

Marc Glissmann, Dr. Jörg Schulz:

Marktstandards in der Berufsunfähigkeitsversicherung

Bei der **Analyse von BU-Bedingungen** hat sich **infinma Institut für Finanz-Markt-Analyse GmbH** dazu entschlossen, einen Katalog von insgesamt **15 Kriterien** zugrunde zu legen. Diese Kriterien beziehen sich ausschließlich auf die Bedingungswerke, nicht aber auf technische Gestaltungsmöglichkeiten, wie bspw. die Höhe einer beitragsfrei versicherbaren Rente.

Aus diesen 15 Kriterien wird ausdrücklich **kein Rating erstellt, da wir auf dem Standpunkt stehen, dass sich die einzelnen Bedingungsbestandteile nicht gegeneinander „aufrechnen“ lassen**. Aus genau diesem Grund nehmen wir auch keine Bewertung in Form von Punkten vor, sondern stellen für die einzelnen Kriterien lediglich dar, ob der Versicherer eine Regelung getroffen hat, die besser oder schlechter als der Marktstandard ist. Der Marktstandard wird für uns durch die Regelung definiert, die in den betrachteten Bedingungswerken am Häufigsten verwendet wird.

Gerade im Hinblick auf **„Best Advice“** halten wir es für sehr sinnvoll, die einzelnen Bedingungswerke daran zu messen, was aktuell am Markt üblich ist. Es ist für den Berater und Kunden wenig hilfreich zu wissen, dass ein bestimmtes Merkmal aus Kundensicht unbefriedigend ausgestaltet ist, wenn am Markt keine besseren Alternativen erhältlich sind.

Insgesamt betrachten wir die folgenden 15 Kriterien:

- **Prognosezeitraum**
- **Rückwirkende Leistung**
- **Regelungen zur abstrakten Verweisung in der Erstprüfung**
- **Regelungen zur konkreten Verweisung in der Erstprüfung**
- **Umorganisation des Arbeitsplatzes**
- **Prüfung eines Berufswechsel**
- **Zeitpunkt des Leistungsbeginns**
- **Meldefristen**
- **Verzicht auf § 163 VVG**
- **Geltungsbereich**
- **Leistungsausschlüsse**
- **Beitragsstundung während der Leistungsprüfung**
- **Zeitlich befristetes Anerkenntnis**
- **Mitwirkungspflichten**
- **Regelungen in der Nachprüfung**

Grundlage der statistischen Auswertungen sind mit Stand März 2010 insgesamt **296** Bedingungswerke in der Berufsunfähigkeitsversicherung. (**Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung und Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung**)

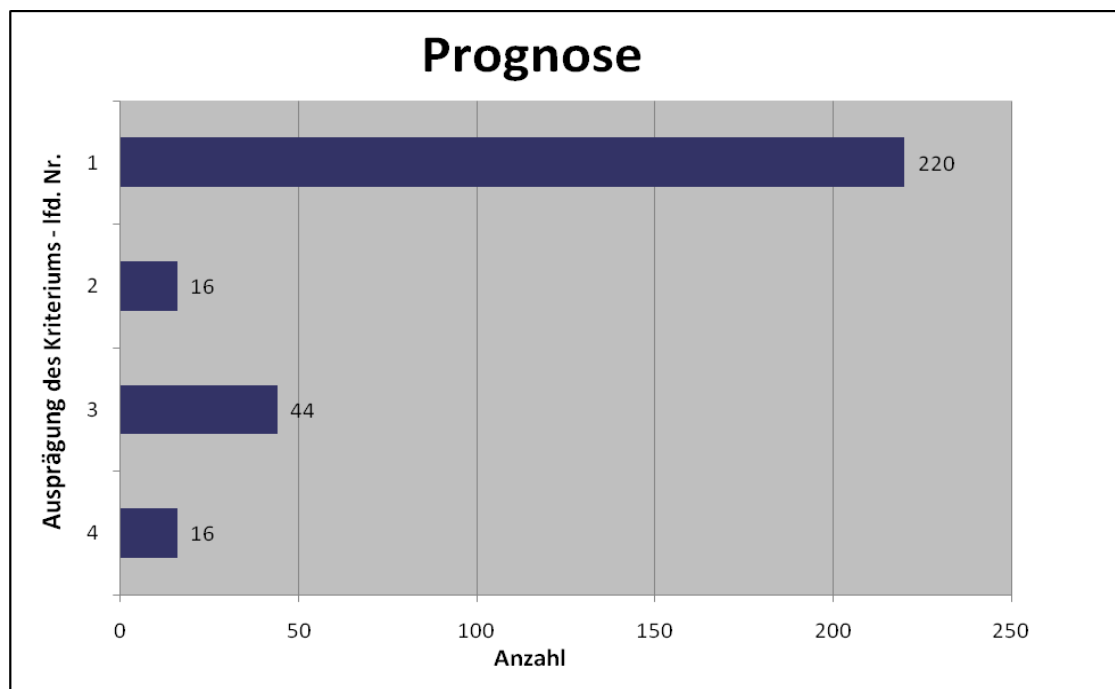
Prognosezeitraum

Voraussetzung für die Gewährung von Leistungen aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung ist eine ärztliche Prognose, in welcher der versicherten Person attestiert wird, dass sie über einen bestimmten Zeitraum hinweg voraussichtlich nicht in der Lage sein wird, ihren Beruf auszuüben. Ein Arzt wird eine solche Prognose um so eher stellen können, je kürzer der Zeitraum ist, für den diese Prognose Gültigkeit haben soll. Üblich ist inzwischen eine Prognose, die auf einen Zeitraum von voraussichtlich mindestens 6 Monaten abstellt. Einige Versicherer erwarten hier einen Zeitraum von drei Jahren; einige wenige Anbieter verlangen immer noch eine "voraussichtlich dauernde" Berufsunfähigkeit. Aus Kundensicht ist ein kürzerer Zeitraum zu begrüßen.

Sollte keine ärztliche Prognose über den erforderlichen Zeitraum möglich sein, so greift ein zweites "Auffangkriterium". Die versicherte Person gilt auch dann als berufsunfähig, wenn Sie bereits 6 Monate ununterbrochen außer Stande war, ihren Beruf auszuüben.

Die am Markt üblichen Formulierungen lassen sich zu insgesamt vier Ausprägungen verdichten:

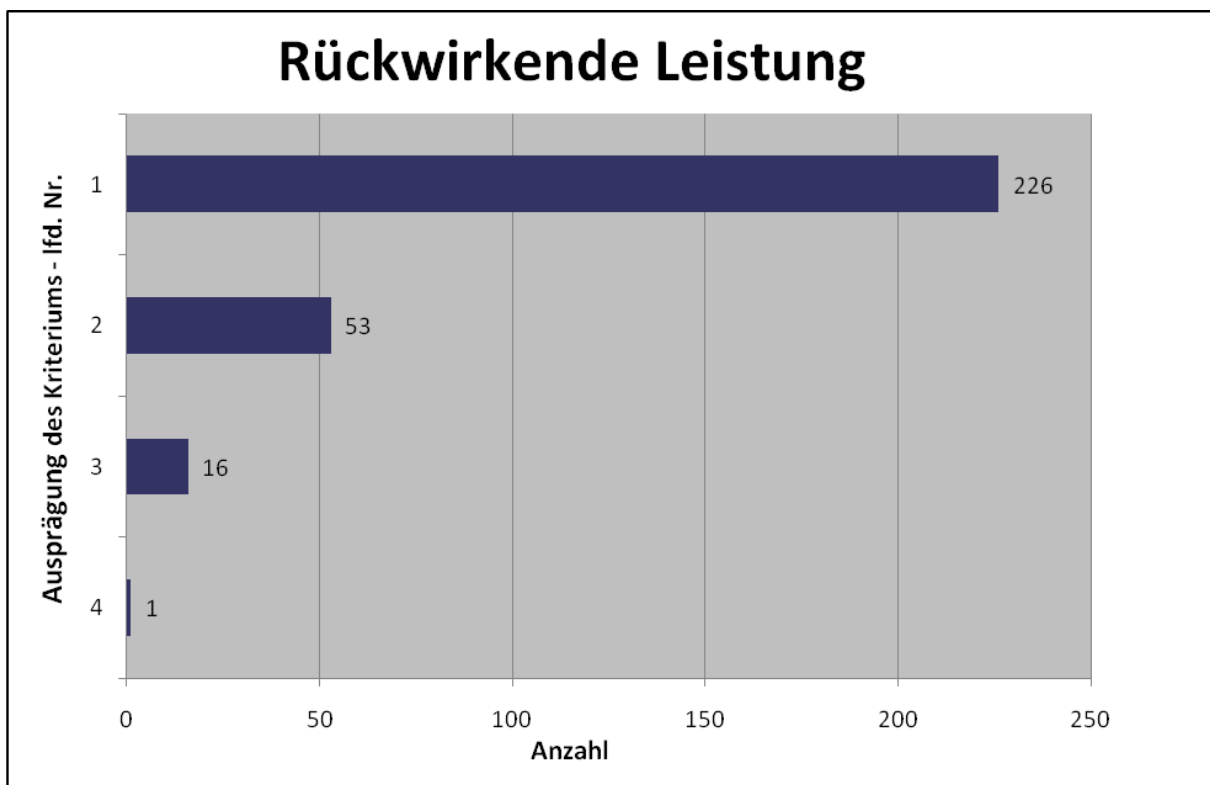
1. **Prognosezeitraum: voraussichtlich mindestens 6 Monate**
2. Prognosezeitraum: voraussichtlich mindestens 12-24 Monate
3. Prognosezeitraum: voraussichtlich mindestens 3 Jahre
4. Prognosezeitraum: voraussichtlich dauernd



Rückwirkende Leistung

Sollte keine ärztliche Prognose über den erforderlichen Zeitraum möglich sein, so greift ein zweites "Auffangkriterium". Die versicherte Person gilt auch dann als berufsunfähig, wenn Sie bereits 6 Monate ununterbrochen außer Stande war, ihren Beruf auszuüben. In diesem Fall kann es bei den einzelnen Anbietern Unterschiede im Zeitpunkt des Leistungsbeginns geben.

1. Nach 6-monatiger BU – Leistung von Beginn an
2. Nach 6-monatiger BU – Leistung ab 7. Monat
3. Nach 6-monatiger BU – Leistung ab 7. Monat, außer wenn BU-Dauer Prognosezeitraum erreicht; dann Leistung von Beginn an
4. Keine Angaben

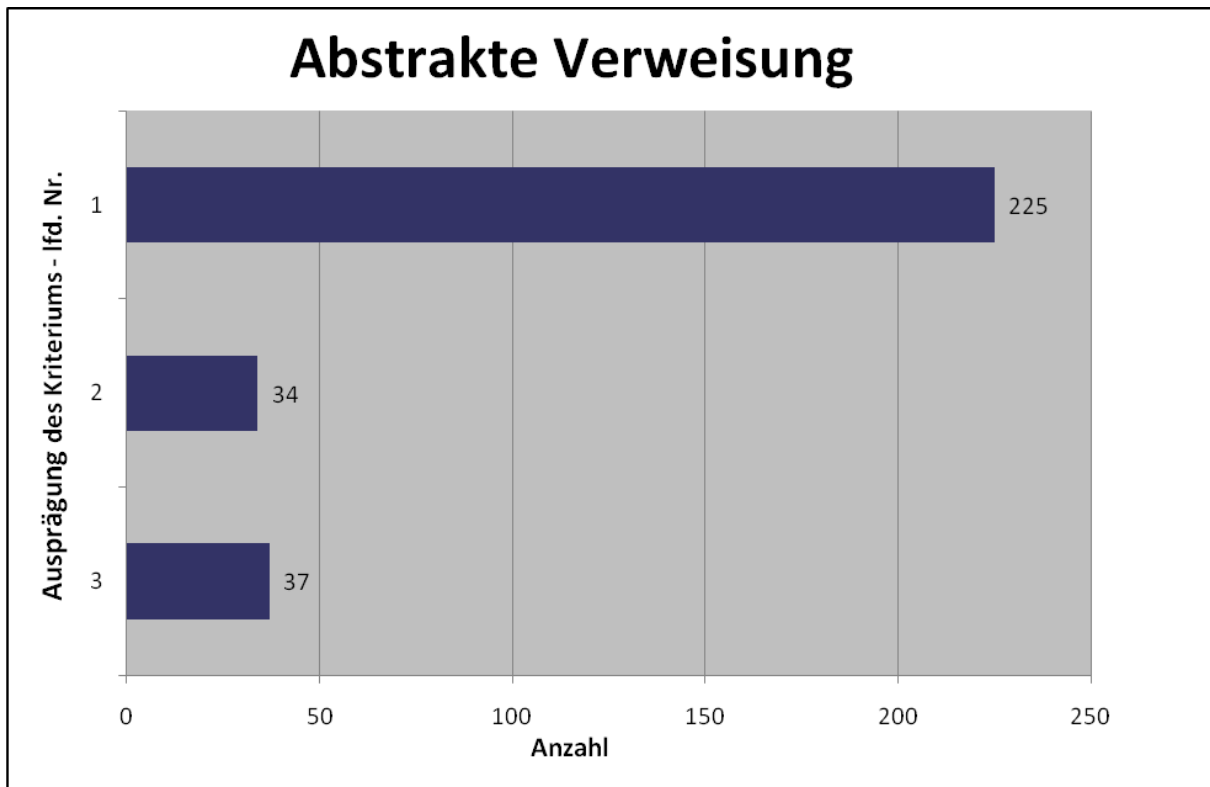


Regelungen zur abstrakten Verweisung in der Erstprüfung

Ist in den Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung eine abstrakte Verweisung enthalten, so hat der Versicherer die Möglichkeit, die Leistungen mit dem Hinweis darauf zu verweigern, dass die versicherte Person einen anderen Beruf ausüben könnte (sog. Verweisungsberuf). Bei der Festlegung des Verweisungsberufes werden i.d.R. Ausbildung und Erfahrung (ggf. Kenntnisse und Fähigkeiten) sowie die bisherige Lebensstellung berücksichtigt. Das sind die sog. prägenden Merkmale der beruflichen Tätigkeit. In der Rechtsprechung sind Fälle bekannt, bei denen Einkommenseinbußen von bis zu 30 % nicht als Verschlechterung der Lebensstellung angesehen werden. Bei der abstrakten Verweisung kommt es lediglich darauf an, dass ein Verweisungsberuf existiert; ob die versicherte Person auch tatsächlich eine Anstellung findet, ist für die Entscheidung des Versicherers unerheblich. Das Arbeitsmarktrisiko liegt also vollständig beim Versicherten. Zu geradezu kuriosen Streitigkeiten kann es im Zusammenhang mit der Verweisung kommen, wie das Beispiel eines Oberlandesgerichtes zeigt, das es als unzulässig angesehen hat, einen medizinischen Bademeister auf den Beruf eines Kneippbademeisters zu verweisen. Auch der Versuch eines Versicherers, einen Koch auf den Beruf eines Maschinenführers in einer Tapetenfabrik zu verweisen, zeigt den Phantasieichtum einiger Versicherer beim „Erfinden“ von Verweisungsberufen.

Auch die Regelungen zur abstrakten Verweisung lassen sich zu lediglich drei Ausprägungen verdichten:

- 1. Verzicht auf abstrakte Verweisung**
2. Abstrakte Verweisung unter Berücksichtigung von Ausbildung, Erfahrung und Lebensstellung bis zu einem bestimmten Alter (i.d.R. 55 Jahre), danach Verzicht auf abstrakte Verweisung
3. Abstrakte Verweisung unter Berücksichtigung von Ausbildung, Erfahrung und der bisherigen Lebensstellung



Der vollständige und uneingeschränkte Verzicht auf die abstrakte Verweisung in der Erstprüfung hat sich inzwischen als Marktstandard durchgesetzt.

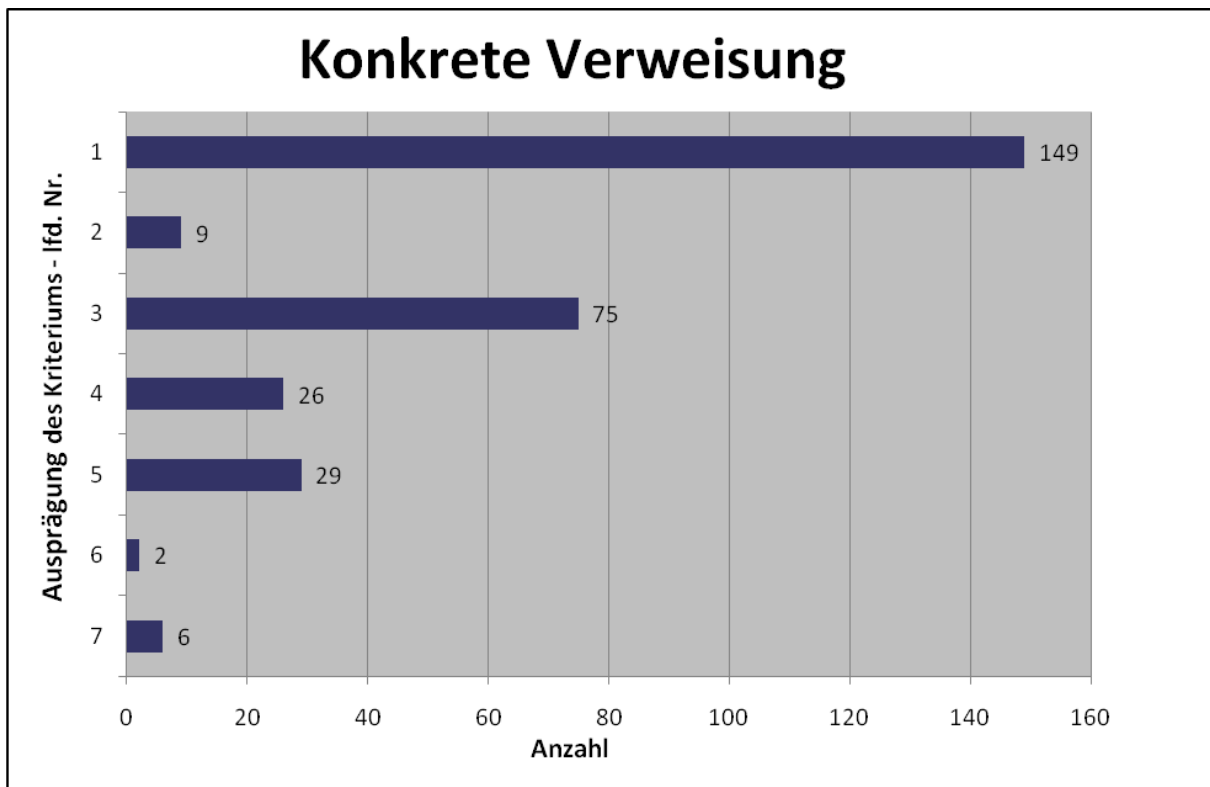
Regelungen zur konkreten Verweisung in der Erstprüfung

Im Gegensatz zur abstrakten Verweisung, bei der die Existenz eines Verweisungsberufes ausreicht, damit der Versicherer die Leistung verweigern kann, muss die versicherte Person bei der konkreten Verweisung eine berufliche Tätigkeit tatsächlich ausüben.

Auch bei der konkreten Verweisung werden i.d.R. Ausbildung und Erfahrung sowie die Lebensstellung berücksichtigt. Eine konkrete Verweisung dürfte vor allem bei (ursprünglich überwiegend) körperlich Tätigen in Frage kommen und zwar immer dann, wenn sie aus eigenem Entschluss, bspw. aufgrund einer fortschreitenden Verschlechterung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse, den Beruf wechseln. So könnte bspw. ein ehemaliger Kundendienst-Techniker einer Computerfirma aufgrund körperlicher Gebrechen in das Call-Center der Firma wechseln und dort statt praktischem Support vor Ort telefonische Beratung leisten. Beantragt dieser Techniker nun BU-Leistungen, weil er seinen Beruf als Kundendienst-Techniker im Außendienst nicht mehr ausüben kann, bietet eine konkrete Verweisklausel die Möglichkeit, die versicherte Person mit Hinblick auf den ausgeübten Beruf als Mitarbeiter der Service-Hotline (konkret) zu verweisen.

Die Regelungen zur konkreten Verweisung im Erstprüfungsverfahren sind sehr unterschiedlich ausgestaltet, so dass sich insgesamt vier Ausprägungen finden:

1. **Konkrete Verweisung unter Berücksichtigung von Ausbildung, Erfahrung und bisheriger Lebensstellung, ggf. zusätzliche Berücksichtigung der gesundheitlichen Verhältnisse**
2. Vollständiger Verzicht auf Verweisung, ggf. auch in Abhängigkeit von Alter und/oder Berufsgruppe
3. Konkrete Verweisung unter Wahrung der bisherigen Lebensstellung
4. Abstrakte Verweisung in der Erstprüfung
5. Abstrakte Verweisung in der Erstprüfung und konkrete Verweisung in Abhängigkeit vom Alter
6. Abstrakte und konkrete Verweisung in der Erstprüfung
7. Konkrete Verweisung in der Erstprüfung und ab einem bestimmten Alter Verzicht auf Verweisung



Auch in der öffentlichen Diskussion gehen die Meinungen sehr auseinander; so gibt es durchaus „Gegner“ der aus Kundensicht günstigsten Regelung – nämlich dem vollständigen Verzicht auf die konkrete Verweisung im Erstprüfungsverfahren. Dies wird meist damit begründet, dass die Versicherungsgemeinschaft davor bewahrt werden muss, dass einzelne Versicherte zu Unrecht Leistungen beziehen. Aus unserer Sicht ist es müßig, darüber zu streiten; unstrittig ist jedoch, dass ein vollständiger Verweisungsverzicht in der Erstprüfung für den Kunden ein Höchstmaß an Rechtssicherheit bietet.

Interessant ist, dass ca. ein Viertel der Anbieter bei der konkreten Verweisung lediglich die

Lebensstellung, nicht aber Ausbildung und Erfahrung berücksichtigen. Somit könnte formal bspw. ein berufsunfähiger Akademiker, der inzwischen einen Kiosk führt, auf diese Tätigkeit verwiesen werden, sofern er ein seiner bisherigen Lebensstellung entsprechendes Einkommen erzielt. Insofern ist eine „Ungleichbehandlung“ von abstrakter und konkreter Verweisung dergestalt zu beobachten, dass die Voraussetzungen, die zu einer konkreten Verweisung führen können, sehr viel niedriger sind, als die Voraussetzungen, die eine abstrakte Verweisung ermöglichen.

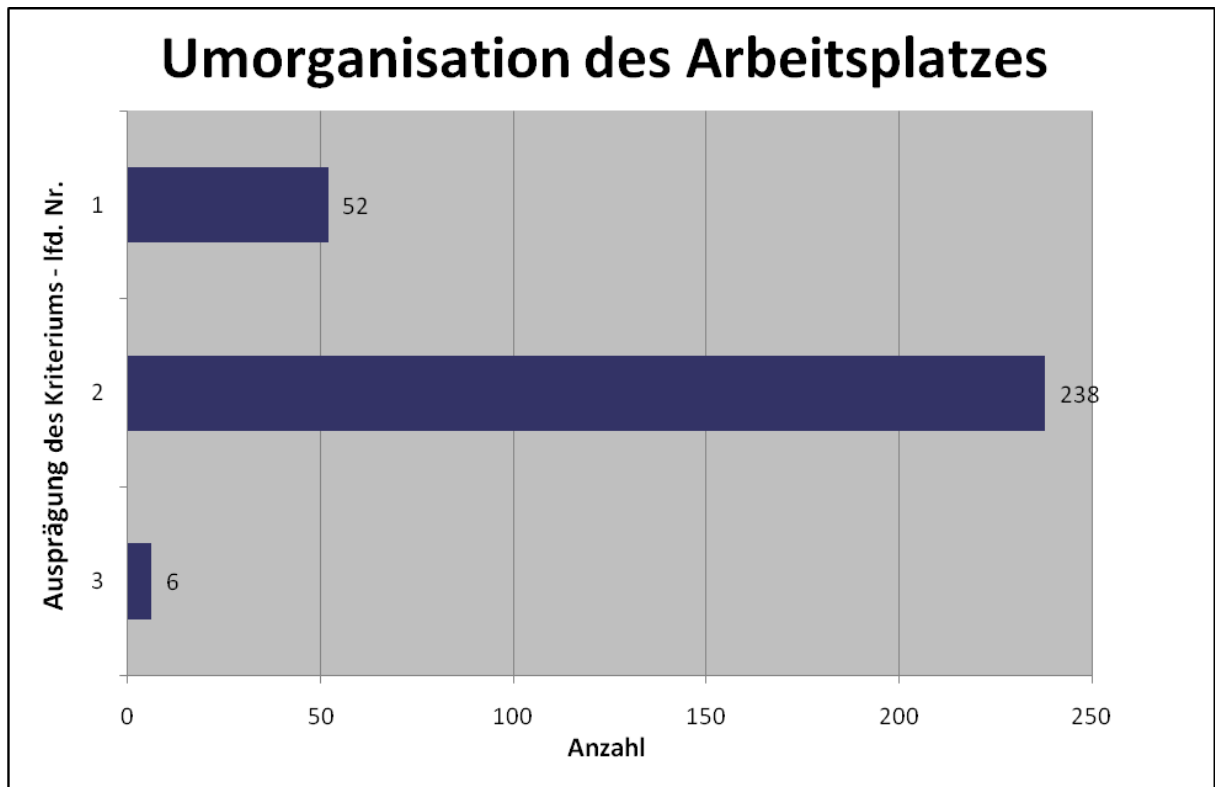
Umorganisation des Arbeitsplatzes

Bei Selbständigen und Personen mit ähnlichem Status kann vor Anerkennung von BU-Leistungen geprüft werden, ob nicht durch organisatorische Veränderungen der Arbeitsstätte, des Betriebes, der Praxis, der Kanzlei etc. die bisherige Berufsausübung weitergeführt werden kann. Man geht davon aus, dass sich bei einer Umorganisation lediglich das bisherige Beschäftigungsfeld innerhalb des ausgeübten Berufs ändert. Nach einem Urteil des BGH vom 12.6.1996 handelt es sich hierbei nicht um eine Verweisung. Die Umorganisation muss zumutbar sein, d.h., sie muss in wirtschaftlich zweckmäßigem Rahmen und von der versicherten Person aufgrund der Einflussmöglichkeiten auf die betriebliche Situation aufgrund der unternehmerischen Gestaltungsmöglichkeiten durchgeführt werden können.

Problematisch ist es, wenn der Versicherer auch bei Angestellten die Möglichkeit einer Umorganisation prüft, da ein Arbeitnehmer i.d.R. keinen maßgeblichen Einfluss darauf hat, ob sein Arbeitgeber zu einer Umgestaltung des Arbeitsplatzes bereit ist. Problematisch ist weiterhin, dass mit dem Arbeitgeber eine dritte Instanz in das privatrechtliche Verhältnis zwischen Versicherer und versicherter Person eingeschaltet werden soll.

Die Umorganisation des Arbeitsplatzes wird im Wesentlichen durch drei verschiedene Ausprägungen geregelt:

1. Umorganisation auch für Angestellte mit Weisungs- und Direktionsbefugnis
2. **Umorganisation des Arbeitsplatzes nur bei Selbständigen und Freiberuflern erforderlich**
3. Keine Angaben im Bedingungsmerk

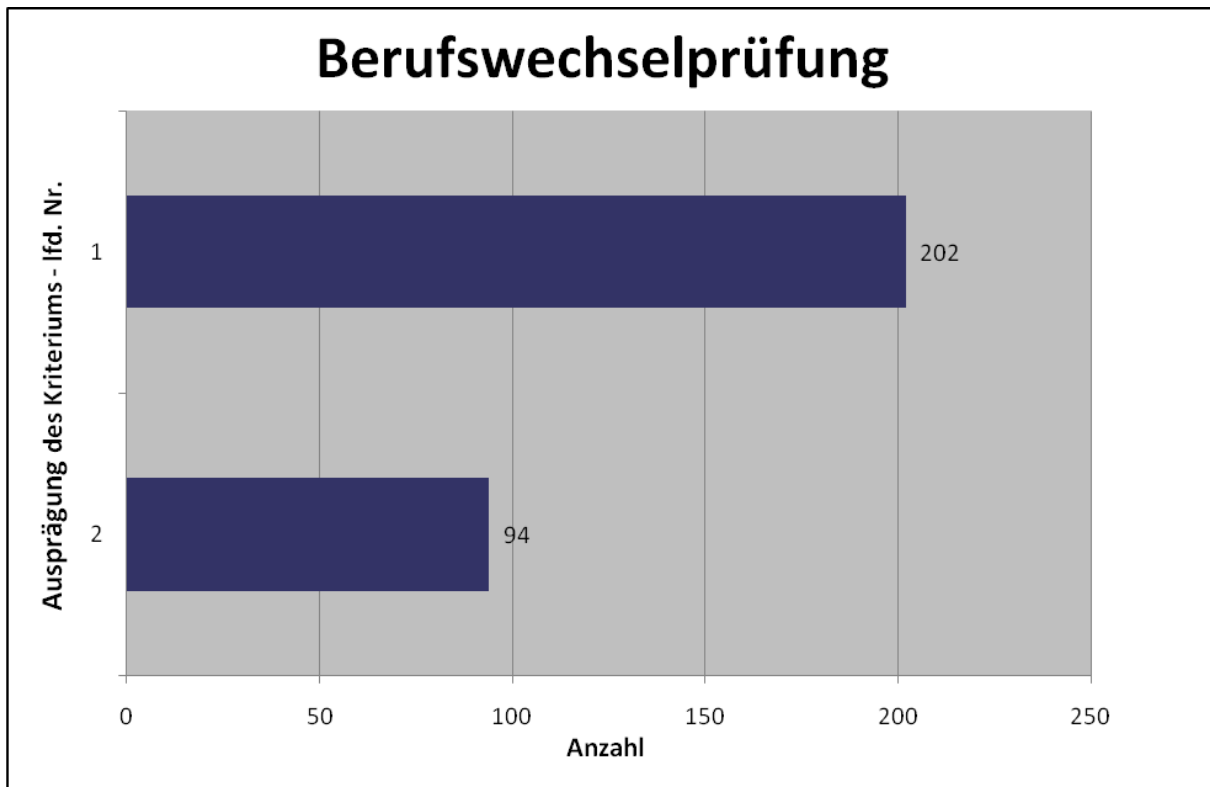


Berufswechsel

Einige Versicherer dehnen die Prüfung der Berufsunfähigkeit auf einen zweiten Beruf aus, wenn die versicherte Person innerhalb eines bestimmten Zeitraums (i.d.R. 12, 24 oder 36 Monate) den Beruf gewechselt hat. Als Begründung für diese Zusatzprüfung wird gerne angeführt, dass die Versichertengemeinschaft vor Schaden bewahrt werden soll, weil eine versicherte Person nur deswegen den Beruf wechseln könnte, weil sie glaubt, in dem neuen Beruf eher BU-Leistungen beanspruchen zu können. Unabhängig davon, wie die Prüfung eines Berufswechsels in der Praxis ausgestaltet ist, führt ein solcher Passus in den Bedingungen für den Kunden zu einer vermeidbaren Rechtsunsicherheit.

In der Praxis gibt es sehr vielfältige Detailausprägungen zu diesem Kriterium, die sich im Wesentlichen damit beschäftigen, unter welchen gesundheitlichen, finanziellen oder sonstigen Voraussetzungen die Prüfung der BU in einem weiteren Beruf in Frage kommt. Wir halten diese Detailunterscheidung nicht für notwendig und beschränken uns auf zwei Merkmalsausprägungen:

1. **Keine Hinweise auf einen zweiten geprüften Beruf**
2. Innerhalb der letzten 12, 24 oder 36 Monate wird ein Berufswechsel berücksichtigt geprüft, ggf. nur unter bestimmten Voraussetzungen oder in Abhängigkeit vom Alter



Zwar ist z. Zt. die Bedingungsvariante Marktstandard, bei der kein Berufswechsel geprüft wird, es sind jedoch bereits erste Tendenzen erkennbar, dass insbesondere diejenigen Versicherer eine Klausel zum Berufswechsel aufnehmen, die die Regelungen zur Verweisung in der Erstprüfung verbessert haben und / oder erstmalig auf die abstrakte Verweisung verzichten. Man kann sich an einigen Stellen des Eindrucks nicht erwehren, dass die Unternehmen einen durch den Verzicht auf die Verweisung bedingten möglichen Anstieg der Leistungsfälle durch ergänzende Regelungen zu einem weiteren geprüften Beruf begrenzen wollen.

Zeitpunkt des Leistungsbeginns

Am Markt hat sich mittlerweile die Regelung etabliert, dass die Versicherer BU-Leistungen ab dem 1. des Monats erbringen, der auf den Eintritt der Berufsunfähigkeit folgt. Hat der Versicherer am 10. eines Monats den Eintritt der BU festgestellt, so wird die erste Leistung zu Beginn des Folgemonats erbracht.

Einige wenige Versicherer haben eine taggenaue Abrechnung in ihrem Bedingungswerk verankert, so dass die Leistungen bereits ab dem Tag des Eintritts der BU erbracht werden. Dies kann in Extremfällen fast eine komplette zusätzliche BU-Monatsrente bedeuten.

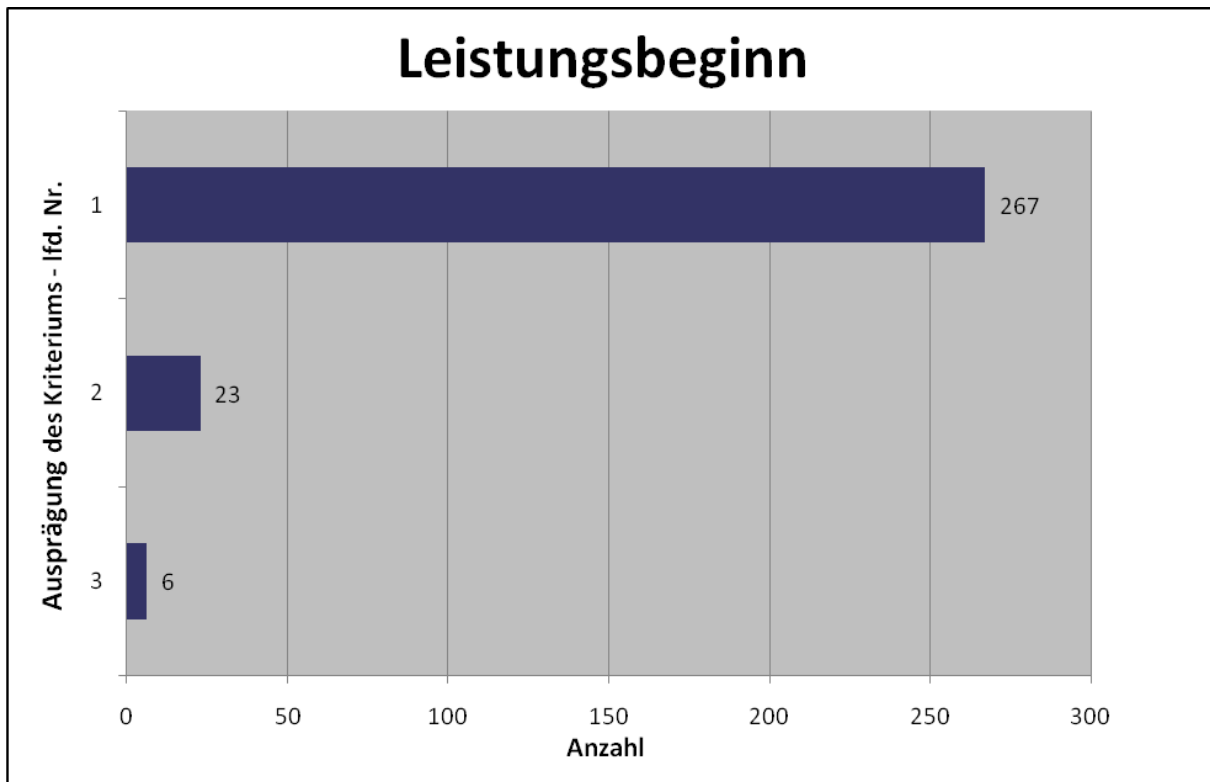
Für den Fall, dass bei Beantragung keine ärztliche Prognose über eine voraussichtlich mindestens 6 Monate andauernde BU gestellt werden kann, wird von den Versicherern BU auch dann anerkannt, wenn die versicherte Person bereits 6 Monate lang außerstande gewesen ist, ihren Beruf auszuüben. In diesem Fall gibt es erhebliche Unterschiede im Hinblick auf

den Leistungsbeginn. Einige Versicherer erbringen ihre Leistungen bei Fortdauer dieses Zustandes, also für die zukünftigen Zeiten einer BU (= keine rückwirkende Leistung). Andere Versicherer werten auch diesen Fall als BU von Beginn an und leisten für die bereits zurück gelegten 6 Monate (= rückwirkende Leistung).

Insgesamt haben wir drei zu unterscheidende Formulierungen identifiziert:

1. **Leistungsbeginn: Zu Beginn des Folgemonats**
2. Leistungsbeginn: Zu Beginn Eintritts der BU (taggenau)
3. Leistungsbeginn: Nach einer verpflichteten Karenzzeit zum Folgemonat

BU-Leistungen ab dem Beginn des Monats, der auf den Eintritt der BU folgt sind inzwischen der Marktstandard. Allerdings wird der Termin für den Eintritt der BU auch dadurch bestimmt, wie die Regelungen zum Prognosezeitraum ausgestaltet sind. Unter Umständen hat die Definition des Prognosezeitraums zur Folge, dass Leistungen nicht rückwirkend, sondern erst ab dem 7. Monat erbracht werden. Interessant ist auch, dass immer noch einige Bedingungswerke keine expliziten Regelungen zum Leistungsbeginn aufweisen. Insofern kann man hier bei einer fehlenden ärztlichen Prognose und bereits 6 Monate bestandener BU wohl nur raten, ab wann Leistungen fällig werden.

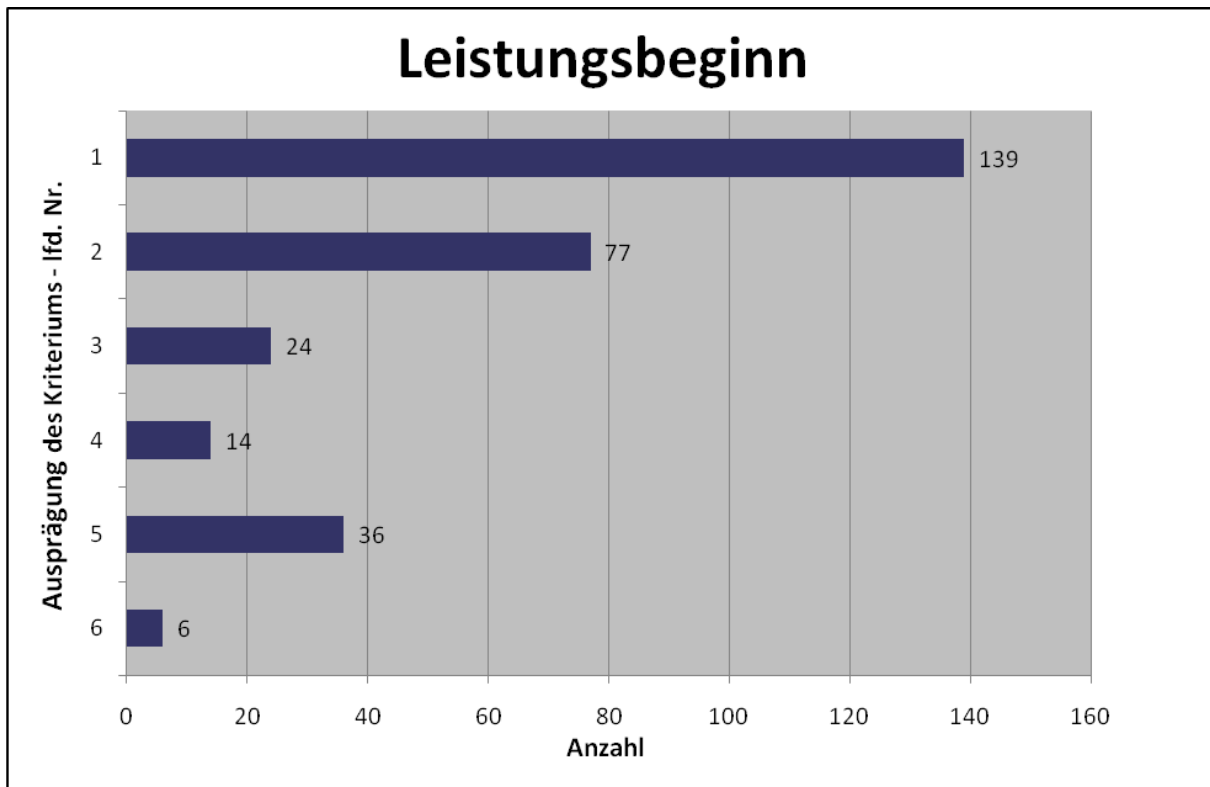


Meldefristen

Normalerweise wird ein Versicherter ein Interesse daran haben, den Eintritt des Versicherungsfalles unverzüglich seinem Versicherer zu melden. Gerade im Bereich der BU kann es jedoch durchaus Fälle geben, in denen die versicherte Person den Eintritt des Versicherungsfalles gar nicht unverzüglich melden kann (bspw. aus gesundheitlichen Gründen) oder will (bspw., weil sie abwarten möchte, bis weitere ärztliche Gutachten vorliegen oder weil der Bescheid eines Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung abgewartet wird). Für den Kunden ist es daher vorteilhaft, wenn der Versicherer in seinen Bedingungen gänzlich auf Meldefristen verzichtet. Beinhaltet ein Bedingungswerk eine Meldefrist (i.d.R. 3, 6, 12 oder 36 Monate), so beginnt die Leistungspflicht des Versicherers bei einer verspäteten Meldung erst mit dem Zeitpunkt der Meldung. Ausnahmen machen Versicherer dann, wenn die verspätete Meldung ohne Verschulden der versicherten Person erfolgt. Meldefristen können für den Versicherten zu erheblichen Leistungseinbußen führen.

Am Markt konnten wir sechs verschiedene Ausprägungen dieses Merkmals beobachten.

- 1. Keine Hinweise auf eine Meldefrist**
2. Bei verspäteter Meldung bis zu 3 Jahre rückwirkende Leistungen ab Meldung
3. 3 Monate Meldefrist, Leistung erst ab dem Zeitpunkt der Meldung (evtl. Zusatz: außer bei unverschuldeter verspäteter Meldung)
4. 6-12 Monate Meldefrist, Leistung erst ab dem Zeitpunkt der Meldung (evtl. Zusatz: außer bei unverschuldeter verspäteter Meldung)
5. 3 Jahre Meldefrist, Leistung erst ab dem Zeitpunkt der Meldung (evtl. Zusatz: außer bei unverschuldeter verspäteter Meldung)
6. Keine Meldefrist, evtl. Einschränkung durch rückwirkende Nachweispflicht



Verzicht auf § 163 VVG (ehemals § 172 VVG)

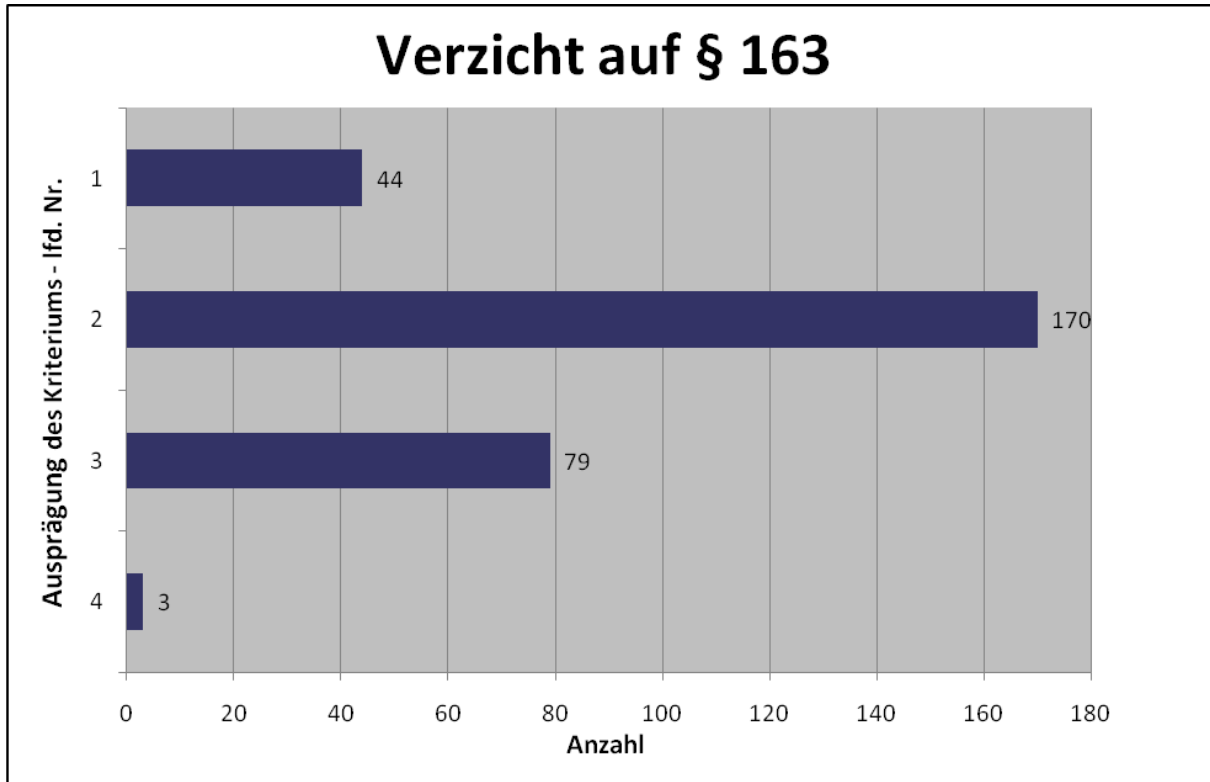
Durch die VVG-Reform wurde der § 172 in § 163 umbenannt. Zurzeit ist hier kein Marktstandard ermittelbar, da viele Versicherer an dieser Stelle ihre Bedingungen angepasst haben oder noch nicht alle Informationen verfügbar sind.

Nach § 163 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ist der Versicherer berechtigt, bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden und nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen die Prämie neu festzusetzen. Ein unabhängiger Treuhänder muss die Voraussetzungen und die Angemessenheit der neuen Prämie bestätigen. Der Verzicht auf die Anwendung von § 163 VVG ist für den Versicherten bei weitem nicht so bedeutungsvoll wie vielfach in der Öffentlichkeit angenommen. Die Fälle, in denen das VVG eine Neufestsetzung der Prämie zulässt, sind äußerst gering. Insbesondere fällt eine zu niedrig kalkulierte Prämie i.d.R. ohnehin nicht unter die Regelungen des § 163. Ein Beispiel wäre das regional begrenzte Auftreten einer Epidemie, was für einen Versicherer, der ausschließlich in dieser Region tätig ist, zu einem unvorhergesehenen Anstieg der BU-Fälle führt.

In der Praxis sind vier verschiedene Ausprägungen in den Bedingungen zu beobachten:

1. Ausdrücklicher Verzicht auf die Anwendung von § 163 VVG
2. **Kein Hinweis auf den Verzicht auf die Anwendung von § 163 VVG**

3. Kein Verzicht auf die Anwendung von § 163 VVG
4. Verzicht auf die Anwendung von § 163 VVG als Option wählbar



Es gibt allerdings in der BU – neben der konkreten Verweisung – kaum ein anderes Kriterium, das so kontrovers diskutiert wird. Sowohl für den Verzicht als auch für das Beibehalten von § 163 VVG lassen sich vernünftige Argumente finden. Wir empfehlen daher, dieses Kriterium lediglich als ergänzende Zusatzinformation heran zu ziehen und sehen keine unmittelbare positive oder negative Korrelation zur Qualität eines Bedingungswerkes.

Geltungsbereich

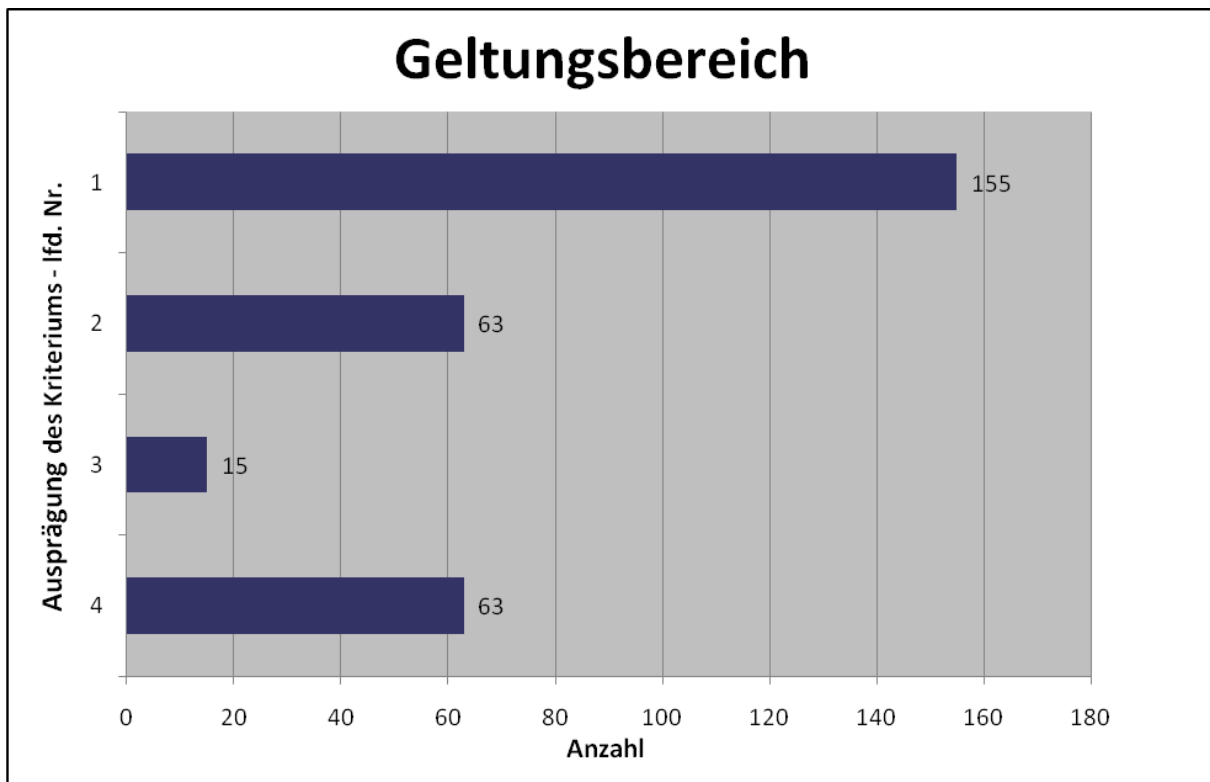
Für den Versicherten kann es je nach Beruf sehr wichtig sein, dass der Versicherungsschutz weltweit gilt. Nicht immer kann schließlich davon ausgegangen werden, dass der BU-Fall nur in Deutschland eintritt. Man denke bspw. an einen Unfall, Herzinfarkt, Schlaganfall o.ä. im Urlaub oder den Angestellten einer internationalen tätigen Firma mit wechselndem Einsatz an verschiedenen Betriebsstätten. Jede Einschränkung des Geltungsbereichs ist daher nachteilig für den Kunden.

Neben dem Geltungsbereich ist von Bedeutung, was im Falle der Leistungsprüfung geschieht. Wenn der Versicherungsschutz zwar grundsätzlich weltweit besteht, ärztliche Untersuchungen aber nur in Deutschland durchgeführt werden dürfen, ist auch dies nachteilig für den Versicherten. In vielen Fällen wird zudem darauf hingewiesen, dass der Versicherte die

Kosten für die Reise nach Deutschland selber zu tragen hat, und das, obwohl er sich vielleicht im entfernten Ausland aufhält.

Die in der Praxis verwendeten Formulierungen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. **Weltweiter Versicherungsschutz mit zusätzlichen Bedingungen zur Erbringung der ärztlichen Nachweise. Evtl. Kosten (Reise, Unterkunft, etc.) trägt der Versicherer**
2. Weltweiter Versicherungsschutz ohne besondere Einschränkungen bzw. Voraussetzungen
3. Gebietsmäßig eingeschränkter Geltungsbereich, ggf. mit zusätzlichen Bedingungen zur Erbringung der ärztlichen Nachweise
4. Weltweiter Versicherungsschutz mit zusätzlichen Bedingungen zur Erbringung der ärztlichen Nachweise. Evtl. Kosten (Reise, Unterkunft, etc.) muss der Versicherte tragen.



Leistungsausschlüsse

Grundsätzlich leisten die Versicherer unabhängig davon, wie die BU eingetreten ist. Es gibt jedoch einige obligatorische Ausschlüsse, bei denen die Gesellschaft nicht leistet. Dazu gehört z. B. der Fall, dass die versicherte Person bei Kriegsereignissen auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat, bei absichtlicher Herbeiführung der BU oder bei einer widerrechtlichen Handlung im Sinne des Strafrechts.

Von besonderem Interesse sind daher ungewöhnliche Leistungsausschlüsse. Dazu zählt z. B. die Leistung bei Kriegsereignissen, wenn sich die versicherte Person länger als eine vorgegebene Dauer in dem Unruheland aufhält. Weiterhin leisten einige Versicherer nicht, wenn die BU durch die Teilnahme an Fahrtveranstaltungen entstanden ist. Dabei handelt es sich keineswegs nur um Hochgeschwindigkeitsrennen, es könnte bspw. auch eine Orientierungsfahrt oder eine Oldtimer-Rallye sein. Schließlich ist noch auf die Luftfahrtklausel hinzuweisen, nach der einige Versicherer nur dann Leistungen erbringen, wenn die BU bei einem Linienflug mit einem Propeller- oder Düsenflugzeug aufgetreten ist. Nicht geleistet wird aber z. B., wenn die BU durch die Teilnahme an einem Ballonflug oder als Führer eines Segelflugzeuges entstanden ist.

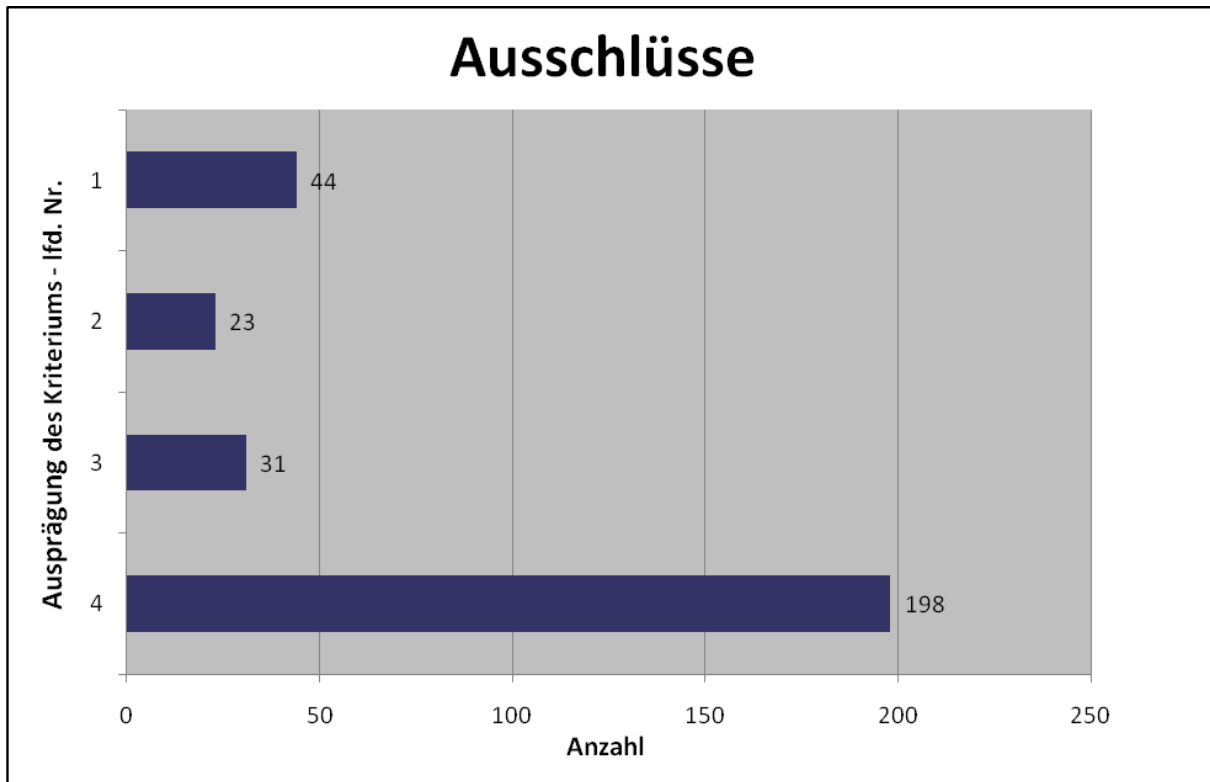
Weiterhin ist zu erwähnen, dass einige Anbieter dazu übergehen, bestimmte als gefährliche eingestufte Sportarten als Ursache einer BU komplett auszuschließen, etwa Paragliding.

Schließlich scheint die sog. „Terrorklausel“ mehr und mehr in die Diskussion zu kommen. Ob es erforderlich ist, Terrorakte als Ursache einer BU auszuschließen, ist aus unserer Sicht aufgrund des aktuellen Erkenntnisstandes kaum zu beurteilen. Zunächst ist zu bedenken, dass die jüngsten Terrorakte, so tragisch sie auch gewesen sein mögen, insgesamt zu einer verhältnismäßig geringen Anzahl von Opfern im Verhältnis zur gesamten Versichertengemeinschaft geführt haben. Dabei ist noch nicht geklärt, welcher Anteil der Opfer im Sinne von Versicherungsbedingungen berufsunfähig geworden ist. Ebenso wenig gibt es Erkenntnisse darüber, welcher Anteil der Opfer überhaupt gegen Berufsunfähigkeit versichert ist. Insgesamt stellt sich daher die Frage, ob Terroranschläge tatsächlich zu einer signifikanten Erhöhung der Leistungsfälle führen können oder ob die Diskussion um die „Terrorklausel“ nicht eine eher theoretische ist. Fraglich ist weiterhin, ob nicht gerade ein Terroranschlag die Voraussetzungen für die Anwendung von § 172 VVG liefern könnte und eine allgemeine Prämienanpassung die auch aus Kundensicht günstigere Lösung sein kann.

Zu den Leistungsausschlüssen lassen sich sehr vielfältige Regelungen in der Praxis finden. Wir haben versucht, diese zu insgesamt vier Ausprägungen zu verdichten und halten dies auch für ausreichend. Wenn es Abweichungen vom Marktstandard oder ungewöhnliche Leistungsausschlüsse gibt, dann ist es im Rahmen einer verantwortungsvollen Beratung ohnehin erforderlich, sich inhaltlich näher damit zu beschäftigen, um die Relevanz für die jeweilige versicherte Person zu ergründen.

1. Keine ungewöhnlichen Ausschlüsse
2. Bei Kriegsereignissen gilt der Versicherungsschutz nur bis zum Ende der genannten Frist.
3. Anwendung von Ausschlussklauseln (z. B. Luftfahrt- bzw. Luftsportartklausel, Fahrtveranstaltungsklausel)

4. **keine ungewöhnlichen Ausschlüsse, aber Ausschluss der Folgen terroristischer Anschläge mit radioaktiven, biologischen oder chemischen Waffen bzw. der Freisetzung entsprechender Stoffe**



Der Ausschluss der Folgen terroristischer Anschläge mit radioaktiven, biologischen oder chemischen Waffen bzw. der Freisetzung entsprechender Stoffe („Terrorklausel“) hat sich seit unserer Definition des Marktstandards von (12.04) erwartungsgemäß zum Marktstandard gewandelt.

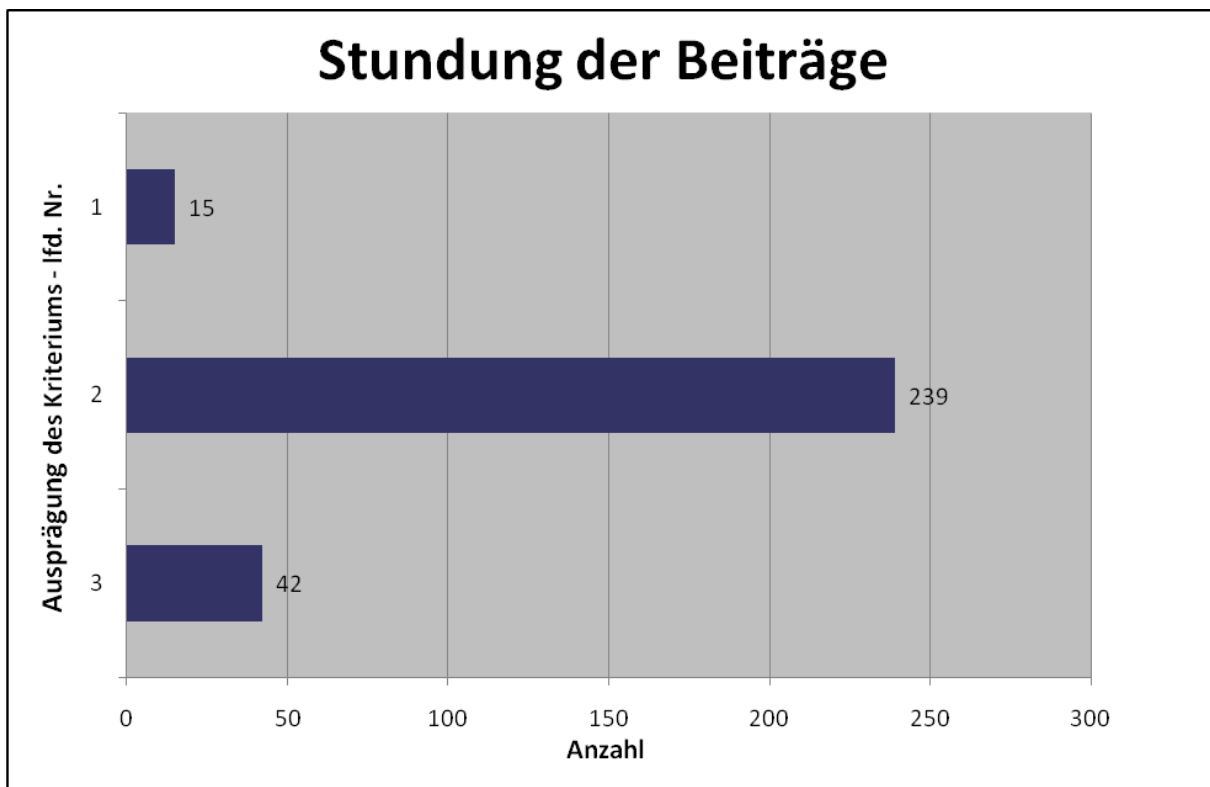
Beitragsstundung

Grundsätzlich müssen bei einer Berufsunfähigkeitsversicherung die Prämien bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht weiter gezahlt werden. Da jedoch die Entscheidung über die Leistung unter Umständen sehr lange dauern kann, bieten die meisten Versicherer die Möglichkeit die Prämien für den Zeitraum der Leistungsprüfung (zinslos) zu stunden. Ob es sinnvoll ist, den Stundungszeitraum bis zu einem möglicherweise abschließenden Gerichtsverfahren zu stunden, ist fraglich, da dieser Zeitraum sehr lang sein kann und i.d.R. bei einer Ablehnung der Leistungspflicht die Prämien nachgezahlt werden müssen. Insofern sollte der

Versicherer Möglichkeiten bieten, bei evtl. Zahlungsschwierigkeiten dem Kunden entgegen zu kommen.

Bei diesem Kriterium unterscheiden wir lediglich zwischen drei Ausprägungen:

1. Grundsätzlich ist keine Stundung der Beiträge möglich; Beitragszahlungspflicht bis zur Leistungsentscheidung
2. **Grundsätzlich ist eine Stundung der Beiträge bis zur Leistungsentscheidung möglich; bei Ablehnung der Leistungspflicht müssen ggf. neben den Beiträgen auch Stundungszinsen entrichtet werden; der Zeitraum der Stundung kann befristet sein**
3. Grundsätzlich ist eine Stundung der Beiträge bis zur Leistungsentscheidung möglich; bei Ablehnung der Leistungspflicht müssen die Beiträgen ohne Stundungszinsen entrichtet werden; der Zeitraum der Stundung kann befristet sein



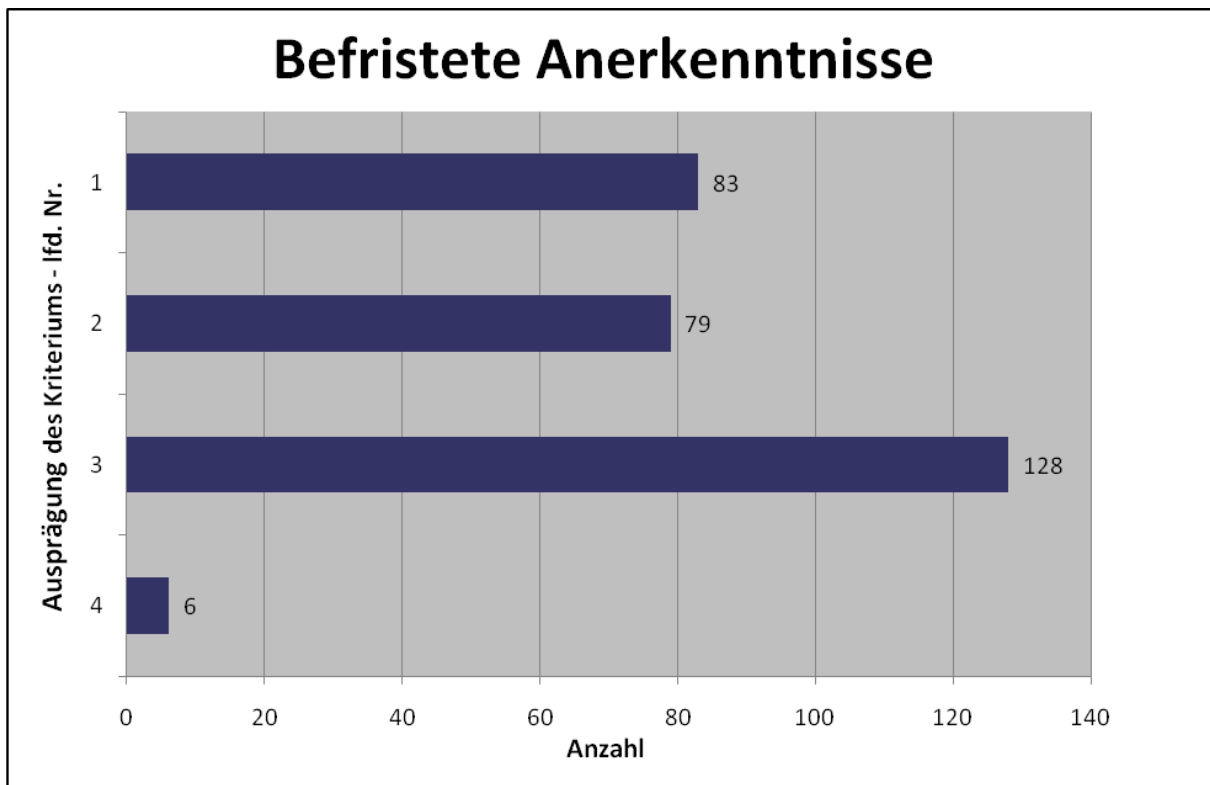
Wenn sich die Möglichkeit einer zinslosen Stundung (ggf. auf Antrag) so eindeutig zum Marktstandard entwickelt hat, dann muss man sich fast zwangsläufig die Frage stellen, warum immer noch einige Versicherer Energie darauf verwenden, hier andere Formulierungen zu finden.

Zeitlich befristetes Anerkenntnis

Die Prüfung der Berufsunfähigkeit nimmt wegen der immer komplexer werdenden Berufsbilder oft erhebliche Zeit in Anspruch. Einige Versicherer bieten daher an, für den Zeitraum der Leistungsprüfung (oder beschränkt auf bspw. 12 Monate) BU-Leistungen befristet anzuerkennen. Dies kann für den Kunden aber durchaus problematisch werden, da ein zeitlich befristetes Anerkenntnis keine rechtlich verbindliche Leistungspflicht begründet. Zudem kann für die Zeit des befristeten Anerkenntnisses die Frage nach einer evtl. Verweisbarkeit zurück gestellt werden. Dies führt insgesamt für den Versicherten zu einer großen Rechtsunsicherheit. Daher sollte der Versicherer nach Vorliegen aller erforderlichen Unterlagen möglichst zügig eine endgültige und rechtsverbindliche Entscheidung über die Leistungspflicht treffen.

Auch hier finden sich bei den Versicherern verschiedenste Formulierungen. Folgende Ausprägungen haben wir betrachtet:

1. Zeitlich befristete Anerkenntnisse im Einzel- oder Ausnahmefall möglich
2. Keine zeitlich befristeten Anerkenntnisse möglich
3. **Grundsätzlich werden keine befristeten Anerkenntnisse ausgesprochen aber im Einzel – oder Ausnahmefall doch möglich**
4. Kein konkreter Hinweis auf zeitlich befristete Anerkenntnisse, allerdings lässt die Formulierung vermuten, dass Anerkenntnisse auch befristet ausgesprochen werden können.



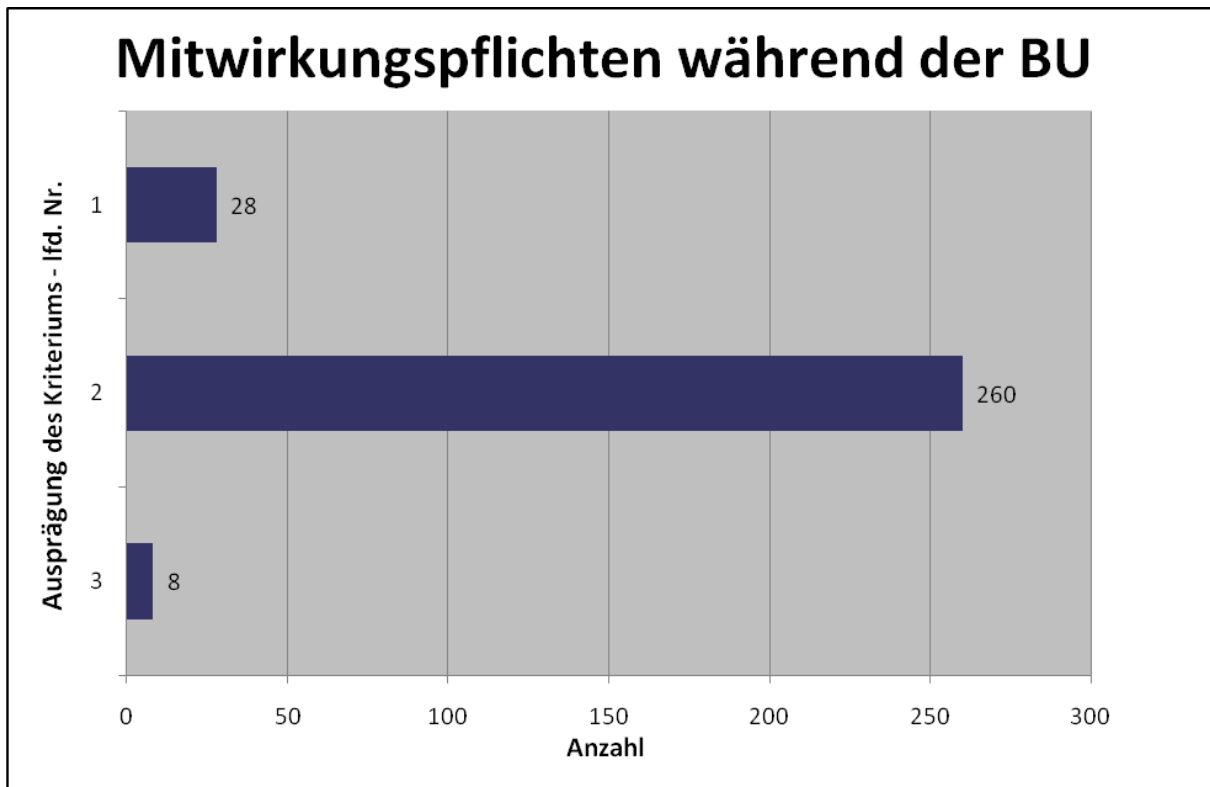
Die jüngsten Entwicklungen haben gezeigt, dass die meisten Anbieter auf dem deutschen Markt inzwischen zeitlich befristete Anerkenntnisse nur noch in besonderen, begründeten Einzelfällen aussprechen. Da die Möglichkeiten eines begründeten Einzelfalles hier allerdings vielfältig sind, dient die vorherrschende Formulierung nicht unbedingt der Markttransparenz.

Mitwirkungspflichten

Die Versicherer haben in ihren Bedingungen die unterschiedlichsten Mitwirkungspflichten aufgeführt. I.d.R. müssen bei Beantragung von BU-Leistungen bestimmte Unterlagen eingereicht werden. Darüber hinaus verlangen einige Versicherer, dass ein Berufswechsel und / oder die Aufnahme von als gefährlich geltenden Sportarten gemeldet werden. Gerade im Hinblick auf die Sportarten ist dies nicht unproblematisch, da der Versicherte i.d.R. zunächst selber entscheiden muss, ob seine Sportart nun gefährlich ist oder nicht. Besonders kritisch ist es, wenn die Versicherer verlangen, dass die versicherte Person bei einer eingetretenen BU unverzüglich eine Minderung des BU-Grades und / oder die Änderung / Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit mitteilen muss. Eine Minderung des BU-Grades kann sie häufig gar nicht erkennen, da ihr der medizinische Sachverstand fehlt. Bzgl. der Änderung / Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit besteht Uneinigkeit darüber, welche Ausprägung und welchen Umfang eine solche Tätigkeit annehmen muss. Fallen bspw. bei einem berufsunfähigen Rechtsanwalt das Schreiben eines Buches, die Tätigkeit für einen Sportverein oder das vereinzelte Halten von Vorträgen bereits unter diese Vorschrift?

Bei diesem Kriterium ist sich der Markt offenbar sehr einig; es finden sich drei verschiedene Ausprägungen:

1. Keine Hinweise auf besondere Mitwirkungspflichten
2. **Pflicht zur unverzüglichen Mitteilung über Besserung des Gesundheitszustandes und Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit**
3. Pflicht zur unverzüglichen Meldung bei Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit aber keine Pflicht zur Mitteilung über Besserung des Gesundheitszustandes.



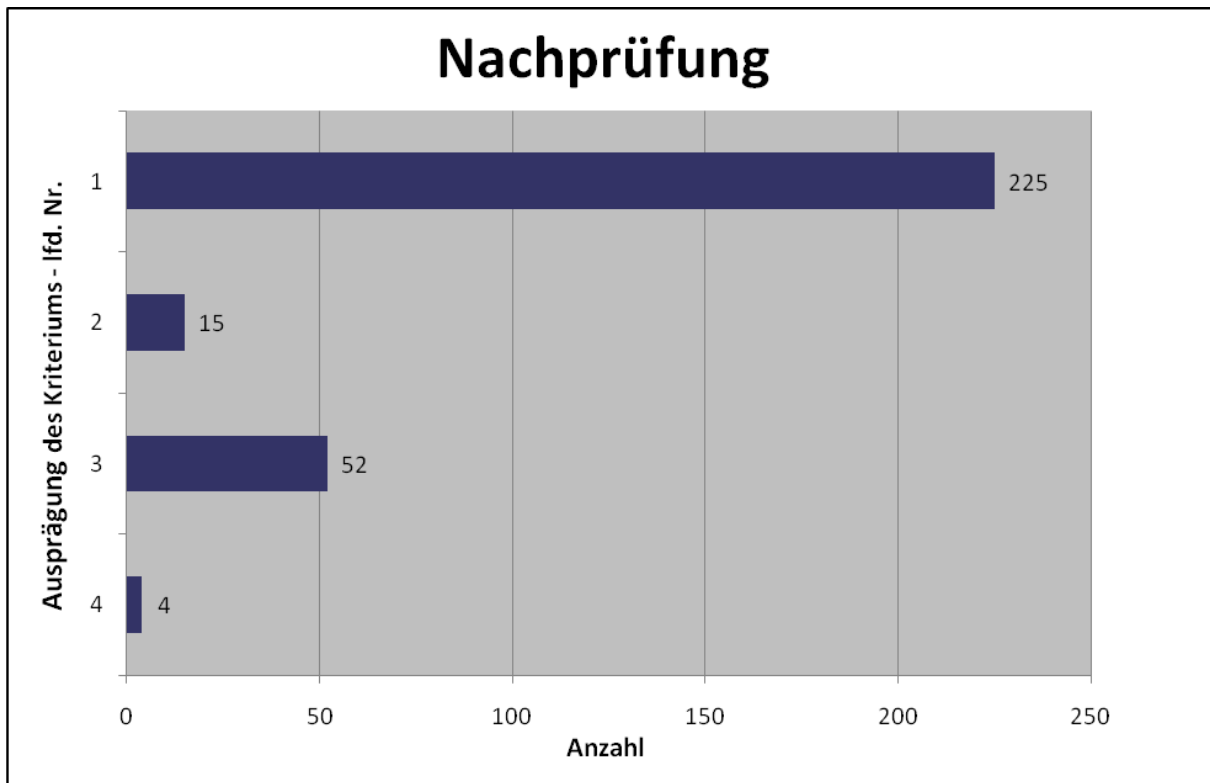
Dieses Ergebnis halten wir aus den o.g. Gründen für äußerst problematisch. Es ist also marktüblich, von seinen Versicherten Dinge zu verlangen, zu denen sie nach menschlichem Ermessen allenfalls eingeschränkt fähig sind bzw. deren Ausgestaltung sich möglicherweise erst im Zeitablauf konkretisiert.

Nachprüfung

Versicherer sind grundsätzlich berechtigt, nach einer bestimmten Zeit (nach) zu prüfen, ob eine einmal eingetretene BU medizinisch weiter fortbesteht. Ist dies nicht der Fall, kann die Leistung eingestellt werden. Es ist nicht ungewöhnlich, dass bei einer Nachprüfung zusätzlich andere Maßstäbe heran gezogen werden als bei der Erstprüfung. Im Sinne der gesamten Versichertengemeinschaft ist es wichtig, nicht Leistungen für Versicherte zu erbringen, bei denen die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr gegeben sind. Problematisch wird die Nachprüfung jedoch dann, wenn hier "überraschende" Klauseln greifen. So gibt es Versicherer, die zwar in der Erstprüfung, nicht aber in der Nachprüfung auf die abstrakte Verweisung verzichten. Da die Nachprüfung der BU in der Öffentlichkeit noch nicht den Stellenwert hat wie die Erstprüfung, sehen viele Anbieter hier wohl eine Möglichkeit, Leistungen nicht mehr erbringen zu müssen. Aus Sicht des Kunden ist bei der Nachprüfung eine Einstellung der Leistungen eigentlich nur dann akzeptabel, wenn er bereits wieder einen Beruf ausübt, der seiner Ausbildung, Erfahrung und Lebensstellung entspricht und den er aufgrund seiner gesundheitlichen Verhältnisse auch tatsächlich uneingeschränkt ausüben kann. Die Berücksichtigung neuer beruflicher Kenntnisse und Fähigkeiten sollte nur im Zusammenhang mit den übrigen o.g. Kriterien zulässig sein.

Im Wesentlichen lassen sich vier verschiedene Ausprägungen am Markt finden:

1. **Nachprüfung mit der Möglichkeit einer konkreten Verweisung ggf. auch unter bestimmten Voraussetzungen**
2. Nachprüfung mit der Möglichkeit einer konkreten Verweisung unter Berücksichtigung der bisherigen Lebensstellung. Geprüft werden nur Tätigkeiten, die auf Basis neu erworbener Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt werden.
3. Nachprüfung mit der Möglichkeit einer abstrakten Verweisung, ggf. auch unter bestimmten Voraussetzungen (bspw. der Umorganisation des Arbeitsplatzes)
4. Nachprüfung ohne nähere Angaben



Erstaunlich ist vor allem die hohe Anzahl der Versicherer, die im Rahmen der Nachprüfung die Möglichkeit einer abstrakten Verweisung offen lassen. Wir gehen davon aus, dass die Regelungen zur Nachprüfung in Zukunft an Bedeutung gewinnen werden, da man sich schon jetzt nicht des Eindrucks erwehren kann, dass einige Versicherer vor allem die Bedingungsbestandteile zu ihren Gunsten verändern, die noch nicht im Fokus der Öffentlichkeit stehen. Während die abstrakte Verweisung im Erstprüfungsverfahren inzwischen in zahlreichen Tests, Vergleichen und Veröffentlichungen diskutiert und thematisiert wurde, hat eine intensive Beschäftigung mit den Regelungen zur Nachprüfung noch nicht stattgefunden. Aus

Kundensicht wünschenswert wären auch verbindliche zeitliche Regelungen, wann bzw. in welchen Abständen Nachprüfungen möglich sind.

Fazit

Bei der Bewertung von BU-Bedingungswerken ist eine Orientierung am jeweiligen Marktstandard in vielen Fällen hilfreich. Eine Bewertung der konkreten Ausprägung eines Merkmals mit einer exakten Punktzahl und die anschließende Summation über alle Kriterien hinweg, ggf. unter besonderer Gewichtung einzelner Kriterien, sind aus unserer Sicht überflüssig und bieten keinen zusätzlichen Nutzen.

Stattdessen sorgt die Verdichtung der in der Praxis vorhandenen zahlreichen unterschiedlichen Formulierungen zu einigen wenigen Merkmalsausprägungen für mehr Transparenz.

In den Bedingungswerken selber ist zunehmend zu erkennen, dass die Regelungen immer komplexer werden und sich teilweise an verschiedenen Stellen und in verschiedenen Paragraphen wieder finden. So sind teilweise Regelungen zum Geltungsbereich durch die Formulierungen im Zusammenhang mit den Mitwirkungspflichten konkretisiert.

Auch liegt die Vermutung nahe, dass sich einige Anbieter in Bereichen profilieren oder zumindest vom Markt abheben wollen, bei denen eine abschließende Beurteilung noch gar nicht möglich ist (Beispiel: „Terrorklausel“).

Grundsätzlich war in den letzten Jahren im Bereich der BU-Versicherungen eine fortlaufende Verbesserung der Bedingungswerke – zu Gunsten der Kunden und zu Gunsten von mehr Rechtssicherheit – zu beobachten.