

Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung:

I. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

(Die unter I. abgedruckten Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen wurden auf Grundlage der Abstimmung des Gesamtverbandes der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) mit den Datenschutzaufsichtsbehörden erstellt.)

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungsunternehmen. Um Ihre Gesundheitsdaten für Ihre gewünschte(n) Versicherung(en) erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, Ihr(e) Allianz Versicherer (im Folgenden „der Versicherer“), daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Unsere Mitarbeiter unterliegen ebenfalls der Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch (im Folgenden „Schweigepflicht“). Darum benötigen wir als Unternehmen der Lebens-, der privaten Kranken- und Pflege - bzw. der Unfallversicherung, je nachdem an welche(n) Versicherer sich Ihre Erklärung richtet, Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, Ihre Kundennummer oder weitere Identifikationsdaten, an andere Stellen, z. B. Assistance-, Logistik- oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen. Sofern Sie mehrere Versicherungsverträge bei verschiedenen Versicherern der Allianz Deutschland Gruppe beantragen, geben Sie Ihre nachfolgenden Erklärungen gegenüber jedem dieser Versicherer ab.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrags unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrags in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen von der Schweigepflicht geschützten Daten

- durch uns selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten in der Kranken- und Lebensversicherung (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 3.) und,
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten auch für von Ihnen gesetzlich vertretene mitversicherte Personen, wie z. B. für Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Versicherer

Ich willige ein, dass der Versicherer die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung des Versicherungsvertrags erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten (gilt nur in der Lebens-, der privaten Kranken- und Pflegeversicherung)

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere von der Schweigepflicht geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits an dieser Stelle unter Möglichkeit I oder später im Einzelfall (siehe Möglichkeit II) erteilen. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten. Sie können Ihre Entscheidung nachträglich jederzeit ändern.

Möglichkeit I:

- Ich willige ein, dass der Versicherer – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personerversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an den Versicherer übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten sowie gegebenenfalls weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten durch den Versicherer an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

- Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch den Versicherer einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie in der Lebensversicherung für einen Zeitraum von fünf Jahren und in der privaten Kranken- und Pflegeversicherung für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes (gilt nur in der Lebensversicherung)

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für uns konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung sowie einer Schweigepflichtentbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten.

Möglichkeit I:

- Für den Fall meines Todes **willige ich** in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

Möglichkeit II:

- Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer von der Schweigepflicht geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung (gilt nur in der Lebens-, der privaten Kranken- und Pflegeversicherung)

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzubeziehen. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, führen wir teilweise nicht selbst durch. Insoweit haben wir diese Aufgaben anderen Gesellschaften der Allianz Deutschland Gruppe oder einer anderen Stelle außerhalb der Allianz Deutschland Gruppe übertragen. Werden hierbei Ihre von der Schweigepflicht geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß von der Schweigepflicht geschützte Daten und/oder Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen. Die Aufgaben, die den einzelnen Stellen übertragen wurden, können Sie dieser Liste entnehmen. Die zur Zeit gültige Liste ist auf der Rückseite dieses Formulars angefügt. *)

Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.allianz.de/hinweise/datenschutz-grundsaeetze/index.html eingesehen oder bei Ihrem Versicherer (Allianz Private Krankenversicherungs-AG, 10870 Berlin, Telefon 08 00.4 10 01 09, krankenversicherung@allianz.de oder Allianz Lebensversicherungs-AG, 10850 Berlin, Telefon 08 00.4 10 01 04, lebensversicherung@allianz.de oder Deutsche Lebensversicherungs-AG, An den Treptowers 3, 12435 Berlin, lebensversicherung@allianz.de oder Allianz Versicherungs-AG, 10900 Berlin, Telefon 08 00.4 10 01 15, sachversicherung@allianz.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und deren Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Allianz Deutschland Gruppe und der anderen beauftragten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer von der Schweigepflicht geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherer (gilt nur in der Lebens- und Unfallversicherung)

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Verträge mit Rückversicherern abschließen, die das von uns versicherte Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls Ihre Daten übermitteln. Damit sich der Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungs- oder Leistungsantrag dem Rückversicherer vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass uns der Rückversicherer aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Hat ein Rückversicherer die Absicherung des Risikos übernommen, kann er kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherer weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Beitragszahlungen und Leistungsfällen können ebenfalls Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherer weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherer werden wir Sie unterrichten.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherer übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere von der Schweigepflicht geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS) *(gilt nur in der Lebensversicherung)*

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die Informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken können wir an das HIS melden. Wir und andere Versicherer fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn hierfür ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für die Weitergabe Ihrer von der Schweigepflicht geschützten Daten benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherer ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden (siehe Ziff. 2.1).

3.5. Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvertreter

Wir geben in der Regel keine detaillierten Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Versicherungsvertreter weiter. Es kann aber in einigen Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder von der Schweigepflicht geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvertretern zur Kenntnis gelangen.

Der Vertreter, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Beitragszuschläge oder Ausschlüsse für bestimmte Risiken vereinbart wurden.

Vertreter können zu Beratungszwecken Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Einbeziehung von Gutachtern, Annahme mit Beitragszuschlägen für erhöhte Risiken, Ausschlüsse für bestimmte Risiken oder Wartezeiten) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Bei einem Vertreterwechsel kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Beitragszuschläge und Risikoausschlüsse an den neuen Vertreter kommen. In der Regel werden Sie vor einem Wechsel des Sie betreuenden Vertreters über die geplante Datenweitergabe informiert.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine geschützten Vertragsinformationen in dem oben genannten Umfang an selbstständige Versicherungsvertreter übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es in der Lebensversicherung möglich, dass wir zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das HIS (siehe Ziffer 3.4) melden, der an anfragende Versicherer für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird (siehe Ziffer 3.4). Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherer beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns und in der Lebensversicherung im HIS bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

II. Für bestimmte Produkte benötigen wir folgende weitere Erklärungen zur Datenverarbeitung *(gilt nur in der Lebens-, der privaten Kranken- und Pflegeversicherung)*

1. Einwilligung in die Datenübermittlung zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Krankenversicherungsbeiträge sowie der Beiträge zu Basis-Rentenversicherungen und Altersvorsorgeverträgen („Riester-Renten“)

Ich willige ein, dass für die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Krankenversicherungsbeiträge sowie der als Sonderausgaben abziehbaren Beiträge zu Basis-Rentenversicherungen und Altersvorsorgebeiträge zu Riester-Renten bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steueridentifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zur Beitragsrückerstattung) von der Allianz Private Krankenversicherungs-AG und/oder der Allianz Lebensversicherungs-AG den Finanzbehörden übermittelt werden.

Mir ist bewusst, dass sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der Krankenversicherungsbeiträge mindert sowie der Sonderausgabenabzug für die Beiträge zu Basis-Rentenversicherungen und zu Riester-Renten des Versicherungsnehmers entfällt, wenn ich diese Einwilligung nicht erteile oder nach Erteilung von meinem Recht Gebrauch mache, meine Einwilligung ganz oder teilweise zu widerrufen. Ein Widerruf ist für die Datenübermittlung der Beiträge wirksam, die ab dem Kalenderjahr gezahlt werden, das dem Jahr folgt, in dem die Datenübermittlung widerrufen worden ist.

Ich willige ferner ein, dass die Allianz Private Krankenversicherungs-AG und/oder die Allianz Lebensversicherungs-AG zu diesem Zweck meine Identifikationsnummer nach § 139 b Abgabenordnung beim Bundeszentralamt für Steuern erheben dürfen.

2. Erklärung zur Nutzung der Steuer-Identifikationsnummer des Antragstellers

Ich bin damit einverstanden, dass meine Steuer-Identifikationsnummer von dem Allianz Versicherer, der mich um die Mitteilung der Steuer-Identifikationsnummer gebeten hat, auch für weitere bei ihm bestehende Verträge gespeichert wird, aus denen sich eine gesetzliche Verpflichtung zu einer Übermittlung meiner Steuer-Identifikationsnummer an die Finanzverwaltung oder die zentrale Stelle (§ 81 EStG) ergibt.

3. Bonitätsauskunft *(nur bei Antrag auf Abschluss einer privaten Krankheitskostenvollversicherung und Zusatzversicherung mit Umstellungsoption auf Krankheitskostenvollversicherung)*

Ich willige jederzeit widerrufbar ein, dass der Versicherer zum Zwecke der Entscheidung über die Begründung und Durchführung eines Vertragsverhältnisses Informationen über mein Zahlungsverhalten und meine Zahlungsfähigkeit (Bonitätsdaten) bei Auskunfteien einholt. Dabei kann die Auskunftei dem Versicherer ergänzend einen aus ihrem Datenbestand errechneten Wahrscheinlichkeitswert auf Basis wissenschaftlich anerkannter mathematisch-statistischer Verfahren mitteilen (Score-Verfahren). Zur Identifikation werden Namen, Anschrift und Geburtsdatum verwendet.

4. Einwilligungserklärung bei Teilnahme an Gruppenversicherungs-, Kollektiv- oder Sammelinkassoverträgen (Rahmenverträge) *(nur bei Abschluss einer privaten Kranken- oder Pflegeversicherung)*

Nehme ich an einem der genannten Rahmenverträge teil, **willige ich ein**, dass der Rahmenvertragspartner dem Versicherer zur Ermittlung der teilnahmeberechtigten Personen meine Zugehörigkeit zum versicherbaren Personenkreis sowie mein Ausscheiden daraus mitteilen darf. Erteile ich diese Einwilligung nicht oder widerrufe sie später, ist eine Teilnahme am Rahmenvertrag nicht möglich.

Erklärungen der zu versichernden Person(en) oder des gesetzlichen Vertreters der zu versichernden Person(en)

Ich gebe hiermit für mich bzw. für die zu versichernde(n) Person(en) die vom Antragsteller abgegebenen Erklärungen zur Datenverarbeitung ab.