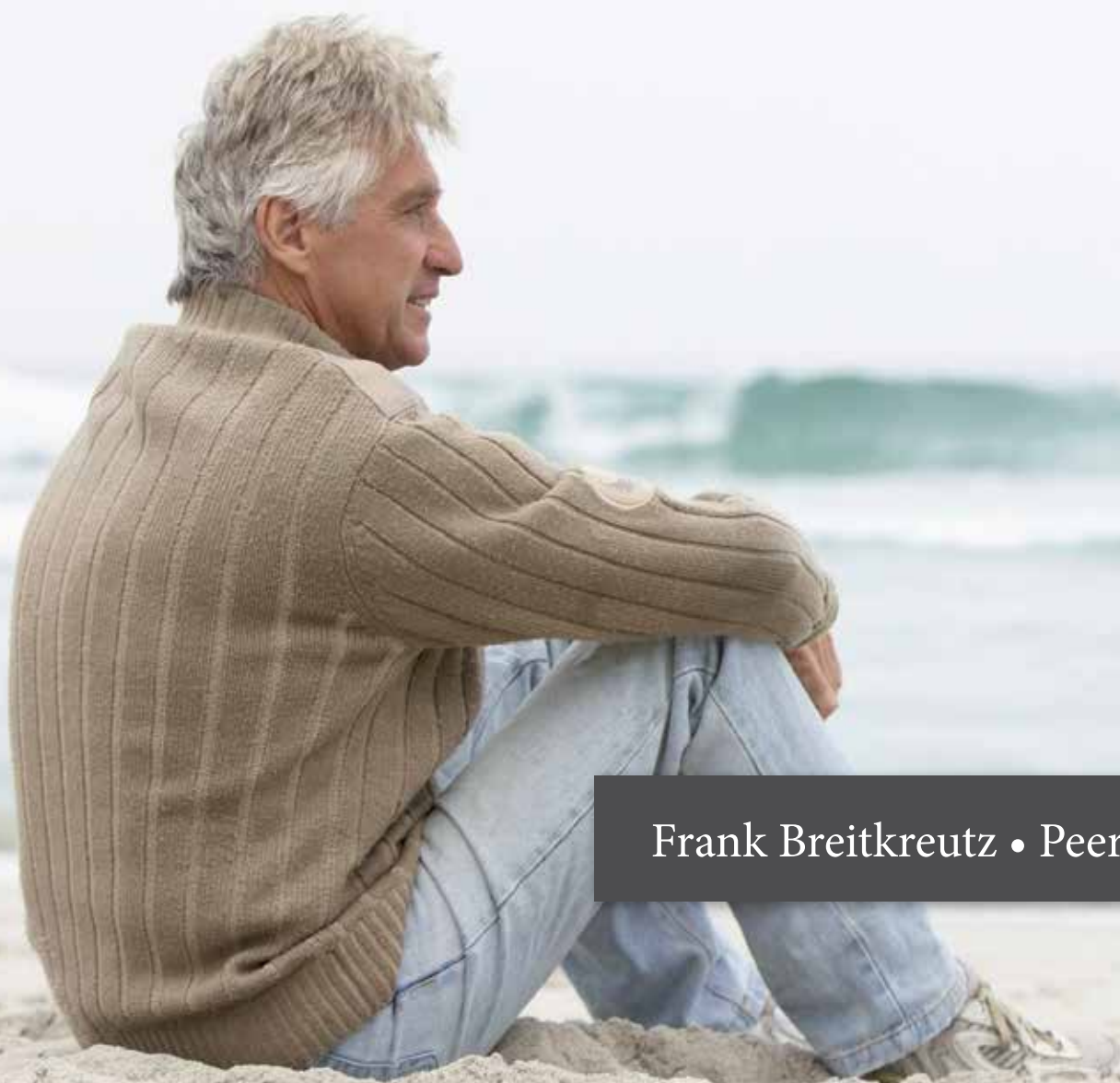


Berufsunfähigkeit



**Leistungsvoraussetzungen,
Fallstricke und optimiertes
Antragsverfahren**



Frank Breitkreutz • Peer Fischer

„Berufsunfähigkeit“

Die Berufsunfähigkeitsversicherung:

Leistungsvoraussetzungen, Fallstricke
und optimiertes Antragsverfahren

Frank Breitkreutz • Peer Fischer

BBP

**RECHTSANWÄLTE
& FACHANWÄLTE**

© 2015–2019 Rechtsanwalt Peer A. Fischer / Rechtsanwalt Dr. Frank Breitkreutz
BBP Rechtsanwälte & Fachanwälte PartG mbB / Kanzlei Dr. Breitkreutz
Mommsenstr. 11 • 10629 Berlin
info@bbp-legal.com • www.bu-beratung24.de

HOTLINE: (030) 318 0255 - 0

Gliederung

I. Einführung und Überblick	4
II. Die Berufsunfähigkeitsversicherung – eine Kurzvorstellung	5
1. Vorteile einer BU-Versicherung	5
2. Vor dem Abschluss einer BU-Versicherung: Was ist zu beachten?	8
3. Arbeitslosigkeit während der Vertragslaufzeit	13
III. Die Leistungsvoraussetzungen – Wann besteht ein Anspruch?	13
1. Minderung der Erwerbsfähigkeit	14
2. Voraussichtliche „Dauerhaftigkeit“; Fiktionen in den Versicherungsverträgen	15
3. Wer entscheidet über das Vorliegen der BU?	16
4. Die häufigsten Ursachen und aktuelle Schwerpunkte:	16
5. Die aktuelle Bedeutung von psychischen Erkrankungen	17
IV. Professionelle Beratung – von Anfang an!	19
V. Die häufigsten Einwände der Versicherer	20
1. Das Bestreiten der Berufsunfähigkeit an sich	21
2. Verletzungen der Anzeigepflicht - Anfechtung und Rücktritt vom Vertrag	23
3. Das Recht zur Verweisung und die Umorganisation	24
4. Fazit	25
VI. Prozessuale Durchsetzung und Kosten	26

I. Einführung und Überblick

Die Berufsunfähigkeitsversicherung bzw. Berufsunfähigkeitszusatzversicherung (nachfolgend insgesamt als „BU-Versicherung“ bezeichnet) ist ohne Zweifel ist eine der wichtigsten Formen der privaten Einkommenssicherung. Denn ein Trend ist unverkennbar: Die Leistungen aus der gesetzlichen Sozialversicherung für Fälle vorzeitiger Erwerbsminderung nehmen rapide ab, während gleichzeitig immer weniger Berufstätige das gesetzliche Rentenalter erreichen.

Betroffene müssen dabei nicht nur den Verlust ihrer Arbeitsstelle verkraften - mit der Berufsunfähigkeit sind in der Regel auch erhebliche finanzielle Einbußen verbunden. Hinzu kommen meist auch noch zusätzliche finanzielle Belastungen des Betroffenen, wie etwa für eine notwendige medizinische Versorgung oder Betreuung.

Gerade jüngere und im mittleren Lebensalter stehende Berufstätige, Familien mit Alleinverdiener oder Singles entschließen sich daher immer häufiger zum Abschluss einer privaten BU-Versicherung, um die finanziellen Verpflichtungen gegenüber ihrer Familie – etwa durch Hausbau oder für die Berufsausbildung der Kinder - für den Fall einer vorzeitigen Erwerbsminderung abzusichern.

Verbraucherschützer stellen die BU-Versicherung als unverzichtbaren Baustein zur Einkommenssicherung dar, um die Lücke bei den gesetzlich vorgesehenen karglichen Erwerbsminderungsrenten privat zu schließen. Der Versicherungsverband GDV geht davon aus, dass im Jahr 2012 17,1 Millionen Vertragspolizen zur Berufsunfähigkeit mit durchschnittlichen Jahresbeiträgen von 780,-- Euro bestanden. Das Risiko einer Berufsunfähigkeit war dabei mit durchschnittlich 90.000 Euro abgesichert. Millionen BU-Versicherte verlassen sich also bereits auf ihre Ansprüche gegen einen Berufsunfähigkeitsversicherer im Falle ihrer Berufsunfähigkeit. Wegen der überragenden Bedeutung der BU-Versicherung spielt das Regulierungsverhalten der Versicherer eine besondere Rolle, denn die Leistungspraxis, also die antragsgemäße Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente, verläuft in vielen Fällen zu Lasten der Versicherten nicht wie beantragt. Die Ursachen liegen in der Komplexität der – von medizinischen Gutachten dominierten - Materie und der offenbar nicht immer ausgeprägten Regulierungsfreude der Versicherer. Medien berichteten unlängst gar von systematischen Benachteiligungen, Hinhalte- und Zermürbungstaktiken sowie Vorenthaltungen berechtigter Leistungsansprüche durch die Berufsunfähigkeitsversicherer.

Diese Ratgeber skizziert zunächst die typischen Eigenschaften einer BU-(Zusatz-)Versicherung (II) und stellt die notwendigen Leistungsvoraussetzungen dar (III).

Anschließend wird aufgezeigt, dass und wie eine optimale Regulierung - möglichst von Anfang an - erfolgen sollte (IV) - was in der Regel nur mittels professioneller Begleitung erreicht werden kann.

Die häufigsten Einwände der Versicherungsgesellschaften (V.) und ein Ausblick auf die Möglichkeiten (VI.) zur Finanzierung einer (gerichtlichen) Auseinandersetzung über Ansprüche aus unterhaltenen BU-Versicherungen schließen dieses eBook. Antworten auf die häufigsten Fragen finden Sie im Anhang.

II. Die Berufsunfähigkeitsversicherung – eine Kurzvorstellung

1. Vorteile einer BU – Versicherung

In der BU-Versicherung sagt ein Versicherer (VR) seinem Vertragspartner für den Fall einer während der Vertragslaufzeit eintretenden Berufsunfähigkeit der versicherten Person bestimmte Leistungen zu. In der Regel handelt es sich um eine monatlich oder quartalsweise auszuzahlende Geldrente.



Verschiedene Möglichkeiten eines Berufsunfähigkeitsschutzes

In der Regel bestehen zwei unterschiedliche Möglichkeiten, die finanziellen Risiken im Falle einer Berufsunfähigkeit abzusichern. Welche der beiden Varianten am besten geeignet ist, hängt von unterschiedlichen Faktoren ab. Sowohl die individuellen Lebensumstände als auch die Leistungsvorstellungen des Einzelnen sind wichtige Gradmesser für die richtige Auswahl.



Die klassische Berufsunfähigkeitsversicherung

Bei der klassischen Berufsunfähigkeitsversicherung handelt es sich um eine reine Risikovereinbarung. Vergleichbar wie bei einer Risiko-Lebensversicherung legt der Versicherer aufgrund der Daten des Kunden als auch weiterer Faktoren (z.B. Gefahrenklasse der ausgeübten Tätigkeit) das individuelle Berufsunfähigkeitsrisiko fest. Hieraus lassen sich die erforderlichen Versicherungsbeiträge bis zum Laufzeitende – z.B. dem gesetzlichen Rentenalter – errechnen.

Tritt die Berufsunfähigkeit während der Laufzeit der BU-Versicherung ein, zahlt der Versicherer entweder bis zum Ende der Berufsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ende der Vertragslaufzeit eine monatliche Berufsunfähigkeitsrente.

Tritt die Berufsunfähigkeit während der Laufzeit der BU – Versicherung nicht ein, so erfolgt in der Regel keinerlei Auszahlung, denn durch die reine Risikoabsicherung ist die klassische Berufsunfähigkeitsversicherung fast immer preiswerter als eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung. Eine Kapitalbildung findet nicht statt. In Ausnahmefällen ist es jedoch auch möglich, dass der Versicherer eine – relativ geringe – Schlusszahlung (ähnlich der kapitalbildenden Lebensversicherung) leistet.

Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

Eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung wird stets als „Baustein“ zusammen mit einer Lebens- oder Rentenversicherung abgeschlossen. Die Berufsunfähigkeitsrente der Zusatzversicherung dient in erster Linie dazu, dass der Versicherte im Falle einer Berufsunfähigkeit weiterhin die Beiträge seiner Lebens- oder Rentenversicherung bestreiten kann – also um die private Altersvorsorge abzusichern. Zusätzlich kann eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung jedoch auch eine darüber hinausgehende Berufsunfähigkeitsrente vorsehen, welche einer echten Rentenzahlung gleichkommt.

Die BU dient der Wahrung der gesellschaftlichen Position des Versicherten. Ihr Zweck ist es, den sozialen Abstieg zu verhindern. Das ist in heutigen Zeiten umso wichtiger, als dass die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung bei Berufsunfähigkeit inzwischen deutlich abgesunken sind. So gibt es eine Berufsunfähigkeitsrente für Menschen, die nach dem 1. Januar 1961 geboren wurden, nur noch als zweistufige Erwerbsminderungsrente mit reduzierten Leistungen. Dabei wird eine volle Erwerbsminderungsrente (etwa 38 % des letzten Bruttoeinkommens) nur gewährt, sofern der Betroffene weniger als 3 Stunden am Tag – in nahezu jeglicher

Tätigkeit und nicht nur im ausgeübten Beruf - arbeiten kann. Der berufliche Status vor Eintritt der Erkrankung bzw. des Unfalls wird de facto nicht mehr berücksichtigt. Bei Selbständigen oder Berufsanfängern ist der Rentenanspruch - soweit er überhaupt besteht - oft noch geringer.

Die BU-Versicherung ist dagegen eine höchst individuelle Versicherung: Maßgeblich ist stets die versicherte Person selbst und ihre zuletzt konkret ausgeübte berufliche Tätigkeit.



Zur Abgrenzung der Berufsunfähigkeit von anderen Begriffen, die in diesem Zusammenhang auftauchen

Erwerbsunfähigkeit

Eine vollständige Erwerbsunfähigkeit liegt nach der gesetzlichen Definition vor, wenn der Betroffene aufgrund von Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit (mindestens sechs Monate) nicht in der Lage ist, eine Tätigkeit unter den normalen Bedingungen des Arbeitsmarktes im Umfang von mindestens drei Stunden täglich auszuüben (§ 43 Abs. 2 SGB VI).

Die private Erwerbsunfähigkeitsversicherung sichert als „günstige BU-Versicherung“ nicht den entsprechenden Beruf ab, sondern die allgemeine Erwerbstätigkeit. Damit ist die Leistung der Erwerbsunfähigkeitsversicherung der gesetzlichen Erwerbsminderungsrente sehr viel ähnlicher und die Hürden zum Erhalt einer Rente wegen Erwerbsunfähigkeit deutlich höher als bei der klassischen BU-Versicherung.

Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit ist in erster Linie ein arbeitsrechtlich geprägter Begriff. So ist in diesem Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeit auszugehen, wenn ein Arbeitnehmer auf Grund von Krankheit seine zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen kann (§ 2 Abs. 1 der Richtlinien über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung).



Private und gesetzliche Krankenversicherer haben die arbeitsrechtliche Definition der Arbeitsunfähigkeit weitestgehend übernommen. Im Unterschied zur Berufsunfähigkeit kann die Arbeitsunfähigkeit bereits bei kurzer Dauer – z.B. an einem Tag – vorliegen.

Invalidität

Von einer Invalidität im Sinne der privaten Unfallversicherung ist auszugehen, sofern die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit des Versicherten durch einen Unfall dauerhaft negativ beeinträchtigt wird. Dabei ist von einer Dauerhaftigkeit einer Beeinträchtigung auszugehen, sofern diese voraussichtlich länger als drei Jahre andauern wird und eine Änderung des Invaliditätszustandes nicht zu erwarten ist.

Wichtig ist auch der Charakter der BU-Versicherung als so genannte Summenversicherung: Da der Versicherer nicht die konkrete Einkommenseinbuße ersetzt, sondern eine im Voraus vertraglich festgelegte Leistung erbringt, muss er auch dann leisten, wenn die versicherte Person durch ihre Berufsunfähigkeit nur eine geringe oder gar keine Einkommenseinbuße erleidet.

Die Leistungspflicht besteht also unabhängig vom Eintritt eines konkreten Verdienstaussfalls oder sonstigen Schadens, so dass sich die hier angesiedelten Nachweisprobleme nicht stellen.

2. Vor dem Abschluss einer BU- Versicherung: Was ist zu beachten?

Kunden legen im Antrag auf Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung den gewünschten Umfang der Versicherungspolice fest. Hier werden die Weichen für die Höhe der monatlichen Berufsunfähigkeitsrente oder im Hinblick auf eine dynamische Anpassung des Beitrages und der Versicherungsleistung während der Laufzeit gestellt.

Die endgültige Höhe Versicherungsbeitrags hängt letztendlich von unterschiedlichen Faktoren, wie etwa der Laufzeit des Vertrags, der vereinbarten Rentenhöhe, einer eventuellen Dynamik und dem Ergebnis einer Risikoprüfung ab.

Ausreichender Versicherungsschutz besteht in den meisten Fällen nur dann, wenn sich die private Absicherung zur Berufsunfähigkeit am Nettoeinkommen des Versicherten orientiert und

dynamisch vereinbart wurde, also Gehaltserhöhungen und Inflation ausreichend berücksichtigt. Es wird empfohlen, dass etwa 80 % des Einkommens eines Haushalts über eine BU-Versicherung versichert werden sollen.

Für den Versicherer stellt vor allem das Risiko des Eintritts eines Versicherungsfalles einen wesentlichen Faktor für die Bemessung der Versicherungsprämie dar. Die Berufsunfähigkeits-Versicherer staffeln dabei Eintrittsrisiken in bestimmten Berufskatalogen. Berufe, welche als besonders risikoreich gelten, wie etwa Gerüstbauer, Maurer, Bergleute oder Schlosser, erhalten in der Versicherungspraxis oft nur BU-Versicherungen mit sehr hohen Versicherungsprämien, zum Teil wird eine BU-Versicherung für bestimmte Berufsgruppen sogar pauschal abgelehnt. Andere Berufsgruppen wie etwa Physiker, Ärzte, Maschinenbauingenieure oder Rechtsanwälte erhalten hingegen sehr gute Versicherungsprämien, da hier das Risiko des Eintritts einer Berufsunfähigkeit als sehr gering angesehen wird.

Im Übrigen bestimmen der allgemeine Gesundheitszustand, aktuellen Krankheiten bzw. frühere Vorerkrankungen, das Alter als auch risikoreiche Hobbys die endgültige Höhe der jeweiligen Versicherungsprämie.

Um eine Versicherungsprämie entsprechend der vorgenannten Kriterien ermitteln zu können, erfolgt vor dem Vertragsabschluss eine so genannte Risikoprüfung durch den Versicherer. Im Rahmen dieser Prüfung ist der Antragsteller angehalten, unterschiedliche Fragen zum Gesundheitszustand und zur Krankenvorgeschichte schriftlich und wahrheitsgemäß zu beantworten. Je nach Versicherer werden gesundheitsbezogene Fragen für einen Zeitraum von 5 bis 10 Jahren vor Antragstellung abgefragt. Im Falle von früheren Vorerkrankungen, bestehenden Erkrankungen oder anderen relevanten gesundheitlichen Einschränkungen, wie etwa Allergien, sind durch den Antragsteller weitere schriftliche Ausführungen vorzunehmen. Hier gilt grundsätzlich die Devise: Je detaillierter und vollständiger, desto besser. Allerdings muss den Versicherern nicht uferlos geantwortet werden: Nach § 19 VVG dürfen Berufsunfähigkeitsversicherer Gesundheitsfragen, die den Antragstellern vor Vertragsabschluss gestellt werden, nicht offen formulieren. Zulässig sind mithin nur konkrete Fragen, nicht dagegen allgemeine Fragen zum Gesundheitszustand. Es sind nur diejenigen Fragen zu beantworten, nach denen der Antragsteller in Textform eindeutig gefragt wird. Sofern beispielsweise ein Versicherer den Antragsteller nach „ärztlich behandelten“ Erkrankungen befragt, ist der Antragsteller nicht verpflichtet, etwaige nicht ärztlich behandelte Erkrankungen mitzuteilen.

Es ist zudem zu empfehlen, eine Kopie des Formulars der Risikoabfrage des Versicherers zu den eigenen Versicherungsunterlagen zu nehmen, damit im Zweifelsfall die korrekte und vollständige Angabe von Vorerkrankungen und sonstigen gesundheitlichen Einschränkungen bewiesen werden kann.

Sofern bereits bei Antragstellung erhebliche Vorerkrankungen vorlagen, kann es sinnvoll sein, zunächst an den Versicherer eine anonyme Risikovorabfrage über einen Versicherungsberater oder -makler zu stellen. So wird nämlich verhindert, dass der Versicherer den Antrag ablehnt und den Antragsteller in die so genannte Wagnisdatei – eine zentrale Datenbank, in der die Versicherer Informationen über Kunden und Anträge sammeln – einträgt.

Da nicht immer sämtliche Informationen über Vorerkrankungen beim Antragsteller vorliegen oder etwaige frühere Diagnosen gegebenenfalls gar nicht bekannt sind, ist es sinnvoll, die im Rahmen der Risikoprüfung abgefragten Informationen für den relevanten Zeitraum bei der Krankenversicherung, dem Hausarzt und bei weiteren behandelnden Ärzten abzufragen. Hier ist mitunter Hartnäckigkeit gefragt: Obwohl Ärzte und Versicherer zur Auskunft verpflichtet sind, bedeutet eine Anfrage nicht unerheblichen bürokratischen Aufwand - es kann also durchaus notwendig sein, die benötigten Informationen bei den einschlägigen Stellen mehrfach anzufragen, bis sie schließlich mitgeteilt werden.

Der Antragsteller wird im Rahmen der Risikoabfrage zudem üblicherweise gebeten, eine Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber dem Hausarzt und anderen behandelnden Ärzten zu unterschreiben. Der Versicherer hat somit die Möglichkeit, die Angaben des Antragstellers zu überprüfen. Eine Pflicht zur Überprüfung besteht jedoch nicht. Der Antragsteller sollte sich allerdings bewusst sein, dass der Versicherer jederzeit, insbesondere natürlich anlässlich des Vorliegens eines Antrags auf Berufsunfähigkeitsrente, die bei Ärzten vorhandenen Informationen über Vorerkrankungen und sonstige Einschränkungen abfragen kann.

Die Risikoprüfung durch den BU - Versicherer

Angaben zum Gesundheitszustand und Vorerkrankungen sind:

- 1) wahrheitsgemäß
 - 2) vollständig
- zu beantworten.

Die Auskunftspflicht besteht rückwirkend – je nach Versicherer – für **5 bis 10 Jahre**.

Unvollständige oder unrichtige Angaben können zum Ausschluss eines Anspruchs auf Berufsunfähigkeitsrente führen!

Tipp!

Bitten Sie Ihren Hausarzt und weitere behandelnde Ärzte sowie Ihre Krankenversicherung um Bereitstellung der gewünschten Informationen!

Erstellen Sie eine Kopie der Risikoauskunft für Ihre Akten!

Sofern der aktuelle Gesundheitszustand negativ bewertet wird und mehrere oder schwerwiegende Vorerkrankungen vorlagen, wird der Versicherer vom Antragsteller in der Regel einen Risikoaufschlag auf die Versicherungsprämie verlangen. In Ausnahmefällen kann es jedoch auch sein, dass Versicherer den Abschluss einer BU-Versicherung mit dem Antragsteller entweder vollständig ablehnen oder über so genannte Ausschlussklauseln bestimmte Vorerkrankungen vom Versicherungsschutz auszunehmen - führt dann zu einem späteren Zeitpunkt eine Vorerkrankung zu einer Berufsunfähigkeit des Versicherten, besteht kein Leistungsanspruch.

Natürlich sollten auch die Versicherungsbedingungen des jeweiligen Berufsunfähigkeitsversicherers gründlich gelesen und kritisch bewertet werden.

Die in vielen Versicherungsbedingungen enthaltenen sog. Verweisungsklauseln stellen wohl die gefährlichsten Regelungen für die Versicherten dar. Verweisungsklauseln legen fest, ob ein Versicherer im Falle des Eintritts einer Berufsunfähigkeit leisten muss oder aber ob dem Versicherten die Ausübung einer anderen Tätigkeit zugewiesen werden kann. Dabei regelt eine „abstrakte“ Verweisungsklausel, dass der Versicherer die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente dann nicht zahlen muss, sofern der Versicherte auf eine Tätigkeit verwiesen werden kann, die

seinen Fähigkeiten entspricht und im Wesentlichen gleich bezahlt wird, auch wenn der Versicherte diese bisher nicht ausgeübt hat. Eine „konkrete“ Verweisungsklausel zeichnet den Versicherer dann von seiner Rentenleistung frei, sofern der Versicherte – freiwillig – eine bestimmte Tätigkeit ausübt, die seinen Fähigkeiten entspricht und im Wesentlichen gleich bezahlt wird.

Es sollte daher generell versucht werden, vorhandene Verweisungsklauseln in den Versicherungsbedingungen nicht zu akzeptieren und – im Einvernehmen mit dem Versicherer – zu streichen.

Der Antragsteller sollte zur Vermeidung etwaiger Rentenlücken zudem beachten, dass die Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente mindestens bis zum Erreichen des 65. Lebensjahres, besser des 67. Lebensjahres vereinbart wird.

Weitere, für das Entstehen eines Anspruchs auf eine Berufsunfähigkeitsrente wichtige Bedingungen wie etwa der Prognosezeitraum, also der Zeitraum der prognostizierten Berufsunfähigkeit, sollten kritisch geprüft werden. Hier ist ein Zeitraum von 6 Monaten, bei dem vom Vorliegen einer Berufsunfähigkeit ausgegangen wird, nicht unüblich - längere Zeiträume sollten möglichst nicht akzeptiert werden. Wichtig ist zudem, dass die Leistungsverpflichtung des BU-Versicherers auch rückwirkend für den Prognosezeitraum greift.

Manche Versicherungsbedingungen sehen zudem so genannte Staffelregelungen vor. Nach diesen wird der Betrag der Berufsunfähigkeitsrente nur teilweise bezahlt, sofern der Grad der Berufsunfähigkeit zwar den für die meisten BU-Versicherern anwendbaren Mindestgrad von 50 % erreicht hat, aber eben z.B. mit 70 % unterhalb einer 100%igen Berufsunfähigkeit liegt. Nach einer Staffelregelung wären durch den Versicherer dann auch nur 70 % der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente zu leisten. Streit bei der Einstufung des Berufsunfähigkeitsgrades ist hier vorprogrammiert. Daher sollte auch eine solche Regelung nach Möglichkeit vermieden werden.

Weitere, wesentliche Bestimmungen in den Versicherungsbedingungen sind Regelungen über das befristete oder unbefristete Anerkenntnis des Rentenanspruchs durch den Versicherer, etwaige Anzeigepflichten bei Änderungen der beruflichen Tätigkeit oder Aufnahme von Risikoportarten sowie die Möglichkeit der Geltendmachung der Berufsunfähigkeitsrente aus dem Ausland.

3. Arbeitslosigkeit während der Vertragslaufzeit

Für den Fall von Arbeitslosigkeit ist, sofern keine Aussetzung vereinbart werden kann, dringend zu empfehlen, die Beiträge zur BU-Versicherung weiter zu entrichten, so dass der Leistungsanspruch des Versicherten weiterhin bestehen bleibt. Nach einer Kündigung durch den Versicherten oder Versicherer kann es wesentlich schwieriger und teurer werden, eine BU-Versicherung abzuschließen. Zum einen erhöht sich der monatliche Beitrag zur BU-Versicherung mit zunehmendem Eintrittsalter, zum anderen ist davon auszugehen, dass vor einem (Neu-)Abschluss eine erneute Gesundheitsprüfung verlangt wird – bereits während der Laufzeit der vorherigen BU-Versicherung aufgetretene Erkrankungen wirken sich da negativ aus.

III. Die Leistungsvoraussetzungen – Wann besteht ein Anspruch?

Leistungsauslösend ist der Eintritt der bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit.

Bei dem Begriff der Berufsunfähigkeit handelt es sich um einen eigenständigen Rechtsbegriff, der nicht mit den Begriffen der Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit im Sinne der sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften verwechselt werden darf. Er setzt sich aus medizinischen und juristischen Komponenten zusammen.

Nach der gesetzlichen Definition in § 172 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ist berufsunfähig, wer seinen zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, infolge von Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall ganz oder teilweise, voraussichtlich auf Dauer, nicht mehr ausüben kann.

Abzustellen ist bei der Prüfung allerdings stets auf die konkrete vertragliche Vereinbarung, die von den gesetzlichen Vorgaben abweichen kann. Auch weichen die jeweiligen Klauseln in den Policen teilweise stark voneinander ab; vor allem in letzter Zeit sind vermehrt für die Versicherten günstigere Klauseln vereinbart worden.

Gleichwohl liegt Berufsunfähigkeit im Grundsatz vor, wenn die zuletzt konkret ausgeübte berufliche Tätigkeit in einem vereinbarten Umfang (in der Regel ab 50%) nicht weiter ausgeübt werden kann und diese Erwerbsunfähigkeit voraussichtlich eine gewisse Zeit andauern wird.

Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen verlangt:

1. Eine mindestens 50%ige Minderung der Erwerbsfähigkeit im zuletzt ausgeübten Beruf
2. Die Prognose der voraussichtlichen Dauerhaftigkeit dieses Zustands

Damit enthält die Definition der Berufsunfähigkeit sowohl ein Intensitätsmoment, nämlich die Forderung einer derart erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung, dass der jeweilige Beruf nicht weiter ausgeübt werden kann (1) als auch ein Prognose-Element, nämlich die Forderung einer gewissen Dauerhaftigkeit dieser Beeinträchtigung (2).

1. Minderung der Erwerbsfähigkeit

Nach den Musterbedingungen liegt eine Berufsunfähigkeit dann vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf (dauerhaft) zu mehr als 50 % erwerbsunfähig ist.

Dies unterscheidet die BU beispielsweise von der privaten Krankentagegeldversicherung, die erst bei einer vollständigen (= 100 %igen) Erwerbsminderung bedingungsgemäße Leistungen vorsieht.

Im Zusammenhang mit der Minderung der Erwerbsfähigkeit wird oft übersehen, dass sich die Berufsunfähigkeit im versicherungsrechtlichen Sinne nicht ausschließlich aus gesundheitlichen Komponenten zusammensetzt.

Die Beeinträchtigung der allgemeinen Leistungsfähigkeit oder Belastbarkeit ist deshalb nicht schlechthin maßgebend, ebenso wenig wie die rein zeitliche Betrachtung der unzumutbar gewordenen Tätigkeiten.

Allein entscheidend ist vielmehr, wie sich die gesundheitliche Beeinträchtigung auf die konkret ausgeübte Tätigkeit auswirkt. Deshalb kann auch bei einer vergleichsweise hohen Restarbeitsfähigkeit eine vollständige Berufsunfähigkeit vorliegen, sofern bestimmte, die jeweilige Tätigkeit prägende Arbeitsschritte nicht mehr durchgeführt werden können.

2. Voraussichtliche „Dauerhaftigkeit“; Fiktionen in den Versicherungsverträgen

Die Minderung der Erwerbsfähigkeit führt nur dann zur bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit, wenn sie voraussichtlich „dauernd“ ist.

Die Beurteilung der Dauerhaftigkeit wiederum erfordert eine - gutachterliche - medizinisch fundierte Prognose des Inhaltes, dass nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft eine Erwartung auf Besserung nicht mehr gerechtfertigt ist.

Zwar hat der Bundesgerichtshof im Jahr 2010 entschieden, dass es sich bei der Dauerhaftigkeitsprognose um eine höchst individuelle Entscheidung handelt, der eine feste zeitliche Grenze nicht zugrundegelegt werden kann. Gleichwohl wird von der überwiegenden Rechtsprechung nach wie vor auf einen Zeitraum von drei Jahren abgestellt. Der Drei-Jahres-Zeitraum ist sicherlich bei einem Versicherten, der kurz vor dem Renteneintritt steht, zu lange – während der bei einem jungen Versicherten im Einzelfall auch einmal zu kurz sein kann. Diese Zeitspanne gibt aber eine sehr gute Orientierung; sie wurde teilweise sogar in die Bedingungen der Versicherungsgesellschaften aufgenommen. Teilweise wird aber auch – und dies ist für die Versicherten deutlich vorteilhafter – auf einen Zeitraum von lediglich sechs Monaten abgestellt.

Hingewiesen soll an dieser Stelle auf eine wichtige Regelung (§ 2 Abs. 3) der Musterbedingungen der BU: Ist der Versicherte sechs Monate ununterbrochen außerstande gewesen, seinen Beruf auszuüben, so wird die Dauerhaftigkeit der Beeinträchtigung - unwiderleglich - fingiert. Die Prognose wird damit - wie der Bundesgerichtshof es ausdrückt - „unwiderleglich festgeschrieben“.

Diese sehr praxisrelevante Regelung spielt eine Rolle in Fällen, in denen wegen fehlender medizinischer Erkenntnismöglichkeiten die Prognose, dass der aktuelle Zustand ein „vor-aussichtlich dauernder“ sein wird, nicht sicher gestellt werden kann.

3. Wer entscheidet über das Vorliegen der BU?

Wichtig: Die Bestimmung der Berufsunfähigkeit ist keine rein medizinische Frage, auch wenn im Ergebnis sehr oft der begutachtende Arzt die Entscheidung trifft.

Grundlage der Bemessung ist nämlich die konkrete Berufsausübung und die Beeinträchtigung des Versicherten bei der Ausübung bestimmter prägender Tätigkeiten. Ohne detaillierte Kenntnis von der zuletzt konkret ausgeübten beruflichen Tätigkeit kann der Arzt daher gar nicht über den Grad der Berufsunfähigkeit entscheiden.

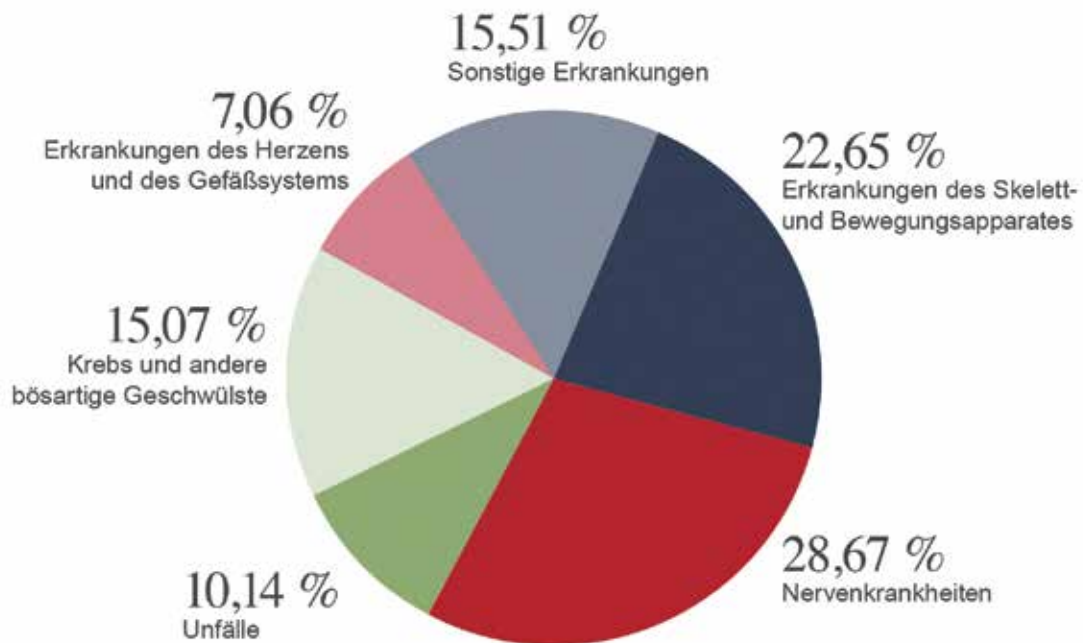
Deshalb ist es Aufgabe des sachbearbeitenden Regulierers in der Leistungsabteilung und - vor allem - des Versicherten selbst (!), die tatsächlichen Umstände aus dem Bereich seiner beruflichen Tätigkeit so aufzubereiten und sie so mit den medizinischen Tatbeständen zu verknüpfen, dass das konkrete Ausmaß der Beeinträchtigung der Ausübung abgeleitet werden kann (mehr hierzu in den Abschnitten III. und IV).

4. Die häufigsten Ursachen und aktuelle Schwerpunkte:

Längst sind Hauptursachen der Berufsunfähigkeit nicht mehr die durch körperliche Arbeit verursachten, typischen Verschleißerscheinungen an Rücken, Knien und Hüfte.

Nervenkrankheiten und psychische Erkrankungen - hier vor allem (Erschöpfungs-)Depressionen und Burn-out-Erkrankungen - haben als Ursache für eine Berufsunfähigkeit in den letzten Jahren am stärksten zugenommen. Seit 2009 haben sie die Erkrankungen des Skelett- und Bewegungsapparates als häufigste Ursache überholt.

Inzwischen ist in 28,67 % der Fälle eine Berufsunfähigkeit auf Nervenkrankheiten und psychische Erkrankungen zurückzuführen, in 22,8 % der Fälle auf Erkrankungen des Skelett- und Bewegungsapparates. An dritter Stelle folgen mit 15,07 % Krebserkrankungen, gefolgt von Unfällen (10,14%), Herz- Kreislauferkrankungen (7,96 %) und weiteren nicht aufgeschlüsselten sonstigen Erkrankungen in Höhe von 15,51 %.



Quelle: morgen & morgen GmbH / Stand: April 2013

5. Die aktuelle Bedeutung von psychischen Erkrankungen

Durchgängig beklagen Lebens- und BU-Versicherer den signifikanten Anstieg psychischer Erkrankungen. Branchenkenner gehen einhellig davon aus, dass es nur eine Frage der Zeit ist, bis psychische Ursachen flächendeckend an der Spitze der Statistiken stehen.

Untersucht man die Ursachen von psychisch vermittelten Erwerbsminderungen, fällt die besondere Bedeutung von Depressionen auf. Aber auch das Erschöpfungssyndrom sowie posttraumatische Belastungs- und/oder Verbitterungsstörungen sind mit dem Risiko einer Berentung

verbunden. Sehr schwere psychiatrische Erkrankungen hingegen, wie beispielsweise Schizophrenien, spielen in der privaten BU-Versicherung kaum eine Rolle. Denn aufgrund des häufig frühen Erkrankungsalters treten die Patienten häufig gar nicht erst in das Berufsleben ein.

Erwähnenswert ist, dass vor allem Wirbelsäulenerkrankungen mit einem chronischen Schmerzsyndrom in erheblichem Umfang seelisch geprägt und überlagert sind. Ärzte aus dem „klassisch“ geprägten orthopädisch-rheumatologischen Bereich scheuen sich allerdings oft, psychiatrische Diagnosen zu stellen (oder auch nur zu vermuten) und greifen stattdessen auf degenerative Veränderung am Bewegungsapparat zurück - auch wenn tatsächlich eine Depression entscheidend zur Leistungsfähigkeit beigetragen hat. Nachbegutachtungen durch einen Psychiater fördern dieses Phänomen nahezu ständig zutage, so dass die statistischen Zahlen vermutlich deutlich zu Lasten der degenerativen Veränderungen des Stütz- und Bewegungsapparates und zugunsten der psychischen Erkrankungen zu korrigieren sind.

Insgesamt bedarf keiner Vertiefung, dass Menschen mit (entsprechend ausgeprägten) psychischen Erkrankungen mindestens unter identischen Leistungseinbußen wie Patienten mit körperlichen Erkrankungen leiden. Deshalb bestehen auch keine Zweifel daran, dass eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit ohne Weiteres auch durch psychische Erkrankungen begründet sein kann.

Vielmehr wurden für diesen Bereich wurden sogar deutliche Beweiserleichterungen entwickelt: Da es in der Psychiatrie keine an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit im naturwissenschaftlichen Sinne gibt, ist nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshof bereits eine Wahrscheinlichkeit von 80 % bis 90 % als das höchstmöglich erreichbare Maß zum Nachweis der Erkrankung ausreichend.

Sind überdies, wie so oft, die psychisch vermittelten Beschwerden nicht objektivierbar, kann nach obergerichtlicher Rechtsprechung der Nachweis der Erkrankung auch dann geführt werden, wenn der Arzt bzw. (Gerichts-)Sachverständige seine Diagnose ausschließlich auf Patientenschilderungen stützt.

IV. Professionelle Beratung – von Anfang an!

Versicherte erwarten zu Recht, dass ihr - teuer erkaufte - BU-Schutz eine schnelle und unkomplizierte Absicherung im Falle einer unerwarteten schweren Erkrankung bietet. Denn wenn tatsächlich Ansprüche aus einer BU geltend gemacht werden, befinden sich die Versicherungsnehmer oft in einer der größten gesundheitlichen und finanziellen Notlagen ihres Lebens. Kraft und Geld für langwierige (gerichtliche) Auseinandersetzungen sind in dieser Phase nur selten ausreichend vorhanden.

Demgegenüber sind positiv beschiedene Leistungsanträge für die Versicherer sehr teuer. Abhängig vom Lebensalter des Versicherten und von der Höhe der monatlichen Rente stehen bei BU-Versicherungen regelmäßig sechsstellige, mitunter auch siebenstellige Schadenssummen auf dem Spiel. Für die Bereitschaft zur Anerkennung von Leistungsfällen ist dies natürlich nicht unbedingt förderlich.

Angesichts der existenziellen Bedeutung der benötigten Leistungen einerseits und der nicht unbedingt ausgeprägten Regulierungsbereitschaft der Versicherungsgesellschaften andererseits ist eine professionelle Begleitung unerlässlich.

Hinzu kommt, dass man es auf Seiten der Versicherer durchgängig mit Spezialisten zu tun hat. Der überlegenen Fachkompetenz in den Leistungs- und Rechtsabteilungen kann auf Seiten der Betroffenen nur mit dem Rückgriff auf gleichfalls spezialisierte Berater begegnet werden. Denn die Versicherten und ihre behandelnden Ärzte verfügen nur selten über einschlägige Rechtskenntnisse, weshalb es bei Leistungsanträgen regelmäßig zu - vermeidbaren - Fehlern kommt, die später oft nur schwer zu korrigieren sind.

Der sorgfältigen Vorbereitung des Leistungsantrages kommt daher höchste Priorität zu. Der Idealfall ist ein möglichst frühzeitiger Dialog zwischen (medizin-)versicherungsrechtlich spezialisierten Anwälten und den behandelnden Ärzten - möglichst bereits im Antragsverfahren. Auf diese Weise können die höchst unterschiedlich vereinbarten Anspruchsvoraussetzungen geprüft, die notwendigen Unterlagen zusammengetragen und notwendige ärztliche Stellungnahmen eingeholt werden. Dies wiederum sichert eine zügige Bearbeitung des Leistungsan-

trages. Gleichzeitig werden durch eine strikte Fristen- und Obliegenheitskontrolle bzw. durch nachträgliche „Heilung“ anspruchsausschließende Versäumnisse vermieden.

Entscheidend im Antragsverfahren ist

1. eine exakte juristische Bewertung der Leistungsvoraussetzungen unter Berücksichtigung der konkreten vertraglichen Vereinbarungen und der aktuellen Spezialrechtsprechung,
2. ein anschließendes Herausarbeiten der entscheidungsrelevanten medizinischen Gesichtspunkte, möglichst „gerichtsfest“ und notwendigenfalls durch eigene ärztliche Stellungnahmen qualifizierter Gutachter.

Insgesamt handelt es sich um ein komplexes Zusammenspiel von juristischen und medizinischen Aspekten, das im Ernstfall eine hohe anwaltliche Spezialisierung, einschlägige Prozess Erfahrung und die Fähigkeit verlangt, auch zu medizinisch streitigen Fragen Stellung nehmen zu können.

Vor allem die Möglichkeit, den Sachverhalt durch qualifizierte (!) ärztliche Stellungnahmen aufzubereiten, ist von entscheidender Bedeutung.

Hier investierter Aufwand ist in der Regel gut angelegt: Nicht selten gelingt es durch ein qualifiziertes Privatgutachten, eine prozessuale Auseinandersetzung zu vermeiden bzw zumindest Gerichte und - wichtiger noch - gerichtlich bestellte Sachverständige vom Vorliegen des Leistungsfalls zu überzeugen.

V. Die häufigsten Einwenden der Versicherer

Positiv beschiedene Leistungsanträge sind teuer für die Versicherungsgesellschaften: Abhängig vom Lebensalter des Versicherten und von der Höhe der monatlichen Rente stehen bei der Anerkennung von BU-Leistungen regelmäßig sechsstellige, mitunter auch siebenstellige Schadenssummen auf dem Spiel.

Dies mag einer der Gründe dafür sein, dass sich viele Versicherte bei Meldung eines Versicherungsfalls alleingelassen fühlen. Obwohl die vereinbarten Voraussetzungen oftmals eindeutig vorliegen, erweist sich das Leistungsantragsverfahren für viele Betroffene als Martyrium.

Insgesamt lassen sich die Gründe, wegen derer BU-Leistungen verweigert werden, in drei Gruppen einteilen:

Bestritten wird zunächst das Vorliegen der Berufsunfähigkeit an sich, mithin dass überhaupt eine bedingungsgemäße Minderung der Erwerbsfähigkeit im konkret ausgeübten Beruf eingetreten ist (1.).

Häufig versuchen die Versicherer auch, sich durch die Behauptung, der Versicherte habe bei Vertragsabschluss Fragen falsch beantwortet und/oder Vorerkrankungen verschwiegen, vollständig vom Vertrag zu lösen (2.).

Letztlich berufen sich die Versicherer auf das so genannte Recht der Verweisung bzw. zur Umorganisation (3.), mithin darauf, dass die versicherte Person aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist, eine andere Tätigkeit auszuüben, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Im Einzelnen:

1. Das Bestreiten der Berufsunfähigkeit an sich

Zermürbende, überlange Antragsbearbeitungen mit schikanös aufgeblähten Fragenkatalogen und immer wieder neuen Nachfragen der Leistungsabteilungen und wiederholte Untersuchungen durch eigene Gesellschaftsärzte, deren Ergebnisse (= „keine Berufsunfähigkeit“) oft in erstaunlichem Kontrast zu den Befunden der fachärztlichen Vorbehandler und Kliniken stehen, gehören zwischenzeitlich zum Regelfall.

Fast in jedem Antragsverfahren wird zunächst das Vorliegen einer bedingungsgemäßen Minderung der Erwerbsfähigkeit in Frage gestellt. Dies geschieht mitunter selbst dann, wenn von der gesetzlichen Rentenversicherung bereits eine Rente wegen voller Erwerbsminderung (!) bewilligt wurde.

Mit der teils sehr plumpen Verleugnung gravierender Symptome ist nicht immer leicht umzugehen. Zwar sind die gutachterlichen Behauptungen der von den Versicherern beschäftigten Ärzte in rechtlicher Hinsicht irrelevant. Denn die allein entscheidende Beurteilung der medizinischen Tatsachen wird von einem neutralen, gerichtsbestellten Gutachter vorgenommen.

Allerdings prallt es nicht an allen Versicherten spurlos ab, dass die Erkrankungen, die immerhin ihre gesamte berufliche Tätigkeit in Frage stellen, von den ärztlichen Beratern der Versicherer („IMB Consult“ und andere) geleugnet, verharmlost oder gar als Schwindel abgetan werden.

Gleichwohl: Das Abstreiten der bedingungsgemäßen Erwerbsminderung unter Verweis auf ein Gutachten angestellter ärztlicher Berater oder der Gesellschaft „IMB Consult“, deren Objektivität und Qualität die Presse wiederholt anzweifelte, ist Realität.

Dem Betroffenen bleibt allein, die Auswirkungen seiner Erkrankung auf die konkrete berufliche Tätigkeit durch ärztliche Stellungnahmen seiner Behandler möglichst „gerichtsfest“ zu dokumentieren - und notfalls eine gerichtliche Überprüfung anzustrengen.

Je eindeutiger hierbei die Voraussetzungen der vereinbarten Berufsunfähigkeit vorliegen und je qualifizierter die fachärztlichen Stellungnahmen aufbereitet sind, desto eher lenken die Versicherungen ein. Immerhin handelt es sich um wirtschaftlich kalkulierende Unternehmen, die sich in ihren Entscheidungen überwiegend von Sachargumenten leiten lassen (und wenig Interesse an höchstrichterlichen Entscheidungen gegen ihre Regulierungspraxis haben).

Vor allem, wenn zusätzliche Privatgutachten von Spezialisten vorgelegt werden können, wird sich in der überwiegenden Zahl der Fälle zumindest ein günstiger Vergleichsschluss realisieren lassen.

Für den Fall der völligen Verweigerungshaltung ist durch qualifizierte Gutachten - wenn möglich von mehreren, unabhängigen (!) Fachärzten - der Boden für eine gerichtliche Auseinandersetzung hinreichend bereitet.

Durch das Betreiben des gerichtlichen Verfahrens wird erzwungen, dass sich ein neutraler Gutachter mit dem Sachverhalt befasst. Die zuvor eingeholten Privatgutachten wiederum gewährleisten, dass diesem unabhängigen - allein vom Gericht bestellten - Gutachter die recht-

lich und medizinisch relevanten Aspekte der Berufsunfähigkeit deutlich vor Augen geführt werden. Auf diese Weise ist eine weitestgehend objektive Entscheidung gewährleistet.

2. Verletzungen der Anzeigepflicht – Anfechtung und Rücktritt vom Vertrag

Häufig zu beobachten ist auch die Behauptung, der den Versicherungsfall Meldende habe seinerzeit bei Abschluss des Versicherungsvertrages Fragen falsch beantwortet und/oder bestimmte Vorerkrankungen verschwiegen.

In rechtstechnischer Hinsicht handelt es sich hierbei um die (behauptete) Verletzung so genannter (Anzeige-)Obliegenheiten, die - abhängig von ihrem Zeitpunkt und dem Grad des Verschuldens - dazu führt, dass sich der Versicherer entweder vollständig vom (lästig gewordenen) Vertrag lösen kann oder „nur“ (teilweise) leistungsfrei wird.

Vor allem bei sehr hohen Schadenssummen wird seitens der Versicherer gern – teils mit greifbar falschen Behauptungen – der Rücktritt bzw. die hilfsweise Anfechtung von Versicherungsverträgen erklärt und damit der Bestand des Vertragsverhältnisses insgesamt in Frage gestellt.

Gestützt werden die Behauptungen in der Regel auf eigene Internetrecherchen der Versicherer, behauptete Widersprüche in den vom Versicherten ausgefüllten Antragsformularen oder sonstigen mit Fangfragen versehenen Fragebögen oder auf die Ermittlungen beauftragter Detektive. Teilweise statten Versicherungsmitarbeiter den Betroffenen auch persönliche Besuche ab und versuchen, in diesem Rahmen leistungsausschließende Tatsachen zu ergründen.

Um derartige Vorwürfe wirksam entkräften zu können, wird der Betroffene auf eine Rechtsberatung bei spezialisierten Anwälten zurückgreifen müssen. Denn bei der vermeintlichen Verletzung von (vor-)vertraglichen oder gesetzlichen Anzeigepflicht handelt es sich um eine ausgesprochen schwierige, komplexe Thematik, die überdies stark durch die einschlägige Spezialrechtsprechung geprägt ist. Abhängig davon, ob rechtlich gebotene Mitteilungen bewusst, grob fahrlässig oder nur versehentlich nicht erfolgten, kann sich der Versicherer vollständig vom Vertrag lösen, diesen rückwirkend modifizieren oder er wird - ganz oder teilweise - von seiner Leistungsverpflichtung befreit.

Ein entscheidender Aspekt ist, dass der Versicherte nach geltendem Versicherungsrecht nur noch dazu Stellung nehmen muss, wonach der Versicherer in Textform fragt. Dies ist deshalb von großer Praxisrelevanz, weil bei der Vermittlung von BU-Verträgen die Fragen oft vom Vermittler aus dem auf einem Laptop befindlichen Antragsbogen vorgelesen und die Antworten sogleich direkt in das elektronische Medium eingegeben werden - mithin eine Belehrung in Textform, § 126 b BGB, nicht erfolgt. Bei einem derartigen Vorgehen kann der Versicherer später keine Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflicht geltend machen.

3. Das Recht zur Verweisung und die Umorganisation

Die aktuellen Musterbedingungen verlangen für die Auszahlungen von BU-Leistungen zusätzlich, dass die versicherte Person über die Berufsunfähigkeit hinaus außerstande ist, eine andere Tätigkeit auszuüben, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die der bisherigen Lebensstellung entspricht.

Mittlerweile verzichten zwar einige Versicherer in ihren Verträgen auf das sog. Recht zur Verweisung. Der weit überwiegende Teil der abgeschlossenen Verträge stützt sich allerdings nach wie vor auf eine Verweisungsmöglichkeit bzw. - bei Selbständigen - auf eine Möglichkeit zur Umorganisation des Betriebes.

Auch in diesem Bereich wird der Betroffene auf spezialisierte Rechtsberatung angewiesen sein, da die komplexe - prozessual wie versicherungsrechtlich schwierige - Materie ohne detaillierte Kenntnis der einschlägigen Urteile nicht qualifiziert bearbeitet werden kann.

Vereinfacht geht es stets um folgende Argumentationskette:

Zunächst hat der Versicherte die von ihm zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit detailliert aufzuzeigen.

Anschließend hat der Versicherer einen Vergleichsberuf darzulegen und bezüglich der jeweils prägenden Merkmale näher zu konkretisieren, insbesondere hinsichtlich der notwendigen Vorbildung, sämtlicher Arbeitsbedingungen, der üblichen Entlohnung und etwa erforderlicher Fähigkeiten.

Erst nach dieser Konkretisierung des Vergleichsberufes obliegt dem Versicherten der Negativbeweis, dass kein Vergleichsberuf vorhanden ist bzw. dass dieser von ihm nicht ausgeübt werden kann.

Um diesen Bereich rankt sich eine detaillierte, vielschichtige Rechtsprechung, deren detaillierte Erörterung den Rahmen dieser Darstellung sprengen würde. Im Kern geht es stets um die Fragen, was alles „Kenntnisse und Fähigkeiten“ bzw. „Ausbildung und Fähigkeiten“ im Sinne der jeweiligen Verweisklausel sind, wodurch die bisherige Lebensstellung des Versicherten geprägt war und ob der vorgeschlagene Verweisungsberuf eine vergleichbare soziale Wertschätzung genießt wie die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit. Eine Vielzahl von Urteilen existiert ferner zu der Frage, welche Differenz noch als zumutbare Einkommenseinbuße hinzunehmen ist und ab wann es sich um eine unzumutbare Minderung des Einkommens handelt.

Wichtig: Der Versicherer darf erst dann von seinem Recht zur Leistungseinstellung Gebrauch machen, wenn der Versicherte entweder einen Arbeitsplatz in einem Vergleichsberuf tatsächlich erlangt hat oder sich um einen solchen nicht in zumutbarer Weise bemüht!

4. Fazit

Man wird unberechtigte Leistungsverweigerungen von BU-Versicherern auch weiterhin nicht völlig verhindern können. Hierfür ist die wirtschaftliche Versuchung einfach zu verlockend: Fachanwälte und universitäre Lehrkräfte für Versicherungsrecht gehen davon aus, dass ab einer bestimmten Leistungshöhe zwischen 40 % und 60 % der Leistungsanträge unabhängig von ihrer Begründetheit pauschal abgewiesen werden. Nach Aussagen des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft kommt es aber nur in 2 % der Fälle zu einer gerichtlichen Überprüfung, mit anderen Worten: Die Versicherer können ein enormes Forderungsvolumen durch schlichte Leistungsverweigerung einfach von sich weisen.

Den Betroffenen bleibt nur, ihren Fall durch qualifizierte ärztliche Stellungnahmen unabhängiger (Fach-)Ärzte aufzubereiten und sich im Übrigen spezialisierten Rechtsrat einzuholen. Notfalls muss die Entscheidung des Versicherers in einem gerichtlichen Verfahren überprüft werden. Auf diese Weise kann eine weitestgehend objektive Entscheidung unter Einbeziehung sämtlicher relevanter Aspekte erreicht werden.

Schafft man es, die Verweigerungs- und Verzögerungstaktik der Versicherer zu akzeptieren, besteht durchaus Aussicht auf Korrektur der Leistungsverweigerung. Dies zeigen nicht zuletzt diverse obergerichtliche Entscheidungen zugunsten der Versicherten, mehr und mehr auch im Bereich von psychischen Erkrankungen.

VI. Prozessuale Durchsetzung und Kosten

Nach Darstellung der Versicherungsproduktmarketingagentur Franke & Bromberg aus dem Jahr 2014 werden in rund 30 Prozent aller (untersuchten) Fälle Ansprüche auf Berufsunfähigkeitsrente durch den Versicherer abgelehnt.

Der Großteil der Ablehnungen erfolgte aus medizinischen Gründen (37,50 %), gefolgt von Anfechtungs- und Rücktrittserklärungen der Versicherer (30,77 %). Die Nichterfüllung des Prognosezeitraums führte in 8,87 % aller Fälle zur Ablehnung, in 17,02 % sollen „sonstige Gründe“ zur Ablehnung geführt haben. Auch die fehlende Mitwirkung der Versicherten im Antragsverfahren führt offenbar zu einer großen Zahl von Ablehnungen.

Es wundert daher nicht, dass eine nicht unerhebliche Anzahl von Versicherten versucht, ihre Ansprüche prozessual durchzusetzen.

Und die Chance, dass die Betroffenen - zumindest teilweise - zu ihrem Recht zu kommen, stehen gar nicht so schlecht: In 50 % der Fälle, so die Feststellung des Gesamtverbandes der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) in einer Stellungnahme vom Juni 2013, schließen Versicherung und Versicherte einen Vergleich, 15 % der Verfahren werden zu Gunsten der Versicherten entschieden. Das bedeutet jedoch auch, dass in 35 % der Verfahren der Versicherte unterliegt. Da nicht bekannt ist, in welcher Form die Zahlen des GDA von seinen Mitgliedern erhoben wurden, sind die Zahlen grundsätzlich mit einer gewissen Vorsicht zu bewerten. Doch selbst wenn man von diesen Zahlen ausgeht, dürften immerhin fast 2/3 der durch die Versicherten gegen die Berufsunfähigkeitsversicherer angestrebten Prozesse für den Versicherten zu einem positiven Ergebnis – Urteil oder Vergleich – geführt haben. Es lohnt sich also offenbar, zu kämpfen.

Da es bei den Ansprüchen gegen Berufsunfähigkeitsversicherungen in vielen Fällen kumuliert um Rentenansprüche im kleineren bis mittleren sechsstelligen Bereich handelt, sind die dem Versicherten entstehenden Anwaltskosten entsprechend hoch. Der Betroffene muss alleine für die erste Instanz, abhängig vom konkreten Gegenstandswert, mit eigenen Kosten zwischen € 5.000,-- und € 15.000,-- rechnen – das Gesamtprozessrisiko ist nochmals deutlich höher.

Den Versicherungen ist natürlich klar, dass den von einer Berufsunfähigkeit Betroffenen oft die finanziellen Mittel und der lange Atem fehlen, um einen Prozess gegen einen Versicherer zu führen. Schöpft die Versicherung alle rechtlichen Möglichkeiten aus, können mehrere Jahre bis zu einem höchstinstanzlichen Urteil ergehen.

Rechtliches Risiko

Tipp!

Mit Ablehnungsquoten der Versicherer von bis zu **30%** und zumeist **sechsstelligen Streitwerten** ist einem Versicherten der parallele Abschluss einer Rechtsschutzversicherung zur BU-Versicherung zu empfehlen.

Verfügt der Betroffene über eine Rechtsschutzversicherung, so werden die Kosten des Rechtsstreits im Regelfall von der Rechtsschutzversicherung übernommen.

Wer über keine Rechtsschutzversicherung verfügt, dem verbleibt nur die Möglichkeit die Kosten und das gesamte Risiko selbst zu tragen oder – bei entsprechenden wirtschaftlichen Voraussetzungen des Betroffenen und entsprechenden Erfolgsaussichten der Klage – Prozesskostenhilfe (PKH) zu beantragen. Allerdings werden Kosten für – dringend empfohlene – Privatgutachten, welche für den Kläger (Versicherten) das Vorliegen einer Berufsunfähigkeit belegen können und in deren Rahmen auch der Gutachter als sachverständiger Zeuge vernommen werden kann, von der Prozesskostenhilfe generell nicht übernommen.

Da die Rechtsanwaltsgebühren für PKH-Verfahren wesentlich niedriger ausfallen als die üblichen Rechtsanwaltsgebühren, kann es zudem schwierig sein, fachlich geeignete Anwälte – in der Regel Fachanwälte für Medizin- und/oder Versicherungsrecht – für ein Mandat gegen einen Berufsunfähigkeitsversicherer zu gewinnen. Im Übrigen kann das Gericht binnen

vier Jahren nach Abschluss des Verfahrens jederzeit eine PKH – Entscheidung – abhängig von den möglicherweise geänderten wirtschaftlichen Verhältnissen des Antragstellers – dergestalt ändern, als dass die Rückzahlung der Prozesskostenhilfe in einem Betrag oder in Raten angeordnet wird.

Vor dem Hintergrund der geringen Attraktivität von PKH-Mandanten einerseits und den realistischen Erfolgsaussichten andererseits bieten mittlerweile auch erste Prozessfinanzierer (z.B. die LitiCare Prozessfinanz) maßgeschneiderte Lösungen für eine vollständige oder teilweise Übernahme der Anwalts-, Prozess und - wichtig - Gutachterkosten gegen eine Erfolgsbeteiligung an.

Prozessversicherer übernehmen in der Regel das Prozesskostenrisiko, sofern die Klage Aussicht auf Erfolg hat, ein bestimmter Streitwert überschritten wurde und der Beklagte eine ausreichende Bonität aufweist – letztere dürfte bei Berufsunfähigkeitsversicherungen in der Regel vorliegen. Ein weiterer Vorteil der Prozessfinanzierung ist die sehr hohe Qualität der rechtlichen Beratung, da Finanzierer ihre Verfahren in der Regel gemeinsam mit qualifizierten Fachanwälten betreuen.

Besteht keine Rechtsschutzversicherung, ist es also durchaus sinnvoll, zusätzlich ein entsprechendes Angebot eines Prozessfinanzierers einzuholen. Selbst bei bestehender Rechtsschutzversicherung ist die Anfrage einer isolierten Gutachtenfinanzierung äußerst sinnvoll.

Die Prüfung einer Finanzierungsmöglichkeit, durch die der Versicherte im Übrigen gleich einen wichtigen Hinweis auf die Erfolgsaussichten seiner späteren Lage erhält, erfolgt bei den meisten Prozessfinanzierern gebührenfrei.

Die Autoren

Die Rechtsanwälte **Dr. Frank Breitkreutz** und **Peer A. Fischer** befassen sich schwerpunktmäßig mit dem medizinisch geprägten Versicherungsrecht, vor allem mit dem Recht der Kranken-, Unfall- und Berufsunfähigkeitsversicherungen.

Durch die Vielzahl der bearbeiteten Mandate können die Autoren auf einen umfangreichen Bestand an aussagekräftigen, oft nicht publizierten Gerichtsentscheidungen und medizinischen Gutachten zurückgreifen.

Sie vermitteln ihr Wissen durch regelmäßige Veröffentlichungen sowie Weiterbildungen für Anwaltskollegen, Ärzte und Gutachter.

Sie möchten einen BU-Antrag stellen? Ihr BU-Antrag wurde abgelehnt?

Kontaktieren Sie uns! Kostenlose Erstberatung!

BBP

**RECHTSANWÄLTE
& FACHANWÄLTE**

Die Spezialisten für Berufsunfähigkeitsansprüche

Dr. Frank Breitkreutz, Rechtsanwalt & Fachanwalt Kanzlei Dr. Breitkreutz

MommSENstraße 11 • 10629 Berlin
breitkreutz@dr-breitkreutz.de • www.dr-breitkreutz.de
Tel. (030) 2009-5493-3 • Fax (030) 2009-5403-6

Peer A. Fischer, Rechtsanwalt & Fachanwalt BBP Rechtsanwälte & Fachanwälte PartG mbB

MommSENstraße 11 • 10629 Berlin
info@bu-beratung24.de • www.bu-beratung24.de
Tel. (030) 318-0255-0 • Fax (030) 318-0255-22

Hotline zur Berufsunfähigkeit: (030) 318-0255-0

Häufige Fragen

Was ist eine Berufsunfähigkeitsversicherung?

Die Berufsunfähigkeitsversicherung sichert das Risiko der Berufsunfähigkeit ab. Der Versicherer verpflichtet sich, für eine während der Laufzeit eintretende Berufsunfähigkeit bestimmte Leistungen, in der Regel eine Berufsunfähigkeitsrente, zu erbringen. Eine Variante der Berufsunfähigkeitsversicherung ist die Berufsunfähigkeitszusatzversicherung zu einer Lebensversicherung.

Kann jede Person eine Berufsunfähigkeitsversicherung abschließen?

Den Versicherern steht es grundsätzlich frei, ob sie mit einem Antragsteller eine Berufsunfähigkeitsversicherung abschließen oder nicht. Bestimmte Berufsgruppen, die einem hohen Risiko der Berufsunfähigkeit unterliegen, werden jedoch von einigen Versicherern nicht akzeptiert oder müssen mit erheblichen Aufschlägen auf ihre Versicherungsbeiträge rechnen.

Welche Fragen zu meiner Gesundheit muss ich beantworten?

Berufsunfähigkeitsversicherer dürfen Gesundheitsfragen vor Vertragsabschluss nicht offen formulieren. So sind allgemeine Fragen zum Gesundheitszustand nicht mehr zulässig. Sie müssen nur diejenigen Gesundheitsfragen, nach denen Sie in Textform unmissverständlich gefragt werden, beantworten.

Ist der Abschluss von mehreren Berufsunfähigkeitsversicherungen parallel möglich?

Es ist grundsätzlich möglich, mehrere BU Versicherungen nebeneinander abzuschließen. Es wird jedoch empfohlen, eine Überversorgung und damit einhergehende finanzielle Einschränkung zu vermeiden und höchstens 60 % des Bruttohaushaltseinkommens (bzw. 80 % des Nettohaushaltseinkommens) zu versichern.

Kann die Versicherung verlangen, dass ich einen neuen ausgeübten Beruf anzeige?

Grundsätzlich können Versicherer in ihren allgemeinen Versicherungsbedingungen festlegen, dass eine Änderung der beruflichen Tätigkeit des Versicherten anzeigepflichtig ist. Verletzt der Versicherte diese Pflicht, kann unter Umständen der Versicherer die Leistung verweigern oder kürzen. Andere Versicherungsbedingungen hingegen stellen hingegen stets auf den zuletzt ausgeübten Beruf ab.

Kann die Versicherung verlangen, dass ich künftig einen anderen als den zuletzt ausgeübten Beruf ausübe?

Sofern die allgemeinen Versicherungsbedingungen Ihrer Police eine sog. „abstrakte Verweisklausel“ enthalten, ist der Versicherer berechtigt, die Rentenleistung zu verweigern, sofern Sie einen anderen Beruf ausüben könnten, der dem bisher ausgeübten Beruf etwa gleichwertig ist.

Meine Versicherung verlangt von mir ärztliche Gutachten? Dürfen die das?

Der Versicherer hat ein berechtigtes Interesse zu überprüfen, ob im Versicherungsfall die vereinbarten Bedingungen einer Berufsunfähigkeitsrente eingetreten sind. Eine solche Überprüfung kann oft nur durch Einholung medizinischer Expertisen erfolgen.

Die Versicherungsbedingungen sehen in der Regel vor, dass ausführliche Arztberichte, die Sie aktuell oder zu einem früheren Zeitpunkt behandelnden Ärzte, über Ursache, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit oder die Pflegestufe, unverzüglich eingereicht werden müssen (§ 4 Abs. 1 Buchstabe c und § 4 Abs. 2 der Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ))*.

Kann der Versicherer Behandlungen durch Ärzte anordnen?

Ja, sofern in den Versicherungsbedingungen eine so genannte Arztanordnungsklausel enthalten ist, darf der Versicherer den Besuch eines Arztes bzw. die Aufnahme von Heilbehandlungen und anderen Maßnahmen (ohne besondere Gefahren oder Schmerzen) anordnen. Folgt der Versicherte dieser Anordnung nicht, kann eine Obliegenheitsverletzung vorliegen, welche den Versicherer später zur Verweigerung oder Kürzung der BU-Rente berechtigt.

Wann muss ich meinem Versicherer meine Berufsunfähigkeit melden?

Die allgemeinen Versicherungsbedingungen der Versicherer sehen regelmäßig eine bestimmte Meldefrist vor. Die Meldung hat zumeist unverzüglich, also ohne schuldhafte Verzögerung, zu erfolgen. Da der Leistungsanspruch des Versicherten mit dem Ablauf des Monats, in dem die bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit eingetreten ist, kann eine Verzögerung der Meldung zu einer Verschiebung des Beginns der Rentenzahlung führen. Erfolgt die schriftliche Anzeige mehr als drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit, entsteht der Leistungsanspruch erst mit Beginn des Monats, in dem die Anzeige erfolgt ist (§ 1 Abs. 4 der Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung (BU))*.

Wann muss der Versicherer leisten?

Der Versicherer muss eine BU-Rente zahlen, sobald der BU-Antrag vollständig eingereicht wurde und weitere notwendige Unterlagen beschafft wurden. Dem Versicherer steht dann jedoch noch eine angemessene Frist der Prüfung zu. Was angemessen ist, richtet sich nach der Zeit, welche ein durchschnittlich sorgfältiger Versicherer benötigt, um einen konkreten Versicherungsfall zu prüfen und festzustellen bzw. abzulehnen. Im Zweifel muss ein Gericht im Einzelfall entscheiden, ob eine bestimmte Prüfungsdauer noch angemessen oder nicht mehr angemessen war.

Muss eine Berufsunfähigkeitsrente versteuert werden?

Ja, die Berufsunfähigkeitsrente ist als (zeitlich befristete) Leibrente während des Zeitraums der Rentenzahlung – oberhalb des Freibetrages - mit dem sog. Ertragsanteil aus § 22 EStG i.V.m. § 55 EStDV zu versteuern.

* Die genannten Paragraphen der BUZ betreffen unverbindliche Musterbedingungen des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft (DGV). Entsprechende Regelungen enthalten auch die Allgemeinen (Muster-) Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung (BU).