

Fachinhalte BU

Ihr Ansprechpartner:

Stephan Curt
CV – Curt versichert® GmbH
Altenburger Str. 9, 04275 Leipzig
Telefon: 0341 978574-10
E-Mail: cv@curt-versichert.de

1. Leistungsgrundlage

1. Definition Berufsunfähigkeit (BU)

Die Grundlage der Berufsunfähigkeitsversicherung für alle Versicherten bildet der § 172 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Diese Grundlage darf nur zugunsten des Versicherten verbessert, aber nicht verschlechtert werden.

Die Definition gemäß § 172 Abs. 2 VVG lautet: Berufsunfähig ist, wer seinen zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall ganz oder teilweise voraussichtlich auf Dauer nicht mehr ausüben kann.

In den Top-Tarifen der Anbieter wird diese Definition in der Regel zu Gunsten des Versicherten wie folgt verbessert:

Zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit, wie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet, zu mindestens 50 Prozent nicht mehr ausüben kann.

Hierbei ist zu beachten, dass es keine einheitlichen klaren Regeln für die Anwendung dieser Definition im Leistungsfall durch den Versicherer gibt und diese unternehmensindividuell ausgelegt und angewandt werden.

Beispielsweise gibt es unterschiedliche Auslegungen, was die "zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit" bedeutet. Gilt diese ab dem ersten Tag einer neuen beruflichen Tätigkeit, ab dem ersten Tag einer neuen beruflichen Tätigkeit, aber nur bei dem Leistungsauslöser Unfall, oder 3 oder 6 Wochen nach der Aufnahme einer neuen Tätigkeit?

Darüber hinaus ist in keinem Bedingungswerk klar definiert, nach welchen konkreten Parametern der Anbieter die Beeinträchtigung von mindestens 50 Prozent ermittelt.

2. Versicherte Ereignisse

Bei den gesundheitlichen Beeinträchtigungen handelt es sich um die Ereignisse, durch die eine Berufsunfähigkeit eintreten kann. Gemäß § 172 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sind dies die Ereignisse Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechender Kräfteverfall.

Gegenüber dem in § 172 Abs. VVG verwendeten Begriff des mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls gibt es einige Anbieter, die den Kräfteverfall ohne den Hinweis altersentsprechend versichert haben. Da hier nicht zum Nachteil des Versicherten von der Definition des VVG abgewichen wird, ist auch diese Formulierung zulässig.

Grundsätzlich besteht die Schwierigkeit einer klaren Abgrenzung im Leistungsfall, ob es sich beispielsweise um eine normale Verschleißerscheinung (altersentsprechend) handelt oder um eine Beeinträchtigung, die darüber hinaus geht (mehr als altersentsprechend). Da es keine klaren Parameter hierfür gibt, können diese Definitionen unterschiedlich ausgelegt werden.

In diesem Zusammenhang wird von einigen Anbietern darauf verwiesen, dass es unerheblich ist, welche Definition in dem Bedingungswerk steht, da bereits höchstrichterlich entschieden worden ist, dass es sich immer nur um den mehr als altersentsprechenden Kräfteverfall handelt.

Es ist jedoch zu beachten, dass die höchstrichterliche Rechtsprechung auf den Einzelfall bezogen sein kann und dann keine Allgemeingültigkeit besitzt.

Es sollte darauf geachtet werden, dass eine Definition gewählt wird, die keinen Interpretationsspielraum zulässt.

3. Voraussetzung Zeitraum ununterbrochene Beeinträchtigung

Über die Dauer der ununterbrochenen Beeinträchtigung und den Leistungsbeginn wird geregelt, wie lange eine Beeinträchtigung durch ein versichertes Ereignis bestehen muss, bevor eine Leistung für eine anerkannte Berufsunfähigkeit gezahlt wird. Maßgeblich für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit ist nach VVG, dass der Beruf voraussichtlich auf Dauer nicht mehr ausgeübt werden kann.

In den meisten Fällen weichen die Anbieter hiervon zugunsten des Versicherten ab und verkürzen den Prognosezeitraum auf 6 Monate.

Es sollte darauf geachtet werden, dass hier keine längeren Zeiträume genannt werden, bevor eine anerkannte Leistung gezahlt wird und dass auch dann eine Zahlung erfolgt, wenn von Beginn einer Beeinträchtigung an abzusehen ist, dass der Prognosezeitraum, z.B. bei einer Querschnittslähmung, (voraussichtlich) erreicht wird.

Darüber hinaus sollte nach Ablauf der 6 Monate auch eine rückwirkende Leistung ab Beginn der Berufsunfähigkeit und nicht erst ab dem 6. Monat erfolgen.

2. Geltungsbereich

1. Versicherungsschutz außerhalb Deutschland

Es gibt Anbieter, die den weltweiten Versicherungsschutz einschränken – z.B. erlischt der Versicherungsschutz, wenn sich die versicherte Person länger als sechs Monate ununterbrochen im Ausland befindet. Daher sollte darauf geachtet werden, dass ein weltweiter Versicherungsschutz ohne Einschränkungen gewährleistet ist, da heute niemand sagen kann, wo er einmal arbeiten und/ oder leben wird.

3. Vereinfachte Leistungsauslöser

1. Arbeitsunfähigkeitsklausel (AU)

Arbeitsunfähigkeit (AU) und Berufsunfähigkeit (BU) sind unterschiedliche Arten einer gesundheitlich bedingten Beeinträchtigung und schließen sich typischerweise gegenseitig aus.

Arbeitsunfähigkeit ist ein durch Krankheit oder Unfall hervorgerufener Körper- und Geisteszustand, aufgrund dessen der Versicherte seine bisherige Erwerbstätigkeit überhaupt nicht oder nur unter der in absehbar nächster Zeit zu erwartenden Gefahr der Verschlimmerung seines Zustandes weiter ausüben kann (Quelle: BSGE 19, 179).

Berufsunfähig ist dagegen, wer seinen zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, infolge Krankheit, Körperverschädigung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall ganz oder teilweise voraussichtlich auf Dauer nicht mehr ausüben kann (Quelle: Legaldefinition des § 172 Abs. 2 VVG).

Vereinfacht ausgedrückt besteht die Unterscheidung darin, dass bei der Arbeitsunfähigkeit der körperlich-geistige Zustand nur von vorübergehender Natur ist und die Arbeitsfähigkeit in absehbarer Zeit wiederhergestellt ist.

Berufsunfähigkeit ist hingegen gegeben, wenn der körperlich-geistige Zustand derart beschaffen ist, dass eine günstige Prognose für die Wiederherstellung der verloren gegangenen Fähigkeiten in einem den BU-Bedingungen entsprechenden Zeitraum nicht gestellt werden kann.

Die Anbieter unterscheiden sich darin, ab wann eine Leistung bei Arbeitsunfähigkeit erbracht wird bzw. wie lange der Versicherte bereits arbeitsunfähig gewesen sein muss, um Leistungen zu erhalten. Wird eine Leistung bei AU erbracht, wird diese grundsätzlich nach 6 Monaten AU erbracht. Möglich ist jedoch eine Leistung bereits nach Bescheinigung über voraussichtlich 6 Monate AU.

Grundsätzlich werden Leistungen bei AU für einen begrenzten Zeitraum erstattet. I.d.R. werden dabei mehrmalige AU's aufaddiert und eine Leistung erfolgt nicht über den maximalen Zeitraum hinaus. Einige Anbieter weichen positiv von dieser Regelung ab und erbringen die maximale Leistung abhängig von der jeweiligen Ursache der AU.

Des Weiteren gilt es darauf zu achten, ob die Antragsstellung der BU Voraussetzung für die Leistungsgewährung aufgrund AU ist.

Im Leistungsfall können Abgrenzungsprobleme über den Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit entstehen.

Grundsätzlich muss in diesem Zusammenhang die Problematik zwischen einer Leistung aufgrund Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit einer privaten Krankentagegeldversicherung beachtet werden.

2. Infektionsklausel

Durch die Infektionsklausel wird geregelt, dass aufgrund eines behördlichen Tätigkeitsverbotes die vereinbarte BU-Leistung erbracht wird.

Es besteht für das Gesundheitsamt die Möglichkeit, Tätigkeits- oder Berufsverbote im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) auszusprechen. Zweck des IfSG ist es, übertragbare Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern.

In der Praxis wird das Beschäftigungsverbot nach Auskunft der Gesundheitsämter selten angewandt, da drei ganz wesentliche Einschränkungen und Voraussetzungen beachtet werden müssen: Die vorgesehenen Maßnahmen müssen notwendig, geeignet und verhältnismäßig sein. Das Gesundheitsamt hat zu prüfen, ob Maßnahmen möglich sind, die einen geringeren Eingriff in die Persönlichkeitsrechte darstellen, wie z.B. das Einschränken oder den Wechsel des Tätigkeitsfeldes.

Im Falle eines vollständigen Tätigkeitsverbotes besteht die Problematik darin, dass im Rahmen des IfSG nur eine teilweise und befristete finanzielle Unterstützung geregelt ist. Um diesen Verdienstaufschlag zu kompensieren, haben einige Anbieter die Infektionsklausel in die Bedingungen mit aufgenommen.

Es sollte darauf geachtet werden, wie die Infektionsklausel inhaltlich ausgestaltet ist. Einige Anbieter begrenzen die Infektionsklausel auf bestimmte Berufsgruppen und einige Anbieter sehen auch Leistungen ohne ein behördlich angeordnetes Tätigkeitsverbot vor. Hierbei kann neben einer gesetzlichen Regelung der Nachweis zum Beispiel auch durch ein Gutachten eines Hygienikers oder die Vorlage eines Hygienikerplans ausreichen, um die Leistung zu erhalten.

Unter dem Begriff "Heilberufe" werden Berufe zusammengefasst, die sich mit der Behandlung von Krankheiten und Behinderungen auseinandersetzen, wie z.B. ein Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeut.

Zu den Gesundheitsfachberufen (ehem. Heilhilfsberufe) zählen Berufe, welche überwiegend die Anordnung eines Arztes umsetzen, wie z.B. ein Ergotherapeut, Physiotherapeut, Kranken- oder Altenpfleger.

Unter den weitgefassten Begriff "im Gesundheitswesen Tätige" fallen auch solche Berufsgruppen, welche beispielsweise in Einrichtungen des Gesundheitswesens als Reinigungs- oder Küchenpersonal tätig sind, also fachspezifisch nicht der zuvor genannten Berufsgruppen zugeordnet werden können.

3. BU bei Erwerbsminderung

Oftmals stellen Versicherer in ihren Bedingungen klar, dass der Nachweis eines Sozialversicherungsträgers über eine vollständige Erwerbsminderung nicht ausreicht, um Leistungen wegen Berufsunfähigkeit zu erhalten. Einige Versicherer weichen hiervon positiv ab und erkennen einen Leistungsbescheid ab einem bestimmten Alter und/oder bestimmten Vertragslaufzeiten (Mindest- oder Restvertragslaufzeiten) an. Somit kann in diesen Fällen der Nachweis unabhängig von der Leistungsprüfung zum Anerkenntnis einer BU-Rente führen.

4. BU bei Pflegebedürftigkeit

Es gibt Anbieter, die zusätzlich zu den versicherten Ereignissen eine Leistung bei Pflegebedürftigkeit versichert haben, ohne dass die Definition der Berufsunfähigkeit erfüllt ist. Das bedeutet, dass eine Leistung im Fall der Pflegebedürftigkeit gezahlt wird, obwohl der Grad der Berufsunfähigkeit des Versicherten unter 50 % liegt.

Die Definition der Pflegebedürftigkeit wird in den meisten Fällen entweder an das Sozialgesetzbuch (SGB) XI angelehnt oder anhand eines eigenen Bewertungsmaßstabes festgelegt.

Unabhängig von diesem Bewertungsmaßstab leisten einige Anbieter auch bei seelischer Erkrankung, Bettlägerigkeit oder Demenz. Für die Feststellung der Demenz wird dabei die sog. Reisbergskala oder eine vergleichbare Skala herangezogen.

Aus diesem Grund sollte darauf geachtet werden, wie die Regelung zur Pflegebedürftigkeit ausgestaltet ist.

4. Leistungseinschränkungen

1. Verkehrsdelikte

In den meisten Vertragsbedingungen werden vorsätzliche Ausführungen oder der strafbare Versuch eines Verbrechens oder Vergehens vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Es sollte darauf geachtet werden, dass Verstöße im Straßenverkehr von diesem Ausschluss nicht betroffen sind. Im Falle eines selbstverschuldeten Verkehrsunfalls ist es möglich, dass man sich im Bereich eines strafbaren Vergehens befindet, wodurch die möglichen Folgen dieses Verkehrsunfalls vom Versicherungsschutz ausgeschlossen wären.

2. Innere Unruhen

In den meisten Vertragsbedingungen werden innere Unruhen ausgeschlossen. Einige Versicherer schließen jedoch innere Unruhen ein, insofern die versicherte Person nicht (aktiv) auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Dabei ist zu berücksichtigen, ob dies nur im Ausland oder auch in Deutschland gilt.

3. Krieg und kriegerische Ereignisse

Krieg und kriegerische Ereignisse werden häufig vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Dieser Ausschluss wird jedoch teilweise im Ausland aufgehoben, insofern die versicherte Person nicht aktiv teilgenommen hat und z.B. keine Reisewarnung bestand. Ebenso sind bei einigen Versicherern humanitäre Hilfeleistungen oder friedenssichernde Maßnahmen unter bestimmten Voraussetzungen mitversichert. Hierbei sollte auf die genaue Ausgestaltung und die Voraussetzungen geachtet werden.

4. ABC-Waffen oder radioaktive, biologische oder chemische Stoffe (Schäden durch vorsätzlichen Einsatz)

Über diese Klausel wird geregelt, ob Schäden, die unmittelbar oder mittelbar durch den Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen (ABC-Waffen) oder von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffe (ABC-Stoffe) entstehen, vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind. Innerhalb dieser Klausel kann der Ausschluss noch auf Terrorgefahren oder auf andere als Waffen eingesetzte Mittel ausgedehnt werden. Unter andere als Waffen eingesetzte Mittel fallen beispielsweise Sprengstoffe oder auch Flugzeuge.

Die Formulierung dieser Klauseln ist teilweise so gefasst, dass unter bestimmten Voraussetzungen der Ausschluss nicht gilt und eine Leistung durch den Versicherer nur erfolgt, sofern z.B. der Einsatz oder das Freisetzen nicht darauf gerichtet ist, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und/oder keine Erhöhung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen entsteht.

Aufgrund der unterschiedlichen Ausgestaltung dieser Klausel durch die Anbieter sollte darauf geachtet werden, dass derartige Schäden ohne die Anknüpfung an Voraussetzungen mitversichert sind oder die Klausel eindeutig, nachvollziehbar und nicht interpretationsfähig ist.

5. Strahlenschäden

Über diese Klausel wird geregelt, ob Schäden, die durch Strahlenschäden in Folge von Kernenergie oder durch Strahlenschäden während der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit entstehen, vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind.

Hierbei ist zu beachten, dass es zwei Anbieter gibt, die den Ausschluss von Strahlenschäden in Folge von Kernenergie auf alle Arten von Strahlenschäden ausweiten.

Darüber hinaus ist die Formulierung dieser Klausel teilweise so gefasst, dass unter bestimmten Voraussetzungen der Ausschluss nicht gilt und eine Leistung durch den Versicherer nur erfolgt, sofern z.B. der Einsatz oder das Freisetzen nicht darauf gerichtet ist, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und/oder keine Erhöhung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen entsteht.

Es gibt auch ist die Formulierung, dass eine Leistung durch den Versicherer nicht erfolgt, wenn die Strahlenschäden mit einer Härte von 100 Elektronenvolt verursacht sind. Elektronenvolt sind einen physikalische Maß- und Recheneinheit. Hier kann es zu Auslegungsproblemen im Leistungsfall kommen.

Aufgrund der unterschiedlichen Ausgestaltung dieser Klausel durch die einzelnen Anbieter sollte darauf geachtet werden, dass entweder Strahlenschäden ohne die Anknüpfung an Voraussetzungen mitversichert sind oder sich der Ausschluss nur auf Strahlenschäden in Folge Kernenergie bezieht und die Klausel eindeutig, nachvollziehbar, nicht interpretationsfähig ist.

5. Verweisungsregelungen

1. Abstrakte Verweisung auf andere Tätigkeit

Es sollte darauf geachtet werden, ob in einem Leistungsfall für den Anbieter die Möglichkeit besteht, den Versicherten auf einen Beruf zu verweisen, der aufgrund seiner Ausbildung und Fähigkeiten / Erfahrungen theoretisch möglich ausgeübt werden kann (abstrakte Verweisung).

Durch den Verzicht auf die abstrakte Verweisung wird gewährleistet, dass der Versicherer die Leistung nicht verweigern kann, weil der Versicherte eine vergleichbare andere Tätigkeit ausüben könnte, die seiner Lebensstellung (soziale Wertschätzung und Vergütung) entspricht. Ist eine Verweisung möglich, spielt es keine Rolle, ob der Verweisungsberuf auf dem Arbeitsmarkt verfügbar ist.

Dieser Verzicht sollte explizit in den Bedingungen genannt werden und sich nicht aus der Interpretation einzelner Bedingungsteile ergeben.

2. Konkrete Verweisung auf andere Tätigkeit

Im Rahmen der Erstprüfung kann der Versicherer neben dem theoretisch möglichen Ausüben einer anderen Tätigkeit (Abstrakte Verweisung, siehe 5.1) auch prüfen, ob eine andere Tätigkeit tatsächlich ausgeübt wird (konkrete Verweisung). Bei der konkreten Verweisung wird geprüft, ob durch die Ausübung einer anderen Tätigkeit die Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente durch den Versicherer verweigert werden kann.

In den meisten Fällen erfolgt die Prüfung einer solchen Tätigkeit anhand der Kriterien Ausbildung und Erfahrung, soziale

Wertschätzung und Vergütung. Durch diese Klausel soll gewährleistet werden, dass eine unzulässige Bereicherung durch Erhalt einer Berufsunfähigkeitsrente bei der Ausübung einer vergleichbaren neuen Tätigkeit wie vor Eintritt der Berufsunfähigkeit ausgeschlossen wird.

Es sollte darauf geachtet werden, dass diese neue Tätigkeit nur berücksichtigt wird, wenn diese konkret (freiwillig) ausgeübt wird, die Kriterien Ausbildung und Erfahrung, soziale Wertschätzung und Vergütung sowie die Höhe einer hinnehmbaren Einkommensreduzierung klar definiert sind.

Hierzu gibt es einige Anbieter am Markt, die in ihren AVB die hinnehmbaren Einkommensreduzierungen z.B. als nicht spürbar unter der bisherigen Lebensstellung oder im Rahmen der höchstrichterlichen Rechtsprechung definieren. Dabei ist zu beachten, dass es für „nicht spürbar“ keine Definition gibt und dass die höchstrichterliche Rechtsprechung auf den Einzelfall bezogen sein kann und dann keine Allgemeingültigkeit besitzt. Feste Prozentsätze gibt es nicht. Je höher das ursprüngliche Einkommen liegt, desto höher kann der Prozentsatz der zumutbaren Minderung sein.

Nur wenn die Kriterien und die hinnehmbare Einkommensreduzierung klar definiert sind, können Streitigkeiten im Falle der Ausübung einer neuen Tätigkeit während des Leistungsfalls und damit verbunden die Verzögerung oder Verweigerung der Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente vermieden werden.

Es ist zu beachten, dass es Regelungen am Markt gibt, die bei der hinnehmbaren Einkommensreduzierung innerhalb eines Tarifes zwischen dem Nichtselbstständigen und dem Selbstständigen unterscheiden.

Bei der Auswahl der Leistungskriterien muss beides berücksichtigt werden, da sich nach Vertragsabschluss ein beruflicher Statuswechsel von Nichtselbstständigkeit zu Selbstständigkeit oder umgekehrt ergeben könnte, das zu Grunde liegende Bedingungsnetzwerk aber seine Gültigkeit behält.

Im Rahmen der Erstprüfung kann der Versicherer nicht nur auf das theoretisch mögliche Ausüben einer anderen Tätigkeit (Abstrakte Verweisung, siehe 5.1), sondern auch auf das tatsächliche Ausüben einer anderen Tätigkeit (konkrete Verweisung) für alle Berufe oder für speziell aufgeführte Berufsgruppen verzichten. Der Verzicht auf die konkrete Verweisung kann bedeuten, dass der Versicherte eine Berufsunfähigkeitsrente erhält, obwohl er eine vergleichbare neue Tätigkeit (wie vor Eintritt der Berufsunfähigkeit) mit vergleichbarem Einkommen ausübt. Hierbei sollte berücksichtigt werden inwieweit solche Regelungen dem Grundgedanken eines Versicherungsvertrages entsprechen.

3. Verweisung auf vorherigen Beruf

Wenn in einem Tarif der zuletzt konkret ausgeübte Beruf genannt ist, besteht die Möglichkeit, eine Berufsunfähigkeit durch einen Berufswechsel herbeizuführen. Dies wird an folgendem fiktiven Beispiel deutlich:

Ein kaufmännischer Angestellter, der eine reine Bürotätigkeit ausübt, hat ein Rückenleiden, aufgrund dessen er nur noch eingeschränkt tätig sein kann, jedoch nicht die Voraussetzungen für eine Berufsunfähigkeit in diesem Berufsbild erfüllt.

Durch einen Wechsel der Tätigkeit, z.B. in ein Berufsbild mit einem höheren körperlichen Anteil, könnte das veränderte Berufsbild dazu führen, dass die Leistungsvoraussetzungen für eine Berufsunfähigkeit erfüllt sind.

Um eine derartige Möglichkeit, eine Berufsunfähigkeit durch einen Berufswechsel herbeizuführen, einzuschränken, haben einige Anbieter eine zusätzliche Klausel in die Bedingungen mitaufgenommen. Hierbei wird für einen definierten Zeitraum bei einem Berufswechsel der davor ausgeübte Beruf auch berücksichtigt, wenn die Beeinträchtigung bei Wechsel des Berufes bereits absehbar war.

Es sollte darauf geachtet werden, dass entweder der davor ausgeübte Beruf bei einem Berufswechsel nicht berücksichtigt wird oder die Zeiträume möglichst kurz sind. Zusätzlich sollte darauf geachtet werden, dass ein Berufswechsel nicht berücksichtigt wird, wenn der Berufswechsel auf ärztliches Anraten hin oder durch unfreiwilligen Wegfall der Tätigkeit (z.B. Arbeitslosigkeit) erfolgt ist.

4. Vorübergehendes Ausscheiden aus dem Berufsleben

Es sollte darauf geachtet werden, dass während eines vorübergehenden oder längeren Ausscheidens aus dem Berufsleben ein Leistungsfall nach den gleichen Kriterien geprüft wird, wie dies während der Berufstätigkeit erfolgt.

Aufgrund der heutigen Arbeitswelt sollte zumindest für einen möglichst großen Zeitraum die Prüfung nach den gleichen Kriterien wie während des Berufslebens erfolgen, da z.B. unverschuldete Arbeitslosigkeit nicht ausgeschlossen werden kann.

Weiter sollte darauf geachtet werden, ob der Anbieter zwischen vorübergehendem und längerem Ausscheiden aus dem Berufsleben unterscheidet und ob er bei längerem Ausscheiden die Prüfkriterien und die definierte Lebensstellung verändert. Die Änderung der Prüfkriterien auf z.B. „eine Tätigkeit, die aufgrund Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und die aktuelle Lebensstellung“ kann eine abstrakte Verweisung sein. Einige Anbieter verwenden statt des Begriffes "längeres Ausscheiden" den Begriff des "dauerhaften Ausscheidens".

Es ist zu beachten, dass einige Anbieter bestimmte Ereignisse, wie z.B. Mutterschutz, Elternzeit, Bundesfreiwilligendienst oder (unfreiwillige) Arbeitslosigkeit nicht als vorübergehendes oder längeres Ausscheiden werten.

6. Umorganisation

1. Betriebliche Umorganisation

Die betriebliche Umorganisation ist - was häufig verkannt wird - keine Frage der sog. Verweisung auf eine vergleichbare Tätigkeit. Bei der Verweisung auf eine vergleichbare Tätigkeit geht es um die Frage, ob der Versicherungsnehmer eine andere berufliche Tätigkeit ausüben kann/könnte oder tatsächlich ausübt, während die Umorganisation denselben, nur inhaltlich anders organisierten Beruf des Versicherungsnehmers betrifft (Quelle: Neuhaus - Kommentierung Berufsunfähigkeitsversicherung, 3. Auflage, Seite 219 Rn. 106).

Die Prüfung des Leistungsfalles erfolgt nach speziellen Prüfungskriterien. Dahinter verbirgt sich, dass man davon ausgeht, dass selbständig tätige Personen eine andere Einflussmöglichkeit auf die Gestaltung ihrer beruflichen Tätigkeit haben.

Bei der Prüfung eines Leistungsfalles eines Selbständigen wird daher in den meisten Fällen geprüft, ob eine zumutbare Umorganisation des Tätigkeitsfeldes möglich ist. Diese Prüfung erfolgt in der Regel anhand der wirtschaftlichen Zweckmäßigkeit, der Höhe des Kapitalaufwandes, der Stellung des Betriebsinhabers und der hinnehmbaren Einkommenseinbußen.

Da heute niemand weiß, ob er in seinem Berufsleben einmal eine selbständige Tätigkeit ausüben wird, ist es wichtig, auch diesen Punkt der Vertragsbedingungen bei Vertragsabschluss zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang sollte auf klare Definitionen geachtet werden.

Die Zuweisung betrieblich anfallender Arbeitsabläufe an Mitarbeiter kann bedeuten, dass ein Selbständiger mit entsprechender Personalstärkung nur sehr schwer berufsunfähig werden kann, da er nach der Delegation seiner Tätigkeiten immer noch eine aufsichtführende Tätigkeit ausüben kann.

Bitte beachten Sie zusätzlich, dass es unterschiedliche Regelungen gibt, für welchen Personenkreis die Umorganisationsklausel gilt. Einige Anbieter erweitern den Personenkreis beispielsweise auf (angestellte) Freiberufler, Gesellschafter oder auf Angestellte mit Direktionsbefugnis. Dies kann zu Abgrenzungsproblemen im Leistungsfall führen.

Einige Anbieter am Markt haben neben der Erweiterung des Personenkreises über die Selbstständigen hinaus zusätzliche Regelungen für die betriebliche Umorganisation in die Bedingungswerke aufgenommen. So wird beispielsweise auf die Umorganisation bei Selbstständigen verzichtet, wenn diese eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen haben und im Rahmen ihrer Berufsausübung mindestens zu 90% der täglichen Arbeitszeit kaufmännische oder organisatorische Tätigkeiten ausüben oder die betreffende Person einer bestimmten definierten Berufsgruppe (z.B. Steuerberater oder Ärzte) angehört. Darüber hinaus gibt es explizite Regelungen, die sich nicht nur auf eine Berufsgruppe, sondern auf konkrete Fallkonstellationen beziehen - beispielsweise bei niedergelassenen Ärzten, wenn diese in einer Einzelpraxis oder einer Praxisgemeinschaft tätig sind und eine definierte Anzahl approbierter Mitarbeiter beschäftigt wird.

Ebenso gibt es Regelungen, bei denen auf die Umorganisationsklausel abhängig von einer bestimmten Betriebsgröße (z.B. max. 5 Mitarbeiter) generell verzichtet wird.

Es ist bei Umorganisationsklausel wichtig, dass die Höhe einer zumutbaren Einkommensreduzierung im Falle der Umorganisation genau definiert ist, da diese der objektiv messbare Parameter für die Versicherten ist. Nur wenn diese Einkommensreduzierung genau definiert ist, können Streitigkeiten über die Höhe der hinnehmbaren Einkommenseinbußen vermieden werden.

Hierzu gibt es einige Anbieter am Markt, die in ihren AVB die hinnehmbaren Einkommensreduzierungen z.B. im Rahmen der höchstrichterlichen Rechtsprechung definieren. Es ist jedoch zu beachten, dass diese höchstrichterliche Rechtsprechung auf den Einzelfall bezogen sein kann und dann keine Allgemeingültigkeit besitzt. Feste Prozentsätze gibt es nicht. Je höher das ursprüngliche Einkommen liegt, desto höher kann der Prozentsatz der zumutbaren Minderung sein.

2. Zusätzliche Regelungen für die betriebliche Umorganisation

Unter diesem Punkt werden einzig **ZUSÄTZLICHE** Regelungen abgebildet. Es bestehen keine Verknüpfungen mit dem vorhergehenden Kriterienbereich "Keine Ausweitung der Umorganisationsklausel für Selbstständige".

7. Nachweise zum Leistungsantrag

1. Einholung weiterer Nachweise

In den Bedingungswerken aller Anbieter wird geregelt, welche Nachweise (Unterlagen und Informationen) der Versicherer im Leistungsfall von der versicherten Person fordern kann.

Unabhängig von den jeweiligen Regelungen in den Bedingungswerken verwenden fast alle Versicherer eine "Generalklausel", die sich an die folgende unverbindliche Formulierung der Musterbedingung des GDV zur Berufsunfähigkeitsversicherung (Auszug) anlehnt.

"Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche erforderliche Auskünfte und Aufklärungen."

Durch die Verwendung einer solchen Klausel steht dem Versicherer faktisch die "unbegrenzte Möglichkeit" zur Einholung von Unterlagen und Informationen zu.

Wenn ein Versicherer eine solche Klausel verwendet ist es unerheblich welche Regelungen zu dem oben aufgeführten Punkt in dem Bedingungswerk enthalten sind, da diese Klausel alle anderen Regelungen aushebelt.

Aktuell gibt es drei Anbieter, die auf die Einholung weiterer Nachweise im Leistungsfall und auf eine „Generalklausel“ verzichten.

2. Darstellung Ursache Berufsunfähigkeit (BU)

In den Bedingungswerken aller Anbieter wird geregelt, welche Nachweise (Unterlagen und Informationen) der Versicherer im Leistungsfall von der versicherten Person fordern kann.

Unabhängig von den jeweiligen Regelungen in den Bedingungswerken verwenden fast alle Versicherer eine "Generalklausel", die sich an die folgende unverbindliche Formulierung der Musterbedingung des GDV zur Berufsunfähigkeitsversicherung (Auszug) anlehnt.

"Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche erforderliche Auskünfte und Aufklärungen."

Durch die Verwendung einer solchen Klausel steht dem Versicherer faktisch die "unbegrenzte Möglichkeit" zur Einholung von Unterlagen und Informationen zu.

Wenn ein Versicherer eine solche Klausel verwendet ist es unerheblich welche Regelungen zu dem oben aufgeführten Punkt in dem Bedingungswerk enthalten sind, da diese Klausel alle anderen Regelungen aushebelt.

Aktuell gibt es drei Anbieter, die die Nachweise (Unterlagen und Informationen) für die Darstellung der Ursache der BU im Leistungsfall konkretisiert, ihrem tatsächlichen unternehmensindividuellen Prüfungsprozess im Leistungsfall angepasst haben und auf eine „Generalklausel“ verzichten.

Bitte beachten Sie, dass es unterschiedliche Regelungen gibt, ob und wie der Anforderungskatalog und der definierte Zeitraum für die Darstellung der Ursache der BU in den AVB konkretisiert wurde.

3. Beschreibung berufliche Tätigkeit

In den Bedingungswerken aller Anbieter wird geregelt, welche Nachweise (Unterlagen und Informationen) der Versicherer im Leistungsfall von der versicherten Person fordern kann.

Unabhängig von den jeweiligen Regelungen in den Bedingungswerken verwenden fast alle Versicherer eine "Generalklausel", die sich an die folgende unverbindliche Formulierung der Musterbedingung des GDV zur Berufsunfähigkeitsversicherung (Auszug) anlehnt.

"Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche erforderliche Auskünfte und Aufklärungen."

Durch die Verwendung einer solchen Klausel steht dem Versicherer faktisch die "unbegrenzte Möglichkeit" zur Einholung von Unterlagen und Informationen zu.

Wenn ein Versicherer eine solche Klausel verwendet ist es unerheblich welche Regelungen zu dem oben aufgeführten Punkt in dem Bedingungswerk enthalten sind, da diese Klausel alle anderen Regelungen aushebelt.

Aktuell gibt es drei Anbieter, die die Nachweise (Unterlagen und Informationen) für die Beschreibung der beruflichen Tätigkeit konkretisiert, ihrem tatsächlichen unternehmensindividuellen Prüfungsprozess im Leistungsfall angepasst haben und auf eine „Generalklausel“ verzichten.

Bitte beachten Sie, dass es unterschiedliche Regelungen gibt, ob und wie der Anforderungskatalog für die Beschreibung der beruflichen Tätigkeit in den AVB konkretisiert wurde.

4. Einkommensnachweise Angestellte, Selbstständige und Freiberufler

In den Bedingungswerken aller Anbieter wird geregelt, welche Nachweise (Unterlagen und Informationen) der Versicherer im Leistungsfall von der versicherten Person fordern kann.

Unabhängig von den jeweiligen Regelungen in den Bedingungswerken verwenden fast alle Versicherer eine "Generalklausel", die sich an die folgende unverbindliche Formulierung der Musterbedingung des GDV zur Berufsunfähigkeitsversicherung (Auszug) anlehnt.

"Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche erforderliche Auskünfte und Aufklärungen."

Durch die Verwendung einer solchen Klausel steht dem Versicherer faktisch die "unbegrenzte Möglichkeit" zur Einholung von Unterlagen und Informationen zu.

Wenn ein Versicherer eine solche Klausel verwendet ist es unerheblich welche Regelungen zu dem oben aufgeführten Punkt in dem Bedingungswerk enthalten sind, da diese Klausel alle anderen Regelungen aushebelt.

Aktuell gibt es drei Anbieter, die die Einholung der Einkommensnachweise konkretisiert, ihrem tatsächlichen unternehmensindividuellen Prüfungsprozess im Leistungsfall angepasst haben und auf eine „Generalklausel“ verzichten.

Bitte beachten Sie, dass es unterschiedliche Regelungen gibt, ob und wie der Anforderungskatalog und der definierte Zeitraum für die Einholung der Einkommensnachweise in den AVB konkretisiert wurde.

5. Weitere mögliche Leistungserbringer

In den Bedingungswerken aller Anbieter wird geregelt, welche Nachweise (Unterlagen und Informationen) der Versicherer im Leistungsfall von der versicherten Person fordern kann.

Unabhängig von den jeweiligen Regelungen in den Bedingungswerken verwenden fast alle Versicherer eine "Generalklausel", die sich an die folgende unverbindliche Formulierung der Musterbedingung des GDV zur Berufsunfähigkeitsversicherung (Auszug) anlehnt.

"Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche erforderliche Auskünfte und Aufklärungen."

Durch die Verwendung einer solchen Klausel steht dem Versicherer faktisch die "unbegrenzte Möglichkeit" zur Einholung von Unterlagen und Informationen zu.

Wenn ein Versicherer eine solche Klausel verwendet ist es unerheblich welche Regelungen zu dem oben aufgeführten Punkt in dem Bedingungswerk enthalten sind, da diese Klausel alle anderen Regelungen aushebelt.

Aktuell gibt es drei Anbieter, die die Nachweise (Unterlagen und Informationen) für die Aufstellung weiterer möglicher Leistungsträger im Leistungsfall konkretisiert, ihrem tatsächlichen unternehmensindividuellen Prüfungsprozess im Leistungsfall angepasst haben und auf eine „Generalklausel“ verzichten.

Bitte beachten Sie, dass es unterschiedliche Regelungen gibt, ob und wie der Anforderungskatalog und der definierte Zeitraum für die Aufstellung weiterer möglicher Leistungsträger in den AVB konkretisiert wurde.

6. Ärztliche Berichte

In den Bedingungswerken aller Anbieter wird geregelt, welche Nachweise (Unterlagen und Informationen) der Versicherer im Leistungsfall von der versicherten Person fordern kann.

Unabhängig von den jeweiligen Regelungen in den Bedingungswerken verwenden fast alle Versicherer eine "Generalklausel", die sich an die folgende unverbindliche Formulierung der Musterbedingung des GDV zur Berufsunfähigkeitsversicherung (Auszug) anlehnt.

"Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche erforderliche Auskünfte und Aufklärungen."

Durch die Verwendung einer solchen Klausel steht dem Versicherer faktisch die "unbegrenzte Möglichkeit" zur Einholung von Unterlagen und Informationen zu.

Wenn ein Versicherer eine solche Klausel verwendet ist es unerheblich welche Regelungen zu dem oben aufgeführten Punkt in dem Bedingungswerk enthalten sind, da diese Klausel alle anderen Regelungen aushebelt.

Aktuell gibt es drei Anbieter, die die Einholung der ärztlichen Berichte im Leistungsfall konkretisiert, ihrem tatsächlichen unternehmensindividuellen Prüfungsprozess im Leistungsfall angepasst haben und auf eine „Generalklausel“ verzichten.

Bitte beachten Sie, dass es unterschiedliche Regelungen gibt, ob und wie der Anforderungskatalog und der definierte Zeitraum für die Einholung der ärztlichen Berichte in den AVB konkretisiert wurde.

7. Ambulante, stationäre Behandler, Pflegepersonal, Krankenhäuser, Krankenanstalten und Pflegeeinrichtungen

In den Bedingungswerken aller Anbieter wird geregelt, welche Nachweise (Unterlagen und Informationen) der Versicherer im Leistungsfall von der versicherten Person fordern kann.

Unabhängig von den jeweiligen Regelungen in den Bedingungswerken verwenden fast alle Versicherer eine "Generalklausel", die sich an die folgende unverbindliche Formulierung der Musterbedingung des GDV zur Berufsunfähigkeitsversicherung (Auszug) anlehnt.

"Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche erforderliche Auskünfte und Aufklärungen."

Durch die Verwendung einer solchen Klausel steht dem Versicherer faktisch die "unbegrenzte Möglichkeit" zur Einholung von Unterlagen und Informationen zu.

Wenn ein Versicherer eine solche Klausel verwendet ist es unerheblich welche Regelungen zu dem oben aufgeführten Punkt in dem Bedingungswerk enthalten sind, da diese Klausel alle anderen Regelungen aushebelt.

Aktuell gibt es drei Anbieter, die die Nachweise (Unterlagen und Informationen) für die Aufstellung der ambulanten, stationären Behandler und Pflegepersonal im Leistungsfall konkretisiert, ihrem tatsächlichen unternehmensindividuellen Prüfungsprozess im Leistungsfall angepasst haben und auf eine „Generalklausel“ verzichten.

Bitte beachten Sie, dass es unterschiedliche Regelungen gibt, ob und wie der Anforderungskatalog und der definierte Zeitraum für die Aufstellung der ambulanten, stationären Behandler und Pflegepersonal in den AVB konkretisiert wurde.

8. Derzeitige und früherer Arbeitgeber

In den Bedingungswerken aller Anbieter wird geregelt, welche Nachweise (Unterlagen und Informationen) der Versicherer im Leistungsfall von der versicherten Person fordern kann.

Unabhängig von den jeweiligen Regelungen in den Bedingungswerken verwenden fast alle Versicherer eine "Generalklausel", die sich an die folgende unverbindliche Formulierung der Musterbedingung des GDV zur Berufsunfähigkeitsversicherung (Auszug) anlehnt.

"Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche erforderliche Auskünfte und Aufklärungen."

Durch die Verwendung einer solchen Klausel steht dem Versicherer faktisch die "unbegrenzte Möglichkeit" zur Einholung von Unterlagen und Informationen zu.

Wenn ein Versicherer eine solche Klausel verwendet ist es unerheblich welche Regelungen zu dem oben aufgeführten Punkt in dem Bedingungswerk enthalten sind, da diese Klausel alle anderen Regelungen aushebelt.

Aktuell gibt es drei Anbieter, die die Nachweise (Unterlagen und Informationen) für die Aufstellung derzeitige und früherer Arbeitgeber im Leistungsfall konkretisiert, ihrem tatsächlichen unternehmensindividuellen Prüfungsprozess im Leistungsfall angepasst haben und auf eine „Generalklausel“ verzichten.

Bitte beachten Sie, dass es unterschiedliche Regelungen gibt, ob und wie der Anforderungskatalog und der definierte Zeitraum für die Aufstellung derzeitige und früherer Arbeitgeber in den AVB konkretisiert wurde.

9. Nachweis Pflegeumfang

In den Bedingungswerken aller Anbieter wird geregelt, welche Nachweise (Unterlagen und Informationen) der Versicherer im Leistungsfall von der versicherten Person fordern kann.

Unabhängig von den jeweiligen Regelungen in den Bedingungswerken verwenden fast alle Versicherer eine "Generalklausel", die sich an die folgende unverbindliche Formulierung der Musterbedingung des GDV zur Berufsunfähigkeitsversicherung (Auszug) anlehnt.

"Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche erforderliche Auskünfte und Aufklärungen."

Durch die Verwendung einer solchen Klausel steht dem Versicherer faktisch die "unbegrenzte Möglichkeit" zur Einholung von Unterlagen und Informationen zu.

Wenn ein Versicherer eine solche Klausel verwendet ist es unerheblich welche Regelungen zu dem oben aufgeführten Punkt in dem Bedingungswerk enthalten sind, da diese Klausel alle anderen Regelungen aushebelt.

Aktuell gibt es drei Anbieter, die die Nachweise zum Pflegeumfang im Leistungsfall konkretisiert, ihrem tatsächlichen unternehmensindividuellen Prüfungsprozess im Leistungsfall angepasst haben und auf eine „Generalklausel“ verzichten.

Bitte beachten Sie, dass es unterschiedliche Regelungen gibt, ob und wie der Anforderungskatalog und der definierte Zeitraum für die Nachweise zum Pflegeumfang in den AVB konkretisiert wurde.

10. Medizinische Untersuchungen

In den Bedingungswerken aller Anbieter wird geregelt, welche Nachweise (Unterlagen und Informationen) der Versicherer im Leistungsfall von der versicherten Person fordern kann.

Unabhängig von den jeweiligen Regelungen in den Bedingungswerken verwenden fast alle Versicherer eine "Generalklausel", die sich an die folgende unverbindliche Formulierung der Musterbedingung des GDV zur Berufsunfähigkeitsversicherung (Auszug) anlehnt.

"Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche erforderliche Auskünfte und Aufklärungen."

Durch die Verwendung einer solchen Klausel steht dem Versicherer faktisch die "unbegrenzte Möglichkeit" zur Einholung von Unterlagen und Informationen zu.

Wenn ein Versicherer eine solche Klausel verwendet ist es unerheblich welche Regelungen zu dem oben aufgeführten Punkt in dem Bedingungswerk enthalten sind, da diese Klausel alle anderen Regelungen aushebelt.

Aktuell gibt es drei Anbieter, die die Durchführung weiterer Untersuchungen im Leistungsfall eingeschränkt haben und auf eine „Generalklausel“ verzichten.

Bitte beachten Sie, dass es unterschiedliche Regelungen gibt, wie der Anbieter die Durchführung weiterer Untersuchungen eingeschränkt hat.

8. Mitwirkungspflichten Versicherte Person nach Leistungsantrag bis Leistungsentscheidung VU

1. Ärztliche An- oder Verordnungen

Unter dem Punkt Mitwirkungspflichten VP nach Leistungsantrag bis Leistungsentscheidung VU wird geregelt, ob und welche medizinischen Anordnungen in einem anerkannten Leistungsfall befolgt werden müssen, um eine Leistung zu erhalten.

Die Problematik besteht darin, dass es hier sehr unterschiedliche Interpretationen dieser Klausel in Verbindung mit den gesetzlichen Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (Treu und Glauben und allgemeine Schadenminderungspflicht) geben kann. Selbst wenn sich hierzu keine Regelung in einem Bedingungswerk findet, kann dies unterschiedlich ausgelegt werden.

Die Verpflichtung auf Anwendung von einfachen Hilfsmitteln oder Hilfsmitteln des täglichen Lebens schränkt die Klausel auf diese genannten Hilfsmittel ein.

Der Verzicht auf Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die sichere Aussicht auf Besserung des Gesamtzustandes bieten, grenzen diese Klausel zwar ein, es kann jedoch unterschiedliche Auffassungen darüber geben, welche Maßnahmen darunter zu verstehen sind.

Der Verzicht auf die Durchführung operativer Maßnahmen stellt klar, dass keine operativen Maßnahmen befolgt werden müssen.

Die Ausweitung von ärztlichen Anordnungen auf Maßnahmen kann diese Klausel auf jede Maßnahme wie z.B. das Einhalten von Diäten erweitern. Eine klare Abgrenzung, was alles unter Maßnahmen fällt, ist nicht vorhanden und kann von den Anbietern individuell interpretiert werden.

Die Ausweitung von Ärzten auf Heilpraktiker erweitert die Klausel um den Bereich der alternativen Medizin und schafft eine Vielzahl von weiteren Möglichkeiten von Anordnungen oder Maßnahmen.

Eine Entscheidung, ob und welche Behandlung durchgeführt wird, sollte ausschließlich bei dem Versicherten liegen. Der Versicherte sollte in der Lage sein, z.B. eine Operation oder die Einnahme eines Medikamentes - aus für ihn wichtigen Gründen - abzulehnen, ohne dass er seinen Anspruch auf eine Berufsunfähigkeitsleistung verliert.

9. Rentenbezugsphase

1. Befristung

Bei der Prüfung eines Leistungsfall und der Entscheidung, ob eine Berufsunfähigkeit vorliegt, besteht gemäß der Gesetzesregelung des VVG die Möglichkeit, ein einmaliges zeitlich befristetes Anerkenntnis der Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente auszusprechen.

Dem gegenüber steht eine Anerkennung der Berufsunfähigkeitsrente ohne zeitliche Begrenzung.

Es sollte darauf geachtet werden, dass der Versicherer möglichst kein zeitlich befristetes Anerkenntnis ausspricht, da in den meisten Fällen nach Ablauf des befristeten Zeitraumes der Versicherte das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit nachweisen muss und hierfür zumeist auch die Kosten trägt.

Durch befristete Anerkennnisse kann die Anerkennung einer dauerhaften Berufsunfähigkeit unnötig in die Länge gezogen werden. Wenn der Versicherer die Berufsunfähigkeit ohne zeitliche Befristung anerkennt, hat dieser nur die Möglichkeit, im Rahmen der Nachprüfung (siehe 9.2) das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit auf eigene Kosten zu überprüfen.

Bitte beachten Sie, dass es bei den Anbietern verschiedene Regelungen für einzelne Berufsgruppen geben kann.

2. Nachprüfung

Nach Feststellung der Berufsunfähigkeit ohne zeitliche Begrenzung ist der Versicherer berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit nachzuprüfen und in der Regel einmal jährlich eine ärztliche Untersuchung zu verlangen. Deshalb ist es möglich, kurz nach Aufnahme der neuen Tätigkeit (jederzeit) die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente im Rahmen der Regeln für die Nachprüfung zu überprüfen. Neben den Verbesserungen des Gesundheitszustandes kann unter Berücksichtigung der Regelungen in den AVB eine Prüfung auf das theoretisch mögliche Ausüben einer anderen Tätigkeit (Abstrakte Verweisung, siehe 5.1) oder das tatsächliche Ausüben einer anderen Tätigkeit (Konkrete Verweisung, siehe 5.2) erfolgen.

Es sollte darauf geachtet werden, dass diese neue Tätigkeit nur berücksichtigt wird, wenn diese konkret (freiwillig) ausgeübt wird und dass die Nachprüfung anhand der gleichen Kriterien wie die Erstprüfung der Berufsunfähigkeit erfolgt.

Eine Änderung der Prüfkriterien auf das theoretisch mögliche Ausüben einer anderen Tätigkeit (Abstrakte Verweisung, siehe 5.1) kann dazu führen, dass der Versicherer die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente einstellen kann, weil eine vergleichbare Tätigkeit ausgeübt werden könnte, die der Lebensstellung (soziale Wertschätzung und Vergütung) des Versicherten entspricht.

Wenn ein Anbieter klare Definitionen in der Erstprüfung hat und diese auch bei der Nachprüfung zugrunde legt, sollte ebenfalls darauf geachtet werden, dass die zumutbare Einkommensreduzierung klar geregelt ist.

Für die zumutbare Einkommensreduzierung gilt, dass es hierzu unterschiedliche Definitionen am Markt gibt (siehe 5.2 und 5.4) und diese zumutbare Einkommensreduzierung klar definiert sein sollte.

Nur wenn die Kriterien und die hinnehmbare Einkommensreduzierung klar definiert sind, können Streitigkeiten im Falle der Ausübung einer neuen Tätigkeit während des Leistungsfalls und damit verbunden die Verzögerung oder Verweigerung der Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente vermieden werden.

Es ist zu beachten, dass es Regelungen am Markt gibt, die bei der hinnehmbaren Einkommensreduzierung innerhalb eines Tarifes zwischen dem Nichtselbstständigen und dem Selbstständigen unterscheiden.

Bei der Auswahl der Leistungskriterien muss beides berücksichtigt werden, da sich nach Vertragsabschluss ein beruflicher Statuswechsel von Nichtselbstständigkeit zu Selbstständigkeit oder umgekehrt ergeben könnte, das zu Grunde liegende Bedingungsmerk aber seine Gültigkeit behält.

Unabhängig vom Zeitpunkt der Nachprüfung wird die Leistung für mindestens sechs Monate ab Beginn der Leistungspflicht gezahlt.

Aktuell gibt es zwei Anbieter, die in der Nachprüfung auf die konkrete Verweisung (Konkrete Verweisung, siehe 5.2) für alle Berufe oder für speziell aufgeführte Berufsgruppen verzichten. Der Verzicht auf die konkrete Verweisung kann bedeuten, dass der Versicherte eine Berufsunfähigkeitsrente erhält, obwohl er eine vergleichbare neue Tätigkeit (wie vor Eintritt der Berufsunfähigkeit) mit vergleichbarem Einkommen ausübt. Hierbei sollte berücksichtigt werden inwieweit solche Regelungen dem Grundgedanken eines Versicherungsvertrages entsprechen.

3. Einstellung BU-Leistung aufgrund Nachprüfung frühestens 6 Monaten ab Beginn Leistungspflicht (alle Berufsgruppen)

Die Versicherer sind berechtigt, jederzeit das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit nachzuprüfen. Wird dabei festgestellt, dass keine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit mehr besteht, werden die Leistungen eingestellt. Die Einstellung der Leistungen wird dabei i.d.R. mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang der Erklärung über die Einstellung der Leistungen wirksam. Durch das Recht der Nachprüfung zu jedem Zeitpunkt sind somit auch nur kurze Leistungszeiträume möglich (z.B. bei Wiederaufnahme einer Tätigkeit oder schnellem Heilungsprozess).

Es gibt einen Versicherer, der den Versicherten in den AVB eine Einstellung der Leistungen (auch bei einer Prognose) frühestens nach 6 Monaten ab Beginn der Leistungspflicht garantiert.

4. Mitteilungspflichten Versicherte Person

Nach Feststellung der Berufsunfähigkeit ohne zeitliche Begrenzung ist der Versicherer berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit nachzuprüfen und in der Regel einmal jährlich eine ärztliche Untersuchung zu verlangen (Nachprüfung, siehe 9.2)

Darüber hinaus gibt es Meldepflichten im Rahmen der Nachprüfung. Über diese Klausel wird geregelt, welche Obliegenheiten (Verhaltensregeln) während des Bezuges einer Berufsunfähigkeitsrente zu erfüllen sind. Es wird zum Beispiel verlangt, dass der Versicherte unverzüglich mitteilen muss, wenn die Berufsunfähigkeit wegfällt oder eine berufliche Tätigkeit aufgenommen wird.

Es sollte darauf geachtet werden, wie diese Klausel ausgestaltet ist, da eine Verletzung der Meldepflichten eine Verweigerung der Leistung durch den Versicherer zur Folge haben kann.

10. Spezielle Leistungen

1. Zusätzliche Leistung

Es gibt Anbieter, die Kapitalzahlungen (Einmalzahlungen) bei definierten Ereignissen und / oder eine befristete BU-Rente unabhängig vom Vorliegen einer bedingungsgemäßen BU bei definierten Beeinträchtigungen vorsehen.

Definierte Ereignisse für eine Kapitalzahlung (Einmalzahlung) können sein: Wiedereingliederungshilfen, Übergangshilfen, Einmalleistungen bei Unfall oder bei Behinderung, Rehabilitationshilfen oder Umschulungshilfen oder Umorganisationshilfen bei Selbstständigen.

Definierte Beeinträchtigungen können schwere Krankheiten wie z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall und / oder der Verlust von Grundfähigkeiten wie z.B. Gehörverlust, Sehverlust, der Verlust der Sprache und Querschnittslähmung sein.

Bitte beachten Sie, dass sich die Definitionen und Voraussetzungen bei den Anbietern stark unterscheiden. Es sollte daher darauf geachtet werden, wie die jeweilige Formulierung des Anbieters für solche Leistungen lautet und welche Voraussetzung für den Erhalt konkret gelten.

11. Kostenbeteiligung Überprüfung Leistungsentscheid

1. Bei Leistungsablehnung oder Nachprüfung

Ein Versicherer bietet bei Leistungsablehnung eines BU-Antrages und/oder bei Einstellung der Leistung aufgrund Nachprüfung für die Überprüfung der Entscheidung durch eine unabhängige Stelle eine Beteiligung an den Kosten bis zu 50% der Kosten bzw. max. 1.500€ an.

12. Anpassungsoptionen

1. Paragraph 163 VVG

Allgemein gilt: Seit dem 01.01.2008 gilt für alle neu abgeschlossenen Berufsunfähigkeitsversicherungen eine einheitliche Regelung zur Neufestsetzung des Bruttobeitrages auf Basis des neuen Versicherungsvertragsgesetzes (VVG).

§ 163 VVG:

„(1) Der Versicherer ist zu einer Neufestsetzung der vereinbarten Prämie berechtigt, wenn

1. sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen der vereinbarten Prämie geändert hat,
2. die nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Prämie angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten, und
3. ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die Voraussetzungen der Nummern 1 und 2 überprüft und bestätigt hat. Eine Neufestsetzung der Prämie ist insoweit ausgeschlossen, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.“

Hierbei ist zu beachten, dass es unterschiedliche Sichtweisen der Versicherer zum Verzicht auf die Beitragsanpassungsklausel gibt und dass nicht jeder Anbieter auf die Anwendung des § 163 VVG verzichtet.

2. Dynamik vor Leistungsfall

Bei der dynamischen Steigerung der versicherten Rente vor Eintritt des Leistungsfalls sollte darauf geachtet werden, wie häufig der Anpassung in Folge widersprochen werden darf, ohne dass das Recht auf Anpassung erlischt und ob die Rentenhöhe durch die Dynamik begrenzt ist.

Weiterhin ist zu beachten, dass es Versicherer gibt, die nach einer definierten Anzahl der Ablehnungen nicht mehr über die Möglichkeit der Erhöhung informieren. In diesem Fall muss der Versicherte mitteilen, wenn er weitere Erhöhungen wünscht.

3. Dynamik im Leistungsfall

Eine dynamische Steigerung im Leistungsfall stellt sicher, dass im Falle der Berufsunfähigkeit und dem Bezug einer Berufsunfähigkeitsrente diese Rente um den vereinbarten Prozentsatz jährlich dynamisch steigt und ein Inflationsausgleich stattfindet.

Um die Rentenzahlung an die steigenden Lebenshaltungskosten anzupassen, sollte darauf geachtet werden, dass eine ausreichende dynamische Steigerung im Leistungsfall bei Vertragsabschluss garantiert vereinbart werden kann.

4. Nachversicherungsgarantien ohne Gesundheitsprüfung

Es gibt verschiedene Möglichkeiten am Markt, die vereinbarten Leistungen vor Eintritt eines Versicherungsfalles ohne Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Durch diese Optionen wird die Möglichkeit geschaffen, auch bei einer zwischenzeitlich eingetretenen Erkrankung, die noch nicht zu einer Berufsunfähigkeit geführt hat, aber eine Erhöhung der versicherten Rente erschwert oder nicht möglich macht, den Leistungsbedarf anzupassen.

Man unterscheidet dabei zwischen Anpassungen ohne Ereignis und Anpassungen mit einem Ereignis.

Es sollte darauf geachtet werden, dass sowohl Anpassungen ohne Ereignis als auch mit Ereignis möglich sind und die Höhe der gesamten versicherten Berufsunfähigkeitsrente in Relation zum Einkommen gemäß den Annahmerichtlinien des Anbieters steht.

Leistungserhöhung ohne Ereignis

Bei wenigen Anbietern kann innerhalb eines fest definierten Zeitraumes (z.B. innerhalb von 5 Jahren nach Vertragsabschluss) die versicherte Berufsunfähigkeitsrente im Rahmen festgelegter Größen (z.B. bis zu einer bestimmten Altersgrenze und/oder Gesamtrente) unabhängig von einem Ereignis ohne Gesundheitsprüfung angepasst werden.

Leistungserhöhung mit Ereignis

Bei den meisten Anbietern kann unter bestimmten Voraussetzungen (z.B. bis zu einer bestimmten Altersgrenze) die versicherte Berufsunfähigkeitsrente im Rahmen festgelegter Größen (z.B. bis zu einer bestimmten Gesamtrente) bei Eintritt eines definierten Ereignisses ohne Gesundheitsprüfung angepasst werden. Zu den Ereignissen gehören z.B. Heirat, Geburt eines Kindes, Gehaltssteigerungen, Wechsel in die Selbstständigkeit oder Kauf einer Immobilie.

Bitte beachten Sie, dass sich die Voraussetzungen bei den Anbietern auch in Bezug auf das Höchstalter und der Anzahl der Leistungserhöhungen stark unterscheiden.

Anhang: Gesetzestexte

- Versicherungsvertragsgesetz (VVG)
 - § 163 VVG Prämien- und Leistungsänderung

(1) Der Versicherer ist zu einer Neufestsetzung der vereinbarten Prämie berechtigt, wenn

1. sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen der vereinbarten Prämie geändert hat,

2. die nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Prämie angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten, und

3. ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die Voraussetzungen der Nummern 1 und 2 überprüft und bestätigt hat. Eine Neufestsetzung der Prämie ist insoweit ausgeschlossen, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.

(2) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass an Stelle einer Erhöhung der Prämie nach Absatz 1 die Versicherungsleistung entsprechend herabgesetzt wird. Bei einer prämienfreien Versicherung ist der Versicherer unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 zur Herabsetzung der Versicherungsleistung berechtigt.

(3) Die Neufestsetzung der Prämie und die Herabsetzung der Versicherungsleistung werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Herabsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(4) Die Mitwirkung des Treuhänders nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 entfällt, wenn die Neufestsetzung oder die Herabsetzung der Versicherungsleistung der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedarf.

- **§ 172 VVG Leistung des Versicherers**

(1) Bei der Berufsunfähigkeitsversicherung ist der Versicherer verpflichtet, für eine nach Beginn der Versicherung eingetretene Berufsunfähigkeit die vereinbarten Leistungen zu erbringen.

(2) Berufsunfähig ist, wer seinen zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall ganz oder teilweise voraussichtlich auf Dauer nicht mehr ausüben kann.

(3) Als weitere Voraussetzung einer Leistungspflicht des Versicherers kann vereinbart werden, dass die versicherte Person auch keine andere Tätigkeit ausübt oder ausüben kann, die zu übernehmen sie auf Grund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

- **§ 173 Anerkenntnis**

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

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

- **Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG)**

- **§ 5 EntgFG Anzeige und Nachweispflichten**

(1) Der Arbeitnehmer ist verpflichtet, dem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als drei Kalendertage, hat der Arbeitnehmer eine ärztliche Bescheinigung über das Bestehen der Arbeitsunfähigkeit sowie deren voraussichtliche Dauer spätestens an dem darauffolgenden Arbeitstag vorzulegen. Der Arbeitgeber ist berechtigt, die Vorlage der ärztlichen Bescheinigung früher zu verlangen. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als in der Bescheinigung angegeben, ist der Arbeitnehmer verpflichtet, eine neue ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Ist der Arbeitnehmer Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, muss die ärztliche Bescheinigung einen Vermerk des behandelnden Arztes darüber enthalten, dass der Krankenkasse unverzüglich eine Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit mit Angaben über den Befund und die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit übersandt wird.

(2) Hält sich der Arbeitnehmer bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit im Ausland auf, so ist er verpflichtet, dem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeit, deren voraussichtliche Dauer und die Adresse am Aufenthaltsort in der schnellstmöglichen Art der Übermittlung mitzuteilen. Die durch die Mitteilung entstehenden Kosten hat der Arbeitgeber zu tragen. Darüber hinaus ist der Arbeitnehmer, wenn er Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist, verpflichtet, auch dieser die Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich anzuzeigen. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als angezeigt, so ist der Arbeitnehmer verpflichtet, der gesetzlichen Krankenkasse die voraussichtliche Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit mitzuteilen. Die gesetzlichen Krankenkassen können festlegen, dass der Arbeitnehmer Anzeige- und Mitteilungspflichten nach den Sätzen 3 und 4 auch gegenüber einem ausländischen Sozialversicherungsträger erfüllen kann. Absatz 1 Satz 5 gilt nicht. Kehrt ein arbeitsunfähig erkrankter Arbeitnehmer in das Inland zurück, so ist er verpflichtet, dem Arbeitgeber und der Krankenkasse seine Rückkehr unverzüglich anzuzeigen.