

Pech im Unglück

Berufsunfähigkeit. Eine Studie zeigt, dass Versicherer im Schnitt nur in sechs von zehn Fällen die volle Rente zahlen. Manche noch seltener. Und das oft nur nach zähen Verhandlungen. Krankenakte einer Branche

Text: Britta Langenberg
Illustrationen: Janina Kossmann

Grau ist eine Kategorie, die sich nur schwer klar zuordnen lässt. 500 Grautöne erkennt das menschliche Auge, vom tiefdunklen Anthrazit der Bleistiftspitze bis zum gerade nicht mehr Weiß eines Kieselsteins. Grau ist alles Mögliche. Aber wie grau genau?

Im weiten Spektrum der Grautöne liegt die Welt der Berufsunfähigkeit, kurz BU. Wenn jemand so krank ist, dass er nicht mehr arbeiten kann, ist der Grad seines Kräfteverfalls oft schwer objektiv zu messen und nur individuell zu bewerten. Einen Architekten mögen gelegentliche Schwindelgefühle nur plagen, für Dachdecker sind sie lebensbedrohlich.

Im Ernstfall reduziert sich alles auf eine Frage: Ist der Kunde nur krank oder auch krank genug? Die Prüfung der Versicherer zerrt an den Nerven, schließlich geht es meist um die finanzielle Existenz. „Der Leistungsfall ist die Stunde der Wahrheit“, sagt Jutta Eich, Leiterin Life Health Client Service beim Kölner Rückversicherer Gen Re. Sie rät Unternehmen: Konfliktpotenzial entschärfen.

Das gibt es reichlich. Schon die blanken Zahlen dürften Kunden aufbringen, ihre Erfolgchancen sind begrenzt: Vier von zehn Rentenanträgen scheitern, ergab eine Marktstudie des Analysehauses Morgen & Morgen. Gut ein Viertel dieser Abfuhr geht auf das Konto des Kunden, weil der die Sache am Ende nicht weiterverfolgt. In drei von zehn Fällen heißt es aber: abschlägig beschieden. Rund 30 Prozent der abgelehnten BU-Renten begrün-

den die Gesellschaften damit, dass der Kunde vor Jahren einen Fehler im Antrag gemacht hat. Fast so oft verweigern sie die Zahlung, weil er nicht krank genug ist.

Heute wird genauer geprüft als noch vor fünf oder zehn Jahren

„Die Quote der anerkannten Anträge schwankt je nach Unternehmen enorm“, sagt Martin Zsohar, Chefmathematiker von Morgen & Morgen. Sein Fazit: „Einige Versicherer prüfen schärfer als andere, aber alle prüfen inzwischen genauer und professioneller als noch vor fünf oder zehn Jahren.“ Für Kunden hat das Folgen. Sie müssen eine Berufsunfähigkeit heute akribischer denn je nachweisen. „Das wird unterschätzt“, sagt Michael Wortberg von der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz. „Wer sich im Leistungsfall richtig verhält, kann seine Chancen auf eine zügige und erfolgreiche Abwicklung aber oftmals steigern.“

Morgen & Morgen checkte jetzt fast 70 Versicherer auf Professionalität, Service und Zahl der anerkannten Anträge im Leistungsfall. Das Ergebnis ernüchtert: Eine Bewilligungsquote ab 65 Prozent ist durchgängig nur in der mit „ausgezeichnet“ bewerteten Spitzengruppe zu finden. Selbst Versicherer mit „sehr guten“ Leistungsprüfungen schwächeln bei der Anerkennung der Anträge, etwa Cosmodirekt (47 Prozent) oder die Gothaer (39 Prozent). Wie kann das sein?

Die Gesellschaften tun sich mit Antworten schwer. „Die Zahl ist niedrig, aber begründbar“, sagt Paul Neurohr von Cosmodirekt. Sein Haus habe jeden Antrag-

steller gezählt, auch wenn der sich nur mal unverbindlich erkundigt habe. Jeder siebte verfolge die Sache dann nicht weiter. Zudem berge der Bestand der Cosmos spezielle Risiken, etwa viele Kunden mit hohen BU-Renten um 1000 Euro.

Die Gothaer stellt klar, dass ihre Quote von 39 Prozent „nicht bedeutet, dass wir in 61 Prozent aller Leistungsanträge keine Leistung erbringen“. So flössen dort zeitlich befristete Renten nur teilweise ein. Zudem habe bei vielen Anträgen noch keine Entscheidung vorgelegen. „Der tatsächliche Prozentsatz der bewilligten Leistungsanträge liegt damit deutlich höher“, schreibt die Gothaer. Um wie viel? Das will sie nicht sagen.

Den 17 Millionen Deutschen mit privatem Berufsunfähigkeitsschutz dürften solche Erklärungen kaum reichen. Sie berappen hohe Beiträge, oft 500 oder 1000 Euro jährlich, um damit im Ernstfall ihre Existenz zu sichern. „Auf die Police sollte niemand verzichten“, betont Verbraucherschützer Wortberg zwar. Wahr bleibe aber auch: Der Leistungsfall sei strittig wie nirgends sonst.

In der Grauzone liegt manches eben im Auge des Betrachters. Wie krank ist der Versicherte? Muss er seinen Job an den Nagel hängen, oder reichen nach dem Bandscheibenvorfall eine Reha und ein neuer ergonomischer Bürostuhl? Obendrein geht es um viel Geld. Für Versicherer teils um eine halbe Million, für Kunden gleich um den Lebensstandard.

Einzig bei medizinisch eindeutigen Fällen ist auch die Versicherungssache klar. Dazu zählen schwere Unfälle und Krebs, aber auch die Bandscheiben- ►

OP bei einer Krankenschwester. „Da rechnet keiner rum – vorausgesetzt, der Versicherer kann dem Kunden nicht vorwerfen, dass er vor Jahren im Antrag falsche oder unvollständige Angaben zur Gesundheit gemacht hat“, sagt Arno Schubach, Versicherungsrechtler aus Koblenz.

Die Versicherer fahnden akribisch nach Falschangaben im Antrag

Diesen ersten Prüfstein der Versicherer müssen alle nehmen. Das Gefahrenpotenzial ist hoch. Blieben früher laut Gen Re 30 Prozent solcher juristisch leicht auszuhebelnden Verträge unentdeckt, ist das heute anders. Leistungsprüfer durchforsten auch weit zurückliegende Krankenakten des Klienten systematisch daraufhin, ob sich nicht doch noch ein Fehltritt, eine Falschangabe finden lässt.

Noch 2007 schmetterten die Unternehmen fast 30 Prozent aller abgelehnten Renten mit dieser Begründung ab. Immerhin: Der Anteil dürfte künftig sinken. Bei leichter oder grober Fahrlässigkeit des Kunden sieht das erneuerte Versicherungsvertragsgesetz seit 2008 keine drakonischen Strafen wie den Totalverlust des Schutzes mehr vor.

Doch das hat nicht nur positive Folgen. Die Versicherer haben ihre Leistungsprüfung enorm professionalisiert und verschärft, auch vorsorglich. Schließlich bietet die Branche bei Vertragsabschlüssen heute bessere Konditionen als je zuvor. Zugleich sanken die Prämien. Das legt den Verdacht nahe, das dicke Ende für Versicherte könne am Schluss kommen: im Leistungsfall.

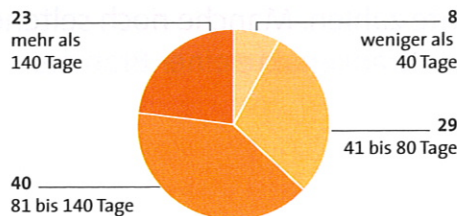
„Der Wind ist rauer geworden“, beobachtet Wortberg jedenfalls. „Bei einigen Konzernen gehört Verleugnen, Verschleppen, Verklagen lassen offenbar inzwischen zum Programm.“ In einem seiner aktuellen Fälle streitet das Unternehmen sogar nach vier medizinischen Expertisen (vom Facharzt, der Deutschen Rentenversicherung und zwei Gerichtsgutachtern) immer noch um die Rente. Schnell geklärt sind die Anträge selten. 101 Tage dauert es im Schnitt bis zur Entscheidung. Für Kranke im Ausnahmezustand sind solche Bearbeitungszeiten zweifellos eine Belastung. Die Versicherer indes pochen bei BU-Fällen, in denen juristische, medizinische und berufskundliche Aspekte oft komplex verwoben sind, auf ihr berechtigtes Interesse zur Prüfung.

BU-Renten Einfach ist anders

Schon der Papierkram fordert einige Geduld. 101 Tage dauert die BU-Entscheidung im Schnitt und endet nicht selten mit einer Abfuhr. Immerhin: Vor dem Kadi erreicht fast die Hälfte der klagenden Kunden einen Vergleich.

Zäher Papierkrieg

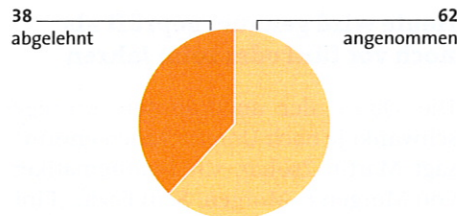
Bearbeitungsdauer von Anträgen auf Berufsunfähigkeitsrente 2007 in Prozent*



* Werte gerundet; Quelle: Morgen & Morgen

Viele Abfuhren

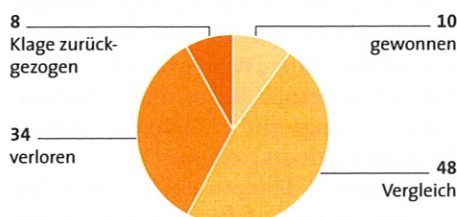
Erfolg von Anträgen auf Berufsunfähigkeitsrente 2006/07 in Prozent*



* Werte gerundet, 2006/07 gemittelt; Quelle: Morgen & Morgen

Seltener Sieg

Ausgang von Berufsunfähigkeitsprozessen aus Kundensicht 2007 in Prozent*



* Werte gerundet; Quelle: Morgen & Morgen

Ein häufiges Missverständnis liege in der Erwartungshaltung des Kunden, meint Gen-Re-Expertin Eich. „Er erwirbt einen durch die Vertragsbedingungen definierten Schutz“, sagt sie. „Es gibt eben keinen Automatismus nach dem Motto: Ich reiche den gelben Schein vom Arzt ein, und dann bekomme ich Rente.“

In der Grauzone hat vieles eine subjektive Note. Das fängt bei der Berufsunfähigkeit damit an, wie krank sich der

Kunde fühlt und wie motiviert er seinen Job ausübt. „Es gibt Berufsgruppen wie Vorstände, die arbeiten bis zum Umfallen und kommen erst, wenn sie den Kopf schon unterm Arm tragen“, beobachtet Olaf Hottinger, Leiter Risikomanagement bei der Allianz. Anders sehe das etwa bei Angestellten früherer Staatsbetriebe aus.

Zugleich lassen sich die häufigsten BU-Ursachen, orthopädische und psychische Probleme, schwer greifen. Sie machen zusammen fast die Hälfte aller Fälle aus. Welchen Grad der Berufsunfähigkeit der Kunde erreicht, wird daher oft auch von externen Gutachtern beurteilt. „Das kann dann dauern“, sagt Stefan Gehrke, Bereichsleiter der Alten Leipziger, die Kunden zumindest ein Feedback binnen zehn Tagen verspricht.

Der Kunde muss selbst nachweisen, dass er nicht mehr arbeiten kann

In kniffligen Fällen können das neun Monate sein, wie bei Holger Spahn*. Depressionen legten den Inhaber einer gut gehenden Versicherungsagentur monatelang lahm, bevor er den BU-Antrag stellte. Vereinbarte Monatsrente: 8000 Euro. „Klar, dass der Versicherer bei dieser Summe und dem Krankheitsbild skeptisch prüft“, sagt er. Er überzeugte dank gut dokumentierter Krankengeschichte. Der 54-Jährige bekommt seine BU-Rente, inzwischen im fünften Jahr.

So glatt geht das nicht immer. Die Krankheit und ihre Auswirkungen auf den Job sind der zweite große Prüfstein beim BU-Antrag. Die Krux: Der Kunde muss den Nachweis erbringen, dass er dauerhaft berufsunfähig ist, meist mindestens zu 50 Prozent. Und wieder geht's um Formulare. Die Fragebögen der Versicherer haben es in sich. Mal sind es acht, mal zwölf Seiten mit Fragen zu Beschwerden, Attesten und Arbeitsabläufen.

„Kunden sollten das Formular um Gottes willen nicht allein ausfüllen“, warnt Versicherungsmakler Helge Kühl. „Zwei Kreuze an der falschen Stelle, das war's.“ Auf Serviceangebote vom Versicherer würde er nicht eingehen, sondern unabhängigen Rat beim Fachanwalt oder Versicherungsberater suchen. Deren Rat lautet: Zeit nehmen, ausführliche Atteste von Fachärzten beilegen und präzise Tagespläne der beruflichen Tätigkeit aufstellen.

Exakte Beschreibungen wirken sich oft zugunsten des Kunden aus, wie bei einem Hotelier im Westerwald. „Da ▶

Berufsunfähigkeit: Zahlt er, oder zahlt er nicht?

Für Kunden ist es die Gretchenfrage, die Assekuranz bestreitet eine zu harte Auslese. Eine Morgen & Morgen-Studie zeigt jetzt: Im Schnitt gibt die Branche vier von zehn Rentenansprüchen nicht statt. Die Zahlen einiger Unternehmen deuten auf eine noch härtere Prüfung hin. Bei einem guten Dutzend Gesellschaften haben Versicherte, die eine BU-Rente beantragen, rechnerisch nicht mal eine 50-Prozent-Chance auf die Bewilligung der vereinbarten Zahlung

Das Analysehaus Morgen & Morgen hat im aktuellen Berufsunfähigkeits-Rating bei 69 Versicherern (Marktanteil: 95 Prozent) die Komponente Leistungsprüfung gecheckt. Kriterien: anerkannte Anträge (Gewicht: 30 Prozent), Professionalität (60 Prozent) und Service (zehn Prozent). Die Auswertung beruht auf Angaben der Gesellschaften.



Morgen & Morgen-Chef Joachim Geiberger und Mathematiker Martin Zschar prüfen die Zahlungsbereitschaft der Versicherer

→ **Anerkannte Anträge:** Ein hoher Prozentsatz anerkannter Anträge ist prinzipiell gut für den Kunden. In die Quote fließen anerkannte Anträge voll ein, zeitlich befristete Renten nur zu 50 Prozent. Die Werte sind über die Jahre 2006 und 2007 gemittelt.

→ **Professionelle Prüfung:** Morgen & Morgen checkte zum Beispiel, ob der Versicherer eingehende BU-Anträge standardisiert bearbeitet, sprich: die Anträge alle gleich behandelt. Damit hängt der Kunde nicht vom Wohlwollen einzelner Sachbearbeiter ab.

→ **Spezieller Service:** Bewertet wird, welchen Service der Versicherer kranken Kunden bietet, etwa bei Erreichbarkeit sowie bei Reha- oder Umschulungsangeboten. Die Leistungsprüfung fließt zu 25 Prozent ins Ratingteilurteil Kompetenz ein, das auch Bestand, Erfahrung, Neugeschäftsanträge und Gerichtsprozesse misst.

→ **M&M-Produktbewertung:** Die Daten zeigen, wie BU-Angebote des Versicherers in den Jahren 1996 bis 2007 insgesamt im Morgen & Morgen-Produkt-rating abschnitten. Die Höchstnote 5,0 bedeutet, dass die Offerten mit ihren Vertragskonditionen stets ausgezeichnet lagen.

Gesellschaft	Aktuelle Daten				Historische Daten
	Anerkannte Anträge ¹ in %	Professionelle Prüfung	Spezieller Service	M&M-Teilbewertung Kompetenz	M&M-Produktbewertung 1996-2007
Ausgezeichnete Leistungsfallprüfung					
Allianz	68	●●●●●	●●●●●	●●●●●	4,1
Alte Leipziger	69	●●●●●	●●●●●	●●●●●	5,0
Axa	65 bis 74,9	●●●●●	●●●●	●●●●●	4,9
Bayern-Versicherung	66	●●●●●	●●●●	●●●●	2,6
Delta Lloyd	69	●●●●●	●●●●	●●●●●	4,6
Deutsche Ärzte	65 bis 74,9	●●●●●	●●●●	●●●●●	4,8
Deutscher Ring	67	●●●●●	●●●●●	●●●●	3,4
Dialog	69	●●●●●	●●●●●	●●●●	3,8
HUK	88	●●●●●	●●●●	●●●●	3,7
Iduna	73	●●●●●	●●	●●●●	3,8
Münchener Verein	mind. 75	●●●●●	●●	●●●●	3,8
Swiss Life	mind. 75	●●●●●	●●●●	●●●●●	5,0
Victoria	mind. 75	●●●●●	●●	●●●●	4,3
Württembergische	mind. 75	●●●●●	●●	●●●●	4,1
Sehr gute Leistungsfallprüfung					
Aachen-Münchener	52	●●●●●	●●●●●	●●●●●	4,7
Asstel	64	●●●●●	●●●●●	●●	3,7
Barmenia	47	●●●●●	●●	●●●●	3,8
Bayerische Beamten	55	●●●●	●●	●●●●	4,3
Clerical Medical	54	●●●●	●●●●●	●●●●	3,1
Condor	45 bis 54,9	●●●●●	●●	●●●●	4,4
Cosmosdirekt	47	●●●●●	●●●●	●●●●	4,4
DANV	55 bis 64,9	●●●●●	●●●●	●●●●	3,8
DBV	55 bis 64,9	●●●●●	●●●●●	●●●●	4,5
Familienfürsorge	41	●●●●●	●●●●	●●●●	2,7
Generali	56	●●●●	●●●●●	●●●●	4,1
Gothaer	39	●●●●●	●●●●●	●●●●●	4,5
Hamburg-Mannheimer	55 bis 64,9	●●●●●	●●●●	●●●●	3,9
Hannoversche	69	●●●●	●●	●●●●	3,8
Hanse-Merkur	59	●●●●	●●●●	●●●●	3,7
HDI-Gerling	55 bis 64,9	●●●●●	●●●●●	●●●●●	4,8
Heidelberger Leben	54	●●●●	●●●●●	●●●●	3,1
Helvetia	65 bis 74,9	●●●●	●	●●	3,4
Interrisk	66	●●●●	●●	●●●●	4,0
LV 1871	56	●●●●	●●●●	●●●●	4,8
Neue Leben	52	●●●●●	●●	●●●●	4,3
Nürnberg	55 bis 64,9	●●●●●	●●●●●	●●●●	4,8
Öffentl. Berlin	92	●●	●●	●●	3,7
R+V	59	●●●●●	●●●●	●●●●	3,9
Standard Life	63	●●●●	●●●●●	●●●●	4,3
Stuttgarter	67	●●●●	●●	●●●●	4,4
SV Leben	56	●●●●●	●●●●●	●●●●	3,4

1) Spanne, wenn Unternehmen genaue Zahl nicht veröffentlicht; – = kein Leistungsfall; ●●●●● bzw. 5 = ausgezeichnet; ●●●● bzw. 4 = sehr gut; ●●● bzw. 3 = durchschnittlich; ●● bzw. 2 = schwach; ● bzw. 1 = sehr schwach. Quelle: Morgen & Morgen, LV-Win 7.45 (ID L09029). Stand: Juli 2009

denkt man doch, der macht die Honneurs. Doch der Mann war in seinem Familienbetrieb das Mädchen für alles, bis hin zur Poolreinigung am Mittwochnachmittag“, so Fachanwalt Schubach. „Das muss man dem Versicherer aber auch so erklären.“ Am besten schriftlich. Von Telefoninterviews halten Verbraucherjuristen hingegen wenig: zu wenig Ruhe, zu viel Raum für Missverständnisse.

Im Ringen um Rente ist das Misstrauen allemal ausgeprägt. Die Berufsunfähigkeitssparte gilt als konjunktur- und betrugsanfällig. In Krisenzeiten steigt die Zahl der Anträge, vor allem wenn das Einkommen wegfällt. „Da denkt man öfter mal, wenn der noch in Lohn und Brot wäre, hätte es den BU-Antrag nie gegeben“, sagt eine Leistungsprüferin.

Wer gegen den Versicherer klagt, ist schnell 10 000 Euro los

Rabenschwarze Fälle sind selten, auffällige nicht. Einige Indizien lassen Prüfer reflexartig aufmerken wie Leistungsanträge kurz nach Vertragsabschluss oder Renten, die das Gehalt bequem ersetzen. So lief es im Fall einer Bäckereiverkäuferin, die fast gleichzeitig drei Policen über 1000 Euro abgeschlossen hatte. Kurz darauf fiel sie nach eigener Auskunft auf den Hinterkopf und war gelähmt. Dann müssen jedenfalls die Gutachter ran.

Recht hohe Ausfallquoten bedingt das Gezerre allemal. Das belegen auch die Zahlen der gesetzlichen Rente: Dort lag die Anerkennungsquote der Anträge nur bei gut 50 Prozent, wenn auch unter den strengeren Voraussetzungen der Erwerbsminderung. Als voll erwerbsgemindert gilt, wer weniger als drei Stunden arbeiten kann. Ganz aus der Welt scheint die 60-Prozent-Quote der Assekuranz also nicht. Nur: Warum schwache Versicherer nicht mal die Quote der gesetzlichen Rentenversicherer überrunden, ist damit nicht geklärt.

Klar ist: In der unübersichtlichen Gemengelage gedeiht Zwist wie Pilze auf Waldboden. Im Schnitt landet immerhin jeder zehnte abgelehnte Leistungsantrag vor Gericht. Ein Prozess ist allerdings teuer. Ohne die Rückendeckung einer Rechtsschutzpolice kostet die erste Instanz leicht 10 000 Euro. Die Streitwerte sind häu-

Gesellschaft	Aktuelle Daten				Historische Daten
	Anerkannte Anträge ¹ in %	Professionelle Prüfung	Spezieller Service	M&M-Teilbewertung Kompetenz	M&M-Produktbewertung 1996–2007
Sehr gute Leistungsfallprüfung					
Volkswahl Bund	61	●●●●●	●●●●	●●●●	5,0
Vorsorge Leben	45 bis 54,9	●●●●●	●●●	●●●	1,0
VPV	60	●●●●●	●●●	●●●	2,9
WWK	70	●●●●●	●●	●●●●	3,8
Zurich Dt. Herold	62	●●●●●	●●●●●	●●●●	5,0
Durchschnittliche Leistungsfallprüfung					
Arag	61	●●●	●●	●●	3,8
Basler	68	●●●	●	●●●	3,8
Continental	unter 45	●●●●	●●●●	●●●●	4,5
Debeka	60	●●●●	●	●●●●	2,8
DEVK Eisenbahn	57	●●●	●	●●	2,3
Europa	45	●●●	●	●●	3,7
LVM	72	●●●	●●●	●●●	3,7
Neue BBV	51	●●●●	●●●	●●●●	4,3
Oeko Capital	mind. 75	●●	●●●	●●	4,0
Öff. Braunschweig	91	●●	●●	●●	2,8
Provinzial Rheinl.	79	●●	●●	●●●	3,6
Süddeutsche	86	●●	●●	●●●	2,8
Universa	unter 45	●●●●	●●●●	●●●●	4,0
VHV	–	●●●●	●●●	●●	1,8
Schwache Leistungsfallprüfung					
Civ	46	●	●●●	●●	1,7
Concordia	64	●●	●●●	●●	3,3
DEVK Allgemeine	38	●●●	●	●●	2,3
DI VAG	–	●●●	●	●	1,3
Fortis	48	●●	●	●●	3,5
Inter	57	●	●	●●	3,8
Mamax	46	●●	●	●●	3,5
Sehr schwache Leistungsfallprüfung					
Mecklenburgische	33	●	●	●●	1,0
Ontos	37	●	●	●	1,9

1) Spanne, wenn Unternehmen genaue Zahl nicht veröffentlicht; – = kein Leistungsfall; ●●●●● bzw. 5 = ausgezeichnet; ●●●● bzw. 4 = sehr gut; ●●● bzw. 3 = durchschnittlich; ●● bzw. 2 = schwach; ● bzw. 1 = sehr schwach.
Quelle: Morgen & Morgen, LV-Win 7.45 (ID L09029). Stand: Juli 2009

fig sechsstellig. Bei unseriösen Gesellschaften sei der Versicherungsschutz aber wenig wert, wenn man sich den Prozess nicht leisten könne, merken einzelne Juristen bissig an.

Fast die Hälfte aller Gerichtsverfahren endet im Vergleich. „Die Angebote für Kunden sind dann oft angemessen“, sagt Jörg Büchner, Fachanwalt für Versicherungsrecht aus Berlin. Um eine womöglich lange Rentenzahlung von 2000 Euro monatlich los-

zuwerden, böten die Versicherer teils 50 000 bis 100 000 Euro Abfindung plus Auflösung des Vertrags.

Ein leichtes Spiel haben Versicherer vor Gericht nicht. So siegte vergangenes Jahr ein an Burnout erkrankter BU-Rentner vor dem Oberlandesgericht Karlsruhe, obwohl Mediziner ihm nur noch einen Invaliditätsgrad von zehn bis 15 Prozent zubilligten. Gefordert waren 50 Prozent. Der Versicherer musste laut Gericht dennoch zahlen. Das Gutachten bescheinigte dem Kranken nämlich ernste Beeinträchtigungen beim Austragen und Lösen von Konflikten. Und die gehören in seinem Job zum täglichen Brot. Der Mann ist Rechtsanwalt. ■

