

Nichts als die Wahrheit

Gesundheitsfragen. Wer einen Berufsunfähigkeitschutz oder andere Versicherungen abschließen will, muss auf schwierige Fragen antworten. So gehts.

Sich für den Ernstfall zu versichern, das wünschen sich viele. Etwa mit einem Berufsunfähigkeitsschutz, der das Einkommen bis zur Rente ausgleicht, wenn jemand wegen Unfall oder Krankheit nicht so lange arbeiten kann. Doch es gibt eine große Hürde auf dem Weg zu Versicherungen rund um Leben und Krankheit: den Antrag.

Denn der Interessierte muss sehr viele Fragen beantworten, die meisten davon zu seiner Gesundheit. Anhand der Antworten schätzt ein Versicherungsunternehmen ab, wie gesund oder krank jemand ist, und davon hängt ab, ob und welchen Vertrag es anbietet. Verständlich, denn wird ein Kunde zum Beispiel später berufsunfähig, geht es um viel Geld.

Fast alle Fragen sind erlaubt

Versicherer dürfen fast alles fragen – und der Kunde muss alles wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Von seinen Antworten hängt ab, ob ein Versicherer ihn einfach akzeptiert, ihm Risikozuschläge auferlegt,

bestimmte Erkrankungen vom Schutz ausschließt oder ihn ablehnt. Regelmäßig abgelehnt werden zum Beispiel Menschen, die Behandlungen wegen Depressionen in den vergangenen Jahren angeben.

Antragsteller sollten Fragen weder ausweichend noch lückenhaft beantworten – selbst wenn sie dann den Vertrag gar nicht bekommen oder mehr zahlen müssen. Andernfalls könnte ihr Versicherer ihnen später, wenn sie die Rente benötigen, den Vorwurf machen, im Antrag zu oberflächliche Angaben gemacht oder sogar gelogen zu haben. Im schlimmsten Fall zahlt das Unternehmen gar nicht (siehe Kasten S. 84). Dann gerät der Versicherte, durch seine Erkrankung ohnehin in schwieriger Lage, auch noch finanziell in Not.

Unkonkrete Fragen

Ein Problem: Wer eine Frage falsch versteht, antwortet auch falsch – selbst wenn er ehrliche Angaben macht. Eine falsche Antwort muss also nicht einmal Absicht sein. Die

42-jährige Julia M.* aus Hamburg hat vor vier Jahren eine Berufsunfähigkeitsversicherung abgeschlossen und erinnert sich: „Viele Fragen sind schwierig formuliert. Man weiß nicht genau, was man angeben soll und was nicht.“ Auch den Weg zum Vertrag fand sie sehr aufwendig. „Insgesamt hat es ein halbes Jahr bis zum Abschluss gedauert.“

Gute und schlechte Anträge

Unklare Antragsfragen sind auch in unseren Tests von Berufsunfähigkeitsversicherungen Thema. Wir bewerten dabei auch die Formulare der Anbieter und prüfen, wie kundenfreundlich und verständlich sie sind. Positiv ist, wenn es nur Fragen nach objektiven Krankheiten, Unfällen oder Behinderungen gibt, nicht allgemeine nach „Beschwerden“. Das liest sich bei einem Versicherer mit „sehr gutem“ Antrag zum Beispiel so: „Sind Sie in den letzten fünf Jahren untersucht, beraten oder behandelt worden hinsichtlich der

** Name der Redaktion bekannt*

Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren
Störungen
Krankheiten
Beschwerden ...
... der Atmungsorgane
... des Herz-Kreislauf-Systems
... des Stoffwechsels?

Haben in den letzten 10 Jahren ambulante oder stationäre Operationen stattgefunden oder sind solche vorgesehen oder angeraten?

Atmungsorgane (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe)? Ein nur „ausreichender“ Antrag fragt dagegen neben Krankheiten wachschwach nach „Störungen und Beschwerden der Atmungsorgane“. Der Antragsteller weiß wohl kaum, was er angeben soll. Auch den Husten? Nur das, was er beim Arzt gesagt hat oder jedes Zipperlein?

Klinken putzen bei den Ärzten

Oft lassen sich Interessierte beim Antrag helfen. Ohne vertragliche Bindung an einen Versicherer tun das Versicherungsmakler, die zwischen verschiedenen Produkten vieler Anbieter auswählen. Gegen Honorar helfen unabhängige Versicherungsberater. Sie verkaufen keine Policen, sondern beraten neutral (Adressen online unter bvbb.de).

Julia M. hat sich vom unabhängigen Berater Rüdiger Falken helfen lassen (siehe Interview S. 85). Er schickt seine Mandanten immer zu ihren Ärzten, um die eigene Erinnerung mit den Notizen in den Patientenakten abzugleichen. Denn selbst wenn man sich an die Ärzte der vergangenen Jahre erinnert, ist nicht sicher, ob man alle in der Akte dokumentierten Beschwerden kennt.

Manche Beschwerden schrieb ein Arzt vielleicht auf, weil ein Patient nebenbei von einem kleinen Leiden berichtete, etwa von „Rückenschmerzen nach einer langen Wanderung in Südtirol“. Anderes hat der Mediziner vielleicht ein wenig übertrieben, um so bestimmte oder bessere Medikamente verschreiben oder eine außerordentliche Vorsorgeuntersuchung begründen zu können.

Patientenquittungen angefragt

Wir haben eine kleine Probe aufs Exempel gemacht: Eine unserer Mitarbeiterinnen hat recherchiert, was ihr Arzt abgerechnet hat.

Bei der Krankenkasse können gesetzlich Krankenversicherte eine Patientenquittung anfordern. Sie enthält alle Leistungen, die Ärz-

te in den vergangenen 18 Monaten mit der Kasse abgerechnet haben. Und siehe da, die Übersicht mit Angaben zu Behandlungen, Diagnosen und Kosten enthielt auch Unerwartetes: Schmerzen im Mittelfuß und eine Behandlung zur Einrenkung von Fehlstellungen der Wirbelsäule. Davon war unserer Mitarbeiterin nichts bekannt.

Dass solche „unbekannten“ Diagnosen oder Behandlungen im Ernstfall ausschlaggebend sein können, zeigte der Fall eines Zimmerermeisters und Restaurators, über den wir bereits berichteten (test.de/bu-rente). Als er wegen einer chronischen Atemwegserkrankung seine Berufsunfähigkeitsrente beantragte, wollte sein Versicherer nicht zahlen. Begründung: Der Mann habe erhöhte Leberwerte und den Verdacht auf eine Leberschädigung damals im Antrag nicht angegeben. Glück für den Restaurator: Sein Arzt konnte vor Gericht darlegen, dass sich der Verdacht nicht bestätigt und er deshalb auch nicht mit seinem Patienten darüber gesprochen hatte.

Ärzte haben die Daten

Ein Blick in die Patientenakten ist also Pflicht, bevor man den Antrag auf eine Berufsunfähigkeitsversicherung ausfüllt. Ärzte und

Unser Rat

Ehrlich sein. Bei Versicherungen rund um Leben, Unfall, Krankheit stehen im Antrag viele Gesundheitsfragen. Antworten Sie ehrlich und vollständig. Sonst können Sie später Ihren Schutz verlieren.

Zusammentragen. Kontaktieren Sie alle infrage kommenden Haus- und Fachärzte, Krankenhäuser und Rehaeinrichtungen, um Informationen zu relevanten Untersuchungen, Behandlungen, Diagnosen, Medikamenten, Klinikaufhalten und Krankschreibungen zu bekommen. Die Versicherer fragen unterschiedliche Zeiträume ab: Geben Sie immer nur die verlangten Daten an. Wichtig: Machen Sie eine Kopie des Antrags für Ihre Unterlagen.

Helfen lassen. Ihre Krankenkasse stellt Patientenquittungen über Behandlungen der vergangenen 18 Monate aus. Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung kann Gesundheitsdaten der vergangenen vier bis fünf Jahre bereitstellen.

Absichern. Vereinbaren Sie die „partielle Schweigepflichtentbindung“. Dann braucht der Versicherer jedes Mal Ihre Einwilligung für eine Auskunft. Der Arzt sollte Sie vor jeder Auskunft informieren.

Nachfragen. Können Sie Fragen nicht beantworten, fragen Sie beim Versicherer nach. Lassen Sie sich dessen Antwort schriftlich geben.

Wurden Sie in den letzten 10 Jahren psycho- therapeutisch beraten oder behandelt?

Bestehen körperliche psychische oder geistige Beeinträchtigungen?

Kliniken müssen Patientendaten bis zehn Jahre nach Abschluss einer Behandlung aufbewahren, Patienten jederzeit Akteneinsicht gestatten und eine Kopie der Akte anbieten. Für Kopien dürfen sie bis zu 50 Cent pro Seite verlangen. Bei einer dicken Krankenakte kann einiges zusammenkommen. Patienten sollten die Kosten vorher erfragen.

Ärzte können auch helfen, wenn Interessierte Fragen im Antrag nicht verstehen oder nicht genau wissen, welche Diagnosen zu welcher Frage gehören. Ein Beispiel aus der Patientenquittung unserer Redakteurin: Hinter „Krankheit des Weichteilgewebes durch Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck verursacht“ steckte eine „akute Schleimbeutelentzündung des Handgelenks“. Das sollte man wissen, um sie in den Antragsfragen korrekt angeben zu können. Bei zurückliegenden und bereits ausgeheilten Krankheiten können Mediziner in der Patientenakte dokumentieren, dass die Beschwerden erfolgreich therapiert sind.

Zur kassenärztlichen Vereinigung

Um ein vollständiges Bild zu bekommen, sollten Antragsteller zu allen Ärzten des betreffenden Zeitraums Kontakt aufnehmen, Nach einem Umzug lässt sich das vielleicht nicht mehr einfach nachvollziehen. Dann kann jeder auch bei der für ihn zuständigen Kassen-

ärztlichen Vereinigung (KV) recherchieren. Finanztest hat bei zwei Kassenärztlichen Vereinigungen nachfragt, über welchen Zeitraum sie Auskunft geben können. Bei der KV Bayern und der KV Baden-Württemberg reichen Informationen zu Praxen, Leistungen und Diagnosen vier bis fünf Jahre zurück.

Falsche Diagnosen

Problematisch können falsche Diagnosen sein. So etwas gibt nicht jeder Mediziner gern zu. „Wir haben das häufiger erlebt. In einigen Fällen gab es Ärger, weil Ärzte das nicht streichen wollten“, berichtet Berater Falken.

Weigert sich ein Arzt, eine falsche Diagnose zu korrigieren, können Patienten sich eine Zweitmeinung einholen oder gleich den Arzt wechseln. Der neue Arzt kann die falsche Diagnose nach erneuter Untersuchung gegebenenfalls korrigieren.

Außerdem gibt es Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärz-

tekammern. Sie untersuchen den Streitfall anhand von schriftlichen Aufzeichnungen und der Patientenakte.

Ausführliche Antworten mitgeschickt

Beim Ausfüllen ihres Antrags auf einen Berufsunfähigkeitsschutz ging Julia M. systematisch vor. Gemeinsam mit ihrem Ehemann, der ebenfalls so eine Versicherung abschließen wollte, erstellte sie eine Excel-Datei, die alle Ärzte und alle verordneten Medikamente und Diagnosen für die betreffenden Zeiträume enthielt. Sie sagt: „Wir haben dem Versicherer zusammen mit dem Antrag die Gesundheitsfragen auf einem gesonderten Beiblatt ausführlich beantwortet.“

Unter test.de/bu finden Sie den aktuellen Test von Berufsunfähigkeitsversicherungen. Dort lesen Sie auch, wann Versicherer eine Berufsunfähigkeitsrente zahlen.

Falsche Angaben im Antrag

Welche Folgen ein Kundenfehler haben kann

Egal, ob mit voller Absicht oder aus Versehen – wer Fragen im Antrag einer Versicherungspolice falsch oder unvollständig beantwortet, muss mit Leistungseinbußen rechnen. Das gilt übrigens für alles, was der Versicherer wissen möchte – nicht nur für die Gesundheitsfragen.

Kunden können davon ausgehen, dass der Versicherer Fehler bemerkt: Beantragen sie Leistungen aus ihrer Versicherung, kann die Gesellschaft bei Ärzten, anderen Versicherern und der Krankenkasse nachfragen und die Patientenakten anfordern. Spätestens dann fallen falsche Angaben auf.

Wenn Kunden absichtlich gelogen haben, um den Vertrag zu bekommen – zum Beispiel Krankheiten, nach denen gefragt wurde, verschwiegen haben – kann der Versicherer bis zu zehn Jahre nach Abschluss den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten. Länger aber nicht. Anfechten geht selbst, wenn die verschwiegene Krankheit nicht relevant für den Versicherungsfall ist. Vertrag und gezahlte Beiträge sind weg. Hat ein Kunde schon Leistungen erhalten, muss er diese zurückzahlen.

Auch wer aus Versehen, etwa durch Schludrigkeit, falsche Angaben gemacht hat, muss mit Konsequenzen

rechnen. Diese reichen von der Kündigung des Vertrags über Risikozuschläge, die Kunden auch rückwirkend zahlen müssen, bis zu einer reduzierten Versicherungsleistung. Dann kann der Versicherer zum Beispiel eine geringere Rente zahlen oder „vergessene Krankheiten“ vom Schutz nachträglich ausschließen.

Was zum Tragen kommt, hängt von der Schwere der Fahrlässigkeit ab und davon, ob und zu welchen Bedingungen der Versicherer den Vertrag überhaupt geschlossen hätte, wenn er von Anfang an von den verschwiegenen Beschwerden gewusst hätte.

„Ohne den Arzt geht es nicht“

Der Versicherungsberater Rüdiger Falken weiß, wie wichtig die Gesundheitsfragen sind. Daher schickt er seine Kunden immer zu den behandelnden Ärzten, um alle Diagnosen abklären zu lassen.

Wo liegen die größten Fallstricke für Kunden?

Kunden müssen alles angeben, wonach der Versicherer in Textform fragt. Oft sind schon die Fragen so formuliert, dass sie falsch verstanden werden. Versicherer fragen zum Beispiel wenig objektiv nach „Krankheiten und Beschwerden“ statt besser nach eindeutigen Kriterien wie „Behandlungen, Untersuchungen und Beratungen“.

Brauchen Kunden ihren Arzt, um Gesundheitsfragen zu beantworten?

Das ist unumgänglich. Wir schicken unsere Mandanten immer zu ihren Ärzten. Tun sie dies nicht, lehnen wir die weitere Beratung ab.

Warum so streng?

Ein rechtssicherer Vertrag hat oberste Priorität. Und der kommt nur zustande, wenn auch die Gesundheitsfragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet werden. Das geht ohne den Arzt und Kenntnis der Diagnosen nicht.

Was kann schiefgehen ohne den Arztkontakt?

In Patientenakten können Verdachtsdiagnosen stehen. Oder Versicherte lassen einen gripalen Infekt behandeln und erwähnen beiläufig ihre akuten Kniebeschmerzen. So etwas steht dann womöglich auch in der Patientenakte. Das haben viele beim Ausfüllen der Gesundheitsfragen nicht mehr

im Hinterkopf – für den Versicherer ist es aber unter Umständen relevant.

Eine Verdachtsdiagnose hat sich nicht bestätigt, was dann?

Patienten sollten ihren Arzt bitten, die Verdachtsdiagnose zu streichen oder in der Akte zu vermerken, dass sie nicht eingetreten ist.

Gibt es Krankheiten, die man verschweigen darf?

Grundsätzlich müssen Kunden alles beantworten, wonach der Versicherer fragt. Aber nur das. Fragt er zum Beispiel fünf Jahre zurück, müssen Kunden ihre Psychotherapie, die bereits acht Jahre zurückliegt, nicht mehr angeben.

Welche Fehler passieren, selbst wenn Kunden alle Diagnosen kennen?

Manche vergessen chronische Leiden anzugeben, wenn Versicherer danach fragen, welche „Krankheiten oder körperlichen Schädigungen aktuell bestehen“. Auch wenn der angeborene Herzfehler oder das steife Knie derzeit nicht behandelt werden, müssen sie dies angeben. Die Krankheit besteht ja trotzdem weiter.

Was ist, wenn Kunden auf Nachfrage des Versicherers merken, dass sie etwas Wichtiges vergessen haben?

Sie können den Antrag zurückziehen und ihn später erneut mit den vollständi-



Rüdiger Falken ist unabhängiger Versicherungsberater. In seiner Hamburger Kanzlei berät er seine Kunden.

gen Angaben stellen. Eventuell klappt das dann aber nur bei einem anderen Versicherer.

Und wenn jemand schon einen Vertrag hat?

Durch eine sorgfältige Beratung und genug Zeit zum Ausfüllen der Fragen sollte es erst gar nicht so weit kommen. Liegt der Vertrag schon länger als zehn Jahre zurück, gilt die Verjährung. Dann müssen Kunden nichts mehr befürchten. Sind Erkrankungen erst nach Vertragsschluss bei Kunden aufgetreten, müssen sie diese der Versicherungsgesellschaft nicht nachmelden.

Kunden müssen Ärzte von ihrer Schweigepflicht entbinden, wenn der Versicherer dies fordert.

Sollten sie das gleich pauschal für alle Ärzte tun?

Nein, auf keinen Fall. Wollen sie das Heft des Handelns in der Hand behalten, sollten sie nur partiellen Schweigepflichtentbindungen zustimmen. Dann muss der Versicherer vor jeder Auskunft die Einwilligung des Kunden einholen und ihm mitteilen, von welchem Arzt welche Informationen angefordert werden. Nur so weiß der Kunde, welche Daten der Arzt preisgeben soll. Er sollte davon auch immer eine Kopie anfordern.