

# VersicherungsJournal.de

Nachricht aus Versicherungen & Finanzen vom 3.3.2014

## BU-Schadenregulierung im Praxistest

**Die Schadenregulierung der Assekuranz wird immer wieder kritisiert. Das Analysehaus Franke und Bornberg stellt eine Stichprobe der Leistungspraxis von sieben Lebensversicherern dagegen. Die Ergebnisse zeigen „keine besonderen Auffälligkeiten“.**

Gegen Kritik an der Schadenregulierung deutscher Versicherer hatte sich schon der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (<http://www.gdv.de>) zur Wehr gesetzt und war dem „Nein-Sager-Image“ mit konkreten Zahlen begegnet.

In der Berufsunfähigkeits-Versicherung werden laut GDV jährlich 98,0 Prozent der Leistungsfälle ohne Einschaltung eines Gerichts erledigt (VersicherungsJournal 2.7.2013 (<http://www.versicherungsjournal.de/versicherungen-und-finanzen/gdv-sieht-gut-funktionierende-regulierungspraxis-115908.php>) und 4.7.2013 (<http://www.versicherungsjournal.de/versicherungen-und-finanzen/kompetente-schadenregulierung-bringt-wettbewerbsvorteile-115936.php>)).

Auch das Bundesministerium der Justiz ([http://www.bmj.de/DE/Home/home\\_node.html](http://www.bmj.de/DE/Home/home_node.html)) (BMJ) war medialen Vorwürfen nachgegangen, Versicherer würden bei der Schadenregulierung gezielt verzögern oder berechnete Forderungen nicht anerkennen. „Zusammengefasst lässt sich sagen, dass die Landesjustiz-Verwaltungen (LJV) ganz überwiegend weder die erhobenen Vorwürfe bestätigen (...), noch Rechtsänderungen für erforderlich halten“, heißt in eine Stellungnahme des Ministeriums (VersicherungsJournal 19.7.2013 (<http://www.versicherungsjournal.de/markt-und-politik/bmj-regulierung-der-versicherer-im-prinzip-in-ordnung-116090.php>)).

### Anwälte werfen der Branche zögerliche Regulierung vor

Dem hat die Arbeitsgemeinschaft Versicherungsrecht im Deutschen Anwaltverein (<http://www.davvers.de/>) widersprochen.

Eine Umfrage im August 2013 unter rund 7.000 Fachanwälten (Versicherungs- sowie Verkehrsrecht) kam zu „erschreckenden“ Ergebnissen: 75 Prozent der Anwälte erleben ein mehr oder weniger zögerliches Regulierungsverhalten, 80 Prozent beobachten, dass diese Praxis zunimmt.

Schlechtregulierungen seien keine Einzelfälle, wie es der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. darstelle. Die Arbeitsgemeinschaft wolle nun voraussichtlich zusammen mit den Versicherungs-Fachanwälten ihre Mitglieder repräsentativ und dezidiert befragen (VersicherungsJournal 11.10.2013 (<http://www.versicherungsjournal.de/versicherungen-und-finanzen/anwaelte-wollen-regulierungspraxis-weiter-pruefen-116963.php>)).

### Der Blick in die Schadenakten

Solchen Behauptungen tritt die Franke und Bornberg GmbH (<http://www.franke-bornberg.de/>) mit einer Untersuchung der Regulierungspraxis in der Berufsunfähigkeits-Versicherung (BU) entgegen.

Seit zehn Jahren schauen sich die Analysten im Rahmen ihres BU-Unternehmens-Ratings (<http://www.franke-bornberg.de/index.php?id=18>) die Leistungspraxis der Versicherer anhand von umfangreichen Stichproben in Leistungsfallakten an.

Nun habe man die zunehmenden Vorwürfe zum Regulierungsverhalten der Versicherer zum Anlass genommen, die Analysen der Leistungsfälle im aktuellen Rating noch umfassender durchzuführen.

### Sieben Versicherer im Leistungs-Check

Ausgewertet wurde die Regulierungspraxis dieser Gesellschaften:

- AachenMünchener Lebensversicherung AG (<http://www.amv.de/>),
- Ergo Lebensversicherung AG (<http://www.ergo.de/>),
- HDI Lebensversicherung AG (<http://www.hdi.de/>),
- Nürnberger Lebensversicherung AG (<http://www.nuernberger.de/>),
- Stuttgarter Lebensversicherung a.G. (<http://www.stuttgarter.de/>),
- Swiss Life Deutschland (<http://www.swisslife.de/>), und
- Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG (<http://www.zurich.de/>)

Der Gesamtbestand an Berufsunfähigkeits-Versicherungen bei den genannten Unternehmen wird in der Untersuchung mit 4,8 Millionen Versicherten angegeben, davon haben 1,4 Millionen lediglich die Beitragsbefreiung einer Hauptversicherung, aber keine Rente vereinbart.

Der BU-Leistungsbestand zum Jahresende 2012 betrage bei diesen Versicherern rund 75.000 Fälle, heißt es weiter.

### Über 22.000 Leistungsfälle pro Jahr

Den sieben Unternehmen waren nach Angaben von Franke und Bornberg im Jahr 2012 rund 22.400 neue BU-Leistungsfälle gemeldet worden. Sie würden damit mehr als 50 Prozent des Gesamtmarktes repräsentieren.

Von diesen Ansprüchen seien rund 13.200 Fälle anerkannt und 5.600 abgelehnt worden, gaben die Analysten an. 3.600 vorsorgliche Anmeldungen seien von Anspruchstellern nicht weiter verfolgt worden.

### Stichprobe von 100 Fällen pro Gesellschaft



Michael Franke (Bild: Neuenhausen)

Anhand einer aussagekräftigen Stichprobe von mindestens 100 Leistungsfällen pro Gesellschaft wurden die Angaben bei den Unternehmen vor Ort überprüft und von den Analysten durch spezielle Auswertungen zur Regulierungspraxis ergänzt.

„Da es häufig im Rahmen von Ablehnungen Beschwerden über die Gesellschaften gibt, wurden in der Stichprobe zu 75 Prozent Ablehnungen einbezogen“, erläutert Michael Franke, Geschäftsführer von Franke und Bornberg, die Methodik. Dies führt potenziell zu einer erhöhten Quote an Gutachten in der Stichprobe, da in der Regel bei sich andeutender Ablehnung häufiger Gutachter hinzugezogen werden.

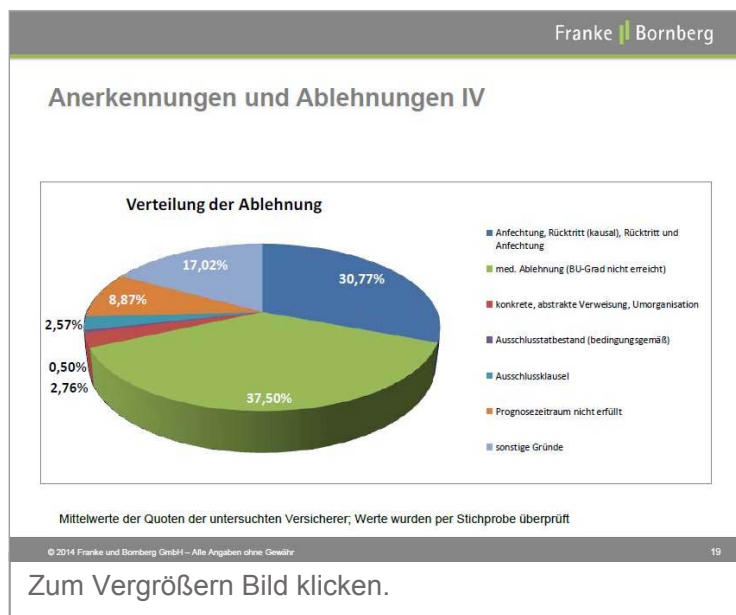
Bei der Auswahl der Stichprobenfälle hätten alle Anerkennungs- und Ablehnungsgründe gemäß ihrer Häufigkeit Berücksichtigung gefunden. Innerhalb der Auswahlbereiche seien die Vorgänge zufällig ausgewählt worden. Die Schwerpunkte hätten dabei auf den komplizierteren Fällen, wie Anfechtung, BU-Grad von 50 Prozent, nicht erreichtem Prognosezeitraum, Individualvereinbarungen und Vergleichen gelegen.

### 70 Prozent der Leistungsansprüche wurden anerkannt

Lässt man jene Fälle außen vor, in denen die Versicherten ihre Mitwirkungspflichten nicht erfüllt haben oder ihren Leistungsantrag zurückgezogen haben, so beträgt der Anteil der Anerkennungen 70,2 Prozent.

Davon wurden 85,6 Prozent bedingungsgemäß anerkannt. In 10,2 Prozent der Fälle wurden außergerichtliche Individualvereinbarungen geschlossen und mit 4,1 Prozent der Versicherten gerichtliche Vergleiche.

## Fehlender Grad der Berufsunfähigkeit häufigster Ablehnungsgrund



29,8 Prozent der Ansprüche wurden von den untersuchten Gesellschaften abgelehnt. Mit einem Anteil von 37,5 Prozent häufigster Grund für die Ablehnung war das Nichterreichen des Grades der Berufsunfähigkeit, ab dem die Versicherung einzutreten hat.

Bei 31 Prozent der zurückgewiesenen Ansprüche wird als Grund „Anfechtung, Rücktritt (kausal), Rücktritt und Anfechtung“ angegeben. Diese Quote hatte seit 2007 im Jahr 2009 mit über 40 Prozent den höchsten Wert und ist seitdem gesunken.

An dritter Stelle (17 Prozent) stehen nicht näher aufgeschlüsselte sonstige Gründe, bei neun Prozent der Ablehnungen lautete die Begründung: „Prognosezeitraum nicht erfüllt“.

Die Verweisungs- und Umorganisationsquote war von 2008 bis 2011 auf unter zwei Prozent gesunken und 2012 auf 2,8 Prozent gestiegen. Den größten Anteil daran hat die abstrakte Verweisung (<https://de.wikipedia.org/wiki/Berufsunf%C3%A4higkeitsversicherung>).

## Regulierung dauert Monate

Die Regulierung von BU-Leistungsfällen kann nach den Feststellungen von Franke und Bornberg mehr als 18 Monate dauern. Solche „Ausreißer“ unberücksichtigt lassend wurde eine durchschnittliche Bearbeitungsdauer bis zur Ablehnung von etwa sechs Monaten ermittelt, Anerkennungen erfordern im Mittel gut fünf Monate.

Die Analysten weisen darauf hin, dass die gesamte Dauer der Regulierung eines Leistungsfalles nicht ausschließlich im Verantwortungsbereich des Versicherers liegt: „Einen großen Anteil haben Zeiten für die Bearbeitung des Kundenfragebogens durch den Antragssteller, Zeiten bis zur Beantwortung von Arztfragen sowie Zeiträume für ein etwaiges Gutachten.“

Trotz des bei den Versicherern vorhandenen medizinischen Fachwissens seien in zehn Prozent der zu entscheidenden Vorgänge Gutachten nötig. Hier entstünden manchmal monatelange Wartezeiten. In keinem Fall hätten sich Anzeichen einer strategischen oder systematischen Verschleppungstaktik der Versicherer gezeigt.

Aufgezeigt wird aber auch, dass die Gesellschaften nicht immer blitzschnell arbeiten. So vergehen von der Erstmeldung des Kunden bis zum Versand des Kundenfragebogens durchschnittlich fast vier Tage. Die Bearbeitungsdauer nach Eingang des Kundenfragebogens bis zur nächsten Aktion beträgt mehr als zehn Tage. In dieser Zeit sei meist ein Fragebogen an den behandelnden Arzt zu versenden, der aus dem Kundenfragebogen erstellt werden muss, erläutern Franke und Bornberg.

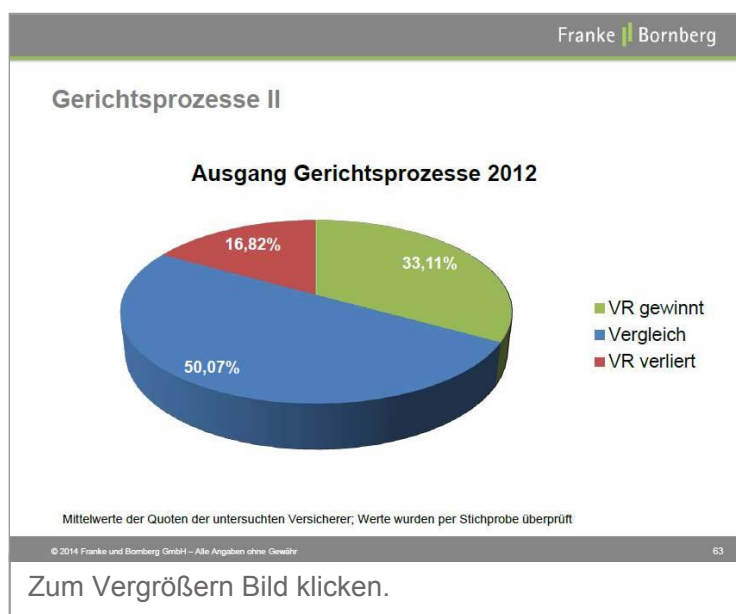
## Viele Gutachter im Einsatz

Der Vorwurf, die Branche konzentriere sich bei den Gutachten auf wenige Ärzte oder Institute, sehen die Analysten durch ihre Recherche in den Schadenakten als widerlegt an.

Die im Rahmen der Stichprobe ermittelten 69 Gutachten wurden bei 49 verschiedenen Sachverständigen in Auftrag gegeben. Das Institut mit der größten Häufung an Gutachten wurde sechs Mal beauftragt. Bei drei weiteren Instituten wurden je drei Aufträge erteilt, bei sechs weiteren Einrichtungen je zwei.

Bestätigt hätten sich auch Aussagen der Gesellschaften, möglichst wohnortnahe Gutachter einzusetzen, und bei der Auswahl auf zeitnahe Verfügbarkeit zu achten, um lange Wartezeiten zu vermeiden.

Bei mehr als der Hälfte der Gutachten sei es um psychische Erkrankungen gegangen, bei denen schwierig festzustellen sei, ob wirklich eine Berufsunfähigkeit vorliegt.



### Selten vor Gericht

Von den Leistungsentscheidungen landeten im Durchschnitt der Jahre 2010 bis 2012 3,3 Prozent vor Gericht.

Von den in 2012 geführten Prozessen haben die Versicherer 33,1 Prozent gewonnen.

16,8 Prozent der Urteile gingen zu Gunsten der Kunden aus.

Die Quote der verlorenen Prozesse im Verhältnis zur Zahl aller zu entscheidenden Leistungsfälle beträgt nach Berechnungen von Franke und Bornberg 0,7 Prozent.

Jede zweite Klage wurde durch einen Vergleich erledigt.

### Keine besonderen Auffälligkeiten

„Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Leistungsregulierung der Gesellschaften über den gesamten Bestand gesehen keine besonderen Auffälligkeiten aufweist. Im Allgemeinen haben sich die relevanten Dauern und Quoten in den letzten Jahren verbessert oder sind zumindest konstant geblieben.“

So fassen Franke und Bornberg ihre Untersuchung zusammen und empfehlen: „Versicherer sollten Ihre Prüfprozesse, Bearbeitungsdauern und -quoten etc. wesentlich transparenter darstellen. Nur so kann unrealistischen Erwartungshaltungen oder Spekulationen entgegengewirkt werden.“

Weitere Details aus der BU-Leistungspraxisstudie veröffentlichen die Analysten in ihrem „fb>blog“ (<http://www.franke-bornberg.de/blog/>).

Claus-Peter Meyer (<http://www.cpmeyer.de>)

Das VersicherungsJournal ist urheberrechtlich geschützt. Das bedeutet für Sie als Leserin bzw. Leser: Die Inhalte sind ausschließlich zu Ihrer persönlichen Information bestimmt. Für den kommerziellen Gebrauch müssen Sie bitte unsere ausdrückliche Genehmigung einholen. Unzulässig ist es, Inhalte ohne unsere Zustimmung gewerbsmäßig zu nutzen, zu verändern und zu veröffentlichen.

**Kurz-URL:** <http://vjournal.de/-118227>