



BU-Versicherung: drei von vier Anträgen werden anerkannt

Franke und Bornberg hat das Leistungsverhalten der Berufsunfähigkeits-Versicherer untersucht und kommt zu dem Ergebnis, dass der pauschale Vorwurf der systematischen Leistungsverweigerung bei den untersuchten Unternehmen nicht zutrifft. Drei von vier Leistungsentscheidungen gehen demnach zu Gunsten des Kunden aus. Allerdings wurde eine andere Schwachstelle ausgemacht: der Beantragungsprozess.

Drei von Vier

Nach den Erkenntnissen von Franke und Bornberg gehen 75,7 Prozent Leistungsentscheidungen zu Gunsten der Versicherten aus.

Von den Anerkenntnissen erfolgen 86,5 Prozent bedingungsgemäß, 10,9 Prozent auf Basis einer individuellen Vereinbarung und 2,6 Prozent vor Gericht. Knapp die Hälfte aller Ablehnungen (48,5 Prozent) werden ausgesprochen, weil aus Sicht der Versicherer der vertraglich vereinbarte BU-Grad, in der Regel 50 Prozent, nicht erreicht wurde.

Weitere rund 30 Prozent (30,6 Prozent) sind auf Anfechtungen und Rücktritte zurückzuführen. Im Vergleich zum Vorjahr (26,7 Prozent) ist dies aus Kundensicht eine leichte Verschlechterung.

Unternehmen und Vermittler in der Pflicht

Hier sieht Franke und Bornberg die Unternehmen und die Vermittler besonders in der Pflicht. Im Interesse der Kunden sollten Versicherer auf die Rechtsfolgen falscher

Angaben im Antrag noch deutlicher als bisher hinweisen, zumal sich Rücktritte und Anfechtungen zumeist als gerichtsfest erweisen. Auch stichprobenhafte Prüfungen der Angaben des Kunden (u.U. mit Arztrückfrage) können dazu beitragen, die Qualität der Antworten auf mittlere Sicht zu verbessern. Ein besonderes Ärgernis stellen sogenannte Abrechnungsdiagnosen dar, die auf den Kunden zurückfallen können. Hier stehen die Ärzte in der Verantwortung, die ohne Wissen der Patienten Diagnosen allein zu Abrechnungszwecken in den Akten dokumentieren. Im Leistungsfall holen die Versicherer regelmäßig Arztberichte ein und vermuten dann eine Anzeigepflichtverletzung.

Allen Unkenrufen zum Trotz spielen Umorganisationen sowie konkrete und abstrakte Verweisungen mit gerade einmal 2,5 Prozent aller Ablehnungen mittlerweile eine untergeordnete Rolle. Die Tendenz ist schon seit 2007 rückläufig.

Michael Franke erklärt:

„Die Zahlen zeigen: Im Fokus der Kritik stehen oft nicht die tatsächlichen Schwachstellen der BU. Unsere Analyse zeigt vielmehr, dass

Kunden oft mit den Fragebögen bei der Leistungsbeantragung überfordert sind. Zudem müssen Ärzte und Versicherer die gesundheits- und tätigkeitsbezogene 50-Prozent-Schwelle oft ohne genaue Kenntnis der individuellen beruflichen Situation ermitteln. Hier liegt ein systemimmanentes Problem der BU.“

im Jahr 2016 bei den untersuchten Gesellschaften insgesamt 589 Kunden Gebrauch. Verloren haben die Versicherer 10 Prozent der Prozesse. Der Rest teilt sich auf in Vergleiche (62 Prozent) und gewonnene Prozesse (28 Prozent). Bezogen auf alle Leistungsfälle betrug die Quote der von Versicherern verlorenen Prozesse 0,28 Prozent.

Bei Gutachten überwiegt die Psyche

Da Gutachter von den Versicherern bezahlt werden, liegt die Vermutung nahe, die Gutachten würden möglichst zu Gunsten der Gesellschaften ausfallen. Dafür liefert die Untersuchung allerdings keine echten Anhaltspunkte. Zunächst einmal sind Gutachten kein Massenphänomen. Sie werden nur in 6 Prozent aller Leistungsfälle in Auftrag gegeben – eben immer dann, wenn besondere Expertise gefragt ist. Besonders häufig werden Gutachten bei psychischen Erkrankungen eingeholt, wie die Stichproben von Franke und Bornberg belegen. Sie sind mittlerweile für 57 Prozent der Gutachten verantwortlich – Tendenz steigend.

Franke und Bornberg konnte keine auffällige Konzentration auf einzelne Gutachter feststellen: Niedergelassene Fachärzte werden im gleichen Umfang wie Universitätskliniken beauftragt, gefolgt von Gutachterbüros. Bei der Auswahl spielt offenbar die Nähe zum Wohnort des Versicherten eine Rolle.

Die Gutachten führten zu längeren Bearbeitungszeiten. Vom Tag der Beauftragung bis zum Eingang des Gutachtens vergehen durchschnittlich 90 Tage; bei psychiatrischen Gutachten sind es sogar 101 Tage.

Sinkende Regulierungsdauer, kaum Prozesse

Im Jahr 2016 brauchten die befragten Unternehmen bis zu ihrer Entscheidung durchschnittlich 156 Tage. Verzögerungen entstehen durch verspätetes Einreichen des obligatorischen Fragebogen zu seiner beruflichen und gesundheitlichen Situation des Antragsstellers, verzögerte Arztberichte und durch eine erforderliche Entbindungen von der Schweigepflicht, vor allem aber durch externe Gutachten. Liegen alle Unterlagen beim Versicherer vor, folgt die Entscheidung in durchschnittlich drei Wochen.

Klagen wegen Ablehnung

Wenn der Versicherer seine Leistungspflicht ablehnt, kann der Versicherte gegen die Entscheidung klagen. Davon machten

Versicherungs- und Finanznachrichten

expertenReport



<https://www.experten.de/id/4944690/bu-versicherung-drei-von-vier-antraegen-werden-anerkannt/>