

In dieser Ausgabe:

Kurzmeldungen	Seite 1
Psychische Erkrankungen unterschätzt	Seite 5
ERGO Rente Garantie	Seite 6
E-Interview mit Manuela Zwanzig, Bereichsleiterin	Seite 8
Antrags- und Risikoservice der Swiss Life AG Niederlassung Deutschland, Teil II	

Kurzmeldungen

Bürgerversicherung vernichtet Arbeitsplätze: Die **vbw - Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V.** hat auf der Internetseite www.buergerversicherungsrechner.de einen Rechner zur Verfügung gestellt, mit dem Arbeitgeber, aber auch einzelne Arbeitnehmer, leicht ausrechnen können, **wie sich die von SPD und Grünen geplante Bürgerversicherung auswirken** würde. Die von der **SPD** in einer **Bürgerversicherung** in Aussicht gestellte Absenkung des Beitragssatzes von heute 7,3 Prozent auf 7,1 Prozent wird durch die Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze jedoch deutlich überkompensiert. Selbst die **SPD** bestätigt, dass es zu einer zusätzlichen Gesamtbelastung der deutschen Wirtschaft in Höhe von 5 Milliarden EUR jährlich kommen wird. Verwendet man die von der **SPD** verwendeten Zahlen zur **Lohnsumme in Deutschland**, dann ergibt sich jedoch bereits eine Mehrbelastung von knapp 8 Mrd. Euro. Mit Hilfe **zahlreicher konkreter, anonymisierter Beispiele von Unternehmen** zeigt die **vbw** auf, dass die geplante Bürgerversicherung für nahezu alle Arbeitgeber eine deutliche Mehrbelastung bedeuten würde. Im Fazit heißt es: **„Die Bürgerversicherung wirkt damit wie eine Sonderabgabe auf qualifizierte Arbeitsplätze.“**

Beitragsrückgang bei ERGO Leben: Im **Geschäftsjahr 2012** gingen die **Beitragseinnahmen** der **ERGO Lebensversicherung AG** um 3,2% auf 3,3 Mrd. Euro zurück. Die **Neubeiträge** gingen um 11,4% auf 978 Mio. Euro zurück. Während das Neugeschäft gegen laufenden Beitrag nahezu unverändert blieb, reduzierten sich die Einmalbeiträge um gut 14%. Wichtigstes Produkt mit Neugeschäft war mit einem Anteil von 51,5% die **klassische Rentenversicherung**. Der Anteil **der betrieblichen Altersversorgung** lag bei ca. 37%. Die **Nettoverzinsung der Kapitalanlagen** lag bei 4,1%. Wachstumschancen für das laufende Jahr verspricht sich **ERGO** vor allem aus der für den **1. Juli** geplanten **Einführung der neuen ERGO Rente Garantie**, einem Produkt mit neuartigem Garantiemodell

Politik auf dem Irrweg: Michael Hessling, Leiter der Fachvereinigung Direktversicherung der Arbeitsgemeinschaft für betriebliche Altersversorgung (Aba) und Vorstand der Allianz Lebensversicherung für das Firmenkundengeschäft und den Maklervertrieb, freute sich auf der **75. Aba-Tagung in Berlin** darüber, dass die **Zahl der Versorgungsberechtigten in der betrieblichen Altersversorgung (bAV) in Deutschland** in den letzten zehn Jahren um fünf Millionen Personen zugenommen habe. Dies sei auch eine Folge verstärkter staatlicher Förderung. In jüngster Zeit beobachte er jedoch *„einen eingeschränkten Blickwinkel der Politik, die Altersarmut primär in der ersten Säule, also über die gesetzliche Rente, bekämpfen will“*. **Angesichts der demografischen Entwicklung sei dies ein Irrweg, erklärte Hessling**. Die anhaltenden Niedrigzinsen hätten zudem bei der Ausfinanzierung von Pensionszusagen bisher eine Lücke von 25% gerissen. Die niedrigen Zinsen übten außerdem einen enormen **Druck auf die Kostenseite der bAV** aus. Der Hebel für mehr Effizienz liege aufgrund der in den letzten Jahren schon deutlich gesunkenen Verwaltungskosten jetzt bei den Beratungs- und Vertriebskosten. **Hessling plädierte daher für die Vereinfachung steuerlicher Regelungen sowie den Ausbau von Automatismen in Tarifverträgen und bei der Entgeltumwandlung**.

Delta Direkt wächst: Die **Delta Direkt Lebensversicherung AG, München**, eine Tochter der **Lebensversicherung von 1871 a. G.**, ist im **Geschäftsjahr 2012** sowohl bei den **gebuchten Bruttobeiträgen** als auch bei der **Versicherungssumme im Bestand** gewachsen. Die Gesellschaft, die sich selber als **Spezialist für Risikolebensversicherungen** sieht, steigerte die Versicherungssumme um 4,5 Prozent auf 9,7 Mrd. Euro. Die gebuchten Bruttobeiträge legten um 1,7 Prozent auf 62,8 Mio. Euro zu. Als einen der **Erfolgsfaktoren** sieht **Vorstand Dr. Klaus Math** die **maßgeschneiderte Preiskalkulation** an, bei der Kriterien wie Ausbildung, Familienstand, Kinder, Körpergröße, Gewicht und Gesundheitszustand berücksichtigt werden. Zudem könnten Versicherungsleistungen bei prognostizierter kurzer Lebenserwartung auch schon zu Lebzeiten in Anspruch genommen werden.

Kritik ignorieren: In einem Artikel auf der **Internet-Seite SPIEGEL Online** hat **Christian Kirchner** dargestellt, dass sich die **Riester-Rente** trotz aller „Miesmacherei“ von Verbraucherschützern, Finanzjournalisten und Online-Kommentatoren **vor allem für Geringverdiener** durchaus rechne. In einem Rechenbeispiel müsse eine Sparerin lediglich 22,16 Euro pro Monat Euro selbst aufwenden, um in den Genuss von 454 Euro jährlicher Zulage durch den Staat zu kommen. Hieraus ließen sich bei einer Verzinsung von 5% bis zum Endalter von 65 Jahren 52.000 Euro erzielen. Dass die Riester-Einkünfte im Alter in die Berechnung der Grundsicherung eingehen, kommentiert **Kirchner** sehr deutlich: *„Allerdings wäre es fragwürdig, wenn der Staat dieser unsinnigen Regelung nicht bald ein Ende bereiten würde. Denn ... dass ausgerechnet diejenigen, die ganz dringend eine Aufstockung ihrer Rente bräuchten auch noch Anreize bekommen, nichts zu tun, ist auf Dauer unhaltbar.“*

Pax-Familienfürsorge mit Aufnahmegarantie: Die **Pax-Familienfürsorge Krankenversicherung AG im Raum der Kirchen** hat als nunmehr vierter Anbieter nach **Debeka, Signal-Iduna und HUK-Coburg** eine **Aufnahmegarantie** eingeführt. Diese können **Angestellte**, die die Versicherungspflichtgrenze in Höhe von monatlich 4.350 Euro brutto erstmals überschritten haben, innerhalb von sechs Monaten ab dem Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze beanspruchen. Dies gelte **auch für nicht berufstätige familienversicherten Angehörige**. Zwar würde trotz der Aufnahmegarantie bei Antragsstellung eine **Gesundheitsprüfung** durchgeführt, es würden jedoch **keine Anträge auf Grund des Gesundheitszustandes abgelehnt**, sie diene ausschließlich der Ermittlung von Vorerkrankungen. Evtl. **Risikozuschläge** sollen bei maximal 30% des Tarifbeitrages liegen. Leistungsausschlüsse seien nicht vorgesehen. Zudem würde in der **Pflegeversicherung** auf Risikozuschläge verzichtet.

Ablaufleistungen der Lebensversicherer gestiegen: In der **Ausgabe 826 – 829 „Zeit für Lebensversicherungen: Ablaufanalyse 2002 bis 2013“** hat der **Brancheninformationsdienst map-report** die tatsächlichen **Beitragsrenditen von Kapitallebensversicherungen** analysiert und kommt dabei zu durchaus überraschenden Erkenntnissen. **Erstmals seit 2001 hat sich der Abwärtstrend bei den Renditen nicht fortgesetzt**. Für Verträge mit einer Laufzeit von 30 Jahren (20 Jahren / 10 Jahren) ergibt sich danach im Marktdurchschnitt eine Rendite von 5,05% (4,29% / 3,29%), nachdem die Werte für 2011 noch bei 5,01% (4,27% / 3,12%) gelegen hatten. Den Grund für dieses im Zusammenhang mit der anhaltenden Niedrigzinsphase überraschende Ergebnis hat **Chef-Redakteur Manfred Poweleit** leicht ausgemacht und sehr deutlich kommentiert: *„Wenn Zinsen sinken, steigen in den Büchern der Versicherer die Werte der Zinspapiere. Theoretisch entstehen so stille Reserven, die nur Scheinreserven sind. Da Richter, Politiker und manche ‚Verbraucherschützer‘ die Problematik nicht nachhaltiger Scheinreserven nie verstanden haben, müssen Lebensversicherer bei dramatischen Zinseinbrüchen ihre Kunden, deren Verträge gerade fällig werden, an diesen Scheinreserven beteiligen. Je weniger Geld Versicherer am Zinsmarkt verdienen, umso mehr müssen sie ausschütten...“*.

Bundesbürger haben Sorgen für die Zukunft: Zwar fühlen sich z. Zt. **89% der Deutschen** mit ihrem **Krankenversicherungsschutz gut oder sogar sehr gut abgesichert**. Für die Zukunft gehen jedoch 63% der Befragten davon aus, dass die **Gesetzliche Krankenversicherung immer weniger Leistungen** übernehmen kann und damit der **Eigenanteil der Versicherten steigen** wird. Zudem trauen nur 50% der Teilnehmer an der Befragung der Gesetzlichen Krankenversicherung zu, auch zukünftig einen ausreichenden Versicherungsschutz bieten zu können. Das sind einige der Ergebnisse **einer repräsentativen persönlich-mündlichen Befragung durch die TNS Infratest Finanzforschung** im Frühjahr dieses Jahres. **Manfred Kreileder, Senior Director der TNS Infratest Finanzmarktforschung**, sieht in diesem Zusammenhang die Politik in der Pflicht, für die eigenverantwortliche Gesundheitsvorsorge der Bürger einen verlässlichen und planbaren Rahmen zu schaffen.

Zahl der Pflegebedürftigen steigt: Alle zwei Jahre erhebt das **Statistische Bundesamt** die sog. **Pflegestatistik**, zuletzt **2011**. Danach waren Ende 2011 etwa **2,5 Mio. Menschen in Deutschland pflegebedürftig**. Das sind **fast 25% mehr als Ende 1999**. Im Vergleich zur vorherigen **Pflegestatistik 2009** nahm die Zahl um 7% zu. Zwei Drittel der Pflegebedürftigen sind Frauen. Knapp 1,8 Mio. Menschen, also ungefähr **zwei Drittel der Betroffenen, werden zu Hause gepflegt**. Da bisher in **Deutschland Pflege vorrangig zu Hause** stattfindet, ist es für den **Vertrieb von Pflegeversicherungen** vor allem wichtig, erwachsene Kinder für das Pflegerisiko ihrer Eltern und Ehepartner untereinander zu sensibilisieren. Aufgrund der zunehmenden Anzahl der Personen in Pflegeheimen nimmt auch die **Bedeutung der Pflegekostenlücke** zwischen den Leistungen der Pflichtversicherung und den tatsächlichen Kosten stationärer Pflege zu. Schließlich zeigt der **starke Anstieg an Pflegebedürftigen in der Pflegestufe I**, dass nicht nur Vorsorge für die „schwereren“ Pflegestufen II und III getroffen werden sollte.

myLife steigert Beitragseinnahmen: Die **myLife Lebensversicherung AG** konnte im **Geschäftsjahr 2012** die **gebuchten Brutto-Beiträge** um 5% auf 46,3 Mio. Euro steigern. Der **Jahresüberschuss** erhöhte sich um 16% auf 786.000 Euro. Deutlich **rückläufig war jedoch das Neugeschäft**; der **laufende Beitrag** ging um 32% auf 2,6 Mio. Euro zurück. **Die Beitragssumme des Neugeschäfts** sank um 22% auf 63,7 Mio. Euro. **Vorstandschef Michael Dreibrodt** sieht seine Gesellschaft dennoch auf einem guten Weg: *„Der Rückgang resultiert aus einer gewissen Konsolidierung, da es 2012 in der Form keinen Jahresschlussverkauf gab. Im Vergleich zu 2010 sieht man jedoch, dass sich unser Neugeschäft auch ohne Einmaleffekte positiv entwickelt. Die myLife Lebensversicherung AG ist mit ihrer Spezialisierung auf provisionsfreie Netto-Tarife auf einem guten Weg“*, erläuterte er. Die **Nettoverzinsung der Kapitalanlagen** erreichte 5%. Die **Verwaltungskostenquote** lag bei 6,9%, die **Stornoquote** bei 8,3%.

Debeka wächst deutlich über Markt: Die **Debeka Lebensversicherung a. G.** ist im **Geschäftsjahr 2012 deutlich über dem Marktdurchschnitt gewachsen**. Die **Beitragseinnahmen** erhöhten sich um 7% auf ca. 3,5 Mrd. Euro, während der Markt nur um 1,1% zulegte. **Vorstandschef Uwe Laue** sieht darin einen klaren Beweis dafür, dass die Euro- und Staatsschuldenkrise bei den Verbrauchern zu einer erheblichen Verunsicherung führt, die durch seltsame Ratschläge vermeintlicher „Experten“ zusätzlich angetrieben wird. Denn sie empfehlen *„den Bürgern statt einer Riester-Rente für die Altersvorsorge schlecht verzinsten Sparbücher, die früher oder später aufgezehrt sind, oder Fonds, die das Risiko der Aktienmärkte voll und ganz auf den Verbraucher abwälzen.“* Für **Laue** machen sich diese Experten damit zu *„Erfüllungsgehilfen der Altersarmut“*. Die **Verwaltungskostenquote der Debeka** lag bei 1,2%, die **Stornoquote** bei 2,1% und die **Nettoverzinsung der Kapitalanlagen** bei 4,8%.

Debeka kämpft gegen Bürgerversicherung: Uwe Laue, Vorstandsvorsitzender der Debeka Krankenversicherung a. G. warnt die Oppositionsparteien SPD, Grüne und Linke davor, bei einem evtl. Wahlsieg bei der Bundestagswahl im September, das funktionierende System zwischen gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und Privater Krankenversicherung (PKV) zu demontieren. „Eine Bürgerversicherung zerstört das deutsche Gesundheitswesen und gefährdet die gute Versorgung von Millionen von Menschen.“ Ihre Pläne stellten keine Lösung für die in der Zukunft drohenden Probleme der Krankenkassen dar, sondern seien nur **ideologische Werbebotschaften, die die Menschen und vor allem die Wähler auf populistische Weise in die Irre führen sollen.** „Das sind Luftschlösser, die in der Realität sehr schnell auf dem Boden aufschlagen.“ **Laue** weist darauf hin, dass die **GKV ohne das Geld der Privatpatienten nicht auskomme.** Denn die **PKV leiste** mit zehn Milliarden Euro jährlich einen erheblichen, zusätzlichen Beitrag für das Gesundheitswesen. Nur dadurch seien viele Ärzte und Krankenhäuser wirtschaftlich leistungsfähig. Im Zusammenhang mit dem angestrebten **medizinischen Einheitssystem** verweist er auf das **Beispiel England:** „Dort warten Patienten zum Beispiel 180 Tage auf eine Hüft-Operation, Selbstzahler dagegen 20 Tage. In Deutschland sind es zum Vergleich heute für GKV-Versicherte 28 Tage, für Privatversicherte 19.“

IMPRESSUM:

infinma news 05 / 2013

Herausgeber:

infinma

Institut für Finanz-Markt-Analyse GmbH

Max-Planck-Str. 22

50858 Köln

Tel.: 0 22 34 – 9 33 69 – 0

Fax: 0 22 34 – 9 33 69 – 79

E-Mail: info@infinma.de

Redaktion:

Marc C. Glissmann

Dr. Jörg Schulz

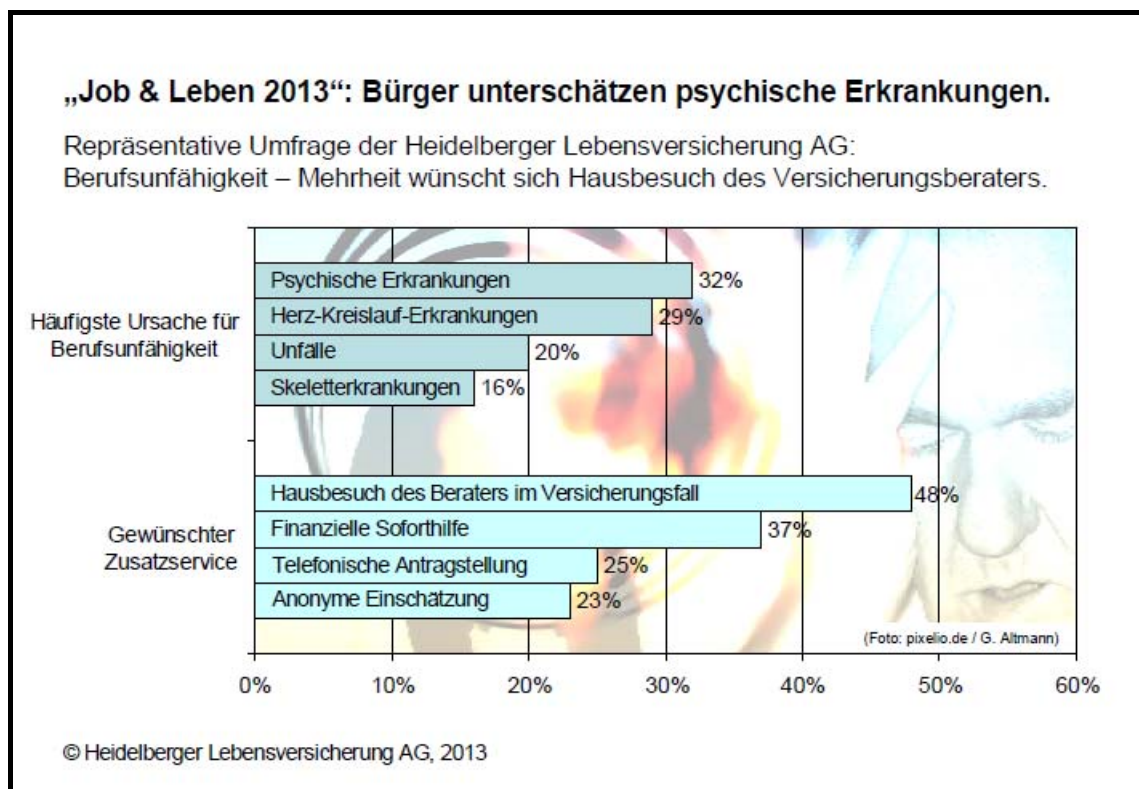
Aufgrund der besonderen Dynamik der behandelten Themen übernimmt die Redaktion keine Gewährleistung für die Richtigkeit, Aktualität und Eignung der Informationen. infinma haftet nicht für eine unsachgemäße Weiterverwendung der Informationen. Nachdruck und Vervielfältigung nur mit schriftlicher Genehmigung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

Psychische Erkrankungen unterschätzt

Im Auftrag der **Heidelberger Lebensversicherung AG** hat die **GfK Marktforschung** die sog. „**Job & Leben**“-Umfrage durchgeführt, bei der rund 2.000 Männer und Frauen ab 14 Jahren in ganz **Deutschland** befragt wurden.

Ein wesentliches Ergebnis der Umfrage war, dass die **Bundesbürger psychische Erkrankungen als Ursache für eine Berufsunfähigkeit unterschätzen**. Sowohl bei den privaten BU-Versicherern, als auch in der gesetzlichen Erwerbsminderungsrente sind **inzwischen Erkrankungen von Psyche und Nerven die häufigste Ursache für einen Leistungsfall**. Dessen sind sich jedoch nur 32% der Befragten bewusst. Fast zwei Drittel der Deutschen vermuten hingegen, dass Unfälle, Herz-Kreislauf- oder Skeletterkrankungen die häufigste Ursache einer BU sind. Die **Einschätzung hängt zudem stark vom Alter** ab; so wird die Bedeutung von Unfällen bei den Personen unter 30 Jahren deutlich höher eingeschätzt, als im Gesamtergebnis der Umfrage. Herz- und Kreislauferkrankungen hingegen werden von den Über-65-Jährigen zu hoch eingestuft.

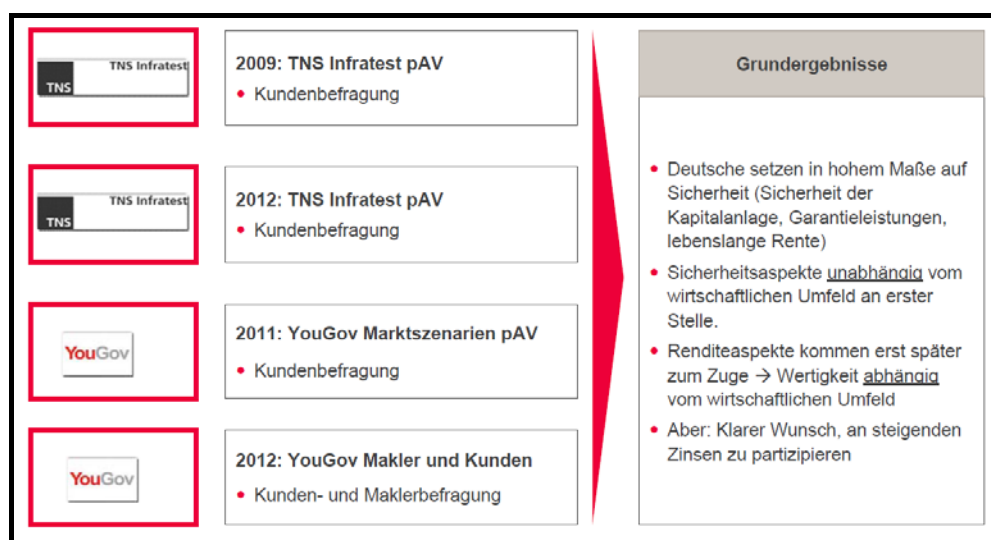
Von wachsender Bedeutung sind **Zusatzleistungen im Versicherungsfall**. Fast die Hälfte der Befragten wünscht sich für den Eintritt des Versicherungsfalls einen **Hausbesuch des Beraters**, um so die Antragsformalitäten klären zu können. Mehr als ein Drittel wünscht sich zudem **eine finanzielle Soforthilfe**. Jeweils ungefähr ein Viertel legt Wert auf die Möglichkeit der **Antragsstellung per Telefon** bzw. eine **anonyme Einschätzung des Gesundheitszustandes** im Vorfeld.



ERGO Rente Garantie

Im Rahmen eines **Presseworkshops Anfang Juni 2013** hat die **ERGO Lebensversicherung AG** ihr neues **Garantiemodell ERGO Rente Garantie** vorgestellt.

Zunächst erklärte **Vorstandschef Dr. Daniel von Borries**, dass die Kundenerwartungen maßgeblich für Entwicklung des neuen Produktes gewesen seien. Zu diesem Zweck wurden verschiedene **Marktforschungsergebnisse** heran gezogen.



Demnach würden **Kunden diejenige Versicherung bevorzugen, die am Ende der Ansparphase 100% der eingezahlten Beiträge für die Rentenleistung zur Verfügung stellt**. Zugunsten einer 100%-Garantie auf eingezahlte Beiträge würden die Kunden auf eine höhere Überschussbeteiligung verzichten, und nur jeder fünfte Kunde sei bereit, 5% zusätzlich zum Beitrag für die Zusatzleistung „Garantierter Rückkaufwert bei vorzeitiger Vertragskündigung“ zu zahlen.

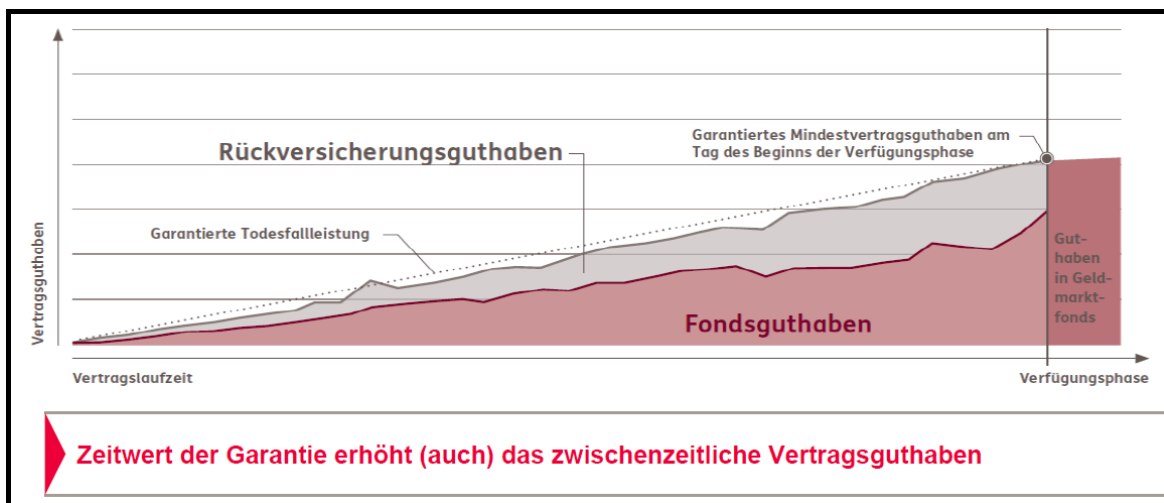
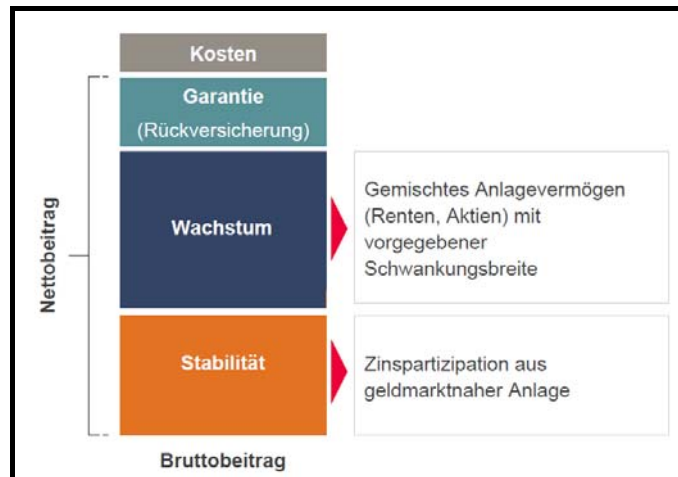
Das Garantiemodell der ERGO Rente Garantie sieht vor, dass am Tag des geplanten Rentenbeginns

- **ein Mindestkapital und**
- **die sich daraus ergebende lebenslange Altersrente**

garantiert sind. Zu allen anderen Zeitpunkten - auch bei Rückkauf - gilt die **Höhe des aktuellen Vertragsguthabens**. Die **Kapitalgarantie** beträgt bei Laufzeiten ab 15 Jahren **100% der ursprünglichen, vereinbarten Beitragssumme**, bei nachträglichen Erhöhungen bzw. Einmalzahlungen und bei Laufzeiten von 12 Jahren und weniger liegt die Höhe der Garantie bei 80%.

Garantiegeber bei dem Produkt ist die ERGO Lebensversicherung AG; die Garantie selber wiederum ist rückversichert. Neben dem **Rückversicherungsanteil** werden die Beiträge auf die beiden weiteren **Anlagetöpfe Wachstum und Stabilität** aufgeteilt. Dabei handelt es sich bei der **Wachstumskomponente** um ein gemischtes Anlagevermögen aus Renten und Aktien mit einer vorgegebenen Schwankungsbreite. Zur **Stabilisierung** der Anlage soll eine Zinspartizipation aus geldmarktna-

her Anlage dienen. Im Falle eines **Rückkaufs** hat der Kunde Anspruch auf das **Vertragsguthaben**, das sich aus dem **vorhandenen Fondsguthaben** und dem **Barwert der Garantie** zusammensetzt. Die Rückkaufswerte sind nicht garantiert, das Anlagekonzept soll jedoch zu „stabileren“ Werten führen.



Neben einer **Berufs- und / oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung** können auch eine **Hinterbliebenenrente bzw. eine Todesfall-Zusatzversicherung** mit eingeschlossen werden. **Entnahmen** sind sowohl vor als auch nach Rentenbeginn möglich. Während der **Ansparphase** können Zuzahlungen, Beitragserhöhungen, Beitragsreduzierungen, eine Unterbrechung der Beitragszahlung sowie eine Wiederinkraftsetzung vorgenommen werden. **Zum Rentenbeginn** sind neben der Verrentung auch die Kapitalabfindung oder eine Teilverrentung vorgesehen.

Im Rahmen einer **Musterberechnung** für 100 Euro Monatsbeitrag und einer Laufzeit von 35 Jahren nennt **ERGO eine Zukunftsprognose von 5,45%** bei einer **Reduction In Yield von 2,38%**. Als erwartete **Wertentwicklung nach Kosten** ergibt sich somit ein Wert in Höhe von 3,07% im Vergleich zu 2,33% bei einer vergleichbaren konventionellen Rentenversicherung.



E-Interview mit Manuela Zwanzig, Bereichsleiterin Antrags- und Risikoservice der Swiss Life AG, Teil II

infinma: Welche Leistung können hier Software-Tools erbringen, die von immer mehr Versicherern eingesetzt bzw. angeboten werden und im Idealfall dem Vermittler die den Fall abschließende Beantwortung der Gesundheitsfragen direkt am Point-of-Sale erlauben sollen?

Zwanzig: Wir sehen diese Entwicklung mit ein wenig Skepsis, wird hier doch auch der Versuch unternommen, die Aufgabe der Datenerfassung und Risikoprüfung vom Versicherer auf den Vermittler zu verlagern, ohne dass dieser dadurch einen spürbaren Mehrwert erzielt. Allerdings hat der Einsatz solcher Tools auch einige Vorteile. Durch automatisierte Plausibilisierungen etwa bei der wirtschaftlichen Risikoprüfung können die Arbeitsabläufe beim Vermittler viel besser unterstützt werden. Durch diese Systeme ist sichergestellt, dass beispielsweise alle Antragsfragen vollständig beantwortet werden. Dazu kommt eine spezielle Zusatzfragetechnik zum Einsatz. So werden Geschäftspartner und Kunden nur mit sehr wenigen Rückfragen behelligt. Die Erwartung sowohl seitens der Vermittler als auch der Kunden an die schnelle Policierung eines gestellten Antrags ist sehr hoch. Allerdings liegt der von den Anbietern solcher Systeme gerne propagierte Idealfall des sofortigen Vertragsabschlusses am POS nur bei Anträgen mit wenig komplexen Gesundheitsverhältnissen vor – also bei Fällen, die auch mit einer konventionellen Risikoprüfung zügig und ohne Rückfragen bearbeitet werden können. Bei schwierigeren und komplexen Fallkonstellationen stoßen derartige Systeme an Grenzen und können unseres Erachtens die langjährige Erfahrung eines versierten Risikoprüfers nach wie vor nicht vollständig ersetzen. Oft sind dann auch Arztberichte erforderlich, deren Erstellung durch den Arzt häufig zeitaufwendig ist und die anschließend ausgewertet werden müssen. Und auch wenn es ein wenig altmodisch klingen mag: Wir halten es für fragwürdig, eine durchaus nicht immer einfache unternehmerische Entscheidung – denn nichts anderes ist die Entscheidung über die Annahme oder Ablehnung eines BU-Antrags – vollständig an eine Maschine zu delegieren.

infinma: Was sind denn überhaupt die wesentlichen Gründe dafür, warum eine BU-Leistung ggf. nicht erbracht wird?

Zwanzig: Wenn wir keine Leistungen erbringen können, liegt das meistens entweder an der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht oder an dem Umstand, dass keine bedingungsgemäße BU vorliegt, weil der für eine Leistungspflicht erforderliche BU-Grad nicht erreicht bzw. der Prognosezeitraum nicht erfüllt wurde. Dies deckt sich auch mit den vom Analysehaus Morgen & Morgen regelmäßig veröffentlichten Ablehnungsgründen, die ein gutes Spiegelbild hinsichtlich der Branchensituation aufzeigen. Das gerne in den Medien propagierte Schreckgespenst der abstrakten Verweisung kommt

bei uns dagegen so gut wie nicht vor, obwohl wir noch viele Altverträge ohne abstrakten Verweissungsverzicht im Bestand haben. Das gilt sinngemäß auch für die Umorganisation und Ausschlüsse. Diese treten in der Praxis nur sehr selten auf.

infinma: Für Makler und Kunden ist es wichtig, dass ein Versicherer im Leistungsfall schnell und verlässlich arbeitet und fair reguliert. Lässt sich denn eine solche Qualität messen oder vergleichen? Man hört in diesem Zusammenhang häufig von Annahme- bzw. Ablehnungs- oder gar Prozessquoten. Wie sehen Sie das? Wie unterstützt bzw. informiert die Swiss Life hier ihre Vertriebspartner?

Zwanzig: Eine qualitativ hochwertige Risikoprüfung ermöglicht dem Versicherer, auch im Leistungsfall zu seinen Versprechen zu stehen. Dies bedeutet konkret:

- Die Regulierung verfolgt von Anfang an das Ziel, eine schnelle Entscheidung herbeizuführen, und versucht nicht, den Versicherungsnehmer durch Verschleppungstaktik wie lange Bearbeitungszeiten und wiederholtes Anfordern von Unterlagen zu zermürben.
- Der Versicherungsnehmer hat einen qualifizierten persönlichen Ansprechpartner, der auf die Regulierung von BU-Leistungsfällen spezialisiert ist und der sich um ihn und seinen Fall kümmert.
- Der Kunde wird bei der Regulierung über den Bearbeitungsstand laufend informiert. Bringen Ärzte notwendige Unterlagen nicht bei, muss der Kunde darüber informiert werden.
- Die Leistungsentscheidung wird transparent und verständlich erläutert – dies gilt sowohl für eine Anerkennung als auch für eine Ablehnung der Leistung.
- In begründeten Einzelfällen können wir einmalig ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis bis zu zwölf Monaten aussprechen. Gründe für ein solches befristetes Anerkenntnis liegen z. B. vor, wenn für ein unbefristetes Leistungsanerkenntnis noch Untersuchungen erforderlich sind oder aus medizinischen, beruflichen oder betrieblichen Gründen (beispielsweise Umschulung oder Fortbildung) ein Ende der Berufsunfähigkeit zu erwarten ist. Aus meiner Sicht stellt ein befristetes Anerkenntnis einen Vorteil dar, weil schnell und unbürokratisch geleistet werden kann. Die bekannten Praxisfälle sowie viele Gespräche mit unseren Maklern haben mir dies bisher auch immer bestätigt.

Was die Qualität unserer Leistungsfallbearbeitung betrifft, stellen wir uns mit dem BU-Unternehmensrating von Franke und Bornberg regelmäßig dem Wettbewerb. Bei der Teilqualität „Kundenorientierung in der Leistungsregulierung“ wird Swiss Life mit der Bestnote „hervorragend“ bewertet. Gemessen werden dort unter anderem Sachverhalte wie die Bearbeitungszeit, Verständlichkeit von Schreiben oder auch die Betreuung des Kunden im Leistungsfall. Um diese Qualität messbar zu machen, bedarf es aber der Bereitschaft des Versicherers, entsprechende Daten gegenüber einem Ratingunternehmen offenzulegen – und dazu sind nur sehr wenige Unternehmen bereit. Eine grobe Orientierung können auch Daten wie die BU-Leistungsquote und auch die Prozessquote

nach der Methodik von Morgen & Morgen liefern: Lehnt ein Versicherer überdurchschnittlich häufig Leistungsfälle ab und prozessiert er überdurchschnittlich oft mit Kunden, kann das ein Indiz dafür sein, dass es Qualitätsprobleme bei der Leistungsprüfung gibt. Swiss Life stellt sich dieser Transparenz und kann hier mit hervorragenden Kennzahlen aufwarten. Wir stehen zu unseren Leistungsversprechen, wenn alle Angaben bei Antragstellung wahrheitsgemäß beantwortet wurden. Darüber hinaus unterstützen wir unsere Vermittler, indem sich unsere Experten dem Austausch mit unseren Vermittlern stellen und diese regelmäßig mit Vorträgen zur Risiko- und Leistungsprüfung informieren.

infinma: Die Versicherungsbedingungen in der BU haben nicht zuletzt aufgrund der inzwischen zahlreichen Ratings, Produktbewertungen u. ä. inzwischen in Deutschland eine recht hohe Qualität. Oft fällt es schwer, Neuerungen in den AVBs als wirkliche Verbesserungen zu erkennen. Gibt es nach Ihrer Einschätzung wirklich Versicherer, die bereits bei altersbedingtem Kräfteverfall leisten? Gibt es weitere vermeintliche Produkthighlights, die im Leistungsfall nicht wirklich weiter helfen?

Zwanzig: Die zahlreichen sogenannten Bedingungsverbesserungen, die in jüngster Zeit im Markt zu beobachten sind, dienen oft genug dem Zweck, sich dem Preiswettbewerb zu entziehen, indem der Versuch unternommen wird, durch eine vorgebliche Mehrleistung eine höhere Prämie am Markt durchzusetzen. Aus unserer Sicht wird der Wettbewerb im BU-Markt hier mit Instrumenten ausgetragen, die für den Kunden keinen echten Mehrwert stiften. Wer wissen möchte, worauf es bei Versicherungsbedingungen wirklich ankommt, ist mit den Marktstandards der infinma oder den Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse bestens beraten.

Ein schönes Beispiel für marketinggetriebene Mehrleistungen ist die Leistung bereits bei altersbedingtem Kräfteverfall. Der Versicherte wird regelmäßig daran scheitern, den Beweis zu führen, dass das rein altersbedingte Nachlassen der Kräfte – also ohne dass eine Erkrankung vorliegt – seine Fähigkeit zur Berufsausübung dermaßen einschränkt, dass eine Leistung aus der BU-Versicherung gerechtfertigt wäre. Jedenfalls sind uns aus unserer Praxis keine Leistungsfälle bekannt, in denen ein allein altersbedingter Kräfteverfall ohne begleitende Erkrankung zu einer bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit geführt hätte. Eine ähnliche Qualität haben die sogenannten Infektionsklauseln. Leistungsfälle, die durch ein infektionsbedingtes Berufsverbot verursacht wurden, sind bei uns bisher nur bei Medizinern vorgekommen – und dies mit einer verschwindend geringen Fallzahl.

Diese Erweiterungen richten zwar keinen Schaden an. Wir halten es aber für fragwürdig, diese Klauseln mit dem Argument einer Besserstellung des Versicherungsnehmers im Leistungsfall zu bewerben und als Wettbewerbsvorteil herauszustellen.

Als wirklich problematisch schätzen wir Bedingungsverbesserungen ein, die den Kunden im Leistungsfall einkommensmäßig besser stellen als vor dessen Eintritt. Dies ist beispielsweise beim Verzicht auf die konkrete Verweisung denkbar. Der Versicherungsnehmer kann dann eine BU-Rente er-

halten, obwohl er ein Einkommen bezieht und einer Tätigkeit nachgeht, die mit der Situation vor dem Eintritt des Leistungsfalls sozial vergleichbar ist. Ein weiteres Beispiel ist der Fall, dass ein Versicherungsnehmer Arbeitsunfähigkeits-Leistungen aus einer BU-Versicherung bezieht, die parallel zu gesetzlichen Versorgungsleistungen wie dem Krankengeld erbracht werden. Beide Sachverhalte können zu einer Überversorgung im Leistungsfall führen und schaffen damit subjektive Anreize, Leistungen missbräuchlich in Anspruch zu nehmen. Aus diesem Grund sind sie mit Blick auf die Stabilität und Tragfähigkeit der Tarifikalkulation sehr kritisch zu sehen. Entscheidend für den Kunden als wirtschaftlich schwächere Partei ist vor allem, dass sein Versicherer durch eine saubere Tarifierung und eine angemessene Infrastruktur sicherstellt, sein Leistungsversprechen erfüllen zu können und vor allem zu wollen. Leider liegt der Fokus im Wettbewerb primär nur auf guten Bedingungen und günstigen Preisen, die aber für den Kunden im Leistungsfall nichts wert sind, wenn der Versicherer nicht in der Lage oder möglicherweise sogar nicht willens ist, Leistungsfälle zu regulieren – zum Beispiel, weil qualifiziertes Personal fehlt oder weil aufgrund einer zu aggressiven Tarifierung Leistungsfälle von vornherein restriktiv mit dem Ziel einer Ablehnung reguliert werden. Fragen, wie schnell ein Versicherer BU-Leistungsfälle reguliert und wie hoch der Anteil der Anerkennungen an den angemeldeten Leistungen ist, werden unseres Erachtens noch viel zu selten gestellt.

infinma: Der BU-Schutz in Deutschland ist für die „beliebten“ Berufe in den letzten Jahren deutlich günstiger geworden. Andererseits haben sich die Prämien insbesondere für körperlich Tätige deutlich erhöht. Gibt es zu dieser Problematik Lösungsansätze? Wie stehen Sie zu alternativen Konzepten wie bspw. Grundfähigkeits- oder Dread-Disease-Versicherungen?

Zwanzig: Grundsätzlich sollte immer ein BU-Schutz angestrebt werden, weil dieser die umfassendste Form der Absicherung für den Fall der dauerhaften Invalidität bietet. In einigen Fällen ist dieser Wunsch aber nicht umsetzbar, weil beispielsweise Vorerkrankungen vorliegen oder sich ein bestimmter Beruf nur zu einem sehr hohen Beitrag versichern lässt. In solchen Fällen kann eine alternative Invaliditätsdeckung eine sehr sinnvolle Lösung sein. Denn das größte Haftungsrisiko ist es unseres Erachtens für den Vermittler, einem Kunden in einer solchen Situation keine Alternative anzubieten – und nicht der Umstand, dass dann ein Produkt vermittelt wird, das ein geringeres Schutzniveau bietet als eine BU-Versicherung. Zur Vermeidung von Haftungsrisiken ist es sehr wichtig, dass dem Kunden deutlich dargelegt wird, dass er mit einem solchen Produkt etwas anderes als eine BU-Versicherung abschließt und dass auch die Gründe für den Abschluss eines solchen Produktes festgehalten werden. Bislang ist allerdings festzustellen, dass alternative Produkte zur Invaliditätsabsicherung und auch die Dread-Disease-Versicherung auf dem deutschen Markt leider nach wie vor ein Nischendasein fristen, obwohl eigentlich Bedarf vorhanden ist.