

Shift

SHIFT TECHNOLOGY FRAUD INSIGHTS

SONDERAUSGABE COVID-19
DEUTSCHE AUSGABE

www.shift-technology.com

FRAUD INSIGHTS SONDERAUSGABE

Die Coronavirus-Pandemie hat schon jetzt schwerwiegende Auswirkungen auf die Weltwirtschaft. Leider wissen wir aus Erfahrung, dass Versicherungsbetrug zunimmt, wenn Unternehmen oder auch Einzelpersonen mit wirtschaftlicher Unsicherheit konfrontiert werden. Im Zusammenhang mit früheren Ereignissen wie zum Beispiel der „Großen Rezession von 2008“ verzeichnete die Branche während der eigentlichen Rezession und bis zu drei Jahre nach deren offiziellem Ende nahezu 10 bis 20 Prozent mehr betrügerische Leistungsansprüche. Anhand unserer ersten Ergebnisse können wir einen vergleichbaren Anstieg (in mehreren Wellen) als Folge der globalen Pandemie und ihrer wirtschaftlichen Auswirkungen vorhersagen, und zwar durch Betrugsmaschen von Personen, Anbietern und organisierten betrügerischen Banden. Zudem gehen wir von steigenden Zahlen in verschiedenen Geschäftsbereichen aus, da diejenigen, die Versicherer betrügen möchten, zu diesem Zweck verschiedene Szenarien verwenden, die auf verschiedene Versicherungsarten ausgerichtet sind.

Indem wir den Beginn des Ausbruchs und die aktuellen Entwicklungen untersuchen, können wir die Auswirkungen des Coronavirus für den Versicherungsbetrug nicht nur beobachten, sondern auch vorhersagen. In diesem Bericht analysieren wir, welche Arten des Betrugs wir in bestimmten Geschäftsbereichen bereits feststellen und untersuchen außerdem neue Szenarien, die unserer Ansicht nach künftig vermehrt auftreten werden.

GEWERBLICHE SACHVERSICHERUNG

Wir beginnen unsere Analyse mit den voraussichtlichen Folgen für Unternehmen, die gewerbliche Sachversicherungen anbieten, denn wir rechnen damit, dass gewerbliche Sachversicherungen aufgrund der wirtschaftlichen Auswirkungen der Corona-Pandemie am stärksten betroffen sein werden. Anhand unserer Erkenntnisse über die Betrugsentwicklungen in diesem Bereich gehen wir davon aus, dass sich verdächtige Ansprüche auf dem Gebiet der gewerblichen Sachversicherungen infolge der wirtschaftlichen Auswirkungen des Ausbruchs mehr als verdreifachen werden.

Es überrascht nicht, und in den Medien wurde auch schon vielfach darüber berichtet, dass viele kleine und mittlere Unternehmen mit den Folgen zwangsweiser Schließungen oder Einschränkungen ihrer Betriebe zu kämpfen haben. Dies gilt insbesondere für Bars, Restaurants, Reisebüros und andere Betriebe, die von den Behörden nicht als „systemrelevant“ eingestuft wurden.

Trotz der erwarteten Unterstützung durch die Regierung und anderer Rettungsprogramme geraten viele von ihnen früher oder später in eine prekäre finanzielle Lage. Gleichzeitig lehrt uns die Geschichte, dass Versicherungsbetrug zu den einfachsten

Wegen gehört, entgangene Einnahmen wettzumachen. In der Vergangenheit zählte Brandstiftung (der Eigentümer zerstörte einfach seinen Betrieb vollständig) zur beliebtesten Form des Betrugs, wenn ein Betrieb in Schwierigkeiten geriet, allerdings kann diese Art des Betrugs heute wesentlich leichter untersucht und nachgewiesen werden. Wir beobachten daher neue Tendenzen, bei denen die Betrugsmaschen scheinbar darauf ausgerichtet sind, einen finanziellen Rettungsanker zu schaffen, anstatt aus dem Geschäft auszusteigen.

Ein Restaurant, das unter sinkenden Besucherzahlen leidet oder den Betrieb einstellen musste, macht ggf. eine unberechtigte Forderung wegen verdorbener Lebensmittel geltend und könnte angeben, dass seine Kühlsysteme aufgrund eines Stromausfalls versagt haben. Einzelhändler, die infolge der Pandemie schließen mussten, inszenieren möglicherweise einen Einbruch. Lagerhäuser, die gut gefüllt mit Waren sind, die niemand kauft, könnten einen Anspruch wegen beschädigter Waren infolge eines umfangreichen Wasserschadens geltend machen. Wie bereits erwähnt gehen wir davon aus, dass sich verdächtige Ansprüche dieser Art mindestens verdreifachen werden, weil Eigentümer versuchen die finanziellen Auswirkungen für ihr Unternehmen in den Griff zu bekommen. Angesichts steigender Fallzahlen sowie kleinerer Betrugsfälle, die auf dem normalen Geschäftsbetrieb basieren, ist diese Art des Betrugs möglicherweise deutlich schwieriger zu erkennen.



ARBEITNEHMERUNFALL VERSICHERUNG

Die Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie für alle Arten von Unternehmen eröffnen interessante mögliche Folgen für die Arbeitnehmerunfallversicherung. Da der normale „Krankheitsurlaub“, bei dem es nicht um eine kurzfristige Arbeitsunfähigkeit oder ein Problem am Arbeitsplatz geht, in der Regel nicht Bestandteil ihrer Policen ist, nehmen Arbeitnehmerunfallversicherer vielleicht an, dass sie wirtschaftlich weniger betroffen sind als andere Anbieter. Wir rechnen jedoch damit, dass Arbeitgeber und Arbeitnehmer auf Versicherungsbetrug zurückgreifen könnten, um die finanziellen Auswirkungen des Coronavirus einzudämmen. Im Bereich dieser Versicherungen könnten die verdächtigen Fälle um bis zu 40 Prozent zunehmen.

Unserer Einschätzung nach werden viele kleine und mittlere Unternehmen versuchen, die Gehälter für die Dauer ihrer eingeschränkten Tätigkeit mithilfe der Arbeitnehmerunfallversicherung zu sichern. Unternehmen die ihren Betrieb heruntergefahren haben, könnten in Versuchung geraten, Unfälle vorzutäuschen oder Mitarbeiter krankschreiben zu lassen, anstatt sie zu beurlauben oder zu entlassen. Ihre Absichten mögen gut sein, dennoch stellen Handlungen dieser Art einen Betrug dar und sie führen dazu, dass die Versicherer und die anderen Versicherungsnehmer die Kosten tragen müssen. Wir beobachten dieses Szenario oft in Situationen, in denen Unternehmen plötzlich in finanzielle Schwierigkeiten geraten. Dass wir diese Betrugsmasche vor allem bei kleinen und mittleren Unternehmen feststellen, liegt daran, dass Arbeitgeber und Arbeitnehmer eine Absprache treffen müssen, um falsche Ansprüche geltend zu machen.

Oft schließt diese Unfallversicherung auch Mitarbeiter ein, die von zu Hause aus arbeiten. Für Arbeitnehmer weltweit ist dies die neue Normalität, deshalb erwarten wir, dass verdächtige Ansprüche aufgrund von Verletzungen bei der Arbeit zu Hause um bis zu 20 Prozent zunehmen werden. Arbeitnehmerunfallversicherungsbetrug erfolgt meist opportunistisch. Heimarbeitsplätze, bei denen es kaum Zeugen für inszenierte Verletzungen geben dürfte, könnten dazu verleiten, die finanziellen Folgen des Virus durch diese Art des Betrugs eindämmen zu wollen.

PRIVAT-KFZ- UND SACHVERSICHERUNGEN

Eigentlich sollte man annehmen, dass wegen der Ausgangsbeschränkungen, der Arbeit von zu Hause aus und des weltweit verhängten Kontaktverbots die Ansprüche im Bereich der Privat-Kfz- und Sachversicherungen erheblich zurückgehen und somit auch die Möglichkeit für Betrugsfälle dieser Art. Die Zahl der Kfz-Schadensfälle ist tatsächlich bereits erheblich gesunken (zum Beispiel mit einem Rückgang um mindestens 50 Prozent bei den nicht feuerbezogenen/ Diebstahl-Schadensfällen für einige Versicherer in Frankreich sowie um mehr als 70 Prozent in Spanien).

Wir haben allerdings darauf hingewiesen, dass wahrscheinlich neue Betrugstrends aufkommen werden. Zudem gehen wir davon aus dass andere, bereits existierende Betrugsmaschen zunehmen und dieser Anstieg Ende 2020 erkennbar werden dürfte. Der neue Trend, der wahrscheinlich künftig vorherrschend sein wird, steht im Zusammenhang mit Personen, die ihren Lebensunterhalt als Fahrer von Mitfahragenturen verdienen. Die gleichen Gründe, die derzeit dafür sorgen, dass Berufsfahrer nicht arbeiten können, machen es auch für diese Fahrer

zunehmend schwierig, Einnahmen zu erzielen. Die wirtschaftlichen Umstände im Zusammenhang mit dem Coronavirus wirken sich auf diese Gruppe zweifellos negativ aus, da die Fahrer die Kosten für die Fahrzeuge, mit denen sie ihren Lebensunterhalt verdienen, möglicherweise nicht länger aufbringen können. Wir rechnen damit, dass Versicherer künftig steigende Zahlen von Totalverlusten verzeichnen werden, zum Beispiel inszenierte Brände oder Diebstähle der Fahrzeuge von Fahrern von Mitfahragenturen, die nicht länger ihre übliche Anzahl von Fahrgästen erreichen.

Außerdem sollten Kfz-Versicherer, auch wenn es sich dabei um ein weitaus weniger drastisches Problem handelt, Strategien dafür entwickeln, wie sie mit Falschangaben zur Verwendung durch Versicherungsnehmer umgehen. Während viele Fahrer für Mitfahragenturen einen erheblichen Einbruch ihrer Einnahmen hinnehmen mussten, haben Lieferservices jeglicher Art (Lebensmittel, Speisen, alkoholische Getränke, usw.) deutlich zugenommen. Versicherungsnehmer, die nun als Lieferfahrer tätig sind und ihre Privatfahrzeuge nutzen, haben diese Statusänderung, die in Regel Folgen für ihre Prämien hat, möglicherweise nicht angezeigt.



Auch im Bereich der Wohngebäudeversicherungen können sich durch das zunehmende Vertrauen auf Lieferfahrer für viele Dinge des täglichen Lebens leider neue Möglichkeiten für betrügerisches Verhalten bieten. Wir möchten betonen, dass die allermeisten Lieferfahrer ehrlich sind und eine ungemein wichtige Dienstleistung erbringen, dennoch gibt es auch jene, die versuchen, die Pandemie zu ihrem eigenen Vorteil zu nutzen. Der prozentuale Zuwachs ist zwar derzeit relativ gering, wir beobachten aber schon jetzt, dass zunehmend Ansprüche aufgrund von Unfällen, bei denen jemand „ausgerutscht und hingefallen“ ist, gegen individuelle Hauseigentümer und gewerbliche Miet-/Eigentums-Policen geltend gemacht werden.

Wie wir in unserer ersten Ausgabe von Fraud Insights (Ausgabe 1: April 2020) untersucht haben, wird Betrug durch die Eigentümer von Werkstätten schon jetzt zum Problem für Versicherer, vor allem in Ländern mit einem reifen Fahrzeugmarkt, in denen diese Betriebe ums Überleben kämpfen. Wie bereits erwähnt verzeichnen diese Werkstätten mitten in der Coronakrise einen deutlichen Rückgang ihrer Auslastung. Dies verleitet sie möglicherweise dazu, die Folgen der entgangenen Einnahmen aufgrund der geringeren Zahl von Unfällen eindämmen zu wollen, indem sie gefälschte Ansprüche geltend machen, tatsächliche Schäden an Fahrzeugen übertrieben darstellen, bevor ein Schadensgutachter diese begutachtet, Wartungsmaßnahmen nutzen, um Schäden vorzutäuschen, überhöhte Reinigungs- oder Lagergebühren erheben oder Schäden an Windschutzscheiben fälschen, um nur einige Beispiele zu nennen.

KRANKENVERSICHERUNG

Auch hier ist es uns wichtig, darauf hinzuweisen, dass die überwältigende Mehrheit der Gesundheitsdienstleister ehrlich ist. Außerdem sind oft genug sie es, die ihre eigene Gesundheit riskieren, um dafür zu sorgen, dass wir diese Pandemie so gut wie möglich bewältigen. Gleichzeitig betreffen die negativen wirtschaftlichen Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie aber auch das größere Ökosystem des Gesundheitswesens, eine Entwicklung, von der die Krankenversicherungsbranche bereits im Zuge früherer wirtschaftlicher Abschwünge betroffen war.

Daher sollten wir uns auf eine Zunahme von Betrug, Verschwendung und Missbrauch, sowohl organisiert als auch opportunistisch, in Verbindung mit der Pandemie einstellen. Im Bereich der organisierten Betrugsnetzwerke konnten wir bereits beobachten, dass derzeit neue Betrugsmaschinen speziell im Zusammenhang mit gefälschten Tests, Zusatzdienstleistungen, medizinischer Ausrüstung (z. B. Schutzausrüstungen) und sonstigen Dienstleistungen aufkommen. Durch Lockerungen bei der Zertifizierung klinischer Labore steigt zudem das Risiko sogenannter „Phantom Provider“. Darüber hinaus werden organisierte Netzwerke versuchen, sich die gestiegenen Leistungen im Zusammenhang mit Telemedizin und deren zunehmende Verbreitung zunutze zu machen. In diesen Fällen sollten Versicherer die Überprüfungen bei der Registrierung von neuen Anbietern und Ansprüchen in Verbindung mit Tests und Behandlungen für das Coronavirus verstärken.

Da es in der Branche bereits zu einem Rückgang routinemäßiger und nicht dringender professioneller Gesundheitsdienstleistungen gekommen ist, stehen viele medizinische Dienstleister vor wirtschaftlichen Problemen. Kurzfristig wird die Trendanalyse Fälle feststellen, in denen die Leistung eines Dienstleisters nicht wie erwartet zurückgeht. Langfristig, wenn die Branche zur „Normalität“ zurückkehrt, erwarten wir einen Anstieg opportunistischer Betrugsfälle als Ausgleich für entgangene Umsätze.

REISEVERSICHERUNG

Zum Abschluss dieser Sonderausgabe von Fraud Insights schauen wir uns die möglichen Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie für Reiseversicherungsunternehmen an. Wegen der Ausgangsbeschränkungen und anderer behördlicher Vorgaben finden Reisen momentan nur in begrenztem Maße statt. Man sollte daher meinen, dass Reiseversicherer weniger von Betrug betroffen sind als andere Geschäftsbereiche. Allerdings konnten wir in allen Gebieten, in denen wir für Kunden tätig sind, einen Anstieg verdächtiger Schadensansprüche feststellen, der unmittelbar vor der Verhängung der „Lockdowns“ einsetzte.

Die erste Betrugsmasche erfordert eine Absprache zwischen dem Mitarbeiter des Reisebüros und dem Kunden und besteht darin, dass der Mitarbeiter die ursprüngliche Buchung ändert und eine Reiserücktrittskostenversicherung hinzufügt. Reisende, die keine Reiseversicherung abgeschlossen haben oder in deren Police keine Reiserücktrittskostenversicherung enthalten ist, tun sich mit ihrem Reisebüro zusammen, um die Buchung nach der Entscheidung zum Rücktritt entsprechend anzupassen. Für die zweite Betrugsmasche ist keine Absprache erforderlich. Reisende stornieren ihre Reisen einfach unter Angabe falscher Gründe (meistens wegen einer vorgetäuschten Verletzung oder aus einem sonstigen medizinischen Grund) und machen Ansprüche geltend. Diese Betrugsmaschen treten zwar nicht nur während der Coronavirus-Pandemie auf, Versicherer sollten aber dennoch sorgfältig auf verdächtige Ansprüche dieser Art achten.

FAZIT

Auch wenn wir bisher noch keine erhebliche Zunahme an verdächtigen Schadensansprüchen feststellen konnten, gehen wir aufgrund früherer Erfahrungen und unseres Fachwissens über die Erkennung möglicher Betrugsfälle bei der Abwicklung von Versicherungsfällen davon aus, dass es sich nur um eine Frage der Zeit handelt. Die wirtschaftlichen Auswirkungen für Unternehmen und Einzelpersonen weltweit sind offensichtlich und finanzielle Schwierigkeiten sind einer der ausschlaggebenden Faktoren für die Entscheidung, zu betrügen. In der zweiten Ausgabe von Fraud Insights, die im Juli 2020 erscheint, werden wir uns noch einmal mit diesem Thema beschäftigen.

ÜBER SHIFT:

Shift Technology ist der einzige Anbieter KI-nativer Lösungen zur Betrugserkennung und automatisierten Schadenbearbeitung, die sich speziell an die globale Versicherungsbranche richten. Die SaaS-Lösungen des Unternehmens erkennen einzelne Betrugsfälle sowie Netzwerkbetrug doppelt so genau wie die Lösungen von Mitbewerbern. Außerdem bieten die Lösungen kontextbezogene Orientierung, sodass Versicherer Schäden schneller und präziser regulieren können. Shift hat bis heute Hunderte Millionen von Schadensfällen untersucht und wurde mit dem Frost & Sullivan 2020 Best Practices Award for Global Claims Solutions for the Insurance Industry ausgezeichnet.

ERFAHREN SIE MEHR UNTER WWW.SHIFT-TECHNOLOGY.COM/DE