

Dieser Artikel ist unter dem Titel

Vierversprechendes Neuland: Funktionelle Invaliditätsversicherung bereichert
Diskussion über Invaliditätsschutz um eine neue Dimension

erschienen in: Versicherungswirtschaft Special VALUE, Ausgabe 2/2014, S. 70–73

Funktionelle Invaliditätsversicherung: Herausforderungen bei der Herleitung von Rechnungsgrundlagen

von Nicola-Alexander Sittaro¹, Andreas Beckstette und Andreas Seyboth²

Die Diskussion um erschwinglichen und ausreichenden Invaliditätsschutz hat in den letzten Jahren eine erhebliche Belebung erfahren. Durch die Einführung einer vollkommen neuartigen Invaliditätsdeckung in Gestalt der Funktionellen Invaliditätsversicherung (FIV) wurde die Diskussion über Invaliditätsdeckungen um eine neue Dimension bereichert: neben der beruflichen Invalidität wird nun auch die Funktionsinvalidität betrachtet. Dieser Artikel beschäftigt sich mit einem Vergleich verschiedener Deckungskonzepte und den Herausforderungen bei der Herleitung von Rechnungsgrundlagen für die FIV.

Die Entwicklung der FIV lässt sich nur vor dem Hintergrund der aktuellen Situation bei der Absicherung des Arbeitseinkommens verstehen. Mit der Gesetzesänderung zur Berufsunfähigkeit (BU) im Jahre 2001 hat sich für viele Beschäftigte eine zwingende Notwendigkeit zur Eigenvorsorge ergeben. Die von Seiten der Sozialversicherung noch angebotenen Absicherungen reichen im Regelfall nicht zur Abdeckung der Lebenshaltungskosten bei Invalidität durch Krankheit oder Unfall aus. Die Lebensversicherung hat sich seither sehr stark auf die Entwicklung qualitativ hochwertiger BU-Absicherungen konzentriert. Die Ergebnisse der Rating-Gesellschaften zeigen, dass dabei zahlreiche Produkte im Premium-Segment geschaffen wurden. Vernachlässigt wurde rückblickend die Entwicklung von Produkten, die den Bedarf für Arbeitnehmer mit niedrigem Einkommen und körperlicher Berufsausübung abdecken und dabei noch erschwinglich sind.

Produktentwicklung hat Bedarfe vieler Menschen nicht getroffen

Die immer stärkere Differenzierung von Prämien nach Berufsgruppen und der Wettbewerb um die „guten Risiken“ haben dazu geführt, dass die Prämien für gewerbliche Arbeitnehmer oft um ein Vielfaches höher sind als für „bessere“ Berufsgruppen (vgl. Abb. 1). Dies hat dazu geführt, dass sehr breite Bevölkerungskreise – sofern sie überhaupt eine Absicherung besitzen – lediglich eine geringe

¹ Dr. Nicola-Alexander Sittaro ist Geschäftsführer des Versicherungsmedizinischen Service Hannover (VMS Hannover).

² Dr. Andreas Beckstette ist Partner beim Institut für Finanz- und Aktuarwissenschaften (ifa), Dr. Andreas Seyboth ist Geschäftsführer des ifa.

BU-Rentenleistung versichert haben, weil sie sich mehr schlicht nicht leisten können.

Eintrittsalter 40, 1.000 EUR Monatsrente, konstante Jahresprämien, Versicherungsschutz bis Alter 67:

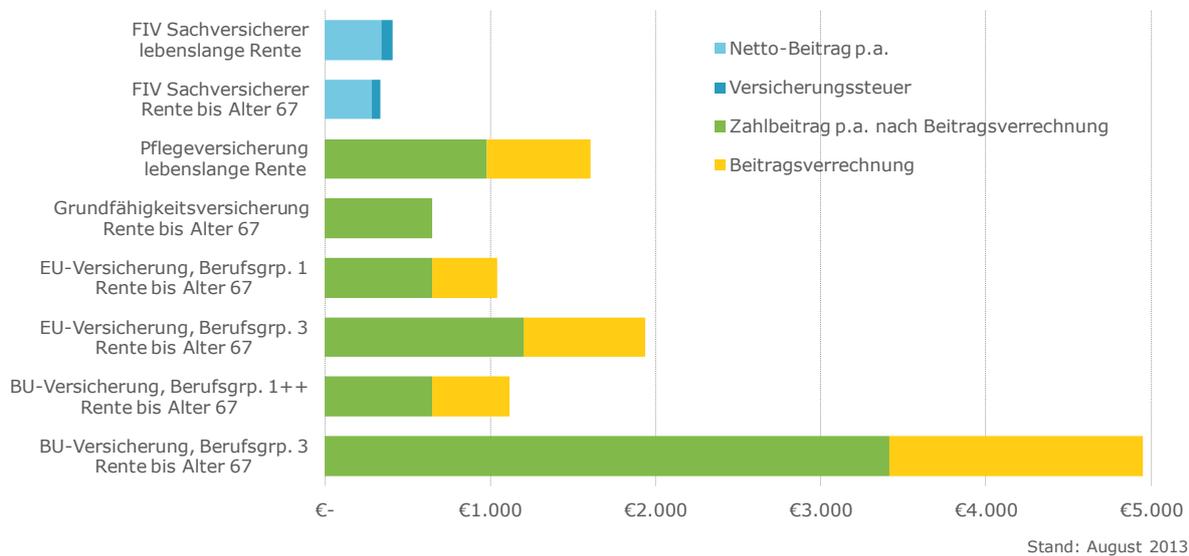


Abb. 1: Vergleich der Prämien verschiedener Versicherungen zur Invaliditätsabsicherung (beispielhaft ausgewählte Anbieter, keine Durchschnittswerte)

Ergänzend kommt noch ein zwangsläufig strenger Antrags- und Risikoprüfprozess bei der BU-Versicherung hinzu, der bei bis zu einem Drittel der Anträge zu Erschwerungen führt³ – hierbei sind die Anträge, die auf Anraten des Vermittlers erst gar nicht gestellt werden, überhaupt nicht erfasst. Von diesem strengen Antrags- und Prüfprozess sind gewerbliche Arbeitnehmer viel stärker betroffen als kaufmännische Arbeitnehmer, insbesondere bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates.

Zusammengefasst muss festgestellt werden, dass die Produktentwicklung für den Invaliditätsschutz über viele Jahre nicht die Bedarfssituation für große Kreise der Bevölkerung getroffen hat. Die Ursache hierfür lag in der Fokussierung auf den „Beruf“ als versicherten Gegenstand und nicht auf die „Invalidität“ an sich sowie im Wettbewerb um die „guten Risiken“. Die Einführung der FIV unter dem Dach der Schaden-/Unfallversicherung schaffte einen neuen Ansatz, die häufig anzutreffende Unterversicherung zu vermeiden.

Ausgehend von der Marktsituation, dass fast die Hälfte der erwerbstätigen Bevölkerung über keine private Invaliditätsabsicherung verfügt, gleichzeitig aber aufgrund der reduzierten Absicherung im Sozialversicherungsbereich ein erhöhtes finanzielles Risiko besteht, wurde bereits im Jahr 2006 von der AXA Versicherung mit der „Kombirente“ eine neue Lösung im Markt eingeführt.⁴ Ausgangspunkt der

³ Vgl. Sittaro, N. A.; Cundius, C.; Ringel, J.: „Große Defizite in den Antragsprozessen deutscher Lebensversicherer“; in VW 20/2008, S. 1748–1750.

⁴ Vgl. Sittaro, N. A.: „Es gibt erfolgreiche Alternativen zur BU-Versicherung“; in VW 4/2012, S. 250–252.

Produktentwicklung war die Betrachtung der Krankheiten und der daraus resultierenden Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit. Dies erfolgte durch Messung einer Funktionsminderung, wie es in der Unfallversicherung üblich ist. Hierbei wurde ein modulares Vorgehen gewählt (vgl. Abb. 2).



Abb. 2: Modularer Aufbau der FIV

Absicherung von erheblichen körperlichen Beeinträchtigungen

Das Modul „Unfallrente“ berücksichtigt alle schweren Unfälle, die im Gliedertaxensystem 50 % oder mehr Invalidität zur Folge haben. Das Modul „Grundfähigkeitenrente“ berücksichtigt schwerpunktmäßig Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates sowie den Verlust von Sinnes- und Hirnfunktionen. Im Modul „Organrente“ sind durch neue medizinische Definitionen die typischen Schweregrade⁵ III und IV einer Organfunktionsminderung abgebildet; analoges gilt für die Krebserkrankungen. Das Modul „Pflegerente“ dient als „ultimativer Schutz“ für diejenigen Erkrankungen, die möglicherweise bei den anderen Modulen nicht abgedeckt sind.⁶ Ziel der FIV-Deckung ist somit – mit Ausnahme der Leistung bei Krebs – die Absicherung von erheblichen Beeinträchtigungen körperlicher Funktionen. Die Leistungsschwellen sind dabei so festgelegt, dass unterhalb der jeweiligen Schwellenwerte die betroffene Person in aller Regel noch arbeitsfähig ist.⁷

Das Produktkonzept wurde inzwischen von weiteren Kompositversicherern übernommen, weiterentwickelt und verfeinert. In den letzten Jahren gelang dann die Übertragung des Konzeptes in die Lebensversicherung und es kamen Anbieter aus diesem Bereich hinzu (vgl. Abb. 3).

⁵ In der Medizin werden Funktionsminderung überwiegend in vier Stufen angegeben, wobei Stufe I die geringste und Stufe IV die am weitesten fortgeschrittene Beeinträchtigung ist. Bekannt sind die traditionelle Klassifikation der Herzfunktionsminderung NYHA I–IV (New York Heart Association) oder die Schwere der Atemwegserkrankungen GOLD I–IV (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease).

⁶ Im Markt hat sich als Definition etabliert, dass von einer FIV nur dann zu sprechen ist, wenn das Versicherungsprodukt im Deckungsumfang zumindest in einem Modul alle möglichen Erkrankungen berücksichtigt und keine Erkrankung ausschließt. Vgl. www.witte-financial-services.de, Rating Funktionsinvaliditätsversicherung, Stand 18.09.2013, S. 1 f.

⁷ Zur Leistungserbringung bspw. im Modul Organrente müssen die Funktionsminderungen einen medizinisch eindeutig definierten Schwellenwert erreichen. Diese eindeutige Definition bedeutet, dass ein Versicherter theoretisch selbst dazu in der Lage wäre, anhand der ihm vorliegenden ärztlichen Gutachten zu beurteilen, ob ein Leistungsanspruch aus der FIV besteht.

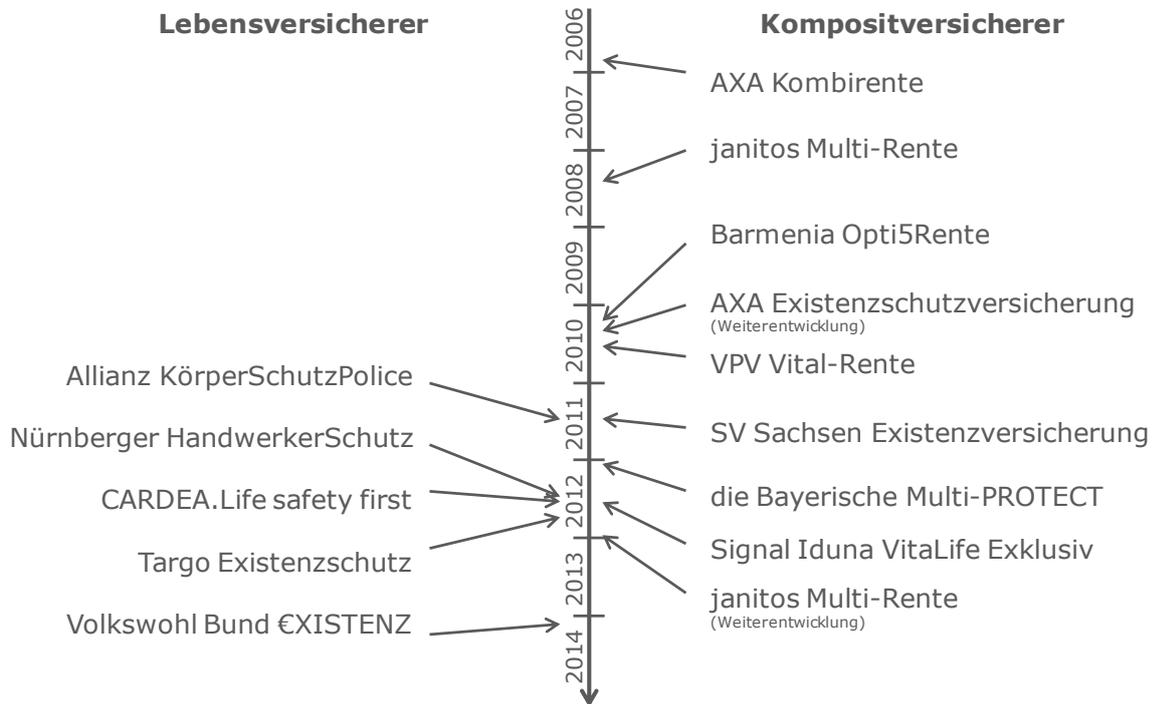


Abb. 3: Markteinführungen von FIV-Produkten im Bereich der Komposit- und der Lebensversicherung (Quelle: eigene Recherche, Stand 02/2014)

Die FIV-Produkte der Kompositversicherer haben gemeinsam, dass sie alle fünf in Abb 2 dargestellten Leistungsmodul umfassen, die bereits das erste FIV-Produkt enthielt. Außerdem erfolgen die Leistungen in Form einer Leibrente, entweder lebenslang oder bis Alter 67. Im Falle einer Krebserkrankung allerdings wird die Rentenleistung lediglich maximal fünf Jahre erbracht.

Auch alle Produkte der Lebensversicherer beinhalten eine Pflege- und eine Grundfähigkeitenrente. Es fehlt jedoch bei den Produkten der deutschen Lebensversicherer naturgemäß das Modul der Unfallrente.⁸ Die Module Organrente und Krebsrente sind bei den Produkten der Lebensversicherer ebenfalls nicht enthalten und werden stattdessen durch einen Dread-Disease-Baustein ersetzt. Aus diesem Baustein wird bei Eintritt einer von typischerweise fünf bis sieben in den Versicherungsbedingungen definierten Krankheiten eine einmalige Kapitalleistung (i. d. R. in Höhe einer Jahresrente) erbracht.⁹ Da der laut Statistik wichtigste Leistungsbaustein jeder FIV in der Kompositversicherung die Organrente ist,¹⁰ ist

⁸ Die Nürnberger bietet in ihrem Produkt optional eine Unfallrente an, welche dann allerdings nicht über die Lebensversicherungsgesellschaft, sondern als rechtlich eigenständiger Vertrag bei der Nürnberger Allgemeine Versicherungs-AG abgewickelt wird. CARDEA.Life bietet als Versicherer unter Liechtensteiner Aufsicht ein Produkt mit integrierter Unfallrente an.

⁹ Für das Produkt von CARDEA.Life gilt diese Aussage nur eingeschränkt, da die Versicherungsbedingungen einen umfangreicheren Katalog von 38 versicherten Krankheiten umfassen.

¹⁰ Siehe www.witte-financial-services.de, Rating Funktionsinvaliditätsversicherung, Stand 18.09.2013, S. 2: „Insgesamt wurden bis Ende 2011 etwa 2/3 aller Leistungsfälle aus der Organrente [...] erbracht. Im Rahmen des dominierenden Organkonzepts entfallen etwa 50 % aller Leistungsfälle auf die Leistungsart Krebs.“

der Austausch dieser Komponente durch einen Dread-Disease-Baustein der Schwachpunkt der FIV-Produkte im Bereich der Lebensversicherung.

Eine wesentliche Schwäche der Dread-Disease-Deckung ist die unbefriedigende Situation, welche durch die Auswahl der einzelnen versicherten Erkrankungen entsteht. Es gibt einfach viel mehr folgenreiche Krankheiten, die zu schweren körperlichen Schäden führen, als in den Bedingungen für diese Deckung typischerweise niedergelegt sind. Hierbei führt bereits der simple Vergleich der Gesamtanzahl der im ICD-10-Katalog¹¹ aufgeführten schweren Erkrankungen mit der Anzahl der davon im Dread-Disease-Konzept oder in der Organrente berücksichtigten Erkrankungen zu interessanten Erkenntnissen.

Für die vier Organe Herz, Lunge, Leber und Niere sind in diesem Katalog jeweils zwischen 100 und 200 Erkrankungen aufgeführt. Auch unter Berücksichtigung der Haupt- und Suberkrankungen bleiben immer noch mehrere Dutzend Erkrankungen in jeder Organgruppe übrig, die zu einem schweren Funktionsdefizit führen können, welches dann eine Leistung des FIV-Produkts zur Folge hätte. In den Bedingungen der Dread-Disease-Produkte sind dagegen meist nur wenige Erkrankungen oder Behandlungen für ein bestimmtes Organ aufgelistet. Bei Anbietern mit umfangreicher Dread-Disease-Deckung – d. h. hier sind 30, 40 oder 50 Krankheiten aufgelistet – sind bei Herzerkrankungen meistens Herzinfarkt, Herzklappenoperation, Bypassoperation und Koronarintervention versichert. Bei Anbietern mit einem reduzierten Katalog versicherter Krankheiten ist oftmals sogar nur der Herzinfarkt als einzige Herzerkrankung abgedeckt. Der Leistungsumfang der Organrente der FIV ist somit deutlich umfangreicher.

Dread-Disease-Deckung ist nicht ausreichend bedarfsgerecht

Doch auch wenn eine der in den Bedingungen genannten Krankheiten eintritt und zu einer Dread-Disease-Leistung, aber auch zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit führt, ist eine Versicherungsleistung in Höhe einer Jahresrente typischerweise nicht ausreichend, um diese Beeinträchtigung zumindest finanziell ausgleichen zu können. Es bleibt somit stets eine erhebliche Deckungslücke im Dread-Disease-Konzept, sodass die Dread-Disease-Deckung für eine Existenzabsicherung nur bedingt geeignet erscheint.

Ein umgekehrtes Problem ergibt sich aus der scheinbar banalen Feststellung, dass die Versicherungsleistung bei Unfall oder Krankheit immer in einer angemessenen Relation zum Ausmaß des Schadens stehen sollte. Dies ist bei der Dread-Disease-Deckung jedoch oft nicht der Fall, da diese bei Eintritt (Diagnose) einer Erkrankung leistet und die Schwere der Krankheit und deren Folgen kein Bewertungsfaktor sind. Dies kann zu der Situation führen, dass die Leistungsfall-

¹¹ Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, englisch International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist das wichtigste, weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem der Medizin. Es wird von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben. Die aktuelle, international gültige Ausgabe ist ICD-10, Version 2013.

definition erfüllt ist, aber die gesundheitlichen Beeinträchtigungen minimal sind und deshalb keinerlei Einschränkung in der Lebensführung oder der weiteren Ausübung der Berufstätigkeit bestehen.

Ein Beispiel hierfür ist die Diagnose eines Herzinfarkts: Heute sind die Folgen eines Herzinfarktes bei akuter und schneller Intervention meist sehr gering. Die kardiologische Technik der Aufdehnung einer Einengung, die zu einem Verschluss eines Herzkranzgefäßes geführt hat, und die Stabilisierung dieser Wiedereröffnung durch Implantation eines Stents können den möglichen Herzmuskelschaden vollkommen verhindern. In Deutschland werden zwei Drittel aller typischen Herzinfarkte durch eine akute Herzkranzgefäßintervention behandelt.¹² Bei den so behandelten Herzinfarkten liegt in der Folge lediglich ein gering ausgeprägter Körperschaden vor, oftmals ist die Pumpfunktion des Herzens nach Intervention sogar wieder normal.

Am Beispiel Herzinfarkt wird noch eine weitere Schwäche von Dread-Disease-Deckungen deutlich: In den vergangenen Jahren und Jahrzehnten sind derartige Deckungen auch ein Risiko für die Versicherungsunternehmen selbst geworden. Neben den schon erwähnten Behandlungserfolgen bei einzelnen Erkrankungen spielen die Fortschritte in der Diagnostik und die von medizinischen Fachgesellschaften vorgenommenen Definitionsänderungen eine hervorgehobene Rolle.

Als Hauptkritikpunkt an Absicherungen vom Dread-Disease-Typ kann man also festhalten, dass solche Deckungen nicht ausreichend bedarfsgerecht sind, da einerseits durch eine abschließende Liste von Krankheiten nur eine unvollständige Abdeckung der tatsächlichen Risiken besteht. Bei der Dread-Disease-Deckung können somit Organerkrankungen mit schweren Folgen auftreten, die dann aber nicht versichert sind, weil die Diagnose nicht in der Liste der versicherten Erkrankungen aufgeführt ist. Andererseits kann aber eine Leistung erbracht werden, obwohl die Erkrankung keinerlei Folgen hinterlassen hat. Im Vergleich hierzu erscheint eine typische BU-Versicherung deutlich bedarfsgerechter: Bei schweren körperlichen Beeinträchtigungen kommt es zum gültigen Leistungsfall, bei folgenlos ausgeheilten Erkrankungen muss der Betroffene ohne Einschränkung weiter arbeiten.

Für die Berechnung der Organrente muss Neuland betreten werden

Die bisherigen Ausführungen führen zu dem Schluss, dass das Organmodul des FIV-Konzepts einer Dread-Disease-Deckung aus Sicht der Risikoabsicherung überlegen ist. Allerdings ist die Kalkulation der Organrente einer FIV aus versicherungsmathematischer Sicht auch deutlich anspruchsvoller als die Einmalzahlung einer Dread-Disease-Deckung. Dies beginnt bei der Frage nach den Ein-

¹² Vgl. Freisinger, E. et al.: German nationwide data on current trends and management of acute myocardial infarction: discrepancies between trials and real-life; in *EurHeartJ* (2014), doi: 10.1093/eurheartj/ehu043.

trittswahrscheinlichkeiten für eine Organfunktionsminderung und endet bei den Überlebenswahrscheinlichkeiten der Leistungsempfänger einer Organrente.

Bei den Rechnungsgrundlagen der FIV musste und muss man an verschiedenen Stellen Neuland betreten. Datenmaterial steht nicht in allen Fällen in wünschenswertem Umfang und Qualität zur Verfügung. Die Güte und Belastbarkeit der Rechnungsgrundlagen sind dementsprechend nicht immer auf dem Niveau, wie man dies beispielsweise aus dem Bereich der Lebensversicherung gewohnt ist.

Der vergleichsweise kurze Zeitraum, in dem FIV-Produkte in Deutschland am Markt sind, führt – in Verbindung mit der geringen erwarteten Schadenzahl in den Anfangsjahren eines Vertrages – dazu, dass eine aussagekräftige Auswertung von historischen Schadenerfahrungen nicht existieren kann. Auch entsprechende Daten aus dem Ausland existieren mangels vergleichbarer Produkte nicht. Bei verschiedenen anderen Produkten, die in Deutschland neuartig waren – hierzu zählen z. B. auch die Dread-Disease-Deckungen von Lebensversicherern –, konnte man dagegen die Markteinführung auf umfangreiche Erfahrungen aus dem Ausland stützen.

Da Daten zu einigen Leistungsmodulen in der FIV (hier sprechen wir insbesondere auch von der Organrente) in der Vergangenheit gerade nicht für die Zwecke der (Lebens-)Versicherungswirtschaft und den damit einhergehenden Anforderungen aufgearbeitet wurden, muss man sich mit den typischen Problemen medizinischer Statistiken auseinandersetzen. Diese Statistiken sind oft nur einmalig für einen Zeitraum oder Stichtag, allenfalls für einige wenige Jahre in vergleichbarer Weise verfügbar. Zeiträume der Beobachtung sind oftmals eher kurz und von einer professionellen Anwendung mathematischer Prinzipien zur Verbesserung der Datenqualität kann bei solchen Studien nicht immer ausgegangen werden. Darüber hinaus fehlt es oft an systematischen Differenzierungen nach Alter, Geschlecht etc. und es liegen vielfach nur Prävalenzen (Wie viele Personen einer Grundgesamtheit weisen zu einem Zeitpunkt ein bestimmtes Merkmal auf?) und keine Inzidenzen (Wie viele Personen einer Grundgesamtheit haben in einem bestimmten Zeitraum dieses Merkmal neu ausgebildet?) vor. Letzteres benötigt der Aktuar für die Herleitung von Eintrittswahrscheinlichkeiten der versicherten Ereignisse, die Ausgangspunkt jeder Kalkulation sind.

Das Tarifierungskonzept der modular aufgebauten FIV verlangt daher an wesentlichen Stellen die Einschätzung medizinisch-epidemiologischer Experten. Diese Einschätzung basiert vor allem auf langjährigen Erfahrungen dieser Personen. Im Dialog mit diesen Experten besteht die Aufgabe der Aktuare darin, die Einschätzungen geeignet zu hinterfragen, Inkonsistenzen aufzudecken und Ideen für mögliche Ansätze aufzuzeigen, die dann zu „rechenbaren“ Werten führen.

Eine Experteneinschätzung ist insbesondere hinsichtlich folgender Punkte entscheidend: Sie überbrückt all diejenigen Fälle, in welchen keine statistischen Da-

ten verfügbar sind, und erlaubt es ferner, die für die Kalkulation relevanten Daten aus umfangreicheren Erhebungen herauszulesen und im Hinblick auf (medizinische) Vollständigkeit und Angemessenheit zu beurteilen. Sie liefert auch Erklärungen zur Interpretation der Daten, da z. B. Veränderungen in der Datenerhebung bei einzelnen Statistiken zu Brüchen führen, die eine Vergleichbarkeit über bestimmte Zeitpunkte einschränken und den Aktuaren nicht bekannt sind. Überdies sind die medizinischen Arbeiten bezüglich der Güte und Relevanz ihrer Aussagen oft nur von medizinisch-epidemiologischen Experten einzuschätzen.

Letztendlich ist es mithilfe von Experteneinschätzungen möglich, belastbare Rechnungsgrundlagen für das Organmodul des FIV-Konzepts in der Schaden-/Unfallversicherung herzuleiten.

Schwerbehindertenstatistik als Kalkulationshilfe

Der erste Schritt bei der Ableitung von Rechnungsgrundlagen für die Organrente ist also die Identifikation einer geeigneten Datengrundlage. Organschädigungen, welche eine Leistung im Sinne der FIV auslösen, sind in der Regel gleichzeitig als Schwerbehinderung einzustufen. Die Schwerbehindertenstatistik liefert damit eine Grundlage, um Organinzidenzen, also Wahrscheinlichkeiten für den Eintritt einer Organrentenleistung, abzuleiten.

Die Schwerbehindertenstatistik wird alle zwei Jahre vom Statistischen Bundesamt erstellt und liefert umfangreiche Informationen, gegliedert u. a. nach Art der schwersten Behinderung, nach Altersgruppen sowie teilweise Einzelaltern, nach dem Grad der Behinderung, nach Ursache der schwersten Behinderung usw. Einige interessante Informationen sind zwar in den offiziell veröffentlichten Tabellen nicht enthalten, können aber über Sonderauswertungen ergänzt werden. Auch die Schwerbehindertenstatistik beinhaltet lediglich Prävalenzen und keine Inzidenzen. Aus den Daten lassen sich jedoch unter Zuhilfenahme geeigneter Annahmen und Verwendung entsprechender Experteneinschätzungen Organinzidenzen für mehrere Zeiträume herleiten, die eine bemerkenswerte Stabilität aufweisen. Nach Anwendung geeigneter aktuarieller Glättungsverfahren erhält man schließlich verwendbare Rechnungsgrundlagen. Diese Rechnungsgrundlagen mögen vielleicht nicht den Anforderungen der Lebensversicherung genügen, wo längere Zeiträume und Trends beurteilt werden müssen, um ein Prämienniveau langfristig garantieren zu können. Aus Sicht der Schaden-/Unfallversicherung, wo man die Möglichkeit hat, auf Veränderungen mit Prämienanpassungen zu reagieren, weisen sie jedoch eine gute Qualität auf.

Intensive Zusammenarbeit zwischen Aktuaren und Medizinern

Natürlich gibt es plausible Grenzwerte für den Schadenbedarf einer FIV. Grundsätzlich kann er nicht – wenn man gröbere Fehler im Bedingungswerk und im Antragsprozess vermeidet – über den Werten der BU-Versicherung liegen. Und schon die simple Betrachtung, dass in der FIV aufgrund der schärferen Leistungsfalldefinitionen erheblich weniger Schadenfälle aufgrund von psychischen Erkran-

kungen und Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates anfallen werden, ergibt eine Schadenbedarfsdimension, die deutlich unter der einer BU-Versicherung liegen muss. Andererseits kann der Bedarf aber auch nicht unter dem für eine Pflegeversicherung angesiedelt sein. Derartige Grenzwerte mögen für Plausibilisierungen hilfreich sein. Für eine stabile Prämienkalkulation ist dieses Wissen jedoch nicht ausreichend.

Während Unfallrente und Pflegerente bekannte Leistungskonzepte aus der Schaden-/Unfall- bzw. der Kranken- oder Lebensversicherung mit entsprechend etablierten Rechnungsgrundlagen sind, stehen für die Rechnungsgrundlagen der Grundfähigkeitenrente, der Krebsrente und des FIV-spezifischen Organschutzes keine vergleichbar ausgearbeiteten statistischen Grundlagen zur einfachen Produktkalkulation zur Verfügung.

Hier hat es in den letzten Monaten verwirrende Diskussionen darüber gegeben, wie hoch der Schadenbedarf für eine FIV sein sollte oder könnte. Im Wesentlichen sind hierfür drei Komponenten verantwortlich:

1. die Frage der Rechnungsgrundlagen für die Grundfähigkeiten- und die Krebsrente sowie insbesondere für den Organschutz
2. die Berechnung der Überlappungseffekte der fünf Module
3. der Einfluss der Risikoprüfung

Ohne medizinische Expertise und epidemiologisch-medizinisches Fachwissen sind diese Herausforderungen nicht zu meistern. Hier wird man als Aktuar (zu) schnell die unsicheren Grundlagen durch übermäßige Sicherheitszuschläge kompensieren. Aber auch schon Überlappungsmodelle, die sich nicht in Übereinstimmung mit der medizinischen Praxis befinden, führen automatisch zu einer ungeeigneten Beurteilung des Schadenbedarfes. Daraus erklärt sich auch, dass im Markt in den vergangenen Monaten Prämiensprünge beobachtet werden konnten, die nicht erklärbar waren und teilweise auch wieder rückgängig gemacht wurden.

Bei der Herleitung von Rechnungsgrundlagen und Grundprinzipien einer modular aufgebauten biometrischen Versicherungslösung für das Invaliditätsrisiko haben die Autoren die Erfahrung gemacht, dass es sehr wichtig ist, von Anfang an großen Wert auf die enge Verknüpfung von medizinisch-epidemiologischem Expertenwissen und aktuariellen Methoden zu legen. So konnte belegt werden, dass im Markt umgesetzte Kalkulationsansätze in der Einschätzung des Schadenbedarfs dimensionsmäßig stimmig waren. Als weiterer Ertrag der Kooperation von Medizin und Versicherungsmathematik bei der FIV lassen sich nunmehr auch Varianten des Grundkonzeptes aus empirischen Daten ableiten. Dies wird sich bei zukünftigen Weiterentwicklungen des Produkts, insbesondere im Bereich der Krebsabsicherung und des Organschutzes, als hilfreich erweisen.