

Standard 0900 – Private Krankenversicherung

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	1
Vorbemerkung: Anwendung des Standards	2
1. Teil: Tarife und Versicherungsbedingungen.....	2
1.1. Definition Krankenversicherung	2
1.2. Definition Pflegepflichtversicherung	3
1.3. Prinzipien der einzelnen Versicherungszweige	3
1.4. Versicherter Personenkreis	4
1.5. Definition der versicherten Leistungen	5
1.5.1. Mindestleistungen der Krankenversicherung	5
1.5.2. Hinweise des BVSV e.V. zum empfohlenen Leistungsumfang der PKV	5
1.6. Sondertarife PKV-Verband	6
1.7. Kranken-Zusatzversicherungen.....	7
1.8. Begrenzungen der Leistungen.....	8
1.9. Ausschlüsse	8
1.10. Obliegenheiten des Versicherungsnehmers	8
2. Teil: Aufgaben, Pflichten und Dokumentation des Versicherungsvermittlers 9	9
2.1. Tätigkeiten des Versicherungsvermittlers	9
2.1.1. Tätigkeit als Versicherungsmakler	9
2.1.2. Tätigkeit als Versicherungsvertreter	10
2.1.3. Tätigkeit als Versicherungsberater.....	10
2.2. Informationen des Versicherungsvermittlers	11
2.3. Beratungspflichten des Versicherungsvermittlers	11
2.4. Dokumentationspflichten des Versicherungsvermittlers.....	11
2.4.1. Bedarfsklärung mittels Risikoanalysebögen.....	12
2.4.2. Fragen zu den Risiken im Zusammenhang mit der PKV.....	13
3. Teil: Sachverständigenaufgaben und Dokumentation	13
3.1. Funktion des Sachverständigen	13
3.2. Auftrag des Sachverständigen	13
3.3. Informationen über die tätigkeitsbezogenen Unterlagen und Informationen ..	14
3.4. Informationen über Tätigkeiten, Verfahren und Ergebnisse	14
3.5. Erstellung des Gutachtens	14
3.6. Dokumentation der verwendeten Unterlagen	14
4. Teil: Inkrafttreten des Standards.....	14

Vorbemerkung: Anwendung des Standards

Der BVSV-Bundesverband der Sachverständigen für das Versicherungswesen e.V. erlässt Berufs-, Sparten- und Branchenstandards, um eine einheitliche Anwendung von Normen im Bereich der Sachverständigen zu gewährleisten.

Die Standards sind für die Mitglieder des BVSV-Bundesverbandes der Sachverständigen für das Versicherungswesen e.V. verbindlich. Von Ihnen kann nur in Ausnahmefällen abgewichen werden. In diesem Fall hat der Sachverständige auf die Abweichung hinzuweisen und diese ausführlich zu begründen.

Neben den Standards enthalten die Veröffentlichungen auch Empfehlungen, die die Meinung des Vorstandes und die der Leiter des bzw. der inhaltlich zuständigen Fachbereiche der Sachverständigen für das Versicherungswesen darstellen. Diese sollen von den Mitgliedern berücksichtigt werden.

1. Teil: Tarife und Versicherungsbedingungen

Gesetzlichen Grundlagen: SGB V, SGB IX, VVG Kapitel 8, VAG § 12

1.1. Definition Krankenversicherung

Begriff: Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist der älteste Zweig der Sozialversicherung. Sie ist die durch das Sozialgesetzbuch V normierte Pflichtversicherung gegen das Krankheitsrisiko. Als Geburtsstunde der GKV gilt die Einführung des Krankenversicherungsgesetzes durch Bismarck im Jahr 1883. Die GKV gilt als erste Säule der dt. Sozialversicherung neben der gesetzlichen Rentenversicherung, gesetzlichen Unfallversicherung, gesetzlichen Arbeitslosenversicherung und sozialen Pflegeversicherung. In der GKV sind knapp 90 Prozent der dt. Bevölkerung versichert.

Teil des Systems der sozialen Sicherung. Dazu gehören:

1. *Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)*, die entweder als Pflichtversicherung unter den Voraussetzungen der §§ 5 ff. SGB V besteht oder unter im Einzelnen geregelten Voraussetzungen als freiwillige Versicherung (Versicherungsberechtigung, vgl. §§ 9 ff. SGB V) geführt werden kann. Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sind die gesetzlichen Krankenkassen (s. Standard Sozialversicherungen).

2. *Private Krankenversicherung (PKV)*, die für die Krankenvollversicherung nur dem Personenkreis offen steht, der nicht versicherungspflichtig ist oder unter den Voraussetzungen des § 8 SGB V auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit ist. Die private Krankenversicherung kommt durch Abschluss eines privatrechtlichen Versicherungsvertrags zwischen dem Versicherungsnehmer und einem privaten Versicherungsunternehmen zustande. Die Versicherungsunternehmen, die Versicherungsverträge zur Absicherung des Krankheitsrisikos abschließen, unterliegen der Aufsicht durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin).

1.2 Definition Pflegepflichtversicherung

Die Pflegeversicherung ist eine Pflichtversicherung zur Absicherung des Risikos, pflegebedürftig zu werden. Die Soziale Pflegeversicherung wurde 1995 in Deutschland als ein eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eingeführt und ist im SGB XI gesetzlich geregelt. Entsprechende Bestimmungen bestehen auch für privat Krankenversicherte.

Versicherungspflichtig ist jede Person, die Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder einer privaten Krankenversicherung ist. Die Pflegepflichtversicherung bildet - neben der gesetzlichen Kranken-, Unfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung - den jüngsten eigenständigen Zweig der Sozialversicherungen und somit deren „fünfte Säule“. Jede Krankenkasse und jede private Krankenversicherung ist verpflichtet, ihren Versicherten auch eine Pflegeversicherung anzubieten (AVB/PPV 2015). Weil der Grundsatz gilt, dass die Pflegeversicherung der Krankenversicherung folgt, versichern gesetzlich Krankenversicherte das Pflegerisiko bei einer gesetzlichen Pflegekasse, während privat Krankenversicherte verpflichtet sind, das Pflegerisiko bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen abzuschließen.

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden nach „Stufen der Pflegebedürftigkeit“ gewährt. Bei professioneller ambulanter oder (teil-)stationärer Pflege werden die Kosten bis zu bestimmten Höchstbeträgen übernommen (inkl. Pflegehilfsmitteln, das Wohnumfeld verbessernder Maßnahmen sowie Leistungen ehrenamtlich Pflegenden (Pflegegeld)). Die Pflegepflichtversicherung ist damit keine Vollversicherung.

1.3. Prinzipien der einzelnen Versicherungszweige

Grundprinzip der GKV ist das Sachleistungsprinzip. So umfasst der gesetzlich festgelegte Leistungskatalog ärztliche und zahnärztliche Behandlungen, Krankenhausaufenthalte, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, gewisse haushaltsnahe Dienstleistungen sowie Präventionsmaßnahmen, Kranken- und Mutterschaftsgeld. Diese Leistungen sind zu ca. 95% gesetzlich festgelegt und für alle GKV's bindend. Der einzelne Leistungskatalog ist in den Satzungen der jeweiligen Krankenkasse geregelt und weist lediglich geringe Schwankungsbreiten auf. Die Abrechnung der Leistungen von Seiten der Leistungserbringer erfolgt im ambulanten und stationären Bereich direkt mit der Krankenkasse. Bei Medikamenten, Krankenhausaufenthalten sowie ambulanten Leistungen kann es zu Zuzahlungen der Versicherten kommen.

Grundprinzip der PKV ist das Kostenerstattungsprinzip. Private Krankenversicherung (PKV) bezeichnet die Gesamtheit der privatrechtlich organisierten Versicherungswirtschaft (als AG oder VVaG), die eine Absicherung gegen Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlungen oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen bei einem privaten Versicherungsunternehmen anbietet. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen sind im Verband der privaten Krankenversicherung organisiert und unterliegen der Aufsicht durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Gut 10 Prozent der Bürger in Deutschland sind in der PKV vollversichert, davon gut die Hälfte mit Beihilfeanspruch.

1.4. Versicherter Personenkreis

Die Pflicht zu Krankenversicherung besteht für zuletzt GKV-Versicherte seit 01.04.2007 und für alle anderen seit 01.01.2009. Die Pflicht zur Krankenversicherung und den Leistungskriterien ist im VVG § 193 für alle Gesellschaften verbindlich geregelt.

GKV: Gemäß § 1 SGB V hat die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder den Gesundheitszustand zu verbessern. In der GKV sind alle sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten, deren sozialversicherungspflichtiges Einkommen unter der Versicherungspflichtgrenze liegt, sowie Bezieher von Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung und von Arbeitslosengeld I und II pflichtversichert. Darüber hinaus sind Ehegatten ohne eigenes Einkommen und Kinder bis zu einer gewissen Altersgrenze beitragsfrei mitversichert. Sozialversicherungspflichtige Arbeitnehmer mit einem Entgelt über der Versicherungspflichtgrenze sowie Beamte und Selbstständige sind von der Versicherungspflicht in der GKV freigestellt, können sich jedoch unter gewissen Bedingungen freiwillig in der GKV versichern. Die Träger der GKV sind die gesetzlichen Krankenkassen, die als Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert sind.

PKV: Im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung sind in der PKV nur Arbeitnehmer versichert, deren sozialversicherungspflichtige Bruttojahreseinkommen oberhalb der gesetzlich festgelegten Versicherungspflichtgrenze liegt. Darüber hinaus können sich auch Selbstständige, Beamte (einkommensunabhängig) und Freiberufler vollversichern. Private Zusatzversicherungen sind dagegen für jeden Bürger möglich. Eine beitragsfreie Mitversicherung für Familienmitglieder wie in der GKV gibt es bei privaten Krankenversicherungsunternehmen nicht. Sozialversicherungspflichtige abhängig Beschäftigte müssen dazu ein Jahr (von 1.1.2007 bis 31.12.2010: drei aufeinander folgende Jahre) lang über der Versicherungspflichtgrenze verdient haben. Die Versicherungspflichtgrenze entspricht 75 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung.

Reform: Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 ergaben sich auch Veränderungen für den Bereich der PKV. Das Gesetz schreibt vor, dass es seit 1.1.2009 einen bezahlbaren und umfassenden Krankenversicherungsschutz für alle Bürger geben muss. Aus diesem Grund müssen die privaten Krankenversicherungen, neben ihren bestehenden Tarifen, einen Basistarif anbieten, der den Standardtarif ersetzt

Bürgerentlastungsgesetz 2010 (BEG)

Zahlungen in Höhe der Beiträge zu einer Basiskrankenversicherung können als Vorsorgeaufwendungen in der Steuererklärung abgesetzt werden. Die Ermittlung des nicht abzehbaren Teils der Beiträge zum Erwerb eines Krankenversicherungsschutzes im Sinne des § 10 Absatz 1 Nummer 3a EStG ist in der Rechtsverordnung mit dem Namen "Verordnung zur tarifbezogenen Ermittlung der steuerlich berücksichtigungsfähigen Beiträge zum Erwerb eines

Krankenversicherungsschutzes im Sinne des § 10 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe a des Einkommensteuergesetzes" (Krankenversicherungsbeitragsanteil-Ermittlungsverordnung – KVBEVO) geregelt. Dort ist festgelegt, mit welchem Anteil die Beiträge für die einzelnen Leistungen der Krankenversicherung anzusetzen sind.

1.5. Definition der versicherten Leistungen

GKV: Die versicherten Leistungen sind im SGB V geregelt. Der gesetzlich festgelegte Leistungskatalog umfasst ärztliche und zahnärztliche Behandlungen, Krankenhausaufenthalte, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, gewisse haushaltsnahe Dienstleistungen sowie Präventionsmaßnahmen, Kranken- und Mutterschaftsgeld.

PKV: PKV-Unternehmen können in der Rechtsform des VVaG oder der AG betrieben werden. Zum Geschäftsbetrieb bedarf es der sog. Erlaubnis der Aufsichtsbehörde. Neben den allg. Regelungen des Versicherungsvertrags- und -aufsichtsrechts gelten insbesondere die einschlägigen Rechtsvorschriften zur PKV (insbes. §§ 192 ff. VVG, §§ 12 ff. VAG).

Der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. hat Musterbedingungen für die einzelnen Produktarten beschlossen. Die versicherten Leistungen sind den allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVBs) und in den einzelnen Tarifbedingungen der Gesellschaften geregelt.

1.5.1. Mindestleistungen der Krankenversicherung

GKV: Die versicherten Leistungen sind im SGB V geregelt. Der einzelne Leistungskatalog ist in den Satzungen der jeweiligen Krankenkasse geregelt und weist lediglich geringe Schwankungsbreiten auf, die über den gesetzlichen Mindestleistungen liegen können.

PKV: die gesetzlich definierten Mindestleistungen sind im VVG § 193 (3) geregelt und für alle Gesellschaften verbindlich. Ebenso gelten die Verbandsbedingungen MB/KK 2009 und MB/KT 2009. In den jeweiligen Tarifbedingungen können die Gesellschaften von den MB/KK 2009 abweichen.

Der vorliegende BVSV Standard nimmt inhaltlich auch Bezug auf die vom PKV-Verband formulierten Mindestleistungen (ab 21.12.2012).

- Die vom Versicherer verwendeten Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind verbandseinheitlich geregelt. Die Tarifbedingungen und sonstigen Klauseln für die private Krankenversicherung sind individuell geregelt. Die vom PKV-Verband empfohlenen Mindestleistungen sind keine zwingenden Leistungsinhalte in den einzelnen Tarifen und umfassen u.a. die Bereiche Hilfsmittel, ambulante Psychotherapie, Entwöhnungsbehandlungen.

1.5.2. Hinweise des BVSV e.V. zum empfohlenen Leistungsumfang der Privaten Krankenversicherung

Über diesen allgemeinen Standard hinaus verabschiedet der BVSV e.V. konkretisierende Hinweise, mit denen weitergehende Deckungen der Art und Höhe

empfohlen werden. Ebenso bestehen weitere Standards zu einzelnen Spezialbereichen.

1.6. Sondertarife PKV-Verband:

Standardtarif (MB/ST 2009):

Der Standardtarif ist ein brancheneinheitlicher Tarif in der privaten Krankenversicherung (PKV) und erfüllt seit seiner Einführung 1994 eine soziale Schutzfunktion. Er richtet sich vorrangig an ältere Versicherte, die aus finanziellen Gründen einen preiswerten Tarif benötigen. Der Wechsel in den Standardtarif ist für privat Versicherte – wenn die Voraussetzungen gegeben sind – nur innerhalb des jeweiligen Versicherungsunternehmens möglich. Der Leistungsumfang orientiert sich am Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Beitragshöhe ist abhängig von der Vorversicherungszeit und dem Alter des Versicherten, darf aber für Einzelpersonen den Höchstbeitrag der GKV beziehungsweise für Ehepaare 150 Prozent des GKV-Höchstbeitrags nicht übersteigen.

Der Standardtarif kommt nur für Versicherte mit vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossenen Verträgen in Frage. Privat Versicherte mit seit dem 1. Januar 2009 abgeschlossenen Verträgen haben die Möglichkeit, in den Basistarif zu wechseln.

Basistarif (AVB/BT 2009):

Der Basistarif ist ein branchenweit einheitlicher Tarif in der privaten Krankenversicherung (PKV), der zum 1. Januar 2009 mit Art. 44 des GKV-Wettbewerbs-stärkungsgesetz (GKV-WSG) eingeführt wurde.

Mit dem GKV-WSG, einem umfangreichen Artikelgesetz, wurde unter anderem das Verhältnis der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur PKV neu bestimmt und zum 1. Januar 2009 eine Versicherungspflicht in der PKV eingeführt (§ 193 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz).

Der Basistarif stellt eine neuartige Mischform aus Elementen der privaten und der gesetzlichen Krankenversicherung dar und steht allen Personen offen, die bei seiner Einführung nicht bereits anderweitig krankenversichert waren und für die mit der Gesundheitsreform 2007 eine Versicherungspflicht in der privaten Krankenversicherung begründet wurde. Das deutsche Gesundheitswesen gründet jedoch weiterhin auf den beiden Säulen GKV und PKV.

Wesentliche gesetzliche Regelungen zum Basistarif ergeben sich seit dem 1. Januar 2016 aus § 152 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG). Die Vorschrift entspricht inhaltlich unverändert dem bisherigen § 12 Absatz 1a bis 1c und 4b VAG a.F. Um die Lesbarkeit des Gesetzes zu erhöhen, wurde der bisherige § 12 VAG a.F. auf mehrere Vorschriften aufgeteilt. Am Inhalt der Regelungen, auch unter Berücksichtigung der bisher zum Basistarif ergangenen Rechtsprechung, ändert sich hieraus nichts.

Die Vertragsleistungen im Basistarif müssen in Art, Umfang und Höhe mit den Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen vergleichbar sein, der Beitrag darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreiten und steht einem bestimmten Kreis von Berechtigten offen, ohne dass der Versicherer für

Vorerkrankungen einen Risikozuschlag oder Leistungsausschluss vereinbaren darf (§ 152 Abs. 1 VAG, § 193 Abs. 5, § 203 Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz).

Notlagentarif (AVB/NLT 2013):

Das „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“ tritt am 1. August 2013 in Kraft. Durch das Gesetz werden Versicherten in bestimmten Fällen die Beitragsschulden erlassen. In der gesetzlichen Krankenversicherung werden die Säumniszuschläge von 5 Prozent auf 1 Prozent reduziert. In der privaten Krankenversicherung wird ein Notlagentarif für säumige Beitragszahler eingeführt.

Studentische Private Krankenversicherung (MB/PSKV 2009):

Bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres sind Studenten regelmäßig über die Eltern kostenfrei familienversichert. Danach sind sie selbst pflichtversichert. Voraussetzung dafür ist, dass sie an einer deutschen Fach- oder Hochschule eingeschrieben (immatrikuliert) sind. Dies gilt aufgrund einer EU-Verordnung auch für deutsche Studenten, die an entsprechenden Hochschulen im europäischen Wirtschaftsraum eingeschrieben sind. Dies gilt längstens bis zum Ende des 14. Fachsemesters bzw. bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres. Eine Verlängerung ist nur unter bestimmten Voraussetzungen, wie zum Beispiel wegen einer Behinderung oder Kindererziehung möglich. Anschließend muss entweder eine freiwillige Krankenversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder eine private Krankenversicherung abgeschlossen werden, es sei denn, es besteht aufgrund einer anderen Vorschrift (bspw. als Beschäftigter) Versicherungspflicht.

Studenten und Praktikanten können sich nach § 8 Abs. 1 Nr. 5 und Abs. 2 SGB V von der Versicherungspflicht befreien lassen. Ein Nachweis über das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall ist erforderlich.

Die Befreiung ist binnen drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse zu beantragen. Diese Möglichkeit besteht nur bis zum Ablauf der ersten drei Monate der Versicherungspflicht als Student. Eine Befreiung von der Pflichtversicherung ist auch nach dem Ende der Familienversicherung möglich. Die Familienversicherung ist eine Vorrangversicherung und drängt die Pflichtversicherung in den Hintergrund. Erst nach Ende der Familienversicherung beginnt die Pflichtversicherung.

Staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPV 2013):

Am 29. Juni 2012 hat die Bundesregierung mit der Verabschiedung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) beschlossen, die private Absicherung des Pflegerisikos nach dem Vorbild der Riester-Rentenverträge finanziell zu fördern. Seit 2013 können Pflegetagegeldversicherungen mit fünf Euro pro Monat staatlich bezuschusst werden. Voraussetzung: der Versicherte trägt monatlich einen Mindestbeitrag von zehn Euro selbst. Außerdem ist die Pflegetagegeldpolice an bestimmte Mindestleistungen gebunden.

1.7. Kranken-Zusatzversicherungen

Eine Private Krankenzusatzversicherung stellt eine besondere Form der privatrechtlich organisierten Krankenversicherung dar. Hierbei werden von gesetzlich Pflichtversicherten Risiken abgesichert, die nicht oder nur teilweise durch die Krankenvollversicherung der Träger der gesetzlich vorgeschriebenen Pflichtkrankenversicherung gedeckt sind. Der Leistungsumfang ergibt sich aus den Tarifbedingungen.

1.8. Begrenzungen der Leistungen

GKV: Grundlage der Leistungen sind im SGB V § 12 geregelt. Die Krankenkassen erbringen medizinisch notwendige Leistungen. Was unter die Feststellung als medizinisch notwendig fällt, wird im gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) unter Berücksichtigung der medizinischen Faktoren und der Wirtschaftlichkeit debattiert und festgelegt. Darüber hinaus gibt es individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), die vielfach medizinisch wichtig, jedoch vom Patienten zu bezahlen sind.

PKV: Die Versicherung schuldet dem Patienten aus dem Krankenversicherungsvertrag die Erstattung der Kosten für die medizinisch notwendige Heilbehandlung. (§ 1 Abs. 2 S. 1 MB/KK 76 sowie § 178 b Abs. 1 VVG).

1.9. Ausschlüsse

GKV: die Leistungen sind gesetzlich geregelt (SGB V) und dürfen darüber hinaus keine Ausschlüsse beinhalten.

PKV: Ausschlüsse oder Beitragszuschläge (Risikozuschläge) im Bereich Leistungen sind möglich. Voraussetzung: individuelle Gesundheitsprüfungen, Annahmerichtlinien der Gesellschaften.

1.10. Obliegenheiten des Versicherungsnehmers

1.10.1. Vorvertragliche Anzeigepflicht

Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung dem Versicherer alle ihm bekannten Gefahrumstände anzuzeigen, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat und die für den Entschluss des Versicherers erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen.

1.10.2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

Nach den gesetzlichen Regelungen für die GKV und den AVBs der Privaten Krankenversicherung hat der Versicherungsnehmer jeden Versicherungsfall dem Versicherer innerhalb einer entsprechenden Frist anzuzeigen.

1.10.3. Rechtsfolgen bei Verletzung von Obliegenheiten

Wird eine Obliegenheit aus dem Vertrag vorsätzlich verletzt, verliert der Versicherungsnehmer u.U. seinen Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Verletzt der Versicherungsnehmer eine Obliegenheit aus diesem Vertrag, die er vor Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen hat, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb der gesetzlichen Fristen ab Kenntnis fristlos kündigen.

Besondere Regelungen für die PKV:

Grundsätzlich darf der Versicherer den privaten Krankenversicherungsschutz nicht kündigen. Dies ist in § 206 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und § 12 Abs. 1 Nr. 3 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) geregelt. Der Versicherer darf aber wegen falscher Angaben bei der Gesundheitsprüfung vom Versicherungsvertrag zurücktreten (§§ 19 und 21 VVG) sowie bei einer schwerwiegenden Vertragsverletzung eine außerordentliche Kündigung aussprechen

2. Teil: Aufgaben, Pflichten und Dokumentation des Versicherungsvermittler (VVG Kapitel 1, Abschnitt 7)

2.1. Tätigkeiten des Versicherungsvermittlers

Gemäß BVSV Standard 050 ??? zum Begriff des Versicherungsvermittlers wird dieser als Oberbegriff für Versicherungsmakler, Versicherungsvertreter, Mehrfachvertreter und Versicherungsberater verwendet, so dass hier hinsichtlich der in Frage stehenden Aufgaben, Pflichten und Dokumentationen nach dem Status des Vermittlers zu differenzieren ist. Gesetzliche Regelung: VVG § 59-62.

2.1.1. Tätigkeit als Versicherungsmakler

Der Versicherungsmakler erhält vom Versicherungsnehmer einen Beratungs- und Vermittlungsauftrag. Er ist an kein Versicherungsunternehmen gebunden, auch wenn er üblicherweise vom Versicherer die Courtage (erfolgsabhängige Entlohnung bei Vermittlung und fortgesetzter Betreuung) erhält. Bei Versicherungsnehmern, die keine Privatkunden (Verbraucher) sind, kann der Makler alternativ ein Honorar für die Änderung oder Prüfung von Versicherungsverträgen vereinbaren¹.

Im Auftrag des Kunden bewertet der Makler den Markt nach den Anforderungskriterien des Versicherungsnehmers. Ein entscheidendes Kriterium ist in der Regel das Preis-Leistungs-Verhältnis. Aufgrund dessen gibt der Versicherungsmakler Empfehlungen ab.

Im Schadenfall des Versicherungsnehmers erfolgt die Schadenabwicklung üblicherweise direkt durch den Versicherer. In einigen Fällen besitzen

¹ § 34 d Abs. 1 GewO, Satz 4f.. Die einem Versicherungsmakler erteilte Erlaubnis beinhaltet die Befugnis, Dritte, die nicht Verbraucher sind, bei der Vereinbarung, Änderung oder Prüfung von Versicherungsverträgen gegen gesondertes Entgelt rechtlich zu beraten; diese Befugnis zur Beratung erstreckt sich auch auf Beschäftigte von Unternehmen in den Fällen, in denen der Versicherungsmakler das Unternehmen berät. Bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach den Sätzen 1 und 2 unterliegt die Industrie- und Handelskammer der Aufsicht der obersten Landesbehörde.

Versicherungsmakler Regulierungsvollmacht zwecks Vornahme der Schadensabwicklung gegenüber dem Versicherungsnehmer. Hierbei sind die gesetzlichen Regelungen zu beachten.

2.1.2. Tätigkeit als Versicherungsvertreter

In Deutschland sind Versicherungsvertreter i.d.R. selbstständige Handelsvertreter, die durch einen Agenturvertrag faktisch an eine Versicherungsgesellschaft (Auftraggeber des Vertreters) gebunden sind. Im Agenturvertrag wird geregelt, dass der Versicherungsvertreter ausschließlich für diesen Versicherer arbeitet.

Bei den Vertretern sind zwei erlaubnisrelevante Erscheinungsformen möglich:

- Der Vertreter nimmt seine Anmeldung als Versicherungsvermittler selber vor. Gemäß § 34 Abs. 1 S.2 GewO bedarf er der Erlaubnis seiner zuständigen Industrie- und Handelskammer. Diese müssen eine Vermögensschaden-Haftpflichtversicherung nachweisen (§ 34 d Abs. 2 Nr. 3 GewO) und werden als **Versicherungsvertreter mit Erlaubnis nach § 34d Abs. 1 GewO** bezeichnet. Haftungsfälle werden durch den Auftraggeber gedeckt, der anschließend über die Vermögensschaden-Haftpflichtversicherung des Vertreters Regress nimmt.
- Übernimmt dagegen der Versicherer für den Vertreter die Anmeldung als Versicherungsvertreter, benötigt dieser keine Erlaubnis und wird als **gebundener Versicherungsvertreter** gemäß § 34d Abs. 4 GewO bezeichnet. Voraussetzung ist, dass das Versicherungsunternehmen für ihn die uneingeschränkte Haftung aus seiner Vermittlertätigkeit übernimmt (§ 34d Abs. 4, Nr. 2 GewO).

Die Schadenabwicklung erfolgt üblicherweise direkt durch den Versicherer. In einigen Fällen besitzen Versicherungsvertreter eine auf Kleinschäden begrenzte Regulierungsvollmacht zwecks Vornahme der Schadensabwicklung gegenüber dem Versicherungsnehmer.

2.1.3. Tätigkeit als Versicherungsberater

Die Versicherungsberater werden durch den Versicherungsnehmer beauftragt und beraten diesen über den Versicherungsschutz, verhandeln diesbezüglich mit den Versicherern und vertreten ihre Auftraggeber im Schadensfall außergerichtlich gegenüber den jeweiligen Versicherern. Weiterhin können sie eine gutachterliche Tätigkeit, auch vor Gerichten, ausüben.

Die Vergütung erfolgt durch den Versicherungsnehmer (Auftraggeber). Die Vermittlung gegen Hergabe von Courtage/Provision seitens der Versicherer ist ihnen gesetzlich verboten (§ 34e Abs. 3 S.1 GewO).

Den Versicherungsberatern ist, im Gegensatz zu den Vermittlern, auch die rechtliche Beratung von Verbrauchern gestattet. Für Berater und Vermittler gleichermaßen gilt, dass ihre Tätigkeit auf den außergerichtlichen Bereich beschränkt ist.

Dem Versicherungsberater fehlt die Möglichkeit, seinen Auftraggeber wirksam zu enthaften, weil der Versicherungsberater stets auch die Gewährleistung eines niedrigen Preis-Leistungsverhältnisses bei der Risikovorsorge schuldet.

2.2. Informationen des Versicherungsvermittlers

Der Versicherungsvermittler hat dem Versicherungsnehmer beim ersten Geschäftskontakt seinen Familiennamen und Vornamen sowie die Firma, Personenhandels- oder Kapitalgesellschaften, in denen der Eintragungspflichtige als geschäftsführender Gesellschafter tätig ist, seine betriebliche Anschrift in Textform mitzuteilen.

Daneben hat er dem Versicherungsnehmer zu offenbaren, ob er als Versicherungsmakler oder als Versicherungsvertreter mit Erlaubnis gemäß § 34 d Abs. 1 S.1 GewO², als gebundener Versicherungsvertreter nach § 34 d Abs. 4 GewO oder als Versicherungsberater nach § 34 e Abs. 1 GewO auftritt.

2.3. Beratungspflichten des Versicherungsvermittlers

Der Versicherungsvermittler hat die Beratung des Versicherungsnehmers (Kunden) nach dessen Wissensstand, Intellekt, und seinem privaten und beruflichen Wissensstand angemessen und in einer nach dessen Empfängerhorizont verständlichen Form durchzuführen.³

Während der gebundene oder erlaubnisberechtigte Vertreter i.d.R. auf Anfrage des Kunden anlassbezogen tätig wird, ist auch die Beratungspflicht des Versicherungsmaklers nach der herrschenden Sachwalter-Rechtsprechung des BGH nicht unbegrenzt gegeben. Der Maklerauftrag bezieht sich i.d.R. nur auf das aufgegebenes Risiko und Objekt. Eine rechtliche Verpflichtung des Versicherungsmaklers, den Kunden i.R.d. schon bei der ersten Kontaktaufnahme ungefragt einer umfassenden Analyse seiner gesamten Versicherungssituation zu unterziehen, besteht grundsätzlich nicht. Vielmehr hat der Kunde den Versicherungsmakler über alle ihm wichtigen und augenscheinlich nicht sichtbaren Verhältnisse von sich aus zu informieren. Das gilt erst Recht, wenn der Versicherungsmakler nicht typischerweise mit Lücken in dem bestehenden Versicherungsschutz rechnen musste.⁴

2.4. Dokumentationspflichten des Versicherungsvermittlers

Seit der Einführung der EU-Vermittler-Richtlinie ist die Dokumentation der Vorgänge, die zur Vermittlung neuer und / oder Fortführung bestehender Versicherungsprodukte mit oder ohne Änderungen (z.B. Aktualisierung der Versicherungsbedingungen, Anpassungen an geänderte Verhältnisse des Versicherungsnehmers, etc.) für alle Versicherungsvermittler verpflichtend.

² Gemäß § 34 d Abs. 1 S.3 GewO ist in der Erlaubnis anzugeben, ob die Erlaubnis einem Versicherungsmakler oder einem Versicherungsvertreter erteilt wird.

³ Frei nach Dr. Oliver Körtner, Die EU-Vermittlerrichtlinie und die Reform des VVG, S. 40

⁴ OLG Hamm, Urteil vom 21. Mai 2015, Az. 18 U 132/14, <http://openjur.de/u/843937.html>, RN. 61

Der Versicherungsvermittler hat die Situation des Versicherungsnehmers im Zusammenhang mit seinen bereits bestehenden Versicherungen zu erfassen (IST-Analyse) und seine Wünsche und Bedürfnisse abzuklären (SOLL-Analyse). Er hat diese Bedürfnisse und Wünsche mit der vorhandenen familiären, finanziellen, steuerlichen und Vermögenssituation zu analysieren und unter Berücksichtigung der gegenwärtigen Versicherungsverträge einen Rat bzw. eine Veränderung oder Anpassung der Versicherungsverträge vorzunehmen.

Der Versicherungsvermittler muss seinen Rat, vor allem im Hinblick auf die Wünsche und Bedürfnisse des Kunden und die gegebene Situation begründen. Die Inhalte der Beratung, die sich an der Erfüllung der Kundenwünsche zu orientieren haben, sind aus Gründen der Beweisführung in Textform festzuhalten, ebenso die Entscheidung des Kunden, vor allem wenn diese vom erteilten Rat abweicht.

Bei Versicherungsvermittlern ist zwischen Versicherungsmaklern und Versicherungsvertretern zu unterscheiden (s.o. 2.1.).

Der Versicherungsmakler kann die Art und Weise der Dokumentation eigenverantwortlich selbst entscheiden. Nach Vorlage seiner Maklervollmacht, die ihn als Stellvertreter seines Kunden (Versicherungsnehmer) gegenüber dem Versicherer legitimiert, kann der Makler für seinen Kunden auch formlos Neuabschlüsse sowie Änderungen und Kündigungen bestehender Verträge seiner Kunden veranlassen. Im Streitfall verweist der Versicherer den Maklerkunden direkt an den Makler, der die kundenwunschkonforme Beratung und Umsetzung nachzuweisen hat.

Demgegenüber hat der gebundene oder mit Erlaubnisvorbehalt tätige Versicherungsvertreter spätestens nach Beendigung der Beratung ein vom Versicherer vorgefertigtes Beratungsprotokoll auszufüllen, eigenhändig zu unterschreiben und dem Antrag beizufügen. Das Beratungsprotokoll ist hier notwendige Voraussetzung für die Policierung des Antrags durch den Versicherer.

2.4.1. Bedarfsklä rung mittels Risikoanalysebögen

Nach der Auftragsklärung zur Absicherung gesundheitlicher Risiken und der Aufnahme der Kundenbasisdaten beginnt die spartenweise Betrachtung, wie sie gängige Praxis in der Vermittlerausbildung und -praxis ist.

Die Bedarfsklä rung dient der Vorbereitung des Vermittlers, bevor das klassische Handwerkszeug der Versicherungs- und Vermögensberatung zur Anwendung gelangt. Die für die Angebotserstellung wesentlichen Informationen über Art und Umfang der bestehenden und abzusichernden Risiken des VN ist anhand einer Risikoanalyse abzufragen. Der auf die Weise ermittelte IST-Zustand der Lebensverhältnisse und die sich daraus ergebenden Haftungspotenziale des VN ermöglichen dem Vermittler die Auswahl der Produkte, die dem VN zur Schließung seiner Deckungslücken und somit Absicherung seiner Haftungsrisiken anzubieten sind (Soll-Zustand).

Geeignete standardisierte Risikoanalysen (z.B. die Risikoanalysebögen des Arbeitskreises Beratungsprozesse) bezwecken die Unterstützung des Vermittlers, die Risikoverhältnisse des Kunden systematisch und vollständig zu erfragen,

insbesondere welche Risikoumstände bei der Vertragsgestaltung zu berücksichtigen sind.

Die Unterschrift der Beteiligten (Kunde, Vermittler) unter der Risikoanalyse ist vom Gesetzgeber nicht gefordert, jedoch aus Gründen der Beweisführung dringend anzuraten.

2.4.2. Fragen zu den Risiken im Zusammenhang mit der Krankenversicherung

Alle folgenden Fragen beziehen sich auf den Versicherungsnehmer und die im Kundenbasisdatenbogen erfassten Personen (nicht abschließend):

- Allgemeine Daten der Beratung
- Persönliche Angaben
- Beratungsgrundlage
- Motive des Kunden für die Beratung
- Bestehender Versicherungsschutz
- Systemvergleich GKV / PKV
- Familienmitglieder zu berücksichtigen
- Vollversicherung / Zusatzversicherung
- Besprochener Leistungsumfang / Kundenwünsche
- Fragen des Kunden zum Beratungsinhalt
- PKV im Alter
- Rückkehrmöglichkeiten in GKV
- Vor- / Nachteile bei Wechsel des Versicherers
- Entscheidungen des Kunden
- Empfehlungen des Vermittlers
- Verwendung möglicher Beitragsersparnisse
- Ausgehändigte Unterlagen (VVG-Konform)
- Wichtige Hinweise (z.B. zu Gesundheitsfragen)
- Sonstiges
- Ort, Datum, Unterschrift

3. Teil: Sachverständigenaufgaben und Dokumentation

3.1. Funktion des Sachverständigen

Der Sachverständige hat zu erklären ob er als neutraler Gutachter oder als Parteigutachter tätig ist.

Sofern persönliche oder berufliche Verbindungen zwischen ihm und dem Auftraggeber bestehen, hat er diese mitzuteilen.

3.2. Auftrag des Sachverständigen

Der Sachverständige hat mitzuteilen, wie sein Auftrag lautet und wer ihn beauftragt hat. Auch ist der Zweck der Beauftragung anzugeben.

3.3. Informationen über die tätigkeitsbezogenen Unterlagen und Informationen

Hier hat der Sachverständige anzugeben, welche Informationen und Unterlagen er von wem erhalten hat. Somit kann ein sachverständiger Dritter bei der Gewichtung und Nachvollziehbarkeit von ermittelten Ergebnissen sich ein eigenes Bild machen.

3.4. Informationen über Tätigkeiten, Verfahren und Ergebnisse

Der Sachverständige hat seine Handlungen auf die von ihm erfassten und beurteilten Sachverhalte auszurichten. Bei dieser Begutachtung hat der Sachverständige die vorhandenen Gegebenheiten (Istzustand) mit dem gewünschten Sollzustand abzugleichen (Aussageebene).

Der Sachverständige hat zur ordnungsgemäßen Durchführung des Auftrages alle notwendigen Informationen, fachlichen Regelungen und Verfahren zu beschaffen und zu einzuhalten. Gleichwohl kann es im Rahmen der Sachverständigentätigkeit erforderlich sein, Arbeitsergebnisse oder Untersuchungen Dritter oder anderer miteinzubeziehen. Diese verwendeten Ergebnisse sind zu überprüfen und in der eigenen Arbeit als nicht eigene Feststellungen kenntlich zu machen.

4.5. Erstellung des Gutachtens

Die Erstellung des Gutachtens bzw. Ergebnisberichtes ist in der Regel in einer schriftlichen Form zu erstatten. Es hat ein klar und schriftlich zu formulierendes Gesamturteil über das Ergebnis zu enthalten.

Das Gesamturteil beruht auf den Ergebnissen, zu denen der Sachverständige aufgrund des Auftrages und der damit verbundenen Tätigkeit gekommen ist. Der Inhalt und der Umfang der Tätigkeit werden durch den vorgegebenen bzw. vorhandenen Sachverhalt bestimmt.

4.6. Dokumentation der verwendeten Unterlagen

Es sind in den Arbeitspapieren alle Aufzeichnungen und Unterlagen, Arbeitspapiere über Verfahren und Berechnungen, die der Sachverständige im Zusammenhang mit der Tätigkeit selbst erstellt, sowie alle Schriftstücke und Unterlagen, die er vom Auftraggeber, dem Versicherten oder von Dritten als Ergänzung seiner eigenen Unterlagen zum Verbleib erhält, zu Dokumentationszwecken aufzubewahren.

Diese sollen sein Ergebnis und dessen Ableitung im Gutachten bzw. Ergebnisbericht stützen und die Sachverhalte im Gutachten nachweisen und dokumentieren. Somit soll einem sachverständigen Dritten die Möglichkeit gegeben werden, die Tätigkeit und das Ergebnis des Sachverständigen nachvollziehen zu können.

5. Teil: Inkrafttreten des Standards

Der Sparten-Standard 0900 „Private Krankenversicherung“ tritt mit Verabschiedung zum 05.08.2016 in Kraft.

Autor: Andreas Trautner (FBL-KV)