



Verunsichert

Verbraucher Wer eine Versicherung abschließt, vertraut auf Hilfe in der Not. Doch im Ernstfall tun die Konzerne mitunter alles, um nicht zahlen zu müssen. Die Kunden können sich kaum wehren.

Brandgeschädigter Vaupel

Vor der Schrankwand: Ordner voller Unterlagen. In den Schubladen: mehr Unterlagen. Unterm Dach: noch mehr Unterlagen. Sogar im Schuppen auf dem Hof lagern Kisten mit Papieren.

Jens Urbans Haus im brandenburgischen Zossen ist das Archiv einer 15 Jahre langen Leidensgeschichte. Sein Leben wird dominiert von Ärzten und Anwälten, Gutachtern und Richtern. Von Schreiben mit Aktenzeichen im Briefkopf und offiziellen Stempeln am Schluss. Von einem schier unendlichen Kampf mit den Versicherungen. „Die wollten mich mürbemachen“, sagt der 48-Jährige.

Dabei hatte der frühere Baumarktlagerleiter nur das Pech, an einem Freitag im Januar 2000 zur falschen Zeit auf der Autobahn 113 unterwegs gewesen zu sein. Am Kreuz Berlin-Schönefeld rauschte ein betrunkenen Lkw-Fahrer in seinen Mercedes 190 und quetschte ihn gegen die Leitplanke. Urban brach sich mehrere Knochen, die linke Schulter und der rechte Ellenbogen waren hinüber; am schlimmsten aber: Sein Schließmuskel funktionierte nicht mehr. Urban ist seitdem inkontinent. „Eine normale Lebensführung ist in fast keinem Lebensbereich mehr möglich“, befand später eine Gerichtsgutachterin, „eine soziale Isolation wie bei einem Aussätzigen ist die Folge.“

Einhalb Jahrzehnte lang streitet sich Jens Urban mit Versicherungskonzernen herum, allen voran die Allianz. Es geht um mehrere Hunderttausend Euro. Urban wurde mit 33 Jahren vom Familienernährer zum Pflegefall. Er wird wohl nie mehr arbeiten können.

Gut zwei Jahre nach dem Unfall hatte er sich auf einen Vergleich mit dem Haftpflichtversicherer des Lkw-Fahrers eingelassen, der den Unfall verursacht hatte. Urban bekam rund 300 000 Euro. Das klingt nach viel Geld, doch offenbar war er damals schlecht beraten. Sein heutiger Anwalt Joachim Laux sagt: „Mindestens 900 000 Euro wären angemessen gewesen.“

Urban hatte auch selbst eine Unfallversicherung abgeschlossen, genau genommen waren es sogar mehrere Policen, bei der Continentale (Motto: „Mehr als eine Versicherung“) und bei der Allianz (Motto: „Top-Unfallschutz für Sie und Ihre Familie“). Sie sollten ihn für den Fall einer Invalidität absichern.

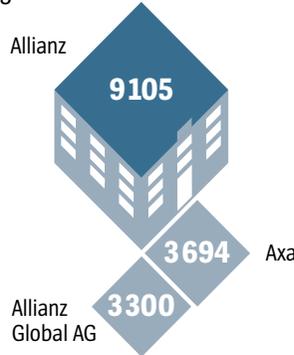
Doch die Versicherungen versuchten, ihn mit geringen Beträgen abzuspeisen. Sie bezweifelten, dass allein der Autounfall die Inkontinenz verursacht habe: Frühere Leiden und Operationen sollten verantwortlich sein, in diesem Fall hätten die Assekuranzen nur vergleichsweise mickrige Summen zahlen müssen.

Seit 2004 prozessiert Urban. Wie viele Untersuchungen von Sachverständigen er über sich hat ergehen lassen müssen, weiß er nicht mehr. Er war bei Chirurgen, Or-



Die größten Schaden- und Unfallversicherer in Deutschland

nach verdienten Bruttobeiträgen, in Millionen Euro, 2013



Milliarden Euro wurden 2014 an Schaden- und Unfallversicherungsbeiträgen gezahlt



Milliarden Euro zahlten die privaten Versicherer in dieser Sparte an Leistungen aus



Millionen Schaden- und Unfallversicherungsverträge liefen 2014

Versicherungsbeschwerden

Eingaben an Ombudsmann



* Zum Jahresende 2014 gingen zahlreiche unzulässige Beschwerden ein, die nicht gegen Versicherungen, sondern gegen Banken gerichtet waren.

Quelle: Ombudsmann, GDV, BaFin

thopäden, Neurologen und Psychosomatikern. Nach sieben Jahren verständigte er sich mit der Continentale auf einen Vergleich, der Streit mit der Allianz hingegen ging weiter. Im Dezember 2014 entschied das Berliner Landgericht: Die Inkontinenz sei „unfallbedingt“ – und beeinträchtigte Urbans Leben derart schwer, dass die Versicherung ihm auch deswegen weitere 178 000 Euro zahlen müsse.

Damit hätte Urbans Kampf zu Ende sein können. Hätte. Doch die Allianz blieb stur. Sie ging in Berufung. Und Urbans Berg an Unterlagen wuchs weiter – Aktenzeichen endlos? Erst als sich im Juni andeutete, dass die Berufung zurückgewiesen wird, erklärte sich die Allianz bereit, „die Angelegenheit kurzfristig zu einem einvernehmlichen Abschluss“ zu bringen. Jetzt sieht alles nach einer Einigung aus. Kurzfristig. Nach 15 Jahren.

Die Versicherungsbranche stellt sich als vertrauenerweckend dar und wirbt mit Slogans wie „Ein starker Partner an Ihrer Seite“ oder „Sicherheit in jeder Lebenslage“. Die Assekuranzen präsentieren sich als Retter in der Not, bei Brand und Unwetter, Einbruch und Diebstahl, Krankheit und Invalidität.

Diese Botschaft ist zumindest bei Angela Merkel angekommen. Im November vorigen Jahres sagte die Kanzlerin auf der Jahrestagung der Deutschen Versicherungswirtschaft: „Sie übernehmen Verantwortung für das Gemeinwohl. Und dafür wird Ihnen auch viel Vertrauen entgegengebracht.“

Aber wenn Versicherte wirklich in Not sind, wird die Hilfe verzögert, verschleppt, verweigert. Sobald es um größere Schadenssummen geht, zeigen sich die Unternehmen hart. Und an die Stelle von Vertrauen treten Ernüchterung und Empörung. Kunden, die nicht abgespeist werden wollen, müssen besonnen und gewieft sein – und einen Anwalt haben, der sich in der Versicherungsmaterie auskennt.

Verbraucherverbände und Opfervereine beklagen seit Langem, dass Konzerne ihre Macht ausnutzen, um Versicherte hinzuhalten und Zahlungen durch immer weitere Prozesse hinauszuzögern. Doch ihre Kritik blieb bisher ohne große Resonanz.

Der Deutsche Anwaltverein hat vor einigen Monaten rund 1250 Rechtsanwälte vom Meinungsforschungsinstitut Forsa zum Verhalten von Versicherungen befragen lassen. 70 Prozent gaben an, dass sich die Schadensregulierung in den vergangenen fünf Jahren verschlechtert habe. Sie klagten über längere Bearbeitungszeiten und Verzögerungstaktiken, immer wieder wiesen Versicherungen ungerechtfertigt Leistungen zurück, teilweise ignorierten sie sogar „bewusst“ die geltende Rechtsprechung, so die Antworten an Forsa.

In den Versicherungskonzernen würden Betriebswirte knallhart kalkulieren, was

günstiger sei, sagt Jörg Elsner, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Verkehrsrecht im Deutschen Anwaltverein, „sofort zu regulieren oder abzuwarten, wer denn wirklich eine Klage erhebt“.

So nett die Außendienstmitarbeiter beim Vertragsabschluss sein können, so kühl reagieren die Konzerne, wenn ein Schaden eintritt. Schützen können sich Kunden vor der Zähleibigkeit kaum, es sei denn, sie schließen gleich eine Rechtsschutzversicherung mit ab. Ansonsten kann ihnen beim Kampf gegen das Gebaren der Assekuranzen schnell das Geld ausgehen.

Dabei vertrauen die Deutschen ihren Versicherungen: In mehr als 427 Millionen Verträgen haben sich Privatpersonen und Unternehmen gegen Risiken versichert. 192 Milliarden Euro werden den Versicherungen jährlich überwiesen. Die Kunden wollen sich finanziell absichern, etwa gegen einen Schicksalsschlag, wie er der Familie Bernert in Bayern widerfahren ist.

Seit mehr als 30 Jahren liegt die 63-jährige Claudia Bernert aus Immenstadt im Allgäu mit der Allianz-Versicherung über Kreuz (SPIEGEL 12/2013). Am 14. Oktober 1984 kam ihr Sohn Daniel körperlich und geistig schwerbehindert zur Welt, weil ein Arzt, die Hebamme und eine Krankenschwester nicht richtig reagiert hatten – eindeutige Behandlungsfehler, stellten Gutachter fest.

Acht Jahre lang wurde die Familie Bernert hingehalten. Dann musste sie vier Prozesse führen, bis die Allianz, der Versicherer des Arztes und der Hebamme, nach mehr als zwei Jahrzehnten 1,8 Millionen Euro als Vergleich anbot. Die Familie lehnte ab – es war nur ein Teil dessen, was die Behinderung Daniels bis dahin gekostet hatte und bis zu seinem Lebensende voraussichtlich noch kosten wird. Die Allianz betonte, ihr sei stets daran gelegen, „nach Sach- und Rechtslage so zeitnah wie möglich“ zu regulieren. Das hinderte sie nicht daran, eine Berufung zu veranlassen, wann immer der Behinderte und seine Mutter vor Gericht gewannen.

Nachdem der Fall Bernert vor drei Jahren öffentlich geworden war, handelte das Bundesjustizministerium, damals noch geleitet von Sabine Leutheusser-Schnarrenberger (FDP). Ministerialrat Volker Schöfisch schrieb den Justizverwaltungen in den Ländern, es gingen „immer wieder Beschwerden“ ein, laut denen „Versicherer mit erheblicher Verzögerung“ zahlten, ihre „wirtschaftlich stärkere Position“ ausnutzten, um die Versicherten „in zermürbenden Rechtsstreitigkeiten zur Aufgabe“ ihres Anspruchs zu bewegen. Das Ministerium wollte wissen, ob Gesetzesänderungen erforderlich seien, und wies auf mehrere Urteile hin, in denen Gerichte das Verhalten von Versicherungen kritisiert hatten.

Das Oberlandesgericht München etwa hatte einer 45-jährigen Frau, die sich nach einem schweren Verkehrsunfall nur noch im Rollstuhl oder an Krücken fortbewegen konnte, ein Schmerzensgeld in Höhe von 100 000 Euro zuerkannt. Es sei zu berücksichtigen, so die Richter, dass sich die Versicherung „vorwerfen lassen muss, die Schadensregulierung nur zögerlich betrieben zu haben“.

Das Oberlandesgericht Nürnberg hatte einem Rollerfahrer, der nachts gegen einen unbeleuchteten Anhänger geknallt war, 35 000 Euro Schmerzensgeld zugesprochen. Trotz schwerster innerer Verletzungen hatte die Kfz-Versicherung zunächst nur 2000 Euro gezahlt. Dieses Regulierungsverhalten, so das Gericht, müsse als „ein gegen Treu und Glauben verstoßender Zermürbungsversuch“ verstanden werden.

Einige Bundesländer berichteten nach Berlin, dass die Versicherungen in bestimmten Bereichen „oft kompromisslos kämpfen“ würden, etwa in der Feuerver-



Urbans Auto nach dem Unfall

„Mehr als eine Versicherung“



Unfallopfer Urban

sicherung, der Berufsunfähigkeitsversicherung, auch in Arzthaftungssachen und bei Unfall- oder Invaliditätsversicherungen – also immer dort, wo es um richtig viel Geld geht. Aber der Tenor der 16 Antwortschreiben lautete, eine generelle Verweigerungshaltung sei nicht erkennbar.

Das Bundesjustizministerium blieb noch kurz am Thema dran. Im September 2013 lud Ministerialrat Schöfisch Verbraucherorganisationen und Versicherungen zu einer Anhörung nach Berlin. Man redete, tauschte Papiere aus – und dann verschwand alles wieder unter Aktendeckeln.

Mit einer 36-seitigen Stellungnahme beauftragte der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) die Politik. Die Schadensregulierung, so der Lobbyverband, erfolge „reibungslos“:

- ▶ Nur 0,6 Prozent aller Schäden in der Schaden- und Unfallversicherung landeten vor Gericht, rund 30 Prozent dieser Fälle endeten mit einem „einvernehmlichen Vergleich“;
- ▶ die Überprüfung überhöhter Forderungen erfolge im Interesse aller Versicherten;
- ▶ die „allermeisten Fälle“ der 23 Millionen Schadensereignisse pro Jahr würden binnen kurzer Frist abgeschlossen;
- ▶ bei dieser hohen Zahl zu bearbeitender Fälle „können Fehler nicht immer zu hundert Prozent ausgeschlossen werden“.

Das Fazit: Die Versicherer betrieben eine „hochprofessionelle Schaden- und Leistungsfallbearbeitung“, „gesetzliche Änderungen sind nicht erforderlich.“

Und so geschah es. Die Initiative des Justizministeriums schlief ein, bis heute.

Die Versicherungen begründen ihr rigides Vorgehen damit, die ehrlichen Kunden schützen zu müssen. Der GDV-Hauptgeschäftsführer Jörg Freiherr Frank von Fürstenwerth sagt, die Versicherungen seien „gegenüber der ganz großen Mehrzahl ehrlicher Kunden in der Pflicht, Betrug zu bekämpfen“. Allein in der Schaden- und Unfallversicherung sei angeblich „einer von zehn Schadensfällen frei erfunden“. Dadurch entstehe jährlich ein Schaden von vier Milliarden Euro.

Vor vier Jahren beauftragte der GDV ein Meinungsforschungsinstitut, um dem vermeintlichen Massenphänomen auf den Grund zu gehen. Heraus kam: 40 Prozent aller Deutschen glaubten, Haftpflicht- und Hausratversicherungen „verhältnismäßig leicht betrügen zu können“. Ein Unrechtsbewusstsein sei laut GDV „häufig nicht vorhanden“.

Versicherungskritiker Wolfgang Schüemann sieht die Sache genau umgekehrt. Er ist überzeugt, dass nicht Betrugsversuche der Kunden, sondern Zermürbungstaktiken der Versicherungen System haben. Der 68-Jährige ist emeritierter Professor für Privatrecht an der Technischen Universität Dortmund. Bereits Mitte der



Unternehmerin Walther

„Wir sorgen für Ihr Glück im Unglück“



Neunzigerjahre warnte er vor einem grundlegenden Problem der Branche: Der Versicherungsnehmer zahle Prämien in einen Topf, um sein Leben abzusichern. Dafür erwarte er Geld aus diesem Topf, falls er einen Unfall hat, krank wird oder sein Haus Feuer fängt. Den Versicherungsunternehmen gebe er einen Obolus, um seine Absicherung zu organisieren.

Die Realität sehe anders aus, sagt Schünemann: Die Versicherer würden die Prämien insgesamt vereinnahmen, statt die Prämie deutlich in zwei Töpfe aufzuteilen: in den Beitrag für die eigentliche Risikoabsicherung einerseits und das Entgelt für die Organisationsdienstleistung andererseits. Deshalb sei jeder Schadensfall für die Konzerne ein Kostenfaktor, der ihre Bilanz drücke.

Schünemann saß fünf Jahre lang im Beirat der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungen (BaFin), einem Kontrollgremium für Banken und Versicherungen. Mit seiner Grundsatzkritik konnte er sich dort nicht durchsetzen. Der Skandal seien nicht die schlimmen Einzelschicksale, sondern diejenigen, „die dahinterstecken und dieses System tragen“, sagt er.

Beim Ombudsmann für Versicherungen hat die Zahl der Beschwerden zuletzt Jahr für Jahr zugenommen: 2014 beklagten sich 19 897 Versicherte bei der Stelle, so viele wie noch nie. Bei der BaFin gingen im selben Jahr noch einmal rund 9000 Beschwerden ein. Das sind zusammen immerhin rund 30 000 Eingänge bei Beschwerdestellen, von denen die meisten Versicherten vermutlich gar nicht wissen, dass es sie gibt.

Rund ein Drittel der Klagen weist der Ombudsmann als unbegründet zurück – zudem sieht er „keine Anhaltspunkte für eine Verzögerungsstrategie“. Der Ombudsmann – derzeit der ehemalige Präsident des Bundesgerichtshofs Günter Hirsch – wird von der Versicherungswirtschaft bezahlt. Und in Fällen, in denen es um mehr als 100 000 Euro Streitwert geht, ist er nicht mehr zuständig.

Wie nah sich Justiz und Versicherungswirtschaft sein können, hat der Tierpfleger Thomas Vaupel erfahren. Als er vor sechs Jahren sein Elternhaus in Bünde bei Bielefeld übernahm und versicherte, hatte er ein gutes Gefühl. Der Versicherungsvertreter war ein Kumpel. Die GV Oldenburg (Motto: „Wir regeln das“) ist kein anony-

mer Internetkonzern, sondern eine regional verwurzelte Assekuranz.

Bald danach zog Vaupel um und bot das Haus zum Verkauf an. Als er etwas reparieren wollte, entdeckte er, dass es im Innern gebrannt hatte. Die Flammen waren von selbst erloschen, offenbar weil das Feuer zu wenig Nahrung gefunden hatte. Vaupel meldete den Brand seiner Versicherung. Die Staatsanwaltschaft schickte einen Brandermittler.

Jemand, dem Haus und Hof abbrennt, benötigt in der Regel schnelle Hilfe, aber die Versicherungen nehmen sich oft Zeit. Häufig ermittelt die Polizei zunächst die Brandursache. Solange diese nicht geklärt ist, besteht ein „Auszahlungshindernis“. Manchmal helfen Brandexperten der Versicherungen nach, heißt es in der Branche, und geben Ermittlern Tipps, etwa auf angeblich nicht gelöschte Kerzen. Die Ermittlungen können dann Monate dauern.

In Bünde rückte die Polizei an. Weil die Beamten keine Einbruchspuren entdeckten, geriet Vaupel in Verdacht, das Haus angezündet zu haben. Auch hier hatte die Versicherungsbranche möglicherweise Einfluss bei der Ermittlung der Brand-

ursache. Die Staatsanwaltschaft beauftragte das Institut für Schadenverhütung und Schadenforschung (IFS) mit einem Gutachten. Die Einrichtung wird getragen von etlichen Assekuranzen. Der IFS-Gutachter fand keine Spuren von Brandbeschleunigern im Haus, konnte auch keine Ursache nennen. Dennoch hielt er Brandstiftung für die wahrscheinlichste Erklärung.

Die Staatsanwaltschaft stellte das Ermittlungsverfahren gegen Vaupel schnell ein: kein Tatverdacht. Für die GV Oldenburg kam hingegen nur ein Täter infrage: ihr Kunde. Nur er habe ein Motiv – die Versicherungssumme. Vaupel habe das Haus verkaufen wollen und keinen Käufer gefunden. Deshalb müsse er es angezündet haben. Die Versicherung weigerte sich zu zahlen. Schließlich schaltete Vaupel einen Anwalt ein, der die Versicherung verklagte. Ein von ihm beauftragter Gutachter bezifferte den Schaden auf fast 70 000 Euro.

Knapp drei Jahre nach dem Brand riet das Landgericht Osnabrück den Parteien in diesem Februar zu einem Vergleich. Vaupels Anwalt Christian Däke hätte gern ein Urteil erstritten. „Die Chancen standen gut, aber dann wäre die Versicherung mit Sicherheit in Berufung gegangen, und auf eine Entscheidung hätten wir drei weitere Jahre warten müssen“, sagt er. Vaupel wollte einen Schlusstrich und bekam rund 25 000 Euro.

Das ist einer dieser „einvernehmlichen Vergleiche“, von denen der Versicherungsverband GDV in seiner Stellungnahme an das Justizministerium sprach. „Auseinandersetzungen mit Versicherungen sind fast immer ein Gefecht David gegen Goliath, bei denen die Versicherungen ihre wirtschaftliche Macht ausnutzen“, sagt der Celler Anwalt Hermann Schünemann.

Die BaFin beaufsichtigt in Deutschland mehr als 560 Versicherungsunternehmen. Ihr Verhalten unterscheidet sich, manche Konzerne können durchaus kulant sein – etwa bei zerbrochenen Scheiben, kaputten Handys, zerbeulten Kotflügeln.

Wenn es aber um große Summen geht, reagiert kaum ein Versicherer großzügig. Kunden geraten dann schnell in eine Notlage. „Wenn es etwa gebrannt hat, laufen in der Regel die Kredite für die zerstörte Immobilie weiter, es muss ein Ausweichquartier gemietet und eine neue Ausstattung finanziert werden“, sagt Schünemann. „Da wird durchaus darauf spekuliert, dass eine Firma in Insolvenz geht oder ein betagter Kunde verstirbt.“

Selbst gut laufende Firmen können in Existenznot geraten, wenn die Versicherung zickt – wie im Fall der Schreinerei Walther Expointerieur aus der Nähe von Dresden, die auf Möbel für Museen und Ausstellungen spezialisiert ist. Chef Fanni Walther hat auch drei Jahre nach einem Brand den Großteil der erwarteten

Versicherungsleistung noch nicht erhalten. „Die Firma kämpft täglich ums Überleben, weil uns einfach das Geld fehlt“, sagt sie.

Dabei hatte das Unternehmen eigens bei der Sparkassen-Versicherung Sachsen (Motto: „Pech gehabt? Wir sorgen für Ihr Glück im Unglück“) eine Betriebsunterbrechungsversicherung abgeschlossen. Ein solcher Vertrag verspricht in Notlagen zu helfen: Nach einem Feuer soll der Produktionsausfall schnell ersetzt werden, um das wirtschaftliche Überleben zu sichern.

Vielen Versicherten fehlen die Zeit, die Kraft, die Energie und das Geld, um vor Gericht zu kämpfen, gerade nach einem Schicksalsschlag. Nur wenige bäumen sich so auf wie ein 77-jähriger Mann aus Großenhain in Sachsen. Er hatte ein Haus gekauft, in dem er eine Sauna mit kleiner Gaststätte betrieb. Im April 2009 brannte das Gebäude nieder. Für die R+V-Versicherung war schnell klar: Ihr eigener Kunde war der Brandstifter. Ein Gutachter gab der Versicherung recht.

Der mutmaßliche Täter zog vor Gericht. Erst das Oberlandesgericht Dresden rückte im Mai 2014 die Sache zurecht. Das Gutachten sei kein Beweis eines Sachverständigen, sondern der Vortrag einer Partei. Der vermeintliche Gutachter sei dem Gericht bekannt – als jemand, der „häufig Gutachten für die Versicherungswirtschaft erstellt“. In diesem Fall habe er die Spuren, die gegen die Version der Versicherung sprachen, einfach „außer Acht gelassen“. Nach fünf Jahren des Streitens erhielt der Hauseigentümer 371 251 Euro. Für weitere aufgelaufene Kosten soll er noch mehr erhalten, ein Gutachter geht von insgesamt rund 900 000 Euro aus.

Der Kleinunternehmer hatte Glück, dass das Oberlandesgericht den Fehler korrigierte. Die meisten Versicherungsnehmer können es sich aber nicht leisten, teure Prozesse zu führen. Und wenn sie es doch wagen, treffen sie oft auf Anwälte und Gutachter von Versicherungen, gegen die sie kaum etwas ausrichten können.

Dem Feueropfer Vaupel etwa stand als Rechtsvertreter der GV Oldenburg Dirk-Carsten Günther gegenüber. Der Professor der Fachhochschule Köln ist ein wichtiger Mann für die Versicherungsbranche und ein eifriger Verfasser von Fachliteratur. Günther arbeitet als Partner in der Kanzlei Bach Langheid Dallmayr (BLD), deren Mandanten überwiegend Versicherungen sind. Nach eigenen Angaben lassen sich „nahezu alle deutschen Versicherungsunternehmen“ von der Kölner Kanzlei vertreten. Die 1911 gegründete Sozietät mit Büros in München, Frankfurt, Berlin und Karlsruhe beschäftigt mehr als 120 Rechtsanwälte und wirbt mit ihrer „erheblichen Rolle“, die sie bei der Meinungsbildung spiele.

BLD unterhält ein eigenes „Betrugsauflärungscenter“, an dessen Spitze Gün-

ther steht. Ziel der Einrichtung: Versicherungskunden kriminelles Verhalten nachzuweisen. In manchen Bereichen sei jede zweite Schadensmeldung Betrug, behaupten die Anwälte von BLD.

Die Juristen der Kanzlei publizieren in wichtigen Fachzeitschriften und schreiben einflussreiche Kommentare zu Gesetzen und Urteilen – mitunter zusammen mit Richtern. So stammt ein Standardwerk zum Versicherungsvertragsgesetz von einem geschäftsführenden BLD-Partner, einem Oberlandesgerichtspräsidenten und einem früheren Richter am Bundesgerichtshof. Insgesamt gab es seit 2008 allein im wichtigsten Branchenblatt, der Zeitschrift „Versicherungsrecht“, rund 70 Aufsätze und Anmerkungen aus der BLD-Kanzlei.

Das ist nicht die einzige Verquickung zwischen Justiz und Versicherungen. Nahezu im Wochentakt sitzen in Hoteltagungsräumen Heerscharen von Sach-

„Damit Sie immer Freude an Ihrem Eigenheim haben“



bearbeitern und Rechtsanwälten in Fortbildungen und Praktikerseminaren. Auch hier treten als Referenten hochrangige Richter auf und präsentieren Trends der Rechtsprechung. In den Pausen, so berichten Insider, erhofften sich Sachbearbeiter der Versicherungen Tipps zu ihren eigenen Fällen – und bekämen sie teils auch.

Im kommenden November soll es in einem Kölner Hotel wieder um die „Neueste Rechtsprechung zur Allgemeinen Unfallversicherung“ gehen. Referenten: Professor Roland Rixecker, Präsident des Saarländischen Oberlandesgerichts, und Dr. Herbert Tschersich, vorsitzender Richter a. D. am Landgericht Dortmund. Die Moderato-

FOTO: JÖRG HENNING LILIE



Hauseigentümer Lilie

ren solcher Veranstaltungen kommen oft von der Kanzlei BLD. Veranstalter ist etwa das VersicherungsForum der Deutschen Versicherungsakademie, eine Organisation der Versicherungswirtschaft.

Die Konzerne sorgen sich auch um den Nachwuchs. An einigen deutschen Hochschulen gibt es Institute für Versicherungsrecht. Die Einrichtungen werden regelmäßig von der Branche gefördert.

Versicherungen wie die ARAG, die Ergo oder die Provinzial Rheinland haben sich bereit erklärt, das Düsseldorfer Institut der Heinrich-Heine-Universität mitzufinanzieren. Der Förderverein des Instituts für Versicherungsrecht der Universität Köln

rühmt sich, dass in ihm rund 160 Mitglieder sitzen, „darunter praktisch alle deutschen Versicherungsunternehmen“. Die „Forschungsstelle für Versicherungswesen“ der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster wird unter anderem getragen von rund zwei Dutzend Assekuranzen. Auch die Kanzlei BLD ist dort vertreten.

Da sich Assekuranzangestellte, Anwälte und Richter oft auf die versicherungsfreundlichen Ausbilder, Kommentare und Standardwerke beziehen, ist es fast zwangsläufig so, dass in Streitfragen die Versicherungen und ihre Anwälte gute Karten haben. Die Richter richteten sich etwa bei Vergleichsvorschlägen nach dem Stan-

dardwerk „Ersatzansprüche bei Personenschaden“, berichten Opferanwälte. Die damit errechneten Summen, sogenannte Bar- oder Kapitalabfindungen, seien selten im Sinne der Geschädigten. Verfasser des Werks ist Gerhard Küppersbusch. 35 Jahre lang war der Jurist bei der Allianz in München tätig. Nun leitet er das Personenschadenzentrum der BLD-Kanzlei.

Wohin das führt, beschreibt der Saarbrücker Anwalt Pierre Zimmermann am Fall einer Frau, die durch einen Behandlungsfehler querschnittgelähmt ist. Die Versicherung des Krankenhauses bot als einmalige „Kapitalabfindung“ 206 400 Euro an. Das Gericht schlug auf Grundlage der Küppersbusch-Tabelle 700 000 Euro vor. In diesem Betrag, so Zimmermann, fehlte unter anderem der Inflationsausgleich. Er errechnete eine Forderung von 1,4 Millionen Euro. Am Ende einigte man sich auf eine monatliche Zahlung von 3491 Euro – was Zimmermanns Forderung nahekommt, wenn man sie auf das zu erwartende Lebensalter der Frau umrechnet.

Die meisten Anwälte sind dagegen leichte Gegner für die spezialisierten Advokaten der Assekuranzen. Normale Versicherte können die Details erst recht nicht verstehen. Ihnen will Stefanie Jeske helfen. Die Düsseldorferin ist Vorsitzende des 2009 gegründeten Vereins Subvenio. Sie versteht sich als Lobbyistin für Unfallopfer, sie hilft beim Umgang mit Behörden und Versicherungen. Und sie kennt spezialisierte Fachanwälte, die notfalls mit den Betroffenen vor Gericht ziehen.

Jeske hat selbst fast zehn Jahre lang mit der DBV gestritten, die inzwischen zum Axa-Konzern gehört (Motto: „Damit Sie beruhigt in die Zukunft blicken können“). Im Dezember 2004 ging sie mit ihren beiden Maltesern Stan und Olli Gassi, als ein Nachbarshund sie umstieß. Sie verletzte sich am linken Knie, der Meniskus war gerissen, der Schienbeinkopf gebrochen. Erst 2013 einigte sich Jeske endgültig auf einen Vergleich mit der Versicherung.

Mit Subvenio versucht sie nun, die Politik zu Änderungen zu drängen, damit es anderen besser ergeht. Vor einigen Monaten schickte sie ihre Reformideen, wie Schäden schneller reguliert werden könnten, an das Bundesjustizministerium. Der Ministerialbeamte aus dem zuständigen Referat III A 6 dankte für ihre Vorschläge und schrieb ihr in äußerst freundlichem Ton, dass er sie für nicht umsetzbar halte.

Versicherer können sehr kreativ sein, wenn es um die Auslegung des Kleingedruckten in den Verträgen geht. Und um die Begründungen, warum sie im Streitfall keine Verantwortung tragen.

Am 28. Februar 2010 fegte das Orkantief „Xynthia“ mit bis zu 180 Stundenkilometern über Deutschland, es tobte auch durch das Wohngebiet von Margit und Jörg Hen-

ning Lilie in Dortmund-Löttringhausen. Es schüttelte die Bäume hinter dem Haus der Familie durch – so heftig, dass einer von ihnen schwer beschädigt wurde: eine 20 Meter hohe Buche, hundert Jahre alt. Tapfer hielt sie sich noch sechs Tage aufrecht.

Dann krachte sie auf die Doppelhaushälfte. Das Dach war lädiert, der Schornstein, der Balkon, die Fassade, Schäden in fünfstelliger Höhe. Ein Mitarbeiter der R+V (Motto: „Damit Sie immer Freude an Ihrem Eigenheim haben“), der die Sache am Tag danach aufnahm, ließ die Lilien in dem Glauben, bald sei alles abgewickelt. Bis heute streiten sich das Ehepaar und die R+V vor Gericht. „Obwohl die Leistung bereits seit Jahren erbracht sein müsste, lässt der Versicherer seinen Kunden im Regen stehen“, sagt der Anwalt der Familie, Frank Vormbaum.

Die Direktion der Versicherung entschied: Wir zahlen nicht. Die R+V begründet dies mit einer originellen Interpretation der Vertragsbedingungen. Abgedeckt seien nur Schäden durch „unmittelbare Einwirkung des Sturmes“ oder solche, die dadurch entstehen, dass der Sturm „Bäume oder andere Gegenstände auf versicherte Sachen wirft“. Ein Umkippen nach sechs Tagen gehöre nicht dazu. Im Übrigen sei gar nicht bewiesen, dass der Baum wirklich als Folge des Sturms gefallen sei.

Das Landgericht Dortmund beauftragte eine Diplomholzwirtin als Sachverständige. Sie kam in einem zwölfseitigen Gutachten zu dem Fazit, die fragliche Rotbuche *Fagus sylvatica* sei „durch die Einwirkung des Sturmtiefs Xynthia“ auf das Haus gestürzt: „Nicht selten kippen Bäume erst zeitverzögert um.“

Unterlaufen übereifrigen Versicherungsangestellten einfach nur Fehler, die sich nicht vermeiden lassen, „wo Menschen arbeiten“, wie der GDV meint?

Beatrix Hüller ist anderer Ansicht. Sie hat jahrelang als Sachbearbeiterin für eine große Versicherung im Rhein-Main-Gebiet gearbeitet, Spezialgebiet Berufsunfähigkeits- und Unfallversicherung. Sie lernte Tricks, um Ansprüche abzuwehren oder so lange wie möglich hinauszuzögern. „Es gab eine Art Sportgeist“, sagt sie. „Wer schafft es, die meisten Fälle abzulehnen?“

Am leichtesten machten es einem die Versicherten, die Fristen versäumten – Pech gehabt! Bei anderen half die Zermürbungstaktik: Man schickt komplizierte, schier endlose Fragekataloge, fordert ständig weitere Unterlagen nach oder schickt sie von Gutachter zu Gutachter. „Viele werfen irgendwann die Flinte ins Korn oder lassen sich auf einen Vergleich ein, der unter dem liegt, was ihnen zusteht.“

Dann bekam Hüller diesen Fall auf den Schreibtisch, es ging um einen HIV-infizierten Mann. Es waren die späten Neunziger-



Verbraucherschützerin Jeske

„Damit Sie beruhigt in die Zukunft blicken können“



jahre, die Behandlung von Aids war noch wenig fortgeschritten. Der Mann, so sah es Hüller, hatte einen eindeutigen Anspruch auf eine Berufsunfähigkeitsrente. Doch ihr Vorgesetzter habe von ihr verlangt, sie solle erst mal einen weiteren Bericht des Hausarztes anfordern. Bevor die Rente bewilligt war, starb der Mann, er hinterließ eine Frau und ein kleines Kind. „Dafür schäme ich mich bis heute“, sagt Hüller.

Vor etwas mehr als zehn Jahren hat Beatrix Hüller die Seiten gewechselt. Sie eröffnete eine Rechtsanwaltskanzlei in Bonn und nahm sich vor, nur Versicherte gegen Versicherungen zu vertreten, mehr als 2500 Mandanten hatte sie seitdem.

Einen Fall, den Hüller für bezeichnend hält, hat sie vor wenigen Monaten vor dem Frankfurter Landgericht gewonnen – nach jahrelangem Herumstreiten mit der Versicherung, der Alten Leipziger (Motto: „Ihre Arbeitskraft ist Ihr Kapital“). Ihr Mandant, ein Selbstständiger aus Süddeutschland, war an einer schweren Depression erkrankt. Als er eine Berufsunfähigkeitsrente beantragte, schickte die Versicherung ihn zu einem Gutachter, der den Mann als Simulanten abstempelte: Er scheine „gewillt, die Krankenrolle einzunehmen“.

Fünf Jahre dauerte es, bis offiziell feststand, dass Hüllers Mandant kein Simulant ist. Ein vom Gericht bestellter Sachverständiger attestierte dem Versicherungsgutachten gravierende Mängel. Die Krankheit sei nicht eingebildet, der Mann sei schwer depressiv und voll berufsunfähig. So sah es Ende 2014 auch das Gericht.

Der Gutachter, der in dem Fall eine unrühmliche Rolle spielte, ist der Psychiater Andreas Stevens vom „Medizinischen Begutachtungsinstitut“ in Tübingen, der immer wieder im Auftrag von Versicherungen tätig wird. Stevens hat den Ruf, einen besonders kritischen Blick auf die Versicherten zu werfen; durch Psychotests versucht er herauszufinden, wer simuliert oder übertreibt. Jüngst berichtete Stevens auf einem Seminar im Kölner Hotel Colonne vor Versicherungsmitarbeitern und Anwälten, dass 40 bis 70 Prozent der Anträge auf Berufsunfähigkeit auf „vorgeäußerten Beschwerden“ beruhten, so stand es in den Tagungsunterlagen. Kein Wunder, dass in Betroffenenforen im Internet Angst davor herrscht, zu Stevens geschickt zu werden.

Einige Sachverständige erstellten im Jahr bis zu 1800 Gutachten, kritisiert der Bund der Versicherten (BdV): „Die Qualität solcher Gutachten ist stark in Zweifel zu ziehen und geht in der Regel zulasten der Geschädigten.“ Der BdV fordert deshalb einen Pool mit unabhängigen Gutachtern.

Versicherungskritiker dringen zudem auf schärfere Gesetze, um Verzögerungen für die Versicherungen unattraktiver zu machen, etwa eine Beweislastumkehr nach Ablauf einer bestimmten Frist. Dann wäre bei schleppender Regulierung nicht mehr der Versicherte in der Pflicht nachzuweisen, dass ihm eine Leistung zusteht. Auch höhere Schmerzensgelder, wenn Verfahren verschleppt werden, könnten Versicherungen animieren, schneller zu handeln. Das können Gerichte bereits anordnen, aber sie nehmen es kaum in Anspruch.

Das Bundesjustizministerium – seit dieser Legislatur unter der Führung von Heiko Maas (SPD) auch zuständig für den Verbraucherschutz – sieht jedoch keinen Grund für Gesetzesänderungen. Bei Unfallversicherungen etwa könne es um „sehr komplexe Sachverhalte“ gehen, schreibt das Ministerium, da könne sich die Klärung schon mal hinziehen.

Der lapidare Tipp aus Berlin: „Es kann sich empfehlen, im Streitfall einen Rechtsanwalt zu konsultieren.“

Michael Fröhlingsdorf, Udo Ludwig, Wolf Wiedmann-Schmidt



Videoanalyse:
Versicherungsdeutsch

spiegel.de/sp302015versicherung
oder in der App DER SPIEGEL