

## **Berufsunfähigkeitsversicherungen und ihre juristischen Tücken** Eine kurze Einführung

### **1. Einordnung und Bedeutung privater Berufsunfähigkeitsversicherungen**

#### **a. Einordnung als freiwillige private Versicherung**

Es handelt sich um private (freiwillige) Versicherungen.

Möglichkeit der Absicherung als Zusatzversicherung (BUZ) und seit einigen Jahren auch ausschließlich (BU). Letzteres ist teurer.

Versichert ist neben dem Inhalt einer möglichen Hauptversicherung, meist in Form einer Lebensversicherung, die Zahlung einer bestimmten monatlichen Rente im Falle des Eintritts von Berufsunfähigkeit und die Freistellung von der Prämienzahlung in dieser Zeit.

Leistungen werden bis zum vereinbarten Zeitpunkt, oftmals ist dies das 60. oder 65. Lebensjahr, erbracht. Möglichkeit der Überprüfung des Gesundheitszustandes durch den Versicherer. Einmalige Anerkennung der Leistungspflicht ist nicht bindend (Nachprüfungsverfahren).

#### **b. Abgrenzung zum gesetzlichen Schutz und Bedeutung**

Es handelt sich nicht um eine verpflichtende gesetzliche Sozialversicherung. Mögliche Leistungen des Staates bei Beeinträchtigungen der beruflichen Leistungsfähigkeit richten sich nach vollkommen anderen Vorschriften, nämlich dem Sozialgesetzbuch VI (SGB VI).

Berufsunfähig im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung waren Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung im Vergleich zur Erwerbsfähigkeit von körperlich, geistig und seelisch gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten auf weniger als sechs Stunden gesunken ist. Der Kreis der Tätigkeiten, nach denen die Erwerbsfähigkeit von Versicherten zu beurteilen ist, umfasst alle Tätigkeiten, die ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechen und ihnen unter Berücksichtigung der Dauer und des Umfangs ihrer Ausbildung sowie ihres bisherigen Berufes und der besonderen Anforderungen ihrer bisherigen Berufstätigkeit zugemutet werden kön-

nen. Zumutbar ist stets eine Tätigkeit, für die die Versicherten durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit Erfolg ausgebildet oder umgeschult worden sind. Berufsunfähig ist nicht, wer eine zumutbare Tätigkeit vollschichtig ausüben kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen (§ 240 Abs. 2 SGB VI).

Seit dem 1. Januar 2001 gibt es die Berufsunfähigkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung nur noch für Versicherte, die vor dem 2. Januar 1961 geboren sind und nur in Form der teilweisen Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit gemäß § 240 SGB VI.

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zum 1. Januar 2001 (BGBl. I S. 1827 vom 20. Dezember 2000) wurde die gesetzliche Vorschrift, die einen Anspruch regelt, neu gefasst. Die Begriffe Berufs- und Erwerbsunfähigkeit sind vollständig entfallen und damit grundsätzlich auch der bisherige Berufsschutz. Eine Ausnahme ist die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit. Die Sonderregelung gilt für vor dem 2. Januar 1961 geborene Versicherte (§ 240 SGB VI). Diese genießen auf Grundlage ihrer beruflichen Qualifikation Berufsschutz. Wichtig: Zu beachten ist allerdings, dass auch für diesen Personenkreis die alte Berufsunfähigkeitsrente (2/3 der vollen Rente) entfallen ist; wer gemäß § 240 SGB VI berufsunfähig ist, erhält nur die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit, also nur 50% der vollen Rente!

Bei Erwerbsunfähigkeit bzw. eingeschränkter Erwerbsfähigkeit werden zwar weiterhin Rentenzahlungen erbracht, die allerdings jetzt so niedrig sind, dass sie in aller Regel nicht ausreichen, den bisherigen Lebensstandard aufrecht zu erhalten

Eine ergänzende Absicherung ist daher dringend notwendig.

Neben einer privaten Haftpflichtversicherung gehört eine Berufsunfähigkeitsversicherung zu den elementaren privaten Versicherungen, die jedermann so möglich besitzen sollte.

Die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung und Leistungen aus einer privaten Berufsunfähigkeitsversicherung sind vollkommen andere. Einmal sind entscheidend gesetzliche Vorschriften, einmal die zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer getroffenen Vereinbarungen, die je nach Vertrag sehr unterschiedlich sein können.

Es gibt keinerlei Vergleichbarkeit bzw. Übertragbarkeit etwaiger Entscheidungen zur Leistungspflicht. Insbesondere bedeutet die Zuerkennung von Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung keinesfalls automatisch, dass auch eine private Versicherung einstandspflichtig ist. Auch aus der Zuerkennung eines bestimmten Grades der Behinderung und auch aus der Anerkennung als Schwerbehinderter folgt keinesfalls automatisch, dass damit auch die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen einer privaten Berufsunfähigkeitsversicherung vorliegen müssen.

### c. Ähnliche private Versicherungen

#### Krankentagegeldversicherung

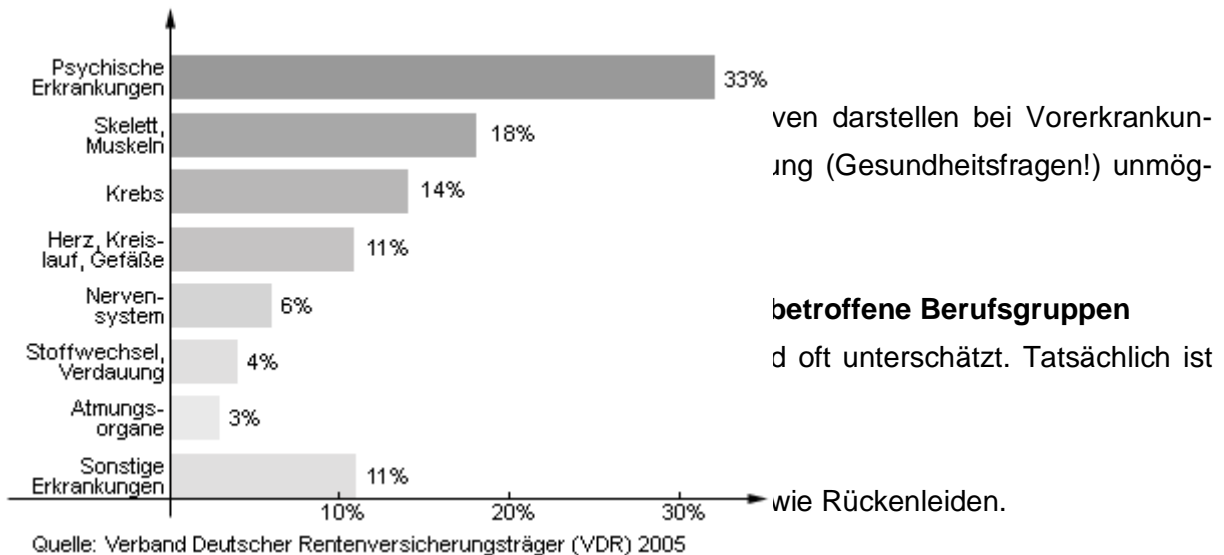
Pendant zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Versicherungsschutz aus einer privaten Krankentagegeldversicherung endet, sobald Berufsunfähigkeit eintritt (Grundsatz der Exklusivität).

#### sonstige Invaliditäts-Versicherungen

=) Erwerbsunfähigkeitsversicherung

=) Dread Disease



Die verschiedenen Berufe sind unterschiedlich betroffen:

**Die Berufe mit den höchsten Raten an Berufsunfähigkeit bezogen auf den Bezug von Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung:**

Rang	Beruf	Neuzugänge Renten	Anteil der Erwerbsunfähigkeitsrenten	Anteil der Renten wegen Tod
1	Dachdecker	1021	52,4%	28,4%
2	Krankenpfleger	7972	41,3%	12,2%
3	Schlachter	1348	40,0%	19,8%
4	Tiefbauer	1266	38,1%	23,6%
5	Maurer	5449	37,7%	20,2%
6	Maler	3167	37,4%	20,6%
7	Sozialarbeiter	8668	36,4%	10,6%
8	Bauhilfsarb.	7228	36,0%	25,1%
9	Hilfsarbeiter	18027	36,0%	21,6%
10	Betonbauer	1464	35,4%	17,3%

Map-Report

## 2. Rechtliche Grundlagen

Gesetzliche Grundlage ist das Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Dieses stammt aus dem Jahr 1908. Das VVG wurde durch das Gesetz zur Reform des Versicherungsvertragsrechts grundlegend reformiert. Die Neufassung trat zum 1. Januar 2008 in Kraft, wobei es für einzelne Regelungen Übergangsfristen gibt. Die Übergangsfrist läuft bis zum 31. Dezember 2008 und gilt für Verträge, die vor dem 1. Januar 2008 abgeschlossen wurden.

Im reformierten VVG sind erhebliche Änderungen zur Verbesserung der Transparenz und zu Gunsten der Versicherungsnehmer enthalten, zum Beispiel bei den Bestimmungen zur vorzeitigen Vertragsauflösung von Lebensversicherungen, zur Beteiligung an den Stillen Reserven im Rahmen der Überschussbeteiligung und zur Verpflichtung, vor Antragstellung alle Vertragsunterlagen auszuhändigen.

Auch die bei Versicherungsverträgen bestehende vormalige sechsmonatige Ausschlussfrist ist durch die einheitliche dreijährige Verjährungsfrist ersetzt worden. Bei den Änderungen in den §§ 192 bis 208, die erst seit dem 1. Januar 2009 in Kraft traten, handelt es sich um die inhaltsgleiche Übernahme der mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 26. März 2007 (BGBl S. 378) beschlossenen Regelungen für die private Krankenversicherung in das neue VVG.

Die wesentlichen Änderungen sind:

- **Widerruf:** Verbraucher können ohne Angabe von Gründen widerrufen: bei Lebensversicherungen bis 30 Tage nach Abschluss (§ 152), bei allen anderen Versicherungsverträgen mit einer Frist von zwei Wochen (§ 8).
- **Informationspflicht:** Versicherer oder ihre Vermittler müssen Kunden künftig vor Abschluss einer Versicherung umfassend beraten (§ 6, § 60 bis § 62). Geschieht dies nicht umfassend oder unrichtig, hat der Kunde einen Schadensersatzanspruch (§ 63). Das Beratungsgespräch muss dokumentiert werden, damit eventuelle Beratungsfehler leichter nachzuweisen sind.
- **Anzeigepflicht:** Der Versicherungsnehmer muss nur die Angaben machen, nach denen das Versicherungsunternehmen in Textform gefragt hat (§ 19). Das Risiko einer Fehleinschätzung, ob ein Umstand für das versicherte Risiko erheblich ist, liegt damit nicht mehr beim Kunden, sondern bei dem Versicherer. Liegt eine Verletzung der Anzeigepflicht vor, hat der Versicherer seine Rechte binnen fünf Jahren geltend zu machen. Bei vorsätzlichem oder arglistigem Handeln wird die Frist auf zehn Jahre verlängert.
- **Offenlegungspflicht:** Dem Kunden müssen alle Vertragsbestimmungen vor Abgabe seiner Willenserklärung zum Abschluss eines Versicherungsvertrages bekannt sein. Damit entfällt die von fast allen Versicherern praktizierte Vorgehensweise, nach dem der Versicherungsnehmer erst mit der Annahme des Antrages des Versicherungsnehmers durch den Versicherer die Vertragsbedingungen in ihrer Gesamtheit erhält. Auch alle im Beitrag enthaltenen Zuschläge für Kosten (zum Beispiel Abschluss- oder Verwaltungskosten) sind offen zu legen (§ 7).
- **Klagefrist:** Die Klagefrist entfällt ersatzlos. Bis Ende 2007 hatte der Versicherte innerhalb von sechs Monaten seinen Anspruch auf Versicherungsleistungen geltend zu machen, wenn diese von dem Versicherer abgelehnt wurden (Achtung: Diese Frist kann bei Altfällen noch immer greifen!).

- **Leistungsfreiheit:** Die Regelungen für eine Nichtzahlung im Schadensfall werden für den Verbraucher verbessert. So bedeutet z.B. eine grob fahrlässige Handlung des Versicherungsnehmers keinen kompletten Ausschluss von der Versicherungsleistung (§ 28, § 19 Abs. 3, § 24 Abs. 3, § 54 Abs. 1, § 57 Abs. 2, § 82 Abs. 3). Nach der neuen Quotenregelung darf die Leistungskürzung nur entsprechend der Schwere des jeweiligen Verschuldens erfolgen. Eine komplette Leistungsverweigerung ist nur noch bei vorsätzlichen Handlungen möglich. Beispiel: Die Hausratversicherung verweigerte bisher teilweise bei einem Einbruch die Zahlung, wenn der Versicherungsnehmer die Versicherung nicht auf ein erhöhtes Einbruchrisiko hingewiesen hat. Klassisches Beispiel war das Anbringen eines Baugerüsts an der Hauswand für Malerarbeiten.
- **Lebensversicherungen:** Versicherer müssen ihren Kunden, wenn sie überhaupt Angaben zu künftigen Leistungen aus der Überschussbeteiligung machen, zusätzlich in pauschalierten Modellrechnungen darstellen, welche Auszahlungen sich unter normierten Bedingungen ergeben würden (§ 154). Bei der Bestimmung des Rückkaufwertes sind die in den Beiträgen einkalkulierten Abschlusskosten einer Lebensversicherung auf die ersten fünf Jahre der Vertragslaufzeit verteilt zu berücksichtigen. Die Rückkaufwerte sind damit in den ersten fünf Jahren entsprechend höher als heute üblich. Der Rückkaufwert ist zudem – wie bisher üblich, allerdings nicht gesetzlich vorgeschrieben – für die ganze Vertragsdauer vorab zu garantieren. Außerdem muss den Versicherungsnehmern zum Vertragsende die Hälfte des ihnen zugerechneten Anteils an den stillen Reserven ausgezahlt werden. Diese Regelung bedeutet allerdings nicht, dass insgesamt mehr ausgezahlt wird, sondern dass die Wertzuwächse des Versicherers nur unter den Versicherungsnehmern anders verteilt werden.
- **Private Krankenversicherung:** Die Versicherungsunternehmen müssen den Versicherten einer privaten Krankenversicherung bei Zahlungsverzug mindestens eine Frist von zwei Monaten setzen und bis dahin den Krankenversicherungsschutz unvermindert aufrecht erhalten (§ 194 Abs. 2). Diese Vorschrift gilt jedoch nur bis zum 31. Dezember 2008 und ist zwingend für Verträge, die nach dem 1. Januar 2008 abgeschlossen wurde. Aufgrund der Übergangsfrist können jedoch Altverträge weiterhin mit einer Frist von zwei Wochen angemahnt werden und in qualifizierten Zahlungsverzug versetzt werden.

### Anwendbare Vorschriften des VVG

Speziell für die Berufsunfähigkeit geltend die §§ 172 ff. VVG. Über § 176 VVG sind auch die Vorschriften über die Lebensversicherung in den §§ 150 bis 170 VVG entsprechend anwendbar.

Das Recht der Berufsunfähigkeit ist weiterhin Richterrecht, also von der Rechtsprechung, insbesondere der des Bundesgerichtshofes (BGH), geprägt.

*Ohne Kenntnis der Rechtsprechung und der Systematik ist keine sinnvolle Auseinandersetzung mit dieser schwierigen und oftmals existenziellen Materie möglich.*

### Versicherungsbedingungen

Entscheidend für den Inhalt der jeweiligen Versicherung sind die Angaben im Versicherungsschein und in den Versicherungsbedingungen. Sollten diese Unterlagen nicht vorliegen, so können sie beim Versicherer angefordert werden (§ 3 VVG).

Sämtliche Versicherungsbedingungen stellen Allgemeine Geschäftsbedingungen im Sinne der §§ 305 ff. BGB dar.

Für die Auslegung ist maßgebend der objektive Inhalt und typische Sinn der Klausel unter Abwägung der Interessen der bei der jeweiligen Versicherung jeweilig beteiligten Kreise. Ausgehend vom Wortlaut ist über den Sinnzusammenhang der Zweck der einzelnen Vorschriften zu erforschen. Beim Wortlaut ist an sich vom Sprachgebrauch des täglichen Lebens auszugehen und die Verständnismöglichkeit des durchschnittlichen Versicherungsnehmers zugrunde zulegen. Einem vom Versicherer verfolgten Regelungszweck kommt nur insoweit Bedeutung zu als der typischerweise angesprochene Kreis der Versicherungsnehmer ohne versicherungsrechtliche Spezialkenntnisse bei aufmerksamer Durchsicht und verständiger Würdigung der Klauselfassung unter Berücksichtigung des sich ihm darbietenden Sinnzusammenhanges den Zweck in den verwendeten Formulierungen verstehen kann. Die Entstehungsgeschichte, die dem Versicherungsnehmer typischerweise unbekannt ist hat bei der Auslegung außen vor zu bleiben, ebenso die Motivation des Versicherers.

Bleiben bei der Auslegung Zweifel so gehen diese zu Lasten des Versicherers als Verwender. Ausnahme: Ausdrücke, mit denen die Rechtssprache einen fest umrissenen Begriff verbindet; hier ist davon auszugehen, dass auch die Versicherungsbedingungen nichts anderes darunter verstehen.

### 3. Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung

Versicherungsverträge werden in aller Regel über sogenannte Versicherungsvermittler abgeschlossen. Regelungen hierzu finden sich in den §§ 59 ff. VVG.

Zu den Begriffsbestimmungen heißt es in § 59 Abs. 1 VVG wie folgt:

1) Versicherungsvermittler im Sinn dieses Gesetzes sind Versicherungsvertreter und Versicherungsmakler.

(2) Versicherungsvertreter im Sinn dieses Gesetzes ist, wer von einem Versicherer oder einem Versicherungsvertreter damit betraut ist, gewerbsmäßig Versicherungsverträge zu vermitteln oder abzuschließen.

(3) Versicherungsmakler im Sinn dieses Gesetzes ist, wer gewerbsmäßig für den Auftraggeber die Vermittlung oder den Abschluss von Versicherungsverträgen übernimmt, ohne von einem Versicherer oder von einem Versicherungsvertreter damit betraut zu sein. Als Versicherungsmakler gilt, wer gegenüber dem Versicherungsnehmer den Anschein erweckt, er erbringe seine Leistungen als Versicherungsmakler nach Satz 1.

(4) Versicherungsberater im Sinn dieses Gesetzes ist, wer gewerbsmäßig Dritte bei der Vereinbarung, Änderung oder Prüfung von Versicherungsverträgen oder bei der Wahrnehmung von Ansprüchen aus Versicherungsverträgen im Versicherungsfall berät oder gegenüber dem Versicherer außergerichtlich vertritt, ohne von einem Versicherer einen wirtschaftlichen Vorteil zu erhalten oder in anderer Weise von ihm abhängig zu sein.

Wichtig ist die Unterscheidung zwischen Versicherungsvertreter und Versicherungsmakler.

Versicherungsvertreter sind typischerweise für eine Versicherungsgesellschaft tätig (gebundener Vertreter) und vermitteln das Versicherungsgeschäft dieser einen Gesellschaft an die Kunden. Es besteht eine Verpflichtung gegenüber der Versicherungsgesellschaft - geregelt im Vertretungsvertrag zwischen Vermittler und Versicherer. Eine Abwandlung ist der Mehrfachvertreter, der für mehrere Versicherungsunternehmen tätig wird. Er sucht sich eine Anzahl Unternehmen aus, für die er das Versicherungsgeschäft vermittelt. Der Versicherungsvertreter bietet nur die Produkte „seines“ Versicherers bzw. „seiner“ Versicherer an. Auf bessere Produkte Dritter muss er nicht verweisen.



Der Versicherungsmakler ist gleichfalls Vermittler von Versicherungsschutz, er hat jedoch einen separaten Vertrag - sog. Maklervertrag - mit dem Kunden und im Gegensatz zum Versicherungsvermittler keine feste Bindung an ein Versicherungsunternehmen. Er ist dem Kunden gegenüber verpflichtet und nicht dem Versicherer gegenüber. Hieraus leitet sich auch eine spezielle Form der Haftung ab. Die Bezahlung erfolgt in Form von Courtage. Die Courtage ist Teil der Versicherungsprämie und wird vom Versicherer an den Makler vergütet. Der Makler kann und muss über das Angebot aller Versicherer informieren und schuldet seinem Kunden bestmögliche Beratung. Um einen objektiven Vergleich vornehmen zu können, bietet es sich an, sich an einem Makler zu wenden.

Der Vermittler hat dem Kunden beim ersten Geschäftskontakt eine sog. Erstinformation in Textform zu übergeben, aus der sich

- Name und Geschäftsanschrift des Vermittlers,
- Vermittlerregisternummer (nebst Angabe, wo dies nachzuprüfen ist, nämlich u.a. unter [www.vermittlerregister.info](http://www.vermittlerregister.info) sowie beim DIHK),
- Vermittlerstatus (Makler oder Vertreter) und
- Schlichtungsstellen für den Streitfall

ergeben.

Im Rahmen der Beratung müssen die Wünsche und Bedürfnisse (besser: der objektiv bestehende Bedarf) des Kunden ermittelt werden.

Der Kunde ist sodann so zu beraten, wie die Komplexität des Versicherungsprodukts, die Person und die Situation des Kunden dies erfordern. Nach dem Gesetz soll auch die Höhe der Versicherungsprämie Maßstab für die Anforderungen an die Beratung sein. Dies ist ein sicherlich fragwürdiges Kriterium, auf das man sich als Vermittler im Zweifelsfall lieber nicht verlassen sollte.

Der dem Kunden erteilte Rat ist schließlich zu begründen, so dass der Kunde auch später noch nachvollziehen kann, aus welchem Grunde er sich für ein bestimmtes Versicherungsprodukt entschieden hat.

Die soeben dargestellte Beratung ist in ihren Grundzügen in einer Beratungsdokumentation wiederzugeben, die der Kunde spätestens vor Abschluss des Vertrages in Textform erhalten muss.

Der Kunde kann auf Beratung und Dokumentation der Beratung verzichten, muss dies jedoch in einer gesonderten schriftlichen Erklärung tun, in der er darauf hingewiesen wird, dass ihm durch den Verzicht Nachteile bei der Verfolgung und Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen gegen den Vermittler entstehen können. Dazu besteht aus Sicht des Versicherungsnehmers nicht der geringste Anlass. Vielmehr sollte, um möglichen Beweisschwierigkeiten in der Zukunft begegnen zu können, sichergestellt sein, dass die Beratung umfangreich dokumentiert ist, insbesondere auch, welche Wünsche und Vorstellungen man genau hatte, welches Risiko versichert werden sollte und was gegebenenfalls vom Vermittler erklärt und zugesichert worden ist.

Es ist insbesondere umfangreich zu besprechen, welche Leistungen in welchem Umfang bis zu welchem Zeitpunkt zur Verfügung stehen müssen, um den bisherigen Lebensstandard aufrechterhalten zu können und wie sich die berufliche Tätigkeit derzeit gestaltet.

Stichwörter hier müssen (am besten dokumentiert) sein: Besonderheiten bei bestimmten Berufsgruppen (Selbständige / mitarbeitende Inhaber, Geschäftsführer juristischer Personen, Beamte, Schüler / Auszubildende / Studenten, spezielle Berufsgruppen wie Ärzte, Flugpersonal, Schiffpersonal), Leistungsumfang- und Höhe (Dynamik / Inflationsausgleich), Verzicht auf eine abstrakte Verweisung, Sechs-Monats-Prognose, Anerkennung ab Beginn, rückwirkende Zahlung in den ersten sechs Monaten, rückwirkende Zahlung für mindestens drei Jahre bei verspäteter Meldung, zinslose Stundung auf Antrag, Nachversicherungsgarantie u.a.

#### **4. Mögliche Kriterien für eine „gute“ Berufsunfähigkeitsversicherung:**

Laut Finanztest („Berufsunfähigkeit gezielt absichern“, Stiftung Warentest/Verbraucherzentrale NRW, 1. Auflage) zeichnen sich gute Verträge durch folgende Kriterien in den Versicherungsbedingungen aus:

1. Verzicht auf eine abstrakte Verweisung: Hierbei verzichtet der Versicherer darauf, den Versicherungsnehmer auf ähnliche Tätigkeiten zu verweisen, die ggf. noch ausgeübt werden können (Beispiel: Chirurg mit Handlähmung könnte als ärztlicher Gutachter arbeiten). Besser noch: Verzicht auf eine konkrete Verweisung.
2. Sechs-Monats-Prognose: Der Versicherungsnehmer muss für voraussichtlich sechs Monate (nicht drei Jahre wie oft in der Vergangenheit) berufsunfähig sein.

3. Anerkennung ab Beginn, rückwirkende Zahlung in den ersten sechs Monaten: dies ist vorteilhaft, da gerade in der Anfangsphase einer Berufsunfähigkeit häufig zusätzliche Behandlungskosten anfallen.
4. Rückwirkende Zahlung für mindestens drei Jahre bei verspäteter Meldung: Oft wird eine Erkrankung unterschätzt und niemand rechnet mit einer dauernden Berufsunfähigkeit oder die Angehörigen wissen gar nicht, dass eine Versicherung existiert. Daher ist dieses Kriterium wichtig.
5. Zinslose Stundung auf Antrag: Während der Versicherer über die Gewährung der Rente entscheidet, hat der Betroffene meist kein Einkommen. Gerade in dieser Phase wäre es schlecht, wenn der Versicherungsschutz verloren ginge, da die Beiträge nicht gezahlt werden können.
6. Nachversicherungsgarantie: Erhöhung der Rente ohne erneute Gesundheitsprüfung bei besonderen Ereignissen wie Heirat oder Jobwechsel, als Alternative oder besser noch zusätzlich zur Dynamik.
7. Eine garantierte Rentensteigerung während der Auszahlungsphase der BU-Rente zum Ausgleich der Inflation (2-3% pro Jahr): Andernfalls läge der Verlust der Kaufkraft schon nach 25 Jahren konstanter Rente bei 50%. Einige Anbieter bieten alternativ zumindest eine mögliche (aber nicht garantierte) Rentensteigerung aus den insgesamt erwirtschafteten Überschüssen an.
8. Begrenzung des Rücktrittsrechts der Gesellschaft auf fünf Jahre oder kürzer
9. Klare Regelung befristeter Anerkenntnisse

## **5. Eintritt von Berufsunfähigkeit**

Der Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der privaten Berufsunfähigkeitsversicherung ist in der Regel in den Bedingungen definiert wie folgend oder ähnlich:

*„Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich dauernd [für die Dauer von mindestens sechs Monaten] außer Stande ist, seinen Beruf [oder eine andere Tätigkeit, die er auf Grund seiner Ausbildung und Erfahrung ausüben kann und die seiner bisherigen Lebensstellung entspricht], auszuüben.“*

Entscheidend ist der „zuletzt ausgeübte Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war“ (vgl. § 172 Abs. 2 VVG). Es kommt also nicht auf den Beruf zum Zeitpunkt des Abschlusses des Vertrages, sondern zum Zeitpunkt des Eintrittes der behaupteten Berufsunfähigkeit an, und zwar unabhängig davon, was im Versicherungsschein stehen mag.

Beruf ist dabei jede auf Dauer angelegte, erlaubte Erwerbstätigkeit.

Entscheidend für die Frage, ob der Beruf noch ausgeübt werden kann, ist die konkrete Ausgestaltung bei der betreffenden versicherten Person zum Zeitpunkt des behaupteten Eintritts der Berufsunfähigkeit. Ob die Ausübung noch möglich ist, lässt sich oftmals nur durch ein Sachverständigengutachten klären.

Der Versicherungsnehmer muss darlegen, wie genau sein beruflicher Tagesablauf vor Eintritt der behaupteten Berufsunfähigkeit ausgesehen hat und welche Tätigkeiten er davon jetzt noch ausüben kann und welche nicht mehr.

Eine vollkommene Aufgabe der Tätigkeit bzw. eine mehr als fünfzigprozentige Aufgabe ist nicht unbedingt erforderlich. Unter Umständen ist es auch ausreichend, dass die prägenden Tätigkeiten aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen nicht mehr ausgeübt werden können.

Der Versicherungsnehmer muss zumutbare Heilbehandlungen durchführen lassen (nicht jedoch Operationen in Vollnarkose und ähnliches).

Die Berufsunfähigkeit muss voraussichtlich dauernd sein. Erforderlich ist eine ärztliche Prognoseentscheidung. Der Prognosezeitraum beträgt dabei drei Jahre, so nichts anderes vereinbart ist (hierauf, also auf eine andere Vereinbarung, sollte Wert gelegt werden, vgl. oben).

Bedingungen sehen in der Regel auch fingierte Berufsunfähigkeit vor.

Der Versicherer hat – so vereinbart – die Möglichkeit der Verweisung.

## 6. Streitigkeiten

Die Frage, ob Leistungen aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung bezogen werden können oder aber nicht, ist oftmals existenziell, die in Streit stehenden Beträge sehr hoch.

Erst im Schadensfalle merkt man, ob man eine gute Versicherung abgeschlossen hat oder aber nicht.

Nicht der Preis darf mithin bei der Auswahl der Versicherung das entscheidende Kriterium sein, sondern vielmehr der Inhalt des Versicherungsvertrages.

Ein ganz wichtiges Kriterium ist daneben in meinen Augen auch die Prozessquote der Versicherer. Hier und in der Behandlung des Versicherungsnehmers im Schadensfalle insgesamt gibt es meinen Erfahrungen nach erhebliche Unterschiede.

Soweit die Versicherung ein Sachverständigengutachten einholt, auf das eine Leistungsver-sagung gestützt wird, muss klar sein, dass nicht dessen Feststellungen (möglicherweise auch beeinflusst davon, „wes Brot ist es, des Lied ich sing“) entscheidend sind, sondern gegebenenfalls die eines gerichtlich bestellten (unabhängigen) Gutachters.

Auseinandersetzungen dauern oftmals lang. Wer eine Berufsunfähigkeitsversicherung hat, sollte daneben auch eine Rechtsschutzversicherung besitzen, die dieses Risiko (die Wahrnehmung schuldrechtlicher Interessen aus Versicherungsverträgen) mit abdeckt. Die Kosten eines gerichtlichen Verfahrens, welches oftmals unabdingbar ist, können enorm sein!

Im Falle seiner Einstandspflicht hat der Versicherer sich hierzu zu erklären, und zwar in Form eines Anerkennnisses. 173 VVG lautet wie folgt:

*1) Der Versicherer hat nach einem Leistungsantrag bei Fälligkeit in Textform zu erklären, ob er seine Leistungspflicht anerkennt.*

*(2) Das Anerkenntnis darf nur einmal zeitlich begrenzt werden. Es ist bis zum Ablauf der Frist bindend.*

Derartige Erklärungen werden oftmals bewusst lange hinausgezögert. Hier ist die Hinzuziehung eines spezialisierten (!) Anwaltes, der auf gleicher Augenhöhe mit dem Versicherer kommunizieren kann, oft unabdingbar.

Ist ein Anerkenntnis erfolgt, kann der Versicherer sich hiervon nur noch im sogenannten Nachprüfungsverfahren lösen. Geregelt ist dies in § 174 VVG:

*(1) Stellt der Versicherer fest, dass die Voraussetzungen der Leistungspflicht entfallen sind, wird er nur leistungsfrei, wenn er dem Versicherungsnehmer diese Veränderung in Textform dargelegt hat.*

*(2) Der Versicherer wird frühestens mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang der Erklärung nach Absatz 1 beim Versicherungsnehmer leistungsfrei.*

Eine derartige Einstellung muss formell und materiell gerechtfertigt sein, wobei die Anforderungen recht hoch sind. Oftmals ist dies nicht der Fall, was sich jedoch nur durch einen Fachmann beurteilen lässt.

Muss tatsächlich geklagt werden, so hat auch hier die VVG-Reform eine Verbesserung für den Versicherungsnehmer gebracht. Dieser kann jetzt auch bei dem Gericht klagen, in dessen Bezirk er zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

## **7. Weitere Fragen**

Bei den Ausführungen handelt es sich nur um eine kurze Darstellung ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

Für Rückfragen und ergänzende Auskünfte steht der Unterzeichner sehr gerne zur Verfügung.

Ihr Rechtsanwalt

Oliver Roesner, LL.M.

Fachanwalt für Versicherungsrecht

[www.edk.de](http://www.edk.de) | [roesner@edk.de](mailto:roesner@edk.de)