



Berufsunfähigkeit in der Privatversicherung

Gesamtverband der
Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.

Ausschuss für Versicherungsmedizin,
Risiko- und Leistungsprüfung

2006

Berufsunfähigkeit in der Privatversicherung

Die Broschüre soll Ärzten und Gutachtern bei der Erstellung von Berichten und Gutachten zur Feststellung der Berufsunfähigkeit (BU) eine Hilfestellung leisten und Informationen über Besonderheiten der privaten Berufsunfähigkeitsversicherung im Gegensatz zu anderen privaten oder gesetzlichen Versicherungen geben.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	4
2.	Definition der Berufsunfähigkeit	4
2.1	Berufsunfähigkeit in der privaten Versicherung.....	4
2.2	Abweichende Bedingungen	5
2.2.1	Grad der Berufsunfähigkeit.....	5
2.2.2	Staffelregelung.....	5
2.2.3	Erwerbsunfähigkeitsversicherung.....	5
2.2.4	Voraussichtliche Dauer der Berufsunfähigkeit (Prognosezeitraum).....	5
2.2.5	Ausschlussklauseln	5
2.2.6	Verzicht auf abstrakte Verweisung	6
2.2.7	Leistung bei sechsmonatiger ununterbrochener Berufsunfähigkeit	6
2.3	Abgrenzung der privaten Berufsunfähigkeitsversicherung	6
2.3.1	- gegen den Begriff der Arbeitsunfähigkeit bzw. Berufsunfähigkeit in der Krankenversicherung.....	6
2.3.2	- gegen den Begriff „verminderte Erwerbsfähigkeit“ und „Minderung der Erwerbsfähigkeit“	7
2.3.3	- gegen den Begriff „Grad der Behinderung“	8
2.3.4	- gegen den Invaliditätsbegriff in der Unfallversicherung	8
3.	Feststellung der Berufsunfähigkeit.....	8
3.1	Arbeitsanamnese - zuletzt ausgeübter Beruf	8
3.2	Formulare	9
3.2.1	An den Versicherten	9
3.2.2	An den Arzt	9
3.3	Außenregulierung.....	11
4.	Gutachten.....	11
4.1	Allgemeine Anforderungen an den Gutachter.....	11
4.1.1	Stellung des Gutachters	11
4.1.2	Verpflichtung zur Wirtschaftlichkeit.....	11
4.1.3	Eigenständige Erstellung des Gutachtens.....	11
4.1.4	Erstellung von Zusatzgutachten	12
4.1.5	Zeitraumen für die Erstellung eines Gutachtens	12
4.2	Fachliche Anforderungen an den Gutachter	12

4.3	Aufgaben des Gutachters	12
4.3.1	Berufsunfähigkeitsbegriff	12
4.3.2	Arbeitsanamnese	13
4.3.3	Diagnosen	13
4.3.5	Bewertung der Leistungseinschränkungen	13
4.3.6	Restleistungsfähigkeit	14
4.3.7	Prognose	14
4.3.8	Hauptgutachten	14
4.3.9	Plausibilität der Stellungnahme	14
4.3.10	Verständlichkeit der Stellungnahme	14
4.3.11	Neutralität / Möglichkeiten des Gutachters	15
4.3.12	Weitergabe des Gutachtens an den Patienten	15
4.3.13	Fristen für die Erstellung des Gutachtens	15
4.4	Aufgaben des Auftraggebers	15
4.4.1	Erstellung des Tätigkeitsprofils	15
4.4.2	Formulierung der zu klärenden Fragen	16
4.4.3	Weitergabe der relevanten Unterlagen	16
4.5	Allgemeine Grundsätze zur Honorierung	16
5.	Häufige Fehler	16

1. Einleitung

Die private Berufsunfähigkeitsversicherung gewinnt angesichts der Absenkung des Leistungsniveaus der gesetzlichen Rentenversicherung (Erwerbsminderung) immer mehr an Bedeutung. Daher ist die Bereitschaft zur zusätzlichen privaten Absicherung deutlich angestiegen. Dies zeigt sich an der positiven Geschäftsentwicklung in den letzten Jahren: Die Geschäftszuwächse bewegten sich durchgängig im zweistelligen Bereich. Es ist davon auszugehen, dass sich diese Entwicklung auch in Zukunft fortsetzen wird. Zum Ende des Jahres 2001 befinden sich knapp 15 Millionen Berufsunfähigkeitszusatzversicherungen und selbständige Berufsunfähigkeitsversicherungen im Bestand.

Im Zuge dieser Entwicklung und vor dem Hintergrund der größeren Gestaltungsmöglichkeiten durch die Deregulierung des europäischen Versicherungsmarktes wurde die seit jeher große Angebotsvielfalt im Bereich der Invaliditätsabsicherung nochmals erweitert. Die sich durch eine größere Angebotsfülle und verstärkten Wettbewerb ergebenden Vorteile für den Kunden haben zu einer Begriffsvielfalt geführt, die im Gegenzug die Tätigkeit eines Gutachters sicherlich nicht erleichtert.

2. Definition der Berufsunfähigkeit

Es gibt keinen einheitlichen Begriff der BU. Aufgrund der Merkmale verschiedener Versicherungstypen differieren die Definitionen der BU in der Sozialversicherung, der privaten Krankenversicherung und der Lebensversicherung teilweise erheblich. Durch die mit der Deregulierung geschaffenen Möglichkeiten unterscheiden sich die Definitionen sogar innerhalb verschiedener Lebensversicherungsunternehmen. Zum Teil bieten selbst einzelne Gesellschaften Tarife mit unterschiedlichen Definitionen an. Dies korrespondiert mit den ungleichen Kundeninteressen, für die je nach persönlicher Präferenz eher der Preis oder eine möglichst umfassende Absicherung im Vordergrund steht.

Dies hat zur Folge, dass zur Bewertung jedes einzelnen Leistungsfalls die Definition des zugrunde liegenden Berufsunfähigkeitsvertrags bekannt sein muss, insbesondere dann, wenn sich diese von der üblichen Definition (vgl. 2.1) unterscheidet.

2.1 Berufsunfähigkeit in der privaten Versicherung

Die überwiegend verwendete Definition der BU in der privaten Lebensversicherung lautet:

„BU liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande ist, ihren Beruf oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.“ Ein Berufsunfähigkeitsgrad von mindestens 50 % wird als Leistungskriterium für 100 % Leistung vorausgesetzt.

2.2 Abweichende Bedingungen

2.2.1 Grad der Berufsunfähigkeit

Es gibt Abweichungen bezüglich des prozentualen Anteils der BU, ab dem die versicherte Person Leistungen aus ihrer Versicherung erhält. So kann der Prozentsatz geringer oder höher sein (z. B. nur 25 % oder 100 %).

2.2.2 Staffelregelung

Andere Berufsunfähigkeitsbedingungen können vorsehen, dass bei einer teilweisen BU nur ein Teil der vereinbarten Rente gezahlt wird. Das könnte bei einem Berufsunfähigkeitsgrad von beispielsweise 45 % einen Anspruch auf 45 % der „Vollrente“ bedeuten. Hieraus wird deutlich, dass in einem Gutachten zumindest für Berufsunfähigkeitsverträge mit Berücksichtigung des Berufsunfähigkeitsgrades der prozentuale Anteil der BU genau angegeben werden muss.

2.2.3 Erwerbsunfähigkeitsversicherung

Neuerdings gibt es auch private Versicherungen, die Erwerbsunfähigkeit (EU) gemäß den gesetzlichen oder selbstdefinierten Bedingungen absichern. Sie können sich auf die alten oder auf die neueren, seit 2001 geltenden, Bedingungen der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen. Besonders nach der jüngsten Änderung des gesetzlichen Leistungsspektrums dient eine solche Versicherung dem Ausgleich des gekürzten Leistungsniveaus.

Sollte ein solcher Fall dem Gutachten oder der Anfrage zu Grunde liegen, wird auf die Besonderheit und die entsprechenden gesetzlichen Bedingungen hingewiesen.

2.2.4 Voraussichtliche Dauer der Berufsunfähigkeit (Prognosezeitraum)

Eine weitere Möglichkeit zur Differenzierung macht die voraussichtliche Dauer der BU aus. Zum Beispiel könnte die versicherte Person, den Vertragsbedingungen entsprechend, nur dann als berufsunfähig gelten, wenn diese mindestens 6 Monate oder 1 Jahr nicht mehr in ihrem Beruf arbeiten kann. Wird die BU für voraussichtlich 3 Jahre oder mehr erwartet, liegt eine dauerhafte BU vor.

2.2.5 Ausschlussklauseln

Bestehen bestimmte Vorerkrankungen oder Unfallfolgen, bedeutet dies für den privaten Versicherer ein erhöhtes Risiko. Es ist nicht immer möglich, dieses durch eine höhere Prämie auszugleichen. Überdies sind in manchen Fällen die Antragsteller nicht bereit, eine erhöhte Prämie zu zahlen. Um dennoch Versicherungsschutz übernehmen zu können, bieten die Unternehmen daher die Möglichkeit an, diese Vorerkrankungen und/oder Unfallfolgen vertraglich vom Versicherungsschutz auszuschließen. Die somit ausgeschlossenen Erkrankungen und deren nachweisbare Folgen begründen keinen Leistungsanspruch. Sie bleiben darüber hinaus bei der Festlegung des Grades der BU unberücksichtigt.

Beispiel für eine Ausschlussklausel: *„Es gilt als vereinbart, dass Erkrankungen der Wirbelsäule sowie die damit ursächlich zusammenhängenden Folgen einen Leistungsanspruch aus der Berufsunfähigkeitsversicherung nicht bedingen.“*

2.2.6 Verzicht auf abstrakte Verweisung

Ein weiteres Differenzierungsmerkmal neuerer Bedingungen von Versicherungsverträgen ist der Verzicht auf die „abstrakte Verweisung“. In diesem Fall kann nur noch konkret auf eine Beschäftigung verwiesen werden („konkrete Verweisung“), d. h. es wird geprüft, ob der Versicherte bereits eine Tätigkeit ausübt, auf die er verwiesen werden kann.

In älteren Bedingungen erscheint die abstrakte Verweisung, bei der der Versicherte auf eine Tätigkeit verwiesen werden kann, die seinen Kenntnissen und Fähigkeiten entspricht und seine Lebensstellung wahrt, die er jedoch zum Zeitpunkt der Beantragung von Berufsunfähigkeitsleistungen nicht ausübt. In diesem Fall erfolgt die Verweisung also rein abstrakt auf ein zwar existierendes, aber nicht konkret vorhandenes Berufsbild.

2.2.7 Leistung bei sechsmonatiger ununterbrochener Berufsunfähigkeit

Viele Versicherer ergänzen ihre Bedingungen um den Zusatz, dass nach sechsmonatiger ununterbrochener BU die Fortdauer dieses Zustandes als BU gilt. Häufig wird dann rückwirkend auch für die 6 Monate geleistet.

2.3 Abgrenzung der privaten Berufsunfähigkeitsversicherung

2.3.1 - gegen den Begriff der Arbeitsunfähigkeit bzw. Berufsunfähigkeit in der Krankenversicherung

In der Krankenversicherung gilt nicht die „Berufsunfähigkeit“ in der privaten Lebensversicherung als Leistungsvoraussetzung, sondern die „Arbeitsunfähigkeit“. Auch hier gibt es unterschiedliche Definitionen der privaten (PKV) und gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Laut Musterbedingungen der PKV *„liegt Arbeitsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht“*. Nach Definition der GKV liegt Arbeitsunfähigkeit vor, *„wenn der Versicherte wegen seiner Krankheit nicht oder nur mit der Gefahr, seinen Zustand zu verschlimmern, fähig ist, seiner bisher ausgeübten Erwerbstätigkeit nachzugehen“*.

Der wichtigste Unterschied beider Definitionen im Vergleich zur Definition der BU in der privaten Lebensversicherung liegt darin, dass die Arbeitsunfähigkeit keinerlei zeitliche Vorgaben macht: Arbeitsunfähigkeit kann schon für einen Tag bestehen. Der Begriff BU hingegen setzt nach der überwiegend verwendeten Definition (vgl. 2.1, 2.2) voraus, dass mindestens 6 Monate lang nicht gearbeitet werden kann. Dabei sei darauf hingewiesen, dass selbst wenn jemand länger als 6 Monate arbeitsunfähig geschrieben ist, dies nicht automatisch als Nachweis für

eine BU ausreicht: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen werden gelegentlich nach individuellen Kriterien ausgestellt ohne detaillierte Prüfung, ob wirklich der bisherige Beruf in keiner Weise mehr ausgeübt werden kann. Deshalb kann und muss die Frage der BU völlig unabhängig von einem formalen Nachweis der Arbeitsunfähigkeit geprüft werden.

Allerdings benutzt die PKV auch den Begriff der „Berufsunfähigkeit“. Diese ist nach den Musterbedingungen 1978 für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 78) folgendermaßen definiert: *„Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist.“* Diese Definition ähnelt zwar dem Begriff der BU in der Lebensversicherung, unterscheidet sich von ihm aber vor allem in zwei Punkten: Zum einen fehlt hier eine genau definierte zeitliche Begrenzung der voraussichtlichen Dauer der BU. Zum anderen bezieht sich die PKV ausdrücklich auf den bisher (konkret) ausgeübten Beruf.

2.3.2 - gegen den Begriff „verminderte Erwerbsfähigkeit“ und „Minderung der Erwerbsfähigkeit“

Der Begriff der teilweisen/vollen Erwerbsminderung wird im Sechsten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB) § 43 ff. geregelt: *„teilweise/voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs/drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.“* Vor der Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bis Ende des Jahres 2000 wurde noch von „Erwerbsunfähigkeit“ gesprochen, wobei allerdings nicht auf die Dauer der täglichen Erwerbstätigkeit, sondern auf die Höhe des Einkommens abgezielt wurde. Im Bundesversorgungsgesetz wird die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) festgelegt. Die MdE wird bei Berufskrankheiten und nach Unfällen in der Regel in Prozentsätzen (in Zehnerschritten) angegeben. Der Grad der MdE stellt die Erwerbsfähigkeit für Tätigkeiten auf dem „allgemeinen Arbeitsmarkt“ fest, also für fiktive Tätigkeiten.

All diesen Begriffen ist im Gegensatz zur BU gemeinsam, dass nicht in Bezug auf den zuletzt ausgeübten Beruf geprüft wird, sondern in Bezug auf die Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes bzw. teilweise auch anhand eines festen Schemas.

Oft wird nach Anerkennung der vollen Erwerbsminderung in der gesetzlichen Rentenversicherung auch in der Privatversicherung eine BU vorliegen. Es gibt aber Ausnahmefälle. Dies liegt vor allem daran, dass die gesetzliche Rentenversicherung das sogenannte Arbeitsmarktrisiko trägt: Die Anerkennung der vollen Erwerbsminderung erfolgt auch dann, wenn der Versicherte wegen Art und Schwere der Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein kann. Daher muss am Einzelfall geprüft werden, ob die Leistungsvoraussetzungen der privaten Berufsunfähigkeitsversicherung erfüllt sind.

2.3.3 - gegen den Begriff „Grad der Behinderung“

Im Gegensatz zum Vorliegen einer EU haben die Bescheide der Versorgungsämter über den Grad der Behinderung (GdB), wie er im Gesetz zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft (SchwbG) definiert ist, wenig Bedeutung für die private Berufsunfähigkeitsversicherung. Der GdB wird unabhängig von der ausgeübten Berufstätigkeit beurteilt. Dabei gelten für die Festlegung des GdB die gleichen Maßstäbe wie bei der vorgenannten MdE-Beurteilung. Die individuelle berufliche Tätigkeit, die möglicherweise trotz einer schweren Behinderung noch weiter ausgeübt werden kann, spielt keine Rolle.

2.3.4 - gegen den Invaliditätsbegriff in der Unfallversicherung

Zwischen dem Begriff der BU und dem Invaliditätsbegriff besteht ebenfalls ein wesentlicher Unterschied. Die Unfallversicherung stellt nur auf einen medizinischen Invaliditätsbegriff im Rahmen einer starren, vorgegebenen "Gliedertaxe" ab, berücksichtigt also nicht die möglicherweise viel schwereren oder auch leichteren Folgen für den ausgeübten Beruf.

3. Feststellung der Berufsunfähigkeit

3.1 Arbeitsanamnese - zuletzt ausgeübter Beruf

In der privaten Berufsunfähigkeitsversicherung tritt ein Leistungsfall in der Regel dann ein, wenn die versicherte Person nicht mehr zu mindestens 50 % in ihrem Beruf, d. h. in der zuletzt in gesunden Tagen ausgeübten Tätigkeit, arbeiten kann. Eine BU kann nach dieser Definition sehr schnell auch bei einem ansonsten völlig gesunden Menschen eintreten, der z. B. als Dachdecker unter gelegentlichen Schwindelanfällen leidet. Andererseits ist bei einer Halbtagssekretärin eine 50%ige BU erst dann gegeben, wenn sie weniger als 2 h pro Tag (50 % der Halbtagsarbeit von 4 h) arbeiten kann. Die Berufsfähigkeit kann also nur dann richtig beurteilt werden, wenn das genaue Berufsbild des Versicherten bekannt ist.

Zur Bearbeitung von Berufsunfähigkeitsfällen ist daher eine ausführliche Schilderung des beruflichen Werdegangs und der vor Eintritt der BU ausgeübten Tätigkeiten unerlässlich. Welche schulischen und beruflichen Ausbildungen abgeschlossen wurden, ob weitere Kenntnisse und Fähigkeiten (z. B. Computerkenntnisse) erworben wurden, welche Tätigkeiten ausgeführt wurden, ist hierbei genauso wichtig wie ein Berufswechsel. Wenn ein Berufswechsel aus medizinischen Gründen vorliegt, ist wichtig zu wissen weshalb. Eine genaue Schilderung der zuletzt ausgeübten Tätigkeit ist für die Festlegung der BU wesentlich. Beurteilt wird die Einschränkung der konkret ausgeübten Tätigkeit und nicht ein abstraktes Berufsbild, wie es in einer berufskundlichen Beschreibung nachzulesen ist.

Diese Information wird dem Auskunft gebenden Arzt bzw. Gutachter im Allgemeinen von der Versicherungsgesellschaft vorgegeben; bei Unklarheiten sollte sich der Arzt jedoch ggf. ein eigenes Bild durch Befragen des Patienten machen.

3.2 Formulare

Zur Ermittlung der BU werden üblicherweise Formulare verwendet.

3.2.1 An den Versicherten

Der Versicherte muss in der sogenannten „Anmeldung von Ansprüchen aus der Berufsunfähigkeit“ Erkrankungen und Verletzungen nennen, die ihn bei der Berufsausübung beeinträchtigen und genau angeben, welche Funktionsstörungen dadurch hervorgerufen werden und seit wann diese bestehen. Eine bloße Aufzählung von Diagnosen genügt also nicht, da eine Diagnose nichts über Beeinträchtigungen und deren Schweregrad aussagt.

Um die Prüfung für eine Leistungszahlung zu ermöglichen, muss der Versicherte seinen Hausarzt, Fachärzte, Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen, Art der Behandlungen nennen sowie Arbeitsunfähigkeitszeiten angeben. Es ist erforderlich, dass er die zuletzt ausgeübte Tätigkeit und Teiltätigkeiten beschreibt, damit sich der Leistungsprüfer ein Bild von seiner Arbeit machen kann. Überdies ist darzulegen, wie viele Stunden er zum Zeitpunkt der Antragsstellung auf Berufsunfähigkeitsleistungen noch arbeiten kann und welche Teiltätigkeiten noch ausgeführt werden können, falls er nicht völlig außerstande ist, eine Tätigkeit auszuüben.

Es ist notwendig, dass der Versicherte Auskunft über seinen beruflichen Werdegang, abgeschlossene Berufsausbildungen, das letzte Arbeitsverhältnis und sein Einkommen gibt. Er soll des weiteren angeben, ob sich sein Einkommen durch die Krankheiten oder Verletzungsfolgen, die zur BU führen, geändert hat, ob ein Rehabilitationsverfahren durchgeführt oder beantragt wurde, ob Umschulung oder Berentung angestrebt wird oder ob Arbeitslosigkeit besteht.

Die genaue Angabe der Arbeitsunfähigkeitszeiten erleichtert die schnelle Festlegung des Beginns der BU. Bei Unklarheiten wird der Schadensachbearbeiter der Versicherung telefonisch oder schriftlich Kontakt mit dem Versicherten aufnehmen, um alle Detailfragen zu klären.

Die Angaben des Kunden sind für die weitere Bearbeitung des Schadensanspruchs wichtig, da sie für Anfragen bei Ärzten oder für Gutachter verwendet werden.

3.2.2 An den Arzt

Der sogenannte „Ärztliche Bericht zur Berufsunfähigkeit“ wird an behandelnde Fachärzte oder den Hausarzt geschickt. Vorgegeben werden der zuletzt ausgeübte Beruf und die dabei anfallenden Teiltätigkeiten. Trotzdem sollte der Arzt sich die Zeit nehmen, seinen Patienten ausführlich zur beruflichen Tätigkeit vor Eintritt der Erkrankungen und/oder Verletzungen zu befragen und aufzulisten, welche Einschränkungen dann aufgetreten sind.

Bei den Diagnosen sind nur solche anzugeben, die für die BU von Bedeutung sind. Eine Aufzählung sämtlicher (Abrechnungs-) Diagnosen würde nur zur Verwirrung beitragen und den Ablauf verzögern. Die relevanten Diagnosen sollten in der Reihenfolge ihrer Wichtigkeit genannt werden. Wichtig ist auch die Angabe, seit wann die aufgeführten Diagnosen bestehen. Eine kurze Schilderung objektiver Befunde und Funktionsbeeinträchtigungen erleichtert das Verständnis einer Erkrankung als mögliche Ursache einer BU. Angaben über das Ausmaß von Bewegungseinschränkungen bei Gelenkerkrankungen sowie über die Belastbarkeit (in kg) sollten nicht fehlen.

Die Mitgabe vorhandener Berichte und Befunde (Fachärzte, Kliniken, Rehabilitation) ist zur sachgerechten Bearbeitung sowie für das Verständnis für vorausgegangene ambulante, stationäre und rehabilitative Behandlungen erforderlich.

Die genaue Angabe der Arbeitsunfähigkeitszeiten ermöglicht die schnelle Festlegung des Berufsunfähigkeitsbeginns. Die Information, wie lange voraussichtlich noch mit einer Beeinträchtigung durch die Erkrankungen zu rechnen ist, erleichtert die Festlegung, ob es sich um eine dauernde oder um eine vorübergehende BU handelt bzw. ob mit den Rentenzahlungen sofort angefangen werden kann oder ob eine Wartefrist von in der Regel 6 Monaten anzusetzen ist.

Des Weiteren ist die Angabe des Arztes notwendig, ob mit einer Besserung zu rechnen ist und ob weitere Behandlungen oder Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich sind.

Der Arzt soll Auskünfte zu Funktionseinschränkungen der angegebenen Teiltätigkeiten anhand vorgegebener Kategorien „überhaupt nicht – leicht – mittel – stark – völlig“ erteilen; bei manchen Unternehmen wird auch um Angaben der prozentualer Minderung gebeten. Dabei ist darauf zu achten, Funktionseinschränkungen nicht mit der Fähigkeit zu verwechseln, diese Funktion noch auszuüben.

Hilfreich ist die Angabe des negativen und des positiven Leistungsbildes, also zu welchen Tätigkeiten der Versicherte nicht mehr in der Lage ist und was für Handlungen er noch ausführen kann. Hinzu kommt die Auskunft über andere Tätigkeiten, auf die der Versicherte ggf. verwiesen werden könnte.

Viele Versicherungen errechnen aus der Beeinträchtigung der Teiltätigkeiten den Berufsunfähigkeitsgrad. Manche Gesellschaften bitten den Auskunft gebenden Arzt um die Festlegung des Berufsunfähigkeitsgrades in %, bezogen auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit. Dabei sind alle Teiltätigkeiten zu berücksichtigen. In seltenen Fällen verhindert allerdings die Beeinträchtigung einer besonders wichtigen Teiltätigkeit (Kerntätigkeit) eine weitere sinnvolle berufliche Betätigung, obwohl der Berufsunfähigkeitsgrad, bezogen auf alle übrigen Tätigkeiten, unter 50 % liegen würde. Verlust der Fahrtüchtigkeit wäre bei einem Vertreter z. B. ein solches Entscheidungskriterium. Wenn ein Handlungsreisender dies aus medizinischem Grund (z. B. Epilepsie) nicht mehr vermag, ist BU anzunehmen, obwohl die übrigen Teiltätigkeiten nicht oder nur in geringem Maße beeinträchtigt sind.

3.3 Außenregulierung

Der Vollständigkeit wegen sei darauf hingewiesen, dass sich einige Unternehmen die Mühe machen, den Versicherten persönlich aufzusuchen, um sich vor Ort ein Bild über die BU zu machen.

4 Gutachten

Wenn anhand der in Kapitel 3 genannten Verfahren keine Entscheidung über die BU getroffen werden kann oder bei Streitigkeiten werden Gutachten angefordert. Der folgende Abschnitt nennt Anforderungen an Gutachten, Gutachter und in auftraggebendes Unternehmen und soll vor allem der Qualitätssicherung von Gutachten dienen. Teile des Kapitels sind auch als separate Broschüre „Qualitätssicherung von Gutachten zur Berufsunfähigkeit in der privaten Versicherungswirtschaft“ erhältlich.

4.1 Allgemeine Anforderungen an den Gutachter

4.1.1 Stellung des Gutachters

Der beauftragte Gutachter ist zur Neutralität zwischen dem Auftraggeber (Versicherer) und dem Versicherungsnehmer verpflichtet. Es dürfen keine persönlichen oder beruflichen Beziehungen zum Auftraggeber oder Patienten bestehen. Er arbeitet eigenverantwortlich und ist nicht weisungsgebunden. Gibt es unterschiedliche oder sich widersprechende Angaben zwischen Auftraggeber und Patient, ist vom Gutachter auf diese Diskrepanz hinzuweisen.

4.1.2 Verpflichtung zur Wirtschaftlichkeit

Der Gutachter ist zur Wirtschaftlichkeit verpflichtet, d. h. unnötige Untersuchungen außerhalb der Diagnosesicherung sind zu vermeiden. Vorbefunde sind einzubeziehen. Insbesondere sollte eine Wiederholung bildgebender Untersuchungsmethoden innerhalb eines sehr kurzen Zeitraums (kleiner als ein Jahr) begründet werden.

4.1.3 Eigenständige Erstellung des Gutachtens

Allgemein wird die Kernleistung bis auf notwendige technische Untersuchungen im Rahmen eines Gutachtenverfahrens nur durch den Beauftragten (Gutachter) persönlich erbracht und kann nicht delegiert werden. Die Beantwortung der Frage, ob eine Berufsunfähigkeit vorliegt, obliegt ausschließlich dem Schadensprüfer im Versicherungsunternehmen. Der Beauftragte äußert sich ausschließlich zum Restleistungsvermögen in Bezug auf das Tätigkeitsprofil. Eine Delegation kann nur nach Rücksprache mit dem Auftraggeber erfolgen und muss Ausnahmefällen vorbehalten sein.

4.1.4 Erstellung von Zusatzgutachten

Der Beauftragte muss rechtzeitig auf evtl. erforderliche Zusatzgutachten hinweisen. Diese müssen beim Auftraggeber gesondert beantragt werden. Der Gutachter äußert sich abschließend nur innerhalb seines Fachgebietes, es sei denn, eine zusammenfassende Beurteilung wurde angefordert.

4.1.5 Zeitrahmen für die Erstellung eines Gutachtens

Gutachten müssen zeitnah erbracht werden. Vom Zeitpunkt der Auftragserteilung bis zum Eintreffen des Gutachtens sollten max. drei Monate vergehen.

4.2 Fachliche Anforderungen an den Gutachter

Die Anfertigung des Gutachtens im klinischen Bereich sollte mindestens auf Oberarztbene erfolgen. Sofern Assistenten in Weiterbildung beauftragt werden sollen, muss zwingend eine Fortbildung auf gutachterlichem Gebiet nachgewiesen werden.

Im Allgemeinen, so auch außerhalb des klinischen Bereichs, sollte ein bestellter Gutachter folgendes fachliches Profil erfüllen:

- Facharzt für das erforderliche Fachgebiet
- Allgemeine Fortbildungsnachweise auf seinem Fachgebiet
- Fortbildungsnachweise zum Thema Begutachtung
- Praktische Erfahrung auf dem Gebiet der Begutachtung
- Arbeitsmedizinische Grundkenntnisse bei Fragen zur Berufsunfähigkeit

4.3 Aufgaben des Gutachters

Die Auftraggeber erwarten ein formal und inhaltlich richtiges Gutachten, das sowohl dem Auftraggeber als auch dem Patienten sprachlich verständlich ist. Der Gutachter soll eine Beurteilung und Begründung der positiven und negativen Leistungsfähigkeit des Patienten für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit aufgrund der erhobenen Befunde abgeben, und die an ihn gestellten Fragen anhand des speziellen Berufsbildes umfassend und fundiert beantworten. Bei einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit muss die Beschreibung der funktionellen Kapazität Vorrang vor der formal diagnosebezogenen Einschätzung haben.

Bei der Verfassung des Gutachtens ist deshalb insbesondere auf die Einhaltung der in den folgenden Abschnitten genannten Punkte zu achten.

4.3.1 Berufsunfähigkeitsbegriff

Voraussetzung für eine richtige Beurteilung des Versicherten ist der Bezug auf die vertraglich festgelegte Berufsunfähigkeitsdefinition (vgl. 2.1, 2.2) unter Berücksichtigung eventuell vereinbarter Ausschlussklauseln.

4.3.2 Arbeitsanamnese

Eine eigene ausführliche Arbeitsanamnese durch den Gutachter ist unverzichtbar, um eventuelle Widersprüche zu der Darstellung des beruflichen Sachverhalts im Gutachtauftrag beurteilen zu können. Es genügt in keinem Fall eine einfache Berufsbezeichnung, nötig ist eine konkrete Tätigkeitsbeurteilung auch hinsichtlich Art, Häufigkeit und Dauer der unterschiedlichen Belastungen körperlicher und geistiger Art (vgl. 3.1).

4.3.3 Diagnosen

Eine BU kann nach den im Regelfall zugrundeliegenden Bedingungen nur anerkannt werden, wenn medizinisch belegbare Beschwerden vorliegen, die die Fähigkeit zur Berufsausübung zu mindestens 50 % reduzieren. Da zudem der Zeitpunkt des Beginns der BU möglichst exakt festgelegt werden muss, ist es unverzichtbar, zu jeder Diagnose/Erkrankung folgende Punkte ausführlich darzustellen: Ursache, Beginn, Art und Verlauf der Erkrankung. Weiterhin wichtig zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit in Bezug auf die verbliebene Restlaufzeit der Versicherung sind Angaben über die voraussichtliche Dauer und Prognose der Erkrankung. Die angegebenen Beschwerden und Beeinträchtigungen müssen kritisch erfragt und mit Hilfe medizinischer Untersuchungen (mit oder ohne technische Hilfsmittel) soweit möglich und vertretbar objektiviert werden. Die notwendigen Untersuchungen sind dabei von einem mit der Methode vertrauten Untersuchenden durchzuführen. Der Untersuchungsgang ist auf größtmögliche Objektivierung durch Maße und Zahlen abzustellen.

4.3.5 Bewertung der Leistungseinschränkungen

Für jede Erkrankung muss nachvollziehbar dargestellt werden, welche Tätigkeit/Beanspruchung erschwert oder unmöglich ist (negatives Leistungsbild). Die Einschränkungen sollten quantitativ und qualitativ so genau wie möglich definiert werden (z. B. tägliche Arbeitszeit über 6 Stunden nicht möglich, kein Heben und Tragen über 20 kg, kein Umgang mit bestimmten Allergenen/Arbeitsstoffen). Auf der Grundlage der Beurteilungen insgesamt sollte abgeleitet werden, zu welchem Prozentwert die ausgeübte Tätigkeit eingeschränkt ist. Grundlage der prozentualen Beurteilung ist dabei sowohl (und oft in erster Linie) die zeitliche Einschätzung (z. B. Tätigkeit 4 bis 6 Stunden pro Tag möglich) als auch die Auswirkung der Erkrankung auf für den Beruf essentiell wichtige Fähigkeiten (z. B. Einschränkung der Reisefähigkeit beim Außendienstmitarbeiter, Tätigkeiten mit Absturzgefahr bei einem Baustellenarbeiter). Falls sich die Beeinträchtigungen nur auf bestimmte Teilgebiete des Berufes erstrecken, sollte ebenfalls möglichst genau festgelegt werden, wodurch und zu wie viel Prozent diese Tätigkeiten jeweils eingeschränkt sind. Wichtig bei der Beurteilung ist vor allem, dass dies soweit wie möglich durch objektivierbare Umstände nachvollziehbar gemacht wird und die einzelnen Krankheitsbilder, Leiden oder Gebrechen an Hand der allgemein gültigen Lehrmeinung und Ergebnisse der Schulmedizin sowie aktueller, medizinisch gesicherter Erkenntnisse bewertet werden.

4.3.6 Restleistungsfähigkeit

Zur Beurteilung eventuell möglicher beruflicher Umorganisationsmöglichkeiten/Wiedereingliederungsmaßnahmen und gegebenenfalls – je nach Vertragsbedingungen – auch Verweisungstätigkeiten muss möglichst ausführlich angegeben werden, welche Tätigkeiten/Beanspruchungen für den Versicherten noch möglich sind (z. B. halbschichtige Arbeitszeit, Arbeit in sitzender Körperhaltung). Die konkrete Beurteilung der Berufsfähigkeit in anderen Berufen ist nur nötig, wenn diese im Gutachtenauftrag ausdrücklich aufgeführt sind. Ansonsten genügt eine allgemeine Beschreibung der Restleistungsfähigkeit (positives Leistungsbild).

4.3.7 Prognose

Der Abschluss des Gutachtens sollte eine Einschätzung zur Prognose und, soweit möglich, ein Vorschlag zu weiteren Heil- und Rehabilitationsmöglichkeiten sein.

4.3.8 Hauptgutachten

Falls Erkrankungen vorliegen, die durch Ärzte verschiedener Fachgebiete beurteilt werden müssen, sind mehrere einzelne Fachgutachten nötig. In diesem Fall obliegt es dem Hauptgutachter, einen Gesamtberufsunfähigkeitsgrad festzulegen. Dieser soll gut und nachvollziehbar begründet werden und dabei eventuell vorhandene Überschneidungen hinsichtlich der Auswirkungen der jeweils von den einzelnen Fachgutachtern beschriebenen Erkrankungen berücksichtigen. Dies kann im Einzelfall durchaus aufwändig sein, ist aber zur Gesamtbeurteilung unabdingbar, da aufgrund von Überschneidungen zwischen den zugrundeliegenden Behinderungen eine einfache Addition der Berufsunfähigkeitsgrade der einzelnen Fachgutachten in aller Regel nicht möglich ist.

4.3.9 Plausibilität der Stellungnahme

Die ärztliche Stellungnahme ist zweifelsfrei, plausibel und nachvollziehbar zu verfassen. Anhand der erhobenen Befunde müssen die Antworten auf die gestellten Fragen ausführlich und nachvollziehbar begründet sowie Schlussfolgerungen zwingend und objektiv aus den Befunden ableitet werden. Alle Feststellungen und Folgerungen müssen beweisbar oder wenigstens überwiegend wahrscheinlich sein.

4.3.10 Verständlichkeit der Stellungnahme

Diagnosen und Schlussfolgerungen sind allgemeinverständlich zu formulieren, medizinische Fachausdrücke und Abkürzungen möglichst zu vermeiden bzw. zu erläutern. Literatur darf nur in Ausnahmefällen und dann nur mit wenigen aktuellen Literaturstellen zitiert werden.

4.3.11 Neutralität / Möglichkeiten des Gutachters

Es ist davon abzuraten, dass der Gutachter die Ergebnisse der Begutachtung, Fragen einer Rentengewährung u. ä. mit dem Untersuchten diskutiert, zumal die Entscheidung nicht ihm, sondern dem Versicherer obliegt. Der Gutachtauftrag muss unverzüglich zurückgegeben werden, falls der Auftrag oder die Fragestellung die Möglichkeiten oder Fähigkeiten des Gutachters überschreiten, oder sich der Gutachter als befangen ansieht, oder er persönlich an der Erstellung des Gutachtens in angemessener Frist verhindert ist.

4.3.12 Weitergabe des Gutachtens an den Patienten

Falls das Gutachten (z. B. bei psychiatrischen Erkrankungen) an den Patienten nicht weitergegeben werden darf, muss eine Begründung angefügt werden. Für diesen Fall sollte eine Weitergabe an den behandelnden Arzt gestattet sein, damit auf diesem Weg dem Versicherten der Inhalt des Gutachtens erläutert werden kann.

4.3.13 Fristen für die Erstellung des Gutachtens

Abgesehen vom generellen Zeitrahmen von drei Monaten bei der Erstellung eines Gutachtens sind alle objektiven Befunde des Patienten unmittelbar bei der Untersuchung niederzulegen. Das Gutachten muss zu einem Zeitpunkt abgeschlossen werden, an dem der Gutachter noch über einen persönlichen Eindruck von seinem Patienten verfügt. Es sollte also spätestens vier Wochen nach der Untersuchung fertiggestellt werden.

4.4 Aufgaben des Auftraggebers

Der Auftraggeber hat im Rahmen seiner Leistungsprüfung die in den Abschnitten 4.5.1 bis 4.5.3 genannten Vorarbeiten abzuschließen. Im Nachgang kann der Auftraggeber zur Qualitätssicherung weitere interne Maßnahmen ergreifen. Beispielsweise kann ein spezieller Fragebogen verwendet werden, mit dem Form und Inhalt eines Gutachtens überprüft werden.

4.4.1 Erstellung des Tätigkeitsprofils

Der Beurteilung zugrunde gelegt werden muss die Tätigkeit, die der/die Versicherte zum Zeitpunkt des Eintritts der BU ausübte. Dem Gutachtauftrag sollte daher grundsätzlich eine Schilderung der beruflichen Tätigkeit durch das beauftragende Versicherungsunternehmen beigelegt sein. Dazu gehört die Darstellung eines dezidierten Tätigkeitsprofils mit genauer Beschreibung der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit einschließlich der Darlegung des zeitlichen Umfangs, der auf einzelne Teilbereiche der Berufsausübung entfällt (vgl. 3.1 und 4.4.2). Bei unklaren Tätigkeitsbildern empfiehlt sich zusätzlich

- die Verwendung der berufskundlichen Blätter der Bundesagentur für Arbeit oder
- eine Bewertung vorhandener Unterlagen, wie z. B. der Gefährdungsanalyse gemäß § 5 Arbeitsschutzgesetz.

4.4.2 Formulierung der zu klärenden Fragen

Die zur Beantwortung durch den Gutachter anstehenden Fragen müssen fallbezogen präzise formuliert werden und auf das spezielle Fachgebiet bezogen sein. Die Frage nach der Beeinträchtigung des Patienten in seinem ausgeübten Beruf einschließlich der Teiltätigkeiten muss eingeschlossen sein.

4.4.3 Weitergabe der relevanten Unterlagen

Wird ein Gutachtauftrag erteilt, müssen alle Unterlagen / Behandlungsberichte / ambulante und stationäre Behandlungsunterlagen und das erstellte Tätigkeitsprofil dem beauftragten Gutachter unter Beachtung des Datenschutzes zugänglich gemacht werden.

4.5 Allgemeine Grundsätze zur Honorierung

Um einen allgemeingültigen, vergleichbaren Standard der Honorierung zu erreichen, soll sich der Gutachter prinzipiell an der Gebührenordnung für Ärzte orientieren.

Freie Vereinbarungen zwischen Auftraggeber und Beauftragten sind ebenfalls möglich.

5. Häufige Fehler

1. Vielfach wird auf die Frage nach der BU mit der Beurteilung der Minderung der Erwerbsunfähigkeit (MdE) oder der Arbeitsunfähigkeit geantwortet, und Fragen nach der prozentualen Höhe der BU werden übergangen.
2. Erfahrungen aus der Vergangenheit zeigen, dass die Erstellung von Gutachten sehr lange dauern kann. Ziel sollte es sein, Gutachten in einem zeitlich akzeptablen Rahmen anzufertigen, da es oftmals um die finanzielle Existenz eines Menschen und seiner Familie geht.
3. Bei der zusammenfassenden Beurteilung mangelt es oft an der Diskussion von Alternativen zum bisherigen Beruf. Wenn auch die Umschulung, Umsetzung oder Verweisung immer seltener erreicht werden, so geht doch aus einer solchen Überlegung hervor, dass sich der Gutachter über die berufliche Tätigkeit des Untersuchten eine genaue Vorstellung gemacht hat. Es wäre wünschenswert, dass dieser Punkt mehr Beachtung fände.
4. Viele Gutachten setzen eine zu große Fachkenntnis voraus. Da oftmals medizinische Laien ein Gutachten zur weiteren Bearbeitung erhalten, wäre es vorteilhaft, dies bei der Abfassung der Untersuchungsergebnisse zu berücksichtigen.