

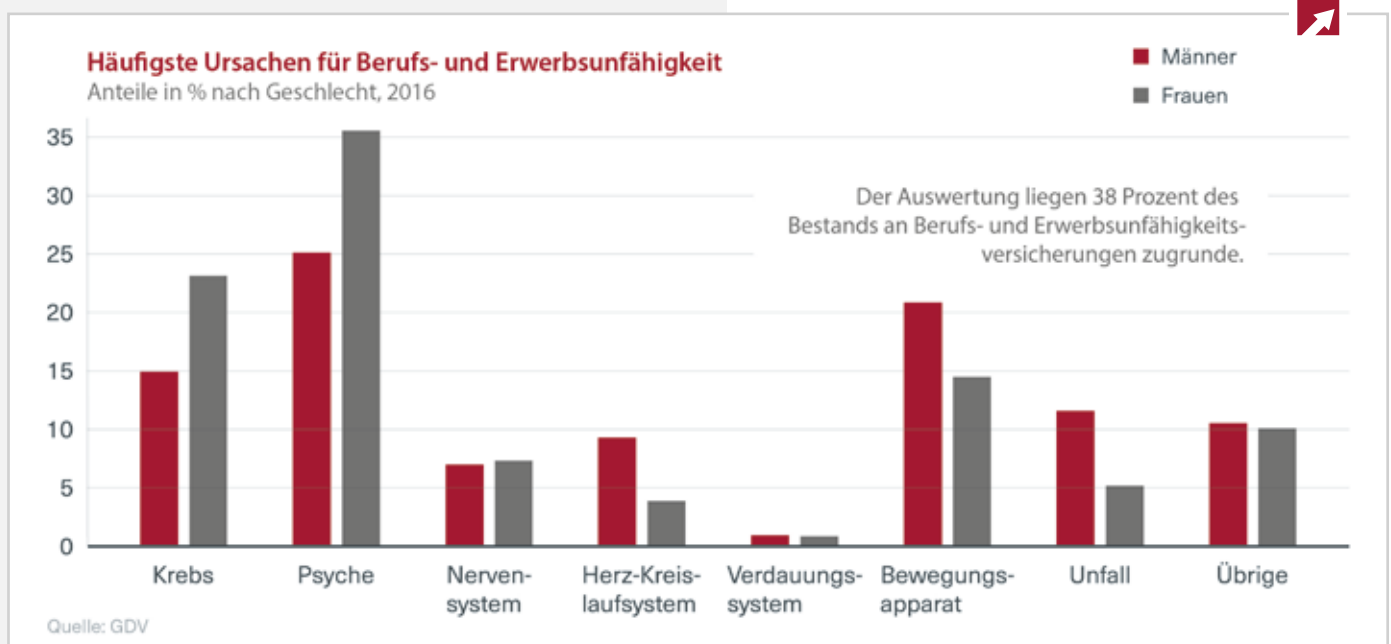
Berufsunfähigkeitsschutz

Leistungsauslöser: psychische Erkrankungen

In den letzten 20 Jahren konnten sowohl die gesetzliche Rentenversicherung als auch die privaten Lebensversicherungsgesellschaften eine kontinuierliche Zunahme von psychischen Erkrankungen als ursächliche Leistungsauslöser einer Berufsunfähigkeit, einer teilweisen oder vollen Erwerbsminderung beobachten.

Nach einer Statistik des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) für das Jahr 2016 war in über 35 Prozent der leistungspflichtigen Berufsunfähigkeitsfälle von weiblichen Versicherten der Leistungsfall auf eine psychische Erkrankung zurückzuführen, während der Leistungsanspruch von männlichen Versicherten bei über 25 Prozent der Versicherungsfälle mit einer psychischen Erkrankung der versicherten Person begründet wurde. Im Vergleich zur vorgelegten Statistik des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft weichen die Angaben einzelner Lebensversicherungen nochmals deutlich ab.

So teilte beispielsweise die Debeka Lebensversicherung in einer Pressemitteilung vom 26.9.2017 mit, dass 41,5 Prozent der Berufsunfähigkeitsleistungsfälle des Jahres 2016 auf psychische Erkrankungen zurückzuführen waren. Diese besorgniserregenden Zahlen werden von den statistischen Auswertungen der Deutschen Rentenversicherung durchaus nachgezeichnet und sogar noch übertroffen. Von den Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit des Jahres 2016 erhielten 36,5 Prozent der männlichen und 49,0 Prozent der weiblichen Versicherten eine Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung aufgrund einer psychischen Erkrankung.



Auslöser psychischer Erkrankungen

In der Literatur finden sich teilweise sehr unterschiedliche Aussagen bezüglich einer Zunahme psychischer Erkrankungen. Während einige Autoren einen weiteren Anstieg der Fallzahlen von psychischen Krankheiten in den letzten Jahren verneinen, bestätigen vor allem gesetzliche Krankenkassen eine Zunahme der Fallzahlen in ihren Leistungsstatistiken.

Erfreulich ist, dass bei den Leistungsauslösern einer Arbeitsunfähigkeit der Anteil psychischer Erkrankungen seit 2016 tendenziell leicht rückläufig ist; allerdings begründen psychische Erkrankungen bei den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen regelmäßig die längsten Arbeitsunfähigkeitszeiten.

Die möglichen Ursachen des starken Anstiegs von psychischen Erkrankungen als Auslöser von Berufsunfähigkeitsleistungsfällen sind zahlreich. So kann eine psychische Erkrankung oftmals auch mit einer familiären Veranlagung erklärt werden. In vielen Fällen zeichnen aber sicherlich eine veränderte Arbeitswelt, die zunehmend mehr Flexibilität bezüglich Arbeitsort und Arbeitszeiten voraussetzt, aber auch berufliche wie familiäre Stressfaktoren für eine psychische Erkrankung verantwortlich. Auch die kontinuierliche Zunahme der Singlehaushalte in Deutschland, die zwischenzeitlich die häufigste Haushaltsform darstellen, und eine oftmals zu beobachtende Vereinsamung können beispielsweise eine depressive Erkrankung zumindest begünstigen.

Viele und nicht immer nur junge Menschen haben den Kontakt zur Alltagsrealität verloren und suchen eine heile Welt in den sozialen Netzwerken. Die Abhängigkeit von Mobiltelefon und Tablet wird im Alltag vielerorts sichtbar. Menschen, die auch auf der Straße und in öffentlichen Räumen nur noch ein Auge für virtuelle Welten haben und selbst auf dem Fahrrad oder am Lenkrad eines Kraftfahrzeugs durch ihre Social Media Accounts zappen, gefährden nicht nur sich, sondern auch andere Verkehrsteilnehmer. Die Tatsache, dass die Stadt Augsburg bereits im Jahr 2016 Fußgängerampeln direkt in die Gehwege integriert hat, um die Nutzer von Mobiltelefonen und Tablets in die Verkehrsregelung einzubinden, lässt in diesem Zusammenhang tief blicken.

Vor allem Depressionen schleichen sich, sowohl von dem Betroffenen als auch von seinem familiären und sozialen Umfeld oftmals lange unbemerkt, in das Alltagsleben ein. Niedergeschlagenheit, negative Gedankenschleifen und Antriebslosigkeit sind die ersten Anzeichen, die über eine Lähmung aller Alltagsaktivitäten und den Abbruch sozialer Kontakte in eine oftmals tiefe Isolation der Betroffenen bis hin zu einem Suizid (versuch) überleiten können. Ärztliche Hilfe, qualifizierte therapeutische Maßnahmen und ein verständnisvolles familiäres und soziales Umfeld sind dann unerlässlich und zumeist auch über einen langen Zeithorizont erforderlich.



Immer mehr Krankschreibungen

Die Gesundheitsberichte der Krankenkassen zeigen, dass Krankschreibungen aufgrund psychischer Diagnosen seit 2006 kontinuierlich ansteigen. Bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) hat die Zahl der Krankschreibungen, die auf psychischen Erkrankungen (AU-Fälle) basieren, bis 2015 um knapp 50 Prozent und die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) um gut 70 Prozent zugenommen.

Die Erhebungen weiterer Kassen bestätigen ähnliche Werte. Bei der BKK waren psychische Erkrankungen für circa 15 Prozent aller AU-Tage verantwortlich. Die DAK meldet sogar eine Verdreifachung des Arbeitsunfähigkeitsvolumens aufgrund psychischer Erkrankungen in den letzten 20 Jahren. Depressive Episoden (F32) sind mittlerweile zur dritt wichtigsten Einzeldiagnose bei Arbeitsunfähigkeit aufgestiegen (2016).

Leistungsauslöser psychische Erkrankung

Während in den 1980er-Jahren psychische Erkrankungen als Leistungsauslöser einer leistungspflichtigen Berufsunfähigkeit in den Statistiken der Lebensversicherer entweder gar nicht oder nur in Höhe homöopathischer Werte in Erscheinung traten, begründet sich heute im Durchschnitt jeder dritte Versicherungsfall mit einer psychischen Erkrankung der versicherten Person.

Die Leistungsfallbearbeitung gestaltet sich in solchen Fällen zumeist als schwierig und auch sehr zeitaufwendig, da regelmäßig sehr umfassende Arztanfragen des Lebensversicherers bei behandelnden Ärzten, psychotherapeutischen Zentren und Fachkliniken erforderlich sind. Eine lange Bearbeitungsdauer und das Warten auf das finale Votum des Versicherers belasten dann die erkrankte versicherte Person zusätzlich.

Existenzielle Ängste können die Ausprägung des Krankheitsbildes zusätzlich verstärken. Im Umgang mit dem Kunden ist in diesen Fällen seitens des Vermittlers ein Höchstmaß an Fingerspitzengefühl und Einfühlungsvermögen gefordert, vor allem wenn der Kunde suizidgefährdet ist oder vielleicht bereits einen Suizidversuch unternommen hat. ►

Kritikpunkt Bearbeitungsdauer

Immer wieder wird sowohl von Kunden als auch von Vermittlern Kritik an der Bearbeitungsdauer nach Einreichung eines Antrags auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit vorgetragen. Die Aussage aus der Sachbearbeitung eines namhaften Lebensversicherers, dass die durchschnittliche Bearbeitungsdauer für einen Leistungsantrag wegen Berufsunfähigkeit bei 18 Monaten liegt, stimmt nachdenklich.

Welcher Vermittler möchte seinem Kunden erläutern müssen, dass mit der Entscheidung über ein Leistungsanerkennnis und – damit verbunden – der Auszahlung der vertraglich vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente erst 18 Monate nach Antragstellung zu rechnen ist? Wie und mit welchen finanziellen Mitteln soll und kann die versicherte Person eine derart lange Bearbeitungsdauer überbrücken?

In einem anderen Fall hatte ein Lebensversicherungsunternehmen gegenüber dem Versicherungsnehmer seine Leistungspflicht rückwirkend in Schriftform anerkannt. Allerdings wartete der Versicherungsnehmer vergeblich auf eine Leistungsabrechnung und eine Auszahlung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente. Auf Rückfrage teilte die zuständige Abteilung der Gesellschaft mit, dass „die auszahlenden Versicherungsleistungen in einer anderen Abteilung berechnet werden und dies schon noch einige Monate in Anspruch nehmen könnte.“

Es ist anzumerken, dass den zur Auszahlung fälligen Rentenbetrag und die dem Versicherungsnehmer zurückzuerstattenenden Beiträge ein Auszubildender zum Versicherungskaufmann mit einem handelsüblichen Taschenrechner innerhalb von 30 Minuten unproblematisch hätte ermitteln können.

Nun hat der Gesetzgeber die Versicherungsgesellschaften in § 14 Abs. 2 VVG dazu verpflichtet, einen gemeldeten Schadenfall binnen Monatsfrist zu bearbeiten und zu regulieren. Sofern der Versicherer dieser Verpflichtung nicht nachkommt, kann der Versicherungsnehmer eine Abschlagszahlung einfordern. Der Fristenlauf wird allerdings unterbrochen, wenn dem Versicherer nicht alle erforderlichen Unterlagen, die eine abschließende Bearbeitung des Schadenfalls ermöglichen, vorliegen. Für die Bearbeitung von Anträgen auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit werden allerdings zumeist Anfragen bei den behandelnden Ärzten und Kliniken erforderlich, was die Leistungsfallbearbeitung in die Länge ziehen kann.

In diesem Fall sollte der Versicherer seinen Kunden in regelmäßigen Abständen über den Bearbeitungsstand und/oder noch ausstehende Unterlagen informieren. Sofern eine Leistungspflicht des Versicherers wahrscheinlich ist, können auch Überbrückungsleistungen erbracht werden, sodass eine angespannte finanzielle Situation des Versicherungsnehmers beziehungsweise der versicherten Person zumindest gepuffert werden kann.

„ [...] hat der Gesetzgeber die Versicherungsgesellschaft in § 14 Abs. 2 VVG dazu verpflichtet, einen gemeldeten Schadenfall binnen Monatsfrist zu bearbeiten und zu regulieren.

Für die qualitative Bearbeitung eines Versicherungsfalls und eine regelmäßige Kommunikation mit dem Kunden ist das Engagement des jeweiligen Sachbearbeiters entscheidend. Ein von dem Autor begleiteter und bei der Gothaer Lebensversicherung eingereichter Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit soll nachfolgend als positives Beispiel für eine kundenorientierte Leistungsfallbearbeitung vorgestellt werden.

Diagnose: schwere Depression

Der Versicherungsnehmer, ein Mitarbeiter mit Budget- und Personalverantwortung in der Kommunalverwaltung einer Kreisstadt mit 50.000 Einwohnern, wurde unberechtigt wegen finanzieller Unregelmäßigkeiten in seinem Verantwortungsbereich beschuldigt. Anstatt den Mitarbeiter nach Aufklärung des Sachverhalts zu rehabilitieren, entschied sich der Arbeitgeber für eine Strafversetzung unter Beibehaltung der bisherigen Bezüge. Die dem Mitarbeiter an seinem neuen Wirkungskreis übertragenen Aufgaben kamen im Vergleich zu seiner bisherigen Verantwortung einer Degradierung gleich. Eine Ausgrenzung aus dem Kollegenkreis und gezieltes Mobbing am Arbeitsplatz führten den Versicherungsnehmer in eine schwere Depression.

Zu den sehr belastenden Existenzängsten, einer zunehmenden Isolierung aufgrund eines hohen Misstrauens gegenüber anderen Personen und einer fortschreitenden Antriebslosigkeit gesellten sich im weiteren Krankheitsverlauf Herz- und Magenprobleme.

Nachdem der private Krankenversicherer über mehr als 2 Jahre Krankentagegeldleistungen erbracht hatte, stellte ein von dem Krankenversicherer beauftragter Gutachter eine Berufsunfähigkeit im Sinne von § 15 Abs. 1 b) MB/KT 2009 fest. Der Versicherer erklärte folglich die Beendigung der Krankentagegeldversicherung. Nachdem zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit noch eine leistungspflichtige Arbeitsunfähigkeit des Versicherungsnehmers bestand, erbrachte der Krankenversicherer im Rahmen der Nachhaftung für weitere 3 Monate die tariflichen Leistungen.

Anspruchsvolle Gesprächsführung

Auf Anraten seines Versicherungsmaklers hatte sich der Versicherungsnehmer für die Begleitung seines Antrags auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit durch einen Versicherungsberater entschieden. Die Gesprächsführung mit dem Kunden gestaltete sich dabei eingangs aufgrund eines hohen Misstrauens gegenüber dem Versicherungsberater als äußerst zeitintensiv. Die vorgeschlagene Vorgehensweise wurde infrage gestellt und regelmäßige Rückfragen bezüglich der Erfolgsaussichten zeigten die für den Versicherungsnehmer in hohem Maße belastende Situation und seine Existenzängste auf.

Für die Bearbeitung des Antrags auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit mussten umfassende Arztanfragen bei den behandelnden Therapeuten und Kliniken gestellt werden. Die Beantwortung dieser Arztanfragen erfolgte durch die behandelnden Ärzte auch nach mehrmaligen Erinnerungen nur äußerst schleppend.

Die bei der Gothaer Lebensversicherung für diesen Versicherungsfall zuständige Sachbearbeiterin zeichnete sich an dieser Stelle durch eine vorbildliche Kommunikation aus. Mit regelmäßigen Rückmeldungen berichtete sie unaufgefordert über den aktuellen Bearbeitungsstand und noch ausstehende Unterlagen. Die angefragten Ärzte und Kliniken wurden in Abstimmung mit dem bevollmächtigten Versicherungsberater regelmäßig und mit einer festen Taktfrequenz an die benötigten Arztberichte erinnert. Mit dieser transparenten und zielorientierten Leistungsfallbearbeitung konnte auch der Versicherungsnehmer zumindest phasenweise beruhigt werden.

Überbrückungsleistung bewilligt

Aufgrund der den erforderlichen Arztanfragen geschuldeten langen Bearbeitungsdauer wurden die verfügbaren, aber noch nicht vollständigen medizinischen Unterlagen dem Gesellschaftsarzt zur Prüfung vorgelegt. Nachdem eine Leistungspflicht der Gothaer Lebensversicherung als sehr wahrscheinlich eingestuft werden konnte, erhielt der Versicherungsnehmer eine vertraglich nicht vereinbarte Überbrückungsleistung in Höhe von 19 Berufsunfähigkeitsrenten ausbezahlt, die mit späteren Leistungen verrechnet werden sollte.

Gleichzeitig wurde eine Begutachtung des Versicherungsnehmers durch einen von der Gothaer Lebensversicherung beauftragten Facharzt für Psychiatrie vereinbart. Nach der psychiatrischen Untersuchung des Versicherungsnehmers wurde das beauftragte Gutachten erfreulicherweise sehr schnell erstellt und an den Versicherer übermittelt. Eine Woche nach Eingang des Gutachtens erklärte die Gothaer Lebensversicherung ihre zeitlich nicht befristete Leistungspflicht. Das Engagement und die Vorgehensweise der Leitungsabteilung respektive der Sachbearbeiterin waren im vorliegenden Fall als vorbildlich einzustufen.



Fazit

Sowohl der Versicherungsnehmer als auch der vermittelnde Versicherungsmakler sahen sich in ihrer Entscheidung bezüglich der Wahl des Versicherers für den Berufsunfähigkeitsschutz bestätigt.

Eine gewissenhafte Tarifprüfung vor Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung ist unerlässlich. Jedoch sollte diese auch, soweit möglich, um Informationen in Verbindung mit der Prüfung von Leistungsanträgen, des Leistungsverhaltens und der Nachprüfung der Leistungspflicht durch die Versicherer ergänzt werden. Die von einigen Versicherungsgesellschaften geübte Praxis, Informationen zum Bearbeitungsstand eines anhängigen Leistungsantrags in eine für den Versicherungsnehmer mittels Passwort zugängliche Datenbank einzustellen, kann mit Blick auf das sehr sensible Thema einer Berufsunfähigkeit nicht befürwortet werden.

Diese Vorgehensweise mag bei einem Haftpflicht-, Hausrat- oder Kraftfahrtschaden ein gangbarer Weg sein. Bei der Bearbeitung eines Antrags auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit sollte der persönliche Kontakt zum Kunden oder dessen Handlungsbevollmächtigten in jedem Fall gewahrt werden. ■

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