

Risiko & Vorsorge

17. Jahrgang
Ausgabe 4-2017

SPONTANOFFENBARUNGSPFLICHT

Rechtsprechung und wie sich
der Markt positioniert

► Interview

Die Haftpflichtkasse
zur neuen HUG

► Produkt & Kritik

- Berufsunfähigkeitsschutz bei Getsurance
- Die neue Funktionsinvaliditätsversicherung aus dem Hause Zurich
- Nürnberger mit überarbeiteter BU

► Unfallversicherung

- Versicherungsschutz bei Vergiftungen und für Terrorrisikenaus dem Hause Zurich

► Kurzchecks

- Unfallversicherung von Basler und Stuttgarter
- Berufsunfähigkeitsversicherung der Advigon
- Jagdhaftpflicht der Schwarzwälder Versicherung
- Hundehalterhaftpflicht aus dem Hause Haftpflicht Helden





Liebe Leser, liebe Leserinnen,

das neue Jahr beginnt stürmisch mit dem Orkan „Friederike“, doch auch an den Börsen könnte es turbulent werden. Spätestens für dieses Jahr hat der Finanz-Investor Martin Armstrong einen Crash vorhersagt. Sven Enger, früher Vorstand etwa bei Deutscher Ring oder Skandia, sagt einen Crash der Lebensversicherer voraus und wird daher von Dritten wegen Panikmache heftig kritisiert. Unabhängig davon, welcher Art ein möglicher Crash wäre, würde er doch sicher erhebliche Auswirkungen auf die Finanzbranche haben.

Fakt ist allerdings aktuell, dass die Weltbörsen zurzeit von Höchststand zu Höchststand hechten. So stieg etwa der Deutsche Aktienindex (DAX) allein vom 02.01.2017 bis zum 02.01.2018 von 11.426,38 Punkte um über 12 Prozent auf satte 12.871,39 Punkte. Vertraut man auf einen zumindest geringen möglichen Anstieg des Leitzinses für 2018, verbleiben die Zinsen dennoch weiterhin auf historisch niedrigem Niveau. Wer Geld anlegen möchte, kommt daher derzeit kaum an den Börsen vorbei.

Anders als die Entwicklung an den Finanzmärkten ist schon heute klar, dass das Jahr 2018 einige Umwälzungen bringen wird.

Bereits seit dem 15.01.2018 müssen Vermittler eine Mindestversicherungssumme zu Ihrer Vermögensschadenshaftpflichtversicherung von 1.276 Millionen Euro und für alle Fälle eines Jahres von 1.919 Millionen Euro vorweisen. Eine aktuelle Anpassung an den Verbraucherpreisindex steht dann wieder in fünf Jahren an. Zum Jahreswechsel ist auch die Markets in Financial Instruments Directive (MIFID II) in Kraft getreten. Im Fokus stehen nunmehr insbesondere Eignung und Angemessenheit einer Anlage für die Kunden.

Nach wie vor unklar ist, ob die *Insurance Distribution Directive* (IDD) schon zum 23.02.2018 in nationales Recht umgesetzt wird oder ob diese möglicherweise erst zum Herbst in Kraft treten kann. Eng

damit verbunden sind die Neufassung der Versicherungsvermittlungsverordnung (VersVermV) und die der Informationspflichtverordnung (VVGInfoV). Da noch immer die finalen Gesetzestexte ausstehen, wird es für Vermittler und Versicherer schwer, sich verbindlich auf deren Umsetzung vorzubereiten. Sicher scheint zu sein, dass Vermittler sich zukünftig mindestens 15 Stunden pro Jahr fortbilden müssen, wobei im Detail noch viele Fragen offen sind. Sicher ist auch, dass Versicherer mit neuen IPIDs bzw. Produktinformationsblättern über ihre Produkte informieren müssen. Fraglich ist, ob dieses Mehr an Informationen auch eine bessere Aufklärung der Versicherten bedeuten wird. Manche der neuen Beratungspflichten wie der Entwurf sie vorsieht, dürften gerade bei größeren Beständen kaum praktisch umsetzbar sein und auch nicht immer auf Gegenliebe der Kunden stoßen. Die Regulierung in der Finanz- und Versicherungsbranche geht dennoch ungebremst weiter. Gerade für Einzelkämpfer und kleinere Vertriebe bedeuten die steigenden Anforderungen ein deutliches Mehr an Verwaltungsarbeit und eher weniger praktische Zeit für ihre Kunden. Ob dies tatsächlich gelebter Verbraucherschutz ist, bleibt fraglich.

Schon jetzt überfordern die immer häufigeren Einschläge durch neue Gesetze viele Vermittler. Trotz Berichterstattung in „Risiko & Vorsorge“ sowie anderen Medien sind etwa die neuen Anforderungen durch das Geldwäschegesetz vielen Vermittlern noch immer unklar. Überraschenderweise trifft man sogar noch auf Makler, die noch nichts von der IDD gehört haben. Hier scheint es erforderlich zu sein, dass die zuständigen IHKs ihre Mitglieder umfassender und regelmäßiger über gesetzliche Änderungen informieren und qualifizierte Schulungsveranstaltungen dazu anbieten.

Herzlichst
Ihr

Stephan Witte, Herausgeber

Editorial2
 Impressum3

■ **Neues aus der Versicherungswelt**

• Neue Operationskostenversicherung aus dem Hause Adcuri 4
 • Neue Kennzahlen zu Sozialversicherung und Steuern ab 2018 4
 • InterRisk mit neuer Risikolebens- und Privathaftpflichtversicherung 5
 • Konzept & Marketing mit Produktaktualisierungen 6
 • Neues von der FIV 29

■ **Recht & Versicherer**

• Streitfall Spontanoffenbarungspflicht: Rechtsprechung und Marktübersicht 8

■ **Produkt & Kritik**

• Änderungssteckbrief zum SBU-Angebot der Nürnberger mit Stand 01.2018 21
 • Die neue Existenzschutzversicherung aus dem Hause Zurich 25
 • Getsurance – Testballon für Rosinenpicker 26
 • Die Marktanpassungsgarantie der Domcura - Inhaltlich auslegungsbedürftig .. 32

■ **Unfallversicherung**

• Terrorrisiko stark überschätzt 33
 • Mitversicherung von Terroranschlägen in der Unfallversicherung 34
 • Vergiftungen und Verätzungen unterschiedlich versichert 37

■ **Pflege**

• Private Pflegeversicherung 39
 • Fünf Pflegegrade ersetzen drei Pflegestufen 60

■ **Interview**

• Haftpflichtkasse VVaG: Steigendes Sicherheitsbedürfnis wird durch neuen Tarifbaustein HUG PLUS erfüllt 42

■ **Rezensionen**

• Münchener Anwaltshandbuch Versicherungsrecht 43
 • Private Berufsunfähigkeitsversicherung. Nach der Rechtsprechung 45

■ **Kurzchecks**

• Hundehalterhaftpflichtversicherung Haftpflicht Helden 4
 • Unfallversicherung Premium der Stuttgarter 6
 • Unfallversicherung Gold der Basler 20
 • Jagdhaftpflichtversicherung der Schwarzwälder Direkt 36
 • Berufsunfähigkeitsversicherung der Advigon Versicherung AG 41

Ausführliche Spartenvorstellungen & Ratings sowie Rating-Systematiken



• 12 Jahre WFS-Leistungsratings47
 • Ratings Sach- und Haftpflichtsparten51
 • Rating Stationäre Krankenzusatztarife.....52
 • Rating Geförderte Pflegetagegeld- und Pflegemonatsgeldtarife (Pflege-Bahr)...61
 • Rating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung.....65
 • Rating Funktionsinvaliditätsversicherungen69
 • Rating Unfallversicherungen80



Die jeweils neue Ausgabe von „Risiko & Vorsorge“ erscheint online unter:

- www.witte-financial-services.de
- und
- www.wfs-rating.de

sowie bei Facebook unter



Sie haben auch die Möglichkeit, sich **kostenfrei** im Email-Verteiler von „Risiko & Vorsorge“ aufnehmen zu lassen:

- <http://www.wfs-rating.de/email-verteiler.pdf>

IMPRESSUM
 Herausgeber:
 Stephan Witte
 Oelerser Straße 6
 31275 Sievershausen
 Tel.: 05175 954681
 info@witte-financial-services.de
 www.wfs-rating.de
 www.witte-financial-services.de
 Facebook: wfs-rating - witte-financial-services

V. i. S. d. P.: Stephan Witte
Erscheinungsweise:
 online in den Monaten März, Mai, September und Dezember
Anzeigen: Stephan Witte – 05175 954681
Autoren dieser Ausgabe:
 Stephan Witte, Martin Seichter, Stefan Baum, Thorben S. Hagenau, Sebastian Krügereit.
Titelbild: fotolia.com

Die Inhalte dieser Online-Publikation werden mit größtmöglicher Sorgfalt erstellt. Der Anbieter übernimmt jedoch keine Gewähr für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der bereitgestellten Inhalte. Die Nutzung der abrufbaren Inhalte erfolgt auf eigene Gefahr des Nutzers. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die Meinung des jeweiligen Autors und nicht immer die Meinung des Herausgebers wieder. Urheberrecht: Alle Beiträge sind urheberrechtlich geschützt und Eigentum von Stephan Witte. Jede ungenehmigte Veröffentlichung wird verfolgt und in Rechnung gestellt. Dies gilt auch für die nicht genehmigte Nutzung von Ratingsiegeln oder redaktionellen Inhalten. Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehme ich keine Haftung für die Inhalte externer Links. Dies gilt insbesondere für Änderungen an den verlinkten Seiten, die erst nach Veröffentlichung dieser Zeitschrift erfolgen. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

Neue Operationskostenversicherung aus dem Hause Adcuri

Seit dem 11.12.2017 bietet die Adcuri eine spezielle Operationskostenversicherung für Katzen und Hunde. Versichert sind Tiere ab einem Alter von 3 Monaten, sofern diese bei Abschluss nicht über 7 Jahre alt sind. Versichert werden nur Tiere, die zur eindeutigen Identifikation entweder gechipt oder tätowiert sind.

Der Beitrag richtet sich nach dem Alter des zu versichernden Tieres sowie danach, ob Versicherungsschutz mit oder ohne Selbstbeteiligung abgeschlossen werden soll:

Monatsbeitrag	Selbstbeteiligung	
inkl. Versicherungssteuer	ohne	20%, max. 250 EUR
ab einem Alter von 3 Monaten	11,90 EUR	10,13 EUR
ab dem 3. Geburtstag	12,90 EUR	10,96 EUR
ab dem 5. Geburtstag	13,90 EUR	11,83 EUR

Da das Risiko mit zunehmendem Alter des Tieres steigt, erhöht sich der Beitrag im Vertragsverlauf entsprechend der erreichten Altersstufe (und zwar jeweils mit Beginn des auf den Geburtstag folgenden Versicherungsjahres).

Operationen (auch unter Teilnarkose) werden bis zum dreifachen Satz der

Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) übernommen. Dies gilt auch für ambulante Vor- und Nachuntersuchungen (inkl. Vorbericht, klinische Untersuchungen sowie spezielle Untersuchungen

wie z. B. Röntgen, Magnet-Resonanz-Tomographie, Endoskopie, Biopsie, Labor). Versichert ist auch eine stationäre Nachbehandlung bis zu 15 Tagen nach der Operation.

Für Prothesen wird einmalig ein Zuschuss von bis zu 500 Euro bezahlt. Hierfür gilt eine Wartezeit von 24 Monaten.

Mit Ausnahme von Operationen als Folge eines Verkehrsunfalls gilt eine allgemeine Wartezeit von 30 Tagen ab Vertragsbeginn. Abweichend gilt für bestimmte Krankheiten und Fehlentwicklungen eine längere Wartezeit von 6 Monaten (z. B. Nabelbruch) bzw. 18 Monaten (z. B. bei Fehlentwicklung der Hüft- und/ oder Ellenbogengelenke). Kastration bzw. Sterilisation sind nach einer Wartezeit von 6 Monaten versichert, wenn dieser Eingriff wegen Entzündungen oder tumorösen Veränderungen der Geschlechtsorgane, hormonabhängigen sonstigen Tumoren durchgeführt werden muss.

Quelle: ADCURI Team, 11.12.2017
Mehr Infos unter Tel.: 0202 261531-40
Email: info@adcuri.com

Neue Kennzahlen zu Sozialversicherung und Steuern ab 2018

- Der Beitragssatz zur gesetzlichen Rentenversicherung sinkt 2018 von bisher 18,7 Prozent auf nunmehr 18,6 Prozent. Entsprechend sinkt auch der durchschnittliche Zusatzbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung von 1,1 Prozent auf 1,0 Prozent.

- Wer in eine Basisrente investiert kann ab 2018 bis zu 86 Prozent steuerlich als Sonderausgaben geltend machen. Durch die Anhebung von Grundfreibetrag, Kinderfreibetrag und Kindergeld steigt der maximal abzugsfähige Betrag nach § 10 Abs. 3 Satz 1 und 2 EstG auf nunmehr 23.712 Euro.

- Die Grundzulage für Riesterkunden nach § 84 Satz 1 EstG steigt von bisher 154 Euro auf 175 Euro.

- Zum 01.04.2018 müssen alle Neuwagen mit einer SIM-Karte bestückt und ständig online sein. Damit soll erreicht werden, dass bei Notfällen automatisch Helfer informiert werden können. Die Autohersteller können das Ganze aber auch dazu nutzen, zu erfahren, wo sich der Fahrer gerade befindet, wo er hinfährt, was im Auto geschieht und vieles Mehr. Siehe dazu: www.inforadio.de/programm/schema/sendungen/wirtschaft_aktuell/201801/197226.html.



Kurzcheck

Hundehalterhaftpflichtversicherung Haftpflicht Helden

Seit dem 17.11.2017 sind die Haftpflicht Helden mit einer eigenen Hundealterhaftpflichtversicherung am Start. Risikoträger sind die NV-Versicherungen. Die Deckungssumme beträgt pauschal 50 Millionen Euro für Personen-, Sach- und Vermögensschäden, maximal jedoch 10 Millionen Euro je geschädigter Person. Pauschal ist ein Selbstbehalt von 150 Euro für jeden Schaden vereinbart. Eine gewerbliche Nutzung der Tiere ist bis zu einem Jahresumsatz von 6000 Euro zulässig. Darüber hinaus gilt ein Ausschluss für die Hundehaltung zu beruflichen, betrieblichen, gewerblichen oder dergleichen Zwecke. Auf der Homepage punktet der Assekuradeur mit maximaler Kostentransparenz (z.B. Ausweisung von Verwaltungskosten und eigenem Gewinn).

Ausgewählte Leistungsvorteile Hundealter-Haftpflichtversicherung in der Auswahl

- Versicherungsschutz für Mietsachschäden an fest installierten Wohnwagen, Tiny Houses und Campingcontainern
- Mitversicherung von Ansprüchen der Tierhüter gegen den Versicherungsnehmer
- Opferhilfe bis 50.000 Euro
- Neuwertentschädigung bis 2.500 Euro
- Verzicht auf Anrechnung einer Mithaftung bis zu einer Schadenhöhe von 500 Euro
- Top-Schutz-Garantie (Marktanpassungsgarantie)
- Besitzstandsgarantie
- Kostenübernahme für bis zu drei Mediationssitzungen
- Kosten für eine Nottötung
- Kosten für eine Tierpension bis 500 Euro

Fehlende oder eingeschränkte Leistungen beider Tarife in der Auswahl

- zweifache Maximierung der Deckungssumme
- Mietsachschäden an beweglichen Sachen nur an mobilen Einrichtungsgegenständen, Hundeanhängern, Kutschen und Schlitten
- Mitversicherung der Beförderung von Gästen mit Schlitten sowie sonstigen Hundefuhrwerken nicht klargestellt
- Keine Mitversicherung von Be- und Entladeschäden
- Keine Mitversicherung echter Vermögensschäden im Rahmen der Forderungsausfalldeckung

InterRisk mit neuer Risiko- lebens- und Privathaft- pflichtversicherung

Seit Januar 2018 bietet die InterRisk neben ihren bisherigen Konzepten zur Risikolebensversicherung das dritte Konzept XXL plus an. Darin sind kombiniert die Leistungen aus dem Tarif XXL und „zwei Komponenten aus der Dread-Disease-Absicherung: Erkrankt die versicherte Person während der Vertragslaufzeit an Krebs bzw. erleidet sie einen Herzinfarkt oder Schlaganfall, wird eine Sofortleistung in Höhe von 10 % der jeweils aktuellen Versicherungssumme fällig.



Von Stephan Witte

Die Zusatzleistung bei Tod eines minderjährigen Kindes, die im Juli 2017 in die Bedingungen von Neuverträgen aufgenommen wurde, wird im XXL plus-Konzept je Kind auf 4.500 EUR erhöht.

PHV mit erheblichen Verbesserungen und alten Unstimmigkeiten

Pünktlich zur DKM hat die InterRisk auch ihre Private Haftpflichtversicherung überarbeitet. Der neue Tarif punktet sowohl durch neue Leistungen als auch durch geringere Prämien. Eine Synopse zwischen alten und neuen Leistungen konnte auch auf Nachfrage nicht zur Verfügung gestellt werden.

Neu eingeschlossene Leistungen sind unter anderem

- Mitversicherung von Kindern bei Arbeitslosigkeit nach Ausbildungsende für max. 18 Monate (XXL) bzw. 6 Monate (L)
- Mitversicherung von Enkelkindern, sofern deren Elternteil ebenfalls mitversichert ist (XXL)
- Mitversicherung behinderter Kinder, unabhängig von einer Betreuungsbestellung (XXL)
- Work- & Travel-Aufenthalte von bis zu 12 Monaten (XL und XXL)
- SB-Ausgleich in der Vollkaskoversicherung bei Unfall mit geliehenem, gemietetem oder vom Arbeitgeber zur Verfügung gestelltem Kfz (XXL)
- Schäden durch Falschbetankung von gemietetem und vom Arbeitgeber überlassenem Kfz (XXL)
- Gewaltopferhilfe bis 50.000 € (XXL)

- Entschädigung bis zum Neuwert maximal 5.000 € (XXL)

Weiterhin werden ein nicht existenter GDV-Standard (01.01.2013) und eine ebenso wenig existente Empfehlung des Arbeitskreises Beratungsprozesse (Stand 02.2011) garantiert. Gemäß Klarstellung des Versicherers vom 24.09.2015 seien beide Daten als Stichtag zu verstehen, mithin als GDV-Standard 13.04.2011 bzw. Arbeitskreis-Stand 17.02.2010. Aus der Arbeitskreis-Garantie ergibt sich, dass der aktuelle GDV-Standard Geltung haben soll. Es bleibt unklar, wieso seit 2015 keine Zeit gefunden wurde, diesen offensichtlichen Fehler endlich zu beheben.

Diverse nebenberufliche Tätigkeiten sind bis zu einem Jahresumsatz von 18.000 Euro mitversichert. Botendienste (z.B. das Austragen von Briefen, Prospekten und Zeitungen oder Beförderung von Sendungen) sind nur mit dem Fahrrad, nicht jedoch bei Benutzung von Kfz mitversichert.

Mallorcadeckung läuft weitgehend ins Leere

Eine Mallorcadeckung besteht im europäischen Ausland (EU, EFTA, europäische Kleinstaaten), sofern die versicherte Person die erforderliche Fahrerlaubnis besitzt und nicht infolge des Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel in der Lage ist, das Fahrzeug sicher zu führen. Aus den verbindlichen Erläuterungen zu § 5 Nr. 1 ergibt sich, dass der Deckungsbereich der Kfz-Haftpflichtversicherung nach § 3 b)

ausgeschlossen ist. Versicherungsschutz werde nur für den von der Kfz-Haftpflichtversicherung nicht erfassten Bereich geboten. Damit solle eine Doppelversicherung vermieden werden. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass der Versicherungsschutz auch dann entfällt, wenn theoretisch eine Leistung aus der Kfz-Versicherung beansprucht werden könnte, diese aber verweigert wird. In der Praxis tritt die Mallorcadeckung jedoch nur ein, wenn wegen Verschuldens- oder Gefährdungshaftung die Leistungspflicht eines Kfz-Versicherers bestünde. Somit läuft diese Erweiterung des Versicherungsschutzes ins Leere, sofern nicht im Einzelfall zwar Versicherungsschutz bestünde, der Kfz-Versicherer seinerseits aber eine – auch teilweise – Leistung verweigert. Der Kunde muss erst eine Schadenanzeige bei seiner Kfz-Versicherung machen und dann ggf. eine zweite bei der InterRisk als PHV-Versicherer.

Innovationsklausel der bisherigen Tarife läuft ins Leere

Wesentlicher Nachteil der neuen Bedingungen ist, dass es sich um eine eigenständige, neue Tarifgeneration handelt und daher die Innovationsklausel aus dem Altтарif nicht mehr zum Tragen kommt. Bestandskunden müssen sich daher entscheiden, ob sie sich lieber weiter nach dem alten oder nach dem neuen Bedingungsnetzwerk versichern wollen.

Gegenüber dem Markttrend bietet die InterRisk weiterhin weder eine Besitzstandsgarantie noch eine Marktanpassungs- / Erweiterte Vorsorge.

Konzept & Marketing mit Produktaktualisierungen

Seit dem 06.11.2017 bietet die Hannoversche Produktschmiede Konzept & Marketing im Rahmen ihrer Innovationsklausel beitragsfreie Verbesserungen für die Hundehalterhaftpflicht *allsafe amigo* und im Rahmen der Haus- und Grundbesitzerhaftpflicht *allsafe terra*.

Bislang bestand in der Hundehalterhaftpflichtversicherung kein Versicherungsschutz für Haftpflichtansprüche wegen Schäden durch eine berufliche oder gewerbliche Tätigkeit einer versicherten Person. Nunmehr gilt als mitversichert ebenfalls die gesetzliche Haftpflicht aus der privaten oder ehrenamtlichen Nutzung der versicherten Tiere zu therapeutischen Zwecken, als Rettungs- oder Suchhund oder als Assistenzhund.

Die Mitversicherung gilt subsidiär auch dann, wenn der Assistenzhund aus medizinischen Gründen, die den Hundeführer betreffen, von diesem im Rahmen einer beruflichen, gewerblichen oder ehrenamtlichen Tätigkeit eingesetzt wird.

Ausdrücklich mitversichert ist nunmehr u.a. auch die Ausübung von Hundesport Unterrichtsveranstaltungen in Hundeschulen und Vereinen.

Die gewerbliche oder betriebliche Nutzung im Rahmen der vorgenannten Ver-

anstaltungen und Aktivitäten sowie der benannten versicherten Nutzungsmöglichkeiten ist versichert, soweit die Einnahmen (z. B. Preisgelder, Aufwandsentschädigungen) in den letzten zwölf vollen Monaten vor Schadeneintritt 6.000 Euro nicht übersteigen.

Ausdrücklich mitversichert sind nunmehr auch Flurschäden sowie Allmählichkeitsschäden inklusive Schäden durch tierische Ausscheidungen. Gleiches gilt für die gesetzliche Haftpflicht aus dem Führen versicherter Hunde auch ohne Leine, Schlaufe und/oder Maulkorb.

Implizit erfolgt durch diese Leistungsverbesserungen auch eine entsprechende Aufwertung der Forderungsausfalldeckung.

Im Rahmen der Haus- und Grundbesitzerhaftpflicht mitversichert sind nunmehr gesetzliche Haftpflichtansprüche von Familienangehörigen des Versiche-



rungsnehmers, von Nachbarn oder sonstigen Personen, die gefälligkeitshalber und stellvertretend für den Versicherungsnehmer die Pflichten des Versicherungsnehmers aus Eigentum und Besitz der benannten Immobilien übernehmen.

Beide Bedingungswerke wurden nicht nur inhaltlich, sondern auch formell grundlegend überarbeitet.



Kurzcheck Unfallversicherung Premium der Stuttgarter

Zum 01.07.2017 hat die Stuttgarter ihre Unfallversicherungen aktualisiert. Hinterlegt sind diese Bedingungen auch in diversen Sonderkonzepten. Zu den Vorteilen gehört es beispielsweise, dass Versicherungsschutz im Rahmen der 1000Plus-Unfallversicherung oder auch bei anderen Konzepten ohne Gesundheitsprüfung möglich ist. Nachteilig ist, dass der Versicherer nicht klarstellt, dass auf Angabe Gefahr erheblicher Umstände verzichtet wird, die bei anderen Versicherern abgefragt werden. Inwiefern also für die Teilnahme an Reitsport oder Bungeejumping, eine Erkrankung mit Diabetes oder Multipler Sklerose eine Spontanoffenbarungspflicht besteht, ist fraglich.

Ausgewählte Leistungsvorteile Unfallversicherung AUB 2017 Premium der Auswahl

- Wahlweise leicht oder stärker verbesserte Gliedertaxe
- Innovationsklausel
- Kürzung des Prozentsatzes vom Invaliditätsgrades bei Invalidität und Rente erst ab einem
- Mitwirkungsanteil von 75 Prozent
- Versicherungsschutz für Flugschüler, solange hierfür noch keine Lizenz erforderlich ist sowie für Unfälle beim Kitesurfen.

Fehlende oder eingeschränkte Leistungen der Unfallversicherung AUB 2017 Premium in der Auswahl

- Immun-Klausel gilt nur für die Leistungsarten Invalidität und Unfallrente, nicht jedoch für Unfalltod, Krankenhaustagegeld etc. (Ziffer 1.4.13.3.2). Nachteilig ist auch, dass im Rahmen der Infektionsklausel keine Verbesserung der Melded Fristen ab Ausbruch oder ab erstmaliger ärztlicher Diagnose der versicherten Infektionen besteht
- Weder Garantie hinsichtlich der unverbindlichen Musterbedingungen des GDV noch hinsichtlich der empfohlenen Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse
- Kein Versicherungsschutz für Schädigungen von Kapseln oder Menisken infolge von Eigenbewegungen



NÜRNBERGER
VERSICHERUNG

Einfach ein gutes Gefühl.

Wie Ihnen die NÜRNBERGER
Berufsunfähigkeitsversicherung
zur Seite steht, wenn Sie nicht
mehr arbeiten können, erfahren
Sie unter:

www.nuernberger.de

NÜRNBERGER Lebensversicherung AG
Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg

Im Text benannte Anbieter: Advigon – Allianz – Alte Leipziger – Alte Oldenburger – Ammerländer – Axa – Barmenia – Basler – Canada Life – Central – ConceptIF – Concordia – Continentale – Cosmos Direkt – Deurag – Debeka – DEVK – Die Bayerische – Die Haftpflichtkasse – DMB – Ergo – Europa – Generali – GenRe – Gothaer – Grundeigentümer Versicherung – GVO Versicherung – Haftpflicht Helden – Hallesche – Hannoversche Leben – HanseMerkur – HDI – Helvetia – HUK-Coburg – Inter – Interlloyd – InterRisk – Janitos – Kravag – LBN – LKH – LVM – LV von 1871 – maxPool – Münchener Verein – Nürnberger – NV-Versicherung – Ostangler – Prisma Life – R+V – Rhion – SDK – Signal Iduna – Stuttgarter – Uelzener – uniVersa – Versicherungskammer Bayern – VGH – VHV – Volkswohl Bund – Würzburger – Wüstenrot und Württembergische – Zurich



Streitfall Spontanoffenbarungspflicht: Rechtsprechung und Marktübersicht

Von Stephan Witte

Die Frage, ob und in welchem Umfang es auch noch nach der VVG-Reform (2008) eine Spontanoffenbarungspflicht des Versicherungsnehmers und einer abweichend versicherten Person gibt, beantworten die Rechtskommentare, die Gerichte und die

Versicherer sehr unterschiedlich¹. Im Ergebnis kann man die möglichen und bekannten Meinungen in folgenden vier Gruppen zusammenfassen:

1. Genereller Verzicht

Eine Spontanoffenbarungspflicht besteht seit Einführung des neuen VVG 2008

generell und uneingeschränkt nicht mehr. Damit besteht für den Versicherer auch keine Möglichkeit der Arglistanfechtung wegen Verletzung einer spontanen Anzeigepflicht.

- a. Rechtsprechung: nicht bekannt
- b. Rechtsliteratur: nicht bekannt

Was bedeutet Spontanoffenbarungspflicht?

Der neue § 19 VVG regelt, dass der Versicherer Gefahr erhebliche Umstände in Textform erfragen muss. Falsche Angaben zu diesen Gefahrumständen können den Versicherer zu einem Rücktritt vom Vertrag berechtigen. Aufgrund des Textformerfordernisses nach § 19 Abs. 1 Satz 1 VVG n.F. kommt ein Rücktritt wegen einer spontanen Anzeigepflichtverletzung in diesen Fällen also nicht mehr in Frage. Der Kunde muss daher in der Krankenversicherung nicht von sich aus angeben, dass er gelegentliche Rückenschmerzen hat, unter Erkältung leidet oder vor einigen Jahren eine Blinddarmoperation hatte, wenn der Versicherer eine entsprechende Frage in Textform unterlässt. Im Rahmen einer Hausrat- oder Gebäudeversicherung muss der Kunde auch nicht von sich aus, also spontan, angeben, dass ein Gebäude unter Denkmalschutz steht oder das Dach sanierungsbedürftig ist.

Strittig ist es aber, ob es nicht bestimmte Umstände gibt, bei deren Vorliegen ein Antragssteller von sich aus weiterhin dazu verpflichtet ist, besonders gefährliche Umstände spontan anzuzei-

gen, bei denen eine Frage in Textform vom Versicherer nicht zu erwarten ist. Folgt man dieser Sichtweise, soll der Versicherer bei Verletzung der spontanen Anzeigepflicht das Recht zur Arglistanfechtung nach § 123 Abs. 1 BGB in Verbindung mit § 22 VVG haben. Die Befürworter dieses Lagers argumentieren weiter, dass es bei Nichterfüllung der vorvertraglichen Anzeigepflichten durch den Versicherungsnehmer / die versicherte Person zwei isoliert nebeneinanderstehende Rechtsinstitute gäbe, nämlich das Recht auf Rücktritt, Kündigung bzw. Vertragsanpassung nach § 19 VVG ff. und die Arglistanfechtung nach § 123 Abs. 1 BGB in Verbindung mit § 22 VVG.

Beispielsweise gelten in der Unfallversicherung als Gefahr erheblich alle Umstände, die einen weiteren Unfall wahrscheinlicher machen. Wer also schon mehrere Stürze vom Pferd hatte, könnte damit rechnen, dass dies wieder geschehen könnte und vom Versicherer als Gefahr erheblich angesehen würde. Wenn der Versicherer jedoch weder nach vorherigen Unfällen noch nach Freizeitrisiken fragt, stellt sich die Frage, ob der Kunde

solche Umstände ungefragt angeben müsste. Gleiches gilt bei Herzstörungen nach denen ein Berufsunfähigkeitsversicherer eine Frage „vergessen“ hat.

Die andere Sichtweise unterstellt, dass eine Fragestellung in Textform gemäß § 19 VVG im Versicherungsrecht analog über § 22 VVG in den § 123 Abs. 1 BGB hineingelesen werden müsse. Dafür spricht etwa, dass der Gesetzgeber mit „der Neuregelung [...] dem VN das Risiko der Fehleinschätzung, ob ein Umstand im Sinne des § 16 Abs. 1 VVG a.F. gefahrrelevant ist, [abnehmen wollte]. Während das alte Recht die Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung auf Rücktritt (§ 16 Abs. 2 VVG a.F.) und Anfechtung wegen arglistiger Täuschung (§ 22 VVG a.F.) beschränkte, sieht das neue Recht abgestuft nach Verschulden und Auswirkungen der Anzeigepflichtverletzung zugunsten des Versicherungsnehmers auch mildere Sanktionen vor.“² Dabei sehen zumindest die Autoren dieser Kommentierung das Recht auf Arglistanfechtung neben dem Textformerfordernis des § 19 VVG als bestehend an.³

2. Verzicht nur für „Jedermannsverträge“

Eine Spontanoffenbarungspflicht besteht seit Einführung des neuen VVG 2008 bei Versicherungen im Alltagsgeschäft („Jedermannsverträge“), die weitgehend standardisiert sind, wie Verträge in der Kranken- und der Lebensversicherung nicht mehr, da dem Versicherer bei diesen Verträgen zuzumuten sei, seinen Fragenkatalog abschließend zu formulieren.

„Darüber hinaus kommt eine durch § 22 VVG, 123 BGB bewehrte spontane Anzeigepflicht nur bei stark individualisierten Versicherungsverträgen in Betracht, bei denen sich ausnahmsweise aus § 241 Abs. 2 BGB eine Aufklärungspflicht ergeben kann.“⁴⁴

Diese Meinung wird vertreten durch

- Rechtsprechung: z.B. Erwähnung bei OLG Celle vom 09.11.2015, Az. 8 U 101/15.
- Rechtsliteratur: z.B. Oliver Brand „Grenzen der vorvertraglichen Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers“ in VersR 2009, S. 715-721; ähnlich Knut Pilz und Gerold Gramse in Staudinger/Hahn/Wendt, „Fachanwaltskommentar. Versicherungsrecht“, 2013, § 22 Rn. 7

3. Kein Verzicht, aber starke Einschränkung

Bei arglistiger Nichtanzeige von Gefahrumständen, die für den Kunden offensichtlich gefahrerheblich sind, kommt nur dann eine Arglistanfechtung wegen einer spontanen Anzeigepflichtverletzung in Betracht, wenn die im Antragsprozess nicht erfragten Risikoumstände

- für den Kunden offensichtlich gefahrerheblich und
- so ungewöhnlich sind, dass eine konkrete Frage des Versicherers danach (vom Kunden) nicht erwartet werden kann.

Diese Meinung wird vertreten durch

- Rechtsprechung: z.B. OLG Celle (8. Zivilsenat), Urteil vom 09.11.2015 (Az. 8 U 101/15); OLG Hamm, Beschluss vom 27.02.2015 (AZ. 20 U 26/15, Rn. 11)
- Rechtsliteratur: z.B. Prölss / Martin „Versicherungsvertragsrecht“; 30. Auflage, 2018, § 22 Rn. 4

Trotz der weitgehenden Einschränkung, lässt auch dieses Urteil noch erheblichen Interpretationsspielraum zu.

4. Kein Verzicht und keine Einschränkung

Eine Spontanoffenbarungspflicht mit der Folge der Möglichkeit einer Anfechtung (nicht Rücktritt) besteht ausschließlich bei Arglist des Kunden ohne weitere konkrete Einschränkungen der Anwendbarkeit.

Diese Meinung wird vertreten durch

- Rechtsprechung: z.B. LG Heidelberg, nicht rechtskräftiges Urteil vom 08.11.2016, (Geschäftszeichen 2 O 90/16)
- Rechtsliteratur: z.B. Theo Langheid in Langheid / Rixecker „VVG. Versicherungsvertragsgesetz mit EGVVG und VVG-InfoV. Kommentar“, 3. Auflage, 2016, § 19 Rn. 23; Peter Schimikowski in Ruffer / Halbach / Schimikowski (Hg.) „Versicherungsvertragsgesetz. Handkommentar“, 3. Auflage, 2015, § 19 Rn. 13; Theo Langheid in Langheid / Wand „VVG. §§ 1-99. VVG-InfoV“, 2. Auflage, 2016, § 19 Rn. 54; Jürgen Prölss in Prölss/Martin „Versicherungsvertragsgesetz“, 28. Auflage, § 22 Rn. 3-4
- Versicherer: z.B. Canada Life, GVO Versicherung, Hanse Merkur, Signal Iduna

Ein Blick zurück

Mit der Neugestaltung der gesetzlichen Regelungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in § 19 VVG im Jahre 2008 schien es klar zu sein, dass vom Versicherungsnehmer / der versicherten Person nur noch Angaben zu den Risiken zu machen sind, nach denen der Versicherer im Antragsprozess in Textform fragt. Die meisten Marktteilnehmer legten dies bisher beispielsweise so aus, dass bei Anträgen ohne Gesundheitsprüfung (z.B. Unfallversicherung max-UV Premium aus dem Hause **maxPool**, Exklusiv aus dem Hause **Signal Iduna**, Vollzeit-Schutz aus dem Hause **Stuttgarter**, Klassik-Garant der **VHV**) keine Angaben zum Gesundheitszustand erforderlich seien.

Geht man von den Biometriesparten weg, bedeutet dies auch, dass ein Kunde von sich aus keine Angaben machen muss, dass z.B. ein Gebäude denkmal-

geschützt ist, wenn im Rahmen der Hausrat- oder Wohngebäudeversicherung nicht danach gefragt wird. In der Tat gibt es Versicherer, die keine denkmalgeschützten Gebäude versichern wollen, andere, bei denen dies hingegen problemlos möglich ist und wieder andere, bei denen eine Mitversicherung früher nicht und heute möglich ist.

Ungewöhnliche Umstände könnten weitgehend erfragt werden

Vorstellbar wäre es ferner, dass gegen einen Versicherten die ernst zu nehmende Drohung eines Expartners bestehe, Existenz oder Leben des einst geliebten Partners zerstören zu wollen. Aktuell sind Fragen zu angedrohten Straftaten und anderen ähnlichen eher ungewöhnlichen Umständen in Versicherungsanträgen unüblich. Es sollte aber unstrittig sein, dass jeder Versicherer problemlos nach solchen Umständen fragen könnte. Entsprechend folgerichtig kommen Pilz / Gramse in ihrem Kommentar auch zu folgendem Schluss:

„Soweit [...] der VR in der Lage ist, die wesentlichen Risiken durch einen Fragenkatalog zu erfassen, scheidet eine Aufklärungspflicht dem Grunde nach aus, auch wenn er hinsichtlich einzelner Risiken hiervon keinen Gebrauch macht. Wenn zum Beispiel der VR in seinem Fragenkatalog die Frage nach früheren Straftaten im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen nicht aufnimmt, darf er insofern auch keine spontane Anzeige erwarten. Gleiches gilt für Veränderungen nach der Vertragserklärung des VN; stellt der VR insofern keine Nachfrage, ist er nicht schutzwürdig und eine Spontanoffenbarungspflicht ist dann zu verneinen. Mit Blick auf § 22 VVG reicht es hier wie auch sonst für die Arglistanfechtung aus, dass der VR mündlich nachgefragt hat.“⁴⁵

Problematisch dürfte eine wahrheitsgemäße Beantwortung einer solchen Frage nach konkret angedrohten Straftaten nur für wenige Personen sein, so etwa für jene, die Teil eines Zeugenschutzprogrammes sind und gerade deshalb unter falscher Identität leben müssen. Inwiefern es nach Treu und Glauben verlangt werden kann, dass auch diesen Personen eine entsprechende Offenlegung abzuverlangen, erscheint zumindest fraglich.

Wann liegt Arglist des Versicherungsmaikers vor?

Handelt ein Versicherungsnehmer / Vermittler schon dann arglistig, wenn er den Versicherer (vorrangig) nach dem Rückfragezeitraum seiner Gesundheitsfragen im Antrag aussucht (z.B. 5 Jahre Psychotherapie), weil er davon ausgehen muss, dass die vor 6 Jahren abgeschlossene psychotherapeutische Behandlung einem Vertragsabschluss zu Normalbedingungen gefährden könnte? Unstrittig könnte der Versicherer in Textform auch nach längeren Zeiträumen fragen, womit im Sinne der beschriebenen Position 3 eine Arglistanfechtung ausscheiden dürfte. Unstrittig keine Arglist liegt vor, wenn ein Versicherungsnehmer Bagatelkrankungen (z.B. Sodbrennen mit Magenspiegelung ohne krankhaften Befund, Atembeschwerden während der Heuschnupfenzeit) verschweigt. Das bedeutet aber nicht, dass ein Versicherer ohne eine entsprechende Klarstellung auf eine Anfechtung verzichten muss (siehe z.B. OLG Düsseldorf, Urteil vom 27.10.2017, Az.: I-4 U 145/16).

Unterstellt man negativ ein Fortbestehen der Spontanoffenbarungspflicht, sollten

daher alle Versicherer mindestens rechtsverbindlich klarstellen, was sie im Rahmen der spontanen Anzeigepflicht wissen wollen und was nicht (z.B. nur ergänzende Angaben zur gesundheitlichen Situation oder / und zu Freizeit- und Berufsrisiken).

Viel besser wäre es, wenn der Versicherer alles was er wissen will im Antrag konkret erfragt und bestätigt, dass der Fragenkatalog abschließend ist (z.B. durch folgende Klarstellung: „Eine über die Beantwortung der von uns im Rahmen des Antragsprozesses in Textform gestellten Risikofragen hinausgehende spontane Offenbarungspflicht besteht für Sie nicht.“)

Selbst das Vorhandensein sehr seltener oder neu entdeckter Krankheiten (z.B. AIDS seit den 1980er Jahren) lassen sich problemlos mit entsprechend formulierten Fragen in Textform abklären.

Weiter dürfte es nicht schwer sein, zum Beispiel nach Freizeitrisiken zu fragen, die im Fall eines Unfalles ein weit überdurchschnittliches Verletzungsrisiko erwarten lassen (z.B. Bungee-Jumping,



Fragen nach Freizeitrisiken, z.B. Reiten, sinnvoll?

Free Climbing, Reitsport, nicht aber Fußball, Tennis oder Handball).

An die Grenzen gelangt eine solche Frage allerdings dann, wenn ein Antragsteller gerade erst ein neues Hobby begonnen hat, dessen wesentliche Risiken ihm aufgrund mangelnder Erfahrungen und / oder mangelnder Medienberichterstattung noch nicht bekannt sind. Der Kunde kann die Gefährlichkeit ggf. erst dann einschätzen, wenn er das Hobby bereits einige Zeit ausübt oder wenn er entsprechende überdurchschnittliche Denkanstrengungen unternehmen sollte.

Jüngste Urteile führen zu Rechtsunsicherheit

Einige jüngere Urteile zur Spontanoffenbarungspflicht führen nun zu erheblicher Rechtsunsicherheit in der Branche und wurden in verschiedenen Versicherungsmedien (z.B. im Versicherungsjournal) massiv und medienwirksam diskutiert.

Die Spontanoffenbarungspflicht, also die ungefragte Informierung des Versicherers über im Antragsprozess nicht erfragte Risikoumstände (z.B. OLG Koblenz vom 11.11.1994, VersR 1995, 689, 690; OLG Karlsruhe vom 25.07.1996, VersR 1997, 861; OLG Koblenz vom 08.12.2000, OLG-Report 2001, 468; OLG Koblenz vom 31.05.2002, OLG-Report 2002, 339; OLG Köln vom 08.08.2006, 5 U 92/96), galt vielen mit Einführung des neuen VVG als abgeschafft. Ob dies zutreffend ist oder nicht, wird von Juristen höchst unterschiedlich bewertet. Der Kommentar „Aktuelle Rechtsprechung zur Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung“ (7. Auflage) von Christoph

Müller-Frank verneint das Bestehen einer Spontanoffenbarungspflicht nach neuem VVG (S. 271). Zu einer ähnlichen Einschätzung kam auch ein jüngeres Urteil des **OLG Celle** vom 09.11.2015, Az. 8 U 101/15. Dabei ging es um eine vom Versicherungsnehmer nicht angegebene Entwicklungsverzögerung eines damals zweijährigen Kindes, für das eine Pflagegeldversicherung abgeschlossen wurde. In seinem für den Kunden positiv entschiedenen Urteil führt das Gericht die verschiedenen Rechtsmeinungen aus und fasst unter anderem wie folgt zusammen:

„Überwiegend wird in der Literatur angenommen, dass weiterhin eine vorvertragliche Aufklärungspflicht des Versicherungsnehmers in Bezug auf Umstände bestehen kann, nach denen nicht oder nicht wirksam in Textform gefragt worden ist (vgl. Armbrüster in Prölss/Martin, VVG, 29. Aufl. 2015, § 22 Rn. 3 m. w. N.).“

Hinsichtlich der konkreten Anforderungen für das Bestehen einer solchen Aufklärungspflicht werden unterschiedliche Ansichten vertreten.

[...]

Nach wohl überwiegender Auffassung sind demgegenüber jedoch Einschränkungen vorzunehmen. Dabei wird darauf verwiesen, dass der Versicherungsnehmer nach der gesetzlichen Wertung des § 19 Abs. 1 Satz 1 VVG grundsätzlich darauf vertrauen dürfe, dass der Fragenkatalog des Versicherers alle gefahrerheblichen Umstände erfasse. Eine darüber hinausgehende Aufklärungspflicht des Versicherungsnehmers wird danach nur ausnahmsweise angenommen, wobei sich die hieran gestellten Anforderungen im Detail unterscheiden.

Nach einer Auffassung ist zwischen verschiedenen Arten von Versicherungsverträgen zu differenzieren (Brand, VersR 2009, 715, 721). Bei Versicherungen im Alltagsgeschäft („Jeder-

mannsverträgen“), die weitgehend standardisiert seien, wie Verträgen in der Kranken- und der Lebensversicherung, sei dem Versicherer zuzumuten, seinen Fragenkatalog abschließend zu formulieren. Eine allgemeinzivilrechtliche Aufklärungspflicht des Versicherungsnehmers bestehe hier deshalb nicht. Nach der Grundwertung der §§ 19 ff. VVG dürfe er sich bei solchen Verträgen darauf verlassen, dass der Versicherer den Kreis der gefahrerheblichen Umstände überblicken könne und seinem Informationsbedürfnis entsprechend abgesteckt habe. Er trage das Risiko, seinen Fragenkatalog so zu gestalten, dass er, etwa in der Krankenversicherung, neue oder vermeintlich ausgestorbene Krankheiten erfasse (aaO; ähnlich: Pilz/Gramse in Staudinger/Hahn/Wendt, Fachanwaltskommentar, 2013, § 22 Rn. 7).“

Das **OLG Hamm** vom 27.02.2015 (Az. 20 U 26/15) urteilte zur Spontanoffenbarungspflicht, wobei es ebenfalls um die unterlassene Anzeige eines vor Antragsstellung geäußerten Verdachts auf multiple Sklerose, wie folgt:

„Wollte man von der Klägerin darüber hinausgehend verlangen, eine nicht abgefragte und unstreitig unbestätigte Verdachtsdiagnose mitzuteilen, liefe dies zudem auf die (Wieder-) Einführung einer weitgehenden spontanen Anzeigepflicht hinaus. Der Senat verkennt bei alledem nicht, dass nach der Gesetzesbegründung zu § 19 Abs. 1 VVG das Verschweigen eines gefahrerheblichen Umstandes, den der Versicherer nicht oder nur mündlich abgefragt hat, bei Arglist des Versicherungsnehmers ein Anfechtungsrecht des Versicherers nach § 123 BGB begründen können soll (BT-Drs. 16/3945, S. 64). Eine solche sich aus Treu und Glauben ergebende spontane Anzeigepflicht kommt aber allenfalls dann in Betracht, wenn es sich um die Mitteilung außergewöhnlicher und besonders grundlegender Informationen handelt, die das Aufklärungsinteresse des Versicherers so grundlegend berühren, dass sich dem Versicherungsnehmer ihre Mitteilungsbedürftigkeit aufdrängen musste (BGH, Beschl. v. 19.05.2011, IV ZR 254/10, VersR 2011, 1549 zu § 28 VVG). Um die mit § 19 Abs. 1 VVG bezweckte Abschaffung der

spontanen Anzeigepflicht nicht zu unterlaufen, bedarf es hierbei solcher Gefahrumstände, die so selten und fernliegend sind, dass dem Versicherer nicht vorzuwerfen ist, sie nicht abgefragt zu haben (vgl. Knappmann, VersR 2011, 724, 726; in diese Richtung – mit weiteren Nachweisen zum Meinungsstand – auch LG Dortmund, Urt. v. 24.02.2012, 2 O 144/11, juris, Rn. 49 ff., r+s 2012, 426). Dies kommt bei einer unbestätigten Verdachtsdiagnose schon im Ansatz nicht in Betracht. Dies gilt umso mehr, als es sich vorliegend um den Verdacht gerade einer von 28 Erkrankungen handelt, für welche die Beklagte bedingungsgemäßen Versicherungsschutz verspricht. Die Beklagte selbst hätte es daher in der Hand gehabt, durch eine eindeutige Formulierung ihrer Antragsfragen ihr Informationsbedürfnis zu befriedigen. Der Sinn und Zweck des § 19 Abs. 1 Satz 1 VVG geht nämlich gerade dahin, dem Versicherungsnehmer das Risiko einer Fehleinschätzung hinsichtlich der Gefahrrelevanz abzunehmen (Senat, Urt. v. 03.11.2010, 20 U 38/10, juris, Rn. 57 mit weiteren Nachweisen, VersR 2011, 469 = r+s 2011, 198).“

Urteil des LG Heidelberg noch nicht rechtskräftig

Anders entschied das nicht rechtskräftige Urteil des **LG Heidelberg** vom 08.11.2016, Geschäftszeichen 2 O 90/16, bei dem es um eine Berufsunfähigkeitsversicherung ohne Gesundheitsfragen im Antrag und im Rahmen eines Kollektivgeschäfts ging. Es musste lediglich bestätigt werden, dass abschließend benannte Umstände nicht vorliegen würden. Nach Ansicht der GenRe habe damit von vornherein keine Anfechtung nach § 19, sondern alleine eine Arglistanfechtung nach § 22 VVG als Option im Raum gestanden.⁶

Im konkreten Antrag wurde die Diagnose von Multipler Sklerose nicht angegeben, da der Versicherer nicht danach gefragt hatte. Das Berufungsverfahren läuft vor dem OLG Karlsruhe unter Az. 12 U 156/16. Der Einwand des Versicherers, dass hier eine Spontanoffenbarungspflicht bestanden hätte, wird als mögliche arglistige Täuschung des Versicherten diskutiert. In den Entscheidungsgründen des Gerichtes heißt es unter anderem:

„b. Die von der Beklagten erklärte Anfechtung wegen arglistiger Täuschung ist jedenfalls deswegen begründet, weil der Kläger arglistig gefahrerhebliche Umstände, zu deren Offenbarung er nach Treu und Glauben verpflichtet war, verschwiegen hat.

aa. Ob eine Anfechtung wegen arglistiger Täuschung wegen des Unterlassens der Angabe von offenbarungspflichtigen Umständen auch dann in Betracht kommt, wenn diese Umstände vom Versicherer – wie hier – bei Vertragsschluss nicht ausdrücklich erfragt wurden, oder ob die Anfechtung in einem solchen Fall durch § 19 VVG ausgeschlossen ist, ist umstritten und bislang, soweit ersichtlich, noch nicht höchstrichterlich oder obergerichtlich entschieden worden (vgl. die Nachweise bei Armbrüster, in: Prölss/Martin, VVG, 29. Aufl., § 22 Rn. 3). Nach der wohl überwiegenden Auffassung im Schrifttum wird die Anfechtung in einem solchen Fall durch § 19 VVG nicht ausgeschlossen. Dieser Auffassung ist zu folgen. Die Beschränkung der Anzeigepflicht auf eine Antwortpflicht soll den Versicherungsnehmer nämlich von dem Risiko entlasten, die Anzeigepflicht (wenn auch schuldlos) infolge einer Fehleinschätzung der Gefahrerheblichkeit eines Umstandes zu verletzen. Geht der Versicherungsnehmer aber selbst davon aus, dass die Kenntnis des Versicherers von bestimmten Umständen trotz des Fehlens entsprechender Fragen dessen Entscheidung beeinflusst, was Voraussetzung einer Täuschung ist, dann ist er diesem Risiko nicht ausgesetzt, weil das Unterbleiben ordnungsgemäßer Fragen keinerlei Rolle für sein Verhalten gegenüber dem Versicherer spielt. Daher kann das Unterbleiben auch eine Offenbarungspflicht nicht hindern. Das bedeutet, dass eine solche Pflicht jedenfalls besteht, wenn es um Umstände geht, die auch nach der Einschätzung des Versicherungsnehmers trotz des Unterbleibens diesbezüglicher Fragen gefahrerheblich sind (so zutreffend Armbrüster, in: Prölss/Martin, a.a.O., Rn 3). § 22 VVG verweist im Übrigen ohne jede Einschränkung auf das Recht zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung nach § 123 BGB. Im Rahmen der Arglistanfechtung nach § 123 BGB ist aber bereits seit langem

anerkannt, dass eine Täuschung auch durch Verschweigen von offenbarungspflichtigen Umständen erfolgen kann. Hätte der Gesetzgeber im Versicherungsvertragsrecht die Arglistanfechtung auf fehlerhafte Angaben zu gefahrerheblichen Umständen, die der Versicherer in Textform ausdrücklich erfragt hat, beschränken wollen, hätte es nahegelegen, eine solche Beschränkung in § 22 VVG – der dann freilich weitgehend leerliefe – zum Ausdruck zu bringen.“

Zur Urteilsbegründung heißt es unter anderem:

„Der Kläger konnte im vorliegenden Fall auch nicht annehmen, der Beklagten komme es für die Bereitschaft zum Abschluss eines Vertrages über eine Berufsunfähigkeitsversicherung nur darauf an, dass die in der vorgedruckten Erklärung ausdrücklich genannten Krankheiten nicht vorliegen. Denn es liegt auf der Hand und ist einem an multipler Sklerose erkrankten durchschnittlichen Versicherungsnehmer bekannt, dass diese Krankheit ein ebenso großes Risiko der Berufsunfähigkeit in sich birgt wie die in dem Antragsformular genannten Krankheiten und dass das Vorliegen oder Nichtvorliegen dieser Krankheit daher für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, von ebenso ausschlaggebender Bedeutung ist wie das Vorliegen oder Nichtvorliegen der in dem Antragsformular genannten Krankheiten. Anders als in Fällen, in denen der Versicherer dem Versicherungsnehmer vor Vertragsabschluss einen umfangreichen Fragenkatalog präsentiert und darüber hinaus die Namen der Ärzte erfragt, die den Antragsteller regelmäßig behandeln oder in den zurückliegenden Jahren behandelten, durfte der Kläger im Streitfall redlicherweise nicht darauf vertrauen, er habe bereits mit dem wahrheitsgemäßen Ankreuzen der vorgedruckten Erklärung seine Anzeigepflicht vollständig erfüllt. Indem er gleichwohl eine von ihm selbst als gefahrerheblich erkannte Krankheit nicht angab, hat er zumindest billigend in Kauf genommen, dass der Versicherer den Vertrag bei Anzeige der Krankheit nicht oder nicht mit dem vereinbarten Inhalt abgeschlossen hätte.“

Tatsächlich gilt das Textformerfordernis nach dem Wortlaut des Gesetzes nur für § 19 VVG Abs. 2-4 unstrittig. Dies betrifft also schuldlose, fahrlässige, grob fahrlässige und vorsätzliche Anzeigepflichtverletzungen. Arglist nach § 22 VVG ist nicht von § 19 Abs. 2-4 erfasst, so dass dem Versicherer weiterhin das Recht auf Anfechtung eines Vertrages wegen arglistiger Täuschung nach § 123 BGB und § 22 VVG zustehen könnte.⁷ Einige Juristen vertreten die Ansicht, dass die Textformvorschrift für die Einrede von Arglist keine Geltung habe. Eine andere Position vertritt hier beispielsweise die **GenRe**⁸. Hier wird unter anderem darauf verwiesen, dass die Begründung zum § 22 VVG „deutlich heraus[stelle], dass eine Beschränkung der Arglistanfechtung auf den Bereich gefahrerheblicher Umstände gerade nicht erfolgen soll.“

Möglicher Arglistverzicht strittig

Zusammengefasst lässt sich zur Rechtslage folgendes festhalten:

- Inwiefern eine Spontanoffenbarungspflicht nach aktueller Rechtslage besteht, ist umstritten. Sowohl das OLG Hamm als auch diverse Versicherer (z.B. **GVO Versicherung, Signal Iduna, Wüstenrot und Württembergische**) verneinen, dass es eine solche gäbe. Das entsprechende Urteil des LG Heidelberg ist noch nicht rechtskräftig und wird auch in der Branche heftig kritisiert. Das Bestehen einer Spontanoffenbarungspflicht wird abweichend beispielhaft von der **GenRe**⁹, aber auch von **Canada Life, Barmenia, Janitos** und **uniVersa** vertreten.
- Nach der Gesetzesbegründung zu § 19 Abs. 1 VVG könne trotz des Textformerfordernisses eine Anfechtung wegen Arglist des Versicherungsnehmers nach § 123 BGB in Betracht kommen. Es wird jedoch teilweise auch die Meinung vertreten, dass bei weitgehend standardisierten Verträgen wie einer Lebens- oder Krankenversicherung ein abschließender Fragenkatalog zumutbar sei. Daraus ließe sich dann ableiten, dass die Textform bei Versicherungsverträgen für das Privatkunden-Massengeschäft auch den Absatz 1 einschließe.
- Inwiefern es möglich ist, gleichzeitig auf eine Spontanoffenbarungspflicht zu verzichten und nicht gleichwohl auf

eine Arglistanfechtung ist strittig. So schreibt etwa die **uniVersa**: „Die spontane Anzeigepflichtverletzung setzt voraus, dass der Versicherer arglistig getäuscht wird.“

In der Gesetzesbegründung heißt es auf Seite 64 unter anderem wie folgt:

„Das Verschweigen eines gefahrerheblichen Umstandes, den der Versicherer nicht oder nur mündlich nachgefragt hat, kann bei Arglist des Versicherungsnehmers ein Anfechtungsrecht des Versicherers nach § 123 BGB begründen (vgl. § 22 VVG-E). Das Erfordernis der Textform für die Nachfrage dient der Rechtssicherheit.“

Verzicht auf Arglistanfechtung für Privatkunden möglich?

Hierzu führt dann auch ein Versicherer zwei Urteile ins Feld, mit denen argumentiert wird, dass man nicht bereits im Vorfeld („antizipiert“) auf eine Arglistanfechtung verzichten dürfe:

- Beschluss des BGH vom 21.09.2011 (Az. IV ZR 38/09)
- Urteil des BGH vom 17.01.2007 (Az. VII ZR 37/09)

In beiden Fällen geht es um Streitfälle vor Einführung des aktuellen VVG, die jeweils keine privatrechtlichen Verträge betrafen und jeweils nicht unmittelbar von Spontanoffenbarungspflicht sprechen. Im ersten Fall ging es um eine Valorenversicherung im Zusammenhang mit der später wegen eines Schneeballsystems zusammengebrochenen HEROS-Gruppe. Im zweite Urteil ging es um Geschäftsanteile, die von einem geschäftsführenden Alleingesellschafter einer GmbH für das Unternehmen gekauft wurden.

Inhaltlich führten diese Urteile einerseits zu dem Fazit, dass der Versicherer zwar in jedem Einzelfall, nachdem er von der Täuschung erfahren hat, auf eine Arglistanfechtung verzichten könne, zum Beispiel indem er schlicht und ergreifend nicht binnen Jahresfrist eine Anfechtungserklärung abgibt. Andererseits könne er nicht bereits im Vorfeld, bevor er von den konkreten Täuschungen erfahren hat, darauf verzichten nach entspre-

chender Kenntniserlangung eine Anfechtungserklärung abzugeben.

Mehrere Kommentare zitieren diese Urteile und schließen daraus, dass ein „im Voraus vereinbarter Ausschluss des Anfechtungsrechts aus § 123 Abs. 1 BGB [...] unwirksam [sei], wenn die Täuschung vom Geschäftspartner selbst oder von einer Person verübt wird, die nicht Dritter iSd § 123 Abs. 2 BGB ist“.¹⁰

Ein Versicherer schließt für sich aus diesen Urteilen, dass ein Verzicht auf die Spontanoffenbarungspflicht einschließlich einer Arglistanfechtung mit erheblichen rechtlichen Unsicherheiten belastet sei und möglicherweise unseriös sei. Dieser Anbieter, der keine namentliche Erwähnung wünscht, der Versicherer vertritt somit auch die Meinung, dass ein Verzicht nach dem derzeitigen Stand der Rechtsprechung die Gefahr der Irreführung berge.

Man könnte auch damit argumentieren, dass ein vollständiger Verzicht auf die Spontanoffenbarungspflicht einschließlich einer Arglistanfechtung nicht möglich wäre, da gegebenenfalls ein Versicherungsbetrug als strafbare Handlung zum Tragen kommen könnte. Im Zweifel könnte ein Kunde den Versuch unternommen haben, sich auf Kosten eines Versicherers und zu Lasten des Versicherungskollektivs unberechtigt Versicherungsschutz zu besorgen.

Zieht man in Betracht, dass sich der Beschluss vom 21.09.2011 konkret auf das vorhergehende Urteil aus 2007 bezieht, dass sich beide Urteile nur auf gewerblich abgeschlossene Verträge beziehen und dass bei Verträgen im Privatkundensegment durchaus die Wirksamkeit einer spontanen Anzeigepflicht in Zweifel gezogen wird¹¹, erscheinen Beschluss und Urteil des BGH nicht dazu geeignet, einen vom Versicherer willentlich erklärten Verzicht auf eine umfassende Spontanoffenbarungspflicht zu untersagen. Außerdem ist zu bedenken, dass in der Vergangenheit getroffene Entscheidungen auch durch die höhere Rechtsprechung des gleichen Gerichts für die Zukunft als nichtig entschieden werden können (so z.B. das OLG Hamm in einem Urteil aus dem Jahre 2003 bezogen auf ein Urteil aus dem Jahre 1986).¹² **Das heißt: auch die**

Auslegung des Rechts unterliegt einem zeitlichen Wandel.

Dagegen spricht aber, dass sich § 123 BGB durch das neue VVG nicht geändert hat und die Gesetzesbegründung zu § 22 VVG kein ausdrückliches Textformerfordernis vorsieht. Mit Ausnahme der 30. Auflage des Prölss / Martin aus dem Jahre 2018 (§ 22 Rn. 3 mit Bezug auf Brand und die Erwähnung der offenen Frage beim OLG Hamm) bieten die bisher bekannten Kommentierungen keine Diskussion, wonach ein antizipierter Arglistverzicht nur eingeschränkt auf gewerbliche Verträge anwendbar sein sollte. Mithin könnte man argumentieren, dass der Verzicht auf eine Arglistanfechtung grundsätzlich unwirksam und als Folge auch wettbewerbswidrig sein könnte.

Einige Versicherer scheinen diese Bedenken nicht zu teilen und sind daher bereit, vollständig auf eine Spontanoffenbarungspflicht in den von Ihnen beschriebenen Sparten zu verzichten. Entweder diese Anbieter folgen einer ähnlichen Auslegung wie Brand für Allvertragsverträge oder sie stellen nicht hinreichend transparent klar, wie sie den Begriff der Spontanoffenbarungspflicht auslegen und dass sie tatsächlich keinen Verzicht auf eine Arglisteinrede bieten wollen.

Unklar müssen in jedem Fall auch die Grenzen einer möglichen Arglistanfechtung sein. In einem Hintergrundgespräch mit einem Versicherer äußerte etwa ein dort tätiger Anwalt, dass keine Spontanoffenbarungspflicht bestehe, wenn gegen das Leben eines Versicherungsnehmers eine Straftat (z.B. Morddrohung) angedroht würde. Dies sei nicht hinreichend „exotisch“, um hier eine Arglistanfechtung zu begründen. In einem späteren Gespräch wurde jedoch mitgeteilt, dass man dies nicht rechtsverbindlich erklären könne. Dies deckt sich mit der Einschätzung von Prölss / Martin (30. Auflage, 2018, § 22 Rn. 5).

Unstrittig bleibt das Anfechtungsrecht wegen arglistiger Täuschung des Versicherers bestehen, wenn wissentlich die vom Versicherer in Textform gestellten Fragen falsch oder irreführend beantwortet werden und dieser dadurch zu einer sonst erkennbar nicht möglichen Antragsannahme bewegt werden soll.



Staudinger / Halm / Wendt (Hrsg.)
Versicherungsrecht. Kommentar.
2. Auflage 2017. 2948 Seiten, Softcover,
Luchterhand, ISBN 978-3-472-08944-5,
214,00 Euro inkl. MwSt.

Frequenzschäden bei Verzicht schwer vorstellbar

In jedem Fall gilt, dass der Versicherer den Vertrag erst dann wegen Arglist anfechten kann, wenn er Kenntnis von diesem Umstand erlangt hat. Die Beweislast bei Einrede der arglistigen Täuschung von Seiten des Versicherungsnehmers liegt allerdings beim Versicherer. In der Praxis wird ein Versicherer nur selten in der Lage sein, den Nachweis zu erbringen, dass ein Kunde tatsächlich arglistig irreführende, falsche oder unzureichende Angaben zum zu versichernden Risiko gebracht hat.

Die Spontanoffenbarungspflicht kommt aus diesen Gründen auch nur dann in Betracht, wenn der Kunde den Versicherer arglistig über Umstände getäuscht hat, die zum Vertragsabschluss geführt haben und es dem Versicherer zusätzlich gelingt, diesen Umstand zu beweisen. Mithin wird es nur wenige Fälle geben, für die ein Verzicht in der Praxis echte Auswirkungen für den Versicherer als auch für die Versicherungsgemeinschaft haben werden.

Für Frequenzschäden hat es der Versicherer daher problemlos in der Hand, entsprechende Fragen zum Risiko in den Antragsfragen zu stellen. Somit kommt die Spontanoffenbarungspflicht nur für wenige Umstände überhaupt zum Tragen und hat besondere Auswirkungen auf Anträge mit verkürzten oder fehlenden Gesundheits- / Risikofragen. Der Versicherer akzeptiert andererseits aber vorsätzlich, dass er ein stärker risikobehaftetes Kollektiv „einkauft“, was seinen Nachweis des Arglistvorwurfes massiv einschränken dürfte.

Fazit

Es sind keine guten Gründe erkennbar, weshalb ein Versicherer nicht einen abschließenden Fragenkatalog stellen könnte, in dem z.B. auch angedrohte Straftaten gegen Leib, Leben oder Eigentum einer versicherten Person gestellt werden (ggf. mit Verzicht auf eine solche Benennung, wenn es sich um den Angehörigen eines Zeugenschutzprogrammes handelt). Damit könnten Versicherer ihre Kunden praktisch (weitgehend) davor schützen, überhaupt arglistig handeln zu können. Alternativ könnten Versicherer in ihren Anträgen und Bedingungen verbindlich erklären, welche gefahrerheblichen Umständen in keinem Fall als arglistiges Verschweigen angesehen werden. Auch eine inhaltliche Aufnahme der Rechtsprechung des OLG Celle würde zumindest in die richtige Richtung führen.

Weiter könnten Versicherer, die Neugeschäft durch verkürzte oder fehlende Gesundheitsfragen schreiben möchten (z.B. im Rahmen von Bestandsaktionen oder in der bAV-Dienstbliegenheitserklärung), die umfänglichen Gesundheitsfragen im selben Antragsformular aufführen und erklären, dass Angaben in diesem Umfang in keinem Fall eine Arglistanfechtung ermöglichen. Plausibel erscheint aber auch die Argumentation

eines Marktteilnehmers, der „dafür spricht, dass bei Aktionsfragen und Dienstbliegenheitserklärungen das jeweilige Delta zum vollständigen Fragen-set des Versicherers nicht angezeigt werden muss, auch nicht spontan.“ Diese Meinung vertritt auch die GenRe in dem im Text zitierten Aufsatz.

Versicherer könnten weiterhin – zumindest im Privatkundensegment – auf eine „gegebenenfalls nach der Rechtsprechung mögliche, heute jedoch noch nicht abschließend geklärte Anfechtung wegen Spontanoffenbarungspflicht“ verzichten. Dieser Verzicht könnte dann als freiwillige Besserstellung gegenüber dem Gesetz bezogen sein bei Gesundheitsrisiken auf z.B. einen Zeitraum von 5 Jahren, bezogen auf Freizeit- und Sportrisiken auf 3 Jahre und bei sonstigen Risiken auf 3 Monate. Analog gilt schon heute in der erweiterten Elementarschadendeckung eine Wartezeit von meist 14 Tagen oder 1 Monat. Nach Treu und Glauben dürfte nichts gegen eine solche Besserstellung der Kunden sprechen. Analog verzichten schon heute viele Anbieter in den Sachsparten auf ihr nach dem VVG bestehendes Recht auf Kürzung der Leistung bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles.

Sollte die Rechtsprechung zum Ergebnis kommen, dass eine Spontanoffenbarungspflicht und eine damit ggf. verbundene Arglistanfechtung ausscheiden, würden Bestandskunden keinen Nachteil von einer entsprechenden Verzichtserklärung erhalten. Für den Fall, dass ein vollständiger Verzicht zukünftig als unwirksam erklärt werden würde, scheint dennoch nach Treu und Glauben nichts gegenüber einer teilweisen Besserstellung zu sprechen.

Vorstellbar wäre auch der Weg, dass Versicherer bedingungsseitig definieren, dass fehlende Angaben zu seltenen Erkrankungen oder anderen risikoreichen Merkmalen bedingungsseitig nicht als Gründe für eine Anfechtung wegen Arglist angesehen werden. Eine Anfechtung wegen Arglist nach § 22 VVG würde nur noch dann in Betracht kommen, wenn der Leistungsfall bereits bei Antragsstellung mit Sicherheit in unmittelbarer Zukunft eintreten würde oder bereits bei Antragsstellung vorliegende Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit innerhalb der nächsten x Monate / Jahre zu einem Leistungsfall führen würden.

In jedem Fall hat es jeder Versicherer selbst in der Hand, seinen Kunden gegenüber Transparenz zu zeigen.

Marktübersicht Spontanoffenbarungspflicht

„Risiko & Vorsorge“ hat eine Auswahl von Marktteilnehmern darum gebeten, eine Stellungnahme abzugeben, inwiefern die Unternehmen rechtsverbindlich auf die Einrede einer Spontanoffenbarungspflicht verzichtet. Die Resonanz auf die Anfrage war überwältigend, fiel jedoch inhaltlich höchst unterschiedlich aus.

Verzicht auf eine Spontanoffenbarungspflicht

Mehrere Versicherer haben rechtsverbindlich zugesagt, dass man auf eine Spontanoffenbarungspflicht verzichten werde. Als einziger Krankenversicherer hat sich hier die **Alte Oldenburger** positiv positioniert:

„Die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG verfolgt im Interesse der Versichertengemeinschaft eine strikte An-

nahme- und konsequente Risikopolitik. Die Antragsfragen sind so detailliert gestellt, dass vom Antragsteller keine zusätzlichen Angaben zum Risiko, zur Gesundheit oder anderen Gefahr erheblichen Umständen gemacht werden müssen. Die ALTE OLDENBURGER setzt keine verkürzten Gesundheitsfragen ein, sodass die „Spontanoffenbarungspflicht“ für die ALTE OLDENBURGER kein Thema ist. [...] es ist richtig, dass die ALTE OLDENBURGER derzeit auf eine Spontanoffenbarungspflicht verzichtet.“

Die **Grundeigentümer-Versicherung** (unter anderem Risikoträger bei ConceptIF) verzichtet ohne Einschränkungen:

„gern bestätigen wir, dass wir rechtsverbindlich auf die Spontanoffenbarungspflicht in den von uns angebotenen Sparten [...] verzichten.“

Einen eindeutigen Verzicht bietet auch die **NV-Versicherung** (Risikoträger u.a. bei den Haftpflicht Helden):

„Die NV verzichtet rechtsverbindlich in allen von der NV vertriebenen Sparten und Produkten auf eine Spontanoffenbarungspflicht. [...] Die NV verzichtet auch bei Produkten mit Gesundheits- und Risikofragen rechtsverbindlich auf eine Spontanoffenbarungspflicht.“

Ebenso eindeutig verzichtet auch die **Ammerländer** auf die Einrede der Spontanoffenbarungspflicht:

„Wir verzichten rechtsverbindlich darauf. Aufgrund unserer Antragsfragen kommt eine spontane Offenbarungspflicht für uns nicht in Betracht.“

Die **Central** äußert sich wie folgt:

„Wir stellen in unseren Tarifen Gesundheitsfragen, die unsere Kunden beantworten müssen. Darüber hinaus haben die Kunden keine Offenbarungspflichten.“

[...]

Bei einigen Tarifen stellen wir keine Gesundheitsfragen. In diesem Fall sind die Kunden definitiv nicht verpflichtet, Aussagen zu ihrem Gesundheitszustand zu treffen.“

Leider äußert sich die Central nicht dazu, ob über die Gesundheitsfragen hinaus, sonstige risikorelevanten Umstände (z.B. Freizeit- oder Berufsrisiken) anzugeben sind.

Verzicht mit Einschränkungen

Einige Anbieter bieten Ihren Verzicht nur eingeschränkt.

Die **GVO Versicherung** (Risikoträger auch bei ConceptIF) hat sich nur scheinbar eindeutig positioniert

„Wir verzichten auf eine Spontanoffenbarungspflicht.“ Weiter heißt es: „Unsere Antworten können so zusammengefasst werden, dass wir generell auf die spontane Anzeigepflicht (Spontanoffenbarungspflicht) verzichten, die es seit der VVG-Reform nicht mehr gibt. Unsere Regulierung orientiert sich deshalb an der bisherigen Rechtsprechung, die bisher davon ausging, dass es die spontane Anzeigepflicht nicht mehr gibt sowie an die Ausführungen zu § 19 V VVG im Münchner Kommentar. Wir berufen uns nur auf Fragen die wir an den Kunden gestellt haben. Eine Anfechtung des Vertrages halten wir uns im seltenen Einzelfall unter ganz besonderen Umständen wegen einer möglichen arglistigen Täuschung vor.“

Es wird zwar ausdrücklich auf die Einrede der Spontanoffenbarungspflicht verzichtet, nicht jedoch auf eine Anfechtung wegen arglistiger Täuschung des Versicherers nach § 123 VGB.

Ähnlich muss die Stellungnahme der **Signal Iduna** bewertet werden:

„[...] Eine grundsätzliche „Spontanoffenbarungspflicht“ gibt es [...] nicht und ist laut VVG in der Form auch nicht vorgesehen. Unsere Tarife stehen in allen

Sparten in Einklang mit der aktuellen Gesetzeslage. Das – sicher nur in ganz krassen Ausnahmefällen denkbare – Recht der Anfechtung nach §123 BGB wegen arglistiger Täuschung bleibt davon allerdings unberührt.“

Ein Verweis auf die Einhaltung der Gesetze bietet den Kunden keine zusätzliche Transparenz.

Die **LV 1871** hat in ihrem Blog eine Stellungnahme zum Thema abgegeben. Dort wird das Wesentliche wie folgt zusammengefasst:

„Auf der Grundlage der derzeitigen Rechtsprechung gilt somit für unser Haus: Wenn keine oder nur eine eingeschränkte Gesundheitserklärung abgegeben war, besteht keine spontane Anzeigepflicht für Umstände, die wir bei einer vollständigen Gesundheitserklärung abgefragt hätten. Ein Anfechtungsrecht besteht daher in solchen Fällen nicht.“

Ein genereller Verzicht wird also ausdrücklich nicht ausgesprochen.

Verzicht spartenabhängig

Keine einheitliche Position für alle Sparten bezieht die **Debeka**:

„Krankenversicherung

In der Krankenversicherung halten wir uns in der Leistungspflichtprüfung (Anzeigepflichtverletzung) an die Vorgaben des VVG.

Aus diesem Grund sehen wir auch keine Notwendigkeit, eine rechtsverbindliche Auskunft darüber abzugeben, dass wir geltende Gesetze einhalten.

Lebensversicherung

Die Absicherung von biometrischen Risiken bei der Debeka Leben erfolgt je nach beantragter Vertragskonstellation mit oder ohne Risiko- bzw. Gesundheitsfragen.

Bei allen Fällen verzichten wir auf die spontane Anzeigepflicht.

In unseren Aufnahmeanträgen mit Gesundheitsfragen weisen wir die Antragsteller auf die besondere Bedeutung der Risikoangaben hin:

„Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung gesetzlich verpflichtet, uns alle Gefahrumstände anzuzeigen, die für

unsere Entscheidung, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen, erheblich sind und nach denen wir Sie in Textform gefragt haben.“

Daraus ergibt sich, dass Gefahrumstände, die dem Antragsteller bekannt sind und nach denen nicht in Textform gefragt wird, als unerheblich betrachtet werden bzw. nicht angezeigt werden müssen.

Schaden- und Unfallversicherung

In der Schaden- und Unfallversicherung verzichten wir nicht ausdrücklich auf jede Form der Spontanoffenbarungspflicht. Es gilt also kein rechtsverbindlicher Verzicht auf die Spontanoffenbarungspflicht.“

Missglückte Kommunikation

Die **Hannoversche Leben** schrieb am 10.11.2017, dass man ausdrücklich auf eine Spontanoffenbarungsverzicht verzichte. Am 29.11.2017 wurde die Aussage nochmals bestätigt:

„die Informationen aus meiner E-Mail vom 10. November 2017 haben sich nicht geändert.

Zusammengefasst kann man sagen, dass man einen Verzicht auf eine spontane Anzeigepflicht aus unseren AVB (Risiko und BU) schließen kann. Wir sagen darin (und folgen damit der gesetzlichen Regelung in § 19 VVG), dass Fragen beantwortet werden müssen, die wir in Textform stellen. Daran halten wir uns. Eine Pflicht zur Anzeige ungefragter Information besteht damit nicht.“

Am 08.12.2017 schließlich wurde durch einen anderen Verantwortlichen eine Kehrtwende in der Kommunikation vorgenommen:

„die Hannoversche kann – auch im Interesse der Versichertengemeinschaft – nicht ausdrücklich auf Sanktionen bei der so genannten „spontanen Anzeigepflichtverletzung“ verzichten. Es ist uns allerdings bewusst, dass für diesen Ausnahmestand sehr ungewöhnliche und damit seltene Umstände vorliegen müssen. Daher messen wir diesem Tatbestand keine praktische Relevanz bei. So ein Fall ist bei der Hannoverschen im Übrigen noch nicht vorgekommen.“

Dies wurde in einer weiteren Mail mit der „gelebten Regulierungspraxis“ begründet.

Kein Verzicht auf die Spontanoffenbarungspflicht

Viele Versicherer möchten weder ganz noch teilweise auf die Einrede der Spontanoffenbarungspflicht verzichten.

Hierzu schreibt **Canada Life**:

„Einen generellen Verzicht auf Sanktionen bei spontaner Anzeigepflichtverletzung sprechen wir nicht aus. Laut § 19 Absatz 1 VVG müssen Versicherungsnehmer ohnehin nur die Fragen beantworten, die ihnen der Versicherer vor Annahme des Antrags in Textform stellt. Es ist allerdings anerkannt, dass in sehr restriktiv zu handhabenden Ausnahmefällen den Versicherungsnehmer eine spontane Offenbarungspflicht treffen kann. Zudem kann im Einzelfall auch weiterhin eine Offenbarungspflicht im Rahmen des arglistigen Verschweigens gefahrerheblicher Umstände anzunehmen sein.“

Kein Verzicht auf eine Spontanoffenbarungspflicht bestehe laut Canada Life auch dann, wenn ein Antrag nur vereinfachte Gesundheits- oder Risikofragen aufweise. „Allerdings arbeitet Canada Life nicht mit extrem vereinfachten Gesundheitsfragen.“

Auch **Janitos** möchte nicht auf die Einrede einer Spontanoffenbarungspflicht verzichten, macht jedoch klar, dass man Kunden bei verkürzter Gesundheitsprüfung nicht schlechter stelle als jene, die Fragen in vollem Umfang beantworten müssen:

„eine spontane Anzeigepflichtverletzung kann nur in absoluten Ausnahmefällen eine Anwendung finden. Dieser Fall müsste bei der Bewertung der Gefahrumstände so selten und fernliegend sein, dass eine auf ihn abzielende Frage nicht erwarten werden kann.

In der Praxis kann sie somit kaum, das heißt, nur in ganz seltenen Fällen angebracht werden.

Aufgrund der noch nicht abschließend geklärten Rechtslage möchten wir keine grundsätzliche Verzichtserklärung abgeben. Bieten wir jedoch innerhalb eines Aktionszeitraums oder im Rahmen einer speziellen Produktgestaltung den Abschluss ausgewählter Produkte mit einer vereinfachten oder gar ohne Gesundheits-

prüfung an, besteht keine spontane Anzeigepflicht für Umstände, die wir bei einer ansonsten üblichen bzw. vollständigen Gesundheitsprüfung abgefragt hätten.“

Inhaltlich ähnlich positioniert sich die **Nürnberger**:

„In unserer Regulierung gab es noch keinen Fall, in dem wir die Verletzung der spontanen Anzeigepflicht geltend gemacht haben. Trotzdem können wir nicht grundsätzlich und im Voraus auf unser Anfechtungsrecht verzichten. Laut Bundesgerichtshof ist ein solcher Verzicht im Voraus immer unwirksam, wenn der Kunde getäuscht hat (BGH, Beschluss vom 21.09.2011, IV ZR 38/09; BGH, Urteil vom 17.01.2007, VIII ZR 37/06). Der BGH begründet dies mit dem von § 123 Abs. 1 BGB bezweckten Schutz der freien Selbstbestimmung des Versicherers. Würde die NÜRNBERGER eine solche Verzichtserklärung im Voraus abgeben, dann wäre diese nicht nur rechtlich wirkungslos. Sie würde sogar Kunden und Vermittler irreführen. Wir können dem Vertrieb aber trotzdem Rechtssicherheit geben: Denn wir sichern zu, dass unseren Kunden keine Nachteile aus verkürzten Risiko-/Gesundheitsfragen oder aus einer verkürzten Gesundheitserklärung (anstelle von vollständigen Fragen) entstehen! Andere Umstände sanktionieren wir selbst im Falle der Arglist nicht - entgegen der abzulehnenden Rechtsauffassung des LG Heidelberg vom 08.11.2016 (2 O 90/16).

Wenn die NÜRNBERGER Anträge ohne die üblichen vollständigen Risikofragen auf Basis einer bloßen Dienstobliegenheitserklärung oder vereinfachten Gesundheitsfragen annimmt, dann wegen folgender Risikobewertung: Diejenigen Umstände, nach denen wir im Unterschied zu unserem vollständigen Fragenset nicht gefragt haben, sind irrelevant dafür, ob wir einen Antrag annehmen oder nicht. So wird beispielsweise bei einer bAV das Risiko durch das Kollektiv innerhalb eines Gruppenvertrags gemindert. Bei bestimmten BU-Erhöhungen minimiert sich das Risiko durch den bereits bestehenden Vertrag.“

Nicht auf die Einrede einer Spontanoffenbarungspflicht möchte auch die **uni-versa** (Leben, Kranken, Allgemeine) verzichten:

„uns ist in der Vergangenheit kein Vorgang bekannt, in dem wir uns auf eine Verletzung der Spontanoffenbarungspflicht berufen haben.

Die spontane Anzeigepflichtverletzung setzt voraus, dass der Versicherer arglistig getäuscht wird. Deshalb bitten wir um Verständnis, dass wir keinen generellen Verzicht aussprechen wollen, uns auf die spontane Anzeigepflichtverletzung berufen zu können. Wir halten die Vorgänge jedoch für außerordentlich selten, da wir alle wesentlichen gefahrerheblichen Umstände in den Antragsformularen abfragen.“

Keinen Verzicht möchte auch die **Barmenia** aussprechen:

„Die „spontane Anzeigepflicht“ stellt ein besonderes Rechtsmittel dar. Auch die Barmenia hält sich grundsätzlich die Möglichkeit offen, dieses Mittel im Einzelfall einzusetzen, um gegen unberechtigte Leistungsansprüche im Einzelfall vorgehen zu können. Allerdings ist ebenso deutlich festzuhalten, dass an eine mögliche Anwendung hohe Hürden gestellt sind. Im Ergebnis wird die Anwendung aus heutiger Sicht eher eine Randnotiz bleiben.“

Inhaltlich in dieselbe Richtung geht die Antwort der **INTER Versicherungsgruppe**:

„Wir verzichten im Rahmen unserer aktuellen Antragsbearbeitung grundsätzlich auf die Prüfung, ob der Antragsteller außergewöhnliche Gefahrumstände nicht angezeigt hat, nach denen wir zwar nicht in Textform gefragt haben, die jedoch für unseren Entschluss, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sein könnten. Wir fragen bei Antragstellung den Antragsteller in Textform nach den ihm bekannten Gefahrumständen, die für unseren Entschluss, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind. Grundsätzlich sind nur die Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, anzeigepflichtig. Umstände, nach denen wir nicht gefragt haben, sind grundsätzlich nicht anzeigepflichtig. Nur in extremen Ausnahmefällen erscheint es uns vorstellbar, dass wir dem Antragsteller vorwerfen müssen, gefahrerhebliche Umstände nicht angezeigt zu haben, nach denen wir bei der Antragstel-

lung nicht ausdrücklich gefragt haben. Hierbei müsste es sich um Umstände handeln, die so selten und fernliegend sind, dass es uns nicht vorwerfbar ist, sie nicht abgefragt zu haben. Es könnte sich nur um Vorgänge handeln, bei denen es für den Antragsteller eindeutig erkennbar war, dass das Verschweigen dieses Umstands einen Verstoß gegen „Treu und Glauben“ und eine arglistige Täuschung des Versicherers darstellt.

[...]

Sofern wir bei Antragstellung keine oder nur eingeschränkte Fragen zu Gefahrumständen stellen, besteht für den Antragsteller keine spontane Offenbarungspflicht für Gefahrumstände, nach denen wir bei Durchführung einer „vollständigen“ Risikoprüfung gefragt hätten.“

Im Übrigen bezieht sich der Versicherer hier auf seine oben benannten Ausführungen.

Die Auskunft der **Haftpflichtkasse** lässt sich nur so deuten, dass kein Verzicht gegeben wird:

„Dieses Thema ist nach Rücksprache mit Fachleuten der Haftpflichtkasse bisher für unser Unternehmen noch nicht von Belang gewesen. Somit kann das wohl erst einmal nur im Einzelfall entschieden werden.

Insofern bitte ich um Ihr Verständnis, dass sich die Haftpflichtkasse zu diesen allgemeinen Fragen derzeit rechtsverbindlich nicht äußern kann.“

Der **HDI** möchte erst einmal die weitere Entwicklung der Rechtsprechung abwarten und sich bis dahin nicht abschließend positionieren:

„Ob eine „spontane Anzeigepflicht“ besteht, ist in Rechtsprechung und Literatur umstritten. Ein höchstrichterliches Urteil zu dieser Frage fehlt bislang. Das Thema ist rechtlich also nicht abschließend geklärt.

Selbst wenn die weitere Entwicklung des Rechts ergeben sollte, dass eine „spontane Anzeigepflicht“ besteht, wäre ihre Anwendbarkeit wohl auf wenige Einzelfälle beschränkt. Konkret auf solche Einzelfälle, in denen der Antragsteller außergewöhnliche und besonders wesentliche Informationen und Umstände nicht offen gelegt hat, die klar auf der Hand lagen und bei denen zugleich offensicht-

lich war, dass sie für die Risikoeinschätzung durch den Versicherer erheblich waren.

Hinzu kommt: Selbst wenn diese Voraussetzung erfüllt wäre, würde eine Anfechtung wegen arglistiger Täuschung darüber hinaus noch den Nachweis der Arglist des Antragstellers voraussetzen.

[...] Mit anderen Worten: In der Praxis dürfte das Thema „spontane Anzeigepflicht“ weit weniger relevant sein als es auf den ersten Blick vielleicht erscheinen mag.

Trotzdem gilt: Wir können die weitere Entwicklung des Rechts nicht vorhersehen. Deshalb können wir heute auch keine pauschale Aussage darüber treffen, wie wir uns zukünftig zu dieser – rechtlich noch nicht abschließend geklärten – Frage verhalten werden. Damit handeln wir ganz bewusst im Sinne des Kollektivs, also der Gemeinschaft unserer ehrlichen BU-Kunden.“

Der Versicherer stellt klar, dass die oben „getroffenen Aussagen auch für unsere Komposit-Sparten [gelten]. Das heißt, wir behandeln in dieser Frage alle Sparten gleich.“

Ebenso ist auch die Antwort der **Inter-Risk** zu sehen:

„Ihre Anfrage kann ich Ihnen fürs erste dahingehend beantworten, dass wir uns an die gesetzlichen Grundlagen halten: Danach sind in Textform gestellten alle Fragen des Versicherers wahrheitsgemäß zu beantworten. Ist das der Fall, ist damit auch ein Rücktritt durch den Versicherer ausgeschlossen (siehe §19 VVG).

Eine Entscheidung zu Gunsten eines generellen Verzichts, bei dem dann auch der Tatbestand der arglistischen Täuschung eingeschlossen wäre, kann ich Ihnen zum heutigen Zeitpunkt nicht bestätigen (siehe §22 VVG).“

Der Verweis auf die gesetzlichen Regelungen bietet leider keine zusätzliche Transparenz.

Ausweichende Antworten

Nicht klar positioniert hat sich die **Axa**, die schreibt:

„im Vorsorgebereich werden wir im Rahmen der Prüfung einer vorvertraglichen

Anzeigepflichtverletzung für alle Tarife mit biometrischem Risiko bei unserer bisherige Praxis bleiben. D.h. wir prüfen, ob die Fragen oder Erklärungen richtig abgegeben wurden. Wir halten uns dabei an die Regelung des § 19 Versicherungsvertragsgesetz (VVG), dass sich die Anzeigepflicht auf die in Textform gestellten Fragen bezieht.

Bei arbeitgeberfinanzierten Kollektivverträgen genügt die Bestätigung des Arbeitgebers, dass sein Mitarbeiter voll dienstfähig ist. Das bedeutet, dass Mitarbeiter mit chronischen Erkrankungen wie z. B. Diabetes, Bluthochdruck, Multiples Sklerose etc. durchaus in der Lage sein können, ihre Tätigkeit uneingeschränkt auszuüben.

Wir prüfen, ob die o.g. Aussage richtig ist. Sollte bereits vor Antragstellung eine schwerwiegende Erkrankung mit funktionellen Einschränkungen vorliegen, prüfen wir, ob vielleicht schon eine Berufsunfähigkeit vor Antragstellung vorlag („mitgebrachte BU“).

Im Falle von Fragen nach zusammenhängenden Zeiten der Arbeitsunfähigkeit von zehn Tagen in den letzten 12 Monaten oder dem Vorliegen eines Grad der Behinderung (GdB), prüfen wir, ob die Angaben richtig sind. Nur in dem Fall, dass die Fragen nicht korrekt beantwortet wurden, werden wir wie bisher aufgrund vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung zurücktreten oder den Vertrag anfechten. Das gleiche gilt für verkürzte Gesundheitsfragen.

Auch in der Krankenversicherung werden wir im Rahmen der Prüfung einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung bei unserer bisherigen Praxis bleiben. D.h. wir prüfen lediglich, ob die im Antrag gestellten Gesundheitsfragen und sonstigen Fragen korrekt beantwortet wurden. Wir halten uns dabei an die Regelung des § 19 Versicherungsvertragsgesetz (VVG), dass sich die Anzeigepflicht auf die in Textform gestellten Fragen bezieht. Es müssen nur Fragen beantwortet werden, die erheblich sind, und das sind sie, wenn sie im Antrag gestellt wurden.“ Ein klarer Verzicht auf eine Spontanoffenbarungspflicht wird nicht ausgesprochen.“

Im Rahmen einer Rückfrage wurde ein zumindest teilweiser Verzicht auf die Spontanoffenbarungspflicht erklärt:

„für den Bereich Vorsorge kann man das so stehen lassen; wobei es aus Sicht

unseres Hauses eine solche Pflicht nicht gibt, somit auch nichts, worauf zu verzichten wäre. Falls es jedoch eine solche Pflicht geben sollte, würden wir verzichten.“

Die Erklärung der **LBN** kann auch nur so gedeutet werden, dass man nicht auf eine Spontanoffenbarungspflicht verzichten möchte:

„Bezüglich der Anfrage zum Thema „Spontanoffenbarungspflicht“ sehen wir derzeit keine Veranlassung, einen Verzicht auf eine bestehende spontane Anzeigepflicht in unsere Versicherungsbedingungen aufzunehmen oder als besondere Vereinbarung zu hinterlegen. Gemäß § 19 VVG, bezieht sich die Anzeigepflicht auf die in Textform gestellten Fragen. Diese Regelung wird in unserem Hause nach wie vor umgesetzt. Bei Einführung neuer Tarife bzw. Versicherungsbedingungen wird ein möglicher Anpassungsbedarf überdacht.“

Der Verweis auf die gesetzlichen Regelungen zum Textformerfordernis bieten Versicherten und Vermittlern leider keinen Mehrwert.

Keinen konkreten Verzichtet spricht auch die **VHV** aus:

„für den Bereich Komposit spielt die Spontanoffenbarungspflicht keine Rolle. Wir halten uns an das Versicherungsvertragsgesetz (VVG § 19 zur Anzeigepflicht). Dort ist geregelt, dass der Versicherungsnehmer bei Abschluss des Vertrages verpflichtet ist, alle Gefahrumstände anzuzeigen, wonach der Versicherer in Textform gefragt hat.“

Der Hinweis darauf, dass man sich an das VVG halte, ist eine Selbstverständlichkeit und kein inhaltlicher Mehrwert.

Der Maklerpool **maxPool** sieht offenbar auch keine Notwendigkeit, eine Klarstellung abzugeben:

„Da wir keine Tarife mit vereinfachter Gesundheitsprüfung anbieten oder gänzlich auf eine Gesundheitsprüfung verzichten, sehen wir davon ab, Ihre Fragen zu beantworten.“

Die Stellungnahme liest sich so, als ob der Anbieter sich gar nicht mit dem The-

ma beschäftigt hat. Zunächst einmal hätte er eine Stellungnahme der einzelnen Risikoträger anfragen müssen. Zum anderen wurde klar um eine Klarstellung zu sämtlichen Produktparten „(Leben, Kranken, Sach, Haftpflicht, Rechtsschutz)“ gebeten. Zudem gibt es bei maxPool durchaus die Möglichkeit, Unfallversicherungsschutz ohne Gesundheitsfragen abzuschließen.

Ähnlich muss die Auskunft der **Uelzener** gesehen werden:

„Die Spontanoffenbarungspflicht betrifft vor allem die Bereiche der BU-, der Elementar- und der Lebensversicherung. Als Spezialist für Tierversicherungen ist dieses Thema für uns und unsere Kunden nicht relevant.“

Der Direktversicherer **Cosmos Direkt** bietet in seiner Formulierung ebenfalls keine weitergehende Transparenz:

„Nach §19 Absatz 1 des seit 2008 geltenden neuen Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) hat der Versicherungsnehmer bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Wir sehen angesichts dieser eindeutigen gesetzlichen Regelung im VVG keine Notwendigkeit für eine „Wiederholung“ in den Vertragsbedingungen.“

Da unser Unternehmen nicht mit verkürzten Gesundheitsfragen arbeitet hat sich uns die Problematik der „Spontanoffenbarungspflicht“ seit Einführung des neuen VVG zu keiner Zeit gestellt. Wir prüfen im Leistungsfall ausschließlich die Angaben zu den von uns in Textform gestellten Fragen.“

Weder Antragsformular noch Bedingungen sehen derzeit eine Klarstellung zur Spontanoffenbarungspflicht vor, so dass durch eine Klarstellung keinerlei Wiederholung stattfinden würde.

Ebenso ausweichend ist die Antwort der **Stuttgarter**:

„Unsere Bedingungen sehen keinen Verzicht auf die Anfechtung bei spontaner Anzeigepflichtverletzung vor. Es gibt

aber auch keine Regelung, wonach wir ausdrücklich nicht auf die Spontanoffenbarungspflicht verzichten.“

Bei unserer derzeitigen Regulierungspraxis bei der Bearbeitung von Leistungsfällen zur Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit und bei Todesfällen haben wir uns bisher nicht auf die spontane Anzeigepflichtverletzung berufen und können uns dies auch künftig nur bei Vorliegen außergewöhnlicher Fallgestaltungen vorstellen. Wir werden weiterhin die Rechtsprechung zu diesem Thema verfolgen.“

Dass die Spontanoffenbarungspflicht nur in außergewöhnlichen Fällen zur Anwendung kommen kann, wird wenig transparent, nicht erwähnt. Gleichzeitig hat die Stuttgarter laut Presseerklärung ihre Aktion „Risikolebensversicherung mit vereinfachter Gesundheitserklärung“ bis zum 31.12.2019 verlängert. Die maximal absicherbare Darlehenssumme erhöht sich auf 300.000 Euro.

Nicht anders ist die Stellungnahme von **Advignon** und **HanseMerkur** zu sehen:

„beim Thema „Spontane Anzeigepflichtverletzung“ steht ein rechtskräftiges Urteil noch aus. Den weiteren Verlauf verfolgen wir mit großem Interesse. Grundsätzlich können wir bestätigen, dass der zu Versichernde nur diejenigen Fragen beantworten muss, nach denen wir in Textform gefragt haben (vgl. Paragraph 19 Abs. 1 VVG).“

Eine darüber hinausgehende Anzeigepflicht kann nur dann angenommen werden, wenn es sich um außergewöhnliche und besonders wesentliche Informationen handelt, die für jedermann erkennbar die Entscheidung des Versicherers in elementarer Weise beeinflusst. Wir können aber nicht ausschließen, dass es Fälle gibt, in denen die Nichtangabe einer sehr schweren Krankheit nach dem Grundsatz von Treu und Glauben eine Anfechtung wegen arglistiger Täuschung rechtfertigt.“

Auch die **Wüstenrot & Württembergische AG** zeigt nur eine eingeschränkte Transparenz, fasst aber zumindest einige Fakten zusammen:

„Im Kern geht es bei dem Thema „spontane Anzeigepflichtverletzung des Kunden“ darum, ob der Kunde Umstände gesundheitlicher, finanzieller oder beruf-

licher Art von sich aus offenbaren muss, nach denen der Versicherer in den Antragsfragen überhaupt nicht gefragt hat. Grundsätzlich sind wir der Meinung, dass es eine uneingeschränkte spontane Anzeigepflicht seit Geltung des VVG 2008 nicht (mehr) gibt.

Im nicht rechtskräftigen Urteil des LG Heidelberg vom 8.11.2016, 2 O 90/16 nimmt das LG Heidelberg jedoch eine solche spontane Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers (VN) mit Anfechtungsmöglichkeiten des Versicherers (VR) schon dann an, wenn dieser erkennt, dass es bei der nicht erfragten, aber bei ihm vorliegenden Krankheit um eine Krankheit handelt, die für den Abschluss des Vertrags durch den VR von Bedeutung ist. Konkret ging es um eine Multiple Sklerose Erkrankung, die der VR nicht erfragt hatte.

Mit dieser Begründung könnte der VR faktisch jede im Kurzantrag nicht erfragte, aber vom VN als gefahrerheblich erkannte Erkrankung nachträglich im Leistungsfall sanktionieren.

Das ist für uns zu weitgehend und wir hätten in diesem konkreten Fall auch anders entschieden.

Wir teilen jedoch die herrschende Rechtsauffassung, dass eine Anfechtung wegen arglistiger Täuschung in seltenen Ausnahmefällen grundsätzlich möglich ist, wenn der VN Umstände verschwiegen hat, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist (Prölss Martin 29. A., § 22, 3 u.a.).

Solche Fälle können vorliegen, wenn der Kunde dem VR gegenüber einen extremen Wissensvorsprung hat. Das können Fälle extrem seltener medizinischer Erkrankungen, eventuell auch neu entdeckter Erkrankungen sein (wie z.B. seinerzeit HIV), die der VR in seinen Fragebögen noch gar nicht abbilden konnte oder von denen nur ganz wenige Fachleute und Betroffene Kenntnis haben und bei denen der Eintritt des Leistungsfalls sehr wahrscheinlich ist.

Das OLG Celle, ZfS 2016, 270 vertritt dazu eine sehr vernünftige Auffassung, die wir für zutreffend halten. Danach ergibt sich aus Treu und Glauben eine weitere Aufklärungspflicht des VN über § 19 Abs. 1 VVG hinaus für nicht erfragte Umstände, dies jedoch nur bei Umständen, die zwar „offensichtlich gefahrerheblich sind, aber so ungewöhnlich, dass eine konkrete Frage danach nicht erwartet werden kann“.

Fazit:

- Einen generellen Verzicht auf Sanktionen bei spontaner Anzeigepflicht wollen wir nicht aussprechen, um unser Versichertenkollektiv vor besonderem Missbrauch zu schützen.

- Die Begründung des LG Heidelberg zur Verpflichtung der spontanen Anzeigepflicht geht uns jedoch zu weit. Wir teilen die Auffassung des OLG Celle, indem wir die Anwendung auf ganz besondere Extremfälle beschränken.

- Bei Produkten mit keinen oder vereinfachten Gesundheitsfragen verzichten wir daher auch auf eine Anzeigepflicht bei Umständen, die wir bei einer vollständigen Gesundheitserklärung abgefragt hätten. Dies betrifft z.B. die Berufsunfähigkeitsversicherung mit vereinfachten Gesundheitsfragen.

Der vom LG Heidelberg behandelte Fall mit einer verschwiegenen MS-Erkrankung wäre daher bei uns kein Fall für eine spontane Anzeigepflichtverletzung.“

Leider ausweichend ist auch die Antwort aus dem Hause **DEVK**:

„Wir bitten jedoch um Verständnis dafür, dass wir Ihnen gegenüber keine rechtsverbindliche Erklärung zum Verzicht auf die Spontanoffenbarungspflicht abgeben werden. Unsere Antragsfragen sind eindeutig formuliert und bisher hat sich nie die Frage gestellt nach darüber hinausgehenden gefahrerheblichen Umständen.“

Daher wäre es falsch, den Schluss zu ziehen, dass wir auf der Spontanoffenbarungspflicht bestehen. Wir sind jedoch der Auffassung, dass die Antwort auf eine Presseanfrage nicht der Platz ist, um eine rechtsverbindliche Erklärung zu diesem Thema abzugeben.“

Hier kann Kunden und Vermittlern nur angeraten werden, eine eigene Klarstellung zu erreichen.

Kein Interesse an Transparenz erkennbar

Einige Versicherer haben eine Beteiligung an der Umfrage ohne nähere Begründung verweigert:

Alte Leipziger Lebensversicherung a.G.
Alte Leipziger Holding AG

Alte Leipziger Versicherung AG
Basler Versicherungen
LVM Versicherung.

Diese Unternehmen scheinen kein Interesse daran zu haben, Ihren Vermittlern und Kunden Transparenz zu Ihrem Umgang mit der Spontanoffenbarungspflicht zu bieten. Gerade bei Anträgen mit vereinfachter Gesundheits- oder Risikoprüfung empfiehlt sich daher in jedem Einzelfall eine vorherige schriftliche Klarstellung. Sollte keine solche erfolgen, kann nur angeraten werden, entweder auf eine Antragsstellung zu verzichten oder die Antrags- und Risikofragen gleich in ungekürzter Form zu beantworten.

Erwähnenswert ist hierbei aber, dass zumindest die Alte Leipziger an anderer Stelle eine offizielle Erklärung abgegeben hat, die wie folgt zusammengefasst werden kann:

„Einen generellen Verzicht auf Sanktionen bei spontaner Anzeigepflicht wollen wir nicht aussprechen, allerdings halten wir es mit dem OLG Celle, indem wir die Anwendung auf ganz besonders ungewöhnliche Fälle beschränken.“¹³

Weitere Versicherer haben gar nicht erst auf die Anfrage reagiert, so dass auch hier ein fehlendes Interesse an Transparenz gegenüber ihren Kunden naheliegen könnte. Namentlich betrifft dies folgende Versicherer:

Allianz, Concordia, Continentale, Deurag, Die Bayerische, DMB, Ergo, Europa, Generali, Gothaer, Hallesche, Helvetia, HUK-Coburg, Interlloyd, Kravag, LKH, Münchener Verein, Ostangler, Prisma Life, R+V, Rhion, SDK, Versicherungskammer Bayern, VGH, Volkswohl Bund, Würzburger, Zurich.

Unter den hier benannten Anbietern hat sich zumindest der Volkswohl Bund an anderer Stelle öffentlich geäußert. Die wesentlichen Aussagen seien wie folgt zitiert:

„Eine Verzichtserklärung können wir nicht abgeben.“

Bestätigen können wir, dass schon aus Rechtsgründen bei verkürzten Gesundheitsfragen Arglist durch Verschweigen nicht erfragter Tatsachen nur in ganz

krassen Ausnahmefällen vorliegen kann und dass wir nur in solchen Fällen eine Anfechtung in Betracht ziehen werden“¹⁴

Ein aktuelles Statement aus dem Hause Helvetia liegt zwar nicht vor, doch äußerte sich Peter Reusch, der damalige Leiter der Rechtsabteilung der Helvetia Versicherungen, für die Ausgabe 3/2008 der Zeitschrift „Risiko & Vorsorge“ dahingehend geäußert, dass auch nach neuem VVG eine Spontanoffenbarungspflicht bestehe (siehe hierzu auch seinen Beitrag in VersR 2008¹⁵).

Da Konzeptanbieter, Assekuradeure und Pools nur die Positionen ihrer Risikoträger darstellen können, wurde dieser hier nur benannt, wenn sie sich konkret positioniert haben. Selbstverständlich ist zu beachten, dass gerade viele kleinere Versicherer nur nach vorheriger Rücksprache mit dem jeweiligen Rückversicherer eine verbindliche Aussage treffen können.

„Risiko & Vorsorge“ empfiehlt, dass Sie sich vor Antragsstellung bei einem der im Text benannten Anbieter eine einzelvertragliche Bestätigung über die hier jeweils dargestellten Positionierungen einfordern.

¹ Siehe auch Kai-Jochen Neuhaus „Berufsunfähigkeitsversicherung“, 3. Auflage, 2014, S. 701-704

² Knut Pilz und Gerold Gramse in Staudinger/Hahn/Wendt, „Fachanwaltskommentar. Versicherungsrecht“, 2013, § 19 Rn. 4

³ Knut Pilz und Gerold Gramse in Staudinger/Hahn/Wendt, „Fachanwaltskommentar. Versicherungsrecht“, 2013, § 22 Rn. 2 und 3

⁴ Oliver Brand, VersR 2009, S. 721

⁵ Knut Pilz und Gerold Gramse in Staudinger/Hahn/Wendt, „Fachanwaltskommentar. Versicherungsrecht“, 2013, § 22 Rn. 7

⁶ Siehe hierzu auch „Die spontane Anzeigepflicht aus Sicht der Leistungsregulierung – Zur Renaissance einer eher seltenen Rechtsfigur“ von Rafael Lorsbach, Claims Management, Gen Re, Köln, November 2017, Seite 3.

⁷ Siehe hierzu auch „Die spontane Anzeigepflicht aus Sicht der Leistungsregulierung – Zur Renaissance einer eher seltenen

Rechtsfigur“ von Rafael Lorsbach, Claims Management, Gen Re, Köln, November 2017, Seite 2.

⁸ a.a.O.

⁹ a.a.O., Seite 9

¹⁰ Ruffer / Halbach / Schimikowski: „Versicherungsvertragsgesetz“, 3. Auflage, 2015, zu § 22 VVG Rn 11-14, III

¹¹ mit Bezug auf das OLG Celle vom 09.11.2015 so beispielsweise Brand, VersR 2009, 715, 721. ähnlich: Pilz/Gramse in Staudinger/Hahn/Wendt, Fachanwaltskommentar, 2013, § 22 Rn. 7

¹² Siehe Isabell Knöpper. Kommentierung zur Einbruchdiebstahlversicherung im „Münchener Anwaltshandbuch Versicherungsrecht“, 2017, § 8 Rn. 260

¹³ <https://www.helberg.info/blog/2017/10/erste-stellungnahme-alte-leipziger-zur-spontanen-anzeigepflicht/>

¹⁴ <https://www.helberg.info/blog/2017/11/vierte-stellungnahme-volkswahl-bund-zur-spontanen-anzeigepflicht/>

¹⁵ Reusch, Peter: „Hat der Versicherungsnehmer trotz des Wegfalls der Nachmeldeobligenheit wegen der Möglichkeit der Arglistanfechtung durch den Versicherer auch nach dem VVG 2008 eine spontane Anzeigepflicht vor und nach Abgabe seiner Vertragserklärung?“ VersR 2008, 1179-1184



Kurzcheck Unfallversicherung Gold der Basler

Seit dem 02.01.2018 sind die Basler Versicherungen mit einer neuen Unfallversicherung auf dem Markt. Diese gibt es in den Ausprägungen „Silber“ und „Gold“. Beide Tarife verzichten weitgehend (ausgenommen Personen ab 70 sowie zwei speziellen Leistungserweiterungen im Gold-Tarif) auf Gesundheitsfragen. Laut Pressemitteilung brilliere der Tarif Gold „mit den besten Leistungen des Marktes“. Tatsächlich ist der Leistungsumfang sehr weitgehend und wird daher seinem Namen gerecht, gleichzeitig gibt es aber auch einige Unstimmigkeiten im Detail.

Ausgewählte Leistungsvorteile Unfallversicherung Gold in der Auswahl

- Im Rahmen der kosmetischen Operationskosten mitversichert sind auch die Kosten für die Reparatur von nicht herausnehmbarem Zahnersatz (z.B. Inlays oder Implantate), nicht jedoch von Gebissen (Ziffer 2.7.1)
- Oberschenkelhalsbruch oder Oberarmbruch fallen unter den Versicherungsschutz, auch wenn kein Unfallereignis eingetreten ist
- Sehr transparent formulierte Klausel zum Luftfahrt- und Sportrisiko mit Klarstellung auch zu Flugschülern in der Ausbildung und zum Kitesport
- Stark verbesserte Gliedertaxe
- Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen sind versichert. Ausgenommen sind nur Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen infolge regelmäßigen Konsums von Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen

Fehlende oder eingeschränkte Leistungen der Unfallversicherung „Gold“ in der Auswahl

- Die Basler verzichtet zwar bei Antragsstellung auf Gesundheitsfragen, erklärt sich aber nicht verbindlich, ob der Kunde dennoch Angaben zu z.B. einer Multiplen Sklerose oder anderen normalerweise abgefragten, schwerwiegenden Erkrankungen zu machen hat. Vielmehr schreibt das Unternehmen ohne auf das konkrete Problem einzugehen: „Die spontane Anzeigepflicht bezieht sich u. E. ausschließlich auf Fälle, in denen Versicherer bewusst getäuscht werden sollen. Die zugehörigen Rechtsgrundlagen finden sich in VVG und BGB und sind restriktiv zu handhaben. Vor diesem Hintergrund sehen wir keine Veranlassung, auf vom Gesetzgeber geschaffene und von den Gerichten ausgestaltete Rechte zu verzichten.“ Soweit bekannt, habe die Basler im Rahmen einer Berufsunfähigkeitsversicherung mit vereinbarten Gesundheitsfragen eine Spontanoffenbarungspflicht unterstellt und diesbezüglich eine Arglistanfechtung vorgenommen. Ein Mehrwert des Verzichts auf Risikofragen besteht daher nicht. Vielmehr sollten Kunden und Vermittler entweder ungefragt alle schwerwiegenden Diagnosen und Beschwerden angeben oder auf eine Antragsstellung bei der Basler verzichten
- Eine der möglichen Leistungsvoraussetzungen für den Anspruch auf Such-, Bergungs- oder Rettungskosten ist ein Transport zu einer Druckkammer (Ziffer 2.6.1.1). Eine Klarstellung, wonach Druckkammerkosten unter den Versicherungsschutz fallen, ist nicht erkennbar
- Die Immun-Klausel ist eher schwach formuliert. So sind z.B. Infektionen infolge von Hautverletzungen durch Insekten (Ziffer 1.4.6 AUB) versichert, der Ausbruch von durch Insekten übertragenen Erkrankungen nur im Fall von Gelbfieber, Malaria, Pest oder Schlafkrankheit. Es stellt sich die Frage, wie der Versicherte im Zweifel nachweisen soll, dass eine entsprechende Hautverletzungen Auslöser für einen Leistungsfall war

Änderungssteckbrief zum SBU-Angebot der Nürnberger mit Stand 01.2018

Auch wenn vorrangig wohl das angestaute Qualitätsdefizit aus der Vergangenheit ausgeglichen wurde, liefert die Nürnberger LVAG zu Beginn dieses Jahres den Beweis dafür, dass das mehrfach beschworene „Ende des Bedingungs Wettbewerbs“ wohl doch noch nicht eingetreten ist. Bemerkenswert ist, dass alle Veränderungen, trotz zum Teil nicht unerheblicher Leistungsverbesserungen, laut Aussage des Versicherers ohne Prämienanpassung angeboten werden. Positiv ist auch, dass das versicherbare BU-Höchstalter bei vielen Berufen nach oben gesetzt wurde. So können sich beispielsweise Lehrer zukünftig bis 65 Jahre absichern. Zudem können jetzt zahlreiche handwerkliche Berufe bis Endalter 67 abgesichert werden (bisher nur 62).

von Stephan Witte

Leider sind auch die aktuellen Bedingungen im Vergleich zu den maßgeblichen Wettbewerbern nach wie vor sehr kompliziert geschrieben, was das Lesen und Verstehen der Bedingungen nicht erleichtert.

Der BU-Versicherungsschutz wird, wie bisher, u.a. in folgenden 5 Haupttarifen als selbständige BU von der Nürnberger LVAG angeboten:

Allgemeine Bedingungen für die NÜRNBERGER Selbstständige Berufsunfähigkeits-Versicherung

- **SBUP - Premium**
(Druckstück: GN291045_201801)
- **SBUC - Comfort**
(Druckstück: GN291048_201801 bzw. GN291048_201802)
- **SBU DC - Comfort mit garantierter Rentensteigerung nach Rentenbeginn** (Druckstück: GN291044_201801)
- **SBU FC - Comfort mit fallender Rentenanwartschaft**
(Druckstück: GN291042_201801)
- **SDUC - Comfort mit Dienstunfähigkeitschutz und Flexibilitätsgarantie**
(Druckstück: GN291038_201801)

Auf die Tarife SDUC und SBU FC wird, bis auf die folgenden Anmerkungen zum DU-Versicherungsschutz, nicht weiter eingegangen, da das den Rahmen dieses Artikels sprengen würde.

Die folgenden Änderungen wurden, soweit nichts Anderes beschrieben ist, bei

Neues und Altes im Comfort-Tarif	
<p>Anders als im Rahmen des Premium-Tarifes bietet der Comfort-Tarif die Möglichkeit des Einschusses einer Leistungsdynamik. Leider gilt hier weiterhin, dass alle Rentenerhöhungen, die während eines BU-Leistungsfalls die Rente erhöht haben, mit dessen Ende auf Null gesetzt werden und damit weder während der Beitragszahlung noch bei erneutem Eintritt einer BU den Rentenanspruch erhöhen. Eine Ausnahme gilt dann, wenn ein neuer Versicherungsfall aufgrund derselben Ursache innerhalb von 24 Monaten nach Ende des letzten Leistungsfalls eingetreten ist (siehe § 1 Ziffer 1 der Bedingungen zum Comfort-Schutz mit garantierter Rentensteigerung nach Rentenbeginn).</p> <p>Dass bei der garantierten Rentensteigerung von der Nürnberger nichts gegenüber dem Bedingungsstand 03.2017 geändert wurde, ist bedauerlich, da die Top-Anbieter in diesem Bereich (z.B. Alte Leipziger, HDI) noch in einer anderen Liga spielen.</p> <p>Neu und positiv ist, dass im Tarif Comfort bei dem Wechsel eines Versicherten aus der freien Wirtschaft bzw. eines Angestellten im Öffentlichen Dienst in eine Tätigkeit als Beamter, Soldat oder Richter automatisch Versicherungsschutz für den Eintritt von Dienstunfähigkeit als vereinbart gilt. Dies gilt auch umgekehrt im Fall eines Wechsels z.B. eines Beamten in die freie Wirtschaft. Voraussetzungen für eine Dienstunfähigkeit</p>	<p>higkeitsrente ist unter anderem der bedingungsseitige vereinbarte Grad der Berufsunfähigkeit von mindestens 50% bzw. nach Staffelregelung von mindestens 25%.</p> <p>Für das Anerkenntnis einer bedingungs-gemäßen Dienstunfähigkeit ist die Vorlage einer Entlassung wegen allgemeiner Dienstunfähigkeit nicht ausreichend, vielmehr hat der Versicherte eine rein medizinische Dienstunfähigkeit nachzuweisen. Problematisch ist, dass diese Gründe aus einer Dienstentlassungsurkunde nicht zwingend hervorgehen müssen. Vielleicht ist es mit den leidvollen DU-Erfahrungen (Privatisierung der Post/Telekom) der Nürnberger Beamten LV AG zu erklären, dass die Nürnberger auch in ihrem aktuellen DU-Tarif die Dienstunfähigkeitsentscheidung des Dienstherren nicht übernehmen muss.</p> <p>Außerdem sehen die Bedingungen im Rahmen der 50%-Pauschalregelung keinen Versicherungsschutz bei Teildienstunfähigkeit vor.</p> <p>Positiv ist, dass ehemalige Beamte nach § 2 bei einem Wechsel in die Privatwirtschaft eine Erhöhung und / oder Laufzeitverlängerung ohne erneute Gesundheitsprüfung binnen eines Jahres in Textform beantragen können. Die Nürnberger behält sich damit die Möglichkeit einer erneuten Überprüfung anderer Gefahrumstände, wie z.B. Freizeit- oder Berufsrisiken, vor.</p>

allen am Anfang des Artikels genannten Tarifen der Nürnberger analog durchgeführt. Die Quellangaben beziehen sich, soweit nichts Anderes beschrieben ist, auf den Premiumtarif. Die Reihenfolge der nun aufgeführten Änderungen bestimmt sich an der jeweiligen Position der Quelle in den AVB.

1. Rehabilitationskostenbeihilfe im BU-Leistungsfall

Quelle: 1(13) i.V.m. § 7(4d)

Änderungen: im BU-Leistungsfall auf Antrag bis zu 1.000 Euro Rehabilitationskostenbeihilfe*, wenn der Versicherer bestätigt, dass die Beihilfe zu einer schnelleren Wiederherstellung der Berufsfähigkeit beiträgt

*Höchstsumme aller Leistungen während der Vertragslaufzeit

Bewertung: vertraglicher Anspruch auf eine Reha-Zusatzleistung

Marktposition: Einer der ersten Versicherer, die vertraglich eine solche Zusatzleistung garantieren

2. Begrenzung der Verrechnung von Leistungen aus der Widereingliederungshilfe (WEH)

Quelle: § 1(14)

Änderungen: Die Verrechnung der Widereingliederungshilfe (WEH) mit den ersten Rentenzahlungen eines neuen Leistungsfalls, nachdem der letzte BU-Leistungsfall mit Zahlung einer WEH beendet wurde, ist nur noch möglich, wenn der neue Leistungsfall innerhalb von 6 Monaten im Wesentlichen aus dem gleichen medizinischen Grund eingetreten ist.

Bewertung: Anpassung an den gehobenen Marktstandard

Marktposition: Sehr gute Regelung, die mit Verzicht auf

1. die Anrechnung bei „Nicht-BU-Leistungsfällen“ und
2. die Begrenzung der möglichen Auslöser einer WEH auf Verweisung wegen erfolgreichem Abschluss einer trägergestützten Umschulung, noch besser abschneiden würde.

3. Beitragsstundung während der Leistungsfallprüfung – Verlängerung der Nachzahlungsfrist

Quelle: § 1(24)

Änderungen: Die während einer Leistungsprüfung gestundeten Beiträge, müssen bei Leistungsablehnung nachgezahlt werden. Die dafür festgesetzte maximale Frist wurde von 12 auf 48

Monate verlängert. Der Kunde muss aber mindestens 25 EUR je Rate nachzahlen.

Bewertung: Die Verlängerung der Nachzahlungsfrist erhöht die Chance, dass der Versicherungsschutz / der Vertrag vom Kunden trotz erhöhter Belastung durch die Beitragsnachzahlung erhalten werden kann.

Marktposition: Einer der besten Tarife des Marktes bei dieser Regelung

4. Definition des Versicherungsfalls – Verzicht auf „mehr als altersentsprechend“ bei Kräfteverfalldefinition

Quelle: § 2(1)

Änderungen:

1. Verzicht auf Zusatz „mehr als altersentsprechend“ in der Definition des mitversicherten Kräfteverfalls
2. Zusatz, dass ein Kräfteverfall nur dann als Nachweis einer BU anerkannt werden kann, wenn er zu einer gesundheitlichen Beeinträchtigung geführt hat.

Bewertung: Reduzierung der Streitanzahl der Definition des Versicherungsfalls

Marktposition: Aufschluss zu den Top-Anbietern des Marktes

5. Verweisung – Verzicht auf konkrete Verweisung auf andere Berufe im Erst- und Nachprüfungsverfahren bei den vertraglich benannten Kammerberufen

Quelle: § 2(1)

Änderungen: Das eingeschränkte Recht auf konkrete Verweisung wird bei Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten, Apothekern, Rechtsanwälten, Notaren, Steuerberatern und Wirtschaftsprüfern durch den Verzicht auf konkrete Verweisung in andere Berufe weiter eingeschränkt.

Bewertung: Korrektur einer in der Vergangenheit oft kritisierten Regelung

Marktposition: eine der besten Regelungen zur Verweisung am Markt für Kammerberufler

6. Verweisungsrecht bei Studenten und Auszubildenden eingeschränkt

Quelle: § 2(1)

Änderungen: Bei Eintritt der Berufsunfähigkeit während der zweiten Hälfte der gesetzlich vorgesehenen oder im Durchschnitt üblichen Studien-/Ausbildungszeit der versicherten Person legt der Versicherer im Rahmen der Prüfung einer konkreten Verweisung diejenige Lebensstellung, die normalerweise mit erfolg-

reichem Abschluss der Studien- / Berufsausbildung erreicht wird, zugrunde.

Bewertung: Die neue Verweisungsregelung verbessert die Qualität des Versicherungsschutzes für Studenten / Auszubildende nicht unwesentlich.

Marktposition: Aufschluss zu den Top-Anbietern des Marktes bei Studenten und Auszubildenden

7. Versicherter Beruf – Verzicht auf Umorganisation bei Akademikern mit 90% kaufmännischer oder organisatorischer Tätigkeiten

Quelle: § 2(2)

Änderungen: Verzicht auf Umorganisationsprüfung, wenn die versicherte Person

- a) Akademiker ist und
- b) bei BU-Eintritt zu mindestens 90% einer kaufmännischen oder organisatorischen Tätigkeit nachgeht

Bewertung: Übernahme einer Regelung, die das Recht zur Umorganisationsprüfung einschränkt.

Marktposition: Aufschluss zu den Top-Anbietern im Zielgruppenmarkt „Akademiker“ bei dieser Regelung

8. Versicherter Beruf – leidensbedingter Berufswechsel

Quelle: § 2(3a)

Änderungen: leidensbedingter Berufswechsel zeitlich unbefristet mit Günstigerprüfung vertraglich mitversichert

Bewertung: erster Versicherer, der eine Günstigerprüfung in diesem Zusammenhang in den AVBs festschreibt

Marktposition: aktuell die beste Regelung des Marktes

9. Infektionsklausel – Erweiterung auf alle Berufe

Quelle: § 2(4) – nur SBU Premium

Änderungen: redaktionelle Änderung zur Klarstellung, dass die Klausel nun tatsächlich für alle Berufe gilt

Bewertung: Anpassung an den Marktstandard ohne Leistung bei Teiltätigkeitsverbot

Marktposition: Sehr gute Regelung, die mit Einschluss von Teiltätigkeitsverboten noch besser abschneiden würde

10. Anerkennung der BU-Leistungsentscheidung eines berufsständischen Pflichtversorgungswerkes in den letzten 15 Vertragsjahren

Quelle: § 2(5)

Änderungen: Anerkennung der Entscheidung des berufsständischen Versor-

gungswerkes, dem die versicherte Person als Pflichtmitglied in Deutschland angehört, dass wegen vollständiger BU im Sinne der Versorgungswerkssatzung ein unbefristeter BU-Rentenanspruch allein aus medizinischen Gründen besteht, als bedingungsgemäße BU in den letzten 15 Vertragsjahren.

Bewertung: wichtige Verbesserung für Kammerberufe

Marktposition: Einer der wenigen Tarife im Markt mit einer solchen Regelung

11. BU infolge Pflegebedürftigkeit – Verkürzung der Prognosedauer, Änderung der ADL – Punktsystematik und Ausschluss SGB-Regelung

Quelle: § 2(6-8)

Änderungen:

1. Verkürzung der geforderten Dauer der ärztlichen Prognose auf 6 Monate
2. Der Leistungsanspruch besteht nun bei 1 von 4 ADL-Punkten
3. Die Möglichkeit des vereinfachten BU-Nachweises durch Anerkennung der Entscheidung eines Trägers der Pflegepflichtversicherung nach SGB XI fehlt

Bewertung: Anpassung an den gehobenen Marktstandard

Marktposition: Sehr gute Regelung, die mit Wiedereinchluss der SGB – Regelung noch deutlich besser abschneiden würde

12. AU-Klausel – Verlängerung der Leistungsdauer und Erweiterung des Geltungsbereiches

Quelle: § 2 (9 +10) i.V.m. § 1(15-18) – nur SBU Premium

Änderungen:

1. Verlängerung der Leistungsdauer auf 24 Monate (während der Vertragslaufzeit)
2. Der AU-Nachweis (Krankschreibung) kann nun auch von nicht in der BRD praktizierenden Ärzten erbracht werden.
3. (eher theoretische) Vorverlegung des frühestmöglichen Zeitpunktes der erstmaligen Inanspruchnahme einer AU- Leistung auf den Beginn des 4. AU-Monats (bei nachgewiesener ununterbrochener Andauer der AU in den ersten 3 Monaten und ärztliche Prognosestellung, dass dieser Zustand voraussichtlich weitere 3 Monate andauern wird)

Bewertung: Anpassung der Regelung an die Top-Anbieter des Marktes.

Schade ist, dass der Comfort-Schutz weiterhin keine AU-Klausel vorsieht.

Marktposition: eine der besten Regelungen in diesem Bereich am Markt

13. Zusatzleistung bei Grundfähigkeitsverlust

Quelle: § 2 (11) i.V.m. § 1 (9-12)

Änderungen: einmalige Zusatzleistung bei dauerhaftem Verlust einer der 3 benannten Grundfähigkeiten (ständig Rollstuhl, taub auf beiden Ohren oder blind auf beiden Augen)

- als Alternativleistung in Höhe der Berufsunfähigkeitsrente

- für max. 24 Monate, höchstens aber bis zum Ende des 1. Leistungsfalls während der Vertragslaufzeit

Bewertung: Insbesondere bei vollständigem Hörverlust, aber ggf. auch bei ständig benötigter Rollstuhlnutzung, kann ein zusätzlicher Leistungsanspruch zugunsten des Kunden entstehen. Ansonsten ist es kaum vorstellbar, dass der geforderte Grundfähigkeitsverlust vorliegt, aber keine bedingungsgemäße BU eingetreten ist. Da es sich um einen zusätzlichen Leistungsanspruch handelt, der ohne Mehrbeitrag angeboten wird, ist es vielleicht etwas leichter zu verkraften, dass ein nicht unerhebliches Risiko besteht, dass der maximale Leistungsanspruch von 24 Monaten vom Kunden gar nicht ausgeschöpft werden kann. Endet der erste Leistungsfall wegen Grundfähigkeitsverlust z.B. nach 9 Monaten, verfallen die restlichen 15 Monate ersatzlos.

Marktposition: Einer von zwei Anbietern auf dem Markt mit einer Leistungszusage bei Grundfähigkeitsverlust im Rahmen einer SBU

14. Allgemeine Ausschlüsse – vorsätzliche Verstöße im Straßenverkehr teilweise mitversichert

Quelle: § 5 (a)

Änderungen: Der Versicherer verzichtet auf die Anwendung des Straftatenausschlusses, wenn der Leistungsfall durch vorsätzliche Verstöße im Straßenverkehr verursacht wird und diese in keinem Zusammenhang mit Alkohol- oder Drogenkonsum der versicherten Person stehen. Bewertung: Zu begrüßende Verbesserung, da damit nun die gerade im Straßenverkehr oft fließende Grenze (noch Ordnungswidrigkeit oder doch schon Vergehen), außer bei Alkohol- oder Drogenkonsum, in diesem Teilbereich unter Versicherungsschutz steht.

Marktposition: Einer der wenigen Tarife im Markt mit dieser Regelung

15. vorvertragliche Anzeigepflicht – kein Nachteil durch nachgewiesene Abrechnungsdiagnosen

Quelle: § 6 (19)

Änderung: Nachgewiesene Abrechnungsdiagnosen gelten ausdrücklich als schuldlose Anzeigepflichtverletzung, die zugunsten des Kunden vom Versicherer nicht sanktioniert werden.

Bewertung: erhöhte Rechtssicherheit durch vertragliche Verankerung der Regelung

Marktposition: erster Versicherer mit dieser AVB-Regelung

16. Einschränkung der medizinischen Mitwirkungspflichten nach Eintritt des Versicherungsfalls

Quelle: § 7(3)

Änderungen: 1. Das Einhalten von Diäten und ein Suchtentzug kann nun vom Versicherer nicht mehr verlangt werden.

2. Der Begriff der „Maßnahme“ wurde durch „Heilbehandlung“ ersetzt.

3. Die Heilbehandlung muss, statt zu einer „Besserung bis zur vertraglichen Leistungsgrenze“ nun zu einer „sicheren Besserung“ führen.

Bewertung: Durch die ersten zwei Punkte wird der Anwendungsspielraum des Versicherers zugunsten des Kunden eingeschränkt. Der dritte Punkt ist dann wohl eher als „Verkehrsunfall“ zu werten, da hier die Top-Regelung durch eine sehr gute ersetzt wurde.

Marktposition: Der Verzicht auf die Forderung nach Einhalten von Diäten und Durchführung eines Suchtentzugs sowie die Begrenzung auf zumutbare Heilbehandlungen, ist aktuell die beste Regelung des Marktes. Mit der Änderung „sichere Besserung“ in „sichere Besserung bis zur vertraglich vereinbarten Leistungsgrenze“ bei der 50%-Pauschalregelung würde dann die Gesamtregelung diese Bewertung verdienen.

17. Verzicht auf einseitig vom Versicherer ausgesprochenes befristetes Anerkenntnis

Quelle: § 8(2)

Änderungen: Verzicht auf ein einseitig vom Versicherer ausgesprochenes befristetes Anerkenntnis.

Bewertung: Zu begrüßende Verbesserung, da die Vorteile eines befristeten Anerkenntnisses auch im Rahmen einer

einvernehmlich geschlossenen Individualvereinbarung im Leistungsfall genutzt werden können.

Marktposition: Aufschluss zu den Top-Anbietern des Marktes bei dieser Regelung

18. Einschränkung der Mitwirkungspflichten im Leistungsbezug

Quelle: § 9(2)

Änderungen: Eine Besserung des Gesundheitszustandes muss dem Versicherer nicht mehr außerhalb des Nachprüfungsverfahrens angezeigt werden.

Bewertung: Zu begrüßende Verbesserung, da ein Versicherter i.d.R. nicht in der Lage ist, selbst zu beurteilen, ob er / sie noch berufs unfähig ist oder nicht.

Marktposition: Aufschluss zu den Top-Anbietern bei dieser Regelung

19. Volle Kostenübernahme bei einer vom Versicherer verlangten Anreise aus dem Ausland

Quelle: § 9(2)

Änderungen: Der Versicherer kann verlangen, dass die versicherte Person zu Untersuchungen z.B. nach Deutschland anreist. Neben den üblichen Kosten übernimmt der Versicherer nun auch die im Einzelfall notwendigen weitergehenden Kosten.

Bewertung:

1. Beseitigung der bisherigen Einschränkung der Weltgeltung
2. Beseitigung von möglichem Streitpotenzial

Marktposition: Einer der besten Tarife des Marktes bei dieser Regelung

20. Nachversicherungen – Kundenorientierung ausgebaut

Quelle: § 15(4)

Änderungen:

1. Festschreibung, dass entgegen der Standardregelung (70% des Ø-Bruttoeinkommens der letzten 3 Jahre) bei Berufseinstiegern, das aktuelle Bruttoeinkommen und bei Personen, die länger als 1 Jahr kein Erwerbseinkommen erzielt und danach noch keine 3 Jahre gearbeitet haben, das Ø - Bruttoeinkommen seit letztmaliger Aufnahme einer Erwerbstätigkeit maßgeblich ist.

2. ereignisabhängige Nachversicherung: Antragsfrist auf 12 Monaten verlängert

Bewertung: erster Versicherer, der eine Sonderregelung zur Angemessenheit für Berufsanfänger und Berufsrückkehrer in

den AVBs festschreibt kundenfreundliche Antragsfrist von 12 Monaten bei ereignisabhängiger NV

Marktposition:

1. ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie: Standardregelung mit folgender weiterhin negativer Besonderheit: Die NVG ist nur unter den gesundheitsbedingten Zugangsbegrenzungen (keine AU > 14 Tage in den letzten 12 Monaten, kein Antrag auf Leistungen aus einer Zusatzversicherung oder wegen Erwerbsminderung) möglich und kann nur einmalig in Anspruch genommen werden.

2. ereignisabhängige NVG: Sehr gute Regelung, die ohne die gesundheitsbedingten Zugangsbegrenzungen (kein Antrag auf Leistungen aus einer Zusatzversicherung oder wegen Erwerbsminderung) noch besser abschneiden würde.

21. Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten bei vollem Versicherungsschutz – Fristverlängerungen

Quelle: § 16 (3)

Änderungen:

1. max. Dauer der Stundung: Verlängerung auf 24 Monate
2. max. Dauer der Nachzahlung der Forderung nach Stundungsende: Verlängerung auf 48 Monate

Bewertung: Ausbau zu einer sehr fairen Lösung für finanziell schwierige Zeiten des Kunden

Marktposition: Einer der besten Tarife am Markt bei dieser Regelung

22. Aktivdynamik – Aufleben nach Reaktivierung ohne Einschränkung

Quelle: § 5(3) - BB Nürnberger Plus (GN294210_201801)

Änderung: Das Recht auf weitere Dynamikerhöhungen lebt unabhängig von der Dauer des Leistungsfalls nach dessen Ende wieder auf, wenn die Versicherungsdauer noch nicht beendet ist.

Bewertung: Beseitigung eines Wettbewerbsnachteils

Marktposition: Standardregelung mit folgender weiterhin negativer Besonderheit: Die Erhöhung der mtl. BU-Rente endet, wenn die berufsgruppenabhängige mtl. Höchstgrenze (2.500 Euro bis 4.000 Euro) erstmals überschritten wird. Maßgeblich sind dabei alle bei der Nürnberger bestehenden BU-Renten und Unfall-BU-Renten.

23. Dread Disease Zusatzversicherung (gegen Mehrbeitrag) versicherbar

Quelle: NESZ (GN293108_201801)

Änderungen: Kapitalleistung bis 200.000 EUR (Vollleistung) bei den vertraglich benannten 50 schweren Krankheiten versicherbar.

Bewertung: Möglichkeit zur Kombination der BU mit einer sehr guten Dread Disease Zusatzversicherung (nun sowohl im Comfort- als auch im Premium- Tarif einschließbar)

Marktposition: Die wohl aktuell beste Tarifkombination (SBU+DD) des Marktes

Fazit

Die beschriebenen Änderungen des BU-Versicherungsschutzes haben auch gezeigt, dass die Nürnberger LV AG bereit ist, auch mit alten „Heiligtümern“ zu brechen. Dies gilt etwa für die Mitversicherung von „altersentsprechendem Kräfteverfall“, „vorsätzlichen Verstößen im Straßenverkehr“, dem „(einseitig) befristeten Leistungsanerkennnis“ oder der Verpflichtung zum „Einhalten von Diäten“. Dazu kann man nur gratulieren. Leider wurden auch einige „Heiligtümer“, wie z.B. die fehlende garantierte Rentensteigerung im Premiumtarif oder die Kappung der Höchstrente im Rahmen der Dynamik, beibehalten. Auch bei der Verständlichkeit und Transparenz der Bedingungen besteht noch Nachbesserungsbedarf.

Der Umfang der prämieneutralen Bedingungsänderungen zum Jahreswechsel überrascht aber in jedem Fall positiv und führt den Versicherer aus Mittelfranken wieder unter die Top 10 der ersten BU-Liga. Man kann gespannt sein, ob den Mittelfranken der „Anschluss an die Marktspitze“ reicht oder ob der eingeschlagene Weg weiterbeschritten wird. Dann könnte es spannend an der Tabellenspitze werden.

Die neue Existenzschutzversicherung aus dem Hause Zurich



Seit Januar 2017 bietet die Zurich für ihre eigene Ausschließlichkeit eine Funktionsinvaliditätsversicherung an. Produktname ist „PrivatSchutz Existenzversicherung (AEB 2017)“. Anfang 2018 soll der Tarif auch für den Maklermarkt aufgelegt werden.

von Stephan Witte

Versicherbar ist einkommensunabhängig eine monatliche Rente von bis zu 2.500 Euro sowohl für Kinder als auch für Erwachsene. Das Mindesteintrittsalter liegt bei 3 Jahren, das maximale Eintrittsalter bei Vollendung des 59. Lebensjahres, die maximale Vertragsdauer liegt beim vollendeten 67. Lebensjahr. Zu diesem Zeitpunkt endet der Vertrag automatisch. Ein Übergang vom Kinder- in den Erwachsenentarif ist an verschiedene Voraussetzungen geknüpft:

- Es darf noch keine Rente gezahlt werden
- Ein Leistungsfall darf objektiv noch nicht eingetreten sein
- der ablaufende Vertrag darf nicht unter erschwerten Bedingungen, wie zum Beispiel einer Ausschlussklausel oder einem Risikozuschlag angenommen worden sein
- es darf noch kein Grad der Behinderung (GdB) oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 50 % festgestellt worden sein.

Sollte eine der benannten Punkte eingetreten sein, ist eine Fortführung des Vertrages nur als Neuvertrag mit erneuter Gesundheitsprüfung möglich. Außerdem muss der Versicherungsnehmer von sich aus aktiv melden, wenn während der Vertragslaufzeit für ein versichertes Kind ein GdB oder eine MdE festgestellt wird.

Die Prämien sind technisch einjährig kalkuliert, steigen also mit zunehmenden Alter.

Angeboten werden eine Aktiv- oder Anwartschaftsdynamik von 5% sowie eine Passiv- oder Leistungsdynamik von 1,5% pro Jahr. Nachteilig ist in jedem Fall, dass der Versicherer die Summen-

dynamik mit Frist von drei Monaten zum Ablauf des Versicherungsjahres ohne konkreten Anlass kündigen darf.

Zwar sieht der Tarif eine Bedingungsanpassungsklausel vor doch handelt es sich hier um keine echte Innovationsklausel. Vielmehr „kann“ der Versicherer ein zukünftig verbessertes Bedingungswerk auch für den Bestand gelten lassen – er ist also nicht dazu verpflichtet. *„Wenn wir dies anwenden, werden wir Sie über die neuen Leistungen bzw. Erweiterungen des Bedingungswerkes informieren sowie Ihnen den alten und neuen Beitrag mitteilen, der aufgrund der neuen Leistungen bzw. Erweiterungen des Bedingungswerkes ab der nächsten Hauptfälligkeit zu zahlen ist.“* Wenn der Kunde der Tarifumstellung nicht zustimmt, wird der Vertrag mit den bisherigen Bedingungen fortgeführt. Dies kann so verstanden werden, dass auch etwaige Nachteile in Kauf genommen werden müssten.

Wie in allen jüngeren FIV-Produkten üblich, behält sich der Versicherer unter bestimmten Umständen ein ordentliches Kündigungsrecht vor. Hierfür ist eine Frist von 36 Monaten zu wahren. Voraussetzung ist weiter, dass der Versicherer den Betrieb aller Existenzversicherungsproduktlinien im Neu- und Bestandsgeschäft vollständig einstellt hat.

Versicherte Leistungsarten sind eine Unfall-, Organ-, Grundfähigkeiten-, Pflege- und eine Krebsrente. Erstere leistet ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent. Nachteilig ist hier unter anderem eine Anrechnung der Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen bereits ab einem Mitwirkungsanteil von 50 Prozent. Die Leistungen der Unfallrente sind insgesamt eher durchschnittlich und entsprechen nicht dem Niveau des Maklermarktes.

Die Krebsrente erbringt im Stadium I keine Leistungen, im Stadium II 12 Monate, im Stadium III 36 Monate und im Stadium IV sowie generell bei Blutkrebs 60 Monate. Positiv ist, dass bei der Definition von Blutkrebs auf eine Einteilung in Stadien oder Grade versichert wird. Viele Wettbewerber besitzen hier eine wenig transparente Regelung. Oft erfolgt eine Bewertung nach den Kriterien von Organ-, Grundfähigkeiten- oder Pflegerenten, was in der Praxis das Bestehen einer sehr schweren Invalidität erforderlich macht.

Die Grundfähigkeiten werden wie üblich in solche der Kategorie A und solche der Kategorie B eingeteilt. Für Kinder allerdings erfolgt die Bewertung für Erkrankungen und Veränderungen des Stütz- und Bewegungsapparates analog zur Unfallrente ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent. In der Praxis dürfte sich ein Leistungsanspruch für den Verlust z.B. der Grundfähigkeiten „Arme bewegen“ oder „Beugen“ somit eher schwer realisieren lassen.

Die Pflegerente wird analog SGB XI ab einem Pflegegrad von 2 oder mehr erreicht.

Eine Nachversicherungsgarantie besteht nur im Tarif für Erwachsene und maximal bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres. Die anlassbezogene Nachversicherungsoption entfällt bereits, wenn ein Leistungsfall nur fehlerhaft gemeldet wurde, dieser also tatsächlich gar nicht vorlag.

Fazit

Insgesamt ist das Leistungsniveau eher durchschnittlich. Positiv hervorstechen tun die Fristen für den Eintritt, die ärztliche Feststellung sowie die Geltendmachung einer Unfallinvalidität. Ein Highlight ist der kundenfreundlich definierte Versicherungsschutz bei Blutkrebs

Im Text benannte Anbieter: Getsurance – InterRisk

Getsurance – Testballon für Rosinenpicker?

In „Fonds professionell online“ war am 01.06.2016 ein Artikel über die Beteiligung des Analysehauses Franke und Bornberg an dem Fintech Getsurance (einer Marke der Young Finance GmbH) zu lesen.¹ Laut Artikel wollen beide Unternehmen die Entwicklung von digitalen Beratungs- und Abschlussstrecken für komplexe Versicherungspolizen im Internet vorantreiben und dabei eine qualitativ hochwertige Beratung anbieten.



von Martin Seichter und
Thorben S. Hagenau

Im Text verwendete Abkürzungen:
BU = Berufsunfähigkeitsversicherung
KT = Krankentagegeldversicherung
vAV = vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung

Ein erster Versuch wurde Mitte 2017 von Getsurance mit der Tarifreihe „Job“, einer selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung, auf den Markt gebracht. Mit diesem Produktangebot will Getsurance, laut eigener Aussage, insbesondere auch Kunden erreichen, die einen schnellen Onlineabschluss bevorzugen und / oder sich bisher keine BU leisten konnten.

Neben den Erwartungen an einfaches Handling bei Beratung und Abschluss hat die prominente Gesellschaftsbeteiligung von Franke & Bornberg (über fb-ToBe GmbH) zusätzlich die Erwartung geschürt, dass die Qualität des (im Rahmen der ersten voll digital abschließbaren BU) angebotenen Versicherungsschutzes hoch sein wird.

Eine qualitativ hochwertige BU-Beratung und der Abschluss eines BU-Vertrages sollten mindestens folgende Kriterien erfüllen:

1. objektive Ermittlung und Versicherbarkeit des individuellen Versorgungsbedarfs des Kunden in folgenden Teilbereichen
 - a. benötigte Rentenhöhe (inkl. Nettoversorgungsbetrachtung)
 - b. benötigte Dauer des Versicherungsschutzes
 - c. gewünschte Qualität des Versicherungsschutzes

d. Abschluss des Versicherungsschutzes bei einem Risikoträger/Versicherer, dessen langfristige finanzielle Leistungsfähigkeit nach aktuellem Stand gegeben ist und dessen Versicherungsschutz zusätzlich unter dem Schutz eines gesetzlichen Insolvenzschutzs steht.

2. Vermeidung einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung durch Hilfen bei der Recherche zur Ermittlung der im Antragsprozess relevanten Angaben zu

- a. Vorerkrankungen
- b. Einkommen
- c. beruflichen Risiken
- d. Freizeitrisiken

3. Auswahl des bestmöglichen und finanzierbaren Tarifes aus dem Produktangebot, dass dem Berater (gemäß Vermittlerstatus) zur Verfügung steht

4. Im Rahmen des Antragsprozesses sollten die zuvor ermittelten Ergebnisse übernommen werden und alle gesetzlichen Anforderungen erfüllt werden.

Welche dieser Erwartungen die aktuellen Angebote von Getsurance „Job Premium“ und „Job Comfort“ erfüllen, soll in diesem Beitrag hinterfragt und an einigen beispielhaften Regelungen aufgezeigt werden.

1. Qualität des Versicherungsschutzes

Am 19.09.2017 wurde das bisherige Bedingungsmerk mit Stand 06.2017 – auch aufgrund von öffentlich geäußelter Kritik – an verschiedenen Stellen geändert.

Zum 01.10.2017 wurde dann auch erstmals das Bedingungsmerk für den Tarif „Getsurance Job Basic“ zum Verkauf online gestellt. Dieser Tarif leistet nur bei unfallbedingter Berufsunfähigkeit, deckt also nur ca. 10 % des tatsächlichen BU-Risikos ab und ist damit nicht mit „normalen, vollwertigen“ Berufsunfähigkeitsversicherungen vergleichbar. Aus diesem Grund wird der Tarif „Job Basic“ im Folgenden auch nicht weiter beleuchtet.

Erfüllen die aktuellen Online-BU-Angebote von Getsurance / der Squarelife LVAG „Job Premium“ und „Job Comfort“ – Stand 01.09.2017 die qualitativen Erwartungen des Marktes und handelt es sich dabei um empfehlenswerte Alternativen zu den Angeboten der klassischen „Offline-BU-Versicherer“?

A) Was ist aus Sicht des Kunden im leistungsstärksten Getsurance BU-Tarif „Job Premium“ so vorteilhaft geregelt, dass es sich positiv von der Mehrzahl der Top-Angebote der klassischen „Offline-BU-Versicherer“ (Stand 12.2017) abhebt?

1. Der BU-Leistungsanspruch besteht bereits bei Nachweis der Anerkennung von Pflegegrad I nach dem aktuellen § 15 SGB XI zugunsten der versicherten Person (Quelle: BBR Premium § 2 (1d))
2. Der Wechsel aus dem Tarif „Job Comfort“ in den leistungsstärkeren Tarif „Job Premium“ ist in den ersten 5 Jahren (nach Abschluss Job Comfort) mit reduzierter Risikoprüfung möglich. Der Umfang der dann geforderten Risikoprüfung wird auf nur eine Gesundheitsfrage nach psychischen Untersuchungen und Beratungen festgeschrieben.

B) Was ist in den Bedingungen so geregelt, dass es sich positiv oder negativ von den Angeboten des sonstigen aktuellen BU- Marktes abhebt?

1. Der generelle Ausschluss psychischer Erkrankungen als mögliche Ursache einer Berufsunfähigkeit ist nicht neu (siehe InterRisk LV AG, Tarif S-M.A.R.T-Konzept, B 920, Stand 09.2016), kann aber weitreichende Folgen haben, auf die im Rahmen der Beratung hinzuweisen ist. Getsurance bietet diese Absicherungsvariante / Ausschnittsdeckung im Rahmen des Tarifes „Job Comfort“ an.
„Eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser besonderen Bedingungen liegt nicht vor, wenn diese durch eine psychische Erkrankung verursacht wurde.“ (Quelle: BBR Comfort § 2 (1))

Anmerkung:

Der Anteil psychischer Erkrankungen an den BU-Leistungsfällen ist seit Jahren steigend und liegt (je nach befragter Statistik) bereits zwischen 30 und 40 Prozent. Der generelle Ausschluss dieser Erkrankungen aus dem Versicherungsschutz reduziert das Risiko des Versicherers daher erheblich und bietet die Chance den Beitrag erheblich zu reduzieren. Außerdem besteht damit im Tarif „Job Comfort“ die Möglichkeit, auch Versicherte mit psychischen Vorerkrankungen in den letzten (5-10) Jahren überhaupt zu versichern. Das ist unbestritten ein Vorteil dieses Angebotes. 👍

Ob ein freiwilliger Verzicht auf die Mitversicherung von psychischen Erkrankungen zur Prämienersparnis durch Wahl des Tarifes „Job Comfort“ sinnvoll ist oder nicht, muss jeder Kunde für sich entscheiden. Zu einer qualitativ hochwertige BU-Beratung gehört aber in diesem Fall immer die Aufklärung des Kunden, dass der Versicherer durch die Einschränkung, nicht nur keine Leistungen wegen unmittelbarer Auswirkungen psychischer Erkrankungen (z.B. Depression, Angststörung) erbringen muss; darüber hinaus wird der Versicherer auch die Möglichkeit haben und nutzen, seine Leistungspflicht wegen

1. psychischer Folgeerkrankungen organischer Leiden (z.B. Depression wegen Verlust von Körperteilen oder als Folge eines Schlaganfalls)

2. organischen Folgeerkrankungen psychischer Leiden (z.B. Schlafstörungen und geringere körperliche Belastbarkeit infolge eines nicht als Ohrengerkrankung bewerteten Tinnitus)

erfolgreich zu bestreiten.

Organische und psychische Leiden bedingen sich oft und führen ggf. auch zu Folgeerkrankungen aus dem jeweils anderen Bereich. Eine objektive Trennung der Ursachen wird in vielen Fällen kaum möglich sein.

Der Verzicht auf Mitversicherung psychischer Erkrankungen und damit der wichtigsten / häufigsten Ursache von Berufsunfähigkeit im Tarif „Job Comfort“ kann und wird den vom Kunden zu erbringenden Nachweis, dass bedingungsgemäße mindestens 50%ige BU vorliegt, in vielen Fällen erheblich erschweren.

Dem Kunden muss bewusst sein, dass er sich mit der Beitragsersparnis im Tarif „Job Comfort“ auch eine erheblich erhöhte Streitanzahl des Vertrages im Leistungsfall einkauft. 🗨️

Wer dieses Risiko für sich zugunsten einer um ca. 30 % reduzierten Prämie eingehen kann und will, für den ist der Tarif „Job Comfort“ eine (wenn auch riskante) Alternative.

🗨️ Den deutlichen Hinweis auf die zuvor genannten möglichen Folgen der fehlenden Mitversicherung psychischer Erkrankungen zu Tarif „Job Comfort“ haben wir im Beratungsprozess auf der Getsurance Seite leider nicht gefunden. Getsurance benennt nur die im Tarif „Job Comfort“ fehlende Mitversicherung psychischer Erkrankungen als mögliche Ursache einer versicherten Berufsunfähigkeit, ohne auf die damit verbundenen Risiken hinzuweisen.

• Ob eine solche Ausschnittsdeckung (BU-Schutz unter generellem Ausschluss psychischer Erkrankungen) noch dem BU-Leitbild des § 172 VVG entspricht und daher vom Versicherer als Berufsunfähigkeitsversicherung bezeichnet und vermarktet werden darf, wurde gerichtlich noch nicht entschieden.

2. Die Möglichkeit einer Beitragsfreistellung besteht nicht, da kein zugunsten des Kunden anrechenbares Deckungskapital zur Verfügung steht. (Quelle: AB § 17) 🗨️

Die alternativ vom Versicherer angebotenen Überbrückungsmöglichkeiten (Quelle: AB § 9) bei Zahlungsschwierigkeiten sind zwar im Vergleich zu Topprodukten des Marktes nicht üppig, aber akzeptabel.

3. Besonderheiten bei den allgemeinen Ausschlüssen (Quelle: BBR Premium § 4(2))

Anmerkung: Die allgemeinen Ausschlüsse unterscheiden sich wie folgt von den Ausschlussregelungen der Top-BU-Produkte des Marktes.

„Kein Versicherungsschutz besteht, wenn die Berufsunfähigkeit der versicherten Person verursacht wurde durch ...“

a) besser als der Markt:

• durch kriegerische Ereignisse außerhalb der BRD, sofern die versicherte Person aktiv daran beteiligt war (ausgeschlossen ist nur das aktive Kriegsrisiko der VP im Ausland)

Anmerkung: Wie im BU-Markt üblich, ist im Ausland das passive Kriegsrisiko der versicherten Person mitversichert. Der Versicherungsschutz der Squarlife LV AG besteht aber im Gegensatz zum Markt auch dann, wenn der Versicherungsfall durch ein Kriegsereignis in Deutschland eintritt, selbst bei aktiver Teilnahme der versicherten Person! 👍
Wir sind auf das nächste AVB-Update gespannt, ob es sich hier um einen redaktionellen Fehler oder um einen vom Versicherer gewollten Leistungsvorteil handelt.

• kein ABC-Waffen/Stoffe-Ausschluss 👍

b) schlechter als die Top-Angebote des Marktes

• absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall

Anmerkung: Der Ausschluss/die absichtliche Herbeiführung ist nach dem Wort-

laut der Bedingungen nicht auf die Absicht der am Vertrag beteiligten Personen begrenzt! 

Beispiel: Der Erpresser eines Lebensmittelkonzerns/der hintergangene Partner der versicherten Person vergiftet Lebensmittel, die die versicherte Person zu sich nimmt und die bei ihr zum Eintritt der Berufsunfähigkeit führen.

• **kein Verzicht auf Strahlenausschluss** (nur Begrenzung auf Kernenergiestrahlung und Einsatzbedarf der zuständigen Katastrophenschutzbehörde) 

4. **Überbrückungshilfe** (einmalig während der Vertragslaufzeit für max. 6 Monate in Höhe der bei BU fälligen Leistungen) bei **Einstellung der KT-Leistung** durch einen privaten KT-Versicherer **wegen BU** der VP im Sinne der MBKT, sofern die Squarelife LV AG noch nicht über den BU-Leistungsantrag der VP abschließend entschieden hat (Quelle: BBR Premium § 3) 

Die angebotene Überbrückungshilfe bei Einstellung der KT-Leistung ist aber **kein Ersatz für den (auch in Tarif Premium) nicht angebotenen eigenständigen Leistungsanspruch bei lang andauernder Arbeitsunfähigkeit.** 

5. Der BU-Leistungsanspruch besteht bereits bei Nachweis der Anerkennung einer vollen **Erwerbsminderungsrente** nach § 43 SGB VI (Stand 01.09.2017) **allein aus medizinischen Gründen zugunsten der versicherten Person durch die Deutsche Rentenversicherung, aber nur, sofern der Vertrag bereits 10 Jahre bestanden und die versicherte Person das 50. Lebensjahr bereits vollendet hat.** (Quelle: BBR Premium § 2 (1e))

Anmerkung: Aufgrund der unterstrichenen Einschränkungen wird der tatsächliche Nutzen der Regelung eher überschaubar sein.

C) Was ist im Vergleich zum Markt der Top-BU-Anbieter nicht vorteilhaft für den Kunden geregelt (Beispiele)?

1. Die in den AVBs beschriebene mögliche Vereinbarung einer zweiprozentigen **Beitragsdynamik** (Anwartschaftsdynamik) p.a. (Quelle: AB § 6 A), kann im Rahmen des aktuellen Onlineantragsprozesses vom Kunden **nicht aktiv ange-**

wählt / vereinbart werden. In der Leistungsübersicht (unter "vergleichen") wird der Anschein erweckt, dass die Beitragsdynamik obligatorisch mitversichert ist. 

2. Die in den AVBs beschriebene mögliche Vereinbarung einer zweiprozentigen **Leistungsdynamik** (Quelle: AB § 6 B), kann im Rahmen des aktuellen Onlineantragsprozesses vom Kunden **nicht aktiv angewählt / vereinbart** werden.

Anmerkung: Der Kunde muss raten, ob die Leistungsdynamik von ihm beantragt werden muss oder ob sie ggf. automatisch mitversichert ist. 

3. Die im Rahmen der Leistungsdynamik erreichten Rentenerhöhungen verfallen bei Beendigung des Leistungsfalls vor Ablauf der vertraglichen Versicherungsdauer, mit folgender Ausnahme: Die anerkannte Berufsunfähigkeit der versicherten Person endet wegen „Gene-sung“ der versicherten Person und tritt danach innerhalb von 12 Monaten aufgrund derselben Ursache wieder ein. 

Anmerkung: Der in diesem Zusammenhang verwendete Begriff der „Gene-sung“ ist unüblich und unbestimmt. Wahrscheinlich ist die Besserung des Gesundheitszustandes gemeint. Ob dabei die vertragliche Leistungsgrenze der Berufsunfähigkeit von 50% (Quelle: BBR § 2(1)) unterschritten werden muss, bleibt auch offen. Endet der Leistungsfall wegen konkreter Verweisung, verfallen die im Rahmen des beendeten Leistungsfalls erreichten Rentenerhöhungen (unabhängig von Zeitpunkt und Ursache des Wiedereintritts) in jedem Fall.

4. Die Verwendung der jeweils aktuellen Rechnungsgrundlagen bei der Berechnung von Erhöhungen (Anwartschaftsdynamik und Nachversicherung), erhöht für den Kunden die Unsicherheit über die tatsächliche Höhe des zukünftig zu zahlenden Beitrages. (Quelle: AB §§ 6 A (3) + § 7 A (5)) 

5. Ob die versicherte Person bereit ist, hinzunehmen, dass das Recht auf zukünftige Dynamikerhöhungen mit erstmaligem BU-Eintritt erlischt, sollte vor Vertragsabschluss gut überlegt werden.

Bei einer Reaktivierung kann der Versicherer das Aufleben des Anwartschaftsdynamikrechts von einer erneuten Gesundheitsprüfung abhängig machen. (Quelle: AB § 6 A (4)) 

6. Da aufgrund der vergleichsweise sehr bescheidenen Angemessenheitsgrenze (siehe 10.) das Recht zur Nachversicherung in vielen Fällen sowieso nicht bestehen wird, könnte man auf die Idee kommen, dass der **Verlust des Rechts auf Nachversicherung, bereits bei (erfolgloser) Beantragung einer BU-Leistung aus dem Vertrag, nicht so schwer wiegt.** (Quelle: AB § 7 (2 + 4c)) 

7. Der **Nutzen** der im Marktvergleich zwar nicht komfortablen aber ansonsten weitgehend akzeptablen **Nachversicherungsoption** wird durch die sehr **niedrige Angemessenheitsgrenze** (BU-Gesamtversorgung = max. 60% vom Nettoeinkommen inklusive aller anderweitig versicherten BU-Renten) **ad absurdum** geführt. (Quelle: AB § 7 A) 

Anmerkung: Wenn eine auskömmliche Versorgung im BU-Leistungsfall versichert werden soll, kann dieses nur über die Kombination mit dem BU-Schutz eines weiteren Versicherers erreicht werden. Dann wird aber die o.g. Angemessenheitsobergrenze i.d.R. immer überschritten, wodurch dann eine Nachversicherung im Rahmen des Getsurance-Vertrages unmöglich ist.

8. Warum die Erhöhungsoption „in sonstigen Fällen“ (Quelle: AB § 7 (B)) Eingang in die AVB gefunden hat, wird wohl das Geheimnis der Autoren bleiben. Das Recht, den Versicherungsschutz im Rahmen der aktuellen Annahmerichtlinien des Versicherers mit Risikoprüfung durch Neuabschluss zu erhöhen, hat jeder Kunde bei jedem Versicherer. Ggf. wollte man aber Vorsorge für den Fall der Tarifschließung treffen.

Einzigartig ist allerdings, dass Getsurance, trotz neuer Risikoprüfung, bei diesen Erhöhungen in jedem Fall die im bisherigen Vertrag vereinbarten Erschwerungen übernehmen will. 

9. Die Möglichkeit zur Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten unter Beibehaltung des vollen Versicherungsschutzes gilt in den Getsurance Job Tarifen mit Stand 09.2017 für 12 Monate (vorher

6 Monate) aber nur dann, wenn der Beitrag für das vor der Beitragsstundung liegende Versicherungsjahr vom Kunden vollständig gezahlt wurde. Die Nachzahlung der gestundeten Beiträge durch den Versicherungsnehmer muss spätestens innerhalb von max. 24 Monaten nach Stundungsende abgeschlossen sein. (Quelle: AB § 9 (1)).

Anmerkung: Die Topanbieter des Marktes bieten in diesem Punkt wesentlich kundenfreundlichere Lösungen und damit die Chance zum Erhalt des Versicherungsschutzes auch in wirtschaftlich schwierigen Zeiten.

10. Der Versicherer kann die Zahlung von Leistungen nicht nur von der Vorlage einer Lebendbescheinigung der versicherten Person, sondern auch von der Vorlage des Versicherungsscheins abhängig machen. (Quelle: AB § 11 (4) + § 15 (2))

Anmerkung: Was mit dieser Regelung (Recht zur Vorlage des Versicherungsscheins bei Versicherung von Rentenleistungen) erreicht werden soll, bleibt wohl das Geheimnis der Autoren dieser AVB. Das Risiko dieser Regelung liegt, bei Anwendung, ausschließlich beim Kunden, da er den Versicherungsschein (als qualifiziertes Legitimationspapier im Sinne des § 808 BGB) aus der Hand gibt und der Versicherer u.a.

- vertraglich nicht dazu verpflichtet ist, den Versicherungsschein an den Kunden zurückzusenden und
- das Risiko des Verlustes des Versicherungsscheins beim Versand in Kauf nimmt.

11. Der Versicherer fordert im Leistungsbezug, neben der unverzüglichen Anzeige einer Änderung der Erwerbstätigkeit, auch die unverzügliche Anzeige der Minderung des Berufsunfähigkeitsgrades. (Quelle: AB § 15 (3))

Anmerkung: Da eine Minderung der BU vom Versicherten kaum einzuschätzen ist, verzichten die Top-Anbieter des Marktes schon länger auf diese Obliegenheit im Leistungsbezug.

12. Die Überschussbeteiligung ist ausgeschlossen. (Quelle: AB § 18)

Anmerkung: Diese Regelung gilt sowohl für die Zeit vor als auch nach Eintritt des

Leistungsfalls. Damit sollte i.d.R. immer die laut AVB angebotene, aber aktuell im Onlineantragsprozess nicht anwählbare, garantierte Rentensteigerung mitversichert werden, damit dem Kaufkraftverlust der Rente nach Eintritt des Leistungsfalls entgegengewirkt wird.

13. Die Möglichkeit der einseitigen Beitragsanpassung durch den Versicherer besteht ab dem 6. Vertragsjahr weitgehend uneingeschränkt, wenn sich der dann aktuell ermittelte zu erwartende Leistungsbedarf im Vergleich zum zuletzt angenommenen Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend um mehr als 10% geändert hat und das für den Versicherer nicht vorhersehbar war. (Quelle: AB § 20)

Anmerkung: Diese Regelung geht (zu Lasten der Versicherten) über die Anwendungsmöglichkeiten der gesetzlichen Beitragsanpassungsregelung des § 163 VVG hinaus und relativiert die laut Werbung des Versicherers so günstige Anfangsprämie.

Der Versicherer begründet die Notwendigkeit dieser Anpassungsregelung damit, dass seine Leistungsfähigkeit gewahrt bleiben und er (finanziell) gesund bleiben muss. Aufgrund

- des geringen Alters,
- der aktuell überschaubaren Größe,
- der aktuell überschaubaren finanziellen Sicherheitsausstattung und Ertragssituation sowie
- des zusätzlich zu beachtenden Wechselkursrisikos (Einnahmen überwiegend in EUR und Ausgaben teilweise in CHF)

der Squarelife LVAG erscheint diese Regelung auch sinnvoll zu sein, damit den Versicherten überhaupt langfristiger Versicherungsschutz angeboten werden kann. Letztlich muss der potenzielle Getsurance-Kunde abwägen, ob er das nicht unerhebliche Risiko einer späteren Prämienanpassung (insbesondere im Tarif „Job Premium“) eingehen will. Solange Getsurance / die Squarelife LVAG Neugeschäft zeichnet/einwirbt, wird der Versicherer (wie alle Erstversicherer) alles daran setzen, eine Erhöhung der zu zahlenden Prämie für Bestandskunden zu vermeiden. Nicht auszuschließen ist, dass die Kalkulation des Tarifes anfäng-

Neues von der FIV

Auf der DKM 2017 in Dortmund wurden verschiedene Versicherer sowie deren Vertriebsmitarbeiter über aktuelle Entwicklungen in der Funktionsinvaliditätsversicherung angesprochen. Die wesentlichen Informationen seien an dieser Stelle zusammengefasst. Bisher bekannt seien etwa 1.200 regulierte Leistungsfälle. Der Höchstbetrag einer solide kalkulierten FIV müsse etwa 45 Prozent unter dem einer BU liegen, da man die Leistungsauslöser Psyche sowie Stütz- und Bewegungsapparat weitgehend rausrechnen könne. Hinzu kommt, dass moderne FIV-Tarif eine nur noch zeitlich befristete Krebsrente vorsehen.

Janitos berichtete, dass die Anpassung des Rechnungszinses nur für das Neugeschäft gelte. Viele Stornos würden zu einem kalkulierten Stornogewinn führen. Eine so niedrige Stornoquote sei nicht kalkuliert gewesen. Aus dem Hause **LV 1871** hieß es, dass man nur etwa 100 Verträge p.a. der Golden IV absetzen könne. Seitdem die **Axa** die Krebsleistungen an den Markt angepasst habe, sei der Vertrieb der Existenzschutzversicherung „fast tot“. Man bewerbe das Produkt daher auch nicht mehr.

lich sogar so viel Luft hat, dass Spielraum für eine werbewirksame Prämiensenkung in den ersten Jahren besteht. Insbesondere aber im Fall eines späteren Verkaufes von (sich ungünstig entwickelnden) Job-Tarifbeständen, ist nicht auszuschließen, dass diese Prämienanpassungsregelung dem Käufer attraktive Gestaltungsmöglichkeiten eröffnet. (Quelle: AB § 24)

14. Leistungen aus der für alle Berufe mitversicherten Infektionsklausel sind auf infektionsbedingte Tätigkeitsverbote nach § 31 IfSG begrenzt. (Quelle: BBR § 2(c))

Anmerkung: Damit ist der Geltungsbereich des Versicherungsschutzes in diesem Teilbereich auf Deutschland begrenzt (keine uneingeschränkte Weltgeltung).

2. Antragsprozess, Bedarfsermittlung und versicherbare Leistungen

Kriterium		erfüllt?
1a. individuelle Versorgungsbedarfsermittlung • benötigte BU - Nettorentenhöhe kann versichert werden		<ul style="list-style-type: none"> • in der Regel 50% des Nettoerwerbseinkommens versicherbar und vom Anbieter angeraten² • keine Nettoversorgungsbetrachtung
1b. individuelle Versorgungsbedarfsermittlung • das Endalter der BU-Leistung kann bedarfsgerecht vereinbart werden		<ul style="list-style-type: none"> • nur Endalter 65 versicherbar
1c. individuelle Versorgungsbedarfsermittlung • gewünschte Qualität des Versicherungsschutzes		<ul style="list-style-type: none"> • die zum Teil erheblichen Schwächen überwiegen • das Urteil „Gut“ von Stiftung Warentest (siehe Anlage) für Job Premium mit Stand 06.2017 ist nicht nachvollziehbar
1d. individuelle Versorgungsbedarfsermittlung • Sicherheit durch Anbietersauswahl / Insolvenzsicherungsfonds		<ul style="list-style-type: none"> • Junger, kleiner Versicherer aktuell noch in der Verlustphase – siehe Anlagen • ohne Insolvenzsicherungsfonds, der die Chance auf Erhalt des Versicherungsschutzes im Fall der Insolvenz des Versicherers bietet
2a. Vermeidung einer vAV im Antragsprozess • eindeutige und daher vom Versicherten richtig zu beantwortende Fragen zu Vorerkrankungen		<ul style="list-style-type: none"> • Fragen können eindeutig beantwortet werden
2b. Vermeidung einer vAV im Antragsprozess • eindeutige und daher vom Versicherten richtig zu beantwortende Fragen zum Einkommen		<ul style="list-style-type: none"> • die Frage nach dem durchschnittlichen Nettoeinkommen der letzten 2 Jahre dürfte für Selbstständige und Freiberufler oft nicht sicher beantwortbar sein. • Wenn jemand erst weniger als 2 Jahre arbeitet, ist unklar, ob dann das Durchschnittseinkommen der Monate mit Erwerbseinkommen oder das Gesamteinkommen der letzten 2 Jahre geteilt durch 24 anzugeben ist
2c. Vermeidung einer vAV im Antragsprozess • eindeutige und daher vom Versicherten richtig zu beantwortende Fragen zur beruflichen Tätigkeit		<ul style="list-style-type: none"> • Angabe, ob berufstätig, Student, in Ausbildung oder sonstiges • Kann eindeutig beantwortet werden
2d. Vermeidung einer vAV im Antragsprozess • eindeutige und daher vom Versicherten richtig zu beantwortende Fragen zu Freizeitrissen		<ul style="list-style-type: none"> • Fragen grundsätzlich besser als Ausschluss bei Bedingungen nach Tarif Stand 06.2017, aber teilweise nicht eindeutig • Fehlende individuelle Prüfung
3. Produktempfehlung und -auswahl im Beratungsprozess		<ul style="list-style-type: none"> • Drei verkaufsoffene Tarife, davon 2 Tarife nur mit Ausschnittdeckung (ohne Mitversicherung psychischer Erkrankungen bzw. nur unfallbedingte Berufsunfähigkeit) • Keine konkreten Produktempfehlungen, sondern nur Benennung der abschließbaren Produkte • implizit wird eine Rentenhöhe von 50% des Nettoeinkommens, mindestens 1.000 Euro als ausreichend empfohlen • Empfehlung der BU-Rentenhöhe nicht inhaltlich begründet und nachvollziehbar • Der Angebotsrechner suggeriert einen besonders niedrigen Beitrag, was aber nicht in jedem Einzelfall zutreffend ist • Aktiv- und Passivdynamik werden in den Bedingungen benannt, können jedoch nicht über den Angebotsrechner ausgewählt werden • Eine individuelle Rentenhöhe kann im Angebotsrechner nicht ausgewählt werden • Unklar ist, wieso Personen, die länger als 6 Wochen ins außereuropäische Ausland reisen wollen, keine Mitversicherung psychischer Erkrankungen (Job Premium) absichern können sollen.
4. Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen im Beratungsprozess		<ul style="list-style-type: none"> • Mangelhafte Bedarfsermittlung • Fehlende Begründung der Empfehlung
5. Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen im Antragsprozess		<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende obligatorische Erstinformation beim Erstkontakt (aktiver Download erforderlich) • Fehlende Begründung der Empfehlung • Fehlende individuelle Dokumentation • Hinweise auf die Bedeutung der Gesundheits- und Risikofragen nicht in unmittelbarer Nähe zu den Fragen

3. Gesamtfazit

Beratung und Abschluss des von Getsurance angebotenen Versicherungsschutzes (Tarifreihe Job) sind in kürzester Zeit online möglich, wenn der Versicherte bereit ist, folgende Nachteile des Produktangebotes zu akzeptieren:

1. Bei dem von Getsurance als BU-Tarife angebotenen Versicherungsschutz sind im Tarif
 - „Job Basic“ (Stand 10.2017) die weit überwiegenden BU-Risiken (durch Krankheit) und
 - „Job Comfort“ (Stand 09.2017) das statistisch größte BU-Risiko (Psyche) gar nicht versichert.
2. Im BU-Leistungsfall wird die über Getsurance versicherbare BU-Rente das eigentlich zu versichernde Risiko (der gesundheitsbedingte Nettoeinkommensverlust der versicherten Person) ohne zusätzliche erhebliche Einnahmen aus anderen Quellen i.d.R. nicht abdecken.
Ob ein Kunde aus den von Getsurance online zur Verfügung gestellten Informationen / Unterlagen ableitet, dass eine höhere Absicherung erforderlich sein könnte, ist fraglich. Wie viel Prozent tatsächlich maximal versicherbar wären, geht aus den Unterlagen auf der Website nicht hervor. Aus den Bedingungen scheint eine maximale Versorgung von 60 Prozent des Nettoeinkommens herleitbar zu sein.
3. Auch das Leistungsangebot des Top-Tarifes „Job Premium“ ist im Marktvergleich lückenhaft und streitanfällig. Daran ändert auch der jüngste Verzicht auf den Ausschluss für gefährliche Tätigkeiten in Beruf und Freizeit nichts.
4. Die beworbene günstige Prämie muss unter Berücksichtigung des in allen Tarifen eingeschränkten Leistungsangebotes bewertet werden, und kann vom Versicherer ab dem 6. Jahr einseitig fast uneingeschränkt angepasst werden.
5. Der den Versicherungsschutz anbietende Versicherer ist noch sehr jung und hat 2016 die Verlustzone noch nicht verlassen.
6. Bei Ausfall des Versicherers durch Insolvenz besteht für den Versiche-

rungsschutz des Kunden, soweit bekannt, kein Schutz durch einen Insolvenzsicherungsfonds.

Die Annahmerichtlinien des Tarifes führen außerdem dazu, dass auskömmlicher Versicherungsschutz im BU – Leistungsfall nur in Kombination mit ergänzendem Versicherungsschutz anderer Versicherer möglich ist. Der Abschluss von weiterem BU-Versicherungsschutz führt dann aber dazu, dass sich die eigentlich von Getsurance angebotene Nachversicherungsgarantie „in Luft auflöst“.

Der berechnete Beitrag ist nur dann besonders attraktiv, wenn das Risiko psychischer Erkrankungen aus dem Versicherungsschutz durch Wahl des Tarifes „Job Comfort“ ausgeschlossen wird.

Die am Anfang dieses Artikels aufgeführten Anforderungen an eine qualitativ hochwertige BU-Beratung und den Abschluss eines hochwertigen BU-Vertrages werden überwiegend durch die Angebote von Getsurance „Tarifreihe Job“ nicht erfüllt.

Das BU-Gesamtangebot von Getsurance wirkt auf den Betrachter wie ein Testballon, mit dem, ausgetestet werden soll,

- a) welche Einschränkungen des BU-Versicherungsschutzes Kunden im Onlinegeschäft (aufgrund fehlender Beratung) maximal akzeptieren werden,
- b) ob über diesen Vertriebsweg eine noch stärkere Rosinenpickerei (nur gesunde Kunden mit geringen BU-Renten) der Versicherer möglich ist und
- c) welche Umsätze auf diesem Wege generierbar sind.

Das Angebot erfüllt zumindest eines der gesteckten Ziele „Das Vorantreiben der Entwicklung von digitalen Beratungs- und Abschlussstrecken für komplexe Versicherungspolicen“. Das zweite Ziel „Das Angebot einer qualitativ hochwertigen Beratung“ scheint dann wohl bisher auf der Strecke geblieben zu sein. Man kann nur hoffen, dass es keine Testkunden geben wird, die auch auf der Strecke bleiben.

Anlagen zum Gesamtfazit:

1. Laut Internetseite von Getsurance sei Stiftung Warentest in einem Schnelltest des BU-Tarifes „Job Premium“ vom 29.06.2017 zum Ergebnis „Guter BU-Schutz“ gekommen.



2. Auszug aus dem Geschäftsbericht 2016 *Die Squarelife Lebensversicherungs-AG ist im Frühling 2013 durch einen Besitzerwechsel aus der ehemaligen FinterLife Lebensversicherungs-AG (FinterLife) hervorgegangen. Sie ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Bracechange Holding SA, die als weitere Tochtergesellschaft die Lifeware SA besitzt. Sitz der Squarelife ist Ruggell in Liechtenstein.*

3. Auszug aus dem Geschäftsbericht 2016 *Die Squarelife ist ein noch sehr kleines Unternehmen. Zum 31.12.2016 verwaltet sie 108 Wrapper Policen mit einem Anlagevolumen von rund CHF 103 Mio. sowie 3.605 Risikopolicen mit einem Bestandsvolumen von CHF 985 Tsd.*

3. Auszug aus dem Geschäftsbericht 2016 *Insgesamt ist im Geschäftsjahr 2016 nur noch ein geringer versicherungstechnischer Verlust von CHF 5.702 (Vorjahresverlust CHF 128.208) entstanden, was ein respektables Ergebnis darstellt für ein kleines Versicherungsunternehmen, das sich in der Aufbauphase befindet.*

¹ Quelle: <http://www.fondsprofessionell.de/news/vertrieb/headline/sparringspartner-analysehaus-franke-und-bornberg-kaufte-sich-bei-fintech-ein-125056/>

² Hierzu heißt es in der Vermittlererstinformation wie folgt: „Wir gehen davon aus, dass dein monatlicher Bedarf dann gedeckt ist, wenn deine Berufsunfähigkeitsrente der Hälfte deines bisherigen Nettogehaltes entspricht, mindestens jedoch 1.000 Euro. Getsurance kann deine Lebensumstände und deinen persönlichen Versicherungsbedarf jedoch nicht vollständig erfassen. Wenn du den Eindruck hast, dass du eine höhere oder niedrigere Berufsunfähigkeitsrente oder einen anderen Leistungsumfang benötigst, als wir ihn dir empfehlen, sprich uns gerne an. Unsere Versicherungsexperten beraten dich dann persönlich.“ Das heißt, dass 50 Prozent des Nettoeinkommens ohne Kenntnis eines überhaupt bestehenden Anspruches auf eine mögliche Erwerbsminderungsrente grundsätzlich empfohlen werden.

Die Marktanpassungsgarantie der Domcura – Inhaltlich auslegungsbedürftig



Die neue Wohngebäudeversicherung für Einfamilienhäuser aus dem Hause Domcura zeichnet sich unter anderem durch eine Marktanpassungsgarantie aus. Diese kann nur im Top-Tarif zusammen mit dem Baustein „Unbenannte Gefahren für das Gebäude“ eingeschlossen werden.

von Stephan Witte

Unstrittig wird der Umfang der versicherten Gefahren hierdurch nicht erweitert. Weniger transparent ist eine mögliche Erweiterung auch versicherter Kosten. In § 1 Ziffer 1 c) der Bedingungen zur Marktanpassungsgarantie heißt es hierzu wie folgt:

„§1 Marktgarantie und Deckungsbeschreibung

1. Definition

Der Versicherer bietet für die Wohngebäudeversicherung, gemäß den oben aufgeführten Versicherungsbedingungen, Versicherungsschutz für die [...]

c) Kosten nach einem Versicherungsfall gemäß B 1 § 8 VGB 2017 – Standard und die hierzu in B 3 BB-Top-Schutz getroffenen Erweiterungen.

Der Versicherungsschutz für diese Gefahren, für die versicherten Sachen und die versicherten Kosten richtet sich nach den Beschreibungen / Definitionen in den oben aufgeführten Versicherungsbedingungen.“

Folgt man diesem Bedingungstext ergibt sich, dass nur die Kostenpositionen erweitert werden können, die bereits im Standard-Schutz enthalten sind. Tatsächlich würde dies keine qualitative Verbesserung gegenüber den Kostenpositionen des Top-Schutzes bedeuten. Abweichend zum eigentlichen Wortlaut der Bedingungen stellt die Domcura folgendes klar:

„Da der Top-schutz für die Marktgarantie maßgeblich ist, könnte diese z. B. bei den Sachverständigenkosten greifen, nämlich dann, wenn ein Versicherer schon vor 25.000 Euro Versicherungs-

schutz bietet. Außerdem kommen alle mit einem Sublimit belegten Kosten in B3 – zu B1 § 8 für die Marktgarantie in Frage (Hotelkosten, Rückreisekosten, usw.)“

Intention der Domcura stelle Bedingungsauslegung klar

Weiter führt der Anbieter dazu aus:

„Nach unserer Ansicht bezieht sich das Adverb „hierzu“ auf den § 8 (B 1 VGB 2017-Standard) in seiner Gänze und nicht nur auf die darin enthaltenen einzelnen Kostenpositionen. Der dann im gleichen Satz verwendete Begriff „Erweiterung“ regelt alles, was über den ursprünglichen § 8 in seiner Gänze hinausgeht, also nicht nur die Modifikation der in § 8 bereits erfassten Kostenpositionen, sondern auch die Erweiterung des § 8 um ganz neue Kostenvarianten und zwar immer im Hinblick auf den Top-Schutz.

Unsere Marktgarantie läuft somit nicht ins Leere sondern bietet Versicherungsschutz auf Basis des Top-Schutzes! Diese Intention ist letztendlich auch maßgeblich. Dass die Formulierungen neuer Bedingungen auch vielerlei Auslegungen zulassen ist nicht unbekannt, daher danken wir Ihnen für Ihre inspirierende Anregung und werden diese auch gerne bei einer Überarbeitung der Bedingungen berücksichtigen.“

Die Zahl der erweiterbaren Kostenpositionen bleibt insgesamt dennoch sehr überschaubar. Beispielhaft wäre folgende Erweiterung möglich:

Im Haus des Versicherungsnehmers bricht ein Zuleitungsrohr der Wasserver-

sorgung. Bei der Reparatur müssen auch Armaturen im Wert von 750 Euro erneuert werden (B 3 – zu B 1 § 8 Nr. 11). Über den Optimal-Schutz ist die Entschädigung für Armaturen auf 500 Euro begrenzt. Die LVM übernimmt in ihren VGB 2011 (Teil A § 3 Nr. 1 b aa)) derartige Kosten jedoch nachweislich bis 1.000 Euro. Die Armaturen des bei der Domcura abgesicherten Versicherungsnehmers werden daher bei der Schadenabrechnung mit 750 Euro berücksichtigt. Keine Erweiterung der über den Top-Schutz hinaus gilt somit für jene Kostenpositionen, die allein über den Baustein Unbenannte Gefahren mitversichert sind. Außerdem ist die Höhe der Entschädigungsleistung aus der Marktanpassungsgarantie auf 200.000 Euro beschränkt.

Als weiteres versichertes Schadenbeispiel nennt die Domcura den Diebstahl von außen angebrachten Sachen nach B3 – zu B 1 § 1 Nr. 1:

Unbekannte Täter demontieren die an der Hauswand angebrachte Photovoltaikanlage. Der Ersatz kostet 12.500 Euro. Im Optimal-Schutz ist der Diebstahl von außen angebrachten Sachen mit 5.000 Euro mitversichert. Der Versicherungsnehmer weist nach, dass ein anderer Versicherer hier bis 10.000 Euro regulieren würde. In unserer Schadenabrechnung werden 10.000 Euro berücksichtigt. Dieser andere Versicherer könnte z.B. die DEVK (VGB 2013 – Wohnfläche, Stand 01.07.2013, Klausel 7170) sein.

Abschließend zu erwähnen ist, dass der Domcura ein jederzeitiges Kündigungsrecht für die Marktanpassungsgarantie mit Monatsfrist zusteht.

Falsche Wahrnehmung:

Terrorrisiko stark überschätzt

Nach jedem Terroranschlag wird die Frage aufgeworfen, welcher Versicherungsschutz in solchen Fällen besteht. Bei der Bewertung des Versicherungsschutzes sollte allerdings nicht nur das subjektiv gefühlte, sondern auch das reale Risiko bekannt sein. Es kann sich also lohnen, einmal die Fakten zu hinterfragen.

Von Stephan Witte

Gefühlt wird nahezu täglich über Terroranschläge überall auf der Welt berichtet. Wir haben uns daher daran gewöhnt, wenn Polizisten mit Maschinengewehren Präsenz auf Weihnachtsmärkten zeigen und wenn wir beim Besteigen des Flugzeuges nahezu alle Flüssigkeiten zurücklassen müssen. Das war nicht immer so. Einzelne haben als Folge der veränderten Wahrnehmung ihre Lebensweise umgestellt. Sie meiden etwa größere Menschenansammlungen, vermeiden einen Urlaub in Ägypten oder anderen Ländern, die als besonders riskant angesehen werden oder misstrauen jedem, der andersartig erscheint. Insbesondere muslimische Mitbürger haben darunter zu leiden.

Tatsächlich ist das Risiko, einem Terroranschlag zum Opfer zu fallen, jedoch deutlich niedriger als allgemein angenommen¹. 2016 starben Europol zufolge in Europa 142 Personen durch Terroranschläge.² Hingegen starben allein in Deutschland 3.124 Personen im Straßenverkehr.³

In den Jahren 2012 bis 2014 starben in ganz Westeuropa deutlich unter 100 Personen durch Terroranschläge, 2015 allein in Paris 147 Personen.⁴ Vergleicht man dies mit 42.759 Personen im Irak, 16.888 in Afghanistan und 13.524 in Pakistan in den Jahren 2001 bis 2014⁵ – und dies sind nur die Spitzenreiter in der Terrorstatistik – so wird deutlich, dass das Terrorrisiko in Europa maßlos überschätzt wird.

Gleiches gilt für die nicht nur von vielen Anhängern der AfD vertretene Auffassung, dass es gerade islamistischen Terror besonders zu bekämpfen gelte.⁶

Islamistischer Terror in Deutschland ist bislang eher eine Randerscheinung,

wengleich eine Zunahme tatsächlich erkennbar ist. Die Ursachen hierfür sind vielfältig. Tatsächlich nimmt aber insbesondere der Terror von rechts seit Jahren zu. Das Bundesamt für Verfassungsschutz schreibt hierzu: „Nach 1.408 rechtsextremistischen Gewaltdelikten im Jahr 2015 registrierten die Sicherheitsbehörden 2016 insgesamt 1.600 rechtsextremistische Gewalttaten.“⁷ Im selben Jahr benennt der Verfassungsschutz 86 Verletzte und 14 Tote durch islamistischen Terror in Deutschland, darunter ein Anschlag auf einen Sikh-Tempel in Essen mit drei Verletzten sowie der Anschlag auf den Weihnachtsmarkt in Berlin mit 12 Toten und 62 Verletzten.⁸ Alle Toten und Verletzten zusammengezählt gehen damit gerade einmal gut 6 Prozent aller benannten Gewalttaten auf das Konto islamistischer Gewalttäter und 94 Prozent auf das Konto der rechten Szene.

2015 war in den USA das seit 1995 blutigste Jahr, wenn man die Zahl der Opfer durch inländischen Terror betrachtet – daher bleibt der Anschlag auf das World Trade Center im Jahre 2011 in dieser Statistik außen vor, da er auf das Konto ausländischer Attentäter geht. Von den für diese Statistik relevanten Vorfällen gingen allerdings 38 Prozent auf das Konto weißer Rassisten und 19 Prozent auf das Konto von Rechtsterroristen. Islamistischer Terror hatte einen Anteil von 37 Prozent.⁹ Trotz eines hohen Anteils islamistischen Terrors überwog doch der Terror durch die rechte Szene und aus anderen Gründen.

2011 starben mehr als 75 Personen in Norwegen durch den weißen, rechtsradikalen Rassisten Anders Behring Breivik. Getötet wurden hauptsächlich Kinder und Jugendliche.¹⁰ Vergleichbarer islamistischer Terror aus Norwegen ist nicht bekannt.

Vergleichsweise ein Randthema in den Medien war die Vertreibung und Tötung der muslimischen Rohingya in Myanmar durch die buddhistische Mehrheit. 2017 sollen über 1.000 Rohingya getötet und mehr als 270.000 nach Bangladesh geflohen sein.¹¹

Fakt: die öffentliche Wahrnehmung eines vor allem islamistischen Terrors entspricht nicht den Fakten. Gewalt von rechts, aber auch Tod und Verletzung durch nicht terroristische Ursachen sind deutlich wahrscheinlicher. Die Mehrzahl aller Muslime ist nicht gewaltbereit und verurteilt den islamistischen Terror.

Fakt ist auch, dass es für die Betroffenen keinen Unterschied macht, ob sie Opfer terroristischer Gewalt, von Rechts oder Links, von Christen, Buddhisten oder Muslimen werden oder ob sie durch einen Unfall im Straßenverkehr den Tod finden.

Insbesondere für die Medien sind schreckliche Einzelereignisse von deutlich größerem Interesse als der x. Unfalltod im Straßenverkehr oder die x. Erkrankung eines Bürgers mit Krebs oder ein Tod eines Unbekannten als Folge einer Lungenentzündung. Dies ändert unsere Wahrnehmung in einem erheblichen Ausmaß, welches sich man nur selten bewusst macht.

¹ Zur falschen Wahrnehmung des Terrorismusrisikos und zur Datenlage siehe auch www.augsburger-allgemeine.de/politik/Nimmt-der-Terror-zu-Was-ein-Blick-auf-die-Statistik-verraet-und-was-nicht-1595976.html

² <https://www.europol.europa.eu/newsroom/news/2017-eu-terrorism-report-142-failed-foiled-and-completed-attacks-1002-arrests-and-142-victims-died>

³ http://www.procontra-online.de/artikel/date/2017/09/risikoforschung-professor-raet-zum-bu-abschluss?utm_source=Newsletter&utm_medium=Email&utm_campaign=Newsletter_2017_30_09&utm_content=WochenendNL

⁴ <http://blog.zeit.de/teilchen/2016/03/23/terror-in-zahlen/>

⁵ Siehe Wahlprogramm der AfD, Seite 18: https://www.afd.de/wp-content/uploads/sites/111/2017/06/2017-06-01_AFD-Bundestagswahlprogramm_Onlinefassung.pdf

⁷ <https://www.verfassungsschutz.de/de/arbeitsfelder/af-rechtsextremismus/zahlen-und-fakten-rechtsextremismus/rechtsextremistische-straf-und-gewalttaten-2016>

⁸ <https://www.verfassungsschutz.de/de/arbeitsfelder/af-islamismus-und-islamistischer-terrorismus/zahlen-und-fakten-islamismus/zuf-is-uebersicht-ausgewaehelter-islamistisch-terroristischer-anschlaege>

⁹ <https://www.welt.de/politik/ausland/article150721531/Weisse-Rassisten-sind-gefaehrlicher-als-Islamisten.html>

¹⁰ <http://www.spiegel.de/panorama/justiz/anders-behring-breivik-norwegischer-massenmoerder-aendert-seinen-namen-a-1151503.html> und <http://blog.zeit.de/teilchen/2016/03/23/terror-in-zahlen/>

¹¹ <http://www.zeit.de/politik/ausland/2017-09/rohingya-myanmar-tote-kaempfe>

Im Text benannte Anbieter: Ammerländer – Die Haftpflichtkasse – HUK-Coburg – InterRisk – Janitos – Konzept & Marketing – NV-Versicherungen – VHV

Mitversicherung von Terroranschlägen in der Unfallversicherung

Die Fakten sprechen dafür, dass es eher unwahrscheinlich ist, Opfer eines terroristischen Anschlages zu werden. Das heißt aber nicht, dass es einen nicht betreffen kann. Am 07. Juli 2015 war der Autor dieser Zeilen am Tag des Anschlages auf die Londoner U-Bahn nur unweit vom Ort der Anschläge entfernt. Vielleicht eine Stunde vorher befand ich mich an einem der Orte des späteren Anschlages. Hätte ich einige U-Bahnen früher genommen, hätte es mich genauso betreffen können.



von Sebastian Krügereit

Für die Hinterbliebenen spielt es dann keine Rolle mehr, ob es sich um Terror von Rechts oder Links, von Christen oder Muslimen handelte. Die Auswirkungen auf mein tägliches Leben betreffen bislang nur die verschärften Sicherheitsbestimmungen auf Auslandsflügen. In der Unfallversicherung wird dem gefühlt wie auch dem tatsächlichen Terrorrisiko durch bedingungsseitige Klarstellungen Rechnung getragen. Grundsätzlich besteht in den marktrelevanten Bedingungswerken Versicherungsschutz auch für den Fall eines Terroranschlages. Im Detail gibt es aber durchaus Unterschiede.

Zunächst einmal besteht bei allen Versicherern ein Ausschluss für „Unfälle unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse“. Die genaue Ausgestaltung des Ausschlusses kann durchaus sehr unterschiedlich ausfallen.

Das eigentliche Problem liegt aber eher darin, wie man Krieg definiert. Gilt ein Krieg erst dann als erklärt, wenn eine formelle Kriegserklärung ausgesprochen wurde? Fallen auch (bürger-)kriegsvorbereitende Maßnahmen unter den

Kriegsausschluss? Wann erfüllt die Summe der Einzelakte, die zu einem Krieg oder Bürgerkrieg führen, die Ausschlussbestimmungen? Hierzu besteht auch unter Juristen Uneinigkeit.¹ Wie auch die Definitionsfindung rund um den Bundeswehreininsatz in Afghanistan gezeigt hat, besteht nicht immer Konsens von Seiten der Medien und von Seiten der Politik, wann ein Krieg oder wann nur ein kriegsähnlicher Einsatz vorliegt.

Wenn ein Soldat während eines Krieges ums Leben kommt, ist nicht automatisch belegt, dass eine kriegerische Handlung für seinen Tod verantwortlich war. Selbstverständlich kommen auch ein gewöhnlicher Verkehrsunfall oder andere Gründe als Unfallursache in Frage.

Im Kern sind im Rahmen der Unfallversicherung die meisten Terroranschläge auch ohne weitere Klarstellung versichert, es sei denn, sie stehen in einem unmittelbaren Zusammenhang mit Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen. „Bei einem einzelnen Terroranschlag, insbesondere bei einem solchen außerhalb des (Bürger-)Kriegsgebiets, kann der für das Eingreifen des Ausschlussstatbestands erforderliche Zusammenhang nur mithilfe von Indizien geführt werden. Richtet sich der Anschlag ge-

gen eine staatliche Einrichtung einer Kriegspartei, ist der objektive Zusammenhang leichter festzustellen als bei einem zivilen Objekt.“²

Seltener gilt der Ausschluss ergänzend auch für Unfälle durch ABC-Waffen. Nur für solche Fälle ist eine Erweiterung des Versicherungsschutzes tatsächlich erforderlich. Diese Erweiterung gilt üblicherweise nur, wenn sich der Anschlag im Ausland im Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg ereignet.

Oft wird das passive Kriegsrisiko für einen Zeitraum von mindestens 7, 14 oder 21 Tagen mitversichert.

An dieser Stelle seien einige ausgewählte Bedingungsregelungen näher ausgeführt.

Ammerländer (Tarif: AUB 2017, Exklusiv-Schutz, Stand 01.2017)

„3. Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt werden.“

Ergänzender Versicherungsschutz nach diesem Bedingungswerk würde also bestehen, wenn ein Kunde Opfer des An-

schlages auf das World Trade Center im September 2011 geworden wäre (nach offizieller Berichterstattung ein Anschlag durch ausländische Terroristen) und ebenfalls als deutsches Opfer auf dem Weihnachtsmarkt in Berlin im Dezember 2016 (Anschlag durch Anis Amri als inländischen Attentäter). wurde (völkerrechtliche Kriegsdefinition) oder gilt etwa jeder terroristische Akt gleichzeitig als Kriegsakt? Was wäre aber mit einem Bombenanschlag im Irak, bei dem die Herkunft des Täters unklar ist, wenn man als deutscher Tourist davon betroffen wird? Für den Kriegsausschluss käme es darauf an, welche Kriegsdefinition man zugrunde legt. Inwiefern im konkreten Fall nachgewiesen werden könnte, dass es sich bei dem Bombenanschlag um einen terroristischen Anschlag und dies zusätzlich im Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg handeln würde, wäre zumindest fraglich, da der so genannte Islamische Staat seit dem 07.12.2017 für besiegt erklärt wurde.

Die Haftpflichtkasse

(Tarif: Unfallversicherung VARIO Vollschutz, Stand 01/2018)

„33. Passives Kriegsrisiko (zu Ziffer 4.1.3 AUB 2014) [...]

3. Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt werden.“

Bei der Haftpflichtkasse gilt inhaltlich Gleiches wie für die Ammerländer. Identisch ist auch das passive Kriegsrisiko für einen Zeitraum von mindestens 21 Tagen mitversichert. Unklar ist, was mit „Ärzten ohne Grenzen“ ist, die einen Verletzten aus einem Schützengraben holen. Handelt es sich hier um die Verwirklichung des aktiven oder des passiven Kriegsrisikos?

HUK-Coburg

(Tarif: HUK-Unfallversicherung Classic, Stand 01.05.2017)

„2.3.9 Terroranschläge

Versichert sind Gesundheitsschäden durch Terroranschläge.

Steht der Terroranschlag in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, und hat er innerhalb eines Kriegs- oder Bürgerkriegsgebietes stattgefunden? Dann besteht Versiche-

rungsschutz nur unter den Voraussetzungen nach A 2.5.11 b.“

Nach diesen Bedingungen besteht grundsätzlich Versicherungsschutz im Fall von Terroranschlägen. Die Einschränkungen betreffen Terroranschläge im Zusammenhang mit Kriegs- und Bürgerkriegsereignissen nach Ziffer 2.5.11 der Bedingungen. Hier besteht Versicherungsschutz nur auf Auslandsreisen und maximal bis zu 14 Tagen nach Kriegsbeginn.

InterRisk

(Tarif: Unfallversicherung „XXL“, Stand 06.2015)

„Terroranschläge (zu § 3 Nr. 1.1)

Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt werden.“

Im Unterschied zu Ammerländer und Haftpflichtkasse ist das passive Kriegsrisiko hier nur bis mindestens 14 Tage versichert. Analog verlängert sich die Frist jedoch, „sofern und solange es der versicherten Person unmöglich ist, das Gebiet des betreffenden Staates zu verlassen. Kein Versicherungsschutz besteht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht, sowie für die aktive Teilnahme an einem Krieg oder Bürgerkrieg.

Janitos

(Tarif: Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 01.07.2016)

„4.3. Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse

Nicht versichert sind Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind. Davon abweichend besteht jedoch Versicherungsschutz für

a) Auslandsreisen, wenn die versicherte Person überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz besteht, so lange die versicherte Person nachweislich keine Möglichkeit hatte, das Kriegs- oder Bürgerkriegsgebiet zu verlassen, mindestens jedoch bis 21 Tage nach Kriegsausbruch oder dem Beginn der Feindseligkeiten.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg, für Unfälle durch ABC-Waffen sowie im Zu-

sammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

b) Terroranschläge außerhalb eines Kriegs- oder Bürgerkriegsgebietes.

Dies gilt auch dann, wenn der Terroranschlag in mittelbarem oder unmittelbarem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg steht. Für Terroranschläge innerhalb eines Kriegs- oder Bürgerkriegsgebietes besteht Versicherungsschutz gemäß Ziff. 4.3 a).“

Trotz abweichender Details zum Abschluss für Unfälle infolge von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen, scheint der Versicherungsschutz für Unfälle durch Terroranschläge bei Janitos mit dem von Ammerländer und Haftpflichtkasse vergleichbar zu sein. Abweichend ausgeschlossen sind durch den Verweis auf Ziffer 4.3 a) jedoch auch Unfälle durch ABC-Waffen.

Entsprechend bestünde hier kein Versicherungsschutz in Fällen wie dem Giftgasangriff mit dem Nervengas Sarin, den die japanische Ōmu-Shinrikyō-Sekte (auch AUM-Sekte genannt) im Jahre 1995 auf die Tokioter U-Bahn verübte.

Konzept & Marketing

(Tarif: allsafe bodyguard prime, U, Vers. 1.01, Stand 06.2017)

„5. Unfälle durch Innere Unruhen, Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse sowie Terroranschläge

[...]

Erstreckt sich der Krieg oder Bürgerkrieg nur auf eine Teilregion des Staates, so gilt die Erweiterung nicht bei Reisen in oder durch diese Teilregion. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichem Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA

b) Terroranschläge

Mitversichert sind auch Unfälle durch Terroranschläge, die außerhalb der Territorien der Krieg oder Bürgerkrieg führenden Parteien ausgeführt werden.

Dies gilt auch dann, wenn der Terroranschlag in mittelbarem oder unmittelbarem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg steht. Für Terroranschläge innerhalb eines Kriegs- oder Bürgerkriegsgebietes besteht Versiche-

ungungsschutz gemäß den oben stehenden Bestimmungen.

Über die benannten Einschlüsse hinaus besteht kein Versicherungsschutz für Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurden.“

Trotz abweichenden Wortlautes besteht der Versicherungsschutz für Terroranschläge bei Konzept & Marketing vergleichbar mit den Leistungen der Janitos, da auch hier der Ausschluss für ABC-Waffen analog auch außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien besteht.

NV-Versicherungen

(Tarif: BBU-UnfallPremium 4.0, Stand 10/2016)

„37. Passives Kriegsrisiko (zu Ziffer 5.1.3 AUB 2011)

1. Versicherungsschutz besteht für Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse, wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise durch ein Kriegsergebnis überrascht wird. Dieser Versicherungsschutz endet mit dem 21. Tag nach Kriegsausbruch oder dem Beginn der Feindseligkeiten.

2. Kein Versicherungsschutz besteht für unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursachte Unfälle

a) innerhalb Deutschlands oder eines Staates, in dem sich die versicherte Person mehr als drei Monate aufhält,

b) bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht oder für die von amtlichen

Stellen vor Reisen dorthin oder Aufenthalt dort öffentlich gewarnt worden ist,

c) bei aktiver Teilnahme an einem Krieg oder Bürgerkrieg.

Aktiver Teilnehmer ist auch, wer auf Seiten einer Krieg führenden Partei zur Kriegsführung bestimmte Anlagen, Einrichtungen, Geräte, Fahrzeuge, Waffen oder andere Materialien anliefert, abtransportiert oder sonst damit umgeht.

Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt werden; d) durch ABC-Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen), e) im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen Weltmächten wie z. B. China, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder den USA.“

Analog zu den Bedingungen von Janitos sowie Konzept & Marketing nicht versichert bleiben Terroranschläge durch ABC-Waffen und dies auch dann, wenn sie in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg stehen, der außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt wird.

VHV

(Tarif: Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 07.2015)

„5.1.3 Kriegs- und Bürgerkriegsereignisse Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

Ausnahme:

– Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen (passives Kriegsrisiko). Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Diese Ausnahme gilt nicht

- bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht,
- für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg,
- für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen.

– Terroranschläge in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt werden.

– Gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhen, wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter daran teilgenommen hat.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.“

Auch die VHV kennt einen Ausschluss für Unfälle durch ABC-Waffen, allerdings wird der Versicherungsschutz für versicherte Terroranschläge hier nicht dadurch eingeschränkt.

¹ Siehe z.B. Jacob, Markus „Unfallversicherung AUB 2014 unter Berücksichtigung von AUB 2010/99 und AUB 94/88. Handkommentar“, 2. Auflage, 2017, S. 242

² Jacob, a.a.O. S. 245



Kurzcheck

Jagdhaftpflichtversicherung der Schwarzwälder Direkt

Die Schwarzwälder Versicherung VVaG steht unter der Versicherungsaufsicht des Landes Baden-Württemberg und bietet Versicherungsschutz wahlweise mit einer Deckungssumme von 10 oder 20 Millionen Euro. Die Entschädigung je versicherter Person ist auf 15 Mio. Euro begrenzt, die Entschädigung für Vermögensschäden auf 10 Millionen Euro. Das Geschäftsgebiet liegt nur in Baden-Württemberg. Sieht man von der Fair-Play-Klausel ab, gibt es wenig gute Gründe, sich hier für eine Jagdhaftpflichtversicherung nach dem aktuellen Tarif vom 01.06.2017 zu entscheiden.

Ausgewählte Leistungsvorteile Jagdhaftpflichtversicherung in der Auswahl

- Innovationsklausel
- Versehensklausel
- Bei Einschaltung eines Sachverständigen wird dem VN im Schadenfall kostenfrei ein Exemplar des Gutachtens zur Verfügung gestellt

Fehlende oder eingeschränkte Leistungen der Jagdhaftpflichtversicherung in der Auswahl

- Zweifache Maximierung der Deckungssumme
- Versicherungsschutz besteht nur für die erlaubte jagdliche Betätigung
- Keine Mitversicherung von Schäden durch Wildbret (Produkthaftung)
- Keine Mitversicherung von Schäden an geliehenen, gemieteten oder gepachteten Sachen
- Keine GDV-Garantie
- Kein Verzicht auf den Einwand des fehlenden Verschuldens bei Personenschäden durch Schusswaffengebrauch
- Keine Eigenschadendeckung

Im Text benannte Anbieter: Cosmos Direkt – Die Haftpflichtkasse – HUK-Coburg – InterRisk – Janitos – Konzept & Marketing – LBN – NV-Versicherungen – VHV

Vergiftungen und Verätzungen unterschiedlich versichert

Nach Ziffer 5.2.5 der AUB 2014 des GDV gibt es standardmäßig einen Ausschluss für Gesundheitsschäden durch „Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre).

Ausnahme: Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Unfalls das X. Lebensjahr noch nicht vollendet. Für diesen Fall gilt der Ausschluss nicht, es sei denn, die Vergiftung ist durch Nahrungsmittel verursacht“.



von Thorben S. Hagenau

Im Umkehrschluss sind Gesundheitsschäden durch sonstige Vergiftungen mitversichert, sofern sich im Einzelfall ein Unfallereignis verwirklicht hat. Beispielsweise könnte eine Berührung oder gar ein Sturz in Bärenklau neben einer brennenden und juckenden Haut, zu einem Ödem oder zu Verbrennungen ersten oder zweiten Grades führen. Für den Versicherungsschutz einer Unfallversicherung relevante Langzeitfolgen dürften hingegen eher die Ausnahme seine.

Hingegen kann die bloße Berührung mit dem Blauen Eisenhut, einer Staude mit schönen Blüten, zu erheblichen gesundheitlichen Folgen wie z.B. Herzrhythmusstörungen oder einer Lähmung der Atemwege führen.

Der Ausschluss für Vergiftungen durch den Schlund kommt in diesen Beispielen jeweils nicht zum Tragen.

Gerade bei kleinen Kindern besteht ein stark erhöhtes Risiko, einer solchen Vergiftung. Oft liegt es daran, dass für Menschen schädliche Stoffe nicht auf die erforderliche Art und Weise sicher vor Kleinkindern verwahrt wurden. Gerade bei älteren Kindern oder auch Erwachsenen kann es zu einer Vergiftung kommen, weil giftige Substanzen ohne richtige Be-

schriftung in z.B. Getränkeflaschen aufbewahrt wurden und es beim Trinken zu einer Verwechslung mit einer scheinbar harmlosen Flüssigkeit kam. Neben Vergiftungen kann es natürlich auch zu Verätzungen durch Säuren oder Laugen kommen, so z.B. durch Salz- oder Schwefelsäure, Kali- oder Natronlauge. Der Ausschluss für Vergiftungen gilt erst, wenn der Schlund erreicht wurde, dennoch können gerade Verätzungen bereits im Rachenraum erhebliche Schäden verursachen. Da Verätzungen nach allgemeinem Sprachgebrauch keine Vergiftungen sind, gilt der Ausschluss für Vergiftungen nicht für Gesundheitsschäden durch Verätzungen.

Verätzungen können vielfältige Ursachen haben. So ist vielen Heimwerkern nicht bekannt, dass das Verlegen von Estrich zu einem schweren Kontaktekzem („Zementbrand“) führen kann und sogar Verbrennungen bis zum IV. Grad hervorrufen kann.¹ Solche Verätzungen werden in den AUB 2014 nicht weiter thematisiert. Ein Unfallereignis dürfte sich dennoch oft realisieren, da eine Verätzung der Haut deren Schutzfunktion (z.B. gegen Sonneneinstrahlung oder Kälte) reduzieren kann und auch eine erhöhte Verletzungsgefahr zur Folge haben kann.² Wenn eine Verätzung erst unbemerkt über einen längeren Zeitraum erfolgt – was gerade bei Zementbrand typisch ist –, stellt sich vor allem die Frage, inwie-

fern der Unfallbegriff (also ein plötzliches Ereignis) erfüllt ist. Von daher kann eine Klarstellung in den Bedingungen Streit im Leistungsfall vermeiden helfen.

Während Vergiftungen durch Pilze (z.B. Knollenblätterpilz) gerade im Herbst eine große Rolle spielen, kommen Alkoholvergiftungen nicht nur bei Jugendlichen das ganze Jahr über als möglicher Ausschlussgrund zum Tragen. Vergiftungen können auch durch die Einnahme von Medikamenten oder Drogen verursacht werden. Hierzu muss nicht zwingend eine Überdosis erforderlich sein.

Grimm weist darauf, dass auch die Einnahme vergifteter Pralinen als Teil eines Mordanschlags vom Ausschluss „Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund“ umfasst wären. Dieser Ausschluss gilt aber nicht, wenn ein Versicherter etwa unfreiwillig eine Cyanidflasche mit einer Flasche Mineralwasser verwechseln würde.³ Auch besteht ohne eine entsprechende Erweiterung der Ausschlussklausel Versicherungsschutz für Vergiftungen durch den Stich einer Biene oder eines Skorpions.

Gerade ältere Menschen sind immer wieder von Nahrungsmittelvergiftungen (z.B. durch Schimmelpilze) betroffen, die etwa durch einen nachlassenden Geruchs- und Geschmackssinn und / oder

nachlassende Sehkraft resultieren können. Bei Reisen in tropische und subtropische Länder hingegen besteht für alle Altersgruppen ein stark erhöhtes Risiko, sich durch verunreinigte oder (durch die Hitze) verdorbene Lebensmittel eine Nahrungsmittelvergiftung einzufangen. Ganzjährig kommt eine Vergiftung mit Salmonellen in Betracht. Eine der Hauptursachen ist der Verzehr roher Eier. Lebensbedrohlich ist vor allem eine Vergiftung mit dem Bakterium Clostridium botulinum, welches das Krankheitsbild Botulismus verursacht. Ursachen können z.B. selbst eingelegtes Obst oder Gemüse sein. Das entsprechende Risiko ist in Deutschland aber eher gering.

Die meisten Lebensmittelvergiftungen dauern nur wenige Tage, so dass vor allem die Leistungsarten Unfallkrankentage- und Unfallkrankentagegeld in Betracht kommen. Im Einzelfall können Nah-

rungsmittelvergiftungen natürlich auch einen Unfalltod bedingen. Gerade Botulismus führt unbehandelt mit einer Chance von etwa 50 Prozent binnen drei bis sechs Tagen zum Tod durch Atemlähmung.⁴

Eine Ursache für Vergiftungen können auch allmählich ausströmende Gase, Dämpfe oder Säuren sein. Da hier eine Plötzlichkeit des Unfallbegriffes nicht immer anzunehmen oder zumindest strittig ist, sollte der Versicherungsschutz hier entsprechende Klarstellungen aufweisen.

Fazit: die Gründe für eine ausgeschlossene Vergiftung sind vielfältig, allerdings liegt die Beweislast für das Vorliegen eines Ausschlusses grundsätzlich beim Versicherer. In der Regel sind nur Vergiftungen durch die (aktive) Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund, nicht jedoch sonstige Vergif-

tungen oder Verätzungen ausgeschlossen. Eine Klarstellung kann dennoch Versicherungslücken zu vermeiden helfen. Ein Ausschluss auch für Nahrungsmittelvergiftungen sollte nicht nur bei Mitversicherung von Unfallkrankentage- und / oder Unfallkrankentagegeld vermieden werden.

¹ Siehe <https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewipr5uwqYDYAhXhAsAKHSLxACKQFggMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.aerztezeitung.de%2Fmedizin%2Fkrankheiten%2Fhaut-krankheiten%2Farticle%2F820479%2Fzementbrand-nach-estrich-haut-klinik.html&usg=AOvVaw2Yjbr1g4YRhY9UN3sTHxtz>

² Siehe z.B. Jacob, Markus „Unfallversicherung AUB 2014 unter Berücksichtigung von AUB 2010/99 und AUB 94/88. Handkommentar“, 2. Auflage, 2017, S. 90

³ Grimm, Wolfgang: „Unfallversicherung. Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen. Kommentar“, 5. Auflage, 2013, S. 291.

⁴ <https://www.netdoktor.de/krankheiten/lebensmittelvergiftung/>

Bedingungsseitige Klarstellungen, Einschlüsse und Einschränkungen				
Anbieter	Tarif	Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre)	Nahrungsmittelvergiftungen (z.B. durch den Schlund oder als Sondennahrung)	Verätzungen
Ammerländer	Exklusiv-Schutz, Stand 07.2015	Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Ausschluss von Vergiftungen durch Drogeneinfluss	Ja	auf Haut bzw. Schleimhaut sowie in Mund- oder Rachenraum, Speiseröhre, Magen und Darm und im Augenbereich. Ausschluss von Verätzungen durch Drogeneinfluss.
ConceptIF (Risikoträger: GVO Versicherung)	complete best protect 2016, Stand 06.2016	Ja	Sofern Einnahme durch den Schlund	Keine Klarstellung
Cosmos Direkt	Comfort-Plus-Unfallversicherung, Stand 11.2014	Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres	Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, sofern Einnahme durch den Schlund	Keine Klarstellung
Die Haftpflichtkasse	Unfall VARIO Vollschutz, Stand 01.2018	Ja	Sofern Einnahme durch den Schlund Als Unfallereignis gelten ebenfalls auch Vergiftungen durch Medikamente, Tabak, Alkohol, Reinigungsmittel, Kosmetika, Lösungsmittel, Insektizide, die das versicherte Kind, eingenommen, ausprobiert oder heruntergeschluckt hat. Als Unfallereignis gilt auch, wenn das versicherte Kind Pflanzen oder Teile einer Pflanze, wie z. B. Beeren, Nüsse, Früchte, Blätter, Wurzeln, gegessen, gekaut und/oder ausgespuckt oder es es mit Pflanzen oder Teilen einer Pflanze in Berührung gekommen ist, die zu einer Vergiftung führen. Die entsprechenden Folgen dieser Vergiftungen gelten als bedingungsgemäßes Unfallereignis.	Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres Mitversichert sind ebenfalls Verätzungen • der Haut bzw. Schleimhaut durch chemische Stoffe • in Mund- oder Rachenraum • Speiseröhre, Magen und Darm • im Augenbereich
HUK-Coburg	HUK-Unfallversicherung Classic, Stand 01.05.2017	Ja (Alkoholvergiftungen nur bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres)	Sofern Einnahme durch den Schlund (Alkoholvergiftungen nur bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres)	Keine Klarstellung
InterRisk	XXL, Stand 18.06.2015	Ja	Ja. Aufgrund fehlendes Ausschlusses auch für Vergiftungen durch Reinigungsmittel etc.	Ja
Janitos	Best Selection, Stand 01.07.2016	Ja	Sofern Einnahme durch den Schlund	Keine Klarstellung
Konzept & Marketing	allsafe bodyguard, Stand 06.2017	Ausgenommen sind Vergiftungen der versicherten Person infolge der Einnahme von Medikamenten, Alkohol, Reinigungsmitteln, Kosmetika, Lösungsmitteln, Insektiziden, Drogen nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und aus beruflicher oder gewerblicher Tätigkeit	Ja. Hierzu zählen auch Vergiftungen durch verdorbene Lebensmittel oder durch vermeintliche Nahrungsmittel, wie z. B. giftige Beeren und giftige Pilze oder sonstige Stoffe, die irrtümlich für Nahrungsmittel gehalten wurden (z. B. weil sie sich in einem Behältnis mit falscher Beschriftung befanden)."	Ja
LBN	LBN-BESSER+, Stand 01.2017	Ja	Ja. Eingeschlossen sind Vergiftungen durch die Einnahme von Medikamenten, dem Konsum von Tabak oder Alkohol bei versicherten Personen bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres"	Sofern durch Pflanzen bei versicherten Personen bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, sofern sie durch Berühren, Schlucken, Kauen und/oder Ausspucken von Pflanzen oder Pflanzenteilen hervorgerufen werden
NV-Versicherungen	UnfallPremium 4.0, Stand 10.2016	Ja	Sofern Einnahme durch den Schlund	Keine Klarstellung
VHV	Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 07.2015	Ja	Sofern Einnahme durch den Schlund (Keine explizite Benennung von Nahrungsmittelvergiftungen)	Keine Klarstellung

Im Text benannte Anbieter: Barmenia – Hallesche

Private Pflegeversicherung

Welche Anforderungen entstehen aus der Praxis?

Von Stefan Baum

Eine private Absicherung für die finanziellen Aufwendungen im Fall der Pflegebedürftigkeit wird grundsätzlich als notwendig erkannt. Meist fehlt jedoch den Mandanten entscheidendes Wissen, um sich generell für eine Absicherung zu entscheiden und zu bewerten, welche Kriterien wichtig sind. Im Folgenden werden folgende Fragestellungen erörtert:

- Warum benötige ich eine private Zusatzversorgung?
- Welche Höhe soll abgesicherte werden?
- Welche Produkteigenschaften sollten beachtet und gewichtet werden?

Warum benötige ich eine private Zusatzversorgung?

Die gesetzliche Pflegeabsicherung wurde zum 01.01.2017 auf neue Füße gestellt. Die Pflegestufen 1-3 wurden samt der inoffiziellen „Pflegestufe 0“ in fünf Pflegegrade aufgeteilt. Dabei wurden besonders die Pflegefälle mit eingeschränkter Alltagskompetenz, z.B. Demenz oder psychische Erkrankungen, berücksichtigt.

Neben den fünf Graden werden die Leistungen inklusive der dazugehörigen finanziellen Leistungen in

- Pflegegeld – Leistungen für Laienpflege, z.B. Pflege durch Familienmitglieder,
- Pflegesachleistungen – Leistungen für ambulante Pflegedienste und
- Stationäre Pflege – Pflegeheime oder Tages- oder Nachtpflegeeinrichtungen unterteilt.

Welche Höhe soll abgesichert werden – Praxisbeispiel

In Zukunft nimmt das Thema demenzielle Erkrankten einen größeren Stellenwert ein. Schon heute wird eine spezielle Form der Pflege angeboten, die diesem Krankheitsbild angepasst ist und für viele eine sinnvolle Form der Pflege darstellt – die Demenz-Wohngemeinschaft (WG).

In einer Demenz-WG werden beispielsweise sechs Zimmer an pflegebedürftige Personen vermietet. Kostenpunkt ca. 450 Euro. Zusätzlich können alle einen Gemeinschaftsraum nutzen. Vor Ort sind tagsüber zwei speziell ausgebildet Pfe-



gefachkräfte, die alle sechs Bewohner versorgen. Diese Pflegefachkräfte animieren die Bewohner bei Tätigkeiten des Alltages, z.B. bei der Küchenarbeit, beim Spielen von Gesellschaftsspielen, bei gemeinsamen Spaziergängen, etc., aktiv zu werden. Zusätzlich setzen sie sich gemeinsam mit dem Patienten und mit dessen Biographie auseinander. All diese Tätigkeiten sollen den Verlauf der Krankheit positiv beeinflussen. Und die eigenen Angehörigen werden mit den oft psychisch schwer zu verarbeitenden Begleiterscheinungen der Krankheit nicht über Gebühr belastet.

Was kostet diese Pflege?

Jedes Bundesland legt die Kosten selbst fest. In diesem Beispiel dienen die Berliner Leistungskomplexe zur Pflege als Grundlage. In solch einem Leistungskatalog werden die einzelnen Leistungen, wie z.B. kleine Körperpflege, Reinigen der Wohnung, aufgelistet und mit einem Kostenbeitrag versehen.

Für den Fall einer Pflege in einer Wohngemeinschaft werden nicht alle einzelnen Leistungspunkte aufgliedert, sondern in einer Pauschale zusammengefasst. Diese ist in diesem Beispiel unter Nr. 19a der Berliner Leistungskomplexe zu finden und beträgt 113,30 Euro pro Tag. Pro Monat dürfen 30 Tage abgerechnet werden, was einen Kostenblock von **3.399 Euro** zur Folge hat.

		NEUE LEISTUNGEN IM DETAIL (in Euro)				
		Pflegegrad	Pflegegeld	Pflege-sachleistung	Teilstat.-Pflege	Vollostat.-Pflege
Härtefall	→	5	901	1995	1995	2005
3 mit e.A.	→	4	728	1612	1612	1775
3	→	3	545	1298	1298	1262
2 mit e.A.	→	2	316	689	689	770
2	→	1	125*	0	0	125
0+1	→					
PFLEGESTUFE WIRD ZU						
BISHER KEINE PFLEGESTUFE						
e.A. = eingeschränkte Alltagskompetenz (z.B. auf Grund Demenz)						
			Ambulant		(Teil-)stationär	

* Als Geldbetrag, der für Erstattung der Betreuungs- und Entlastungsleistungen zur Verfügung steht.

Quelle: <https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegrade/>

In diesem Beispiel ist die zu pflegende Person in **Pflegegrad 4** eingestuft worden.

Folgende Rechnung für die überbleibenden Kosten stellt sich dar:

+ 3.399 €	Kosten für die Pflege
- 1.612 €	Pflegesachleistung aus der gesetzlichen Pflegeversicherung
+ 450 €	Beispielhafte Miete
+ 250 €	für Extrakosten, z.B. Friseur, Fußpflege, Taschengeld, Medikamente und Essen etc.
= 2.478 €	selbst zu tragende Kosten

Von diesem Richtwert kann nun die vermutliche Höhe der zukünftigen Einnahmen – gesetzliche Rente, Betriebsrente, Mieteinnahmen, etc. – abgezogen werden. Nicht zu vergessen sind die weiterlaufenden Kosten für das eigene Haus oder die eigene Wohnung. Hintergrund: Der etwaige Partner bleibt oft in den gewohnten vier Wänden und muss diese Kosten weiterhin bestreiten.

Blick in die Zukunft

Aus der Gewichtung der finanziellen Aufwendungen ist das Ziel des Gesetzgebers deutlich zu erkennen, dass die ambulante Pflege durch Fachkräfte und Familienangehörige gestärkt werden soll. Hintergrund dieser Ausrichtung ist die prognostizierte Entwicklung der Pflegefälle und des zur Verfügung stehenden pflegenden Personals. Die Inhaber von Pflegediensten und -heimen suchen heute schon oft vergeblich Personal, um die Anfragen abarbeiten zu können. Viele Anfragen müssen abgelehnt werden.

In einer Marktwirtschaft wird dem Geld gefolgt. Folglich ist davon auszugehen, dass professionelle Pflege durch Fachkräfte denen zu Gute kommt, die die finanziellen Möglichkeiten haben. Ansonsten wird der Einsatz und Aufwand auf der Seite der nahen Familienangehörigen steigen. Und das ist oft vom Gepflegten nicht gewünscht und wird von vielen Pflegefachkräften nicht empfohlen.

Die oben genannten Fakten sind Anstoß dafür, sich heute Gedanken zu machen, wie die Pflege später aussehen soll. Denn heute kann die Entscheidung noch getroffen werden.

Welche Produkteigenschaften sollten beachtet und gewichtet werden?

Ein Merkmal eines Pflegeproduktes, ob Pflegerenten, Pflegegeld oder Pflegekostenversicherung, sollte im Vordergrund stehen: **Der Leistungsauslöser**.

Im Fall eines plötzlichen Pflegefalls, z.B. einem Schlaganfall, stürzen viele Aufgaben auf die Familienangehörigen ein- von den organisatorischen Aufgaben, Beantragung des Pflegegrades, der Suche nach einem Pflegedienst- oder heim, den psychischen bis hin zu den finanziellen Belastungen. Im schlimmsten Fall hat ein staatlich beauftragter Betreuer die Vormundschaft übernommen. In diesen Wochen der enormen Belastung ist es das Ziel, dass die Leistung aus der privaten Pflegeversicherung schnell und unkompliziert erhalten werden. Daher empfiehlt es sich, die Produkte daraufhin zu prüfen, ob als Leistungsauslöser **der Leistungsbescheid** des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen oder dem Pendant

der privaten Krankenkassen genügt oder maximal noch **das Pflegegutachten**, welches dafür erstellt worden ist.

Die Mehrzahl der Versicherer können weitere Unterlagen vor der Bewilligung der Leistung verlangen, z.B. Arztberichte der letzten zwei Jahre, Darstellung der versicherten Person, wie es zum Pflegefall kommen konnte, eine Prognose des Verlaufes, etc. Inwieweit die Angehörigen oder ein gesetzlicher Betreuer dazu in der Lage sind, kann bezweifelt werden. Als positive Beispiele zählen unter anderem die Halle'sche Krankenversicherung a.G. und die Barmenia Krankenversicherung a.G.

Folgende Kriterien sind auch sehr wichtig und bedürfen der persönlichen Gewichtung:

Pflegearten

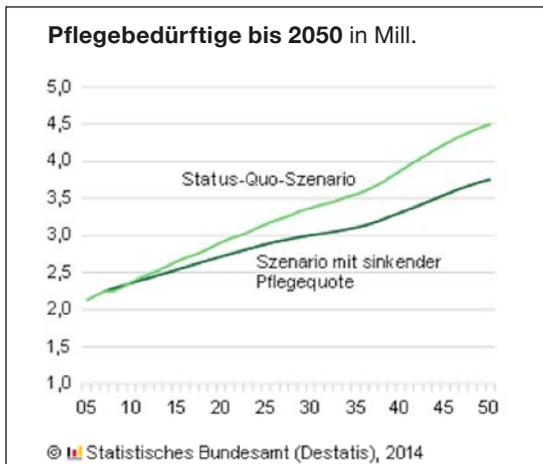
Die Leistung des Versicherers sollte unabhängig von der gewählten Pflegeart, Laienpflege, ambulante oder stationäre Pflege, identisch ausfallen. Dadurch stehen im Leistungsfall alle Möglichkeiten zur Verfügung.

Geltungsbereich

Ist die Auszahlung an den Aufenthaltsort gebunden, z.B. Deutschland, Europäische Union, weltweit? Oft ist nicht nur bei der Antragsstellung die Mitgliedschaft in der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung Voraussetzung für den Eintritt der Leistungspflicht, sondern auch in der Leistungsphase.

Wechseloptionen bei Gesetzesänderungen

Garantiert die Versicherungsgesellschaft eine Überleitung auf ein neues



Produkt, das an die neue Rechtslage angepasst wurde, wie z. B. 2017 geschehen? Wird die Umstellung auf ein neues Produkt garantiert? Verpflichtet sich der Versicherer die Versicherten aktiv zu informieren?

Dynamik

Bietet das Produkt eine Beitrags- und Leistungsdynamik an, um auch z. B. in 30 Jahren eine ausreichende Absicherung zu haben? Gilt die Dynamik auch im Leistungsfall? Bis zu welchem Alter wird dynamisiert?

Krankenhausaufenthalte

Die Leistungen sollen auch für die Zeit gezahlt werden, wenn sich die pflegende Person im Krankenhaus aufhält. In dem Moment ist man kein Pflegefall mehr, aber die meisten Kosten laufen weiter, z. B. Miete in einer WG oder Pflegeheim.

Absicherungshöhe

Laut Statistik wird die überwiegende Zahl der Pflegefälle in die Pflegegraden 1-4 (vor 2017 Pflegestufen 1-2) eingestuft. Daher ist die Absicherung in diesen Graden besonders wichtig und sollt hoch genug ausfallen.

Zahlungsschwierigkeiten

Übergangsregelungen für finanzielle schwierige Zeiten sind wichtig, damit in der Zeit der Versicherungsschutz nicht gefährdet ist. Eine Lösung ist z. B. die zeitweise Umstellung auf reine Risikobeiträge. In der Zeit werden keine für die Beitragsstabilität notwendigen Altersrückstellungen gezahlt, die einen erheblichen Anteil am Beitrag haben. Dies wird beispielsweise von der Barmenia Krankenversicherung a. G. angeboten und ist als solches eine Seltenheit.

Gesundheitsprüfung

Die Versicherer haben verschiedene Strategien, wie sie bei Antragsstellung mit der Gesundheitsprüfung umgehen. Von ausführlicher Erfragung der letzten Jahre bis hin zur Abfrage oder Ausschlüssen von so genannten „KO-Diagnosen“, ist alles vertreten. Es lohnt bei gewissen Vorerkrankungen, diesen Punkt genauer zu betrachten. **Gerade bei vereinfachter Gesundheitsprüfung sollte auch die Positionierung des Versicherers zum Thema Spontanoffenbarungspflicht beachtet werden und der Kunde auf eine solche aktiv hingewiesen werden.**

2017 ist die Entwicklung der Pflegeprodukte sehr verbraucherfreundlich geworden und einige Versicherer nehmen sich des Themas intensiv an und bieten gute Lösungen zu den oben genannten Punkten an.

Fazit

Eine private Pflegeabsicherung ist aufgrund der finanziellen Belastung und der erforderlichen Qualität der Pflege dringend anzuraten. Ein rechtzeitiger Beginn des Versicherungsschutzes erspart eine hohe finanzielle Belastung im Vorfeld und erhöht die Chancen einer problemfreien Annahme vor Eintritt gewisser Krankheiten. Einige Produkte sind inzwischen sehr gut ausgestaltet und verdienen besondere Beachtung, wie z. B. Olga Flex der Halleschen Krankenversicherung a. G. und Pflege 100 der Barmenia Krankenversicherung a. G. Diese Versicherer beachten die oben aufgeführten Schwerpunkte in unterschiedlicher Gewichtung und gehören zu den Spitzenanbietern im Markt. Zusätzlich heben Sie sich durch die Möglichkeit ab, in den ersten Jahren reduzierte Beiträge bei vollem Schutz zu zahlen. Gerade für Familien eine sehr gute Option, den Schutz frühzeitig erhalten zu können.



Kurzcheck

Berufsunfähigkeitsversicherung der Advigon Versicherung AG

Zum 01.01.2018 hat die Advigon unter anderem ihre Berufsunfähigkeitsversicherung aktualisiert. Erforderlich wurde dies aufgrund der Rechnungszinsabsenkung auf nunmehr 1,0%. Sehr ungewöhnlich sind die Gesundheitsfragen im Antrag. Unter anderem heißt es dort wie folgt:

4.5	Bitte beschreiben Sie Ihr Befinden anhand der nachfolgend beschriebenen Situationen:
	a) Ich weine plötzlich oder mir ist oft nach Weinen zumute.
	b) Ich habe Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen.
	c) Ich fühle mich bedrückt, schwermütig oder traurig.
	d) Ich fühle mich ständig müde oder habe das Gefühl, keine Energie zu haben.
	e) Ich habe stark an Gewicht zu- oder abgenommen.
	f) Ich habe Schwierigkeiten, mich auf etwas zu konzentrieren (z. B. meiner Arbeit nachzugehen).

Eine wahrheitsgemäße Beantwortung dürfte nicht immer ganz einfach sein, da vermutlich jeder einmal müde oder traurig ist und hier eine zeitliche und quantitative Komponente fehlt. Darüber hinaus sind die Antragsfragen sehr umfangreich und verständlich, beinhalten aber neben attestierten Krankheitsdiagnosen auch die Angabe von Beschwerden, die keiner Untersuchung, Beratung oder Behandlung bedürften. Der Leistungsumfang wirkt insgesamt eher marktüblich.

Ausgewählte Leistungen im Tarif Advigon.BU-SCHUTZ, die besser sind, als der positive Marktstandard

- Beitragsfreie Soforthilfe von 6 Monatsrenten bei erstmaliger Berufsunfähigkeit
- Wiedereingliederungshilfe von 6 Monatsrenten max. 10.000 Euro nicht nur bei Verweisung, sondern auch bei Reaktivierung nach ununterbrochen mindestens 5 Jahren BU-Rentenbezug

Ausgewählte Leistungen im Tarif Advigon.BU-SCHUTZ, die dem positiven Marktstandard weitgehend entsprechen

- ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie maximal bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres, ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie maximal bis zur Vollendung des 45. Lebensjahr der versicherten Person
- Befristete Beitragsfreistellung bis zu 36 Monate, aber nur in Abhängigkeit von der Höhe des vertraglichen Deckungskapitals (Erreichen der beitragsfreien Mindestrente) mit Recht auf Wiederinkraftsetzung ohne Gesundheitsprüfung in den ersten 12 Monaten der Beitragsfreistellung.

Fehlende oder eingeschränkte Leistungen im Tarif Advigon.BU-SCHUTZ in der Auswahl

- Infektionsklausel nur optional für Personen, die Patienten behandeln
- Bei Ausscheiden aus dem Berufsleben bleibt bisherige Lebensstellung für max. 5 Jahre erhalten, danach besteht faktisch ein Recht auf abstrakte Verweisung
- Bei einer erneuten Berufsunfähigkeit wird die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente ohne bisherige Erhöhungen aus der Leistungsdynamik gezahlt
- Keine Arbeitsunfähigkeitsklausel

Steigendes Sicherheitsbedürfnis wird durch neuen Tarifbaustein HUG PLUS erfüllt

Interview mit **Patrick Frank**, Haftpflichtvertrag-Firmenkunden der Haftpflichtkasse VVaG



Was waren Ihre Motive für die Neugestaltung des Bedingungswerkes?

► Wir möchten zu unserer aktuell und weiterhin bestehenden Haus- und Grundbesitzer-Haftpflichtversicherung einen optional einzuschließenden leistungsstarken Tarifbaustein HUG PLUS anbieten, mit welchem wir das steigende Sicherheitsbedürfnis bei Vermittlern und Kunden erfüllen.

Neu ist zum Beispiel eine Mitversicherung auch der gesetzlichen Haftung des Versicherungsnehmers als Inhaber von Flüssiggastanks. Was sind die weiteren wesentlichen Vorteile gegenüber dem bisherigen Bedingungswerk?

- Die wesentlichen Vorteile unseres Tarifbausteines HUG PLUS sind:
- Erhöhung der Bausumme im Bereich der mitversicherten Bauherren-Haftpflichtversicherung auf 2.000.000 €
 - Gewässerschaden Anlage-Risiko: Erhöhung des Gesamtfassungsvermögens eines im Rahmen der HUG mitversicherten Heizöltanks von 5.000 Liter auf 10.000 Liter
 - Ansprüche der Wohnungseigentümer, Teileigentümer und Verwalter untereinander
 - Ansprüche gegen den jeweiligen Sonder- und Teileigentümer aus einer Wohnungseigentümergeinschaft aus dessen Besitz und/oder Vermie-

tung des jeweiligen Sonder- und Teileigentums

- Forderungsausfalldeckung für Mietsachschäden

Gelten die neuen Bedingungen automatisch und vollumfänglich auch für bereits vor der Bedingungsänderung geltende Verträge, also Stichwort „gelebte Innovationsklausel“?

► Da es sich bei unserem Tarifbaustein um eine, gegen einen Beitragszuschlag von 20 %, einzuschließende Mehrleistung handelt, gilt die Mehrleistung im Rahmen der Innovationsgarantie nicht mitversichert.

Wo liegen die maßgeblichen Vorteile gegenüber den wichtigsten Wettbewerbern und wer sind diese?

► Wir wollten für unsere Makler und Kunden eine Möglichkeit schaffen, mit welcher sie unseren bereits sehr guten Versicherungsschutz der Haus- und Grundbesitzer-Haftpflichtversicherung erweitern können. Hierzu wurde der optional einzuschließende Tarifbaustein HUG PLUS geschaffen. Dieser zeichnet sich auf dem Markt u.a. durch die Forderungsausfalldeckung für Mietsachschäden als auch durch die Absicherung von Ansprüchen gegen den jeweiligen Sonder- und Teileigentümer aus einer Wohnungseigentümergeinschaft aus dessen Besitz und/oder Vermietung des jeweiligen Sonder- und Teileigentums aus.

Weshalb bietet der neue Tarif keine Besitzstandsgarantie oder eine erweiterte Vorsorgedeckung wie sie z.B. in Ihrer Privathaftpflichtversicherung ausgesprochen werden?

► Aufgrund der engmaschigen Beitragskalkulation haben wir von einer Besitzstandsgarantie als auch einer Erweiterten Vorsorge abgesehen.

Wo sehen Sie weiteres Verbesserungspotential?

► Nach einer umfangreichen Marktanalyse, welche wir im Rahmen unserer Tarifgenerierung durchgeführt haben, sind wir zum Ergebnis gekommen, dass Anpassungen derzeit nicht erforderlich sind.

Zum 01.01.2018 müssen alle Versicherer aufgrund der IDD so genannte IPIDs vorweisen. Welche Herausforderungen bedeutete dies bezogen auf die Haus- und Grundbesitzerhaftpflicht?

► Die Haftpflichtkasse arbeitete in der Vergangenheit bereits mit einem sehr umfangreichen Produktinformationsblatt. Unsere Aufgabe im Zuge der IDD bestand darin, die Anpassung des Produktinformationsblattes gemäß den Regularien der IPIDs vorzunehmen. Die Umsetzung wurde bereits erfolgreich vorgenommen.



Hg.: Knut Höra

Münchener Anwalts Handbuch Versicherungsrecht.

Die neue Auflage dieses Handbuchs berücksichtigt die aktuelle Rechtsprechung seit der VVG-Reform im Jahre 2008. Bereits im Vorwort verweist Höra auf die Notwendigkeit, für besondere Problematiken ergänzende Rechtskommentare hinzuziehen zu müssen. Gegenüber der letzten Auflage neu aufgenommen wurden ein Kapitel zu Elektronik- und Softwareversicherungen (§ 31) sowie zur Rückversicherung (§ 34). Anders als in der letzten Ausgabe fehlt in dieser eine beigelegte CD mit den Musterbedingungen des GDV. Das ist schade, da viele Verträge auf älteren Musterbedingungen beruhen oder eine GDV-Garantie ein entsprechendes Nachschlagen notwendig machen kann.

Zu Recht weist Höra (§ 1 Rn. 8) darauf hin, dass die Durchdringung privater Haushalte mit adäquatem Versicherungsschutz durch Risikolebens- und Berufsunfähigkeitsversicherungen ungenügend ist. Es fehlt allerdings der Hinweis darauf, dass hieran verschiedene Umstände schuld sind. Beispielsweise in der Regel nur mit großem Aufwand korrekt und vollständige beantwortbare Gesundheitsfragen oder zu hohe Prämien bei der Absicherung von Berufsunfähigkeit für körperlich tätige Personen.

Unverständlich ist, weshalb Höra zwar die Zahl der Schaden- und Unfallversicherer des Jahres 2006 benennt (§ 1 Rn. 20), nicht jedoch aktuellere Zahlen etwa für 2016. Positiv ist hingegen die gut verständliche Abgrenzung von Allgemei-

nen Vertragsbedingungen, wozu auch im Einzelfall geltende Ausschlussklauseln zählen können, und echt ausgehandelte Bedingungen. Dabei gilt: „Das Aushandeln einzelner Klauseln ändert am Rechtscharakter der übrigen Bedingungen als AGB nichts.“ (§ 1 Rn. 49) Positiv sind auch Beispiele, die Höra im Allgemeinen Teil liefert und die dazu dienen, der Darstellung etwa zur Inhaltskontrolle von Versicherungsbedingungen (§ 1 Rn. 60) oder zu unklaren Bedingungen (§ 1 Rn. 65) inhaltlich besser folgen zu können. Im Einzelfall von Interesse kann der Hinweis Höras sein, dass „Intransparente Klauseln [...] allein wegen ihrer Intransparenz unwirksam [sind]. Es ist für die Rechtswirksamkeit insbesondere nicht erforderlich, dass die Klausel den Vertragspartner des Verwenders auch noch sachlich benachteiligt.“ (§ 1 Rn. 68)

Für die Praxis relevant können die Ausführungen zum Sicherungsfonds der privaten Krankenversicherer sein. Die Mediator AG sieht nämlich keinen Schutz für „Krankenzusatztarife wie beispielsweise eine Krankenhaustagegeld- oder Auslandsreisekrankenversicherung“ (§ 1 Rn. 78) vor.

Unmöglich kann an dieser Stelle das gesamte Handbuch ähnlich ausführlich betrachtet werden, so dass nur einige konkrete Punkte beispielhaft untersucht werden sollen.

Bei der Darstellung allgemeiner Haftpflichtversicherungen fehlt eine erwartete Kommentierung zur aktuellen Rechtsprechung zu Gefälligkeitschäden (siehe BGH-Urteil vom 26.04.2016, Az. VI ZR 467/15). Auch dass Eigenschäden durchaus im Rahmen einer Forderungsausfalldeckung versichert sind, geht aus dem Text leider nicht hervor (siehe § 12 Rn.

38). Positiv sind dafür die Hinweise zu Erhöhungen und Erweiterungen des versicherten Haftpflichttrisikos anhand konkreter Beispiele und den damit verbundenen Streitigkeiten (§ 12 Rn. 45). Da sich dieses Buch vorrangig an Anwälte wendet, wäre eine nähere Erläuterung der praktischen Bedeutung von GDV-Garantien und Innovationsklauseln in privaten Haftpflicht-, Hausrat-, Gebäude- und Unfallversicherungsbedingungen von erheblichem Mehrwert gewesen. Immer wieder lässt sich feststellen, dass auch nicht alle Makler wissen, welche Bedeutung solchen Garantien in der Praxis zukommen kann – sei es im Rahmen der Dokumentierung des bestehenden Versicherungsschutzes im Rahmen einer Beratungsdokumentation, sei es im Rahmen der Schadenbearbeitung unter Zugrundelegung von beitragsfreien Leistungserweiterungen nach Vertragsbeginn.

Bei Darstellung der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung fehlen Hinweise auf eine mögliche Fahrerschutzversicherung. Analog zu dem Praxistip zu möglicherweise verletzte Aufklärungspflichten zum Abschluss einer Kaskodeckung § 13 Rn. 60) wäre ein entsprechender Praxistip zu § 13 Rn. 58 angebracht gewesen. Positiv überzeugen jedoch die zahlreichen Beispiele (§ 13 Rn. 39-45) für die Kfz-Klausel (z.B. Gebrauch des Kfz bejaht oder verneint beim Be- und Entladen eines Kfz oder beim Ein- und Aussteigen).

Im Rahmen der Berufsunfähigkeitsversicherung findet sich beispielhaft eine Tabelle mit den statistisch häufigsten Gründen für den Eintritt eines entsprechenden Leistungsfalles (§ 26 Rn. 83). Leider ist die Statistik schon einige Jahre alt, basiert sie doch auf einer Quelle aus dem Jahre 1989. Hier wären aktuellere Zahlen wünschenswert gewesen. Begrüßens-

wert und praxisrelevant sind hingegen die Ausführungen zur Dienstunfähigkeitsklausel. Hier heißt es unter anderem wie folgt: „Der Wortlaut von § 2 Abs. 1 BUZ gibt nichts dafür her, dass bei einem Beamten auf allgemeine Dienstunfähigkeit abzustellen wäre. Sofern keine Sonderregelung getroffen ist, ist deshalb auch bei einem Beamten, wie der BGH zu Recht betont hat, auf § 2 Abs. 1 BUZ und damit auf die zuletzt tatsächlich ausgeübte Tätigkeit abzustellen.“ (§ 26 Rn. 134) Würde allerdings eine Dienstunfähigkeitsklausel vereinbart, gilt: „Ein Beamter handelt zudem treuwidrig, wenn er bei Anspruch auf Übernahme oder Versetzung auf eine andere Dienststelle den notwendigen Antrag nicht stellt oder zurücknimmt.“ (§ 1 Rn. 135)

Sehr umfassend hat Höra eine Übersicht über Urteile zu einer möglichen abstrakten Verweisung zusammengetragen (§ 26 Rn. 211), was je nach zu versicherndem Beruf auch in der Beratungspraxis von Nutzen sein kann. Bei den Ausschlüssen zum Berufsunfähigkeitsrisiko wird zwar auch eine vorsätzlich herbeigeführte Berufsunfähigkeit betrachtet (§ 26 Rn. 217); es fehlt aber ein Hinweis darauf, dass einzelne Versicherer nicht klarstellen, ob hier der Ausschluss nur dann gilt, wenn der Versicherungsfall durch den Versicherungsnehmer oder auch durch eine dritte Person bewusst herbeigeführt worden ist. Schade ist auch, dass sich weder im Sachverzeichnis noch im Fließtext konkrete Ausführungen zur Spontanoffenbarungspflicht finden lassen. Möglicherweise lässt sich jedoch § 26 Rn. 330 so lesen, dass nach neuem VVG keine Spontanoffenbarungspflicht mehr bestehe.

Bei der Darstellung der Rechtsschutzversicherung wäre es wünschenswert gewesen, auf den möglichen Einschluss eines Spezial-Straf-Rechtsschutzes oder einer Mitversicherung auch des Vorwurfs eines Verbrechens einzugehen. Beides wird vom Markt angeboten. Hier wäre ein „Praxistip“ angezeigt und nicht nur die allgemeine Kommentierung des Ausschlusses (siehe § 27 Rn. 342 bzw. 445-448) oder die Darstellung der üblichen Leistungsarten nach den ARB des GDV. Auch die Kommentierung greift hier zu kurz: „Die Regelung in Ziff. 2.2.9 ARB, wonach der Versicherungsschutz davon abhängt, welcher Schuldvorwurf dem VN gemacht wird, wird häufig als unbillig angesehen,

ist aber sachlich gerechtfertigt. Ein zu Unrecht eingeleitetes Ermittlungs- oder Strafverfahren stellt >>einen Fehlgriff<< des Staates dar, für dessen Folgen dieser ein zu stehen hat. Wird der VN nicht wegen Vorsatzes verurteilt, ist nach Ziff. 2.2.9 rückwirkend Versicherungsschutz zu gewähren. Erzielt der Verteidiger einen Freispruch, so kann der VN nach Ziff. 2.3.1.2 ARB die in Rechnung gestellte, volle gesetzliche Gebühr von dem VR erstattet verlangen und muss sich nicht auf einen niedrigeren Kostenerstattungsanspruch nach § 464b stöpp gegenüber der Staatskasse verweisen lassen.“ (§ 27 Rn. 344) Das Problem ist aber, dass ein zu Unrecht Beschuldigter im Zweifel keine finanziellen Mittel hat, sich in erforderlichem Umfang gegen falsche Beschuldigungen zu Wehr zu setzen oder aber erst liquide Mittel durch den Verkauf oder Verpfändung von Eigentum erwerben muss. Auch wird außer Acht gelassen, dass Gerichtsverfahren sich oft jahrelang ziehen, nicht alle Gerichte in erforderlichem Umfang Vorwürfe auf ihre Stichhaltigkeit prüfen und Akten nicht immer im Zusammenhang mit anderen Akten gelesen sowie bewertet werden.

Für die Arbeit mit einem solchen Handbuch von besonderer Wichtigkeit ist ein Sachverzeichnis, das hilft, wichtige Schlagworte schnell und zuverlässig zu finden. Diesen Anspruch erfüllt dieses Sachverzeichnis leider nicht. So fehlen beispielsweise Einträge zum IDD (siehe § 1 Rn. 79), zur Jagdhaftpflichtversicherung (§ 12 Rn. 286), zu Eigenbewegungen in der Unfallversicherung (siehe § 24 Rn. 23). Andere Einträge sind unvollständig (z.B. zur Arglistanfechtung Verweis auf § 8, aber nicht auf § 12 Rn. 82 oder auf § 26 Rn. 242 bis 249).

Inhaltlich fehlt die Darstellung einiger Versicherungsprodukte, so etwa der Dread Disease, Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) oder der Grundfähigkeitsversicherung und auch Ausführungen zu wichtigen Leistungserweiterungen wie Fahrerschutz in der Kfz-Versicherung oder einer Forderungsausfalldeckung bei privaten Haftpflichtrisiken. Schade ist, dass mit Ausnahme der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung nur am Rande auf die Versicherung auch privater Haftpflichtrisiken eingegangen wird und somit eine inhaltliche Auseinandersetzung mit z.B. Privat-, Jagd- oder Tierhalterhaftpflichtversiche-

rung fehlt. Auf der anderen Seite findet sich sowohl eine Darstellung der privaten Hausrat- und Wohngebäudeversicherung, jedoch ohne, dass hier die Chance ergriffen wurde, auch eine mögliche Mitversicherung unbenannter Gefahren, einer Marktanpassungsgarantie oder andere individuelle Erweiterungen des Versicherungsschutzes einzugehen.

Fazit: das Münchener Anwaltshandbuch stellt unzweifelhaft für viele Belange eine informative Lektüre dar, allerdings kommt das Werk oft an seine Grenzen, wenn es um die konkrete Ausgestaltung von Versicherungsschutz jenseits der untersuchten Musterbedingungen geht. Inhaltlich hätte man mehr Zeit in die Vollständigkeit des Sachverzeichnisses legen sollen. Unverständlich bleibt die Auswahl der behandelten Versicherungsprodukte. Gerade private Haftpflichtrisiken machen einen nicht unwesentlichen Teil möglicher Leistungsfälle aus. Entsprechend seines Titels ist das Werk in seiner teilweise sehr kompakten Darstellung eher auf die Nutzung durch Anwälte als für die tägliche Praxis der meisten Versicherungsmakler abgestellt.

„Münchener Anwaltshandbuch Versicherungsrecht.“ Hg: Knut Höra. Bearbeitet von Marc Anschlag, Gertraud Bauer u.a. München, 4. Überarbeitete und erweiterte Auflage (C.H. Beck), 2017. XLV+2142 Seiten. ISBN: 978-3-406-69738-8. Verkaufspreis: 239,00 Euro



Richter, Thomas

Private Berufsunfähigkeitsversicherung. Nach der Rechtsprechung.

Eigentlich handelt es sich bei dieser Veröffentlichung um die 3. Auflage einer Auseinandersetzung mit der Berufsunfähigkeitsversicherung, die erstmals 1987 erschien. Aufgrund der seit damals stark gewachsenen Rechtsprechung zur Berufsunfähigkeitsversicherung hat Richter auf die früher zahlreichen Anleihen zur gesetzlichen Rentenversicherung verzichtet und dieses Buches als 1. Auflage einer neuen Darstellung gestaltet.

Sehr deutlich wird bereits in Richters einführendem Kapitel, dass die Berufsunfähigkeitsversicherung in ihrer Ausgestaltung sehr stark von der Rechtsprechung geprägt sind und die Musterbedingungen des GDV nur einen unverbindlichen Charakter haben. Insgesamt hebt der auch hervor, dass die Rechtsprechung aus der Zeit vor der VVG-Reform inhaltlich weiter Bestand hat und sich neuere Urteile stets in den durch vergangene Urteile geschaffenen Auslegungsrahmen einfügen (S. 1-7)

Berufsunfähigkeit liege Richter zufolge – hier stark verkürzt – dann vor, „wenn sich beim VN / Versicherten aus versicherter Ursachenverwirklichung vollständige oder teilweise berufliche Funktionsunfähigkeit verwirklicht hat, wenn der VN / Versicherte die von seiner Berufstätigkeit an ihn gestellten beruflich-funktionellen Anforderungen mit der ihm etwaig verbliebenen beruflichen Leistungsfähigkeit nicht mehr oder nur noch eingeschränkt bedienen kann.“ (S. 9) Mithin ist die Berufsunfähigkeitsversicherung als „Funktions- bzw. Fähigkeitsversicherung“ anzusehen, die sich inhaltlich durch den weitgehenden Wegfall des Verzichts auf abstrakte Verweisung in Richtung einer „Berufs- oder

Arbeitsplatzversicherung“ (S. 10) bewegt. Bei der Bewertung einer bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit spielen neben versicherungsrechtlichen und berufskundlichen naturgemäß auch medizinische Sachverhalte eine erhebliche Rolle. Richter weist zu Recht darauf hin, dass es „prozessual unzulässig [sei], wenn der Jurist eine Beweisfrage, deren Beantwortung Sachkunde und Sachverstand aus medizinischem und/oder berufskundlichem Gebiet voraussetzt, ohne ausgewiesene eigene Sachkunde selbst beantwortet.“ (S. 12) Praxisrelevant ist auch die Feststellung, „dass das Gericht bei augenscheinlicher rechtlicher Fehleinschätzung auf Seiten des Anspruchstellers und dessen anwaltlicher Vertretung höchst selbst notwendige Hinweise klipp und klar erteilt.“ (S. 13)

Selbstverständlich unterliegen auch mögliche Leistungsansprüche aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung einer möglichen Verjährung. Weniger bekannt dürfte sein, dass auch Folgeansprüche aus einem nicht fristgerecht angemeldeten Versicherungsfall der Verjährung nach § 194 BGB unterliegen können und somit das Schicksal des Stammanpruchs teilen. „Ein möglicher späterer Versicherungsfall kann dann wiederum ein neues >>Stammrecht<< begründen.“ (S. 38-39)

Schön ist, dass Richter klarstellt, dass der in den BU-Bedingungen benannte Berufsbegriff sehr weit reiche. „Er reicht von den klassischen Berufsbildern auf der einen bis zu bloßen Tätigkeitskonglomeraten auf der anderen Seite, er umfasst die Selbstständigen und die abhängig Beschäftigten, es können ihm Ausbildung, Studium, Vorbereitungsdienst und Anwärterdienst unterfallen und auch die Tätigkeit als Hausfrau/Hausmann; als Beruf kann er auch Haupt- und Nebenberuf miteinander verbinden.“ (S. 127) Leider haben es die Versicherer bislang versäumt, in ihren Anträgen neben dem Hauptberuf auch Nebenberufe abzufragen. Problematisch ist hier die Abgrenzung zwischen Haupt- und Nebenberuf.

Wenn ein Versicherer zwei Berufe ausübt, kann es durchaus sein, dass er die maßgebliche Zeit in den einen investiert, das maßgebliche Einkommen aus dem anderen erwirbt. Es gilt ferner: „Für den Versicherer, der einen Auszubildenden versichert, zeichnet sich der künftige Übergang von einem Ausbildungs- in ein Arbeitsverhältnis bereits ab. Ihm wird schon bei Abschluss des Versicherungsvertrages deutlich, dass die versicherte Person nicht in der Situation eines Auszubildenden verharren wird, weil es regelmäßig Ziel einer jeden Ausbildung ist, diese erfolgreich abzuschließen und den angestrebten Beruf später dauerhaft auszuüben. Er kann die versicherte Person daher nicht auf die Phase der Ausbildung festschreiben; sonst würde sein Leistungsversprechen entwertet und für den Versicherten unzumutbar ausgehöhlt.“ (S. 128) Überraschend wirkt, dass Richter anders als der von ihm zitierte Rixecker bei Arbeitslosen nicht zu zuletzt in gesunden Tagen ausgeübten Beruf als maßgeblich hält, sondern den beruflichen Status als Arbeitsloser (S. 134-136). „Ein Ausscheiden aus dem Berufsleben kann solange nicht angenommen werden, wie sich der Arbeitslose der Arbeitsverwaltung für die Arbeitsplatzvermittlung zur Verfügung stellt. Auch der schwer zu vermittelnde Langzeitarbeitslose, solange er sich für die Vermittlung zur Verfügung stellt, scheidet nicht aus dem Berufsleben aus, sondern hat in ihm lediglich keinen Arbeitsplatz.“ (S. 136) Das Ausscheiden aus dem Berufsleben erfordere laut Richter stets einen „willensgesteuerten Vorgang“, wer allerdings willentlich trotz Vermittelbarkeit auf die Aufnahme einer seinen beruflichen Fähigkeiten entsprechenden Tätigkeit während der Arbeitslosigkeit verzichte und abschließend nicht mehr vermittelbar sei, müsse auch das damit verbundene Arbeitsmarktrisiko selbst tragen (S. 137). Überraschend ist auch Richters Beurteilung eines Angestellten, der seinen bisherigen Job gekündigt hat, arbeitsvertraglich den Antritt einer neuen Tätigkeit fest zugesagt bekommen hat und dann kurz zuvor berufsunfähig wird. In diese, Fall sei

weder auf den bisherigen Beruf noch auf den zukünftig fest ins Auge gefassten Beruf abzustellen, sondern auf den Status des Versicherten vor Antritt einer neuen Berufstätigkeit (S. 145-146).

Der Eintritt der Berufsunfähigkeit lasse sich – stark vereinfacht – an dem Zeitpunkt festmachen, an dem eine Berufsausübung nicht mehr „funktionsunbeeinträchtigt“, sondern „funktionsbeeinträchtigt“ möglich sei. Es komme also weniger auf den Beginn einer später zur Berufsunfähigkeit führenden Krankheit an als darauf, wann durch diese erstmals berufliche Beeinträchtigungen entstanden sind (S. 157).

Die Lebensstellung in funktionsunbeeinträchtigten Tagen lässt sich nach Richter mit vier Kriterien zusammenfassen: „den qualitativen Anforderungen seines Hauptberufes“, der „Höhe des Einkommens aus dem Hauptberuf“, der „sozialen Wertschätzung des Hauptberufes“ sowie den „beruflichen Perspektiven des Hauptberufes“ (S. 245). Es geht also um den wirtschaftlichen als auch den sozialen Status der versicherten Person. Die festgestellte Lebensstellung ist bekanntermaßen ein wesentlicher Anknüpfungspunkt bei der Frage einer möglichen Verweisung. In diesem Sinne gilt unter anderem: „Bei Berufen mit saisonabhängigen, wiederkehrenden Zeiten von Arbeitslosigkeit will der BGH auch das in diesen Zeiten sog. Arbeitslosengeld I, mit dem der Lebensunterhalt bestritten werden könne, in den Vergleich der Lebensverhältnisse einbezogen sehen, weil nur so die Vergleichbarkeit in wirtschaftlicher/finanzieller Sicht hergestellt werde.“ (S. 255)

Zu Recht verweist Richter im Zusammenhang mit der Darlegung und dem Beweis von bedingungsgemäßer Berufsunfähigkeit im Gerichtsverfahren auf den Anspruch auf rechtliches Gehör nach Art. 103 Abs. 1 GG hin. Dieser Grundsatz „verpflichtet die Gerichte, das Vorbringen der Verfahrensbeteiligten zur Kenntnis zu nehmen und bei der Urteilsfindung in Erwägung zu ziehen und erhebliche Beweisantritte zu berücksichtigen.“ (S. 311) Richter geht auf die verschiedenen Punkte der Urteilsfindung (z.B. Anhörung des Versicherungsnehmers, von Zeugen sowie von berufskundlichen und medizinischen Sachver-

ständigen) ein und erläutert anschaulich typische Problemfelder. Auch auf eine möglicherweise notwendige Ortbesichtigung geht er ein. Nicht zu Unrecht verweist er auf die Pflichten des Gerichtes, ein „Beweisangebot [...] deshalb abzulehnen, weil ihm die die unter Beweis gestellte Behauptung unwahrscheinlich erscheint; es läge darin eine unzulässige vorweggenommene Beweiswürdigung“ (S. 343). Vielmehr müsse sich das Gericht um eigene Sachkunde bzw. – falls eine solche nicht vorhanden ist – fremde Sachkunde zur Würdigung der tatsächlichen Sachumstände bemühen.

Neben den hier beispielhaft näher dargestellten Inhalten geht Richter ausführlich auf wichtige Themen wie den Leistungsantrag des Versicherungsnehmers, Verweisungsrecht, das Nachprüfungsverfahren und diverse prozessuale Fragen ein.

Das Stichwortverzeichnis ist hilfreich, jedoch leider sehr lückenhaft. Beispielsweise findet sich zum Thema „voraussetzungslos auf Dauer“ ein Verweis auf S. 101, dabei wird das Thema auch auf S. 17 und 102-117 behandelt. Nicht zu finden sind beispielsweise ein Eintrag zum Thema „Raubbau“ (inhaltlich auf S. 24 beschrieben, namentlich u.a. S. 46, 48-49, 60, 65, 77, 121, 142, 157, 174, 177-184), zum „leidensbedingten Berufswechsel“ (u.a. S. 49, 142), zur „Dienstunfähigkeitsklausel“ (S. 26-27), zur „Fluguntauglichkeitsklausel“ (S. 27), zur „Lebensstellung“ (u.a. S. 62, 90, 144, 245-271), zur „Schadenminderungspflicht“ (S. 86) oder zu „prägenden Tätigkeiten“ (u.a. S. 61-62, 66-73, 83). Teilweise lassen sich die relevanten Stichpunkte durch alternative Schlagworte oder mit deutlich mehr Mühe aus dem mehrseitigen Inhaltsverzeichnis finden.

Viele Begriffe wie „Hauptberuf“ oder „Raubbau“ werden im Text beständig benannt, jedoch erst nach teilweise weit über hundert Seiten überhaupt definiert. Hier wäre beispielsweise ein kurzes Glossar zu den wichtigsten Begriffen hilfreich, zumindest aber ein etwas umfassenderes Stichwortverzeichnis.

Erstaunlich ist es, dass ein eigener Abschnitt zum Thema der Einrede einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverlet-

zung (nur knapp angerissen auf S. 120-121), einer Arglistanfechtung und zur Spontanoffenbarungspflicht fehlen. Auch ein kurzer Exkurs zu anderen Formen der Arbeitskraftabsicherung oder zu speziellen Bedingungsregelungen wie der AU-Klausel wären schön gewesen. Hier sollte Richter in seiner nächsten Auflage dem Inhalt entsprechend erweitern.

Fazit: Die Lektüre der Abhandlung weiß inhaltlich zu überzeugen. Jedem Makler, der auch nur gelegentlich Berufsunfähigkeitschutz vermittelt, empfiehlt sich der Kauf dieses Buches. Auch für Anwälte, die Mandanten in entsprechenden Leistungsfällen begleiten, stellt das Buch eine wertvolle Hilfe dar. Schön ist, dass Richter manchmal Sichtweisen aufzeigt, die sich so in gängigen Kommentierungen nicht immer finden, auch wenn sich diesen nicht immer uneingeschränkt folgen lässt. Einziges echtes Manko ist das eher schwache Stichwortverzeichnis.

Richter, Thomas: „Private Berufsunfähigkeitsversicherung. Nach der Rechtsprechung.“ Karlsruhe (Verlag Versicherungswirtschaft), 2017, 455 Seiten, ISBN: 978-3-89952-860-2. Verkaufspreis: 79,00 Euro

12 Jahre WFS-Leistungsratings

► Erläuterungen zur Rating-Qualität



Allgemeine Einführung

WFS-Ratings sind in erster Linie Bedingungsratings (Ergebnisse und Kriterien siehe unten). Ein guter Service bedeutet vor allem eine Zusatzauszeichnung, zumal die Servicequalität leider nur bis zu einem gewissen Maße abstrakt messbar ist. Da ich auch als Versicherungsmakler tätig bin, habe ich gelernt, welche Kriterien für den Endkunden in der Praxis von Bedeutung sind. Viele implizite Einschlüsse sind für den Fachmann durchaus als solche erkennbar. Dem Durchschnittskunden bringen sie aber nichts, da ihm die notwendigen versicherungstechnischen Kenntnisse fehlen, um diese auch für sich zu nutzen. Zumal zeigt die Praxis, dass wenig geschulte Innendienstmitarbeiter immer wieder Schäden ablehnen, da sie einen Ausschluss annehmen, wo ein Einschluss ausdrücklich nicht benannt wurde. Von daher wird insbesondere das honoriert, was in den Bedingungen klar und deutlich gesagt wird. Ziel ist es, dem Verbraucher jene Versicherer zu empfehlen, bei denen man auf den ersten Blick weiß, dass sie ein stark überdurchschnittliches Bedingungs-niveau haben und den Leistungsumfang ebenso transparent präsentieren. Unnötige Streitigkeiten im Schadenfall sollten gleich im Vorfeld vermieden werden. Davon profitiert natürlich auch der Mehrfachagent, Makler oder Versicherungsberater, der auf Empfehlungen durch viele zufriedene Kunden angewiesen ist, um weiter wirtschaftlich erfolgreich am Markt zu bestehen.

Grundsätzlich gilt: Eine kompetente Beratung und Betreuung durch den Vermittler ist in der Regel viel wichtiger für den Kunden als der absolut tiefste Preis. Natürlich ist die Prämienhöhe für den

Endkunden wichtig. Wer aber allein über diesen verkaufen möchte, ist mit Prämienvergleichen aus Vergleichsprogrammen und Internetportalen besser aufgehoben. Maximale Leistung und hohe Servicequalität haben nun mal ihren Preis. Im Schadenfall weiß ein Kunde diesen zu schätzen. Vor allem gilt dies für Nicht-0815-Schäden...

Geschichte

In der Ausgabe 04/2005 der Zeitschrift „Rating-Sieger“ wurde erstmals ein Bedingungsrating in der Sparte Hundehalterhaftpflicht veröffentlicht. Dieses entstand damals noch in Zusammenarbeit mit Claus-Peter Meyer. Bereits Anfang 2006 wurde das Rating überarbeitet, nachdem die Arbeit an den Folgeratings allein von Witte Financial Services übernommen wurde. Weitere Ratingsparten folgten in den Jahren 2006 bis 2008 und 2010 bis 2013 – zuletzt Funktionsinvaliditätsversicherung als Sach- und Lebensversicherung sowie Pflegebahrversicherungen.

Erstellt werden die mittlerweile 12 Ratings halbjährlich von Stephan Witte von Witte Financial Services aus Sievershausen. Dabei galt von Anfang an das Prinzip „dynamischer Leistungsratings“.

Was sind „dynamische Leistungsratings“?

Dynamisches Leistungsrating bedeutet, dass die Ratingkriterien regelmäßig auf den Prüfstand gestellt werden und sich den jeweils neuen Marktgegebenheiten anpassen. Zum zweiten bedeutet es aber auch, dass sich kein Anbieter auf seinen Lorbeeren ausruhen kann, da der Mindeststandard jeweils im Vergleich zu

den leistungsstärksten Anbietern bestimmt wird.

Ein Beispiel für die Aktualisierung der Ratinganforderungen liefert die erstmals im April 2010 überarbeitete Hausratsparte. Als die erste Fassung im Heft 04/2008 veröffentlicht wurde, war das neue VVG gerade erst erschienen. Mit diesem wurde das Thema Quotelung eingeführt.

Daher begannen die ersten Versicherer auf ihr Recht auf Kürzung der Leistung bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles zu verzichten. Allerdings gab es damals nur wenige, deren Quotelungsverzicht deutlich 5.000 oder 10.000 Euro überstieg. Um ansonsten leistungsstarken Anbietern eine Chance auf faire Ratings zu ermöglichen, wurde ein Quotelungsverzicht bis in Höhe von mindestens 5.000 Euro zu einem der Mindeststandards erklärt. Zahlreiche Tarife am Markt erfüllten diese Anforderung nicht.

Heute im Januar 2018 gibt es eine Vielzahl von Tarifen mit vollständigem Quotelungsverzicht. Demnach könnte man von einem leistungsstarken Tarif sogar den vollständigen Verzicht auf Kürzung verlangen. Als Rater hat man jedoch auch eine Verantwortung. Daher wurde beschlossen, dass eine Kürzung von mindestens 95 Prozent verlangt werden soll. Damit soll Versicherern die Chance eingeräumt werden, dass allzu leichtfertige Kunden zur Verantwortung für ihr Fehlverhalten gezogen werden können, ohne jedoch ihre Existenz durch zu hohe Quotelung aufs Spiel zu setzen.

Aus ähnlichen Gründen wird im Unfallrating ein Leistungsausschluss für Unfälle als Folge von Trunkenheitsfahrten mit mehr als 1,1 Promille nicht besser bewertet als wenn der Verzicht nur bis 1,1 Promille gilt. Kein Kunde soll zu strafbarem Verhalten angehalten werden.

Dass Produktinnovationen einzelner Anbieter das Leistungsniveau für alle Wettbewerber nach oben ziehen können, haben einzelne Anbieter in der Vergangenheit immer wieder gezeigt. Viele Highlights, die noch vor einigen Jahren die absolute Ausnahme waren, sind heute in den Top-Tarifen als Standard zu benennen.

Im Rahmen der noch sehr jungen Sparte Funktionsinvaliditätsversicherung wurde sich für ein dynamisches Leistungsrating entscheiden. Damit ist dies das erste in Deutschland veröffentlichte Rating für diese Produktgattung. Aufgrund der Markteinführung immer neuer Tarife wächst der Fragenkatalog parallel zu den neu erfassten Tarifen, um den jeweiligen Leistungsunterschieden möglichst gerecht zu werden.

Was sind statische Leistungsratings?

Für die Sparten Hundehalter- und Pferdehalterhaftpflichtversicherung sowie Pflegegeld- und Pflegegeldversicherung macht es Sinn, feste Standards zu definieren. Dies hat den Vorteil, dass ein Makler oder Kunde bei Entscheidung für einen mit Gold oder Silber gerateten Anbieter genau weiß, welche Leistungen mindestens erbracht werden. Im Detail wurden weitere Gründe für diese Entscheidung in der Vergangenheit wiederholt erläutert.

Für die Privathaftpflichtversicherung würde sich abweichend ein dynamisches Leistungsrating durchaus anbieten. Dagegen spricht insbesondere, dass hier besonders hohe Mindeststandards im Sinne einer umfassenden Existenzabsicherung vorrangig sicher zu stellen waren.

Aus ähnlichen Erwägungen wurde für die Sparten Hausrat- und Wohngebäudeversicherung auf dynamische Leistungsratings verzichtet, wofür die Mindestanforderungen entsprechend umfassend definiert wurden.

Wie profitieren Kunde und Makler von statischen und dynamischen Leistungsratings?

Aufgrund der zahlreichen und transparent kommunizierten Mindeststandards und der transparent zur Verfügung ge-

stellten Ratingfragen werden tatsächlich nur die Tarife selektiert, die eine möglichst geringe Zahl an Lücken beim Versicherungsschutz aufweisen. Kunden und Makler profitieren davon, wenn sie in den meisten versicherbaren Leistungsfällen Versicherungsschutz erwarten können.

Weshalb reichen nicht allein die Mindeststandards?

Versicherungen sind vielfältig differenziert. Mindeststandards gewährleisten ein Leistungsniveau, das selektierte Tarife von der Masse abheben. Es ist jedoch zu erwarten, dass viele Versicherer versuchen werden, zwar diesen Standards zu entsprechen, nicht jedoch in allen anderen Punkten maximale Vorteile für ihre Versicherten zu definieren. So mehr weitere Kriterien in die Wertung eingehen, umso wahrscheinlicher ist es, dass ein Tarif nicht nur in einigen wenigen Punkten, sondern im Gros der Kriterien überragend sein muss, um sich mit Gold, Silber oder Bronze zu platzieren. Gleichzeitig lassen sich durch die Erfassung einer großen Zahl von Kriterien Trends leichter erkennen, als wenn der Fokus nur auf einigen wenigen Merkmalen liegt. Speziell in den Tarifen der Unfallversicherung, die in der Regel abschließend definieren, was versichert sein soll, lassen sich Versicherungslücken gut erkennen. In der Jagdhaftpflichtsparte änderten sich die Bedingungen zumindest in der Vergangenheit eher langsam, weshalb auch hier das Festhalten an ergänzenden Kriterien derzeit noch sinnvoll erscheint.

Was sind die besonderen Vorteile einer GDV-Leistungsgarantie?

Bei den stetig sich ändernden Bedingungen hat heute kein Makler mehr die Möglichkeit, ständig jede Änderung wirklich nachzuhalten und mit der Verbandsempfehlung abzugleichen. Im Sinne der Maklerhaftung ist es daher von Vorteil, wenn Versicherer grundsätzlich garantieren, dass wenigstens die vom GDV empfohlenen Musterbedingungen in der jeweils aktuellsten Fassung bedingungsseitig garantiert werden. Leicht laufen Makler nämlich Gefahr, dass Anbieter an einer oder mehre-

ren Stellen zum Nachteil der Kunden von diesen Mindeststandards abweichen. Es gibt sogar Anbieter, die sich Witte Financial Services gegenüber „hinter vorgehaltener Hand“ ausdrücklich geäußert haben, dass man gar nicht den GDV-Standard garantieren wolle. Andere gewähren zwar eine GDV-Garantie, diese aber noch trotz aktueller Produkteinführung etwa auf Stand 2007, was nicht wirklich sinnvoll ist.

Leider ließ es sich nicht für alle Sparten praktikabel als Mindeststandard einführen, da etwa ein GDV-Standard in der Krankenzusatzversicherung nach Kenntnis von WFS bisher von keinem Anbieter zugesagt wird. War anfangs der GDV-Standard in der Unfallsparte aufgrund der geringen Anzahl von Tarifen mit entsprechenden Garantien wenig sinnvoll, so sind heute Hochleistungstarife ohne diese Zusage kaum noch vorstellbar. Es versteht sich dabei von selbst, dass es nicht der Anspruch eines Maklers sein darf, allein den GDV-Musterbedingungen zu entsprechen.

Wieso brauchen Kunden und Makler Innovationsklauseln?

Nicht immer ist es für einen Makler einfach, jeden Kunden zu erreichen, um ihn über die Einführung neuer verbesserter Bedingungswerke zu informieren. Vor allem bei kleineren Maklern ist dies mit einem logistischen Aufwand verbunden, der oft gar nicht realisiert werden kann. Schließlich besitzt nicht jeder Kunde zwangsweise einen Internetabschluss, um auf diese Weise die Kosten gering zu halten. Von daher profitieren nicht nur Makler, sondern auch Kunden davon, wenn Versicherer bedingungsseitig garantieren, dass neue verbesserte Bedingungen automatisch auch für den Bestand gelten, sofern dies mit keiner Mehrprämie verbunden ist (Innovationsklausel). Von daher wurden bei den jüngsten Aktualisierungen der WFS-Leistungsratings darauf geachtet, dass eine Innovationsklausel soweit sinnvoll möglich Mindestanforderung für als hochwertig bewertete Tarife ist.

Im Rahmen der Funktionsinvaliditätsversicherung nach Art der Unfallversicherung konnte eine Innovationsklausel gleich bei Ratingbeginn März 2012 als Standard gesetzt werden, da eine Solche weitgehend Standard ist.

Nicht praxistauglich für eine Festlegung als Mindeststandard sind Tarife mit erweiterter Vorsorgedeckung, Marktanpassungsgarantie oder ähnlichen Klauseln, die dazu dienen, Leistungen von Wettbewerbern quasi „durch die Hintertür“ in eigene Produkte zu implementieren. Da sich stets auf zum Schadenzeitpunkt verkaufsoffene Tarife bezogen wird, kann heute keiner garantieren und somit auch nicht dokumentieren, welche Leistungen dies im Fall der Fälle sein werden. Bewertet werden kann nur, was schon heute beim eigenen Vertragspartner bedingungsseitig klargelegt ist. Beratungsrelevant sind solche Einschlüsse deshalb nicht weniger.

Wieso bewertet WFS das Prämienniveau nur im Rahmen der stationären Krankenzusatzversicherung und der Pflegebahrversicherung?

Außerhalb des Belegschaftsgeschäfts sind Krankenversicherungen fast immer mit festen Prämien für alle Kunden versehen. Eine wahlweise Rabattierung wie in der Sachversicherung ist hier meist nicht möglich. Damit sind Prämien weit besser vergleichbar als in der Tierhalter-, Hausrat- oder Unfallversicherung. Zum anderen ist ein einfacher Wechsel von einem solchen Vertrag in einen anderen fast nur mit erneuter Gesundheitsprüfung und unter Verlust von Alterungsrückstellungen möglich.

Wieso bewertet WFS das Prämienniveau nur im Rahmen der stationären Krankenzusatzversicherung und der Pflegebahrversicherung?

Außerhalb des Belegschaftsgeschäfts sind Krankenversicherungen fast immer mit festen Prämien für alle Kunden versehen. Eine wahlweise Rabattierung wie in der Sachversicherung ist hier meist nicht möglich. Damit sind Prämien weit besser vergleichbar als in der Tierhalter-, Hausrat- oder Unfallversicherung. Zum anderen ist ein einfacher Wechsel von einem solchen Vertrag in einen anderen fast nur mit erneuter Gesundheitsprüfung und unter Verlust von Alterungsrückstellungen möglich.

Wie kommen die Ratingkriterien zustande?

Die Kriterien werden alleine von WFS erstellt. Die Zusammenstellung basiert jedoch aus den Ergebnissen eigener Erfahrungen, den Umfragen bei diversen Versicherern, Gesprächen mit befreundeten Maklern und Anwälten sowie den Auswertungen der Fachpresse. Bei der Auswahl geht es in erster Linie darum, wesentliche Leistungsunterschiede herauszuarbeiten, die ein gehobenes Leistungsniveau für Kunden bzw. eine verringerte Haftung für Makler erreichen sollen. Insbesondere stehen klare Leistungsaussagen im Fokus der Betrachtung.

Wer beauftragt WFS, Ratings zu erstellen?

WFS-Ratings sind keine Auftragsratings. Die Auswahl erfolgt allein durch WFS. Erfasst werden neben klassischen Maklerversicherern auch die Tarife von Direktversicherern, öffentlichen Versicherern und Konzeptanbietern. Selbstverständlich kann jeder Anbieter darum bitten, neu erfasst und bewertet zu werden, doch liegen die Ratingkriterien stets vor einer entsprechenden Bewertung vor. Es finden also ausdrücklich keine Gefälligkeitsbewertungen statt.

Sind alte Ratingergebnisse nun wertlos?

Nein. Früher hochwertige Tarife sind auch heute noch meist weit über dem Standard liegend, allerdings hat sich der Markt weiterentwickelt. Wenn Sie also vor drei Jahren eine Hausrat- oder Unfallversicherung empfohlen haben, so wird diese nicht mehr zwangsläufig den Standards des Jahres 2018 entsprechen. Wenn Ratingkriterien nicht stetig aktualisiert werden und an aktuelle Marktentwicklungen angepasst werden, laufen sie Gefahr, aktuelle Trends hinterherzulaufen. Wenn Sie alte Tarife mit Innovationsklausel vermittelt oder abgeschlossen haben, können Sie davon ausgehen, dass diese auch heute noch dem Marktstandard entsprechen oder diesen sogar übertreffen.

Die Ratingkriterien wurden von Anfang an so gewählt, dass nur eine möglichst geringe Zahl von Tarifen diese Anforderungen erfüllen. Kein Makler oder Kunde profitiert davon, wenn ihm gleich 50 oder 100 Tarife als „besonders empfehlenswert“ vorgestellt werden. WFS möchte Ihnen also Arbeit bei der Vorselektion abnehmen, ohne Sie natürlich aus Ihrer Verantwortung einer eigenen Marktuntersuchung entlassen zu können.

Für die Ratings in dieser Ausgabe wurden Tarife folgender Gesellschaften brücksichtigt:

- Axa
- Basler
- Bayerische Beamtenkrankenkasse
- Continentale
- Deutscher Ring
- DEVK
- Die Bayerische
- Die Haftpflichtkasse
- DKV
- Envivas
- Haftpflicht Helden
- InterRisk
- Konzept & Marketing
- maxPool
- NV-Versicherungen
- R+V
- Schwarzwälder Direkt
- SDK
- Signal Iduna
- Union Krankenversicherung
- Württembergische
- Zurich

Sparte	Rating erstmal seit	Werden etwaige Musterbedingungen des GDV als Mindeststandard definiert?	Wird eine Innovationsklausel als Mindeststandard definiert?	Sieht das Rating Mindestanforderungen (K.O.-Kriterien) vor?
Privathaftpflichtversicherung	Heft 02/2010	ja	ja	ja
Hundealterhaftpflichtversicherung	Heft 04/2005	ja	ja	ja
Pferdealterhaftpflichtversicherung	Heft 02/2006	ja	ja	ja
Hausratversicherung	Heft 04/2008	ja	ja	ja
Wohngebäudeversicherung	Heft 02/2011	ja	ja	ja
Jagdhaftpflichtversicherung	Heft 04/2006	ja	ja	ja
Unfallversicherung	Heft 01/2007	ja	ja	ja
stationäre Krankenzusatzversicherung	Heft 01/2010	nein	nein	ja
Pflegetagegeld / Pflegegeld	Heft 02/2012	nein	nein	ja
Pflegebahrversicherungen	Heft 02/2013	nein	nein	ja
Funktionsinvaliditätsversicherung	FIV Sach Heft 2/2012 FIV Leben Heft 1/2013	nein	FIV Sach: ja, FIV Leben: nein	ja

Sparte	Gibt es über die Mindeststandards hinaus zusätzliche Leistungsfragen?	Anbieter im Test	Tarife im Test	Stand
Privathaftpflichtversicherung	nein	121	1113	02.01.2018
Hundealterhaftpflichtversicherung	nein	93	596	01.01.2018
Pferdealterhaftpflichtversicherung	nein	91	551	01.01.2018
Hausratversicherung	nein	83	652	02.01.2018
Wohngebäudeversicherung	nein	81	529	01.01.2018
Jagdhaftpflichtversicherung	ja	66	584	01.01.2018
Unfallversicherung	ja	102 (28)*	1404 (362)*	12.01.2018
stationäre Krankenzusatzversicherung	ja	40	131	08.01.2018
Pflegetagegeld / Pflegegeld	nein	37	413	08.01.2018
Pflegebahrversicherungen	ja	21	18	08.01.2018
Funktionsinvaliditätsversicherung	ja	16 Unfall / 7 Leben	169 Unfall/82 Leben	03.01.2018

* die Zahl in Klammern steht für Tarife mit besonderen Bedingungen für Angehörige von Heilberufen

Aktuell mit „Gold“ bewertete Tarife der Sach- und Haftpflichtsparten in der Übersicht. Stand 02.01.2018

Die ungekürzten Ergebnisse finden Sie in „Risiko & Vorsorge“ 3/2017 sowie aktualisiert in der Ausgabe 1/2018.

Hausratversicherung
• ConceptIF (complete best advice 2015 Wohnflächenmodell, Stand 20.09.2016)
• InterRisk (XXL, Stand 06.2015)
• Janitos (Best Selection 2015, Stand 01.04.2015)
• Konzept & Marketing (allsafe casa – die Eigenheimversicherung, Stand 03.2017)
• Konzept & Marketing (allsafe home – die Hausratversicherung, Stand 03.2017)
Wohngebäudeversicherung
• Konzept & Marketing (allsafe casa – die Eigenheimversicherung, Stand 03.2017)
• Konzept & Marketing (allsafe domo – die Wohngebäudeversicherung, Stand 05.2017)
Privathaftpflichtversicherung
• ConceptIF (complete best advice 2015, Stand 22.09.2015) mit 20 Mio. Euro Deckung
• InterRisk (B 682: XXL, Stand 24.10.2017) mit 5, 10, 25 und 50 Mio. Euro Deckung
• Janitos (Best Selection, Stand 01.10.2015) mit 10 und 20 Mio. Euro Deckung
• Janitos (Best Selection mit Zusatzpaket Multi-Garantie, Stand 01.10.2015) mit 10 und 20 Mio. Euro Deckung
• Janitos (Best Selection mit Zusatzpaket Online-Schutz, Stand 01.10.2015) mit 10 und 20 Mio. Euro Deckung
• Janitos (Best Selection mit Zusatzpaketen Online-Schutz und Multi-Garantie, Stand 01.10.2015) mit 10 und 20 Mio. Euro Deckung
• Konzept & Marketing (fine, Stand 03.2017) mit 20 Mio. Euro Deckung
• Konzept & Marketing (prime, Stand 03.2017) mit 50 Mio. Euro Deckung
• Konzept & Marketing (perfect, Stand 03.2017) mit 50 Mio. Euro Deckung
Selbstständige Hundehalterhaftpflichtversicherung
• Alte Leipziger (classic, Stand 07.2015) mit 10 Mio. Euro Deckung
• Alte Leipziger (comfort, Stand 07.2015) mit 20 Mio. Euro Deckung
• ConceptIF (ConceptIF complete best advice, Stand 22.09.2015) mit 20 Mio. Euro Deckung
• Die Haftpflichtkasse (Komfort PLUS, Stand 01.01.2018) mit 20 und 50 Mio. Euro Deckung
• Haftpflicht Helden (HUNDE HAFTPFLICHTSCHUTZ, Stand 17.11.2017) mit 50 Mio. Euro Deckung und 150 Euro Selbstbehalt
• InterRisk (XXL, Stand 17.12.2013) mit 5, 10, 25 und 50 Mio. Euro Deckung
• Janitos (Best Selection 2016, Stand 01.07.2016) mit 10 und 20 Mio. Euro Deckung
• Konzept & Marketing (allsafe amigo, Stand 08.2017) mit 10 oder 15 Mio. Euro Deckung
• Swiss Life Partner (Prima, Stand 01.06.2014: PRIMA) mit 8 Mio. Euro Deckung
• Swiss Life Partner (Prima Plus, Stand 01.06.2014: PRIMA Plus) mit 10 Mio. Euro Deckung
• VHV (KLASSIK-GARANT, Stand 05.2017) mit 5 oder 10 Mio. Euro Deckung
• VHV (KLASSIK-GARANT mit BEST-LEISTUNGS-GARANTIE TIERE, Stand 05.2017) mit 5 oder 10 Mio. Euro Deckung
Pferdehalterhaftpflichtversicherung
• ConceptIF (ConceptIF complete best advice, Stand 22.09.2015) mit 20 Mio. Euro Deckung
• Haftpflicht Helden (HUNDE HAFTPFLICHTSCHUTZ, Stand 17.11.2017) mit 50 Mio. Euro Deckung und 150 Euro Selbstbehalt
• InterRisk (XXL, Stand 17.12.2013) mit 5, 10 und 25 Mio. Euro Deckung
• Janitos (Best Selection, Stand 01.07.2016) mit 10 und 20 Mio. Euro Deckung
• Konzept & Marketing (allsafe cavallo mit Einschluss Rennrisiko, Stand 06.2016) mit 5, 10 und 15 Mio. Euro Deckung
Jagdhaftpflichtversicherung
• Deutsche Jagd Finanz mit Risikoträger GVO (Profi-Jagdhaftpflichtversicherung, Stand 04.2015) mit 6, 10 und 15 Mio. Euro Deckung
• Deutsche Jagd Finanz mit Risikoträger GVO (Profi Jagdhaftpflichtversicherung, Stand 04.2015 mit Profi Jagdhundeunfallversicherung) mit 6, 10 und 15 Mio. Euro Deckung
• Inter (Premium, Stand 11.2016) mit 10 Mio. Euro Deckung

Rating Stationäre Krankenzusatztarife



- 1- und 2-Bettzimmertarife
- 2-Bettzimmertarife

Basis:	Tarife im Test: 131 stationäre Ergänzungs- und Optionstarife Anbieter im Test: 40
Wertung:	Gold, Silber, Bronze
Stand:	08.01.2018

Eine Ergänzungsversicherung, die Kosten für privatärztliche Behandlungen und Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer übernimmt, kann Leben retten. Schließlich ermöglicht eine solche Versicherung unter Umständen die kostenintensive Behandlung durch einen Spezialisten, der bei reiner Kassenversorgung nicht zur Verfügung stehen würde. Die Bedeutung stationärer Ergänzungsversicherungen nimmt durch den schleichenden Leistungsabbau in der gesetzlichen Krankenversicherung stark zu.

Zunehmend ist auch bei stationär Zusatzversicherten eine bevorzugte Terminvergabe in Kliniken, dort insbesondere in Fachabteilungen, zu bemerken. Dies ist unabhängig von der tatsächlichen Dringlichkeit im Einzelfall.

Ein Hauptproblem ist die grundsätzliche personelle Unterversorgung nicht nur in den Krankenhäusern. Daraus resultieren eine Überforderung des Personals, massive Überstunden, Stress und immer wieder auch eine Fehlversorgung der Patienten. Wer mit privatem Versicherungsschutz punkten kann, stellt sich in vielen Fällen besser, da Wahlleistungen vielfach mit einer besseren Qualität erbracht werden als vergleichbare Kassenleistungen.

Die aktuell am Markt befindlichen Tarife unterscheiden sich bezüglich der Unterbringung vorrangig durch folgende Merkmale:

- Unterbringung in Ein- oder Zweibettzimmer
- Unterbringung im Zweibettzimmer
- Unterbringung bei Unfällen im Ein-,

sonst im Zweibettzimmer

- Unterbringung bei Unfällen im Zweibett-, sonst gesetzlich im Mehrbettzimmer

Wichtig bleibt die Feststellung, dass auch Patienten mit einem Anspruch auf verbesserte Unterbringung diesen nur durchsetzen können, wenn im Krankenhaus auch entsprechende Plätze zur Verfügung stehen. Üblich ist daher eine Entschädigungsleistung in Form eines Ersatzkrankenhaustagegeldes bei Verzicht auf die „Wahl“ eines Ein- oder Zweibettzimmers. Hilfreich kann auch die Feststellung sein, dass im Einzelfall nur Einbett- oder Zweibettzimmer zur Verfügung stehen, ohne dass Leistungen aus der Krankenzusatzversicherung hierfür in Anspruch genommen werden müssen.

Einige Tarife sehen ergänzend Rooming-In-Leistungen vor. Wenn also ein jüngeres Kind ins Krankenhaus kommt, werden die Eltern vielfach mit diesem im selben Zimmer nächtigen wollen, vielleicht auch, um diesem die Angst vor dem Alleinsein in einer ungewohnten Situation zu nehmen. Die dadurch resultierenden zusätzlichen Kosten übernehmen jedoch nur wenige Tarife wie etwa von Advigon und HALLESCHE.

Einige neue Tarife übernehmen ausschließlich die Kosten für einen unfallbedingten stationären Aufenthalt. Diese werden im Rahmen dieses Ratings zwar erfasst, nicht jedoch bewertet. Eine Variante dieser Tarifkonstruktion bietet der Tarif MediClinic der Gothaer. Hier steht dem Versicherten grundsätzlich eine Unterbringung nur im Zweibettzimmer zu. Erfolgt die Einlieferung ins Krankenhaus jedoch unfallbedingt, so besteht abwei-

chend Anspruch auf eine Unterbringung im Einbettzimmer.

Ohne ergänzende Krankenzusatzversicherung kostet eine Unterbringung im Ein- bzw. Zweibettzimmer für gesetzlich Versicherte einen Aufschlag von ca. 65 bis 85 Euro bzw. 35 bis 45 Euro täglich auf die reguläre Kassenleistung. Privatärztliche Leistungen werden in den meisten leistungsstarken stationären Ergänzungstarifen ohne Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erbracht. Allerdings begrenzen einige ihre Leistung auf den Höchstsatz der GOÄ (3,5fach). Voraussetzung für eine Leistung über dem Höchstsatz GOÄ ist stets eine gültige Honorarvereinbarung mit dem behandelnden Krankenhaus, woraus jedoch nicht in allen Tarifen deutlich genug hingewiesen wird. Dies ist insofern weniger tragisch, als dass Ärzte ohne ausdrückliche schriftliche Vereinbarung keine Leistungen oberhalb des Höchstsatzes der GOÄ abrechnen dürfen.

Allgemeine Gedanken zur stationären Absicherung

Grundsätzlich sollte beachtet werden, dass die Inanspruchnahme stationärer Leistungen medizinisch notwendig sein muss. Wenn also eine Behandlung mit voraussichtlich gleichem Erfolg auch ambulant durchgeführt werden kann, so fehlt es an der medizinischen Notwendigkeit, weshalb der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet ist. Ist eine stationäre Unterbringung jedoch zwingend anzuraten, so besteht auch bei fehlender Notwendigkeit der Anspruch, vertraglich vereinbarte privatärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen, wobei jedoch der Kostensatz in einem

sachlichen Verhältnis zur Tätigkeit des Arztes stehen sollte. Eine medizinische Notwendigkeit kann auch vorliegen, wenn ambulante Behandlungsmethoden über einen längeren Zeitraum erfolglos geblieben sind oder die Durchführung ambulanter Operationen aus persönlichen Gründen nicht durchführbar ist. Einzig und allein der Versicherungsnehmer hat nachzuweisen, dass eine stationäre Unterbringung wie auch die hier angewandte Behandlungsmethode medizinisch notwendig waren. Es reicht dabei im Zweifel nicht aus, sich auf die Sichtweise des behandelnden Arztes zu berufen (z.B. OLG Düsseldorf vom 22.03.1983 - VersR 1984, 274).

Wiewohl es sicher hilfreich ist, sich vor Beginn einer stationären Behandlung eine Kostenübernahmeerklärung des Versicherers schriftlich einzuholen, so besteht hierzu keine rechtliche Pflicht. Speziell im Zusammenhang mit „gemischten Anstalten“ kann dies nur dringend angeraten werden. Da es dem Versicherten obliegt, ein im Sinne der Bedingungen geeignetes Krankenhaus zu wählen, das unter ständiger ärztlicher Leitung stehen muss, macht auch hier eine vorherige Absprache Sinn. Nicht zulässig ist es übrigens, wenn ein Versicherer die stationäre Heilbehandlung mit dem Hinweis ablehnt, dass keine akute Erkrankung vorliege. Im Unterschied zur privaten Krankenvollversicherung sollten stationär Zusatzversicherte darauf achten, dass für sie der Zugang zu rein privaten Kliniken nicht offen steht. Hier fehlt es an der gesetzlichen Vorleistung für die Regelversorgung. Einige wenige Tarife erbringen auch hierfür Leistungen. Dies macht aber nur Sinn, wenn ausreichend Kapital zur Verfügung steht, um aus privaten Mitteln die allgemeinen Krankenhausleistungen zu bestreiten. **Aus diesem Grunde wurde es nicht bewertet, wenn Tarife auch ohne Vorleistung der GKV eine Versicherungsleistung erbringen.**

Wichtig sind auch die Einschränkungen bei einem dauerhaften Verzug ins Ausland. Da der Versicherte damit aus dem gesetzlichen Krankenversicherungssystem herausfällt, erlischt auch der stationäre Ergänzungsschutz. Wer jedoch

seinen Hauptwohnsitz in Deutschland behält, kann mitunter noch viele Monate lang in Deutschland versichert bleiben, ohne dass speziell im außereuropäischen Ausland Leistungen von der GKV eingefordert werden können. Anbieterabhängig kann für die stationäre Zusatzversicherung bei länger andauernden Auslandsaufenthalten eine Anwartschaft vereinbart werden. Bei der Signal Iduna kostet diese beispielsweise 3% von der Tarifprämie. Die Umwandlung in einen vollwertigen Tarif und damit der Wegfall der Anwartschaft kann jederzeit erfolgen, setzt jedoch einen Nachweis über die erfolgte Rückreise nach Deutschland (z.B. ein Flugticket) voraus. Grundsätzlich gilt, dass auch Tarife mit scheinbarer unbegrenzter Weltgeltung im Ausland nur dann von Nutzen sind, wenn eine Leistung unabhängig von der Vorleistung einer GKV erbracht wird.

Rating-Systematik

Ohne Wertung blieben Tarife mit Leistungen ausschließlich bei unfallbedingter stationärer Behandlung. Grundlage für das Rating waren insgesamt **22 Leistungskriterien**. Diese umfassen alle wesentlichen Punkte, in denen sich die Angebote voneinander unterscheiden: u.a. Verzicht auf Wartezeiten bei unfallbedingter stationärer Behandlung, Leistung auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus, Einweisungsklausel oder Kostenübernahme für ambulante Operationen.

Die einzelnen **Bedingungen wurden bewertet mit -8 bis 16 Punkten**. Dabei stellt 16 Punkte die jeweils für den Verbraucher vorteilhafteste Regelung dar. 12, 8 und 4 Punkte stehen für den jeweils zweiten, dritten bzw. vierten Platz. Jede Regelung, die besser als die Musterbedingungen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung, aber schlechter als die viertbeste Individuallösung ist, erhält pauschal 2 Punkte. Die Standardregelung entsprechend Verbandsempfehlung erhält keine Punkte. Im Zweifelsfall gilt gleiches für rein implizite Einschlüsse ohne bedingungsseitige Regelung. Schlechterstellungen gegenüber den Musterbedingungen werden mit 8 Punkten Abzug bestraft.

Jedes Kriterium wurde mit einem **Faktor zwischen 1 und 3** gewichtet.

Dabei wurden besonders wichtige Leistungen (z.B. Erstattung über Höchstsatz GOÄ, Kostenübernahme für ambulante Vor- und Nachuntersuchungen sowie ambulante Operationen) mit dem Faktor 3, etwas weniger wichtige Leistungen (z.B. Kostenübernahme in gemischten Instituten ohne vorherige schriftliche Zusage) mit dem Faktor 2 und eher nebensächliche Leistungen (z.B. Wartezeitverzicht bei unfallbedingter stationärer Behandlung, Kostenübernahme für medizinisch bedingte stationäre Vorsorgeuntersuchungen) mit dem Faktor 1 bewertet. Nicht bewertet wurde es, inwiefern ein Tarif Alterungsrückstellungen bildet (z.B. Tarife von Arag, Gothaer, HALLESCHE oder Süddeutsche) oder darauf verzichtet (z.B. Tarife aus dem Hause Advigon, Tarif SZ 2R der Nürnberger). Vielen Kunden ist nicht bewusst, dass auch Tarife mit Alterungsrückstellungen im Alter aufgrund von neuen Therapieformen, dem Äterwerden des Kollektivs im Bestand sowie steigender Kosten meist in der Prämie steigen und Tarife für Kinder und Jugendliche allgemein ohne Rückstellungen kalkuliert sind. Anders als bei den von Alterungsrückstellungen befreiten Tarifen ist die Höhe der Anpassung viel schwieriger zu prognostizieren. Denn oft stellt sich nachträglich heraus, dass die gebildete Alterungsrückstellung zu gering war und aufgestockt werden muss – nicht selten sind dann zusätzliche Beitragserhöhungen von 20% und mehr alleine deshalb erforderlich. Überraschend hohe Beitragsanpassungen in den letzten Jahren haben oft hierin ihre Ursache. Bei den Tarifen ohne Alterungsrückstellungen lässt sich die Steigerung anhand der altersabhängigen Beitragstabellen dagegen gut voraussehen. Auch die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen spielen bei der Prämienentwicklung eine Rolle – dies gilt aber für beide Kalkulationsverfahren: dagegen helfen auch Alterungsrückstellungen nichts.

Kritiker von Tarifen ohne Alterungsrückstellungen verweisen auf die gerade in hohem Alter „stark erhöhten“ Prämien im Vergleich zu Tarifen mit herkömmlicher Tarifikalkulation nach Art der Lebensversicherung. Wer frühzeitig in jungen Jahren eingesparte

Beiträge gut verzinst anlegt, dürfte bei Tarifen ohne Alterungsrückstellung auf lange Sicht besser fahren, da dieses Geld anders als die Rückstellungen im Todesfall nicht verloren gehen. Wem jedoch die Disziplin fehlt, die Prämienersparungen anzulegen, der kann in der Tat in hohem Alter mit unvorteilhaft starken Prämien rechnen. Der Aktuar und Sachverständige für Versicherungsmathematik Peter Schramm, hat berechnet, dass Alterungsrückstellungen meist erst ab etwa dem 80. Lebensjahr greifen. Allerdings werden laut Statistik gut 75% aller privaten Krankenversicherungen vor dem 65. Lebensjahr gekündigt, so dass die bis dahin um bis zu 50% erhöhten Prämien völlig umsonst gezahlt wurden. Mehr zum Thema stationäre Ergänzungstarife mit und ohne Alterungsrückstellungen finden Sie in „Risiko & Vorsorge“ 4/2009, S. 54-55.

Die Bewertung erfolgte getrennt für Männer und Frauen in den Kategorien „stationäre Ergänzung für 1- / 2-Bettzimmer“ sowie „stationäre Ergänzung im Zweibettzimmer“. Weiter wurde sowohl das Preis- / Leistungsverhältnis wie auch eine Einzelwertung für das Bedingungsmerk und das allgemeine Prämienniveau vergeben. Für letzteres wurden die aktuellen Durchschnittsprämien der erfassten Anbieter in den Alterstufen von 25 bis 55 Jahre erfasst. Sieht ein Tarif keinen Versicherungsschutz für den vollständigen benannten Zeitraum vor (z.B. der Optionstarif ZSWR-OPT der Mannheimer oder der Tarif SZ2R der Nürnberger), so wurde dieser nur hinsichtlich des Leistungsniveaus bewertet.

Im Sinne des Verbraucherinteresses wurden **K.O.-Kriterien** festgelegt, die das Erreichen der Bewertung mit Gold im Bedingungs- und gewichteten Preis- / Leistungsrating verhindern:

- Ausdrückliche Kostenübernahme auch für ambulante Vor- und Nachuntersuchungen
- Leistung auch über dem Höchstsatz GOÄ, sofern eine gültige Honorarvereinbarung vorliegt (keine Einzelfallentscheidung nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers)
- Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Für eine Bewertung mit **Gold** ist zusätzliche Voraussetzung die ordentliche oder außerordentliche Mitgliedschaft des Versicherers beim Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung.

Einige Anbieter verweisen darauf, dass sie auch ohne bedingungsseitige Regelung die Kosten für ambulante Vor- und Nachuntersuchungen übernehmen, ohne dies bedingungsseitig verankert zu haben. Begründet wird dies mit § 115a SGB V, allerdings resultiert je nach Anbieter eine unterschiedliche Auslegung. So schreibt die **Süddeutsche**: „Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens 3 Behandlungstage innerhalb von 5 Tagen vor der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten.“ Bei der **Allianz** heißt es hingegen: „In der Praxis leistet die APKV jedoch tariflich für die wahlärztliche Behandlung bei ambulanten Vor- und Nachuntersuchungen in Anlehnung an das SGB bis 5–7 Tage vor und bis 14 Tage nach dem stationären Aufenthalt.“ Auch die **DKV** äußert sich, dass man entsprechende Kosten übernehmen werde, ohne dies jedoch in ihren Vertragsunterlagen klar zu stellen. Eine bedingungsseitige Klarstellung erscheint daher angeraten, zumal nicht alle Anbieter diese Auffassung zu teilen scheinen. Insbesondere geht es darum, ob diese Kosten auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erbracht werden (wahlärztliche Leistungen), ohne dass es einer bedingungsseitigen Regelung bedarf.

Kein Rating kann eine umfassende Bedarfsermittlung und Beratung beim Verbraucher ersetzen. Dies gilt auch für dieses Rating. Wer Wert auf besondere Leistungen legt, sollte sicherstellen, dass der gewählte Versicherer diese auch erbringt. So erstatten nur wenige Versicherer die Kosten für die zunehmend häufiger werdenden ambulanten Operationen, und auch nicht jeder Kunde wünscht Tarife mit (ohne) Bildung von Alterungsrückstellungen.

Die Durchschnittsprämien der bislang erfassten Tarife lauten wie folgt:

1- und 2-Bettzimmertarife
25 bis 55 Jahre (ohne Klinik-Tarife)
54,88 €

2-Bettzimmertarife
25 bis 55 Jahre (ohne Klinik-Tarife)
38,38 €

Eine Reihe von Versicherer ist mittlerweile auf den Markt gedrängt, die ganz bewusst auf die Bildung von Alterungsrückstellungen verzichten. Damit sind die entsprechenden Tarife von z.B. Advigon, die Continentale, Die Bayerische, Inter oder Janitos nicht direkt mit den anderen Wettbewerbern vergleichbar. Um eine Vergleichbarkeit zu ermöglichen, wurde das Prämienniveau für diese Tarife mit einem Zuschlag von 45 Prozent versehen.

Einige Tarife sind nur für spezielle Eintrittsalter kalkuliert oder leisten nur bei stationären Aufenthalten als Folge von Unfällen oder definierten schweren Krankheiten. Aufgrund von fehlender Vergleichbarkeit wurden diese Tarife zwar erfasst, nicht jedoch bewertet.

Note Bedingungsrating

- WFS 1 (Gold): mindestens 90% der erreichten Höchstpunktzahl
- WFS 2 (Silber): mindestens 85% der erreichten Höchstpunktzahl
- WFS 3 (Bronze): mindestens 80% der erreichten Höchstpunktzahl

Note Prämienniveau

- WFS 1 (Gold): höchstens 85% der Durchschnittsprämie
- WFS 2 (Silber): höchstens 90% der Durchschnittsprämie
- WFS 3 (Bronze): höchstens 95% der Durchschnittsprämie

Note Preis- / Leistungs niveau

Im Preis- / Leistungsverhältnis wurden die Bedingungen im Vergleich zur Prämie doppelt gewichtet. Tarife mit einer mehr um 5% über dem Durchschnitt liegenden Prämie konnten keine Auszeichnung erhalten.

- WFS 1 (Gold): mindestens 85% der Höchstwertung
- WFS 2 (Silber): mindestens 80% der Höchstwertung
- WFS 3 (Bronze): mindestens 75% der Höchstwertung

Rating Stationäre Krankenzusatztarife

Einzelrating Bedingungen		
Gesellschaft	1- und 2-Bettzimmertarife	Wertung
Axa	Komfort-U Stand 09.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - GOLD
	Komfort Start-U, Stand 09.2017**	
Barmenia	TopS, Stand 01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - GOLD
Gothaer	Medi Clinic Premium, Stand 04.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - SILBER
UniVersa	uni-SZ, Stand 01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - SILBER
Advignon	privat stationär + klinik plus + Bausteine privatarzt spezial) + komfort premium, Stand 01.2017*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - BRONZE
Arag	261, Stand 01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - BRONZE
Hallesche	CSAW.1, Stand 01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - BRONZE
Inter	INTER QualiMed Z® Stationär Tarif S1, Stand 01.2013*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - BRONZE
Gesellschaft	2-Bettzimmertarife	Wertung
Allianz	Ambulante OP Krankenhaus + Krankenhaus Plus, Stand 01.2013	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - GOLD
Arag	262, Stand 01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - GOLD
Continentale	SG2, Stand 01.2016	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - GOLD
Die Bayerische	V.I.P. stationär Komfort, Stand 05.2014	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - GOLD
DKV	KGZ2, Stand 01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - GOLD
Gothaer	MediClinic Plus, Stand 01.04.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - GOLD
Hallesche	CSAW.2, Stand 01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - GOLD

Rating Stationäre Krankenzusatztarife

Einzelrating Bedingungen		
Gesellschaft	2-Bettzimmertarife	Wertung
uniVersa	uni-SZ II Plus, Stand 10.2016	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz- bedingungen GOLD
Advigon	privat stationär + klinik plus + Baustein privatarzt spezial	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz- bedingungen SILBER
BBKK	KlinikPRIVAT2, Stand 01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz- bedingungen SILBER
Inter	INTER QualiMed Z® Stationär Tarif S2, Stand 01.2013	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz- bedingungen SILBER
Signal Iduna	KlinikTOP, Stand 09.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz- bedingungen SILBER
	KlinikTOP1, Stand 09.2017	
Union	KlinikPRIVAT2, Stand 01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz- bedingungen SILBER
uniVersa	uni-SZ II, Stand 10.2016	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz- bedingungen SILBER
Württembergische	SZ, Stand 09.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz- bedingungen SILBER
Concordia	SZ2, Stand 01.2013	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz- bedingungen BRONZE
	SZ PLUS, Stand 01.2013	

Einzelrating Prämienniveau für das Eintrittsalter 25 bis 55 Jahre		
Gesellschaft	1- und 2-Bettzimmertarife	Wertung
Die Bayerische	V.I.P stationär Prestige, Stand 01.05.2014*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz- Prämienniveau GOLD
Hanse-Merkur	PSG, Stand 01.01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz- Prämienniveau GOLD
HUK-Coburg	SZ, Stand 01.2013	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz- Prämienniveau GOLD
Inter	INTER QualiMed Z® Stationär Tarif S1, Stand 01.2013*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz- Prämienniveau GOLD
Janitos	JA Stationär Plus, Stand 01.2013*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz- Prämienniveau GOLD

Rating Stationäre Krankenzusatztarife

Einzelrating Prämienniveau für das Eintrittsalter 25 bis 55 Jahre		
Gesellschaft	1- und 2-Bettzimmertarife	Wertung
LKH	S400E, Stand 03.2013	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: .. GOLD
Axa	Komfort-U, Stand 09.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: .. SILBER
Barmenia	S+, Stand 01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: .. SILBER
Provinzial Hannover	KHPu, KHPUu, Stand 01.2013	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: .. SILBER
Concordia	SZ1, Stand 01.2013	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: .. BRONZE
Envivas	Klinik Spezial, Stand 05.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: .. BRONZE
Gesellschaft	2-Bettzimmertarife	Wertung
Inter	INTER QualiMed Z® Stationär Tarif S2, Stand 01.2013*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: .. GOLD
Signal Iduna	Klinik Top, Stand 09.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: .. GOLD
	Nicht vergeben	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: .. SILBER
Arag	262, Stand 01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: .. BRONZE
Concordia	SZ 2, Stand 01.2013	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: .. BRONZE
Die Bayerische	V.I.P. stationär Komfort, Stand 01.05.2014*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: .. BRONZE
UniVersa	SZII, Stand 01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: .. BRONZE

Rating Stationäre Krankenzusatztarife

Preis- / Leistungsniveau		
Gesellschaft	1- und 2-Bettzimmertarife	Wertung
Advignon	privat stationär + klinik plus + Bausteine privatarzt spezial + komfort premium, Stand 01.2017*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungsniveau GOLD
Axa	Komfort-U, Stand 09.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungsniveau GOLD
Barmenia	Top S, Stand 01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungsniveau GOLD
Die Bayerische	V.I.P stationär Prestige, Stand 01.05.2014*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungsniveau GOLD
Gothaer	MediClinic Premium, Stand 04.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungsniveau GOLD
Inter	INTER QualiMed Z® Stationär Tarif S1, Stand 01.2013*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungsniveau GOLD
	nicht vergeben	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungsniveau SILBER
Janitos	JA stationär plus, Stand 01.2013*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungsniveau BRONZE
Württembergische	SZE, Stand 09.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungsniveau BRONZE
Gesellschaft	2-Bettzimmertarife	Wertung
Arag	262, Stand 01.05.2016	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungsniveau GOLD
Die Bayerische	V.I.P. stationär Komfort, Stand 01.05.2014*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungsniveau GOLD
Gothaer	MediClinic Plus, Stand 04.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungsniveau GOLD
Inter	INTER QualiMed Z® Stationär Tarif S1, Stand 01.2013*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungsniveau GOLD
Signal Iduna	Klinik Top, Stand 09.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungsniveau GOLD

Rating Stationäre Krankenzusatztarife

Preis- / Leistungsniveau		
Gesellschaft	2-Bettzimmertarife	Wertung
	Nicht vergeben	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungsniveau SILBER
Gothaer	MediClinic2, Stand 01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungsniveau BRONZE

Bitte beachten: die Standangabe entspricht dem jüngeren Wert aus Beitragsanpassung oder Bezeichnung auf dem Tarifwerk. Beispiel Hallesche (Tarif:CSAW.2). Die letzte Beitragsanpassung erfolgte zu 05.2016. Teil III des Bedingungswerks trägt den Stand 01.2017. Damit wird als Stand 01.2017 benannt.

* Tarif ohne Alterungsrückstellungen bei Erwachsenen

** Tarif ohne Alterungsrückstellungen bei Erwachsenen. Der Versicherer macht dem Versicherungsnehmer zum Ablauf des 10. Versicherungsjahres, frühestens jedoch nach Vollendung des 20. Lebensjahres, ein Angebot auf Wechsel in den leistungsgleichen Tarif Komfort-U mit Alterungsrückstellungen ohne Gesundheitsprüfung.

Fünf Pflegegrade ersetzen drei Pflegestufen



Zum 01.01.2017 trat das Zweite Pflege-stärkungsgesetzes (PSG) in Kraft. An-stelle der bisher drei Pflegestufen wur-den nunmehr fünf Pflegegrade einge-führt. Zielsetzung war die Schaffung eines neuen Pflegebegriffes, der indi-vidueller auf den persönlichen Pflege-bedarf des Einzelnen eingehen sollte. Außerdem soll der Grundsatz „Rehabi-litation vor Pflege“ dazu führen, dass der Eintritt eines Pflegefalles so weit wie möglich vermieden oder zumindest hinausgezögert werde.

Die Einstufung von Pflegebedürftigen soll sich daran orientieren, wie selbst-ständig der Einzelne trotz Pflegebedürf-tigkeit in seiner täglichen Lebensführung ist. Je nach dem Grad dieser Selbststän-digkeit werden Punkte vergeben. Durch die Unterteilung in fünf Pflegegrade soll die Bewertung der konkreten Pflegebe-dürftigkeit deutlich individueller erfolgen und dabei körperliche, geistige und psy-chische Beeinträchtigungen gleichwertig berücksichtigt. Insbesondere soll dies Demenzen besser gerecht werden, die körperlich oft kaum beeinträchtigt sind und von der bisherigen Pflegedefinition daher nur unzureichend erfasst werden konnten. Dementielle Erkrankungen wer-den daher nun in allen Pflegegraden mitberücksichtigt.

Anders als zuvor gilt seit 2017 ein einheit-licher Eigenanteil bei stationärer Pflege, da zuvor viele Pflegebedürftige aus Sorge um eine höhere Eigenbelastung keinen Antrag auf Einstufung in die nächsthö-here Pflegestufe stellen wollten.

Viele Pflegeleistungen und Hilfsmittel, die bislang eine Antragsstellung oder besondere Vereinbarungen mit der zu-ständigen Pflegekasse voraussetzten, werden nunmehr deutlich vereinfacht und ohne zusätzlichen bürokratischen Aufwand erbracht.

Um neu eingeführte Leistungen finanzia-ren zu können, wurde der Beitragssatz

zur gesetzlichen Pflegepflichtversiche-rung um 0,2 Prozentpunkte auf nunmehr 2,55 Prozent für Personen mit Kindern bzw. 2,8 Prozent für Kinderlose erhöht. Geplant ist ein stabiler Beitragssatz bis 2022.

Um die benannten Leistungen in Relati-on zum tatsächlichen Bedarf zu setzen, lohnt es sich, reale Zahlen für die Unter-bringung in stationären Einrichtungen zu erfassen. In der 2016 noch höchsten Pflegestufe III betrug die monatlichen Kosten je nach Pflegeeinrichtung zwi-schen etwa 2.460 Euro (günstigstes Pfl-egeheim in Hamburg) und 10.530 Euro (teuerstes Pflegeheim in Berlin). Orientiert man sich an den bislang be-kannten statistisch verbleibenden Kos-ten für Pflegebedürftige nach Vorlei-stung der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung, so bleibt fest-

zuhalten, dass auch diese Pflegereform die Probleme nicht lösen kann und somit höchstens eine „Teilkasko“ darstellt.

Berücksichtigt man einen pflegeein-richtungsabhängigen Eigenanteil in den Pflegegraden 2 bis 5 von in der Regel mindestens 600 Euro für die Bewohner von Alten- und Pflegeheimen und, dass keine automatische Anpassung der be-nannten Geld- und Sachleistungen vor-gesehen ist, so muss die gesetzliche Pflegeversicherung weiterhin als „Teil-kasko“ angesehen werden.

¹ Quelle: „Handreichung. Vertriebstagungen Herbst 2016“ der uniVersa Krankenversiche-rung a.G., S. 19

Einstufung am 31.12.2016	Einstufung seit 01.01.2017
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 5
Pflegestufe III als Härtefall	Pflegegrad 5
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, auch als Härtefall	Pflegegrad 5

Pflegegrad	Geldleistung ambulant (§ 37 SGB XI)	Sachleistung ambulant (§ 36 SGB XI)	Leistungsbetrag stationär (§ 43 SGB XI)
1	125 Euro*	---	125 Euro
2	316 Euro	689 Euro	770 Euro
3	545 Euro	1.298 Euro	1.262 Euro
4	728 Euro	1.612 Euro	1.775 Euro
5	901 Euro	1.995 Euro	2.005 Euro

* Geldbetrag zur Erstattung der Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§ 45b SGB XI)

Rating Geförderte Pflegetagegeld- und Pflegemonatsgeldtarife (Pflege-Bahr)



Pflegetagegeld- und Pflegemonatsgeld-Tarife (Pflege-Bahr)

Basis:	Tarife und Tarifkombinationen im Test: 21 Anbieter im Test: 18
Wertung:	Gold, Silber, Bronze
Stand:	08.01.2018

Hinweise: Bei der letzten grundlegenden Aktualisierung des Ratings ausdrücklich verweigert wurde die Zusendung von Unterlagen für eine Bewertung von den Unternehmen HUK-Co-burg sowie PAX Familienfürsorge.

Versorgungslücke stark unterschätzt

Viele Deutsche verlassen sich darauf, dass die gesetzliche oder private Pflegepflichtversicherung umfassend für alle Pflegekosten im Alter aufkommen wird. Leider ist dies ein Irrglaube. Hinzu kommt aufgrund der statistisch zunehmenden höheren Lebenserwartung eine deutlich erhöhte Zahl der Pflegebedürftigen.

Um eine Motivation zu schaffen, dass sich möglichst viele Personen ergänzend gegen den Pflegefall absichern, beschloss die Bundesregierung zu 2013 eine ergänzende private Pflegegeld- / Pflegetagegeldversicherung mit staatlichen Mitteln zu fördern. Diese Zusatzabsicherung soll allerdings nur einen kleinen Teil der bestehenden Versorgungslücke schließen, steht dafür jedoch fast jedem Versicherungswilligen zur Verfügung. Ergänzend ist in jedem Fall ein ungeförderter Zusatzschutz anzuraten. In diesem Zusammenhang haben viele Versicherer speziell abgestimmte Pflegebahrzusatztarife geschaffen, mit denen eine mehr oder minder umfassende Absicherung realisiert werden kann. Der Einführung staatlich geförderter Pflegezusatztarife ist es maßgeblich zu verdanken, dass sich allmählich ein wenig Bewusstsein

für die derzeit vorhandene Versorgungslücke im Pflegefall bildet. Einigen Medienberichten zufolge habe als Folge auch die Zahl von Neuabschlüssen ungeförderter Pflegezusatzversicherungen maßgeblich zugenommen.

Eine ergänzende, ungeförderte Absicherung kann viele Vorteile für den Versicherungsnehmer haben, so etwa eine Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit, Einmalleistungen bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit, beitragsfreie Assistenzleistungen sowie eine bedarfsgerecht hohe Pflegetagegeld- bzw. Pflegegeldhöhe.

Gemeinsamkeiten der geförderten Pflegegeldabsicherung

Alle staatlich geförderten Pflegeprodukte setzen nach § 127 SGB XI Absatz 1 einen monatlichen Mindestbeitrag von 15 Euro voraus, wobei pauschal eine staatliche Förderung von 5 Euro im Monat bzw. 60 Euro im Jahr zum Tragen kommt. Tatsächlich müssen Versicherte also nur mindestens 10 Euro im Monat aus eigenen Mitteln aufbringen.

Der Anspruch auf die Zulage besteht nach § 127 SGB XI Absatz 3 „mit Ablauf des Kalenderjahres, für das die Beiträge zu einer privaten Pflege-Zusatzversicherung gemäß § 127 Absatz 1 geleistet worden sind (Beitragsjahr).“ Wer also erst während eines Jahres zahlt, erhält die Förderung nur für jene Monate, in denen der Vertrag bestanden hat.

In jedem Fall wird die Förderung vom privaten Krankenversicherer für den Ver-

sicherten unbürokratisch bis zum 31.03. des Folgejahres beantragt und kann auch nur für insgesamt einen Vertrag gewährt werden.

Versicherungsleistungen sind nach § 127 SGB XI Absatz 4 in allen Pflegegraden zu erbringen, wobei das Pflegegeld im Pflegegrad 5 mindestens 600 Euro monatlich betragen muss. Leistungen müssen auch in allen anderen Pflegegraden erbracht werden. Die exakte Höhe ist nicht vorgeschrieben.

Ein Anspruch auf staatliche Förderung besteht nach § 126 SGB XI für alle Personen ab 18 Jahren, die Mitglied der deutschen sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung sind, einen Pflegebahrtarif abgeschlossen haben und bei Vertragsabschluss weder pflegebedürftig sind oder bereits pflegebedürftig waren.

Alle Pflegebahrtarife leisten grundsätzlich unabhängig von der Art der Pflege, also sowohl bei Laienpflege als auch bei professioneller Pflege. Eine entsprechende Klarstellung sieht jedoch nur ein Teil der Tarife vor.

Der Abschluss muss grundsätzlich uneingeschränkt vom Gesundheitszustand möglich sein (Kontrahierungszwang). Einzige Ausnahmen sind Personen, die bei Antragsstellung bereits Pflegeleistungen beziehen oder bezogen haben.

Risikozuschläge oder -ausschlüsse sind nicht zulässig.

Dafür darf nach § 127 SGB XI Absatz 6 eine Wartezeit von bis zu fünf Jahren verlangt werden. Die Pflegeeinstufung der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung muss als Leistungsauslöser anerkannt werden. Kommt es ausschließlich während der Wartezeit zu einer versicherten Pflegebedürftigkeit, so besteht kein Anspruch auf Leistungen. Tritt die Pflegebedürftigkeit jedoch während der Wartezeit ein und liegt nach Ablauf derselben noch immer vor, so besteht für die Zeit der Fortdauer nach dem Ende der Wartezeit Anspruch auf Leistungen. Einige Versicherer verzichten auf die vereinbarte Wartezeit, wenn zeitgleich ein nicht staatlich geförderter, sogenannter „Huckepacktarif“, dazu abgeschlossen wird.

Versicherte müssen das Recht haben, den Vertrag bei finanzieller Hilfebedürftigkeit bis zu drei Jahre lang ruhen lassen zu dürfen.

Pflegebahrtarife dürfen ausschließlich von Krankenversicherern angeboten werden.

Die Courtage für geförderte Pflegebahrtarife ist auf zwei Monatsbeiträge maximiert. Ebenfalls gedeckelt ist die Höhe der zulässigen Verwaltungskosten für geförderte Pflegegeldtarife.

Ratingsystematik

Grundlage für das Leistungsrating waren insgesamt 3 Teilbereiche mit zusammen bewerteten 18 Einzelfragen. Diese umfassen die besonders praxisrelevanten Punkte, in denen sich die Angebote voneinander unterscheiden. Für das Preis-Leistungsrating wurde darüber hinaus das Prämienniveau für das Neugeschäft bewertet.

Leistungsbewertung:

- Höhe der Leistung in den einzelnen Pflegestufen für Neu- und Bestandskunden mit den Eintrittsaltern 20, 40 bzw. 60 Jahre (Anteil von 30% an der Gesamtwertung)
- Dynamikregelungen (Anteil von 40% an der Gesamtwertung)
- Sonstige Leistungen (z.B. Wartezeiten, Unfallbegriff, räumlicher Geltungsbereich) (Anteil von 30% an der Gesamtwertung)

Preis-Leistungsbewertung:

- Beitragsniveau für Personen mit den Eintrittsaltern 20, 40 bzw. 60 Jahre (jeweils mit einem Anteil von 25% an der Gesamtwertung)
- Oben beschriebenes Leistungsniveau für Personen mit den Eintrittsaltern 20, 40 bzw. 60 Jahre (jeweils mit einem Anteil von 75% an der Gesamtwertung)

Die einzelnen Leistungen wurden mit 0 bis 16 Punkten bewertet. Dabei stellt 16 Punkte die jeweils für den Verbraucher vorteilhafteste Regelung dar. 12, 8, 4, 2 bzw. 1 Punkt(e) stehen für den jeweils nächstplatzierten Rang. Fehlt eine Leistung, so wird dies mit 0 Punkten bewertet. Jedes Kriterium wurde mit einem Faktor zwischen 1 und 3 gewichtet, der der Bedeutung für die Mehrzahl der Versicherten gerecht werden soll.

Im Sinne des Verbraucherinteresses wurden bestimmte K.O.-Kriterien festgelegt, die das Erreichen der drei Rating-Stufen verhindern. Nur Versicherer, die ausnahmslos alle dieser Kriterien erfüllt haben, wurden näher betrachtet.

Für die Kategorie Pflegebahrversicherung wird zwischen zwei Kategorien unterschieden:

- Leistung und
- Preis-Leistung

Beide Kategorien werden mit Bronze, Silber und Gold bewertet. Voraussetzung für das Erreichen einer dieser Kategorien ist, dass die jeweiligen Mindestkriterien in allen Punkten erfüllt werden.

Für die Bewertung mit **Bronze** gelten über die gesetzlichen Mindestleistungen hinaus folgende Vorgaben:

- Versicherungsschutz bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit ohne Wartezeit
- Mindestens 60% der Höchstpunktzahl in der bewerteten Kategorie

Für die Bewertung mit **Silber** gilt zusätzlich folgende Mindestanforderung:

- Dynamisierung des Pflegegeldes bzw. des Pflegegeldes in Höhe der allgemeinen Inflationsrate (maximiert auf minimal 5%)*

- Mindestens 70% der Höchstpunktzahl in der bewerteten Kategorie

Um eine Bewertung mit **Gold** zu erzielen, muss ergänzend folgendes Leistungsmerkmal erfüllt sein:

- Dynamisierung des Pflegegeldes bzw. des Pflegegeldes mindestens vor Eintritt des Leistungsfalles in Höhe der allgemeinen Inflationsrate
- Mindestens 80% der Höchstpunktzahl in der bewerteten Kategorie

Jeder Tarif, der nach diesen Kriterien mit Bronze, Silber oder Gold bewertet werden kann, kann als „empfehlenswert“ angesehen werden, wobei dennoch stets der individuelle Kundenbedarf zu prüfen ist. Im Zweifel sind umfassende Leistungen wichtiger als ein günstiges Prämienniveau. Dies gilt insbesondere für Personen, denen aus gesundheitlichen Gründen kein ungeförderter Tarif zur Verfügung steht.

* Tarife, die über die allgemeine Inflationsrate hinaus dynamisieren, sind nicht förderfähig. Auf der Grundlage des Verbraucherpreisindex des Statistischen Bundesamtes lässt sich feststellen, dass die allgemeine Inflationsrate im Durchschnitt der drei Jahre 2009-2012 bei rund 1,45% lag (2009: 0,4%; 2010: 1,1%; 2011: 2,3%; 2012: 2,0%).

Siehe https://www.destatis.de/DE/Presse-Service/Presse/Pressemitteilungen/2013/01/PD13_018_611.html;jsessionid=7C4A612AD1171C80D1EC3215B13E3596.cae2

I. Leistungsrating



WFS 1 (Gold) für die geförderte Pflegegeld- und Pflegegeldversicherung (Pflege-Bahr)

- **BARMENIA** (MB/GEPV 2017, Tarif DFPV, Stand 01.01.2017: Geförderte ergänzende Pflegeversicherung: „Förder-Pflege“, Stand 01.2017)

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Beitragshöhe
Eintrittsalter 20 Jahre	114,50 €	343,51 €	687,02 €	916,02 €	1.145,03 €	15,00 €
Eintrittsalter 40 Jahre	60,00 €	180,00 €	360,00 €	480,00 €	600,00 €	17,70 €
Eintrittsalter 60 Jahre	60,00 €	180,00 €	360,00 €	480,00 €	600,00 €	43,86 €

Dynamik: Alle drei Jahre um 10%, max. in Höhe der allgemeinen Inflationsrate. Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre.

- **Central** (MB/GEPV 2017, TB/GEPV 2017, TB/GEPV 2017: Tarif central.pflege, Stand 01.01.2017)

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Beitragshöhe
Eintrittsalter 20 Jahre	198,00 €	396,00 €	594,00 €	792,00 €	1.980,00 €	15,74 €
Eintrittsalter 40 Jahre	198,00 €	396,00 €	594,00 €	792,00 €	1.980,00 €	32,74 €
Eintrittsalter 60 Jahre	198,00 €	396,00 €	594,00 €	792,00 €	1.980,00 €	81,58 €

Dynamik: Alle 3 Jahre Dynamisierung entsprechend der allgemeinen Inflationsrate (max. um 10%).
Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre.

- **DEVK** (AVB/GEPV, Stand 01.01.2017; Kundeninformation zur DEVK-Förderpflege, Stand 01.01.2017)

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Beitragshöhe
Eintrittsalter 20 Jahre	171,00 €	285,00 €	570,00 €	855,00 €	1.140,00 €	15,20 €
Eintrittsalter 40 Jahre	90,00 €	150,00 €	300,00 €	450,00 €	600,00 €	17,80 €
Eintrittsalter 60 Jahre	90,00 €	150,00 €	300,00 €	450,00 €	600,00 €	42,60 €

Dynamik: Alle 3 Jahre Dynamisierung entsprechend der allgemeinen Inflationsrate (max. um 10%).
Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre.

- **Envivas** (MB/GEPV 2017, TB/GEPV 2017: Tarif PflegeAktiv, Stand 01.2017)

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Beitragshöhe
Eintrittsalter 20 Jahre	198,00 €	396,00 €	594,00 €	1.188,00 €	1.980,00 €	18,68 €
Eintrittsalter 40 Jahre	198,00 €	396,00 €	594,00 €	1.188,00 €	1.980,00 €	39,30 €
Eintrittsalter 60 Jahre	198,00 €	396,00 €	594,00 €	1.188,00 €	1.980,00 €	93,13 €

Dynamik: Alle 3 Jahre Dynamisierung entsprechend der allgemeinen Inflationsrate (max. um 10%).
Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre.



WFS 2 (Silber) für die geförderte Pflegegeld- und Pflegegeldversicherung (Pflege-Bahr)

- **Debeka** (MB/GEPV 2017, Stand 01.01.2017; Tarif EPG mit Tarifbedingungen - Stand: 1. Januar 2017 - Pflegegeldversicherung)

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Beitragshöhe
Eintrittsalter 20 Jahre	126,41 €	252,81 €	547,76 €	758,43 €	842,70 €	15,00 €
Eintrittsalter 40 Jahre	90,00 €	180,00 €	390,00 €	540,00 €	600,00 €	19,02 €
Eintrittsalter 60 Jahre	90,00 €	180,00 €	390,00 €	540,00 €	600,00 €	40,02 €

Dynamik: Alle drei Jahre in Höhe der allgemeinen Inflationsrate. Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre.

I. Leistungsrating



**WFS 3 (Bronze) für die geförderte
Pflegetagegeld- und Pflegemonatsgeldversicherung
(Pflege-Bahr)**

- **R+V** (AVB/GEPV 2017, Tarif Pflege FörderBahr - PKB - Staatlich geförderte ergänzende Pflegetagegeldversicherung, Stand 01.01.2017)

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Beitragshöhe
Eintrittsalter 20 Jahre	101,34 €	304,02 €	709,38 €	1.013,40 €	1.013,40 €	15,00 €
Eintrittsalter 40 Jahre	60,00 €	180,00 €	420,00 €	600,00 €	600,00 €	18,72 €
Eintrittsalter 60 Jahre	60,00 €	180,00 €	420,00 €	600,00 €	600,00 €	46,04 €

*Dynamik: Alle 3 Jahre Dynamisierung entsprechend der allgemeinen Inflationsrate (max. um 10%).
Bewertung für die Eintrittsalter 40 und 60 Jahre.*

II. Preis-Leistungsrating



**WFS 1 (Gold) für die geförderte
Pflegetagegeld- und Pflegemonatsgeldversicherung
(Pflege-Bahr)**

- **Central** ((MB/GEPV 2017, TB/GEPV 2017, TB/GEPV 2017: Tarif central.pflege, Stand 01.01.2017)

Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre

- **Envivas** (MB/GEPV 2017, TB/GEPV 2017: Tarif PflegeAktiv, Stand 01.2017)

Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre



**WFS 2 (Silber) für die geförderte
Pflegetagegeld- und Pflegemonatsgeldversicherung
(Pflege-Bahr)**

- nicht vergeben



**WFS 2 (Bronze) für die geförderte
Pflegetagegeld- und Pflegemonatsgeldversicherung
(Pflege-Bahr)**

- nicht vergeben

Rating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung



Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung

Basis:	Tarife und Tarifkombinationen im Test: 413 Anbieter im Test: 37
Wertung:	Gold, Silber, Bronze
Stand:	08.01.2018

Versorgungslücke stark unterschätzt

Die gesetzliche Pflegeabsicherung stellt lediglich eine Teilkaskoabsicherung dar. Leider ist dies vielen Kunden nicht bewusst. Restkosten von mehreren hundert bis tausend Euro im Moment, die im Fall der Fälle aus eigener Tasche zu zahlen sind, sind nicht unüblich. Eine herkömmliche Berufsunfähigkeitsversicherung vermag diese Lücke bestenfalls während des aktiven Erwerbslebens zu schließen. Fast immer spätestens mit der Vollendung des 67. Lebensjahres fehlt dann „die Berufsunfähigkeitsversicherung fürs Alter“.

Auch der Verweis auf die Kinder als späteres „Pflegepersonal“ greift vielfach zu kurz. Fakt ist, dass Kinder als Erwachsene oft gar nicht mehr in der Nähe des elterlichen Wohnsitzes wohnen oder aus beruflichen Gründen keine Möglichkeit zum Pflegen haben. Inwiefern sie dazu Lust oder zumindest die wirtschaftlichen Möglichkeiten hätten, steht dann noch zusätzlich auf einem anderen Blatt. Fehlt das Geld, wird unter Umständen nach der billigsten Pflegeeinrichtung gesucht, wobei zwangsweise ein hochwertiger Pflegestandard entfallen muss. Bei Eintritt in eine stationäre Pflegeeinrichtung gilt für beide Geschlechter, speziell jedoch für die Männer, eine stark erhöhte Übersterblichkeit. Wer davon Kenntnis hat, wird ebenfalls versuchen, einer stationären Pflege durch eine verbesserte ambulante Pflege zu entgehen. Professionelle Pflegedienste kosten jedoch viel Geld.

Eine Vielzahl von Versicherten wird die ambulante Pflege der Unterbringung in

einer stationären Einrichtung vorziehen. Dies liegt nicht nur daran, dass das persönliche Umfeld für die Aufrechterhaltung der Restgesundheit sehr förderlich sein kann, vor allem aber der Psyche gut tut. Fragt man Kunden, wer denn die Pflege in den eigenen vier Wänden übernehmen werde, verweisen viele auf ihren Ehe- oder Lebenspartner, andere auf ihre Kinder. In der Realität pflegen sehr oft Frauen ihre Männer bis in den Tod. Um sich anschließend um ihre Pflege zu kümmern, ist dann niemand mehr da. Damit sind mehr Frauen als Männer auf eine vollstationäre Pflege angewiesen: nach erstmaligem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit kommt es bei mehr als einem Drittel aller Männer und mehr als der Hälfte aller Frauen schon nach zwei Jahren zur Inanspruchnahme einer stationären Pflege.

Eine vergleichsweise preiswerte Möglichkeit, das Pflegefallrisiko im Alter abzusichern, sind Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherungen. Diese Versicherungen versichern einen bestimmten Tages- oder Monatssatz, der meist je nach Pflegegrad in unterschiedlicher Höhe zur Auszahlung kommt. Der Pflegegrad orientiert sich dabei in der Regel an der gesetzlichen Einstufung nach SGB. Bei einigen Tarifen gilt eine Wartezeit von bis zu 3 Jahren, bevor der Versicherungsschutz beginnt. In der Ausgestaltung als Pflegebahrprodukte gilt abweichend sogar eine Wartezeit von bis zu fünf Jahren.

Der große Vorteil der meisten Pfegetagegeldversicherungen ist, dass der Kunde frei über die Auszahlungen verfügen kann, diese also auch zweckentfremdet einsetzen darf. Auch ist ein umfassender

Schutz auch für Familien mit kleinen Kindern vielfach gut finanzierbar.

Wesentliche Vorteile sind geringe Prämien, eine Bildung von Alterungsrückstellungen für bezahlbare Prämien im Alter, eine weitgehende freie Festlegung eines Tagessatzes auch über den voraussichtlichen Bedarf hinaus sowie eine meist freie Verfügbarkeit der Leistung.

Wesentliche Nachteile sind das Fehlen einer langfristig garantierten Prämienstabilität sowie der Verlust von Alterungsrückstellungen bei Kündigung. Hinzu kommt, dass Beiträge meist auch im Rentenalter und bei Pflegebedürftigkeit zu zahlen sind.

Hinzu kommt, dass eine exakte Bedarfsdeckung nur selten gestaltet werden kann, da die Leistungen entweder nach Pflegegraden oder nach Art der Pflege (ambulant, stationär) bemessen sind. Eine Beitragsfreistellung ohne Verlust des Versicherungsschutzes ist grundsätzlich nicht möglich.

Oft lückenhafte Absicherung

Viele Pflegetagegeld- und Pflegegeldtarife sehen Versicherungsschutz nur in den Pflegegraden 3, 4 und 5 oder sogar nur 4 und 5 vor. Teilweise werden Leistungen auch nur bei vollstationärer Pflege oder nur bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit erbracht. All diese Einschränkungen stellen in der Praxis eine überaus gefährliche Ausschnittsdeckung dar.

Nur sehr selten ist eine Einstufung in den höchsten Pflegegrad 5 zu erwarten, doch kann bereits eine stationäre

Unterbringung wegen Demenz ohne besondere körperliche Einschränkungen schnell Kosten von 2.000 Euro oder mehr verursachen.

Standards im Wandel

Immer mehr Versicherer sehen eine Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3 oder 4, seltener auch ab Pflegegrad 2 oder 5 vor. Daneben werden vielfach Einmalleistungen bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit oder verschiedene Assistenzleistungen angeboten.

Anbieterabhängig werden Leistungen rückwirkend ab erstmaliger Feststellung einer bedingungsgemäßen Pflegebedürftigkeit oder bei verspäteter Antragsstellung höchstens wenige Monate rückwirkend erbracht. Nicht immer reicht der Nachweis einer Einstufung als pflegebedürftig im Sinne der sozialen zur privaten Pflegepflichtversicherung aus, um Versicherungsleistungen zu beanspruchen. Positiv ist allerdings, dass einzelnen Tarife neben einer Einstufung nach SPV bzw. PPV auch eine abweichende Bewertung (z.B. nach ADL) ermöglichen, was insbesondere dann von Bedeutung ist, wenn (zeitweise) kein Versicherungsschutz in der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung besteht.

Zunehmend sehen Tarife einen weltweiten Versicherungsschutz vor, allerdings gibt es auch solche, wo außerhalb von Europäischer Union, Europäischem Wirtschaftsraum oder der Schweiz Leistungen eingeschränkt werden.

Noch immer entfällt bei vielen Tarifen der Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz dauerhaft ins Ausland bzw. ins außereuropäische Ausland verlegt.

Leider noch immer Standard ist, dass der Abschluss einer parallelen zweiten Pflegezusatzversicherung (z.B. auch in Form eines Pflegebahrtarifes) oder sogar jede Dynamikannahme erst das Einverständnis des bisherigen Versicherers voraussetzt.

Ratingsystematik

Für die Kategorie Pflegetagegeldversicherung werden drei Kategorien unterschieden: Bronze, Silber und Gold. Voraussetzung für das Erreichen einer dieser Kategorien ist, dass die jeweiligen Mindestkriterien in allen Punkten erfüllt werden.

Für die Bewertung mit **Bronze** gelten folgende Mindestanforderungen:

- Einstufung des Pflegefalls durch soziale Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung nach Pflegegraden gilt als Nachweis der bedingungsgemäßen Pflegebedürftigkeit
- Leistungen unabhängig davon, ob es sich um eine unfall- oder krankheitsbedingte Pflegebedürftigkeit handelt
- Ungekürzte Leistung auch bei Laienpflege / Pflege durch Angehörige (keine Schlechterstellung gegenüber sonstiger ambulanten Pflege)
- Leistung bei ambulanter und vollstationärer Pflege im Pflegegrad 2 mindestens 500 Euro monatlich
- Leistung bei ambulanter und vollstationärer Pflege im Pflegegrad 3 mindestens 1.000 Euro monatlich
- Leistung bei ambulanter und vollstationärer Pflege im Pflegegrad 4 mindestens 1.500 Euro monatlich
- Dynamisierung des Pflegetagegeldes bzw. des Pflegegeldes vor Eintritt des Leistungsfalles bereits ab Pflegegrad 3 möglich (min. bis auf 150 Euro pro Tag im Pflegegrad 4)
- Dynamisierung des Pflegegeldes bzw. des Pflegegeldes nach Eintritt des Leistungsfalles bereits ab Pflegegrad 3 möglich (min. bis auf 150 Euro pro Tag im Pflegegrad 4) – entweder als Teil der Anwartschafts- oder als separate Leistungsdynamik
- Beitragsbefreiung bei bedingungsgemäßer Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 4
- Versicherungsschutz ausdrücklich auch bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten mindestens in den Staaten der Europäischen Union, den Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz
- Versicherungsschutz bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit ohne Wartezeit

- Verzicht des Versicherers auf sein ordentlichen Kündigungsrecht

Um eine Bewertung mit **Silber** zu erzielen, muss ergänzend folgendes Leistungsmerkmal erfüllt sein:

- Leistung bei ambulanter Pflege im Pflegegrad 1 mindestens 200 Euro monatlich
- Genereller Verzicht auf eine Wartezeit für den Versicherungsschutz wegen Pflegebedürftigkeit

Ergänzende Voraussetzungen für die Höchstbewertung mit **Gold** sind wie folgt beschrieben:

- Im Pflegegrad I mindestens 400 Euro monatlich ambulant
- Im Pflegegrad II mindestens 700 Euro monatlich ambulant und 2.500 Euro monatlich stationär
- Im Pflegegrad III mindestens 1.200 Euro monatlich ambulant und 3.000 Euro monatlich stationär
- Im Pflegegrad IV mindestens 1.900 Euro monatlich ambulant und 3.500 Euro monatlich stationär
- Im Pflegegrad V mindestens 2.200 Euro monatlich ambulant und 3.700 Euro monatlich stationär
- Beitragsbefreiung bei bedingungsgemäßer Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3
- Ausdrücklich weltweite Geltung

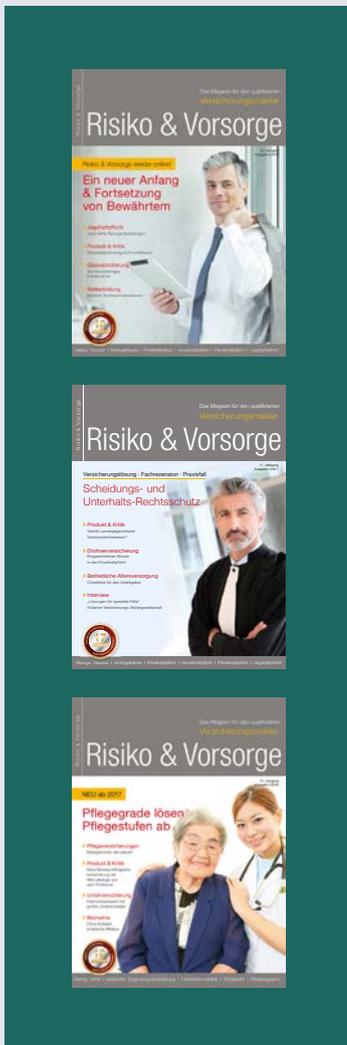
Jeder Tarif, der nach diesen Kriterien mit Bronze, Silber oder Gold bewertet werden kann, kann als „empfehlenswert“ angesehen werden, wobei dennoch stets der individuelle Kundenbedarf zu prüfen ist. Schließlich ist nie auszuschließen, dass im Zweifel ein anderer Anbieter, der die beschriebenen Voraussetzungen nicht erfüllt, für den konkreten Kunden interessanter sein kann oder ein Kunde vielleicht auch bestimmte Risiken zu Gunsten einer geringeren Prämie billigend in Kauf nehmen möchte. Auch ist zu beachten, dass auch ein positiv bewerteter Tarif in einzelnen Punkten für Ihre Kunden relevante Einschränkungen beinhalten kann, weshalb eine ausführliche Tarifrifektüre dringend angeraten wird.

Rating Pflegetagegeldversicherungen

Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherungen: Bedingungsrating				
Gesellschaft	Tarif	Maximal versicherbares Pflegegeld	Pflegegrad	Wertung
Bayerische Beamtenkrankenkasse	AVB/EPV-VT - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (Unisex), Stand: 01.07.2017; Tarif PflegePRIVAT Premium Plus Pflegetagegeldversicherung, Stand: 01.07.2017	150 Euro / Tag = 4.500 Euro monatlich	Pflegegrad 5: 100% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 4: 100% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 3: 60% häuslich, teilstationär, 100% vollstationär Pflegegrad 2: 30% häuslich, teilstationär, 100% vollstationär Pflegegrad 1: 10% häuslich, teilstationär, vollstationär	 GOLD Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung
Union Krankenversicherung	AVB/EPV-VT - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (Unisex), Stand: 01.01.2017; Tarif PflegePRIVAT Premium Plus Pflegetagegeldversicherung, Stand 01.07.2017	150 Euro / Tag = 4.500 Euro monatlich	Pflegegrad 5: 100% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 4: 100% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 3: 60% häuslich, teilstationär, 100% vollstationär Pflegegrad 2: 30% häuslich, teilstationär, 100% vollstationär Pflegegrad 1: 10% häuslich, teilstationär, vollstationär	 GOLD Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung
AXA	Vertragsgrundlage 008. Allgem. Versicherungsbedingungen für die Pflegevorsorge (AVB/PV). Teil I. Bedingungen, Stand 10.2016. Vertragsgrundlage 085. Allgem. Versicherungsbedingungen für die Pflegevorsorge (AVB/PV), Teil II Tarif Pflegevorsorge Vario, Stand 01.2017: Pflegevorsorge Vario Premium	150 Euro / Tag = 4.500 Euro monatlich	Pflegegrad 5: 100% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 4: 100% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 3: 100% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 2: 100% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 1: 100% häuslich, teilstationär, vollstationär In der Schweiz besteht Versicherungsschutz unter der Voraussetzung, dass für die versicherte Person eine deutsche korrespondenzfähige Anschrift und Bankverbindung besteht.	 SILBER Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung
Bayerische Beamtenkrankenkasse	AVB/EPV-VT - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (Unisex), Stand: 01.01.2017; Tarif PflegePRIVAT Premium Pflegetagegeldversicherung, Stand: 01.07.2017	150 Euro / Tag = 4.500 Euro monatlich	Pflegegrad 5: 100% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 4: 90% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 3: 60% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 2: 30% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 1: 10% häuslich, teilstationär, vollstationär	 SILBER Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung
Deutscher Ring	Teil I. Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegetagegeldversicherung (MB/EPV 2017), Fassung 01.2017. Teil II SIGNAL Tarifbedingungen, Fassung 01.2018. Tarif care+ Pflegegeldtarif; Tarifstufen careA+ und careS+, Stand 09.2017	3.600 Euro monatlich	Pflegegrade 1 bis 5: 100% häuslich, teilstationär, vollstationär	 SILBER Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung
Hallesche	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung. Teil I Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017). Teil II Tarif mit Tarifbedingungen (TB/EPV 2013), Fassung Januar 2017: OLGAFlex.AR	150 Euro / Tag = 4.500 Euro monatlich	Pflegegrad 5: 100% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 4: 100% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 3: 70% häuslich, teilstationär, 100% vollstationär Pflegegrad 2: 30% häuslich, teilstationär, 100% vollstationär Pflegegrad 1: 10% häuslich, teilstationär, vollstationär	 SILBER Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung
	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung. Teil I Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017). Teil II Tarif mit Tarifbedingungen (TB/EPV 2013), Fassung Januar 2017: OLGAFlex.Ri	150 Euro / Tag = 4.500 Euro monatlich	Pflegegrad 5: 100% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 4: 100% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 3: 70% häuslich, teilstationär, 100% vollstationär Pflegegrad 2: 30% häuslich, teilstationär, 100% vollstationär Pflegegrad 1: 10% häuslich, teilstationär, vollstationär	 SILBER Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung
Union Krankenversicherung	AVB/EPV-VT - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (Unisex), Stand: 01.01.2017; Tarif PflegePRIVAT Premium Pflegetagegeldversicherung, Stand: 01.07.2017	150 Euro / Tag = 4.500 Euro monatlich	Pflegegrad 5: 100% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 4: 90% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 3: 60% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 2: 30% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 1: 10% häuslich, teilstationär, vollstationär	 SILBER Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung
Vigo	MB/EPV 2017, Tarif PT – Düsseldorf Pflegegeld: PT1, PT2, PT3, PT4 und PT5, Tarifergänzung Dyn, S-Basis)	100 Euro / Tag = 3.000 Euro monatlich	Pflegegrad 5: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 4: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 3: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 2: bis 900 Euro häuslich, teilstationär, bis 3.000 Euro vollstationär Pflegegrad 1: bis 900 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär	 SILBER Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung
	(MB/EPV 2017, Tarif PT – Düsseldorf Pflegegeld: PT1, PT2, PT3, PT4 und PT5, Tarifergänzung Dyn, Tarifergänzung E, S-Basis)	100 Euro / Tag = 3.000 Euro monatlich	Pflegegrad 5: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 4: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 3: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 2: bis 900 Euro häuslich, teilstationär, bis 3.000 Euro vollstationär Pflegegrad 1: bis 900 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär	 SILBER Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung
	(MB/EPV 2017, Tarif PT – Düsseldorf Pflegegeld: PT1, PT2, PT3, PT4 und PT5, Tarifergänzung Dyn, Tarifergänzung E, S-Plus)	100 Euro / Tag = 3.000 Euro monatlich	Pflegegrad 5: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 4: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 3: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 2: bis 900 Euro häuslich, teilstationär, bis 3.000 Euro vollstationär Pflegegrad 1: bis 900 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär	 SILBER Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung

* In der Schweiz besteht Versicherungsschutz unter der Voraussetzung, dass für die versicherte Person eine deutsche korrespondenzfähige Anschrift und Bankverbindung besteht.

Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherungen: Bedingungsrating				
Gesellschaft	Tarif	Maximal versicherbares Pflegegeld	Pflegegrad	Wertung
Central	Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB/PG 2017), Stand 01.2017; Tarif central.pflegePlus, Stand 01.2017	150 Euro / Tag = 4.500 Euro monatlich	Pflegegrad 5: 100% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 4: 100% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 3: 60% häuslich, teilstationär, 100% vollstationär Pflegegrad 2: 30% häuslich, teilstationär, 100% vollstationär Pflegegrad 1: 10% häuslich, teilstationär, vollstationär	 BRONZE Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung
Vigo	MB/EPV 2017, Tarif PT – Düsseldorfer Pflegegeld: PT2, PT3, PT4 und PT5, Tarifiergänzung Dyn, S-Basis	100 Euro / Tag = 3.000 Euro monatlich	Pflegegrad 5: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 4: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 3: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 2: bis 900 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 1: bis 900 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär	 BRONZE Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung
	MB/EPV 2017, Tarif PT – Düsseldorfer Pflegegeld: PT2, PT3, PT4 und PT5, Tarifiergänzung Dyn, Tarifiergänzung E, S-Basis	100 Euro / Tag = 3.000 Euro monatlich	Pflegegrad 5: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 4: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 3: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 2: bis 900 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 1: bis 900 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär	 BRONZE Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung
	MB/EPV 2017, Tarif PT – Düsseldorfer Pflegegeld: PT2, PT3, PT4 und PT5, Tarifiergänzung Dyn, Tarifiergänzung E, S-Plus	100 Euro / Tag = 3.000 Euro monatlich	Pflegegrad 5: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 4: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 3: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 2: bis 900 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 1: bis 900 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär	 BRONZE Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung



Das Magazin für den qualifizierten **Versicherungsmakler**

Risiko & Vorsorge

In der nächsten Ausgabe könnte Ihre Werbung stehen

Durch eine Anzeige in „Risiko & Vorsorge“ erreichen Sie an Qualität interessierte Makler, Mehrfachvertreter und Führungskräfte aus der Assekuranz.

Fordern Sie Ihr persönliches Angebot an!



Witte Financial Services
Stephan Witte
Oelerser Straße 6
312375 Sievershausen
Tel: 05175 954681
Mobil: 0178 8757938
Stephan@Witte-Financial-Services.de

Rating Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV Unfall)



■ FIV als Unfallversicherung

Basis:	FIV als Unfallversicherung: 169 Tarife 16 Anbieter im Test
Wertung:	Gold, Silber, Bronze
Stand:	03.01.2018

Rating Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV Leben)



■ FIV als Lebensversicherung

Basis:	FIV als Lebensversicherung: 82 Tarife 7 Anbieter im Test
Wertung:	Gold, Silber, Bronze
Stand:	03.01.2018

Allgemeines

Funktionsinvaliditätsversicherungen sind eine neuartige Form der Absicherung der persönlichen Arbeitskraft. Erstmals wurde ein solches Produkt im September 2006 von der Axa unter dem Namen „Unfall-Kombirente“ eingeführt. Dabei ist die Namensgebung etwas irreführend gewesen, da tatsächlich nicht allein das Unfallrisiko abgesichert wurde.

Bislang ist die Signal Iduna der einzige Versicherer, der einen entsprechenden Tarif auf den Markt gebracht hat und mittlerweile das Neugeschäft eingestellt hat.

Allen bisher am Markt angebotenen Produkten zur Absicherung der funktionellen Invalidität weisen gewisse Gemeinsamkeiten, aber auch erhebliche Unterschiede auf. Grundsätzliche Charakteristika sowohl von Lebens- als auch von Sachversicherern sind folgende Merkmale:

- Rentenleistung wegen Verlustes einer oder mehrerer Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)

- Rentenleistung wegen Pflegebedürftigkeit
- Renten- oder Einmalleistung bei Krebs

Darüber hinaus gibt es Merkmale, die typisch für Unfallprodukte sind und andere, die man nur bei den Lebensversicherern findet.

Zur Abgrenzung einer Funktionsinvaliditätsversicherung von einer Grundfähigkeitsversicherung sowie von anderen Formen der Arbeitskraftabsicherung ist daher folgende Produktdefinition geeignet:

Bewertungsmaßstab der FIV ist mit Ausnahme der Krebsleistung eine erhebliche Beeinträchtigung definierter körperlicher Funktionen. Zur Leistungserbringung müssen Funktionsminderungen einen medizinisch eindeutig definierten Schwellenwert erreichen. Eine eindeutige Definition bedeutet, dass ein Versicherte theoretisch selbst dazu in der Lage wäre, anhand ihm vorliegender ärztlicher Gutachten selbst zu beurteilen, ob ein Leistungsanspruch aus seinem Vertrag besteht. Dabei müssen die beschriebenen Funktionsminderungen in der Regel voraussichtlich auf Dauer und irreversibel sein.

Anstelle einer reinen Diagnoseabsicherung wie im Fall einer Dread Disease, geht es um die dauerhaften Folgen einer funktionellen Invalidität. Dabei spielt es im Regelfall keine Rolle, ob diese unfall- oder krankheitsbedingt erfolgte. Üblicherweise sind die Betroffenen bei Minderung der Organfunktion bis zur Leistungsschwelle noch arbeitsfähig.

Eine Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) besteht in der Regel aus den Bausteinen Grundfähigkeitsrente, Pflegerente sowie mindestens einem dritten Baustein (Unfallrente, Organrente oder Leistung bei Eintritt einer schweren Erkrankung). Teil dieses dritten Bausteins ist mindestens eine Renten- oder Einmalleistung auch bei Eintritt einer definierten Krebserkrankung.

Von einer FIV ist nur dann zu sprechen, wenn das Versicherungsprodukt im Deckungsumfang zu mindestens in einem Modul alle möglichen Erkrankungen berücksichtigt und keine Erkrankung ausschließt.¹ Dies wird im Regelfall durch die Pflegekomponente erreicht. Daneben besteht die Möglichkeit, eine Rentenleistungsdauer wegen Verlustes von Grundfähigkeiten oder Pflegebedürftig-

keit bei Kindern mindestens bis zur Volljährigkeit, bei Erwachsenen mindestens bis zur Vollendung des 62. Lebensjahres zu vereinbaren. Vereinzelt wird die FIV am Markt auch als „Multirentenprodukt“ bezeichnet, dies in Anlehnung an die Multi-Rente aus dem Hause Janitos. Mit diesem Namen wird demnach ein Tarif und keine Produktgattung umschrieben.

Wer bei der Swiss Life auf den Zusatzbaustein für schwere Krankheiten verzichtet, besitzt lediglich eine Grundfähigkeitsversicherung oder zumindest eine Grundfähigkeitsversicherung mit Pflegezusatzversicherung, nicht jedoch eine Funktionsinvaliditätsversicherung im engeren Sinne.

Nach dem gleichen Prinzip sind auch die als Lebensversicherung kalkulierte Existenz-Versicherung des Volkswohl Bundes nur mit zusammen mit der optionalen „Erste-Hilfe-Leistung“ als Funktionsinvaliditätsversicherung einzustufen und der ebenfalls als Lebensversicherung kalkulierte Handwerker-Schutz der Nürnberger nur dann, wenn wenigstens Baustein 1 und 2 abgesichert wurden.

Seit Sommer 2016 kann auch die Körperschutzpolice der Allianz wahlweise mit oder ohne Einmalleistung bei Eintritt definierter schwerer Erkrankungen abgeschlossen werden. Wird dieser Baustein abgewählt, so handelt es sich nicht um eine Funktionsinvaliditätsversicherung.

Zielgruppe für eine FIV sind in erster Linie Personen mit körperlicher oder handwerklicher Berufstätigkeit oder solche, die aus finanziellen oder gesundheitlichen Gründen keine Möglichkeit haben, eine Berufsunfähigkeitsversicherung zu finanzieren. Anders als in der Berufsunfähigkeitsversicherung besteht jedoch höchstens minimaler Ver-

Unternehmensqualität

Funktionsinvaliditätsversicherungen sind Produkte, die einen Kunden ein Leben lang begleiten sollen. Von daher sollte in der Beratung auch Wert auf die Qualität des jeweiligen Risikoträgers gelegt werden.

Unternehmens- und Finanzstärkeratings können hierzu eine Hilfestellung bieten, verhindern aber nicht zwingend eine mögliche Fehleinschätzung des jeweiligen Raters. Außerdem ist zu beachten, dass ein Spitzenrating eines Anbieters nicht zwingend mit dem eines Wettbewerbers vergleichbar ist. Dazu sind die einzelnen Ratingansätze zu unterschiedlich. Mal handelt es sich um ein Finanzstärke-, mal um ein Investorenrating und ein anderes Mal um eine Bewertung der Servicequalität. Auch stellt jedes Rating nur eine Momentaufnahme dar.

Manch ein finanzstarkes Unternehmen verliert Kunden durch schwachen Service oder ungünstige vertriebliche Umorganisation, ein anderes Unternehmen ist dafür möglicherweise vertrieblich umso erfolgreicher, weist aber schwache Bilanzkennzahlen auf. Liegen also für ein Unternehmen positive Bewertungen in verschiedenen Bereichen vor, so ist dies ein zumindest gutes Zeichen. Zu beachten ist jedoch ferner, dass die meisten Finanzstärkeratings Auftragsratings sind und damit gerade von kleinen Gesellschaften meist nicht wirtschaftlich sinnvoll finanziert werden können. Damit ist der Umkehrschluss, dass ein Unternehmen ohne aussagekräftige Ratings nicht empfehlenswert ist, nicht zwingend möglich.

sicherungsschutz im Fall psychischer Erkrankungen. Wer also wegen Depressionen oder Burnout eine ambulante Behandlung durch einen Psychotherapeuten „genießt“ und nach diversen Sitzungen als weitgehend geheilt entlassen wird, kann aus der Funktionsinvaliditätsversicherung anders als aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung keinen Leistungsanspruch herleiten. Da aber Angststörungen, Neurosen, Erschöpfungssyndrome oder Phobien als gut behandelbar und reversibel gelten, passt dieser Ansatz in die Funktionsinvalidität. Ein möglicher Leistungsanspruch setzt regelmäßig mindestens die Einweisung in eine geschlossene Einrichtung voraus.

Versicherungsschutz besteht für definierte körperliche Funktionsverluste, eine Absicherung einer konkret ausgeübten beruflichen Tätigkeit fällt jedoch nicht

unter den Versicherungsschutz. Damit bleibt die Absicherung gegen Berufsunfähigkeit stets erste Wahl, während eine FIV stets nur eine eingeschränkte Alternative darstellen kann. Für viele Kunden dürfte sie dennoch die erste Wahl sein. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass auch für Gutverdiener eine vollständige Absicherung gegen Berufsunfähigkeit fast immer an den verfügbaren Finanzen scheitern dürfte, weshalb eine ergänzende Funktionsinvaliditätsversicherung für den Worst Case durchaus angeraten werden kann.

¹ Insofern zählen die mittlerweile geschlossenen Tarifvarianten VitaLife-Junior, „Optimal“ und „Optimal-Start“ und VitaLife Optimal der Signal Iduna streng genommen nicht als Funktionsinvaliditätsprodukte

FIV als Unfallversicherung

FIV als Unfallversicherung wird angeboten von: Adcuri, Arag, AXA, Barmenia, Die Bayerische, Gothaer, Interlloyd, Janitos, Konzept & Marketing mit Risikoträger VHV, Lebensversicherung von 1871 a.G. in Kooperation mit der TRIAS Versicherung AG und der BGV-Versicherung AG, Sparkassen-Versicherung Sachsen, SV Sparkassenversicherung, Swiss Life Partner (SLP), VPV, Zurich.

Allen bisher am Markt angebotenen Unfallprodukten zur Absicherung der funktionellen Invalidität sind unter anderem folgende Charakteristika gemein:

- Rentenleistung wegen Verlustes einer oder mehrerer Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente; abweichend keine Rentenleistung in einigen geschlossenen Tarifen der Signal Iduna)
- Rentenleistung wegen Pflegebedürftigkeit ab der bis 2016 gültigen Pflegestufe I (Pflegerente; abweichend keine Rentenleistung in einigen geschlossenen Tarifen der Signal Iduna) oder einer ADL-Definition, die der bis Ende 2016 gültigen Pflegestufe I entspricht
- Rentenleistung wegen Minderung der Funktion wesentlicher Organe (Organrente)
- Rentenleistung wegen unfallbedingter Invalidität ab 50% (Unfallrente)

Teilweise wird als fünfte Leistungsart eine Krebsrente benannt, während andere Versicherer eine Leistung bei Krebs als Teil der lebenslangen Organrente vorsehen. Als einzige verkaufsoffene Anbieter wird von Janitos seit dem 01.12.2012 bzw. von Adcuri / Barmenia seit 01.02.2017 als sechste Leistungsart neben einer Krebsrente auch eine Dread-Disease-Rente angeboten. Swiss Life Partner sieht im Existenzschutz Plus zusätzliche Leistung bei Tod der versicherten Person vor, sofern bei Tod auf Grund einer Krebserkrankung des Stadiums/

Grades IV, Organrente, Grundfähigkeitsrente, Pflegerente oder Unfallrente gezahlt wird.

Der statistisch wichtigste Leistungsbau-stein jeder Funktionsinvaliditätsversicherung ist die Organrente wie sie alle Unfall-, jedoch kein Lebensversicherer vorsehen. Insgesamt wurden bis Ende 2011 etwa 2/3 aller Leistungsfälle aus der Organrente, 10 bis 20% aus der Unfallrente, 10 bis 15% aus der Grundfähigkeitenrente und weniger als 5% aus der Pflegerente erbracht. Im Rahmen des dominierenden Organkonzepts entfallen etwa 50% aller Leistungsfälle auf die Leistungsart Krebs. Bei den Krebserkrankungen führend ist dabei Brustkrebs.

Beitragsniveau von Funktionsinvaliditätsversicherungen als Unfallversicherung

Für Kunden wie auch Makler ist neben dem hier bewerteten Bedingungs-niveau sicher auch das Beitragsniveau von Bedeutung. Insgesamt ist eine deutliche Prämienanpassung als Folge der Einführung von Unisex ab dem 21.12.2012 festzustellen, wobei Janitos die Prämien für das Neugeschäft zum 01.07.2013 bereits wieder erheblich reduziert hat, für Bestandsverträge der ersten Tarifgeneration 2017 dafür Beitragsanpassungen von bis über 30 Prozent vorgenommen hat. Anders als bei Tarifen der ersten Tarifgeneration sehen mittlerweile fast alle Versicherer anstelle von Levelprämien eine technisch einjährige Kalkulation vor. Als Folge steigen die Beiträge im Bestand mit zunehmendem Alter mit.

Ratingsystematik

Für die Kategorie Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) werden drei Kategorien unterschieden: Bronze, Silber und Gold.

Voraussetzung für das Erreichen einer dieser Kategorien ist, dass die jeweiligen Mindestkriterien in allen Punkten erfüllt werden.

Um eine Bewertung mit Bronze zu erzielen, müssen folgende Anforderungen erfüllt sein:

- mindestens 80% der erreichbaren Gesamtwertung
- prämieneutrale Leistungsverbesserungen gelten für Unfallverträge automatisch auch für bestehende Verträge (Innovationsklausel)
- Leistungsanspruch für den Verlust von Grundfähigkeiten ohne gleichzeitiges Vorliegen einer vollständigen oder teilweisen Erwerbsminderung, Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit
- Rentenleistung wegen Verlustes einer oder mehrerer Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)
- Rentenleistung wegen Pflegebedürftigkeit
- Renten- oder Einmalleistung bei Krebs

Ergänzende Voraussetzungen für die Bewertung mit Silber sind wie folgt beschrieben:

- mindestens 85% der erreichbaren Gesamtwertung

Ergänzende Voraussetzungen für die Höchstbewertung mit Gold sind wie folgt beschrieben:

- mindestens 90% der erreichbaren Gesamtwertung
- uneingeschränkter Versicherungsschutz als Beifahrer auf einem Motorrad

Jeder Tarif, der nach diesen Kriterien mit Bronze, Silber oder Gold bewertet werden kann, kann als „empfehlenswert“ angesehen werden, wobei dennoch stets der individuelle Kundenbedarf zu prüfen ist. Schließlich ist nie auszuschließen, dass im Zweifel ein anderer Anbieter, der die beschriebenen Voraussetzungen nicht erfüllt, für den konkreten Kunden interessanter sein kann oder ein Kunde vielleicht auch bestimmte Risiken zu Gunsten einer geringeren Prämie billiger in Kauf nehmen möchte.

Anders als in vielen anderen Sparten muss bei der Umstellung von Bestandsverträgen besondere Vorsicht an den Tag gelegt werden. Viele Alttarife sehen lebenslange Rentenleistungen / eine lebenslange Krebsrente oder sogar einen uneingeschränkten Verzicht des Versicherers auf das ordentliche Kündigungsrecht vor. Auch im Detail haben viele Tarife erhebliche Veränderungen seit dem Start der ersten Tarifgenerationen durchgemacht. Durch vielfach vorhandene Innovationsklauseln oder aufgrund von Bisextarifen kann eine Tarifumstellung weitere Nachteile für Versicherte mit sich bringen.

Im Sinne einer fairen Vergleichbarkeit der einzelnen FIV-Produkte werden Unfall- und Lebensversicherer zwar anhand der jeweils gleichen Kriterien bewertet, wobei jedoch die jeweils beste Bewertung innerhalb der beiden Kategorien mit einem Erfüllungsgrad von 100% betrachtet wird. Leistungsmerkmale, die nur von Lebensversicherern erfüllt werden können (z.B. ein möglicher Rückkaufswert) werden damit zwar für alle Anbieter im Test erfasst, führen aber zu keiner Abwertung eines Unfallversicherers gegenüber einem anderen Unfallversicherer. Gleiches gilt natürlich auch umgekehrt, wo Unfallversicherer Leistungsmerkmale besitzen, die derzeit kein Lebensversicherer besitzt (z.B. Organrente).

Bewertete Kategorien

Die Produkte wurden nach verschiedenen Kategorien bewertet, welche zwei großen Blöcken zuzuordnen sind: Vertragliches und Nebenleistungen (Gewichtung von 30%; I bis IV) sowie Kernleistungen (Gewichtung von 70%; V bis IX). Diese Blöcke sind jeweils weiter differenziert, so dass sich abschließend folgende Teilbereiche und Gewichtungen ergeben:

- I. Allgemeine Rahmendaten (Fragen 1-29; Gesamtgewichtung: 19,5%)
(*versicherbare Versicherungsdauer, versicherbare Leistungsdauer, räumlicher Geltungsbereich, Anpassungsmöglichkeiten von Bedingungen und Prämien, etc.*)
- II. Allgemeine Leistungen (Fragen 30-

- 45; Gesamtgewichtung: 3%)
(*Beitragsbefreiung bei Eintritt des Leistungsfalls, Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit, uneingeschränkte Fortführung von Kinderprodukten bei Erreichen des 18. Lebensjahres etc.*)
- III. Sonstige versicherbare Kosten (Fragen 192 bis 197; Gesamtgewichtung: 3%)
(*Kapitalsofortleistungen bei erstmaligem Eintritt des Leistungsfalls, Kapitalleistungen bei schweren Operationen, Mitversicherung von Rehakosten etc.*)
- IV. Nachversicherungsgarantien (Fragen 198 bis 206; Gesamtgewichtung: 4,5%)
(*Anspruchsvoraussetzungen, Fristen, Höhe der optionalen Nachversicherung etc.*)
- V. Leistungen der Unfallrente (Fragen 46 bis 85; Gesamtgewichtung: 7%)
(*verbesserte Gliedertaxe, Mitwirkungsregelung, Mitversicherung von Bewusstseinsstörungen, etc.*)
- VI. Leistungen bei Krebs aus der Organrente oder als Leistung aus einem Dread-Disease-Baustein (Fragen 86 bis 96; Gesamtgewichtung: 8%)
(*lebenslange oder zeitlich befristete Krebsleistung, Wartezeiten, Leistung bei welcher Krebserkrankung ab welchem Schweregrad etc.*)
- VII. Leistungen bei Herzinfarkt aus der Organrente oder als Leistung aus einem Dread-Disease-Baustein (Fragen 97 bis 100; Gesamtgewichtung: 7%)
(*Umfang der mitversicherten Herzerkrankungen, Wartezeiten etc.*)
- VIII. Sonstige Organrentenleistungen (Fragen 101 bis 111; Gesamtgewichtung: 30%)
(*Umfang der versicherten Organrentenauslöser, Wartezeiten, Nachprüfungsvoraussetzungen etc.*)
- IX. Einmalleistung bei Dread Disease bzw. Rentenleistung bei einer schweren Erkrankung (Dread-Disease-Rente) (Fragen 152 bis 191; Gesamtgewichtung: 7%)*
(*weitere versicherte Krankheiten und deren Leistungsvoraussetzungen*)
- X. Leistungen der Grundfähigkeitsrente (Fragen 112 bis 142; Gesamtgewichtung: 8%)
(*Definition der einzelnen Grundfähigkeiten, Leistungs- und Nachprüfungsvoraussetzungen etc.*)

- XI. Leistungen der Pflegerente (Fragen 143 bis 151; Gesamtgewichtung: 2%)
(*Leistungsvoraussetzungen, Pflege- rentenbeginn, Wartezeiten etc.*)

* derzeit Leistungsbaustein nur der Lebensversicherer sowie von Janitos

Gewichtung innerhalb der Kategorien

Jede einzelne Leistung wurde mit einem Faktor zwischen 1 und 3 gewichtet.

Faktor 1 bezeichnet Leistungen, die eher wenig wichtig sind.

Beispiele:

- Bedingungsseitige Definition eines Invaliditätsgrades bei Stimmverlust. Die Leistung kann hier etwa häufig durch die Grundfähigkeiten- oder Organrente kompensiert werden. Auch ist die Eintrittswahrscheinlichkeit für einen Leistungsfall sehr gering.
- Versicherungsschutz für Minderjährige sowie entmündigte Erwachsene, wenn eine Straftat im Führen eines Land- oder Wasserfahrzeuges ohne Führerschein besteht oder ein unbefugter Gebrauch eines Fahrzeuges vorliegt (§ 248 b Strafgesetzbuch), wobei Voraussetzung ist, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde. In der Praxis dürfte dieser Fall eher selten vorkommen. Zudem stellt sich die berechnete Frage, inwiefern der Leistungsfall durch Straftaten durch das Kollektiv entschädigt werden soll.
- Verzicht auf Wartezeit für die Leistungsart Krebs. Die Wahrscheinlichkeit, dass der Leistungsfall erst kurz nach Vertragsabschluss eintritt, ist eher gering und ein vertretbares Risiko.
- Eine Leistung bei aplastischer Anämie. Diese Erkrankung tritt nur äußerst selten auf, so dass Tarife mit fehlender Versicherung ein durchaus vertretbares Risiko bedeuten.

Leistungen, die generell wichtig sind (entweder objektiv aus Risikosicht oder aus subjektiver Sicht eines durchschnittlichen zu versichernden Kunden) wurden mit **Faktor 2** gewichtet.

Beispiele:

- In welchem Umfang besteht eine Mitversicherung von Invalidität durch Erkrankungen des Gehirns und des zentralen Nervensystems im Rahmen der Organrente? Betrachtet man die Leistungsvoraussetzungen der einzelnen Anbieter in diesem Punkt, so ist ein Leistungseintritt sicher eher selten zu erwarten, da die Funktion eines Beines oder eines Armes oder mindestens einer Körperhälfte aufgrund einer Schädigung von Gehirn oder Rückenmark zu mindestens 90% aufgehoben sein muss. Dennoch ist die beschriebene Schädigung so gravierend, dass ein davon betroffener Kunde in jedem Fall Versicherungsschutz erwarten kann.
- In welchem Umfang besteht im Rahmen der Grundfähigkeitsrente Versicherungsschutz für den Verlust des Sehvermögens (Blindheit)? Hier ist die Eintrittswahrscheinlichkeit der Versicherer noch deutlich geringer zu bewerten, doch dürfte die Mitversicherung des Verlustes des Sehsinns subjektiv als besonders relevant erachtet werden. Damit stellt der Faktor 2 hier einen Kompromiss zwischen dem objektiven Risiko (eher Faktor 1) und dem subjektiven Risiko (eher Faktor 3) dar.

Leistungen, die sowohl subjektiv wie auch objektiv von besonderer Bedeutung für den Versicherungsschutz sind, wurden mit **Faktor 3** bewertet.

Beispiele:

- Wird eine Krebsleistung als zeitlich befristete oder generell lebenslange

Rente erbracht. In den Fällen, in denen die Krebserkrankung innerhalb der in den Bedingungen festgelegten Leistungsdauer ausgeheilt ist, kann die dauerhafte Leistung einer solchen Rente durchaus verzichtbar sein, da der Versicherte seine Arbeit wieder aufnehmen kann.

Bei den Patienten, die nicht innerhalb der Leistungsdauer gesund werden oder versterben, führt eine Verschlimmerung des Zustandes in vielen Fällen zu einer Leistung aufgrund des Organkonzeptes. In der Regel wird eine Krebsrente als alleiniger Leistungsauslöser nicht länger als maximal 5 Jahre einen Leistungsanspruch begründen. Die meisten Krebsformen führen bis dahin entweder zum Tod oder zur Reaktivierung. Auf der anderen Seite gibt es verschiedene Lymphome (z.B. Morbus Hodgkin), die regelmäßig tödlich enden, aber auch mal 10 Jahre Leistungen allein aus der Krebsrente verursachen können.

Generell ist Krebs im Zusammenspiel mit anderen Faktoren zu betrachten. Bei vielen Krebserkrankungen kann ein lebenslanger Krebsrentenanspruch entstehen, ohne dass allein die Leistung aus dem Organkonzept hierfür maßgeblich ist. In Deutschland überleben 50% aller männlichen und 59% aller weiblichen Patienten eine Krebsdiagnose länger als 5 Jahre. Mehr zur Überlebensrate bei verschiedenen Krebsarten finden Sie im Internet unter http://www.internisten-im-netz.de/de_prognose_1235.html.

- Krebsleistung ab welchem Schweregrad. Es macht natürlich einen großen Unterschied, ob bereits frühe Krebs-

stadien mitversichert sind oder erst ab Schweregrad III/3 eine zeitlich befristete oder lebenslange Leistung erbracht wird und welche weiteren Anforderungen an den Leistungsfall geknüpft sind.

Abstufung der Bewertungen

Da Versicherer den Leistungsumfang ihrer Produkte naturgemäß nicht einheitlich definieren, gibt es hier auch Abstufungen in der Bewertung einzelner vertraglicher Leistungen. In der Regel gilt dabei, dass die jeweils beste versicherte Leistung mit 16 Punkte, die zweitbeste mit 12, die drittbeste mit 8 und dann entsprechend mit 4, 2 und 1 Punkt(en) bewertet wird. Ist eine Leistung nicht vorhanden, so gilt für diese im Normalfall eine Bewertung mit 0 Punkten.

Insbesondere im Rahmen der Unfallrente kann es allerdings sein, dass eine Klarstellung oder fehlende Leistung einen Abzug von 8 Punkten rechtfertigt. Dies geschieht dann, wenn die entsprechende Leistung die durch die unverbindliche Verbandsempfehlung des GDV für die Unfallversicherung definierten Musterbedingungen unterschreitet.

Ebenfalls ein Abzug von 8 Punkten wird bei besonders überraschenden oder verbraucherunfreundlichen Klauseln berechnet. Dies betrifft glücklicherweise nur sehr wenige Leistungsfragen von noch weniger Unternehmen.

Ist eine stark einschränkende Klausel immerhin besser als ein kompletter Ausschluss wird sie je nach Einzelfall abweichend mit in der Regel 1 Punkt bewertet.

Rating Funktionsinvaliditätsversicherungen

Vorbemerkung: An dieser Stelle erfolgt keine Veröffentlichung der Bewertung für Altтарife, die nicht mehr für den Verkauf geöffnet sind. Auf persönliche Anfrage können auch hierzu Ergebnisse mitgeteilt werden. Teilweise sind diese leistungsstärker als die verkaufsoffenen Varianten, die aktuell zum Kauf angeboten werden.

Bedingungsrating FIV als Unfallversicherung		
Gesellschaft	Tarif	Wertung
Konzept & Marketing mit Risikoträger VHV	allsafe lavidia Grundtarif mit Best-Baustein II für Kinder Aktueller Bedingungsstand: 08.2015 Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja Mindesteintrittsalter: 4 Jahre Höchstesintrittsalter: 59 Jahre	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) GOLD
Konzept & Marketing mit Risikoträger VHV	allsafe lavidia Grundtarif mit Best-Baustein II für Erwachsene Aktueller Bedingungsstand: 08.2015 Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja Mindesteintrittsalter: 18 Jahre Höchstesintrittsalter: 59 Jahre	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) GOLD
Konzept & Marketing mit Risikoträger VHV	allsafe lavidia Grundtarif mit Best-Baustein III für Kinder Aktueller Bedingungsstand: 08.2015 Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja Mindesteintrittsalter: 4 Jahre Höchstesintrittsalter: 59 Jahre	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) GOLD
Konzept & Marketing mit Risikoträger VHV	allsafe lavidia Grundtarif mit Best-Baustein III für Erwachsene Aktueller Bedingungsstand: 08.2015 Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja Mindesteintrittsalter: 18 Jahre Höchstesintrittsalter: 59 Jahre	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) GOLD
Anwartschaftsdynamik: optional (keine, 1%, 2%, 3%, 4% oder 5% p.a.) / <u>Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht</u> : eingeschränkt (Kündigung möglich, wenn Gesamtbestand des gleichen Bedingungswerkes am gleichen Tag gekündigt wird) / <u>Innovationsklausel</u> : ja / <u>lebenslange Krebsrente</u> : im Grundtarif, mit Best-Baustein I oder Best-Baustein II nur ab Schweregrad IV, mit Best-Baustein III ab Schweregrad III (sofern Neubemessung in den ersten 3 Jahren bei Kindern bzw. 5 Jahren bei Erwachsenen keinen Wegfall der Leistungsvoraussetzungen ergibt), sonst je nach Schweregrad zwischen 6 und 36 Monaten / <u>lebenslange Pflegerente</u> : ja (jährliche Neubemessung möglich) / <u>Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades</u> : ja		
Konzept & Marketing mit Risikoträger VHV	allsafe lavidia Grundtarif mit Best-Baustein I für Kinder Aktueller Bedingungsstand: 08.2015 Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja Mindesteintrittsalter: 4 Jahre Höchstesintrittsalter: 59 Jahre	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) SILBER
Konzept & Marketing mit Risikoträger VHV	allsafe lavidia Grundtarif mit Best-Baustein I für Erwachsene Aktueller Bedingungsstand: 08.2015 Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja Mindesteintrittsalter: 18 Jahre Höchstesintrittsalter: 59 Jahre	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) SILBER
Konzept & Marketing mit Risikoträger VHV	allsafe lavidia Grundtarif für Kinder Aktueller Bedingungsstand: 08.2015 Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja Mindesteintrittsalter: 4 Jahre Höchstesintrittsalter: 59 Jahre	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) SILBER
Konzept & Marketing mit Risikoträger VHV	allsafe lavidia Grundtarif für Erwachsene Aktueller Bedingungsstand: 08.2015 Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja Mindesteintrittsalter: 4 Jahre Höchstesintrittsalter: 59 Jahre	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) SILBER
Anwartschaftsdynamik: optional (keine, 1%, 2%, 3%, 4% oder 5% p.a.) / <u>Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht</u> : eingeschränkt (Kündigung möglich, wenn Gesamtbestand des gleichen Bedingungswerkes am gleichen Tag gekündigt wird) / <u>Innovationsklausel</u> : ja / <u>lebenslange Krebsrente</u> : im Grundtarif, mit Best-Baustein I oder Best-Baustein II nur ab Schweregrad IV, mit Best-Baustein III ab Schweregrad III (sofern Neubemessung in den ersten 3 Jahren bei Kindern bzw. 5 Jahren bei Erwachsenen keinen Wegfall der Leistungsvoraussetzungen ergibt), sonst je nach Schweregrad zwischen 6 und 36 Monaten / <u>lebenslange Pflegerente</u> : ja (jährliche Neubemessung möglich) / <u>Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades</u> : ja		
	Nicht vergeben	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) BRONZE

Hinweis: Bitte beachten Sie, dass die Leistungsauszüge aus den Bedingungen hier stark verkürzt dargestellt wurden und nicht nur hinsichtlich des Umfangs der versicherten Leistungen bei Krebs oder anderen schweren Erkrankungen ein Blick in die Bedingungen sehr anzuraten ist. Kein Rating kann eine umfassende Bedarfsermittlung und Beratung beim Verbraucher ersetzen. Dies gilt auch für dieses Rating. Die Zahl von Leistungseinschlüssen in der Funktionsinvaliditätsversicherung ist trotz sehr ähnlicher Kernleistungen Legion, weshalb für Ihren Kunden im Einzelfall dennoch ein Blick in die konkreten Bedingungen von weitreichender Bedeutung bleibt. Bitte beachten Sie, dass trotz gewissenhafter Erfassung aller Kriterien und der hier dargestellten Daten etwaige Fehler nicht gänzlich auszuschließen sind. Sollten Ihnen solche auffallen, bitte ich um unverzügliche Benachrichtigung.

FIV als Lebensversicherung

FIV als Lebensversicherung wird angeboten von: Allianz; CARDEA.life, eine Marke der PrismaLife (ab 2017: PrismaLife); Nürnberger (ggf. Kombination aus Lebens- und Unfallversicherer); Swiss Life; Targo; Volkswohl Bund. *Die Targo sieht sich als „Körperschutzversicherung“ und möchte daher gerne unberücksichtigt bleiben. Eine inhaltliche Überprüfung der bewerteten Kriterien durch das Unternehmen hat daher nicht stattgefunden.*

Versicherungsschutz besteht bei folgenden Leistungsauslösern:

- Rentenleistung wegen Verlustes einer oder mehrerer Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)
- Rentenleistung wegen Pflegebedürftigkeit nach ADL oder in Anlehnung an das SGB (Pflegerente)
- Einmalleistung bei bestimmten schweren Krankheiten (Dread-Disease-Leistung; bei Allianz, Swiss Life und beim VOLKSWOHL BUND abweichend nur optional)
- Bei der Nürnberger zusätzlich: optional ergänzend Rentenleistung bei unfallbedingter Berufs- oder Pflegebedürftigkeit bzw. einmalige Kapitalleistung im Falle eines Unfalls
- Bei CARDEA.life zusätzlich: Einmalleistung bei Tod der versicherten Person, eine Rente bei Unfallinvalidität sowie optional eine Rentenleistung bei Berufsunfähigkeit durch Zusatzversicherung BU plus
- Bei der Allianz, bei Swiss Life sowie beim VOLKSWOHL BUND zusätzlich: Option auf Anschluss-Pflegerentenversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung

Ratingsystematik

Für die Kategorie Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) werden drei Kategorien unterschieden: Bronze, Silber und Gold.

Voraussetzung für das Erreichen einer dieser Kategorien ist, dass die jeweiligen Mindestkriterien in allen Punkten erfüllt werden.

Um eine Bewertung mit Bronze zu erzielen, müssen folgende Anforderungen erfüllt sein:

- mindestens 70% der erreichbaren Gesamtwertung
- Leistungsanspruch für den Verlust von Grundfähigkeiten ohne gleichzeitiges Vorliegen einer vollständigen oder teilweisen Erwerbsminderung, Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit
- Rentenleistung wegen Verlustes einer oder mehrerer Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)
- Rentenleistung wegen Pflegebedürftigkeit
- Renten- oder Einmalleistung bei Krebs

Ergänzende Voraussetzungen für die Bewertung mit Silber sind wie folgt beschrieben:

- mindestens 75% der erreichbaren Gesamtwertung

Ergänzende Voraussetzungen für die Höchstbewertung mit Gold sind wie folgt beschrieben:

- mindestens 90% der erreichbaren Gesamtwertung
- uneingeschränkter Versicherungsschutz als Beifahrer auf einem Motorrad

Jeder Tarif, der nach diesen Kriterien mit Bronze, Silber oder Gold bewertet werden kann, kann als „empfehlenswert“ angesehen werden, wobei dennoch stets der individuelle Kundenbedarf zu prüfen ist. Schließlich ist nie auszuschließen, dass im Zweifel ein anderer Anbieter, der die beschriebenen Voraussetzungen nicht erfüllt, für den konkreten Kunden interessanter sein kann oder ein Kunde vielleicht auch bestimmte Risiken zu Gunsten einer geringeren Prämie billigend in Kauf nehmen möchte.

Im Sinne einer fairen Vergleichbarkeit der einzelnen FIV-Produkte werden Unfall- und Lebensversicherer zwar anhand der jeweils gleichen Kriterien bewertet, wobei jedoch die jeweils beste Bewertung innerhalb der beiden Kategorien mit einem Erfüllungsgrad von 100% be-

trachtet wird. Leistungsmerkmale, die nur von Lebensversicherern erfüllt werden können (z.B. ein möglicher Rückkaufswert) werden damit zwar für alle Anbieter im Test erfasst, führen aber zu keiner Abwertung eines Unfallversicherers gegenüber einem anderen Unfallversicherer. Gleiches gilt natürlich auch umgekehrt, wo Unfallversicherer Leistungsmerkmale besitzen, die derzeit kein Lebensversicherer besitzt (z.B. Organrente).

Bewertete Kategorien

Die Produkte wurden nach verschiedenen Kategorien bewertet, welche zwei großen Blöcken zuzuordnen sind: Vertragliches und Nebenleistungen (Gewichtung von 30%; I bis IV) sowie Kernleistungen (Gewichtung von 70%; V bis IX). Diese Blöcke sind jeweils weiter differenziert, so dass sich abschließend folgende Teilbereiche und Gewichtungen ergeben:

- I. Allgemeine Rahmendaten (Fragen 1-29; Gesamtgewichtung: 19,5%)
(*versicherbare Versicherungsdauer, versicherbare Leistungsdauer, räumlicher Geltungsbereich, Anpassungsmöglichkeiten von Bedingungen und Prämien, etc.*)
- II. Allgemeine Leistungen (Fragen 30-45; Gesamtgewichtung: 3%)
(*Beitragsbefreiung bei Eintritt des Leistungsfalls, Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit, uneingeschränkte Fortführung von Kinderprodukten bei Erreichen des 18. Lebensjahres etc.*)
- III. Sonstige versicherbare Kosten (Fragen 191 bis 196; Gesamtgewichtung: 3%)
(*Kapitalsofortleistungen bei erstmaligem Eintritt des Leistungsfalls, Kapitalleistungen bei schweren Operationen, Mitversicherung von Rehakosten etc.*)
- IV. Nachversicherungsgarantien (Fragen 197 bis 205; Gesamtgewichtung: 4,5%)
(*Anspruchsvoraussetzungen, Fristen, Höhe der optionalen Nachversicherung etc.*)
- V. Leistungen der Unfallrente (Fragen

46 bis 85; Gesamtgewichtung: 7%)
(verbesserte Gliedertaxe, Mitwirkungsregelung, Mitversicherung von Bewusstseinsstörungen, etc.)

- VI. Leistungen bei Krebs aus der Organrente oder als Leistung aus einem Dread-Disease-Baustein (Fragen 86 bis 96; Gesamtgewichtung: 8%)
(lebenslange oder zeitlich befristete Krebsleistung, Wartezeiten, Leistung bei welcher Krebserkrankung ab welchem Schweregrad etc.)
- VII. Leistungen bei Herzinfarkt aus der Organrente oder als Leistung aus einem Dread-Disease-Baustein (Fragen 97 bis 100; Gesamtgewichtung: 7%)
(Umfang der mitversicherten Herzerkrankungen, Wartezeiten etc.)
- VIII. Sonstige Organrentenleistungen (Fragen 101 bis 111; Gesamtgewichtung: 30%)
(Umfang der versicherten Organrentenauslöser, Wartezeiten, Nachprüfungsvoraussetzungen etc.)
- IX. Einmalleistung bei Dread Disease bzw. Rentenleistung bei einer schweren Erkrankung (Dread-Disease-Rente) (Fragen 152 bis 190; Gesamtgewichtung: 7%)*
(weitere versicherte Krankheiten und deren Leistungsvoraussetzungen)
- X. Leistungen der Grundfähigkeitsrente (Fragen 112 bis 142; Gesamtgewichtung: 8%)
(Definition der einzelnen Grundfähigkeiten, Leistungs- und Nachprüfungsvoraussetzungen etc.)
- XI. Leistungen der Pflegerente (Fragen 143 bis 151; Gesamtgewichtung: 2%)
(Leistungsvoraussetzungen, Pflege Rentenbeginn, Wartezeiten etc.)

* derzeit Leistungsbaustein nur der Lebensversicherer sowie von Janitos

Jede einzelne Leistung wurde mit einem Faktor zwischen 1 und 3 gewichtet.

Faktor 1 bezeichnet Leistungen, die eher wenig wichtig sind.

Beispiele:

- Bedingungsseitige Definition eines Invaliditätsgrades bei Stimmverlust.

Die Leistung kann hier etwa häufig durch die Grundfähigkeiten- oder Organrente kompensiert werden. Auch ist die Eintrittswahrscheinlichkeit für einen Leistungsfall sehr gering.

- Verzicht auf Wartezeit für die Leistungsart Krebs. Die Wahrscheinlichkeit, dass der Leistungsfall erst kurz nach Vertragsabschluss eintritt, ist eher gering und ein vertretbares Risiko.
- Eine Leistung bei aplastischer Anämie. Diese Erkrankung tritt nur äußerst selten auf, so dass Tarife mit fehlender Versicherung ein durchaus vertretbares Risiko bedeuten.

Leistungen, die generell wichtig sind (entweder objektiv aus Risikosicht oder aus subjektiver Sicht eines durchschnittlichen zu versichernden Kunden) wurden mit **Faktor 2** gewichtet.

Beispiele:

- In welchem Umfang besteht im Rahmen der Grundfähigkeitsrente Versicherungsschutz für den Verlust des Sehvermögens (Blindheit)? Hier ist die Eintrittswahrscheinlichkeit der Versicherer noch deutlich geringer zu bewerten, doch dürfte die Mitversicherung des Verlustes des Sehens subjektiv als besonders relevant erachtet werden. Damit stellt der Faktor 2 hier einen Kompromiss zwischen dem objektiven Risiko (eher Faktor 1) und dem subjektiven Risiko (eher Faktor 3) dar.

Leistungen, die sowohl subjektiv wie auch objektiv von besonderer Bedeutung für den Versicherungsschutz sind, wurden mit **Faktor 3** bewertet.

Beispiele:

- Wird eine Krebsleistung als zeitlich befristete oder generell lebenslange Rente erbracht. In den Fällen, in denen die Krebserkrankung innerhalb der in den Bedingungen festgelegten Leistungsdauer ausgeheilt ist, kann die dauerhafte Leistung einer solchen Rente durchaus verzichtbar sein, da der Versicherte seine Arbeit wieder aufnehmen kann. Bei den Patienten, die nicht innerhalb der Leistungsdauer gesund werden oder versterben, führt eine Verschlimmerung des Zustandes in vielen Fällen zu einer Leistung aufgrund des Organkonzeptes. In der Re-

gel wird eine Krebsrente als alleiniger Leistungsauslöser nicht länger als maximal 5 Jahre einen Leistungsanspruch begründen. Die meisten Krebsformen führen bis dahin entweder zum Tod oder zur Reaktivierung. Auf der anderen Seite gibt es verschiedene Lymphome (z.B. Morbus Hodgkin), die regelmäßig tödlich enden, aber auch mal 10 Jahre Leistungen allein aus der Krebsrente verursachen können. Generell ist Krebs im Zusammenspiel mit anderen Faktoren zu betrachten. Bei vielen Krebserkrankungen kann ein lebenslanger Krebsrentenanspruch entstehen. In Deutschland überleben 50% aller männlichen und 59% aller weiblichen Patienten eine Krebsdiagnose länger als 5 Jahre. Mehr zur Überlebensrate bei verschiedenen Krebsarten finden Sie im Internet unter http://www.internisten-im-netz.de/de_prognose_1235.html.

- Krebsleistung ab welchem Schweregrad. Es macht natürlich einen großen Unterschied, ob bereits frühe Krebsstadien mitversichert sind oder erst ab Schweregrad III/3 eine zeitlich befristete oder lebenslange Leistung erbracht wird und welche weiteren Anforderungen an den Leistungsfall geknüpft sind.

Abstufung der Bewertungen

Da Versicherer den Leistungsumfang ihrer Produkte naturgemäß nicht einheitlich definieren, gibt es hier auch Abstufungen in der Bewertung einzelner vertraglicher Leistungen. In der Regel gilt dabei, dass die jeweils beste versicherte Leistung mit 16 Punkte, die zweitbeste mit 12, die drittbeste mit 8 und dann entsprechend mit 4, 2 und 1 Punkt(en) bewertet wird. Ist eine Leistung nicht vorhanden, so gilt für diese im Normalfall eine Bewertung mit 0 Punkten.

Ein Abzug von 8 Punkten erfolgt bei besonders überraschenden oder verbraucherunfreundlichen Klauseln. Dies betrifft glücklicherweise nur sehr wenige Leistungsfragen von noch weniger Unternehmen. Ist eine stark einschränkende Klausel immerhin besser als ein kompletter Ausschluss wird sie je nach Einzelfall abweichend mit in der Regel 1 Punkt bewertet.

Rating Funktionsinvaliditätsversicherungen

Vorbemerkung: An dieser Stelle erfolgt keine Veröffentlichung der Bewertung für Altтарife, die nicht mehr für den Verkauf geöffnet sind. Auf persönliche Anfrage können auch hierzu Ergebnisse mitgeteilt werden. Teilweise sind diese leistungsstärker als die verkaufsoffenen Varianten, die aktuell zum Kauf angeboten werden.

Bedingungsrating FIV als Lebensversicherung		
Gesellschaft	Tarif	Wertung
PrismaLife	Prisma MultiSafe BU plusExxellent Aktueller Bedingungsstand: 01.2017	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) GOLD
PrismaLife	Prisma MultiSafe mit BU plusEco Aktueller Bedingungsstand: 01.2017	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) GOLD
<p><i>Produktdetails: Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls:</i> ja (Grundfähigkeiten, Unfallinvalidität, Pflegebedürftigkeit, Berufsunfähigkeit) / <i>Mindesteintrittsalter:</i> 18 Jahre (Versicherungsnehmer), 15 Jahre (versicherte Person) / <i>Höchstesintrittsalter:</i> 80 Jahre (Versicherungsnehmer), 55 Jahre (versicherte Person) / <i>versicherbare monatliche Rentenhöhe bei Antragsstellung:</i> zwischen 500 und 3.000 Euro monatlich (max. 70% des Bruttoeinkommens zum Zeitpunkt der Antragsstellung. Bei Studenten, Hausfrauen und Hausmännern, maximal 1.000 Euro monatlich) / <i>Anwartschaftsdynamik:</i> nein / <i>lebenslange Krebsrente:</i> nein / <i>Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades:</i> ja / <i>Für den Vertrag geltendes Recht:</i> Recht der Bundesrepublik Deutschland / <i>Aufsichtsrecht:</i> Die PrismaLife untersteht als liechtensteinischer Lebensversicherer der liechtensteinischen Finanzmarktaufsicht (kurz FMA). In Deutschland ist die PrismaLife im Wege der Dienstleistungsfreiheit tätig. In diesem Zusammenhang übt die deutsche Aufsicht die Rechtsaufsicht aus. / <i>Gesetzlicher Insolvenzschutz:</i> nein</p>		
PrismaLife	Prisma MultiSafe Aktueller Bedingungsstand: 01.2017	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) GOLD
<p><i>Produktdetails:</i> Leistungen siehe oben, allerdings ohne Leistung und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit</p>		
Swiss Life	Swiss Life Vitalschutz mit Swiss Life Schwere-Krankheiten-Option Aktueller Bedingungsstand: 10.2015	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) SILBER
Swiss Life	Swiss Life Vitalschutz Komfort mit Swiss Life care-Option-plus und mit Swiss Life Schwere-Krankheiten-Option Aktueller Bedingungsstand: 10.2015	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) SILBER
Swiss Life	Swiss Life Vitalschutz Komfort mit Swiss Life care-Option-plus, Swiss Life Anschluss-Option und mit Swiss Life Schwere-Krankheiten-Option Aktueller Bedingungsstand: 10.2015	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) SILBER
Swiss Life	Swiss Life Vitalschutz Komfort mit Swiss Life care-Option-plus und mit Swiss Life Schwere-Krankheiten-Option Aktueller Bedingungsstand: 10.2015	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) SILBER
Swiss Life	Swiss Life Vitalschutz Komfort mit Swiss Life care-Option-plus, Swiss Life Anschluss-Option und mit Swiss Life Schwere-Krankheiten-Option Aktueller Bedingungsstand: 10.2015	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) SILBER
Swiss Life	Swiss Life Vitalschutz Premium mit Swiss Life Schwere-Krankheiten-Option Aktueller Bedingungsstand: 10.2015	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) SILBER
Swiss Life	Swiss Life Vitalschutz Premium mit Swiss Life care-Option-plus und mit Swiss Life Schwere-Krankheiten-Option Aktueller Bedingungsstand: 10.2015	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) SILBER
Swiss Life	Swiss Life Vitalschutz Premium mit Swiss Life care-Option-plus, Swiss Life Anschluss-Option und mit Swiss Life Schwere-Krankheiten-Option Aktueller Bedingungsstand: 10.2015	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) SILBER

Rating Funktionsinvaliditätsversicherungen

Bedingungsrating FIV als Lebensversicherung		
Gesellschaft	Tarif	Wertung
Swiss Life	Swiss Life Vitalschutz Premium mit Swiss Life care-Option-plus und mit Swiss Life Schwere-Krankheiten-Option Aktueller Bedingungsstand: 10.2015	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) SILBER
Swiss Life	Swiss Life Vitalschutz Premium mit Swiss Life care-Option-plus, Swiss Life Anschluss-Option und mit Swiss Life Schwere-Krankheiten-Option Aktueller Bedingungsstand: 10.2015	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) SILBER
Swiss Life	Swiss Life Vitalschutz Komfort mit Swiss Life Schwere-Krankheiten-Option Aktueller Bedingungsstand: 10.2015	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) SILBER
<p><i>Produktdetails: Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls:</i> Beitragsbefreiung nur der monatlichen Renten bei definierter Grundunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit sowie gegen Zuschlag eingeschlossener Pflegezusatzversicherung, nicht bei Dread Disease / <i>Mindesteintrittsalter:</i> 15 Jahre / <i>Höchsteintrittsalter:</i> 52 Jahre / <i>versicherbare monatliche Rentenhöhe bei Antragsstellung:</i> zwischen 200 und 5.500 Euro monatlich für die Grundfähigkeitsrente aus dem Grundbaustein. Leistung bei Mitversicherung schwerer Krankheiten wahlweise in Höhe von 12, 24 oder 36 Grundfähigkeitsrenten. Die Höhe der versicherbaren Grundfähigkeitsrente ist einkommensabhängig. Bis zu einer Rente von 4.166,66 Euro monatlich können bis zu 80% des Nettoeinkommens versichert werden, für den übersteigenden Teil bis 50%. Die maximale Rente wird erreicht, wenn das Nettoeinkommen 6.833,33 Euro monatlich erreicht. Ausnahmen für Schüler, Studenten, Auszubildende, Berufsanfänger und Piloten. Keine Absicherung für Arbeitslose, Hausfrauen oder Hausmänner möglich / <i>Anwartschaftsdynamik:</i> optional (keine, 2% oder 3% p.a. Werden die vereinbarten einkommensabhängigen Höchstgrenzen erreicht, entfällt für das entsprechende Jahr eine Dynamisierung der Leistungen. In der Regel darf auch durch eine Dynamik 80% des bisherigen Nettoeinkommens nicht überstiegen werden, also keine Inanspruchnahme der Dynamik für Arbeitslose, Hausfrauen oder Hausmänner möglich / <i>Lebenslange Krebsrente:</i> nein (Einmalleistung zwischen 12 und 36 Grundfähigkeitsrenten) / <i>Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades:</i> ja</p>		
Allianz	KörperSchutzPolice E230 mit Dread-Disease-Baustein Aktueller Bedingungsstand: 06.2016	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) BRONZE
Allianz	KörperSchutzPolice E230 mit Dread-Disease-Baustein und mit Pflegezusatzrente Aktueller Bedingungsstand: 06.2016	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) BRONZE
<p><i>Produktdetails: Anwartschaftsdynamik:</i> optional (keine oder 3% p.a.) / <i>Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls:</i> ja (Grundfähigkeiten, Pflegebedürftigkeit) / <i>Mindesteintrittsalter:</i> 18 Jahre (Versicherungsnehmer), 15 Jahre (versicherte Person) / <i>Höchsteintrittsalter:</i> nicht zutreffend (Versicherungsnehmer), 54 Jahre (versicherte Person) / <i>versicherbare monatliche Rentenhöhe bei Antragsstellung:</i> zwischen 50 und 5.000 Euro monatlich (max. 80% des Nettoeinkommens zum Zeitpunkt der Antragsstellung. Im Rahmen einer späteren Nachversicherungsoption maximal 70% des Nettoeinkommens) / <i>Lebenslange Krebsrente:</i> nein (Einmalleistung von 12 Monatsrente) / <i>Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades:</i> ja / <i>Für den Vertrag geltendes Recht:</i> Recht der Bundesrepublik Deutschland / <i>Aufsichtsrecht:</i> zuständig ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Bereich Versicherungen) / <i>Gesetzlicher Insolvenzschutz:</i> ja (Protector Lebensversicherungs-AG</p>		
Nürnberger	NÜRNBERGER HandwerkerSchutz (Baustein 1: Grundunfähigkeitsversicherung, Baustein 2: Krankheits-Schutz sowie Baustein 3: UnfallSchutz – Unfall-Berufsunfähigkeitsrente) Aktueller Bedingungsstand: 01.2015	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) BRONZE
<p><i>Produktdetails: Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls:</i> Beitragsbefreiung nur der monatlichen Renten bei definierter Grundunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder unfallbedingter Berufsunfähigkeit, nicht bei Dread Disease. Ist eine Dread Disease der einzige Leistungsauslöser, so erlischt danach der entsprechende Versicherungsschutz für den Schnellhilfe-Baustein / <i>Mindesteintrittsalter:</i> 15 Jahre / <i>Höchsteintrittsalter:</i> 67 Jahre (in manchen Berufen abweichend 62 Jahre) / <i>versicherbare monatliche Rentenhöhe bei Antragsstellung:</i> zwischen 50 und 5.000 Euro monatlich für die Kombination aus Grundfähigkeits- und Unfall-BU-Rente (je nach Alter abweichende Mindestwerte in 1-Euro-Schritten). Leistung bei Schwere Krankheit wahlweise bis 5.000 Euro, bis 15.000 Euro oder bis 30.000 Euro / <i>Anwartschaftsdynamik:</i> optional (keine, 5% oder 3 bis 10% p.a. Die NÜRNBERGER Selbstständige Grundunfähigkeitsrente und die Unfall-Berufsunfähigkeits-Rente (UR) werden erhöht, bis insgesamt 30.000 EUR Jahresrente erreicht oder erstmals überschritten werden. Sobald dies erfolgt ist, finden für den gesamten Vertrag keine Erhöhungen mehr statt. Die Versicherungssumme der Schnellhilfe-Zusatzversicherung wird erhöht, bis 30.000,00 EUR erreicht oder erstmals überschritten werden. Eine Dynamik kann nicht abgeschlossen werden, wenn die versicherte Grundfähigkeitsrente 2.500 Euro oder höher ist) / <i>Lebenslange Krebsrente:</i> nein (Einmalleistung zwischen 5.000 und 30.000 Euro) / <i>Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades:</i> ja</p>		
Swiss Life	Swiss Life Vitalschutz mit Swiss Life care-Option-plus und mit Swiss Life Schwere-Krankheiten-Option Aktueller Bedingungsstand: 10.2015	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) BRONZE
Swiss Life	Swiss Life Vitalschutz mit Swiss Life care-Option-plus, mit Swiss Life Anschluss-Option und mit Swiss Life Schwere-Krankheiten-Option Aktueller Bedingungsstand: 10.2015	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) BRONZE

Rating Funktionsinvaliditätsversicherungen

Bedingungsrating FIV als Lebensversicherung		
Gesellschaft	Tarif	Wertung
Swiss Life	Swiss Life Vitalschutz Komfort mit Swiss Life care-Option-plus und mit Swiss Life Schwere-Krankheiten-Option Aktueller Bedingungsstand: 10.2015	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) BRONZE
Swiss Life	Swiss Life Vitalschutz Komfort mit Swiss Life care-Option-plus, mit Swiss Life Anschluss-Option und mit Swiss Life Schwere-Krankheiten-Option Aktueller Bedingungsstand: 10.2015	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) BRONZE
<p>Produktdetails: Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: Beitragsbefreiung nur der monatlichen Renten bei definierter Grundunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit sowie gegen Zuschlag eingeschlossener Pflegezusatzversicherung, nicht bei Dread Disease / Mindesteintrittsalter: 15 Jahre / Höchstesintrittsalter: 52 Jahre / versicherbare monatliche Rentenhöhe bei Antragsstellung: zwischen 200 und 5.500 Euro monatlich für die Grundfähigkeitsrente aus dem Grundbaustein. Leistung bei Mitversicherung schwerer Krankheiten wahlweise in Höhe von 12, 24 oder 36 Grundfähigkeitsrenten. Die Höhe der versicherbaren Grundfähigkeitsrente ist einkommensabhängig. Bis zu einer Rentenhöhe von 4.166,66 Euro monatlich können bis zu 80% des Nettoeinkommens versichert werden, für den übergreifenden Teil bis 50% des Nettoeinkommens. Die maximale Rente wird demnach erreicht, wenn das Nettoeinkommen 6.833,33 Euro monatlich erreicht hat. Ausnahmen für Schüler, Studenten, Auszubildende, Berufsanfänger und Piloten. Keine Absicherung für Arbeitslose, Hausfrauen oder Hausmänner möglich / Anwartschaftsdynamik: optional (keine, 2% oder 3% p.a. Werden die vereinbarten einkommensabhängigen Höchstgrenzen erreicht, entfällt für das entsprechende Jahr eine Dynamisierung der Leistungen. In der Regel darf auch durch eine Dynamik 80% des bisherigen Nettoeinkommens nicht überstiegen werden, also keine Inanspruchnahme der Dynamik für Arbeitslose, Hausfrauen oder Hausmänner möglich / lebenslange Krebsrente: nein (Einmalleistung zwischen 12 und 36 Grundfähigkeitsrenten) / Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja</p>		

Hinweis: Bitte beachten Sie, dass die Leistungsauszüge aus den Bedingungen hier stark verkürzt dargestellt wurden und nicht nur hinsichtlich des Umfangs der versicherten Leistungen bei Krebs oder anderen schweren Erkrankungen ein Blick in die Bedingungen sehr anzuraten ist. Kein Rating kann eine umfassende Bedarfsermittlung und Beratung beim Verbraucher ersetzen. Dies gilt auch für dieses Rating. Die Zahl von Leistungseinschlüssen in der Funktionsinvaliditätsversicherung trotz sehr ähnlicher Kernleistungen Legion, weshalb für Ihren Kunden im Einzelfall dennoch ein Blick in die konkreten Bedingungen von weitreichender Bedeutung bleibt. Bitte beachten Sie, dass trotz gewissenhafter Erfassung aller Kriterien und der hier dargestellten Daten etwaige Fehler nicht gänzlich auszuschließen sind. Sollten Ihnen solche auffallen, bitte ich um unverzügliche Benachrichtigung.

Rating Unfallversicherungen



- Kinder
- Erwachsene
- Senioren
- Heilberufe

Basis:

Tarife im Test: 1.404 Tarife (allgemein)
362 Tarife (Heilberufe)
Anbieter im Test: 102 für alle Berufe
bzw. 28 für Angehörige von Heilberufen

Wertung:

Gold, Silber, Bronze

Stand:

12.01.2018

Jedes Jahr kommt es deutschlandweit zu einer großen Zahl von Unfällen. Glücklicherweise führen nur etwa 1 Prozent davon zu einer bleibenden Invalidität und nur knapp 0,3 Prozent zum Unfalltod. Gerade bei jungen Männern nehmen Verkehrsunfälle – auch solche mit Todesfolge – eine prominente Rolle an, während das Unfallrisiko gerade bei Frauen mit steigendem Alter zunimmt – die schwersten Unfälle haben hier statistisch Unfälle ab dem vollendeten 60. Lebensjahr. Besonders oft sind sie die Folge von Stürzen. Eine der häufigsten Unfallursachen von Kindern und Jugendlichen bis zum Alter von 15 Jahren sind Vergiftungen.

Schwere Unfälle führen regelmäßig zu Krankenhausaufenthalten. Die durchschnittliche Verweildauer beträgt etwa eine Woche, nimmt aber mit zunehmendem Alter der geschädigten Personen stark zu. Am häufigsten führen Unfälle mit stationärer Behandlung zu Verletzungen innerhalb des Schädels. Dabei ist eine Fraktur des Oberschenkelknochens die Hauptdiagnose bei Frauen nach Sport- und Freizeitunfällen, bei Männern Verletzungen innerhalb des Schädels.

Sportunfälle führen besonders oft zu Ver- und Ausrenkungen, Verstauchungen sowie Zerrungen des Kniegelenks wie auch der Bänder des Kniegelenks. Bezogen auf die Gliedertaxe beträgt das Verhältnis von Schäden an Armen, Händen und Schultergelenken / des Kopfes sowie Verletzungen an Beinen, Füßen und Sprunggelenken etwa 1:2:3, d.h. auf eine dauerhafte Invalidität im Armbereich kommen etwa drei Schädigungen an Beinen und Füßen.¹

Die Gliedertaxe der Versicherer ignorieren Schädelverletzungen weitestgehend, sofern dadurch keine Schädigungen an Sinnesorganen verbunden sind.

In den vergangenen Jahren wurde der Leistungskatalog privater Unfallversicherungen deutlich erweitert. Für Kunden und Vermittler stellt sich dadurch zunehmend das Problem, welche dieser Einschlüsse im konkreten Leistungsfall wirklich wichtig sind oder überhaupt einen Mehrwert darstellen. Häufig handelt es sich um Klarstellungen als Folge der beständigen Rechtsprechung

Nur wenige Leistungsmerkmale entscheiden regelmäßig darüber, ob und in welcher Höhe eine Versicherungsleistung erfolgt. Entscheidend sind in erster Linie die Bausteine Unfallbegriff (z.B. Mitversicherung auch von Eigenbewegungen), Invaliditätsgrundsumme, Progression und Unfallrente.

Wesentliche Unterschiede gibt es bei diesen vor allem in Bezug auf die Höhe und Art der Anrechnung eines Mitwirkungsanteils bei Krankheiten oder Gebrechen (anbieterabhängig Kürzung des Invaliditätsgrades oder der Leistung), Mitversicherung / Ausschluss von Bewusstseinsstörungen sowie Invalidität als Folge einer Infektion wie z.B. eines Zeckenbisses. Oft kommt es zu Auseinandersetzungen rund um das Thema Meldefristen, weshalb auch die Meldefristen für die Anmeldung des Invaliditätsfalles sowie die ärztliche Feststellung derselben in die Bewertung aufgenommen wurden. Neben diesen Kernleistungen können im Einzelfall auch andere Einschlüsse von großer Bedeutung,

so z.B. Versicherungsschutz bei Kartrennen, Sofortleistungen, Kostenübernahme für behindertengerechte Umbaumaßnahmen oder Rehaleistungen. Diese sonstige Leistungen gingen ebenfalls in die Gesamtwertung mit ein.

Extras wie Unfallkrankhaustagegeld, Unfallkrankentagegeld oder Übergangsleistungen sind im Einzelfall sicher wichtig, sollten aber nur zweitrangig über die Auswahl des geeigneten Versicherungstarifes entscheiden. Sie wurden daher nicht bewertet.

Bedarfsermittlung in der Unfallversicherung

Eine allgemeingültige Formel für die Bedarfsermittlung gibt es nicht, da weder vorhersehbar ist, wann es zu einem Unfall kommt noch welchen Invaliditätsgrad durch dieser zur Folge hat. Die folgenden Ausführungen können daher nur einen allgemeinen Anhaltspunkt für eine bedarfsgerechte Absicherung bieten.

Konkrete Empfehlungen der Versicherer können sehr stark variieren. Die InterRisk etwa empfiehlt eine Absicherung des 6- bis 8-fachen Bruttojahreseinkommens als Leistung bei Vollinvalidität (Tarife ohne Progression) bzw. dem vierfachen Bruttojahreseinkommens (Tarife mit Progressionsstaffel). Für die Unfallrente wird ein Betrag von 80 bis 100% des letzten Nettoeinkommens empfohlen. Dazu wird eine Rentendynamik von 2 bis 3% zum Inflationsausgleich angeraten.²

Für nicht erwerbstätige Personen sind diese Angaben jedoch wenig zielfüh-

rend. Hier muss die Bedarfsermittlung auf eine andere Art und Weise erfolgen.

Eine Kapitalleistung von 100.000 Euro ist bei einer Verzinsung von 2 bis 3% p.a. und einer monatlichen Entnahme von 1.000 Euro in etwa 9 Jahren verbraucht.

Ohne Kapitalverzehr reicht eine Kapitalleistung von 100.000 Euro bei einer Verzinsung von 2 bis 3% p.a. für eine monatliche Kapitalentnahme von ca. 165 bis 250 Euro.

Witte Financial Services empfiehlt eine Grundsumme von nicht unter 100.000 Euro und eine Leistung bei Vollinvalidität von nicht unter 500.000 Euro. Da jeder Versicherer Höchstgrenzen für die Versicherbarkeit vorsieht, muss der gewünschte Versicherungsschutz unter Umständen über mehr als einen Versicherer zugleich abgesichert werden.

Rating-Systematik

Grundlage für das Rating waren insgesamt 6 Teilbereiche mit 122 Einzelfragen. Diese umfassen die besonders praxisrelevanten Punkte, in denen sich die Angebote voneinander unterscheiden:

- Garantien: GDV-Standard, Standard Arbeitskreis Beratungsprozesse, Innovationsklausel (4 Fragen mit einem Anteil von 10% an der Gesamtwertung)
- Definition des Unfallbegriffes, u.a. hinsichtlich erhöhter Kraftanstrengung und Eigenbewegungen oder Einatmung schädlicher Stoffe (18 Fragen mit einem Anteil von 10% an der Gesamtwertung)
- Versicherungsschutz bei Bewusstseinsstörungen (z.B. Alkohol, Medikamente, Epilepsie) sowie bei Unfällen u.a. durch Herzinfarkt und Schlaganfall (20 Fragen mit einem Anteil von 10% an der Gesamtwertung)
- Infektionsklausel: erweiterter Versicherungsschutz bei der Infektion u.a. durch Insekten und andere Tiere, mit Cholera, Typhus oder durch Anhusen oder Annesen (15 Fragen mit einem Anteil von 10% an der Gesamtwertung)
- Mitwirkungsklausel: Kürzung auf-

grund von Krankheiten und Gebrechen (Mitwirkungsanteil) auf Basis der Leistung oder des Prozentsatzes vom Invaliditätsgrad (2 Fragen mit einem Anteil von 10% an der Gesamtwertung)

- Obliegenheiten: Meldefristen bei Invalidität, Unfalltod, zunächst geringfügig erscheinenden Verletzungen oder ausdrücklichem Verzicht auf eine Operationspflicht nach Unfällen (11 Fragen mit einem Anteil von 10% an der Gesamtwertung)
- Gliedertaxe und Progressionstabellen (ohne Progression, mit Mehrleistungstarifen auf Basis einer Höchstleistung von 100% bzw. Tarifen mit 500% Progression), definierten Invaliditätsgraden für Stimmverlust und Organschäden (15 Fragen, die u.a. die vollständige Gliedertaxe umfassen, mit Anteil von 30% an der Gesamtwertung). Tarife mit einer Mehrleistung sowie einer Höchstleistung von 100% (z.B. Basis-Progression der InterRisk mit Höchstleistung ab 50% Invalidität oder Tarif der SLP mit Höchstleistung ab 75% Invalidität) wurden zwar separat erfasst, jedoch bei den Tarifen ohne Progression aufgeführt. (12 Fragen mit einem Anteil vom 30% an der Gesamtwertung)
- Sonstige Leistungen: z.B. Bergungskosten, Sofortleistung, Leistungen bei Zahnersatz, Versicherungsschutz für Kinder beim Umfang mit selbst gebastelten Feuerwerkskörpern, Einschränkungen der Leistung abhängig von sportlicher und beruflicher Tätigkeit im Schadenfall (25 Fragen mit Anteil von 10% an der Gesamtwertung)

Separat bewertet wurde auch der Leistungsumfang einer Unfallrente mit insgesamt 16 speziellen Fragen. Das Leistungsniveau Unfallrente und die oben beschriebenen Tarifbausteine zum Unfallschutz wurden je mit 50 Prozent gewichtet.

Die einzelnen Bedingungen wurden bewertet mit einem Faktor von -8 bis 16 Punkten. Dabei stellt 16 Punkte die jeweils für den Verbraucher vorteilhafteste Regelung dar. 12, 8 und 4 Punkte stehen für den jeweils zweiten, dritten bzw. vierten Platz. Jede Regelung, die besser als GDV-Standard, aber schlechter als die viertbeste Individuallösung ist, erhält pauschal 2 Punkte. Als Vergleichsmaß-

stab wurde der GDV-Standard gewählt. Ist eine Leistung schlechter als dieser Standard, so führt dies zu einem Abzug von acht Punkten Abzug. Abweichende Regelungen wurden für Bewusstseinsstörungen durch Alkohol festgelegt.

Jedes Kriterium wurde mit einem Faktor zwischen 1 und 3 gewichtet, der der Bedeutung für die Mehrzahl der Versicherten gerecht werden soll.

Eine ausführliche Darstellung aller Ratingkriterien finden Sie unter www.witte-financial-services.de

Im Sinne des Verbraucherinteresses wurden bestimmte K.O.-Kriterien festgelegt, die das Erreichen der drei Rating-Stufen verhindern. Nur Versicherer, die ausnahmslos alle dieser Kriterien erfüllt haben, wurden näher betrachtet.

K.O.-Kriterien allgemein:

- Garantie, dass der Versicherer nicht zum Nachteil des Kunden von den aktuell gültigen AUB 2014 mit Stand 25.03.2014 oder alternativ den AUB 2010, Stand 10.2010 abweicht (GDV-Garantie) oder alternativ implizite Garantie durch die Garantie Arbeitskreis Vermittlerrichtlinie Dokumentation mit Stand 11.03.2008 oder jünger oder Arbeitskreis Beratungsprozesse mit Stand 17.02.2010 oder jünger abweicht (aktuell ist der Stand 09.03.2015)
- Uneingeschränkte Weltgeltung für versicherte Personen mit 24-Stunden-Deckung für Beruf und Freizeit mit möglichen Einschränkungen nur bei Krieg und Bürgerkriegshandlungen
- Innovationsklausel: der Tarif sieht bedingungsseitig vor, dass veränderte Bedingungen, die ausschließlich zum Vorteil der versicherten Person sind, automatisch auch für bestehende Verträge gelten, sofern dies keinen Mehrbeitrag erfordert.
- Versicherungsschutz auch bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfallfolgen, wenn ein Arzt erst dann hinzugezogen wird, sobald der tatsächliche Umfang der Unfallfolgen erkennbar ist („Geringfügige Unfallfolgen“)

- Kürzung der Leistung aufgrund der Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen erst ab einem Mitwirkungsanteil von mindestens über 50 Prozent
- Verbesserte Gliedertaxe mit bedingungsgemäßer Leistung bei Stimmverlust von mindestens 70 Prozent ohne Einschränkungen
- Versicherungsschutz auch bei Unfällen infolge von Bewusstseinsstörungen durch (ärztlich verordnete) Medikamente
- Die Meldefrist bei versicherten Infektionskrankheiten beginnt bedingungsgemäß entweder
 - a) mit dem Ausbruch der benannten Krankheit oder
 - b) der erstmaligen Feststellung einer dauerhaften Invalidität durch einen Arzt oder
 - c) der erstmaligen Diagnose einer infektionsbedingten Invalidität
- Versicherungsschutz ausdrücklich auch bei Invalidität durch die von Zecken übertragenen Infektionskrankheiten Borreliose und Frühsommermeningitis / Zeckenenzephalitis, ohne dass ein Nachweis erbracht werden muss, dass die äußere Hautschicht durchtrennt worden ist
- Frist zur ärztlichen Feststellung der Invalidität und Geltendmachung derselben gegenüber dem Versicherer von nicht unter 18 Monaten
- Kostenübernahme für Bergungskosten in Höhe von mindestens 10.000 Euro

Zusätzliche K.O.-Kriterien für eine Bewertung mit „Gold“

- Frist zur ärztlichen Feststellung der Invalidität und Geltendmachung derselben gegenüber dem Versicherer von nicht unter 24 Monaten
- Kostenübernahme für Bergungskosten in Höhe von mindestens 30.000 Euro
- Versicherer bzw. Risikoträger ist Mitgliedschaft bei Versicherungsombudsmann e.V.

Zusätzliche K.O.-Kriterien für Kinder unter 14 Jahren

- Mitversicherung von Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund

Zusätzliche K.O.-Kriterien für Personen von 14 bis unter 60 Jahren

- Bewusstseinsstörungen durch Alkohol ohne Einschränkungen (beim Führen eines Kfz min. bis unter 1,1 Promille)

Zusätzliche K.O.-Kriterien für Sondertarife für Angehörige von Heilberufen

- Verbesserte Gliedertaxe mit bedingungsgemäßer Leistung bei Verlust Arm oder Hand von 100 Prozent

Zusätzliche Mindestanforderungen für Erwachsene ab 60 Jahren

- Mindestanforderungen für Personen von 14 bis unter 60 Jahren
- Mitversicherung von Nahrungsmittelvergiftungen
- Versicherungsschutz auch bei Unfällen infolge von Bewusstseinsstörungen durch Medikamente, Herzinfarkt und Schlaganfall
- Versicherungsschutz bei Oberschenkelhalsbruch unabhängig von der Schadenursache

Zusätzliche Mindestanforderungen für eine Unfallrente

- Lebenslange Leistung aus der Unfallrente schon ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent
- Neubemessung des Invaliditätsgrades bei Kindern bis 14 Jahren höchstens 5 Jahre, darüber höchstens 3 Jahre

Kein Rating kann eine umfassende Bedarfsermittlung und Beratung beim Verbraucher ersetzen. Dies gilt auch für dieses Rating.

Die Zahl von optionalen Leistungseinschlüssen am Unfallmarkt ist Legion. Im Sinne einer Entscheidungshilfe musste eine Auswahl aus all diesen getroffen werden. Für den einzelnen Kunden mag es aber sein, dass genau eine andere Leistung entscheidend ist oder ein hier nicht als Mindeststandard gesetztes Kriterium absolutes K.O.-Kriterium ist. Wer nicht das Geld für eine Berufsunfähigkeits-, Dread-Disease- oder Funktionsinvaliditäts-Versicherung aufbringen möchte, wird beispielsweise nach einem Unfalltarif mit Leistungen auch bei Krebs oder Gehirntumor suchen. Wer als Hobby- oder Berufstaucher der Gefahr des

Ertrinkens oder der Caissonkrankheit (Taucherkrankheit) ausgesetzt ist, sollte außerdem sicher gehen, dass für solche Fälle auch bedingungsgemäßer Versicherungsschutz besteht und möglichst umfassend Dekompressionskammerkosten übernommen werden. Nicht nur für Senioren mag auch der Einschluss etwaiger Assistenzleistungen von Interesse sein.

Während für alle Arten von Verkäufern und Lehrenden der Verlust der Stimme möglichst mit einem Invaliditätsgrad von 100 Prozent laut Gliedertaxe bewertet werden sollte, ist für Chirurgen und viele andere handwerklich tätige Personen der Verlust von Fingern und Händen bzw. für Köche der Verlust des Geschmackssinns möglichst umfassend gegen Invalidität zu versichern. In all diesen Einzelfällen ist die konkrete Beratungskompetenz des Vermittlers erforderlich.

Note/Bedeutung

WFS 1 (Gold): mindestens 80% der erreichten Höchstpunktzahl
WFS 2 (Silber): mindestens 70% der erreichten Höchstpunktzahl
WFS 3 (Bronze): mindestens 60% der erreichten Höchstpunktzahl

¹ Dto., S. 22

² Busmann, Wolfgang: „Worauf ein Makler bei der Absicherung der Invalidität achten sollte“ in „Risiko & Vorsorge“ 4/2012, S. 34.

Rating Unfallversicherungen

Wichtiger Hinweis: diese Darstellung berücksichtigt nur noch Unisextarife. Ältere Tarife mögen durchaus empfehlenswert sein, werden hier aber nicht weiter bewertet.

Tarife für Kinder bis 14 Jahren ohne Progression		
Gesellschaft	Tarif	Wertung
Adcuri	Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit individueller Gliedertaxe in maximaler Ausprägung, Stand 04.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression 1 GOLD
Barmenia	Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit individueller Gliedertaxe in maximaler Ausprägung, Stand 04.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression 1 GOLD
Basler	Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen 2018 Gold (AUB 2018 Gold), Stand 01.01.2018	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression 1 GOLD
Die Haftpflichtkasse	AUB 2014, Stand 01/2018: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz mit / ohne Hilfe-Paket	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression 1 GOLD
HanseMerkur	AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 3	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression 1 GOLD
	AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 3 und Mehrleistungstarif mit Verdopplung der Leistung ab 90% Invalidität	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression 1 GOLD
InterRisk	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression 1 GOLD
	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015	
Adcuri	Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression 2 SILBER
Barmenia	Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression 2 SILBER
ConceptIF	AUB CIF:PRO GVO 2012; BB UV CIF:PRO complete best protect 2016, Stand 06.2016	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression 2 SILBER
Hannoversche Leben	AUB 2012, Stand 11.2012; BBU KLASSIK-GARANT, Stand 11.2012; ZB Baustein Unfall EXKLUSIV, Stand 11.2012); Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 11.2012	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression 2 SILBER
HanseMerkur	AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 2 mit Verdopplung der Leistung ab 90% Invalidität	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression 2 SILBER

Tarife für Kinder bis 14 Jahren ohne Progression		
Gesellschaft	Tarif	Wertung
HanseMerkur	AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 2 und Mehrleistungstarif mit Verdopplung der Leistung ab 90% Invalidität	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression SILBER
Swiss Life Partner	AUB 2008 SLP, Stand 01.08.2014, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.08.2014: PRIMUS PLUS mit voller Leistung ab 75% Invalidität	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression SILBER
VHV	Klassik-Garant mit Bausteinen Exklusiv, Easy Care, Luftfahrtrisiko, Krankenhauszusatz, Schmerzensgeld PLUS und Krebs-Soforthilfe, Stand 01.07.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression SILBER
	Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 01.07.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression SILBER
Domcura	AUB, Stand 01.08.2015, BB-Top-Deckung, Stand 01.08.2015, BB-Kinderunfall, Stand 01.08.2015, BB-First-Aid, Stand 01.08.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression BRONZE
	AUB, Stand 01.08.2015, BB-Top-Deckung, Stand 01.08.2015, BB-Kinderunfall, Stand 01.08.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression BRONZE
Interloyd	Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2013); Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung „Premium“, Stand 12.2012 [Bewertung gilt nur für Kinder unter dem vollendeten 10. Lebensjahr]	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression BRONZE
Tarife für Kinder bis 14 Jahren mit 500% Progression		
Gesellschaft	Tarif	Wertung
InterRisk	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 und PlusProgression 500%	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre 500% Progression GOLD
	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 und PlusProgression 500%	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre 500% Progression GOLD
Swiss Life Partner	AUB 2008 SLP, Stand 01.08.2014, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.08.2014: PRIMUS PLUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre 500% Progression GOLD
Die Haftpflichtkasse	Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2014, Stand 01/2018: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz mit / ohne Hilfe-Paket)	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre 500% Progression SILBER
Hannoversche Leben	Hannoversche Leben (AUB 2012, Stand 11.2012; BBU KLASSIK-GARANT, Stand 11.2012; ZB Baustein Unfall EXKLUSIV, Stand 11.2012): Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 11.2012)	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre 500% Progression SILBER

Rating Unfallversicherungen

HanseMerkur	AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2013; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2013) mit Gliedertaxen-Modell 2	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre 500% Progression SILBER
HanseMerkur	AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2013; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2013) mit Gliedertaxen-Modell 3	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre 500% Progression SILBER
InterRisk	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 und ohne PlusProgression 500%	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre 500% Progression SILBER
	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 und ohne PlusProgression 500%	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre 500% Progression SILBER
VHV	Klassik-Garant mit Bausteinen Exklusiv, Easy Care, Luftfahrtrisiko, Krankenhauszusatz, Schmerzensgeld PLUS und Krebs-Soforthilfe, Stand 01.07.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre 500% Progression SILBER
	Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 01.07.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre 500% Progression SILBER
Basler	Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen 2018 Gold (AUB 2018 Gold), Stand 01.01.2018) mit / ohne Plus-Progression	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre 500% Progression BRONZE

Unfallrententaru für Kinder bis 14 Jahren

Gesellschaft	Tarif	Wertung
InterRisk	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 mit dynamex3+)	 Unfall-Core-Rating Unfallrente Kinder bis 14 Jahre GOLD
InterRisk	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 mit dynamex3+)	 Unfall-Core-Rating Unfallrente Kinder bis 14 Jahre SILBER
	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 mit dynamex2	 Unfall-Core-Rating Unfallrente Kinder bis 14 Jahre SILBER
	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 mit dynamex2	 Unfall-Core-Rating Unfallrente Kinder bis 14 Jahre SILBER
Basler	Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen 2018 Gold (AUB 2018 Gold), Stand 01.01.2018) mit Rente ab 40% oder ab 50%	 Unfall-Core-Rating Unfallrente Kinder bis 14 Jahre BRONZE

Unfallrententarife für Kinder bis 14 Jahren		
Gesellschaft	Tarif	Wertung
InterRisk	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 mit Festrente	 Unfall-Core-Rating Unfallrente Kinder bis 14 Jahre BRONZE
	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 mit Festrente	 Unfall-Core-Rating Unfallrente Kinder bis 14 Jahre BRONZE

Tarife für Kinder ab 14 Jahren ohne Progression		
Gesellschaft	Tarif	Wertung
Adcuri	Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit individueller Gliedertaxe in maximaler Ausprägung, Stand 04.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression GOLD
Barmenia	Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit individueller Gliedertaxe in maximaler Ausprägung, Stand 04.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression GOLD
Basler	Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen 2018 Gold (AUB 2018 Gold), Stand 01.01.2018	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression GOLD
Die Haftpflichtkasse	AUB 2014, Stand 01/2018: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz mit / ohne Hilfspaket	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression GOLD
HanseMerkur	AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 3	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression GOLD
	AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 3 und Mehrleistungstarif mit Verdopplung der Leistung ab 90% Invalidität	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression GOLD
InterRisk	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression GOLD
	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression GOLD
Adcuri	Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression SILBER
Barmenia	Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression SILBER

Rating Unfallversicherungen

ConceptIF	AUB CIF:PRO GVO 2012; BB UV CIF:PRO complete best protect 2016, Stand 06.2016	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression SILBER
Hannoversche Leben	AUB 2012, Stand 11.2012; BBU KLASSIK-GARANT, Stand 11.2012; ZB Baustein Unfall EXKLUSIV, Stand 11.2012; Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 11.2012	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression SILBER
HanseMerkur	AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 2	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression SILBER
HanseMerkur	AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 2 und Mehrleistungstarif mit Verdopplung der Leistung ab 90% Invalidität	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression SILBER
Swiss Life Partner	AUB 2008 SLP, Stand 01.08.2014, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.08.2014: PRIMUS PLUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression SILBER
VHV	Klassik-Garant mit Bausteinen Exklusiv, Easy Care, Luftfahrtrisiko, Krankenhauszusatz, Schmerzensgeld PLUS und Krebs-Soforthilfe, Stand 01.07.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression SILBER
	Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 01.07.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression SILBER
Domcura	AUB, Stand 01.08.2015, BB-Top-Deckung, Stand 01.08.2015, BB-Kinderunfall, Stand 01.08.2015, BB-First-Aid, Stand 01.08.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression BRONZE
	AUB, Stand 01.08.2015, BB-Top-Deckung, Stand 01.08.2015, BB-Kinderunfall, Stand 01.08.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression BRONZE
Interloyd	Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2013); Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung „Premium“, Stand 12.2012	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression BRONZE

Tarife für Kinder ab 14 Jahren mit 500% Progression

Gesellschaft	Tarif	Wertung
InterRisk	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 und PlusProgression 500%	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren 500% Progression GOLD
	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 und PlusProgression 500%	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren 500% Progression GOLD
Swiss Life Partner	AUB 2008 SLP, Stand 01.08.2014, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.08.2014: PRIMUS PLUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren 500% Progression GOLD

Rating Unfallversicherungen

Die Haftpflichtkasse	AUB 2014, Stand 01/2018: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz mit / ohne Hilfe-Paket	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren 500% Progression SILBER
Hannoversche Leben	AUB 2012, Stand 11.2012; BBU KLASSIK-GARANT, Stand 11.2012; ZB Baustein Unfall EXKLUSIV, Stand 11.2012; Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 11.2012	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren 500% Progression SILBER
HanseMerkur	AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 2	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren 500% Progression SILBER
	AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 3	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren 500% Progression SILBER
InterRisk	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 und ohne PlusProgression 500%	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren 500% Progression SILBER
	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 und ohne PlusProgression 500%	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren 500% Progression SILBER
VHV	Klassik-Garant mit Bausteinen Exklusiv, Easy Care, Luftfahrtrisiko, Krankenhauszusatz, Schmerzensgeld PLUS und Krebs-Soforthilfe, Stand 01.07.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren 500% Progression SILBER
	Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 01.07.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren 500% Progression SILBER
Basler	Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen 2018 Gold (AUB 2018 Gold), Stand 01.01.2018) mit Rente ab 40% oder ab 50%	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren 500% Progression BRONZE

Unfallrententaru für Kinder ab 14 Jahren

Gesellschaft	Tarif	Wertung
InterRisk	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 mit dynamex3+	 Unfall-Core-Rating Unfallrente Kinder ab 14 Jahren GOLD
	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 mit dynamex3+	 Unfall-Core-Rating Unfallrente Kinder ab 14 Jahren GOLD
InterRisk	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 mit dynamex2	 Unfall-Core-Rating Unfallrente Kinder ab 14 Jahren SILBER
	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 mit dynamex2	 Unfall-Core-Rating Unfallrente Kinder ab 14 Jahren SILBER

Rating Unfallversicherungen

Basler	Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen 2018 Gold (AUB 2018 Gold), Stand 01.01.2018) mit Rente ab 40% oder ab 50%	 Unfall-Core-Rating Unfallrente Kinder ab 14 Jahren BRONZE
InterRisk	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 mit Festrente	 Unfall-Core-Rating Unfallrente Kinder ab 14 Jahren BRONZE
	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 mit Festrente	 Unfall-Core-Rating Unfallrente Kinder ab 14 Jahren BRONZE

Tarife ohne Progression für Erwachsene (für Personen von 18 bis 60 Jahren ohne spezielle Berufsklauseln)

Gesellschaft	Tarif	Wertung
Adcuri	Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit individueller Gliedertaxe in maximaler Ausprägung, Stand 04.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression GOLD
Barmenia	Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit individueller Gliedertaxe in maximaler Ausprägung, Stand 04.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression GOLD
Basler	Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen 2018 Gold (AUB 2018 Gold), Stand 01.01.2018	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression GOLD
Die Haftpflichtkasse	AUB 2014, Stand 01/2018: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz mit / ohne Hilfe-Paket	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression GOLD
HanseMerkur	AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 3	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression GOLD
	AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 3 und Mehrleistungstarif mit Verdopplung der Leistung ab 90% Invalidität	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression GOLD
InterRisk	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression GOLD
	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression GOLD
Adcuri	Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression SILBER
Barmenia	Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression SILBER

Rating Unfallversicherungen

ConceptIF	AUB CIF:PRO GVO 2012; BB UV CIF:PRO complete best protect 2016, Stand 06.2016	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression SILBER
Hannoversche Leben	AUB 2012, Stand 11.2012; BBU KLASSIK-GARANT, Stand 11.2012; ZB Baustein Unfall EXKLUSIV, Stand 11.2012; Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 11.2012	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression SILBER
HanseMerkur	AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 2 und Mehrleistungstarif mit Verdopplung der Leistung ab 90% Invalidität	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression SILBER
Swiss Life Partner	(AUB 2008 SLP, Stand 01.08.2014, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.08.2014: PRIMUS PLUS	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression SILBER
VHV	Klassik-Garant mit Bausteinen Exklusiv, Easy Care, Luftfahrtrisiko, Krankenhauszusatz, Schmerzensgeld PLUS und Krebs-Soforthilfe, Stand 01.07.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression SILBER
	Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 01.07.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression SILBER
Domcura	AUB, Stand 01.08.2015, BB-Top-Deckung, Stand 01.08.2015, BB-First-Aid, Stand 01.08.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression BRONZE
	AUB, Stand 01.08.2015, BB-Top-Deckung, Stand 01.08.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression BRONZE
Tarife mit 500% Progression für Erwachsene (für Personen von 18 bis 60 Jahren ohne spezielle Berufsklauseln)		
Gesellschaft	Tarif	Wertung
InterRisk	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 und PlusProgression 500%	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene 500% Progression GOLD
	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 06.2015 und PlusProgression 500%	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene 500% Progression GOLD
Swiss Life Partner	AUB 2008 SLP, Stand 01.08.2014, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.08.2014: PRIMUS PLUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene 500% Progression GOLD
Die Haftpflichtkasse	AUB 2014, Stand 01/2018: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz mit / ohne Hilfe-Paket	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene 500% Progression SILBER
Hannoversche Leben	AUB 2012, Stand 11.2012; BBU KLASSIK-GARANT, Stand 11.2012; ZB Baustein Unfall EXKLUSIV, Stand 11.2012; Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 11.2012	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene 500% Progression SILBER

Rating Unfallversicherungen

HanseMerkur	AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 3	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene 500% Progression SILBER
	AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 2	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene 500% Progression SILBER
InterRisk	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 und ohne PlusProgression 500%	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene 500% Progression SILBER
	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 und ohne PlusProgression 500%	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene 500% Progression SILBER
VHV	Klassik-Garant mit Bausteinen Exklusiv, Easy Care, Luftfahrtrisiko, Krankenhauszusatz, Schmerzensgeld PLUS und Krebs-Soforthilfe, Stand 01.07.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene 500% Progression SILBER
	Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 01.07.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene 500% Progression SILBER

Basler	Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen 2018 Gold (AUB 2018 Gold), Stand 01.01.2018) mit / ohne Plus-Progression	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene 500% Progression BRONZE
---------------	---	--

Unfallrententarif für Erwachsene (für Personen von 18 bis 60 Jahren ohne spezielle Berufsklauseln)

Gesellschaft	Tarif	Wertung
InterRisk	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 mit dynamex3+	 Unfall-Core-Rating Unfallrente Erwachsene GOLD
	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 mit dynamex3+	 Unfall-Core-Rating Unfallrente Erwachsene GOLD
InterRisk	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 mit dynamex2	 Unfall-Core-Rating Unfallrente Erwachsene SILBER
	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 mit dynamex2	 Unfall-Core-Rating Unfallrente Erwachsene SILBER
Basler	Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen 2018 Gold (AUB 2018 Gold), Stand 01.01.2018) mit Rente ab 40% oder ab 50%	 Unfall-Core-Rating Unfallrente Erwachsene BRONZE
InterRisk	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 mit Festrente	 Unfall-Core-Rating Unfallrente Erwachsene BRONZE

Rating Unfallversicherungen

Tarife ohne Progression für Senioren ab dem vollendeten 60. Lebensjahr ohne spezielle Berufsklauseln		
Gesellschaft	Tarif	Wertung
Adcuri	Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit individueller Gliedertaxe in maximaler Ausprägung, Stand 04.2015) für Kunden bis vor Vollendung des 67. Lebensjahres	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren ohne Progression GOLD
Barmenia	Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit individueller Gliedertaxe in maximaler Ausprägung, Stand 04.2015) für Kunden bis vor Vollendung des 67. Lebensjahres	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren ohne Progression GOLD
Basler	Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen 2018 Gold (AUB 2018 Gold), Stand 01.01.2018	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren ohne Progression GOLD
HanseMerkur	AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 3	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren ohne Progression GOLD
InterRisk	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren ohne Progression GOLD
	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren ohne Progression GOLD
VHV	Klassik-Garant mit Bausteinen Exklusiv, Easy Care, Luftfahrtrisiko, Krankenhauszusatz, Schmerzensgeld PLUS und Krebs-Soforthilfe, Stand 01.07.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren ohne Progression GOLD
	Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 01.07.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren ohne Progression GOLD
Adcuri	Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015) für Kunden bis vor Vollendung des 67. Lebensjahres	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren ohne Progression SILBER
Barmenia	Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015) für Kunden bis vor Vollendung des 67. Lebensjahres	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren ohne Progression SILBER
Hannoversche Leben	AUB 2012, Stand 11.2012; BBU KLASSIK-GARANT, Stand 11.2012; ZB Baustein Unfall EXKLUSIV, Stand 11.2012); Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 11.2012	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren ohne Progression SILBER
HanseMerkur	AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 2	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren ohne Progression SILBER
	Nicht vergeben	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren ohne Progression BRONZE

Rating Unfallversicherungen

Tarife mit 500% Progression für Senioren ab dem vollendeten 60. Lebensjahr ohne spezielle Berufsklauseln		
Gesellschaft	Tarif	Wertung
InterRisk	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 und PlusProgression 500%	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren 500% Progression GOLD
	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 und PlusProgression 500%	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren 500% Progression GOLD
Hannoversche Leben	AUB 2012, Stand 11.2012; BBU KLASSIK-GARANT, Stand 11.2012; ZB Baustein Unfall EXKLUSIV, Stand 11.2012; Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 11.2012	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren 500% Progression SILBER
HanseMerkur	AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 3	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren 500% Progression SILBER
	AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 2	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren 500% Progression SILBER
InterRisk	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2016 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 und ohne PlusProgression 500%	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren 500% Progression SILBER
	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 und ohne PlusProgression 500%	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren 500% Progression SILBER
VHV	Klassik-Garant mit Bausteinen Exklusiv, Easy Care, Luftfahrtrisiko, Krankenhauszusatz, Schmerzensgeld PLUS und Krebs-Soforthilfe, Stand 01.07.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren 500% Progression SILBER
	Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 01.07.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren 500% Progression SILBER
Basler	Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen 2018 Gold (AUB 2018 Gold), Stand 01.01.2018) mit / ohne Plus-Progression	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren 500% Progression BRONZE
Unfallrententarife für Senioren ab dem vollendeten 60. Lebensjahr ohne spezielle Berufsklauseln		
Gesellschaft	Tarif	Wertung
InterRisk	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 mit dynamex3+	 Unfall-Core-Rating Unfallrente Senioren GOLD
	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 mit dynamex3+	 Unfall-Core-Rating Unfallrente Senioren GOLD

Rating Unfallversicherungen

InterRisk	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 mit dynamex2	 Unfall-Core-Rating Unfallrente Seniorin SILBER
	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 mit dynamex2	 Unfall-Core-Rating Unfallrente Seniorin SILBER
Basler	Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen 2018 Gold (AUB 2018 Gold), Stand 01.01.2018) mit Rente ab 40% oder ab 50%	 Unfall-Core-Rating Unfallrente Seniorin BRONZE

Tarife ohne Progression für Angehörige von Heilberufen		
Gesellschaft	Tarif	Wertung
InterRisk	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 06.2015 mit HeilberufeTaxe, Stand 06.2015) mit / ohne BasisProgression Höchstversicherungssummen: 500.000 Euro (ohne Dynamik) / 250.000 Euro (mit Dynamik) Versicherbare Berufe: Ärzte, Heilpraktiker, Kieferorthopäden, Orthopäden, Tierärzte, Zahnärzte	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Heilberufe ohne Progression GOLD
VHV	Klassik-Garant mit Bausteinen Exklusiv, Easy Care, Luftfahrtrisiko, Krankenhauszusatz, Schmerzensgeld PLUS und Krebs-Soforthilfe, Stand 01.07.2015. Höchstversicherungssummen: 1.000.000 Euro Versicherbare Berufe: u.a. Ärzte/Ärztinnen und Arzthelfer/-innen, Heilpraktiker/-innen, Psychater/-innen Tierärzte / Tierärztinnen, Zahnärzte / Zahnärztinnen, Zahnarzthelfer/-innen	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Heilberufe ohne Progression GOLD
	Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 01.07.2015 Höchstversicherungssummen: 1.000.000 Euro Versicherbare Berufe: u.a. Ärzte/Ärztinnen und Arzthelfer/-innen, Heilpraktiker/-innen, Psychater/-innen Tierärzte / Tierärztinnen, Zahnärzte / Zahnärztinnen, Zahnarzthelfer/-innen	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Heilberufe ohne Progression GOLD
	Nicht vergeben	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Heilberufe ohne Progression SILBER
	Nicht vergeben	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Heilberufe ohne Progression BRONZE

Tarife mit 500% Progression für Angehörige von Heilberufen		
Gesellschaft	Tarif	Wertung
VHV	Klassik-Garant mit Bausteinen Exklusiv, Easy Care, Luftfahrtrisiko, Krankenhauszusatz, Schmerzensgeld PLUS und Krebs-Soforthilfe, Stand 01.07.2015 Höchstversicherungssummen: 200.000 Euro Versicherbare Berufe: u.a. Ärzte/Ärztinnen und Arzthelfer/-innen, Heilpraktiker/-innen, Psychater/-innen Tierärzte / Tierärztinnen, Zahnärzte / Zahnärztinnen, Zahnarzthelfer/-innen	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Heilberufe 500% Progression GOLD
VHV	Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 01.07.2015 Höchstversicherungssummen: 200.000 Euro Versicherbare Berufe: u.a. Ärzte/Ärztinnen und Arzthelfer/-innen, Heilpraktiker/-innen, Psychater/-innen Tierärzte / Tierärztinnen, Zahnärzte / Zahnärztinnen, Zahnarzthelfer/-innen	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Heilberufe 500% Progression SILBER
	Nicht vergeben	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Heilberufe 500% Progression BRONZE