



Kritik an Ratings und Bedingungen von BU-Versicherungen

Sind die Bedingungen bei Berufsunfähigkeits (BU)-Policen zu unbestimmt formuliert? Bieten Ratings dem Berater keine Orientierungshilfe, weil es zu viele Produkttarife mit Höchstbewertungen gibt? Jüngste Untersuchungen sollen dies bestätigen. Die Ratingagenturen halten dagegen. Fakt ist: Jeder vierte Leistungsantrag wird abgelehnt. *von Kay Schelauske*

Genau 77 Prozent der von Versicherten wegen Berufsunfähigkeit (BU) eingereichten Leistungsanträge werden von den Lebensversicherern nach Angaben der deutschen Versicherungswirtschaft anerkannt. Das ist keine schlechte Quote. Aus Sicht der Versicherten fällt die Bewertung aber unerfreulich aus: Fast einer von vier Leistungsanträgen wird somit abgelehnt. Für die Betroffenen ist das mehr als ärgerlich: Neben ihren gesundheitlichen Einschränkungen kommen so Probleme bei der Finanzierung ihres Lebensunterhaltes hinzu. Denn auf staatliche Fürsorge

können sie im Fall einer Berufsunfähigkeit längst nicht mehr bauen. Die Leistungen sind zu gering und fließen nur noch bei Erwerbsminderungen, beziehen sich damit also nicht mehr auf Berufsbilder.

„Als Pionier auf dem Gebiet der Bedingungsanalyse für Berufsunfähigkeitsversicherungen erlauben wir uns das Urteil, dass die Qualität der Vertragsbedingungen für BU-Tarife in Deutschland außerordentlich hoch und weltweit führend ist“, betont Michael Franke. Der Geschäftsführer der Ratingagentur Franke und Bornberg

verweist dabei besonders auf die Produkte mit Ratinghöchstnoten, von denen es infolge des jahrelangen Wettbewerbs inzwischen viele gibt. Allerdings ist die Leistungsquote unter den Versicherern mit Höchstwertungen gegenüber dem Marktdurchschnitt, nach Angaben des Analysehauses Morgen & Morgen, nur um etwa einen Prozentpunkt höher. Eine hohe Leistungsquote ist zwar generell als gut zu bewerten, erläutert deren Geschäftsführer Peter Schneider, „überdurchschnittlich hohe Quoten werden allerdings auch moderat abgewertet, da aus Sicht des Kollektivs nicht jeder Antrag anerkannt werden kann bzw. sollte“. Ergo können Kunden und Berater das Risiko einer Ablehnung im Leistungsfall durch Wahl eines top-gerateten Tarifs nicht nachhaltig verringern.

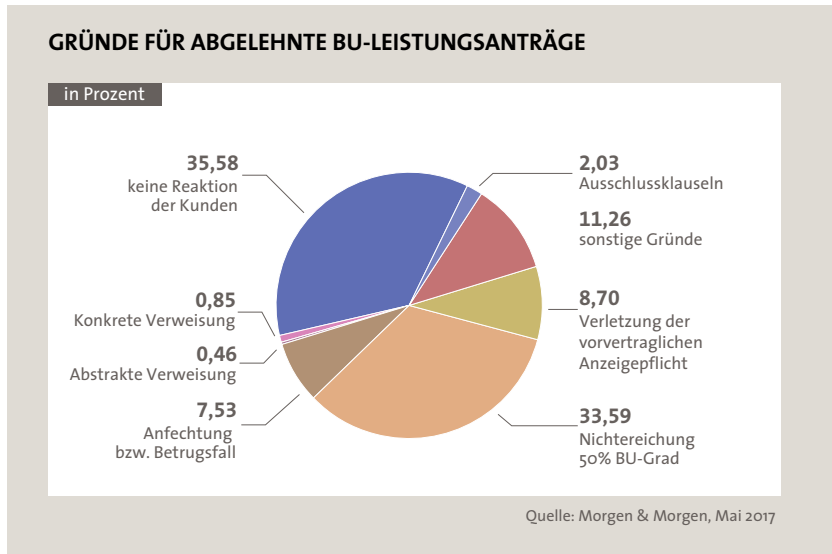
Ein Blick auf die Gründe, die zu einer Ablehnung führen, zeigt allerdings, dass Versicherte an fast jeder zweiten Leistungsablehnung offenbar mehr oder weniger mitverantwortlich sind (siehe Grafik auf der nächsten Seite): In gut elf Prozent der Fälle wurde die Leistungsprüfung u. a. wegen fehlender Unterlagen, zurückgezogenem Leistungsantrag oder wegen parallelem Sozialgerichtsprozess zurück- bzw. eingestellt. Bei fast 36 Prozent der Fälle war dies gegeben, weil der Kunde nicht mehr auf Anfragen und Anschreiben des Versicherers reagiert hat. Nach Angaben des Analysehauses beziehen sich diese bspw. auf den gesundheitlichen Zustand, genaue Diagnosen, Aufforderungen zu weiteren ärztlichen Untersuchungen oder Rückfragen zum Leistungsantrag aufgrund fehlerhafter Antragsstellung.

Für Hendrik Scherer, Geschäftsführer bei der Beratungsgesellschaft PremiumCircle Deutschland (PCD), ist dies auch eine Folge der „Fülle an unbestimmten Begriffen und unverbindlichen Formulierungen in den Vertragsbedingungen“. So lassen Formulierungen wie „ausführliche Berichte der Ärzte“ oder „weitere ärztliche

Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte“ Art und Umfang der geforderten Unterlagen völlig offen. Formulierungen wie „Ärzte, die den Versicherten behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben“ erlauben es dem Versicherer mangels zeitlicher Komponente gar, Nachweise rückwirkend bis zur Geburt des Versicherten anzufordern.

Kritisch sieht der Geschäftsführer auch folgende zentrale Bedingung zur Leistungsprüfung: „Jemand ist berufsunfähig, wenn er voraussichtlich sechs Monate zu mindestens 50 Prozent außerstande ist, seine zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit auszuüben. Hier bleibt völlig im Unklaren, nach welchen Maßstäben der Versicherer den BU-Grad ermittelt. Einheitliche Regelungen sind ebenfalls Fehlanzeige“, sagt Scherer und verweist gleichzeitig auf eigene Untersuchungen, die eklatante Unterschiede bei den Versicherern zutage gefördert haben.

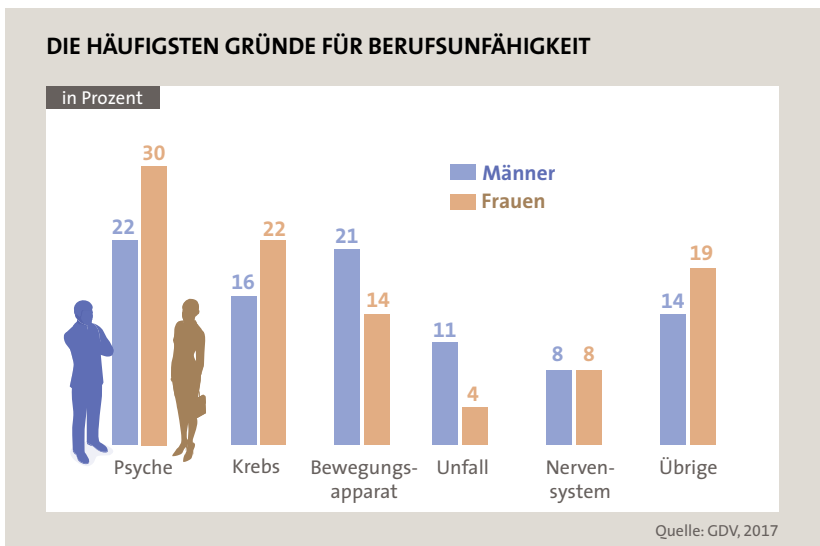
Im Frühjahr hatte PCD die Ergebnisse einer Qualitäts- und Transparenzinitiative (QTI) veröffentlicht (siehe Schaubild auf der nächsten Seite). Dabei wurden 62 BU-Versicherer zum tatsächlichen unternehmensindividuellen Leistungsverhalten befragt.



Lediglich 15 Versicherer mit einem Gesamtmarktanteil von 23,2 Prozent hatten sich am Ende beteiligt. „Aufgrund der Größe der teilnehmenden Gesellschaften und ihrer Marktrelevanz insbesondere im freien Vermittlermarkt für die Absicherung des BU-Risikos lassen sich dennoch repräsentative Aussagen treffen“, betont Scherer und verweist insbesondere auf Teilnehmer wie Alte Leipziger, HDI, Volkswahl Bund und Swiss Life. Nach den Ergebnissen haben mit 27,8 Prozent sogar mehr als ein Viertel der An-

bieter ihre Leistung versagt, die individuelle Quote variere dabei zwischen 13,9 und 55,8 Prozent. „Schutzbedürftige Verbraucher und Vermittler haben derzeit kaum die Möglichkeit, gute von schlechten Leistungen zu unterscheiden“, so der PCD-Geschäftsführer.

Die Resultate einer kürzlichen Befragung von 188 Maklern, die ihre Tätigkeit im Durchschnitt seit knapp 20 Jahren ausüben, unterstreichen nach Einschätzung von PCD die bestehenden Defizite: Demnach treffen 59,2 Prozent der Befragten ihre Produktauswahl anhand der Versicherungsbedingungen und 27,2 Prozent anhand des Leistungsverhaltens der Gesellschaften. Acht von zehn Makler schätzen die Transparenz und Verständlichkeit der Wordings „als gering oder nur in Teilen gegeben“ ein und drei Viertel der Befragten bewerten das Verhalten der Versicherer im Leistungsfall als „nicht oder nur teilweise plausibel und intransparent“. Scherer betont: „Eine Auswahl von verallgemeinernden gleichmachenden Siegeln liefert keine wirkliche Orientierungshilfe. Deshalb könne die Produktauswahl des Maklers derzeit im ersten Schritt nur über fachliche Kompetenz und vor allem inhaltliches Produktwissen der Versicherungsbedingungen aller Anbieter



JEDER VIERTE BU-LEISTUNGSFALL WIRD NICHT ANERKANNT

72,2 % der abschließend bearbeiteten Leistungsfälle wurden anerkannt.

bei 8,7 % der abgelehnten Leistungsfälle wurde Klage durch den Versicherungsnehmer/ Versicherte Person erhoben

31,4 % der insgesamt 169 getroffenen erstinstanzlichen Urteile (LG) gingen zugunsten des klagenden Versicherungsnehmers/Versicherte Person aus.

95 Tage beträgt die durchschnittliche Bearbeitungsdauer bis zum Abschluss eines Leistungsfalles*

45,7 Jahre beträgt das durchschnittliche Alter bei Meldung eines Leistungsfalles*

* gewichtet mit der Anzahl der abschließend bearbeiteten Leistungsfälle, Basis: Qualitäts- und Transparenzinitiative Herbst 2016, Quelle: PremiumCircle

erfolgen.“ Gleichzeitig bleibe es unerlässlich, dass der Berater von seinem Kunden eine berufliche Tätigkeitsbeschreibung einholt, die Aufschluss über das Anforderungsprofil, z. B. hinsichtlich der Reisetätigkeiten und der Personalverantwortung, gibt. Scherer: „Nur so kann der Berater seriös quotieren.“ Ähnlich sei die Situation bei der Beantwortung der gesundheitlichen Fragen, weshalb unbedingt eine ärztliche Akte samt Fragebogen eingeholt werden sollte.

„Unbestimmte Begriffe sind in Gesetzen und Vertragswerken nichts Ungewöhnliches“, hält Franke der Kritik an den Bedingungswerken entgegen und fügt hinzu: „Im Rahmen der Berufsunfähigkeitsversicherung sind sie sogar notwendig, denn abgesichert werden soll ja gerade die individuelle Ausgestaltung des Berufs jedes einzelnen Versicherten, die sich zudem während der Vertragslaufzeit mehrfach ändern kann.“ Zwangsläufig ergebe sich daraus eine Fall-individuelle Leistungsprüfung, die sehr vielschichtig und damit naturgemäß im Einzelfall auch angreifbar sei. Nach Einschätzung des BU-Experten würde jede Veränderung des aktuell üblichen Berufsbegriffs zwar möglicherweise die Regulierung beschleunigen können, aber auch deutlich mehr Ablehnungen zur Folge haben.

„Die Bedingungen einer Berufsunfähigkeitsversicherung sind natürlich

abstrakt gehalten, da ja auch die Ursachen einer BU vielfältig sein können. Man müsste also entweder ein dickes Buch an Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) schreiben, um jede Möglichkeit abzudecken, oder man hält die AVB abstrakt“, hebt Schneider hervor und weist darauf hin, dass abstrakte Regelungen – im Gegensatz zum amerikanischen Case-Law – dem deutschen Recht immanent sind. Mit Blick auf den § 305 c Abs. 2 BGB weist der Geschäftsführer des Analysehauses zudem darauf hin, dass sich Versicherer immer bemühen werden, ihre AVB so konkret wie möglich zu formulieren. Denn Zweifel an der Auslegung der entsprechenden Formulierungen würden immer zu Lasten der Gesellschaften gehen. „Es liegt in der Natur der Sache, dass es immer eine streitbare Grauzone gibt. Ob der Grad der Berufsunfähigkeit bei 49,9 oder 50 Prozent liegt, ist bei der Beurteilung von unendlich vielen winzigen Faktoren abhängig, entscheidet aber über 100 Prozent der Leistung“, sagt Schneider, „im Zweifel streiten hierüber dann Juristen, Mediziner und Gutachter mit jahrzehntelanger Erfahrung in diesem Spezialgebiet. Dass der einfache Versicherungsnehmer oder Berater dies in seiner Gänze nicht nachvollziehen kann, ist mehr als verständlich.“

Laut Franke ist eine gerichtliche Überprüfung der Leistungsentscheidung des Versicherers alles andere als ein Massenphänomen: „Im Durchschnitt

kommen auf 100 Leistungsfallanmeldungen, die später zur Entscheidung kommen, weniger als fünf Gerichtsprozesse“, schildert der Geschäftsführer von Franke & Bornberg aus drei Jahrzehnten Erfahrung, angefangen bei der Bedingungs- und Leistungsfallanalyse bis hin zur Auswertung der Rechtsprechung. Franke betont, dass man als Einziger auch vor Ort bei den Unternehmen hinter die Kulissen schaut und Stichproben vornimmt, statt Daten einfach nur abzufragen und ungeprüft zu übernehmen.

Statt Ratings pauschal zu kritisieren, empfiehlt Franke zu differenzieren: „Neben Ratings, die Produktqualitäten in Qualitätsklassen strukturieren, gibt es heute zugespitzte Rankings am Markt, die eine Qualitätsrangfolge der BU-Tarife suggerieren.“ Die Problematik: Dort werde Sachverhalten, die nachweislich für die Kunden keine Rolle spielen, eine ebenso große Bedeutung beimessen wie den wirklich entscheidenden Produktmerkmalen. Dies führe dazu, dass die Beimischung unwichtiger Regelungen über die Rangplätze entscheidet. „Hinter dieser undifferenzierten Anhäufung von möglichst vielen Vergleichskriterien stecken häufig handfeste wirtschaftliche Interessen der Betreiber solcher Vergleiche. Es verwundert demnach nicht“, resümiert Franke, „dass Ersteller solcher Rennlisten seriöse Qualitätsbeurteilungen diskreditieren, um ihre eigenen wirtschaftlichen Interessen zu befeuern.“

AUF DEN PUNKT GEBRACHT

Jüngste Marktuntersuchungen und Maklerbefragungen offenbaren erhebliche Defizite bei der Klarheit und Transparenz von Bedingungswerken der BU-Versicherungen. Die Beratungsgesellschaft PremiumCircle Deutschland erhebt daher massive Vorwürfe gegen die Lebensversicherer und Ratingagenturen. Deren verallgemeinernden Ratings würden keine Orientierungshilfe bei der Produktauswahl bieten. Die kritisierten Agenturen widersprechen erwartungsgemäß deutlich.