

Franke  Bornberg

Wissen, was zählt

15 Jahre Ratingkompetenz

Herausgeber

Franke und Bornberg GmbH
Prinzenstraße 16, 30159 Hannover
Telefon +49 51135 77 1700 | Fax +49 51135 77 17 13
franke-bornberg.de | info@franke-bornberg.de

Konzept, Gestaltung, Produktion

scherrer | schilling

Redaktion

Lutz Worat, Hannover

Fotos

Seiten 06, 10, 58/59, 60 Stefan Neuenhausen
Seiten 14/15 ©zoe/fotolia.de

© Franke und Bornberg. Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck und Vervielfältigung nur mit schriftlicher Genehmigung; bei Verwendung kurzer Auszüge oder Zitate bitten wir freundlich um Zusendung von Belegen.

- 07 **Wissen, was zählt –**
15 Jahre Ratingkompetenz
- 10 **Das Wirtschaftsmagazin »brand eins«**
über Franke und Bornberg:
Verstehen Sie Ihren Versicherungsvertrag?
- 16 **1999**
Aktuelle Entwicklungen in der
Berufsunfähigkeitsversicherung in
Deutschland
- 24 **2005 – 2010**
Methodik und Konzept unserer
Produktratings
- 36 **2006**
Die private Berufsunfähigkeitsversicherung:
Neue Lösungsansätze für bekannte Probleme
- 50 **2010**
Nur Verbindliches zählt
- 55 **Die Zukunft**
Ein Blick nach vorn
- 60 **Corporate Architecture**
Büroarbeit der gestalterischen Art
- 64 **Für fairen Wettbewerb**
Kundenorientierte Lösungen
- 68 **Historie**
Zeittafel
- 73 **Auch das zählt**
Die Welt, in der wir leben



Wissen, was zählt – 15 Jahre Ratingkompetenz

Seit 15 Jahren ist es unser Anspruch, einen Beitrag für mehr Fairness in einem Wettbewerb zu leisten, in dem der Kampf mit harten Bandagen alltäglich ist und in dem es – Stichwort Preise – zuweilen ruinös zugeht; und zwar für beide Parteien; denn Anbieter, die so unter Druck geraten, dass sie in Schieflage kommen: Das ist der GAU auch für die Versicherten.

Seit 15 Jahren ist es unser Anspruch, Verbraucherorientierung sichtbar zu machen und ein Gegengewicht zu oberflächlichen (Preis-)Vergleichen zu setzen. Um Qualität messbar zu machen, scheuen wir keinen Aufwand. Wir kämpfen dafür, dass sich Ehrlichkeit und Transparenz auszahlen.


Im Lauf der Zeit haben wir unsere Standpunkte in zahlreichen Fachveröffentlichungen sowie als regelmäßiger Teilnehmer auf Branchensymposien, Wissenschafts- und Wirtschaftstagungen deutlich gemacht und auf unserer Einschätzung nach bedenkenswerte Entwicklungen hingewiesen.

Einige ausgewählte Publikationen haben wir für die vorliegende Chronik um aktuelle Kommentare aus heutiger Sicht ergänzt. Zu Beginn dieser kleinen Auslese steht allerdings ein Text aus »fremder Feder«; der Bericht eines freien Journalisten über seine Begegnung mit Franke und Bornberg.

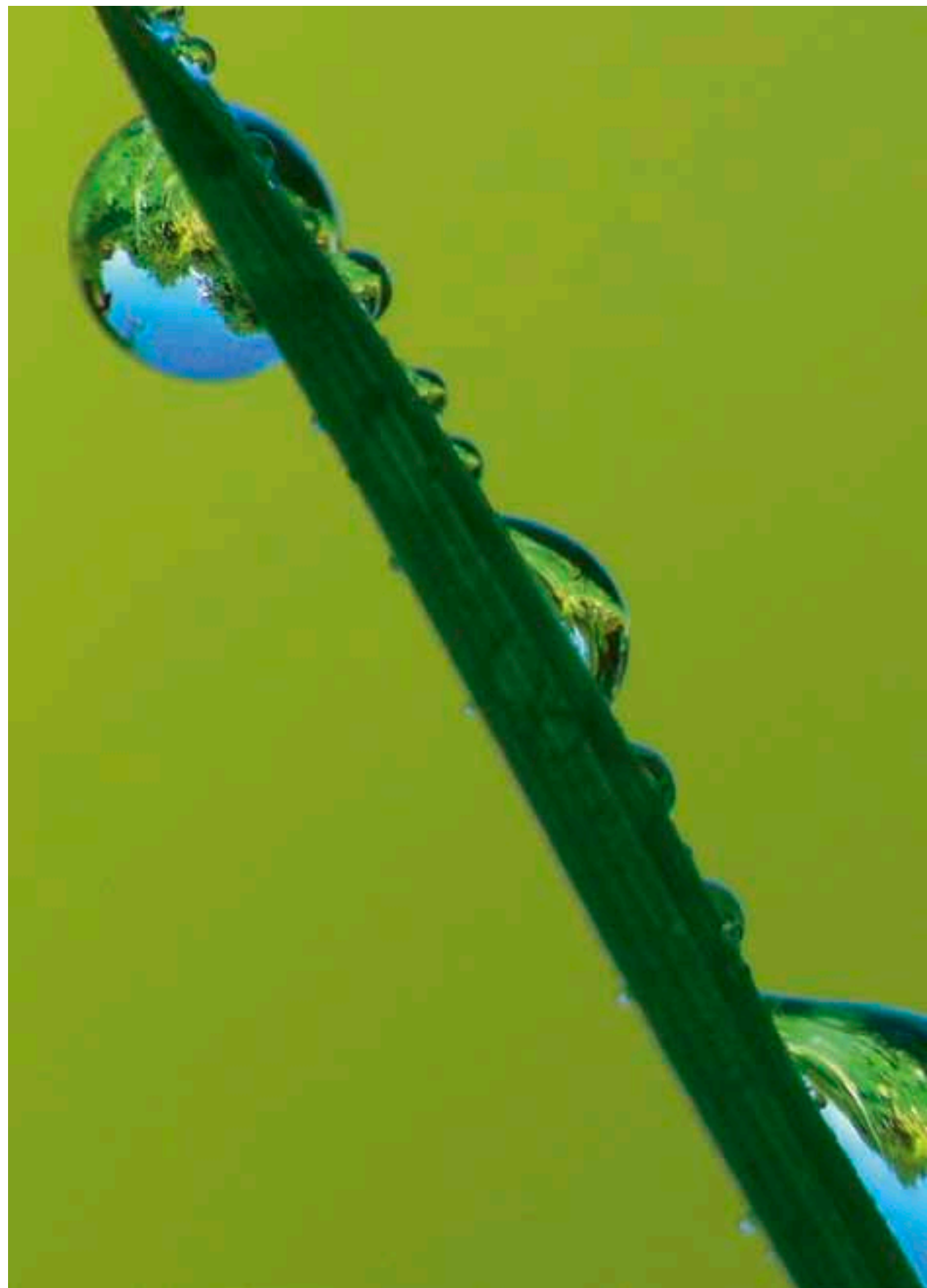
Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre und freuen uns auf eine weiterhin intensive Zusammenarbeit in den kommenden Jahren.



Michael Franke



Katrin Bornberg



Unter die Lupe genommen



Der folgende Artikel »Verstehen Sie Ihren Versicherungsvertrag?« erschien in der Ausgabe 4/2007 des renommierten deutschen Wirtschaftsmagazins »brand eins«. Er möchte »gucken, was hinter der Grenze liegt – und dann davon erzählen«, sagt Autor Christian Sywottek, freier Journalist in Köln. Denn schließlich gebe es überall etwas zu entdecken, und »nichts sei spannender als das«. Für seine rund zehnstündige Entdeckertour durch den Arbeitsalltag von Franke und Bornberg hatte sich Herr Sywottek bestens vorbereitet, sodass er sich mit unseren Mitarbeitern fundiert auseinandersetzen konnte – stets ohne Beisein der Chefs; das hatte er sich vorab ausbedungen.

Selbstverständlich ist für Franke und Bornberg der Kontakt zu Medienvertretern nichts Ungewöhnliches; doch es macht schon einen Unterschied, ob man telefonisch ein schnelles Statement zu einem aktuellen Fachthema abgibt oder für ein Kurzinterview zur Verfügung steht – oder ob man von jemandem, der Erfahrung darin hat, sehr genau hinzuschauen, gründlich unter die Lupe genommen wird, und das auch noch im eigenen Hause. An dieser Stelle noch einmal ein herzliches Dankeschön an Christian Sywottek – das Ergebnis seiner Recherchen haben wir mit großem Interesse gelesen; und ein bisschen besser nachvollziehen können wir jetzt auch, wie sich vielleicht diejenigen fühlen mögen, die wir im Rahmen unserer Tätigkeit auf Herz und Nieren prüfen.

Das Wirtschaftsmagazin »brand eins« über Franke und Bornberg: Verstehen Sie Ihren Versicherungsvertrag?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Sind Sie oder waren Sie wegen Alkoholismus in Behandlung? – Für den Alkoholiker machen diese Fragen keinen Unterschied. Für den Versicherungsnehmer schon, nämlich dann, wenn seine private Krankenversicherung die Kosten einer Behandlung übernehmen soll. Ob sie dafür aufkommt, hängt häufig an der Frage: Hat der Versicherungsnehmer bei der Gesundheitsprüfung wahrheitsgemäß geantwortet? Das ist zuweilen schwer zu entscheiden. Was ist regelmäßiges Trinken? Auf jeden Fall eine Möglichkeit für die Versicherung, sich vor einer Leistung zu drücken.

Michael Franke mag solche Fragen. »Der Verbraucher nimmt den Unterschied kaum wahr, oder er begreift die Relevanz nicht. Die Folgen seiner Antwort sind ihm nicht klar.« Franke lebt vom Kleingedruckten, von dem also, was andere gern ignorieren. Er bewertet mit seinem hannoverschen Unternehmen Franke und Bornberg Versicherungsbedingungen und Verträge. Seine Erkenntnisse speist er in seine Datenbanken ein – und kassiert von Maklern und Versicherern Gebühren, wenn sie darauf zugreifen. Das beschert Franke und Bornberg einen Jahresumsatz von zwei Millionen Euro.

Man könnte sagen, Michael Franke lebt davon, dass die Kunden Versicherungsprodukte nicht mehr durchschauen. Wer versteht seinen Versicherungsvertrag wirklich? Wer liest ihn in allen Einzelheiten? Welcher Versicherer kann wirklich prüfen, ob der Kunde ihm die Wahrheit sagt? Vor dem Abschluss eines Vertrages, aber auch im Schadensfall? – Eben.

Das Verhältnis zwischen Versicherungsvertragspartnern ist von Misstrauen geprägt. Kunden rechnen damit, dass sich die Versicherung im Schadensfall herauswindet, gleichzeitig kapitulieren sie vor endlosem Kleingedruckten. Versicherer rechnen damit, dass der Kunde sie betrügt, und formulieren immer kompliziertere Vertragstexte, die zu immer mehr Ärger und Verwirrung bei den Kunden führen. Auf dem Tisch des deutschen



Bitte Ruhe: Analysten bei der Arbeit

Ombudsmanns für Versicherungen häuften sich im vergangenen Jahr 18 000 Beschwerden. 2005 waren es noch 12 000. Kaum jemand blickt durch. Da braucht man jemanden, der Klarheit schafft. Jemanden wie Michael Franke.

Franke, 45, beschäftigt sich seit 20 Jahren mit Versicherungen, erst als freier Makler und seit den neunziger Jahren zunehmend als Analytiker. »Aus totem Material lebensbestimmende Antworten zu ziehen, das ist das Interessante daran.«

Dass das Interessante zu einem gewinnbringenden Geschäft werden konnte, liegt an zwei Entwicklungen. »Der richtig große Bedarf an Analysen entstand 1994 mit der Deregulierung des Versicherungsmarktes«, sagt Franke. Bis dahin mussten Versicherer ihre Verträge dem Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen vorlegen. Das machte sie nicht verständlicher, aber dafür waren die Unterschiede zwischen den Policen gering. Das änderte sich mit der Deregulierung, denn nun waren die Unternehmen frei. »Und was da plötzlich aufkam, das war abenteuerlich. Eine beliebig freie Gestaltung der Versicherungsbedingungen, da verloren selbst die Vermittler den Überblick. Das war der Startschuss für Franke und Bornberg.« Seitdem wuchs das Unternehmen – auf mittlerweile 35 Mitarbeiter.

... und inzwischen hat sich unsere Mitarbeiterzahl sogar auf 70 verdoppelt.

Denn der Bedarf an Analysten wächst: Seit sich der Staat immer mehr aus der Vorsorge zurückzieht, wird die private Altersvorsorge immer wichtiger. Bei Krankenversicherungen ist es ähnlich. Genauso bei der Berufsunfähigkeit, für die jeder, der nach 1961 geboren wurde, privat vorsorgen muss. Die Kunden sind in der Zange: Sie müssen etwas tun, gleichzeitig aber ist der Markt zunehmend unübersichtlich geworden.

Die neue Unübersichtlichkeit ist eine Folge der Deregulierung. Das ist die schlechte Nachricht. Die gute: Man kann etwas dagegen tun.

Michael Franke und seine 38-jährige Geschäftspartnerin Katrin Bornberg erledigen das, was Versicherungsnehmer oder -makler nicht schaffen. Sie lesen Vertragsbedingungen und Antragsformulare, buchstäblich, Zeile für Zeile. Seit dem Jahr 2000 gingen 5560 Schriftstücke von rund 270 Versicherungsgesellschaften über ihre Schreibtische. Berufsunfähigkeit, Krankenschutz, Sachversicherungen, Lebensversicherungen. Die beiden haben ein Raster entwickelt, um die Verträge auszuwerten. Mithilfe eines Punktesystems können sie leicht feststellen, an welcher Stelle ihres Rasters sich eine Police wiederfindet.

Grundsätzlich stellt Herr Sywottek das Verfahren schon ganz richtig dar – in der Praxis ist es allerdings doch noch ein kleines bisschen komplexer.

Franke und Bornberg sind dabei nach eigener Aussage unparteiisch. »Wir sind keine Verbraucherschützer«, sagt Michael Franke, »aber wir wollen Transparenz. Wer am Markt teilnimmt, soll bekommen, was ihm versprochen wurde. Im Schadensfall sollte zumindest der Rechtsanwalt begreifen, worum es geht. Das schafft Chancengleichheit. Intransparenz ist die logische Folge eines freien Marktes. Öffentliche Prüfung ist das Gegenmittel.«

Es geht darum, ein fatales Spiel zu unterbrechen. Der Durchschnittskunde macht es intransparenten Anbietern überaus leicht. »Gier frisst Hirn«, sagt Michael Franke. »Im Fokus stehen bei vielen Verbrauchern vor allem Prämie und Ablaufleistung. Andere Leistungen, versteckt in den Versicherungsbedingungen, sind nur selten ein Kaufargument.« So ermöglichen die Kunden den Versicherern ein unfaires Geschäft. Versteckte oder schwammige Ausschlusskriterien verführen zum Abschluss eines Vertrages, mindern aber die tatsächlichen Leistungen. So kann die Versicherung niedrige Prämien kalkulieren und trotzdem Kasse machen.

Endlich mal ein Journalist, der sich traut, auch die Verantwortung des Verbrauchers anzusprechen – das gefällt uns!

Für Thorsten Rudnik vom Bund der Versicherten ist das alles kein Zufall. »Wenn ein Versicherer die Prämien niedrig und die Ablaufleistung hoch halten will, muss er eben im Leistungsfall sparen. Das geschieht oft ganz bewusst durch das Design der Versicherungsbedingungen.« Kommt es dann zum Schadensfall, müssen deshalb immer häufiger die Gerichte entscheiden. Die Crux: Solange sich die Leute vor allem für niedrige Prämien interessieren, müssen selbst gutwillige Versicherer auf die präventive Abwehr von Ansprüchen ihrer Kunden setzen, um auf ihre Kosten zu kommen. Weil der Kunde die aber häufig nicht akzeptieren würde, versteckt der Versicherer sie.

Dagegen hilft nur: Bescheid wissen. Damit hinterher niemand enttäuscht ist. Franke und Bornberg pressen deshalb jeden Vertrag in ihre Bewertungsmatrix, um zu prüfen, ob dem Versicherungsnehmer im Schadensfall auch wirklich geholfen wird. Bis eine solche Matrix etwa für Krankenversicherungen steht, vergehen leicht zwei Jahre. »Am Anfang gehen wir 20 bis 30 Vertragswerke Zeile für Zeile durch«, sagt Bornberg. Jeder Unterschied wird markiert, genauso wie jeder Punkt, den nur ein einziger Anbieter vorweist. Das zusammen ergibt die ersten 100 Kriterien. Darunter Punkte wie: Wird eine Brille bezahlt? Wem wird sie bezahlt? Bis zu welcher Summe? Welche Meldefristen gibt es? Welche Leistungsausschlüsse gelten? Dieses Grundgerüst wird mit jedem neuen Vertrag ausgebaut. Den Nachschub lassen sich Franke und Bornberg vierteljährlich von den Versicherern schicken.

Hinzu kommen die neuen Policen, die laufend von Kunden und Maklern kommen. Im Schnitt sind es am Ende 150 Aspekte, nach denen ein Vertrag bewertet wird.

Winzige Korrekturanmerkungen: Die Beschaffung von Unterlagen ist ein kontinuierlicher Prozess und findet keineswegs nur vierteljährlich statt. Und die Versicherungswelt ist immer noch komplizierter geworden – mittlerweile sind es im Schnitt schon 200 Aspekte, nach denen wir Verträge bewerten.

Aber welche Kriterien sind wirklich wichtig? »Je mehr Ärger ein Punkt in der Praxis verursacht, umso relevanter ist er«, sagt Katrin Bornberg. Um herauszufinden, welche Punkte das sind, pflegen Franke und Bornberg Kontakte zu Richtern und Maklern. »Und wir besuchen Veranstaltungen für die Leistungsregulierer der Versicherer. Die lernen dort, wie man Schadensfälle abwehrt. So wissen dann auch wir, wo es hakt.«

Hinzu kommt die »logische Interpretation« der Versicherungsbedingungen. So kann, was sich zunächst toll anhört, schnell zum Minuspunkt werden. Etwa die Freiberuflerklausel bei Berufsunfähigkeitsversicherungen: Wenn in den Bedingungen steht, dass ein Versicherter nur in eine Tätigkeit verwiesen werden kann, die dem ursprünglichen Beruf ähnelt, klingt das gut. »Wir aber haben das negativ bewertet«, sagt Katrin Bornberg.

Denn tatsächlich bedeutet diese Klausel, dass beispielsweise ein Chirurg auch auf einen Job als Sachverständiger bei einer Krankenversicherung verwiesen werden kann – obwohl sich Einkommen und Ansehen beider Berufe deutlich unterscheiden. Normalerweise versichert deshalb eine Berufsunfähigkeitsversicherung die »Lebensstellung« – und genau das sollte laut Katrin Bornberg auch für Freiberufler gelten. Denn wenn dann aufgrund einer Krankheit keine gleichwertige, der bisherigen Lebensstellung angemessene Position gefunden werden kann, »käme der Freiberufler sofort an sein Geld«.

Papier ist bekanntlich geduldig. Deshalb prüfen die Experten die Versicherungsbedingungen auf ihre Praxistauglichkeit.

Aber wie werden einzelne Kriterien konkret bewertet? An diesem Punkt müssen Franke und Bornberg heraus aus der papiernen Versicherungslogik. Beispiel Brille: Um etwa eine Erstattungssumme einschätzen zu können, muss man wissen, was eine Brille kostet. Bornbergs Mitarbeiter sprechen mit Optikern und Augenärzten. Oder stationäre Hilfe: »Da rufen wir einen Stationsarzt in der Psychiatrie an und fragen, wie lange ein Aufenthalt normalerweise dauert.« Erst dadurch wird deutlich, was ein Leistungsanspruch in der wirklichen Welt wert ist.

Das ist ein aufwendiges Verfahren, aber ohne Gegen-Check in der Realität würden sich Versicherer mit den vermeintlich eindrucksvollsten Zahlen an die Spitze setzen. Ein gutes Beispiel dafür ist der Krankentransport. »Es gibt Versicherer, die bieten in ihren Verträgen sehr hohe Erstattungssummen dafür an. Nur: So viel kostet ein Transport gar nicht«, sagt Katrin Bornberg. »Würden wir uns nur auf den Vertrag verlassen, bekäme so ein Versicherer vielleicht die höchste Punktzahl. Wir haben jedoch recherchiert, was ein Transport maximal kostet. Deshalb bekommt jeder Versicherer, der das abdeckt, von uns die gleiche Bewertung. Denn die tatsächliche Leistung ist gleich.« Parallel aber prüfen Franke und Bornberg den entsprechenden Berechtigungs-Passus in den Bedingungen. »Wer dort schwammig formuliert, kriegt Punktabzug«, sagt Bornberg. »Die Formulierung ›Sie können beantragen, dass ...‹ ist eben nicht dasselbe wie ›Auf Ihren Antrag hin gewähren wir ...‹«.

Für die deutsche Assekuranz ist diese Art öffentlicher Prüfung ungewohnt. »Viele Versicherer können damit zunächst nicht umgehen«, sagt Katrin Bornberg. Am Anfang stellten sich Unternehmen stur – was ihnen wenig nützte, speist sich die Prüfung von Franke und Bornberg doch nur aus öffentlich zugänglichen Quellen. Heute sind Franke und Bornberg bekannt, Prüfer und Versicherer spielen nun oft Hase und Igel. Vorstände fordern, diesen oder jenen Vertrag aus der Bewertung zu nehmen. Unterlagen werden verweigert mit dem Hinweis, diese würden gerade überarbeitet. Viele Diskussionen drehen sich um »interne Regelungen«, die nicht in den Bedingungen stünden. Franke und Bornberg prüfen generell alle Verträge eines Versicherers, um nicht irgendwelchen Lock-Angeboten aufzusitzen. »Man muss immer wieder nachjustieren, sonst wird man unfreiwillig zum Fahnenbeschwenker der Unternehmen«, sagt Michael Franke.

Auf der anderen Seite schmücken sich Versicherer mittlerweile gern mit einem guten Urteil der Prüfer aus Hannover. Franke und Bornberg bieten mit fb-Xpert eine täglich aktualisierte Datenbank, auf die Vermittler zurückgreifen. Je höher ein Versicherungsunternehmen auf der Liste steht, umso höher ist die Abschlusswahrscheinlichkeit in der Praxis. Hinzu kommt mit fb-Data eine Datenbank, die bündelt, was das Unternehmen über die Teilnehmer auf dem Versicherungsmarkt herausgefunden hat, darunter auch Angebote und besondere Regelungen.

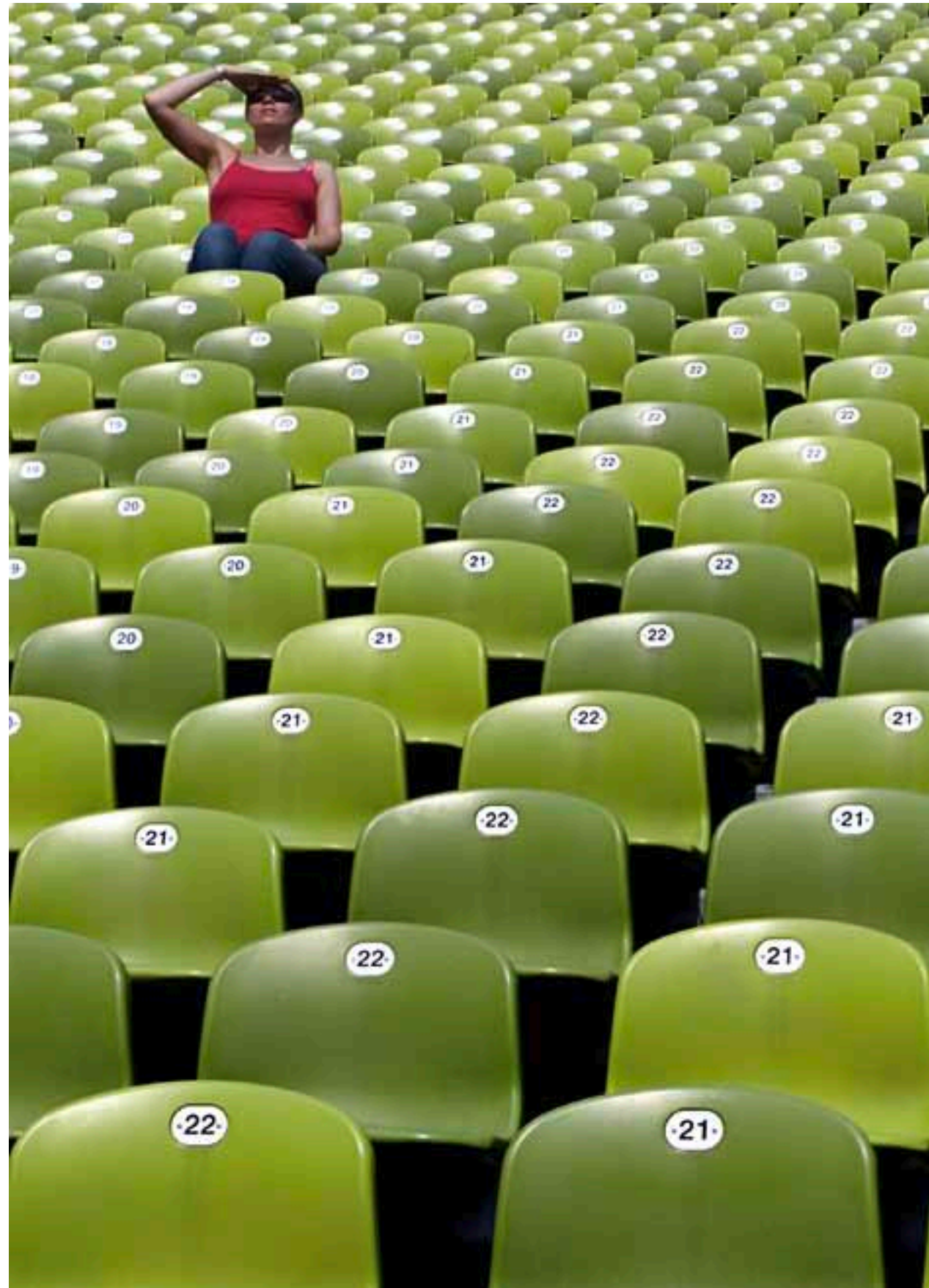
Deshalb sind es vor allem Versicherungsunternehmen selbst, die auf fb-Data zugreifen, bevor sie neue Verträge und Bedingungen austüfteln. »Wir sind so etwas wie ausgelagerte Wettbewerbsbeobachter«, meint Katrin Bornberg. Auch Redaktionen und Fachpublikationen nutzen abgespeckte Ratings von Franke und Bornberg gern für ihre Service-Rubriken. Aber bringt das alles wirklich mehr Transparenz in die Versicherungsbranche? Michael Franke spricht vom Bohren dicker Bretter: »Rating ist ein Langzeitgeschäft.« Es ist der Ersatz für Wettbewerb, der sich unter den Versicherern nach vielen fetten Jahren nur zögerlich entfaltet, und der die Vertragskonditionen nur selten berührt. Ein Rating erzeugt Druck, aber erst dann, wenn sich ihm keiner mehr entziehen kann. Franke und Bornberg haben dies vor allem bei Berufsunfähigkeitsversicherungen geschafft. »Wir decken 95 Prozent aller Anbieter ab«, sagt Michael Franke, »ohne unser Rating geht in diesem Markt nur noch wenig. Das hat mittlerweile zu vielen Top-Produkten geführt.« Freiwillig sei dagegen kaum ein Versicherer zu mehr Transparenz bereit. »Versicherungen sind Wirtschaftsunternehmen. Sie wählen immer den Weg, der am meisten Ertrag bringt.«

Die entscheidende Frage ist also, welche Wege der Kunde ihnen offenlässt. Ob er Transparenz als Wert anerkennt. Sich dabei allein auf Ratings zu verlassen, ist für Katrin Bornberg der falsche Weg: »Ein gutes Rating sagt, welche Versicherung hohe durchschnittliche Leistung bietet. Es sagt aber nicht, ob diese Versicherung auch für die individuelle Situation die richtige ist.«

Mit genau diesem Thema werden wir uns in nächster Zukunft ganz besonders intensiv befassen.

Das allerdings sei nur schwer zu vermitteln. »Es gibt eine regelrechte Ratinghörigkeit. Die Leute wollen einfache Botschaften. Und sich nicht mit Fragen belasten.« Das allerdings ist eine gefährliche Strategie. Denn so gut die Ratings auch sein mögen – die Entscheidung für oder gegen eine Police bleibt Sache des Kunden. Und auch sein Risiko.

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung.



Weitsicht



Praktisch alle Themen des 1999 erstmals veröffentlichten Beitrags sind auch heute noch aktuell. Vor allem die Preisspirale hat nochmals spürbar angezogen. Erste Konsolidierungsbemühungen, die 1999 erkennbar waren, sind durch die immer weiteren Differenzierungen bei den Berufsgruppen überlagert worden.

Speziell in einem Punkt ist die Entwicklung sogar noch dramatischer vonstatten gegangen, als wir es seinerzeit prognostizieren konnten: Den Mechanismen von Angebot und Nachfrage entsprechend, stehen heute preisgünstige BU-Produkte für Besserverdienende in risikoarmen Berufen zur Verfügung, während sich für geringeren Lohn in Handwerk oder Gewerbe Tätige die teureren Tarife vielfach nicht mehr leisten können. Das Aufbrechen der Versicherungsgemeinschaft in immer kleinere Einheiten führte somit zur Entsolidarisierung in der privaten BU – ein Gedanke, auf den auch noch in unserem Beitrag »Die private Berufsunfähigkeitsversicherung: Neue Lösungsansätze für bekannte Probleme« (Seite 36) eingegangen wird.

Aktuelle Entwicklungen in der Berufsunfähigkeitsversicherung in Deutschland

Der Wettbewerb um die Berufsunfähigkeitsversicherung spielt sich heute vor allem über die Qualität der Versicherungsbedingungen ab – in der Folge hat das Tempo, in dem die Bedingungswerke geändert werden, dramatisch angezogen. Einige Versicherer überarbeiten zurzeit ihre Bedingungen sogar mehrmals jährlich. Die Berufsunfähigkeitsversicherung ist demnach nach wie vor der Versicherungsbereich, in dem die Folgen der Deregulierung am deutlichsten spürbar sind. Es bleibt auch weiterhin spannend. Zum einen dreht sich die Bedingungsspirale (ständige Verbesserung der Versicherungsbedingungen im Kampf um Marktanteile) weiter, zum anderen sind aber auch Sättigungserscheinungen zu beobachten. So wollen viele Unternehmen aus dem Wettbewerb um Bedingungsqualität aussteigen und versuchen, neue Profilierungsfelder zu erschließen; Stichworte:

- Kapitalzahlungen im BU-Fall
- Wiedereingliederungshilfen
- Umschulungsrenten
- neue Deckungen wie Erwerbsunfähigkeit und Dread Disease

Rückblickend lässt sich sagen, dass es beim Versuch geblieben ist: So gut wie nichts konnte sich durchsetzen und folglich auch nicht zur Entschleunigung des Bedingungswettlaufs beitragen.

Es gibt jedoch auch Trends, die eher dem Marketing zuzuordnen sind. Generell sehen wir, dass erwartungsgemäß der Bedingungsspirale die Preisspirale folgt. Diesen durchaus logischen Schritt – höhere Leistung muss höheren Preis nach sich ziehen – wollen aus Wettbewerbsgründen längst noch nicht alle Versicherer gehen. Andere sind bereits am Start, weitere werden folgen. Als willkommener Anlass werden dabei die geänderten Tafeln der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV) dienen. Auch diese neue Kalkulation zeigt vom Trend eher nach oben. Dabei werden wir erleben, dass vor allem die Bruttobeiträge deutlich angehoben werden, während die Nettobeiträge eher vergleichbar bleiben.

Das kommt vor allem denjenigen Versicherern gelegen, die auf Anwendung des § 172 VVG verzichten und somit eine Garantie auf die Bruttobeiträge aussprechen. Mehr noch als bisher sollten folglich im Wettbewerbsvergleich die Bruttobeiträge herangezogen werden, da sich die Nettobeiträge über die Zeitachse erhöhen können. Dies vor allem deshalb, da das Produkt BU hierzulande noch recht neu am Markt ist. Das Geschäftsfeld Berufsunfähigkeit wird von den meisten Versicherern erst seit einigen Jahren in nennenswertem Umfang aktiv betrieben. Das Durchschnittsalter des Bestandes ist daher sehr niedrig. Deutlich spürbar werden die Leistungsquoten aber erst ab dem 50. Lebensjahr der Versicherten. Hier haben uns beispielsweise die USA und die Niederlande einiges an Erfahrung voraus.

Ruinöser Wettbewerb?

Spätestens bei dem neuesten Highlight einiger Unternehmen, dem Verzicht auf die abstrakte Verweisung, scheiden sich die Geister. Die abstrakte Verweisung ist ein schwierig zu greifendes Thema und wurde in den Medien und bisher auch von der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) angeprangert. Sie wird mit hoher Wahrscheinlichkeit jedoch bald in noch stärkerer Auslegung von der GRV selbst eingeführt. Das Gros der Versicherer verzichtet derzeit nicht auf dieses Verweisungsrecht. Einige Unternehmen bieten stattdessen sinnvolle Maßnahmenbündel zur Milderung oder Meidung der Verweisungsfolgen. Neben völligem Verzicht auf die Verweisung (hier »abstrakte« Verweisung) werden Alternativen angeboten, so etwa

- Verzicht auf »abstrakte« Verweisung ab einem bestimmten Alter des Versicherten
- Finanzierung von Umschulungsmaßnahmen
- Wiedereingliederungshilfen

Schade eigentlich: Die sinnvolle Diskussion, in welcher Weise der Verzicht auf die abstrakte Verweisung abgesichert werden könnte, kam 2000 jählings zum Erliegen, nachdem ein Analysehaus den generellen Verzicht auf abstrakte Verweisung zur Voraussetzung für die Höchstbewertung gemacht hatte. Leider wurde dadurch eben jene prekäre Entwicklung gefördert, durch die BU-Produkte gerade für diejenige Klientel kaum noch erschwinglich waren, für die sie am wichtigsten wären.

Kritisch bleibt dabei, dass viele Versicherer sich auch bei Arbeitnehmern die Prüfung einer »zumutbaren Umorganisation des Arbeitsplatzes« vorbehalten. Mangels klarer Definition sind die Konsequenzen dieses Vorbehalts für die Kunden allerdings aus heutiger Sicht nicht absehbar.

Es bleibt der negative Eindruck, dass man zwar die Verweisung einschränkt, aber andere Mittel und Wege sucht, sich der Leistungspflicht zu entziehen. Derzeit sind beim Thema Verweisung mehrere Herangehensweisen zu beobachten:

- Verzicht auf Verweisung ohne Neukalkulation
- Verzicht auf Verweisung mit Neukalkulation
- Verzicht auf Verweisung verbunden mit – teilweise verdeckten – leistungseinschränkenden Regelungen (indirekte Preiserhöhung)
- Alternativen zur Milderung der Folgen einer Verweisung

Wir müssen nicht extra erwähnen, dass es nach wie vor Versicherer gibt, die die Verweisung in keiner Weise einschränken. Diese Vorgehensweise sollte heute endgültig der Vergangenheit angehören.

Die tatsächliche Entwicklung war dann sogar noch heftiger als von uns 1999 prognostiziert. Der gesetzliche Rententräger ist komplett aus der BU ausgestiegen und bietet seit 2001 nur noch eine Absicherung gegen Erwerbsminderung. Von da an war klar, dass auch private Anbieter keine Volks-BU auf hohem Qualitätsniveau würden anbieten können – aufgrund der gleichen Problematik, die auch schon den gesetzlichen Träger zum Ausstieg bewogen hatte; auf diesen Punkt sind wir 2006 mit unserem Beitrag »Neue Lösungsansätze für die private Berufsunfähigkeitsversicherung«, ebenfalls in diesem Band zu finden, noch einmal eingegangen.

Das Augenmaß fehlt

Jahrelang hat die Maklerschaft zu Recht die abstrakte Verweisung als negatives Element gegen den Kunden betrachtet und kritisiert. Die jetzt angebotenen Lösungen lassen jedoch keine ungeteilte Freude aufkommen. Denn dem Makler ist vor allem auch an einer langfristig stabilen Kundenbeziehung gelegen.

Daher sollten auch die Versicherungsprodukte langfristig stabil konzipiert sein. Ob dies bei den neuesten Entwicklungen im BU-Bereich allerdings immer der Fall ist, sei dahingestellt.

Unser damaliger Vorbehalt hat sich als zutreffend erwiesen: In der Tat kam es zu spektakulären Fällen, in denen die Kalkulation des Produktes nicht mehr aufging und die Prämien für bestehende Kunden erheblich teurer wurden. Um weiterhin Neugeschäft zu erzielen wurden dann neue Tarife aufgelegt – eine für die Versicherten eindeutig negative Praxis, auf die wir noch 2010 mit einem neuen Ratingansatz eingehen werden.

Bei den Gesellschaften, die ohne Neukalkulation oder nur mit minimalen Beitragszuschlägen auf die Verweisung verzichten, führt man als Begründung an, dass bereits in der Vergangenheit nur wenige Verweisungen durchgeführt wurden. Außerdem mache man derzeit gute Gewinne in dieser Produktparte.

Eine gewagte Argumentation, die möglicherweise genauer Prüfung nicht standhalten kann: Sowohl das Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen als auch die Rückversicherungsseite betrachten die Entwicklung mit Sorge.



Macht es Sinn, die maximal mögliche
Bedingungsqualität nach dem Gießkannenprinzip
über alle Kunden auszuschütten?

Vor allem drei Kriterien sollten vor einem Verzicht auf das Verweisungsrecht sorgfältig geprüft werden:

- Die durchschnittlich versicherten Renten in der Vergangenheit liegen deutlich unter den heutigen Durchschnittsrenten. Daher muss bei den heutigen Verträgen eine deutlich erhöhte Leistungsquote zugrunde gelegt werden. Die Statistiken weisen eindeutig aus, dass die Leistungsquote überproportional mit der Höhe der versicherten Rente steigt. Weiterhin werden heute – öfter als in der Vergangenheit – sogenannte Vollversorgungen verkauft. Das heißt, dass der Kunde im Leistungsfall allein von seiner versicherten Rente leben kann. Hinzu kommt, dass insbesondere bei Freiberuflern sinkende Einkommen zu verzeichnen sind. Ab einem bestimmten Zeitpunkt ist dann die versicherte Rente höher als das zur Verfügung stehende Einkommen. Je näher die versicherte Rente an die Einkommensparität kommt, desto höher ist auch die Leistungsquote. Auch hier kann ein überproportionaler Leistungsanstieg beobachtet werden.
- Der Verzicht auf die Verweisung wird heute als primäres Verkaufsargument verwendet. Somit wird der Kunde dahingehend sensibilisiert. Ein Versichertenbestand, der durch solche Verkaufsargumente entsteht, ist hinsichtlich seines Leistungsbegehrens sicherlich anders einzustufen. Da derzeit nur wenige Versicherer auf die Verweisung verzichten, sind Konzentrationsprozesse von leistungsorientierten Kunden bei diesen wenigen Versicherern zu befürchten. Diese Antiselektion könnte zu deutlich höherer Belastung führen.
- Durch Verweisungsverzicht verliert der Versicherer nahezu jede Möglichkeit, lenkend auf den Kunden einzuwirken. Mit der Möglichkeit der Verweisung kann der Versicherer heute mit einem Kunden Maßnahmen besprechen, die in das Erwerbsleben zurückführen. Hier können die Gesellschaften ihr medizinisches und berufskundliches Know-how einsetzen. Davon profitiert auch der Kunde, der wieder eine berufliche Perspektive erhält. Mit dem Verzicht auf die Verweisung hat der Versicherer kaum noch eine Gesprächsbasis mit seinem Kunden. Die Möglichkeit, sanften und durchaus positiven Druck auszuüben, entfällt.

Wie die Entwicklung weitergeht, ist schwer vorhersehbar. Man kann aus den Erfahrungen anderer Länder schließen, dass das Risiko Berufsunfähigkeit durchaus problematisch für Versicherer werden kann. Auch der Chef des Bundesaufsichtsamtes, Helmut Müller, hält Versichererkonkurse in Deutschland keinesfalls für ausgeschlossen. Selbst wenn wir nicht gleich von Konkursen reden wollen, so zeigt doch die Erfahrung, dass Versicherer spätestens im Leistungsfall versuchen, Boden gutzumachen, wenn die Kalkulation nicht aufgehen sollte. Und dann ist Ärger unausweichlich.

Gefragt sind daher verantwortungsvolle Lösungen, die Kunden und Versicherern gerecht werden. Statt übereilten Lösungen ohne gründliche Kalkulation, die sich vorwiegend am Vertrieb orientieren, sollten erst einmal positive Elemente zur Schadenminderung und Schadenverhütung entwickelt und erprobt werden. Auch hier ist Deutschland in der Berufsunfähigkeitsversicherung noch ein Entwicklungsland.

Verantwortung gefragt

Für jeden verantwortungsbewussten Vermittler stellt die gegenwärtige Situation eine bedeutsame Herausforderung dar. Einerseits wird er bestrebt sein, seine Kunden möglichst hochwertig und gleichzeitig preiswert abzusichern. Da es heute keine generelle Gewähr für langfristige Stabilität der Produkte oder gar der Versicherer mehr gibt, kommt es andererseits auf bestmögliche Verlässlichkeit der angebotenen Versicherungsprodukte an. Aus heutiger Sicht, wo die Informationen noch dürftig sind und wesentliche Marktteilnehmer, wie die Rückversicherer, zur Vorsicht raten, kann nur zu einer verantwortungsvollen und damit sicheren Lösung geraten werden. Gleichzeitig muss die Frage gestellt werden, ob es Sinn macht, die maximal mögliche Bedingungsqualität nach dem Gießkannenprinzip über alle Kunden auszuschütten. Erfahrungsgemäß sind viele Kunden auch mit einer guten Basisabsicherung zufrieden, wenn hierfür ein attraktiver Preis geboten wird.

Die Lösung des Problems auf Versichererseite kann darin bestehen, den Versicherungsschutz so hochwertig wie möglich anzubieten, aber hierfür auch eine adäquate Prämie zu vereinbaren. Somit enthält man seinen Kunden nicht die machbaren Lösungen des Marktes vor, stellt aber auf anderer Seite die langfristige

Tragbarkeit sicher. Durch ein Stufenmodell kann man gleichzeitig dafür sorgen, dass Kunden, denen ein Basisschutz auf hohem Niveau ausreicht, auch günstigere Beiträge angeboten werden können. Gleichzeitig kann dem luxurorientierten Kunden, der bereit ist, für den maximalen Schutz einen Mehrbeitrag zu zahlen, ein entsprechendes Angebot unterbreitet werden. Auch diese Modelle sind nicht unumstritten, da natürlich auch bei einem solchen Stufenmodell nur die leistungsorientierten Kunden in der höchsten Stufe landen. Die Antiselektion kommt somit auch hier zustande.

Allerdings lässt sich dieser Effekt bei Versicherern, die mit Maklern kooperieren, aber gar nicht vermeiden. Selbst wenn der Versicherer kein Stufenmodell anbietet, wird der Makler im Kundeninteresse sein eigenes Portfolio entwickeln, indem er das Geschäft auf mehrere Versicherer verteilt. So landen die leistungsorientierten Kunden doch wieder in einem oder einigen wenigen Töpfen. Diese Situation der Selektion kann sich wohl erst dann entspannen, wenn sich der Verzicht auf die abstrakte Verweisung marktbreit durchsetzt.

Ehemalige Randthemen gewinnen an Wertigkeit

Die Entwicklung der Versicherungsbedingungen hat offensichtlich lange Zeit die gesamte Aufmerksamkeit auf sich gezogen. So wurde häufig übersehen, dass neben der Bedingungsqualität weitere Themen für die Qualität eines Produktes von großer Bedeutung sind. Schon seit 1995 fordern wir Mindestqualität bei den Antragsformularen, speziell bei den Gesundheitsfragen. Doch erst jetzt, vier Jahre später, steigt langsam auch die Qualität der Anträge. Dabei darf nicht übersehen werden, dass falsch beantwortete Fragen im Antrag die häufigste Ursache für Streit im Leistungsfall sind. Auch vorläufiger Versicherungsschutz ist heute immer noch keine Selbstverständlichkeit. Wenn dieser überhaupt angeboten wird, stehen zudem oft verklausulierte Bedingungen dahinter, die den Schutz wieder aushöhlen können.

Mit der Novellierung des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) 2008 wurden neue Voraussetzungen zur Verbesserung der Situation der Versicherten geschaffen. Ebenso führten Ratings zu einer deutlichen Verbesserung der Antragsfragen; dennoch ist die vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung bis heute das gravierendste Problem geblieben.

Differenzierte Betrachtungsweise ist zwingend!

Für die Gewährleistung optimaler, sachgerechter Angebotseinschätzung bedarf es heute sorgfältiger Prüfung, die mehrstufig angelegt werden muss. Zu unterscheiden sind zunächst die Versicherungsbedingungen in ihren Kernbereichen. Diese strukturieren wir in acht »harte« Bewertungsbereiche (Kernbereich der Bedingungen), die in bis zu 35 Unterkriterien untersucht werden. Generell sind die Wertungsbereiche

- Kapitalversicherung / Rentenversicherung mit BUZ
- Risikoversicherung mit BUZ
- Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung

zu unterscheiden. Weiterhin sind parallele Prüfungen notwendig, die zu einer Abrundung im Sinne einer durchgängig professionellen Lösung beitragen. Hier sind zu nennen:

- Prüfung der Antragsformulare
- Prüfung des vorläufigen Versicherungsschutzes
- Prüfung von Nachversicherungsgarantien
- Prüfung der berufsspezifischen Klauseln

Mittlerweile haben Produkte und Bedingungswerke an Komplexität noch deutlich zugelegt; heute kommen wir nicht mehr mit 35 Kriterien aus, sondern untersuchen allein in den Bedingungswerken bis zu 60 Kriterien.

Die Bedeutung von Produktbewertungen für den Vermittler

Die qualifizierte Bewertung von Versicherungsbedingungen ist schwierig. Der Versicherungsvermittler muss seinem Kunden eine konkrete Empfehlung geben. Dies verlangt auch die Rechtsprechung, die allerdings beim Thema BU-Bedingungen um Jahre hinterherhinkt. Denn die Fälle, die vor Gericht kommen, basieren noch auf Bedingungswerken, die in der Regel vor 1990 vereinbart wurden. Inzwischen liegen Welten zwischen den damals noch vom Amt genehmigten Versicherungsbedingungen und den uns heute vorliegenden. Fragt man Juristen nach Auslegungsmöglichkeiten heutiger Bedingungswerke, so will sich niemand festlegen. Der Vermittler muss dies allerdings leisten. Hier ist professionelles Know-how gefragt, um mit der rasanten Entwicklung mithalten zu können und den Vorsprung zu wahren.

Waren es früher einige wenige Kriterien, die innerhalb der Versicherungsbedingungen verbessert wurden, so werben die Unternehmen heute mit teilweise bis zu 50 (!) Verbesserungen gegenüber dem Standard. Wohlge-merkt: Es geht um Werbung. Untersucht man die Bedingungen vor dem Hintergrund der Rechtsprechung und der Leistungsregulierung nach messbaren Vorteilen, reduzieren sich die wichtigen Kriterien drastisch. Übrig bleiben lediglich wenige Wertungsbereiche. Diese müssen allerdings sehr sorgfältig analysiert werden, damit die teilweise erheblichen Leistungsunterschiede transparent werden. So werden die Analyseergebnisse für die Praxis auch wirklich aussagefähig.

Fazit

Der Markt ist noch schneller in Bewegung gekommen und legt ein schwindelerregendes Tempo vor. Marktteilnehmer, die sich hier schon frühzeitig mit Kompetenz und Verantwortung in dem anspruchsvollen Versorgungsbereich Berufsunfähigkeit positioniert haben, werden heute vor neue Herausforderungen gestellt. Verantwortung ist gefragt wie nie zu vor. Ein blindes Vertrauen auf die Erstversicherer könnte sich als trügerisch herausstellen. Zur Abgrenzung gegenüber Wettbewerbern empfiehlt sich ein schlüssiges und hochwertiges Gesamtkonzept, dass sich durch

- (1) auf die Kundenmentalität abgestimmte Stufenkonzepte
- (2) hochwertige und transparente Versicherungsbedingungen schon in der Basisstufe
- (3) Nachversicherungsgarantien
- (4) faire Antragsfragen
- (5) vorläufigen Versicherungsschutz
- (6) verantwortungsbewusste Kalkulation der Beiträge

auszeichnet. Erst ein solches Gesamtkonzept zeichnet den professionellen Dienstleister aus und wahrt den Vorsprung vor Schnellschüssen der Wettbewerber.

Elf Jahre nach Erscheinen dieses Artikels ist festzustellen, dass uns die Branche nicht in allen oben genannten Empfehlungen zu folgen gewillt war: Von der marktbreiten Umsetzung der Ziele (1) und (6) kann leider nicht die Rede sein.



Wissen, was zählt



Der folgende Beitrag basiert auf einem Essay, den wir für den im März 2005 von den beiden international renommierten Wirtschaftsfachleuten Prof. Dr. Dr. Ann-Kristin Achleitner und Dr. Oliver Everling herausgegebenen Sammelband »Versicherungsrating · Hintergrund – Strukturen – Prozesse« verfasst haben (erschienen im Gabler Verlag /Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH).

Zur zeitlichen Einordnung des Textes mag es interessant sein, sich zu vergegenwärtigen, dass der Beitrag eine Hochphase des Produktratings (ausschließlich) auf Basis von Bedingungen widerspiegelt. Zunehmender Wettbewerbsdruck auf die Prämien und problematische Entwicklungen an den Kapitalmärkten setzten den Versicherern immer mehr zu, sodass die fokussierte Produktbewertung zwar weiterhin unverzichtbar blieb; zugleich wurde es aber immer wichtiger, die Ratings auch auf bedingungsübergreifende Aspekte zu erweitern. In

dieser Phase (2004) gaben wir mit Veröffentlichung unseres interaktiven BU-Unternehmensratings dem Markt einen deutlichen Impuls. Neu war, dass wir nunmehr auch Versicherer selbst bewerteten. Damit wir unsere anspruchsvollen Bewertungsgrundsätze durchhalten konnten, blieb nur eine Prüfung direkt vor Ort beim Unternehmen. Denn bewertet werden bei uns nur verifizierbare Angaben.

2005 fiel dann der Startschuss zu den Analysen für PKV- und Komposit-Tarife; entsprechende Ratings liegen 2010 vor. Für die vorliegende Fassung haben wir den Originaltext leicht gekürzt, gegebenenfalls aktualisiert und mit Kommentaren aus heutiger Sicht versehen.

Methodik und Konzept unserer Produktratings

Erst recht aus der zeitlichen Distanz von mittlerweile über 15 Jahren wird unübersehbar deutlich, wie gravierend und nachhaltig die am 29. Juli 1994 in nationales Recht umgesetzte Dritte Lebensversicherungsrichtlinie der Europäischen Union den deutschen Versicherungsmarkt verändert hat. Wir erinnern uns: Bis zu diesem in der Tat historischen Datum unterlag jeder Versicherungstarif einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie der versicherungsmathematischen Kalkulation explizit der Genehmigung der damals zuständigen Aufsichtsbehörde, dem Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen. Als Folge der sehr engen Gestaltungsspielräume ergab sich ein weitgehend identisches Angebot. Der Wettbewerb spielte sich nahezu ausschließlich auf der Preisebene ab – übrigens auch im Bereich der Berufsunfähigkeitsversicherung, obwohl bereits Mitte der 80er Jahre die Aufsichtsbehörde auch einige von den Normativbedingungen abweichende Regelungen gebilligt hatte: Analysen des Autors von 1987/88 belegen, dass damals kaum eine Handvoll Anbieter diese zusätzlichen Gestaltungsmöglichkeiten nutzte.

Es erscheint ferner aus heutiger Sicht so, als hätten die deutschen Versicherungsunternehmen die Chancen und Möglichkeiten der Deregulierung nur recht zögerlich wahrgenommen; erst 1995 begannen die Anbieter verstärkt die neuen Gestaltungsspielräume zu nutzen – wir konnten damals beispielsweise bei 13 Lebensversicherern Berufsunfähigkeitstarife registrieren, die signifikante Unterschiede zu den Normativbedingungen von 1990 aufwiesen.

Im August 1995 veröffentlichten wir den ersten Vergleich von Berufsunfähigkeitsversicherungen in Deutschland auf Basis der Beurteilung der Versicherungsbedingungen. Neu bei diesem Vergleich war die komplette Bewertung des Produktes und Zusammenfassung zu einem Gesamtqualitätsergebnis. Das Rating konzentrierte sich, analog der vorhandenen Produktunterschiede, an acht Kernkriterien.

Seitdem allerdings hat die Lokomotive bekanntlich mächtig an Fahrt zugelegt; eine kaum noch überschaubare Vielfalt neuer Produkte – etwa im Segment der fondsgebundenen Lebensversicherungen oder die hauptsächlich von britischen Gesellschaften entwickelten Lebens- und Rentenversicherungen with profits – kam auf den Markt, und so mancher Anbieter musste mittlerweile erkennen, dass er Gefahren und Risiken eines forcierten Bedingungs Wettbewerbs (speziell in der Berufsunfähigkeitsversicherung) unterschätzt hatte. Als weitere Folge der Deregulierung schließlich ist auch das Entstehen eines – wenigstens für Deutschland – neuen Experten-Berufs, des verantwortlichen Aktuars, zu sehen sowie der wachsende Bedarf an einer Experten-Dienstleistung: dem qualifizierten Rating von Versicherungsprodukten.

Rating versus Ranking

Selbst der mündigste Konsument nutzt heutzutage bei der persönlichen Entscheidungsfindung gerne vergleichende Bewertungen durch Dritte, sei es beim Autokauf oder bei der Wahl des Studienortes. Das entsprechende Angebot ist riesig und reicht von einschlägigen Fachzeitschriften bis zu Rankinglisten à la »Die 100 besten Universitäten in Deutschland« oder »Die 25 billigsten gesetzlichen Krankenkassen«. Der Nutzwert solcher Rankings ist allerdings begrenzt, da sie ja lediglich die Rangfolge der verglichenen Firmen, Produkte etc. untereinander abbilden, aber prima vista nichts über den Qualitätsabstand etwa zwischen dem Bestplatzierten und einem Kandidaten aus dem Mittelfeld aussagen: es können Nuancen sein – oder Welten dazwischen liegen.

Das Rating dagegen liefert keine »Hitparade« nach dem Muster Erster, Zweiter, Dritter, sondern prüft das Erreichen oder Einhalten vorab definierter Leistungsmerkmale oder Kriterien. Die Aussagekraft des Ratingergebnisses für Firma/Produkt X ist also nicht vom Abschneiden anderer Unternehmen/Produkte abhängig.

Und damit wird klar, worin seit der Deregulierung eine der größten Herausforderungen für die qualifizierte Ratingagentur liegt – nämlich in der verantwortungsbewussten, professionellen Entwicklung und kontinuierlichen Pflege sinnvoller, bedarfsgerechter und praxistauglicher Ratingparameter und -kriterien, die sowohl Versicherungsunternehmen als auch Maklern/Vermittlern und natürlich den Verbrauchern eine verlässliche Vergleichs- und Entscheidungshandhabung ermöglichen.

Im Blickpunkt: Die Versicherungsbedingungen

Bei jedem Versicherungsvertrag sind neben den gesetzlichen Normen vor allem die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) von zentraler Bedeutung. In den AVB werden der Versicherungsfall, die Leistungsmodalitäten und andere wichtige allgemeine Vereinbarungen zum Versicherungsvertrag geregelt. Es sollte daher doch auf der Hand liegen, dass für die Bewertung von Versicherungsprodukten der Bedingungsvergleich unverzichtbar ist, zumal auch ein sinnvoller Vergleich von Kosten, Preisen, Ablaufleistungen etc. nur unter Einbeziehung der AVB möglich ist. Doch so evident dies scheint: Mit Ausnahme vielleicht der Sparte Berufsunfähigkeitsversicherung wird die Bedeutung der AVB bei der Bewertung von Versicherungsprodukten auch heute noch vielfach unterschätzt. Wie wichtig sie tatsächlich für die qualifizierte Produktanalyse sind, sollen drei Beispiele aufzeigen:

Garantien

Schon seit längerem sind fondsgebundene Rentenversicherungen auf dem Markt, deren Anbieter einen (vermeintlich) garantierten Faktor ausweisen, mit dem das bei Rentenbeginn vorhandene Fondsvermögen verrentet wird; allerdings ist diese Garantie durchaus nicht wirklich in jedem Fall gegeben – wenn etwa die AVB prozentuale Abschläge von diesen Faktoren regeln oder deren Veränderung nach keineswegs immer transparent und verständlich dargestellten Voraussetzungen erlauben. Folgendes Formulierungsbeispiel lässt dabei die fehlende Garantie noch recht einfach nachvollziehen: »Der Rentenfaktor basiert auf einem Rechnungszins 2,75% und der von der Deutschen Aktuarvereinigung e.V. veröffentlichten Sterbetafel DAV 1994 R und kann bei unerwartet starker Erhöhung der Lebenserwartung oder bei nachhaltiger Senkung der Kapitalanlagerendite geändert werden.«

Zu beobachten ist auch, dass immer häufiger bei klassischen Lebens- und Rentenversicherungen die Garantien auf Rückkaufswerte oder Ablaufleistungen in den Versicherungsbedingungen aufgeweicht werden; mittlerweile gibt es eine achtunggebietende Vielzahl von Klauseln, die es nur noch dem sachkundigen Analysten erlauben, den tatsächlichen Wert der Garantie zu erkennen; der Laie wäre hier hoffnungslos überfordert.

Rechtsanspruch

Längst nicht immer finden plakative Werbeaussagen auch ihre eindeutige Entsprechung in den (den Rechtsanspruch des Kunden regelnden) AVB. Und nicht selten stößt man dort auch auf Formulierungen, die zwar bei oberflächlichem Hinlesen in Ordnung zu sein scheinen, in Wirklichkeit aber nicht im berechtigten Interesse des Versicherungsnehmers sind, was etwa bei dieser subtilen Phrasierung der Fall wäre: »Sie können beantragen, dass die Beiträge gestundet werden.« Ein Rechtsanspruch entsteht so nicht, denn es gibt keine Aussage dazu, dass und ob dem Antrag stattgegeben würde; eindeutig und unmissverständlich wäre eine Formulierung wie »Auf Antrag stunden wir die Beiträge ...«.

Natürlich ist es nicht nur für den Versicherungsnehmer ausgesprochen ärgerlich, wenn er irgendwann einmal feststellen muss, dass der Vertrag, für den er vielleicht jahrzehntelang seine Beiträge gezahlt hat, längst nicht das hält, was er sich davon versprochen hat ... oder andere ihm davon versprochen haben: Auch dem Makler können ernsthafte Haftungsprobleme erwachsen, wenn er unverbindliche Leistungen zum Gegenstand der Produktempfehlung macht.

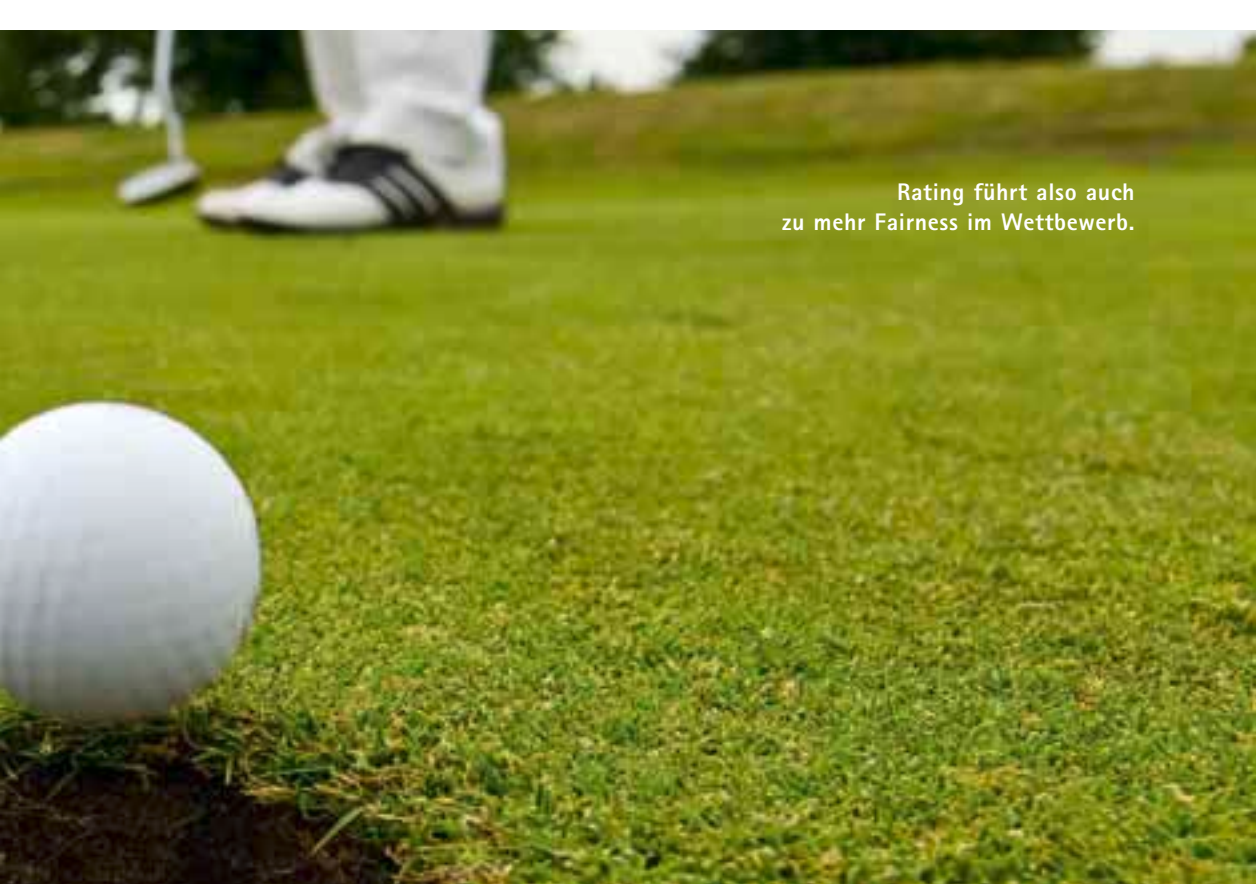


Aktuell erleben wir diese Praxis in der Vermittlung privater Krankenversicherungen. 20 Jahre lang basierten Vergleiche praktisch ausschließlich auf ungeprüft übernommenen Leistungsaussagen der Versicherer. Mit dem 2010 veröffentlichten PKV-Produkt rating hat Franke und Bornberg als erster Anbieter überhaupt eine Basis für Produktempfehlungen geschaffen, die ausschließlich auf verbindlichen Regelungen und Berücksichtigung der echten Leistungsstärke der Tarife durch formelbasierte Selbstbehalts-Bewertung basiert.

Transparenz

Rechtsanspruch gut und schön – was aber, wenn der Versicherungsnehmer gar nicht recht einschätzen kann, ob er einen solchen hat? Denn zahlreiche Versicherungsbedingungen sind nicht in allen Punkten aus sich heraus verständlich, weshalb sich aus den zu erwartenden Auslegungsfragen im Leistungsfall eine dezidierte Rechtsprechung entwickelt hat. Das Problem allerdings: Zusätzlich zum doch recht hohen Prozesskostenrisiko wirken sehr häufig missverständliche und intransparente Bedingungs-Formulierungen als Hemmschwelle – der Versicherungsnehmer ist nicht in der Lage, seine Rechte aus dem Vertrag zu erkennen und schreckt vor einer Klage zurück. In der Tat kommen nur vergleichsweise wenig abgelehnte Leistungsfälle je vor Gericht. Die Bedeutung einer gründlichen, kompetenten Bedingungs-Analyse ist also nicht zu unterschätzen, auch nicht in ihrer Korrektiv-Funktion des Marktes. So haben wir beobachtet, dass der Grad der mit Rechtsanspruch belegten Leistungen häufig dann ausgesprochen niedrig war, wenn kein entsprechendes Rating-verfahren existierte; regelmäßig sind die Ratingergebnisse bei den Erstveröffentlichungen unserer Verfahren doch eher ernüchternd ausgefallen. Ebenso regelmäßig war aber auch innerhalb eines Zeitraums von etwa zwei Jahren eine deutliche Qualitätsverbesserung festzustellen – Rating führt also auch zu mehr Fairness im Wettbewerb.

Das ist auch heute noch nicht anders; siehe unser PKV-Rating. Erst der Druck des Ratings hat viele Versicherer dazu motiviert, ihre Bedingungswerke zu präzisieren und transparenter zu gestalten.



Rating führt also auch
zu mehr Fairness im Wettbewerb.

Rating schafft Marktdynamik

Hat sich ein bestimmtes Ratingverfahren etabliert und ein gewisses Maß an öffentlicher Wirkung gezeigt, sind unserer Erfahrung nach die bewerteten Unternehmen in der Regel bestrebt, eine möglichst positive Bewertung zu erhalten, wenn auch zuweilen nur unter Aufbringung des geringstmöglichen Aufwands. Dieses – menschlich verständliche – Verhalten nennen wir ratingkonform, da die Motivation zur Qualitätssteigerung nicht per se oder durch einen festgestellten Bedarf gegeben, sondern erst durch das Rating motiviert ist. Von einer Umgehungsstrategie sprechen wir, wenn versucht wird, Produkte so zu überarbeiten, dass dies von den existierenden Ratingkriterien nicht erfasst wird.

Eine dritte Variante, die nicht anders als für den Anbieter riskant bezeichnet werden kann, liegt vor, wenn mit Blick auf bessere Ratingergebnisse zwar Änderungen an Produkten und Leistungen, nicht aber an den entsprechenden Kalkulationen vorgenommen werden.

Den hin und wieder vorgebrachten Vorwurf, mit ihrem Drängen nach immer »besseren« Produkten trügen die Ratingagenturen mit Schuld daran, dass sich die Versicherer in einen ruinösen Preiswettbewerb stürzen, halten wir mit Verlaub für derartig unangebracht, dass wir nicht weiter darauf eingehen wollen; selbstverständlich liegt es allein in der Verantwortung der Anbieter, das angemessene Pricing ihrer Produkte sicherzustellen. Übrigens: Der Preis ist bei keinem unserer Ratings bewertungsrelevant.

Offensichtlich verfügen längst nicht alle Versicherungsunternehmen über genügend internes Know-how für die wirtschaftlich sinnvolle Preis-Leistung-Gestaltung. Diese Erkenntnis hat uns dazu bewogen, im Mai 2004 ein Ratingverfahren zur Bewertung der Professionalität der Versicherungsunternehmen im Umgang mit Versicherungsprodukten zu veröffentlichen.

Umgehung und Modifikation von Bewertungsverfahren oder: Wie Hase und Igel

Von den oben genannten Varianten sind wir im Lauf der Jahre wohl am häufigsten mit der Umgehungsstrategie konfrontiert worden, also mit dem Versuch der Anbieter, Regelungen zu entwickeln, die von unserem Kriterienraster (noch) nicht erfasst werden, um auf diese Weise Regelungen zu kompensieren, die für ein positives Rating notwendig sind, das Produkt aber verteuern.

Auch an dieser Stelle zeigt sich die Kompetenz der qualifizierten Ratingagentur: Sie muss a) über die geeigneten Instrumente verfügen, um solche Umgehungstaktiken umgehend feststellen zu können und b) in der Lage sein, die eigenen Bewertungsraster und -verfahren flexibel und marktgerecht zu modifizieren. In gewisser Weise lässt das an das Märchen vom Wettlauf zwischen Hase und Igel denken. Dieses Wechselspiel ist für die Qualität und Brauchbarkeit von Ratingverfahren nicht zu unterschätzen; zur besseren Veranschaulichung deshalb hier einige Beispiele:

Anpassungsklauseln

Die Deregulierung ermöglichte den Unternehmen die eigenverantwortliche Gestaltung ihrer Versicherungsbedingungen; dieser Spielraum wurde intensiv zur Entwicklung von Anpassungsklauseln (Möglichkeit, die Bedingungen des bestehenden Vertrages zu verändern) genutzt. Einzelne Anbieter sind gar so weit gegangen, sich die Anpassung nahezu des kompletten Bedingungswerks vorzubehalten.

Auf diese Umgehungstaktik haben wir bereits 1996 mit der Komplettprüfung der Produkte reagiert und vorausschauend den Kriterienkatalog um die Position Besonderheiten erweitert, sodass auch negative Regelungen einzelner Produkte im Rating berücksichtigt werden konnten, ohne die Prüfungskriterien insgesamt zu verwässern. In der Folge sind exzessive Anpassungsmöglichkeiten heute nahezu vom Markt verschwunden. Bestätigt wurde unsere Auffassung durch die BGH-Entscheidung vom 17.03.1999 (IV ZR 218/97), welche den Spielraum für die Bedingungsanpassung in einer Grundsatzentscheidung deutlich verkürzt hat.

Selbst höchstrichterliche Rechtsprechung ersetzt keine klaren Bedingungsregelungen, denn wer Recht erlangen will, dem bleibt bei unklarer Formulierung der Bedingungen nur der Klageweg übrig. Doch mittlerweile hat der Gesetzgeber mit der VVG-Novelle 2008 unsere Ratinganforderungen für Bedingungsanpassungen im § 164 VVG praktisch 1:1 umgesetzt. Damit entfällt seitdem die Notwendigkeit zur Prüfung.

Verweisung · Beispiel Ärzteklausel

Lange Zeit galten nahezu branchenweit Berufsklauseln für Freiberufler – wie etwa die sogenannte Ärzteklausel – als bedeutende Verbesserung des Versicherungsschutzes, während wir hier schon immer grundsätzlich negativ bewertet hatten; am Beispiel der üblichen Formulierung der Ärzteklausel sei der Grund dafür erläutert: »Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge [...] außerstande ist, eine für ihn zulässige Tätigkeit als Arzt auszuüben.« Bei dieser Formulierung fehlt die Definition der Lebensstellung, weswegen dem Versicherer die Möglichkeit freistünde, auf andere ärztliche Tätigkeiten mit deutlich geringeren Einkommen zu verweisen; damit sei die Klausel, so unser Standpunkt, für den Versicherungsnehmer in vielen Fällen praktisch wertlos, wenn nicht sogar ein Bärendienst, denn aufgrund spezifischer beruflicher Qualifikationen wären Ärzte ohne diese Klausel kaum verweisbar.

Diese Auffassung führte zunächst zu einigem Unmut bei etlichen Anbietern, wurde aber ebenfalls durch die Rechtsprechung bestätigt (OLG Köln, Entscheidung vom 19.01.95 (5U 242/94)): Das Gericht befand, die Verweisung eines Chirurgen auf die Tätigkeit als Gutachter im Medizinischen Dienst einer Krankenkasse (MDK) sei klausel-konform und wies darauf hin, dass die bisherige Lebensstellung des Arztes nicht Gegenstand der Klausel sei.

Abstrakte Verweisung · Umorganisation · Berufswechsel

Ebenfalls nicht ohne: Die angemessene Bewertung der sogenannten abstrakten Verweisung. Seit etwa 1995 mehrten sich die Regelungen zum teilweisen Verzicht auf die abstrakte Verweisung (zum Beispiel ab dem 50. oder 55. Lebensjahr) – häufig allerdings mit so erheblichen Einschränkungen, dass die Klausel unserer Auffassung nach für den Versicherungsnehmer kaum noch von Vorteil sein könnte.

Im November 1997 erklärte die Mannheimer Lebensversicherung* als erstes Unternehmen den kompletten Verzicht auf die abstrakte Verweisung und kreierte damit einen Trend, der sich, unterstützt durch Ratings, im Jahr 2000 marktbreit durchsetzte. Allerdings stellten wir auch hier wieder Umgehungsversuche fest: Manche Anbieter verzichteten nur im Erstprüfungsverfahren auf die Verweisung; beim Nachprüfungsverfahren sollte die abstrakte Verweisung dann wieder möglich sein.

* Übrigens: Mit Sicherheit hatte auch das immer abenteuerlicher gestaltete Angebot an BU-Produkten zur Schiefelage der Mannheimer LV AG beigetragen, die 2003 die Übernahme des kompletten Vertragsbestands durch die Protektor Lebensversicherungs-AG als freiwillige Auffanggesellschaft der deutschen Lebensversicherer zur Folge hatte.

Der Begriff der Umorganisation des Arbeitsplatzes tauchte erstmals 1995 in den Versicherungsbedingungen auf, und zwar in Zusammenhang mit der eingeschränkten Verweisung. Gemäß Rechtsprechung war die Umorganisation ausschließlich auf Unternehmer anzuwenden; die neuen Formulierungen sollten auch die Umorganisation des Arbeitsplatzes von Arbeitnehmern ermöglichen – was in unseren Ratings regelmäßig negativ bewertet wurde. Auch die Berücksichtigung des Berufswechsels gehörte zu den Umgehungsstrategien, mit denen die Folgen des Verzichts auf abstrakte Verweisung eingeschränkt werden sollten, ohne ein schlechteres Rating zu erhalten. Und auch hier hieß es gegenzusteuern, denn stets haben wir auf derartige Strategien erfolgreich mit der entsprechenden Verfeinerung unserer Bewertungssystematik reagiert (und damit übrigens auch immer wieder für neue Impulse bei unseren Wettbewerbern gesorgt).

Ratingtarife/Paralleltarife

Bis etwa 1998 war es keineswegs branchenunüblich, dass Produktratings bei der Vergabe der Ratingurteile nicht auf die konkrete Produktbezeichnung, sondern auf den Namen des Versicherungsunternehmens Bezug nahmen. Eine Einzelbewertung von Paralleltarifen wurde vielfach nicht durchgeführt; vielmehr hatte sich die Praxis herausgebildet, den jeweils besten Tarif zur Beurteilung heranzuziehen – was natürlich einer Einladung zur missbräuchlichen Verwendung von Ratingurteilen gleichkam.

Nach entsprechender gründlicher Recherche mussten wir sogar feststellen, dass manche Anbieter sozusagen virtuelle Tarife entwickelt hatten, die überhaupt nicht für den Vertrieb gedacht waren, sondern ausschließlich den Erhalt guter Ratingnoten sicherstellen sollten.

Bereits mit Aufkommen der ersten Paralleltarife hatten wir deshalb stets die exakte Produktbezeichnung zum jeweiligen Rating veröffentlicht. Diese sehr einfache, aber wirkungsvolle Missbrauchsbremse hat sich mittlerweile bei praktisch allen seriösen Ratingverfahren durchgesetzt.

Hart, aber fair – die Bewertungsgrundsätze

Für uns besteht der Leitgedanke der Ratingarbeit darin, professionelle, praxis- und bedarfsgerechte Entscheidungshilfe zu leisten, und so ist uns bewusst, dass wir uns auf Seiten der Versicherungsunternehmen keineswegs nur Freunde schaffen. In der Tat führte unsere strenge Bewertungsmethodik häufig zu schlechteren Ratings als bei anderen Agenturen – Anlass für so manche konfliktbesetzte Auseinandersetzung mit Anbietern. Um so erfreuter sind wir, dass es gelungen ist, hohe Standards bei der Bewertung von Versicherungsprodukten im Markt durchzusetzen.

Bei allem Bestreben nach Objektivität basieren Ratings doch auf Analyse- und Interpretationsprozessen, die nie frei von subjektiven Einschätzungen und Wahrnehmungen sein können. Um so wichtiger für die

Nachvollziehbarkeit ist daher die detaillierte Dokumentation der Bewertungsgrundlagen. Für jedes unserer Ratingverfahren stellen wir den Versicherungsunternehmen die entsprechenden, sehr ausführlichen Unterlagen zur Verfügung.

Nachfolgend eine Zusammenstellung der bei allen unseren Produktbewertungen einheitlichen Grundsätze mit aktuellen Kommentaren.

Wir setzen auf eigene Recherche

Klingt selbstverständlich, ist aber keineswegs üblich. Unsere Analytenteams lesen, analysieren und bewerten Bedingungen, Anträge und Geschäftsberichte. Der Versicherer hat keine Chance zur Manipulation. Anderen Vergleichen liegen oft beim Versicherer abgefragte Angaben zugrunde, die ungeprüft übernommen werden. Häufig bleiben entscheidende Details unbeachtet. Bei uns dagegen findet nur das, was schwarz auf weiß geregelt ist, Eingang in die Bewertungen. Unsere Experten sind darauf spezialisiert, Schwachstellen aufzuspüren und sachgerecht zu bewerten.

Keine positive Wertung für (potenziell) kollektivschädliche Produktmerkmale

Entscheidend für die Qualität des Versicherungsschutzes ist immer auch die dauerhafte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Versicherungsunternehmens, die bei fehlerhafter oder nach kurzfristigen Vertriebsinteressen ausgerichteter Produktgestaltung und der damit einhergehenden Häufung von Leistungsfällen mittel- bis langfristig gefährdet sein kann.

Wir bewerten nicht oder nur schwer kalkulierbare sowie nur für einzelne Versicherte nützliche Regelungen/Leistungsmerkmale grundsätzlich nicht positiv und geben damit keine Anreize für eine potenziell kollektivschädigende Produktgestaltung.

Bewertung ausschließlich auf Basis verbindlicher Angaben

Als Quelle nutzen wir ausschließlich die gedruckten Versicherungsbedingungen sowie gegebenenfalls verbindliche Verbraucherinformationen, Antragsformulare, den Versicherungsschein und Geschäftsberichte. Unberücksichtigt bleiben geschäftsplanmäßige oder sonstige Erklärungen, Leistungsaussagen und Auslegungen der Versicherer sowie werbliche Veröffentlichungen. Wir wollen damit nicht behaupten, dass die aktuelle Leistungspraxis nicht weiter gehen kann als die verbindlich geregelten Leistungen. Die Erfahrung zeigt aber, dass gerade bei Sachverhalten, die nicht schwarz auf weiß geregelt sind, regelmäßig Auslegungsfragen oder Streitigkeiten entstehen. Unsere Vorgehensweise dient daher der langfristigen Sicherheit und der Nachhaltigkeit der Bewertungsergebnisse.

Detaillierte, kontextbezogene Gesamtprüfung der Versicherungsbedingungen

Die qualifizierte Analyse von Versicherungsbedingungen, die ja oft in komplexer Weise Bezug aufeinander nehmen, ist nur im Kontext möglich; isolierte oder lediglich Teilprüfungen verhindern schlüssige Gesamtaussagen über das jeweilige Produkt.

Da wir grundsätzlich immer eine Gesamtprüfung durchführen, bieten wir den Versicherungsunternehmen auch keine Möglichkeit, an »versteckter Stelle« Regelungen zu platzieren, die das Bewertungsergebnis ad absurdum führen können.

Berücksichtigung von Regelungen aus Musterpolicen nur bei verbindlicher Bezugnahme in den AVB

Es ist gängige Praxis, manche Regelungen nicht in den Versicherungsbedingungen, sondern im Versicherungsschein zu treffen. Allerdings können vom Versicherer zur Verfügung gestellte Musterpolicen auch Regelungen enthalten, die lediglich in Sonderfällen zum Tragen kommen, was sich meistens der Überprüfung entzieht. Wir berücksichtigen Regelungen im Versicherungsschein daher nur dann, wenn in den Bedingungen eine entsprechende Verknüpfung hergestellt ist.

Transparenz und Chancengleichheit

Wir bewerten positiv, wenn die Bedingungen dem Sachverhalt angemessen möglichst so formuliert sind, dass sie auch für den juristischen Laien verständlich sind. Klare und eindeutige Bedingungsregelungen informieren den Versicherten über den Inhalt der Versicherung und tragen maßgeblich zur Vermeidung von oftmals zeit- und kostenintensiven Streitigkeiten über den konkreten Inhalt des Versicherungsvertrags bei. Oft wird bei Auslegungsfragen auf die Rechtsprechung verwiesen. Diese Rechtsprechung ist aber der beste Beweis dafür, dass es an Eindeutigkeit mangelt und der Versicherer sich der Leistung entziehen wollte. Die Versicherungsbedingungen sollten daher auch die gefestigte Rechtsprechung zu Leistungsinhalten / Umfang des Versicherungsschutzes enthalten, damit Klarheit nicht erst nach langjährigem Rechtsstreit erreicht wird.

Unsere Bewertung berücksichtigt daher bewusst nicht den Gang vor Gericht. Zeigt sich, dass eine Regelung aufgrund Intransparenz häufiger dazu führt, dass Klarheit erst vor Gericht erlangt wird oder Streit über die Erstattung entsteht, nehmen wir zum Schutz der Versicherten Transparenzabschläge bei der Bewertung vor. Oft lassen sich nämlich durch ergänzende Klarstellung in den Bedingungen alle Zweifel ausräumen. Auch wenn diese Klarstellungen bei vielen Versicherern unbeliebt sind, halten wir klare Formulierungen für zumutbar. Denn Transparenz stellt nach unserer Auffassung einen hohen Wert für die Versicherten dar.

Im Übrigen fördern transparente Formulierungen auch die Kalkulationssicherheit der Tarife. Denn erfahrungsgemäß entscheiden die Gerichte im Zweifelsfall für die für den Versicherten günstigere Auslegungsalternative, egal, ob der Versicherer diese Interpretation bei der Produktkalkulation berücksichtigt hat.

Objektive Auslegung; im Zweifel zugunsten des Versicherten

Sind Bedingungsformulierungen nicht eindeutig, bewerten wir ohne Rücksicht auf § 305c Abs. 2 BGB (Mehrdeutigkeit) stets die für den Kunden ungünstigste Auslegung des Bedingungstextes, unabhängig von der möglicherweise vom Anbieter beabsichtigten Auslegung. Diese Vorgehensweise soll die langfristige Sicherheit für die Versicherten unterstützen und Produkte herausstellen, die klare Regelungen aufweisen. Wenn man als Versicherter zwischen den Zeilen lesen muss, wird es im Leistungsfall öfter Überraschungen geben.

Keine Berücksichtigung (potenziell) steuerschädlicher Regelungen/ Produktmerkmale

Regelungen zu steuerrechtlich regulierten Produktmerkmalen berücksichtigen wir nur insoweit, als diese nach aktueller Steuergesetzgebung steuerunschädlich sind. Hier greift eine vergleichbare Argumentation wie beim Grundsatz Keine positive Wertung für (potenziell) kollektivschädliche Produktmerkmale.

Negative Bewertung bei fehlenden Regelungen

Wir bewerten konsequent negativ, wenn im Sinne des von uns verstandenen Transparenzgebots relevante Regelungen fehlen. Wir untersuchen dann zunächst, ob anstelle der fehlenden Regelung eine andere – gesetzliche – Bestimmung auf den Vertrag anwendbar ist; gegebenenfalls wird im Wege der Auslegung ermittelt, welchen Regelungszweck und welche Schutzrichtung die gesetzliche Regelung anstrebt. Wir beachten außerdem, dass auch der Grundsatz von Treu und Glauben ergänzende Leistungen aber auch Verhaltenspflichten für den Kunden schaffen kann, so etwa die Mitwirkungspflichten im Leistungsfall. Wir wollen somit bei der Bewertung nicht berücksichtigen, dass der Versicherte erst durch das Studium von Gesetzen Klarheit über seine Rechte und Pflichten erlangt. Daher bewerten wir es positiv, wenn die Bedingungen Rechte und Pflichten verständlich darlegen.

Keine Wertung der Erfahrungen zur Regulierungspraxis

Auch wenn es sicherlich sehr interessant wäre: Da zuverlässige, objektive Quellen und gesicherte, aussagefähige Daten fehlen, verzichten wir bei unseren Produktratings auf die Bewertung der Erfahrungen zur Regulierungspraxis, ebenso auf die Bewertung der Auslagerung der Leistungsprüfung auf externe Dienstleister.

Modifiziertes Benchmarkverfahren

Wir untersuchen die jeweils aktuell am Markt präsenten Produkte, unterziehen sie einer vollständigen Analyse und gewinnen so einen qualifizierten Überblick, welche Regelungen in welchen Qualitäten am Markt vorliegen.

Nach Abschluss dieser Bestandsaufnahme werden die vorgefundenen Regelungen einem Benchmarking unterzogen und im Rahmen einer Skala von Null bis 100 (= die aus Versichertensicht günstigste Regelung, die aktuell am Markt angeboten wird) bewertet. Um einen für die Versicherten sinnlosen Wettbewerb zu vermeiden, modifizieren wir das Benchmarkverfahren dergestalt, dass der Wert 100 beispielsweise bei Erstattungs-/Entschädigungsleistungen auch für unterhalb der Maximalentschädigung liegende Erstattungs-/Entschädigungshöhen vergeben wird, sofern diese aller Voraussicht nach ausreichen, um einen maximal denkbaren Schaden auszugleichen.

Mit diesem Verfahren untersuchen wir in regelmäßigen Abständen die Verteilung qualitativer Merkmale im Markt. Diese Maßnahme stellt sicher, dass wir einerseits keine Regelungen voraussetzen, die nicht schon in hinreichender Verteilung im Markt vorhanden sind und dass sich andererseits das Bewertungsverfahren auf Augenhöhe mit der Produktweiterentwicklung bewegt.

Aus der Praxis für die Praxis – die Ratingsystematik

Obwohl es so selbstverständlich scheint, kann man es nicht oft genug wiederholen: Die Brauchbarkeit eines jeden Ratings steht und fällt mit der Nachvollziehbarkeit der angewandten Analyseprinzipien und Maßstäbe. Ebenso gründlich und umfassend wie unsere Bewertungsgrundsätze dokumentieren wir deshalb auch die jedem unserer Ratings zugrunde liegende Ratingsystematik.

Nun gäbe es zwar auch einen einigermaßen einsichtigen Grund, dies nicht oder nur sehr begrenzt zu tun: Denn schließlich könnte die Offenlegung solcher Entscheidungsstrukturen und Arbeitsmethoden auch zum Beispiel dem Wettbewerb deutlichen Einblick in Bereiche ermöglichen, die dem schützenswerten Unternehmens-Know-how zuzuordnen sind – vergleichbar etwa mit Betriebsgeheimnissen. Aber auch wenn das Argument nicht völlig von der Hand zu weisen ist, halten wir doch die optimale Dokumentation der für das jeweilige Rating signifikanten Parameter zur Qualitätssicherung für unabdingbar. Gestattet sei an dieser Stelle ferner der Hinweis, dass diese Vorgehensweise schlechterdings die einfachste Möglichkeit ist, wohlfeilen, aber nur schwer aus der Welt zu schaffenden Unterstellungen (Mauschelei, »Rating nach Gutsherrenart« etc.) den Wind aus den Segeln zu nehmen.

Vor der Entwicklung eines neuen Ratingverfahrens untersuchen wir stets alle aktuell am Markt präsenten Produkte und unterziehen sie einer vollständigen Analyse. Damit gewinnen wir einen Überblick, welche Regelungen in welchen Ausprägungen/Varianten vorliegen.

Der nächste Schritt besteht in der Analyse sinnvoller Erweiterungsmöglichkeiten – wir klopfen also das Regelwerk auf mögliche Lücken ab und konzipieren im Rahmen einer Machbarkeitsuntersuchung gegebenenfalls in Frage kommende Ergänzungen.

Nach Abschluss dieser Bestandsaufnahme bewerten wir die vorgefundenen Regelungen im Rahmen einer Skala von Null bis 100 (= die aus Versichertensicht günstigste Regelung, die aktuell am Markt angeboten wird oder aber grundsätzlich denkbar wäre); dass dieser Bestwert niemals an Regelungen vergeben wird, die auf Dauer kollektivschädigend sein können oder nur für einzelne Versicherte vorteilhaft sind, ergibt sich aus unseren oben erläuterten Bewertungsgrundsätzen.

Gewichtung

Es liegt auf der Hand, dass die einzelnen Regelungen eines komplexen Bedingungswerks unterschiedlichen Stellenwert haben – die einen beziehen sich auf eher marginale (Beispiel: Leistungsunterschiede von einigen wenigen Monatsrenten bei der Berufsunfähigkeitsversicherung), die anderen auf ganz zentrale Sachverhalte (Beispiel: Bestehen von Leistungspflicht). Daher ist es unabdingbar, Gewichtungsfaktoren einzuführen, die

sicherstellen, dass gute Ergebnisse bei weniger bedeutsamen Kriterien nicht Defizite bei Kriterien, die für den Versicherten von besonderem Belang sind, überstrahlen. So etwa belegen wir Kriterien, die zur Ablehnung beantragter Leistungen führen können, mit einem hohen Gewichtungsfaktor. Das Prinzip ist wohl jedem seit der Schulzeit vertraut, wo ja auch ein Sehr gut im Nebenfach ein Mangelhaft im Hauptfach nur bedingt ausgleichen konnte.

Ratingklassen

Nach Durchlauf des gesamten Bewertungsverfahrens ergibt sich für jedes Produkt eine Gesamtpunktzahl und damit die Zuordnung in die entsprechende Ratingklasse (acht Klassen von FFF/hervorragend bis F--/sehr schwach). Die Klassen sind in ihrer Bandbreite so bemessen, dass geringfügige, für die Praxis unerhebliche Punktunterschiede, nicht zur Einstufung in eine andere Klasse führen. Zusätzlich werden gegebenenfalls Mindeststandards berücksichtigt.

Die Ratingklassen im Einzelnen:

FFF	hervorragend	F+	noch befriedigend
FF+	sehr gut	F	ausreichend
FF	gut	F-	schwach
FF-	befriedigend	F--	sehr schwach

Mindeststandards

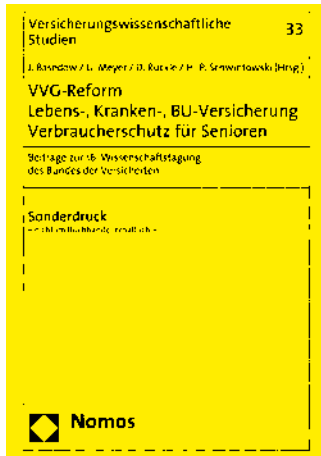
Ein Punktesystem mit Gewichtungsfaktoren ermöglicht verlässliche Aussagen über die durchschnittliche Qualität des jeweiligen Versicherungsprodukts, reicht aber bei einigen Produktparten, etwa den Berufsunfähigkeitsversicherungen, allein noch nicht aus, um produktspezifische Besonderheiten in den Regelungen genügend prägnant herauszumodellieren. Wir haben deshalb in einigen Bewertungsverfahren noch zusätzlich Mindeststandards für die höchsten Ratingklassen eingeführt.

Das Prinzip dabei: Unabhängig von der erreichten Gesamtpunktzahl wird ein Produkt stets dann eine Ratingklasse niedriger eingestuft, wenn der Mindeststandard der jeweils höheren Klasse nicht erreicht wird. Sollte die erforderliche Punktzahl für eine Klasse, aber weder der Mindeststandard dieser noch der darunter liegende Klasse erreicht werden, ergibt sich eine Abstufung um zwei Bewertungsklassen.

Damit ist sichergestellt, dass in den höheren Bewertungsklassen bewertete Produkte in allen Bewertungskategorien durchgängig überdurchschnittlich hohe Qualität aufweisen und überdies Mindestanforderungen in besonders wichtigen Kriterien erfüllen.



Schutz für wen wovor?



Der folgende Beitrag wurde 2006 für die 16. Wissenschaftstagung des Bundes der Versicherten verfasst. Das bereits zur Jahrtausendwende erkennbare Problem, dass für immer weniger Menschen eine BU-Versicherung bezahlbar ist, war seinerzeit so massiv geworden, dass es zu den zentralen Themen der Veranstaltung im schleswig-holsteinischen Bad Bramstedt gehörte.

Wir nahmen die Gelegenheit wahr, deutlich zu machen, dass auch der Verbraucherschutz einen keineswegs zu unterschätzenden Anteil an dem Problem hat. Denn wer die »Wohlfeile Luxus-BU für alle« fordert, Machbarkeitsfragen unbeantwortet lässt und laut nach dem Kontrahierungszwang ruft, muss sich schon fragen lassen, wer hier eigentlich wovor geschützt werden soll. Mittlerweile haben die Versicherer viele Forderungen des Verbraucherschutzes erfüllt – mit der einigermaßen absurd erscheinenden Konsequenz, dass sich heute oft nur diejenigen Berufstätigen das Produkt BU leisten können, die am wenigsten auf BU-Schutz angewiesen sind.

Die private Berufsunfähigkeitsversicherung: Neue Lösungsansätze für bekannte Probleme

Die Situation

Bedeutung der Berufsunfähigkeitsversicherung

Nicht erst seit der Einschränkung der gesetzlichen Versorgung im Falle einer Invalidität gilt die private Berufsunfähigkeitsversicherung als eine der wichtigsten Vorsorgeverträge für Erwerbstätige. Vor diesem Hintergrund werden an die Anbieter von Berufsunfähigkeitsversicherungen häufig besondere Anforderungen gestellt. Seit Mitte der neunziger Jahre wird dieses Versicherungsprodukt von den meisten deutschen Lebensversicherern vertrieben. Frühere Schranken, wie Restriktionen hinsichtlich Provisionszahlungen, sind überwiegend weggefallen. Von Seiten der Medien und des Verbraucherschutzes wird die Bedeutung der Berufsunfähigkeitsversicherung stets hervorgehoben. Man sollte meinen, dass hier gleichartige Intentionen zur Deckung kommen, denn auch der Versicherungsvermittler ist ja an Vertragsabschlüssen stark interessiert.

Wer jedoch eine umfassende Versorgung der Erwerbstätigen aus dieser Konstellation ableiten will, wird überrascht. Die Durchdringung der Berufsunfähigkeitsversicherung beim Verbraucher ist vergleichsweise und vor allem im Verhältnis zu ihrer Bedeutung gering.

2001 war aufgrund der erschreckenden Meldungen über die erhebliche Reduzierung der gesetzlichen Versorgung ein erheblicher Anstieg an Neuverträgen zu verzeichnen gewesen. Doch das Interesse ließ schnell wieder nach. Aber nicht nur die geringen Vertragszahlen stimmen nachdenklich. Fast noch bedenklicher erscheinen die jeweils versicherten Leistungen. So beläuft sich nach Angaben des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) die durchschnittlich versicherte Rente in Deutschland lediglich auf monatlich 475 Euro. Diese Zahl relativiert sich aufgrund vieler Verträge mit reiner Beitragsbefreiung etwas, wenn man einen Blick auf die Zahlen der Selbstständigen-Berufsunfähigkeitsversicherung wirft. Hier beträgt, ebenfalls laut GDV-Angaben, die durchschnittliche Monatsrente 818 Euro.

Es ist leicht nachvollziehbar, dass zu niedrige Versicherungsleistungen für die Betroffenen im Leistungsfall keine echte Problemlösung darstellen. Gleichzeitig steigt die Zahl der Verbraucher, die überhaupt keinen oder nur einen eingeschränkten Zugang zur privaten Berufsunfähigkeitsversicherung erhalten. Auch bei den bereits Versicherten steht nicht alles zum Besten. So ist festzustellen, dass im Leistungsfall viele Versicherte letztlich keinen Schutz erworben haben, da offenkundig vorvertragliche Anzeigepflichten verletzt wurden.

Mit weitem Abstand ist der Rücktritt vom Vertrag der häufigste Grund für die Ablehnung eines Leistungsbegehrens. Nun wird zwar nicht die Mehrheit der Leistungsanträge abgelehnt, dennoch kann die Situation für die vom Rücktritt Betroffenen nur als katastrophal bezeichnet werden. Im Folgenden werden einige Hintergründe dieser Entwicklungen sowie entsprechende Lösungsansätze beschrieben und analysiert.

Die Situation auf der Produktseite

Im internationalen Vergleich bewegt sich die Berufsunfähigkeitsversicherung in Deutschland auf höchstem Niveau; folgende, hierzulande übliche Leistungsmerkmale sind international keineswegs selbstverständlich:

Definition des versicherten Berufs

Überwiegend ist der zuletzt ausgeübte Beruf in der Ausgestaltung in gesunden Tagen versichert. Ein Berufswechsel, der eine fundamentale Veränderung des versicherten Risikos für den Versicherer darstellen kann, muss daher nicht angezeigt werden. In anderen Märkten können Prämien und Laufzeiten angepasst oder der Schutz nach einem Berufswechsel generell versagt werden. Weiterhin können schleichende Erkrankungen und die damit meist einhergehenden Anpassungen der beruflichen Tätigkeit nicht zu Lasten des Versicherten ausgelegt werden.

Weltweiter Versicherungsschutz

In Deutschland inzwischen ein Standard (wenn auch nicht bei allen Tarifen verankert), ist es sonst eher üblich, den Versicherungsschutz territorial zu begrenzen.

Weitgehender Verzicht auf Verweisung

Nahezu jeder Anbieter hält zumindest ein Produkt mit Verzicht auf das Recht der so genannten abstrakten Verweisung vor. Hierdurch ist für die Versicherten sichergestellt, dass sie nicht auf andere Tätigkeiten, die sie nicht zugleich konkret ausüben, verwiesen werden können. Üblich ist eher, dass eine Leistung dann nicht zu erbringen ist, wenn der Versicherte eine vergleichbare Tätigkeit noch ausüben könnte (siehe auch die gesetzliche Rentenversicherung in Deutschland).

Kaum Obliegenheiten

Im Leistungsfall bestehen kaum nennenswerte Mitwirkungspflichten für die Versicherten. So kann der Versicherer die Teilnahme an Reha-Maßnahmen, Umschulungen oder die Aufnahme möglicher Tätigkeiten nicht verlangen. Während der Versicherungsdauer sind Risikoveränderungen wie die Aufnahme einer Sportart oder eines möglicherweise risiko-erhöhenden Hobbys nicht anzuzeigen.

Wenige Ausschlüsse

Bei den Ausschlüssen sind die Unterschiede gegenüber anderen Märkten besonders augenfällig. Gegenüber den üblichen schwammigen Ausschlussklauseln finden sich in deutschen Berufsunfähigkeitsversicherungen nur wenige und in der Regel klar umrissene Ausschlüsse.

Die jahrelange Entwicklung der Invaliditätsversicherung hin zur »All Inklusiv«-Berufsunfähigkeitsversicherung stößt allerdings inzwischen an Grenzen. Die »Luxus-BU« entwickelt sich für immer größere Teile der Verbraucher zum schwer erreichbaren Produkt. Menschen mit Vorerkrankungen oder psychischen Behandlungen, Berufe mit körperlichen Tätigkeiten, Berufe mit speziellen Risikoprofilen (so genannte Risikoberufe) oder Berufe mit künstlerischen Elementen müssen sich den Versicherungsschutz teuer oder mit Ausschlussklauseln erkaufen. Im Ergebnis wird aufgrund zu hoher Beiträge oft keine angemessene Versorgung, sondern eher eine Verlegenheitsabsicherung in Form zu geringer Versicherungsleistungen vorgenommen. Die Berufsunfähigkeitsversicherung hat sich durch die Entwicklungen der vergangenen Jahre eben nicht zu einem »Volksprodukt«, sondern eher zu einem »Eliteprodukt« entwickelt. In erster Linie wurde mit zusätzlichen Bedingungenmerkmalen qualitativ immer weiter verbessert, doch manches Problem ist durch Verbesserungen auf der Leistungsseite gerade nicht zu lösen.

Die stärkere Preisdifferenzierung durch die Berufsgruppeneinteilung hat beispielsweise Versicherte in handwerklichen Berufen in Schwierigkeiten gebracht. Während der Maurer oder Zimmermann früher im Vergleich zu einem kaufmännischen Angestellten das Anderthalbfache oder das Doppelte für seinen BU-Schutz zahlen musste, kostet ihn der Versicherungsschutz seit Ende der neunziger Jahre etwa den vier- bis fünffachen Monatsbeitrag im Vergleich zu seinem Kollegen am Schreibtisch.

Das Preisniveau ist bei steigender Produktqualität für bevorzugte Berufe zwar insgesamt abgesunken – was jedoch dem Handwerker nicht weiterhilft, wenn er aus seinem Einkommen keine angemessene Absicherung finanzieren kann.

Als Beispiel sei die Prämie für einen 30-jährigen Maurer genannt, der für eine monatliche Rentenleistung von 1500 Euro einen durchschnittlichen Monatsbeitrag in Höhe von 136 Euro netto (also nach Verrechnung der Überschüsse mit dem Beitrag) und 183 Euro brutto bezahlen müsste. Dabei wurde die Laufzeit nur bis zum Alter 60 berechnet, da körperlich Tätige bis Endalter 65 immer schwerer zu versichern sind, und wenn, dann zu noch deutlich höheren Prämien.

Probleme der Verbraucher mit der Berufsunfähigkeitsversicherung

Das Hauptproblem für einen Großteil der Verbraucher ist sicherlich, überhaupt nicht privat gegen das Risiko einer Berufsunfähigkeit versichert zu sein. Hier kann nur weitergehende Aufklärung helfen. Neben den bereits genannten Problemen der körperlich Tätigen, der so genannten Risikoberufe und der Menschen mit Vorerkrankungen sind bei bereits Versicherten vor allem zwei Auffälligkeiten zu nennen.

Wer bereits versichert ist, hält sich oft durch Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung für ausreichend geschützt. Vielfach werden die Probleme erst im Leistungsfall sichtbar. Ein Großteil der Versicherten ist viel zu gering abgesichert, sodass selbst im Falle der Leistungsanerkennung sozialer Abstieg und finanzielle Not nicht verhindert werden können.

Ist die Absicherung in ausreichender Höhe getroffen, können im Leistungsfall dennoch Überraschungen auftreten, wenn der Versicherer dem Leistungsantrag trotz bestehender Berufsunfähigkeit nicht stattgibt.

Die Ablehnungsquoten der Anbieter unterscheiden sich zwar, liegen aber häufig innerhalb einer Spannbreite von 25 bis 45 % der Leistungsanträge. Diese Werte erscheinen noch nicht beunruhigend, jedoch ist der Hauptgrund für die Ablehnung der Rücktritt vom Vertrag. Diese Tatsache kann nicht befriedigend sein, denn das würde bedeuten, dass der Verbraucher in vielen Fällen falsche Angaben im Antrag macht und somit seine vorvertraglichen Anzeigepflichten verletzt. In der Tat scheint die Zahl der bewusst gemachten Falschangaben deutlich zuzunehmen. Doch nach wie vor dürfte der Hauptgrund für die Falschangaben bzw. das Weglassen von Angaben beim Vermittler liegen, der nur im Erfolgsfall, also beim Zustandekommen des Vertrages, vergütet wird. Man muss wohl davon ausgehen, dass manche Vermittler ihre Kunden dazu ermuntern, bestimmte Vorerkrankungen nicht anzugeben, da der Vertrag sonst erst gar nicht zustande käme.

Neben Rücktritt und Anfechtung war in den vergangenen Jahren auch vermehrt die Aussprache lediglich zeitlich befristeter Leistungsanerkennnisse zu beobachten. Da eine zeitliche Befristung von Leistungen nicht dem Grundgedanken der Berufsunfähigkeitsversicherung entspricht – hier wird üblicherweise so lange geleistet, wie die Berufsunfähigkeit vorliegt – und der Versicherte in eine schwächere Rechtsposition versetzt wird, kann diese Entwicklung für den Versicherten nur als negativ bezeichnet werden.

Rechtliche Vertretung des Versicherten, Rechtsprechung und Gerichte

Zwei Faktoren sind hier vor allem erwähnenswert. Der Versicherte wird nur schwer einen Anwalt finden, der mit der speziellen Materie der Berufsunfähigkeitsversicherung vertraut ist. Die Notwendigkeit der Spezialisierung des Anwalts ergibt sich dabei zum Teil aus der Tatsache, dass wesentliche Prozesse, die im Rahmen der Leistungsprüfung stattfinden, nicht aus den Bedingungen zu ersehen sind. Weiterhin ist bekannt, dass die erste Gerichtsinstanz chronisch überlastet ist und zu Vergleichen tendiert, die nicht immer die optimale Lösung für den Versicherten darstellen.

Es sind auch Fälle bekannt, in denen Richter offensichtlich nicht mit der diesbezüglichen Rechtsprechung des BGH vertraut waren und den Kläger davon überzeugten, die Klage aufgrund angeblich mangelnder Erfolgchancen fallen zu lassen. Aber auch von solchen Einzelfällen abgesehen, scheinen die Chancen des Versicherten erst in den oberen Instanzen aussichtsreich, und nicht jeder Versicherte hat die Nerven für eine

solche Auseinandersetzung. Immerhin darf nicht übersehen werden, dass der Versicherte, wenn er Leistungen aus seinem Vertrag begehrt, in der Regel gesundheitlich schwer angeschlagen ist.

Probleme der Anbieterseite

Seit Jahren ist zu beobachten, dass vielfach Fehler wiederholt werden, die bereits in anderen Märkten mit der Berufsunfähigkeitsversicherung gemacht worden sind. Erwartungsgemäß haben sich die Probleme, wie über der Kalkulation liegende Schadenquoten und Häufung subjektiver Risiken in den Beständen, dann auch Zug um Zug eingestellt. Dabei ist die Rolle der Rückversicherer nicht zu unterschätzen, die im Wettbewerb um den Erstversicherer zum Teil Rückdeckung für Produktausgestaltungen übernommen haben, von denen man sich heute wieder distanziert.

Beispielhaft seien hier der umstrittene Verzicht auf die Anwendung des § 172 Abs. 1 VVG und der Verzicht auf die sogenannte konkrete Verweisung genannt. Dabei wurden viele Leistungserweiterungen ohne unmittelbare Nachfrage, also »ohne Not« zur Abgrenzung gegenüber Wettbewerbern eingeführt. Insbesondere kann hier die Einführung der Leistung ab dem ersten Monat eines Außerstandeseins, den Beruf noch ausüben zu können, genannt werden.

Auch die Sechs-Monats-Prognose passt nicht so recht zum Charakter der Berufsunfähigkeitsversicherung, die in Abgrenzung zur Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich auf Dauer angelegt ist. Die Konkretisierung der früheren Formulierung »voraussichtlich auf Dauer« war in jedem Fall notwendig. Doch wäre auch die Nennung eines etwas längeren Zeitraums zielführend gewesen. Heute müssen aufgrund der üblichen Sechs-Monats-Prognose bereits Leistungen bei Frakturen oder Schwangerschaftskomplikationen erbracht werden: Fälle, in denen Leistungen aus der Krankentagegeldversicherung sicher ausreichend wären. So ergibt sich eine spürbare Verteuerung des Produktes, ohne dass der eigentliche Zweck des Versicherungsschutzes verbessert wird.

Weitere zum Teil kritische Leistungsmerkmale sind hohe Dynamiksätze und ein zu sorgloser Umgang mit dem Verzicht auf die abstrakte Verweisung. Während zu hohe Dynamiksätze zu Versicherungsleistungen oberhalb des Nettoeinkommens des Versicherten und somit zu Begehrlichkeiten führen können, zeigen sich Grenzen der Sinnhaftigkeit des Verweisungsverzichts, wenn die gesundheitliche Beeinträchtigung des Versicherten vergleichsweise gering ist und nur bei sehr speziellen Berufen zur Berufsunfähigkeit führt. Populäre Beispiele sind hier die Mehlstauballergie des jungen Bäckers oder die Angst des Geldtransportfahrers vor dem Gang in die Bank: In beiden Fällen ist der Wiedereinstieg ins Berufsleben leicht vorstellbar und sollte auch im Sinn des Versicherten sein. Der Bäcker kann umschulen; der Geldtransportfahrer sollte ohne größere Umstände eine Beschäftigung bei einem Transportunternehmen oder Lieferservice finden können. Derzeit darf der Versicherer eine solche Tätigkeitsaufnahme nicht verlangen.

Hier zeigt sich deutlich, dass es für alle Beteiligten sinnvoller sein kann, wenn zumutbare Mitwirkungspflichten bestehen; vor allem, wenn der Versicherer nicht nur Leistungserbringer ist, sondern auch Know-how hinsichtlich Umschulung und Wiedereingliederung in das Berufsleben zur Verfügung stellt.

Eine rundum zufriedenstellende Lösung ist bis heute noch nicht gefunden; das Thema bleibt unserer Einschätzung nach eines der wichtigsten Entwicklungsfelder der nächsten Jahre.

Weiterer Druck auf das Produkt folgte ursächlich aus der intransparenten Formulierung wesentlicher Bedingungsbestandteile. Auslegungsspielräume wurden durch die Rechtsprechung konsequent zu Gunsten der Versicherten ausgelegt. Die Kalkulation kam unter Druck, denn nicht alle von der Rechtsprechung vorgenommenen Auslegungen waren auch so vorgesehen.

Auffällig ist, dass auch bei aktuellen Produktentwicklungen weiterhin auslegungsfähige Bedingungsformulierungen aufzufinden sind. Kaufmännisches Verhalten der Versicherer unterstellt, kann hier nur die Schlussfolgerung gezogen werden, dass sich Intransparenz unterm Strich offenbar auszahlt. Dies erscheint vor dem

Hintergrund der konsequenten Rechtsprechung zunächst unverständlich. Der vermeintliche Widerspruch löst sich auf, wenn man berücksichtigt, dass nur wenige Kunden gegen eine Leistungsablehnung vor Gericht ziehen bzw. der Versicherer dies in Kauf nimmt.

Bei allen selbst provozierten Problemen ist heute nicht von der Hand zu weisen, dass der Druck auf die Versicherer bei der Berufsunfähigkeitsversicherung immens geworden ist. Eine jahrelange, auf hohe Qualität ausgelegte Leistungsorientierung in der Öffentlichkeit hat zu Entwicklungen geführt, die das Neugeschäft zunehmend erschweren. Eine hohe Produktqualität hat hier auch zur Folge, dass in der Risikoprüfung sehr konsequent vorgegangen werden muss, wenn das Geschäft dauerhaft stabil geführt werden soll. Auch die Entwicklung des wirtschaftlichen Umfelds und der Krankheitsbilder machen den Anbietern zunehmend zu schaffen; ein Punkt, auf den später noch eingegangen wird.

Probleme von außen

Längst nicht alle Probleme mit der Berufsunfähigkeitsversicherung sind den Anbietern zuzuschreiben. So fallen seit einigen Jahren Faktoren zusammen, die noch zusätzlichen Druck auf die Berufsunfähigkeitsversicherung ausüben. Aufgrund der bei Summenversicherungen (nicht der entstandene »Schaden« wird geschuldet, sondern die versicherte Leistung) auftretenden subjektiven Komponente (differierende Begehrlichkeit der Versicherungsleistung in Abhängigkeit von der persönlichen Situation) spielt die Situation am Arbeitsmarkt traditionell eine wichtige Rolle.

Die dauerhaft schlechte Situation des Arbeitsmarktes führt vermehrt zu Leistungsfällen, da die gesundheitlich beeinträchtigten Versicherten keine Beschäftigungschance sehen. Man spricht hier auch von latenter oder nachgeholter Invalidität, die auftritt, wenn Versicherte ihren Arbeitsplatz verloren haben. Solange sie noch berufstätig sind, versuchen sie üblicherweise mit den gesundheitlichen Problemen zu Recht zu kommen und melden sich nicht beim Versicherer.

Als weitere äußere Komponente ist die starke Zunahme psychischer Erkrankungen als Leistungsursache zu nennen. Klassische Ursachen für Berufsunfähigkeit werden zunehmend von ihrem Anteil her zurückgedrängt. Dies bedeutet aber nicht, dass die klassischen Ursachen von ihrer Anzahl her deutlich geringer werden. Gerade die Begründung eines Leistungsantrags mit psychischen Ursachen macht dem Versicherer eine objektive Prüfung des Leistungsanspruchs schwer. Simulanten können kaum von Erkrankten unterschieden werden, und einem Erstgutachten wird schon aus Haftungsgründen kaum ein zweiter Arzt widersprechen wollen. Entsprechend ist in der Leistungspraxis zu beobachten, dass immer häufiger psychische Gründe nachgeschoben werden, wenn die erste Begründung nicht standhält.

Ratings

Produktbewertung

Ratings haben erheblichen Einfluss auf die Produktgestaltung genommen. Schlechte Ratings führen häufig zu sinkenden Anbieterumsätzen. Diese Wirkung stellt auch Anforderungen an die Arbeitsweise der Agentur.

Kritisch festzustellen ist, dass die Anbieter nur an den Stellen nachbessern, die im Fokus des Ratings stehen. Dabei ist anzumerken, dass Bewertungsansätze unterschiedlich umfassend konzipiert sind. So ist es nicht unüblich, dass positive Klauseln zwar berücksichtigt werden, dass aber nicht sanktioniert wird, wenn diese Klauseln während der Vertragslaufzeit durch den Versicherer verändert werden können.

Weiterhin werden zum Teil nur wenige Sachverhalte geprüft. Solche punktuellen Bewertungen sind leider ebenso üblich wie praxisfern. Das Bewertungsergebnis kann mit Höchstnote ausfallen, ohne dass dem Verwender des Ergebnisses klar ist, dass die Aussage des Ratings nicht das gesamte Produkt, sondern nur die geprüften Teilbestandteile des Produktes betrifft. In der Praxis kann dies bedeuten, dass beispielsweise zwar ein Verzicht auf die abstrakte Verweisbarkeit wirksam erklärt ist, dass aber parallel Regelungen existieren, die für

den Versicherten vergleichbare Konsequenzen wie eine abstrakte Verweisung haben. Solche Regelungen nennen wir Umgehungen, die man als Agentur aber keineswegs hinnehmen muss. Neben der Umgehung bietet sich vor allem die Einengung von Auslegungsmöglichkeiten von nicht eindeutig formulierten Bedingungen als sinnvolles Betätigungsfeld einer Ratingagentur an, um für eine bessere Qualität zu sorgen. Im Folgenden sei an Beispielen ein möglicher sinnvoller Umgang mit Umgehungen und Auslegungsmöglichkeiten aufgezeigt:

Versicherter Beruf

Die ursprüngliche Formulierung »Beruf« erlaubte mindestens drei Interpretationen und wurde durch die Rechtsprechung auf den zuletzt vor Eintritt der Berufsunfähigkeit ausgeübten Beruf konkretisiert. Vorauszusetzen, dass somit kein Konkretisierungsbedarf mehr bestünde, übersieht die Tatsache, dass den Versicherten die Auslegung der Rechtsprechung unbekannt ist; der Versicherer hat somit weiterhin die Möglichkeit, im Leistungsfall einen anderen Beruf als den zuletzt ausgeübten heranzuziehen.

Weiterhin musste erkannt werden, dass auch die Formulierung »zuletzt ausgeübter Beruf« zu Auslegungsproblemen führen konnte, da bei enger Auslegung ein motivierter Versicherter, der bereits die Voraussetzungen für eine Berufsunfähigkeit erreicht, aber noch versucht hat, durch Reduktion seiner ausgeübten Tätigkeiten weiterhin beruflich tätig zu sein, mit dieser Reduktion gleichzeitig seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit verändert hat und somit die Schwelle für eine 50%ige Berufsunfähigkeit selbst erhöht hat. Klarheit brachte daher erst die Forderung, den versicherten Beruf als »zuletzt ausgeübten Beruf in seiner Ausgestaltung in gesunden Tagen« zu definieren.

Verzicht auf abstrakte Verweisung

Der geforderte Verzicht auf die abstrakte Verweisung wurde von einigen Anbietern zunächst nur im Erstprüfungsverfahren, nicht aber im Rahmen der Nachprüfung erklärt. Dies macht verständlicherweise wenig Sinn, denn es existieren keine Fristen, nach denen frühestens eine Nachprüfung beginnen darf. Für Arbeitnehmer wurde darüber hinaus die Möglichkeit der Umorganisation des Arbeitsplatzes eingeführt – wie bei der Verweisung ebenfalls in abstrakter Form. Diese Klausel stellte eine Umgehung für den Verzicht auf abstrakte Verweisung dar.

Auch die pauschale Berücksichtigung von Berufswechseln bis hin zu 36 Monaten vor Leistungseintritt bot die Möglichkeit, abstrakt auf eine andere Tätigkeit zu verweisen. Durch Aufnahme der neuen Regelungen in den Ratingprozess konnten diese Entwicklungen gestoppt werden.

Umorganisation

Die Prüfung einer möglichen Umorganisation des Betriebes bei Selbstständigen ist fester Bestandteil der Leistungsprüfung. Der BGH hat diese Praxis bestätigt, obwohl keine bedingungsseitigen Regelungen hierzu vorhanden waren. Die Grundsatzentscheidung ist nachvollziehbar, hilft aber in der Praxis nur bedingt weiter, da mangels konkretisierender Regelungen zahlreiche Auslegungsmöglichkeiten bezüglich der zumutbaren Umorganisation entstanden – bis hin zur Auffassung, ein Selbstständiger könne durch einen Dritten auch vollständig ersetzt werden, ohne dass ein Leistungsanspruch entstehe. Auch hier half also die Berücksichtigung der Rechtsprechung nicht weiter. Klarheit brachte erst die Forderung, die wesentlichen Spielregeln der Umorganisation in Anlehnung an die Rechtsprechung in die Bedingungen aufzunehmen.

Zeitliche Befristung von Leistungen

Die zeitliche Befristung von Leistungen fand erstmals im Zusammenhang mit der Zurückstellung der Frage der Verweisbarkeit Eingang in die Leistungspraxis. Hier schien dieses Element noch sinnvoll zu sein. Mit allgemeinem Verzicht auf die abstrakte Verweisung wurde das Recht zur zeitlichen Befristung jedoch deutlich ausgeweitet. Einige Formulierungen erlaubten die unbegrenzte Kettung von kürzeren zeitlichen Befristungen ohne Nennung von Gründen. Eine sinnvolle Lösung konnte erst durch die Forderung erreicht werden, die zeitliche Befristung auf einen klaren Zeitraum und eine einmalige Anwendung zu begrenzen, die zudem endgültig auszusprechen ist. Dabei darf nicht übersehen werden, dass Formulierungen wie der Verzicht auf »ein-

Der Fokus liegt auf der Überprüfung
der Leistungspraxis ...



seitige zeitliche Befristungen« aber noch die Hintertür der Individualvereinbarungen offenlassen, bei deren »Aushandlung« der Versicherte regelmäßig dem Versicherer unterlegen ist.

Neben dem zum Teil geringen Untersuchungsumfang und der somit häufig nicht entsprechend deklarierten Teilbewertung der Produkte existiert bei Ratings ein weiteres Problem: Oftmals werden die Anbieter lediglich nach den Leistungsausprägungen ihrer Produkte befragt, statt dass die Agentur selbst prüft.

Unternehmensbewertung

Dennoch schien der Kampf um gute Produkte zum Vorteil des Verbrauchers bereits entschieden, wie die vielfach guten Ratingergebnisse vermuten lassen. Doch diese Annahme greift zu kurz.

Zwei Hauptprobleme lassen sich aus heutiger Sicht feststellen, die nicht durch AVB-Regelungen zu vermeiden sind bzw. durch klare Leistungsansprüche der Versicherten sogar verschärft werden. Problem eins ist die langfristige Tragbarkeit der Produkte. Die Prämien sind nicht in dem Maße gestiegen, wie die Leistungen und manche Leistungsmerkmale (beispielsweise Dynamik, Verzicht auf Verweisung, Nachversicherungsoptionen, rückwirkende Leistungsverpflichtung) schaffen Begehrlichkeiten bei den Versicherten, die über das Interesse, einen entstandenen Verlust auszugleichen, hinausgehen. Problem zwei folgt unmittelbar aus Problem eins; die Leistungspraxis. Die Konstruktion der BU als Summenversicherung schafft eine Vielzahl von Schwierig-

keiten bei der Leistungsprüfung. So spielen subjektive Interessen eine große Rolle, da der Kunde durch die Versicherungsleistung im »Schaden« besser gestellt sein kann als vorher. Weiterhin ist die Überschussbeteiligung ein wichtiger Wettbewerbsfaktor, sodass die Anbieter ein starkes Interesse haben, die Leistungen in Grenzen zu halten.

Eine 2007 von uns durchgeführte Untersuchung zeigte, dass viele Versicherer die BU nicht wie vergleichbare Produkte am Überschuss beteiligen. Wir haben daraufhin das Thema Überschüsse in unser BU-Rating aufgenommen und konnten so Fehlentwicklungen korrigieren.

Eine klare Logik zwischen Leistung und Prämie ist jedenfalls nicht erkennbar. Ein Grund hierfür liegt auch in der inzwischen vergleichbaren Qualität der Angebote, die erneut zum Preiswettbewerb führt. Preiswettbewerb bei gleichzeitigem Anspruch auf Höchstleistungen ist aber nicht langfristig durchzuhalten. Es ist daher seit einigen Jahren offensichtlich, dass eine ausschließliche Bewertung des Produktes nicht zielführend ist. Es lag also nahe, ein Bewertungsverfahren zur Beurteilung der Qualität des Versicherers als Anbieter und Betreiber von Berufsunfähigkeitsversicherungen (BU-Unternehmensrating) zu entwickeln. Wir begannen damit 2002, die ersten Ratings konnten Anfang 2004 veröffentlicht werden. Der Fokus liegt auf der Überprüfung der Leistungspraxis und dem langfristig stabilen Betreiben der Berufsunfähigkeitsversicherung. Da eine solche Bewertung keinesfalls von außen möglich ist, wurde das Bewertungsverfahren konsequent als interaktives Rating konzipiert.

Inzwischen konnten 9 Unternehmen vollständig bewertet und die Ergebnisse veröffentlicht werden. Jedoch ist bei den meisten Anbietern noch nicht die Bereitschaft gegeben, externe Spezialisten hinter die Kulissen schauen zu lassen. Eine solche Beurteilung des Unternehmens stellt jedenfalls einen sinnvollen Gegenpol zur Preis-/Leistungsproblematik auf Produktebene dar und fördert durch Offenlegung der Schwachstellen die Entwicklung transparenter und bezahlbarer Lösungen.

Mittlerweile sind es 11 Versicherer – nach wie vor besteht also nur begrenzt Neigung, sich von Analysten in die Karten schauen zu lassen. Wir werden daher voraussichtlich noch 2010 ein erweitertes Bewertungsverfahren veröffentlichen, das die immer bedeutsamer werdenden Aspekte der Nachhaltigkeit in den Fokus stellt.

Unsinnig erscheinen dagegen Ansätze, die sich trotz offensichtlich mangelnder Aussagekraft großer Beliebtheit erfreuen. Als häufig herangezogene Qualitätskriterien seien hier angeführt sogenannte Prozessquoten, die Bestandsgröße oder auch die Dauer des Betriebes des BU-Geschäfts. Dabei dürfte klar sein, dass die Größe eines Versicherers keineswegs zwangsläufig auch mit einer entsprechenden Qualität verbunden sein muss und umgekehrt.

Der Grund für die Beliebtheit solcher Kriterien liegt vor allem im Fehlen sinnvoller und aussagefähiger, öffentlich zugänglicher Informationen, etwa Rohdaten zum Leistungsverhalten der Anbieter wie Rücktritt und Anfechtung, Verweisung und Umorganisation und zeitliche Befristungen von Leistungen. Entsprechende Rohdaten könnten von Experten aufbereitet und in Bezug auf Besonderheiten der einzelnen Unternehmen hinsichtlich Bestand und Neugeschäft interpretiert werden. Solche Informationen kann derzeit kein Rating marktübergreifend liefern, da nicht alle Versicherer sie zur Verfügung stellen. Dass eine Befragung der Anbieter ohne Möglichkeit zur Verifikation wenig sinnvoll ist, bedarf keiner Erwähnung.

Grenzen von Ratings

Die Grenzen von Ratings werden spätestens bei Betrachtung von Bestandsverträgen offensichtlich, denn vor allem Produktratings wirken in die Zukunft, nehmen also Einfluss auf zukünftig vertriebene Produkte. Sinnvolle Unternehmensbewertungen können nur auf der Mitwirkung der Unternehmen beruhen und werden daher nie eine vollständige Marktabdeckung erreichen. Generell kann kein Rating die Einzelfallgerechtigkeit im Leistungsfall überprüfen.

Lösungsansätze

Leistungsspirale

Wie bei kaum einem anderen Versicherungsprodukt gibt es bei der Berufsunfähigkeitsversicherung Bestrebungen, sämtliche Defizite und Schwachstellen des Produktes zu beseitigen. Die Anbieter reagieren mit entsprechenden Produktentwicklungen, die jedoch in letzter Konsequenz zur – öffentlich bemängelten – Unversicherbarkeit einer steigenden Anzahl von Verbrauchern führt. Objektiv betrachtet wurden aber genau die vorher kritisierten Mängel beseitigt. Für die jetzt anstehenden und vorhersehbaren Probleme gibt es allerdings kaum kreative Lösungsvorschläge. Die Qualitätsdiskussion ist immens wichtig, jedoch braucht es hohen Sachverstand, soll den Verbrauchern kein Bärendienst erwiesen werden. Der angelegentlich diskutierte Öffnungszwang, also die Pflicht, jeden Antragsteller aufzunehmen, ist jedenfalls auf diesem Produktniveau nicht finanzierbar und kann keine Lösung sein. Hierzu gibt es genügend populäre Beispiele aus den gesetzlichen Versorgungssystemen, etwa die gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung, die im Falle zu geringer Hürden für die Leistungsbeziehung ebenfalls nicht mehr finanzierbar ist.

Ratings

Eine umfassende Regulierung der Ratingagenturen erscheint nicht notwendig; dringend erforderlich dagegen sind klare Spielregeln zur Transparenz. So sind Deklarationspflichten über die Arbeitsweise der Agentur und die Aussagefähigkeit des Ratings denkbar. Es kann nicht sinnvoll sein, dass im Rahmen von Ratings nicht offengelegt wird, wenn die Daten, auf denen das Rating beruht, lediglich von den Versicherern abgefragt wurden, ohne dass eine professionelle Überprüfung erfolgt oder möglich ist.

Weiterhin scheint die Deklaration erforderlich, welche Aussagen das Rating überhaupt zulässt. Wenn beispielsweise nur einzelne Produktmerkmale geprüft werden, nicht aber das gesamte Produkt, so sollte nicht der Eindruck erweckt werden, dass der Verbraucher sich hier in Sicherheit wiegen kann. Auch die Agenturen müssen an ihre Verantwortung erinnert werden: Wer bei Produktvergleichen auf die Nettoprämie als ernsthaftes Qualitätsmerkmal abstellt, provoziert spätere Probleme wie beispielsweise eine restriktive Leistungspraxis.

Mögliche Veränderungen von Produkt- und Rahmenbedingungen Leistungen in den ersten zwei oder drei Jahren ohne »Wenn und Aber«

Die Prognose könnte statt auf sechs Monate auf einen längeren Zeitraum abgestellt werden. Für diesen Zeitraum müsste der Versicherer bei Vorliegen der Voraussetzungen aber dann in jedem Fall seine Leistungen erbringen. Dies sichert die wirtschaftliche Existenz des Einzelnen und gibt ihm die notwendige Zeit und die wirtschaftliche Basis, gezielte Maßnahmen zur Reintegration zu planen und umzusetzen. Sinnvoll kann ein solcher Ansatz aber nur sein, wenn der Versicherer den Betroffenen unterstützt und bei gescheiterten Bemühungen eine eventuelle Weiterzahlung von Leistungen über die erste Phase hinaus von der Mitwirkung des Versicherten abhängig ist.

Kapitalzahlung statt Rente

Beim Thema Rente stellt sich grundsätzlich das Problem der Aussteuerung und damit die Bedrohung der wirtschaftlichen Existenz des Versicherten. Eine Kapitalzahlung würde demgegenüber Planungssicherheit bieten. Es sollte nicht übersehen werden, dass der Einzelne oft dazu tendiert, Kapital viel schneller als geplant zu verbrauchen. Eine Kapitalzahlung wäre zudem unter den derzeitigen Rahmenbedingungen kaum finanzierbar, denn die Begehrlichkeit auf die versicherte Leistung würde vor allem zum Ablauf der Versicherung hin überproportional steigen. Weiterhin müssten die derzeitigen Reaktivierungswahrscheinlichkeiten aus der Kalkulation herausgenommen werden, was die Leistung erheblich verteuern würde.

Änderung bilanzieller Regelungen

Der Leistungsfall ist bei der Berufsunfähigkeitsversicherung aufgrund der herrschenden Vorsichtsprinzipien bei der Bilanzierung mit der Bildung hoher Barwerte verbunden, welche die Bilanz des Versicherers belasten. Somit entsteht immer wieder der Druck, bestehende Leistungen auszusteuern, um Barwerte freizusetzen. Oder es werden nur zeitlich befristete Leistungen zugesagt – insbesondere Bilanzstichtage sind hier betroffen. Hilfreich könnte eine Lockerung dieses Prinzips sein, indem die Reservierung zunächst nur für eine bestimmte Dauer vorzunehmen und anschließend neu zu bewerten ist. Erfahrungsgemäß sind ohnehin viele Leistungsdauern befristet. Bilanzregelungen sollten den Versicherer nicht in seiner eigentlichen Kernaufgabe behindern, Versicherungsleistungen zu erbringen.

Spielregeln der Regulierung in Verbraucherinformationen darlegen

Nichts spricht dagegen, Themen wie Verweisung oder Umorganisation bei Selbstständigen und auch die erwarteten Mitwirkungspflichten verständlich darzulegen. Es ist zwar davon auszugehen, dass diese Hinweise nur selten vor Abschluss gelesen werden, aber zumindest im Leistungsfall würde größere Sicherheit und Berechenbarkeit entstehen. Die immer wieder entstehende Frage, welche Verweisungsberufe zumutbar sind, wird sich nicht ohne weiteres für die gesamte Vertragsdauer fixieren lassen. Zu unberechenbar sind die Entwicklungen hinsichtlich Berufsbilder und Arbeitsmarkt. Die in der Leistungsprüfung angewandten Beurteilungsmethoden könnten aber transparent gemacht werden.

Änderung der Leistungsdefinition

Es ist denkbar, typische Tätigkeitsmerkmale eines Berufsbildes aufzuführen und klarzustellen, bei Wegfall welcher Fähigkeiten ein Leistungsanspruch gegeben ist. Grundsätzlich sind solche Ansätze aus der Pflegeversicherung und der sogenannten Grundfähigkeitsversicherung bekannt. Klar ist aber auch, dass auf diesem Wege die Abkehr vom »offenen« System der Berufsunfähigkeitsversicherung beginnen würde. Anzunehmen ist, dass Berufswechsel meldepflichtig würden, und es würde Fälle geben, in denen Beeinträchtigungen zur Berufsunfähigkeit ohne Leistungsauslösung führen.

Zudem müssten die aufgeführten typischen Tätigkeitsmerkmale je Berufsbild den Veränderungen der Berufswelt angepasst werden. Hier könnten sich also während der Vertragsdauer die Leistungsvoraussetzungen ändern. Transparente Änderungsklauseln, die eine Schlechterstellung des Versicherten während der Laufzeit verhindern würden, sind sicherlich nicht trivial zu formulieren.

Erweiterte Mitwirkungspflichten der Versicherten im Leistungsfall

Hier sei noch einmal an die bereits erwähnten Beispiele des Bäckers mit Mehlstauballergie und des angstvollen Geldtransportfahrers erinnert, wo Umschulung oder berufliche Neuorientierung sinnvolle Optionen darstellen, deren Wahrnehmung der Versicherer allerdings nicht verlangen kann: Es liegt auf der Hand, dass es für alle Beteiligten nützlicher sein kann, wenn vernünftige und zumutbare Mitwirkungspflichten bestehen und der Versicherer zudem nicht nur Leistungserbringer ist, sondern auch Know-how hinsichtlich Umschulung und Wiedereingliederung in das Berufsleben zur Verfügung stellt.

Rücktritt als Controlling- und Steuerungsinstrument

Es ist gut vorstellbar, dass die Vergütung des Vermittlers von einer Reihe von Faktoren abhängig gemacht wird. Heute werden beispielsweise Stornoquoten und in der SachHU-Versicherung auch Schadenquoten als Steuerungsinstrumente eingesetzt. In der Berufsunfähigkeitsversicherung wäre es also durchaus denkbar, Größen wie Rücktrittsquoten heranzuziehen. Da diese Qualität erst vergleichsweise spät – oft um viele Jahre versetzt – erkennbar wird, wären Stichproben bei den Versicherten geeignet, die Qualität der Beratung auch frühzeitig festzustellen.

Inzwischen hat hier der Gesetzgeber mit § 213 VVG enge Grenzen gesetzt.

Erweiterung der finanziellen Risikoprüfung

Dem Problem der subjektiven Risiken durch Überversicherung wäre zu begegnen, wenn dynamische Erhöhungen oder die Ausübung von Nachversicherungsoptionen analog der Risikoprüfung bei Abschluss des Vertrages in einem vertretbaren Verhältnis zum jeweils aktuellen Einkommen stehen müssten. Der zusätzlich entstehende Verwaltungsaufwand steht sicherlich im angemessenen Verhältnis zum Problem.

Schadenversicherung und/oder Differenzdeckung

Seit Jahren intensiv in der Diskussion ist der Wechsel von der Summen- zur Schadenversicherung, durch den gleich eine ganze Reihe von Problemen, darunter die subjektiven Risiken, gelöst werden könnten.

Denkbar ist auch eine Differenzdeckung zu bestehenden gesetzlichen Versicherungen, die allerdings den privaten Versicherer mit der Willkür der gesetzlichen Träger konfrontiert.

Alternative Produktansätze

Die Berufsunfähigkeitsversicherung ist deshalb so wichtig, weil der Versicherungsfall häufig eintritt. Damit der Preis nicht noch höher angesetzt werden muss, sind die Versicherer gezwungen, eine sorgfältige Risikoauswahl zu treffen. Konsequenz: Personen mit Vorerkrankungen bekommen häufig keinen Versicherungsschutz – zusätzlich zum Preis eine weitere Hürde auf dem Weg zu einer sinnvollen Invaliditätsabsicherung. Es wird deutlich, dass grundsätzliche Entscheidungen getroffen werden müssen, um zum individuell passenden Produkt zu gelangen. Gerade bei knappen Budgets steht zunächst die Frage an, was im Einzelfall wichtiger ist:

- die angemessene Versorgungshöhe oder
- das höchstmögliche Produkt-Leistungsniveau, verbunden mit einer geringeren Leistungshöhe?

Hinsichtlich der Preisgestaltung werden nachfolgend zwei alternative Produktansätze skizziert.

Temporärer Berufsunfähigkeitsschutz

Diese auf dem Markt relativ neue Variante bietet Leistungen bei Berufsunfähigkeit für einen fest definierten Zeitraum (beispielsweise 3 Jahre). Nach Ablauf dieses Zeitraums werden die Voraussetzungen für das Vorliegen einer Erwerbsunfähigkeit geprüft, sodass der Versicherte nur bei Vorliegen der Voraussetzungen der Erwerbsunfähigkeit weitere Zahlungen vom Versicherer erhält. Hierdurch ergibt sich gegenüber der vergleichbar kalkulierten klassischen Berufsunfähigkeitsversicherung eine Beitragsersparnis.

Obligatorisch sollte eine Assistance-Komponente sein, die Zugang zu qualifizierter medizinischer oder beruflicher Beratung bietet, um die Rückkehr in das Berufsleben zu unterstützen.

Pro: Temporärer Berufsunfähigkeitsschutz ist preiswerter als eine vergleichbar kalkulierte klassische Berufsunfähigkeitsversicherung und gibt dem motivierten Versicherten die Chance, innerhalb des Zeitraums, in dem er Berufsunfähigkeitsleistungen bezieht, seine berufliche Ausrichtung zu ändern und sich ein anderes Erwerbseinkommen zu erschließen. Wenn die gesundheitlichen Beeinträchtigungen so stark sind, dass jegliche Erwerbstätigkeit ausgeschlossen ist, bezieht er auch über den begrenzten Zeitraum hinaus Versicherungsleistungen, sofern sich der Gesundheitszustand nicht verbessert. Eine Worst Case-Absicherung ist also gegeben.

Kontra: Wer fürchtet, nur in seinem speziellen Beruf das gewünschte Einkommen erzielen zu können, findet hier keine ausreichende Absicherung. Zudem ist es vorstellbar, dass die Voraussetzungen für eine

Erwerbsunfähigkeit nach Ablauf der ersten Jahre (noch) nicht vorliegen, aber eine Reintegration gescheitert ist. Dieses Problem bestünde bei einer reinen Erwerbsunfähigkeitsversicherung aber generell.

Schade eigentlich: Diese Möglichkeit ist bis heute vom Vermittler nicht angenommen worden.

BU-Grad Variationen: 75 % BU und 100 % BU

Im Gegensatz zur klassischen Berufsunfähigkeitsversicherung, die 50-prozentige Berufsunfähigkeit versichert, erhält der Versicherte erst dann eine Leistung, wenn er zu 75 bzw. 100 Prozent berufsunfähig ist.

Pro: Wie bei der klassischen Berufsunfähigkeitsdeckung ist der zuletzt ausgeübte Beruf zu einem günstigeren Preis versichert.

Kontra: Erst bei entsprechend starker Beeinträchtigung wird eine Leistung ausgelöst. Je höher die »Messlatte« zum Erlangen der versicherten Leistung liegt, umso schwieriger ist der Nachweis der Leistungsvoraussetzung. Die Praxis zeigt, dass trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung im Regelfall ein Restleistungsvermögen beim Versicherten bestehen bleibt. Das Erfüllen der bedingungsgemäßen Voraussetzungen stellt sich also besonders bei 100%-Produkten äußerst schwierig dar.

Aktuell hat lediglich die 75%-BU überdauert, allerdings mit sehr begrenztem Erfolg – auch hier blocken die Vermittler, wie es aussieht.

Fazit

Es stehen Entscheidungen an: Wie soll zukünftig Produkt- oder Unternehmensqualität definiert werden? Ist hierunter ausschließlich das theoretische Optimum an Leistung zu verstehen oder muss nicht vielmehr Beachtung finden, dass es auch eine Qualität ist, wenn breite Teile der Verbraucher mit sinnvollem Versicherungsschutz zu versorgen sind? Sollte ausschließlich versucht werden, das theoretische Optimum zu erreichen, dann werden immer mehr Menschen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Da hilft auch kein Kontrahierungszwang, wenn das System nicht grundsätzlich finanzierbar ist.

Fest steht aber auch, dass hinsichtlich Transparenz und Fairness im Umgang miteinander Nachholbedarf besteht und hier die entsprechenden Rahmenbedingungen zu schaffen bzw. umzusetzen sind.

Offensichtlich hat die Geschichte der Arbeitskraftabsicherung einen Wendepunkt erreicht. In den vergangenen 10 Jahren gab es in Deutschland eine reine »Produkt-Story«, verbunden mit einem Leistungswettbewerb. Der geht aber zunehmend am Kunden vorbei, da mit dieser Produktlinie heute nicht mehr alle Verbraucher mit einer ausreichenden Versorgung erreicht werden können. In den nächsten 10 Jahren wird sich der Fokus daher stärker auf den Menschen und weniger auf ein Produkt konzentrieren. Die dafür notwendige Produktlandschaft entwickelt sich bereits und sollte nicht undifferenziert verdammt, sondern vielmehr sinnvoll begleitet und weiterentwickelt werden. Ergänzende Rahmenbedingungen könnten geschaffen werden. Letztlich ist die Sicherheit eine Frage der persönlichen Mentalität und des Budgets. Entsprechend sollte es verschiedene Möglichkeiten zur Deckung des individuellen Bedarfs geben.

Mit Einführung der Produktkategorie BUbasis haben wir 2003 die Möglichkeit geschaffen, dass auch aus Transparenzgründen entsprechend deklariertes solider BU-Basischutz gute Ratingergebnisse erhalten kann. Allerdings hat unser Vorstoß nicht den erhofften Erfolg gehabt; offensichtlich gehen nach wie vor Vermittler im Verkauf – in diesem Kontext von »Beratung« zu sprechen wäre unangebracht – so vor, dass es ausschließlich die Luxus-BU geben kann. Wir halten es für wünschenswert, dass sich auch der Verbraucherschutz konstruktiv mit bezahlbaren Alternativen auseinandersetzt – für manchen Vermittler ganz gewiss ein wichtiger Impuls.



Die 20/20-Formel – und was wir dagegensetzen



Man muss es so sagen: Ganz besonders gern wird bei PKV-Produkten verglichen ... und dies seit nunmehr rund 20 Jahren. Rund 20 Vergleichsanbieter sind es auch, die um die Aufmerksamkeit des geeigneten Kunden buhlen. Wozu dann überhaupt noch ein Rating von Franke und Bornberg? – Ganz einfach: Weil nahezu alle dieser Vergleiche daran krankten, dass Leistungsmerkmale schlicht abgefragt statt eigenständig in detaillierter Analyse der Bedingungswerke herausgearbeitet wurden; dass unverbindliche, lediglich der aktuellen Erstattungspraxis entsprechende Leistungen berücksichtigt wurden; dass wiederum nirgendwo alle Facetten der Selbstbeteiligung bei der Bewertung berücksichtigt wurden, trotz ihres wichtigen Einflusses auf die Erstattung. Wie vorauszusehen war, haben die Ergebnisse unseres PKV-Ratings für gehörigen Wirbel im Markt gesorgt – denn nun wird endlich transparent, was wirklich verbindlich versichert ist.

Mit diesem Beitrag für die unabhängige schweizerische Fachzeitschrift »Kredit & Rating Praxis«, erschienen in der Ausgabe 1/2010, plädieren wir einmal mehr für optimale Transparenz bei den Versicherungsleistungen. Obwohl unserer Meinung nach der Nutzen dieser Forderung für alle Akteure im Marktgeschehen – Kunden, Vermittler und Anbieter – auf der Hand liegen sollte, hatten wir uns über Jahre hindurch mit massiver Gegenwehr seitens der PKV-Branche auseinandersetzen. Die aber nicht lediglich die Muskeln hat spielen lassen, sondern auch Innovationskraft beweist und sich damit unseren Respekt verdient hat: Mittlerweile haben viele Anbieter Schritte unternommen, die Transparenz ihrer Produkte und Leistungen zu verbessern; so können wir heute trotz hoher Ratinganforderungen auch sehr gute und hervorragende Ratingergebnisse veröffentlichen.

Nur Verbindliches zählt

Ein neuer Ratingansatz zur privaten Krankenvollversicherung setzt auf Eigenanalysen

Was sein neues Auto bietet, weiß der Kunde in der Regel genau, bevor er den Kaufvertrag unterschreibt. Die Leistungskriterien sind klar, die Probefahrt hat letzte Zweifel ausgeräumt. Geht es um Dienstleistungen, wird die Entscheidung für oder gegen einen Anbieter schon schwieriger. Wenn die neue Frisur nicht sitzt, der Steuerberater beim Finanzamt zu wenig herausgeholt hat oder der Arzt nur Fünf-Minuten-Medizin kennt, orientiert sich der Verbraucher beim nächsten Mal eben neu. Doch wer vor der Frage steht, mit welchem Krankenversicherungsprodukt er am besten beraten ist, befindet sich meist auf verlorenem Posten.

Während die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen zu mehr als 90 Prozent gesetzlich vorgegeben und somit weitgehend austauschbar sind, ist der Markt für private Krankenversicherungen trotz aller Bemühungen von Verbraucherschützern nach wie vor höchst intransparent und das Risiko von Fehlentscheidungen entsprechend hoch. Und das ausgerechnet in einem Bereich, der lebenslang den wichtigsten Teil der persönlichen Existenz absichert und für den nicht unerhebliche finanzielle Mittel aufgewendet werden müssen. Verschärft wird das Problem dadurch, dass der spätere Wechsel in andere Tarife und/oder zu einem anderen Versicherer nur bedingt möglich ist. Daran haben auch neue Regeln im Rahmen der vorletzten Gesundheitsreform wenig ändern können. Lebenslang laufende Versicherungsverträge erfordern daher sorgfältig überlegte Kaufentscheidungen und vom Versicherungsvermittler bzw. Versicherungsberater eine verantwortungsvolle Auswahl der Produkte und Produktgeber.

Produktqualität steht im Vordergrund

Ganz gleich, ob Kunde oder Vermittler: Wer auf der Suche nach einem guten, individuell passenden Krankenversicherungsschutz ist, tut gut daran, auf den Rat ausgewiesener Experten zu setzen. Dabei ist entscheidend, ob ein Rating die Finanzstärke des Versicherers, seinen Service, die langfristige Beitragsstabilität oder die Qualität der Produkte untersucht. Ein Rating des Versicherungsunternehmens kann gute Dienste leisten, vor allem die Prüfung, ob der Krankenversicherer auf längere Sicht in der Lage sein wird, die Höhe der Beiträge stabiler als andere Unternehmen zu halten.

Dies sagt aber nichts über die Qualität der angebotenen Leistungen aus. Gerade bei privaten Krankenvollversicherungen ist die Betrachtung der Produktqualität aber vorrangig. Schließlich ruft der Kunde die Leistungen vom ersten Vertragsjahr an regelmäßig ab und bekommt ihre Qualität unmittelbar zu spüren.

Das Analysehaus Franke und Bornberg befasst sich seit 1994 mit der Untersuchung von Versicherungsprodukten und gehört zu den Urgesteinen auf dem deutschen Markt für Versicherungsratings. Pünktlich zur Liberalisierung des Versicherungsmarktes und der Freigabe bislang regulierter Tarife entwickelten die Hannoveraner ein bislang einmaliges Konzept der Produktanalyse. Die Ratings basieren ausschließlich auf Eigenanalysen anhand der Versicherungsbedingungen und nicht auf Selbsteinschätzungen der Versicherer mittels Fragebogenaktionen.

Mit dem neuen, im Frühjahr 2010 veröffentlichten PKV-Rating betritt Franke und Bornberg ebenfalls Neuland. Erstmals liegt damit ein Krankenversicherungsrating vor, das die Qualität von Krankenvollversicherungen ausschließlich anhand der Bedingungswerke beurteilt und zudem die Auswirkungen der Selbstbehalte auf die Erstattung berücksichtigt. Als Quelle sind nur die gedruckten Versicherungsbedingungen und der Versicherungsschein zugelassen. Nur das »Kleingedruckte« spiegelt letztlich den vertragsrechtlichen Anspruch des Kunden und gibt ihm verlässliche Antworten darauf, welche Leistungen er im Einzelnen erwarten kann und welche nicht. Anders als andere Analysen berücksichtigt dieses Rating keinerlei Aussagen der Versicherer, die außerhalb des Versicherungsvertrages getroffen werden. Kulanzversprechen oder andere Aussagen der Versicherer über ihre gängige Leistungspraxis sowie Werbematerial werden also nicht berücksichtigt.

Intransparenz fördert Gerichtsverfahren

Dabei steht außer Frage, dass die Leistungspraxis der Versicherer durchaus über die verbindlichen Regelungen in den Versicherungsbedingungen hinausgehen kann. Die Erfahrung zeigt aber immer wieder, dass es dabei zu Auslegungsdifferenzen oder Streitigkeiten zwischen Versicherer und Kunden kommt. Ein Beispiel für derartige Grauzonen ist die Erstattung von Naturheilverfahren. Zwar kommen die privaten Krankenversicherer vielfach nicht nur für den Arzt, sondern auch für den Heilpraktiker auf. Sie bezahlen aber längst nicht alle Therapien, die der Heilpraktiker vorschlägt. Leistungen gibt es grundsätzlich dann, wenn eine Therapie medizinisch notwendig ist. Dieser Grundsatz wird jedoch nicht nur von Versicherer zu Versicherer, sondern sogar von Fall zu Fall sehr unterschiedlich gehandhabt. Einige Versicherer bieten sowohl spezielle Vollkostentarife als auch Zusatztarife für Kassenmitglieder mit umfangreichen naturheilkundlichen Leistungen. Doch selbst Kunden, die sich für einen solchen Tarif entschieden haben, erleben im Leistungsfall zuweilen Überraschungen, die gerichtliche Auseinandersetzungen nach sich ziehen. Unmissverständlich und verbindlich geregelt sind solche Leistungen aber selten.

Die Bewertungsrichtlinien von Franke und Bornberg honorieren daher Bedingungsregelungen, die auch für juristische Laien verständlich, klar und eindeutig formuliert sind. Undeutliche Formulierungen führen regelmäßig zu Abwertungen. Letztlich fördert Transparenz auch die Kalkulationsicherheit beim Versicherer. Denn erfahrungsgemäß entscheiden die Gerichte bei Unklarheiten häufig für die kundenfreundlichere Auslegung, ganz gleich, ob der Versicherer diese Interpretation bei seiner Tarifikalkulation berücksichtigt hat oder nicht. Punktabzüge gibt es auch, wenn der Versicherer auf wichtige Regelungen zur Erstattung ganz verzichtet und sich nur auf die Erstattungspflicht im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit beruft. Dem Kunden kann kaum zugemutet werden, sich erst durch das Studium von Gesetzen Klarheit über seine Rechte und Pflichten im Zusammenhang mit einem Versicherungsvertrag zu verschaffen.

Erfreulicherweise ist inzwischen eine Trendwende hin zu präziseren Regelwerken zu spüren. Immer mehr Anbieter gehen dazu über, ihre Tarife zu überarbeiten und an ihre aktuelle Leistungspraxis anzugleichen. Dies zeigt, dass auch ältere Tarife durchaus im Interesse des Kunden transparenter gestaltet werden können.

Regelungen mit großen Unterschieden

Wie groß die Unterschiede bei einzelnen Kriterien sind, obwohl in allen Tarifen Leistungen zugesagt werden, zeigen die folgenden Beispiele.

Wer einen Krankenfahrstuhl braucht, hat die Wahl: einige Versicherer erstatten Rechnungen in unbegrenzter Höhe im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit, andere deckeln die Erstattungsbeträge auf Summen zwischen 600 und 3 000 Euro. Wieder andere finanzieren nur einfache Ausführungen, wie handbetriebene Standardmodelle.

Ambulante Psychotherapie ist bei den privaten Krankenversicherern traditionell wenig beliebt. Während die gesetzlichen Krankenkassen bis zu 300 Sitzungen bezahlen, begrenzen eine Vielzahl der Privatanbieter ihre Leistung auf 15 bis 60 Sitzungen. Ausgewählte Tarife leisten wiederum unbegrenzt im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit. Angesichts der rasch zunehmenden Zahl psychischer Erkrankungen dürfte dieses Bewertungskriterium für viele Kunden nicht unwichtig sein.

Markante Unterschiede gibt es auch bei den Leistungen für Zahnersatz. Die Rechnungen für Implantate werden mal unbegrenzt bezahlt, mal spendiert der Versicherer vier, sechs oder acht Implantate pro Kiefer. Andere Tarife sehen gedeckelte Rechnungsbeträge vor. So gibt es 550 oder 1 250 Euro pro Implantat oder 3 840 Euro pro Kiefer. Wer sich für eine Verblendung entschieden hat, kann nicht immer zwischen allen verfügbaren Materialien wählen. Vor allem bei Keramikverblendungen gibt es Einschränkungen oder oftmals auch gar keine Regelung. Die Höchstbeträge für Zahnersatz im immerhin sechsten Versicherungsjahr seit Vertragsbeginn reichen von 1 200 bis zu 15 000 Euro.

Der Kostendruck der Medizinindustrie nimmt kaum noch beherrschbare Ausmaße an; den riesigen Beträgen stehen aber keine entsprechenden Heilungserfolge entgegen. Den PKV-Anbietern bleiben demgegenüber immer weniger Möglichkeiten zu Kulanzleistungen, und zugleich wird die Rechtsprechung immer kundenorientierter: Jede Intransparenz wird gegen den Anbieter ausgelegt. Besser also: transparent und klipp und klar für jeden verständlich regeln, was versichert ist und was nicht. Das schafft Sicherheit in der Produktkalkulation und bringt zudem bessere Ratings.

Selbstbehalt wird berücksichtigt

Eine Besonderheit der Krankenvollversicherung ist der Selbstbehalt, also der Betrag, den der Kunde entweder pro Leistungsfall, für bestimmte Leistungen oder pauschal vorweg aus der eigenen Tasche zu zahlen hat. Ohne Berücksichtigung des Selbstbehaltes ist die echte Leistungsstärke eines Tarifes nicht zu bewerten. Um hier zu sachgerechten Aussagen zu kommen, hat Franke und Bornberg im Rahmen einer dreijährigen Recherche für jedes Bewertungskriterium jeweils sechs typische Rechnungsbeträge ermittelt. Jedem so ermittelten Rechnungsbetrag werden die tarifspezifisch errechneten Erstattungen unter Berücksichtigung des Selbstbehalts gegenübergestellt.

Die durchschnittlichen Erstattungsbeträge werden dann ins Verhältnis zu den durchschnittlichen Rechnungsbeträgen gesetzt. Dabei wird der Selbstbehalt nicht bei jedem zu prüfenden Leistungskriterium voll angerechnet, da die Beträge üblicherweise insgesamt gedeckelt sind. Er fließt immer dann anteilig in die Bewertung mit ein, wenn es um Leistungen geht, die Kunden regelmäßig abrufen. Bei nur selten angeforderten Leistungen wie etwa Leistungen für LASIK (Laser In Situ Keratomileusis; eine recht junge Methode der Chirurgie am Auge) oder Krankenrücktransporte wird der Eigenanteil nicht berücksichtigt.

Aufbau des Ratings

Franke und Bornberg prüft alle verfügbaren, jeweils aktuell auf dem Markt erhältlichen Krankenvollversicherungstarife, unterzieht sie einer vollständigen Analyse und kommt so zu einem Überblick, welche Leistungen in welchen Qualitäten angeboten werden. Nach dieser Bestandsaufnahme erfolgt die Bewertung im Rahmen einer Skala von Null bis 100: Je höher die Bewertung, desto günstiger die jeweilige Regelung aus Kundensicht.

Um eine Überforderung der Produkte mit allzu hohen Qualitätsansprüchen zu vermeiden, aber auch um die Entsprechend der Produktentwicklung erforderliche Flexibilität zu ermöglichen, wurde das Benchmarkverfahren leicht modifiziert. So gibt es die maximale Punktzahl auch für Leistungen unterhalb der am Markt vorhandenen Maximalerstattung, wenn diese zur Deckung eines maximal denkbaren Erstattungsbetrags ausreichen.


Jedes Detailkriterium wird anschließend nach der Wahrscheinlichkeit des Leistungseintritts und den Kosten der Leistung gewichtet. Schließlich haben die einzelnen Leistungen einer privaten Krankenversicherung einen sehr unterschiedlichen Stellenwert für den Kunden. So wiegt ein stationärer Aufenthalt im Krankenhaus weit schwerer als die Leistung für eine Gehhilfe. Hat das einzelne Produkt alle Bewertungsschritte hinter sich, bekommt es eine Gesamtpunktzahl und damit eine Zuordnung in eine Ratingklasse, die von »hervorragend« (FFF) bis »sehr schwach« (F--) reicht.

Die wiederholt insbesondere von Vermittlerseite an uns herangetragene Forderung nach noch deutlich strengeren Ratingvorgaben kollidiert nicht selten mit unserer Wahrnehmung einer ganz anders gearteten Vermittlungspraxis. Die überwältigende Mehrheit der PKV-Tarife wird aktuell nämlich allein über den Preis verkauft – in der Masse werden also Tarife vermittelt, die sich in der untersten Kategorie (Grundschatz) bewegen und dort sogar noch vergleichsweise unterdurchschnittliche Ratings erhalten.

Um schließlich nicht Äpfel mit Birnen zu vergleichen, unterteilt Franke und Bornberg die vorgefundenen Versicherungsprodukte in drei Produktkategorien, die auf die jeweilige Verbrauchernachfrage zugeschnitten sind. Ein Angebot, das in die Kategorie »Standardschutz« einsortiert wird, muss beispielsweise diese Merkmale aufweisen: Erstattung von Psychotherapie, Erstattung von Krankenfahrrädern, Zweitbettzimmer im Krankenhaus und die Erstattung von Zahnersatz zu mindestens 60 Prozent. Fehlt mindestens eines dieser Merkmale, rutscht das Produkt in die Kategorie »Grundschatz«. Tarife der Kategorie »Topschutz« müssen außerdem diese Merkmale enthalten: Leistung für Heilpraktiker, Einbettzimmer im Krankenhaus, Erstattung von Zahnersatz zu mindestens 80 Prozent, Leistung für Implantate.

Um produktspezifische Besonderheiten zusätzlich so prägnant wie möglich herauszuarbeiten, sieht das Bewertungsverfahren Mindeststandards für die beiden höchsten Rangklassen FF+ und FFF vor. Unabhängig von der erreichten Gesamtpunktzahl wird ein Produkt automatisch eine Rangklasse niedriger einsortiert, wenn es diese Mindeststandards nicht erreicht. Damit ist sichergestellt, dass nur Top-Angebote, die in allen Kriterien durchgängig überdurchschnittliche Qualität aufweisen, besonders gut bewertet werden.

Aus gutem Grund werden Preise im Rating von Franke und Bornberg nicht berücksichtigt. Einerseits kann der Verbraucher die Preise der Produkte auch ohne Expertenrat selbst vergleichen, andererseits fehlt es bei der Beitragskalkulation an der nötigen Transparenz. Nach wie vor werden Tarife zu günstig kalkuliert, um Neukunden über den Preis zu gewinnen. Später folgen dann entsprechende Korrekturen über Beitragserhöhungen. Diese Praxis will das Produktrating von Franke und Bornberg nicht unterstützen.

A close-up, low-angle shot of a soccer referee walking on a green field. The referee is wearing a dark blue uniform, dark blue shorts, dark blue socks, and dark blue sneakers with white accents. They are holding a yellow and orange checkered flag in their right hand. The background is a blurred green field.

Die ausgewiesene Neutralität
der Ratingagentur ist eine ihrer
wertvollsten Ressourcen.

Ein Blick nach vorn

Die künftige Entwicklung des Dienstleistungsangebots Versicherungsrating ist aus unserer Sicht untrennbar mit dem Rollenverständnis der Ratingagentur im Markt verknüpft. Wo positioniert sich die Agentur selbst im Interaktionsgeschehen zwischen Anbieter und Kunde? Woher bezieht sie ihre Legitimation, in dieses Geschehen einzugreifen – und welche Einflussnahme kann sie möglicherweise ausüben? Ist sie der selbsternannte »Tugendwächter«, der sich – ungebeten – normative Aufgaben des vormaligen Bundesaufsichtsamts für das Versicherungswesen angeeignet hat? Oder eher eine Art fröhlicher Robin Hood, der uneigennützig den »kleinen« Versicherungsnehmern Beistand gegen die »großen bösen« Versicherungskonzerne leistet?

Zur Beantwortung dieser Fragen der vielleicht zunächst überraschende Vergleich mit der Tätigkeit des Literaturkritikers: Sobald Marcel Reich-Ranicki oder andere »Großmeister« sich in Zeitschriften oder Kulturmagazinen des Lobes voll über ein neues Buch äußern, steigt die Nachfrage häufig sprunghaft. Unbestritten, dass hier Einfluss zur Geltung kommt, der Auswirkungen bis in das Gefüge der Bestsellerlisten haben kann. Doch wie wohlbegründet das Urteil auch sein mag – es handelt sich immer um subjektive Auslassungen zu ästhetischen Fragen, und die entziehen sich nun einmal der Objektivierbarkeit: Über Geschmack lässt sich nicht streiten. Zu berücksichtigen ist ferner, dass eine Reich-Ranicki-Kritik ja keine wissenschaftliche Expertise darstellt, sondern selbst – so wie das besprochene Buch – ein Werk ist, das informieren, aber auch unterhalten will, weshalb Übertreibungen und Zuspitzungen durchaus zulässig sind. Und drittens: Wer sich von einer Kulturkritik enttäuscht fühlt, erleidet nur geringen Schaden: ein vertaner Abend (weil der Film doch nicht so toll war), ein paar vergeudete Euro (weil sich das Buch doch nicht so spannend las wie verhießen) – schlimmer ist's in der Regel nicht.

Fraglos ist die Entscheidung für ein bestimmtes Versicherungsprodukt ungleich schwerwiegender und kann Leben und Schicksal des Kunden sogar auf Dauer prägen – wenn nämlich sein Leistungsanspruch abgelehnt wird. Es sollte daher selbstverständlich sein, meinen wir, dass jeder, der auch nur mittelbar in den Entscheidungsfindungsprozess einbezogen ist, sich seiner ganz erheblichen Verantwortung bewusst ist und entsprechend handelt. Und das schließt eben auch die Ratingagentur ein.

Aus der Selbstverpflichtung zu professionellem Handeln und der konsequenten Einhaltung hoher ethischer Standards folgt nicht nur der Verzicht auf »Showallüren« und spektakuläre »Knalleffekte« wie zum Beispiel die Forderung nach Verzicht auf Beitragsanpassungen nach § 172 Abs. 1 VVG (heute § 163 Abs. 1 VVG), sondern auch die unbedingte Bewahrung wirtschaftlicher Unabhängigkeit: Die ausgewiesene Neutralität der Ratingagentur ist eine ihrer wertvollsten Ressourcen.

Kommen wir zum Kernpunkt, dem Objektivitätsanspruch von Ratings. Wie bereits ausgeführt, lässt sich absolute Objektivität, vollkommen frei von jeglichen subjektiven Eintrübungen, nun einmal nicht erreichen; eine solche Forderung wäre schlichtweg praxisfern. Um so wichtiger ist es daher, dass die Ratingagentur alles Erforderliche unternimmt, um dem Nutzer ihrer Ratings die qualifizierte Einschätzung der Stichhaltigkeit der angelegten Ratingparameter zu ermöglichen. Das bedingt nicht nur die umfassende Dokumentation der Bewertungsgrundsätze und der dem Rating zugrunde liegenden Systematik, sondern auch eine Arbeitsweise, die wissenschaftlichen Ansprüchen standhält, etwa in Verfolgung und Analyse der Rechtsprechung, selbstverständlich einschließlich steuerrechtlicher Fragen.

Nach diesen hier dargelegten Standards arbeiten wir seit jeher, und erfreut nehmen wir zur Kenntnis, dass mittlerweile überall im seriösen Wettbewerb nach vergleichbar hoch angesiedelten Maßstäben gearbeitet wird. Und diese Entwicklung in Richtung immer mehr Professionalität wird künftig noch zunehmen, davon sind wir fest überzeugt. Denn ein Höchstmaß an Professionalität ist das einzig geeignete Instrument, damit sich die Ratingagenturen dauerhaft als ernstzunehmende, seriöse »Dritte Kraft« im Marktgeschehen zwischen Versicherungswirtschaft und Verbrauchern verankern können – und zugleich verhindern, dass sie von einer Seite vereinnahmt oder instrumentalisiert werden.

Diese Sichtweise sei kurz veranschaulicht anhand der Produktkategorien BUerweitert und UBasis, die wir 2002/2003 in unser Rating zur Berufsunfähigkeitsversicherung eingeführt haben: Kennzeichnend für die Produktentwicklung seit etwa Ende der neunziger Jahre war eine Zunahme zum Teil problematischer Leistungsmerkmale, die natürlich von den Versicherern selbst auf den Markt gebracht wurden, durch Ratings aber überaus starke Verbreitung gefunden haben. Nach unserer Auffassung soll der Versicherer selbst entscheiden, welche Leistungsmerkmale sein Produkt ausmachen.

Ratings haben die Aufgabe, Klarheit und Transparenz der Merkmale zu überprüfen, nicht aber, den Markt in problematische Produktentwicklungen zu treiben. Die Einführung der erwähnten Kategorien dient also der Kurskorrektur, denn wir haben in der Kategorie UBasis, die sich an ganz bestimmte Zielgruppen richtet, kritische und besonders preisrelevante Kriterien aus dem Rating heraus genommen. Damit sind in beiden BU-Kategorien Ergebnisse in allen Bewertungsklassen möglich, also auch Höchstwertungen auch für preiswertere Basis-Produkte (sofern denn die Regelungsqualität unseren Richtlinien entspricht).

Die Überlegung, den Fokus nicht allein auf die »abstrakte Güte« des Produkts zu legen, sondern auch auf den konkreten Gebrauchswert bei unterschiedlichen persönlichen Erwartungshaltungen auf Verbraucherseite, hat bei unserem Ratingverfahren zur Fondsgebundenen Lebensversicherung zur Einführung typisierter Kundenprofile geführt: Der eine Kunde ist mit der perfekt gemanagten Police am besten bedient, denn er wünscht sich gute Erträge bei hohem Komfort; der andere will die Möglichkeiten der Finanzmärkte ausschöpfen, die Kapitalanlage innerhalb der Fondspolice selbst in die Hand nehmen und ist gewillt, für hohe Erträge hohen persönlichen Einsatz zu leisten.

Wie diese Beispiele zeigen, ist es unser Bestreben, auch bewährte und erfolgreiche Bewertungsverfahren kontinuierlich zu verbessern und damit Impulse zu setzen, die das Marktgeschehen für beide Seiten – Wirtschaft und Kundschaft – attraktiver und nützlicher machen. Die beschriebene Grob-Typisierung haben wir inzwischen bei allen Ratings eingeführt: Berufsunfähigkeit, private Rentenversicherungen; private Krankenversicherungen, Kompositversicherungen.

Die Zukunft stellt die Herausforderung dar, Ratings noch stärker an der individuellen Verbrauchersituation zu orientieren. Fortgeschrittene Internettechnologien bieten hier äußerst vielversprechende Perspektiven; so etwa untersuchen wir derzeit Möglichkeiten, unter Rückgriff auf intelligente Datenbankanlösungen interessierten Verbrauchern auf ihre persönlichen Belange maßgenau zugeschnittene »Ratings on demand« zur Verfügung zu stellen.

Unser BU-Rating

Produktkategorien

Wir ordnen ein Produkt der Kategorie »BUerweitert« zu, wenn es diese Merkmale aufweist:

- Genereller Verzicht auf die abstrakte Verweisung
- Leistungsbeginn 1. Monat; Karenzzeiten sind zulässig
- Weltweite Geltung
- Maximal 50%ige Berufsunfähigkeitsklausel
- Durchgängige BU-Leistung, keine vertraglich vereinbarte temporäre BU-Leistung mit Übergang in ein anderes Leistungssystem

Produkte, bei denen mindestens eins dieser Merkmale fehlt, ordnen wir der Kategorie »UBasis« zu.

Unser Rating Fondsgebundener Lebensversicherungen

Produktkategorien

Wir unterteilen in die Produktkategorien Komfort und Aktiv. Anlass dafür sind maßgebliche Produktunterschiede, die jeweils unterschiedlichen Verbrauchertypen entgegenkommen. Eine differenzierte Bewertung macht daher die Orientierung für den Verbraucher einfacher. Dabei wird seitens Franke und Bornberg nicht entschieden, ob ein Produkt eher der einen oder anderen Kategorie zuzuordnen ist; vielmehr wird jedes Produkt in beiden Kategorien bewertet. Damit wird sofort ersichtlich, ob sich das jeweilige Produkt eher für den Typ Komfort oder den Typ Aktiv eignet.

Der Vergleich findet dabei jeweils innerhalb derselben Produktart statt. So kann beispielsweise eine Klassikrente ebenso wie eine Fondspolice in der Kategorie Aktiv eine Höchstwertung erreichen. Die Frage, ob sich beispielsweise eine Klassikrente überhaupt für den eher chancenorientierten Verbrauchertyp Aktiv oder eine Fondspolice sich für den sicherheitsorientierten Verbrauchertyp Komfort eignet, ist nicht Angelegenheit oder Aussage des Ratings, sondern bleibt der individuellen Beratung vorbehalten. Letzteres schon deshalb, da es oft keine »reinen« Kundentypen im Sinne von Komfort oder Aktiv gibt. Die Aussage des Ratings ist also erst dann sinnvoll, wenn die für den Verbraucher geeignete Produktart (Klassikrente, Fondsrente, Hybridrente etc.) bereits ermittelt wurde.

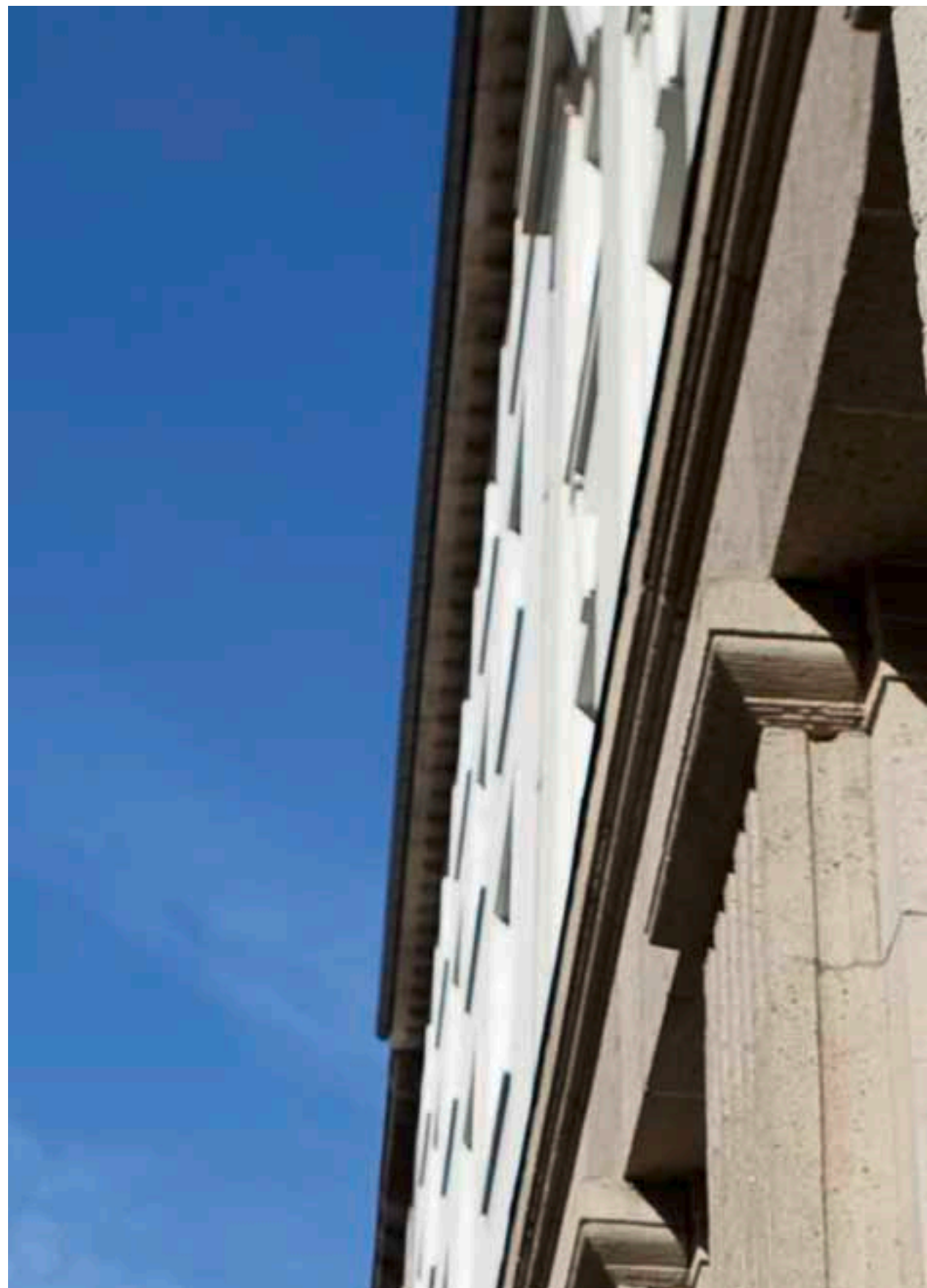
Der Typ Komfort ist ein Verbraucher, für den eher das bequeme Sicherheits-Prinzip gilt. Er möchte sich nicht um seine Altersversorgung kümmern müssen und ist lieber auf der sicheren Seite. Somit sind für ihn ergänzend zu den Grundanforderungen folgende Kriterien von Bedeutung:

- Garantien bzw. nachhaltiger Rentenfaktor
- Konstanz der Rechnungsgrundlagen
- Ablaufmanagement (bei Produkten mit Fondsanlage)

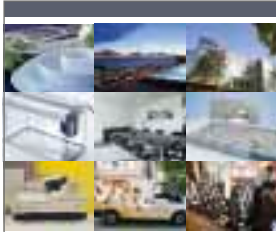
Der Typ Aktiv ist ein Verbraucher, für den eher das aktive Chancen-Prinzip gilt. Er zielt auf maximale Flexibilität und Verfügbarkeit und möchte in der Aufschubzeit gestalten können. Somit sind für ihn ergänzend zu den Grundanforderungen folgende Kriterien von Bedeutung:

- Zuzahlungen
- Höhe der laufenden Zinsüberschüsse (für Produkte, bei denen die Rendite maßgeblich durch den Kapitalanlageerfolg des Versicherten beeinflusst wird)
- Auszahlung des vollständigen Rückkaufswerts (beispielsweise keine Beschränkung auf die Beitragssumme)
- Zeitnahe Bewertungsstichtage bei Kündigung und Aufteilungsveränderung der Anlagebeiträge (bei Produkten mit Fondsanlage)
- Getrennte Durchführung von Switch und Shift bei zeitnahe Ausführtermin (bei Produkten mit Fondsanlage)

Entsprechend werden diese Kriterien mit Mindeststandards belegt.



»Das Design schlägt eine Brücke zwischen nüchterner Analytik und sinnlichen Bedürfnissen«



Wettbewerbsfaktor Design:
Mehr Erfolg für Ihr Unternehmen

Designagentur für kleine und mittlere Unternehmen



Michael Franke, geschäftsführender Gesellschafter bei Franke und Bornberg, über Ausdruckskraft und Auswirkungen der neuen Büroräume.

Dieser Beitrag ist erschienen in der Broschüre »Wettbewerbsfaktor Design: Mehr Erfolg für Ihr Unternehmen«, im Februar 2010 herausgegeben vom Niedersächsischen Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr. Text: helke brandt communication, Hannover. (Nachdruck mit freundlicher Genehmigung.)

PRINZENST
FRANKE UND BORNBERG
Franke & Bornberg GmbH
Analyse- und Ratingagentur



Büroarbeit der gestalterischen Art

Ausgangslage – Qualität steht im Vordergrund

Franke und Bornberg hat sich auf die unabhängige, kritische und praxisnahe Analyse und Bewertung von Versicherungsprodukten und -unternehmen spezialisiert. Die gewonnenen, grundsätzlich selbst recherchierten Daten nutzt das Unternehmen, um Ratings (Qualitätsbeurteilungen) zu erstellen, die Verbrauchern und Versicherungsvermittlern die Orientierung bei der Unternehmens- und Produktwahl erleichtern. Der hohe Qualitätsmaßstab, den Franke und Bornberg bei der Prüfung von Produkten und Unternehmen anlegt, sollte sich auch in der zeitgemäßen Gestaltung der Geschäftsräume widerspiegeln.

Aufgabenstellung – Umbau eines Bürohauses mit Widerspiegelung der Unternehmensphilosophie

Im Gebäude Prinzenstraße 16, das in den 1920er Jahren als Prinzenhaus errichtet wurde und heute Sitz von Franke und Bornberg ist, hatten fast 30 Jahre Mietzeit durch Behörden deutliche Spuren hinterlassen. Unter anderem war der ehemals sehr moderne, durch völlige Stützenfreiheit gekennzeichnete Grundriss in zahlreiche kleinteilige Büros unterteilt worden. Enge Flure und abgehängte Decken verstärkten den Eindruck der räumlichen Enge, zudem waren die technischen und sanitären Installationen veraltet und dringend überholungsbedürftig.

Lösung – Neuordnung mit Respekt vor der Vergangenheit

Das Architekturbüro Atelier Kempf übernahm die konzeptionelle Neugestaltung zunächst einer und später weiterer Etagen für Franke und Bornberg. Die vormals engen und nur als Verkehrsfläche dienenden Flure wurden mit einfachen Gestaltungsmitteln wie Farbe und Licht zum räumlichen und gestalterischen Rückgrat der Büroetage. Hier reihen sich nun – wie Perlen an einer Schnur – teamorientierte Gruppenbüros, Sonder- und Besprechungsräume und im hinteren Bereich funktionale Nebenräume auf. Die abgehängten Decken wurden entfernt, um den Raum mit seiner Tragstruktur wieder als Ganzes erlebbar zu machen. Gegenüber dem

Eingang öffnet sich der Flur im 1. OG zu einem repräsentativen Empfang und bietet zudem in allen Etagen durch geschickte räumliche Neuordnung großzügige Kommunikationsbereiche. Abgerundet wird das Konzept durch eine zeitgemäße Raummöblierung unter anderem mit einem eigens entwickelten Aufbewahrungs- und Ablagesystem.

Fazit

Das Konzept trägt der Bedeutung Rechnung, die eine gelungene Bürogestaltung für den Erfolg eines Unternehmens hat. Die Identität des Unternehmens, seine Werte, seine Haltung und seine Kultur wurden über die Gestaltung räumlich entwickelt und erlebbar gemacht, um sowohl nach innen auf die Mitarbeiter als auch nach außen auf Geschäftspartner und Besucher zu wirken.

»Das Design schlägt eine Brücke zwischen nüchterner Analytik und sinnlichen Bedürfnissen«

Michael Franke, geschäftsführender Gesellschafter bei Franke und Bornberg im Gespräch über Ausdruckskraft und Auswirkungen der neuen Büroräume.

Der Auftritt am Firmensitz sagt immer auch etwas über das Selbstverständnis eines Unternehmens aus. Wie haben Geschäftspartner und Besucher, aber auch die Mitarbeiter auf die Neugestaltung reagiert? Um mit dem Selbstverständnis anzufangen: Die durch Wachstum entstandene Notwendigkeit, neue Büroräume zu beziehen, wollten wir nutzen, um unsere Arbeits- und Unternehmensphilosophie (neuen) Mitarbeitern und Besuchern besser zu vermitteln. Das Erscheinungsbild sollte der gewachsenen Bedeutung unseres Unternehmens im Markt entsprechen. Wir hatten von Anfang an also ganz klare Erwartungen. Ziel war eine architektonische Lösung, die sich in einem Spannungsfeld bewegen musste – zwischen »trockenen« Analysen und einem lebendigen, kommunikativen Arbeitsumfeld, starker Expansion und familiärem Unternehmensgeist, gleichförmigen Prozessen und lebhaften Menschen. Diese Herausforderungen sind gelungen umgesetzt worden, nicht zuletzt, weil wir sie im Vorfeld klar definiert haben. Das erleben wir auch an den durchweg positiven Reaktionen von Geschäftspartnern und Besuchern und natürlich denen unseres Teams. Nach innen wird durch die Gestaltung der Unternehmens-Spirit visualisiert, eine Brücke zwischen nüchterner Analytik und sinnlichen Bedürfnissen geschlagen. Der Wohlfühlfaktor ist enorm hoch. All das fördert die Verbundenheit im Team – und zieht auch neue Mitarbeiter an, die gut zu uns passen. Nach außen haben wir unser Image und dadurch auch die Kundenbindung weiter stärken können, wir heben uns von dem »durchschnittlichen«, zumeist doch sehr nüchternen Büro ab und hinterlassen nicht nur durch unsere Arbeit nachhaltigen Eindruck. Ein professioneller Auftritt lässt eben auch Rückschlüsse auf die Unternehmenstätigkeit, auf unsere Werte und Philosophie zu.

Die neuen Büroräume bringen auch Farbe ins Spiel. Warum war das wichtig?

Teil der gestalterischen Lösung ist ein progressives Farbkonzept. Uns im Zuge der Umgestaltung einem »Mai-grün« gegenüberzusehen, war zunächst eine Herausforderung für das Team. Auf den zweiten Blick schien der Kontrast von Schwarz auf Weiß ergänzt durch das sehr lebendige, dynamische Grün ausgesprochen reizvoll. Trotzdem haben wir diese Entscheidung nicht alleine als »Chefs« getroffen. Schließlich sollte sich unser Team hier wohlfühlen, konzentriert arbeiten und gut miteinander kommunizieren können. Deshalb haben wir zum Test das gesamte Team in die neuen Räume eingeladen und die Wirkung des Farbkonzepts beurteilen lassen. Das Testergebnis ist positiv ausgefallen – deshalb ist es bei Maigrün geblieben. Ein, wie wir finden, richtiger Schritt, für den wir mit einem unverwechselbaren Erscheinungsbild belohnt worden sind. Auch das fördert den Zusammenhalt. Inzwischen ist Grün so etwas wie eine Identifikationsgrundlage und -farbe geworden, ein verbindendes Element.



Kundenorientierte Lösungen für fairen Wettbewerb

Bereits 1999 hatten wir mit fb-Data unser erstes Online-Tool vorgestellt. fb-Data bildet die komplexe Produktanalytik von Franke und Bornberg ab und daher war es logisch, die Lösung auf die spezifischen Bedürfnisse der Fachabteilungen von Versicherungsgesellschaften zu optimieren. Zur bedarfs- und nachfragegerechten Produktentwicklung sind Versicherer auf marktweite, neutrale Analysen des Wettbewerbs ebenso angewiesen wie auf Peergroup- und Detailanalysen. fb-Data ist hierfür bestens aufgestellt: bis zu 250 Leistungsmerkmale werden je Produkt verglichen. Zu jedem einzelnen Merkmal können Qualität und Marktverteilung ermittelt werden. So werden Potentialanalysen und Entwicklungsmöglichkeiten allgemein und in Relation zu spezifischen Anforderungen möglich. fb-Data wird heute von über 70 Versicherungsunternehmen genutzt.

Kundenorientierte Lösungen

Produktratings auf Basis qualifizierter Bewertungsverfahren gehören für jeden Makler und Vermittler nach wie vor zum unverzichtbaren Beratungsinstrumentarium. Mit unseren Angeboten decken wir das Segment der Produktratings umfassend ab. Durch die ausführliche Dokumentation unserer Analyseprinzipien, Methoden und Bewertungsgrundsätze sorgen wir für ein Optimum an Transparenz und Nachvollziehbarkeit und gewährleisten damit höchste Brauchbarkeit unserer Ratings für die praxisgerechte Beratungstätigkeit.

Produktratings: Die 1. Generation

Anhand von Produktratings der »ersten Generation«, wie wir sie nennen möchten, lässt sich die allgemeine Produktqualität ermitteln; das Ratingurteil stellt also eine für die Beratungspraxis durchaus wertvolle Gesamtnote dar. Allerdings sagt diese Gesamtnote noch nichts über die spezifische Eignung eines Produkts für einen bestimmten Kunden aus. Längst nicht jeder Versicherungsnehmer braucht den höchstmöglichen Schutz oder will bzw. kann sich ihn leisten. Um ein Beispiel aus dem BU-Bereich zu nennen: Selbstständige und Personen mit hoch spezialisierter Tätigkeit etwa können praktisch so gut wie nicht verwiesen werden, sind also auch ohne uneingeschränkten Verzicht auf Verweisung hinreichend abgesichert; für Geringverdiener könnte der erweiterte Schutz schlicht zu kostspielig sein.

Um hier die bedarfsgerechte Entscheidung zu erleichtern, unterteilen Franke und Bornberg seit 2002/2003 das Portfolio der BU-Produkte in die beiden Produktkategorien BUbasis und BUerweitert.

Auch beim Fondspolicenrating ermöglichen wir durch Einführung von Kategorien, bei Produktauswahl und Beratung stärker auf die kundenspezifische Situation einzugehen.

Allerdings: Ein gewissermaßen konstruktionsbedingter Schwachpunkt aller Produktratings liegt darin, dass sie nichts über Leistungspraxis und Professionalität des Anbieters aussagen können. Ob sich ein Versicherer beispielsweise in zwanzig Jahren dazu gezwungen sieht, auf Grund allzu kurzsichtiger Kalkulationen die Leistungspraxis restriktiver zu handhaben, als es die eigenen Bedingungen eigentlich hergeben – der Kunde, der heute den Vertrag unterschreibt, kann sich dessen nicht sicher sein.

Die 2. Generation: Unser BU-Unternehmensrating

Diese Überlegung vor allem hat uns Ende 2003 dazu geführt, zusätzlich zu den bewährten und kontinuierlich aktualisierten Produktratings ein eigenständiges BU-Unternehmensrating zu entwickeln. Unsere Analysen konzentrieren sich dabei auf die Bereiche Prozessqualität, Stabilitätsmanagement und systematische Prävention – unserer Ansicht nach die entscheidenden Kriterien zur Beurteilung von Leistungsfähigkeit und Kundenorientierung in der Regulierung.

So komplex wie sich das Thema Berufsunfähigkeitsversicherung darstellt, lassen sich unserer Ansicht nach viele wesentliche Sachverhalte erst im Rahmen interner/interaktiver Prüfungen erkennen und angemessen interpretieren. Dabei berücksichtigen wir Erkenntnisse aus jahrelanger Rechtsprechungsanalyse ebenso wie unsere Erfahrungen aus der regelmäßigen Analyse von Leistungsfällen; äußerst wertvoll in diesem Zusammenhang sind natürlich auch unsere regelmäßigen, neutralen Beobachtungen des Marktes und seiner Akteure.

Einen weiteren Schwerpunkt unseres BU-Unternehmensratings stellt die Analyse der Risikoprüfung dar. Hier sehen wir die wichtige Funktion der Prävention zur Vermeidung einer Häufung von Leistungsfällen, die beispielsweise durch die Interesseninvalidität entstehen kann.

Selbstverständlich basiert auch das BU-Rating ausschließlich auf eigenständiger Recherche und Analyse und auf harten, nachprüfbaren Fakten. Die Analysen werden durch Stichproben und Interviews abgesichert. Franke und Bornberg ist es somit gelungen, auch für die Beurteilung des Unternehmens ein nachhaltiges und glaubwürdiges Prüfungsverfahren zu entwickeln, welches durch fachkundiges, neutrales Urteil aufzeigt, welche Versicherer Kompetenz nicht nur behaupten, sondern unter Beweis stellen können.

Ein deutliches Indiz, dass die Anbieter durchaus großen Wert darauf legen, diesen Beweis anzutreten, ist die hohe Akzeptanz unseres innovativen Ratingkonzepts der 2. Generation: Neun der größten Assekuranzen haben sich – Stand Januar 2010 – mittlerweile unserem anspruchsvollen BU-Unternehmensrating unterzogen.

Die 3. Generation: Direkter Leistungsvergleich mit fb-Xpert

Noch einen großen Schritt weiter gehen wir mit fb-Xpert, unserem innovativen Online-Tool für die professionelle Produktanalyse. Der Zugriff auf kontinuierlich gepflegte Datenbankinhalte gewährleistet ein Höchstmaß an Aktualität; die vielfältigen Darstellungs- und Vergleichsoptionen ermöglichen optimale Beratungsqualität bei den Themen Altersvorsorge und Invaliditätsabsicherung.

Ein klar strukturierter Abfragedialog unterstützt den Vermittler bei der Abklärung der kundenspezifischen Bedarfs- und Erwartungssituation (Beispiele: Werden Nachversicherungsgarantien gewünscht? Welche Form(en) der Beitrags-/Leistungsdynamik sind von Interesse?).

Anschließend lässt sich innerhalb von Sekunden der Übereinstimmungsgrad der in Frage kommenden Produkte mit dem Anforderungsprofil des Kunden feststellen, und selbst der direkte Leistungsvergleich von bis zu vier Produkten ist direkt am Bildschirm möglich – wenn gewünscht, sogar in Form einer äußerst detaillierten Stärken-/Schwächen-Analyse.

Mit fb-Xpert ist selbst die vergleichende Betrachtung solcher Parameter wie die Qualität der zugesicherten Garantie des Rentenfaktors bei fondsgebundenen Rentenversicherungen lediglich eine Sache weniger Mausklicks. Optional können zusätzlich die jeweiligen Regelungen sowie die Ratingergebnisse dargestellt und in die Beratung einbezogen werden. fb-Xpert unterstützt den Anwender optimal in der bedarfsgerechten Beratung und Produktfindung. 2009 wurde die Lösung mit dem jährlich von den beiden Fachzeitschriften Versicherungsmagazin und BANKMAGAZIN, dem Bundesverband Deutscher Versicherungskaufleute (BVK) und dem Verein KuBi verliehenen Eisenhut Award in Gold ausgezeichnet.

Die Lösung bietet »den besten Produktauswahlprozess, den wir in den zehn Jahren des Awards gesehen haben«, so der Jury-Vorsitzende Dr. Wolfgang Drols. Besondere Anerkennung fand dabei der professionelle und lückenlose Workflow in fb-Xpert bis hin zu Angebot und Antrag. Als die Beratungspflichten 2008 Eingang in das VWG finden, ist fb-Xpert seiner Zeit erneut voraus. Als erste am Markt werden wir der Anforderung, centgenaue Berechnungen und Angebote auszuhändigen, ohne Medienbruch gerecht. Die Angebotsrechner vieler Versicherer sind in den lückenlosen Ablauf integriert. fb-Xpert verbindet damit die Welten von Anbietern und Kunden.

Den aktuellen Stand unserer Produkte und Services finden Sie unter www.franke-bornberg.de



Historie

Katrin Bornberg, Jahrgang 1968. Geboren in Erfurt, liebt Präzision und Genauigkeit. Mathematikstudium mit Schwerpunkt angewandte Mathematik 1987–1994 an der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Sie findet ihren Weg in die Branche 1995 direkt im Anschluss an ihr Studium.

Michael Franke, Jahrgang 1962. Geboren in Essen, liebt die Herausforderung. Erste Karriere im Sport, gewinnt nationale und internationale Ruder-Wettkämpfe; Landesmeister 1979; anschließend Triathlon. Er lernt die Versicherungswirtschaft 1987 während seines Wirtschaftsstudiums kennen.

1990

Der auf LV- und BU-Produkte spezialisierte Versicherungsmakler Michael Franke gründet das Unternehmen Franke Versorgungskonzepte, Essen.

1994

Branchenweit analysiert Franke als erster Berufsunfähigkeits-Versicherungen anhand eigener Recherche der Bedingungen und eigenen Bewertungskriterien. Berücksichtigt werden von Beginn an alle wesentlichen Aspekte wie Rechtsprechung, Tarifikalkulation, Erkenntnisse aus der Leistungspraxis und Gesetze.

1995

Nach der Deregulierung wird der Versicherungsmarkt zunehmend unübersichtlicher. Franke Versorgungskonzepte bietet als erstes Unternehmen ein Produktrating zur Berufsunfähigkeitsversicherung in Deutschland; vorher standen lediglich Preisvergleiche zur Verfügung.

1996

Frankes Erfolg findet rasch Nachahmer, doch andere Vergleiche kommen nicht durch detaillierte Bedingungsanalysen zustande, sondern begnügen sich mit der unaufwendigen Auswertung von Fragebögen, die Versicherungsunternehmen nach eigenem Ermessen ausfüllen können.

1997

Katrin Bornberg und Michael Franke gründen die Franke und Bornberg GmbH, Hannover.

Als größtes Problem im Leistungsfall erweist sich die vorvertragliche Anzeigepflicht. Franke und Bornberg ergänzt daher das BU-Rating durch das Antragsrating: Erstmals wird bewertet, inwieweit die Formulierung der Fragen in einem Antragformular falsche Antworten geradezu provoziert.

Das Unternehmen wird Fachbeirat im Institut der Versicherungsmakler e.V.

1998

Seine Kritik an der zu oberflächlichen Arbeitsweise der Stiftung Warentest bringt Michael Franke die Rolle als Fachbeirat der Stiftung ein.

Um die Ergebnisse der Analysen im Markt nutzbar zu machen, entwickelt Franke und Bornberg die Produktdatenbank fb-Data für Versicherer und den Profibereich für Vermittler; es handelt sich dabei jeweils um webgestützte Lösungen – das Unternehmen setzt damit auch in technischer Hinsicht neue Maßstäbe.

1999

Als eigenständiger Versicherungstyp wird die Erwerbsunfähigkeitsversicherung auf den Markt gebracht. Franke und Bornberg bietet als erstes Unternehmen ein EU-Rating in Deutschland. Außerdem veröffentlicht das Unternehmen erstmals den BU-Atlas, ein umfassendes Nachschlagewerk für Vermittler.

2000

Katrin Bornberg und Michael Franke gründen zusammen mit Kay Pitzschel die Franke und Bornberg Research GmbH für Online-Analysesoftware. Sitz des neuen Unternehmens ist ebenfalls Hannover.

Englische Anbieter überschwemmen den Markt mit neuen Kinderpolicen – Franke und Bornberg reagiert umgehend und präsentiert das erste KIZ-Produkrating.

2001

Massiver Boom beim Thema Fondspolice – Franke und Bornberg macht mit dem ersten Produktrating erhebliche Qualitätsunterschiede deutlich. Erstmals berücksichtigt ein solches Rating dabei unterschiedliche Kundenmentalitäten.

2002

Die Bundesregierung fördert private Altersvorsorgekonzepte, die sogenannten Riester-Renten. Franke und Bornberg bietet als erstes Unternehmen ein entsprechendes Rating.

Bei immer mehr Versicherern kommt es zu Problemen aufgrund ihres zu sorglosen Umgangs mit der BU-Versicherung. Franke und Bornberg entwickelt das UmdeckungsTool. Damit können Vermittler und erstmals auch Verbraucher ermitteln, ob und inwiefern der Umstieg von einem bestehenden BU-Produkt zu einem neuen sinnvoll ist.

2003

Stichwort Luxus-BU: Die Entwicklung schließt immer größere Teile der Bevölkerung von der privaten Berufsunfähigkeitsversicherung aus. Franke und Bornberg entwickelt ein erweitertes BU-Rating. Zu den Neuerungen gehört die Differenzierung in die Produktkategorien UBasis und BUerweitert. Ziel ist es, das Angebot einer soliden und bezahlbaren Produktklasse für breite Bevölkerungsschichten zu fördern.

Das Unternehmen startet außerdem die Online-Plattform „das Riesterforum“. Hier können erstmals Verbraucher alle Riesterrenten anhand ausgewählter Kriterien vergleichen. Die Plattform ist so überzeugend, dass der Bund der Versicherten einen Link auf das Riesterforum legt.

2004

Die steuerliche Behandlung von Kapitalisierungsprodukten wird novelliert. Franke und Bornberg bietet als erstes Unternehmen ein Produktrating für klassische Rentenversicherungen in Deutschland. Immer mehr Versicherer haben Schwierigkeiten, die komplexer gewordenen BU-Tarife stabil zu führen. Franke und Bornberg etabliert das erste interaktive BU-Unternehmensrating. Es zeigt, wie Unternehmen intern beim Risiko Berufsunfähigkeit aufgestellt sind.

Wichtige Fortschritte auch bei der Software-Entwicklung: Das Vergleichsprogramm des fb-WTools wird entwickelt und ermöglicht Produktvergleiche auf Basis harter Fakten. Führende Finanzdienstleister entscheiden sich für den Einsatz von fb-WTool.

Die sogenannte Vermittlerrichtlinie bringt völlig neue Anforderungen für die Versicherungsvermittlung. Franke und Bornberg bringt im Herbst des Jahres das Beratungsprogramm fb-Xpert auf den Markt, das erstmals den Vermittler Schritt für Schritt und gesetzeskonform durch die komplette Beratung führt und diese dokumentiert.

2004/2005

Umzug des Unternehmens in ein in den 1920er Jahren als Stadtvilla errichtetes Gebäude in der hannoverschen Prinzenstraße. Der denkmalgeschützte Backsteinbau war von 1948 bis Mitte der 1970er Jahre Sitz der Filialdirektion Hannover der Nordstern Versicherungs-Gesellschaften und ist unter alteingesessenen Hannoveranern bis heute als Nordsternhaus bekannt.

2006

Die software-technisch erfassten Angebote der Versicherungsgesellschaften (Rechenkerne) werden in die Online-Tools von Franke und Bornberg integriert. Damit können Vermittler sofort und ohne Medienbruch centgenaue Angebote und unterschriftsreife Unterlagen erstellen.

2007

Im Zuge der Rentenreform kommt als Basisprodukt die sogenannte Rürup-Rente auf den Markt. Franke und Bornberg veröffentlicht das entsprechende Produktrating.

Das Unternehmen schließt sich dem Netzwerk hannoverimpuls an, zu dessen Zielen die Schaffung von Ausbildungsplätzen in der Region gehört.

2008

Die zu Jahresbeginn in Kraft getretene VVG-Reform soll für mehr Transparenz im Versicherungsmarkt sorgen und dem Verbraucher mehr Sicherheit geben. Einige seit Jahren bestehende Ratinganforderungen von Franke und Bornberg finden Eingang in das überarbeitete Gesetz, das in manchen Punkten jedoch weit hinter den Möglichkeiten zurückbleibt. Franke und Bornberg passt alle Ratingverfahren an die neuen gesetzlichen Bestimmungen an. Anspruch ist es, durch Modifikation von Ratingkriterien Schwächen des Gesetzes zu kompensieren: Der Verbraucher soll sich weiterhin auf die Qualität der ausgezeichneten Produkte verlassen können.

Das Analyse- und Beratungsprogramm fb-Xpert ist bestens auf die im neuen VVG ebenfalls modifizierten Beratungspflichten für Vermittler vorbereitet.

Franke und Bornberg wird Kooperationspartner des AMC Assekuranz Marketing Circle und tritt der BiPRO bei, einer Brancheninitiative zur Prozessoptimierung.

2009

fb-Xpert wird mit dem jährlich von den beiden Fachzeitschriften Versicherungsmagazin und BANKMAGAZIN, dem Bundesverband Deutscher Versicherungskaufleute (BVK) und dem Verein KuBi verliehenen Eisenhut Award in Gold ausgezeichnet. Die Lösung biete „den besten Produktauswahlprozess, den wir in den zehn Jahren des Awards gesehen haben“, so der Jury-Vorsitzende Dr. Wolfgang Drols.

Franke und Bornberg unterstützt unabhängige Vermittler in Deutschland und wird Fördermitglied des Arbeitgeberverbandes der finanzdienstleistenden Wirtschaft e.V.

Seine vielfältigen sozialen und kulturellen Aktivitäten bündelt das Unternehmen im neu eingerichteten Bereich www.fb-charity.de.

2010

Nach jahrelanger Grundlagenarbeit bei Kranken- und Kompositversicherungen veröffentlicht Franke und Bornberg das erste PKV-Produktrating, das ausschließlich verbindliche Regelungen und alle Formen der Selbstbehalte berücksichtigt. Mit dem Hausrat-Produktrating wird erstmals eine komplette Analyse und Kategorisierung von Hausratversicherungen veröffentlicht.

Das Unternehmen beschäftigt mittlerweile über 70 Mitarbeiter und zählt zu den führenden Analyseunternehmen im deutschsprachigen Raum.



AntiSuchtLauf - Laufen für ein gesundes ICH



Seit mehreren Jahren beteiligen wir uns an Aktivitäten des hannoverschen Suchtthilfeträgers STEP. Rekord: Beim diesjährigen AntiSuchtLauf unter dem Motto Laufen für ein gesundes ICH waren wir mit einem 40-köpfigen Team am Start – natürlich mit T-Shirts in unserer Firmenfarbe!



Ein spürbarer Beitrag:
Brunnenbau für Familien in Kambodscha.

Die Welt, in der wir leben

»Wir interessieren uns für die Welt, in der wir leben, und leisten einen spürbaren Beitrag für Menschen und Umwelt« – so lautet einer unserer Unternehmens-Leitsätze, die 2005 gemeinsam im Team erarbeitet wurden. Unsere wirtschaftlichen Erfolge geben uns die Möglichkeit, für mehr Fairness in der Welt einzutreten und für Menschen zu sorgen, die unsere Unterstützung benötigen. Wir wählen Projekte aus, bei denen wir mit unserem Budget einen spürbaren Beitrag leisten können. Außerdem achten wir darauf, dass die Gelder auch tatsächlich dort ankommen, wo sie benötigt werden und sich nicht in anonymen Strukturen verlieren.

Zu den von uns geförderten Initiativen gehört das 2004 ins Leben gerufene Projekt ONM, Kambodscha. Neben dem Bau von Schulen gehört der Brunnenbau zu den Schwerpunkten des Projekts. Mit einem Brunnen können bis zu vier Familien mit Trinkwasser versorgt werden – ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der hygienischen Verhältnisse und zur Vermeidung von Krankheitsausbrüchen. 150 neue Brunnen sollen in nächster Zeit angelegt werden.

Ein weiteres Projekt, das uns am Herzen liegt, ist die Strahlemann-Initiative, die Bildungs- und Ausbildungsvorhaben in ganz Europa, Asien, Indien und Afrika an den Start bringt und fördert. Denn nur Kinder, die Zugang zu Bildung genießen, haben die Chance auf ein menschenwürdiges, unabhängiges Leben.

Seit 2009 unterstützen wir auch die Hannöversche Kindertafel, die sich dafür einsetzt, bedürftige Kinder vor allem in sozialen Brennpunkten mit gesunden, vitaminreichen Lebensmitteln zu versorgen.

[Links zu weiteren Information über die hier genannten Projekte finden Sie unter www.fb-charity.de](http://www.fb-charity.de)

