

**Anja Krüger**

# DIE ANGST MACHER



**Wie uns die  
Versicherungswirtschaft  
abzockt**

Doch statt echter Transparenz... Menschen  
überversichert sind... nicht ihrem Be... in dreistelliger  
Milliardenhöhe. 20... versicherer fast 170 Milliar... Milliarden Euro aus den  
privaten Haush... braucher über die tatsächlich garanti... Versicherung, die Risiken einer  
Geldanlage... denen das Unternehmen bei einem Schaden über... Und kommt es zum Schadenfall, sind

**BASTEI ENTERTAINMENT** ■■■■▶

Anja Krüger

# DIE ANGST MACHER

Wie uns die  
Versicherungswirtschaft  
abzockt

BASTEI ENTERTAINMENT 

# BASTEI ENTERTAINMENT

Vollständige E-Book-Ausgabe  
des in der Bastei Lübbe AG erschienenen Werkes

Bastei Entertainment in der Bastei Lübbe AG

Originalausgabe

Dieses Werk wurde vermittelt durch Aenne Glienke, Agentur für Autoren und Verlage, [www.aenneglienkeagentur.de](http://www.aenneglienkeagentur.de)

Copyright © 2012 by Bastei Lübbe AG, Köln

Textredaktion: Dr. Katharina Thöml, Wiesbaden

Umschlaggestaltung: Johannes Wiebel, punchdesign, München

Umschlagmotiv: Illustration Johannes Wiebel, punchdesign, München, unter

Verwendung eines Motivs von © musicman / Shutterstock

E-Book-Produktion: le-tex publishing services GmbH, Leipzig

ISBN 978-3-8387-1515-5

[www.bastei-entertainment.de](http://www.bastei-entertainment.de)

[www.lesejury.de](http://www.lesejury.de)

# Inhalt

Vorwort

## I. Bündnis für Pfründe

1. Verzögern, verschleppen, sich verklagen lassen  
*Wenn ein Arbeitsunfall alles verändert / Psychotest statt Untersuchung*
2. Wie die Politik die Bürger in die Arme der Assekuranz treibt  
*Hartz-IV-sichere Verträge / Furchtappelle / Erst Angst machen und dann abblitzen lassen / Genug ist nicht genug / Die Versorgungslücke / Schlechte Rendite, hohe Kosten, unflexibel / Systematisch in die Irre führen / Informationsbomben / Sterbetafeln nach Bedarf / Zu eigenen Gunsten verrechnen / Vorsorge statt Vergnügen / Mogelpackungen*
3. Gute Freunde: Politiker und Versicherer  
*Der Drückerkönig wird gesellschaftsfähig / Genosse Generaldirektor / Versicherungsvertreter als Volksvertreter / Private Krankenversicherer auf dünnem Eis / Provisionsexzesse / Parteispenden / Kohls Kumpel*
4. Die Verkäufer  
*Aggressive Verkaufstruppen / Der Gestank aus Budapest / Roadshow / Anhauen, Umhauen, Abhauen / Verkaufstechniken / Wir werden gekauft, wir verkaufen nicht / Berater in der Tasche / Virtuelle Vermittler / Mit Apps, Social Media & Co. auf Kundenfang*

5. Exotenexkurs: Extremus und Atompool  
*Terrorversicherer als Standortfaktor / 250 Nuklear-Risiken*

## **II. Branche auf Renditekurs**

1. Die verlogene Kampagne von ERGO  
*Lehrbeispiel für das falsche Spiel der Branche / PR statt Praxis / Fehlende Glaubwürdigkeit*
2. Die Verschleierungstaktiken  
*Seehund ja, Kuh nein / Das Prinzip der benannten Gefahren / Verschlimmbesserung / Mit Unsinn Geld verdienen: Restschuldversicherungen / Policen bei Penny / Garantiever sicherungen / Renditegrab Sterbegeldversicherung / Für jeden Anlass etwas / Unfallversicherungen*
3. Wie schlecht Versicherer Geschädigte behandeln  
*Unfallopfer als Kollateralschaden des Preiskriegs / Mitschuld erklären, Ansprüche kürzen / Auto in Todesgefahr / Wenn ein Mensch zweimal zum Opfer wird / Vorsicht bei freundlichen Helfern*
4. Die Servicewüste  
*Callcenter statt qualifizierte Mitarbeiter / Schwindende Kampfkraft / Die Männerbastion / Archaische Verhältnisse / Frauenförderung wegen Fachkräftemangels / Wie die Branche das Thema Versicherungsbetrug instrumentalisiert / Die schwarze Liste der Versicherer*

## **III. Warum Verbraucher der Branche ausgeliefert sind**

1. Der fast aussichtslose Kampf gegen die Versicherungswirtschaft

*Ohrfeige für die Generali / Die AXA und die Loveparade  
/ Wenn die Haftpflicht nicht zahlt*

2. *Wie weit der starke Arm der Assekuranz reicht  
Übermächtige Gegner / Kein scharfes Schwert / Wie  
Versicherer Grundsatzurteile verhindern /  
Verbraucherschutz per Klage / Anwalts Liebling:  
Rechtsschutzversicherung / Wegfall des Alles-oder-  
Nichts-Prinzips*
3. *Wer enttäuschten Kunden hilft  
Die Entscheidungsgewalt des Ombudsmanns / Kein  
echter Schiedsrichter für Privatpatienten / Die  
Versicherungsaufsicht BaFin / Hitliste der Beschwerden  
/ Anstalt für Vertrauensbildung / Als die Assekuranz  
noch ein Kartell war*
4. *Assekuranz in Europa  
Die Aufsichtsagentur EIOPA / Solvency II / Zum Glück  
gibt es Europa*

## **Literaturverzeichnis**

## **Anmerkungen**

## Vorwort

**W**as für eine Branche! Zwei Meldungen aus der jüngeren Vergangenheit werfen ein bezeichnendes Licht auf die Versicherungswirtschaft. Zuerst kommt heraus, dass der biedere Familienversicherer Hamburg-Mannheimer seine Topverkäufer in Budapest zu einer Sexparty mit Prostituierten eingeladen hat. Wenige Wochen später erstattet die Muttergesellschaft ERGO Anzeige wegen Erpressung gegen drei Personen. Ein obskurer Streit zwischen Vertretern und Versicherer soll hinter dem Bekanntwerden dieser und weiterer unschöner Meldungen über abgezockte Kunden stecken. Nun kümmert sich die Justiz um die Frage, ob das stimmt. Doch selbst wenn: Erpressbar muss man sich ja erst mal machen. Viele Menschen glauben, dass diese Sexparty keine Ausnahme in der Versicherungswirtschaft war und ist. Den Leuten in der Assekuranz traut das Publikum eine Menge zu.

Die Branche hat einen schlechten Leumund, nicht nur wegen solcher Affären. Sie hat ihn zu Recht, und zwar auch jenseits von *sex & crime*. Viele Menschen fühlen sich abgezockt. Die Bürger zahlen und zahlen und zahlen – aber wenn sie die Versicherung brauchen, haben sie nichts als Ärger. Ob es die Kamera ist, die der Freund kaputt gemacht hat, das eigene Auto, in das jemand gebrettert ist, oder eine Krankheit, wegen der ein Berufstätiger nicht mehr arbeiten kann –, immer müssen die Versicherungskunden darauf gefasst sein, dass ihr Versicherer den Schaden nicht reibungslos reguliert. Menschen, die bei einem Unfall unverschuldet schwer physisch oder psychisch verletzt wurden, werden nicht selten durch jahrelange Prozesse getrieben. Bis sie nicht

mehr können. Zeichnet sich dagegen ab, dass ein Versicherer vor dem Bundesgerichtshof verliert, gibt er schnell klein bei, damit es kein Grundsatzurteil zuungunsten der Branche gibt. Das sind keine gepflegten Vorurteile, das sind die Erfahrungen vieler Menschen.

Ja, dieses Buch ist kein ausgewogenes Buch. Die Lage lässt das nicht zu. Das Verhältnis zwischen Versicherungswirtschaft und Verbrauchern ist erschreckend ungleich: Mächtige und Ohnmächtige stehen sich gegenüber. Auf der einen Seite stehen die gewaltigen Unternehmen, die Zeit und Geld und Verkaufstruppen für alle denkbaren Zielgruppen haben. Brillante Köpfe in unzähligen Abteilungen entwickeln immer neue Verträge, um den Bürgern das Geld aus der Tasche zu ziehen, und immer abgedrehtere Vertragsunterlagen, die kein Mensch durchschauen kann. Ihr langer Arm reicht bis in Politik und Wissenschaft, Anwaltschaft und Gutachterwesen. Ihren Kunden und der Öffentlichkeit verweigern sie einen echten Einblick und verschanzen sich immer wieder hinter dem Argument »Geschäftsgeheimnis«. Wer so viele Geheimnisse hat wie die Versicherer, der muss auch etwas zu verbergen haben.

Auf der anderen Seite: die Verbraucher. Jeder Mensch fürchtet sich vor Schicksalsschlägen. Die Truppen der Assekuranz machen sich das zunutze. Wer furchtlos zu ihnen kommt, bleibt es nicht lange. Altersarmut, Berufsunfähigkeit, plötzlicher Herztod – Versorgungslücken gibt es immer zu entdecken. Angst macht Verbraucher zur schnellen Beute der Versicherer. Für jede Angst haben sie ein Angebot in der Tasche.

Der Staat zwingt die Bürger immer mehr zur privaten Vorsorge, was viele mit »Versicherungen abschließen« übersetzen. Sie sollen private Rentenversicherungen kaufen, die so kompliziert gestrickt sind, dass sie keine Chance haben, sie zu verstehen. Der Bürger kann nur Blackboxes miteinander vergleichen und nur ungefähr

erahnen, was am Ende dabei herauskommt.

Versicherungsbedingungen werden in Deutschland nicht geschrieben, damit die Kunden sie lesen und verstehen. Sie werden erstellt und in schlimmstem Juristendeutsch gehalten, damit der Versicherer auf der sichereren Seite ist. Kunden kaufen die Katze im Sack. Jeder weiß das. Wir alle verhalten uns so, weil wir Versicherungsschutz brauchen und keine Alternative dazu haben. Jeder unterschreibt Versicherungsverträge, die er nicht gelesen hat oder nicht versteht, nicht verstehen kann. Das ist der Normalfall. Und das ist schlecht.

Natürlich gibt es auch gute Versicherungen. Aber das große Problem ist: Man kann sie nicht erkennen. Der Kunde muss Glück haben. Er muss das Glück haben, einen wirklich guten Berater, Versicherungsmakler oder – ja, selbst die gibt es – guten Vertreter zu finden. Er muss das Glück haben, dass die ausgesuchte Police hält, was man ihm verspricht. Er kann es ja nicht kontrollieren. Er muss das Glück haben, dass der Versicherer nicht plötzlich seine Geschäftsstrategie ändert oder aufgekauft wird und schärfere Richtlinien aus dem guten einen schlechten Vertrag machen. Er muss das Glück haben, dass die Police nicht nur deshalb so günstig ist, weil der Anbieter in Kürze pleitegeht. Wer Glück haben muss, der hat schon Pech. Denn er ist den Gewalten einfach ausgeliefert.

Stellt sich heraus, dass der Kunde leider eine Niete gezogen hat, ist es zu spät. Er bleibt auf dem Schaden sitzen oder muss wegen der niedrigen Rente darben. Viele kapitulieren im Kleinkrieg mit Sachbearbeitern und Juristen. Aber es gibt auch viele, die sich nicht geschlagen geben. Sie werden oft als Querulanten, Simulanten oder notorische Nörgler abgestempelt. Sie verdienen unseren Respekt. Die Idee, dass Angebot und Nachfrage für ein Gleichgewicht auf dem Markt sorgen, funktioniert in der Versicherungswirtschaft nicht. Ob beim Verkauf oder bei

der Regulierung von Schäden, die Branche missbraucht ihre Macht. Davon handelt dieses Buch.

# **I. Bündnis für Pfründe**

# 1. Verzögern, verschleppen, sich verklagen lassen

**Z**u verkaufen steht über dem Schild mit der Hausnummer, das in die Gasse in Werne-Stockum zeigt. Am Ende der kleinen Straße wohnen Uwe Steinhardt und seine Frau in einem großzügigen Einfamilienhaus mit schönem Wintergarten. Noch. Das Paar – die drei erwachsenen Kinder sind ausgezogen – sieht keine andere Lösung mehr als den Hausverkauf. Langsam, aber sicher gehen die finanziellen Reserven zu Ende. Die beiden wollen die Zügel in der Hand behalten, sie wollen nicht warten, bis die Zwangsversteigerung droht. Schon immer waren sie vorausschauend, schon immer gingen sie lieber auf Nummer sicher. Um sich gegen Schicksalsschläge zu wappnen, versicherte sich das Paar gut. Das kostete viel Geld. Dann hatte Uwe Steinhardt einen Unfall. Nun machen die beiden die bittere Erfahrung, dass ihr vermeintliches Sicherheitsnetz sie nicht auffängt. »Wenn die Versicherung nicht zahlt, lebe ich in einigen Jahren von Hartz IV«, fürchtet Uwe Steinhardt. Genau das wollte er verhindern, deshalb hatte er vorgesorgt. Glaubte er. Früher war er selbstständiger Vermessungstechniker. Jetzt kann der Zweiundfünfzigjährige nicht mehr arbeiten und steht vor dem finanziellen Ruin. Ruiniert von einem Versicherer, der mehr als 15 Jahre hohe Beiträge kassiert hat, so sieht es Steinhardt. Seit Jahren kämpft er darum, dass die Versicherungsgesellschaft Debeka seine Berufsunfähigkeit anerkennt. Doch ob oder wann das geschieht, ist fraglich. Die Debeka hat Zeit. Uwe Steinhardt nicht.

Ausgerechnet die Debeka. Das Koblenzer Unternehmen hat einen ausgezeichneten Ruf. Es gilt als einer der solidesten, ja vielleicht als der solideste Versicherer Deutschlands. Die Gesellschaft versichert traditionell viele Beamte. Sie vertreibt ihre Verträge über einen angestellten Außendienst und nicht wie die meisten Konkurrenten über Vertreter, die Dollarzeichen in den Augen haben, wenn sie nur an Kunden denken. In der großen Empfangshalle im Koblenzer Hauptquartier bezeugen links neben dem Eingang weit mehr als ein Dutzend Abbildungen mit besten Benotungen von *Test*, *Focus Money*, *Euro am Sonntag* und anderen Zeitschriften, wie gut Verträge aus diesem Haus bei unabhängigen Prüfern abschneiden.

Die Debeka ist keine kleine Klitsche, das zeigen nicht nur das fünfzehnstöckige Verwaltungsgebäude und angrenzende Bürokomplexe, eine Viertelstunde zu Fuß vom Deutschen Eck entfernt. Sie ist gemessen an der Zahl der Kunden der größte private deutsche Krankenversicherer und einer der zehn größten Lebensversicherer. Berufsunfähigkeitspolizen sind ebenso wie Rentenversicherungen Teil des sogenannten Lebensgeschäfts. Die Debeka gehört zu den Lebensversicherungen, die ihre Kunden am besten an den Gewinnen beteiligen. Sie verkauft keine fondsgebundenen Lebensversicherungen, bei denen der Kunde allein das Kapitalmarktrisiko trägt. Als Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit gehört sie theoretisch ihren Kunden, die alle auch Mitglieder des Vereins sind. Deshalb muss das Unternehmen keinen Gewinn an Aktionäre ausschütten, der bleibt im Haus oder wird an die Kunden verteilt. Vorstandschef Uwe Laue verdiente 2010 mit 380 000 Euro vergleichsweise bescheiden, Allianz-Chef Michael Diekmann kam mit fast 5,9 Millionen Euro auf mehr als das Zehnfache. Doch Uwe Steinhardt nützt das alles nichts. Die Debeka zahlt nicht. Und das, obwohl die Verantwortlichen

in der Ferdinand-Sauerbruch-Straße in Koblenz genau wissen, dass in seinem Fall einiges schiefgelaufen ist.

Vor Schicksalsschlägen kann man sich nicht schützen. Aber vor den finanziellen Folgen, sagt die Versicherungswirtschaft. »Damit Ihr Leben nicht zum Risikospiele wird«, wie die Nürnberger Versicherung so schön wirbt. Doch ob mit oder ohne Police, das Risikospiele bleibt. Uwe Steinhardt ist kein Einzelfall. »Im Leistungsfall kommt es oft zum Streit zwischen dem Versicherer und dem Kunden«, weiß Edda Castelló, Versicherungsexpertin der Verbraucherzentrale Hamburg. Die Unternehmen versprechen den Bürgern finanzielle Sicherheit in einer existenziellen Krise. Doch in vielen Fällen verschärfen sie diese Krise. Will ein Kunde nach einem Unfall oder einer Krankheit den versprochenen Schadensersatz, steht er erst einmal unter Generalverdacht. Die Geschädigten fühlen sich dabei häufig schlecht behandelt. Die Gesellschaften nennen es »einen Leistungsfall prüfen«. Aber die Betroffenen empfinden es als aggressive Abwehr, wenn die Sachbearbeiter immer wieder ihre Unterlagen anfechten und neue Gutachten anfordern, die eingereichten Anträge und Expertisen jedoch ewig auf dem Schreibtisch oder im elektronischen Postfach des Versicherungsangestellten liegen bleiben. In einem zermürbenden, nervenaufreibenden Kleinkrieg kämpfen Geschädigte um ihr Recht. Jahrelang haben sie viel Geld gezahlt. Wollen sie etwas von ihrem Versicherer, werden sie im günstigen Fall wie lästige Bittsteller und im schlimmsten wie Kriminelle behandelt.

Die Versicherungsgesellschaften treiben Kunden und Geschädigte damit nicht nur in den Ruin, sondern auch in die Verzweiflung. »Es ist erniedrigend und entwürdigend, erst einen Schaden zu erleiden und dann als Simulant und Betrüger hingestellt zu werden«, sagt Stefanie Jeske, Vorsitzende der Düsseldorfer Interessengemeinschaft subvenio. Die gemeinnützige Organisation setzt sich ein für

Unfallopfer, denen Versicherer keinen Schadensersatz zahlen wollen. Für die Betroffenen ist dieses Verhalten eine extreme psychische Belastung. Sie sind Opfer einer Strategie, die der Fachanwalt für Versicherungsrecht Jürgen Hennemann als »Versicherungsdreiklang« bezeichnet: »Verzögern, verschleppen, sich verklagen lassen.« Das Vorgehen der Branche hat System, wenn es um hohe Personenschäden geht. Davon ist der Fachanwalt aus Buchholz südlich von Hamburg fest überzeugt. »Die Versicherer zielen auf die wirtschaftliche Zerstörung der Geschädigten, und sie haben die erforderliche gesetzliche Infrastruktur dafür«, sagt Hennemann, der ausschließlich Geschädigte und keine Versicherungsunternehmen vertritt. Anders als in den USA droht den Gesellschaften hierzulande keine Strafzahlung, wenn sie mutwillig die Bearbeitung eines Schadens verzögern.

### ***Wenn ein Arbeitsunfall alles ändert***

Uwe Steinhardt wäre nie auf die Idee gekommen, dass er einmal als Versicherungsbetrüger oder Simulant angesehen werden könnte. In seinem früheren Leben war er Vermessungstechniker. 1985 machte er sich mit zwei Kollegen selbstständig, die drei gründeten eine Firma für Vermessungstechnik in Unna. Das Büro arbeitete für Mineralölgesellschaften. Steinhardt vermaß Tankstellen, war im ganzen Bundesgebiet unterwegs. »Tankstellen sind in ständiger Veränderung«, erklärt er. Sie werden regelmäßig modernisiert, mal wird ein neuer Tank installiert, mal eine neue Halle hochgezogen, mal etwas angebaut. Uwe Steinhardt lieferte die Daten für die Bauherren. Es lief gut.

Die Firma vereinbart 1988 für ihn eine kombinierte Lebens-, Unfall- und Berufsunfähigkeitsversicherung mit der SIGNAL IDUNA in Dortmund. Das soll seine

Altersvorsorge sein. 1989 bauen er und seine Frau das Haus in Werne-Stockum. Sie schließen eine Lebensversicherung bei der Alten Leipziger ab, die ebenfalls einen Berufsunfähigkeitsschutz hat. Die Familie soll das Haus behalten können, falls dem Vermessungstechniker etwas zustößt.

Auch der Alten Leipziger hat Uwe Steinhardt seinen Fall gemeldet. »Erst habe ich aus der Zentrale in Oberursel positive Signale bekommen«, sagt er rückblickend. Dann gab man ihm zu verstehen, man warte ab, wie die Debeka sich entscheide. Diese Vorgehensweise sei die Regel, heißt es bei der Alten Leipziger. »Wenn ein Versicherungsnehmer bei mehreren Versicherern Leistungen beantragt, dann ist es üblich, dass der hauptsächlich betroffene Versicherer die Leistungsprüfung übernimmt«, sagt Sprecher Karl Hochstadt. Bei der Alten Leipziger geht es um eine monatliche Rente von 200 Euro, bei der Debeka geht es um mehr als 4000 Euro.

Mit der Debeka hat Uwe Steinhardt seit Anfang der Neunzigerjahre zu tun. Seine Firma kommt in Kontakt mit einem Außendienstmitarbeiter der Debeka. Es passiert etwas in der Branche sehr Typisches: Der Vermittler macht die bestehende Police schlecht und preist die eigenen Verträge in den sonnigsten Farben. »Wir bekamen eine um 10 bis 15 Prozent höhere Ablaufleistung in Aussicht gestellt«, berichtet Steinhardt. Zehn oder gar 15 Prozent mehr Rente – das ist schon eine interessante Hausnummer. »Ich dachte: Die Debeka versichert Beamte, das ist ein seriöses Unternehmen«, beschreibt er seine damaligen Überlegungen. Das Vermessungsbüro stellt die Altersvorsorge für die Inhaber um. Die Firma entscheidet sich für Verträge bei der Debeka. Die sehen neben der Altersrente auch eine Rente im Falle der Berufsunfähigkeit vor – und die Befreiung von der Beitragszahlung für die Altersvorsorge, falls der Versicherte seinen Job nicht mehr ausüben kann.

Am 2. August 2007 hat Uwe Steinhardt einen Unfall. Er nimmt an einer Tankstelle Vermessungen vor, als ihn von hinten ein Astra Kombi trifft. Zu diesem Zeitpunkt zahlte seine Firma an die Debeka im Monat 1400 Euro an Versicherungsprämien - für Altersvorsorge und Berufsunfähigkeit. »Bei dem Unfall ist es zu einer Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule gekommen, zu einem stumpfen Schädel-Hirn-Trauma«, berichtet er. »Das Gehirn ist gegen die Schädeldecke geprallt, gleichzeitig ist die Wirbelsäule überstreckt worden.« Ärzte diagnostizieren massive Nervenschädigungen. Unter anderem hat Uwe Steinhardt Probleme, nach links zu schauen und andere Sehstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Schwindelanfälle und Beeinträchtigungen beim Gehen.

Der Vermessungstechniker lässt sich schulmedizinisch behandeln, macht eine Rehabilitation, probiert alternative Therapien. Er kämpft. Nichts hilft. Ende 2007 bekommt die Debeka seinen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente In der Regel zahlt die Versicherung bei einer Berufsunfähigkeit von 50 Prozent. Aber Uwe Steinhardt hat einen guten Vertrag bei einem guten Versicherer. Seine Police sieht vor, dass er ab einer Berufsunfähigkeit von 25 Prozent Geld bekommt, nicht die volle Summe, aber den entsprechenden Anteil. Er hat mit dem Unternehmen eine hohe Berufsunfähigkeitsrente vereinbart. 4400 Euro im Monat.

Die Debeka hat fast 430 000 Berufsunfähigkeitspolice in den Büchern. Die Versicherungssumme von Uwe Steinhardt ist nicht die höchste, aber eine der höchsten. Sollte er fünfundsechzig Jahre alt werden und die Gesellschaft die Berufsunfähigkeitsrente zahlen, kostet sie das richtig viel Geld. Es gibt Unternehmen, die schließen für Verträge in dieser Größenordnung selbst eine Versicherung ab, rückversichern heißt das im Fachjargon. Das hat die Debeka nicht gemacht. Müsste sie die Rente zahlen, müsste sie das ganz allein tragen.

Bei der Debeka sind 15 sogenannte Leistungsprüfer damit beschäftigt, Anträge wie die von Uwe Steinhardt zu bearbeiten. Rund 1300 Anträge kommen im Jahr ins Haus. Bekommt er einen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente auf den Tisch, versucht der Sachbearbeiter sich ein genaues Bild zu verschaffen. Er schickt dem Betroffenen einen Fragebogen; Beamte, Angestellte und Selbstständige bekommen unterschiedliche. Bei Beamten akzeptiert die Debeka die Entscheidung des Dienstherrn, wenn ein Kunde nach dem Beamtenrecht dienstunfähig ist. Ist die gesetzliche Rentenversicherung der Auffassung, dass jemand seinen Job nicht mehr ausüben kann, spielt das keine Rolle. »Die rechtlichen Grundlagen sind unterschiedlich, daher kann man deren Gutachten oft nicht brauchen«, begründet das der Arzt Ulrich Gottwald, der Leiter der zuständigen Leistungsabteilung.

Bei vielen Anträgen wird bei der Debeka nach Aktenlage entschieden, und zwar immer dann, wenn den Prüfern die Sache klar erscheint. »Der Sachbearbeiter macht sich aufgrund seiner Erfahrung und seiner Kenntnis der Rechtsprechung ein Bild«, sagt Karl-Heinz Löhr, Leiter der Hauptabteilung Lebensversicherung der Debeka. Bis zu einer Größenordnung von 150 000 Euro steht das im Ermessen der Sachbearbeiter. »Es ist nicht die Regel, dass wir einen Gutachter einschalten«, sagt Löhr. Doch bei Uwe Steinhardt ist das geschehen. Dem Sachbearbeiter, der aufgrund der vereinbarten Rentenhöhe sofort seine Vorgesetzten informiert hat, schienen Unfallhergang und das von Steinhardt beschriebene Krankheitsbild nicht zusammenzupassen. Damit beginnt eine Reihe von bis heute andauernden Merkwürdigkeiten. Beide Seiten beschreiben das Geschehen gleich, aber werten es unterschiedlich.

### ***Psychotest statt Untersuchung***

Es beginnt mit einem »Schadenregulierer« des Rückversicherers GenRe, der sich bei Uwe Steinhardt meldet. Die Debeka schaltet den Rückversicherer ein, weil sie Unterstützung bei der medizinischen Bewertung haben will, sagt sie. Inzwischen hat der Versicherer Unterlagen über die wirtschaftliche Situation von Steinhardts Firma eingeholt. Die machte Verluste. Das lässt die Sache für den Versicherer verdächtig erscheinen. Der Schadenregulierer ist Arbeitsmediziner. Er ruft bei Uwe Steinhardt an und will zu ihm nach Hause kommen. »Für die Untersuchung wollte er ein Feldbett mitbringen«, erinnert sich der Familienvater. Danach will der Arbeitsmediziner mit allen Personen in der Firma des Verunglückten sprechen. Das alles findet der Vermessungstechniker seltsam. Er lehnt den Besuch ab.

Schließlich treffen sich der Arbeitsmediziner, Uwe Steinhardt und seine Tochter in einer Dortmunder Klinik. Dort spricht der Schadenregulierer stundenlang mit Steinhardt, nach etwa sechs Stunden kann der nicht mehr. Die körperliche Untersuchung soll an einem anderen Tag nachgeholt werden. Sie wird nie stattfinden. Der Arbeitsmediziner schreibt erst nach vier Monaten einen Bericht. Trotz Mahnung. Er hat selbst gesundheitliche und familiäre Probleme und wohl zu viele Aufträge angenommen, findet die Debeka später heraus. Da ist es August 2009, der Unfall ist zwei Jahre her.

Auch beim nächsten Versuch, ein Gutachten zu bekommen, geht einiges schief – was nicht Uwe Steinhardt zu verantworten hat. Ein Professor der Universitätsklinik Erlangen soll für eine interdisziplinäre Untersuchung sorgen, neben neurologischen Schäden sollen orthopädische und wegen des anhaltenden Schwindels auch Schäden am Ohr untersucht werden. Das ist der Auftrag, den die Debeka gibt, und das ist die Voraussetzung, unter der Steinhardt nach Erlangen fährt. Doch aus dem interdisziplinären Gutachten wird nichts.

Warum nicht, kann sich die Debeka nicht erklären. »Da ist etwas in der Universitätsklinik schiefgelaufen, das ist nicht unsere Schuld«, sagt Hauptabteilungsleiter Karl-Heinz Löhr. Das Ergebnis ist ein psychiatrisches Gutachten. Danach ist Uwe Steinhardt wegen somatoformer Störungen zu 20 Prozent berufsunfähig. Ab 25 Prozent muss die Debeka zahlen. Die Hauptbeschwerden von Steinhardt werden völlig außer Acht gelassen.

Dafür machen die Mediziner einen Test, um Uwe Steinhardts Bereitschaft zur Mitarbeit zu prüfen. Das ist heute bei psychiatrischen Gutachten so üblich, sagt Debeka-Arzt Gottwald. Dem Test zufolge strengt sich Steinhardt bei den Untersuchungen nicht an. Selbst wenn das so gewesen sein sollte: Wäre das ein Wunder? Uwe Steinhardt hatte zu diesem Zeitpunkt, Jahre nach dem Unfall, von der Debeka einen aus seiner Sicht seltsamen Schadenregulierer geschickt bekommen. Er musste stundenlange Gespräche mit einem Mediziner über sich ergehen lassen, der nicht willens oder fähig war, anschließend in angemessener Zeit ein Gutachten zu schreiben. Dann musste er nach Erlangen fahren und sich statt der erwarteten körperlichen Untersuchung Psycho-Tests stellen. Dass allein dieser Ablauf einen höchst merkwürdigen Eindruck macht, wissen auch die Verantwortlichen bei der Debeka. »Das alles ist uns sehr unangenehm. Aber sollen wir deshalb eine Berufsunfähigkeitsrente zahlen, von der wir nachweislich wissen, dass sie nicht berechtigt ist?«, fragt Hauptabteilungsleiter Löhr. »Nachweislich« stützt sich auf ein einziges neurologisches Gutachten. Der Erlanger Psychiater, der die zugesagte Organisation der interdisziplinären Untersuchung nicht hinbekommen hat, hat eine weitere neurologische Untersuchung empfohlen, die auch stattgefunden hat.

Im Mai 2010 soll Uwe Steinhardt noch einmal nach Erlangen. Weil er krank wird, kann er nicht fahren.

Schließlich wird er in Essen von einem Neurologen untersucht. Der kann nichts Gravierendes finden. In seinem Gutachten ist die Rede von »Aggravation«, das ist der Fachbegriff für die Übertreibung von Krankheitserscheinungen. Steinhardt reicht weitere Gutachten ein, auch zu nicht neurologischen Beschwerden wie Sehstörungen und Schwindelanfällen. Geprüft werden sie von dem Neurologen, er entscheidet für alle Fachgebiete. Der Neurologe kommt zu dem Schluss, dass die Schwindelanfälle kein Ohrenproblem seien. Deshalb muss nach Auffassung der Debeka auch kein HNO-Spezialist einen Blick auf Uwe Steinhardt werfen. Zum Jahreswechsel 2011 schickt sie ihm die Ablehnung seines Antrags.

Uwe Steinhardt ist nach seinem Unfall nicht untätig geblieben. Da die Debeka über Jahre nicht dazu in der Lage ist, ein Gutachten erstellen zu lassen, gibt er für viel Geld selbst Expertisen in Auftrag. Nach denen ist er berufsunfähig. Aber diese Gutachten akzeptiert die Debeka nicht. »Sie sind nicht von einem neutralen Gutachter erstellt worden«, sagt Debeka-Arzt Gottwald.

Im Herbst 2011 zieht Uwe Steinhardt vor Gericht. Gegen die Alte Leipziger prozessiert er schon. Die Kosten dafür trägt seine private Rechtsschutzversicherung. Für die Sache mit der Debeka will sie zunächst nicht aufkommen, weil die Firma der Vertragspartner ist. Doch die Police wird auf Uwe Steinhardt umgeschrieben. Die beiden Partner haben sich aus der Firma zurückgezogen. Nach der Ablehnung der Berufsunfähigkeitsrente schickt die Debeka eine Rechnung mit den ausstehenden Beiträgen in Höhe von mehr als 30 000 Euro. Die Firma meldet Insolvenz an. Bis dahin war rechtlich gesehen das Unternehmen Vertragspartner der Debeka und nicht die Privatperson Uwe Steinhardt. Das ist ein wichtiger Unterschied, auch wenn der Unternehmer und der Versicherte ein und dieselbe Person sind. Bisher ist seine private

Rechtsschutzversicherung für den Fall nicht aufgekommen. Dass jetzt nicht mehr die Firma, sondern der Privatmann Vertragspartner ist, ist für Steinhardt aber eine zweischneidige Sache. Einerseits kommt nun die Rechtsschutzversicherung für die Klage auf, das sind immerhin Gerichtskosten von mehr als 9000 Euro und fast 6000 Euro für den Rechtsanwalt. Aber das Finanzamt will Geld sehen für den Gegenwert des Vertrags, in dem ja auch Kapital für die Altersvorsorge liegt. Auf Uwe Steinhardt kommen Steuerschulden in Höhe von 100 000 Euro zu. Dafür stehen seine Chancen, vor Gericht wenigstens einen Teilerfolg zu erreichen, rein statistisch gesehen fünfzig zu fünfzig. Von den Gerichtsverfahren wegen einer Berufsunfähigkeitsversicherung verliert das Unternehmen nach eigenen Angaben 10 bis 15 Prozent, bei 40 bis 50 Prozent gewinnt es. In den übrigen Fällen schließt die Gesellschaft einen Vergleich. Das bedeutet: Jeder zweite klagende Kunde erreicht zumindest einen Teilerfolg. Wie hoch ihre Ablehnungsquote in der Berufsunfähigkeitsversicherung ist, kann die Debeka nicht sagen. »Wir führen darüber keine Statistik. Nach Erhebungen des map-Report gehören wir zu den Versicherern mit den besten Leistungsquoten. Viele Problemfälle entstehen aber meistens durch fehlerhafte Gesundheitsangaben im Versicherungsantrag«, sagt Arzt Gottwald. Der map-Report ist ein angesehener Brancheninformationsdienst, der regelmäßig Untersuchungen über die Leistungen und die finanzielle Stabilität von Versicherern herausgibt.

Den Vertrag bei der SIGNAL IDUNA hatte Uwe Steinhardts Firma nicht gekündigt, sie hat ihn ruhen lassen. Die SIGNAL IDUNA zahlt dem ehemaligen Vermessungstechniker heute eine Berufsunfähigkeitsrente, wenn auch nicht besonders viel: 87 Euro im Monat. »Die Voraussetzungen zur Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente unserer versicherten Person Herrn

Steinhardt haben wir ordnungsgemäß geprüft und bereits turnusmäßig überprüft. Es lag und liegt eine Berufsunfähigkeit gemäß unserer Versicherungsbedingungen vor«, sagt die SIGNAL IDUNA. Die Debeka beeindruckt das nicht. Sie beeindruckt auch nicht, dass die Stadt Unna ihn zu 70 Prozent schwerbehindert erklärt hat. Uwe Steinhardt hatte auch eine Unfallversicherung. Die Unfallversicherung zahlte ihm rund 90 000 Euro. Unfallversicherer zahlen nur bei bleibenden Schäden, und sie prüfen den Gesundheitszustand der Verunglückten sehr genau. Der Versicherer hat ihm das Geld auf der Grundlage des Gutachtens eines Hals-Nasen-Ohren-Fachmanns überwiesen.

Uwe Steinhardt kann einfach nicht verstehen, was ihm widerfährt. »Ich habe mich so aufgestellt, dass ich der Solidargemeinschaft nicht zur Last falle, wenn mal etwas schiefgeht«, sagt er. So wollen Politik und Gesellschaft das. Die Bürger sollen vorsorgen für den Fall, dass das Schicksal eines Tages zuschlägt. Wer wegen einer Krankheit oder nach einem Unfall kein Geld mehr verdienen kann und trotzdem seinen Lebensstandard erhalten will, muss in guten Zeiten viel dafür bezahlen. Das hat Steinhardt getan, aber das nützt ihm nichts. Ist er ein Einzelfall? Wohl kaum. Verlässliche Zahlen gibt es nicht. Die Branche veröffentlicht nicht, wie viele Anträge auf Renten wegen einer Berufsunfähigkeit sie ablehnt. Branchenkenner gehen davon aus, dass es 30 bis 40 Prozent sind. Aber solange sich die Assekuranz querstellt und die echten Zahlen nicht herausgibt, kann das nur eine Vermutung sein.

Dabei wäre die Quote sehr aufschlussreich. Und zwar die jedes einzelnen Unternehmens. Kunden könnten ihre Kaufentscheidung auch von diesem Faktor abhängig machen. Der Rechtswissenschaftler Hans-Peter Schwintowski von der Berliner Humboldt-Universität

fordert, dass die Gesellschaften Kunden vor Abschluss über die Ablehnungsquoten informieren. »Die Ablehnungsquote sollte im Produktinformationsblatt stehen«, sagt er. Dieses Blatt müssen die Versicherer Kunden vor dem Abschluss aushändigen. Experten gehen davon aus, dass nur bei 5 Prozent der Ablehnungen der Kunde vor Gericht zieht. Denn nicht jeder kann sich einen Prozess leisten, zumal bekannt ist, dass die Versicherer durch alle Instanzen gehen. »Die Versicherer können die Ablehnung im Leistungsfall strategisch einsetzen und damit kalkulieren«, sagt Professor Schwintowski. So können sie niedrige Prämien anbieten. Geringer Beitrag und hohe Ablehnungsquote – das könnte Kunden eine Warnung sein.

Die Anbieter verweisen gerne darauf, dass die Ablehnungsquote nichts sagt, weil viele Kunden unberechtigt einen Antrag stellen. Selbst wenn das richtig sein sollte: Der Fehler liegt bei den Unternehmen. Hohe berechnete Ablehnungsquoten wären ein Zeichen dafür, dass die Policen systematisch falsch verkauft werden. Haben viele Kunden eine völlig falsche Vorstellung vom Leistungsumfang, läuft etwas in der Kommunikation zwischen Vermittler und Verbraucher schief. Wie soll der Kunde das ändern? Sind bei vielen Antragstellern vor dem Abschluss die Angaben zum Gesundheitszustand falsch, hat der Versicherer ein Problem mit seinen Verkäufern. Die Vermittler müssen dafür sorgen, dass dem Kunden klar ist, dass er seinen Vertrag gleich wegwerfen kann, wenn er Vorerkrankungen verschweigt – auch die, die mit einer späteren Berufsunfähigkeit nichts zu tun haben. In freier Wildbahn machen Vertreter aber nicht selten das genaue Gegenteil. Sie reden Vorerkrankungen und Untersuchungen klein, sodass der Interessent sie nicht angibt. Später kann der Verbraucher nicht nachweisen, dass der Vertreter ihn dazu ermuntert hat.

Der Versicherer ist immer in der stärkeren Position. Der Kunde muss beweisen, dass er nicht mehr arbeiten kann.

Er muss in einer extremen Krisensituation, in der sein ganzes bisheriges Leben infrage steht, seitenweise Anträge ausfüllen. Die Meldung der Berufsunfähigkeit ist eine anspruchsvolle Angelegenheit. »Der Laie ist damit überfordert«, sagt Versicherungsberater Stefan Albers. Anders als Vertreter oder Makler dürfen echte Versicherungsberater wie Albers keine Policen verkaufen, sondern nur empfehlen. Sie dürfen kein Geld vom Versicherer nehmen. Der Kunde zahlt für die Beratung ein Honorar. Auch wenn er einen Schaden hat, kann er den Berater in Anspruch nehmen. Und im Falle einer Berufsunfähigkeit sollten die Betroffenen Hilfe suchen, sagt Albers. Den Schaden einfach zu melden, kann für den Betroffenen schlimme Folgen haben. Er bekommt kein Geld und ist finanziell erledigt.

Um nicht oder weniger zahlen zu müssen, lassen sich die Versicherer einiges einfallen. Die Alte Leipziger hat in der Berufsunfähigkeitsversicherung etwas, was Versicherungsmakler ein »negatives Alleinstellungsmerkmal« nennen. Sie verkauft Berufsunfähigkeitspolicen mit Dynamik, das heißt mit einer vorgesehenen Anpassung von Beiträgen und Leistungen. Anders als bei Wettbewerbern gibt es keine Begrenzung für die Dynamik. Beantragt ein Kunde eine Berufsunfähigkeitsrente mit einer Jahresleistung von mehr als 40 000 Euro, prüft der Versicherer, ob in jedem einzelnen Jahr mit Beitragsanpassung infolge der Dynamisierung auch das Einkommen des Kunden entsprechend gestiegen ist. Ist das nicht der Fall, bekommt der Berufsunfähige seine Beiträge für die Anpassung zurück, und die Rente bleibt auf dem niedrigeren Niveau vor der Dynamisierung. Bei Kunden, die nicht berufsunfähig werden, prüft der Versicherer nicht, ob ihr Einkommen entsprechend der Dynamisierung gestiegen ist. Aber er nimmt von den Kunden die höheren Prämien. Sie werden nicht zurückerstattet. »Eine Rückzahlung von

Beiträgen an Kunden, die diese Dynamisierung abgeschlossen haben und nicht berufsunfähig werden und weniger Einkommenssteigerungen haben, als die Dynamisierung vorsieht, erübrigt sich, weil der Kunde hier in der Prüfungspflicht ist«, sagt die Alte Leipziger. Der Kunde muss also selbst genau verfolgen, ob sein Einkommen angemessen steigt. Ist das nicht der Fall, muss er das sofort melden, damit er den Mehrbeitrag nicht zahlen muss. Vergisst er das, hat er Pech gehabt. Der Versicherer dagegen nimmt sich das Recht, im Nachhinein zu prüfen und das für ihn Günstigere zu wählen: die Beitragsrückzahlung statt der höheren Rente. Der Kunde ist selbst schuld, wenn er die komplizierte Sachlage nicht versteht und nicht jedes Jahr prüft, ob Gehalt und Dynamisierung gleichermaßen steigen.

Den Beruf aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben zu können – ein Albtraum. Schlimme Krankheiten und Invalidität sind für die Betroffenen und ihre Angehörigen immer eine Katastrophe. Nicht nur der Körper, auch die Seele leidet. Uwe Steinhardt hat nicht nur finanzielle Probleme. Er muss schmerzhaft lernen, dass er ein anderer Mensch geworden ist. Früher war er sportlich, heute kann er nicht mehr auf Inline-Skatern am Ruhr-Marathon teilnehmen. Er sitzt in seinem schönen Wintergarten in dem Haus, das er wohl verkaufen muss, vor hohen Aktenbergen. Dass die Versicherungsgesellschaft ihn wie einen Simulanten behandelt, regt ihn auf. Es kränkt ihn, er ist tief verletzt. Ständig schmiedet er neue Pläne, wie er seine Ansprüche durchsetzen kann. Wie viele Geschädigte, die sich ungerecht behandelt fühlen, lässt er nichts unversucht. Er ist ein Machertyp, er hat Zeit, und er hat viele Ideen. Statt seinen Beruf hat er jetzt einen neuen Lebensinhalt: Er kämpft für seine Entschädigung. An vielen Fronten. Er klagt gegen den Kfz-Haftpflichtversicherer des Astra Kombi. Schließlich hat der Fahrer den Unfall verursacht und muss für die Folgen aufkommen. Eigentlich.

Die Gutachter des Versicherers halten ihn für krank, aber nicht wegen des Unfalls - Verschleißerscheinungen lautet ihre Diagnose.

Uwe Steinhardt hat unzählige Geschäftsstellen der Debeka im ganzen Bundesgebiet angeschrieben, um die Mitarbeiter auf seinen Fall aufmerksam zu machen. Die Debeka ist ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit. Das heißt: Theoretisch gehört sie ihren Versicherten. Er hat sich die Liste der Mitgliedervertreter besorgt und will die Einberufung einer außerordentlichen Mitgliederversammlung durchsetzen. Der Versicherer soll eine Ethikkommission für Fälle wie seinen einrichten. Das wird schwer, die Hürden für Initiativen einzelner Mitglieder bei Versicherungsvereinen sind hoch. Die Vorstellung, dass die Gesellschaften in der Hand der Kunden sind, ist eine Fiktion.

Zuletzt hat er bei der Debeka einen Antrag auf Abschluss einer neuen Berufsunfähigkeitsversicherung gestellt. »Wenn die Debeka meint, dass ich nicht berufsunfähig bin, kann sie mich ja neu versichern«, sagt der Familienvater. Das will die Debeka aber nicht. »Grundlage unserer Entscheidung, Ihrem Antrag auf Berufsunfähigkeitsversicherung nicht zu entsprechen, sind Ihre persönlichen Antragsangaben und alle dem Debeka Lebensversicherungsverein a. G. vorliegenden ärztlichen Berichte«, schreibt ihm die Debeka zurück. Er ist zu krank.

## 2. Wie die Politik die Bürger in die Arme der Assekuranz treibt

**D**ie Versicherungswirtschaft ist keine Branche wie die Süßwarenindustrie oder das Musikgewerbe. Die Assekuranz hat eine wichtige, ja eine unverzichtbare gesellschaftliche Bedeutung. Risiken zu teilen oder abgeben zu können, ist für Verbraucher und Wirtschaft wichtig, für manche existenziell. Mütter und Väter schlafen besser, wenn sie wissen, dass die Kinder abgesichert sind, wenn ihnen etwas zustößt. Aber: Das auszunutzen ist einfach gemein. Der Staat weiß, dass Menschen geschützt werden müssen, denen von anderen ein Schaden zugefügt wird. Deswegen gibt es so etwas wie Haftung und Schadensersatzansprüche und eine Pflicht zur Haftpflichtversicherung zum Beispiel für Halter von Kraftfahrzeugen und die Angehörigen bestimmter Berufsgruppen. Interessanterweise sind Versicherungsvermittler zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung gesetzlich verpflichtet, Ärzte nicht. Medizinern schreiben das »nur« die Berufsordnungen vor.

Vieles läuft schief, wenn Versicherer Schäden regulieren sollen. Bei der Versicherung von Auto, Haus und Wertgegenständen liegt eine Menge im Argen, die Versicherer werden ihrer gesellschaftlichen Verantwortung nicht gerecht. Auch hier verzögern und verschleppen sie die Regulierung, Haftpflichtversicherer treiben Unfallopfer erst in den Ruin und dann in den Wahnsinn. Für Verbraucher - nicht Geschädigte! - gibt es immerhin einen schwachen Trost: Hier gibt es wenigstens so etwas wie

Wettbewerb. Kunden können in überschaubaren Zeiträumen ihren Vertrag kündigen und zu einem anderen Anbieter wechseln.

Bei den großen Lebensrisiken ist das anders. Wer sich einmal für einen Berufsunfähigkeits-, einen privaten Renten- oder einen privaten Krankenversicherer entschieden hat, der kann nur unter hohen Verlusten zu einem anderen wechseln. Er ist dem Anbieter ausgeliefert. Und das, obwohl Verbraucher kaum die Möglichkeit haben zu erkennen, worauf genau sie sich mit der Unterschrift unter den Vertrag einlassen. Die unzähligen Angebote der Branche zu überschauen ist für Laien schier unmöglich. Sie zu vergleichen ebenfalls. Die eine Gesellschaft baut hier einen kleinen Zusatzbaustein ein, die andere dort. Die eine rechnet finanzielle Zuwendungen neben der Provision an Vermittler in die Abschlusskosten ein, die andere nicht. Kunden sind keine gleichberechtigten Akteure, die mit den Anbietern auf Augenhöhe verhandeln. In der Versicherungswirtschaft sorgen Angebot und Nachfrage nicht für ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Unternehmen und Verbrauchern. »Es gibt ein strukturelles Kontrolldefizit«, sagt der Rechtswissenschaftler Schwintowski. Ein Teil der Verträge bringt keine Probleme für die Kunden. Sie haben nie einen Schaden, nie einen Unfall. Dass sie viel zu viel Beiträge zahlen, fällt ihnen nicht auf. Dass die versprochene Leistung schlecht ist, auch nicht. »In der Lebensversicherung fällt Verbrauchern ein schlechter Vertrag erst auf, wenn es zu spät ist«, sagt Schwintowski. Dann wundern sich die Kunden, dass die Auszahlung oder Rente so gering ist. Dagegen etwas unternehmen können sie nicht. Zwar bekommen Kunden jedes Jahr die sogenannte Standmeldung, aus der hervorgeht, wie hoch das angesparte Vermögen ist. In den ersten Jahren ist das sehr wenig, weil von den gezahlten Beiträgen die Provision für den Vermittler gezahlt wird. Deshalb irritieren die Standmeldungen, und Verbraucher

vertrauen oft auf das, was ihnen ursprünglich vom Verkäufer versprochen wurde.

Statt in diese ungleiche Geschäftsbeziehung einzugreifen und die Rechte der Kunden zu stärken, liefert der Staat die Bürger dieser Branche immer mehr aus. Fast jede Sozialreform reißt eine Lücke, die die Assekuranz geschickt zu füllen weiß. Die Rente mit 67 ist für viele Berufsgruppen eine Illusion, weil körperlich schwer Arbeitende aus gesundheitlichen Gründen nicht so lange in ihrem Beruf arbeiten können. Die Assekuranz hat eine für sie selbst gewinnbringende Lösung parat: Lebensarbeitszeitkonten. Dann können die Beschäftigten vorarbeiten und Überstunden machen, den Lohn packt der Arbeitgeber auf ein Konto bei Finanzdienstleistern. Dafür kassieren die viel Geld. Die Beschäftigten müssen nicht nur für ihren Vorruhestand ackern, sondern auch für die Rendite der Unternehmen. Für die Kürzung der gesetzlichen Rentenansprüche scheinen die Versicherer ebenfalls die ideale Lösung parat zu haben: private Rentenversicherungen in Tausenden von Varianten. Der Staat treibt das voran. Die Kunden sollen Verträge bei privaten Anbietern kaufen, bei denen sie nicht den Hauch einer Chance haben, das Preis-Leistungs-Verhältnis zu durchschauen.

Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen für immer weniger, und immer mehr Menschen meinen, nur mit dem Abschluss einer Krankenzusatzversicherung gut versorgt zu sein. Oder sie wechseln direkt in eine private Krankenversicherung und wundern sich nachher, dass sie weniger bekommen als die Kassenpatienten. Die gesetzliche Krankenversicherung und die gesetzliche Rentenversicherung tragen den Namensbestandteil »Versicherung«. Sie sind aber etwas völlig anderes als die privaten Versicherungen. Deshalb werden sie auch »Kassen« genannt, das betont den Charakter dieser Einrichtungen als Teil eines solidarischen Systems. Häufig