 2,1 Mrd. Euro betragen und sind zu den Gesamtleistungen hinzuzurechnen.

Kapitalanlagerisiken

Die bereits erwähnten Auswirkungen der Pandemie auf den Kapitalmarkt führen kurzfristig zu Kapitalanlageverlusten bei den Lebensversicherern. Gleichzeitig kommt es zu erhöhtem Liquiditätsbedarf infolge steigender Versicherungsleistungen. Dieses Miss-Matching belastet die Bilanzen der Lebensversicherer zusätzlich.

Operationale Risiken

Je nach Intensität der Pandemie wird es zu einem hohen Krankenstand und dem temporären Ausfall von Schlüsselpersonen kommen. Auch das Neugeschäft dürfte deutlich unter den Auswirkungen der Pandemie leiden, wenn nicht gar für gewisse Zeit zusammenbrechen.

Absicherung des Pandemie-risikos für den Erstversicherer

Die deutschen Lebensversicherungsbestände werden traditionell auf proportionaler Basis rückversichert. Je nach Ausgestaltung der Rückversicherung zediert der Erstversicherer eine Quote, also einen festen Prozentsatz seines Risikos, an den Rückversicherer (Quoten-Rückversicherung), oder er überträgt denjenigen Teil des Risikos, der seinen festgelegten Selbstbehalt übersteigt komplett an den Rückversicherer (Summenexzedent). Beide Rückversicherungsarten wirken sich unterschiedlich auf die Risikostruktur des Selbsthalts aus. Während der Summenexzedent

dazu beiträgt, den Bestand des Erstversicherers zu homogenisieren und die Spitzenrisiken eliminiert, verringert die Quotenrückversicherung die Gesamttrisikoexposition des Erstversicherers.

Mit einer Kombination beider Rückversicherungsarten gelingt es dem Erstversicherer, alle drei Vorteile für sich zu nutzen. Das Risiko einer erhöhten Frequenz von Leistungsfällen infolge einer Pandemie bekommt der Erstversicherer hiermit jedoch nicht in den Griff.

Die aus der Nichtlebens-Rückversicherung bereits bekannte Stop-Loss-Rückversicherung hingegen kann das Jahresergebnis des Erstversicherers im Falle einer Pandemie umfangreich absichern. Eine solche nicht-proportionale Rückversicherung greift nämlich genau dann, wenn alle erbrachten Versicherungsleistungen einer Abrechnungsperiode (Geschäftsjahr) den vereinbarten Selbstbehalt des Erstversicherers (Priorität) übersteigen.

Denkbar ist zum Beispiel eine Priorität von 120% der im Geschäftsjahr gebuchten Risikobeiträge. Übersteigen die erbrachten Leistungen (Risikosummen) diese Grenze, so trägt der Rückversicherer alle weiteren Versicherungsleistungen des Geschäftsjahres bis zu einer ebenso vereinbarten Obergrenze (Limit). Der Erstversicherer kann somit die Summe seiner zu erbringenden Versicherungsleistungen deutlich verringern und damit die Auswirkungen einer Pandemie auf das Versicherungsunternehmen begrenzen.

„Nicht optimal“

„Aus unserer Beobachtung weist kaum ein D&O-Schadensfall eine Schadensabwicklung von unter sechs Monaten auf. Die Dauer der Schadensabwicklung ist durch die Komplexität der versichererseitig zu treffenden Beurteilungen zwar erklärbar, kann dessen ungeachtet aus Kundensicht dennoch nicht als optimal empfunden werden.“

(Dr. Anja Funk-Münchmeyer, Funk-Gruppe)

Gregor van der Sandt, Düsseldorf*

Stochastische Risikomodellierung in der Kompositversicherung

Modelle werden in der Versicherungswirtschaft wie auch anderswo angewendet, um komplexe Sachverhalte darzustellen und Handlungsalternativen quantitativ zu bewerten. In der Assekuranz spielt die Abbildung des Zufallsrisikos als Ausprägung des versicherungstechnischen Risikos eine entscheidende Rolle. In der Kompositversicherung betrifft dies Schadenparameter wie Höhe oder Anzahl der eintretenden Schäden; Beiträge oder Kosten werden häufig als fixe Größen, die nicht dem Zufall unterworfen sind, angesetzt. Die Abbildung des Zufallsrisikos geschieht im Rahmen stochastischer Modelle. Nachfolgend werden die in der Praxis erprobte Konstruktion und Verwendung stochastischer Modelle sowie einige aktuelle Anwendungsfelder beschrieben.

Neben der vollständigen Modellierung einer Zufallsgröße in Form einer Verteilungsfunktion oder ihrer Dichte werden zu ihrer Beschreibung oft Kennzahlen herangezogen, die im Übrigen aus der Verteilungsfunktion oder ihrer Dichte berechnet werden können. Zu diesen Kennzahlen gehören der Erwartungswert und die Varianz. Die Varianz ist ein Maß für die Schwankung einer Zufallsgröße

* Gregor van der Sandt ist Diplom-Mathematiker und Mitarbeiter der Deutschen Rückversicherung AG. Er hat bei der Entwicklung des internen versicherungstechnischen Risikomodells (Komposit) der Deutschen Rück mitgewirkt.

Abbildung einer zufälligen Größe

Die Abbildung einer zufälligen Größe geschieht im Allgemeinen durch Angabe ihrer Verteilungsfunktion oder deren Dichte.

Die *Verteilungsfunktion* benennt Wahrscheinlichkeiten für die möglichen Werte der Zufallsgröße. Horizontal sind diese aufgetragen und vertikal Wahrscheinlichkeiten, also Werte zwischen 0% und 100%. Im folgenden Beispiel (Abbildung 1a) beträgt der Wert an der Stelle 200.000 Euro exakt 88%. Dies bedeutet, dass die modellierte Zufallsgröße in 88% aller Fälle nicht den Wert 200.000 Euro überschreitet. Umgekehrt wird der Wert 200.000 Euro in 12% aller Fälle überschritten.

Die *Dichte* einer Verteilungsfunktion liefert ebenfalls eine vollständige Beschreibung einer zufälligen Größe; es handelt sich hierbei nur um eine andere Darstellung. Die Werte der Zufallsgröße sind wiederum horizontal aufgetragen. Im fortgesetzten Beispiel (Abbildung 1b) beträgt der Inhalt der Fläche unterhalb des Graphen bis zur Vertikalen, die durch den Wert 200.000 Euro geht, 88%. Die Bedeutung ist wie vorgenannt; die Wahrscheinlichkeiten werden lediglich als Flächenmaßzahlen dargestellt.

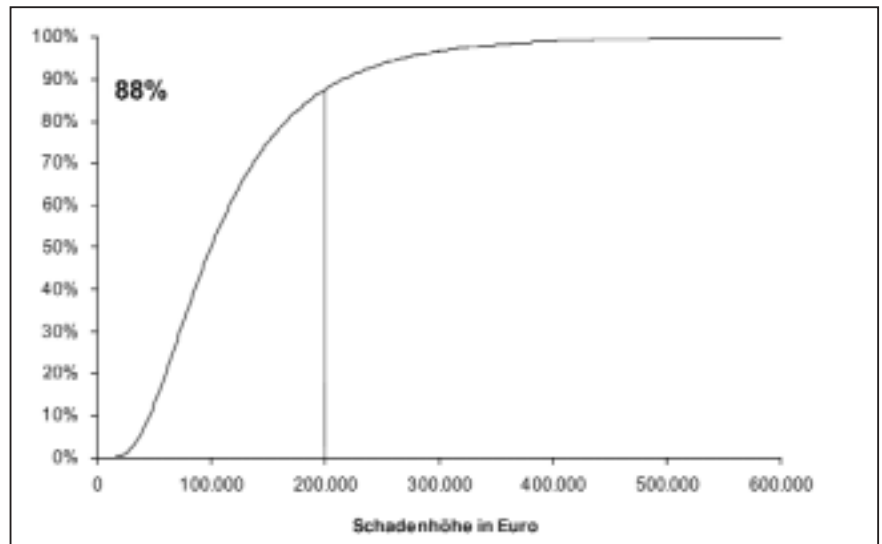


Abbildung 1a

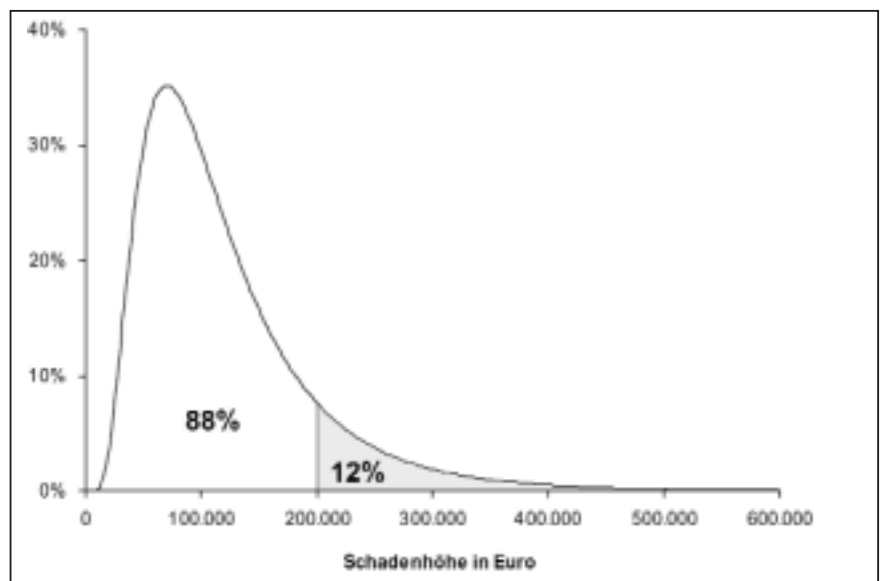


Abbildung 1b

um den im Mittel zu erwartenden Wert, ihren Erwartungswert. Je größer die Schwankung ist, umso größer ist auch die Varianz. Das Gleiche gilt für die Quadratwurzel der Varianz, die *Standardabweichung*, welche häufig an Stelle der Varianz verwendet wird, weil die Standardabweichung die selbe Dimension (z.B. absoluter Euro-Wert oder Prozentpunkte Schadenquote) wie der Erwartungswert aufweist.

Im praktischen Ablauf steht vor der eigentlichen Modellbildung in Form der Verteilungsanpassung die vielfach zeitintensive Aufbereitung der benötigten Daten, die gleichsam das Fundament für stichhaltige Modellaussagen bilden. Nach Abschluss der Modellbildung ist außerdem zur Sicherstellung stimmiger Resultate eine ausführliche Kontrolle und Plausibilisierung der getroffenen Annahmen erforderlich. In diesen Kontext fallen die so genannten *Sensitivitätsanalysen*, die quantifizieren, welchen Einfluss geänderte Annahmen auf das Ergebnis hätten. Erscheinen die Modellergebnisse plausibel, so ist die Modellbildung abgeschlossen, ansonsten wird der Analyseprozess mit geänderten Annahmen wiederholt.

Die Verteilungsanpassung besteht aus der Auswahl und Kalibrierung der Verteilungsfunktionen. In die Auswahl der Verteilungsfunktionen fließen Vorstellungen über den Zusammenhang ein, die der Natur der modellierten Größen entsprechen, etwa aus der Geophysik oder dem Ingenieurwesen. Softwaretools zur Verteilungsanpassung können bei ausreichender Datenbasis erste Anhaltspunkte dafür liefern, welche Verteilungstypen generell geeignet sind. Die verwendeten Funktionen müssen jedoch stets anhand ihrer Konsequenzen auf Eignung für die jeweilige Aufgabenstellung überprüft werden.

Nach der Auswahl geeigneter Verteilungsfunktionen müssen diese kalibriert werden, das heißt, es müssen geeignete Parameter geschätzt wer-

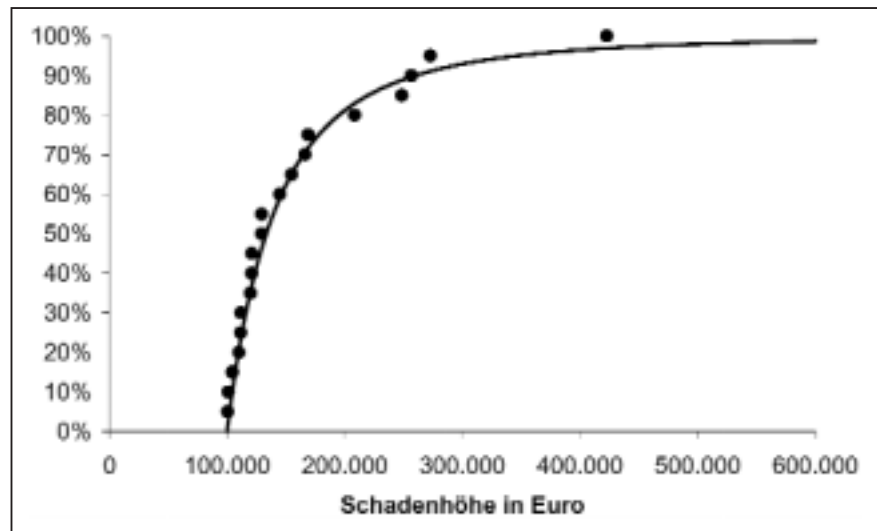


Abbildung 2

den. Hierfür stehen verschiedene statistische Methoden zur Auswahl, eine davon ist die so genannte *Maximum-Likelihood-Methode*: Es werden diejenigen Parameter ausgewählt, unter denen die tatsächlich eingetretene Beobachtung am wahrscheinlichsten reproduziert würde. Damit wird ein Grundgedanke der Plausibilisierung implementiert, nämlich der Abgleich des Modells mit der Empirie.

Die Wahl der Verteilungsfunktionen sollte im Übrigen nicht von dem Gedanken geleitet werden, möglichst viele freie Parameter zur Kalibrierung zu haben, denn mit der Anzahl der Parameter steigt zwar unter Umständen die Güte der Kalibrierung, aber nicht unbedingt die Eignung der Verteilungsfunktion zur Abbildung der Zufallsgröße.

Zur Illustration einer Verteilungsanpassung starten wir mit 20 Schäden ab einer Größe von 100.000 Euro. In diesem Beispiel wird eine spezielle *Schadenhöhenverteilung*, die Pareto-Verteilung, gewählt und mit Hilfe der beschriebenen Maximum-Likelihood-Methode kalibriert. Ferner ordnen wir diesen Schäden beginnend mit dem kleinsten Schaden der Größe nach so genannte empirische Wahrscheinlichkeiten von 5%, 10%, 15%, ..., 100% zu. In Abbildung 2 sind die Punkte der auf diese Weise konstruierten empirischen Verteilungs-

funktion sowie der Graph der an die Schäden angepassten Pareto-Verteilung dargestellt. Somit ergibt sich ein unmittelbarer Vergleich der theoretischen und der empirischen Wahrscheinlichkeiten. Deren Abweichung kann durchaus richtig sein, wenn seltene Ereignisse empirisch bisher nicht beobachtet wurden, obwohl diese eine positive Eintrittswahrscheinlichkeit haben.

Während die Pareto-Verteilung eine von verschiedenen möglichen Verteilungstypen zur Modellierung von Schadenhöhen ist, stellt die Poisson-Verteilung eine mögliche *Schadenanzahlverteilung* dar. Der dieser Anzahlverteilung zugrunde liegende Prozess ist vergesslich in dem Sinne, dass eine in kurzer zeitlicher Folge eingetretene Ereignis-Serie nicht die Wahrscheinlichkeit beeinflusst, dass ein weiteres Ereignis in Bälde eintritt.¹

Die Modellierung von Schadenhöhe und Schadenanzahl liefert unter den Voraussetzungen des so genannten kollektiven Modells² einen direkten

¹ Sollte diese Vergesslichkeit eine zu starke Restriktion sein, wird man eine andere Schadenanzahlverteilung wählen, zum Beispiel die Negativ-Binomial-Verteilung.

² Zu Definition und Anwendung des kollektiven Modells sowie zur Abgrenzung vom so genannten individuellen Modell siehe Thomas Mack, Schadenversicherungsmathematik, Verlag Versicherungswirtschaft, 2. Auflage 2002.

Rückschluss auf die Verteilung der Schadensumme des betrachteten Portefeuilles. Im kollektiven Modell wird unterstellt, dass die Anzahl und Höhe der eintretenden Schäden voneinander unabhängig sind, die Schadenhöhen aber, wiewohl sie sich untereinander nicht beeinflussen, der gleichen Verteilung genügen. Unter diesen Voraussetzungen ist der Erwartungswert der Schadensumme eines Jahres gleich dem Produkt aus dem Erwartungswert der Schadenhöhen und dem Erwartungswert der Schadenanzahl.

Abbildung mehrerer zufälliger Größen

Analog zur Modellierung einer einzelnen Zufallsgröße wird das Zusammenwirken zweier Zufallsgrößen durch eine zweidimensionale Verteilungsfunktion beschrieben. An dieser kann abgelesen werden, mit welcher Wahrscheinlichkeit die eine zufällige Größe bestimmte Werte und zugleich die andere zufällige Größe bestimmte Werte annimmt. Wirken mehr als zwei Zufallsgrößen zusammen, werden sie entsprechend durch mehrdimensionale Verteilungsfunktionen gemeinsam beschrieben.

Als Bindeglied zwischen den eindimensionalen Verteilungsfunktionen der einzelnen Zufallsgrößen und der zwei- oder auch mehrdimensionalen Verteilungsfunktion aller Größen fungiert die so genannte *Copula*. Die Copula-Funktion gibt Aufschluss darüber, mit welcher Wahrscheinlichkeit Ereignisse für die einzelnen Zufallsgrößen gleichzeitig auftreten, wenn die Verteilungsfunktionen der einzelnen zufälligen Größen vorliegen. Gegenüber einer direkten Anpassung mehrdimensionaler Verteilungsfunktionen hat die Verwendung von Copulas den Vorteil, dass die häufig bereits erzeugten Verteilungsfunktionen der einzelnen Zufallsgrößen verwendet werden können und nur noch die Modellierung der wechselseitigen Abhängigkeiten erfolgen muss, um zu den gewünschten übergreifenden Wahrscheinlichkeitsaussagen zu kommen.³

Im folgenden Beispiel (Abbildung 3a) sind empirische Schadenereignisse, die zwei Portefeuilles gleichzeitig betreffen, gegeneinander aufgetragen, jeweils transformiert auf einen Wert zwischen 0 und 1. Dabei entspricht etwa ein Punkt mit den Koordinaten 0,6 und 0,8 einer Schadenhöhe für das erste Portefeuille, die mit einer Wahrscheinlichkeit von 60% nicht überschritten wird und zugleich einer Schadenhöhe für das zweite Portefeuille, die mit einer Wahrscheinlichkeit von 80% nicht überschritten wird. Bei Wahl einer *t*-Copula und entsprechender Kalibrierung ergibt sich das nebenstehende Bild einer Simulation (Abbildung 3b).

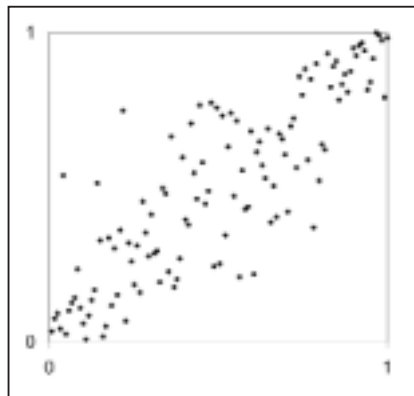


Abbildung 3a

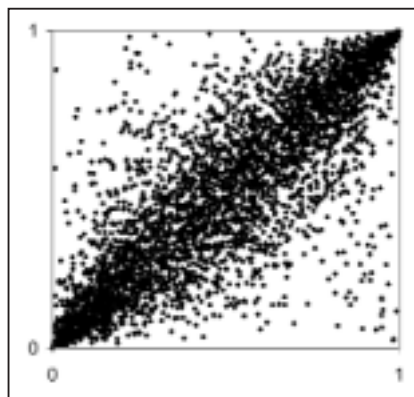


Abbildung 3b

Bemerkenswert sind die lokalen Häufungen von Punkten, beispielsweise in der oberen rechten Ecke der Diagrammfläche. Diese Häufung weist auf eine erhöhte Wahrscheinlichkeit dafür hin, dass ein Schaden für Portefeuille 2 besonders groß ist, wenn dieser bereits für Portefeuille 1 be-

sonders groß ist. Als Grenzaussage lautet diese Eigenschaft *tail dependence*, welche je nach Copula mehr oder weniger stark ausgeprägt ist. Auch im mehrdimensionalen Fall ist also eine Entscheidungsfindung anhand mathematischer Eigenschaften möglich.

Berechnungsalternativen

Die Bildung eines stochastischen Modells ist mit der Wahl und Kalibrierung der Verteilungsfunktionen für die zufälligen Größen sowie Fixierung der kausalen Zusammenhänge abgeschlossen. Im einfachsten Fall lassen sich die interessierenden Größen als geschlossene Ausdrücke darstellen, die direkt ausgewertet werden können.⁴ Beispielsweise kann in der Situation des oben erwähnten kollektiven Modells wie beschrieben die Schadenerwartung einer Versicherungssparte direkt berechnet werden.

In anderen Fällen finden sich zwar noch geschlossene Ausdrücke, deren Auswertung aber nicht mehr direkt möglich ist. So gibt es beispielsweise für die Verteilungsfunktion der Schadensumme im kollektiven Modell einen Formelausdruck, der eine Summe unendlich vieler Summanden umfasst. In solchen Fällen lassen sich die gewünschten Modellergebnisse häufig unter Anwendung von Näherungsverfahren ermitteln.⁵ Zu diesen gehört das Panjer-Verfahren, welches unter gewissen Bedingungen die erwähnte Verteilungsfunktion der Schadensumme erzeugt.⁶

3 Zur Abbildung von Abhängigkeiten zwischen Zufallsgrößen siehe unter anderem M. Denuit, J. Dhaene, M. Goovaerts, R. Kaas, *Actuarial Theory for Dependent Risks. Measures, Orders and Models*, John Wiley & Sons, 2005.

4 Hierbei handelt es sich um so genannte analytische Lösungen.

5 Nach dem hierfür in Anwendung kommenden Teilgebiet der Mathematik, der Numerik, werden solche Ansätze als numerische Lösungen bezeichnet.

6 Eine Beschreibung des Panjer-Verfahrens findet sich beispielsweise bei Stuart A. Klugman, Harry H. Panjer, Gordon E. Willmot, *Loss Models. From Data to Decision*, John Wiley & Sons, 1998 und bei Thomas Mack, *Schadenversicherungsmathematik*, Verlag Versicherungswirtschaft, 2. Auflage 2002.

Wenn das Modell eine gewisse Komplexität übersteigt, sind entweder keine einfachen Ergebnisformeln mehr verfügbar oder der mit deren Auswertung verbundene Rechenaufwand ist zu hoch. In diesen Fällen müssen für die Berechnung der gesuchten Größen Simulationen der Zufallsgrößen, so genannte *Monte-Carlo-Simulationen*, herangezogen werden. Der Schlüssel zu ihrer Eignung besteht darin, dass Zufallsexperimente, die wiederholt mit ausreichender Häufigkeit ausgeführt werden, Aufschluss über die Wahrscheinlichkeiten des Eintretens der verschiedenen möglichen Ergebnisse geben.

Die Funktionsweise von Monte-Carlo-Simulationen soll an einem Gedankenexperiment vorgeführt werden, mittels dessen die Größe einer Kreisfläche mit Radius 1 ermittelt werden kann: Zufällig werden Punkte innerhalb des Quadrates, das diesen Kreis umschreibt, ausgewählt. Für jeden Punkt wird ermittelt, ob er innerhalb oder außerhalb der Kreisfläche liegt. Das Verhältnis der Anzahl von Punkten innerhalb der Kreisfläche zur Gesamtanzahl ist eine Näherung für das Verhältnis der Flächenmaßzahlen von Kreis- und Quadratfläche. Da letztere bekannt ist, kann man so die Größe der Kreisfläche über einen Dreisatz näherungsweise bestimmen.⁷

Nach 100 Simulationsläufen ergibt sich das Bild gemäß Abbildung 4a: Von den 100 zufällig gesetzten Punk-

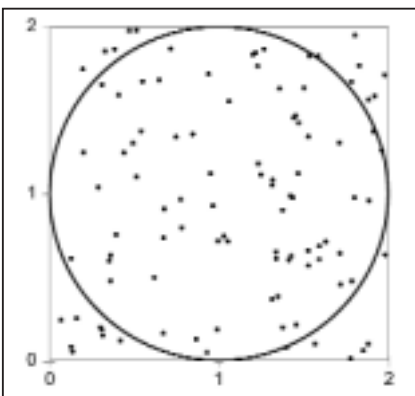


Abbildung 4a

ten liegen 74 innerhalb der Kreisfläche; damit erhält man für diese einen Näherungswert von $74 : 100 \times 4 = 2,96$. Dies entspricht einer Abweichung von circa 5,8% zum echten Wert $\pi = 3,14159\dots$

Nach 1.000 Simulationsläufen ergibt sich das Bild gemäß Abbildung 4b: Von den 1.000 zufällig gesetzten Punkten liegen 783 innerhalb der Kreisfläche; der Näherungswert beträgt jetzt $783 : 1.000 \times 4 = 3,132$. Dies entspricht einer Abweichung von circa 0,3% zum echten Wert $\pi = 3,14159\dots$

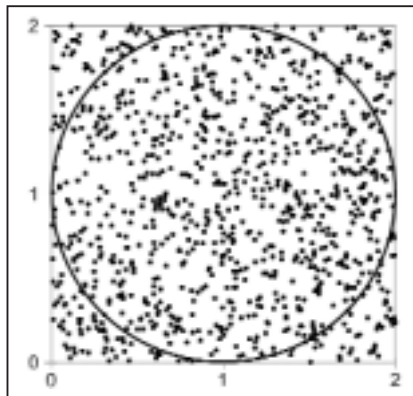


Abbildung 4b

Das Gedankenexperiment zeigt, dass für das Erreichen genauer Werte eine Vielzahl von Simulationsläufen erforderlich ist. Dies gilt umso mehr, je unwahrscheinlicher die zu untersuchenden Ereignisse sind, wenn also beispielsweise für ein Versicherungsunternehmen die Frage nach der Wahrscheinlichkeit Existenz bedrohender Schäden gestellt wird. Dies erklärt die zunehmende Nutzung von Simulationsmodellen parallel zur Weiterentwicklung der Computertechnik. Allein die Vielzahl von Simulationsläufen garantiert jedoch nicht die Stimmigkeit des Modells, sondern ist vielmehr notwendig, um Fehler in der Berechnung gering zu halten.

Aktuelle Anwendungsfelder stochastischer Risikomodellierung

Zu den klassischen Anwendungsfeldern stochastischer Modelle wie der Tarifkalkulation oder der Bewertung

von Schadenrückstellungen kommen in jüngerer Zeit stochastische versicherungstechnische Portfeuilleanalysen bis hin zu stochastischen Abbildungen der gesamten (ökonomischen) Erfolgsrechnung eines Versicherungsunternehmens hinzu.

Für die Modellierung ganzer (Rück-) Versicherungsportfolios ist wie oben beschrieben eine Analyse der wechselseitigen Abhängigkeiten der übernommenen Risiken erforderlich, um Ausgleichseffekte (Diversifikationseffekte) im Portfeuille erkennen zu können. Stochastische Abbildungen der gesamten (ökonomischen) Erfolgsrechnung schließlich sind derart komplex, dass Simulationen faktisch unerlässlich sind. Dies gilt insbesondere dann, wenn Kapitalanlage Risiken in das Modell einfließen, für die typischerweise andere Prozesse und Betrachtungszeiträume als für die aufgeführte Modellierung von Schadenvariablen relevant sind.

Die Ergebnisse umfassender stochastischer Portfeuille- oder Unternehmensmodellierungen lassen sich bei konkret definierten Zielvorgaben zur risikotheorietischen Bewertung optionaler Unternehmensstrategien heranziehen.

Das Risiko eines Unternehmens im Ganzen oder auch der Engagements in einzelnen Kapitalanlageinstrumenten oder Versicherungssparten kann punktuell durch verschiedene *Risikomaße* beschrieben werden, die sich aus den ermittelten Verteilungsfunktionen berechnen lassen. Hierzu zählen unter anderem die erwähnten Maße Standardabweichung und Varianz sowie der Value at Risk und der Expected Shortfall.

Ist etwa die zu untersuchende Risikoposition die Schadensumme eines Jahres, so beschreibt der *Value at Risk* den jährlichen Schadenbetrag, der mit einer vorgegebenen Wahr-

⁷ Die Seitenlänge dieses Quadrats entspricht dem Durchmesser des Kreises. Dieser beträgt im Beispiel 2. Damit lautet die Flächenmaßzahl des Quadrats $2 \times 2 = 4$.

scheinlichkeit nicht überschritten wird. Somit gibt es also nicht nur einen Value at Risk, sondern vielmehr zu jeder Wahrscheinlichkeit einen zugehörigen Value at Risk. Der mathematische Ausdruck hierfür lautet Quantil.

Während der Value at Risk der Jahres Schadenssumme demjenigen Wert entspricht, der mit der vorgegebenen Wahrscheinlichkeit nicht überschritten wird, entspricht der *Expected Shortfall* anschaulich der mittleren Schadenssumme solcher Jahre, deren Schadenssumme größer als der Value at Risk ist.⁸ Analoge Definitionen finden sich für Ergebnisverteilungen, die letztlich eine Saldogröße darstellen aus zufälligen Schäden sowie Prämien und Betriebsaufwendungen und – bei Betrachtung der Ergebnisverteilung des gesamten Unternehmens – auch aus den sonstigen (gegebenenfalls zufallsabhängigen) nichttechnischen Erfolgen.

Die modellierte Ergebnisverteilung erlaubt es, das Unternehmensrisiko insgesamt oder das Ergebnisschwankungsrisiko eines bestimmten (Rück-) Versicherungspartefeuilles bei einem gegebenen Sicherheitsniveau zu quantifizieren, indem ein *Risikokapital* definiert wird, das vorhanden sein muss, um negative Ergebnisausreißer zu kompensieren. Mit Hilfe von Risikomaßen lässt sich ein solches Risikokapital definieren. Wenn beispielsweise das Risikokapital als 0,4-prozentiger Value at Risk der Ergebnisverteilung des gesamten Unternehmensergebnisses definiert wird, hat ein Unternehmen, dessen ökonomisches Eigenkapital größer als dieses Risikokapital ist, eine Ruinwahrscheinlichkeit von weniger als 0,4% (was einer statistischen Jährlichkeit von weniger als einmal in 250 Jahren entspricht).

In der Praxis der Banken und im Kapitalanlagensektor ist derzeit der Value at Risk dasjenige Risikomaß, das regelmäßig zur Anwendung kommt. Im Bereich der Assekuranz wird zusätzlich auch der Expected Shortfall verwendet.⁹

Die Bestimmung eines Risikokapitals erlaubt es, dieses Risikokapital als Vergleichsmaßstab für den Erfolgsbeitrag eines (Teil-)Portefeuilles, eines Geschäftsfeldes oder des gesamten Unternehmens heranzuziehen. Dies geschieht dadurch, dass Erfolge (z.B. versicherungstechnische Ergebnisse) und Risikokapital als *RORAC* (Return On Risk Adjusted Capital) zueinander ins Verhältnis gesetzt werden. Während die zu erwartenden Erfolge einzelner Segmente für sich genommen bestimmt werden können, bedarf die Aufteilung des gesamten Risikokapitals auf die einzelnen Segmente (z.B. Versicherungssparten) weiterer Überlegungen, da die verschiedenen Risiken eines Unternehmens nicht vollständig unabhängig voneinander sind.

Lautet beispielsweise die Zielvorgabe des Unternehmens, den RORAC zu maximieren, dann müssen diejenigen Segmente ausgebaut werden, die den unternehmensweiten RORAC maximal vergrößern. Um diese Maximierungsaufgabe durchführen zu können, muss eine adäquate Aufteilung des gesamten Risikokapitals auf diese Segmente vorgenommen werden (*[Risiko-]Kapitalallokation*). In diesem Fall bietet sich als eine Methode die Kapitalallokation unter Anwendung partieller Ableitungen an. Hiernach müssten diejenigen Segmente ausgebaut werden, deren RORAC nach erfolgter Kapitalallokation größer als der Gesamt-RORAC ist. Diese Methode ist für homogene Risikomaße¹⁰ unter dem Namen Eulerverfahren¹¹ bekannt.

Unter Anwendung der beschriebenen Kapitalallokation können Segmente in ihrem Ergebnisbeitrag auch unter Risikoaspekten beschrieben und damit bewertet werden und darüber hinaus die gewonnenen Erkenntnisse zur Bestimmung risikoadäquater Preise herangezogen werden.

Von der Theorie zur Praxis

Die Risikomodellierung in der Kompositversicherung versucht, die sta-

tistischen Gesetzmäßigkeiten zufallsbedingter Schadensschwankungen (bzw. zufallsbedingter Ergebnisschwankungen) in einem Modell zu erfassen und damit transparent zu machen. Darauf aufbauend können die generierten Modellerkenntnisse nicht nur zu Tarifierungszwecken und zur Quantifizierung des Portefeuille-risikos herangezogen werden, sondern auch zur wertorientierten Unternehmenssteuerung durch Optimierung der risikoadjustierten Rendite.

Die Umsetzung eines theoretischen Modellkonzepts in die Unternehmenspraxis ist meistens mit einer Vielzahl praktischer Schwierigkeiten, insbesondere bei der Beschaffung adäquater Input-Daten, verbunden. Gleichgültig, welcher Verwendungszweck im Vordergrund der Modellierung steht, ist deshalb immer ein kritisches Hinterfragen der Ergebnisse angezeigt, um Fehlschlüsse zu vermeiden. Folgende Faktoren beeinflussen unter anderem die Qualität der Modellergebnisse:

- Die Verfügbarkeit von (Schaden-) Daten und die Qualität dieser Vergangenheitsdaten beeinflussen die ermittelten Schadenverteilungen und damit die Modellergebnisse unter Umständen erheblich.
- Mögliche Portefeuille-Veränderungen im Zeitablauf, die sich schaden-seitig noch nicht niedergeschlagen

⁸ Die Definitionen und Begrifflichkeiten sind in der Literatur nicht einheitlich. Zum Teil wird für den Expected Shortfall der Erwartungswert in Abzug gebracht; ferner finden sich mit gleicher oder ähnlicher Definition Tail Value at Risk und Conditional Tail Expectation.

⁹ Der Expected Shortfall kann so definiert werden, dass er stets subadditiv ist. Die Subadditivität bedeutet in der Anschauung als Risikokapital, dass das für ein Portefeuille erforderliche Risikokapital nicht größer ist als die Summe der für die einzelnen Portefeuilleteile erforderlichen Risikokapitalbeträge. Diese Eigenschaft erfüllt der Value at Risk nicht immer.

¹⁰ Die Homogenität als eine häufig geforderte Eigenschaft von Risikomaßen ist beispielsweise für Expected Shortfall und Value at Risk gegeben.

¹¹ Zur ökonomischen Rechtfertigung des Eulerverfahrens siehe zum Beispiel Alexander J. McNeil, Rüdiger Frey, Paul Embrechts, Quantitative Risk Management. Concepts, Techniques, Tools, Princeton University Press, 2005.

haben (z.B. in der Haftpflichtversicherung), werden folglich in den Schadenverteilungen nicht abgebildet.

- Das Anpassen von Verteilungsfunktionen ist ein kreativer Prozess, der ebenso viel theoretisches Wissen wie praktische Modellierungserfahrung erfordert.¹² Dieser Prozess ist keineswegs willkürlich.

– Modelle als vereinfachte Abbilder der Realität werden niemals alle relevanten Umweltgrößen (sinnvoll) berücksichtigen können, insbesondere nicht diejenigen, die sich einer quantitativen Umschreibung entziehen.

Nur ein kritisches Hinterfragen der Modellergebnisse kann davor schützen, aufgrund vermeintlich einfacher

Steuerungssignale Fehlentscheidungen zu treffen. Denn das gesamte Risiko eines (Rück-) Versicherungsunternehmens ist vielschichtiger, als die singuläre Größe des Risikokapitals trivialisierend suggerieren mag.

¹²Vgl. Stuart A. Klugman, Harry H. Panjer, Gordon E. Willmot, *Loss Models. From Data to Decisions*, John Wiley & Sons, 1998.

Dr. Eberhard Fährlich*

Automatisierte Entscheidungen in der Schadenbearbeitung

Deutliche Verbesserung von Produktivität und Qualität der Schadenbearbeitung gefordert

Versicherungsunternehmen stehen in praktisch allen entwickelten Versicherungsmärkten vor der Herausforderung, die Qualität ihrer Dienstleistungen deutlich zu verbessern und zugleich die Kosten spürbar zu senken. Dies gilt naturgemäß auch für die Schadenbearbeitung. Der nahe liegende Einwand der unmittelbar Verantwortlichen, dies sei eine unlösbare Aufgabe, wird mit dem Hinweis auf andere Branchen, zum Beispiel die Automobilindustrie, beantwortet, die in den vergangenen Jahren eine beeindruckende Verbesserung ihrer Produktivität erreichen konnten.

Wir wollen hier keinen weiteren theoretischen Beitrag zu der unter dem Stichwort „Industrialisierung“ geführten Diskussion über Möglichkeiten und Grenzen der Übertragung industrieller Produktionsverfahren auf die Erbringung hoch qualifizierter Dienstleistungen leisten. Unsere Erfahrungen in verschiedenen Ländern mit Entwicklung und Einsatz automatischer Entscheidungssysteme in der Schadenbearbeitung, Gespräche mit Schadenleitern und Schadenexperten sowie unsere Einschätzung der weiteren Entwicklung führen uns zu der Überzeugung, dass das bei vielen Unternehmen im Grundsatz noch geltende Organisationsprinzip „Jeder Sachbearbeiter kann alle Schäden bearbeiten“ in Zukunft so nicht weiter fortgeführt werden kann.

Die Gründe hierfür sind neben den hohen Kosten der traditionellen Bearbeitung insbesondere die gestiegenen Anforderungen an Qualität und Transparenz der Schadenregulierung. Eine konsequente Abkehr von dem bisherigen Organisationsprinzip ist aber schwierig zu realisieren, da dafür Entscheidungen, die im Laufe der Schadenbearbeitung zu treffen sind, standardisiert und automatisiert werden müssen. Beispiele für solche Entscheidungen sind die frühzeitige Klassifikation von Schadenmeldungen (wie etwa das zuverlässige Erkennen von „Schnell-“ und/oder „Komplexschäden“), die Steuerung

von Schadenmeldungen zu Sachbearbeitern mit unterschiedlicher Erfahrung und/oder Qualifikation je nach Komplexität des Schadens bis hin zu einer vom individuellen Schadenfall abhängigen Festlegung der nächsten Bearbeitungsschritte.

Entscheidend für die zukünftige Gestaltung der Schadenbearbeitung ist die Tatsache, dass sie durch den Einsatz moderner Software automatisiert werden kann. Mit ISP Triage verfügen wir über ein praktisch einsetzbares Software-Werkzeug und vor allem die Erfahrung, die es erlaubt, diese Aufgaben schnell und kosten-

günstig zu lösen. Damit eröffnen sich vielfältige Möglichkeiten, der Forderung nach einer deutlichen Verbesserung von Qualität und Produktivität in der Schadenbearbeitung nachzukommen.

Die Schadenabteilung der Gen Re ist seit 1998 in diesem Bereich aktiv. In diesem Jahr baten uns Kunden um Hilfestellung bei der automatischen Erkennung potenziell betrügerischer Schäden. Zur Lösung dieses Problems haben wir eine Software (ISP Betrug) für die automatisierte Bewertung von Schadenmeldungen entwickelt, die heute bei über zwanzig Versicherern – vor allem in Deutschland, aber auch in der Schweiz, Italien und in den USA – im produktiven Einsatz ist. Die bei der Entwicklung und Einführung dieser Software sowie der Anpassung der bestehenden Arbeitsabläufe gewonnenen Erfahrungen bilden die Basis für die hier vorgestellten Überlegungen.

Versicherungsunternehmen sind auf dem Weg zu einer grundlegenden Neugestaltung der Schadenbearbeitung

Die Bearbeitung von Schäden in der Kompositversicherung hatte sich in den vergangenen Jahrzehnten im

* Dipl.-Volkswirt, Leiter der Abteilung „New Product Development“ in der Schadenabteilung der Gen Re, Köln.
E-Mail: faeh@ggenre.com

Grundsatz kaum verändert. Auch die Einführung der elektronischen Datenverarbeitung führte zunächst zu keiner grundlegenden Änderung der Vorgehensweisen:

- Die für die Schadenbearbeitung relevanten Informationen lagen auf Papier (Schadenmeldung, Fragebögen, schriftliche Erklärungen) vor.
- Die Verantwortung für einen Schadenfall lag bei *einem* Sachbearbeiter, der „seinen Fall“ angefangen bei der Anlage des Schadens über die Ermittlung von Schadenursache, Schadensumfang und Schadenhöhe, die Entscheidungen hinsichtlich der Regulierung der Ansprüche, die Anweisung und Verbuchung der Entschädigungszahlung bis zum Schließen des Falls selbst bearbeitete.

Die Qualität der Schadenbearbeitung wird bei dieser Vorgehensweise im Wesentlichen von der Qualifikation und Motivation des Sachbearbeiters bestimmt und ist von Dritten mit vertretbarem Aufwand praktisch gar nicht oder nur stichprobenartig zu kontrollieren. Eine der zentralen Führungsaufgaben war daher die Zuweisung der unterschiedlich komplexen Schadenfälle an entsprechend qualifizierte Sachbearbeiter.

Bei diesem Organisationsprinzip besteht die Tätigkeit der qualifizierten und damit teureren Schadensachbearbeiter nur zu einem geringen Anteil aus wertschöpfenden Arbeiten, der weitaus größte Anteil besteht aus vergleichsweise einfachen Aktivitäten. Versuche, diese einfachen Arbeitsanteile an geringer qualifizierte Mitarbeiter zu verlagern, führten in der Regel zu keinem Erfolg, da die Aufspaltung in einzelne Arbeitsschritte zu Mehrarbeit bei der Übergabe an den nächsten Bearbeiter führte, die die erzielbaren Einsparungen mehr als kompensierte.

- Der Computer diente hauptsächlich der Erfassung der zahlungsrelevanten Ergebnisse der Schadenbearbeitung. Traditionelle Schadenssys-

teme sind daher in erster Linie Exkasso- und Buchhaltungssysteme.

Erst in den letzten Jahren haben neue Entwicklungen stattgefunden bzw. begonnen, die tief greifende Veränderungen der Schadenbearbeitung erlauben. Die Unternehmen stehen derzeit erst am Anfang einer konsequenten Nutzung der neuen Möglichkeiten. Die beiden wichtigsten Entwicklungen sind die Einführung der Schadenbearbeitung am Telefon und der Aufbau des elektronischen Dokumentenmanagements. Die Einführung von Call- oder Servicecentern sowie die telefonische Meldung und (Erst-)Bearbeitung von Schäden sind inzwischen Standard. Der Aufbau des elektronischen Dokumentenmanagements ist dagegen erst bei einigen Unternehmen abgeschlossen. Die Mehrzahl der Versicherer befindet sich nach unserer Beobachtung derzeit im Prozess der Einführung.

Zusammen eröffnen diese beiden Entwicklungen die Option, die für die Schadenbearbeitung relevanten Informationen vom Papier zu lösen. Bei der telefonischen Schadenbearbeitung ist allerdings in vielen Häusern das Problem einer kostengünstigen und zuverlässigen Erfassung und Dokumentation der mündlich gegebenen Informationen bislang noch nicht befriedigend gelöst. Auch beim elektronischen Dokumentenmanagement stellt die Aufgabe, die Inhalte der Dokumente in maschinenlesbare, strukturierte Daten zu überführen (Stichwort „Scannen und Erkennen“) eine der zentralen Herausforderungen dar.

Die Lösung der Informationen vom Papier und die Möglichkeit, auf diese Informationen im gesamten Unternehmen zuzugreifen, erlauben, die strikte Koppelung von Schadenfall und Sachbearbeiter zu lösen. Dies wiederum ist der Schlüssel für eine wirkliche Neugestaltung der Schadenbearbeitung. Die Versicherungsunternehmen haben dies erkannt und erproben derzeit in ersten Schritten, wie die neuen Möglichkeiten sinnvoll zu nutzen sind.

Ein Beispiel hierfür ist der Ansatz, Schwankungen im Arbeitsanfall einer Niederlassung im Rahmen eines „virtuellen Schadencenters“ durch Verlagerung in andere, weniger belastete Niederlassungen aufzufangen. Angedacht wird auch, in den einzelnen Niederlassungen unterschiedliche fachliche Schwerpunkte zu bilden, die im Rahmen des virtuellen Schadencenters bundesweit für alle Schäden genutzt werden können. Die Entwicklung steht hier erst am Anfang.

Automatisierung wichtiger Standardentscheidungen erforderlich

Durch die Entwicklungen neuer Formen für eine Standort übergreifende Zusammenarbeit bzw. Arbeitsteilung (und in einem weiteren Schritt auch Unternehmen übergreifende Zusammenarbeit) stellt sich die Frage, wie diese zu koordinieren und zu steuern sind. So ist zum Beispiel festzulegen, wer über die Weiterleitung einer in Niederlassung A eingehenden Schadenmeldung an Niederlassung B oder Niederlassung C entscheidet? Der Leiter von Niederlassung A? Alleine oder in Abstimmung mit dem Leiter der Niederlassung B und/oder C? Oder eine zentrale Stelle in der Hauptverwaltung? Aufgrund welcher Kriterien soll diese Entscheidung wie getroffen werden? Wer kontrolliert und überwacht die Einhaltung der Vorgaben?

Je häufiger solche Entscheidungen getroffen werden müssen und je zeitkritischer diese Entscheidungen sind, umso wichtiger wird es, sie zu automatisieren. Wir sind fest davon überzeugt, dass in der Automatisierung solcher komplexer Standardentscheidungen der zentrale Schlüssel für eine erfolgreiche Neugestaltung der Schadenbearbeitung liegt. In unserer Auseinandersetzung mit diesem Thema hat sich aber gezeigt, dass die Automatisierung solcher Entscheidungen deutlich schwieriger ist als zunächst angenommen.

Bei einer näheren Analyse, wie die oben skizzierten Standardentschei-

dungen automatisiert werden können, zeigt sich rasch, dass Entscheidungen, die auf den ersten Blick vermeintlich einfach erscheinen, doch recht komplex werden können. Die Ursache hierfür liegt darin, dass sich typischerweise eine sehr hohe Anzahl potenziell möglicher Fallkonstellationen ergibt.

Zentrale Herausforderung ist die Bewältigung der Komplexität

Wir haben dies beispielhaft für die Frage durchgespielt, ob ein Kraftfahrzeug-Kaskoschaden als Schnell-, Normal- oder Komplexschaden bearbeitet werden soll. Bei der Beurteilung sollen möglichst wenige Entscheidungsgrößen angesetzt werden, andererseits werden natürlich eine hohe Trennschärfe und die Berücksichtigung der relevanten Geschäftsregeln angestrebt. Wir gehen derzeit davon aus, dass diese Entscheidungen mit insgesamt nur neun Eingangsgrößen getroffen werden kann, die die folgenden Bereiche abdecken:

- Schaden
(Schadenart, Schadenhöhe, Schadenmelder und Schadenland)
- Abwicklung
(Anzahl der Tage zwischen Schadensdatum und Schadenmeldung, Art der Belege)
- Versicherungsnehmer
(Segment, Gesamtprämie, VN-Rentabilität)

Diese Eingangsgrößen können und sollen natürlich an die unternehmensindividuelle Datenlage angepasst werden.

Für Anzahl und Komplexität der Entscheidungsregeln ist in erster Linie die Anzahl der möglichen Fallkonstellationen entscheidend. Gehen wir in unserem Beispiel bei den numerischen Eingangsgrößen, zum Beispiel Schadenhöhe, von einer Klassifizierung in fünf Ausprägungen (sehr gering, gering, ..., sehr hoch) und bei den kategorischen Eingangsgrößen,

zum Beispiel Schadenart, von zwischen neun und drei Ausprägungen aus, so ergeben sich insgesamt über 3,6 Mio. mögliche Fallkonstellationen.

Selbst wenn nur für 10 Prozent dieser möglichen Konstellationen Regeln für die Zuordnung zu den drei Bearbeitungswegen Schnell-, Normal- oder Komplexschaden formuliert werden müssen, steht der Regelentwickler vor einem praktisch unlösbaren Problem.

Wird die Anzahl der berücksichtigten Fallkonstellationen weiter reduziert, um zu einer praktikablen Anzahl an Regeln zu kommen, sinken Trennschärfe und Entscheidungsqualität auf nicht vertretbare Niveaus. Werden alternativ Scorecards zur Lösung dieses Entscheidungsproblems verwendet, zeigt die Erfahrung, dass der weit überwiegende Teil der Schäden der mittleren Bearbeitungsgruppe zugewiesen wird. Dies ist ein wenig befriedigendes Ergebnis, da ja die weitaus meisten Kaskoschäden einfache Schnellschäden sind.

Unser Werkzeug ISP Triage, das auf der Umsetzung menschlicher Abwägungen mit Hilfe von Fuzzy Logik basiert, löst die Automatisierung der hier dargestellten Entscheidung mit lediglich rund 200 Regeln. Dabei werden unmittelbar einsichtige Grundregeln (zum Beispiel „nur kleine Schäden sind Schnellschäden“, „Schnellschadenregulierung nur bei Vorliegen von Originalbelegen“ oder „Auslandsschäden sind fast immer Komplexschäden“) so kombiniert und mit spezifischen Spezialregeln ergänzt (zum Beispiel „Glasschäden gelten bis ungefähr xxx Euro als kleine Schäden“ oder „Schadenland Österreich und Schweiz gelten bei Schadenart Y und Z nicht als Ausland“), dass eine sehr differenzierte Schadensteuerung möglich wird. Durch entsprechende Formulierung der Regeln wird sichergestellt, dass ein fast frei wählbarer Anteil von Schadenfällen als Schnellschaden eingestuft wird.

Modulares Konzept erlaubt kostengünstige und risikoarme Entwicklung

Die Verwendung von Fuzzy Logic und der modulare Aufbau von ISP Triage erlauben eine schrittweise und transparente Entwicklung der Entscheidungsregeln. Ein Kennzeichen von Fuzzy Logic ist die Formulierung der Entscheidungsregeln in Umgangssprache, so dass sie – im Gegensatz zur Verwendung von mathematischen oder Programmiersprachen – auch für die verantwortlichen Führungskräfte verständlich und damit nachprüfbar werden.

Weiterhin erlaubt ISPTriage, die Konsequenzen der formulierten Entscheidungsregeln vor der Inbetriebnahme im Schadensystem anhand realer Testfälle (zum Beispiel alle Kaskoschäden des vergangenen Monats) zu simulieren und zu analysieren.

Wir haben im Laufe der vergangenen Jahre gelernt, dass die Feineinstellung der Entscheidungsregeln nur auf Basis realer Testfälle sinnvoll ist. Dabei werden zusammen mit den Fachverantwortlichen der Kunden die Entscheidungsregeln in einem iterativen Prozess so lange verändert und in ihren Auswirkungen überprüft, bis die gewünschte Entscheidungsqualität erreicht ist.

Die Verwendung umgangssprachlich formulierter Regeln für die Automatisierung von Entscheidungen löst auch das Problem, wie die Einhaltung der Vorgaben für die Schadenbearbeitung überwacht und dokumentiert wird. Angesichts verschärfter gesetzlicher Vorgaben hinsichtlich Transparenz und Kontrolle der Entscheidungen der Unternehmen liegt hierin ein zusätzlicher Nutzen von ISPTriage.

Ausblick

Die Schadenbearbeitung in der Versicherungswirtschaft steht unserer Einschätzung nach vor tief greifenden Veränderungen. Der anhaltend hohe Wettbewerbsdruck wird dazu führen,

dass die neuen technischen Möglichkeiten genutzt werden, um die Arbeitsteilung und Spezialisierung sowohl innerhalb der einzelnen Unternehmen, aber auch im Rahmen Unternehmen übergreifender Kooperationen neu zu bestimmen. Die sich dabei ergebenden Chancen werden insbesondere dann genutzt werden können, wenn zeitkritische Entscheidungen im Rahmen der Schadenbearbeitung automatisiert und standardisiert werden. Wir verfügen über Werkzeuge und die erforderliche Erfahrung, diese Automatisierung schnell und kostengünstig durchzuführen. Nach unserer Erfahrung ist ein sinnvoller Einstieg in dieses Thema die gemeinsame Durchführung einer Vorstudie, in deren Rahmen ein erster Prototyp einer sol-

chen „Entscheidungsmaschine“ entwickelt und samt der Einsatzmöglichkeiten anhand konkreter Beispielfälle diskutiert wird.

Mittel- und langfristig wird sich unserer Einschätzung nach für alle Versicherer die Frage stellen, welche Teilaufgaben der Schadenbearbeitung zu den Kernkompetenzen zählen und welche an Dritte abgeben werden können und sollen. Dies sind weit reichende Entscheidungen. Eine sinnvolle Vorbereitung ist unseres Erachtens eine frühzeitige Auseinandersetzung mit den verfügbaren bzw. sich entwickelnden Optionen sowie deren Vor- und Nachteilen. Wir sind gerne bereit, unsere Kunden dabei mit unserem Wissen und unserer Erfahrung zu unterstützen.

David Kendall, London*

The Implication of Terms in Insurance and Reinsurance Contracts

Introduction

Contract certainty is the theme of the moment in insurance and reinsurance markets. Success in achieving contract certainty is measured solely by reference to there being full agreed contract wordings at the time risks are underwritten. However, contract certainty does not mean contract clarity and three recent Court of Appeal cases (*Bonner v Cox*, *Friends Provident v Sirius* and *Goshawk v Tyser*) illustrate the failings of the insurance markets in achieving contract clarity. The cases also illustrate the current approach of the English judiciary to filling in gaps in contracts both in terms of the parties' duties and the remedies for breach of those duties.

All three cases concern issues of general concern in the underwriting of insurance and reinsurance risks which were not addressed properly or at all in the insurance and reinsurance contracts in issue.

Implied terms

When advising on an insurance or reinsurance contract, it is not unusual to have to consider whether the contract has recorded in it all of its terms, or whether there are other terms that should be implied into it. This is particularly so in cases where the contract is recorded in a slip only.

The English courts are prepared to imply a term into a contract if the language of the contract itself, and the circumstances under which it is entered into, gives rise to an inference that the parties must have intended the term in question. Three situations in which the courts will imply a term are relevant to insurance and reinsurance contracts:

- it is necessary to imply the term to give business efficacy to the contract (see *The Moorcock*)
- the term to be implied represents the obvious, but unexpressed, in-

attention of the parties (see *Alpha Trading Ltd v Dunshaw-Patten Ltd*)

- there is an invariable, certain and general usage or custom of the industry that forms the basis of the contract, provided there is no term inconsistent with that custom in the contract (see *Hutton v Warren*).

In the case of *Phoenix General Insurance Co of Greece v Halvancon Insurance Co Ltd*,⁴ Hobhouse J held that a term should be implied into a fac/oblig reinsurance contract that the cedant would conduct the business involved in the cession prudently, reasonably carefully and in accordance with the ordinary practice of the market, which included:

- properly investigating risks before accepting them, and
- making documents available on request to the reinsurers.

No implied protection for non-proportional reinsurers against negligent underwriting of a reinsured

Following the decision in *Phoenix v Halvancon*, the question of whether a reinsured with the benefit of a reinsurance treaty owed its reinsurer a duty of care in relation to the risks it writes and cedes to that treaty gave rise to considerable controversy. In the recent Court of Appeal decision in the *AON 77* case (*Bonner & Others v Cox & others*⁵), the court rejected the argument that a term should be implied in an excess of loss reinsurance of an open cover, to protect the reinsurer against the imprudent underwriting of its reinsured. The court's view was that if a reinsurer wants to protect itself against the actions of its reinsured, it should do so by defining more

* Partner, Kendall Freeman, London
 1 (1889) 14 P.D. 64
 2 [1981] 1 Lloyd's Rep 122
 3 (1836) 1 M&W 466
 4 [1985] 2 Lloyd's Rep 599
 5 [2005] EWCA Civ 1512

strictly the type of business the reinsured is permitted to write and the terms on which such business is reinsured.

A key feature of the decisions of both the Court of Appeal and at first instance in *Bonner v Cox* is the analysis of the very different natures of proportional and excess of loss reinsurances.

It was the judges' view that as parties to a quota share treaty, the reinsured and reinsurer are in a relationship akin to a joint venture and the risks are shared, but that is not the case in excess of loss reinsurance.

The judges were of the opinion that in excess of loss reinsurance, the commercial interests of the reinsured and of the reinsurers do not overlap. They are not partners in a joint venture; each has their own separate commercial interests which will probably conflict: one profits at the expense of the other. There is no sense in which the one undertakes to act for the other when deciding what business should be written and no assumption of responsibility for the commercial fortune of the other. The reinsured is entitled to make its underwriting decisions based upon its own self interest and without regard to the interests of its excess of loss reinsurers. The Court was not willing to accept that a term such as that implied into the proportional treaty in *Phoenix v Halvanon* should be implied into a non-proportional treaty.

The Court of Appeal accepted that this might be called „*the law of the jungle*“; but found it difficult to accept that it was necessary to imply any term whereby one party had to bear the other's interests in mind. If an underwriter was presented with an excellent risk from his point of view, he did not have to turn it down if it might be disadvantageous to his reinsurer.

The court did however suggest that the position might be different in respect of risks written recklessly or dishonestly.

A number of criticisms arise in respect of the Court of Appeal's decision:

- it is said that non-proportional reinsurance is quite different from proportional reinsurance because the latter is more in the nature of a joint venture. Reinsurers of an excess of loss reinsurance programme attaching at \$5,000 each risk would probably beg to differ;
- the court compared the reinsurance position with that of the insurance of a direct risk where (under s.55(2)(a) of the Marine Insurance Act 1906) a policyholder's negligence does not entitle the insurer to deny cover for a loss. But there must surely be a fundamental difference between the usual acceptance of a risk of loss by an insurer and the underwriting of risks by a cedant which involves the cedant's underwriting judgement and which are automatically ceded to the reinsurer;
- the court thought that the reinsurer would be adequately protected by the cedant's obligation to provide pre-contract disclosure. But such disclosure will relate primarily to business already underwritten, not to the writing of risks not yet presented, or ceded, to the cover. There are practical problems in establishing that an underwriter intended underwriting poor risks and should have disclosed that on placing.

Undoubtedly, looking at the issue from a practical and commercial perspective, the reinsurer's best protection is self protection – by careful analysis of the risk presented, good exercise of his underwriting judgment as to which underwriters he will reinsure and effective contract drafting to ensure the most favourable terms.

Classification of insurance contract terms

Conditions in insurance contracts are construed in much the same way as conditions in any other commercial

contract. They fall into various categories:

- conditions precedent, where compliance is a condition of liability (a warranty in an insurance contract is a special kind of condition precedent);
- conditions breach of which will amount to a repudiatory breach, entitling the innocent party to treat the contract as terminated;
- conditions, breach of which give rise only to an entitlement to damages; and
- „innominate“ terms – breach of which will only give rise to the right to treat the contract as terminated if the consequences of the breach are such as substantially to deprive the innocent party of the whole benefit of the contract.⁶

Claims notice clauses

Most insurance and reinsurance contracts contain conditions concerning the notification of claims. It is arguable whether a term requiring notice can be implied into an insurance contract, although of course the policyholder will not be able to recover a claim from the insurer unless the latter is told about it.

The consequences of breach of a claims notice provision depend on the construction of the provision. There are three possibilities:⁷

- a) the term is a condition precedent so that failure to give notice in accordance with its terms relieves the insurer of any liability for the claim;
- b) the term is a suspensive condition so that breach rules out payment until it is corrected;
- c) the term is a condition breach of which only entitles the insurer to recover damages.

⁶ Malcolm Clarke „The Law of Insurance Contracts“ 4th Edition (Clarke) Section 26-2G3

⁷ Clarke Section 26-2G

Following the Court of Appeal decision in *Alfred McAlpine v BAI (Run-Off) Ltd⁸ (BAI)* a fourth possibility emerged, namely that the notice provision was an innominate term, and that serious breach might entitle the insurer to deny liability for the claim, or even accept the breach as repudiatory of the entire contract. The scope for such a possibility has been severely restricted by the Court of Appeal in the recent case of *Friends Provident Life & Pension Ltd v Sirius International Insurance⁹ (Friends Provident)*.

In both *BAI* and *Friends Provident*, the Courts held that the notice clause in question was not a condition precedent. If a contract states that a condition is a condition precedent, that is generally determinative of its status. In the absence of that label, the Courts have been reluctant to find that a claims notice provision is a condition precedent.

If the claims notice provision is not a condition precedent, breach will generally only give rise to a claim for damages for loss suffered by late notice. It is difficult for insurers to establish any such loss as it will essentially consist of the loss of a chance to settle or defend proceedings that might have had a different outcome. In older cases, this was taken by the courts as a strong indication that the notice clause was intended to be a condition precedent.¹⁰

In the Court of Appeal decision in *BAI*, the court attempted to introduce a workable solution to the problem that notice clauses, unless classified as conditions precedent, are toothless. Lord Justice Waller suggested that a claims notification provision might be neither a condition precedent nor merely an ordinary condition but an innominate clause breach of which might be so serious that the insurer would be entitled to deny liability for the claim. This species of „repudiation“ was not a repudiatory breach of the contract as a whole; it was a breach sufficiently serious to amount to a partial repudiation of the

contract relieving the insurer of the obligation to pay the particular claim.

The concept of „partial repudiation“ was reconsidered by the Court of Appeal in *Friends Provident v Sirius*.¹¹ The case involved a professional indemnity policy covering LMA, a company which gave advice to private individuals in relation to personal pension plans.

As a result of a market-wide investigation into the „mis-selling“ of personal pensions, LMA had been required to pay over £9 million to various clients by way of compensation. LMA's successor, Friends Provident, sought to recover from Sirius, the excess layer insurer. The Court of Appeal was asked to construe a standard claims notification provision in the excess layer that simply required the policyholder to give notice (of a claim or a circumstance) immediately. The provision was not specified to be a condition precedent; neither did it set out the consequence of a breach.

The court found that compliance with the provision was not a condition precedent. Other clauses in the policy had been expressed to be conditions precedent and therefore the absence of this description in the notice provision was to be regarded as deliberate; also, the notice to the excess insurers was unlikely to be for the purpose of allowing those insurers to handle the third party claim. The court found that the provision was an innominate term and then had to decide the consequences of the breach.

The leading judgment, given by Lord Justice Mance, concluded that Lord Justice Waller's suggestion in *BAI* that a claim could be rejected if there had been a „serious“ breach of an innominate term was merely obiter and not binding authority. Lord Justice Mance emphatically rejected the „partial repudiation“ approach that Lord Justice Waller had contemplated in *BAI*. In the view of Lord Justice Mance, the court should find that an insurer was relieved of performance (ie the obligation to indemnify

the insured in respect of a claim) only if that performance could be found to be conditional, as a matter of construction, upon compliance by the policyholder with its obligations (eg to give notice or comply with claims co-operation/control provisions). If compliance with the notice requirement was not a condition precedent to the insurer's liability, there was no basis for treating the failure to give notice as a partial repudiatory breach, as the obligation to pay the claim was not severable from the remainder of the contract. Lord Justice Mance refused to contemplate the introduction of what he called „a novel form of protection for insurers“. He added:

„If insurers consider that they want or need such protection, they can and should try to express it in their insurance contracts and see if the insureds and the broking market will accept it.“

The Court of Appeal is a three judge tribunal. The second judge agreed with Lord Justice Mance and therefore Lord Justice Mance's opinion was the court's decision. However, Lord Justice Waller was the third appellate judge and he expressed surprise that his suggestion that a notice clause was an innominate term had been regarded as „heretical“ by his fellow judges. On the contrary, in his view, his own approach „should be welcomed rather than rejected“. Accordingly, he reiterated his view that a notice clause could be breached in a way which prejudices the insurer so seriously that the insurer should have a right to reject the claim rather than leave the insurer simply with a claim for damages. The law should recognise that possibility as it accorded with what the parties would have contemplated where an insured had agreed to provide details of a loss „as soon as practicable“ and where delay caused serious prejudice to the insurer.

8 [2000] 1 Lloyd's Rep 437

9 [2006] Lloyd's Rep IR 45

10 Clarke section 26-2G1

11 [2006] Lloyd's Rep IR 45

The view of the majority in the Court of Appeal in *Friends Provident*, as expressed by Lord Justice Mance, was clear. If an insurer wishes to be able to reject liability to pay a claim if a condition of the policy is breached, then that remedy should be apparent from the wording of the contract. The condition should be clearly formulated as a condition precedent; alternatively, the insurer's right to deny a claim should be clearly set out. Only then can policyholders decide whether they are prepared to buy such a product. Lord Justice Mance's view was that the parties to an insurance contract should be capable of looking after themselves; if insurers want to have stringent remedies, then those drastic consequences should be set out expressly in the contract. He said:

„English insurance law is strict enough as it is in insurers' favour. I see no reason to make it stricter.“

Implied term in insurance and reinsurance contracts permitting access to placing and claims information

A peculiarity of the Lloyd's Market, still much in evidence today, is the practice of the placing broker retaining the documents which were produced to underwriters when the risk was placed, with the underwriter, at best, retaining a copy of the contractual documentation, together with some information relevant to the risk, but by no means the entirety of the placing information.

The practice, resulting from underwriters not wishing (or being able) to retain large volumes of paper documents, continues today despite the increasingly widespread computerisation of records.

What happens then if an underwriter who has handed back documents to the insured's broker subsequently needs to see them again in order to consider his exposure on the risk? This was the key issue considered, at first instance, by Clarke J in *Goshawk*

Dedicated Limited and others v Tyser & Co and others.¹² Clarke J's decision, as will be discussed briefly below, was a cause of concern to insurers as it appeared to overturn the basis on which Lloyd's had traditionally operated in such situations. The Court of Appeal's recent decision¹³ appears, to the relief of many, to have restored, and to a degree formalised, the pre-existing position.

The Claimant Lloyd's Syndicates requested production from brokers of placing, claims and accounting documents in respect of a number of risks.

The first two categories would have been shown to underwriters on placing or when claims were presented for payment. The third category (accounting documents) remained internal to the brokers.

The brokers had refused to produce to the syndicates documents relevant to certain of risks, where the brokers' clients either had refused to consent to disclosure or could not be contacted.

The Syndicates advanced an initial argument that there was, by a custom at Lloyd's, a contract between the insurer and broker such that the broker was bound to produce the requested documents. The judge however did not on the evidence find that such a custom existed (although he recognised the existence of an equivalent market practice). Indeed, such a custom could potentially oblige a broker to produce documents against its client's wishes which would clearly have been unreasonable.

He then turned to consider the effect of the Terms of Business Agreement (TOBA) put in place between the Syndicates' managing agent and the broker in 2001. Lloyd's has required for some time (by Lloyd's Byelaws No 17 of 2000 and No 7 of 2004) that all Lloyd's brokers enter into TOBAs with every managing agent they deal with. The purpose of the TOBA is to regulate the relationship between bro-

kers and managing agents as regards the placing of risks and accounting for premiums and claims.

Goshawk and *Tyser* entered into a TOBA on 20 December 2001. At that point there was a contract between the underwriters and brokers – one which dealt expressly with the issue of access to records.

The key, relevant, clauses in the TOBA were the „Scope“ clause (clause 2.2) – which stated that the broker's primary duty was to place its client's interest above all other considerations – and the „Access to Records“ clause (clause 8.1) – in which the broker agreed to make available placing, claims and accounting documents.

Clarke J decided that, pre-TOBA, it was not possible to imply a contract between brokers and the Syndicates. He had already ruled on the evidence that there was no binding market custom and therefore his conclusions on this point were unsurprising. There was no obligation on the brokers to produce documents generated prior to the putting in place of the TOBA.

Post-TOBA however, there could be no doubt that there was a contract between the brokers and the Syndicates (through their managing agents) and, that the contract dealt expressly with the underwriter's right to have access to records. However, the Judge ruled that although clause 8.1 would on its own terms cover all the types of documents requested by the Syndicates, that clause was overridden by the provisions of clause 2.2. The obligation to produce documents did not arise in situations where to do so would be inconsistent with the broker's duty to put the interests of its clients above all else.

This ruling obviously placed a serious limitation on clause 8 (and Clarke J was quick to recognise this) not least because the test as to

¹² [2005] Lloyd's Rep. I.R. 379

¹³ [2006] EWCA Civ 54

whether insureds might be prejudiced was, in essence, entirely a subjective one. Clause 2.2 therefore did prevent disclosure of the disputed claims and placing documentation (which would already have been seen by the underwriters but not retained). However, and somewhat oddly, the judge did not consider the brokers had any reasonable grounds to resist production of post-TOBA accounting documents (which the underwriters had not seen) and ruled that clause 2.2 did not prevent disclosure of such documents.

The Syndicates appealed, adopting a somewhat different approach. Rather than advancing an argument that centred on the contract between underwriters and brokers (either to be implied or under TOBA) the Syndicates' submissions were that a term was to be implied, for the sake of business efficacy, into the insurance contracts themselves such that the insureds would permit inspection, through their brokers, of placing and claims documents previously shown to (but not retained by) the Syndicates (and also, by extension, pre-TOBA accounting documents).

The Syndicates emphasised that the disputed documents had already been seen by the Syndicates and therefore there were no issues of confidentiality. It was difficult to see how the interest of the insureds could be damaged by production of the same documents again. Further (and perhaps somewhat unbelievably) it was argued that litigation could be avoided by the provision of documents as it was in everyone's interest for the Syndicates to have all the relevant information to hand. Finally, it was said that the contract simply could not work without the underwriters having the documents available and that the historic practice at Lloyd's demonstrated the necessity which gave rise to the term.

As for the accounting documents, while they had not been seen previously, the provisions of the TOBA clearly recognised them to be in a si-

imilar category to placing and claims documents. The documents were needed as they related to the working out of the insurance but were not available to underwriters except by request.

The brokers countered that the alleged implication was unnecessary and unreasonable. The brokers did not know whether the Syndicates had in fact retained copies of the requested documents. The broker also argued the requests were simply precludes to litigation in that the Syndicates were trying to get round the procedural limitations set by the Civil Procedure Rules (CPR) where a party cannot get pre-action disclosure of documents unless it is first able to raise a triable issue on the material otherwise available.

The second limb to the appeal was an extension of the Syndicates' main argument. If an implied term existed as between the Syndicates and the insureds then, pre-TOBA, a contract to similar effect was necessary between the Syndicates and the brokers. Post-TOBA the matter was simply governed by clause 8.1. The separate obligation by the insureds to produce removed any conflict between clause 8.1 and clause 2.2. The brokers had no grounds to resist because their clients also did not.

The background to the entire issue is a market where the practice is for placing and claims documents to be retained not by the underwriters of the risks in question but by the insureds' brokers. The need to make such documents available is recognised expressly by the model TOBA promoted by Lloyd's.

The Court of Appeal held that, at least where such documents had not been retained, it was both reasonable and necessary for such documents to be made available to underwriters through the insureds' brokers and therefore a term to that effect should be implied into the insurance contracts themselves. If this was not the case then the contract of insurance could not be operated effectively.

As regards placing information, its provision was simply the re-production of documents already seen by underwriters. The same could be said about claims documents which would have been presented to underwriters. Ongoing claims could not possibly be resolved without mutual access to documents. It was also quite possible to imagine circumstances where ongoing claims could not be settled without access to earlier claims documents.

The Court of Appeal did however sound a note of caution in respect of claims documents, warning that the implied term (being derived of necessity and reasonableness) should not be interpreted so as to permit a wide ranging and unreasonable request for unnecessary documents.

Clearly, post-TOBA, there was a contract directly between broker and underwriter. However, did such a contract exist pre-TOBA?

The Court of Appeal held, again on a business efficacy basis, that, pre-TOBA, a contract did exist directly between brokers and underwriters. The market at Lloyd's was and is such that underwriters only deal with brokers. TOBA was created in order to formulate and clarify the terms on which underwriters and brokers conducted business. Where brokers retained documentation in London it would be contrary to business practices at Lloyd's (and to common sense) to suppose that underwriters had contracted with their insureds on the basis that they would have to apply directly to the insureds (wherever they might be in the world) to obtain documents.

Brokers therefore were obliged, in the period prior to TOBA, to make available documents necessary for the effective performance of the contracts.

The Court of Appeal held that, in the post-TOBA period, given the agreement between the insured and underwriters as regards production of

documents, there was no possible conflict between clause 2.2 and clause 8.1 of the TOBA.

It is however noteworthy that the Court held that there was an implied term in the contracts of (re)insurance in issue where the other parties to the contracts (the insureds/reinsureds) were not parties to the action and were not represented in Court.

Another questionable aspect of the Court of Appeal's judgment is how it can be reconciled with practices common to the reinsurance market.

It is usual to find in most reinsurance wordings an inspection clause which specifically grants reinsurers a contractual right to inspect the books and records of the cedant. Such inspection of records clauses operate as an important protection for reinsurers who may be given little information about the underwriting of the account which is to be covered by the reinsurance or any detailed information about the claims which are presented to them for settlement.

The Court of Appeal's decision fails to address how possible conflicts between such express contractual clauses which address the inspection of books and records and the implied term formulated by the court would be resolved. For example, what would be the outcome if the express inspection of records clause provided access to more restricted classes of documents or for more restricted purposes than those encompassed by the implied term?

Further, the authorities are by no means settled on whether, in the absence of an express inspection of records clause in a reinsurance contract, an implied term to that effect is necessarily to be implied into the contract wording. For example, Hoffman LJ's remarks in the Court of Appeal case of *Société Anonyme d'Intermédiaires Luxembourgeois v Farex Gie and Others*¹⁴ cast doubt on a reinsurer's right to inspect the cedant's records in the absence of an express provision in the contract.

Hoffman LJ recognised that parties were free to specify whatever rights of inspection they pleased. However, where a dispute arose between the parties, in the absence of a contractual right to inspection, English law gave no procedural means of inspection unless the reinsurer was first able to raise a triable issue on the material already available to it (a position reflected in the CPR as was outlined above). While Hoffman LJ did not, in terms, specifically reject the notion of an implied right of inspection it is obvious that the position adopted by the court in *Goshawk v Tyser* sits uneasily with the views expressed in his judgment.

Conclusion

Almost certainly to the relief of underwriters operating in the Lloyd's market, the Court of Appeal has restored (and formulated) insurers' rights to be provided with the docu-

ments seen on placing, together with premium accounting documents which are necessary for the operation of the contract, where such documents have been retained by the insured's broker and their provision is reasonably necessary.

This obligation arises by virtue of an implied term in the contract of insurance itself. As such no conflict can arise between the insured's broker and the underwriter, given the broker's principal has agreed to produce documents.

It remains to be seen whether the Court's formulation of an implied term survives scrutiny in a case where the contract contains an express right to inspect documents and where the other contracting party, the reinsured, is present to argue its case.

14 [1995] LRLR 116

Colin Croly/Tim Kenefick, London*

Taking Advantage of an Advantageous Contract

Introduction

Robert Kiln, who was one of the most widely respected figures in the London reinsurance market, wrote in his book *Reinsurance in Practice* (4th edition) that „*Reinsurance depends on trust and untrustworthy people should not be a part of it. Given integrity, then the experience and past record of people is vital... In essence, an assessment of the character, intelligence and experience of owners, directors, underwriters and managers is the first test of solvency of any reinsurance operation and can be more important than figures*“.

This observation remains as true today as it has always been. Whilst for some reinsurance contracts (reinsurances of individual risks), the reinsu-

rer is as well-placed as the reinsured to assess the risk it is assuming, for the vast majority of reinsurances written in the London market today, the reinsurer is entirely dependant on its reinsured to assess each underlying risk and to decide whether to commit itself and its reinsurers to that risk. In the recent case of *Bonner and others v. Cox and others (2006)*, the English Court of Appeal considered the long-unanswered question of whether the law should provide excess of loss reinsurers with some protection against the risk of negligent underwriting by their reinsureds.

* Colin Croly is a Partner and Head of the Reinsurance and International Risk team at Barlow Lyde & Gilbert. Tim Kenefick is a Solicitor in the Reinsurance and International Risk team. Colin Croly can be contacted at ccroly@blg.co.uk and Tim Kenefick at tkenefick@blg.co.uk

The Facts

The Claimants in *Bonner v. Cox* were a number of Lloyd's Syndicates which subscribed to an energy risks open cover, a facility under which each Syndicate agreed to be bound by risks accepted by the lead underwriter within the terms of the cover) known as the „77 Cover“. The Defendants reinsured the Syndicates' exposure under the „77Cover“ for the 1999 year under an excess of loss reinsurance treaty, pursuant to which the Defendants agreed to pay the first US\$ 10 million of any loss after the aggregate excess for the reinsurance had been exhausted, in return for 35% of the original net premium charged for each risk written under the „77 Cover“.

A number of disputes arose between the parties, relating to a number of different losses. The most significant, from a legal perspective, concerned a reinsurance of a substantial offshore oil and gas contractor, Oceaneering, written under the „77 Cover“, under which the Syndicates agreed to pay the first US\$15 million of any loss. The contract had been written shortly after the aggregate excess for the Syndicates' excess of loss reinsurance had been exhausted, with the result that the reinsurers would be liable to pay the first US\$ 10 million of any loss in return for a premium of about US\$ 900,000.

The reinsurers argued that Oceaneering's loss history was such that the Syndicates would never have written the contract without the benefit of the reinsurance and the knowledge that their reinsurers would have to pay the first US\$ 10 million in the event of a loss. In these circumstances, they contended that the Syndicates were in breach of two implied terms of the reinsurance contract, that: (i) the Syndicates would not accept any risk under the cover if they were indifferent as to whether the risk would be profitable without taking account of the reinsurance; and (ii) the Syndicates would exercise the ordinary skill and care to be expected of a prudent

underwriter in deciding whether to write each risk under the cover.

The Legal Issue

Under English contract law, a term may be implied into a contract where it is necessary in order to give business efficacy to the contract, where it represents the obvious but unexpressed intention of the parties, where it is required by statute, or where it accords with an invariable and generally-recognised custom of the market. The reinsurers in *Bonner v. Cox* pinned their appeal on the first of these principles. The key issue was, therefore, whether it was necessary to imply either of the terms referred to above into an excess of loss reinsurance in order to give business efficacy to the contract.

Previous Case-Law

Before *Bonner v. Cox*, the English Courts had considered whether similar terms should be implied into reinsurance contracts on two occasions, in *Phoenix General Insurance Co of Greece SA v. Halvanon Insurance Co Ltd (1986)* and *Economic v. Le Assicurazioni d'Italie (1996)*. Unlike *Bonner v. Cox*, both of those cases concerned proportional reinsurance contracts, under which the reinsurers had agreed to assume a proportion of the reinsureds' liability for each of the risks ceded to the reinsurances.

Phoenix v. Halvanon involved a relatively unusual type of contract in the London market, known as a „facultative obligatory“ reinsurance contract. It allowed the reinsured to choose whether or not to cede any given risk to the reinsurers, whilst the reinsurers were obliged to accept any risk which the reinsured chose to cede to them provided it fell within the scope of the reinsurance. Although it is not clear from the Judgement exactly what the terms of the reinsurance were, the contract appeared to be a quota share reinsurance under which the reinsurers agreed to pay a proportion of any claims for which the reinsured was liable on any risks ceded to the treaty. In return, the reinsu-

urers received a corresponding proportion of the premiums paid to the reinsured, less a commission which was retained by the reinsured.

The Judge (Mr Justice Hobhouse) held that the fact that the contract gave the reinsured an unfettered right to choose whether or not to cede any given risk to the reinsurers without giving the reinsurers any corresponding right to choose whether to accept each risk, necessitated the implication of a term into the contract that the reinsured would conduct the business involved in the cession „prudently, reasonably carefully and in accordance with the ordinary practice of the market“. The Judge commented that the commission which the reinsured had been paid for writing each risk was, at least in part, payment for the cost of complying with this obligation.

The *Economic* case also involved a quota share reinsurance, albeit one which did not allow the reinsured to choose which risks to cede to the reinsurers. This meant that the reinsurers were liable to pay a proportion of every loss which fell within the scope of the reinsurance, so that there was a sharing of risk between the reinsurers and the reinsureds on every underlying contract within the scope of the reinsurance. In these circumstances, the Judge (Mr. Justice Tuckey) concluded that it was necessary to imply the same duty into the contract as had been implied in the *Phoenix* case.

Bonner v. Cox: a difference between proportional and non-proportional reinsurance?

At first instance, *Bonner v. Cox* was tried by Mr Justice Morison in the English Commercial Court. The reinsurers argued, based largely on the *Phoenix* and *Economic* cases, that the Syndicates owed them an implied duty to write all risks ceded to the reinsurance as if they had not had the benefit of reinsurance, i.e. with a view to making a profit on each risk in its own right.

The Judge distinguished the case from the *Phoenix* and *Economic* decisions on the basis that, unlike those cases, it involved a non-proportional reinsurance contract. He said that the parties were „not partners in a joint venture; each has their own separate commercial interests which probably conflict: one profits at the expense of another“. He therefore rejected the suggestion that the Syndicates owed a duty of care to their reinsurers. He was prepared to accept that the Syndicates were under implied duties only to cede risks to the reinsurance which had been the subject of an underwriting assessment by the lead underwriter, and only to cede risks which the Syndicates would have accepted in the ordinary course of business, taking account of the reinsurance.

Whist unimpressed with what he described as the Syndicates' „commercial opportunism“, the Judge concluded that they had not breached either of these duties. He said: „If a reinsured treated his in this way on a regular basis I doubt whether his shelf life at Lloyd's would be a long one. It is one thing to act lawfully; quite another to act decently“.

The Court of Appeal agreed with Mr. Justice Morison that there was no basis for implying a term into the contract requiring the Syndicates to act prudently and reasonably carefully in writing the risks to be ceded to the reinsurers.

The Court (which included the Judge who had decided the *Economic* case), started by noting that before a contract of insurance or reinsurance is concluded, the duty of the utmost good faith requires the (re)insured to disclose all material facts in its knowledge to the re(insurer), but thereafter, the parties' rights and obligations are governed by the terms of the contract. The only legal basis on which the reinsured could be under a duty to conduct the business reinsured under the contract prudently and carefully was, therefore, if a term to this effect could be implied into the contract.

The Court went on to comment on the differences between proportional and non-proportional reinsurance, agreeing with the trial Judge that the principal distinction between the two is that the former involves a sharing of both losses and premiums between reinsurer and reinsured, whereas the latter involves no such sharing of risks or premiums. On the other hand, the Court observed that under both proportional and non-proportional reinsurance agreements, with the exception of facultative reinsurances of individual risks, the reinsurer expects to follow the fortunes of the reinsured and must make an assessment at the outset of the reinsured's underwriting abilities.

After pointing out that both reinsurer and reinsured owe duties to their shareholders and capital providers to act in their best interests and to try to make money for them, the Court concluded that in an arm's length transaction in which each party would attempt to secure the best deal it could, it was difficult to see the scope, let alone the necessity, for implying a term that one of the parties owed a duty to protect the interests of the other. „If an underwriter in such a situation is presented with an excellent risk from the perspective of those for whom he acts, he cannot be expected not to write it because to do so might or will have an adverse effect on his reinsurers. There is nothing wrong in taking advantage of an advantageous contract.“

In reaching this conclusion, the Court of Appeal drew on the observations of Mr. Justice Thomas in another recent Commercial Court case, *Sphere Drake Insurance Ltd v. Euro International Underwriting Ltd (2003)*. The case involved a reinsurance spiral of US workman's compensation business, in which the Judge found that some of the reinsurers were „arbitraging“, or writing business which they knew would make a loss without reinsurance, in the knowledge that they had outwards reinsurance in place which would enable them to make a

small profit. Whilst the Judge regarded this as an unsavoury practice, he held that there was nothing unlawful about, it provided proper disclosure of the nature of the business was made to the reinsurers. He commented: „No other participant in the market owes a duty to protect those who ... do not understand it, are imprudent, or who miscalculate; indeed, it is likely that a person who is imprudent or foolish or who miscalculates in any market will be ruthlessly exploited by those who understand the market; he is at risk of having dumped on him, risks which no one else wants“.

The Court of Appeal in *Bonner v. Cox* similarly regarded the pre-contractual duties of disclosure which English law imposes on reinsureds as sufficient protection for reinsurers against the risk of negligent underwriting by their reinsureds. Lord Justice Waller, who gave the Court's Judgment, noted that before writing reinsurance or on renewal, the reinsurer is entitled to a fair presentation of the risk, which will normally include the type of business the reinsured proposes to write or has written and its history. He also observed that reinsurers can protect themselves by using contracts wordings which clearly define the nature of the risks reinsured and which permit them to monitor the progress of the business if necessary.

For the same reasons, the Court overruled the trial Judge's finding that a term should be implied into the contract that risks would only be accepted to the cover which the leading underwriter would write in the ordinary course of its business. However, the Court of Appeal did acknowledge that dishonesty or recklessness might provide a basis on which a reinsurer could refuse to accept a risk – not on the basis that a term should be implied into the contract to this effect, but on the basis that a dishonestly or recklessly written risk would probably fall outside the scope of cover under the reinsurance altogether.

Questions for Another Day

Although the Court of Appeal in *Bonner v. Cox* answered the long-undecided question of whether a reinsured under an excess of loss reinsurance is under a duty to exercise reasonable skill and care in writing the business to be ceded to the reinsurers, the decision leaves two significant unanswered questions in its wake.

First, whilst the Court said that it would reach the same conclusion in respect of any non-proportional reinsurance, it did not take the opportunity to clarify whether or not the same approach should apply to proportional reinsurance contracts, or to overrule the *Phoenix* and *Economic* cases. For the time being, therefore, these cases remain good law. However, it is certainly arguable that the same approach should apply to proportional contracts as to non-proportional contracts, given that for both types of contract, the reinsurer's fortunes are equally dependent on the reinsured's underwriting skills and prudence, and for both types of contract, the reinsurer has the protection of the pre-contractual duty of disclosure. It remains to be seen whether the English Appellate Courts would regard the sharing of risk inherent in proportional reinsurance as sufficient to justify applying different approaches to proportional and non-proportional reinsurance.

Secondly, the Court of Appeal's suggestion that dishonest or reckless conduct on the part of a reinsured might entitle a reinsurer to refuse a risk, raises the question of exactly what type of conduct in relation to the writing of a risk would be sufficiently reprehensible to prevent the reinsured from recovering from its reinsurers in respect of that risk. The Court of Appeal gave the examples of an underwriter exercising no judgment at all in accepting a risk, not caring whether it was good or bad; and of an underwriter deliberately writing a risk knowing of a loss which would only fall on its reinsurers. However, in *Sphere Drake*, the Court accepted that the practice of writing risks

which the reinsured knew would make a loss without reinsurance, in the knowledge that losses could be passed on to its reinsurers so as to enable the reinsured to make a net profit – a practice which the Judge described as „*pass the parcel*“ or „*Russian roulette by proxy*“ – was lawful provided proper pre-contractual disclosure was made to the reinsurers. It is difficult to see why the examples given by the Court of Appeal in *Bonner v. Cox* should be treated any differently to the practices which the Court considered to be lawful in *Sphere Drake*.

Conclusion

The Court of Appeal's decision in *Bonner v. Cox* serves as a reminder that Robert Kiln's words are as rele-

vant in today's market as they have always been. The English Courts will not protect reinsurers under non-proportional reinsurances against the risk of negligent underwriting by their reinsureds, other than through the pre-contractual duties of disclosure. Reinsurers can and should protect themselves by carefully assessing the integrity and underwriting abilities of potential reinsureds and if necessary, by insisting on the inclusion of express clauses in their contracts protecting them against negligent or reckless underwriting by their reinsureds. As the Court of Appeal commented, there is nothing wrong with taking advantage of an advantageous contract: it is up to reinsurers to protect themselves against the risk of being taken advantage of by their reinsureds.

Personen/Gesellschaften

■ Peter Greisler – 70 Jahre



Peter Greisler, Vorsitzender der Aufsichtsräte der Debeka Versicherungen und der Debeka Bausparkasse, feierte am 16. Oktober 2006 seinen 70. Geburtstag.

Greisler war über 25 Jahre Vorstandsvorsitzender der Debeka Versicherungen. Er gehörte von 1990 bis 2002 dem Präsidium und von 1984 bis 2002 dem Präsidialausschuss sowie zahlreichen Fachausschüssen des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft an. Im Verband der privaten Krankenversicherung war er langjähriges Vorstands-

mitglied und von 1990 bis 2002 Vorsitzender. Über viele Jahre war Greisler in der Öffentlichkeit das „Gesicht der PKV“.

Greisler gehörte darüber hinaus zahlreichen Gremien an; so war er unter anderem Mitglied des Versicherungsbeirates der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Mitglied des Verwaltungsrates und später des Vorstandes der Stiftung der Wissenschaftlichen Hochschule für Unternehmensführung, Vorstandsmitglied der Zukunftsinitiative Rheinland-Pfalz, des Förderkreises Wirtschaft und Wissenschaft in der Hochschulregion Koblenz, des Freundeskreises der Universität Koblenz-Landau und Vizepräsident der Industrie- und Handelskammer zu Koblenz.

Für seine Verdienste wurde ihm 1989 das Verdienstkreuz am Bande, 1996 das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse und 2001 das Große Verdienstkreuz des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen. 2005 erhielt Greisler die höchste Auszeichnung des Landes Rheinland-Pfalz, den Verdienstorden.

Neben seinem Engagement in der deutschen Versicherungswirtschaft ist Greisler nach wie vor als Vorsitzender des Stiftungsrates der Deutschen AIDS-Stiftung tätig. Außerdem ist er Vorsitzender der Initiative Region Mittelrhein, die er mitbegründet hat.

■ Dr. Boy-Jürgen Andresen – mit Verdienstkreuz

1. Klasse ausgezeichnet

Dr. Boy-Jürgen *Andresen* wurde mit Wirkung vom 11. August 2006 das Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen. Die feierliche Überreichung der Auszeichnung, die der hessische Ministerpräsident Roland Koch im Namen des Bundespräsidenten vornahm, fand im Rahmen eines Festakts am 10. Oktober 2006 in der Hessischen Staatskanzlei statt.

Die Auszeichnung würdigt die jahrzehntelang andauernde ehrenamtliche Tätigkeit in verschiedenen Gremien und Institutionen, mit der sich Andresen um die Verbreitung und Ausgestaltung der betrieblichen Altersversorgung in Deutschland verdient gemacht hat. Der Gesellschafter und Vorsitzende der Geschäftsführung der Unternehmensberatung Dr. Dr. Heissmann GmbH ist seit vielen Jahren Vorsitzender des Vorstands der Arbeitsgemeinschaft für betriebliche Altersversorgung e.V. (aba). Darüber hinaus ist er u.a. ehrenamtlicher Richter am Bundessozialgericht (Mitglied des Großen Senats) und Mitglied des Landeskuratoriums Hessen im Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft.

■ Dr. Robert Heer

Dr. Robert *Heer*, ehemaliger Präsident der Badischen Gebäudeversicherungsanstalt in Karlsruhe, starb am 14. Oktober 2006 im Alter von 79 Jahren. Der promovierte Jurist stand bis zu seiner Pensionierung 1991 fast

neun Jahre lang an der Spitze des Unternehmens, einer Vorgängereinrichtung der heutigen SV Gebäudeversicherung.

Nach dem Studium der Rechtswissenschaften und der Promotion war Heer zunächst fast 25 Jahre für das Innenministerium tätig, zuletzt als Leitender Ministerialrat für den Katastrophenschutz des Landes Baden-Württemberg, bevor er im Januar

■ Assekurata

Ratings für gesetzliche Krankenkassen und die Polizei geplant – Start vor zehn Jahren

Der Name ist Programm. Das war gestern. Zehn Jahre nach der Gründung sieht die unabhängige Rating-Agentur Assekurata ihre Mission nicht allein in der Qualitätsbeurteilung von Erstversicherungsunternehmen, sondern auch auf anderen Feldern.

Ab dem Frühjahr 2007 wollen die Kölner auch gesetzliche Krankenkassen primär aus Kundensicht durchleuchten. Die Pilotphase unter Einbindung von zwei Ersatz-, drei Betriebs- und zwei Innungskassen läuft bereits. Gesperrt haben sich bisher die Ortskrankenkassen. Die bevorstehende Gesundheitsreform lässt „eine spannende Entwicklung“ in der GKV erwarten, sagt Dr. Christoph *Sönnichsen*, Geschäftsführer der Assekurata.

Um so wichtiger werden Ratings. Sie sind ein Jahr gültig. Die Agentur mit dem Ex-Vorstand der Mummert-Consulting Wilhelm *Alms* als Mehrheitsgesellschafter betreibt ihr Metier im Auftrag von Unternehmen und interaktiv. Einzig im Markt ist die Befragung von jeweils über 700 Versicherungskunden. Die Ergebnisse stützen das Teilkriterium Kundenorientierung.

Fern der Versicherungsmaterie sind die ebenfalls geplanten Ratings für Polizei- und öffentliche Sicherheitsorganisationen. Hier kooperiert die

1983 kommissarisch die Leitung der Badischen Gebäudeversicherungsanstalt übernahm und im August 1983 zum Präsidenten ernannt wurde. Daneben war er Prüfer und Vorsitzender einer Prüfungskommission für die Zweite Juristische Staatsprüfung in Baden-Württemberg und Mitglied in zahlreichen Gremien der öffentlichen-rechtlichen Versicherer und des Verbands der Sachversicherer.

Agentur mit der Schweizer TC Consult, ein Unternehmen, das seit 40 Jahren besteht und mit dem es in Genf die Public Security Institute AG (PSI AG) betreibt. Pilotprojekte mit drei Schweizer Kantonpolizeien habe man bereits „mit großem Erfolg“ abgeschlossen. Die Untersuchungskriterien reichen von Kriminalitäts- und Aufklärungsquoten regionaler Dienststellen und organisatorischen Messzahlen bis hin zu „Kundenbefragungen“, etwa von „runden Tischen“ auf dem Marktplatz. Geschäftszweck ist nicht zuletzt die Umsetzung und Anwendung eines Ratingverfahrens auf dem Gebiet der öffentlichen Sicherheit und Daseinsvorsorge.

In Großbritannien haben sich Polizei-Bewertungen nach Auskunft von Mit-Geschäftsführer Dr. Reiner *Will* längst etabliert. Die Ergebnisse würden dort auch veröffentlicht. Auf der Insel scheut man sich nicht, die „beste Polizei-Organisation“ gebührend zu feiern.

Mehr als nur Versicherungsratings

Die strikte Ausrichtung auf Versicherungsratings hat die Agentur, die 30 Mitarbeiter zählt und für dieses Jahr einen Umsatz von mindestens 3,1 Mio. Euro erwartet, schon in 2004 mit einem „Karriere-Rating“ für Vertriebe aufgeweicht. Als ersten Kunden

konnte sie den Finanzvertrieb Deutsche Vermögensberatung AG (DVAG) gewinnen. Ein zweites Rating blieb unveröffentlicht. Derzeit laufen zwei weitere Verfahren.

Größere Resonanz fanden „ganzheitliche“ Bewertungsprozesse zur Servicequalität. Aus der Assekuranz ließen sich Asstel, VPV, Gothaer und Janitos untersuchen. Im Finanzsektor waren noch dabei: die Hamburger Sparkasse und die von Reinfried Pohl gegründete DVAG mit der Aachen-Münchener als Großaktionär. Verantwortlich zeichnet seit dem Frühjahr 2005 ein Joint Venture mit dem Kölner Marktforschungsinstitut psychonomics AG. Aktuell wurde ein weiteres Erstrating begonnen.

Im Kerngeschäft steht die Assekurata besser denn je da. Von Januar bis Oktober 2006 hat sie an 49 Prüfsiegeln gearbeitet – so viele wie in keinem Jahr zuvor. Veröffentlicht wurden 42 Qualitätsurteile. Binnen zehn Jahren ließen sich 77 Gesellschaften auf Herz und Nieren aus Kundensicht testen (Erstratings). Dabei ging es neben der Kundenorientierung um die Kriterien Sicherheit, Erfolg, Wachstum und Beitragsstabilität (Kranken) bzw. Gewinnbeteiligung (Leben).

Mut zum Risiko

Die Frage ist, ob die Eröffnung neuer Baustellen, dazu noch in rascher Folge, der Assekurata gut tut. Die Gefahr, dass dabei Stückwerk herauskommt, ist nicht gering und nur mit kompetenten und verlässlichen Partnern zu bannen. Zweifellos bietet der Markt für Erst- und Folgeratings noch genügend Potential. Sönnichsen freilich sieht in den neuen Themenfeldern keinen Zielkonflikt mit dem organischen und behutsamen Wachstum. Dass es eines Tages hierzulande Prüfsiegel für die Polizeien und Feuerwehren geben wird, steht für ihn außer Frage. Man sei bereits im Gespräch.

Nahe liegend ist jedoch die Ausweitung der Ratings auf die gesetzliche Krankenversicherung. Die zahlrei-

chen Kooperationen zwischen PKV und GKV wie auch der Druck durch die Gesundheitsreform und die Zunahme der Produktunterschiede zwingen die Anbieter beider Lager, sich ins rechte Licht zu rücken – und von den Mitbewerbern abzuheben. Missfällt das Urteil dem Auftraggeber, kann er es unter Verschluss halten. Er bleibt Herr des Verfahrens. Die Geldausgabe hat sich dennoch gelohnt. Vorausgesetzt, die aufgedeckten Schwachstellen verschwinden.

Allen Marktteilnehmern dürfte inzwischen klar sein: Für die Kundenentscheidung sind Ratings nicht alles, aber sehr wohl ein Schlüsselmerkmal und eine wichtige Orientierungsgröße. Auch Maklern und Vertretern bieten sie Hilfestellung (siehe „Qualität auf dem Prüfstand“). Dass sich der noch junge, von der Kölner Uni und Fachhochschule geprägte Jubilar um die Ratingkultur in Deutschland verdient gemacht hat, steht außer Frage. In seinen Prüfverfahren und Adressaten unterscheidet er sich von Agenturen wie A.M. Best, Fitch Ratings und Standard & Poor's. An Ideen mangelt es der Assekurata jedenfalls nicht, um auch künftig im Ratingmarkt Zeichen zu setzen. J.K.

■ AXA

Integration der DBV-Winterthur mit neuen Akzenten

Die Integration der DBV-Winterthur in den AXA-Konzern läuft – und zwar etwas anders, als man das bisher von der eigentlich streng zentralistisch agierenden AXA gewöhnt ist. So soll der Markenname DBV-Winterthur für das Geschäft mit der wichtigen Zielgruppe „Öffentlicher Dienst“ erhalten bleiben. Auch bei der Zusammensetzung des neuen Vorstands, den mit Dr. Frank *Keuper* der bisherige Chef aus Wiesbaden anführen wird, spielt die DBV-Winterthur eine gewichtige Rolle.

So soll Wolfgang *Hanssmann* die Verantwortung für den Vertrieb übertra-

gen werden. Hanssmann ist heute Vertriebsvorstand der DBV-Winterthur und hat zuvor viele Jahre lang an verantwortlicher Stelle im Vertrieb der AXA gearbeitet.

Dr. Wulf *Böttger*, der derzeit die Verantwortung für die Ressorts Vertrieb und Retail inne hat, soll sich zukünftig verstärkt auf die Führung des Ressorts Retail und des neu zu etablierenden Bereichs Consumer-Marketing konzentrieren.

Das Ressort Informationstechnologie (IT) soll durch Jens *Wieland*, der gegenwärtig diesen Bereich bei der DBV-Winterthur verantwortet, übernommen werden. Der derzeitige Chef des IT-Ressorts bei AXA, Norbert *Rohrig*, hat sich vor dem Hintergrund der Neuausrichtung des Konzerns und der damit verbundenen Langfristigkeit anstehender Entscheidungen mit dem Unternehmen einvernehmlich darauf geeinigt, diese direkt in die Hände seines jüngeren Nachfolgers zu legen.

Ferner wird Anette *Rosenzweig*, derzeit Mitglied des Vorstands der DBV-Winterthur, in den Vorstand der AXA Konzern AG berufen. Rosenzweig verantwortet bei der DBV-Winterthur die Bereiche Kundendienst und Leistung. Sie soll diese Funktion in der Rolle des Chief Operating Officer (COO) auch in der zukünftigen AXA in Deutschland ausüben und die entsprechenden Strukturen aufbauen.

Eine weitere Änderung ist im Ressort Kapitalanlagen vorgesehen. Im Zuge des Ausbaus der Region Nord-Europa und der damit verbundenen Aufgaben hat Serge *Wibaut* den Vorsitzenden des Aufsichtsrates der AXA Konzern AG, Claas *Kleyboldt*, darum gebeten, ihn von seinen deutschen Mandaten zu entbinden. Für seine Nachfolge ist Dr. Heinz-Jürgen *Schwering* vorgeschlagen worden. Schwering ist gegenwärtig Leiter des Bereichs Finanzen/Kapitalanlagen und hat in den vergangenen Jahren das Asset Liability Management der AXA sehr erfolgreich entwickelt.

Die übrigen Ressorts werden auch zukünftig unverändert von den folgenden Personen verantwortet: Dr. Markus *Hofmann*, Ressort Corporate/Industrie- und Firmenkunden/Schadenmanagement; Ulrich *Nießen*, Ressort Personal, Recht und Verwaltung; Noel *Richardson*, Ressort Finanzen; Dr. Heinz-Peter *Roß*, Ressort Leben/Vorsorge; Gernot *Schlösser*, Ressort Krankenversicherung.

Die Beratungen des Aufsichtsrates über die Vorschläge zur Neubestellung und die Beschlussfassung erfolgen noch in diesem Jahr. Damit kann das neue Gremium bereits nach dem Closing seine Arbeit aufnehmen. Das Closing wird für das Ende des laufenden Jahres erwartet.

■ DKV

Engagement in Indien

Die indische Apollo Hospitals Group und die DKV Deutsche Krankenversicherung gründen eine gemeinsame Krankenversicherungsgesellschaft in Indien. Die Apollo DKV Insurance Company Limited wird ihre Geschäftstätigkeit voraussichtlich am 1. April 2007 aufnehmen. Die Apollo Hospitals Group beteiligt sich mit 20%, mit der Apollo Hospitals Group verbundene Unternehmen mit 54% und die DKV mit 26% an der Joint Venture-Gesellschaft, die die notwendigen Zulassungen seitens der indischen Versicherungsaufsicht Insurance Regulatory and Development Authority (IRDA) und anderen gesetzlichen Behörden beantragen wird.

Beide Partner sind in der Geschäftsleitung der neuen Gesellschaft vertreten. „Aufgrund der unterschiedlichen Stärken ergänzen sich beide Partner auf exzellente Weise“, sagte der Vorstandsvorsitzende der Apollo Hospitals Group, Dr. Prathap. C. *Reddy*.

Mit über 7.000 Betten in 38 Krankenhäusern, Krankenpflege- und Krankenhausmanagement-Akademien sowie einer dualen Versorgungskette von Apotheken und Diagnosezen-

tren, die ein sicheres Netz in Indien bilden, ist die Apollo Hospitals Group Asiens größter Gesundheitsversorger.

Die DKV ist seit längerem auf internationalem Expansionskurs. Die Mutter Münchener Rück hat den Gesundheitsmarkt weltweit zu einem wichtigen Zukunftsgeschäftsfeld erklärt.

Derzeit sind lediglich 1,2% der indischen Bevölkerung, das entspricht etwa 11 Millionen Menschen, über den indischen Krankenversicherungsmarkt versichert. Apollo DKV Insurance Company Limited plant zunächst mit Stationär- sowie Reiseversicherungsprodukten in den Markt einzutreten. Vollversicherungsschutz, ambulante Versicherungsprodukte und Krankenhaustagegeldpolicen werden die Produktpalette in naher Zukunft erweitern.

■ Fairsicherungsladen

20 Jahre geschützte Marke

Vor 20 Jahren, am 11. Oktober 1986, wurde „Fairsicherungsladen“ als geschützte Marke für den Versicherungs- und Finanzdienstleistungsbereich in Deutschland eingetragen und steht seitdem für „faire Partnerschaft“ mit Kunden und Versicherungsunternehmen. Seit 2001 genießt die Marke „Fair“ auch europaweiten Schutz. Insgesamt 40 Maklerbüros haben sich seitdem dem Fair e.V. angeschlossen, einem Zusammenschluss des Verbandes der Fairsicherungsmakler e.V., Bremen, und des Verbundes der Fairsicherungsläden e.G., Köln.

■ GGW Gruppe

Expansion nach Süddeutschland

Die Hamburger Gossler, Gobert & Wolters Gruppe (GGW Gruppe) beteiligt sich an der AssVerm Asseku-

ranz-Vermittlungs-Aktiengesellschaft mit Sitz in Saarbrücken. AssVerm ist regionaler Marktführer für betriebliche Versicherungen und auf die Risikoanalyse für Kunden aus den Bereichen Gewerbe und Industrie spezialisiert. Die GGW Gruppe, die unter den TopTen der deutschen Industrieversicherungs-Makler rangiert, will mit dem Einstieg bei AssVerm ihr Standortnetz in Süddeutschland ausbauen.

■ Münchener Rück

Zulassung als Lebensrückversicherer in der GUS

Die Münchener Rück hat in dem schnell wachsenden Markt der Lebensversicherung der früheren Sowjetunion – in der GUS – die Zulassung für die Lebens-Rückversicherung erhalten. Nach der Gründung im März dieses Jahres wurde Anfang Oktober der „Munich Re Life Reinsurance Eastern Europe/Central Asia“ die aufsichtsbehördliche Zulassung erteilt. Kurz darauf erhielt das junge – mit rd. 11 Mio. Euro Kapital (einschl. Rücklagen) ausgestattete – Unternehmen ein Rating durch Moody's, das mit A2/stable übrigens über dem Rating für die Russische Föderation liegt.

Der russische Lebensversicherungsmarkt ist in schnellem Wachstum – zurzeit erreichen die Prämieinnahmen jährliche Zuwachsraten von 100%. Dies geschieht allerdings auf einer Basis, die mit 400 Mio. US-Dollar bei 0,3% des Brutto-Inlandsprodukts liegt (in Großbritannien 9% des BIP). In Russland hat der neue Lebens-Rückversicherer 30 Erstversicherer als Kunden, in den übrigen GUS-Staaten kommen weitere 40 Versicherer dazu.

Die Lebens-Rückversicherung in Russland erlaubt nur einen Anteil an den Lebens-Risiken – die Kapitalanlagen müssen bei den Erstversicherern verbleiben. Fremdwährungs-Abschlüsse sind in Russland erlaubt und insoweit ist auch eine kongruente Deckung mit Fremdwährungs-Aktiva zulässig.

Die Prämien der neuen Gesellschaft werden nach der Übertragung der bisher in München liegenden Bestände am Anfang wohl nur gering über dem jetzigen Eigenkapital liegen – auf die Anfrage der Presse hieß es lediglich, die Prämien erreichen „einen niedrigen zweistelligen Millionen-Betrag.“ Das Unternehmen wird von Dmitri Demidow geleitet, der seit mehr als zwölf Jahren für die Münchener Rück von München aus gearbeitet hat.

Anlässe zur Zurückhaltung bei der Zeichnung der Risiken sieht die Münchener Rück nicht – wenn Chodorkowski als einer der reichsten Männer Russlands vor seiner Inhaftierung eine Lebensversicherung in der Größenordnung seiner Vermögensverhältnisse abgeschlossen hätte, dann hätte er wohl für die Zeit nach seiner Entlassung aus dem Straflager (auch mit Hilfe der Rückversicherer) einen gewissen materiellen Schutz erreichen können. Zweifel an der Rechtssicherheit in Russland hat die Münchener Rück (jedenfalls in ihrem Arbeitsbereich) nicht.

Die Zulassung der neuen Gesellschaft gilt für alle Staaten der GUS – und besondere Aktivitäten sind in den Öl-Staaten Kasachstan und Aserbeidschan sowie in der bevölkerungsreichen Ukraine vorgesehen.

W.R.L.

■ Swiss Re

Übernahme des GE Life-Geschäftes

Swiss Re übernimmt GE Life. Diese Unternehmensgruppe verwaltet das Lebensversicherungsgeschäft von General Electric Company (GE). Der in bar zu entrichtende Kaufpreis beträgt 465 Mio. GBP, inklusive 260 Mio. GBP für das statutarische Eigenkapital. Die Transaktion vergrößert die Reichweite sowie die Infrastruktur des britischen Admin Re-Geschäfts (die Abwicklung von Versicherungsbeständen) von Swiss Re zusätzlich. Es handelt sich um die bislang größte Admin Re-Transaktion der Schweizer.

Sie erwerben damit einen Bestand von etwa 400.000 Policen mit einem Gesamtvermögen von rund 8 Mrd. GBP. Das Portefeuille setzt sich vor allem aus Altersvorsorgeprodukten zusammen. Außerdem umfasst es den National Mutual Fund, den GE Life 2002 akquiriert hat.

GE Life wird unter einem neuen Namen, der 2007 bekannt gegeben wird, über Finanzberater weiterhin Neugeschäft zeichnen.

■ Zurich Deutschland

Integration der Rechtsträger und einheitliche Marke

Gut vier Jahre nach dem Zusammenschluss mit dem Deutschen Herold vollzieht die Zurich Gruppe Deutschland jetzt auch die Integration der Rechtsträger. Die bisher immer noch eigenständig am Markt operierenden Gesellschaften werden rückwirkend zum 1. Januar 2006 zusammengeführt.

Die Schadenversicherer Zurich Versicherung AG (Deutschland), Deutscher

Herold Allgemeine Versicherung AG und die Patria Versicherung AG werden in der Gesellschaft Zurich Versicherung AG (Deutschland) vereint. Die Lebensversicherer Deutscher Herold Lebensversicherung AG und Zurich Lebensversicherung AG (Deutschland) werden in der Gesellschaft Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG zusammengeführt. Damit konzentriert sich die Zurich auch in den formalen Rechtsträger-Bezeichnungen auf die internationale Marke.

Der Direktversicherer DA Direkt wird weiterhin als DA Deutsche Allgemeine Versicherung AG firmieren. Der Name des Deutschen Herold bleibt für die Ausschließlichkeitsvermittler als Vertriebsmarke erhalten.

Nach vollzogener Integration ist die Gesellschaft Zurich Deutscher Herold Leben nach eigenen Angaben die zweitgrößte Lebensversicherungsgesellschaft im deutschen Markt. Die Zurich Versicherung AG wird zum viertgrößten Schaden-/Unfallversicherer (nach Bruttobeitragseinnahmen 2005).

ZEITSCHRIFT FÜR VERSICHERUNGSWESEN

Deutschlands größte unabhängige Halbmonatszeitschrift der Assekuranz

Herausgeber:	Allgemeiner Fachverlag Dr. Rolf Mathern GmbH Agnesstraße 1, 22301 Hamburg, Telefon (0 40) 47 35 00, Telefax (0 40) 4 60 58 70
Internet:	www.allgemeiner-fachverlag.de
Geschäftsführerin:	Eva Mathern
Redaktion:	Dr. Marc Surminski E-Mail: redaktion@allgemeiner-fachverlag.de
Layout:	Dipl.-Kffr. Susanne Buck-Mathern E-Mail: info@allgemeiner-fachverlag.de
Anzeigenpreise:	Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 28 vom 01.01.2004.
Erscheinungsweise:	am 1. und 15. jeden Monats
Bezugspreise:	Einzelheft 5,95 € zzgl. Versandkosten u. MwSt., Sonderheft 10,70 € zzgl. Versandkosten u. MwSt. Bezugspreis jährlich einschl. Versand- bzw. Zustellkosten u. MwSt. 129,00 €. Bestellung direkt beim Verlag Kündigung drei Monate vor Quartalsschluss Bei Einstellung oder Unterbrechung der Lieferung aus Gründen, die der Verlag nicht zu vertreten hat, besteht kein Anspruch auf Rückvergütung von Bezugsgeldern. Nicht erhaltene Exemplare werden nur innerhalb eines Monats nach Erscheinen kostenlos ersetzt.
Konten:	Postbank Hamburg 868-202 (BLZ 200 100 200) IBAN DE 20 2001 0020 0000 8682 02, BIC (SWIFT-CODE) PBNKDEFF Dresdner Bank Hamburg 9 333 800 00 (BLZ 200 800 00) IBAN DE 07 2008 0000 0933 3800 00, BIC (SWIFT-CODE) DRESDEFF00
Druck:	DSN, Hamburger Landstraße 30, 21465 Wentorf
USt.-Ident.-Nr.:	DE 1186 201 69
Copyright:	Alle Rechte vorbehalten. Aus dieser Zeitschrift darf nichts durch Fotokopie, Mikrofilm oder Computerverfahren ohne Genehmigung des Verlages reproduziert oder in elektronische Medien eingegeben oder auf CD-ROM vervielfältigt werden.

Bei Beiträgen, die uns zugesandt werden, gehen wir von der Voraussetzung aus, dass sie vom Autor keiner anderen Zeitschrift zur Veröffentlichung angeboten oder veröffentlicht worden sind. Die veröffentlichten Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers wieder. Für unverlangt eingesandte Manuskripte wird keine Haftung übernommen. Nachdruck nur mit Genehmigung des Verlages und mit Quellenangaben gestattet.

Bücher

■ Haftung und Deckung

Die Haftpflichtversicherung – eine Darstellung anhand von Fällen

Von Carmen Hugel

2. Auflage, 2006, 17 x 24 cm, kartoniert, XII und 295 Seiten, 37 Euro, ISBN 978-3-89952-264-8

Verlag Versicherungswirtschaft GmbH, Karlsruhe

Die Haftpflichtversicherung zählt zu den wichtigsten Versicherungen. Neben zahlreichen rechtlichen Neuerungen hat sich auch der Markt gewandelt. Ob privat oder gewerbliche/berufliche Haftpflicht: Carmen Hugel zeigt, was versichert ist und wo versicherungs- bzw. haftungsrechtliche Probleme liegen.

Das Buch liegt nun in der 2., aktualisierten Auflage vor. Der Darstellung liegen die Musterbedingungen des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Haftpflichtversicherung 2004 zugrunde. Die Rechtsprechung zum Haftpflichtversicherungsrecht und zum Haftungsrecht ist ausführlich wiedergegeben.

Die Autoring verfolgt das bewährte Konzept weiter: Anhand von praxisnahen Fällen lernt man am besten. Das Buch ist daher in zwölf Kapitel gegliedert, die jeweils ein Problem des Versicherungsrechts, wie den

Gegenstand des Haftpflichtvertrages oder seine Beendigung, mit einem Haftungsthema, wie die Haftung von Kindern oder die Haftung von Radfahrern im Straßenverkehr, verbinden. Dadurch wird die Materie in überschaubare Blöcke geteilt, die gut lesbar sind. Die sehr zahlreichen Rechtsprechungshinweise werden insbesondere dem Sachbearbeiter und dem Berufsanfänger nutzen. Auszubildende und Studenten werden von den Fällen angetan sein, die die Materie so bunt und interessant zeigen, wie sie in der Praxis ist.

■ Die Versicherungsnachfrage von Unternehmen

Von Simone Krummaker

Band 4 der Schriftenreihe Kompetenzzentrum Versicherungswissenschaften GmbH

2006, 21 x 14,8 cm, kartoniert, XII und 290 Seiten, 28 Euro, ISBN 978-3-89952-285-3

Verlag Versicherungswirtschaft GmbH, Karlsruhe

Unternehmer und Unternehmen stehen einer Vielzahl von Risiken gegenüber, die in den Bereichen Gesellschaft/Politik, Natur, Mensch und Technik ihren Ursprung haben. Neben dem unternehmerischen Risiko

müssen Unternehmer Personen-, Vermögens- und Sachrisiken begegnen, für die geeignete Risikomanagement-Instrumente zur Verfügung stehen. Unternehmen und Unternehmer müssen nach der Identifizierung relevanter Risiken Entscheidungen treffen, welche Risiken sie selbst tragen möchten, welche Risiken sich vermeiden lassen und welche auf andere Risikoträger transferiert werden sollen. In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage, wie viel Risiko Unternehmen tragen können und sollten und welche Risikomanagement-Instrumente, unter denen die Versicherungsnahme nur eines ist, effizient eingesetzt werden können.

Im Gegensatz zur Versicherungsnachfrage von Individuen, für deren Erklärung die Wissenschaft anerkannte Modelle hervorgebracht hat, ist die Versicherungsnahme von Unternehmen bisher nur in erheblich geringerem Maße untersucht worden. Die vernachlässigte wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema steht im Widerspruch zur großen Bedeutung der Versicherung von Unternehmen für die Versicherungswirtschaft.

Im Rahmen eines Seminars haben sich Studierende mit dem Vertiefungsschwerpunkt „Versicherungswissenschaft“ der Leibniz Universität Hannover sowie namhafte Praktiker und Wissenschaftler mit Fragestellungen um die Versicherungsnachfrage und das Risikomanagement auseinandergesetzt. Die Arbeiten der Studierenden sowie der Beitrag von

Jubiläen im Außen- und Innendienst

Name

| Jubiläumsdatum | Jahre | Ort

| Gesellschaft und Stellung

Klingenberger, Clemens	13.11.2006	50	Recklinghausen	Barmenia, Geschäftstellenleiter
Lingg, Mathilde	15.11.2006	25	Köln	DBV-Winterthur, Abteilungsleiter
Noack, Angelika	16.11.2006	25	Hamburg	Nürnberger Versicherungsgr., Versicherungsangest.
Nüßel, Renate	4.11.2006	25	Nürnberg	Nürnberger Versicherungsgr., Handlungsbeauftragte
Schaeper, Wolfgang	1.11.2006	25	Hamburg	Condor Versicherungsgr., Handlungsbevollmächt.
Scheldt, Wilfried	1.11.2006	25	Kassel	DBV-Winterthur, Vertriebsleiter
Steil, Monika	1.11.2006	25	Saarbrücken	Saarland Versicherung, Innendienstmitarbeiterin
Winner, Regina	16.11.2006	25	München	Münchener Verein, Versicherungsangestellte
Zeman, Anton	1.11.2006	25	Aalen	WWK, Agenturleiter

Rolf Aßhoff, Mitglied der Vorstände der HDI-Versicherungen, liegen nun in dieser Buchveröffentlichung vor.

■ Handbuch des Fachanwalts Versicherungsrecht

Halm/Engelbrecht/Krahe (Hrsg.)
2., erweiterte Auflage 2006,
2.200 Seiten, gebunden,
mit CD-Rom, 118 Euro

Luchterhand Verlag, Darmstadt

Den Fachanwalt Versicherungsrecht gibt es seit dem 1. Januar 2004. Kurz darauf erschien die 1. Auflage dieses Fachanwaltbuches. Bereits nach einem Jahr war die bereits optimistisch geplante Auflage ausverkauft. Den hohen Anspruch an Aktualität, Praxisorientierung und Vollständigkeit hat dieses Buch somit offensichtlich erfüllt.

Die zweite Auflage erläutert die aktuellen Rechtsprobleme aus der Praxis und hat sich zum Ziel gesetzt, damit zugleich alle Kenntnisse für den Erwerb des Fachanwaltstitels zu vermitteln.

Die Meinungen und Vorschläge aus den Rezensionen sind darin umgesetzt worden. Alle anwaltsrelevanten Gebiete des Versicherungsrechts und der komplette Fächerkanon der Fachanwaltsprüfung sind abgedeckt. Für den Fachanwaltslehrgang und die Klausuren ist das Buch deshalb bestens geeignet.

Daneben bietet das Buch Lösungen für alle mit dem Versicherungsrecht befassten Juristen, da die Darstellung der relevanten Themen und Sparten weit über den Fächerkanon hinausgeht.

Besonders ausführlich sind die für den Anwalt wichtigsten Bereiche erläutert: Versicherungsvertragsrecht, Kraftfahrtversicherung (inkl. Kasko) und Sachversicherung sowie die Rechtsschutzversicherung und das Prozessrecht.