

Ausschlaggebend: die Qualität im Leistungsfall

Augen auf bei der Tarifwahl



© Hanna - Fotolia

Die qualifizierte Vorsorgeberatung zur Absicherung der Arbeitskraft setzt neben einer guten Kenntnis der steuer- und sozialversicherungsrechtlichen Grundlagen auch einen breiten Überblick über die von Gesellschaften angebotenen Versicherungslösungen voraus. Die Wahl eines geeigneten Tarifs stellt den Versicherungsmakler vor allem im Fall der Berufsunfähigkeitsversicherung aufgrund einer kaleidoskopartigen Angebotsvielfalt und der Vielzahl von Bewertungskriterien vor eine nicht zu unterschätzende Herausforderung. Unverzichtbar sind für eine vergleichende Bewertung, beispielsweise von Berufsunfähigkeitsversicherungstarifen, die Softwarelösungen anerkannter Ratingagenturen.

Nachdem zwischenzeitlich alle führenden Anbieter von Berufsunfähigkeitsversicherungen mindestens einen Tarif mit Bestnoten der Ratingagenturen nachweisen können, drängt sich die Frage nach der qualitativen Abgrenzung auf, die nach Einführung der IDD einen immer größeren Stellenwert einnimmt. Während bei den Tarifmerkmalen in vielen Fällen eine hohe Annäherung und in einigen Fällen sogar eine Nivellierung zu beobachten ist, finden sich bei der Leistungsfallbearbeitung teilweise sehr interessante Unterschiede.

Consilium begleitet als Versicherungsberater Leistungsanträge im Versicherungsfall. Fokussiert und hinterfragt werden dabei unter anderem Qualitätsmerkmale, die im Ernstfall für den Kunden im positiven Sinne ausschlaggebend sind.

Immer wichtig: die Gelbe-Schein-Regelung

Nachdem die NÜRNBERGER Lebensversicherung zu Jahresbeginn mit ihren überarbeiteten BU-Tarifen auf den Markt gekommen ist, sollen an dieser Stelle die Versicherungsbedingungen des SBU-Premiumtarifs basierend auf ausgewählten Tarifmerkmalen auf den Prüfstand gestellt werden. Vor allem die Schnittstelle Arbeits-/Berufsunfähigkeit ist von besonderer Bedeutung. Nachdem jeder Berufsunfähigkeit regelmäßig eine Arbeitsunfähigkeit vorausgeht, wurde in den letzten Jahren der Ruf der Versicherungsmakler nach einer Gelbe-Schein-Klausel immer lauter. Premiumtarife ohne Leistungen im Fall einer längeren Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person fallen bei Vermittlern durchaus durch das Prüfraster.

An dieser Stelle ist allerdings darauf hinzuweisen, dass es „die“ Gelbe-Schein-Regelung nun einmal nicht gibt und deshalb die Leistungsvoraussetzungen und der Charakter der Versicherungsleistungen kritisch zu hinterfragen sind.

In ihren AVB für den Tarif 2901P benennt die NÜRNBERGER eine vollständige Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person als Leistungsvoraussetzung. Der Versicherer räumt aber ausdrücklich ein, dass der Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit auch für die Dauer einer Wiedereingliederungsmaßnahme besteht. Sofern eine Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person für mindestens drei Monate bestanden hat und ein Facharzt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für mindestens

drei weitere Monate testiert, begründet sich der Leistungsanspruch rückwirkend zum Beginn der ersten Krankschreibung. Mit dieser Neuregelung in den AVB rückt der Versicherer den Leistungsbezug näher an den Eintritt des Versicherungsfalls und sichert dem Versicherungsnehmer bereits zu einem frühen Zeitpunkt einen Leistungsanspruch.

Für den Fall einer leistungspflichtigen Arbeitsunfähigkeit benennt die NÜRNBERGER in den AVB mit der Arbeitsunfähigkeitsrente eine eigenständige Tarifleistung, die in Höhe der versicherten Berufsunfähigkeitsrente für maximal 24 Monate ausbezahlt wird. Diese Unterscheidung in eine Tarifleistung für den Fall der Arbeits- beziehungsweise eine Tarifleistung für den Fall der Berufsunfähigkeit der versicherten Person ist bei einem Bezug von Krankentagegeld von allergrößter Bedeutung.

So hatte beispielsweise das OLG Hamm mit seinem Urteil vom 10.2.2016 (I-20 U 204/15) die Rechtmäßigkeit der Forderung eines privaten Krankenversicherers auf Rückzahlung von Krankentagegeld aufgrund der Auszahlung einer Berufsunfähigkeitsrente an die versicherte Person bestätigt. In seiner Urteilsbegründung führte das Gericht aus, dass sich ein paralleler Bezug von Krankentagegeld und Berufsunfähigkeitsrente ausschließt. Dem Einwand des Versicherungsnehmers, dass er zum Zeitpunkt des Rentenbezugs nicht berufs-, sondern nur arbeitsunfähig war, maß das Gericht keine Bedeutung zu.

Das Urteil des OLG Hamm unterstreicht somit mit Nachdruck die Notwendigkeit einer Unterscheidung von Tarifleistungen wegen Arbeits- beziehungsweise Berufsunfähigkeit in den AVB für eine Berufsunfähigkeitsversicherung.

Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit

Mit der tariflichen Leistungsaussage, dass Anspruch auf eine Rente wegen Arbeitsunfähigkeit auch für die Dauer einer Wiedereingliederungsmaßnahme besteht, rückt die NÜRNBERGER die Auslegung einer leistungspflichtigen Arbeitsunfähigkeit in Richtung der gesetzlichen Krankenversicherung. Immer wieder kommt die Diskussion bezüglich der Anzeigepflicht des Abschlusses einer BU-Versicherung mit Leistungen im Fall der Arbeitsunfähigkeit beim privaten Krankentagegeldversicherer des Versicherungsnehmers auf. ▶

Das OLG Karlsruhe hatte in seinem Urteil vom 16.6.2005 (12 U 381/04) ausgeführt, dass die Anzeige einer Arbeitsunfähigkeitsversicherung bei dem privaten Krankenversicherer, bei dem der Beklagte seine Krankentagegeldversicherung abgeschlossen hatte, nicht erforderlich war. In der Urteilsbegründung führte das Gericht aus, dass der Begriff der Arbeitsunfähigkeit in den AVB für die Arbeitsunfähigkeits- beziehungsweise für die Krankentagegeldversicherung unterschiedlich definiert wurde.

Mit der Aussage einer fortlaufenden Leistungszahlung für die Dauer einer Wiedereingliederungsmaßnahme weisen die AVB für den Tarif 2901P ein wichtiges Tarifmerkmal aus, das die Arbeitsunfähigkeitsrente von den Musterbedingungen für die Krankentagegeldversicherung abgrenzt. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass der Bundesgerichtshof mit seinem Urteil vom 11.3.2015 (IV ZR 54/14) einen Anspruch auf Zahlung von Krankentagegeld für die Dauer einer Wiedereingliederungsmaßnahme mit Blick auf die MB/KT 2009 eindeutig verneint hatte.

Der Leistungsfall – die Stunde der Wahrheit

Natürlich hofft jeder Versicherungsnehmer, dass er seine Berufsunfähigkeitsversicherung nie in Anspruch nehmen muss. Tritt allerdings der Versicherungsfall ein, ist die Erwartungshaltung hinsichtlich einer schnellen und unbürokratischen Bearbeitung des Leistungsantrags hoch. Die Qualität der Leistungsfallbearbeitung lässt jedoch teilweise Fragen offen. So beantwortete beispielsweise eine Mitarbeiterin eines Lebensversicherers, dessen BU-Tarife von den Ratingagenturen mit Bestnoten bewertet wurden, die Frage des Autors nach der voraussichtlichen Bearbeitungsdauer eines eingereichten Leistungsantrags mit: „Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer von BU-Leistungsanträgen beträgt bei uns im Unternehmen 1,5 Jahre.“ Mit welchen Argumenten erklärt der Versicherungsmakler diese Tatsache seinem Kunden?

Nachdem auch Ratingagenturen Daten zur Leistungsfallbearbeitung erheben, legen wir diese Schablone einmal auf den nachfolgend vorgestellten Leistungsfall auf. Mit Schreiben vom 9.9.2017 meldete Consilium der NÜRNBERGER Lebensversicherung den Antrag der 41-jährigen Versicherungsnehmerin Ramona D. (Name vom Autor geändert) auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit und forderte die erforderlichen Formulare für

die Antragstellung an. Die angeforderten Druckstücke gingen nach zwei Tagen bei der Versicherungsnehmerin ein und die von Franke & Bornberg mit 1,1 Tagen (Stand 2016) testierte Reaktionsdauer nach Eingang der Erstmeldung konnte im vorliegenden Fall bestätigt werden.

Kundenfreundliche Übergangslösung

Die Versicherungsnehmerin litt zum Zeitpunkt der Antragstellung an den orthopädischen Folgebeschwerden von zwei Autounfällen, schubartigen Schmerzattacken und einer schweren Depression. Der Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit sowie vorliegende Arztberichte, Bescheinigungen über die Dauer der Arbeitsunfähigkeitszeiten und Einkommensnachweise wurden mit Postversand am 12.10.2017 an die Leistungsabteilung des Versicherers zur weiteren Bearbeitung übermittelt.

Mit einem Zwischenbescheid vom 19.10.2017, das heißt vier Werktage nach Eingang der Antragsunterlagen, bestätigte die Leistungsabteilung den Eingang und teilte mit, dass bei zwei Kliniken und einem niedergelassenen Arzt medizinische Rückfragen gehalten wurden. Ein Blick in die Auswertungen von Franke & Bornberg zeigt, dass die von der Ratingagentur mit 6,5 Tagen benannte Reaktionszeit des Versicherers nach Eingang des Kundenfragebogens unterschritten wurde.

Vor allem die Beurteilung von psychischen Erkrankungen und die Einschätzung der daraus resultierenden beruflichen Einschränkungen der versicherten Person sind oft sehr schwierig und folglich in der Regel sehr zeitintensiv. Erschwerend kommt hinzu, dass sowohl niedergelassene wie auch Klinikärzte regelmäßig überlastet sind und Arztanfragen von Versicherungsgesellschaften durchaus auch hinten angestellt werden. Nachdem einen Monat nach Versand der Arztanfragen die erforderlichen Berichte nicht vorlagen, erklärte die NÜRNBERGER mit Schreiben vom 20.11.2017 eine freiwillige Leistungszahlung in Höhe der versicherten Berufsunfähigkeitsrente von 1.033,50 Euro/Monat bis zur abschließenden Klärung der Leistungspflicht. Die Rentenzahlungen wurden rückwirkend ab 1.7.2017 erbracht und ein ausdrücklicher Verzicht auf eine Rückforderung der ausbezahlten Renten für den Fall, dass eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit nicht nachgewiesen werden kann, erklärt.

„[...] die von Franke & Bornberg mit 1,1 Tagen (Stand 2016) testierte Reaktionsdauer nach Eingang der Erstmeldung konnte im vorliegenden Fall bestätigt werden.“

Wiedereingliederungshilfe für beruflichen Neustart

Nach Vorlage und Auswertung der angeforderten Arztberichte erklärte der Versicherer mit Schreiben vom 13.04.2018 die zeitlich unbefristete Leistungspflicht. Frau D. befindet sich weiter in orthopädischer und psychiatrischer Behandlung. Die Versicherungsnehmerin, Mutter von zwei Kindern, möchte grundsätzlich in ein aktives Berufsleben zurückkehren, strebt aber einen Berufswechsel an.

Sofern sich der psychische Zustand von Frau D. stabilisieren lässt, und dies wird vermutlich einer längeren Behandlung bedürfen, kann die Versicherungsnehmerin für eine eventuelle Umschulungsmaßnahme mit anschließender Wiedereingliederung in das Berufsleben die tarifliche Wiedereingliederungshilfe in Höhe von sechs Monatsrenten in Anspruch nehmen.

Wann eine derartige Maßnahme gegebenenfalls umgesetzt werden kann, ist allerdings zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht absehbar. Während nach den alten Versicherungsbedingungen eine Wiedereingliederungshilfe im Fall einer erneuten, mit dem gleichen Krankheitsbild begründeten Berufsunfähigkeit der versicherten Person innerhalb von 12 Monaten mit den laufenden Rentenleistungen verrechnet werden kann, hat die NÜRNBERGER den zulässigen Verrechnungszeitraum in den neuen AVB auf sechs Monate verkürzt. Diese Neuregelung in den Versicherungsbedingungen kommt vor allem Versicherungskunden mit rezidivierenden Krankheitsbildern zugute.

Vor allem schwere Krebs- und psychische Erkrankungen beinhalten das Risiko von mehrfachen Berufsunfähigkeitszeiten, sodass die Fristen für eine mögliche Leistungsverrechnung von Berufsunfähigkeitsrenten mit einer zuvor erbrachten Wiedereingliederungshilfe durchaus geprüft werden sollten.

Umorganisation im Unternehmen

Die Frage nach einer möglichen Umorganisation der Aufgabenbereiche im Unternehmen eines freiberuflich oder selbstständig tätigen Versicherungsnehmers ist ein Dauerbrenner für



Wichtige Voraussetzungen für eine schnelle Bearbeitung von Leistungsanträgen sind einerseits gut geschulte Mitarbeiter in den Unternehmen, andererseits auch eine aktive Kommunikation mit dem Vermittler beziehungsweise dem Versicherungsberater.

teilweise sehr polemisch geführte Diskussionen. In der Neufassung ihrer Versicherungsbedingungen hat die NÜRNBERGER Lebensversicherung den Verzicht auf eine Prüfung der Umorganisation des Betriebs erklärt, sofern der berufsunfähige Unternehmer eine akademische Berufsausbildung abgeschlossen hat und mindestens 90 Prozent seiner Arbeitszeit kaufmännische und organisatorische Aufgaben umfassten.

Für den Verzicht auf die Prüfung einer möglichen Umorganisation werden in den AVB anderer Gesellschaften auch abweichende Parameter, wie zum Beispiel die Beleg-

schaftsgröße des Unternehmens, benannt. Ein Blick in die Ablehnungsgründe der NÜRNBERGER Lebensversicherung relativiert das Thema Umorganisation. Im Jahr 2015 lag der Anteil der aufgrund einer möglichen Umorganisation im Unternehmen von der NÜRNBERGER abgelehnten Leistungsanträge bei 0,18 Prozent. Im Vergleich zu dieser Quote stellen die Ablehnungen wegen des fehlenden ärztlichen Nachweises des BU-Grades mit 36,18 Prozent den weitaus häufigsten Ablehnungsgrund dar. Darüber hinaus gibt es mit 49,58 Prozent einen nicht unerheblichen Anteil von Leistungsanzeigen, die vom Versicherten nicht weiter verfolgt werden, da es sich um rein vorsorgliche Leistungsanzeigen handelte.

Fazit

Qualifizierte Vorsorgelösungen mit verbraucherfreundlichen Versicherungsbedingungen sind für die Kundenberatung ein Muss. Allerdings ist ein Premiumtarifwerk für sich alleine noch nicht ausreichend. Eine schnelle und zielorientierte Bearbeitung des Leistungsantrags ist im Versicherungsfall die Maßeinheit, mit der das Versicherungsunternehmen, aber auch der Vermittler gemessen werden. Wichtige Voraussetzungen für eine schnelle Bearbeitung von Leistungsanträgen sind einerseits gut geschulte Mitarbeiter in den Unternehmen, andererseits auch eine aktive Kommunikation mit dem Vermittler beziehungsweise dem Versicherungsberater. ■

Ein Beitrag von Alexander Schrehardt, Geschäftsführer der Consilium Beratungsgesellschaft für betriebliche Altersversorgung mbH.