
Die Unfallversicherung – Mauerblümchen im Schatten der BU-Versicherung?



Die Unfallversicherung gehört zur ganzheitlichen Beratung, in den Vordergrund rückt sie selten. Zudem gibt es hinsichtlich der Versicherungsbedingungen einiges zu beachten. Unfallkonzepte können aber große Multiplikationseffekte für Versicherungsmakler bringen.



Von **Alexander Schrehardt**, Geschäftsführer der Consilium Beratungsgesellschaft für betriebliche Altersversorgung mbH

In den vergangenen Jahrzehnten wurde die Unfallversicherung von vielen Vermittlern oftmals als ungeliebtes Stiefkind behandelt und nur im Beipack zu einer Berufsunfähigkeitsversicherung oder als billige, aber inhaltlich völlig unzureichende Ersatzlösung für die Absicherung von Berufsunfähigkeitsrisiken verkauft. Eine qualifizierte Beratung und Bedarfsermittlung unterblieb in vielen Fällen mit Blick auf die im Vergleich zu den Personenversicherungssparten schmalen Courtagen. In vielen Versicherungsmaklerbüros führt die Unfallversicherung auch heute noch ein gespenstisches Schattendasein neben der im Rampenlicht stehenden großen Schwester. Vor dem Hintergrund der hohen Fallzahlen von Freizeit- und Unfällen des täglichen Lebens, aber auch mit Blick auf die sich wandelnde Altersstruktur unserer Gesellschaft sollte der Unfallversicherung als wichtiges Instrument zur persönlichen Risikoabsicherung eine vermehrte Aufmerksamkeit zukommen.

Kostenrisiko Freizeitunfall

Die stiefmütterliche Behandlung der privaten Unfallversicherung steht in einem klaren Widerspruch zu ihrer Bedeutung und der Bedarfssituation vieler Versicherungskunden. Sowohl die zunehmend gesellschaftlich oder ärztlich motivierten Sportaktivitäten, aber auch die steigende Lebenserwartung in Deutschland erfordern gleichermaßen eine Neubewertung des Unfallrisikos und eine kritische Prüfung von Versicherungsbedingungen. Bei der Einschätzung von Unfallrisiken und möglicher Unfallfolgen sollten nicht nur das Todesfallrisiko oder eine dauerhafte Invalidität des Versicherten, sondern vor allem auch die hohen Kosten für zum Beispiel postoperative Rehabilitationsmaßnahmen und die oftmals eng umschriebenen Leistungskataloge der gesetzlichen Krankenkassen und Rentenversicherungsträger berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass auch für Versicherte privater Krankenversicherungsgesellschaften postoperative, stationäre Anschlussheilbehandlungen eine unangenehme Überraschung bedeuten können. Sofern der Versicherte der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht unterliegt oder in früheren Jahren ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis bestand, obliegt die Kostenübernahme für die medizinische Rehabilitationsbehandlung wie auch die Wahl des Klinikums dem gesetzlichen Rentenversicherungsträger (§ 15 Abs. 1 und 2 SGB VI). Wählt der Versicherte für seine Behandlung eine andere als die vorgeschlagene Klinik, so bringt der private Krankenversicherer regelmäßig den bundeseinheitlichen Durchschnittspflegesatz der Kliniken der Deutschen

Rentenversicherung Bund mit 110,00 Euro / Tag als Selbstbeteiligung für den Versicherten in Abzug. Auch bei der Frage nach der Kostenübernahme für kosmetische Operationen nach einer unfallbedingten Akutversorgung erfolgt der Griff in oftmals leere Töpfe.

Unfall oder Eigenbewegung?

Nach den aktuellen Musterbedingungen des GDV (AUB 2010) wird ein Unfall als ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis definiert, bei dem die versicherte Person unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Gelenks-, Sehnen- oder Muskelverletzungen an den Gliedmaßen und der Wirbelsäule als Folge einer erhöhten Kraftanstrengung werden nach den AUB 2010 ebenfalls unter dem Unfallbegriff subsummiert. Zu den typischen Alltagsbeispielen für Unfälle im Sinne der AUB 2010 zählen somit zum Beispiel Kollisionen mit anderen Personen, Tieren oder Gegenständen, spontane Sturzereignisse oder auch Gesundheitsschädigungen durch chemische oder elektrische Einwirkungen.

Im Jahr 2009 wurden von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin in Deutschland über acht Millionen Personenunfälle erfasst. Nicht jeder dieser Unfälle war allerdings als ersatzpflichtiger Unfallschaden im Sinne der Versicherungsbedingungen zu bewerten. Im Rahmen der Leistungsbearbeitung muss vielmehr das schadenauslösende Ereignis geprüft werden, da eine reine Unfallfiktion, das heißt, die Annahme eines Unfalls des Versicherten, für die qualifizierte Begründung eines Leistungsanspruchs gegen das Versicherungsunternehmen nicht ausreichend ist. Basiert der vermeintliche Unfall auf einer willensgesteuerten Eigenbewegung der versicherten Person, so liegt ein ersatzpflichtiger Schadenfall regelmäßig nicht vor. In der Rechtsprechung finden sich als typische Beispiele für nicht ersatzpflichtige „Unfallverletzungen“ infolge Eigenbewegung ein durch das Anheben eines schweren Gegenstandes ausgelöster Bandscheibenvorfall oder die Verletzung eines Fußgelenkes durch Umknicken beim Aussteigen aus dem Auto.

Leistungsausschlüsse für Unfälle infolge von Alkohol- und Medikamenteneinfluss

Neben der Eigenbewegung als Kontraindikation zum Unfallbegriff finden sich in den AUB auch zahlreiche Ausschlussstatbestände sowie bedingungsgemäße Grundlagen für eine Leistungsminderung. Nach den Musterbedingungen des GDV wird der Versicherer zum Beispiel für Unfälle infolge von Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, von Alkoholeinfluss, Schlaganfällen und epileptischen Attacken von der Leistung freigestellt (AUB 2010 Ziffer 5.1.1. Satz 1). Während Unfallereignisse infolge von Trunkenheit auf Grund ihrer bedauernswerten Häufigkeit und der regelmäßigen Berichterstattung in den Medien über Verkehrsunfälle in Verbindung mit Alkohol am Steuer die Aufmerksamkeit der Verbraucher erreicht haben, wird der weitreichende Ausschlussstatbestand einer Geistes- und

Bewusstseinsstörung von vielen Vermittlern und Kunden nur unzureichend beachtet und bewertet. Die Palette möglicher Ursachen für eine Bewusstseinsstörung ist dabei breit gefächert. So können zum Beispiel die Einnahme von blutdrucksenkenden Medikamenten, Hormonsubstitutionspräparaten bei der Therapie oder postoperativen Medikation von Schilddrüsenerkrankungen, von kortisonhaltigen Pharmaka oder auch die Anwendung von Augentropfen zu einer Veränderung des Bewusstseins und damit verbunden der Reaktionsfähigkeit führen. Auch ein schnell abfallender oder ansteigender Blutzuckerspiegel bei Diabetikern kann zu einer temporären Bewusstseinsstörung führen, die bei einem darauf zurückführenden Unfall den Versicherer von seiner Leistungspflicht entbinden würde.

Nachdem in den AUB 2010 ein genereller Ausschluss des Versicherungsschutzes für mit Trunkenheit in Verbindung stehende Unfallereignisse ohne konkrete Definition erklärt wird, stellt sich die Frage nach dem Schwellenwert für Trunkenheit im Sinne der Musterbedingungen. In den Bedingungswerken der Versicherer werden zumeist restriktionsfreie Blutalkoholwerte von 1,1 bis 1,3 Promille und vereinzelt bis zu 1,6 Promille definiert. Diese großzügige Auslegung der in der Unfallversicherung zulässigen und die Leistungspflicht der Gesellschaften nicht berührenden BAK-Werte sollte allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass im Schadenfall, zum Beispiel bei einem unter Alkoholeinfluss verschuldeten Verkehrsunfall, für die Beurteilung der Leistungspflicht des Kraftfahrtversicherers, zivilrechtlicher Schadenersatzforderungen und einer eventuellen strafrechtlichen Verfolgung regelmäßig auf abweichende BAK-Grenzwerte abzustellen ist.

Auch zu medikamentös ausgelösten Bewusstseinsstörungen und zu unfallauslösenden Herz- oder Hirninfarkten finden sich in den Versicherungsbedingungen einiger Gesellschaften verbraucherfreundlichere Regelungen. Durch die Mitversicherung möglicher Bewusstseinsstörungen, die durch die Einnahme ärztlich indizierter und verordneter Medikamente ausgelöst wurden, kann der in den AUB 2010 weitreichend formulierte Ausschlussstatbestand deutlich abgemildert und der Versicherungsschutz signifikant aufgewertet werden. Die Aufnahme von epileptischem Anfall, Herz- und Hirninfarkt als mögliche Auslöser einer Bewusstseinsstörung mit Unfallfolge in die Versicherungsbedingungen sichert vor allem der Zielgruppe 50+ einen verbesserten Versicherungsschutz. Hierbei sollte allerdings beachtet werden, dass der Versicherer auch unter Berücksichtigung dieser verbesserten Vertragsbedingungen nur für die resultierenden Unfallfolgen, zum Beispiel Frakturen, nicht aber für Lähmungen, Sprachstörungen, usw. in der Leistungspflicht steht.

Sechs oder acht Beine?

Ein weiterer Ausschlussstatbestand findet sich in den AUB 2010 für durch Insektenstiche und durch ►

geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen übertragene Krankheiten (AUB 2010 Ziffer 5.2.4.1). Lässt man bei der Bewertung dieses Leistungsausschlusses einmal anaphylaktische Schockreaktionen von Personen mit einer Insektengiftallergie unberücksichtigt, so erscheint das Risiko einer schweren Erkrankung infolge eines Insektenstichs in mitteleuropäischen Breiten als äußerst gering. Viel häufiger finden sich die von Zecken übertragenen Infektionen mit Lyme-Borreliose und Frühsommer-Meningoenzephalitis. Während die Anzahl der Fälle von Frühsommer-Meningoenzephalitis in den letzten Jahren auf Grund der möglichen Impfprophylaxe deutlich zurückgegangen ist, kann bei den Borreliose-Infektionen ein signifikanter Anstieg der Fallzahlen beobachtet werden. Nachdem die achtbeinigen unliebsamen Blutsauger nach der zoologischen Systematik den Milben und damit den Spinnentieren, nicht aber den sechsbeinigen Insekten zuzuordnen sind, erscheint für Versicherte mit einer Borreliose-Infektion ein Leistungsausschluss für Insektenstiche bei der Durchsetzung ihres Leistungsanspruchs irrelevant. Dies ist auch zutreffend, allerdings kann der Versicherer über den Ausschluss für „durch geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen übertragene Krankheiten“ auch für die Folgen eines Zeckenbisses die Ablehnung einer Leistungszahlung begründen (LG Düsseldorf Urteil 11 O 198/04 vom 14. Januar 2005).

Der Problematik einer zoologisch-juristischen Gratwanderung bei der Beurteilung der Leistungspflicht einer durch einen Zeckenbiss übertragenen Borreliose- oder auch Meningoenzephalitis-Infektion kann im Vorfeld mit der Auswahl qualifizierter Versicherungstarife begegnet werden. In vielen Premiumtarifen haben Versicherungsgesellschaften mit gegenüber den AUB 2010 verbesserten Versicherungsbedingungen die Mitversicherung von Tierbissen und Insektenstichen erklärt. Bei der Beurteilung der Versicherungsbedingungen sollte jedoch darauf geachtet werden, dass der Versicherer nicht nur durch einen Insektenstich oder Zeckenbiss ausgelöste allergische Reaktionen, sondern auch mögliche Infektionen in den Versicherungsschutz explizit einschließt.

Mitwirkungsanteil von Vorerkrankungen

Neben der Eigenbewegung des Versicherten als unfallauslösendes Ereignis wird im Rahmen der Leistungsprüfung auch die mögliche Mitwirkung von bestehenden Vorerkrankungen oder dem Unfall vorhergehenden Ereignissen untersucht. Erleidet ein Autofahrer einen Herz- oder Hirninfarkt vor der Kollision seines Kraftfahrzeugs mit einem Brückene Pfeiler oder war die versicherte Person mit unfallbedingten Knochenfrakturen an Adipositas oder Osteoporose erkrankt, so ist in diesen Fällen der Mitwirkungsanteil der Vorerkrankung am Unfallgeschehen zu ermitteln. Nach den Musterbedingungen zur Unfallversicherung wird die Leistungszahlung des

Versicherers um den Prozentsatz des Mitwirkungsanteils der Vorerkrankung gemindert; ein Mitwirkungsanteil kleiner 25% bleibt bei der Bemessung der Leistungszahlung indes unberücksichtigt (AUB 2010 Ziffer 3). Vor allem für ältere und mit Vorerkrankungen belastete Versicherte ist eine Erhöhung des berücksichtigungsfreien Mitwirkungsanteils oder ein vollständiger Verzicht des Versicherers auf eine Anrechnung von im Bezug zu Unfallverletzungen stehenden Vorerkrankungen von Vorteil. Auch bei einem hohen berücksichtigungsfreien Mitwirkungsanteil oder einem vollständigen Verzicht des Versicherers auf die Berufung der Mitwirkungsklausel ist jedoch zu beachten, dass für die Bemessung der Versicherungsleistung nur die tatsächlichen Unfallfolgen gegenständlich sind.

Stolperstein Obliegenheitspflichten und Anspruchsfristen

Nachdem die Höchstversicherungssummen und die Beitragskalkulation die berufliche Tätigkeit des Versicherten berücksichtigen (Neuregelung für Frauen nach Unisextarifen ab 21. Dezember 2012), ist der Versicherungsnehmer bei einer Änderung seiner bzw. der Berufstätigkeit einer versicherten Person zur unverzüglichen Anzeige gegenüber dem Versicherer verpflichtet (AUB 2010 Ziffer 6.2.1). Sofern ein Unfall bzw. die daraus resultierenden Verletzungen eine Leistungspflicht des Versicherers erwarten lassen, muss die verletzte Person umgehend einen Arzt konsultieren und die ärztlichen Anweisungen befolgen. Ein unfallbedingter Todesfall ist nach den Musterbedingungen, auch nach bereits erfolgter Unfallanzeige, dem Versicherungsunternehmen binnen 48 Stunden zu melden (AUB 2010 Ziffer 7.5) und ein Leistungsanspruch auf Grund einer unfallbedingten und ärztlich festgestellten Invalidität muss innerhalb von 15 Monaten bei dem Versicherungsunternehmen geltend gemacht werden (AUB 2010 Ziffer 2.1.1.1). Ein Verstoß gegen die vertraglichen Obliegenheitspflichten kann den Versicherer teilweise oder auch ganz von seiner Leistungspflicht freistellen. Eine Fristenverlängerung für die Meldung von Todesfällen, z.B. auf sieben Tage, und die Anmeldung von Leistungsansprüchen wegen Invalidität, zum Beispiel auf 36 Monate, können Versicherungsbedingungen verbraucherfreundlich aufwerten und das Risiko einer Verletzung von Obliegenheitspflichten reduzieren.

Die kritische Prüfung von Versicherungsbedingungen, im vorliegenden Beitrag an exemplarischen Beispielen dargestellt, und die Ausarbeitung eines qualifizierten Unfallkonzepts stellen für den Versicherungsmakler einen nicht unerheblichen Aufwand dar. Mit der Ausrichtung des Angebots auf ausgewählte Berufsgruppen oder Sportarten können indes Multiplikationseffekte und auch neue Kundenverbindungen generiert werden. ■