

Harro von Lieres

Biometrie und Digitalisierung: Mit Dynamik zur Präzision

Das viel diskutierte Problem „Fragen zum Gesundheitszustand“ bei der Prüfung biometrischer Risiken ist bei Versicherungen bis heute aktuell. Dabei lässt es sich mit intelligenten elektronischen Prüfsystemen längst lösen. Ein Lehrstück über die schleppende Digitalisierung im Versicherungswesen.

Neulich beim Beratungsgespräch in einer Versicherungsagentur. Es geht um den möglichen Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung (BU). Zunächst nimmt der adrette Herr mittleren Alters die persönlichen Daten auf. Um dann zu ermitteln, ob der Kunde denn überhaupt versicherbar ist und wenn ja, zu welchen Konditionen. Dazu leiert der Versicherungsvertreter eine Vielzahl an Gesundheitsfragen herunter. „Nein – nein – nein – nein – weiß nicht, also nein – nein ...“, so lauten die Antworten minutenlang. Immerhin, die Antworten trägt der Mann von der Versicherung gleich in eine Maske auf seinem Bildschirm ein. Die Hälfte aller Fragen ist überflüssig (Beispiel: Ob denn der 20jährige Sportler unter Bluthochdruck leide ...), bis schließlich eine Antwort knifflig ausfällt. Um dieses heikle Thema zu vertiefen, muss der Versicherungsmann eine andere Maske aufrufen. Oder soll er vorher doch mit dem ersten Fragenkomplex weitermachen? Egal ... nach einer halben Stunde des Durcharbeitens, während der die Konzentration deutlich nachlässt, brauchen beide erstmal einen Kaffee.

Anschließend schickt der immer noch freundliche Herr Kaiser den Datensatz an die Zentrale der Versicherungsgesellschaft. „Und nun?“ fragt sich der Kunde. Jetzt wird der Antrag in der Zentrale erstmal geprüft. Außerdem geht von dort noch ein Schreiben an den Hausarzt („... Hier bitte noch die Einverständniserklärung zur Aufhebung der Schweigepflicht unterschreiben ...“), damit dieser der Versicherung nun seinen Bericht zurücksenden möge. Das kön-

ne durchaus zwei Wochen dauern. Ein Arzt entledigt sich solcher Verpflichtungen, wenn er mal Zeit dafür findet. Bei einer kleinen Gebühr von 30 oder 40 Euro für 30 oder 45 Minuten Arbeit haben andere Dinge Vorrang.

Mehr Umständlichkeit geht nicht!

Zwei Wochen später prüft die Versicherungsgesellschaft den Arztbericht. Manchmal bedarf es dazu noch Rückfragen, weil der Antragsteller die eine oder andere Malaise vergessen hat anzugeben. Allein der Gebrauch des Wortes „Antrag“ ist befremdlich. Der Kunde fühlt sich, als wäre er Bittsteller wie bei einer Sozialbehörde. Dabei sind es die Versicherung und ihr Vertrieb, die Geld verdienen wollen. Wer den Kunden letztlich versichert, ist diesem mehr oder weniger egal. Aber die Art und Weise, wie Versicherungsgesellschaften zuweilen kommunizieren, ist ein anderes Thema.

Und schließlich geht ein Schreiben mit einem Vertragsangebot per Post an den Kunden. Der zwischenzeitlich vielleicht auch schon ein Produkt bei der Konkurrenz abgefragt hat, die etwas schneller arbeitet. Am Ende sind seitens des Kunden noch eine Unterschrift zu leisten und der Vertrag per Post zurückzusenden (immerhin zahlt zuweilen der Empfänger das Porto), es folgt die Vertragsannahme. Dann ist es endlich

Harro von Lieres
Freier Autor, Trier

„Die Versicherer sind mehr denn je gezwungen, präziser und verständlicher zu fragen, was wiederum zu erhöhten Aufwänden im Antrags- und Risikoprüfungsprozess beim Vermittler führt“

vollbracht: Nach drei Wochen, frühestens, hat der Kunde endlich seine BU.

Geht es noch umständlicher, eine - zugegebenermaßen etwas komplexere - Versicherung abzuschließen? Wohl kaum. Außer mit papiernen Fragebögen, die es vereinzelt tatsächlich auch noch geben soll. Und mehr und mehr Ärzte können bei einfachen Fällen mittlerweile standardisierte Fragen online beantworten. Viel Zeit sparen sie damit aber nicht. Warum Versicherer auf diesem Gebiet noch so schwerfällig agieren, erschließt sich ihnen wohl selbst nicht so recht.

„In der Digitalisierung stehen die Versicherer auf einer Skala von 1 bis 100 etwa bei 40.“

Jede Kette ist nur so stark wie das schwächste Glied. Diese Weisheit versteht wohl jeder. Nur nicht die Versicherer, wenn es um den Vertrieb von biometrischen Produkten geht. Seit Jahren redet die Finanzbranche außer über Regulierungen über kein Thema so häufig wie über die Notwendigkeit, sich zu digitalisieren. Aber es sind gerade die Versicherer, deren Fortschrittstempo auf diesem Gebiet - auch im Vertrieb - eher dem einer Schnecke gleicht. Peter Schneider, langjähriger Chef des Hofheimer Analy-

sehauses Morgen & Morgen und seit Jahresbeginn nicht mehr in operativer Verantwortung unterwegs und somit neutraler Beobachter, analysiert: „Noch gibt es Versicherer, die in dieser Welt kaum angekommen sind. Auf einer Skala von 1 - 100 stehen wir im Antrags- und Risikoprüfungsprozess bei der Personenversicherung vielleicht bei 40.“ In der Risikoprüfung könnte der Wert sogar noch niedriger ausfallen.

Digitalisierung hat zuvorderst einen Zweck: Über Rationalisierung mehr Kosteneffizienz zu erlangen, professioneller zu werden. Das gelingt gemeinhin über den Einsatz von Software. Nur: Was nützt die schönste Software, wenn schon die Ausgangsbasis und die Datenqualität oberflächlich, fehlerbeladen und umständlich sind? Wenn die Software lediglich den Inhalt eines analogen Arbeitsprozesses abbildet, ist nichts gewonnen.

„In der Biometricsparte werden meist viel zu viele, redundante und zu komplizierte Fragen gestellt.“

Dr. Nicola-Alexander Sittaro ist einer der anerkanntesten Versicherungsmediziner in Deutschland. Der ehemalige langjährige oberste Mediziner der Hannover Rück lässt kaum ein gutes Haar an der bestehenden Praxis: „In der Biometricsparte werden meist viel zu viele, redundante und zu komplizierte Fragen gestellt. Es werden Einzelerkrankungen unter einer Krankheitsgruppe aufgelistet, die für den Kunden unverständlich sind. Manche als Vereinfachung gedachten Einfügungen verwirren eher noch mehr, als dass sie helfen. Noch verwirrender sind vorgegebene Ausschlüsse wie beispielsweise, was nicht anzugeben ist.“

Gleichzeitig hängt über den Gesundheitsfragen immer das Damokles-Schwert möglicher rechtlicher Auseinandersetzungen. Ließe sich ein Versicherungsunternehmen von gerichtlichen Entscheidungen leiten, würde es sicher schon längst die umständlichsten Formulierungen und Erweiterungen von Gesundheitsfragen geben. Damit auch der letzte Bedenkenträger in der Rechtsabteilung den Fragenkatalog zähneknirschend akzeptiert, versuchen es die Versicherer mit möglichst alles umfassenden Formulierungen wie „hatten Sie bereits oder besteht ...“ oder „wurde eine Untersuchung durchgeführt oder ist sie geplant“. Das versetzt jeden potentiellen Kunden zumindest ins Grübeln.

Ein gewisser Fortschritt ist bei der Fragetechnik für Versicherungsanträge dadurch entstanden, dass Berater und Vermittler eine zweistufige Fragetechnik nutzen, bei der eine erste allgemeine Frage zu Krankheitsindikatoren gestellt wird. Wird diese verneint, wird der Vertrag angenommen und poliziert. Wird die allgemeine Frage bejaht, kommt es zu vertiefenden Zusatzfragen. „An dieser Stelle differenziert sich das Vorgehen erneut zwischen einzelnen Versicherungsunternehmen“, so Sittaro, Chef des Instituts für angewandte Versicherungsmedizin VMS in Hannover. „Bei einigen startet nach der bejahten ersten Frage der klassische und umfangreiche Katalog der Gesundheitsfragen. Andere Unternehmen sind mutiger und fragen dann nur kurz nach der Erkrankung oder Behandlung.“ Und arbeiten sich anschließend durch ergänzende Fragen weiter.

Bei allen leichten Fortschritten sieht Branchenexperte Schneider gerade durch die geänderte und strengere Rechtsprechung der letzten Jahre nicht nur die Komplexität, sondern insbesondere die Ernsthaftigkeit des Themas vor dem Hintergrund der Folgen für Kunden und Versicherer bei fehlerhafter Beantwortung von Gesundheitsfragen, verschärft. Er sagt: „Die Versicherer sind mehr denn je gezwungen, präziser und verständlicher zu fragen, was wiederum zu erhöhten Aufwänden im Antrags- und Risikoprüfungsprozess beim Vermittler führt.“

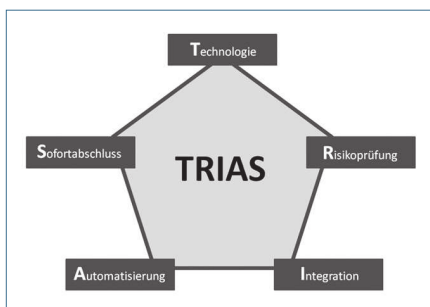
„Ziel muss eine Sofortentscheidungsquote von mindestens 80% sein.“

Effizient zu lösen ist vor diesem rechtlichen Hintergrund die Prüfung biometrischer Risiken in großer Zahl nur über eine Individualisierung der Fragetechnik. Dazu bedarf es eines elektronischen Systems, das nicht unbedingt viele, dafür aber die richtigen Fragen stellt. Jörg Hausknecht, Verwaltungsrat des Schweizer Software-Hauses Triangulum AG: „Ziel muss es dabei sein, dem Kunden schon am Point of Sale eine unterschriftsreife Entscheidung über Tarif, Produkt und Leistungsumfang vorzulegen. Und das bei mehr als 80% aller Fälle.“ Das dürfte auch den Vertrieb glücklich machen.

Es lässt sich andererseits errahnen, dass eine Quote von unter 50% vermutlich eher Ärger auslöst. Und wer im allgemeinen Digitalisierungstrend mithalten will, der sollte die Risikoprüfung auch im „Self-Underwriting“-Verfahren möglich machen. Für

den online-Vertrieb eigentlich unerlässlich. Hausknecht nennt das Prinzip kurz TRIAS, das stehe für den Einsatz von modernster Technologie in der Risikoprüfung mit Integration derselben in Automatisierungsprozesse mit dem Ziel des Sofortabschlusses, (vergl. Abb.).

Abbildung: BU: Das Trias-Prinzip in der Anwendung der elektronischen Risikoprüfung



Nun sind bereits hier und da einige elektronische Prüfsysteme im Einsatz, aber ob ein und derselbe Antragsteller bei jedem Versicherer zu etwa den gleichen Bedingungen versicherbar ist, erscheint fraglich. „Es bräuchte eine Branchenlösung“, meint Schneider. Die aber liegt noch in weiter Ferne, zu unterschiedlich sind der jeweilige Software-Aufbau, die Kompatibilität mit den bestehenden Umsystemen und vor allem die Verlässlichkeit bei der Ermittlung der biometrischen Risiken. Das ist ein ganz entscheidender Faktor, denn je oberflächlicher die Befragung, desto mehr Risiken kauft sich der Versicherer ein. Deshalb müssen die Gesellschaften nach wie vor ihre Prüfungsabteilungen auf Hochtouren laufen lassen. Es sei denn, das vorgeschaltete Prüfsystem am Point of Sale erledigt diese Aufgabe zuverlässig.

Was also ist der Maßstab, was müssen gute Systeme können? Versicherungsmediziner Sittaro nennt zwei Beispiele: „Gute Systeme können unscharfe Symptome wie Bauchschmerzen, Atemnot oder Schmerzen durch geschickte Zusatzfragen in entscheidbare Antworten überführen. Oder sie fragen proaktiv – ohne die Zahl der Fragen nennenswert zu erhöhen – nach typischen Komplikationen oder Begleiterkrankungen.“

Sittaro weiter: „Medizinisch gesehen sollte ein POS-System es immer schaffen, den medizinischen Schweregrad einer Erkrankung genau zu ermitteln und dies mit

einer geringen Zahl an Fragen. Das erlaubt dann auch eine korrekte Risikoentscheidung.“

Mit einer dynamischen Fragetechnik, wie Software-Hersteller Hausknecht es nennt, erleichtert das Versicherungsunternehmen seinem Vertrieb die Antragstellung ungenervt und überfordert mit ihren endlosen, vielfach überflüssigen Schleifen durch alle möglichen Krankheitsbilder den Kunden und den Vermittler gleichermaßen. Die Erfassung wird ungenau und führt zwangsläufig zu Mehraufwand in der Bearbeitung und häufigen Arztanfragen, verbunden mit Kosten und zeitlicher Verzögerung. „Ein dynamisches System aber helfe zu erkennen, was wichtig ist und was nicht. Und eine sofortige Entscheidung führe zu einer Verbesserung der Kundenbeziehung.“

Jede Ungenauigkeit bei der Prüfung von Risiken bringt Sand ins Getriebe

Jede Ungenauigkeit bei der Prüfung von Risiken bringt Sand ins Getriebe im Verhältnis zwischen Kunde und Versicherer. Auch wenn eine Leistungsverweigerung des Versicherers aufgrund irgendeiner versehentlichen, kleinen vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung berechtigt ist, so bleibt ein missmutiger Kunde zurück. Ein Vorgang, der im Falle einer rechtlichen Auseinandersetzung unnötig Personal in der Schadensabteilung bindet, eine Vergleichslösung nach sich zieht und die Bilanz der Anerkennungsquote trübt.

Fest steht also: Für einen reibungslosen Antragsprozess ohne Medienbrüche als auch zur Nachvollziehbarkeit im Schadenfall und gegebenenfalls vor Gericht braucht es eine präzise Erfassung des Gesundheitszustandes des Antragstellers. Nur eine individualisierte, dynamische Fragetechnik verhindert eine Zuordnung in Risikogruppen, die mit allerlei Reibungsverlusten einhergeht. Je präziser die Erfassung, desto niedriger übrigens auch die Ablehnungsquoten. Mit einer intelligenten, elektronischen Risikoprüfung ist sogar eine komplette „Dunkelverarbeitung“ denkbar, bei der niemand mehr den Antrag in die Hand nimmt, prüft und genehmigt.

„Solche Programme sind mittlerweile sehr leicht in bestehende Systeme über alle Vertriebswege und Produktparten hinweg zu integrieren“, so IT-Experte Hausknecht.

„Und obendrein sind sie noch wartungsarm.“ In der Schweiz sind derlei Prüfungsprozesse längst Normalität. So leiten dort sechs der zehn größten Krankenversicherer mit dynamischen Risikoprüfungen über drei Viertel des gesamten prüfungsrelevanten Schweizer Krankenversicherungsgeschäfts ein. In Deutschland ist es nur eine Handvoll, und selbst die wenigen nutzen dynamische Systeme teilweise nur in einzelnen Sparten. Schneider mahnt: „Egal wie der so genannte hybride Kunde der Zukunft aussehen mag oder wie sich der Vermittlermarkt in fünf bis zehn Jahren darstellt: Es geht kein Weg daran vorbei, konsequent die Entwicklung voranzutreiben.“

Bei dynamischen Systemen sind auch die Sekundärnutzen nicht zu übersehen

Dabei sind neben den Kosten- und Zeiteinsparungen auch die verschiedenen Sekundärnutzen eigentlich nicht zu übersehen. Sittaro: „Bei qualitativ anspruchsvollen Systemen ist es dem Versicherungsunternehmen möglich, seine eigene Prüfphilosophie einzupflegen. Das heißt, in einem vorstrukturierten System selber Entscheidungen, Zusatzfragen oder Krankheiten zu bearbeiten.“ Ein hochwertiges Risikoprüfungs-system für den POS sollte auch in der Lage sein, in kürzester Zeit Wünsche für neue Tarife abzubilden, beispielsweise Tariflösungen für Sofortversicherungen über eine App, Tarifsonderangebote zu Weihnachten oder Tarife mit niedrigen Prämien durch intensivere Befragung.

Für Hausknecht indes steht noch ein ganz anderer Zusatznutzen im Vordergrund: „Das Versicherungsunternehmen behält die Datenhoheit im Hause. Die Daten verschwinden nicht zur Risikoanalyse in vorprogrammierten Black-Boxes. Der Prozess bleibt transparent. Das ist enorm wichtig zur Weiterverwertung, zum Beispiel für eine saubere Tarifikalkulation oder als Basis zur Entwicklung neuer Produkte.“ Somit wäre der Versicherer auch weniger abhängig von den Erkenntnissen der Rückversicherer.

Problemzone Vertrieb?

Warum die Versicherer noch zaudern? Experten sind sich einig: Man scheue sich davor, den Vertrieb mit modernen Systemen zu belasten, obwohl die Umstellung gar keine Belastung wäre, sondern eine Erleichterung, zieht Hausknecht als Fazit aus seinen Gesprächen mit Versicherern.

„Medizinisch gesehen sollte ein POS-System es immer schaffen, den medizinischen Schweregrad einer Erkrankung genau zu ermitteln und dies mit einer geringen Zahl an Fragen. Das erlaubt dann auch eine korrekte Risikoentscheidung“

Schneider stößt ins gleiche Horn: „Was die Bereitschaft auf einzelnen Entscheidungsebenen angeht, ist ein durchaus kritischer Blick nötig. Die Entscheidungswege sind sehr lang, häufig von politischen und innerbetrieblichen Rücksichtnahmen geprägt.“

Sittaro fügt an: „Viele Versicherer stehen sich mit der hohen personellen Fluktuation im Vertrieb selbst im Wege. Es fällt zumindest auf, dass mit jedem Wechsel an oder in der Vertriebsspitze alte Ideen verworfen werden, um mit neuen Ideen punkten zu können. Und am Ende ist wieder nichts passiert.“ Ein Gesamt-Zeugnis, das die Vertriebsverantwortlichen nicht gerne hören werden. Aber immerhin würde dort mittlerweile über kürzere Fragen nachgedacht, sogar die Auslobung eines Preises sei dafür schon diskutiert worden, so erzählt man sich ...