



M&M RATING
BERUFSUNFÄHIGKEIT
Ratingdokumentation



INHALT

1. Neuerungen im Zuge der Weiterentwicklung
 - 1.1 Historie zu den bisherigen M&M Rating Berufsunfähigkeit
 - 1.2 Dritte Generation des M&M Rating Berufsunfähigkeit seit 2004
 - 1.3 Der M&M Rating Grundsatz

2. Die Änderungen auf einen Blick

3. Allgemeines zum Verfahren
 - 3.1 Hierarchiestruktur
 - 3.2 Bewertungsskala
 - 3.3 Interpretation des Ratings
 - 3.4 Wichtige Grundsätze

4. Das Verfahren
 - 4.1 Teilrating BU-Bedingungen
 - 4.1.1 BU-Bedingungsanalyse
 - 4.1.2 Das Bewertungsverfahren
 - 4.1.3 Grundsatz der Bewertung
 - 4.2 Teilrating BU-Kompetenz
 - 4.2.1 Komponente BU-Erfahrung
 - 4.2.2 Komponente BU-Bestand
 - 4.2.3 Komponente BU-Prozesse
 - 4.2.4 Komponente BU-Leistungsfallprüfung
 - 4.2.5 Komponente BU-Antragsprüfung
 - 4.2.6 Fazit
 - 4.3 Teilrating BU-Beitragsstabilität
 - 4.3.1 Komponente Überschusssenkung
 - 4.3.2 Aktionen
 - 4.3.3 Brutto-Netto-Spreizung
 - 4.3.4 Querverrechnung
 - 4.3.5 Bilanzen
 - 4.3.6 Solvency II

- 4.4. Teilrating BU-Antragsfragen
 - 4.4.1. Ziel des Ratings
 - 4.4.2. Die Komponenten
 - 4.4.3. Hinweise + Informationen für VN
 - 4.4.4. Klarheit der Fragestellung
 - 4.4.5. Zeitliche Befristung der Fragestellungen
 - 4.4.6. Konsequenz der Fragestellung
 - 4.4.7. Abzuwertende Besonderheiten
 - 4.4.8. Bewertung
 - 4.4.9. Fazit

- 5. Anhang - Teilrating BU-Bedingungen

1. NEUERUNGEN IM ZUGE DER WEITERENTWICKLUNG

Seit 2004 existiert das M&M Rating Berufsunfähigkeit in der 3. Generation – in seiner heutigen Form mit seinen vier Teilratings. Die marktweite Akzeptanz des Ratings war überwältigend. Die Branche hatte sich sehr intensiv mit dem neuen Ratingansatz auseinandergesetzt und in großem Umfang den konstruktiven Dialog gesucht. Seitdem wurde das Rating in jedem Jahr mit Einarbeitung des neuen Bilanzjahrgangs auf den Prüfstand gestellt und bei Bedarf modifiziert und verbessert.

Im Jahr 2008 erfolgten grundlegende Änderungen in den Teilratings BU-Bedingungen und BU-Antragsfragen aufgrund der VVG-Reform. Im Jahr 2009 wurde der Schwerpunkt deutlich auf die Kompetenz der Versicherer gelegt und das Teilrating BU-Kompetenz komplett „renoviert“. Mit dem Jahrgang im Jahr 2011 wurde das Augenmerk auf die Bewertung der Qualität der Versicherer hinsichtlich Service und Professionalität in Antrags- und Leistungsprüfung gelegt und für diese Bereiche des Teilratings BU-Kompetenz ein neues Bewertungsverfahren entwickelt. Im Jahr 2019 wurde das Teilrating BU-Solidität zum Teilrating BU-Beitragsstabilität erweitert.

1.1. Historie zu den bisherigen BU-Ratings

Vor 2004 wurde eine BU-Versicherung in erster Linie danach beurteilt, wie gut, d.h. kundenfreundlich, die Bedingungen ausgestaltet sind. Schon alleine aus diesem Grundgedanken heraus müsste bei der Auswahl eines BU-Tarifs immer auch der Preis der Prämie für den individuellen Fall berücksichtigt werden, denn es ist klar, dass Bedingungsverbesserungen, die zu mehr zu zahlenden Leistungsfällen führen, den Versicherer Geld kosten. Diesem Gedanken trug MORGEN & MORGEN mit seinem BU-Rating im Vergleichsprogramm LV-WIN schon immer insofern Rechnung, als gerade hier die Besonderheit das Zusammenspiel von berufsindividueller Prämie mit zugehöriger Bedingungsanalyse ist.

Schon relativ kurz nach Einführung unseres zweiten BU-Ratings im Herbst 1999 wurde klar, dass das MORGEN & MORGEN BU-Rating und die damit verbundene Bewertung eine sehr große Bedeutung erlangte und somit einen sehr hohen Druck auf die Gesellschaften ausübte, die Höchstwertung zu erreichen. So hatten knapp 2 Jahre danach weit über 50% der Gesellschaften zumindest ein Bedingungsmerk, das die Höchstwertung von 5 Sternen aufwies.

Schon im Jahr 2001 erkannte MORGEN & MORGEN die Problematik, dass ein reines Bedingungsrating nicht mehr den Zweck erfüllte, einen guten BU-Versicherer auszuzeichnen, da es offensichtlich – auch für einen neu gegründeten Versicherer – ein Leichtes war, sehr gute Bedingungsmerkmale aufzustellen, ohne einen genügend großen Bestand oder Erfahrung im BU-Geschäft aufzuweisen. Kurz und prägnant: In einem reinen Bedingungsrating reicht ein Vorstandsbeschluss für die Höchstwertung, und dies trifft im Prinzip alle bis Ende 2003 am Markt gängigen und wahrgenommenen BU-Ratings

(Franke & Bornberg, Stiftung Warentest und MORGEN & MORGEN) gleichermaßen.

Im Herbst 2001 führte MORGEN & MORGEN in LV-WIN zusätzlich und optional die Rubrik „BU-Quoten“ ein. Hier konnte der qualifizierte Vermittler zusätzliche Informationen aus den hinterlegten Bilanzen (z.B. Anzahl der BU-Verträge) oder aus

dem historischen MORGEN & MORGEN BU-Rating heranziehen, um die Frage zu beantworten, wie lange der Versicherer schon im BU-Geschäft tätig ist und wie lange er das BU-Geschäft schon ernst nimmt. Im Wesentlichen konnte er sich damit schon ein Bild über die Erfahrung und Kompetenz der BU-Anbieter machen. Diese BU-Quoten waren bis dato jedoch nicht Bestandteil des ausgewiesenen BU-Ratingergebnisses.

In LV-WIN ist ebenfalls das M&M-Unternehmensrating hinterlegt. Hier kann sich der Vermittler ein Bild über die bilanzielle Situation der Unternehmen machen, d.h. ob die Versicherungsunternehmen hohe Sicherheitsmittel besitzen, ob sie mit niedrigen Kosten wirtschaften und ob sie kunden- bzw. renditeorientierte wirtschaftliche Ergebnisse vorweisen.

In Summe bedeutet dies, dass im Rahmen von LV-WIN bislang mehrere, unabhängig voneinander anwendbare „Schubladen“ zur Verfügung stehen, in denen Informationen enthalten sind, die zur abgerundeten Beurteilung einer guten bzw. adäquaten BU-Versicherung helfen können:

- Bedingungen
- Individuelle Prämien
- Erfahrung
- Bilanzielle Situation

Im Zuge zunehmender Bedeutung von Ratings ließ sich jedoch feststellen, dass diese Hilfsmittel nicht in dem Maße genutzt wurden, wie sie dem Anwenderkreis von LV-WIN zur Verfügung standen. Daher fasste MORGEN & MORGEN Ende 2002 den Entschluss, das BU-Rating auf komplett neue Füße zu stellen und alle diese Teilinformationen in einem gemeinsamen Rating zusammenzufassen. Von Anfang an war klar, dass hierzu, abweichend von der bisherigen Vorgehensweise, interne Informationen bei den Versicherern ermittelt werden mussten, da die Geschäftsberichte hierzu relativ wenig hergeben.

1.2. Dritte Generation des M&M BU-Ratings seit 2004

Im Februar 2004 wurde dann die dritte Generation des M&M-BU-Ratings veröffentlicht, das erstmals neben den BU-Bedingungen auch die BU-Kompetenz als eigenes Teilrating enthielt. Daneben wurden ebenfalls die BU-Solidität und die BU-Antragsfragen als Teilratings mit entsprechender Gewichtung eingeführt.

Im Herbst 2004 wurde das Rating turnusgemäß aktualisiert und der neue BU-Jahrgang 2003 integriert, wobei erstmals auch interne Daten verwendet werden konnten. Ebenfalls wurde das Teilrating BU-Solidität modifiziert.

Ende 2005 konnte aufgrund der Teilnahme des kompletten BU-relevanten Marktes (diejenigen Gesellschaften, die die internen Informationen an MORGEN & MORGEN zur Verfügung stellen, repräsentieren weit mehr als 90% BU-Anteil) das komplette Teilrating der BU-Kompetenz ausschließlich auf Basis der internen Informationen der BU-Versicherer erstellt werden. Eine marktweit einzigartige Datenbasis und Auswertung. Zu allen erhobenen Sachverhalten konnten nun Marktwerte berechnet und sinnvolle Benchmarks festgelegt werden. Die Plausibilität der uns zur Verfügung gestellten Daten konnte in weit stärkerem Maße überprüft und bewertet werden.

Diese Erkenntnisse führten zu zwei wesentlichen Änderungen innerhalb des Teilratings BU-Kompetenz:

- 1. Die bisher ausschließlich auf öffentlich zugänglichen Daten basierende Komponente Erfahrung entfiel.
- 2. Das komplette Teilrating BU-Kompetenz basierte nur noch auf internen Daten der M&M-Datenerhebung.
- 3. Das Teilrating BU-Kompetenz wurde in sieben aussagekräftige und eigenständige Komponenten aufgeteilt.

Die Qualität des M&M-BU-Ratings wurde damit noch einen entscheidenden Schritt erhöht, da auf individuelle Gegebenheiten Rücksicht genommen und die wirklich relevanten Sachverhalte rund um das Thema der BU analysiert und bewertet werden konnten.

Beim Bewertungsverfahren wurde eine zusätzliche Vorschrift eingeführt: Das Gesamtratingergebnis darf nicht besser sein als das Ergebnis des Teilratings BU-Bedingungen. Somit können schwache Bedingungen nicht mehr durch gute Teilratings beispielsweise in den Anträgen kompensiert werden. Das Ergebnis bleibt ein schwaches Gesamtrating.

Um die Änderungen am Verfahren für jede betreffende Gesellschaften möglichst übersichtlich darzustellen und das eventuell veränderte Rating-Ergebnis möglichst schnell nachvollziehen zu können, werden die vorgenommenen Änderungen am Verfahren kurz zusammengestellt:

Anfang 2007 wurde aufgrund marktweiter Modifikation des Paragraphen 2 der BU-Bedingungen eine neue Ratingfrage aufgenommen, die die Definition der BU bewertete. Das Bewertungsschema wurde entsprechend angepasst.

Im Teilrating BU-Kompetenz wurde durch die Abfrage der aktuellen GDV-Bögen zu den Gesamt-LV-Prozessen eine weitere Kontrollmöglichkeit in das Rating einbezogen, die die Qualität und Aussagekraft des Ratings entscheidend verbessern konnte. Dies betrifft im Wesentlichen die Komponente BU-Regulierungspraxis. Darüber hinaus wurden auch vertieft Daten zur Annahmepolitik erhoben, so dass ebenfalls die Komponente BU-Bestandscontrolling neu bewertet wurde. Das Teilrating BU-Kompetenz besteht nunmehr aus sieben getrennten Komponenten. Es beruht nur noch auf internen Daten der M&M Datenerhebung. Bilanzkennzahlen werden nur noch zu internen Kontrollzwecken oder zur Verifikation herangezogen.

Im Teilrating BU-Solidität wurde die (volatile) Nettoverzinsung durch die durchschnittliche Nettoverzinsung der letzten 3 Jahre ersetzt, die Quote Schluss-Überschuss-Anteil-Fonds in Prozent der Deckungsrückstellung wurde hinzugekommen und die Gewichtungen und Benchmarks angepasst.

Die Änderungen 2008 erfolgten gegebenenmaßen im Rahmen der VVG-Reform. So mussten einige der Bedingungsfragen aufgrund der Erstdefinition der BU im VVG überarbeitet werden oder entfielen ganz. Der Paradigmenwechsel der vorvertraglichen Anzeigepflichten fand in den AVB im Paragraph 19 seinen Niederschlag. Für die Versicherungsanträge eine folgenschwere Änderung, die mit völlig neuen Anträgen für 2008 einherging. Daher wurde das Teilrating BU-Antragsfragen komplett überarbeitet.

In den beiden unternehmensbezogenen Teilratings BU-Kompetenz und BU-Solidität wurden nur der neue Bilanzjahrgang erfasst und ggf. die Benchmarks – soweit sie auf Marktschnitten beruhen – entsprechend modifiziert.

Im Jahr 2009 wurde das Teilrating BU-Kompetenz komplett „renoviert“. Die umfangreiche Datensammlung des Hauses M&M wurde komplett neu analysiert. Im Ergebnis werden einige neue Quoten definiert, einige Quoten neu thematisch zusammengefasst sowie eine komplett neue Gewichtung vergeben. Somit setzt sich das BU-Kompetenz-Teilrating NEU aus 5 (statt bisher 7) Komponenten zusammen. Es wird weiterhin mit ☆ bis ☆☆☆☆☆ bewertet.

Die bisherigen 7 Komponenten

- BU-Erfahrung
- BU-Größe
- BU-Spezialisierung
- BU-Regulierungspraxis
- BU-Bestandscontrolling
- BU-Professionalität
- BU-Service

wurden durch 5 teilweise neue Komponenten ersetzt:

- BU-Erfahrung
- BU-Bestand
- BU-Prozesse
- BU-Leistungsfallprüfung
- BU-Antragsprüfung

Die bisher bewerteten Kennzahlen wurden beibehalten und den neuen Komponenten entsprechend zugeordnet. Einige Kennzahlen wurden allerdings nicht mehr bewertet, im Wesentlichen die 6 Kennzahlen der bisherigen Komponenten Regulierungspraxis. Ersatzlos entfiel die bisherige Kennzahl Rente zu Beitrag.

Im Jahr 2010 wurde die Systematik des M&M BU-Ratings grundlegend beibehalten. Nachdem das Teilrating BU-Kompetenz im Jahr 2009 komplett „renoviert“ wurde, gab es in diesem Jahr lediglich kleinere Spezifizierungen.

Im Jahr 2011 wurde die Systematik des M&M Rating Berufsunfähigkeit grundlegend beibehalten.

In diesem Jahr wurde ein neues Bewertungssystem für die Bereiche Service und Professionalität im Teilrating BU-Kompetenz eingeführt. Die Bereiche „Service“ und „Professionalität“ in Antrags- und Leistungsprüfung wurden anhand eines neuen, umfangreichen Erhebungsbogens bewertet. Die Versicherten wurden noch intensiver in Bezug auf ihre Professionalität und den Service in der Leistungsregulierung und Antragsprüfung überprüft. Somit wurde eine Stärkung der qualitativen Aussagen hinsichtlich der Kompetenz erreicht.

Zusätzlich gab es im Teilrating BU-Kompetenz eine Modifikation der Bewertungssystematik bei der M&M BU-Leistungs- und der M&M BU-Annahmequote. Die Systematik wurde dahingehend abgeändert, dass hier Quoten, die in einem marktüblichen Bereich liegen, die beste Bewertung erhalten. Überdurchschnittlich niedrige Quoten werden strikt, überdurchschnittlich hohe Quoten moderat abge-

wertet. Hiermit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass in der Risiko- und Leistungsprüfung einerseits aus Sicht des Kollektivs sicherlich nicht jeder Antrag anerkannt werden sollte, andererseits zu viele Ablehnungen sowohl im Leistungsfall als auch in der Antragsannahme definitiv negativ zu sehen sind. Prinzipiell sind allerdings hohe Quoten („Anerkennungen“) für den einzelnen Kunden besser als niedrige Quoten. In den Benchmarks wurden diese komplexen Abhängigkeiten entsprechend berücksichtigt.

Im Jahr 2012 gab es im Vergleich zum Vorjahr nur geringfügige Änderungen. Im Teilrating BU-Kompetenz gab es kleinere Modifikationen in der Komponente BU-Erfahrung: die historischen Ratings aus den Jahren 1996 und 1997 gehen nicht mehr in die Bewertung ein, die historischen Zahlen werden nun für die Jahre 1980, 1990 und 2000 betrachtet. Der Erhebungsbogen „Teil 2“, aus dem die Bewertung der Aspekte „Service“ und „Professionalität“ in den Komponenten BU-Antragsprüfung und BU-Leistungsfallprüfung resultiert, wurde leicht überarbeitet.

Im Jahr 2013 wurde im Teilrating BU-Solidität die Gewichtung der Kennzahlen verändert. Nachdem in den Vorjahren bei der Eigenkapitalquote nur ein Punkt und bei der RfB-Quote 3 Punkte erzielt werden konnten, werden ab 2013 alle 5 Kennzahlen des Teilratings gleich gewichtet. Vor dem Hintergrund, dass das Thema Eigenkapitalausstattung zu diesem Zeitpunkt eine große Rolle spielt, auch im Rahmen von Solvency II, sollten nun alle Eigenmittel gleich gewichtet werden. Konkret bedeutet dies, dass bei jeder Kennzahl maximal zwei Punkte erreicht werden können. In diesem Zusammenhang wurden auch die Benchmarks im Teilrating angepasst.

Im Jahr 2014 gab es Änderungen im Teilrating BU-Kompetenz bei der M&M BU-Leistungsquote. Bei den Leistungsfällen wurde in diesem Jahr die Datenabfrage spezifiziert. Bei den Ablehnungsgründen wurde eine neue Kategorie eingeführt, „kein schriftlicher Leistungsantrag (Fragebogen), daher keine Leistungsprüfung“. Diese Fälle werden bei der Berechnung der M&M BU-Leistungsquote von der Anzahl der beantragten Leistungsfälle abgezogen. Da diese Änderung Einfluss auf die Höhe der Leistungsquote hat, wurden in diesem Zusammenhang die Benchmarks für die Bewertung der BU-Leistungsquote angepasst.

Im Jahr 2015 gab es lediglich kleine Anpassungen der Benchmarks im Teilrating BU-Solidität.

Im Jahr 2016 gab es im Teilrating BU-Kompetenz eine Änderung bei der M&M BU-Leistungsquote. Die Formel zur Berechnung der BU-Leistungsquote wurde modifiziert. Im Nenner der Quote wird nun die Anzahl der entschiedenen Leistungsfälle statt vorher der Anzahl der beantragten Leistungsfälle verwendet. In diesem Zusammenhang wurden auch die Benchmarks bei der BU-Leistungsquote leicht angepasst. Außerdem wurden im Teilrating BU-Solidität die Benchmarks an die aktuellen Gegebenheiten angepasst.

Im Jahr 2017 gab es neben den Anpassungen der Benchmarks im Teilrating BU-Solidität keine Änderungen.

Im Jahr 2018 wurde die Systematik des M&M Rating Berufsunfähigkeit grundlegend beibehalten. Im Teilrating BU-Solidität wurden die Benchmarks an die aktuellen Gegebenheiten angepasst. In den übrigen Teilratings gab es keine Änderungen.

Im Jahr 2019 ist das Teilrating BU-Solidität im Teilrating BU-Beitragsstabilität aufgegangen und erhielt eine erhöhte Gewichtung von nunmehr 20 % im BU-Gesamtrating. Im Teilrating BU-Bedingungen wurde eine Leistungsfrage gestrichen, sowie eine Leistungsfrage neu aufgenommen. Bei zwei weiteren Leistungsfragen änderten sich die Bewertungsgrundlagen.

Im Jahr 2020 wurden im Teilrating BU-Beitragsstabilität die Benchmarks an die aktuellen Gegebenheiten angepasst. Im Teilrating BU-Bedingungen wurde eine weitere Leistungsfrage hinzugefügt und in diesem Zuge die Benchmark erhöht. In den übrigen Teilratings gab es keine Änderungen.

Im Jahr 2021 wurden im Teilrating BU-Beitragsstabilität die Benchmarks an die marktweiten Entwicklungen angepasst. Im Teilrating BU-Kompetenz wurde die BU-Annahmequote nur noch bezogen auf Tarife mit BU-Rentenleistung betrachtet, der betrachtete Zeitraum wurde auf drei Jahre erweitert. Das Teilrating BU-Bedingungen wurde um eine Leistungsfrage erweitert, die sich mit dem Grad der Berufsunfähigkeit befasst.

Im Jahr 2022 wurden im Teilrating BU-Kompetenz in der Komponente BU-Erfahrung nun die historischen Tarife und Leistungsfälle für die Jahre 1990, 2000 und 2010 betrachtet. Im Teilrating BU-Beitragsstabilität wurden Benchmarks an die aktuellen Entwicklungen am Markt angepasst.

Im Jahr 2023 wurden im Teilrating BU-Bedingungen die Leistungsfragen zur Nachversicherung angepasst, da ein eigenständiges BU-Nachversicherungsrating veröffentlicht wurde. In diesem Zuge sind vier Leistungsfragen entfallen und sechs Leistungsfragen aus dem BU-Nachversicherungsrating inkludiert worden. Darüber hinaus wurden die Fragen in Themenkomplexen angeordnet.

1.3. Der M&M-Rating-Grundsatz

MORGEN & MORGEN erhebt **KEINE** Gebühren für die Erhebung und Qualifizierung der Daten sowie für die Durchführung des Ratings. Die Refinanzierung erfolgt ausschließlich durch die laufenden Lizenzgebühren der M&M-Anwender. Hierdurch sind absolute Unabhängigkeit und Neutralität gewährleistet. Darüber hinaus ist hierdurch ein Rating über im Prinzip ALLE BU-Anbieter bzw. BU-Tarifvarianten möglich.

2. DIE ÄNDERUNGEN AUF EINEN BLICK

Im Vergleich zum Vorjahr wurde die Systematik des M&M BU-Ratings beibehalten.

Im Teilrating BU-Beitragsstabilität wurden Benchmarks an die aktuellen Entwicklungen am Markt angepasst und die Definition der Zins-Risiko-Überschussquote wurde geringfügig abgeändert.

Im Teilrating BU-Bedingungen wurden die Leistungsfragen zur Nachversicherung angepasst, da ein eigenständiges BU-Nachversicherungsrating veröffentlicht wurde. In diesem Zuge sind vier Leistungsfragen entfallen und sechs Leistungsfragen aus dem BU-Nachversicherungsrating inkludiert worden.

3. ALLGEMEINES ZUM VERFAHREN

Das BU-Rating beinhaltet die Bedingungsanalyse, die Untersuchung der Kompetenz eines Versicherers im Bereich der BU, der Beitragsstabilität und die Antragsfragenbewertung. Das Gesamt-BU-Rating einer Tarifvariante eines BU-Versicherers wird mit ★ bis ★★★★★ bewertet.

Die vier Teilratings, die eine Bewertung von ☆ bis ☆☆☆☆☆ erhalten, sind:

- Teilrating 1 - BU-Bedingungen
- Teilrating 2 - BU-Kompetenz
- Teilrating 3 - BU-Beitragsstabilität
- Teilrating 4 - BU-Antragsfragen

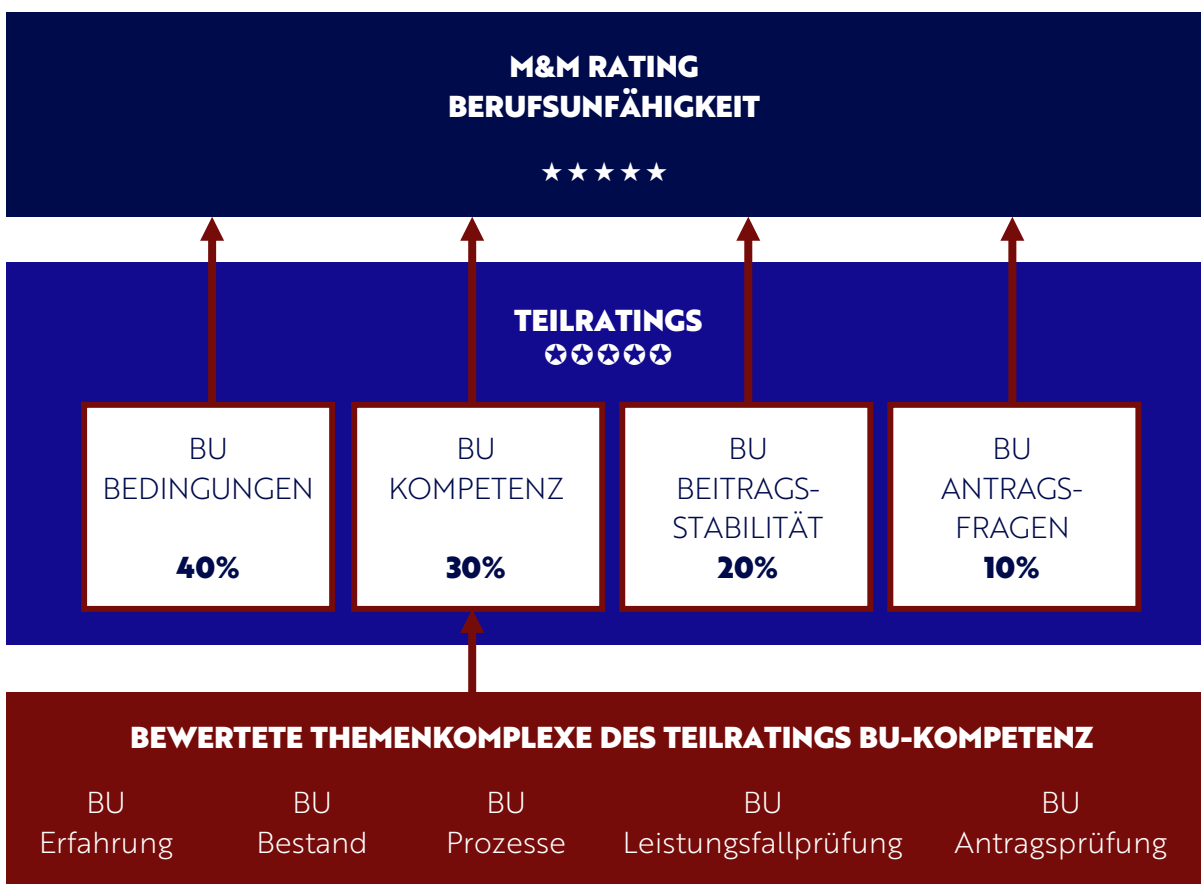
Teilrating 1 - BU-Bedingungen - bewertet die BU-Tarifvariante anhand von 31 Leistungsfragen.

Teilrating 2 - BU-Kompetenz - besteht aus fünf Komponenten und bewertet ca. 50.000 Daten der Jahrgänge ab 2000.

Teilrating 3 - BU-Beitragsstabilität – bewertet sechs Teilbereiche, die Aussagen über die zukünftige Beitragsstabilität der BU-Tarife zulassen.

Teilrating 4 - BU-Antragsfragen - bewertet die Gesundheitsfragen und gefahrerhebenden Fragen der BU-Anträge.

3.1 Hierarchiestruktur



Das BU-Rating setzt sich aus den folgenden Teilratings und Gewichtungen zusammen:

- BU-Bedingungen (40%)
- BU-Kompetenz (30%)
- BU-Beitragsstabilität (20%)
- BU-Antragsfragen (10%)

Das Ergebnis des BU-Ratings – die erste Hierarchiestufe - wird in der Form von ★ bis ★★★★★ dargestellt. Es besteht aus 4 BU-Teilratings (zweite Hierarchie) mit der Bewertungsskala ☆ bis ☆☆☆☆☆ („Sternepunkte“).

Bei der Bildung des BU-Rating-Ergebnisses wird neben der Gewichtung der vier Teilratings noch berücksichtigt, dass das BU-Rating-Ergebnis kleiner oder gleich dem Ergebnis des Teilratings BU-Bedingungen sein muss.

Das Teilrating BU-Kompetenz besteht aus 5 weiteren Komponenten der dritten Hierarchie mit der Bewertungsskala ○ bis ○○○○○.

- BU-Erfahrung (10%)
- BU-Bestand (30%)
- BU-Prozesse (10%)
- BU-Leistungsfallprüfung (30%)
- BU-Antragsprüfung (20%)

Das Teilrating BU-Beitragsstabilität besteht aus 6 Komponenten der dritten Hierarchie.

- Überschussenkungen (25%)
- Aktionen (15%)
- Brutto-Netto-Spreizung (20%)
- Querverrechnung (15%)
- Bilanzen (15%)
- Solvency II (10%)

3.2 Bewertungsskala

Bei allen Ergebnissen gilt folgende Interpretation der Bewertungen:

Ergebnis	Wertung
★★★★★ ☆☆☆☆☆ ○○○○○	Ausgezeichnet
★★★★ ☆☆☆☆ ○○○○	Sehr gut
★★★ ☆☆☆ ○○○	Durchschnittlich
★★ ☆☆ ○○	Schwach
★ ☆ ○	Sehr schwach

Weitere Anmerkungen:

Aufgrund des Einflusses der Teilratings der BU-Bedingungen ist das BU-Rating tarifbezogen. Auch das Teilrating BU-Antragsfragen kann bei einigen Anbietern tarifabhängig sein.

Die beiden Teilratings Solidität und Kompetenz sind gesellschaftsbezogen und gelten damit für alle BU-Tarife des Versicherers.

3.3 Interpretation des Ratings

Ein BU-Bedingungswerk eines BU-Versicherers wird mit dem Ansatz danach untersucht,

- ob das BU-Bedingungswerk ausgezeichnete, kundenfreundliche Bedingungen aufweist
- ob der BU-Versicherer entsprechend lange aktiv und erfolgreich auf dem Markt der BU tätig war und ist
- ob der BU-Versicherer entsprechende Erfahrung und Bestände aufweist
- ob der BU-Versicherer in der Lage ist, seine BU-Bestände intern zu kontrollieren
- ob der BU-Versicherer eine professionelle Leistungs- und Antragsprüfung besitzt
- ob der BU-Versicherer in erster Linie gerechtfertigte Prozesse führt, über Leistungs- und Annahmequote in einem ausgewogenen, marktüblichen Bereich verfügt
- ob der BU-Versicherer derzeit solide Bilanzkennzahlen im Bereich der Sicherheitsquoten aufweist
- ob der BU-Versicherer die Gesundheits- und gefahrerheblichen Fragen in den Anträgen zur BU fair und beantwortbar stellt

3.4 Wichtige Grundsätze

Das M&M Rating Berufsunfähigkeit wird mit jedem Update von M&M Office aktualisiert. Allerdings bezieht sich diese Aktualisierung ausschließlich auf die hinterlegten Bedingungen und Anträge. Die internen Informationen der Datenerhebung werden nur einmal pro Jahr mit Berücksichtigung des neuen Bilanzjahrgangs abgefragt, analysiert und bewertet.

Alle Wertungen des Ratings und der Komponenten werden absolut berechnet, d.h. es werden Benchmarks gesetzt, die erfüllt werden müssen. Teilweise sind diese Benchmarks an den uns vorliegenden Daten und Marktwerten orientiert.

4. DAS VERFAHREN

4.1 Teilrating BU-Bedingungen

4.1.1. BU-Bedingungsanalyse

Der Erstellung des Teilratings BU-Bedingungen ging eine intensive und langwierige Untersuchung der am Markt vorhandenen BU-Bedingungswerke voraus. Insgesamt besteht die BU-Bedingungsanalyse aus 67 Leistungsfragen. Diese werden in mehreren Themenkomplexen in zwei Kategorien aufgliedert:

- 1 | Ratingfragen
- 2 | Keine Ratingfragen

Die Fragen der Kategorie 2 fließen nicht in das Teilrating BU-Bedingungen ein.

4.1.2. Das Bewertungsverfahren

Das Teilrating BU-Bedingungen besteht aus 31 Ratingfragen. Diese Fragen sind entsprechend ihrer Bedeutung gewichtet und zwar in den Kategorien „sehr wichtig“ (entspricht 5 Punkten), „wichtig“ (entspricht 3 Punkten) sowie „weniger wichtig“ (entspricht 1 Punkt).

Im Einzelnen sind die Fragen wie folgt aufgeteilt:

- 15 Fragen a Kategorie 1 = max. 15 Punkte
- 8 Fragen a Kategorie 3 = max. 24 Punkte
- 8 Fragen a Kategorie 5 = max. 40 Punkte

Durch Summation der 31 Fragen entsprechend des Erfüllungsgrades und der Gewichtung der Frage erhält jedes Bedingungswerk eine Anzahl von Gesamtpunkten. Somit ergibt sich eine maximal zu erzielende Punktzahl von 79 Punkten.

Diese Ratingfragen sind entweder „voll erfüllt“ (entspricht 100% der Punkte), „eingeschränkt erfüllt“ (entspricht 50% der Punkte) oder „nicht erfüllt“ (entspricht 0 Punkten). Grundsätzlich gilt eine Antwort als „eingeschränkt erfüllt“, wenn weder „voll erfüllt“ noch „nicht erfüllt“ erreicht ist. Es wird im Erfüllungsgrad nicht noch weiter unterschieden.

4.1.3. Grundsatz der Bewertung

Für die Höchstbewertung ★★★★★ wird eine Mindestpunktzahl von 69 Punkten gefordert.

Von den 69 Punkten wird nun in 8-Punkte-Schritten zu den nächsten Kategorien heruntergestuft, wobei diese 8 Punkte genau einer höchst (5) und einer mittel-bewerteten (3) Leistungsfrage entsprechen, d.h. 61, 53 und 45 Punkte sind die folgenden Mindestpunktzahlen.

Zusätzlich zu den reinen Punktezahlen werden weitere Mindest-Kriterien gefordert, um die jeweilige Klasse zu erreichen.

Anbei eine Übersicht über die Bewertung des Teilratings BU-Bedingungen:

Ergebnis	Punkte	Mindestkriterium*	Erfüllungsgrad
★★★★★	69	A02, A05, C01, I04	Eingeschränkt erfüllt
		A03, A08, H01	Voll erfüllt
★★★★	61	A01, A03, A08	Eingeschränkt erfüllt
		A04, A07	Voll erfüllt
★★★	53		
★★	45	A12	Voll erfüllt
★			

*bezieht sich auf die Fragennummern im Anhang

Wichtiger Hinweis: Das Teilrating BU-Bedingungen ist tarifbezogen und nicht gesellschaftsbezogen.

4.2. Teilrating BU-Kompetenz

Das Kompetenz-Teilrating setzt sich aus fünf Komponenten zusammen. Es wird mit ☆ bis ☆☆☆☆☆ bewertet.

Versicherer, die keine Daten zur Verfügung gestellt haben (oder zur Verfügung stellen konnten), erhalten hier „k. T.“- Dies wird mit 0 Punkten bewertet.

Grundsätzlich beziehen sich die Daten auf das jeweils letzte Bilanzjahr. Bei Bewertung historischer Daten ist das Jahr im Folgenden jeweils angegeben.

4.2.1. Komponente BU-Erfahrung

Die Komponente Erfahrung bewertet das Einführungsjahr der BU kombiniert damit, ob in den damaligen Jahren überhaupt auch eine relevante Anzahl an BU-Verträgen und BU-Leistungsfällen vorhanden waren, der Versicherer also im Bereich BU in Jahren messbare Erfahrung hat.

Quote/Bewertung	○○○○○	○○○○	○○○	○○	○
Einführungsjahr der BUZ/SBU [Jahr]	<= 1970		sonst		
Anzahl BU(Z)-Verträge in 1990, 2000, 2010 [Stück]	>= 30.000 ab 1990		>= 30.000 ab 2000	>= 30.000 ab 2010	sonst
Anzahl Leistungsfälle in 1990, 2000, 2010 [Stück]	>= 300 ab 1990		>= 300 ab 2000	>= 300 ab 2010	sonst

Zusammenfassung der Kennzahlen und Gewichtungen

- Einführungsjahr (Gewichtung 20%)
- Historische Stückzahl Verträge (Gewichtung 40%)
- Historische Stückzahl Leistungsfälle (Gewichtung 40%)

Die Komponente BU-Erfahrung geht zu 10% in das Teilrating BU-Kompetenz ein.

4.2.2. Komponente BU-Bestand

In dieser Komponente wird die absolute Größe des Versicherers an den Stückzahlen der BUZ und SBU zusammen gemessen. Hintergrund der positiven Bewertung der Größe ist der Gedanke, dass es unter Risikogesichtspunkten grundsätzlich von Vorteil ist, ein großes Kollektiv an Versicherten zu besitzen.

Quote/Bewertung	○○○○○	○○○○	○○○	○○	○
Anzahl BUZ+SBU-Verträge [Stück]	>= 500.000	499.999 – 100.000	99.999 – 50.000	49.999 – 25.000	sonst
Eingenommene BUZ+SBU-Jahresbeiträge [€]	>= 200 Mio. EUR	>= 100 Mio. EUR	>= 50 Mio. EUR	>= 10 Mio. EUR	sonst
Anzahl BUZ+SBU-Leistungsfälle [Stück]	>= 10.000	9.999 – 5.000	4.999 – 1.000	999 – 500	sonst

Weiterhin soll bewertet werden, ob sich ein Versicherer aktiv um den Bereich der BU kümmert und gekümmert hat. Dies soll an der bedarfsgerechten Absicherungshöhe und an einem hohen Anteil an BUZ-Verträgen gemessen am BUZ-fähigen Bestand gemessen werden.

Bei den Quoten, die die versicherten Renten bewerten, ist natürlich ein Einfluss der versicherten Klientel vorhanden. Versicherer, die einen hohen akademischen Anteil an Versicherten in ihrem Bestand haben, werden höhere Renten versichern als ein „Handwerker-Versicherer“. Dieser Sachverhalt alleine ist jedoch noch kein Qualitätskriterium, sondern hängt vielmehr von der Kaufkraft und von der Bedarfssituation der Zielgruppe ab. Daher wird aufgrund der vorliegenden Angaben zur Aufteilung des Bestands nach Berufsgruppen versucht, einen individuellen Berufsgruppenfaktor anhand der Invalidisierungswahrscheinlichkeiten abzuleiten. Versicherer mit niedrigem Berufsgruppenfaktor, also Bestand in günstigen Berufsgruppen, werden bei den versicherten Renten fiktiv nach unten korrigiert. Versicherer mit hohem Berufsgruppenfaktor entsprechend nach oben.

Die Höhe der versicherten Rente alleine – ohne Hintergrundinformation – ist in der Tat nur wenig aussagekräftig. Im M&M BU-Rating werden zusätzlich zur o.g. Berücksichtigung der Berufsgruppenfaktoren die Beitragsbefreiungsanteile daher herausgerechnet. Ähnlich verhält es sich mit den Anbündelungsquoten, hier werden die Bestände, die per se keine BUZ besitzen können, ebenfalls herausgerechnet.

Quote/Bewertung	○○○○○	○○○○	○○○	○○	○
Durchschnittl. Monatsrente pro BU(Z)-Vertrag [EURO] bzgl. des reinen Beitragsbefreiungs-anteil korrigiert um Berufsgruppenfaktor	>= 1.050	1.049 - 850	849 - 650	649 - 450	sonst
BU(Z)-Verträge in % der Hauptversicherungsverträge [%] abzgl. des nicht BUZ-fähigen Bestands	>= 30%	29,99% - 20%	19,99% - 15%	14,99% - 5%	sonst

BU-Bestandscontrolling

Wichtig bei der Beurteilung der Kompetenz des BU-Versicherers sind folgende Fragen:

Ist der Versicherer in der Lage, seinen BU-Bestand intern zu „controllen“, z.B.:

- Wird nach Berufen oder Berufsgruppen im Neugeschäft und den Leistungsfällen unterschieden?
- Wird nach BU-Renten und BU-Beitragsbefreiung und – wenn vorhanden – nach SBU unterschieden?
- Werden die Ursachen der BU ermittelt?
- Kann der Versicherer Trends (auch negative Entwicklung) rechtzeitig erkennen und evtl. gegensteuern?

Beim Bestandscontrolling wird untersucht, inwieweit der Versicherer seine BU-Bestände „im Griff“ hat. Ein kompetenter BU-Versicherer muss in der Lage sein, auf

Knopfdruck sehen zu können, wie sich die Leistungs-, also Schadensfälle, entwickeln und ob diese mit der kalkulierten Prämie einhergehen. Wenn in der Berechnung der Prämie eine Vielzahl von Berufen individuell eingestuft und kalkuliert werden, sollte der Versicherer auch wissen, ob diese zu seinen Beständen passt und insbesondere ob die Schadensstatistik mit der Kalkulation harmonisiert.

Sachverhalt	Mögliche Punkte
Analyse des BU-Bestands (Anzahl Verträge und versicherte Renten) Vollständigkeit der Jahrgänge	1
BU-Beiträge im Zeitablauf, Plausibilisierung, Vollständigkeit der Jahrgänge	1
Aktuelle BU-Rentenleistung, Plausibilisierung	1
Berufsgruppen der BU-Versicherten (bestehende BU-Verträge)	1
Aufteilung des BU-Bestands nach Vertriebswegen	1
Beantragte BU-Leistungsfälle (Anzahl und Volumen), Vollständigkeit der Jahrgänge, Plausibilisierung	1
Anerkannte „aktive und beendete“ BU-Leistungsfälle (Anzahl und Volumen), Vollständigkeit der Jahrgänge, Plausibilisierung	1
Anerkannte „aktive“ BU-Leistungsfälle (Anzahl und Volumen) Vollständigkeit der Jahrgänge, Plausibilisierung	1
Abgelehnte BU-Leistungsfälle (Anzahl und Volumen), Vollständigkeit der Jahrgänge, Plausibilisierung	1
Gründe für die Ablehnung	1
Folgen der Ablehnung	1
Berufsgruppen der BU-Versicherten (bei Leistungsfällen)	1
Ursachen der beantragten BU-Leistungsfälle	1
Anteil der Vertriebswege im BU-Leistungsfall	1
Aufteilung des BU-Neugeschäfts nach Alter der Versicherten	1
Aufteilung des BU-Bestands und der BU-Leistungsfälle nach Alter der Versicherten	1
Durchschnittliche Alter und Dauern des BU-Bestands	1
Zuschläge/Ausschlüsse bei gesundheitlichen Vorerkrankungen, Sport oder Hobbyrisiken	1
Unterscheidung Varianten	1
Höhe des in Rückdeckung gegebenen Geschäfts	1
Daten zur BU-Schadenquote	1

Die Bewertung der Komponente BU-Bestandscontrolling ergibt sich durch Summation der möglichen Punkte. Jeder o.g. Sachverhalt erhält abhängig von der Vollständigkeit und der Plausibilitäten/Benchmarks 0-1 Punkte. Erreichbar sind damit 0 bis 21 Punkte, die nach folgendem Schema in das Ergebnis überführt werden:

Ergebnis	Anzahl Punkte
Ausgezeichnet	mehr als 19 Punkte
Sehr gut	mehr als 17,5 Punkte
Durchschnittlich	mehr als 15 Punkte
Schwach	mehr als 12,5 Punkte
Sehr schwach	sonst

Zusammenfassung der Kennzahlen und Gewichtungen

- Stückzahl Verträge (Gewichtung 10%)
- Eingenommene Beiträge (Gewichtung 5%)
- Stückzahl Leistungsfälle (Gewichtung 10%)
- BUZ und SBU Verträge in % der HV (Gewichtung 10%)
- Durchschnittliche BU-Rente (Gewichtung 5%)
- Bestandscontrolling (Gewichtung 60%)

Die Komponente BU-Bestand geht zu 30% in das Teilrating BU-Kompetenz ein.

4.2.3. Komponente BU-Prozesse

Mit der M&M BU-Prozessquote soll bewertet werden, inwieweit der Versicherer „zu Unrecht“ Prozesse führt. Eine hohe „reine“ Prozessquote an sich ist nicht unbedingt schlecht, da der Versicherer natürlich das Recht haben muss, ungerechtfertigte Ansprüche notfalls per Gericht abzuwehren. Verlorene Prozesse sind allerdings in jedem Fall zu vermeiden.

Da Vergleiche per se weder gut noch schlecht sind, werden diese anteilig bewertet, also mit dem Verhältnis der verlorenen zu gewonnenen plus verlorenen Prozessen gewichtet und hinzuaddiert.

Um die Quote im Zeitverlauf etwas zu glätten - gerade bei BU-Prozessen wird im Allgemeinen nicht innerhalb kurzer Zeit entschieden, so dass sich diese über mehrere Kalenderjahre ziehen können - werden die Zahlen der letzten drei Jahre aufaddiert und damit gemittelt. Dies gilt ebenfalls für die M&M BU-Leistungsquote.

$$\text{M\&M BU-Prozessquote} = \frac{A + B \cdot \left(\frac{A}{A + C} \right)}{D}$$

A = Anzahl verlorene Prozesse (siehe 3.2.2. Folgen der Ablehnung)

B = Anzahl Vergleiche (siehe 3.2.2. Folgen der Ablehnung)

C = Anzahl gewonnene Prozesse (siehe 3.2.2. Folgen der Ablehnung) (inkl. Fälle Rücknahme der Klage)

D = Anzahl Ablehnungen (3.2. Abgelehnte BU-Leistungsfälle (Anzahl))

A, B, C, D werden für die letzten drei Jahre summiert.

Quote/Bewertung	○○○○○	○○○○	○○○	○○	○
M&M BU-Prozessquote	<= 1,5%	1,51% – 4%	4,01% - 7%	7,01% - 8,5%	sonst

Versicherer mit einer geringen Anzahl an Prozessen können nicht die Minimal/Maximal-Bewertung ○ oder ○○○○○ erreichen, da es kritisch ist, anhand so geringer Stichproben statistische Aussagen zu treffen.

Zusätzlich wird nachrichtlich in M&M Office auch die Prozesshäufigkeit ausgewiesen, hier wird die Stückzahl an BU-Prozessen der beiden letzten Jahre dividiert durch die Anzahl an BUZ + SBU-Verträgen des letzten Jahres.

Zusammenfassung der Kennzahlen und Gewichtungen

→ M&M BU-Prozessquote: Verlorene Prozesse und anteilige Vergleiche zu Ablehnungen (Gewichtung 100%)

Die Komponente BU-Prozesse geht zu 10% in das Teilrating BU-Kompetenz ein.

4.2.4. Komponente BU-Leistungsfallprüfung

Mit der M&M BU-Leistungsquote soll bewertet werden, inwieweit der Versicherer Leistungsfälle anerkennt. Eine hohe Leistungsquote ist prinzipiell eher gut, da der Versicherungsnehmer im Ernstfall eine entsprechende Leistung erwartet. Überdurchschnittlich hohe Quoten werden allerdings auch moderat abgewertet, da aus Sicht des Kollektivs nicht jeder Antrag anerkannt werden sollte. Die beiden Quoten Leistungs- und Annahmequote sollten grundsätzlich gemeinsam und nicht isoliert voneinander betrachtet werden. Bei der BU-Leistungsquote werden von der Grundgesamtheit (Anzahl der entschiedenen BU-Leistungsfälle gesamt) die Fälle abgezogen, bei denen keine BU-Leistung gezahlt wird, weil sich der Kunde nicht mehr zurückmeldet oder etwa nach einem Telefonat erst gar keinen schriftlichen Leistungsantrag einreicht.

$$\text{M\&M BU-Leistungsfallquote} = \frac{A + \frac{1}{2} B}{A + B + C - D - E}$$

A = Anzahl der anerkannten BU-Leistungsfälle (Stück) (siehe 3.1.2)

B = Anzahl der zeitlich befristet anerkannten BU-Leistungsfälle (Stück) (siehe 3.1.2.1)

C = Anzahl der abgelehnten BU-Leistungsfälle gesamt (Stück) (siehe 3.2)

D = Anzahl der wegen fehlender Reaktion des Kunden abgelehnten Anträge auf BU-Leistung (siehe 3.2.1)

E = Anzahl der abgelehnten Anträge auf BU-Leistung aufgrund Fehlen des schriftlichen Leistungsantrags (siehe 3.2.1)

A, B, C, D und E werden für die letzten drei Jahre summiert.

Quote/Bewertung	○○○	○○○○	○○○○ ○	○○○○	○○○	○○	○
M&M BU-Leistungsquote	≥ 90%	85% - 89,99%	70% - 84,99%	65% - 69,99%	60% - 64,99%	55% - 59,99%	sonst

Service und Professionalität der Leistungsfallprüfung

In dieser Komponente wird untersucht, ob der Versicherer in der Lage ist, BU-Leistungsfälle organisiert und objektiv gleich zu behandeln. Liegt ein Workflow der Leistungsfallprüfung vor, der gewährleistet, dass ein organisierter standardisierter Prozess abläuft, wenn ein Kunde einen Antrag auf BU-Leistung einreicht. Natürlich gehören hierzu auch einfache Dinge, wie ob Anschreiben und Fragebögen zu BU-Ermittlung standardisiert vorhanden sind.

Hintergrund der Bewertung ist die Tatsache, dass zwar jeder BU-Fall individuell „gestrickt“ ist, dennoch allerdings ein einheitliches Vorgehen, das für alle Versicherten identisch sein muss, existieren soll. Etwas plakativer: Niemand möchte bei einem BU-Versicherer versichert sein, bei dem abhängig von Tagesform, Geschlecht, Wohnort, ... oder anderer subjektiver Kriterien geprüft wird.

Weiterhin wird bewertet, ob der Versicherer intern seine Bestände im BU-Bereich auch controlled. So beispielsweise, welche Parameter werden untersucht (Berufsgruppen, Invalidisierungsfälle,...), wem wird berichtet, welche Konsequenzen werden daraus gezogen.

Außerdem wird untersucht, inwieweit sich der Versicherer als Service-Versicherer gegenüber Kunden und/oder Makler/Vermittlern im tatsächlichen Leistungsfall sieht und inwieweit er dies gegenüber M&M belegen konnte. Bewertet wird auch, ob es individuelle Highlights oder gar Alleinstellungsmerkmale im Service-Bereich gibt.

Diese Sachverhalte wurden anhand eines umfangreichen Erhebungsbogens (Teil 2) abgefragt.

Der Erhebungsbogen Teil 2 wurde in verschiedene inhaltliche Abschnitte untergliedert. Für jeden dieser Abschnitte wurde anhand der Antworten eine Bewertung auf der Skala von 5 Punkten (ausgezeichnet) bis 1 Punkt (sehr schwach) ermittelt. Hierfür wurden für jede einzelne Frage 1 bis 5 Punkte vergeben, die Bewertungen der einzelnen Abschnitte des Fragebogens ergeben sich aus den Mittelwerten der Punktzahlen der einzelnen Fragen. Bei der Bewertung wurde neben der inhaltlichen Qualität der Antworten auf Vollständigkeit, Vorhandensein von angeforderten Belegen (z.B. Screenshots, Beispielfragebögen, Musteranschreiben) und Plausibilität der Daten – auch im Vergleich zu den Daten in Erhebungsbogen Teil 1 – Wert gelegt. Diese Abschnitte wurden den Aspekten „Service“ und „Professionalität“ in den Komponenten BU-Antragsprüfung und BU-Leistungsfallprüfung zugeordnet. Mit unterschiedlichen Gewichtungen wurden aus den Ergebnissen der Abschnitte des Erhebungsbogens die Ergebnisse der 4 Aspekte ermittelt.

Folgende Abschnitte des Erhebungsbogens wurden mit entsprechender Gewichtung zur Bewertung der Professionalität im Leistungsfall herangezogen:

Aspekt	Abschnitte aus Fragebogen Teil 2	Gewichtung
Professionalität Leistungsfall	→ Ablaufschema der Leistungsprüfung	10%
	→ Dokumentation	15%
	→ Leistungsprüfer	10%
	→ Gesellschaftsarzt	10%
	→ Gutachten	5%

	→ Fragebögen	10%
	→ BU-Ermittlung	15%
	→ Leistungsentscheid	10%
	→ Nachprüfung	5%
	→ Controlling	10%
Service Leistungsfall	→ Anmeldung	25%
	→ Außenregulierung	20%
	→ Reaktionszeit	25%
	→ Assistance-Leistungen	20%
	→ Unternehmensspezifische Highlights	10%

Zusammenfassung der Kennzahlen und Gewichtungen

- M&M BU-Leistungsquote: Anerkannte zu beantragte Leistungsfälle (Gewichtung 25%)
- Professionalität im Leistungsfall (Gewichtung 65%)
- Service Leistungsfall (Gewichtung 10%)

Die Komponente BU-Leistungsfallprüfung geht zu 30% in das Teilrating BU-Kompetenz ein.

4.2.5. Komponente BU-Antragsprüfung

Mit der M&M BU-Annahmequote soll bewertet werden, inwieweit der Versicherer BU-Verträge annimmt. Eine hohe Annahmequote ist aus Sicht des einzelnen Kunden prinzipiell eher gut. Überdurchschnittlich hohe Quoten werden allerdings auch moderat abgewertet, da aus Sicht des Kollektivs nicht jeder Antrag anerkannt werden sollte. Die beiden Quoten Leistungs- und Annahmequote sollten grundsätzlich gemeinsam und nicht isoliert voneinander betrachtet werden. Verträge mit Zuschlägen werden hierbei mit 2/3, Verträge mit Ausschlüssen werden mit 1/3 gewichtet. In diesem Zusammenhang sind die Fälle, in denen ein Antrag aufgrund fehlender Reaktion des Kunden nicht poliziert wird, nur eingeschränkt positiv zu sehen. Unter Umständen wird das Angebot vom Kunden aufgrund eines Erschwernisses (Ausschluss oder Zuschlag) nicht angenommen. Diese Fälle werden daher gewichtet mit dem Faktor 0,5 bei der Grundgesamtheit (Anzahl angenommener und abgelehnter Verträge gesamt) berücksichtigt. In unten stehender Formel berechnet sich die Größe E also als Summe aus A, B, C, D zuzüglich der abgelehnten Anträge und der Hälfte der Fälle „keine Reaktion des Kunden“.

Um die Quote im Zeitverlauf etwas zu glätten werden die Zahlen der letzten drei Jahre aufaddiert und damit gemittelt.

$$\text{M\&M BU-Annahmequote} = \frac{A + \frac{2}{3}B + \frac{1}{3}C + \frac{1}{2}D}{E}$$

A = Angenommene (polizierte) Verträge mit Rentenleistung ohne Zuschläge oder Ausschlüsse

B = Angenommene (polizierte) Verträge mit Rentenleistung mit Zuschlägen (nicht Berufsgruppenzuschläge)

C = Angenommene (polizierte) Verträge mit Rentenleistung mit Ausschlüssen

D = Angenommene (policierte) Verträge mit Rentenleistung mit Ausschlüssen UND Zuschlägen

(Siehe 4.1. Zuschläge/Ausschlüsse bei gesundheitlichen Vorerkrankungen, Sport oder Hobbyrisiken) und

E = A + B + C + D + abgelehnte Anträge + 0,5 * wegen fehlender Reaktion des Kunden nicht policierte Anträge (siehe 4.1.)

A, B, C, D, E werden für die letzten drei Jahre summiert.

Quote/Bewertung	○○○	○○○○	○○○○○	○○○	○
M&M BU-Annahmequote	>=90%	89,9-86%	85,9-78%	77,9-74%	sonst

Service und Professionalität bei der Beantragung/Antragsprüfung

In dieser Komponente wird untersucht, ob der Versicherer in der Lage ist, BU-Anträge organisiert und objektiv gleich zu behandeln. Liegt ein Workflow der Antragsprüfung vor, der gewährleistet, dass ein organisierter standardisierter Prozess abläuft, wenn ein Kunde einen Antrag auf eine BU-Versicherung einreicht.

Außerdem wird untersucht, inwieweit sich der Versicherer als Service-Versicherer gegenüber Kunden und/oder Makler/Vermittlern im Neugeschäft sieht und inwieweit er dies gegenüber M&M belegen konnte. Bewertet wird, ob es individuelle Highlights oder gar Alleinstellungsmerkmale im Service-Bereich gibt. Diese Sachverhalte wurden anhand eines umfangreichen Erhebungsbogens (Teil 2) abgefragt.

Der Erhebungsbogen Teil 2 wurde in verschiedene inhaltliche Abschnitte untergliedert. Für jeden dieser Abschnitte wurde anhand der Antworten eine Bewertung auf der Skala von 5 Punkten (ausgezeichnet) bis 1 Punkt (sehr schwach) ermittelt. Hierfür wurden für jede einzelne Frage 1 bis 5 Punkte vergeben, die Bewertungen der einzelnen Abschnitte des Fragebogens ergeben sich aus den Mittelwerten der Punktzahlen der einzelnen Fragen. Bei der Bewertung wurde neben der inhaltlichen Qualität der Antworten auf Vollständigkeit, Vorhandensein von angeforderten Belegen (z.B. Screenshots, Beispielfragebögen, Musteranschreiben) und Plausibilität der Daten – auch im Vergleich zu den Daten in Erhebungsbogen Teil 1 – Wert gelegt. Diese Abschnitte wurden den Aspekten „Service“ und „Professionalität“ in den Komponenten BU-Antragsprüfung und BU-Leistungsfallprüfung zugeordnet. Mit unterschiedlichen Gewichtungen wurden aus den Ergebnissen der Abschnitte des Erhebungsbogens die Ergebnisse der 4 Aspekte ermittelt.

Folgende Abschnitte des Erhebungsbogens wurden mit entsprechender Gewichtung zur Bewertung der Professionalität bei der Antragsprüfung herangezogen:

Aspekt	Abschnitte aus Fragebogen Teil 2	Gewichtung
Professionalität Antragsprüfung	→ Archivierung von Anträgen	5%
	→ Elektronisches Datensystem	10%
	→ Ablaufschema der Antragsprüfung	15%
	→ Fachliche (Risiko)Prüfung	60%
	→ Controlling	10%

Service der Beantragung	→ Art der Anträge	10%
	→ Techn. Unterstützung des Antragstellers	20%
	→ Bearbeitungsdauer	15%
	→ Einfache Risikoprüfung	40%
	→ Technische Umsetzung	5%
	→ Unternehmensspezifische Highlights	10%

Zusammenfassung der Kennzahlen und Gewichtungen

- M&M BU-Akzeptanzquote: Ohne Erschwernis angenommene sowie anteilig mit Erschwernis angenommene Verträge (Gewichtung 25%)
- Professionalität Antragsprüfung (Gewichtung 65%)
- Service bei der Beantragung (Gewichtung 10%)

Die Komponente BU-Antragsprüfung geht zu 20% in das Teilrating BU-Kompetenz ein.

4.2.6. Fazit

Seitdem das Teilrating BU-Kompetenz in 2011 komplett neu gestaltet wurde hinsichtlich der Bewertung der Aspekte Service und Professionalität in Leistungs- und Antragsprüfung, wurde das Augenmerk verstärkt auf die Qualität der Versicherer in diesen Bereichen gelegt, und den zentralen Bereichen der Kompetenz eines BU-Versicherers, nämlich der Antragsprüfung sowie der Leistungsfallprüfung, wurde die ihnen gebührende Bedeutung zugeordnet. Dieser Ansatz wurde in den Folgejahren beibehalten.

Die Bewertung der Qualität der Versicherer hinsichtlich Service und Professionalität ist eine ideale Ergänzung zu den quantitativen Daten und Quoten des Teilratings BU-Kompetenz. Eine isolierte Betrachtungsweise, wie bislang von manchen Marktteilnehmern durch bloßes Vergleichen von einzelnen Kennzahlen wie Prozessquoten oder Ablehnungen, wird durch die aggregierte Betrachtung des kompletten BU-Prozesses des kompletten BU-Markts verhindert. Vielmehr wird der hohen Komplexität und Bedeutung der BU-Kompetenz durch ein vielschichtiges und komplexes Verfahren entsprechend Rechnung getragen.

Dennoch kann der komplexe Prozess der BU-Kompetenz in Sternepunkten mit der „einfachen“ Bewertung von „sehr schwach“ bis „ausgezeichnet“ abgebildet und damit verglichen werden.

Ein Unternehmen mit hoher BU-Kompetenz zeichnet sich demnach durch eine professionelle Leistungs- und Antragsprüfung aus, verfügt über ein ausgezeichnetes Bestandscontrolling, genügend Erfahrung sowie eine entsprechende Bestandsgröße. Darüber hinaus führt es in erster Linie gerechtfertigte Prozesse, Leistungs- und Annahmequote bewegen sich in einem marktüblichen Bereich.

Insofern sind hier sowohl Neu- als auch Bestandskunden sehr gut aufgehoben.

4.3 TEILRATING BU-BEITRAGSSTABILITÄT

Um die zukünftige Beitragsstabilität von BU-Produkten zu untersuchen, analysiert MORGEN & MORGEN öffentlich zugängliche und nicht öffentlich zugängliche Kennzahlen, die diesbezüglich Rückschlüsse zulassen.

Das Teilrating besteht aus 6 Komponenten:

- Überschusssenkungen (25%)
- Aktionen (15%)
- Brutto-Netto-Spreizung (20%)
- Querverrechnung (15%)
- Bilanzen (15%)
- Solvency II (10%)

Das Teilrating wird mit ★ bis ★★★★★ bewertet, die Komponenten erhalten die Bewertungen O bis OOOOO. Die Wertungen der Komponenten gehen entsprechend ihrer Gewichtung in die Teilrating-Wertung ein.

Grundlage des Teilratings sind öffentlich zugängliche Daten (Geschäftsbericht, Daten zu den Ertragsquellen gemäß § 15 der Mindestzuführungsverordnung, SFCR-Bericht). Bei den Komponenten „Überschussbeteiligung“ und „Aktionen“ werden bei den Versicherern abgefragte Daten verwendet. Versicherer, die für diese beiden Komponenten keine Daten zur Verfügung gestellt haben, erhalten hier „k. T.“ („keine Teilnahme“). Dies wird mit 0 Punkten bewertet.

Für ausländische Versicherer, die keine HGB-Bilanz erstellen, liegen die für die Komponenten Querverrechnung und Bilanzen benötigten Daten nicht vor. Aus diesem Grund wird für diese beiden Komponenten eine individuelle Bewertung vergeben.

Bei Konsortialprodukten werden die Wertungen der Komponenten Querverrechnung, Bilanzen und Solvency II bestimmt, indem die jeweiligen Komponentenwertungen der Konsortialpartner entsprechend der Konsortialanteile gewichtet werden. Die Wertungen der übrigen Komponenten beziehen sich auf das Konsortialprodukt.

4.3.1. Komponente Überschusssenkung

Betrachtet wird die beitragsrelevante Senkung der Überschussbeteiligung bei Bestandstarifen (Berufsunfähigkeit bzw. Risikoleben) innerhalb der letzten 10 Jahre. Die Daten hierzu stammen aus der Datenabfrage.

Im Idealfall wird ein Versicherungstarif anfänglich auskömmlich kalkuliert und diese Kalkulation hat auch im Bereich der Überschussbeteiligung dauerhaften Bestand. Versicherer, die dies mit ihrer Beitragshistorie der letzten 10 Jahre belegen können, zeigen in diesem Punkt, dass sie hierzu in der Lage waren. Die aus der Beitragsstabilität des Zahlbeitrages resultierende Erfahrung erlaubt eine prognostizierte Abschätzung, inwieweit der Versicherer auch zukünftig seine Tarife auskömmlich kalkuliert hat.

Die Höchstwertung von 5 Punkten in dieser Komponente wird erreicht, sofern in den letzten 10 Jahren keine beitragsrelevante Senkung der Überschüsse stattfand.

Fand innerhalb der letzten 10 Jahre eine beitragsrelevante Senkung der Überschüsse statt, so kann die Wertung maximal 4 Punkte betragen. Zusätzlich wurden folgende Wertungspunkte untersucht, die jeweils zu einem Maluspunkt führen können:

- Häufigkeit der Überschusssenkung in 12-Monatszyklen: ist der Wert größer als 1? Falls ja, erfolgt eine Abwertung um einen Punkt.
- Höhe Senkung der Überschussbeteiligung: ist der Wert größer als 10 Prozentpunkte? Falls ja, erfolgt eine Abwertung um einen Punkt.
- Transparenz und Controlling: Hat der Versicherer die beitragsrelevanten Überschusssenkungen systematisch erfasst und ist bereit hierüber Auskunft zu geben? Wurden quantitative Bestandsdaten zur Überschusssenkung geliefert? Falls nein, erfolgt eine Abwertung um einen Punkt.

Dadurch erhalten Versicherer mit einer Überschusssenkung Wertungen zwischen 1 und 4 Punkten.

Versicherer, die die Abfrage nicht beantwortet haben, erhalten als Wertung „k.T.“, dies wird mit 0 Punkten gewertet.

4.3.2. Aktionen

In dieser Komponente wird untersucht, ob der Versicherer im BU-Geschäft Aktionstarife mit verminderter Risikoprüfung in gewissen Zeiträumen anbietet.

Zur temporären Erhöhung des Neugeschäfts kann ein Versicherer Tarife, die er mit vollständiger Gesundheitsprüfung kalkuliert hat, mit vereinfachten Gesundheitsfragen anbieten. Eine solche Tariföffnung zieht jedoch Versicherungsnehmer an, bei denen eine komplette Gesundheitsprüfung mit größerer Wahrscheinlichkeit problematisch verlaufen würde. Die Aufnahme dieser Versicherten in das Versichertenkollektiv macht es für den Tarif wahrscheinlicher, dass er weniger Risikoüberschüsse erwirtschaften wird.

Nicht negativ wird bewertet, wenn der Versicherer einen eigenständig durchkalkulierten Tarif mit vereinfachter Gesundheitsprüfung oder Wartezeiten für ein ganzes Versicherungskollektiv anbietet.

Die Höchstwertung von 5 Punkten in dieser Komponente wird erreicht, sofern der Versicherer in den letzten 10 Jahren keine solchen Aktionen durchgeführt hat.

Gab es innerhalb der letzten 10 Jahre Aktionen, bei welchen Tarife, die normalerweise eine komplette Risikoprüfung vorsahen, mit vereinfachter Gesundheitsprüfung angeboten wurden, so kann die Wertung maximal 4 Punkte betragen. Zusätzlich wurden folgende Wertungspunkte untersucht, die jeweils zu einem Maluspunkt führen können:

- Häufigkeit der Aktionen in 12-Monatszyklen: ist der Wert größer als 1? Falls ja, erfolgt eine Abwertung um einen Punkt.
- Bestand ein Vorvertrag mit Risikoprüfung im eigenen Haus? Falls nein, erfolgt eine Abwertung um einen Punkt.
- Transparenz und Controlling: wurden quantitative Bestandsdaten zu den Aktionen geliefert? Falls nein, erfolgt eine Abwertung um einen Punkt.

Dadurch erhalten Versicherer mit Aktionen Wertungen zwischen 1 und 4 Punkten.

Versicherer, die die Abfrage nicht beantwortet haben, erhalten als Wertung „k.T.“, dies wird mit 0 Punkten gewertet.

4.3.3. Brutto-Netto-Spreizung

In dieser Komponente wird die maximale Spreizung zwischen dem Garantie- und dem Zahlbeitrag der aktuellen BU-Neugeschäftstarife untersucht.

Zum Zeitpunkt der Erstkalkulation eines biometrischen Lebensversicherungstarifes kalkuliert der Versicherer anhand aller zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen einen Garantiebeitrag (Bruttobeitrag). Über diesen Beitrag hinaus, ist es dem Versicherer nur unter den hohen Hürden des § 163 VVG möglich, den Beitrag zu erhöhen. Ein Versicherer könnte also versucht sein, den Bruttobeitrag möglichst hoch anzusetzen und einen werbewirksamen niedrigen Zahlbeitrag (Nettobeitrag) auszuweisen. Eine zu hohe Spreizung zwischen Brutto- und Nettobeitrag kann also ein Hinweis darauf sein, dass der Versicherer entweder nicht genug eigene Erfahrungswerte hat, um einen auskömmlichen Bruttobeitrag zu errechnen oder sich absichtlich genügend „Spielraum“ lassen möchte, um anfänglich einen niedrigen Nettobeitrag am Markt zu platzieren.

Eine zu niedrige Spreizung von Brutto- und Nettobeitrag hingegen birgt die Gefahr, dass bei einem schlechteren Schadensverlauf als erwartet zu wenig finanzieller Spielraum zur Verfügung steht und wird daher moderat abgewertet.

Bewertet wird die aktuelle Rabattierung. Für die Punktevergabe (0 bis 5 Punkte) wurden die folgenden Benchmarks festgelegt:

Wertung	Benchmark
○○○○○	10 – 30%
○○○○	> 30%
○○○	> 35%
○○	> 40%
○	> 45%
	Werte unter 10% erhalten 4 Punkte

Ausländische Versicherer werden individuell bewertet.

4.3.4. Querverrechnung

In dieser Komponente wird die Tragfähigkeit der Garantieverpflichtungen aus den Zinserträgen untersucht.

In die Überschussbeteiligung rechnet der Versicherer verschiedene Überschussquellen ein. In Zeiten niedriger Zinsen gehen die Überschüsse aus Kapitalerträgen zurück. Der Versicherer hat jedoch in älteren Verträgen „Garantiezinsen“ versprochen, die über den heute am Kapitalmarkt zu erwirtschaftenden Kapitalerträgen liegen. Übersteigen die Verpflichtungen aus den bestehenden „Garantiezinsen“ die den

Verpflichtungen zuzuordnenden Kapitalerträge („anzurechnende Kapitalerträge“), so ist ein Indikator dafür gegeben, dass andere Ergebnisquellen, z.B. die Risikoüberschüsse aus Biometrieprodukten, diese Überschüsse zum Teil ausgleichen müssen.

Betrachtet werden die Daten zu den Ertragsquellen, die gemäß § 15 der Mindestzuführungsverordnung von jedem Lebensversicherer jährlich veröffentlicht werden müssen.

Es wird die folgende Quote gebildet:

Zins-Überschussquote = [Anzurechnende Kapitalerträge (aKE) – Rechnungszinserfordernis (RZ)] in Prozent der Deckungsrückstellung (DR)

Diese Quote wird anhand der folgenden Benchmarks bewertet:

Wertung	Benchmark
4 Punkte	≥ 0,5%
3 Punkte	≥ 0,15%
2 Punkte	≥ 0%
1 Punkt	≥ -0,5%
0 Punkte	< -0,5%

Es werden die Werte der letzten 3 Bilanzjahre betrachtet und bewertet. Die 3 Punktzahlen werden aufsummiert, wobei das älteste Jahr mit Faktor 2, das mittlere Jahr mit Faktor 4 und das jüngste Jahr mit Faktor 6 eingehen. Somit sind für diese Quote insgesamt 0 bis 48 Punkte erreichbar.

Sofern die Verpflichtungen aus den bestehenden „Garantiezinsen“ nicht durch die den Verpflichtungen zuzuordnenden Kapitalerträge („anzurechnende Kapitalerträge“) gedeckt werden können, müssen zur Erfüllung der Verpflichtungen zusätzlich andere Quellen herangezogen werden wie z.B. die darüberhinausgehenden Kapitalerträge und die Risikoüberschüsse. Bei Versicherungsunternehmen, die von ihrer Struktur her viel Risikogeschäft betreiben, sind von einem negativen Kapitalertragsergebnis nicht in so hohem Maße betroffen, wie Versicherungsunternehmen, bei denen diese Überschussquelle quantitativ eine tragende Rolle spielt. Daher wird zusätzlich noch folgende Quote betrachtet:

Zins-Risiko-Überschussquote = [Gesamtes Kapitalanlageergebnis (ohne FLV) + Risikoergebnis (RisERG) – Rechnungszinserfordernis (RZ)] in Prozent der Deckungsrückstellung (DR)

Diese Quote wird anhand der folgenden Benchmarks bewertet:

Wertung	Benchmark
2 Punkte	≥ 2%
1 Punkt	≥ 1%
0 Punkte	< 1%

Es werden die Werte der letzten 3 Bilanzjahre betrachtet und bewertet. Die 3 Punktzahlen werden aufsummiert, wobei das älteste Jahr mit Faktor 1, das mittlere Jahr

mit Faktor 2 und das jüngste Jahr mit Faktor 3 eingehen. Somit sind für diese Quote insgesamt 0 bis 12 Punkte erreichbar.

Für die Wertung der Komponente werden die erzielten Punktzahlen aus den beiden Quoten aufsummiert, es können daher 0 bis 60 Punkte erreicht werden. Diese Punktzahlen werden mit nachfolgendem Schema in die 5 Bewertungsklassen eingestuft:

Ergebnis	Anzahl Punkte
○○○○○	≥ 54 Punkte
○○○○	≥ 42 Punkte
○○○	≥ 30 Punkte
○○	≥ 18 Punkte
○	< 18 Punkte

Dieses Bewertungsverfahren ist gleichbedeutend damit, die Gesamtpunktzahl durch 12 zu teilen und kaufmännisch zu runden, wobei eine Wertung von weniger als 1 Punkt nicht vergeben wird.

4.3.5. Bilanzen

In dieser Komponente werden 5 Bilanzkennzahlen aus den HGB-Bilanzen betrachtet.

- Nettoverzinsung (Mittel über 3 Jahre)
- Bewertungsreservequote (Bewertungsreserve in % der gesamten Kapitalanlagen)
- Eigenkapitalquote (Eigenkapital in % der Deckungsrückstellung)
- RfB-Quote (freie RfB in % der Deckungsrückstellung)
- Schlussüberschussanteilfonds in % der Deckungsrückstellung

Bei jeder Kennzahl sind anhand eines Benchmarksystems bis zu 2 Punkte erreichbar.

Kennzahl	Bedingungen	Mögliche Punkte
Nettoverzinsung 3 Jahre	≥ 3,5%	2
	≥ 3,0%	1
	sonst	0
RfB-Quote	≥ 2,5%	2
	≥ 1,5%	1
	sonst	0
Bewertungsreservequote	≥ 12,5%	2
	≥ 7,5%	1
	sonst	0
Eigenkapitalquote	≥ 2,75%	2
	≥ 1,75%	1
	Sonst	0
Schlussüberschussanteilfonds/DR	≥ 1,5%	2
	≥ 1,0%	1
	sonst	0

Die Bewertung der Komponente Bilanzen ergibt sich durch Summation der möglichen Punkte. Maximal erreichbar sind damit 10 Punkte, die nach folgendem Schema in die 5 Bewertungsklassen eingestuft werden:

Ergebnis	Anzahl Punkte
○○○○○	10 und 9 Punkte
○○○○	8 und 7 Punkte
○○○	6 und 5 Punkte
○○	4 und 3 Punkte
○	2, 1 und 0 Punkte

4.3.6. Solvency II

In dieser Komponente wird die Nettoquote nach Solvency II ohne Übergangsmaßnahmen und ohne Volatilitätsanpassung betrachtet.

Übersteht der Versicherer ein theoretisch alle 200 Jahre vorkommendes Krisenszenario ohne Übergangsmaßnahmen und Volatilitätsanpassung nach den gesetzlichen Vorgaben von Solvency II?

Anhand der folgenden Benchmarks werden Punkte vergeben:

Wertung	Benchmark
○○○○○	≥ 175%
○○○○	≥ 150%
○○○	≥ 125%
○○	≥ 100%
○	< 100%

4.4 TEILRATING BU-ANTRAGSFRAGEN

Aufgrund der VVG-Reform 2008 wurden die Anträge aller Lebensversicherer grundlegend überarbeitet. Hintergrund dieser Änderungen waren die neuen Anforderungen im Rahmen der Regelung der vorvertraglichen Anzeigepflichten (VVA) - sowie allgemein der Wegfall des Policenmodells.

Aufgrund dessen wurde das Teilrating BU-Antragsfragen im Jahr 2008 komplett umgestaltet. In den Folgejahren wurde das Teilrating nicht modifiziert

4.4.1. Ziel des Ratings

Das Ziel des Teilratings BU-Anträge lässt sich sehr einfach formulieren: Alle Gesundheits- und gefahrerheblichen Fragen müssen inhaltlich klar, einfach verständlich und transparent formuliert sein.

Dies ist zunächst die einfache Sicht des Versicherungsnehmers (VN), der einen Vertrag abschließen will. Es gibt aber noch die konträre Sicht, nämlich die des Versicherers, der umfassende Informationen über den Gesundheitszustand des VN erhalten will, um das Risiko adäquat einschätzen zu können. Dies ist natürlich auch als Schutz des Kollektivs zu verstehen und kommt damit auch dem VN zugute, der bereits einen Vertrag besitzt. In diesem Sinne darf der Versicherer im Rahmen seiner Risikoeinschätzung hinsichtlich Umfang und Ausmaß der Fragen nicht eingeschränkt werden, d.h. es darf aufgrund der Menge an Fragen keine Abwertung erfolgen. Zusätzlich müssen die Fragen so klar und präzise wie möglich gestellt werden. Eventuelle Falschaussagen eines VN können dann nur vorsätzlich geschehen (und nicht etwa unbewusst, da er die Frage nicht richtig verstanden hat). Dadurch wird das Kollektiv vor Versicherungsnehmern geschützt, die bewusste Falschaussagen treffen oder gefahrerhebende Umstände nicht angeben.

Auf der anderen Seite darf der VN nicht in eine „Falle“ gelockt werden, d.h. im Unklaren gelassen werden, was er zu beantworten und anzugeben hat - und eventuell aufgrund dieser Unklarheit nachträglich um den Versicherungsschutz gebracht werden.

Als Konsequenz dieser beiden Forderungen wurde ein Verfahren entwickelt, das einerseits die Menge an Fragen nicht negativ bewertet, andererseits aber unklare Begrifflichkeiten, die dem VN zum Verhängnis werden könnten, abwertet.

4.4.2. Die Komponenten

Das Teilrating BU-Antragsfragen besteht nun aus 5 Komponenten:

Komponente	Gewicht
Hinweise + Informationen für VN	1/6
Klarheit der Fragestellung	1/3
Zeitliche Befristung der Fragestellungen	1/3
Konsequenz der Fragestellung	1/6
Abzuwertende Besonderheiten	Abwertung: 1/4 Sternepunkt pro Sachverhalt

4.4.3. Hinweise + Informationen für VN

Der VN muss durch den Antrag in die Lage versetzt werden, dass ihm die Konsequenzen und Bewandtnis der Fragen klar vor Augen sind. Somit werden folgende 4 Sachverhalte in jedem Antrag gefordert:

- Expliziter Hinweis auf die Folgen der VVA, d.h. expliziter Hinweis auf Rücktritt und weitere Folgen. Es genügt kein Verweis auf ein separates Dokument oder die Schlusserklärung. Der Hinweis muss vor der eigentlichen Beantwortung der gefahrerheblichen Fragen erfolgen.
- Expliziter Hinweis auf die Nichtangabe von Gentests. Der Hinweis muss vor der eigentlichen Beantwortung der gefahrerheblichen Fragen erfolgen.
- Vor der zentralen Frage nach den Vorerkrankungen muss ein Hinweis darauf gegeben werden, wie die Beispiele zu verstehen sind; also handelt es sich bei den Beispielen um eine abschließende Liste, haben diese Beispiele minimalen oder maximalen Charakter o.ä..
- Es muss eine transparente Schweigepflichtsentbindung vorliegen. Dem VN muss deutlich eine Option eingeräumt werden, dass er die Möglichkeit hat, dass VOR Tätigwerden des Versicherers seine Einwilligung eingeholt werden muss. Die Konsequenzen dieses Optionsrechts müssen aufgezeigt werden (Zeitliche Verzögerung des Vertragsabschlusses, Ablehnung des Antragstellers, ggf. zusätzliche Kosten). Die Schweigepflichtsentbindung muss klar für Antrag und Leistungsfall getrennt sein. Anträge, bei denen die Empfehlung der Datenschutzaufsichtsbehörden bzw. des GDV umgesetzt ist, werden in diesem Kriterium nicht abgewertet, auch wenn keine Wahlmöglichkeit besteht.

Diese 4 Sachverhalte sind zu prüfen, jeder fehlende Punkt führt zu einem Abzugspunkt, die Bewertung dieser Komponente liegt damit zwischen 1 und 5 Punkten.

4.4.4. Klarheit der Fragestellung

Die Gesundheitsfragen müssen klar und eindeutig sein. Es muss dem VN klar sein, was gefragt wird, die abgefragten Krankheiten müssen klar sein. Jede unklare Krankheit wird pro Frage in einem Bereich mit 1 Punkt abgewertet. Die abzuwertenden Begriffe werden in einer offenen Liste erfasst.

Beispiele hierfür sind:

Begriff
Abgeschlagenheit
Abnutzung
Atemstörungen
Atemwegproblem
Ausschlag
Beschwerden mit dem Knie
Bluthochdruck oder erhöhter Blutdruck
depressive Stimmungen
erhöhte Werte
Gelenkschmerzen

Hautveränderung
Kopfschmerzen
Krämpfe
Leistungsabfall
Magenschmerzen, Magenleiden
Medikamente
Muttermale/Leberflecken
Ohrgeräusche
Rückenschmerzen
Schlafstörung
Schmerzen
Schwindel
Spielsucht
Sport
Stresszustand
Tagesmüdigkeit
Traurigkeit
Verspannungen
Verschleiß
...

Allen diesen Begriffen ist gemein, dass sie sehr weit reichend sind und sie damit fast jeder VN - in den letzten 5 Jahren - aus verschiedensten Gründen einmal hatte. Als Beispiel sei "Magenschmerzen" genannt. Diese "Beschwerde" ist nicht ernsthaft über 5 Jahre zurück anzugeben. Es ist damit schon alleine durch die Fragestellung ein unklarer Sachverhalt geschaffen. Gemeint sind bei einer solchen Frage wohl nur ernsthafte Magenschmerzen, wegen denen ein VN zum Arzt geht. Wenn die Frage allerdings allgemein auf die Beschwerden, also die bloßen Magenschmerzen abzielt und keinerlei Ein- auf ärztliche Behandlungen gegeben ist, ist die Frage nicht klar zu beantworten. Es besteht die Gefahr, dass diese Beschwerde - als Bagatelle - nicht angegeben wird, was im Sinne der Risikoprüfung auch richtig ist, der "böswillige" Versicherte im Nachgang aber dennoch darauf abzielt und ggf. einen Rücktritt versucht.

Kritisch zu betrachten sind hierbei Sachverhalte, die nicht nur durch einen Arztbesuch/-behandlung festgestellt werden können, sondern der VN auch selbst nachweisen kann und somit anzugeben hat. So ist z.B. eine Frage nach einem erhöhten Blutdruck völlig anders zu bewerten, als die Frage nach erhöhten Leberwerten oder Cholesterinwerten. Im ersten Fall kann der VN die erhöhten Werte selbst feststellen, und damit könnte der Versicherte dem Kunden hier durchaus "einen Strick drehen", obwohl der Begriff "erhöhter Blutdruck" nicht allgemein einzuordnen ist. Erhöhte Leberwerte sind nur durch einen Arzt/Labor festzustellen und damit hinsichtlich der Angabe eindeutig und klar.

In diesem Zusammenhang können die o.g. kritischen Begriffe auch präzisiert werden. So sind die über einen Zeitraum von 5 Jahren zurück nicht angebbaren Kopfschmerzen in einigen Anträgen präzisiert: Kopfschmerzen mehrmals wöchentlich o.ä.

Wichtig bei der Aufzählung der Beispiele ist neben der klaren Präzisierung v.a. allgemeiner "Beschwerden", dass der Versicherer an einer zentralen Stelle klar macht, was es mit den genannten Beispielen auf sich hat. Siehe hierzu auch unter "Hinweise + Informationen für VN".

Vollständig anders sind diese "unklaren" Sachverhalte zu bewerten, wenn sich die entsprechende Gesundheitsfrage auf die damit verbundene ärztliche Untersuchung oder Behandlung beschränkt. In diesem Fall ist klar, dass diese anzugeben sind, auch wenn ein VN "nur" wegen Magenschmerzen zum Arzt ging.

Jeder Frage mit unklarem Sachverhalt wird mit einem Punkt Abzug bewertet. Dies gilt nicht, wenn die Frage sich auf ärztliche Behandlung beschränkt.

Weitere unklare Begriffe, die in dieser Komponente zur Abwertung führen, sind:

- Behandler (ohne weitere Definition)
- Rauschmittel (ohne weitere Definition)
- Auslandsaufenthalt nicht in Dauer, Ort und Zeitraum begrenzt/definiert
- Westeuropa

4.4.5. Zeitliche Befristung der Fragestellungen

Alle Gesundheitsfragen, aber auch Fragen zu Beruf, Berufswechsel, Arbeitsunfähigkeit oder beantragten oder abgelehnten Versicherungsleistungen im Bereich EU/BU müssen betrachtet werden. Jede Frage, die zeitlich unbefristet ist, wird mit einem Punkt Abzug bewertet, da es dem VN nicht zuzumuten ist, alle Sachverhalte (z.B. Arztbesuche, Termine, Namen der Ärzte, Diagnosen, Behandlungen) von vor mehr als 10 Jahren noch wahrheitsgetreu und detailliert angeben zu können.

Besonderheiten hierbei sind die allgemeinen Gesundheitsfragen (Krankheit, Beschwerden,...): Hier werden Fragen, die sich auf einen Zeitraum länger als 5 Jahre zurück beziehen, ebenfalls mit einem Abzug von einem 1 Punkt versehen. Ausnahmen der zeitlichen Befristung sind Fragen nach HIV oder bösartigen Tumoren und nach bezogenen Renten, nicht aber Fragen nach Hepatitis B/C oder nach beantragten Renten.

Da stationäre Behandlungen klarer im Gedächtnis bleiben, kann der abgefragte Zeitraum bei stationären Fragen auf maximal 10 Jahre ausgedehnt sein.

Jeder Frage mit unbefristetem Charakter in obigem Sinne wird mit einem Punkt Abzug bewertet.

4.4.6. Konsequenz der Fragestellung

Es gibt Antragsfragen, die sich gegenseitig quasi aushebeln. Häufig ist dies der Fall bei den Einzelheiten zu den Gesundheitsfragen, bei denen separat von den Gesundheitsfragen die genauen Diagnosen, Krankheiten oder Untersuchungen anzugeben sind (Beispiel: Wenn bei den Gesundheitsfragen zunächst ausschließlich nach Behandlungen durch einen Arzt gefragt wird, sollte bei den Einzelheiten dann nicht zusätzlich nach Behandlungen durch einen Heilpraktiker gefragt werden). Im Rahmen des Ratings wird überprüft, ob solche nicht konsequenten Fragestellungen

vorhanden sind. Darüber hinaus sollte bei den Erläuterungen/Einzelheiten klar sein, auf welche Fragen sich diese genau beziehen, was also erläutert werden muss.

Jede Frage mit inkonsequentem Charakter in obigem Sinne wird mit einem Punkt Abzug bewertet.

4.4.7. Abzuwertende Besonderheiten

Hier handelt es sich um unklare, "unsaubere" Fragen oder Sachverhalte, beispielsweise salvatorische Fragen (z.B. "Bestanden noch andere Krankheiten, die hier nicht aufgeführt sind?").

Jeder dementsprechende "Sonderfall" führt zu insgesamt 0,25 Sternepunkten Abzug. Dies wird somit signifikant anders bewertet als die o.g. ersten 4 Kriterien und kommt nur in Ausnahmefällen zur Anwendung, d.h. bei Sachverhalten, die durch die obigen 4 Kriterien nicht oder nicht ausreichend abgedeckt sind.

4.4.8 Bewertung

Die ersten vier Komponenten erhalten Wertungen von 1 bis 5 Punkten, diese werden anhand ihrer Gewichtung zu einem Zwischenergebnis aggregiert. Davon werden die Besonderheiten - wenn vorhanden - als Malus abgezogen.

4.4.9 Fazit

Mit dem M&M Teilrating BU-Antragsfragen liegt ein Ansatz vor, der erstmals sowohl die Sicht des ehrlichen VNs berücksichtigt als auch die des Versicherers, der seine ehrlichen VN schützen will. Dabei ist es für die Bewertung egal, wie umfangreich der Antrag ist, wie viele Fragen gestellt werden. Allerdings ist die Gefahr einer Abwertung bei einer hohen Zahl an Fragen naturgemäß höher.

Die Struktur der Antragsfragen ist durch die VVG-Reform einheitlicher geworden. Nahezu alle bislang untersuchten Anträge enthalten sehr ausführliche Einzelfragen zu den Krankheiten und Beschwerden. Ein signifikanter Unterschied liegt darin, ob sich der Versicherer in seinem Antrag auf die Angabe der Krankheiten beschränkt, weswegen sich der VN hat untersuchen lassen, oder ob er allgemein nach Krankheiten fragt. Im letzteren Fall spekuliert der Versicherer darauf, soviel Informationen wie möglich vom VN zu erhalten, im ersten Fall beschränkt er sich auf die Sachverhalte, die nachträglich nachweisbar sind. Im allgemein gehaltenen Fall ist es im Sinne des VN und des Ratings, die Begriffe präzise und klar darzustellen und diese in gewisser Hinsicht auch einzuschränken. Dies wird beim M&M Verfahren berücksichtigt und unterschiedlich behandelt.

5. ANHANG – TEILRATING BU-BEDINGUNGEN

In folgender Tabelle sind die ratingrelevanten Leistungsfragen des Teilratings BU-Bedingungen aufgelistet, zusammen mit dem Gewicht der Frage sowie der Kennzeichnung, ob die volle oder teilweise Erfüllung dieser Frage ein Mindestkriterium für eine Bewertung von ★★, ★★★ oder ★★★★★ darstellt:

Fragen-Nr.	Ratingfrage	Gewicht	Mindestkriterium
A01	Wird bei einem verspätet gemeldeten Versicherungsfall rückwirkend geleistet?	5	Ja, für ★★★★★ bis ★★★★★
A02	Wird der Prognosezeitraum auf sechs Monate verkürzt?	5	Ja, für ★★★★★
A03	Wird bei einer bereits sechs Monate andauernden ununterbrochenen Berufsunfähigkeit rückwirkend von Beginn an geleistet?	5	Ja, für ★★★★★ bis ★★★★★
A04	Leistet der Versicherer die versicherte Rente ab einer Berufsunfähigkeit von 50 %?	5	Ja, für ★★★★★ bis ★★★★★
A05	Leistet der Versicherer, wenn die Berufsunfähigkeit infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls eingetreten ist?	3	Ja, für ★★★★★
A07	Verzichtet der Versicherer altersunabhängig und eindeutig auf sein Recht auf abstrakte Verweisung?	5	Ja, für ★★★★★ bis ★★★★★
A08	Verzichtet der Versicherer bei der Nachprüfung der Berufsunfähigkeit auf sein Recht auf abstrakte Verweisung?	3	Ja, für ★★★★★ bis ★★★★★
A09	Verzichtet der Versicherer ab einem bestimmten Lebensalter der versicherten Person auf sein Recht auf abstrakte Verweisung?	1	Nein
A12	Verzichtet der Versicherer auf unübliche Einschränkungen bzw. Klauseln, die nicht zu den ratingrelevanten Sachverhalten gehören?	5	Ja, für ★★
B01	Wird bei Eintritt der Berufsunfähigkeit ausschließlich der zuletzt ausgeübte Beruf geprüft?	3	Nein
B02	Ist in den Bedingungen der Begriff der "bisherigen Lebensstellung" definiert?	1	Nein

Fragen-Nr.	Ratingfrage	Gewicht	Mindestkriterium
B03	Wird in den Bedingungen auf die Prüfung der Umorganisation bei Selbständigen hingewiesen?	1	Nein
B04	Wird bei einem Ausscheiden aus dem Berufsleben im Leistungsfall der vor der Unterbrechung ausgeübte Beruf geprüft?	1	Nein
C01	Besteht der Versicherungsschutz weiter, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer ins Ausland verzieht?	5	Ja, für ★★★★★
C02	Verzichtet der Versicherer bei einem Verzug der versicherten Person ins Ausland auf Untersuchungen im Inland?	1	Nein
D01	Verzichtet der Versicherer auf eine Risikoprüfung bei Ausübung der Nachversicherung?	3	Nein
D03	Besteht die ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie mindestens bei Heirat, Geburt/Adoption, Ausbildung und Studium, Darlehensaufnahme zur Immobilienfinanzierung 50.000 EUR sowie Gehaltssteigerung 10%?	3	Nein
D04	Erfolgt bei Ausübung der Nachversicherung die finanzielle Angemessenheitsprüfung ausgehend vom Brutto?	1	Nein
D05	Frist zur Ausübung der Nachversicherung nach Ereignis angemessen?	1	Nein
D06	Ist die maximale Rentenhöhe der Nachversicherung absolut angemessen?	1	Nein
D07	Ist die maximale Rentenhöhe der Nachversicherung prozentual angemessen?	1	Nein
F07	Bietet der Versicherer im Leistungsfall eine Einmalzahlung an?	1	Nein
H01	Verzichtet der Versicherer auf sein Recht auf Kündigung oder Vertragsanpassung nach § 19 VVG, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten hat?	5	Ja, für ★★★★★
H02	Wird in den Bedingungen auf die Dauer des Rücktrittsrechts nach § 21 VVG wegen	1	Nein

Fragen-Nr.	Ratingfrage	Gewicht	Mindestkriterium
	Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht hingewiesen?		
H03	Verpflichtet sich der Versicherer, den Versicherungsnehmer über den Stand der Leistungsprüfung innerhalb bestimmter Zeitintervalle zu informieren?	1	Nein
H05	Beschränkt der Versicherer die Mitwirkungspflicht des Versicherungsnehmers auf zumutbare ärztliche Anweisungen?	3	Nein
H06	Verzichtet der Versicherer auf eine Meldepflicht der versicherten Person bei gesundheitlichen Verbesserungen im Leistungsfall?	1	Nein
I01	Bietet der Versicherer die Möglichkeit der Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung an?	1	Nein
I02	Bietet der Versicherer Überbrückungsmöglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten an?	3	Nein
I03	Besteht im Fall der Leistungsablehnung eine eindeutige und kundenfreundliche Regelung für die Nachzahlung gestundeter Beiträge?	1	Nein
I04	Werden auf Antrag die Beiträge ab dem Zeitpunkt der Leistungsmeldung bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht gestundet?	3	Ja, für ★★★★★