

## **Rundschreiben 13/2012**

### **Thema: Private Unfallversicherung / Versicherungsrecht**

#### **1. Grundsätzliches zur privaten Unfallversicherung**

Die private Unfallversicherung ist ein regelrechtes "Massenprodukt". Sie wird von der Versicherungswirtschaft als wichtige private Absicherung angepriesen. Der Hauptzweck ist, den Versicherungsnehmer vor den finanziellen Folgen von Schäden abzusichern, die nicht von der gesetzlichen Unfallversicherung abgedeckt sind, also insbesondere Schäden im privaten Lebensbereich.

Neben den klassischen Unfallversicherungsverträgen, die ein Versicherungsnehmer für seine eigene Absicherung oder die Absicherung seiner Familienangehörigen abschließt, wird die Unfallversicherung auch in Verbindung mit anderen Produkten und anderen Versicherungen – teilweise als "Dreingabe" – angeboten. Zu nennen ist hier beispielsweise die Insassenunfallversicherung im Bereich der Kraftfahrzeugversicherung, aber auch Unfallversicherungen, die zusammen mit Kreditkartenverträgen oder anderen Verträgen quasi "automatisch" abgeschlossen werden.

Auch wenn es sich um eine "Massenversicherung" handelt, ist in vielen Versicherungsnehmern jedoch nicht bekannt, dass es bei der Unfallversicherung eine Vielzahl von Problemen zu beachten gibt.

Zunächst ist schon grundsätzlich darauf hinzuweisen, dass die private Unfallversicherung nur teilweise geeignet ist, beispielsweise die Risiken einer Arbeitsunfähigkeit abzusichern. Versichert ist nur die so genannte **Invalidität**, die losgelöst vom Beruf zu beurteilen ist. Die Invalidität wird in der Unfallversicherung abstrakt nach der so genannten „Gliedertaxe“ bzw. nach dem abstrakt zu bestimmenden Invaliditätsgrad bestimmt. Je nach dem Grad der

Invalidität wird dann ein bestimmter Prozentsatz der Versicherungssumme ausbezahlt. Viele Versicherungsbedingungen sehen so genannte Progressionsstaffeln vor, die teilweise an den Umständen des Einzelfalls – beispielsweise bestimmte Berufsgruppen und deren besondere Risiken bei Verletzung einzelner Körperteile – orientiert sind, teilweise pauschal eine erhebliche Steigerung des der prozentualen Versicherungsleistung bei höherem Invaliditätsgrad vorsehen.

Über die Vorschriften hinaus, die allgemein für alle Versicherungsverträge gelten, gibt es in der privaten Unfallversicherung eine Vielzahl von besonderen Problemen zu beachten.

## **2. Leistungsvoraussetzung: Unfall**

Voraussetzung eines Anspruches aus der privaten Unfallversicherung ist zunächst ein Unfall. Schon aus der Wortwahl ergibt sich, dass die private Unfallversicherung nicht Risiken gedeckt sind, die beispielsweise aus Erkrankungen herrühren oder aus einer "schleichenden" Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Ein Unfallereignis ist nach der Definition der üblichen Versicherungsbedingungen einen "plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis".

„Plötzlich“ bedeutet, dass eine Ereignis nicht allmählich eintritt, sondern innerhalb eines relativ kurzen Zeitraums. Als "plötzlich" wird auch ein Ereignis angesehen, das für den Versicherungsnehmer unerwartet, unvorhergesehen und überraschend und damit unentrinnbar war. Hierzu gibt es eine Vielzahl von Urteilen, in Grenzfällen ist es jeweils eine Frage des Einzelfalles, ob ein Ereignis "plötzlich" eingetreten ist. Als "plötzlich" wurde beispielsweise der Fall eines Bergsteigers angesehen, der wegen Sichtverschlechterung in Bergnot geraten ist und langsam erfroren ist, ebenso beispielsweise der Erfrierungstod nach einem Sturz in einen tiefen Graben, wenn sich das Opfer nicht mehr befreien konnte. Nicht mehr als plötzlich wurde im Gegensatz z. B. angesehen der Aufstieg eines Bergsteigers in große Höhen über mehrere Tage hinweg, wodurch eine Höhenkrankheit mit Schlaganfall verursacht wurde, oder das Einatmen von Lösungsmitteldämpfen an mehreren Tagen über jeweils mehrere Stunden, das zu einer Gesundheitsschädigung geführt hat.

Das plötzliche Ereignis muss darüber hinaus von außen auf den Körper einwirken. Nicht in den Bereich einer Unfallversicherung fallen also körperinterne Vorgänge – insbesondere also krankhafte und degenerative Vorgänge. Zu den von außen einwirkenden Ereignissen gehören

beispielsweise Zusammenstöße mit anderen Menschen oder Sachen, ebenso Bisse, Tritte oder Stiche – kurz gesagt alle "Kollisionen mit der Außenwelt".

Die Ursache der äußeren Einwirkung spielt keine Rolle. Ein Ertrinken infolge Bewusstlosigkeit stellt ein Unfallereignis dar – anders allerdings ein plötzlicher Herzstillstand beim Schwimmen. Bei Letzterem handelt es sich um einen körperinternen Vorgang.

Eine Einwirkung von außen liegt allerdings nicht vor, wenn eine Verletzung bei einer geplanten Eigenbewegung des Versicherten vorliegt, also z. B., wenn man - ohne äußere Ursache - mit dem Fuß umknickt. Anders liegt der Fall, wenn die geplante Bewegung von außen "gestört" wurde, beispielsweise beim Stolpern über eine Bodenunebenheit, Ausrutschen auf nassem oder glatten Untergrund usw.

Bestimmte Ereignisse, beispielsweise Verrenkungen, Zerrungen und Zerreißen an Gliedmaßen und Wirbelsäule, werden von den Versicherungsbedingungen als Unfall definiert.

Manche Unfallversicherungen gewähren darüber hinaus auch Versicherungsschutz für Ereignisse, die nicht unter den eigentlichen Unfallbegriff fallen, z.B. bestimmte Infektionen (Zeckenbiss!). Hier müssen im Einzelfall die zum Vertrag gehörenden "besonderen Bedingungen" geprüft werden.

Nicht versichert sind üblicherweise Unfälle, die durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen (Trunkenheit!) verursacht wurden, die im Zusammenhang mit vorsätzlichen Straftaten des Versicherungsnehmers stehen, die durch Heilmaßnahmen und Körpereingriffe (ärztliche Behandlungen usw.), psychische Reaktionen oder innere Blutungen verursacht wurden, sowie verschiedene eher seltene Unfallursachen, sowie Unfälle aufgrund einzelvertraglich ausgeschlossener Ursachen.

Ob ein Unfall im Sinne der Versicherungsbedingungen vorliegt, ist in vielen Fällen vom genauen Hergang des Ereignisses und vom genauen Ablauf und den Details im Einzelnen abhängig. Aus diesem Grund ist eine genaue Schilderung des Schadenshergangs dringend erforderlich, da Unklarheiten bei der Schadensschilderung erfahrungsgemäß zu Rückfragen und Verzögerungen, manchmal auch zu Regulierungsverweigerung führen.

Darüber hinaus muss die Gesundheitsschädigung unfreiwillig geschehen sein, der Unfall muss auch für die Gesundheitsschädigung zumindest mitursächlich geworden sein. Spielen andere Ursachen (Krankheiten) eine Rolle bei der eingetretenen Invalidität, so kann die Leistung

gekürzt werden, wobei für die Kürzung das Verhältnis zwischen den unfallbedingten Auswirkungen und den unfallunabhängigen Auswirkungen ausschlaggebend ist.

## **2. Achtung: Fristversäumnisse führen zum Anspruchsverlust!**

Die Geltendmachung von Invaliditätsansprüchen aus einer privaten Unfallversicherung ist an verschiedene Bedingungen gebunden. Hier lauern erhebliche "Fallstricke". Insbesondere die Nichtbeachtung der von den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Fristen kann zu einem völligen Verlust aller Ansprüche führen, was vor allem bei schwereren Verletzungen hohe wirtschaftliche Verluste nach sich ziehen kann.

Zunächst ist Voraussetzung einer Invaliditätsleistung, dass eine Gesundheitsschädigung zu einer Invalidität innerhalb eines Jahres seit dem Unfallereignis führt.

Dies bedeutet im Ergebnis, dass eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit einer nachfolgenden Invalidität, die erst später als ein Jahr nach dem Unfall eintritt, bei der Bemessung der Versicherungsleistung unberücksichtigt bleibt. Entscheidend ist der Zustand, der spätestens ein Jahr nach dem Unfallereignis besteht.

Formell ebenso wichtig ist die Vorschrift, dass der spätestens ein Jahr nach dem Unfallereignis eingetretene Zustand, also die Invalidität, spätestens 15 Monate nach dem Unfallereignis durch einen Arzt festgestellt werden muss, wobei inzwischen fast alle Versicherungsbedingungen verlangen, dass diese Feststellung schriftlich erfolgt sein muss. Es muss also ein Arzt innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfallereignis schriftlich feststellen, dass spätestens ein Jahr nach dem Unfallereignis eine Invalidität eingetreten ist.

Fehlt es an diesen beiden Voraussetzungen, bzw. werden die Fristen nicht eingehalten, so gehen sämtliche Ansprüche verloren. Dies ist wohl auch die Ursache für die meisten Auseinandersetzungen mit Unfallversicherern. Eine Versäumung dieser Fristen kann also nicht wieder gutzumachende Nachteile mit sich bringen.

Weiter muss der Anspruch auf Invaliditätsleistung auch innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfallereignis bei der Versicherung geltend gemacht werden. Die Unfallmeldung alleine reicht hierfür nicht aus, es muss vielmehr konkret Anspruch auf Zahlung von Invaliditätsleistungen gefordert werden, wobei zumindest die Erkrankung und die bestehenden Beeinträchtigungen erkennbar sein müssen. Ein bestimmter Invaliditätsgrad muss allerdings nicht unbedingt

genannt werden. Auch eine Versäumung dieser Frist kann zum Verlust der Ansprüche führen. Allerdings besteht bei dieser Frist zumindest die Möglichkeit, die Fristversäumung zu entschuldigen, wenn die Frist unverschuldet versäumt wurde. Hier stellt die Rechtsprechung allerdings nicht unerhebliche Anforderungen.

Ob die Versicherungsbedingungen des einzelnen Unfallversicherungsvertrages hiervon abweichende Fristen vorsehen, muss man im Einzelfall allerdings anhand der Versicherungsbedingungen prüfen. Manche Versicherer sehen wir auch abweichende Fristen vor.

### **3. Sonstige Pflichten des Versicherungsnehmers**

Zu beachten ist, dass der Versicherungsnehmer während des Laufs des Versicherungsvertrages Änderungen seiner Berufstätigkeit unverzüglich anzeigen muss, da die Berufstätigkeit Einfluss auf die tarifliche Eingruppierung des Vertrages hat. Ansonsten drohen Leistungskürzungen bzw. Prämien erhöhungen.

Nach einem Versicherungsfall, also nach einem Unfall, der möglicherweise Invalidität zur Folge hat, muss der Versicherte einen Arzt hinzuziehen und den ärztlichen Anordnungen nachkommen, um die Unfallfolgen zu mindern. Hierzu kann auch eine Operation gehören, wobei letztendlich entscheidend ist, wie ein "ordentlicher und vernünftiger Mensch" sich in der konkreten Situation verhalten würde, insbesondere, ob er eine empfohlene Behandlungsmaßnahme durchführen lassen würde. Diese Pflicht besteht nur dann nicht, wenn der Versicherungsnehmer nicht von einem Dauerschaden ausgehen musste, also die Unfallfolgen sich erst zu einem späteren Zeitpunkt als schwerwiegender dargestellt haben.

Wichtig ist die Verpflichtung, den Versicherer unverzüglich nach einem Unfall zu unterrichten, wenn mit Eintritt der Leistungspflicht, als mit Eintritt einer Invalidität zu rechnen ist. Bei Tod des Versicherten ist dem Versicherer dies innerhalb von 48 Stunden anzuzeigen.

Zur Feststellung der Leistungspflicht der Versicherung muss sich der Versicherungsnehmer auch ärztlich untersuchen lassen.

Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer alle notwendigen und sachdienlichen Auskünfte zu erteilen. Werden der Versicherung gegenüber falsche Angaben gemacht, so droht – wie

auch bei anderen Versicherungen – Leistungsfreiheit, wenn die Falschangaben vorsätzlich erfolgen. Wenn die falschen Angaben lediglich grob fahrlässig erfolgen, kann die Leistung erheblich – bis hin zur völligen Leistungsfreiheit – gekürzt werden.

Wie in allen anderen Versicherungszweigen ist es daher wichtig, Angaben gegenüber der Versicherung wohlüberlegt und vollständig inhaltlich richtig zu machen, um zu vermeiden, dass die Versicherung sich auf Leistungsfreiheit wegen Falschangaben beruft. Unabhängig von versicherungsvertraglichen Konsequenzen können vorsätzliche Falschangaben gegenüber der Versicherung auch den Straftatbestand des (versuchten) Versicherungsbetruges erfüllen und zu erheblichen Strafen führen.

#### **4. Die Bemessung der Versicherungsleistung**

Wie bereits einleitend erwähnt, erfolgt die Bemessung der Versicherungsleistung, die so genannte Invaliditätsleistung, nach dem Invaliditätsgrad. Es werden ausschließlich medizinischen Gesichtspunkte berücksichtigt. Rücksicht auf individuelle Gesichtspunkte – z.B. den Beruf des Versicherten – wird nicht genommen. Der Verlust eines Fingers wird beispielsweise bei einem Fußballspieler oder einem Pianisten gleich hoch gewertet. Zunächst erfolgt die Bewertung anhand der so genannten Gliedertaxe. Diese legt für einzelne Körperteile bzw. Körperfunktionen feste Prozentsätze für den Verlust der Funktionsfähigkeit fest. Je nach Umfang der Beeinträchtigung wird hieraus die prozentuale Gesamtbeeinträchtigung errechnet. Wird beispielsweise bei Verlust der Funktionsfähigkeit des Armes nach der Gliedertaxe ein Wert von 70 % zu Grunde gelegt und ist die Funktionsfähigkeit des Armes um die Hälfte vermindert, so errechnet sich ein Invaliditätsgrad von 35 %, es erfolgt also eine Auszahlung von 35 % der Versicherungssumme. Bei Beeinträchtigungen, die nicht in der Gliedertaxe aufgeführt sind, erfolgt die Bewertung der Invalidität – also der Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit - durch eine freie ärztliche Feststellung. Sind mehrere Körperteile betroffen, wird für jede Verletzungsfolge der Invaliditätsgrad gesondert ermittelt und alle Beeinträchtigungen zusammengerechnet bis zum Maximalbetrag von 100 %.

Sowohl der Versicherungsnehmer, als auch der Versicherer haben grundsätzlich das Recht, den Invaliditätsgrad jährlich, längstens bis zu drei Jahre nach Eintritt des Unfalls erneut bemessen zu lassen. Ergeben sich Veränderungen des Invaliditätsgrades, erfolgt eine Anpassung der Versicherungsleistung.

In vielen Verträgen ist darüber hinaus eine so genannte Progressionsstaffel vereinbart. Dies führt dazu, dass bei höheren Invaliditätsgraden die Versicherungsleistung steigt, beispielsweise dann bei vollständiger Invalidität (100 %) 300 % der Versicherungsleistung bezahlt werden.

## **5. Sonstige Leistungen**

Regelmäßig werden in den Versicherungsverträgen noch weitere Leistungen über die Invaliditätsleistung hinaus vereinbart. Hierzu gehören beispielsweise so genannte Übergangsleistungen bei einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit von mindestens oder mehr als 50 % aufgrund des Unfalls, die Vereinbarung von Tagegeld, Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld sowie die Vereinbarung einer Todesfalleistung, die dann bezahlt wird, wenn der Unfall innerhalb eines Jahres zum Tod geführt hat. Wird eine Todesfalleistung bezahlt, ist allerdings der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen.

Bei Vereinbarung einer Todesfalleistung ist der Tod innerhalb von 48 Stunden dem Versicherer anzuzeigen, dem Versicherer ist darüber hinaus das Recht zu geben, eine Obduktion vornehmen zu lassen.

In manchen Verträgen werden auch bestimmte Heilkosten, Bergungskosten und Kosten kosmetischer Operationen sowie weitere Leistungen vereinbart.

Auf welche Leistungen im Einzelfall Anspruch besteht, kann letztendlich durch nur Einsicht in den Versicherungsvertrag geklärt werden.

Da es – vor allem bei schweren Verletzungen – bei der Geltendmachung von Leistungen aus einer Unfallversicherung regelmäßig um hohe Beträge geht, empfiehlt es sich, bei Abwicklung des Schadenfalles in allen Zweifelsfragen fachkundigen Rat einzuholen.

