

Das Magazin für den qualifizierten
Versicherungsvertrieb

Risiko & Vorsorge

7. Jahrgang | Ausgabe 4-08 | 4,90 Euro



Berufsstand Versicherungsmakler

Ausführender Text zu der
Überschrift erklärender Text
Ausführender Text zu der
Überschrift erklärender Text

► Unfallversicherungen auf dem Prüfstand

Ausführender Text zu der
Überschrift erklärender Text

► Investmentfonds & Abgeltungssteuer

Ausführender Text zu der
Überschrift erklärender Text

Neuer Name – gewohnte Qualität

RATINGSieger

heißt jetzt „Risiko & Vorsorge“

Der „Sparkassen-Rürup“

Im Beratungsgespräch liegt die Deka-Basis-Rente oft schon auf dem Tisch. Versicherungslösungen müssen sich daran messen lassen.

Von Albert Fredarcarno

Dachfonds der Produktreihe Deka-ZielGarant und Deka-Zielfonds hinterlegen den „Sparkassen-Rürup“. Beim wachstumsorientierten Konzept wird dabei jeweils in einen von zehn Deka-ZielFonds mit festen Laufzeiten zwischen 2015 und 2054 investiert. Dabei wird ein so genanntes Life-Cyle-Modell zugrunde gelegt, wie es zum Beispiel auch von den Target Fonds von Fidelity bekannt ist. Ein kundenindividuelles CPPI-Modell wie bei der aktuellen BasisRente Premium der DWS findet keine Anwendung.

Bei der sicherheitsorientierten Anlagevariante mit Deka-ZielGarant investiert der Kunde in einen von elf Laufzeitdachfonds mit Höchststandsgarantie.

Switchen zwischen den beiden Anlagemodellen ist einmal jährlich kostenfrei möglich.

Der Mindestbeitrag pro Zahlung liegt bei 25 Euro. Regelmäßige Zahlungen können jederzeit ohne Kostennachteile ausgesetzt oder variiert werden. Während der Ansparphase der Deka-BasisRente unterliegt das Investmentguthaben nicht der Abgeltungssteuer, so dass auch kein Freistellungsauftrag gestellt werden muss.

Für sicherheitsorientierte Anleger ist bei Deka-ZielGarant das zur Verrentung zur Verfügung stehende Kapital mindestens in Höhe der eingezahlten Beiträge abzüglich der gezahlten Ausgabeaufschläge zu den Zielterminen am Laufzeitende garantiert.

Zusätzlich gibt es eine monatliche Höchststandsgarantie. Der höchste Anteilspreis, der zu den monatlichen Stichtagen erreicht wurde, ist zum Laufzeitende des jeweiligen Deka-ZielGarant garantiert.

Bei der Anlage in Deka-Zielfonds wird in den letzten vier Jahren vor Vertragsablauf eine Sicherung des erreichten Anteilswertes zum jeweiligen Geschäfts-



jahresende mit Stichtag 30.06. angestrebt, was demnach nicht mit einer Garantie zu verwechseln ist. Dafür bestehen insgesamt fünf Zieltermine. Die Verrentungsphase erfolgt in beiden Vertragsvarianten durch einen Versicherer aus den Reihen der Sparkassen-Finanzgruppe. Da der Abschluss der Rentenversicherung erst zum Vertragsablauf erfolgt, wird heute noch kein unveränderlicher Rentenfaktor garantiert. Entsprechend den bekannten Versicherungslösungen unterliegt auch das Dekaprodukt in voller Höhe der nachgelagerten Versteuerung. Die Rentenphase muss zwischen dem 60. und 70. Lebensjahr starten. Im Todesfall kann das Kapital auf den Ehegatten übertragen werden.

Die Informationen auf der Homepage sind als überwiegend sehr transparent zu bezeichnen.

Leider fehlen hier sowohl Anträge als auch die vollständigen Bedingungen zum Nachlesen, da ein Abschluss der Deka-BasisRente über die Sparkasse vor Ort vorgesehen ist.

Im Falle einer Vertragskündigung wird der Vertrag beitragsfrei gestellt. Da es sich um ein ungezillmeres Produkt handelt, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass bei

nicht allzu früher Beitragsfreistellung ausreichend Kapital für eine spätere Verrentung zur Verfügung steht.

Das angesammelte Guthaben kann auf den Rürupvertrag eines Wettbewerbers übertragen werden. Dies kann allerdings davon abhängig gemacht werden, dass die Vertragsdaten in einer von der DekaBank gewünschten elektronischen und standardisierten Form an den Drittanbieter übertragen werden können. Umgekehrt ist ein Übertrag des Investmentguthabens eines Drittanbieters oder aus einem anderen bei der DekaBank geführten Vertrag mit ausdrücklicher Zustimmung der DekaBank ebenfalls möglich. Bedingungsgemäß besteht diese Übertragungsoption ab dem 01.01.2010 und entspricht damit den sonst nur von Riesterverträgen bekannten Mechanismen. „Wir streben an, eine Übertragung des Altersvorsorgeguthabens in beide Richtungen bereits ab 2009 zu ermöglichen“, so Matthias Veters vom Produktmanagement Altersvorsorge bei der DekaBank.

Konditionen

Alle Fonds erheben einen Ausgabeaufschlag von jeweils 3,5 Prozent. Der Ausgabeaufschlag entfällt bei einer Restlaufzeit von weniger als acht Jahren (Deka-ZielGarant) bzw. weniger als neun Jahren (Deka-Zielfonds). An weiteren Kosten kommen hinzu eine jährliche Verwaltungsvergütung von 0,6%, eine Vertriebsprovision von 0,4% und eine Depotbankgebühr von 0,10%. Die Total Expense Ratio (TER) der Deka-Zielfonds liegt zwischen 1,20 und 1,34% p.a. Weitere Kosten können durch die Anlage in den jeweiligen Zielfonds entstehen. Wer noch kein Depot bei der DekaBank besitzt, muss zusätzlich Depotführungsgebühren von 10 Euro p.a. bei elektronischer Depotführung, ansonsten 15,47 Euro p.a. entrichten.

Herausforderung: DWS BasisRente Premium



Seit Oktober 2008 wird der Versicherungsvertrieb von der DWS erneut zum Fremdgehen verführt.

Von Thorben S. Hagenau

Anders als ihr Schwesterprodukt DWS RiesterRente Premium kommt die Basisvariante ohne Zillmerung aus. Grund ist § 125 des Investmentgesetzes wie es zum 01.01.2008 verabschiedet wurde.¹ Hiernach ist eine Verteilung der Abschlusskosten auf die ersten Jahre der Vertragslaufzeit für reine Fondssparpläne unzulässig. Ausgenommen davon sind lediglich Riesterprodukte, so Frank Breiting, Leiter private Altersvorsorge der DWS.

Anders als bei Riesterverträgen schreibt der Gesetzgeber für Rürupverträge keine Beitragsrückgewähr vor. Da für viele Kunden jedoch Garantien im Zusammenhang mit Altersvorsorgeverträgen von hoher Bedeutung sind, sieht auch das Basisprodukt der DWS eine Beitragsrückgewähr vor. Allerdings handelt es sich anders als in der RiesterRente Premium um eine Nettobeitragsrückgewähr. Garantiert werden die eingezahlten Beiträge abzüglich Vertriebskosten. Diese betragen 5 % von jeder Einzahlung und werden 1:1 an den Vertrieb weitergereicht. Insofern beträgt die Garantie effektiv 95 % der bis zum Ablauf eingezahlten Beiträge. An weiteren Kosten fallen in der Ansparphase eine jährliche Depotvergütung in Höhe von 15,40 Euro, sowie die Verwaltungsvergütung für die hinterlegten Aktien- und Rentenfonds (zwischen 0,60

und 1,50% p.a.) an. In der Verrentungsphase kommt ein Entgelt von 18 Euro p.a. zur Anrechnung, das monatlich anteilig erhoben wird. Die Vergütung für den Vermittler besteht somit aus den Abschluss- und Vertriebskosten in Höhe von 5% jeder Zahlung sowie einer Beteiligung am Fondsvermögen der zugrunde liegenden Fonds. Für die Wiederanlage ausgeschütteter Beiträge keine erneuten Vertriebskosten an.

Damit ist die DWS auch mit ihrem neuen Produkt transparent hinsichtlich der Kosten. Optional und ohne Mehrbeitrag steht es jedem Kunden frei, die Wertentwicklung seines Vertrages börsentäglich in einem geschützten Bereich einzusehen (Online-Konto).

Ab dem 55. Lebensjahr besteht für Depotinhaber analog zur DWS Riester Rente Premium die Möglichkeit optional eine monatliche Höchststandssicherung zu wählen, für die keine zusätzlichen Kosten anfallen. Diese kann bis 3 Monate vor Beginn der Rentenphase in Anspruch genommen werden. Zur Ermittlung möglicher neuer Höchststände ist stets der fünfte Kalendertag eines Monats maßgeblich. Die Höchststandssicherung entfällt bei Inanspruchnahme der Rentenleistung vor dem Erreichen des vereinbarten Rentenbeginns.

Zusätzliche Flexibilität

Trotz des stark reglementierten Rahmens der Basisrente, bietet die DWS Basis-Rente Premium einige Besonderheiten. So ist im Todesfall des Depotinhabers neben einer Hinterbliebenenrente auch die

Übertragung des angesparten Fondsvermögens in einen Basisrentenvertrag des Ehepartners möglich.

Anstatt eine niedrige Witwen-/Witwerrente zu erhalten, kann das vorhandene Guthaben weiter im Rahmen eines Rürupvertrages angelegt werden.

Auf dieses Wahlrecht weist die DWS mit einer Frist von mindestens 6 Wochen hin. Sofern nur minderjährige oder waisengeldberechtigte Kinder vorhanden sind, erhalten diese eine zeitlich befristete Waisenrente. Diese endet jedoch spätestens mit dem vollendeten 25. Lebensjahr des betroffenen Kindes und ist abhängig von der Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen für eine gesetzliche Halb- oder Vollwaisenrente. Wenn keine Hinterbliebenen vorhanden sind, die diese Voraussetzungen erfüllen, kommt das Depotguthaben der „DWS Rürup-Sparer-gemeinde“ zu Gute. Eine Vererbung auf Dritte scheidet – analog zu Versicherungslösungen – aufgrund der gesetzlichen Vorgaben aus.

Die Regelung der Vererbung im Rahmen von Rürup-Fondssparplänen war auch der Grund, weshalb die DWS erst jetzt als zweiter Anbieter mit einem Rürup-Fondssparplan auf den Markt kommt. Lange blieb nämlich eine Anfrage beim BMF unbeantwortet, ob freiwerdende Hinterbliebenenleistungen, die nicht an berechnete Hinterbliebene ausgezahlt werden können und daher der „DWS Rürup-Sparer-gemeinde“ zufließen, der Erbschaftssteuer unterliegen. Dies war fraglich, da Leistungen an berechnete Hinterbliebene grundsätzlich der Erb-

¹ „Wurde die Abnahme von Anteilen für einen mehrjährigen Zeitraum vereinbart, so darf von jeder der für das erste Jahr vereinbarten Zahlungen höchstens ein Drittel für die Deckung von Kosten verwendet werden, die restlichen Kosten müssen auf alle späteren Zahlungen gleichmäßig verteilt werden.“ § 125 InvG

Produktvergleich / 6 % Wertentwicklung

Individuelle Fonds-Basisrenten-Versicherung

Vorgaben: Mann, geb. 01.10.1968, Rentenbeginn 65, Beitragszahlung vom 01.09.2008 bis 01.09.2033, jährlicher Beitrag 10.000 Euro, kein Todesfallschutz, dynamische Rente, Wertentwicklung der Fonds 6 Prozent pro Jahr, sortiert nach der mgl. Rente im 1. Jahr, Rentenwerte gerundet auf einen Euro

Gesellschaft	Tarif	Anzahl Fonds	zugesagte Rente* [EUR]	mgl. Rente im 1. Jahr* [EUR]	Fonds
Europa	E-FR3B	21	1.987	2.291	Index Invest EuroStoxx 50
Delta Lloyd Leben	Basisrente Invest	29	2.001	2.273	DWS Akkumula
CosmosDirekt	FBA	54	R.n.g	2.271	Pioneer - Europe Value
AXA	BR - AF 1/3	10	1.584	2.263	ACM GlobGrwth.Trends A
Swiss Life	SL Basisplan SR St.	4	1.922	2.262	MMWI-Amerak-Fonds
Arag	BR active - FRUE08	26	1.879	2.210	UBS(D) Konz.fds. Asia Pac.
Continentale	FR3B	80	1.882	2.170	Sarasin New Energy Fd
Deutscher Ring	BasisRentelInvest	15	R.n.g	2.169	Pioneer Fds-U.S. Mid Cap V.
Volkfürsorge	Invest Rente Basis	28	1.899	2.110	DWS Invest - European Eq.
LV 1871	FBRV-Performer	49	R.n.g	2.097	Pioneer Emerging Mkt. Eq.A
schlechtester Anbieter	k.A.	12	0	2.029	MEAG ProInvest

R.n.g - Rentenfaktor nicht garantiert

Hinterlegt ist jeweils der Aktienfonds mit dem geringsten Ausgabeaufschlag

Quelle: MORGEN & MORGEN GmbH, Stand September 2008

schaftssteuer unterliegen. Erst im November 2007 sei schließlich abschließend entschieden worden, dass die Todesfallgewinne weder als Erbschaft noch als Testament zählen würden und demnach auch keine Erbschaftssteuer für die Nutznießer dieses Guthabens anfallen würde (BMF-Schreiben vom 30.01.2008; IV C 8 - S2222/07/003/IV C 5 - S 2345/08/0017104).

Die Kombination aus ungezillmerem Vertrag, nachvollziehbaren Abschluss- und Verwaltungskosten sowie hohen und stabileren Aktienquoten aufgrund der Nettobeitragsgarantie und der möglichen Sterblichkeitsgewinne, bietet die Chance auf hohe Anlageergebnisse.

Option zum Anbieterwechsel

Die DWS bietet die Möglichkeit, Anteilsguthaben der DWS Basisrente Premium auf einen Drittanbieter zu übertragen – oder im Umkehrschluss auch Anteilsguthaben von Drittanbietern auf die DWS Basisrente Premium. Bisher bieten nur wenige Anbieter diese Möglichkeit.

Zu den Ausnahmen gehören laut ÖkoTest 08/2007 unter anderem die Versicherungstarife von CosmosDirekt, Hannoversche Leben und WGV, im Test von 07/2008 wurden zusätzlich noch die Hanse Merkur und Zurich Deutscher Herold benannt. Zu ergänzen bleibt der Basisfondssparplan der DekaBank. Der Übertrag zu einem anderen Unternehmen kostet bei der DWS zurzeit 51,30 Euro. Sollte die DWS von ihrem in Ziffer 11

beschriebenen Recht auf Änderung der Bedingungen Gebrauch machen und der Kunde basierend darauf entscheiden, dass er den Anbieter wechseln möchte, ist in diesem Fall eine Übertragung kostenfrei. Wenn also ein Kunde nach einigen Jahren feststellen sollte, dass er sich nicht für das richtige Produkt entschieden hat, so bleibt selbst bis unmittelbar vor Rentenbeginn die Option eines Anbieterwechsels gegeben. Schon allein daher wird die DWS ein fundamentales Interesse daran haben, eine möglichst hohe und attraktiv gestaltete Rente auszuweisen.

Open Market Option

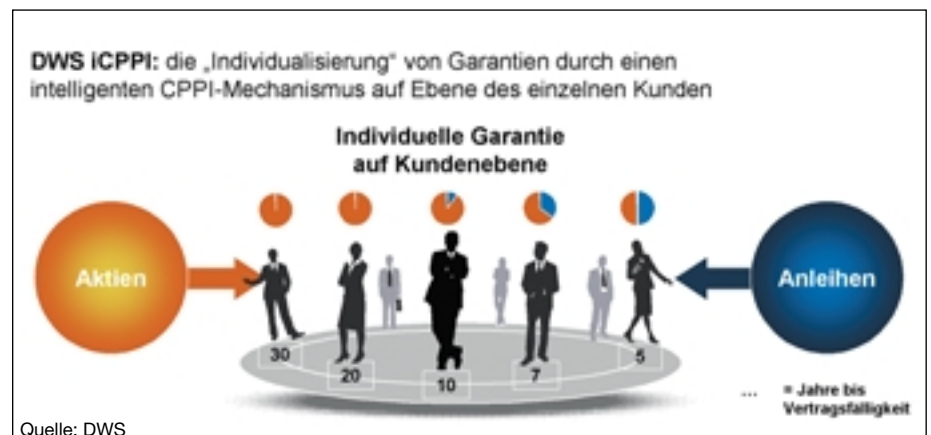
Eine weitere Besonderheit der DWS Basis Rente Premium ist die Wahlmöglichkeit zu Rentenbeginn. Hier bietet die DWS dem Kunden gemäß den zugrunde liegenden

Bedingungen zur DWS Basisrente Premium drei Varianten an. Standardmäßig wird dem Kunden ein Versicherungsunternehmen für die Leibrente vorgeschlagen, das die DWS zum Zeitpunkt der Rente aussucht. Laut Bedingungen ist die DWS hier an keinen Versicherer gebunden und könnte auf diese Weise einen geeigneten Anbieter mit attraktiven Tarifen identifizieren. Alternativ bietet die DWS dem Kunden auch an, zum Zeitpunkt der Verrentung andere Auszahlungsarten in Anspruch zu nehmen. Hierüber würde der Anleger zu Auszahlungsbeginn umfassend informiert werden. Sofern beide Varianten dem Kunden nicht zusagen, besteht auch die Möglichkeit, dass er das vorhandene Guthaben zum Anbieter seiner Wahl überträgt und dort dann eine Leibrente nach seinen Bedürfnissen bezieht.

iCPPI - das Anlagemodell der DWS Basisrente Premium

Ein wichtiges Merkmal der DWS Riester Rente Premium prägt auch die DWS Basisrente Premium, nämlich das in Ziffer 2.3 geregelte kundenindividuelle CPPI-Management. Anders als bei den herkömmlichen Garantiemodellen (garantierter Rechnungszins, Hybridmodelle der ersten Generation, dynamische Hybridmodelle und Variable Annuities) wird hier das Verhältnis von Aktienquote zu sicherheitsorientierter Anlage täglich neu bestimmt. Ziel ist eine Aktienquote von jeweils möglichst 100%. Im Einzelfall hängt das Aktienexposure von Alter, Restlaufzeit, Zinsniveau, Aktienmarktentwicklung und Zahlweise ab.

Bei herkömmlichen Garantiemodellen ist eine vollständige Anlage in Aktien nicht oder nur vorübergehend möglich. So beträgt der Aktienanteil bei klassischen



Anekdote

In einer Umfrage von AssCompact TRENDS II/2008 erzielte die DWS BasisRente Premium einen 13. Platz mit 2,2%. Bewertet wurden die besten Makleranbieter für Basisrenten. Das kuriose dabei ist die Stimmabgabe für ein Produkt, das es zum Zeitpunkt der Umfrage noch gar nicht gab!

Rentenversicherungsprodukten teilweise unter 10% und selbst bei den Hybridprodukten der ersten Generation durchschnittlich kaum mehr als 55% und dann oft erst zum Ende der Vertragslaufzeit. Herkömmliche Produkte agieren nach dem Prinzip „one fits all“, während das von der DWS entwickelte iCPPI-Modell die konkreten Parameter des Kundenvertrages bei der Berechnung der Garantie berücksichtigt. Selbst bei einem durchaus innovativen Produkt wie der DWS TopRente muss die Anlage stets für den Kunden mit der kürzesten Vertragslaufzeit bestimmt werden, da eine kundenindividuelle Strategie nicht möglich sei.

„Bei herkömmlichen CPPI-Modellen besteht die Möglichkeit einer Underperformance bei lange stark schwankenden Märkten ohne erkennbaren Trend“, so Henrik Liebold, aus dem Bereich Strukturierte Produkte bei der DWS. Diese Möglichkeit wird bei einen individuali-

sierten CPPI annähernd ausgeschaltet, wobei trotzdem auf diese Möglichkeit in den Bedingungen der DWS BasisRente Premium (Ziffer 2.3.) hingewiesen wird.

Auf Basis des derzeitigen Marktumfelds (Stand: Ende 08/2008) beträgt der anfängliche Anteil am DWS Vorsorge Dachfonds im Rahmen der DWS BasisRente Premium je nach Vertragslaufzeit wie folgt:

2 Jahre:	ca. 26 %
4 Jahre:	ca. 50 %
7 Jahre:	ca. 80 %
Ab 9-10 Jahren:	100 %

Fazit

Der neue Trend zu fondsgebundenen Produktlösungen auch im Basisrentenmarkt dürfte sich mit der neuen DWS BasisRente Premium fortsetzen. Dabei ist jede Art der Hochrechnung mit Vorsicht zu genießen. Speziell eine lineare Hochrechnung muss zu fehlerhaften Ergebnissen führen, da je nach zugrunde liegendem Garantiemodell der Produkte die Anlage im klassischen Deckungsstock immer geringer ausfallen würde als in der Realität. Eine Beispielrechnung kann die Auswirkungen der Volatilität auf die tatsächliche Allokation des Produktes nicht wiedergeben.

Hinzu kommt, dass Versicherer aus aufsichtsrechtlichen Gründen nur geringere Risikobudgets als eine Investment-

gesellschaft zur Verfügung haben. Während ein Versicherer stets nur mit dem Rechnungszins von z.Zt. 2,25% rechnen darf, wenn er Garantien ausspricht, kann ein Investmenthaus mit dem tatsächlichen Marktzins von beispielsweise 5% rechnen. Daher müssen Versicherer insbesondere bei stark volatilen Märkten wesentlich früher in Renten umschichten, was natürlich auf lange Sicht auch einen mitunter deutlichen Renditeverlust bedeuten kann.

Die Produktwelt der DWS für Anlageprodukte

- Schicht 1: DWS BasisRente Premium
- Schicht 2: DWS TopRente (Dynamik, Balance), DWS RiesterRente Premium, DWS Vermögenssparplan Premium
- Schicht 3: DB Vita

Neuverträge Basisrenten in Deutschland

2005:	118.049
2006:	150.598
2007:	319.549
2008:	415.000

Quelle: GDV

► Technische Daten zum Produkt DWS BasisRente Premium

- Produktstand: 08/2008
- Finanzstärke: die DWS ist ein Tochterunternehmen der Deutschen Bank, einem Unternehmen mit AA-Rating (Stand 08/08)
- Mindesteintrittsalter: 15 Jahre
- Höchsteintrittsalter: 82 Jahre
- Mindestanparzeit: 2 Jahre
- Frühester Zeitpunkt der Verrentung: derzeit mit 60 Jahren. Bei Verträgen, die nach dem 31.12.2011 geschlossen werden der erste Tag des Folgemonats nach Vollendung des 62. Lebensjahres
- Spätester Zeitpunkt der Verrentung: mit Vollendung des 85. Lebensjahres
- Mindestbeitrag (Sparpläne): 25 Euro monatlich, 75 Euro vierteljährlich, 150 Euro halbjährlich bzw. 300 Euro jährlich
- Zahlweise: wahlweise zum 5. oder 20. eines Monats

- Mindestbeiträge (Einmalanlagen): 2.500 Euro
- Zuzahlungen: ab 500 Euro
- Höchstbeträge: 20.000 Euro p.a. bzw. 40.000 Euro für zusammen veranlagte Eheleute
- Dynamisierung: wahlweise 5% oder nicht
- Beitragsfreistellung: jederzeit möglich
- Kündigung: führt zu Beitragsfreistellung
- Rabattierung: nicht möglich
- Hinterlegte Investments: DWS Vorsorge Dachfonds (aktuell Anlage zu 30% in Drittfonds von Threadneedle, Schroders, Axa und Fortis), DWS Vorsorge Rentenfonds 3 Y, DWS Vorsorge Rentenfonds 5 Y, DWS Vorsorge Rentenfonds 7 Y, DWS Vorsorge Rentenfonds 10 Y, DWS Vorsorge Rentenfonds 15 Y. Zukünftig erforderlich sind die Auflage eines weiteren Dachfonds, eines DWS

Vorsorge Rentenfonds 1 Y sowie eines geldmarktnahen Fonds.

- Kosten: 15,40 Euro Depotgebühr p.a.; 5% Abschluss- und Vertriebskosten mit jedem Beitrag bis zum Eintritt in die Rentenphase; Verwaltungskosten der hinterlegten Fonds zwischen 0,60 und 1,50% p.a. Ab Beginn der Verrentungsphase 18 Euro p.a. Für Anbieterwechsel einmalig 51,30 Euro. Versandpauschale über den kostenfreien halbjährlichen Versand hinaus von 0,90 Euro je Brief (max. 40 Euro p.a.)
- Für Übertragungen von Basisguthaben auf Drittanbieter: 51,30 Euro (im Todesfall des Anlegers fällt keine Gebühr bei Übertragung auf einen Vertrag des hinterbliebenen Ehepartners an)
- Sonstige Bemerkungen: Beitragszahlung nur per Lastschrift

Index: Gesellschaften, die in diesem Beitrag erwähnt werden von A-Z
Allianz – Alte Leipziger – Ammerländer – Arag – Aspecta – Baden-Badener
– D.A.S. – Deurag – Deutscher Ring – Gothaer – Haftpflichtkasse
Darmstadt – Hiscox – Ideal – InterRisk – Janitos – Konzept & Marketing
– Rechtsschutz Union – Roland – VHV – Volkswohl Bund – Wüba

Haftung: Innovationsklauseln



*Die Kommunikation mit dem Kunden richtig organisieren:
Das VVG stellt hierzu neue Herausforderungen.*

Von Stephan Witte.

Eine verstärkte Verpflichtung von Versicherern und Vermittlern zur Betreuung ihrer Kunden ist einer der Kernpunkte der VVG-Reform. Um diese optimal zu gewährleisten, haben sich einige Anbieter teilweise schon länger verschiedenartige Innovationsklauseln überlegt. Dabei sind verschiedene Varianten zu unterscheiden:

- Vermittler wird über Anpassungsbedarf des Kunden informiert
- Kunde wird automatisch über neue Tarife informiert
- Kunde profitiert automatisch von Verbesserungen der Bedingungen, sofern diese beitragsneutral sind
- Kunde profitiert automatisch vom Leistungsniveau eines eingeführten Neutarifes
- Kunde wird individuell über seinen Bedarf befragt und individuell entsprechend seines Bedarfes beraten

Ob diese Klauseln nun als „Innovationsklausel“, „automatisches Leistungsupdate“ oder „Leistungsgarantie“ bezeichnet werden spielt in diesem Zusammenhang keine Rolle. Allerdings sind entsprechende Innovationsklauseln noch immer die Ausnahme auf dem deutschen Maklermarkt und werden von manchen Marktteilnehmern auch kritisch betrachtet. Die meisten Versicherer wie z.B. Allianz, Alte Leipziger, Ammerländer, Arag, D.A.S., Deurag, Deutscher Ring, Gothaer, Hiscox, Roland, Volkswohl Bund oder Wüba bieten diese derzeit (Stand: Mitte Mai 2008) noch nicht an. Teilweise wurden auf Nachfrage auch Bedenken gegen eine Einführung eingewandt. Schließlich müssten Versicherungsprämien auskömmlich kalkuliert werden. Vor diesem Hintergrund bürgen entsprechende Regelungen stets auch eine Gefahr für langfristige Prämienstabilität.

Der Verzicht auf Innovationsklauseln kann sich allerdings auch als nachteilig erweisen, wenn neue Tarife eingeführt

werden und ein Makler über wesentliche Leistungsverbesserungen nicht oder zu spät informiert wird. Besonders groß erscheint dieses Risiko bei Anbindung an einen Pool. In vielen Fällen können Pools hier den Informationsfluss vom Versicherer zum Makler steuern, so dass die direkte Ansprache eines Maklerbetreuers fehlt.

Ein aktives Eingreifen von Seiten des Vermittlers setzt etwa das Modell der Rechtsschutz Union – nunmehr zum Konzern Alte Leipziger gehörend – voraus. Dieser wird im Rahmen der Aktion AVALON jährlich im Voraus über geplante Prämienanpassungen der bestehenden Verträge informiert. In diesem Zusammenhang erhält der Vermittler Informationen über den aktuellen Tarifstand und einen möglichen Umstellungsbedarf. Hierzu wird dem Vermittler eine Produktübersicht zur Verfügung gestellt, bei der die wesentlichen Leistungsunterschiede von Alt- und Neutarif detailliert ausgeführt werden. Neu seit Tarif 05 zum 01.01.2005 ist die automatische Leistungsoptimierung LeO. Dabei wurde zum Inkrafttreten des neuen VVG eine textliche Änderung vorgenommen, da durch die VVG-Reform der Versicherungsnehmer einer Änderung seiner Vertragsbestimmungen zuzustimmen hat, hier also in der Fassung vom 01.01.2008:

"(1) Bei Einführung eines neuen (geänderten) Tarif- und Bedingungswerks durch den Versicherer wird dieses mit jeweiliger Hauptfälligkeit dem Versicherungsvertrag zugrunde gelegt.

(2) Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer zuvor über Beitragsunterschiede ebenso zu informieren wie über wesentliche Änderungen des Versicherungs- und Leistungsumfangs.

(3) Stimmt der Versicherer einer Umstellung des Vertrages auf ein neues (geändertes) Tarif- und Bedingungswerk nicht zu, so kommt es künftig zu keinen weiteren Anpassungen mehr und der Vertrag besteht zu den bis dahin geltenden Bedingungen unverändert fort. Dies gilt auch, sofern der Versicherungsnehmer erst nach Übersendung der Versicherungsunterlagen von seinem gesetzlichen Recht gemäß § 5a VVG Gebrauch macht.

(4) Tritt zwischen der Einführung eines neuen (geänderten) Tarif- und Bedingungswerks und der Hauptfälligkeit des jeweiligen Versicherungsvertrages

ein Rechtsschutzfall ein, der nur nach dem neuen (geänderten) Tarif- und Bedingungswerk versichert ist, wird der Versicherer dem Versicherungsnehmer die Umstellung des Vertrages bereits ab der Einführung des neuen (geänderten) Tarif- und Bedingungswerks anbieten."

Anders als bei den unten vorgestellten Modellen von VHV und Janitos werden hier leider nicht automatisch nur Leistungsverbesserungen, sondern auch Tarifverschlechterungen vom Update eingeschlossen. Schade ist, dass das Recht auf LeO bei einmaligem Widerruf erlischt. Hier besteht noch Nachbesserungsbedarf. Immerhin werden Kunden auf neue verbesserte Tarife mit entsprechendem Hinweis auf der Jahresrechnung hingewiesen.

Grundgedanke hinter LeO ist, dass jeder Vermittler nach der neuen EU-Vermittlerrichtlinie für den Umfang des Versicherungsschutzes seines Kunden haftet. Soweit sich also subjektive Änderungen der Risikosituation ergeben (z.B. Heirat, Wechsel in die Selbstständigkeit), ist es Aufgabe des Vermittlers nach Kenntnisnahme bestehende Verträge an die neuen Lebensumständen anzupassen. Problematisch wird es dann, wenn sich die objektive Risikosituation durch die Einführung neuer Tarife verbessert. „Will der Vermittler auch diese »objektiven Deckungslücken« vermeiden, muß er permanent alte, bereits vereinbarte Leistungen in den Verträgen seiner Kunden mit den neuen Leistungen vergleichen und ggf. seinen Kunden zur Umstellung raten und sich dabei sogar den Verzicht auf neue objektive Versicherungsmöglichkeiten vom VN bestätigen lassen. Der Aufwand für diese Form von Bestandsarbeit im Hinblick auf »objektive Deckungslücken« ist sehr hoch, er wiederholt sich laufend und der Ertrag ist eher gering“, so Christof Eberle von der Rechtsschutz Union. LeO soll dabei helfen, entsprechende „objektive Deckungslücken“ erst gar nicht entstehen zu lassen.

Eine ähnliche Regelung wie die Rechtsschutz Union sieht auch die Baden-Badener bereits seit 2005 vor. So heißt es etwa im Bedingungswerk TOP wie folgt:

„Bestehende Versicherungsverträge werden von uns ab der ersten, der auf die Einführung neuer verbesserter

Bedingungswerke folgenden Hauptfälligkeit, automatisch angepasst. Der Versicherungsnehmer wird zur Hauptfälligkeit von uns über die neuen Leistungen bzw. Erweiterungen informiert. Er kann innerhalb eines Monats ab Zugang des Ankündigungsschreibens schriftlich widersprechen, soweit sich die Prämie erhöht oder Leistungseinschränkungen gegenüber dem bisherigen Leistungsumfang vorgesehen sind. Die Versicherung wird bei Widerspruch im bisherigen Umfang dann weitergeführt.“

In erster Linie fehlt hier der vorläufige Deckungsschutz für neu eingeführte Leistungserweiterungen wie es ihn bei der Rechtsschutz Union gibt.

Schon seit mehreren Jahren gewähren beispielsweise Haftpflichtkasse Darmstadt (bedingungsseitig seit 2005 rückwirkend für alle Privathaftpflichtverträge der Tarifgenerationen Top 2000, Top 2005 und Vario; geschäftsplanmäßig seit 2000), IDEAL (seit 04/2005), InterRisk (seit 05/1999), Janitos (seit 01.09.2004, damals noch Exklusiv-MLP), Konzept & Marketing (seit Ende der 1990er Jahre) oder maxPool (in Privathaftpflicht und in der Unfallversicherung VKS 2000 bereits 2001) eine automatische Anpassung an Bedingungsverbesserungen im Rahmen privater Haftpflichttrisiken (z.B. Hundehalter-, Pferdehalter- und Privathaftpflichtversicherung), sofern diese Anpassung keinen Mehrbeitrag erfordert.

Bei der InterRisk liest sich dies als Klausel zur Unfallversicherung AUB 2008 (Tarife L, XL, XXL und i-MAX; Stand 09/2008) beispielsweise wie folgt:

„Werden die dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen oder Besonderen Bedingungen ausschließlich zum Vorteil der Versicherungsnehmer und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für ihren Vertrag.“

Für den stark abgespeckten Tarif S.M.A.R.T besteht kein Anspruch auf ein Leistungsupdate.

Ganz ähnlich liest sich die Formulierung bei der IDEAL unter Ziffer 13.5, nur dass hier die Klarstellung von Änderungen „ausschließlich zum Vorteil“ fehlt, was inhaltlich aber zu keiner Unterscheidung führt:

„Ändern wir die zugrunde liegenden Allgemeinen Bedingungen für die IDEAL UnfallRente zu Ihrem Vorteil und ohne Mehrprämie, gelten die neuen Bedingungen automatisch für Ihre Versicherung.“

Die IDEAL bietet die Innovationsklausel an für die Sparten Unfall-, Hausrat- und Privathaftpflichtversicherung, nicht jedoch für die Rechtsschutzsparte.

Einige Marktteilnehmer wie die Domcura bieten vergleichbare Leistungen auch schon länger an, allerdings ohne bedingungsseitige Regelung, sondern mit Ausnahme der Unfallversicherung – hier besteht eine bedingungsseitige Regelung – rein geschäftsplanmäßig. Ähnlich verfuhr Janitos auch schon, als das Unternehmen noch zur MLP-Welt gehörte. So wurden etwa laufende Kfz-Tarife stets auf dem neuesten Stand gehalten.

Als einziger großer Kfz-Versicherer hat die VHV im Oktober 2007 die Leistungs-Update-Garantie eingeführt. Damit profitieren nicht nur Neukunden, sondern alle VHV Kunden von künftigen Leistungsverbesserungen der KLASSIK-GARANT. Und zwar nicht erst auf Antrag, sondern ganz automatisch und ohne Mehrkosten. Diese Leistungs-Update-Garantie bringt den Vertriebspartnern ein hohes Maß an Beratungssicherheit – in der heutigen Zeit ein wichtiger Punkt.

„VHV-Leistungsgarantie: Sofern in Folgejahren in Neugeschäftstarifen Leistungsverbesserungen eingeführt werden, gelten diese auch für Ihren Versicherungsvertrag.“ (Verbraucherinformation Nummer 9/2008, Stand 9/2007)

Ein besonderer Vorteil bei dieser Regelung liegt für Vertreter und Makler gleichermaßen darin, dass der Kunde im Zweifel nur von Verbesserungen der Bedingungen profitiert, was die Haftungssituation bei teilweiser Verschlechterung zukünftiger Bedingungswerke deutlich verbessert. Wenn ein gewöhnlicher Änderungsantrag aufgenommen wird, ist es leider oft nicht vermeidbar, dass neben den gewünschten Leistungsverbesserungen auch Nachteile in Form neu eingeführter Ausschlüsse, Sublimits oder Selbstbehalte in Kauf genommen werden müssen. Da diese oft nicht auf den ersten Blick ersichtlich sind und verständlicherweise auch nicht weiter beworben werden, sind die entsprechenden Änderungen für alle

Beteiligten ein großes Ärgernis und nicht zu selten höchst überraschend.

Eine entsprechende Klausel hat die VHV auch für private Haftpflichttrisiken im Oktober 2007 eingeführt. Auch hier werden zukünftige Leistungsverbesserungen automatisch im Bestand gültig. Vergleichbares gilt für alle ab dem 01.01.2008 abgeschlossenen Verträge zur Hausrat-, Wohngebäude-, Glas- und Elementarversicherung.

Eine entsprechende Klausel für private Haftpflichttrisiken liest sich bei der Haftpflichtkasse Darmstadt analog zur VHV beispielsweise wie folgt:

„Künftige Bedingungsverbesserungen Werden die dieser Privat-Haftpflichtversicherung zugrunde liegenden Bedingungen ausschließlich zum Vorteil der VN und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.“ (Besondere Bedingungen PHV VARIO – Stand 01.07.2008)

Schaut man sich die vergleichbaren Bedingungen zur Betriebshaftpflichtversicherung der Haftpflichtkasse Darmstadt, der InterRisk oder auch der VHV an, so stellt man überraschend fest, dass diese Klausel zwar für die eingeschlossene Privathaftpflichtversicherung, nicht jedoch für die eigentliche Betriebshaftpflichtversicherung Anwendung findet. Immerhin bietet die InterRisk ihre Innovationsklausel auch im Zusammenhang mit der von ihr angebotenen Geschäftsinhaltsversicherung an.

Eine erweiterte Leistung zu dieser Klausel bietet die Gothaer-Tochter Janitos in zwei Ausprägungen an. Für den Tarif Balance steht optional eine so genannte „Update-Garantie“, im Tarif Best Selection zusätzlich ein „Individualupdate“ zur Verfügung:

„Tarifupdate-Garantie Balance 2007“ (sofern vereinbart)

► Tarifupdate:

Sofern das Tarifupdate vereinbart ist, wird bei Einführung eines neuen leistungsstärkeren Tarifwerkes der Produktlinie Balance 2007 dieses automatisch als Berechnungsgrundlage zur nächsten Hauptfälligkeit zugrunde gelegt und der Versicherungsschutz entsprechend dem neuen Tarif angepasst. Im Zeitraum von Einführung des neuen Tarifwerkes bis zur Zu-

sendung des neuen Versicherungsscheins zur nächsten Hauptfälligkeit besteht bereits prämienfrei der bessere Versicherungsschutz des neuen Tarifes. Sollten die Vertragsbestimmungen des neuen Tarifwerkes Verschlechterungen gegenüber diesen Versicherungsbedingungen enthalten, so gelten diese Verschlechterungen nicht für diesen Versicherungsvertrag.

Widerspruch/Kündigung:

Die Erhöhung bzw. Anpassung des Versicherungsschutzes entfällt rückwirkend, wenn der Versicherungsnehmer der Erhöhung innerhalb eines Monats nach Zugang der neuen Prämienrechnung widerspricht. Mit diesem Widerspruch gilt die Tarifupdate-Garantie automatisch auch für zukünftige Fälle gestrichen.

Versicherungsnehmer und Versicherer können die Tarifupdate-Garantie (planmäßige Erhöhung von Leistung und Prämie) ohne Angabe von Gründen kündigen, der Versicherer jedoch nur mit einer Frist von 3 Monaten zur jeweiligen Hauptfälligkeit.“ (AUB Janitos Balance, Stand 01.01.2008)

Auch hier liegt der Vorteil dieser Regelung für Vertreter und Makler darin, dass der Kunde im Zweifel nur von Verbesserungen der Bedingungen profitiert. Nachteilig ist allerdings, dass die Option bei einmaliger Nichtinanspruchnahme auf Dauer ausgeschlossen ist. Es ist jedoch durchaus denkbar, dass Kunden zwar bestimmte Mehrleistungen gegen Mehrbeitrag für uninteressant halten – oder aufgrund einer momentan klammen Haushaltskasse darauf verzichten möchten –, an künftigen Innovationen aber sehr wohl interessiert wären. Hier wäre zumindest ein System analog zur Dynamik bei herkömmlichen Lebensversicherungsverträgen (2* ablehnen, 1* annehmen) wünschenswert.

Das oben beschriebene Individualupdate wird wie folgt definiert:

► Individualupdate

Sofern das Individualupdate vereinbart ist, erhält der Versicherungsnehmer in regelmäßigen Abständen einen Fragebogen hinsichtlich bestimmter Änderungen der persönlichen Lebens- und Risikosituation. Auf Basis seiner Antworten wird der Versicherungsschutz entsprechend angepasst und diese

Änderung als Berechnungsgrundlage zur nächsten Hauptfälligkeit zugrunde gelegt. Im Zeitraum von der Änderung der persönlichen Lebens- und Risikosituation bis zur nächsten Hauptfälligkeit besteht bereits prämienfrei Versicherungsschutz hinsichtlich der eingetretenen Änderung. Dieser Versicherungsschutz besteht nur für Risikoänderungen, die gemäß den im Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen und Annahmerichtlinien versicherbar sind und über die der Versicherungsnehmer in dem ihm zuletzt zugegangenen Fragebogen befragt und informiert wird.

Voraussetzung für den erhöhten Versicherungsschutz und die Aufrechterhaltung der Individualupdate-Garantie ist das Zurücksenden des ausgefüllten und unterschriebenen Fragebogens innerhalb eines Monats. (AUB Janitos Best Selection, Stand 01.01.2008)

Es gilt eine vergleichbare Kündigungs- und Widerspruchsfrist wie sie oben beschrieben wurde. In erster Linie erfüllt ein Individualupdate sehr konkret die Maklerpflichten. Andererseits kann zumindest von einem Makler auch erwartet werden, dass er sich um eine fristgemäße Rücksendung der Fragebögen seiner Kunden kümmert. Mit der automatischen Zusendung durch den Versicherer wird aber zumindest das Erstellen geeigneter Fragen deutlich in den Verantwortungsbereich des Versicherers gelegt.

Sowohl Tarifupdate als auch Individualupdate sind deutliche Weiterentwicklungen der standardmäßig bestehenden Vorsorgedeckung, die oft nur unzureichenden Schutz bietet und das Mitteilungsrisikos dem Kunden überließ. Erhöhungen und Erweiterungen des Risikos wie etwa die Anschaffung eines weiteren Pferdes oder Hundes im Rahmen einer selbständigen Hundehalterhaftpflichtversicherung wurden durch die bestehende Vorsorgedeckung kaum umfassend abgesichert, werden jedoch durch die Produktgestaltung Best Selection von Janitos optimal berücksichtigt. Erhöhungen und Erweiterungen des Versicherungsschutzes sind anders als üblich auch bei der InterRisk nach Nr. 3.1 b AHB mitversichert, ohne dass hierfür die Nachmelderfristen für neue Risiken nach 3.1 c und 4 AHB gelten.

Wenn Konzept & Marketing oder andere Konzeptanbieter während der Vertrags-

laufzeit den Risikoträger wechseln, um auf diese Art und Weise bestehende Risiken beitragsneutral oder kostengünstiger weiter zu versichern, liegt streng genommen ebenfalls keine Innovationsklausel vor. Allerdings hat z.B. der jüngste Wechsel von U4 premium (Risikoträger: SOVAG) zum U4 complete (Risikoträger: Zurich) neben einem Versichererwechsel auch diverse Leistungsverbesserungen mit sich gebracht. Dabei war lediglich der Anbieterwechsel bedingungsseitig geregelt, nicht jedoch das Anrecht auf etwaige Leistungsverbesserungen ohne ausdrückliche Vertragsumstellung.

Problem & Lösung

Kunden sollten regelmäßig über für sie relevante Änderungen informiert werden. Das ist Teil einer aktiven Betreuung. Unter finanziellen Gesichtspunkten ist eine jährliche Anpassung von Beständen an neue Tarife ohne vertraglich vereinbarten Automatismus praktisch kaum zu bewältigen.

Dies scheidet allein schon daran, dass kein Makler die Zeit haben dürfte, eine rechtssichere Synopse aller Bedingungswerke im Bestand anzufertigen, um auf diese Weise mögliche vertragliche Lücken zu erkennen, von der Kostenseite einmal ganz abgesehen.

Wer etwa jährlich 500 Kunden quartalsweise über gesetzliche Änderungen, neue Absicherungsoptionen oder die Einführung neuer Tarife informieren möchte, muss dafür mit Portokosten von allein 1.100 Euro rechnen, von den Kosten für die Nachbearbeitung solcher Anschreiben einmal ganz abgesehen.

Übernimmt ein Versicherer diese Kosten, so ist das sicher technisch deutlich einfacher zu steuern, verursacht aber gleichfalls erhebliche Kosten, die über eine Umlage auf alle Versicherten umzulegen wären.

Realistisch erscheint hier nur die Möglichkeit, Kunden im Zusammenhang mit der jährlichen Prämienrechnung mit einer Synopse aktueller und diverser älterer Bedingungswerke der letzten Jahre zu versorgen.

Wie eine solche Synopse aussehen könnte, lässt sich an den Materialien der Rechtsschutz Union bereits heute sehr schön zeigen.

Index: Gesellschaften, die in diesem Beitrag erwähnt werden von A-Z
Allianz – AXA – Haftpflichtkasse Darmstadt – Hans John Versicherungsmakler GmbH – InterRisk – Nürnberger – R+V

Individuelle Absicherung betrieblicher Risiken des Maklergewerbes

Gewerbesach- und
haftpflichtversicherungen
für Versicherungsmakler



Von Stephan Witte

Vermögensschadenshaftpflichtversicherung (VSHV)

Um überhaupt beruflich tätig werden zu dürfen, benötigt der Versicherungsmakler eine Vermögensschadenshaftpflichtversicherung (VSHV).

Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben benötigt diese Berufshaftpflicht eine Mindestdeckung von 1 Millionen Euro im Jahr mit 1,5 facher Maximierung. Schadenfälle von weit über 3 Millionen Euro sind dabei durchaus denkbar. Das kann schon ganz einfach passieren, indem versehentlich ein Antrag nicht oder verspätet abgeschickt wurde. Bei der Hans John Versicherungsmakler GmbH hat es von 1989 bis heute (Stand: 06.06.2008) insgesamt drei Schäden gegeben, die über einer Millionen Euro lagen und dies bei 6.500 Versicherten. Torsten Rehfeldt, Geschäftsführer der Hans John Versicherungsmakler GmbH, hält hier ein betriebsinternes Risk-Management in Form einer Haftungsbegrenzung der Höhe nach für wichtiger als eine 3-Millionen-Euro-Dekung, da auch 10-Millionen-Euro-Schäden sich per se nicht ausschließen lassen. Zum Risk-Management gehört etwa die Wahl einer geeigneten Unternehmensform (GmbH, Ltd. etc.). Erwogen werden sollte auch, ob man nicht gleich zwei Firmen gründe sollte. Damit könnte man etwa eine Gewerbesperre bei Insolvenz einer juristischen Person umgehen, bei der Versicherungsmakler Geschäftsführer ist, da diese nicht für eine bereits bestehende weitere Geschäftsführertätigkeit zutreffen muss. Weiter sollte, so Rehfeldt, geklärt werden, welcher Status dem Vermittler konkret zukomme und seiner Tätigkeitsausübung sowie seinen betrieblichen Zielen am nächsten komme. Was ist mit den Arbeitsunterlagen? Sind diese auf dem neuesten Stand? „Unseres Erachtens erkennt man einen guten Fachmakler an der kompletten Beratung (einschließlich Hinweisen zum Risk-Management) und vor allem an einer eigenen Schadenabteilung mit juristischer Besetzung, denn dieses kann für den Versicherten wichtiger sein als der eigentliche VSH-Vertrag. Was nützt der beste VSH-Vertrag, wenn ich den außergerichtlichen Schriftwechsel (mit Anspruchsteller und eigenem VSH-Versicherer) selbst schreiben muss und

mir eine gut gemeinte, aber leider deckungsrechtlich relevante Formulierung zum Verhängnis wird? Nicht umsonst werden wir von externen Juristen häufig angegriffen, da diese sich ihrer Tätigkeit beraubt sehen.“

Üblich ist die Vereinbarung eines Selbstbehalts von 500 Euro oder mehr. Um nicht wegen zu hoher Schadenhäufigkeit gekündigt zu werden, empfiehlt es sich im Zweifel kleinere Schäden aus eigener Tasche zu begleichen. Gefährlich sind etwa Tarife, die keine Leistungen bei der Beratung von Verwandten, für den Fall eines versehentlich vergessenen Beratungsprotokolls oder für die Beratung von Arbeitnehmern im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge vorsehen. Rehfeldt sieht die von der Ralf W. Barth GmbH aus Schwaigern empfohlene Deckung auch für die Beratung von Verwandten kritisch, zumal wenn Ehepartner „die Schriftsätze am Frühstückstisch besprechen und austauschen können, weil der VSH-Versicherer die Verwandtenklausel gestrichen hat. Wie lange soll so eine abwegige Deckung halten?“ Im Hause Hans John arbeite man vielmehr „an einer Änderung der Verwandtschaftsklausel im zweiten Grad der Seitenlinie – die erste Linie werden wir hingegen keinesfalls antasten und zwar zum Schutze der gesamten Versicherten-gemeinschaft.“

Auch die bAV-Thematik sollten Versicherte kritisch hinterfragen. Zwischenzeitlich wurde diese weitestgehend in Bezug auf eine Arbeitnehmerberatung umgesetzt. Von existentieller Wichtigkeit ist jedoch überhaupt die grundlegende Beratung zur Versorgungseinrichtung an sich zu versichern, was nur über Auszüge aus der Unternehmensberater-VSHV funktioniert. So heißt es hier etwa in den Besonderen Vereinbarungen für den



Rahmenvertrag über das John-Konzept wie folgt: „Versicherungsschutz besteht auch für die a. Beratung bei Gründung und Unterhaltung von betrieblichen Versorgungseinrichtungen, nicht hingegen versicherungsmathematischen Gutachten“. Wenig hilfreich ist schließlich eine zwar mitversicherte Arbeitnehmerberatung, wenn die mögliche Beratung zu einem Versorgungsmodell nicht erfolgt ist oder erfolgen konnte, weil dieser Durchführungsweg nicht gedeckt ist. Dann bestehe, so Rehfeldt, „auch kein Abwehrschutz, daher ist es (extrem) wichtig die komplette Beratung unabhängig vom Durchführungsweg zu versichern, zumal dieses auch eine aktuelle Schadenproblematik ist.“

Besondere Beachtung sollte die unbegrenzte Nachhaftung im Finanzdienstleistungsbereich finden. Gerade hier besteht vielfach nur eine Nachhaftung von zwei Jahren. Es ist empfehlenswert, sich für eine optimale Vertragsgestaltung an einen Spezialmakler wie z.B. die Ralf W. Barth GmbH in Schwaigern oder die Hans-John Versicherungsmakler GmbH in Hamburg zu wenden. Geprüft werden sollte jedoch, ob der konkret gewählte Makler tatsächlich den Gesamtmarkt bei seinem Angebot abbildet. So bietet etwa die Hans John Versicherungsmakler GmbH in diesem Segment aktiv ausschließlich Deckungskonzepte von Allianz und R+V an. Über Maklervollmacht werden jedoch auch andere Anbieter berücksichtigt und entsprechend geprüft. Eine Besonderheit am Maklermarkt sind die neu entwickelten Produkte „John-Essentia“® und „John-Rechtssystem“®. John-Essentia umfasst fünf Hauptleistungsmerkmale:

- Haftpflicht-Ergänzungsdeckung (falls der Pflichtversicherer wegen Wissentlichkeit / Vorsatz abgelehnt hat)
- Arbeitnehmer-Haftungsdeckung (Prüfung / Regulierung von Ansprüchen gegen eigene Arbeitnehmer)
- D&O-Deckung (Schadenersatzansprüche aufgrund organschaftlicher Tätigkeit, Einzel-firmen erhalten stattdessen eine Prämiennachlass)
- AGG-Deckung (Schadenersatzansprüche intern / extern wegen Diskriminierung)
- Vertrauensschadenversicherung (eigene Vermögensschäden durch strafbare Handlungen von Vertrauenspersonen oder extern verursachte Vermögensschäden mit Bereicherungsabsicht)

Betriebshaftpflichtversicherung

Neben der VSHV benötigt der Makler noch eine Büro- oder Betriebshaftpflichtversicherung. Dies gilt auch dann, wenn er zu Hause vom Homeoffice aus arbeiten sollte. Schließlich lässt es sich nicht immer vermeiden, dass durch leichte Unachtsamkeit beim Kundenbesuch Kaffee über den empfindlichen Teppich verschüttet, eine Vase umgestoßen oder ein anderer Sach- oder Personenschaden verursacht wird. Makler tun gut daran, hier auf eine Mindestdeckungssumme von 3.000.000 Euro gemäß Empfehlung des Arbeitskreises Vermittlerlinie zu achten.

Umweltschadendeckung

Trotz des eher geringen Risikos sollte unbedingt auch an den Einschluss einer Umweltschadendeckung gedacht werden (siehe unten). Diese ist ausdrücklich nicht zu verwechseln mit dem Umwelthaftpflicht-Basisrisiko wie es seit Jahren in der Betriebshaftpflichtversicherung Gang und Gäbe ist. Zu beachten ist, dass eine Gefährdung durch Umweltschäden auch im Rahmen der Kfz-Versicherung in Frage kommt (siehe Beitrag auf Seite 94 in diesem Heft).

Pauschalelektronikversicherung

Anzuraten ist weiter eine Pauschalelektronikversicherung, die für Schäden an der Büroelektronik u.a. durch Über-

spannung, Bedienungsfehler und Vorsatz Dritter aufkommt und gegebenenfalls auch eine Wiederherstellung von Daten vorsieht. Allerdings sind dafür strenge Mitwirkungspflichten des Versicherungsnehmers hinsichtlich Antivirenupdates und Datensicherung vorgeschrieben. Bedingungsseitig wird hier vor allem auf die Verpflichtung zur möglichen Abwendung von Schäden hingewiesen. Bei der InterRisk etwa wird konkret eine mindestens wöchentliche Datensicherung vorausgesetzt.

Die Prämie bemisst sich dabei in erster Linie nach dem Gesamtwert aller elektronischen Bürogeräte, also Gegensprechanlagen, PCs, Faxe, Scanner, Drucker oder auch Fernseher. Teilweise wird von Computerherstellern wie DELL auch eine auf das konkrete Gerät gemünzte Elektronikversicherung angeboten, die vor allem für Schäden durch Diebstahl, Beschädigung oder Zerstörung aufkommt. Ob dies wirklich notwendig ist, bleibt jedem Makler genauso selbst überlassen wie Sinn oder Unsinn einer speziellen Handyversicherung.

Geschäftsinhaltsversicherung und Gebäudeversicherung

Sofern Büroräumlichkeiten bestehen, benötigt der Makler auch eine Geschäftsinhaltsversicherung und gegebenenfalls eine gewerbliche Gebäudeversicherung. Beide setzen eine gewerbliche Nutzung des Objektes von mindestens 50% voraus und sollten auch Versicherungsschutz für Elementarschäden beinhalten, selbst dann, wenn es in der Vergangenheit noch keinen solchen Schadenfall gegeben hat. Der Trend der letzten Jahre zeigt ganz klar ein stetig wachsendes Risiko nicht nur von Überflutungen, sondern auch von anderen Elementargefahren.

Makler sollten diesbezüglich in der Beratung darauf achten, Angaben des Kunden soweit wie möglich zu verifizieren und sich etwa nicht darauf zu verlassen, wenn der Versicherungsnehmer eine Entfernung von beispielsweise 500 Metern zum nächsten Gewässer oder das Vorhandensein der Mindestsicherungen angibt. Außerdem sollte auf vorhandene Wartezeiten und Selbstbehalte hingewiesen werden. Ein weiterer Haken liegt oft darin, dass Rückstauschäden vielfach nur dann versichert sind, wenn ein regelmäßig gewartetes

funktionsfähiges Rückstauventil vorhanden ist. Dies ist praktisch aber oft nicht der Fall.

Glas- / Werbeanlagen-Versicherung

Sehr häufig, wenn auch regelmäßig nicht Existenz bedrohend, sind auch Schäden an der gewerblichen Verglasung. Hier gilt wie im Privatbereich, dass Glasversicherungen stets nur Naturalersatz leisten, d.h. eine neue Scheibe und keine Geldleistung. Zu beachten ist möglicherweise auch die Mitversicherung von Werbeanlagen im Rahmen der Glas- / Werbeanlagen-Versicherung. Prämienrelevant ist anbieterabhängig entweder die Gebäudegrundfläche oder die Gesamtfläche aller Verglasungen und speziell der größten Einzelverglasung. In der Standarddeckung sind oft nur Scheiben bis maximal 10 qm Einzelfläche mitversichert. Zu berücksichtigen bleibt auch, ob Sonderkosten für Gerüste und Kräne oder für handwerkliche Arbeiten während der Vertragsdauer eingeschlossen sind. Teilweise werden Glasversicherungen auch nur dann angeboten, wenn gleichzeitig eine Inhaltsversicherung beim selben Unternehmen vereinbart wird.

Ertragsausfallversicherung (bis 2007: Klein-Betriebsunterbrechungsversicherung oder KBU)

Für den Fall, dass etwa ein Feuer oder ein Leitungswasserschaden die Büroräumlichkeiten vorübergehend nicht nutzbar machen, kommt eine Ertragsausfallversicherung (bis 2007: Klein-Betriebsunterbrechungsversicherung oder KBU) in Frage. Die Versicherungssumme im Rahmen der Ertragsausfallversicherung richtet sich wie auch die Inhaltsversicherung nach dem Gesamtwert von Vorräten, Einrichtung und Vorsorge. Liegen Kosten und Gewinn jedoch über dem Wert des Geschäftsinhaltes, so ist hier eine abweichend höhere Versicherungssumme zu vereinbaren. Andernfalls müssen Versicherte mit einer Leistungskürzung wegen Unterversicherung rechnen. Die Axa führt weiter aus, dass über die vereinbarten Deckungsbeiträge hinaus auch Kosten" ersetzt werden, die der Unternehmer zur Abwendung oder Minderung einer Unterbrechung aufwenden muss. Schadenabwendungs- oder

Schadenminderungskosten spielen bei einem Unterbrechungsschaden eine ganz entscheidende Rolle, denn in der Betriebsunterbrechungsversicherung erstreckt sich der Versicherungsfall in der Regel über einen längeren Zeitraum. Wechselseitige Auswirkungen eines Unterbrechungsschadens auf verschiedene Betriebsstellen eines Unternehmens sind standardmäßig mitversichert, wenn alle Betriebsstellen im Versicherungsschein aufgeführt werden (so genannte Wechselwirkungsschäden).

► Abgrenzung Klein-BU und Mittlere-BU

Die früher so genannte „Klein-BU-Versicherung“ oder auch „pauschale BU-Versicherung“ wird mit einer Versicherungssumme bis 500.000 Euro zusammen mit einer Geschäftsinhaltsversicherung abgeschlossen. Aus Gründen der Vereinfachung gilt für beide Verträge die gleiche Versicherungssumme.

Unabhängig von der Sachinhaltsversicherung kann eine „Mittlere BU-Versicherung“ oder auch „Flexible BU-Versicherung“ vereinbart werden.

Die Versicherungssumme wird beispielsweise bei der Axa gebildet, indem von der Betriebsleistung des Geschäftsjahres die Kostenbestandteile abgezogen werden, für die im Schadenfall keine Deckungsbeitragsbestandteile benötigt werden (Subtraktionsverfahren). Als nicht versicherte (variable) Kosten/Aufwendungen gelten z.B. Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe, Umsatzsteuer, Ausgangsfrachten, Paketporti etc. wie die Axa ausführt.

Sinnvoll ist es übrigens, Kunden auf den mittlerweile weit verbreiteten Ausschluss von Terrorgefahren und deren Folgen im Rahmen gewerblicher Risiken hinzuweisen.

Empfehlenswert für alle Versicherungsmakler ist es, Kopien von allen Kunden- und Vertragsunterlagen außerhalb der Büroräumlichkeiten aufzubewahren.

Bei der Masse an Unterlagen, die bereits die durchschnittliche Einpersonengenerale in nur wenigen Monaten ansammelt, ist dies praktisch jedoch kaum zu realisieren. In jedem Fall ist die regelmäßig aktualisierte Erstellung eines vollständigen Inventarverzeichnisses für die Inhaltsversicherung von Vorteil.

In diesem Zusammenhang sollte auch geprüft werden, ob eventuell im Betrieb vorhandene Wertsachen außerhalb eines speziellen Wertschutztresors umfassend

mitversichert sind oder ob die Anschaffung eines mehrwandigen Wertschutzschrankes anzuraten ist, der regelmäßig entweder fest verankert oder ein bestimmtes Mindestgewicht zu erfüllen hat.

Rechtsschutzversicherung

Gewerberechtliche Streitigkeiten sind durch eine geeignete Rechtsschutzversicherung abzuschließen.

Speziell von Bedeutung ist hier der Einschluss von Versicherungsvertragsrechtsschutz, wenn es etwa darum geht, Schadenersatzforderungen gegen seinen Vermögensschadenshaftpflichtversicherer oder -makler zu erheben.

Provisionsforderungen lassen sich derzeit nicht durch eine Rechtsschutzversicherung absichern. Hierfür ist eine Mitgliedschaft bei der Gewerkschaft Verdi von Vorteil. Der Mitgliedsbeitrag richtet sich dabei nach dem Umsatz. Zwar besteht hier keine freie Anwaltswahl, doch bietet Verdi als derzeit wohl einzige Gewerkschaft die Möglichkeit, aktiv gegen Honorar- und Provisionsforderungen zu klagen. Eine andere Alternative bietet neuerdings das John-Rechtsschutzsystem® aus dem Hause Hans John Versicherungsmakler GmbH. Hier besteht Versicherungsschutz nicht nur für Vertrags-Rechtsschutz aus der beruflichen Tätigkeit (auch aus Provisionsstreitigkeiten), sondern auch Straf-Rechtsschutzversicherung und Vertragsrechtsschutz über die Zurich sowie Firmen-Rechtsschutz inklusive Streitigkeiten aus gewerblichen Versicherungsverträgen über die D.A.S.

Wer auf die Vorteile einer telefonischen RechtsanwaltsHotline setzt, sollte diese nicht im Zusammenhang mit haftungsrechtlichen Fragen als Ansprechpartner betrachten. Hier ist in der Tat der Weg über einen fachlich spezialisierten und entsprechend kostenträchtigen Fachanwalt vorzuziehen.

Wer als Selbständiger hingegen seine Steuererklärung selbst macht, sollte dringend Spezial-Straf-Rechtsschutz mitversichern. Das Problem liegt darin, dass der Vorwurf einer Steuerhinterziehung stets als vorsätzlich begangene Straftat zählt, ein eingeschlossener Spezial-Straf-Rechtsschutz jedoch solange von der Unschuld ausgeht, bis das Gegenteil bewiesen ist. In vielen Fällen ist dies sehr vorteilhaft.

Vertrauensschadensversicherung

Eher ungefragt bleibt vielen Maklern nichts Anderes übrig als bei Versicherern und Pools eine Vertrauensschadensversicherung abzuschließen, um rückforderbare Provisionen etwa im Rahmen der Zillmerung abzusichern. Oft lässt sich dies umgehen, wenn stattdessen eine nicht diskontierte Verprovisionierung vereinbart wird. Die Vorteile liegen auf der Hand: statt des Aufbaus einer irgendwann hohen unverzinslichen Stornoreserve wird das Geld in gleich hohe Raten bis zum Ende der Haftungszeit ausgezahlt. Längerfristig bedeutet dies monatlich kalkulierbare Einnahmen in annähernd gleicher Höhe. Kurzfristig ist diese Art der Entlohnung jedoch ein Weg mit vielen Dornen.

► Neben der hoffentlich obligatorischen **Berufsunfähigkeitsversicherung**, sollten Versicherungsmakler sich vor allem auch Gedanken über eine **Krankentagegeld-** und eine **Existenz-Betriebsunterbrechungsversicherung** machen.

Erst im Zusammenspiel entfalten die benannten Produkte das volle Potenzial zur Arbeitskraftabsicherung, ohne dass hier konkret auf andere Absicherungsformen in diesem Bereich eingegangen werden soll.

Checkliste Versicherungsmakler

- Betriebshaftpflichtversicherung inkl. Umweltschadendeckung
- Elementargefahrenversicherung zur Inhalts- und Gebäudeversicherung
- Ertragsausfallversicherung
- Existenz-Betriebsunterbrechungsversicherung
- Glas- / Werbeanlagenversicherung
- Geschäftsinhaltsversicherung
- Gewerbliche Gebäudeversicherung
- Kfz-Versicherung inkl. Umweltschadendeckung
- Pauschalelektronikversicherung
- Rechtsschutzversicherung
- Vermögensschadenshaftpflichtversicherung
- Vertrauensschadensversicherung

Ausstieg aus einem Strukturvertrieb

Kurze Einführung in die Problemfelder



Von Vera Ailina Sonan

Am Anfang stand eine Anzeige in der Tageszeitung: Mitarbeiter gesucht. Ohne Näheres zu wissen, war ich einem der großen Drei-Buchstaben-Vertriebe ins Netz gegangen. Innerhalb von drei Jahren wechselte ich zweimal das Unternehmen. Falsche Erwartungen und unerfüllte Versprechen hatten mich von einem Struktur-Vertrieb zum nächsten geführt. Der Ausstieg gestaltete sich schwierig.

■ Umdecken: Ja oder Nein?

Die Frage, ob es nicht besser wäre, einen Ausstieg zu wagen und als Makler oder Mehrfachagent von vorne zu beginnen, ist nicht einfach nur mit „Ja“ zu beantworten. Ein Ausstieg bedeutet, alle meine Kunden zu verlieren, die ich aufgebaut und gepflegt habe. Selbstverständlich könnte man eine Betreuungsumstellung von jedem Kunden unterschreiben lassen, doch dies nur theoretisch. Auf der einen Seite gibt es Unternehmen wie die Dialog oder Signal Iduna, die courtagepflichtige Betreuungswechsel gar nicht oder nur bei bestimmten Vertragsarten ermöglichen. Auf der anderen Seite bedeutet die komplette Umdeckung eines solchen Bestandes einen langfristigen Vorlauf. Zeitliche Verzögerungen resultieren nicht etwa nur aus fehlendem Kundenwillen, sondern liegen vor allem auch an den Unternehmen, die eine Bestandsübertragung zu realisieren haben. Nicht selten dauert eine entsprechende Umstellung ein halbes Jahr oder länger – und endet dann möglicherweise in einem ablehnenden Bescheid.

■ Bestandspflege adé

Das Ausscheiden aus einem Vertrieb bedeutet auch, dass alle bisherigen Ansprüche auf Bestandspflegeprovision

Nachteile im Struktur-Vertrieb

- Eine vor allem vertriebsorientierte Ausbildung in Form von oft unqualifizierten Schulungen
- Haftungsfallen durch Verkaufs-Anreize (z.B. Wettbewerbe: „Schreiben Sie bis zum xx.xx.xxx je mindestens 1 Antrag auf Berufsunfähigkeit bei den Gesellschaften A, B und C“. „In ein 5-Sterne-Hotel in Dubai fährt der Mitarbeiter, der bis zum xx.xx.xxxx eine Wertungssumme von mindestens xx,xx Euro bei Produkt Z erreicht.“)
- Der Kundenstamm fällt bei einem Wechsel an den Vertrieb.
- Bestenfalls 50% der beim Unternehmen eingehenden Provision kommen beim Vermittler an.
- Kein Einfluss auf die Wahl der Produktpartner
- Finanzielle Abhängigkeit von willkürlichen Provisionsauszahlungsterminen und einer intransparenten Anlage der Stornoreserve
- Verfolgung durch Vertriebsmitarbeiter bis ins persönliche Umfeld

erlöschen und ein Einkommen aus etwaigen Überträgen noch nicht erzielt wird. Bis die laufenden Kosten aus neu angebotenen Verträgen gedeckt werden können, vergeht viel Zeit.

Was passiert mit ratierlichen Courtagen? Sicher, diese stehen einem weiter zu. Doch wird man diese nach einem Ausscheiden auch weiter zahlen? Nachdem ich den Vertrieb, in dem ich tätig war, schon länger kannte, glaubte ich nicht daran. Ebenso wenig glaubte ich an eine sichere Anlage der Stornoreserve. Angeblich werde diese erst dann ausgezahlt, wenn man die Vertriebsvereinbarung gekündigt habe und alle Verträge aus der Haftung seien. Doch wer garantiert, dass mein Vertrieb dann noch existiert?

Wie wehrt man sich gegen unzureichende oder unregelmäßige Provisionsauszahlungen? Natürlich ließe sich vieles über einen Buchauszug klären. Die Rechtsschutzversicherung lässt einen bei Provisionsstreitigkeiten jedoch im Regen stehen.

■ Neue Produktfreiheit?

Es klingt schön, wenn man statt 50% für neuere und 30 oder 40% für schon länger laufende Verträge, plötzlich die volle Provision ausgezahlt bekommt, doch um welchen Preis? Je nach Versicherer sind bestimmte Mindestumsätze zu erbringen, die einem die neu gewonnene Freiheit teilweise wieder nehmen. Wann wird hier die Stornoreserve ausgezahlt? Wie soll man sich alleine breit aufstellen, wenn viele Pools nur ihre eigenen Sachverträge verkaufen wollen? Andere Pools bieten zwar Anbindungen an den einen oder anderen gewünschten Versicherer, aber dies nur für bestimmte Sparten, Produkte oder Tarifvarianten.

■ Bestandsübertragung & Erstinformation

Auf eine harte Probe gestellt werden Aussteiger vor allem, wenn es um das Thema Bestandsübertragung geht. Je nach Versicherer und Pool ist unter Umständen nur eine Korrespondenzmaklerschaft möglich. Wichtige Unterschiede können hier außerdem zwischen Maklern und Mehrfachagenten gemacht werden. Direktverträge mit den bisher vermittelten Gesellschaften sind vor dem Ausstieg nur sehr schwer realisierbar, da etwaige Maklerbetreuer im Zweifel verpflichtet wären, den bisherigen Vertriebspartner über den geplanten Ausstieg ihres

Mitarbeiters zu informieren. Vertragsabschlüsse sind also weder hier noch bei Pools möglich, ohne eine AVAD-Meldung zu riskieren, die auch der bisherige Brötchengeber erhalte. Viele vertragliche Details lassen sich so im Zweifel erst nach dem vollzogenen Ausscheiden abschließend klären. Dies ist aber gerade für Mehrfachagenten von existentieller Bedeutung, wenn sie ihren Kunden die gesetzlich vorgeschriebene Erstinformation über die vermittelbaren Gesellschaften zukommen lassen wollen. Ein wirklich reibungsloser Übergang ist daher praktisch kaum möglich.

■ Tempo

Wer einen Strukturvertrieb verlässt, muss damit rechnen, dass ohne Ankündigung alle seine Kunden im Bestand über das Ausscheiden informiert werden und ein anderer, möglicherweise erheblich geringer qualifizierter Betreuer, die Kunden übernimmt. Demnach ist ein Ausscheiden nur nach gründlicher Vorbereitung zu empfehlen. Dazu gehört etwa eine Aufstellung über alle bisher vermittelten Verträge nach Gesellschaften, Sparten und Tarifen getrennt.

Schließlich empfiehlt es sich, dem bisherigen „Arbeitgeber“ zuvor zu kommen. Das Nachtelefonieren aller Bestandskunden ist jedoch für eine Einzelperson sehr viel schwieriger als für einen Vertrieb mit vielen Mitarbeitern. Die finanziellen Möglichkeiten, um einen langwierig aufgebauten Bestand einfach freizukaufen, werden meist nicht zur Verfügung stehen. Schriftliche Willenserklärungen der Kunden, weiter durch den bisherigen Vermittler betreut zu werden, kann man rechtlich sauber erst nach dem Ausscheiden in Angriff nehmen. In der betrieblichen Altersvorsorge wird es kaum zu einer sauberen Trennung der alten und neuen Grundlage kommen, wenn die Beratung von Arbeitgeber und Arbeitnehmer nicht gleichzeitig durch den ausscheidenden Vermittler geschehen ist. Hier wäre im Zweifel eine Willenserklärung des Arbeitnehmers nicht ausreichend, um eine Betreuungsumstellung zu bewirken.

Fazit: In die Vorbereitung eines Ausstiegs muss Zeit investiert werden. Finanzielle Rücklagen, um die Monate danach wirtschaftlich zu überstehen, sind zwingend. Eine faire Trennung ist gerade bei großen Beständen kaum zu erwarten. Ein in der Sache erfahrener Rechtsbeistand sollte von Anbeginn involviert sein.

DIE OPTIMALE ANLAGESTRATEGIE

Nahezu täglich werden wir dazu aufgefordert, stärker Privatvermögen zu bilden – von Politikern, den Medien oder unserem Finanzberater. Aber wie funktionieren die Finanzmärkte eigentlich? Wissen wir, was wir tun, wenn wir eine Aktie kaufen oder eine Versicherung abschließen? Und: Tun wir das Richtige?



2007 · 228 Seiten · Gebunden
 €[D] 24,90/€[A] 25,60/sFr 44,00 (UVP)
 ISBN 978-3-593-38247-0

Index: Gesellschaften, die in diesem Beitrag erwähnt werden von A-Z

Alte Leipziger – Kölnische Rückversicherung – Nürnberger – Swiss Life – VHV – Volkswohl Bund

Produkt & Beratung unter neuen Vorzeichen

Entscheidend ist und bleibt die
konkrete Ausgestaltung im Einzelfall



*Seit dem 01.01.2008 gilt das neue
Versicherungsvertragsgesetz.*

*Wie nicht anders zu erwarten hat
dieses erhebliche Auswirkungen auch
auf die Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)
Versicherung, zumal wenn man es vor
dem Hintergrund der EU-Vermittler-
richtlinie betrachtet. Augenfällig ist als
erstes, dass das VVG-2008 mit den
§§ 172 bis 177 erstmalig eigene
Regelungen für die Berufsunfähig-
keitsversicherung als Sparte aufstellt,
da diese Sparte vor 100 Jahren bei
Verfassung des Vorgängergesetzes
noch nicht existierte. Im Sinne einer
Klarstellung legt § 172 Absatz 2 fest,
was versicherungsrechtlich unter
Berufsunfähigkeit zu verstehen ist:*

*„Berufsunfähig ist, wer seinen zuletzt
ausgeübten Beruf, so wie er ohne
gesundheitliche Beeinträchtigungen
ausgestaltet war, infolge Krankheit,
Körperverletzung oder mehr als
altersentsprechendem Kräfteverfall
ganz oder teilweise auf Dauer nicht
mehr ausüben kann.“*

Von Stephan Witte

Entscheidend für die Gesamtbetrachtung des Themas ist der aus der BU-Rechtsprechung bekannte Hinweis auf die konkrete Ausgestaltung des Berufsbildes. Es reicht also nicht, in etwaigen berufskundlichen Blättern festzustellen, wie das Tätigkeitsbild einer Friseurin, eines Maurers oder eines Versicherungsmaklers beschaffen sein kann. Entscheidend ist und bleibt die konkrete Ausgestaltung im Einzelfall. Neu ist der Hinweis auf den „mehr als altersentsprechenden Kräfteverfall“. Auch wenn normgerechte Altersbeschwerden damit nicht erfasst sind, stellt sich in der Praxis die Frage nach der Abgrenzung von normgerechten und nicht altersentsprechendem Kräfteverfall. Eine echte Änderung in der Regulierungspraxis ist aus dieser Regelung jedoch nicht abzuleiten. Susanne Kipp vom Produktmanagement der Swiss Life stellt in diesem Zusammenhang nämlich die berechnete Frage, „wann man ohne jeglichen altersadäquaten Kräfteverfall eine berufliche Tätigkeit ausübt. Wenn aber tatsächlich der altersentsprechende Kräfteverfall bereits zu einer BU führt, muss man zur Prüfung der BU auf einen früheren Zeitpunkt abstellen, zu dem noch keine Beeinträchtigung vorlag. Was sollte das für ein Zeitpunkt sein und wie ließe sich dieser feststellen? Im Übrigen handelt es sich bei dem altersentsprechenden Kräfteverfall nur um einen Scheinvorteil gegenüber dem mehr als altersentsprechenden Kräfteverfall. Grund: in der Praxis gibt es keine Konstellation, bei

*der eine
BU allein auf-
grund eines (al-
tersentsprechen-
den) Kräfteverfalls
vorliegt; vielmehr
liegen dann bereits
weitere Beschwerden
und Krankheiten vor,
die zu einer BU führen,
d.h. es liegt in diesen Fällen
bereits eine krankheitsbe-
dingte BU vor.“*

Keine relevante Änderung für die Regulierungspraxis dürfte auch aus dem Wegfall des Hinweises auf ärztlichen Nachweis der Berufsunfähigkeit gegenüber der bisherigen Verbandsempfehlung resultieren. Auch zukünftig wird das Erfordernis eines medizinischen Nachweises des Leistungsfalles grundlegend sein. Wenn der Gesetzgeber von „auf Dauer“ spricht, kann nach ständiger Rechtsprechung ein Zeitraum von voraussichtlich mindestens drei Jahren angenommen werden.

In Absatz 3 wird geregelt, dass abweichend auch eine abstrakte Verweisung mit dem Versicherungsnehmer vereinbart werden dürfe.

Im Vorfeld der VVG-Reform hieß es wiederholt, dass zukünftig eine tarifliche Vereinbarung von „Monatsklauseln“ ausgeschlossen sei. Diese Sichtweise scheint jedoch fraglich, wenn es etwa in § 175 explizit heißt, dass man von den § 173

und 174 nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abweichen dürfe. Vom oben zitierten § 172 ist hier keine Rede.

Im Zusammenhang mit den Monatsklauseln braucht nur beispielhaft auf die aktuellen Bedingungswerke der Alten Leipziger (BV10 / pm 2310 – 03.2008; Nr. 2 Absatz 2.4: 12-Monats-Klausel), VHV (VHV BU-Exklusiv / SBUP08V, Stand 07.2008; § 2 Absatz 1: 24-Monats-Klausel) oder Nürnberger (IBU 2500C / GN251098_022008; § 2 Absatz 5: 24-Monats-Klausel) verwiesen werden. Zu den benannten Anbietern finden Monatsklauseln noch bei weit mehr als 20 anderen Versicherern in teilweise unterschiedlicher Ausgestaltung Anwendung. Zu den wenigen Anbietern, die an dieser Stelle im Kundeninteresse nachgebessert haben, gehört Swiss Life (Swiss Life BUZ, Stand 04.2008), wo die Monatsklausel seit Anfang 2008 ersatzlos gestrichen wurde.

Dafür ist nun im neuen VVG zum Vorteil der Versicherten eindeutig geregelt, dass nach § 173 VVG-2008 höchstens ein zeitlich befristetes Anerkenntnis zulässig ist und dieses bis zum Ablauf der Frist bindend ist. Damit wird implizit ausgesagt, dass eine Nachprüfung der Berufsunfähigkeit während dieser Frist ausgeschlossen ist. In der Vergangenheit hatten sich viele Versicherer die Option offen gelassen, teilweise ohne Begrenzung zeitlich befristete Anerkenntnisse auszusprechen und so der versicherten Person stets den Nachweis der (weiterhin) bestehenden Berufsunfähigkeit aufzubürden. Das neue Gesetz ermöglicht höchstens noch einmal eine entsprechende Beweislastumkehr. Ab 2009 gilt dies entsprechend auch für Altverträge, die bisher mehr als ein zeitlich befristetes Anerkenntnis vorgesehen haben können und dies bei der jeweiligen Prämienfindung verständlicherweise berücksich-

tigt haben dürften. Wichtig ist, dass zeitlich befristete Anerkenntnisse anders als in der bisherigen Rechtspraxis nicht mehr zu begründen sind, wengleich eine solche Begründung sicher im Sinne der Versicherten empfehlenswert wäre.

§ 174 VVG-2008 regelt, dass bei Beendigung der Leistungspflicht, vertragliche Leistungen noch bis mindestens drei Monate danach vom Versicherer weiter zu leisten sind.

Im Verkaufsprozess kommen Kunden und Vermittler erstmalig mit den Auswirkungen der Gesetzesänderungen in Berührung. Seit dem 22.05.2007 müssen Versicherungsvertreter bekanntermaßen abschließend alle von ihnen vermittelbaren Gesellschaften gegenüber dem Kunden offen legen. Für Makler entfällt diese anfängliche Hürde, die jedoch auch zum Vorteil genutzt werden kann, wenn ein Mehrfachagent erkennbar aus einer großen Zahl unterschiedlicher Anbieter

Stichwort „Monatsklauseln“

Eine Monatsklausel liegt vor, wenn ein Versicherer trotz Verzichts auf abstrakte Verweisung im Rahmen der Erstprüfung untersucht, ob der Versicherte nicht nur im zuletzt ausgeübten Beruf in konkreter Ausgestaltung berufsunfähig ist. Stattdessen wird geprüft, ob der Versicherte auch in einem Zweitberuf, der innerhalb der letzten 12 oder 24 Monate vor Eintritt der Berufsunfähigkeit konkret ausgeübt wurde, berufsunfähig ist. Versicherer argumentieren damit, dass man mit dieser Klausel beispielsweise vermeiden möchte, dass ein Kunde mit Mehlstauballergie allein aus diesem Grunde eine Tätigkeit als Bäcker ergreife. Problematisch bleibt dabei jedoch, dass heute vielfach Berufswechsel in kurzen zeitlichen Abständen erfolgen. So vergeben etwa Hochschulen vielfach nur noch befristete Verträge für ihre Lehrkräfte. Auch in anderen Bereichen sind schnelle Berufswechsel nicht unüblich. Einige Anbieter wie beispielsweise die Alte Leipziger gestalten die Monatsklausel etwas kundenfreundlicher. Nach Abs. 2.4 der Tarifbestimmungen zum Tarif BV10 kann bei einem Berufswechsel innerhalb der letzten 12 Monate vor Eintritt der BU auch der davor ausgeübte Beruf bei der Leistungsprüfung herangezogen werden, wenn die für den Eintritt

der BU ursächlichen Gesundheitsstörungen bereits bei der Aufgabe des früheren Berufs dem Versicherten bekannt waren. Weiter heißt es: „Dadurch wird gewährleistet, dass eine Berufsunfähigkeit nicht absichtlich durch einen Berufswechsel herbeigeführt werden kann. Der frühere Beruf wird nicht berücksichtigt, wenn der Berufswechsel auf ärztliches Anraten oder wegen unfreiwilligem Wegfall der früheren Tätigkeit erfolgte.“ Die Intention ist klar: Die Versichertengemeinschaft soll vor unredlichen Kunden geschützt werden, die sich durch einen absichtlichen Berufswechsel BU-Leistungen erschleichen wollen. Die Alte Leipziger ist der Meinung, dass durch diese „transparente und faire Regelung letztendlich die ehrlichen Versicherten von unserer Schutzklausel profitieren. Denn ungerechtfertigte Leistungen belasten das Gesamtergebnis der Gemeinschaft und könnten zu einer Minderung der Überschussbeteiligung führen.“ Obwohl ein unbeschränkter Rückgriff auf einen zuvor ausgeübten Beruf damit nicht möglich sein dürfte, besteht auch damit für den Kunden im Zweifel die Darlegungs- und Beweispflicht, dass ein Berufswechsel tatsächlich nicht absehbar gewesen sei. Schwierig wird es etwa dann, wenn eine Arbeitslosigkeit bereits zu erwarten war

und im Vorgriff darauf ein Berufswechsel durchgeführt wurde. Schwierig wäre es auch, wenn eine nicht nur vorübergehende Berufsunfähigkeit als Folge von Herzinfarkt zum Tragen käme, erhöhter Blutdruck jedoch einen „Hinweis“ auf dieses Risiko gegeben hätte. Ein weiteres Beispiel führt Rechtsanwalt Dirk Schwane aus Gelsenkirchen auf:

„VN B. ist Bankangestellter im Bereich Warentermingeschäfte. Aufgrund der häufigen Stresssituationen kommt es zu Verspannungen der Rückenmuskulatur, die er nach ärztlichen Verschreibungen mit Massagen behandeln lässt. Beschwerden treten keine mehr auf. Der Arzt rechnet die Verschreibung auf Basis »Verdacht auf Lumboschialgie« ab.

Aufgrund eines beginnenden Burn-Out-Syndroms beschließt er sich selbstständig zu machen und eröffnet einen privaten Brief- und Paketdienst mit der Zusicherung des Arbeitgebers, aller Aufträge zu erhalten. Nach 20 Monaten erleidet B. als Alleinunternehmer Bandscheibenvorfälle im Bereich HWS- und LWS. Da er seinen Beruf nicht mehr ausüben kann, stellt er einen Leistungsantrag, der abgelehnt wird. Zur Begründung wird ausgeführt, dass der Beruf des Bankmitarbeiters noch auszuüben ist.

den geeigneten Versicherungsschutz auswählen darf.

Im zweiten Schritt müssen Vertreter und Makler gleichermaßen ihrem Kunden nach erfolgter Bedarfsermittlung über die mit einem Abschluss verbundenen Vertriebskosten in Euro und Cent informieren (§ 2 Abs. 1 und 2 VVG-InfoV). Dem Wortlaut des Gesetzes nach liegt die Pflicht bei den Versicherern, die jedoch außer im Direktversicherungsgeschäft oder im Rahmen des Invitativmodells im Rahmen der Vertragsanbahnung in keinen direkten Kontakt zu den Endverbrauchern treten dürften. Die einkalkulierten Abschlusskosten sind als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen Kosten als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen.

Nun kann diese neue Offenheit einerseits eine Neiddiskussion auslösen. Sinnvoller wäre es jedoch, diese neue Transparenzgebote wie es das neue Gesetz vorschreibt, dazu zu nutzen, dem Kunden gegenüber den Wert der eigenen Beratungsleistung zu verdeutlichen und klar zu machen, dass die absolut niedrigsten Abschlusskosten nicht zwangsläufig auch den besten Versicherungsschutz bedeuten müssen. Insgesamt muss der Verkauf daher umso mehr als bisher über bedingungsseitige Vorteile als nur über die Prämie erfolgen. Andererseits bestünde eine erhebliche Gefahr, dass Kunden zwar niedrige Vertriebskosten bei gleichzeitig wenig vorteilhaften Bedingungen, Vermittler hingegen eine nur unzufrieden stellende Provision erhielten. Ganz besonders dürfte dies für Einfirmenvertreter gelten, die im Rahmen

eines veränderten Wettbewerbes besonders gebeutelt werden dürften. Es ist zu erwarten, dass Kunden verstärkt die Höhe der Abschlusskosten als Entscheidungskriterium für ihren Berufsunfähigkeitschutz heranziehen werden. Daraus resultiert, dass kurz- bis mittelfristig auch die Versicherer ihre Abschluss- und Verwaltungskosten entsprechend neu kalkulieren müssen, um zukünftig wettbewerbsfähig zu bleiben. Im Zweifel kann dies auch zu geringeren Provisionen bei gleichzeitig deutlich erhöhtem Beratungsaufwand führen.

Welche Tatbestände im Einzelnen zur Begründung der Empfehlung nach § 6 VVG-2008 heranzuziehen sind, muss erst noch abschließend durch die Gerichte geklärt werden. Unter anderem dürften aber die folgenden Punkte zu berücksichtigen sein:

- Unternehmenskennzahlen (u.a. Nettoverzinsung, Bestandsgröße)
- Unternehmens- und Produktratings (Finanzstärke, Bedingungen)
- Insolvenzsicherungsfonds
- Beitrag sowie Unterschiede zwischen Brutto- und Nettoprämie
- Anlagerisiko bei Tarifen mit Überschussansammlung oder Investmentüberschuss
- Definition des versicherten Risikos
- Umorganisation bei Selbständigen
- Vorvertragliche Obliegenheiten
- Obliegenheiten im Leistungsfall
- Weitere besondere Produkteigenschaften und -besonderheiten
- Etwaige Ausschlussklauseln im Vergleich
- Antragsformulare

Obwohl das neue VVG das Thema Umorganisation bei Selbständigen und Freiberuflern nicht ausdrücklich behandelt, besteht unter Experten Einigkeit darin, dass eine solche auch weiterhin gefordert werden könne. Daher wird man hier auch weiter auf Rechtspraxis, Rechtsprechung und spezielle Regelungen der einzelnen Versicherer abstellen müssen. Im Zusammenhang mit dem Thema Umorganisation ist auch ein Hinweis auf das Urteil des OLG Köln vom 14.06.2007 (VersR 2008, 107) sinnvoll. Hier wurde geklärt, dass Selbständige verpflichtet sein können, betriebswirtschaftliche Unterlagen über wirtschaftliche Situation und erzielt Einkommen in den zuvor liegenden Jahren zur Verfügung zu stellen. Oft gibt es nämlich gerade deshalb Streitigkeiten zwischen Versicherer und Versicherten, da Kunden sich oft auf ihre informationelle Selbstbestimmung zurückziehen und eine abschließende Fallbewertung sich dadurch vielfach verzögert.

► **Veränderter Antragsaufnahmeprozess**

Generell ist zu beachten, dass ein abschließendes Beratungsprotokoll vor Vertragsbeginn dem Kunden vorliegen muss. Alternativ kann nach § 6 (3) abweichend auf Beratung und Dokumentation verzichtet werden, sofern der Versicherungsnehmer in einer gesonderten schriftlichen Erklärung auf die damit verbundenen Nachteile hingewiesen wird.

Bei Anträgen nach dem Invitativmodell (siehe unten) empfiehlt es sich grundsätzlich, Kunden darauf hinzuweisen, dass sie weder über einen vorläufigen

In einem von Risiko & Vorsorge berechneten Musterbeispiel der Nürnberger (IBU2500C, Beginn: 01.09.2008, Ablauf: 01.09.2038, monatliche BU-Rente: 1.000 Euro, Bruttomonatsbeitrag 76,45 Euro) betragen die ausgewiesenen Abschlusskosten 1.047,89 Euro. Mit jeder Beitragsfälligkeit werden weitere 8,96 Euro in Rechnung gestellt. Dies entspricht 11,72% laufenden Kosten. Auf die Gesamtlaufzeit von 30 Jahren fallen damit insgesamt 4.273,49 Euro an.

Alternativ wurde ein Angebot beim Volkswohl Bund mit Fondsüberschuss nur bis Endalter 65 berechnet. Alle anderen Daten wurden analog gewählt.

Der Bruttobeitrag für den Tarif SBU beträgt hier 113,71 Euro monatlich. Die einmaligen Abschlusskosten betragen in diesem Beispiel 1.528,26 Euro, die laufenden Kosten 9,14 Euro. Darin ist ein Ratenzahlungszuschlag von 3 % bereits mitberücksichtigt. Die Kostenquote für die laufenden Kosten beträgt demnach 8,04%. Die Gesamtkosten während der Vertragslaufzeit bis 2036 betragen 4.599,30 Euro. Trotz einer um fast 50% höheren Monatsprämie sind die Abschluss- und Vertriebskosten nur 7,6% höher als bei der Nürnberger.

Auf Basis einer angenommenen Fondsperformance von 8% p.a. rechnet die

Nürnberger mit einem Fondsguthaben zum Ablauf von 22.917 Euro, der Volkswohl Bund bereits bei 6% von 28.985 Euro.

Wer also nur auf die Kosten achtet, wird kaum in der Lage sein, höchst unterschiedliche Produkte korrekt miteinander zu vergleichen. Die Nürnberger merkt dazu an, dass für eine Beurteilung von Tarifen „die zu zahlenden Prämien für den Kunden“ entscheidend seien. „Bei gleicher Leistung ist die günstigste Prämie ausschlaggebend“, so Silke Weber von der Presse- und Unternehmensinformation des Versicherers.

„Insgesamt muss der Verkauf mehr als bisher über bedingungsseitige Vorteile als nur über die Prämie erfolgen.“

Versicherungsschutz verfügen noch ihr Vertrag automatisch zustande kommt, ohne dass sie dem verbindlichen Angebot des Versicherers schriftlich zustimmen. Es stellt sich jedoch konkret die Frage, ob es sich für einen Makler überhaupt empfiehlt, das Invitativmodell zu nutzen, da ihm doch jede Menge Alternativen zur Verfügung stehen dürften. Wesentliche Vorteile dürften sein, dass für den Zeitpunkt der Beratungsdokumentation in der Regel deutlich mehr Zeit zur Verfügung stehen dürfte und konkrete Angebote umso klarer vergleichbar sein dürften.

Jedes Angebot mit möglichen Angaben zur Höhe der Überschussbeteiligung muss diese nach § 154 VVG-2008 mit drei verschiedenen Zinssätzen – derzeit 3,5 %, 4,5 % und 5,5 % – darstellen. Mit der tatsächlichen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit eines Anbieters und mit einer verbraucherfreundlichen Kundenaufklärung hat diese Vorschrift herzlich wenig zu tun. Die jährliche Unterrichtung des Versicherungsnehmers über die Entwicklung der Überschussbeteiligung stellt hingegen keine wirkliche Neuerung dar.

Hat sich ein Kunde nunmehr für ein konkretes Angebot entscheiden, so kommt es zu einem ebenfalls deutlich veränderten Antragsaufnahmeprozess. Hier schreibt das VVG-2008 in § 19 Absatz 1 Satz 1 und 2 vor, dass Antragsteller nur noch jene Angaben zu ihrem Gesundheitszustand machen müssen, nach denen ausdrücklich in Textform gefragt wird. Dies gilt auch für Fragen, die nach der Antragstellung, aber vor der Annahme des Vertrages gestellt werden. Eine verpflichtende Nachmeldung eines veränderten Gesundheitszustandes zwischen Antragstellung und Antragsannahme ist von daher ohne ausdrückliche Vereinbarung mit dem Versicherer nicht mehr existent; ein Tatbestand, der schon diverse Gerichte beschäftigt hat (z.B. OLG Köln, VersR 2007, 1502; BGH, 21.03.1990, VersR 1990, 729). Inwiefern das neue Recht auch den Wegfall der bisher geltenden Spontanoffenbarungspflicht beinhaltet ist strittig. Peter Reusch,

Leiter der Rechtsabteilung der Helvetia Versicherungen, sieht diese als nach wie vor gegeben an, wie er in einem erst jüngst veröffentlichten Aufsatz ausführlich begründet.* Faktisch setzt sie aber wohl vorsätzliches Verschweigen von offenkundig besonders schwerwiegenden Beeinträchtigungen voraus, z.B. bei Krebs, Herzinfarkt oder ärztliche behandeltem Bluthochdruck. Wichtig ist aber auch, dass die schuldhaftige Verletzung der Anzeigepflichtverletzung nicht mehr den Folgen des alten § 41 VVG (Recht auf nachträgliche Prämienerrhöhung) unterliegt. Wenn also ein Heilbehandler (nachweisbar) einem Patienten nicht mitteilt, dass dieser etwa psychosomatische Störungen vermutet oder eine Netzhautablösung befürchtet, so müssen diese nach § 19 VVG-2008 nicht angezeigt werden. Der Gesetzestext stellt hier nämlich auf „die ihm bekannten Gefahrumstände“ ab. Leider ist es noch immer so, dass viele Ärzte in den Krankenakten aus abrechnungstechnischen Gründen Vermerke setzen, die sich später für Kunden als Bumerang erweisen können. Genau gefährlich können „Gefälligkeitsdiagnosen“ sein, um etwa eine Kur bewilligt zu bekommen oder bestimmte teure Medikamente jenseits der Regel verschrieben zu bekommen.

► Nichtanzeige & nicht schuldhaftige Anzeigepflichtverletzung

Hierzu bringt die Kölnische Rückversicherung ein prägnantes Beispiel: hat eine Arzt seinem Patienten nachweislich u.a. eine Hornhautverkrümmung nicht mitgeteilt, der Kunde jedoch im Antrag Sehstörungen angegeben, so liegt keine schuldhaftige Anzeigepflichtverletzung vor. Dennoch bestünde für den Versicherer das Recht, eine Vertragsanpassung zu verlangen, in dem eine Ausschlussklausel für die „Folgen Sehminderung“ vereinbart würde. Dazu hätte der Versicherer nach § 19 Abs. 4 Satz 2 Halbsatz 2 VVG-2008 einen Monat Zeit. Sofern der Vertrag bei Kenntnis der Hornhautverkrümmung nicht zustande gekommen wäre, bestünde nach § 19 Abs. 3 VVG-2008 ein Sonderkündigungsrecht für den nicht angezeigten Umstand. Die Leistungspflicht des Versicherers würde jedoch in Abhän-

* Reusch, Peter: „Hat der Versicherungsnehmer trotz des Wegfalls der Nachmeldeobliegenheit wegen der Möglichkeit der Arglistanfechtung durch den Versicherer auch nach dem VVG 2008 eine spontane Anzeigepflicht vor und nach Abgabe seiner Vertragserklärung?“ VersR 2008, 1179-11884

gigkeit von der Leistungsursache und dem Umfang der Ausschlussklausel auch weiterhin bestehen bleiben¹. Die Ausführungen von Warsitz und Warstat enthalten eine sehr übersichtliche, hilfreiche Ausführung zu den beispielhaften Folgen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung anhand verschiedener Fallbeispiele sowohl nach altem als auch neuem Recht. Dass Versicherungswillige auch weiterhin bei Vorliegen einer Behinderung vom Versicherer abgelehnt werden können, also mitnichten ein Kontrahierungszwang besteht, hat das OLG Karlsruhe mit Urteil vom 18.12.2007 (12 U 117/07) entschieden. Daran ändern auch das in Kraft getretene Antidiskriminierungsgesetz in Verbindung mit § 826 BGB nichts. Schließlich müsse ein Versicherer nicht nur das Wohl des Einzelnen berücksichtigen, sondern auch die Verlässlichkeit der Prämienkalkulation für das Versichertenkollektiv im Auge behalten. Gedanken wie gleichzeitig eine Betrachtung des AGG wie auch des VVG-2008 im Auge behalten werden können als auch eine sachgerechte Risikoprüfung durchgeführt werden kann, hat man sich auch im Hause der Kölner Rück gemacht. Als gangbarer Weg wird erwogen, vor einer möglichen Ablehnung stets den betreffenden Revisionsarzt hinzuzuziehen, um die Entscheidung abschließend medizinisch zu beurteilen. Entscheidend bleibt die Begründung, dass eine ablehnende Entscheidung „nicht willkürlich oder pauschal“ getroffen wurde².

► Vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung

Die Auswirkungen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung sind in § 19 Absatz 2-5 geregelt. Grundsätzlich haben Versicherer das Recht wegen Vorvertraglichkeit vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt allerdings nur bei Arglist oder grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht. Auch steht dem Versicherer ein außerordentliches Kündigungsrecht nicht zu, wenn der Antrag auch bei Kenntnis der unzureichenden Angaben zum Gesundheitszustand zustande gekommen wäre. Dabei ist es unerheblich, ob eine normale Annahme, eine solche gegen Zuschlag oder eine mit vereinbarten Leistungsausschlüssen möglich gewesen wäre. Vielmehr werden die Bedingungen, unter denen ein Vertrag wirksam zustande gekommen wäre, auf Wunsch des Versicherers rückwirkend

ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Kommt es in diesem Zusammenhang zu einer Prämien-erhöhung von mehr als zehn Prozent oder schließt ein Versicherer den Berufsunfähigkeitsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, besteht für den Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht von einem Monat ab Zugang dieser Information. Gleiches gilt sinngemäß für falsche Altersangaben nach § 157. Allerdings begründen diese nur dann ein Rücktrittsrecht für den Versicherer, wenn eine richtige Altersangabe nicht zu einem Vertragsschluss geführt hätte. Der Versicherer hat nicht nur auf sein Rücktrittsrecht hinzuweisen, sondern bereits vor Vertragsschluss auf die Auswirkungen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung hinzuweisen.

Wichtig ist der Hinweis darauf, dass ein Rücktritt nicht die Leistungspflicht des Versicherers für bereits vor Kündigung eingetretene versicherte Leistungsfälle

und deren Folgen umfasst (siehe dazu § 21 Abs. 2 VVG-2008 sowie BGH vom 21.11.2007, IV ZR 129/05).

§ 20 des VVG-2008 hat die bereits in der Praxis übliche Auge-und-Ohr-Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes als verbindliche Richtschnur eingeführt. Weder Versicherungsnehmer noch Versicherungsvermittler dürfen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit nachgewiesen werden, damit ein Rücktrittsrecht des Versicherers nach § 19 zulässig wäre. Analoges ist anzuwenden auf den Makler als Stellvertreter eines Versicherungsnehmers.

Das Rücktrittsrecht des Versicherers erlischt spätestens 10 Jahre nach Antragstellung (Arglist), bei „nur“ grob fahrlässiger Beantwortung der Gesundheitsfragen schon nach 5 Jahren; dies gilt nur für Versicherungsfälle, die vor Ablauf der Fünfjahresfrist eingetreten sind. Damit wurde lediglich die ständige Rechtsprechung in geltendes Recht umgesetzt.

Für Altverträge gilt noch bis Ende 2008 altes Recht. Sofern ein Leistungsfall 2008 oder vorher eingetreten ist, gilt auch bei abschließender Regulierung nach 2008 noch das bisherige VVG. Erst für Leistungsfälle ab 2009 oder Verträge, die ab 2008 geschlossen wurden, gilt uneingeschränkt neues VVG auch hinsichtlich einer möglichen vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung. Entscheidend ist jedoch, dass sich der Tatbestand einer schuldlosen Anzeigepflichtverletzung bei Altverträgen nach dem Inhalt des alten § 41 VVG bestimmt und nur die Rechtsfolgen einer Täuschung des Versicherers dem neuen Recht unterliegen. Insofern also ein Versicherer nicht auf die Anwendung des § 41 VVG verzichtet hat, kann demnach noch bis zu 5 Jahre nach Antragstellung eine Vertragsanpassung (z.B. Vereinbarung einer Ausschlussklausel für die Folgen einer Wirbelsäulenverkrümmung oder Sehminderung) ab der laufenden Versicherungsperiode (§ 19 Abs. 4 Satz 2

Rückkaufswert & vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung

In § 169 Absatz 6 sind zulässige Abweichungen vom vertraglich berechneten Rückkaufswert geregelt, wenn nur auf diese Weise eine dauerhafte Erfüllung der Verträge aller Versicherten gewährleistet ist. Von dieser Regelung ist nach § 171 VVG ausdrücklich nicht zum Nachteil des Kunden möglich. Gleiches gilt für den bisherigen § 172 VVG (Bruttoanpassung und Bedingungsänderungen), der durch die neuen §§ 163 und 164 VVG-2008 ersetzt wurde.

Versicherer, die folglich mit einer garantierten Bruttoprämie nach § 163 VVG-2008 für die gesamte Vertragslaufzeit werben, können von daher ihren Kunden nicht mehr mit einem möglichen Verlust des Versicherungsschutzes⁶ gefährden wie es bisher der Fall war. Dementsprechend muss der bei der Alten Leipziger in § 6 der AVB (pm 2300 – 01.2008) vereinbarte Verzicht auf eine Bruttoprämienanpassung nach § 163 VVG-2008 abweichend zur bisherigen ambivalenten Regelung als eindeutig positiv bezeichnet werden.

Da von diesem Prämien- und Bedingungsanpassungsrecht nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden kann und schon in der Vergangenheit die Bewertung des alten

§ 172 VVG höchst ambivalent war, ist davon auszugehen, dass spätestens ab dem 01.01.2009 auch für laufende Altverträge ein Verzicht auf die Anwendung des alten § 172 VVG unzulässig sein dürfte, wenn andernfalls eine dauerhafte Erfüllbarkeit der Versicherungsverträge und damit ein Verlust des Versicherungsschutzes verbunden wäre. Dies ist allerdings problematisch, da viele Kunden eine Mehrprämie dafür zahlen, dass der Anbieter bedingungsseitig auf sein Prämienanpassungsrecht verzichtet hat. Hier zahlt der Versicherte also im Zweifelsfall für eine nicht wirklich vorhandene Leistung. Dass ein Verzicht auf ein Prämienanpassungsrecht bei grundlegender Änderung der Kalkulationsbasis notwendig sein muss, erschließt sich allein schon aus den Auswirkungen des Wegfalls des bisher geltenden Alles-oder-Nichts-Prinzips im Falle einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung.

In Branchenkreisen heißt es, dass der eine oder andere Versicherer im Zusammenhang mit dem veränderten Antragsprozess seine Prämien deutlich nach oben wird anpassen müssen. Hintergrund für diese „böartige Unterstellung“ ist, dass ungenaue Antragsfragen in der Vergangenheit in vielen Fällen eine deut-

lich vereinfachte Anfechtung des Vertrages wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung oder gar Arglist ermöglichten. Offensichtlich hat auch die Kölnische Rückversicherung von dieser Marktmeinung gehört, denn sie schreibt wie folgt⁷:

„Unternehmerische Analysen einzelner Gesellschaften deuten Margeneinbußen mit Blick auf die Neuregulierung der vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung an. Hier empfehlen wir, schon jetzt abgeschlossene Anzeigepflichtverletzungsfälle nach neuem Recht zu untersuchen.

[...] Größere wirtschaftliche Auswirkungen erwarten wir aufgrund der höheren gesetzlichen Anforderungen an den Antrags- und Leistungsprüfungsprozess. Allein die Umstellung der EDV-Systeme, Neukonzipierung der Antrags- und Leistungsprüfungsformulare, Briefe, Bedingungen und Policen wird höhere Betriebskostenaufwände verursachen.“

Die bisherige Verpflichtung, auch weniger gravierende Gesundheitsstörungen zwischen Antragsstellung und -annahme nachzumelden sowie das bisher teilweise bestehende Recht der Anwendung des § 41 VVG-alt dürften jedoch einen nur minimalen Effekt auf sich verändernde Prämien haben.

Halbsatz 2 VVG-2008), ein Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers (nach § 19 Abs. 6 Satz 1 VVG-2008) als Folge der vom Versicherer nachträglich geforderten Ausschlussklausel bzw. Prämienerrhöhung um mehr als 10 Prozent oder ein Sonderkündigungsrecht des Versicherers nach § 19 Abs. 3 VVG-2008 in Betracht kommen. Letzteres kommt nur in Frage, wenn der Vertrag nach den Annahmerichtlinien der Gesellschaften bei Antragstellung so nicht zustande gekommen wäre. Allerdings bliebe der Versicherer in Abhängigkeit von der BU-Ursache und dem Umfang der Ausschlussklausel für den konkreten Versicherungsfall uneingeschränkt leistungspflichtig. Dies ist ein entscheidender Vorteil gegenüber dem alten VVG.³

Erhebliche Auswirkungen hat das alte Recht auch auf Tatbestände, die zwischen Antragstellung und Vertragsannahme zu einer Gefahrerhöhung geführt haben und vom Versicherten fahrlässig nicht angezeigt worden sind. Diese Nachmeldspflicht nach § 16 VVG-alt ist im neuen Versicherungsvertragsgesetz nicht mehr vorgesehen.

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23.10.2006 (VersR 2006, 1669) hat zur Folge, dass Versicherer ihren Kunden nach § 213 VVG-2008 Alternativen zu einer umfassenden Schweigepflichtsentbindung benennen müssen. Rechtsanwalt Christoph Müller-Frank führt dazu Folgendes aus:

„Es muss eine Einwilligung des Betroffenen vorliegen, die durchaus in genereller Form ausreichend ist, wenn der Betroffene vorher darauf hingewiesen worden ist, dass er alternativ auch vor jeder einzelnen Erhebung eine gesonderte Einwilligung abgeben kann.“

*Neu und in dieser Deutlichkeit über das Bundesverfassungsgericht hinausgehend ist die weitere Voraussetzung in § 213 Abs. 2 VVG-2008, wonach die betroffene Person vor einer Erhebung von Daten zu unterrichten ist und sie der Erhebung widersprechen kann. Dabei wird zu klären sein, ob Erhebung in diesem Sinne jede einzelne Arztanfrage einschließlich konkreter Fragestellungen oder pauschal alle notwendigen Feststellungen zur Klärung der Leistungspflicht ist.“*⁴

Wenn Versicherte ihre Einwilligung zur Weitergabe von Gesundheitsdaten sehr restriktiv handhaben, also nur solche einsehbar machen, die für die konkrete

Beurteilung des Leistungsfalls und des zu versicherten Risikos erforderlich sind, hat dies für Versicherer zur Folge, dass das Aufdecken von Verstößen gegen vorvertragliche Obliegenheiten unverhältnismäßig erschwert wird. Dies mag dem Einzelnen durchaus dienlich sein, der Versichertengemeinschaft als Ganzem aber eher schaden als nützen. Die Kölnische Rückversicherung weist zu Recht darauf hin, dass die Ablehnung von Leistungsansprüchen wegen der Verweigerung einer generellen Schweigepflichtsentbindung rechtswidrig wäre.⁵

Die Sichtung aktueller Antragsunterlagen zur Berufsunfähigkeitsversicherung hat eher minimale Änderungen gezeigt. Zu diesem Schluss ist auch die Zeitschrift „Finanztest“ in ihrer Ausgabe 07/2007 (Seite 58) gekommen. Vielmehr sei der wichtige Hinweis auf den möglichen Verlust des Versicherungsschutzes nunmehr vielfach noch schwerer zu finden, bemängeln die Verbraucherschützer. Dies ist problematisch, da nach § 19 Absatz 5 Satz 1 VVG-2008 im Sinne der Transparenz der Hinweis auf die Bedeutung der Gesundheitsfrage in unmittelbarer Nähe zu den Gesundheitsfragen erbracht werden muss. Ein Vermerk auf der Rückseite des Antragsformulars oder auf einem separaten Blatt dürfte diesem Transparenzgebot nicht entsprechen.

► Gesundheitsfragen

In erster Linie wurden früher zusammengefasste Gesundheitsfragen nunmehr im Sinne der Kundentransparenz aufgesplittet. Noch im Januar 2007 kam beispielsweise die Nürnberger mit nur 5 Gesundheitsfragen aus. Der Umfang der Fragen hat sich praktisch nicht verändert, doch wurde im Sinne einer verbesserten Transparenz alleine die erste Frage drucktechnisch per Januar 2008 auf 13 Teilfragen aufgegliedert. Obwohl der Eindruck entstehen könnte, es würde nunmehr mehr Fragen gestellt als bisher, ist dieser irreführend. Hinzu kommt, dass nicht mehr nach den letzten 10 Jahren, sondern nur noch nach dem Gesundheitszustand der letzten 5 Jahre gefragt wird, leider auch weiterhin auch nach nicht ärztlich dokumentierten Störungen und Beschwerden. Allein die zweite Frage, in der unter anderem nach bösartigen Tumorerkrankungen oder HIV gefragt wird, wird abweichend zeitlich unbefristet gestellt. Die Gefahr einer versehentlichen Anzeigepflichtverletzung sollte sich dadurch sicher zumindest

deutlich reduzieren lassen.

Wie umfassende Antragsfragen aussehen könnten, zeigt ein beispielhafter Fragenkatalog der Kölner Rückversicherung.⁸ Sicher wird es viele Kunden und Vertriebler abschrecken, erst eine Seite über vorvertragliche Pflichten und ihre Verletzung zu lesen sowie 3,5 Seiten mit Fragen zu Beruf, Freizeit und Gesundheit zu beantworten, doch weist dies Muster einen durchaus empfehlenswerten Weg in die richtige Richtung. So findet sich etwa neben der Frage, ob HIV, Hepatitis B oder C festgestellt wurden auch die Frage, ob ein solcher Test zwar durchgeführt wurde, das Ergebnis aber noch offen ist. Neben der schon fast obligatorischen Frage nach einem Suchtentzug wird auch nach dem Rauchverhalten gefragt. Das Berufsbild wird präzise in mehreren Fragen erfragt u.a. mit Branche, Berufsbezeichnung, zeitlichem Umfang oder auch sonstigen Angabe von Nebentätigkeiten gegen Entgelt. Zum beruflichen Umfeld gehört auch die Frage, ob regelmäßige medizinische Untersuchungen durchzuführen sind (z.B. üblich bei Piloten). Verbesserungsbedürftig ist die Frage nach der Ausübung von Sportarten, zu denen streng genommen ja auch Schach zählen dürfte. Frage 6.1 zielt auf Erkrankungen oder Beschwerden der Atmungsorgane ab. Die beispielhafte Aufzählung von „Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe, Heuschnupfen, Hausstauballergie, Atemstörungen“ impliziert, dass jahreszeitlich bedingte Erkältungskrankheiten nicht zu benennen sind, sofern diese nicht chronisch sind. Hier ist eine Klarstellung dringend zu empfehlen. Aus Verbrauchersicht nicht schön ist, dass nicht explizit nach solchen Krankheitsbildern und Beschwerden gefragt wird, die ärztlich untersucht oder festgestellt wurden. Daher müssten nach diesem Fragekatalog auch gesundheitliche Beeinträchtigungen angegeben werden, die innerhalb der letzten 5 Jahre vor Antragstellung auftraten, nicht jedoch ärztlich untersucht oder behandelt wurden. Hier wäre eine Beschränkung auf sachlich überprüfbare Krankheiten und Beschwerden wünschenswert, die von einem Arzt oder sonstigen Heilbehandler dokumentiert wurden. Auch Frage 5.2 nach Krankenhausaufhalten in den letzten 10 Jahren ist nicht ganz Zufrieden stellend, da hier der wichtige Hinweis fehlt, auch Entbindungen während dieser Zeit anzu-

geben. Dies wird leider oft von Kunden und Vermittlern übersehen. Etwas überraschend ist, dass nicht separat nach der Einnahme von Medikamenten gefragt wird. Dies wäre aus Sicht einer adäquaten Risikobeurteilung sicher sinnvoll.

► „neue BU“ und Antragstellung

Für die Antragstellung nach dem neuen VVG kommen zwei Modelle in Frage:

- a) Antragsmodell
- b) Invitativmodell

Beim Antragsmodell erhält der Versicherungsnehmer nach § 7 (1) VVG-2008 rechtzeitig vor Antragsstellung, also in der Regel noch deutlich vor Vertragsbeginn die vollständigen Versicherungsbedingungen und Verbraucherinformationen zum Vertrag ausgehändigt. Dazu gehören auch ein neu eingeführtes Produktinformationsblatt (verbindlich erst ab dem 01.07.2008) sowie eine Übersicht über die mit dem Vertrag verbundenen Abschluss- und Verwaltungskosten. Ausführlich sind die konkreten Informationen zu Anbieter und Produkt in der VVG-Info V (Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen vom 18.12.2007) geregelt.

Diese vollständigen Informationen müssen Vermittler dem Kunden auch dann beibringen, wenn ein Vertrag über das Telefon zustande kommt, denn im Rahmen des Fernabsatzgesetzes sind nur Versicherer von einigen dieser Pflichten befreit (§ 5 VVG-Info V). Dies gilt auch dann, wenn der Vertrag über die Homepage eines Maklers oder Mehrfachagenten zustande kommen sollte.

Ungeregelt bleibt, was unter „rechtzeitig“ zu verstehen ist. Bei einem derart komplexen Produkt wie einer Berufsunfähigkeitsversicherung dürfte die Auslieferung der Versicherungsbedingungen erst gemeinsam mit dem Antrag

nicht mehr als ausreichend bezeichnet werden. Man braucht sich nur vor Augen zu halten, welchen Zeitaufwand eine auch nur einmalige aufmerksame Lektüre eines kompletten Angebotes sowie der vollständigen Bedingungen bedarf. In einer exemplarischen Musterberechnung umfasste ein solches Gesamtangebot inklusive Antrag und Bedingungen gemäß Vorgaben durch das Versicherungsvertragsgesetz bei der Nürnberger 50 Seiten. Andere Anbieter stehen dieser Papierflut in nichts nach.

Das Invitativmodell setzt abweichend keine Vertragsbedingungen und Informationen zu Produkt und Anbieter voraus. Vielmehr stellt der Antrag lediglich eine Einladung an den Versicherer dar, auf dessen Grundlage ein verbindliches Angebot zu erstellen, dem dann alle relevanten Informationen zum Produkt beigefügt sind. Problematisch ist dabei, dass ein vorläufiger Versicherungsschutz im Zusammenhang mit dem Invitativmodell ausgeschlossen ist. Auch muss der Versicherungsnehmer darüber unterrichtet und im Zweifelsfall auch daran erinnert werden, dass ein rechtswirksamer Vertrag erst mit der schriftlichen Annahme des vom Versicherer ausgefertigten Angebotes in Kraft tritt. Anders als beim Antragsmodell sind gesundheitliche Verschlechterungen zwischen Antragsaufnahme und Vertragsannahme nachzumelden, da die Annahmeerklärung des Versicherers von einem unveränderten Gesundheitszustand ausgehen darf. Zu den wenigen Versicherer, die auch im Rahmen des Invitativmodells auf die Meldung gesundheitlicher Änderungen zum Vorteil des Kunden verzichten gehört die Alte Leipziger. Hier heißt es in § 4 Abs. 1 Satz der Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung (pm 2300 - 03.2008) wie folgt:

„Kommen nach Antragsstellung bzw. Angebotsanforderung erstmals weitere Krankheiten, Unfallfolgen oder körperliche Schäden hinzu, besteht keine Anzeigepflicht.“

Von Vorteil ist, dass alle für den Vertragsabschluss erheblichen Informationen dem Versicherungsnehmer vor endgültigem Abschluss der Vertragserklärung vorliegen und eine ausreichende Frist zu deren Würdigung besteht. Fakt ist aber auch, dass in vielen Fällen eine zweite oder gar dritte Beratung beim Kunden unvermeidbar sein dürfte und Kunden „umgezogen“ werden müssen, die bisher ihre Versicherungspost einfach nur unesehen auf den Ablagestapel befördert haben.

Unabhängig davon, ob nun Antrags- oder Invitativmodell zur Anwendung kommen, gilt für alle Verträge ein Widerrufsrecht von 30 Tagen nach § 152 (1) VVG-2008. Im Falle einer Kündigung eines laufenden Vertrages besteht nach § 152 Absatz 2 in Verbindung mit § 176 ein Recht auf den Rückkaufswert (geregelt in § 169 VVG-2008) einschließlich Überschüssen. Dadurch, dass die Abschlusskosten für Lebens- und Berufsunfähigkeitsverträge auf je mindestens fünf Jahre zu verteilen sind, ergeben sich deutliche höhere Rückkaufswerte als bisher. In Frage kommen entweder Tarife mit vollständigem Ausschluss einer Überschussbeteiligung oder solche, die Überschüsse nach den Regelungen des § 153 VVG-2008 ermitteln. Eine abweichende Überschussregelung ist unzulässig. Hinzu kommt, dass § 152 Absatz 2 in Verbindung mit § 9 Satz 2 einen Rückkaufswert in Höhe von mindestens der ersten Jahresprämie, wenn ein ausdrücklicher Hinweis auf das Widerrufsrecht unterblieben ist. Weitere Voraussetzung ist, dass die Prämien für

Prämiengestaltung

Auswirkungen auf die Prämiengestaltung sind zu erwarten durch die nunmehr gesetzlich vorgeschriebene Verteilung der Abschlusskosten auf mindestens fünf Jahre. Neben einer verlängerten Haftungszeit für den Vermittler bedeutet dies bei Tarifen mit Überschussansammlung – ganz gleich ob festverzinslich oder als Investment – schon deutlich früher einen erhöhten Rückkaufswert. Damit geht einher, dass eine Beitragsfreistellung oder

eine Verrechnung fälliger Prämien mit einem zwischenzeitlich aufgebauten Vertragsguthaben schon sehr viel früher realisierbar sein dürfte. Was auf den ersten Blick nur wie ein Vorteil für den Versicherten aussieht, ist tatsächlich auch ein Vorteil für Vermittler, senken sie doch hiermit unter Umständen deutlich ihre Stornoquote bei vorübergehender Arbeitslosigkeit ihrer Kunden. Das bisher geltende Policenmodell für den Vertragsschluss, bei dem

Versicherungsnehmer ihre Versicherungsbedingungen erst nach erfolgter Vertragsannahme erhalten, dürfte zukünftig ausgedient haben. Technisch wäre es zwar bei gleichzeitigem Beratersverzicht sicher juristisch möglich, dürfte aber praktisch zu erheblichem Konfliktpotential führen, so dass wohl kein Versicherer sich weiter auf eine Anwendung des Policenmodells einlassen dürfte.

das erste Jahr bereits gezahlt wurden und diese höher sind als der Rückkaufwert einschließlich der Überschussanteile.

Ebenfalls neu im Zusammenhang mit dem Antragsprozess ist die veränderte Stellung eines vorläufigen Versicherungsschutzes. Erstmals ist dieser nämlich durch das neue VVG (§§ 49 bis 52 VVG-2008) als eigenständiger Vertrag zwischen Versicherungsnehmer und Versicherer definiert. Stehen dem Versicherten bei Antragstellung und vor Beginn eines etwaigen Leistungsfalles noch keine Versicherungsbedingungen zur Verfügung, so gelten automatisch die üblicherweise zur Anwendung kommenden Versicherungsbedingungen. Steht nicht eindeutig fest, welche Bedingungen dies gewesen wären, so gelten automatisch die für den Versicherten vorteilhaftesten Bedingungen (§ 49 VVG-2008). Mit der Nichtzahlung der Erstprämie für den eigentlichen Vertrag ist automatisch auch der rückwirkende Wegfall der vorläufigen Deckung verbunden. Neu ist auch, dass Versicherer berechtigt sind, auch für einen

vorläufigen Versicherungsschutz nach § 51 VVG-2008 eine Prämie zu erheben. Darauf muss jedoch durch einen auffälligen Hinweis spätestens im Versicherungsschein hingewiesen werden. Die vorläufige Deckung endet nach § 52 VVG-2008 spätestens dann, wenn der Versicherungsnehmer einen gleichartigen Vertrag bei diesem oder einem Drittanbieter besitzt, aus dem er einen entsprechenden auch vorläufigen Versicherungsschutz herleiten könnte. Daraus folgt, dass bei Beantragung von mehr als einem Vertrag durch den Agenten oder Makler ein vorläufiger Versicherungsschutz für den Antragsteller ausgeschlossen ist und de facto eine in der Regel ungewollte Versicherungslücke entstehen könnte, die identisch mit der bei Antragstellung nach dem Invitativmodell ist. Hinzu kommt, dass nach § 52 (2) VVG-2008 für den Versicherungsnehmer eine vorvertragliche Obliegenheit besteht, auf eine etwaig bereits bestehende vorläufige Deckung bei einem anderen Versicherer ungefragt hinzuweisen und diese unverzüglich zu melden.

Abschließend ist noch auf den Wegfall der bisher geltenden 6-Monats-Frist zur Geltendmachung von Ansprüchen auf eine Versicherungsleistung hinzuweisen. Diese ist im Zusammenhang mit dem neu gestalteten § 171 VVG-2008 gänzlich fortgefallen. Eine Meldung hat nur noch bei Tod binnen von drei Tagen zu erfolgen, weitere Anzeigepflichten für die Lebensversicherung sind nicht mehr gegeben, für die reine Berufsunfähigkeitsversicherung sind im neuen VVG keine etwaigen Meldefristen vorgesehen. Einer rückwirkenden Leistung ab Eintritt des (dokumentierten) Versicherungsfalles steht demnach nichts mehr entgegen.

¹ Warsitz, Andreas und Warstat, Jürgen (Hg.): „Die VVG-Reform. Die relevanten Veränderungen und ihre Auswirkungen auf die Risiko- und Leistungsprüfung in der Berufsunfähigkeitsversicherung. Ein Leitfaden für die Praxis.“ Köln (Kölnische Rückversicherungs-Gesellschaft AG), 12/2007, S. 21
² s.o. Warsitz, Andreas und Warstat, Jürgen (Hg.), S. 44
³ s.o. Warsitz, Andreas und Warstat, Jürgen (Hg.), S. 21
⁴ „BUZ aktuell Ausgabe 2/2007“, Köln (Kölnische Rückversicherungs-Gesellschaft AG), 2007, S. 2
⁵ s.o. Warsitz, Andreas und Warstat, Jürgen (Hg.), S. 36
⁶ Die möglichen Folgen eines Verzichts auf Anpassung der Prämie nach § 172 VVG-alt waren und sind bis heute umstritten, weshalb hier nur die Einschätzung des Autors wiedergegeben werden kann.
⁷ s.o. Warsitz, Andreas und Warstat, Jürgen (Hg.), S. 45
⁸ s.o. Warsitz, Andreas und Warstat, Jürgen (Hg.), S. 47-51

Bedingungswerke: Spätestens zum 01.01.2009 dürfen alle Versicherer einseitig ihre Versicherungsbedingungen für Altverträge an die Vorgaben des neuen VVG anpassen, soweit sie von den Vorschriften des VVG-2008 abweichen (Art. 1 Abs. 1 EGWVG-NEU). Die Versicherten selbst müssen über etwaige Änderungen in Schriftform wenigstens einen Monat vor Inkrafttreten der neuen AVB in Kenntnis gesetzt werden. Einige Versicherer haben als Folge des neuen VVG oder aufgrund anderer Veranlassungen ihre bisherigen Bedingungswerke überarbeitet.

Swiss Life

Die folgende Übersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie zeigt lediglich exemplarisch einige Tarifänderungen aus dem Hause Swiss Life.

BUZ Einzelversicherung, Stand 1.2007, Bedingungen 1.2007 (Druckstück: 1540/1.2007 OS -cp 7407) Stand 1.2007	Swiss Life BUZ, Stand 4.2008 (Druckstück: 1540/4.2008 OS -cp7946) Stand 04.2008
<p>§ 2 Absatz 1: „Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge einer medizinisch anerkannten Krankheit, Körperverletzung, Pflegebedürftigkeit oder Kräfteverfall sechs Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen außerstande ist, ihren zuletzt in gesunden Tagen ausgeübten Beruf auszuüben. [...]“</p>	<p>Ziffer 1.1.1: „Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge einer Krankheit, Körperverletzung, Pflegebedürftigkeit oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, 6 Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande ist, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben. [...]“</p>
<p>Kommentar: Bisher bestand im Leistungsfall das Problem, das bei Swiss Life nicht immer klar sein dürfte, wann ein Krankheitsbild „medizinisch anerkannt“ ist. Speziell bei psychischen Erkrankungen wäre an dieser Stelle stets zu prüfen gewesen, inwiefern der medizinische Gutachterausschuss oder der Gesamtausschuss der Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen bestimmte Krankheitsbilder anerkennen. Die neue Definition von Berufsunfähigkeit orientiert sich weitestgehend an § 172 VVG-2008. Die geänderte Verwendung von „mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls“ statt auf einen altersentsprechenden „Kräfteverfall“ ist eine Anlehnung an das neue VVG, jedoch ohne inhaltliche Auswirkungen auf den Vertragsinhalt.</p>	
<p>§ 2 Absatz 2: „Maßgebend für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit ist grundsätzlich die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit im Sinne von § 2 Abs. 1. Hat die versicherte Person jedoch den Beruf innerhalb von 24 Monaten vor Eintritt der Berufsunfähigkeit gewechselt, wird bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit auch die berufliche Tätigkeit vor dem Berufswechsel berücksichtigt, wenn die für die Berufsunfähigkeit verantwortlichen Gesundheitsstörungen bereits bei Aufgabe der früheren Tätigkeit bekannt oder erkennbar waren, es sei denn der Berufswechsel erfolgte auf ärztliches Anraten oder wegen unfreiwilligem Wegfall der früheren Tätigkeit.“</p> <p>§ 2 Absatz 3: „Die innerhalb von 24 Monaten vor dem Eintritt der Berufsunfähigkeit ausgeübte berufliche Tätigkeit wird auch dann berücksichtigt, wenn mit ihr eine höhere Lebensstellung verbunden war.“</p>	<p><i>Monatsklausel ersatzlos gestrichen</i></p>
<p>Kommentar: Mit dem ersatzlosen Streichen der Monatsklausel ist ein weiterer wichtiger Kritikpunkt bei Swiss Life fortgefallen. Gerade vor dem Hintergrund der heutzutage durchaus häufigen Berufswechsel könnte das Vorhandensein einer Monatsklausel ein nicht unerhebliches Risiko für den Leistungsfall bedeuten.</p>	

<p>§ 2 Absatz 8: „[...] Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, die bisherige Stellung als Selbstständiger oder Gesellschafter im Wesentlichen unverändert bleibt [...]“</p>	<p>Ziffer 1.4.1: „[...] Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, die bisherige Stellung als Selbstständiger oder Gesellschafter-Geschäftsführer im Wesentlichen unverändert bleibt [...]“</p>
<p>Kommentar: Die bedingungsseitige Änderung erweckt den Eindruck, dass eine substantielle Änderung der Bedingungen auch hier gegeben ist. Da auch vorher schon ein Gesellschafter als solcher wohl nur berufsunfähig werden konnte, wenn er gleichzeitig als Geschäftsführer tätig war, dürfte diese Umformulierung keinen effektiven Einfluss auf die Leistungssituation haben.</p>	
<p>§ 4 (2): „Dauert die Leistungsprüfung ohne unser Verschulden über ein Jahr seit Anmeldung der Berufsunfähigkeit und ist Berufsunfähigkeit über die Karenzzeit hinaus zu erwarten, können wir zeitlich befristete Leistungen anerkennen, sofern der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person nicht ausdrücklich widersprechen und die endgültige Entscheidung abwarten wollen. Derartige Leistungen sind für uns nicht rückforderbar, sofern keine Berufsunfähigkeit vorgelegen haben sollte. Zum Ablauf eines derart befristeten Leistungsanerkenntnisses können wir die Leistungsprüfung nach den vertraglichen Regeln der Erstprüfung vornehmen.“</p>	<p>Ziffer 2.5.3: „Grundsätzlich sprechen wir kein befristetes Anerkenntnis aus. In begründeten Einzelfällen können wir einmalig ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis bis zu 12 Monaten in Textform aussprechen.“ Ziffer 2.5.4: „Gründe für ein befristetes Anerkenntnis liegen z. B. vor, wenn für ein unbefristetes Leistungsanerkenntnis noch Erhebungen oder Untersuchungen oder deren Auswertung erforderlich sind oder aus medizinischen oder beruflichen bzw. betrieblichen Gründen (z. B. Dauer einer Umschulung oder Fortbildung, Möglichkeit der Umorganisation bei Selbstständigen oder ihnen gleichgestellten Personen – siehe 1.4) ein Ende der Berufsunfähigkeit zu erwarten ist.“ Ziffer 2.5.5: „Die Prüfung der Fortdauer der Berufsunfähigkeit bei befristetem Anerkenntnis erfolgt nach Ablauf der Frist nach den Grundsätzen der Erstprüfung gemäß 1.1 dieser Bedingungen; die Regelungen für das Nachprüfungsverfahren gemäß 4.1 gelten insoweit nicht. Die hierfür erforderlichen Kosten werden von uns getragen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend. Auf eine Beendigung der Leistung infolge Nachprüfung innerhalb des befristeten Leistungszeitraums gemäß 2.5.3 verzichten wir.“ Ziffer 2.5.6: „Stellt sich nach Ablauf der Frist heraus, dass keine Berufsunfähigkeit vorliegt, werden die bis dahin gezahlten Leistungen nicht zurückgefordert. Leistungen aus einem befristeten Anerkenntnis sind für uns selbst dann nicht rückforderbar, wenn keine Berufsunfähigkeit vorgelegen haben sollte.“</p>
<p>Kommentar: Grundsätzlich sehen sowohl die alten als auch die neuen Bedingungen (§ 7 (2) bzw. Ziffer 2.5.3) das Recht auf ein einmaliges zeitlich befristetes Anerkenntnis von bis zu 12 Monaten vor. Im Prinzip dient die Regelung nach § 4 (2) dem Versicherten. Allerdings hat jede zeitliche Befristung zur Folge, dass Berufsunfähigkeit nach Ablauf auf Basis der dann gültigen Voraussetzungen zu prüfen ist. Die Prüfung des Versicherers auf Fortbestehen der Berufsunfähigkeit folgt wie bedingungsseitig unzweifelhaft vermerkt nach denselben Bedingungen wie in der Erstprüfung. Damit ist gesagt, dass auf die Lebensstellung in finanzieller und sozialer Hinsicht abzustellen ist (in dieser Hinsicht entsprechen sich § 2 Absatz 1 und Ziffer 1.1.2), die vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung bestanden hat. Eine Berücksichtigung der Lebensstellung zum Ablaufzeitpunkt kommt somit nicht in Frage. Sehr wohl dürfte aber im Sinne von Ziffer 1.1.2 auf neu erworbene Kenntnisse und Fähigkeiten (Ausbildung und Erfahrung) mit abgestellt werden. Inwiefern dann nach Ziffer 1.1.4 für Personen nach Berufsgruppe 4 abstrakt auf neu erworbene Fähigkeiten abgestellt werden dürfte, bleibt strittig (vgl. Wachholz VersR 2003, 161, 167; OLG Karlsruhe vom 03.05.2005, VersR 2006, 59; sowie Roland Rixecker „Grundlagen der privaten Berufsunfähigkeitsversicherung“ in „Versicherungsrechtshandbuch“ (2004), § 46, Rn. 181. Siehe auch Müller-frank, Christoph „Aktuelle Rechtsprechung zur Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung“, 2007, S. 187).</p>	
<p>§ 6 (2): „[...] Hält sich die versicherte Person außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen medizinischen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. Notwendige Reise- und Aufenthaltskosten übernehmen wir nach Vereinbarung mit Ihnen.“</p>	<p>Ziffer 3.1.2: „[...]Hält sich die versicherte Person außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen medizinischen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. Notwendige Reise- und Aufenthaltskosten übernehmen wir.“</p>
<p>Kommentar: Die neue Regelung stellt eine wichtige Klarstellung und damit Rechtssicherheit für die Versicherten dar. § 8 (3) bzw. 4.1.3 haben diese Änderung zu Gunsten der Kunden im Zusammenhang mit den Bedingungen zur Nachprüfung der Berufsunfähigkeit analog übernommen.</p>	
<p>Kein Hinweis auf die gesetzliche Schadenminderungspflicht</p>	<p>Ziffer 3.1.3: „Wir machen die Leistung grundsätzlich nicht davon abhängig, dass die versicherte Person zumutbaren ärztlichen Anordnungen oder Empfehlungen zur Verbesserung des Gesundheitszustands folgt. Sie entscheidet darüber in freier persönlicher Verantwortung.“ Ziffer 3.1.4: „Die versicherte Person ist aufgrund der allgemeinen gesetzlichen Schadenminderungspflicht gemäß §242 BGB verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten. Zumutbar sind grundsätzlich Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden und die außerdem Aussicht auf zumindest Besserung (bis zur Grenze der Leistungsregelung gemäß 2.2) bieten. Hierbei handelt es sich um Maßnahmen wie z.B. das Einhalten von Diäten, die Anwendung von Heilmitteln und die Verwendung von orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln (z.B. Verwendung von Seh- und Hörhilfen, tragen von Stützstrümpfen oder Prothesen).“ Ziffer 3.1.5: „Lässt die versicherte Person operative Behandlungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies einem Anerkenntnis der Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nicht entgegen.“</p>
<p>Kommentar: Grundsätzlich ist der Hinweis auf die gesetzliche Schadenminderungspflicht zu begrüßen. Swiss Life geht aus Sicht von Risiko & Vorsorge allerdings etwas weit, wenn in diesem Zusammenhang beispielsweise auch das Einhalten von Diäten gefordert wird. Dies dürfte sich so nicht immer mit dem Recht auf Selbstbestimmung und körperliche Unversehrtheit nach Artikel 2 des Grundgesetzes vertragen lassen. Versteht man unter einer Diät vorrangig eine Form der Gewichtsreduktion, so zeigt die Erfahrung, dass eine solche sehr oft einen JoJo-Effekt zur Folge hat oder nur vorübergehend durchgehalten wird. Auch ist die gesundheitliche Wirkungsweise vieler Diäten durchaus umstritten. Swiss Life bemerkt zu den Diäten, „dass Diät hier nicht nur als Mittel zur Gewichtsreduktion zu sehen ist, sondern als Ernährungsumstellung. Das dürfte auch mit dem Selbstbestimmungsrecht des Grundgesetzes vereinbar sein. [...] Im Übrigen tangieren wir das Selbstbestimmungsrecht nicht, dieses bleibt vielmehr gewahrt. Selbstverständlich hat der Kunde das Recht, sich gegen eine zumutbare Maßnahme zu wehren, als Folge dieser Selbstbestimmung muss er dann aber in Kauf nehmen, keine BU-Leistungen zu erhalten.“ Weiter führt der Versicherer ein konkretes Beispiel für eine „Diät zur Krankheitsbehandlung bei Nahrungsmittelallergie“ auf: „Ein Allergiker, der Haselnüsse nicht verträgt, wird sicher gerne auf dieses Lebensmittel verzichten, wenn er damit asthmatische Beschwerden verhindern kann.“ Gegen diese Sichtweise gibt es auch vor dem Hintergrund des Schutzes des Versichertenkollektivs als Ganzem keine Einwendungen. Wenn jedoch gefordert würde, zukünftig stets auf Kuchen, Süßigkeiten oder Zucker zur Diabetes-Bekämpfung zu verzichten, so ginge dies m.E. doch etwas reichlich weit. In Anlehnung dazu kann vielleicht das Urteil des OLG Karlsruhe vom 03.04.2003 (VersR 2004, 98) hinzuziehen: „Eine ärztliche Anordnung muss der Versicherte nicht befolgen, wenn die vorgeschlagene Therapie keine Aussicht auf Erfolg bietet. Dies gilt auch dann, wenn die Erfolgsaussicht wegen des notwendigen, aber nicht vorhandenen Psychotherapieverständnisses des Versicherten fehlt.“ Das ausdrückliche Streichen der Operationspflicht ist zwar positiv zu begrüßen, aber vor dem Hintergrund der ständigen Rechtsprechung eher eine Selbstverständlichkeit denn eine echte Besserstellung für die Versicherten. Auch bleibt festzuhalten, dass Ziffer 3.1.4 nur beispielhaft zu verstehen sein kann, denn ein Tennislehrer wird sicher mit einer Armprothese keine hinreichende Aussicht auf Wiederherstellung seiner Berufsunfähigkeit haben, ebenso wenig wie ein Fußballer durch eine entsprechende Beinprothese. Dies sieht auch Swiss Life so.</p>	

<p>Keine ABC-Klausel</p>	<p>Ziffer 5.2: „Was gilt bei Kontamination mit ABC-Stoffen? Wird die Berufsunfähigkeit unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Waffen verursacht, besteht keine Beschränkung unserer Leistungspflicht, soweit der Einsatz oder die Freisetzung durch Dritte erfolgt.“</p>
<p>Kommentar: die neue Regelung in Ziffer 5.2 liest sich bei oberflächlichem Lesen wie eine zusätzliche Ausschlussklausel. Da aber nicht die Freisetzung durch Dritte, sondern jene durch die versicherte Person selbst ausgeschlossen ist, soll wohl hier nur Ziffer 5.1 b (Leistungsausschluss bei Vorsatz oder den strafbaren Versuch eines Vergehens oder Verbrechens) ergänzend klar gestellt werden. Deutlich hebt sich Ziffer 5.2 bei Swiss Life von zunächst ähnlich lautenden Regelungen einiger Wettbewerber ab, die gerade eben die Folgen der Freisetzung von ABC-Waffen durch Dritte ausschließen wollen.</p>	
<p>Keine Fahrtveranstaltungs-Klausel</p>	<p>Ziffer 5.3: „Wird die Berufsunfähigkeit unmittelbar oder mittelbar durch die Beteiligung an Fahrtveranstaltungen mit Kraftfahrzeugen, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, und den dazugehörigen Übungsfahrten verursacht, besteht keine Beschränkung unserer Leistungspflicht, soweit die Beteiligung vor Antragstellung weder beabsichtigt war noch ausgeübt wurde.“</p>
<p>Kommentar: Oberflächlich betrachtet hat Swiss Life hier einfach eine sonst branchenübliche Ausschlussklausel in den neuen Tarif mit aufgenommen. Im Zweifel dürfte es Swiss Life obliegen festzustellen, ob jemand etwa die Teilnahme an einem Kart-Rennen vor Antragstellung bereits geplant hat oder dies in der Vergangenheit bereits ein- oder mehrmals gemacht hat. Allerdings mag ein Ausschlussgrund zweifelhaft sein, wenn etwa jemand vor 5, 10 oder 15 Jahren einmalig auf einer Kartbahn war oder an einem illegalen Autorennen beteiligt war und dies seitdem nicht mehr der Fall gewesen ist. Swiss Life sieht in den „üblichen Kart-Rennen“ keine „Fahrtveranstaltungen mit Kraftfahrzeugen“ und somit keinen Ausschluss für die Leistungspflicht. Eine Klarstellung in den Bedingungen zu dieser Ansicht wäre sicher hilfreich, da auf Kartbahnen gerne ein Regressverzicht von Seiten der Betreiber gefordert wird und Versicherte im Streitfall sonst völlig im Regen stehen könnten. Man räumt jedoch ein, dass der hier angesprochene Fall einer lange zurückliegenden Fahrtveranstaltung in der Tat wegen etwaiger Beweisschwierigkeiten Probleme bereiten könnte: „Je länger ein Vorgang zurückliegt, desto schwerer wird er beweisbar sein.“ Grundsätzlich ist die neue Regelung von Swiss Life zumindest im Vergleich zu vielen Wettbewerbertarifen zu bevorzugen.</p>	
<p>§ 11 Absatz 1: „Wir verzichten a) auf unser in § 172 Versicherungsvertragsgesetz vorgesehenes Recht zur Anpassung der Beiträge; b) auf die in § 41 Versicherungsvertragsgesetz vorgesehenen Rechte zur Anpassung der Beiträge oder der Kündigung des Versicherungsnehmers wegen unverschuldeter Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflichten.“</p>	<p>Ziffer 3.2.14: „Auf unser Anpassungs- und Kündigungsrecht, geregelt in § 19 VVG, verzichten wir dann, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht schuldlos, also nicht von Ihnen vertreten war.“ Ziffer 7.1.2: „Wir verzichten bei Ihrem Vertrag auf das Recht zur Anpassung der Prämien gemäß § 163 VVG.“</p>
<p>Kommentar: Substantiell hat sich durch die Umstellung der Bedingungen nur geändert, dass der neue § 163 VVG anders als der alte § 172 nicht mehr zu einer für den Versicherten nachteiligen Prämienbegrenzung führen darf. Unklar bleibt demnach nur, wie sich der genaue Vorteil des § 163-Verzichtes für den Versicherungsnehmer gestalten soll, nachdem nach § 163 Abs. 1 Satz 1 Ziffer 2 eine Erhöhung ohnehin nur zulässig wäre, wenn andernfalls u.a. eine „dauernde Erfüllbarkeit der Verträge nicht zu gewährleisten“ wäre.</p>	
<p>§ 13 Absatz 5: „Eine Fortführung der Zusatzversicherung unter Befreiung von der Beitragszahlungspflicht gemäß Abs. 4 ist allerdings nur möglich, wenn die beitragsfreie Rente“ gerechnet auf das Jahr, mindestens 600 Euro beträgt. [...] § 13 Absatz 7: „[...] Erfolgt die Wiederinkraftsetzung innerhalb von sechs Monaten nach Beitragsfeststellung oder Löschung bzw. ab dem Zeitpunkt, ab dem die Beiträge unbezahlt sind, verzichten wir auf eine Gesundheitsprüfung, sofern der Versicherungsfall zum Zeitpunkt des Zugangs des Antrags auf Wiederinkraftsetzung noch nicht eingetreten ist.“</p>	<p>Ziffer 6.1.3: „Sie können für den Zeitraum von höchstens 18 Monaten schriftlich eine teilweise oder vollständige Prämienfreistellung der fälligen Prämien verlangen, sofern die jährliche prämienfreie Rente mindestens 600 Euro erreicht. Spätestens nach 18 Monaten wird ihr Vertrag ohne erneute Gesundheitsprüfung automatisch wieder in Kraft gesetzt.“</p>
<p>Kommentar: Insgesamt sind die Regelungen zur Beitragsfreistellung von BUZ-Verträgen deutlich flexibler geworden. Allerdings sollte es nach wie vor Aufgabe des betreuenden Maklers oder Agenten sein, den Kunden vor Vertragsbeginn darauf hinzuweisen, dass womöglich erst mehrere Jahre lang Einzahlungen in den Vertrag nötig sind, um überhaupt eine beitragsfreie Rente von 600 Euro p.a. zu erreichen.</p>	

Fachbücher – Fachzeitschriften für den Finanzvertrieb



www.promakler.de

Nürnberger

Die folgende Synopse ist als beispielhaft zu verstehen und gibt Bedingungsänderungen lediglich in Auszügen wieder:

IBU2400C (Druckstück: GN241098_012007)	IBU2500C (Druckstück: GN251098_022008)
<p>§ 2 (1): „Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate außerstande ist, ihren vor Eintritt der Berufsunfähigkeit zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – nachzugehen und in dieser Zeit auch keine andere Tätigkeit ausübt, die aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht (vgl. Absatz 4). Auf die abstrakte Verweisung verzichten wir.“</p>	<p>§ 2 (1): „Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ihrem vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – nicht mehr nachgehen kann und in dieser Zeit auch keine andere Tätigkeit ausübt, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht (vgl. Absatz 4). Auf die abstrakte Verweisung verzichten wir.“</p>
<p>Kommentar: sieht man davon ab, dass „Ausbildung und Erfahrung“ durch „Ausbildung und Fähigkeiten“ ersetzt wurde, so resultiert die wichtigste Bedingungsänderung aus der direkten Anlehnung an den Wortlaut des neuen VVG. Auch die ausgetauschten Begrifflichkeiten „Erfahrung“ und „Fähigkeiten“ bewirken keinen substantiellen Unterschied.</p>	
<p>§ 2 (4): „Als eine der Ausbildung und Erfahrung sowie der bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und auch in ihrer Vergütung und Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau der bislang ausgeübten beruflichen Tätigkeit absinkt.“</p>	<p>§ 2 (4): „Als eine der Ausbildung und den Fähigkeiten sowie der bisherigen Lebensstellung in wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht entsprechende Tätigkeit wird dabei nur eine Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und auch in ihrer Vergütung und Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit absinkt. Unzumutbar ist dabei jedenfalls eine Einkommensminderung von 20% oder mehr gegenüber dem Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf. Sollte die herrschende Rechtsprechung nachhaltig einen niedrigeren Prozentsatz festlegen, so ist dieser anzuwenden. Im begründeten Einzelfall kann aber auch bereits heute eine unter 20% liegende Einkommensminderung unzumutbar in diesem Sinne sein.“</p>
<p>Kommentar: Der Hinweis auf zumutbare Einkommenseinbußen entspricht ständiger Rechtsprechung und ist ausdrücklich zu begrüßen. Mit der Festlegung auf eine Begrenzung der Einkommensminderung auf höchstens 20 % geht die Nürnberger allerdings über die gesetzlichen Vorgaben zum Vorteil der Kunden hinaus. Positiv ist auch, dass der wichtige Hinweis gebracht wird, dass nicht in jedem Einzelfall eine Einkommensminderung von 20 % hinzunehmen ist.</p>	
<p>Keine Regelung</p>	<p>§ 6 (7): „Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, haben wir nach den gesetzlichen Maßgaben grundsätzlich die Möglichkeit, den Vertrag anzupassen oder zu kündigen. Auf dieses Anpassungs- oder Kündigungsrecht, geregelt in § 19 Absatz 3 VVG, verzichten wir dann, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht schuldlos war.“</p>
<p>Kommentar: Im alten Tarif fehlte ein Verzicht auf die Anwendung des § 41 VVG (Beitragsanpassungsklausel bei schuldloser Anzeigepflichtverletzung). Diese wurde in § 6 (7) des neuen Tarifes abweichend durch Bezugnahme auf den § 19 Absatz 3 VVG-2008 mit aufgenommen.</p>	
<p>§ 9 (2): „Grundsätzlich sprechen wir keine zeitlich befristeten Anerkennnisse aus. Wir können aber in begründeten Einzelfällen auch zeitlich begrenzte Anerkennnisse bis zu insgesamt 12 Monaten aussprechen. Innerhalb dieses Zeitraums führen wir keine Nachprüfung der Berufsunfähigkeit durch.“</p>	<p>§ 9(2): „Grundsätzlich sprechen wir keine zeitlich befristeten Anerkennnisse aus. Wir können aber in begründeten Einzelfällen einmalig ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis bis zu 12 Monaten aussprechen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend. Innerhalb dieses Zeitraums führen wir keine Nachprüfung der Berufsunfähigkeit durch.“</p>
<p>Kommentar: anstatt beliebig viele zeitlich befristete Anerkennnisse aussprechen zu dürfen, hat sich die Nürnberger hier ganz klar an die Vorgaben des neuen VVG angepasst. Bisher hätte der Anbieter theoretisch mal eben 12 auf je einen Monat befristete Anerkennnisse aussprechen können. Der Versicherungsnehmer hätte anschließend jeweils wie bei der eigentlichen Erstprüfung den Nachweis zu erbringen, dass er immer noch oder schon wieder berufsunfähig wäre. Nun wird spätestens nach Ablauf der ersten Befristung und Feststellung einer Berufsunfähigkeit durch den Versicherer eine Beweislastumkehr zu Lasten des Versicherers fällig. Dass ein zeitlich befristetes Anerkenntnis während der benannten Frist für den Versicherer bindend ist, wurde bereits am 05.10.1983 vom BGH (VersR 1984, 51. Siehe ergänzend auch BGH vom 13.05.1987 in VersR 1987, 753) festgestellt und stellt demnach lediglich eine Klarstellung zu Gunsten des Versicherten dar. Auch weiterhin müssen Versicherer im Zusammenhang mit der Nachprüfung nicht nur prüfen, ob eine Berufsunfähigkeit weggefallen ist, sondern auch im Vergleich zum gesundheitlichen Zustand bei Eintritt des Leistungsfalles nachweisen, dass es tatsächlich zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes gekommen ist.</p>	
<p>§ 11 (1): „Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und ihren Grad oder den Umfang der Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen; dies gilt nicht für zeitlich begrenzte Anerkennnisse nach § 9. Dabei können wir erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit ausübt, die aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer Lebensstellung bei Eintritt der Berufsunfähigkeit entspricht.“</p>	<p>§ 10 (1): „Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und ihren Grad oder den Umfang der Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit ausübt, die aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und ihrer Lebensstellung bei Eintritt der Berufsunfähigkeit entspricht.“</p>
<p>Kommentar: Der weggelassene Einschub wird über § 9 (2) eindeutig geregelt, so dass hier trotz auf den ersten Blick leicht veränderten Wortlauts noch immer ein unveränderter Schutz besteht. Effektiv regelt die Nürnberger hier auf branchenübliche Art und Weise das Nachprüfungsverfahren, wobei auf eine abstrakte Verweisung auch hier verzichtet wird. Wünschenswert wäre lediglich ein Rückbezug auf § 2 der Bedingungen gewesen, in dem die Erstprüfung geregelt wird. Wichtig ist im Zusammenhang mit dem Nachprüfungsverfahren auch ein Verweis auf das BGH-Urteil vom 17.12.1993 (VersR 1993, 470, 471), wonach eine irrtümlich fehlerhafte Beurteilung des Gesundheitszustandes im Rahmen der Erstprüfung nicht zu einer Leistungseinstellung im Rahmen der Nachprüfung führen darf. Diesen Hinweis liefert leider so explizit weder die Nürnberger noch ein anderer Risiko & Vorsorge bekannter Anbieter.</p>	

Alte Leipziger

Eine Auswahl der wichtigsten Bedingungsmodifikationen der Alten Leipziger bietet die folgende Synopse:

<p>Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung (Druck Nr. pm 2300 – 01.2007), Tarifbestimmungen zum Tarif BV10 (Druck Nr. pm 2310 – 01.2007) Stand 01.2007</p>	<p>Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung (Druck Nr. pm 2300 – 03.2008), Tarifbestimmungen zum Tarif BV10 (Druck Nr. pm 2310 – 03.2008) Stand 03.2008</p>
<p>I Ziffer 2.1: „[...] Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn der Versicherte in zumutbarer Weise eine andere Tätigkeit konkret ausübt, die aufgrund seiner Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und seiner bisherigen Lebensstellung hinsichtlich Vergütung und sozialer Wertschätzung entspricht. Für in Ausbildung oder Studium befindliche Versicherte gelten die besonderen Regelungen (siehe Nr. 2.3). [...]“</p>	<p>I Ziffer 2.1: „[...] Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn der Versicherte in zumutbarer Weise eine andere Tätigkeit konkret ausübt, die aufgrund seiner Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und seiner bisherigen Lebensstellung hinsichtlich Vergütung und sozialer Wertschätzung vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung (siehe Satz 1) entspricht. Für in Ausbildung oder im Studium befindliche Versicherte gelten die besonderen Regelungen gemäß 2.3. [...]“</p>
<p>Kommentar: In erster Linie dient der neue Bedingungstext der Klarstellung. Inhaltlich hat sich nichts es geändert.</p>	
<p>I Ziffer 2.1: „[...] In den beiden zuvor genannten Fällen ist es darüber hinaus nicht zumutbar, dass die Tätigkeit zu Lasten der Gesundheit geht oder dass das jährliche Einkommen 20 % oder mehr unter dem Einkommen im zuletzt ausgeübten Beruf liegt.“</p>	<p>I Ziffer 2.1: „[...] In den beiden zuvor genannten Fällen ist es darüber hinaus nicht zumutbar, dass die Tätigkeit zu Lasten der Gesundheit geht oder das das jährliche Bruttoeinkommen 20% oder mehr unter dem Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung liegt. Sollte der Bundesgerichtshof einen geringeren Prozentsatz als nicht zumutbare Einkommensminderung festlegen, ist dieser auch für uns maßgeblich. Im begründeten Einzelfall kann aber auch bereits heute eine unter 20% liegende Einkommensminderung unzumutbar in diesem Sinne sein.“</p>
<p>Kommentar: Auch hier handelt es sich in erster Linie um eine Klarstellung. Neben dem Verweis auf die geltende Rechtsprechung, wurde die Unklarheit beseitigt, ob mit der Einkommenshöhe Brutto- oder Nettoeinkommen gemeint seien.</p>	
<p>I Ziffer 3.2 e) Ausgeschlossen ist eine Berufsunfähigkeit, die verursacht wird „durch Strahlen infolge Kernenergie. Wenn der Versicherte berufsmäßig diesem Risiko ausgesetzt ist, werden wir leisten.“</p>	<p>I Ziffer 3.2 e) Ausgeschlossen ist eine Berufsunfähigkeit, die verursacht wird „durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden oder schädigen, das zu deren Abwehr und Bekämpfung der Einsatz der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder notwendig ist.“</p>
<p>Kommentar: Die neue Ausschlussklausel wurde deutlich modifiziert und entspricht damit weitestgehend dem sich allmählich durchsetzenden neuen Standard. Natürlich macht eine solche Klausel aus Versicherersicht Sinn, wenn es zu einem benannten Katastrophenfall innerhalb Deutschlands käme. Hier wären aber vermutlich dann so viele Personen betroffen, dass wenigstens eine Prämienanpassung nach § 163 VVG zum Schutz der Versichertengemeinschaft notwendig werden würde. Für Versicherungsfälle mit Auswirkungen nur im Ausland, die mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr als vielleicht 1 oder 2 Versicherte der Alten Leipziger gleichzeitig betreffen werden, erscheint dieser Ausschluss hingegen als unangemessen, wenn auch üblich. So ein Fall könnte etwa vorliegen, wenn es zu einem zweiten "Tschernobyl" käme. Wichtig ist auch, dass Personen, die in Atomkraftwerken arbeiten und somit berufsmäßig diesem Risiko ausgesetzt wären, nunmehr nicht mehr in jedem Fall unter den Versicherungsschutz dieses Vertrages fallen würden. Mitarbeiter von Atomkraftwerken hätten dann Versicherungsschutz, wenn nicht das Leben oder die Gesundheit weiterer (zahlreicher) Menschen gefährdet wäre oder kein Einsatz der Katastrophenschutzbehörde erforderlich wäre. Bei einem rein internen Unfall in einem Kernkraftwerk bestünde demnach zumindest dann Versicherungsschutz, wenn nur einzelne und nicht „zahlreiche“ Personen davon betroffen wären.</p>	
<p>§ 5: „Von der Möglichkeit der §§ 41 und 172 Versicherungsvertragsgesetz, bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen die Beiträge für die Berufsunfähigkeitsversicherung anzuheben oder den Vertrag zu kündigen, werden wir keinen Gebrauch machen. Damit ist der vereinbarte – nicht um Überschussanteile verminderte – Beitrag für die gesamte Vertragslaufzeit garantiert.“</p>	<p>§ 6: „Von der Möglichkeit des § 163 VVG, bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen die Beiträge für die Berufsunfähigkeitsversicherung anzuheben, werden wir keinen Gebrauch machen.“</p>
<p>Kommentar: Während der alte § 172 VVG-Verzicht in der Branche höchst kontrovers diskutiert wurde und im Zweifel einen Nachteil für Versicherte bedeuten konnte, erscheint ein Verzicht auf eine Prämienhöhung nach § 163 VVG wie bereits bei Swiss Life beschrieben als nicht weiter problematisch, aber als höchstens geringwertiger Vorteil für den Versicherten. Der Verzicht auf den § 41 VVG-alt entspräche dem Verzicht auf den § 19 VVG-2008. Ein Verzicht auf § 19 VVG ist in den neuen Bedingungen so nicht vorgesehen, allerdings geschieht dies nicht zum Nachteil der Versicherten, da nach § 19 VVG anders als nach dem alten § 41 VVG nur solche Gesundheitsfragen zu benennen sind, die dem Versicherten vor Antragstellung bekannt sind. Insofern bliebe hier in beiden Fällen die Nachweispflicht des Versicherers, dass wesentlich wesentliche Angaben zu den Gesundheitsfragen unterlassen wurden, um sich den Versicherungsschutz zu erschleichen. Ein Verzicht auf die Anwendung des § 19 VVG wäre demnach ohnehin eher von kosmetischer Bedeutung als von echtem Kundennutzen gewesen.</p>	
<p>§ 9 (4): „Die Befolgung von ärztlichen Anordnungen ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung der Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung; ausgenommen ist der Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens (z.B. Verwendung von Prothesen, Seh- und Hörhilfen).“</p>	<p>§ 10 (4): „Die Befolgung von ärztlichen Anordnungen ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung der Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung; ausgenommen sind der Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens (z.B. Verwendung von Prothesen, Seh- und Hörhilfen) sowie Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und sichere Aussicht auf Besserung des Gesundheitszustandes bieten. Lässt der Versicherte darüber hinausgehende ärztlich angeordnete, insbesondere operative Behandlungsmethoden zur Heilung oder Minderung der Berufsunfähigkeit nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen aus dieser Versicherung nicht entgegen.“</p>
<p>Kommentar: Was auf den ersten Blick wie eine Schlechterstellung für die Versicherten wirkt, ist tatsächlich eine Klarstellung der gesetzlichen Schadenminderungspflicht im Zusammenhang mit der Sparte Berufsunfähigkeitsversicherung. Die Klarstellung war jedoch nötig, da die alte Regelung den Eindruck einer abschließenden Auflistung erweckte und damit im Zweifel als "unklare Klausel" zu Gunsten der Versicherten hätte ausgelegt werden können.</p>	



Urteil: Zweifel an einer BU

Nachdem ein Kläger wegen von ihm behaupteter Schmerzzustände mehrere Jahre krank geschrieben war und Krankengeld bezogen hatte, stellte der Krankenversicherer die Leistung ein.

Der Kläger wollte nun seinen Berufs-unfähigkeits-Versicherer in Anspruch nehmen. Begründung: Er könne seinen zuletzt ausgeübten Beruf wie aber auch frühere Tätigkeiten zu mehr als 50 Prozent nicht mehr ausüben.

Der orthopädische Sachverständige konnte jedoch keine Erkrankung feststellen.

Der weitere Sachverständige, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, wollte die Möglichkeit einer neurotischen oder psychosomatischen Erkrankung nicht ausschließen. Gleichwohl konnte auch er nicht zweifelsfrei feststellen, dass der Kläger zu mindestens 50 Prozent berufsunfähig war.

Der Versicherer sowie das von dem Versicherten angerufene Gericht wiesen damit die Forderung auf Zahlung einer Berufsunfähigkeits-Rente als unbegründet zurück. Aus dem Urteil: Beansprucht ein Versicherter Leistungen aus einer Berufsunfähigkeits-Versicherung, so hat er grundsätzlich sämtliche Voraussetzungen des von ihm behaupteten Versicherungsfalles zu beweisen. Mögliche Zweifel für die Annahme einer Berufsunfähigkeit gehen zu seinen Lasten. Die nicht auszuschließende Möglichkeit von Erkrankungen, die geeignet sind, eine Berufsunfähigkeit zu begründen, muss im naturwissenschaftlichen Sinn mindestens 80 bis 90 Prozent betragen.

Eine Revision gegen die Entscheidung ließ das Gericht nicht zu.

Oberlandesgericht Frankfurt/Main, 2008 (Az.: 3 U 171/06).

Ein Blick ins Kleingedruckte

Wie die drei Beispiele exemplarisch vorgeführt haben, lohnt sich mit jeder Tarifgeneration ein genauer Blick ins Kleingedruckte. Nicht selten werden Bedingungen und Ausschlüsse zum Nachteil der Versicherten verändert, ohne dass dies öffentlichkeitswirksam mitgeteilt wird. Eine Beratung lieb gewonnener Tarife, ohne diese im Vorfeld einer näheren Prüfung zu unterziehen, kann gefährlich werden.

Hilfreich ist es sicher auch zu prüfen, ob die von Versicherern gerne beworbene Kombination aus aufeinander abgestimmten Krankentagegeld- und Berufs-unfähigkeitsversicherungen wirklich das erfüllt, was sie verspricht. Nicht zwangsläufig ist ein guter Lebens- auch ein guter Krankenversicherer und umgekehrt. Interessant ist sicher auch die Lösung der Generali, Berufsunfähigkeits- und Pflege-schutz unmittelbar ineinander übergehen zu lassen.

Wenn es zum Leistungsfall kommen sollte, macht es vor dem Hintergrund der ständig veränderten Rechtsprechung zur Berufsunfähigkeitsversicherung und der gravierenden finanziellen Folgen bei fehlerhaftem Ausfüllen von Anträgen sicher Sinn, dem Kunden den Gang zum Fachanwalt zu empfehlen. Dabei ist zu beachten, dass gemäß § 15 VVG-2008

auf die bisherige Klagefrist nach § 12 (3) VVG-alt verzichtet wurde. Insofern gilt nicht mehr die Frist von 6 Monaten für die gerichtliche Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Versicherer, sondern abweichend die gesetzliche Verjährungsfrist.

Im Einzelfall mag dies auch das nachträgliche Einklagen von Ansprüchen aus Altverträgen bedeuten.

Fazit:

Erstmals besteht eine gesetzliche Definition, was unter Berufsunfähigkeit zu verstehen ist. Makler stehen nun im Spannungsfeld zwischen einem vorläufigen Versicherungsschutz für ihre Kunden oder dem Stellen mehrerer paralleler Voranfragen zum Wohle des Kunden. Dabei ist eine gewissenhafte Abwägung der Vor- und Nachteile von Antrags- und Invitativverfahren nicht einfach. Einen echten Vergleich der Versichererangebote bietet sicher eher das Invitativmodell, da etwaige Ausschlussklauseln erst nach Abgabe aller Angebote eine wirkliche Entscheidung ermöglichen. Die Kehrseite der Medaille ist, das gegebenenfalls gesundheitliche Verschlechterungen zwischen Angebotsstellung und Antragstellung nachzumelden sind. Dieses Problem entfällt beim Antragsverfahren.

Empfehlenswerte Makler-Literatur zum Thema

- „BUZaktuell“ Hg.: Kölnische Rückversicherungs-Gesellschaft AG, halbjährlich, unter www.genre.com auch zum kostenlosen Download
- Müller-Frank, Christoph: „Aktuelle Rechtsprechung zur Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung.“ Karlsruhe, 7. Auflage (Verlag Versicherungswirtschaft), 2007 (Schriftenreihe Versicherungs Forum. Band 11)
- Warsitz, Andreas und Warstat, Jürgen (Hg.): „Die VVG-Reform. Die relevanten Veränderungen und ihre Auswirkungen auf die Risiko- und Leistungsprüfung in der Berufsunfähigkeitsversicherung.“ Köln (Kölnische Rückversicherungs-Gesellschaft AG), 12/2007



Personenversicherungen kompakt

Ziel des Buches ist es, Studierenden, Auszubildenden und auch im Berufleben stehenden Personen, insbesondere auch Mitarbeitern des Außendienstes, einen schnellen Überblick über die genannten Sparten einschließlich Assistenzleistungen zu geben.

Für vertiefende Studien und weitere Details finden sich in den Anlagen ein weiterführendes Literaturverzeichnis, eine Sammlung von allgemeinen Versicherungsbedingungen (auszugsweise), relevante Gesetzestexte und Praxisbeispiele. Ein sehr fachkompetenter Überblick, der Sicherheit vermittelt.

Von Dipl.-Math. Volker Altenähr. 1. Auflage 2008, IX u. 109 Seiten, DIN A5, kartoniert, 18,50 Euro inkl. 7% Mehrwertsteuer

Index: Gesellschaften, die in diesem Beitrag erwähnt werden von A-Z

Ammerländer – Aspecta – Baden-Badener – Basler – Bund der Versicherten e.V. – ConceptIF – Condor – DBV-Winterthur – Deutscher Ring – debeka – DEVK – Domcura – Generali – Grundeigentümer – Haftpflichtkasse Darmstadt – HDI Gerling – Helvetia – HUK-Coburg Allgemeine – HUK 24 – Ideal Interlloyd – InterRisk – Janitos – Konzept und Marketing – Mannheimer – MaxPool Münchener Verein – NV-Versicherungen – Ostangler Brandgilde – Signal Iduna – Swiss Life – Versorgungswerk für deutsche Verbände und Arbeitgeber – VHV – Volkswohl Bund – VRK VWag WÜBA – Würzburger – ZEUS Unfallversicherung

Ausgewählte Leistungsmerkmale in der Unfallversicherung

Tarifübersicht Neu- und Alttarife

Inhalt

- Erhöhter Mitwirkungsanteil ab 50 bis 60%
- Kürzung der Leistung statt des Invaliditätsgrades als Folge des Mitwirkungsanteils
- Eigenbewegungen
- Organgliedertaxe
- Krebserkrankungen
- Medikamentenklausel
- Übermüdungsklausel
- Fristsetzung zur Meldung von Unfalldod
- Fristsetzung für den Eintritt der Invalidität
- Fristsetzung zur Invaliditätsfeststellung
- Mitversicherung psychischer / nervöser Störungen infolge unfallbedingter organischer Erkrankung
- Streichung der Operationspflicht
- Kostenübernahme für Umschulungsmaßnahmen
- Sofort- bzw. Vorschusszahlungen

Unfalltarife sind genauso inhomogen wie andere Versicherungssparten auch. Für den Versicherungsmakler stellt sich daher immer die Frage, welche Auswahlkriterien dienlich sind, um Kunden guten Gewissens zu einem bestimmten Tarif zu raten oder von einem anderen abzuraten.

Von Stephan Witte

Grundsätzlich steht im Kern jeder Unfallversicherung eine möglichst leistungsstarke Gliedertaxe sowie bei Wahl einer Progression eine entsprechend gute Progressionsstaffel. Als Anhaltspunkt in

diesem Punkt kann die Verbandsempfehlung zu den AUB 2008 gelten. Die Verbesserungen in der Gliedertaxe sollten mindestens den Bereich von Armen und Beinen betreffen. Am besten ist eine Verbesserung aller in der Empfehlung aufgezählten Invaliditätsgrade. Die Wahl der geeigneten Progressionstabelle kann nur im Vergleich mit anderen Tabellen zur selben Progression erfolgen. Gerade im Zusammenhang mit der 500% - Progression sind die Unterschiede zum Teil gravierend. Alle diese Merkmale werden bei den von Witte Financial Services quartalsweise publizierten Unfallratings mit hoher Wertigkeit berücksichtigt.

Echte Alleinstellungsmerkmale sind in diesem Zusammenhang vor allem die

Höhe der Leistungen bei bestimmten festgelegten Invaliditätsgraden vor oder nach Berücksichtigung einer Progression.

Um jedoch den Wald vor lauter Bäumen nicht zu übersehen, sind andere Merkmale für eine Vorselektion deutlich geeigneter. Einige mögliche Auswahlkriterien sollen im Folgenden näher dargestellt werden. Dabei handelt es sich in erster Linie um eine Aufzählung von Tarifmerkmalen und Tarifen, die für bestimmte Fälle einen Mehrwert für Versicherte bieten, sich im Detail aber in vielen Punkten stark unterscheiden können. Diese Liste lässt sich beliebig verlängern. Erwähnenswert, aber von eher marginaler Bedeutung für den Leistungsfall sind Nachhilfegeld, Haushaltshilfegeld oder die Höhe kosmetischer Operationskosten. Entscheidender wäre hier schon eine Leistung auch für Zahnersatz ohne Einschränkungen etwa auf natürliche Zähne oder nur auf Schneide- und Eckzähne.

Bei der Wahl für einen geeigneten Tarif sollten Makler neben einem Studium der konkreten Bedingungen immer auch eine hinreichend große Zahl von Kriterien heranziehen. Gut arbeiten lässt sich damit, diese in die Risikoerfassungsbögen des Arbeitskreises Vermittlerrichtlinie Dokumentation zumindest teilweise mit einzufügen. Entscheidet sich ein Kunde für gewisse Kombinationen, so muss sich der Makler daher nur noch für einen von zwei oder drei Tarifen entscheiden, was die Dokumentation für deutlich einfacher machen kann.

Ein ganz wesentlicher Faktor für die Bewertung von Unfalltarifen hat mit der möglichen Kürzung von Invaliditätsgrad oder Leistung als Folge einer Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen zu tun. Meist wird bei der Invalidität der Prozentsatz vom Invaliditätsgrad, bei der Unfallrente oder anderen Einschlüssen die versicherte Leistung reduziert. Dies galt bis Ende 08/2008 sogar für die besonders leistungsstarken Unfalltarife der InterRisk. Allerdings kennt die InterRisk drei auf den ersten Blick verschiedene Modelle:

XL: „Abweichend von § 4 Nr. 1 a) und b) wird generell die versicherte Leistung vermindert, sofern die in den AUB genannte Regelung nicht im Einzelfall für Sie günstiger ist (insbesondere wegen des Schwellenwertes zur Unfall-Rente)“

XXL: „Anstelle der Minderung der Leistung wird bei einer Unfall-Rente der Invaliditätsgrad und bei einer Übergangs-

leistung der Grad der Beeinträchtigung vermindert, sofern der bedingungsgemäße Mindest-Invaliditätsgrad bzw. Mindest-Behinderungsgrad von 50% dadurch nicht unterschritten wird.“

i-MAX: „Kürzung der Leistungen von Invaliditäts- und Rentenleistungen“

Da im Tarif i-MAX erst bei einer Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen ab 60% eine Leistungskürzung möglich wäre, ist eine Schlechterstellung gegenüber den Tarifen XL und XXL auszuschließen. Vergleicht man jedoch sonstige Tarife, ist eine Schlechterstellung wegen Kürzung der Leistung im Vergleich zum Invaliditätsfall im Einzelfall denkbar. Sieht ein Versicherer beispielsweise bereits bei über 25% eine Kürzung vor, so führt die Kombination aus Mitwirkungsanteil von 40% und einem ungekürzten Invaliditätsgrad von 90 bzw. 50% zu folgenden höchst unterschiedlichen Ergebnissen bezogen auf eine übliche Unfallrente mit Leistung ab 50% Invalidität (Alles-oder-Nichts-Prinzip):

	Invalidität 50%	Invalidität 90%
Kürzung der Leistung:	60% der Unfallrente	60% der Unfallrente
Kürzung des Invaliditätsgrades:	keine Rentenleistung	100% der Unfallrente

Tarife, die als Folge der Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen die Leistung statt den Invaliditätsgrad kürzen

- Baden-Badener (Top 2005; Top 2006; AUB 2008: Unfall-Deckungskonzept TOP 2008)
- Basler (AUB 2004: GSR TopSchutz)
- ConceptIF (AUB 2004, Stand 10/2006: ConceptIF Premium)
- DEVK (AUB 2008 Fassung DEVK, Stand 2008-01-01: Grunddeckung; AUB 2008 Fassung DEVK, Stand 2008-01-01: Plus)
- Interlloyd (AUB 2005: Premium Unfall 2005)
- InterRisk (AUB 2008-XL, Stand 09.2008; AUB 2008-XXL, Stand 09.2008; AUB 2008-i-MAX, Stand 09.2008)
- Konzept & Marketing (U4 basic, Stand 08.2006; U4 basic, Stand 01.2008; U4 advanced, Stand 01.2006; U4 advanced, Stand 01.2008; U4 premium, Stand 01.2006; U4 complete, Stand 01.2008)
- maxPool (AUB 2006: max2007; AUB 2008: max2007, Version 2008-01-04)
- Versorgungswerk für deutsche Verbände und Arbeitgeber - VdVA Versicherungsservice (Unfall-Versiche-

rungsbedingungen VdVA - 2005 zum VdVA – Rahmenvertrag; Unfall-Versicherungsbedingungen VdVA – 2008 zum VdVA-Rahmenvertrag)

In der Verbandsempfehlung ist Bezugspunkt für eine Kürzung ein Mitwirkungsanteil von 25% oder mehr. Da zwischenzeitlich viele Tarife erst ab einer Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen von mehr als 40% eine Kürzung vornehmen, werden im Folgenden nur solche aufgeführt, die eine Kürzung nicht unter 50% vornehmen.

Tarife mit einer Kürzung wegen der Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen erst ab mindestens 50%

- Ammerländer (AUB 2001; Stand 01/2007: Exklusiv-Schutz; AUB 2008, Stand 01/2008, Besondere Bedingungen zum Unfall Exklusiv-Schutz, Stand 07/2008)
- ConceptIF (GUB 2005: Konzept II: Top; Konzept II: Top; GUB 2008, Top-Baustein zu den GUB 2008, Stand 01/2008)
- DBV-Winterthur (Box plus Unfall Extra 2005, Stand 06.2004; BOXplus Extra Bedingungen für die Unfallversicherung (BPU Extra 2005), Stand 1/2008; BOXplus Aktiv Extra Bedingungen für die Unfallversicherung (BPAU Extra), Stand 1/2008)
- Deutscher Ring (AUB 2005, Stand 01/2005; AUB 2008, Stand 01/2008; AUB PUR 2008 für Pensionäre und Ruheständler)
- Domcura (AUB 2008, Stand 01.02.2008: Topschutz)
- Haftpflichtkasse Darmstadt (Top 2005-Plus; Top 2005-Plus, Stand 01.2008, gültig 01.01.2008 bis 30.06.2008); Unfallversicherung Top2005 Plus, Stand 07/2008)
- HUK-Coburg Allgemeine (AUB 2007, Stand 01.01.2008: Classic)
- HUK 24 (AUB 2007, Stand 01.01.2008: Classic)
- Ideal (AUB 2007: UnfallRente Exklusiv)
- Interlloyd (Premium Unfall 2005)
- Inter Risk (AUB 2008-XXL, Stand 09.2008¹)
- Janitos (AUB 2006, Stand 01.04.2006: Basic; AUB 2006, Stand 01.04.2006: Balance; AUB 2006, Stand 01.04.2006: Best Selection; AUB, Stand 01.01.2008: Basic; AUB, Stand 01.01.2008: Balance; AUB, Stand 01.01.2008: Best Selection)
- maxPool (AUB 2006: maxPuR)
- Münchener Verein (MV-AUB 2008



Basis, Erweiterungen zu den MV-AUB 2008 Basis: UNIKAT EXKLUSIV)

- NV-Versicherungen (NV-Versicherungen (AUB 2001, BBU – UnfallMaXX, Stand 12/2002; AUB 2008, Stand 01/2008, BBU – UnfallMaXX, Stand 01/2008)
- Ostangler Brandgilde (AUB 99: BBU Exklusiv 99)
- Signal Iduna (AUB 2006: Exklusiv-Aktiv; AUB 2006: Kompakt; AUB 2006: Optimal; AUB 2006: Exklusiv)
- VRK VVag (AUB 2007, Stand 01.01.2008: Classic)
- ZEUS Unfallversicherung (AUB01.2008)

► **Tarife mit einer Kürzung wegen der Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen erst ab über 50%**

- Aspecta (AUB 99: UP)
- Konzept & Marketing (U4 advanced, Stand 01/2006; U4 advanced, Stand 01.01.2008)

► **Tarife mit einer Kürzung wegen der Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen erst ab mindestens 55%**

- Konzept und Marketing (U4 premium, Stand 01.2006)

► **Tarife mit einer Kürzung wegen der Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen erst ab über 55%**

- Konzept & Marketing (U4 complete, Stand 01/2008)
- maxPool (AUB 2006: max 2007; AUB 2008: max2007, Version 2008-01-04)

► **Tarife mit einer Kürzung wegen der Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen erst ab 60%**

- InterRisk (AUB 2008-i-MAX, Stand 09.2008)

Zunehmend werben Versicherer damit, dass auch Eigenbewegungen unter den Unfallbegriff fallen. Meist gelten diese in

Abgrenzung zu Unfällen als Folge einer erhöhten Kraftanstrengung als unversichert. Obwohl die Mehrzahl der Eigenbewegungen wohl nur geringe Invaliditätsgrade zur Folge haben, sind Abgrenzungstreitigkeiten nicht immer vermeidbar. Besonders oft betreffen Eigenbewegungen ältere Menschen oder solche, die sportlich sehr aktiv sind. In vielen Fällen können massive Vorschädigungen oder die Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen in diesem Zusammenhang zu erheblichen Leistungseinschränkungen führen. Selten mitversichert sind Schäden am Meniskus, nicht solche an Bandscheiben. Kritische Stimmen halten die Mitversicherung von Eigenschäden für wenig sinnvoll für die Versicherten, andere sehen darin vor allem ein stark erhöhtes Leistungspotential mit Risiken hinsichtlich einer dauerhaften Prämienstabilität.

► **Tarife mit Leistungen auch bei Unfällen als Folge einer Eigenbewegung²**

- DBV-Winterthur (BOXplus Extra Bedingungen für die Unfallversicherung (BPU Extra 2005), Stand 1/2008; BOXplus Standard Bedingungen für die Unfallversicherung (BPU Standard 2005), Stand 1/2008, BOXplus Basis Bedingungen für die Unfallversicherung (BPU Basis 2005), Stand 1/2008; BOXplus Aktiv Extra Bedingungen für die Unfallversicherung (BPAU Extra), Stand 1/2008, BOXplus Aktiv Standard Bedingungen für die Unfallversicherung (BPAU Standard), Stand 1/2008, BOXplus Aktiv Basis Bedingungen für die Unfallversicherung (BPAU Basis), Stand 1/2008)
- Domcura (AUB 2008, Stand 01.02.2008: Topschutz)
- InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 09.2008; AUB 2008-i-MAX, Stand 09.2008)
- maxPool (AUB 2006: max 2007; AUB 2008: max 2007)
- Münchener Verein (MV-AUB 2008 Basis, Erweiterungen zu den MV-AUB 2008 Basis: UNIKAT KOMFORT; MV-AUB 2008 Basis, Erweiterungen zu den MV-AUB 2008 Basis: UNIKAT EXKLUSIV)
- Volkswahl Bund (AUB 2008, Fassung 10.2007: Komfort; AUB 2008, Fassung 10.2007: Komfort Plus)

Zu den neuen Trends in der Unfallversicherung gehört die ausdrückliche Benennung eines Invaliditätsgrades auch

bei Verlust innerer Organe. Weitestgehend einheitlich wird der Verlust beider Nieren mit 100%, der Verlust der Milz mit 10% bewertet. Ob eine Festlegung des Invaliditätsgrades bei Nierenverlust mit meist 20% zum Vorteil der Versicherten ist, ist umstritten. Eine Bewertung mit 25% erscheint jedoch in fast allen denkbaren Fällen als vorteilhaft. Derzeit am leistungsstärksten erscheint die zum 01.09.2008 modifizierte Klausel der InterRisk, wonach nicht nur 25% als Invaliditätsgrad bei Verlust einer Niere festgelegt wird, sondern zudem wahlweise auch eine individuelle Bemessung vom Versicherungsnehmer verlangt werden kann. Außerdem wird auch definiert, dass der Verlust einer zweiten Niere mit 100% zu bemessen ist, wenn die erste Niere bereits verloren ist. Weitergehende Transparenz und Verbraucherefreundlichkeit in diesem Zusammenhang ist kaum möglich.

Inwiefern eine Zuordnung auch von Invaliditätsgraden bei Lungen-, Gallenblasen- oder Penisverlust wirklich sinnvoll ist, muss unbeantwortet bleiben. Wichtig bleibt zu erkennen, dass auch bei fehlender Definition fast immer ein Leistungsanspruch entstehen kann, auch wenn die Leistungshöhe nicht transparent definiert wurde.

► **Tarife mit definiertem Invaliditätsgrad bei Verlust von Niere, Milz oder anderen inneren Organen**

- Debeka (AUB 2002)
- Deutscher Ring (AUB 2000, Stand 2/00; AUB 2002, Stand 1/02; AUB 2005, Stand 01/05; AUB-PUR 2005, Stand 01/2005; AUB 2008, Stand 01.2008; AUB PUR 2008 für Pensionäre und Ruheständler)
- Domcura (AUB 2008, Stand 01.02.2008: Topschutz)
- Generali (AUB 2000, Stand 4/2007: Komfort; AUB 2000, Stand 4/2007: Komfort Plus; AUB 2000, Stand 4/2007: Unfallschutz für die Frau; AUB 2008, Stand 1/2008: Komfort Plus; AUB 2008, Stand 1/2008: Unfallschutz für die Frau; AUB 2008, Stand 7/2008 Generali Vita Unfallvorsorge)
- HUK-Coburg Allgemeine (AUB 99, Stand 7/03; AUB 2007, Stand 01.01.2008: Classic)
- HUK 24 (AUB 2007, Stand 01.01.2008: Classic)
- Ideal (BB_IUR_2007A: UnfallRente Exklusiv)
- InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 09.2008; AUB 2008-i-MAX, Stand 09.2008)

- maxPool (AUB 2006: max 2007; AUB 2006: maxPuR 2006; AUB 2008: max2007, Version 2008-01-04)
- Swiss Life Partner GmbH (AUB 2008 SLP Maxi, UV-AUB-010108, Stand 01.01.2008)
- Volkswohl Bund (AUB 2008, Fassung Oktober 2007: Unfall Easy Basis; AUB 2008, Fassung Oktober 2007: Unfall Easy Komfort; AUB 2008, Fassung Oktober 2007: Unfall Easy Komfort Plus)
- VRK VVag (AUB 2007, Stand 01.01.2008: Classic)
- ZEUS Unfallversicherung (AUB 01.2008)

Einige Versicherer bieten Versicherungsschutz auch dann, wenn etwa die Gebärmutter oder eine Brust wegen Krebs entfernt werden müssen. Noch seltener sind vergleichbare Leistungen auch bei z.B. Hodenkrebs. Mit einer herkömmlichen Unfallversicherung hat dies zwar herzlich wenig zu tun, kann aber durchaus den Verkauf entscheidend sein. Die Leistungshöhe ist meist auf ca. 10 bis 20.000 Euro gedeckelt.

► **Tarife mit Versicherungsleistung auch bei Eintritt bestimmter Krebserkrankungen**

- Aspecta (AUB 99: UP)
- Generali (AUB 2000, Stand 04.2007: Komfort, Tarif für Frauen; AUB 2000, Stand 04.2007: Komfort Plus, Tarif für Frauen; AUB 2000, Stand 04.2007: Unfallschutz für die Frau; AUB 2008, Stand 1/2008: Komfort Plus, Tarif für Frauen; Stand 1/2008: Unfallschutz für die Frau)
- HDI-Gerling (AUB 2008: ZB Exclusive 2008)
- maxPool (AUB 2006: max2007; AUB 2008: max2007, Stand 01.04.2008)
- Würzburger (AUB 99/2002: BB Laydlike 2002)

Eine immer größer werdende Zahl von Unfalltarifen verzichtet nicht nur auf eine Leistungsverweigerung bei alkoholbedingten Bewusstseinsstörungen oder bei solchen in Folgen von Herzinfarkt oder Schlaganfall. Wenn Medikamente eine Bewusstseinsstörung herbeigeführt haben, besteht jedoch oft a) kein Versicherungsschutz oder b) nur Versicherungsschutz, wenn ein Arzt die Medikamente verschrieben bzw. c) diese gemäß ärztlicher Anweisung eingenommen hat. Ganz ohne derartige Einschränkungen kommen nur wenige Unfalltarife aus.

► **Tarife mit vollständigem und uneingeschränktem Verzicht auf einen Ausschluss der Leistung bei Bewusstseinsstörungen durch Medikamente**

- Aspecta (AUB 99: UP)
- Bund der Versicherten e.V. (Rahmenvertrag über Medien-Versicherung a.G. Karlsruhe) (AUB 95. Unfallsonderbedingungen zum Unfallversicherungsrahmenvertrag mit der BdV Mitgliedservice GmbH - BdVAUB 200610)
- DBV-Winterthur (BOXplus Extra Bedingungen für die Unfallversicherung (BPU Extra 2005), Stand 1/2008; BOXplus Standard Bedingungen für die Unfallversicherung (BPU Standard 2005), Stand 1/2008, BOXplus Basis Bedingungen für die Unfallversicherung (BPU Basis 2005), Stand 1/2008; BOXplus Aktiv Extra Bedingungen für die Unfallversicherung (BPAU Extra), Stand 1/2008, BOXplus Aktiv Standard Bedingungen für die Unfallversicherung (BPAU Standard), Stand 1/2008, BOXplus Aktiv Basis Bedingungen für die Unfallversicherung (BPAU Basis), Stand 1/2008)
- Domcura (AUB 2003, Stand: 15.03.2004, Bedingungen zur Unfallversicherung Seniorenkonzept; AUB 2005; AUB 2008, Stand 01.02.2008: Erweiterungen zu den AUB 2008 (Basisschutz); AUB 2008, Stand 01.02.2008: Topschutz)
- Ideal (AUB 2004: Unfallrente)
- InterRisk (AUB 2008-XL, Stand 09.2008; AUB 2008-XXL, Stand 09.2008; AUB 2008-i-Max, Stand 09.2008)
- Konzept & Marketing (U4 complete, Stand 01/2008)
- maxPool (AUB 2006: max 2007; AUB 2008: max 2007, Stand 2008-01-04)
- Münchener Verein (MV-AUB 2008 Basis, Erweiterungen zu den MV-AUB 2008 Basis: UNIKAT KOMFORT; MV-AUB 2008 Basis, Erweiterungen zu den MV-AUB 2008 Basis: UNIKAT EXKLUSIV)
- Swiss Life Partner GmbH (AUB 2008 SLP Maxi, UV-AUB-010108, Stand 01.01.2008)
- Versorgungswerk für deutsche Verbände und Arbeitgeber - VdVA Versicherungsservice (Unfall-Versicherungsbedingungen VdVA – 2005 und Unfall-Versicherungsbedingungen VdVA - 2008 zum VdVA - Rahmenvertrag)
- VHV (Exklusiv 2006 / Fassung April 2006 mit bestandswirksame Änderungen zum 01.04.2007; VHV Exklusiv



2006, BBU Exklusiv 2006, Fassung 2008; AUB 2008, Exklusiv 2006 - Fassung 2008, Stand 07/2008)

- Wüba (UB 06; UB 06, Stand 01.01.2008: Unfall Aktiv: Lady Secure Active; UB 06, Stand 01.01.2008: Unfall Aktiv: Family Secure Active)
- WÜBAnet (UB 06, Stand 01.01.2008: Unfall Aktiv WÜBAnet)

Nach den einschlägigen Kommentaren zur Unfallversicherung zählt Übermüdung nicht als Bewusstseinsstörung (z.B. OLG Celle VersR 56, 401; OLG Hamm VersR 64, 154). Die Zahl der in diesem Zusammenhang ergangenen Urteile belegt jedoch eindrucksvoll, dass diese Ansicht nicht von allen Schadensachbearbeitern der Versicherungen so gesehen wird und eine Klarstellung daher vorteilhaft sein kann. Noch findet sich eine solche eher selten in den Tarifbestimmungen. Auf die Anfrage des Autors gab die überwiegende Zahl der Versicherer an, dass eine Klarstellung hierzu nicht nötig sei, ein Anbieter gab sich jedoch überrascht und hatte offenkundig noch nichts von der benannten Rechtsprechung gehört.

► **Tarife mit ausdrücklichem Versicherungsschutz auch bei Übermüdung/Schläfrigkeit**

- Baden-Badener (AUB 2008: Unfall-Deckungskonzept TOP 2008)
- Haftpflichtkasse Darmstadt (Top 2005-Plus; Top 2005-Plus, Stand 01.2008, gültig 01.01.2008 bis 30.06.2008); Unfallversicherung Top2005 Plus, Stand 07/2008)
- InterRisk (AUB 2008-XL, Stand 09.2008; AUB 2008-XXL, Stand 09.2008; AUB 2008-i-MAX, Stand 09.2008)
- Janitos (AUB, Stand 01.01.2008: Basic; AUB, Stand 01.01.2008: Balance; AUB, Stand 01.01.2008: Best Selection)



Der Unfalltod muss bei den meisten Gesellschaften innerhalb von 48 Stunden gemeldet werden. Meist sind hier Summen versichert, bei denen ein Versicherer vielleicht noch Kulanz gelten lässt. Sich auf eine solche zu verlassen, wäre jedoch fahrlässig. Insofern ist eine verlängerte Fristsetzung klar empfehlenswert.

► Tarife mit einer verlängerten Fristsetzung für die Meldung von Unfalltod von mindestens einer Woche

- Basler (AUB 2004: GSR TopSchutz)
- DBV-Winterthur³ (BOXplus Extra Bedingungen für die Unfallversicherung (BPU Extra 2005), Stand 1/2008; BOXplus Standard Bedingungen für die Unfallversicherung (BPU Standard 2005), Stand 1/2008, BOXplus Basis Bedingungen für die Unfallversicherung (BPU Basis 2005), Stand 1/2008 ; BOXplus Aktiv Extra Bedingungen für die Unfallversicherung (BPAU Extra), Stand 1/2008, BOXplus Aktiv Standard Bedingungen für die Unfallversicherung (BPAU Standard), Stand 1/2008, BOXplus Aktiv Basis Bedingungen für die Unfallversicherung (BPAU Basis), Stand 1/2008)
- Domcura (AUB 2003, Stand: 15.03.2004, Bedingungen zur Unfallversicherung Seniorenkonzept; AUB 2005; AUB 2008, Stand 01.02.2008: Erweiterungen zu den AUB 2008 (Basisschutz); AUB 2008, Stand 01.02.2008: Topschutz)
- General Accident (AUB 96/GA, November 1996: Prestige)
- Haftpflichtkasse Darmstadt (Top 2005-Standard; Top 2005-Status; Top 2005-Plus; Stand 01.10.2007; Top 2005 Plus; Stand 01.2008, gültig 01.01.2008 bis 30.06.2008; Unfallversicherung Top2005 Plus, Stand 07/2008)
- Helvetia (Komfort 2006; BB Komfort 99, Fassung 01.07.2007; BB Kompakt 99, Fassung 01.07.2007)

- InterRisk (AUB 2008-XL, Stand 09.2008; AUB 2008-XXL, Stand 09.2008; AUB 2008-i-MAX, Stand 09.2008)
- Mannheimer (Unfallversicherung Plus, Stand 01.01.2008)
- Münchener Verein (MV-AUB 2008 Basis, Erweiterungen zu den MV-AUB 2008 Basis: UNIKAT KOMFORT; MV-AUB 2008 Basis, Erweiterungen zu den MV-AUB 2008 Basis: UNIKAT EXKLUSIV)
- Swiss Life Partner GmbH (AUB 2005 SLP Medi, UV-V-010106; AUB 2005 SLP Maxi, UV-V-010106; AUB 2008 SLP Medi, UV-AUB-010108, Stand 01.01.2008; AUB 2008 SLP Maxi, UV-AUB-010108, Stand 01.01.2008)
- Versorgungswerk für deutsche Verbände und Arbeitgeber - VdVA Versicherungsservice (Unfall-Versicherungsbedingungen VdVA - 2005 zum VdVA - Rahmenvertrag; Unfall-Versicherungsbedingungen VdVA - 2008 zum VdVA-Rahmenvertrag)
- VHV (AUB 94 Spezial; VHV Basis 2002; VHV Klassik 2002; VHV Exklusiv 2002; VHV Basis 2006; VHV Klassik 2006; VHV Exklusiv 2006; Basis 2006, BBU Basis 2006 - Fassung 2008, Stand 10/2007; Klassik 2006, BBU Klassik 2006 - Fassung 2008, Stand 10/2007; Exklusiv 2006, BBU Exklusiv 2006 - Fassung 2008, Stand 10/2007; VHV Exklusiv 2006, BBU Exklusiv 2006, - Fassung 2008; VHV Aktiv Plus 2006; VHV Aktiv Exklusiv 2006; AUB 2008, Exklusiv 2006 - Fassung 2008, Stand 07/2008)

Die üblichen Fristen für den Eintritt der Invalidität und die ärztliche Feststellung des Invaliditätsgrades betragen 12 bzw. 18 Monate. Eine Verlängerung auf mindestens 18 bzw. 21 Monate ist bei Maklerversicherern nicht mehr ungewöhnlich. Gerade im Zusammenhang mit den Meldefristen zum Thema Invalidität kommt es regelmäßig zu Rechtsstreitigkeiten zwischen Versicherungsnehmer und Versicherer, so dass auch hier eine Fristverlängerung als empfehlenswert gelten kann.

► Tarife mit einer verlängerten Fristsetzung für den Eintritt der Invalidität gerechnet ab dem Zeitpunkt des Unfalls von mindestens 21 Monaten

- DBV-Winterthur (BOXplus Extra Bedingungen für die Unfallversicherung (BPU Extra 2005), Stand 1/2008; BOXplus Standard Bedin-

- gungen für die Unfallversicherung (BPU Standard 2005), Stand 1/2008, BOXplus Basis Bedingungen für die Unfallversicherung (BPU Basis 2005), Stand 1/2008 ; BOXplus Aktiv Extra Bedingungen für die Unfallversicherung (BPAU Extra), Stand 1/2008, BOXplus Aktiv Standard Bedingungen für die Unfallversicherung (BPAU Standard), Stand 1/2008, BOXplus Aktiv Basis Bedingungen für die Unfallversicherung (BPAU Basis), Stand 1/2008)
- Domcura (AUB 2008, Stand 01.02.2008: Erweiterungen zu den AUB 2008 (Basisschutz); AUB 2008, Stand 01.02.2008: Topschutz)
- InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 09.2008; AUB 2008-i-MAX, Stand 09.2008)
- Konzept & Marketing (U4 complete, Stand 01/2008)
- maxPool (AUB 2006: max 2007; AUB 2008: max 2007, Stand 2008-01-04)
- Swiss Life Partner GmbH (AUB 2008 SLP Medi, UV-AUB-010108, Stand 01.01.2008; AUB 2008 SLP Maxi, UV-AUB-010108, Stand 01.01.2008)
- Volkswohl Bund (AUB 2008, Fassung Oktober 2007: Unfall Easy KomfortPlus)

► Tarife mit einer verlängerten Fristsetzung zur ärztlichen Feststellung und Bestätigung der Invalidität gerechnet ab dem Zeitpunkt des Unfalls von mindestens 30 Monaten

- Aspecta (AUB 99: UP)
- ConceptIF (AUB 2004, Stand 10/2006: ConceptIF Premium; AUB 2004, Stand 10/2007: ConceptIF Premium)
- Helvetia (Komfort 2006; BB Komfort 99, Fassung 01.07.2007)
- Interlloyd (AUB 2005: Premium Unfall 2005)
- InterRisk (AUB 2008-XL, Stand 09.2008; AUB 2008-XXL, Stand 09.2008; AUB 2008-i-MAX, Stand 09.2008)
- Konzept & Marketing (U4 complete, Stand 01/2008)
- Volkswohl Bund (AUB 2008, Fassung Oktober 2007: Unfall Easy Komfort Plus)

In aller Regel besteht gemäß den Musterbedingungen des GdV (5.2.6 AUB 99 / 5.2.6 AUB 2008) kein Versicherungsschutz für psychische oder nervöse Störungen infolge eines Unfalls bzw. unfallbedingter organischer Erkrankung.



Der Kundenwunsch nach Einschluss dieser Unfallfolgen gehört zum empfohlenen Fragenkatalog im Rahmen der Risikoanalyse zur Unfallversicherung des Arbeitskreises Vermittlerrichtlinie Dokumentation. Teilweise wird in diesem Zusammenhang auch für eine durch einen Unfall hervorgerufene Epilepsie geleistet.

► Tarife mit Mitversicherung psychischer/nervöser Störungen infolge unfallbedingter organischer Erkrankung

- Ammerländer (AUB 2001, Stand 01/2007: Exklusiv-Schutz; AUB 2008, Stand 01/2008: Comfort-Schutz, Stand 07/2008; AUB 2008, Stand 01/2008: Exklusiv-Schutz, Stand 07/2008)
- Aspecta (AUB 99: UP)
- Baden-Badener (Top 2008, Stand 11/2007)
- ConceptIF (AUB 2004, Stand 10/2007: ConceptIF Premium)
- Condor (AUB 2008, Stand 01/2008: Compact; AUB 2008, Stand 01/2008: Comfort)
- Domcura (AUB 2008, Stand 01.02.2008: Erweiterungen zu den AUB 2008 (Basisschutz); AUB 2008, Stand 01.02.2008: Topschutz)
- Haftpflichtkasse Darmstadt (Top 2005 Status, Stand 01/2008; Top 2005 Standard, Stand 01/2008; Top 2005 Plus, Stand 01/2008; Unfallversicherung Top2005 Plus, Stand 07/2008)
- HDI-Gerling (AUB 2008, ZB Exclusive 2008, Stand 01/2008)
- Helvetia (BB Komfort 99, Stand 01.07.2007)
- InterRisk (AUB 2008-L, Stand 09.2008; AUB 2008-XL, Stand 09.2008; AUB 2008-XXL, Stand 09.2008; AUB 2008-I-Max, Stand 09.2008)
- Janitos (AUB 2006, Stand 01.04.2006: Basic; AUB 2006, Stand 01.04.2006: Balance; AUB 2006, Stand 01.04.2006: Best Selection; AUB,

- Stand 01.01.2008: Basic; AUB, Stand 01.01.2008: Balance; AUB, Stand 01.01.2008: Best Selection)
- Konzept & Marketing (U4 basic, Stand 01/2008; U4 advanced, Stand 01/2008; U4 complete, Stand 01/2008)
- maxPool (AUB 2008: max 2007, Stand 2008-01-04)
- Münchener Verein (UNIKAT BASIS, Erweiterungen zu den MV-AUB 2008 Basis, Stand 01.01.2008; UNIKAT KOMFORT, Erweiterungen zu den MV-AUB 2008 Basis, Stand 01.01.2008; UNIKAT EXKLUSIV, Erweiterungen zu den MV-AUB 2008 Basis, Stand 01.01.2008)
- Swiss Life (AUB 2008 SLP Medi, UV-AUB-010108, Stand 01.01.2008; AUB 2008 SLP Maxi, UV-AUB-010108, Stand 01.01.2008)
- Versorgungswerk für deutsche Verbände und Arbeitgeber - VdVA Versicherungsservice (Unfall-Versicherungsbedingungen VdVA - 2005 und Unfall-Versicherungsbedingungen VdVA - 2008 zum VdVA - Rahmenvertrag)
- WÜBA (UB 06, Stand 01/2008)

Die allgemeine Schadenminderungspflicht gilt auch im Rahmen der Unfallversicherung.

Nicht selten kommt es vor, dass Versicherer mit Hinweis auf diese eine Operation von einem bei ihnen versicherten Unfallopfer einfordern.

Hierzu die Generali: „Bei der „Operationspflicht“ gilt grundsätzlich, dass sich die versicherte Person einer zumutbaren Operation zur Minderung der Unfallfolgen unterziehen muss. Dabei gilt als zumutbar eine Operation, die gefahrlos und erfolgversprechend ist, wobei auf die persönliche Konstitution der versicherten Person abgestellt werden muss.“

Ob eine wirklich gefahrlose Operation überhaupt möglich ist, muss an dieser Stelle dahin gestellt werden. Die erhebliche Bedeutung, die diese Praxis für die Branche hat, kann möglicherweise daran abgelesen werden, dass kaum ein Versicherer bereit ist, die vollständige Streichung der Operationspflicht in den Bedingungen zu verankern.

► Vollständige Streichung der Operationspflicht

- InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 09.2008; AUB 2008-I-Max, Stand 09.2008)

- Konzept & Marketing (U4 advanced, Stand 01/2008; U4 complete, Stand 01/2008)
- maxPool (AUB 2008: max 2007, Stand 2008-01-04)

Zu den oft unterschätzten Kosten im Zusammenhang mit schweren Unfällen gehören jene für Umschulungsmaßnahmen, Rehabilitation oder die behindertengerechte Umgestaltung des persönlichen Wohnumfeldes. Damit sich hieraus keine unnötige Haftungsfalle ergibt, macht es Sinn, im Rahmen der Risikoanalyse auch auf diese Themen einzugehen. Dabei bleibt zu beachten, dass eine Kostenübernahme für z.B. Umschulungsmaßnahmen fast immer an eine ganze Reihe von Bedingungen geknüpft ist und von daher vor allem für Unfälle mit schwerwiegenden Folgen zur Anwendung kommt. Oft muss für die Kostenübernahme von Umschulungskosten erst eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit vorliegen. Trotz dieser Einschränkungen können solche Leistungen nicht unerheblich zur Servicezufriedenheit im Leistungsfall beitragen.

► Kostenübernahme für Umschulungsmaßnahmen

- Ammerländer (AUB 2001, Stand 01/2007: Exklusiv-Schutz; AUB 2008, Stand 01/2008, Besondere Bedingungen zum Unfall Exklusiv-Schutz, Stand 07/2008)
- Domcura (AUB 2008, Stand 01.02.2008, Erweiterungen zu den AUB 2008 (Basisschutz); AUB 2008, Stand 01.02.2008, Erweiterungen zu den AUB 2008, Topschutz)
- Grundeigentümer (AUB 2008, Stand 05.2008: Pro Domo Premium)
- Haftpflichtkasse Darmstadt (Top 2005-Plus, Stand 01.2008, gültig 01.01.2008 bis 30.06.2008; Unfallversicherung 60 AktivPlus, Stand 01.2008, gültig 01.01.2008 bis 30.06.2008; Unfallversicherung 60 Aktiv Plus, Stand 07/2008)
- Helvetia (BB-Komfort 99, Stand 01.01.2006; BB-Komfort 99, Stand 01.07.2007)
- InterRisk (AUB 2008-XL, Stand 09.2008; AUB 2008-XXL, Stand 09.2008; AUB 2008-i-MAX, Stand 09.2008)
- Konzept & Marketing (U4 advanced, Stand 01/2008; U4 complete, Stand 01/2008)
- maxPool (AUB 2008: max 2007, Stand 2008-01-04)

- Münchener Verein (UNIKAT KOMFORT, Erweiterungen zu den MV-AUB 2008 Basis, Stand 01.01.2008; UNIKAT EXKLUSIV, Erweiterungen zu den MV-AUB 2008 Basis, Stand 01.01.2008)
- NV-Versicherungen (AUB 2001, BBU – UnfallMaXX, Stand 12/2002; AUB 2008, Stand 01/2008, BBU – UnfallMaXX, Stand 01/2008)
- Swiss Life (AUB 2008 SLP Maxi, UV-AUB-010108, Stand 01.01.2008)
- Versorgungswerk für deutsche Verbände und Arbeitgeber - VdVA Versicherungsservice (Unfall-Versicherungsbedingungen VdVA - 2005 und Unfall-Versicherungsbedingungen VdVA – 2008 zum VdVA - Rahmenvertrag)
- VHV (AUB 2002: Exklusiv 2002, Stand 04/2003; VHV Exklusiv 2006, BBU Exklusiv 2006, - Fassung 2008; AUB 2008, Exklusiv 2006 - Fassung 2008, Stand 07/2008)

Vielfach wird im Rahmen der Unfallversicherung eine kleine Leistung von 10.000 oder 20.000 Euro bei Unfalltod eingeschlossen. Dieses Geld steht dann für Vorschüsse auf die eigentliche Invaliditätsleistung zur Verfügung. Alternativ kann man auch gegen Zuschlag spezielle Sofortleistungen oder Übergangsleistungen vereinbaren. Mittlerweile sehen jedoch viele Unfalltarife auch ohne ausdrückliche Vereinbarung zusätzlicher Leistungen eine Vorschussleistung unter bestimmten Voraussetzungen vor. Dazu können zum Beispiel eine laufende Baufinanzierung oder eine Schwerverletzung im Sinne der Bedingungen zählen.

► **Sofortleistung/Vorschusszahlung auch bei alleinigem Abschluss des Invaliditätsrisikos bzw. einer Unfallrente innerhalb der ersten 12 Monate nach dem Unfall**

- Aspecta (AUB 99: UP)
- Basler (AUB 2004: GSR TopSchutz)
- ConceptIF (GUB 2005: Konzept II: Top; GUB 2005: Konzept II: Top; GUB 2007, Top-Baustein zu den GUB 2008, Stand 01/2008; AUB 2004, Stand 10/2007: ConceptIF Premium)
- Condor (AUB 2008, Stand 01/2008: Comfort)
- Cosmos Direkt (AUB, Stand 01/2008: Comfort-Unfall-Versicherung)
- Deutscher Ring (AUB 2008, Stand 01/2008: RingUnfallversicherung)
- Domcura (AUB 2008, Stand 01.02.2008,

Erweiterungen zu den AUB 2008 (Basisschutz); AUB 2008, Stand 01.02.2008, Erweiterungen zu den AUB 2008, Topschutz)

- Generali (AUB 2000, Stand 4/2007: Komfort; AUB 2000, Stand 4/2007: Komfort Plus; AUB 2000, Stand 4/2007: Unfallschutz für die Frau; AUB 2008, Stand 1/2008: Komfort Plus; AUB 2008, Stand 1/2008: Unfallschutz für die Frau; AUB 2008, Stand 7/2008 Generali Vita Unfallvorsorge)
- Gerling (GKA AUB 2004, ZB Exclusive 2004)
- Gothaer (GUB 2005, Stand 04/2005; GUB 2008, Stand 01/2008)
- Grundeigentümer (AUB 2008, Stand 05.2008: Pro Domo Premium)
- HDI-Gerling (AUB 2008, ZB Exclusive 2008, Stand 01/2008)
- Helvetia (BB-Kompakt 99, Stand 01.01.2006; BB-Komfort 99, Stand 01.07.2007)
- Ideal (AUB 2007: UnfallRente Klassik; AUB 2007: UnfallRente Exklusiv)
- InterRisk (AUB 2008-XL, Stand 09.2008; AUB 2008-XXL, Stand 09.2008; AUB 2008-i-MAX, Stand 09.2008)
- Janitos (AUB 2006, Stand 01.04.2006: Basic; AUB 2006, Stand 01.04.2006: Balance; AUB 2006, Stand 01.04.2006: Best Selection; AUB, Stand 01.01.2008: Basic; AUB, Stand 01.01.2008: Balance; AUB, Stand 01.01.2008: Best Selection)
- Konzept & Marketing (U4 advanced, Stand 01/2008; U4 complete, Stand 01/2008)
- maxPool (AUB 2008: max 2007, Stand 2008-01-04)
- Münchener Verein (UNIKAT KOMFORT, Erweiterungen zu den MV-AUB 2008 Basis, Stand 01.01.2008; UNIKAT EXKLUSIV, Erweiterungen zu den MV-AUB 2008 Basis, Stand 01.01.2008)
- Swiss Life (AUB 2009 SLP Mini, UV-AUB-010108, Stand 01.01.2008; AUB 2008 SLP Medi, UV-AUB-010108, Stand 01.01.2008; AUB 2008 SLP Maxi, UV-AUB-010108, Stand 01.01.2008)
- Versorgungswerk für deutsche Verbände und Arbeitgeber - VdVA Versicherungsservice (Unfall-Versicherungsbedingungen VdVA - 2005 und Unfall-Versicherungsbedingungen VdVA – 2008 zum VdVA - Rahmenvertrag)
- VHV (AUB 2002: Exklusiv 2002, Stand 04/2003; VHV Exklusiv 2006, BBU Exklusiv 2006, - Fassung 2008; AUB



- 2008, Exklusiv 2006 - Fassung 2008, Stand 07/2008)
- Wüba (UB 06, Stand 01/2008)
- ZEUS Unfallversicherung (AUB 01.2008)

Wichtige Hinweise: Alle Informationen wurden nach bestem Wissen und Gewissen zusammengetragen, erheben jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Allein maßgebend ist der Wortlaut der jeweiligen Versicherungsbedingungen, in denen weitere Voraussetzungen für den Versicherungsschutz benannt sein können. Bitte beachten Sie, dass nur ein Teil der hier aufgeführten Tarife noch immer verkaufsoffen ist.

¹ Aufgrund der vorhandenen Innovationsklausel gibt es keine Altтарife mit abweichenden Bedingungen mehr.

Ausdrücklich nicht aufgeführt sind hier Tarife wie etwa jene von IDEAL oder HUK24

² Ausdrücklich nicht aufgeführt sind hier Tarife wie etwa jene von IDEAL oder HUK24 AG, die im Zusammenhang mit einem Oberschenkelhalsbruch unabhängig von der Ursache leisten, in anderen Fällen jedoch keinen Versicherungsschutz für Eigenbewegungen vorsehen.

³ Der Versicherer verzichtet grundsätzlich auf eine Fristsetzung in diesem Zusammenhang

Unfall-Core-Rating



- Kinder
- Erwachsene

Basis:	298 geprüfte Tarife (allgemein) 51 geprüfte Tarife (Heilberufe)
Wertung:	WFS 1-3
Stand:	18.09.2008

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. Nur wenige Leistungsmerkmale entscheiden in den allermeisten Fällen darüber, ob und in welcher Höhe eine Versicherungsleistung erfolgt. Entscheidend sind in erster Linie die Bausteine Unfallbegriff, 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 nun erstmals auch die Meldefristen für die Anmeldung des Invaliditätsfalles sowie die ärztliche Feststellung derselben in die Bewertung mit aufgenommen wurden. Extras wie Unfallkrankentagegeld, Unfallkrankentagegeld und beitragsfreie Leistungen wie Bergungskosten und Übernahme kosmetischer Operationskosten sind im Einzelfall sicher wichtig, sollten aber nur zweitrangig über die Auswahl des geeigneten Versicherungstarifes entscheiden. Besonders wichtig erscheint hier ein Einschluss von unfallbedingtem Zahnersatz, was aber im Rahmen dieses Ratings unbewertet bleibt. Eine ausreichend hohe Invaliditätsgrundsumme (mindestens 100.000 Euro) sollten die Mindestabsicherung darstellen.

Info Analysiert wurden 297 Unfallversicherertarife von 68 Versicherern bzw. Konzeptanbietern, die für Versicherungswillige allgemein zur Verfügung stehen sowie 51 Tarife von 22 Versicherern, die nur für Angehörige von Heilberufen abschließbar sind. Dabei wurden beide Gruppen separat bewertet. Weiter wurden Tarife für Erwachsene und Kinder bis sowie über 14 Jahren unterschieden. Bewertet wurden die folgenden Leistungsbereiche:

- Regelungen zur Invaliditätsleistung
- Regelungen zur Unfallrente

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).

Rating-Systematik

Bewertet wurden 297 Unfallversicherungstarife von 68 Versicherern für alle Berufe sowie 51 Unfallversicherungstarife von 22 Versicherern für Angehörige von Heilberufen. Nicht berücksichtigt wurden spezielle Tarife nur für Senioren. Grundlage für das Rating waren insgesamt 9 Corekriterien. Diese umfassen die besonders praxisrelevanten Punkte, in denen sich die Angebote voneinander unterscheiden:

Leistungen:

- Definition des Unfallbegriffes hinsichtlich erhöhter Kraftanstrengung und Eigenbewegungen
- Verwendete Progressionstabelle
- Gliedertaxe
- Leistungsumfang einer etwaigen Unfallrente
- Einschränkungen der Invaliditäts- und Unfallrentenleistung abhängig von sportlicher oder beruflicher

Betätigung im Schadenfall

- Kürzung aufgrund von Krankheiten und Gebrechen (Mitwirkungsanteil) auf Basis der Leistung oder des Prozentsatzes vom Invaliditätsgrad
- Versicherungsschutz bei Bewusstseinsstörungen (z.B. Alkohol, Medikamente)
- Invalidität als Folge einer Infektion (z.B. durch Zecken, Tetanus, Malaria)
- Obliegenheiten: Meldefristen bei Tod und Invalidität

Die einzelnen Bedingungen wurden bewertet mit einem Faktor von -4 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 drittbeste Individuallösung ist, erhält pauschal 2 Punkte. Die Standardregelung ent-

sprechend GDV-Empfehlung erhält keine Punkte. Dies gilt auch für die unstrittige Klarstellung, dass der Verlust der Sehkraft auf beiden Augen 100 % Invalidität bedeutet. Ist eine Leistung schlechter als Standard, so führt dies zu vier Punkten Abzug. Jedes Kriterium wurde mit einem Faktor zwischen 1 und 3 gewichtet. Da einzig und allein Corekriterien zum Tragen kommen, wurden die Leistungskriterien mit Ausnahme der Infektionsklausel mit dem Faktor 3, die Infektionsklausel und die Meldefristen mit dem Faktor 2 gewichtet. Für Kinder bis 14 Jahren gilt abweichend ein Faktor 1 für die Bewusstseinsklausel.

Note	Bedeutung
• WFS 1 (Gold)	mind. 80% der erreichten Höchstpunktzahl
• WFS 2 (Silber)	mind. 70% der erreichten Höchstpunktzahl
• WFS 3 (Bronze)	mind. 60% der erreichten Höchstpunktzahl

Ergebnisse Invaliditätsleistung, Stand 06.09.2008

Erwachsene, ohne Progression



- InterRisk iMax (AUB 2008-i-MAX, Stand 09.2008)



- InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 09.2008)



- DBV-Winterthur (BPU Extra 2007: BOXplus Extra. Bedingungen für die Unfallversicherung; Stand 1/2008)
- Konzept & Marketing (U4 complete, Stand 01/2008)

Erwachsene, mit 500% Progression



- InterRisk iMax (AUB 2008-i-MAX, Stand 09.2008) mit Plus-Progression
- InterRisk iMax (AUB 2008-i-MAX, Stand 09.2008)
- InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 09.2008) mit Plus-Progression



- InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 09.2008)



- Konzept & Marketing (U4 complete, Stand 01/2008)
- InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 09.2008) mit Plus-Progression

Kinder ab 14, ohne Progression



- InterRisk iMax (AUB 2008-i-MAX, Stand 09.2008)



- InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 09.2008)



- DBV-Winterthur (BPU Extra 2007: BOXplus Extra. Bedingungen für die Unfallversicherung; Stand 1/2008)
- Konzept & Marketing (U4 complete, Stand 01/2008)

Kinder ab 14, mit 500% Progression



- InterRisk iMax (AUB 2008-i-MAX, Stand 09.2008) mit Plus-Progression
- InterRisk iMax (AUB 2008-i-MAX, Stand 09.2008)
- InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 09.2008) mit Plus-Progression



- InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 09.2008)



- Konzept & Marketing (U4 complete, Stand 01/2008)
- InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 09.2008) mit Plus-Progression

Kinder bis 14, ohne Progression



- InterRisk iMax (AUB 2008-i-MAX, Stand 09.2008)



- InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 09.2008)

Kinder bis 14, mit 500% Progression



- InterRisk iMax (AUB 2008-i-MAX, Stand 09.2008) mit Plus-Progression
- InterRisk iMax (AUB 2008-i-MAX, Stand 09.2008)
- InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 09.2008) mit Plus-Progression



- Konzept & Marketing (U4 complete, Stand 01/2008)
- InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 09.2008)

Ergebnisse Invaliditätsleistung Stand 06.09.2008

Heilberufe, ohne Progression



- InterRisk iMax (AUB 2008-i-MAX für Heilberufe, Stand 09.2008)
- Konzept & Marketing (U4 complete, Stand 01/2008)
- InterRisk (AUB 2008-XXL für Heilberufe, Stand 09.2008)

Heilberufe, mit 225% Progression



- Konzept & Marketing (U4 complete für Heilberufe) (Stand 01/2008)

Heilberufe, mit 350% Progression



- Konzept & Marketing (U4 complete, Stand 01/2008)

Heilberufe, mit 500% Progression



- Konzept & Marketing (U4 complete, Stand 01/2008)

Heilberufe, mit 600% Progression



- Janitos (Best Selection für Mediziner; Stand 01.01.2008)

Ergebnisse Unfallrente Stand 06.09.2008

Unfallrente, Erwachsene



- InterRisk (iMax, Dynamex 3+, Stand 01.09.2008)
- InterRisk (iMax, Dynamex 2, Stand 01.09.2008)
- InterRisk (XXL, Dynamex 3+, Stand 01.09.2008)
- InterRisk (XXL, Dynamex 2, Stand 01.09.2008)
- InterRisk (XL, Dynamex 3+, Stand 01.09.2008)
- maxPool (AUB 2008: max 2007 mit Rentendynamik)
- maxPool (max 2008: max 2007 ohne Rentendynamik)



- InterRisk (XL, Dynamex 2, Stand 01.09.2008)

Unfallrente, Kinder ab 14



- InterRisk (iMax, Dynamex 3+, Stand 01.09.2008)
- InterRisk (iMax, Dynamex 2, Stand 01.09.2008)



- InterRisk (XXL, Dynamex 3+, Stand 01.09.2008)
- InterRisk (XXL, Dynamex 2, Stand 01.09.2008)



- maxPool (AUB 2008: max 2007 mit Rentendynamik)

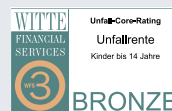
Unfallrente, Kinder bis 14



- InterRisk (iMax, Dynamex 3+, Stand 01.09.2008)
- InterRisk (iMax, Dynamex 2, Stand 01.09.2008)



- InterRisk (XXL, Dynamex 3+, Stand 01.09.2008)
- InterRisk (XXL, Dynamex 2, Stand 01.09.2008)



- max Pool (AUB 2008: max 2007 mit Rentendynamik)

Alle empfehlenswerten Alt- und Neutarife für Unfallrenten

- Condor (AUB 2007, Stand 05/2007: Comfort): Kinder bis 10 Jahre, Erwachsene; (AUB 2008, Stand 01/2008: Comfort): Kinder bis 14 Jahre, Erwachsene
- DBV-Winterthur (BPU Extra 2007: BOXplus Extra. Bedingungen für die Unfallversicherung, Stand 1/2008): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Ideal (BB-IUR_2007A: UnfallRente Exklusiv): nur Erwachsene
- Inter Risk (Tarife: dynamex 2, dynamex 3+ in Kombination mit den Tarifen AUB 2008: XL, XXL, i-MAX, Stand 09/2008): Kinder bis 14 Jahre, Kinder ab 14 Jahre, Erwachsene
- Konzept & Marketing (U4 advanced: Invalidenrente, Stand 01.01.2008): Kinder bis 14 Jahre, Kinder ab 14 Jahre, Erwachsene
- maxPool (AUB 2006: max2007- Unfallrente mit und ohne Dynamisierung; AUB 2008: max 2007, Stand 2008-01-04 – Unfallrente mit und ohne Dynamisierung): Kinder bis 14 Jahre, Erwachsene
- ZEUS Unfallversicherung (AUB 01.2008, progressive Unfall-Rente PLUS): Kinder bis 14 Jahre, Erwachsene

Alle empfehlenswerten Alt- und Neutarife für Invaliditätsleistung

- Ammerländer (AUB 2001, Stand 01/2007: Exklusiv-Schutz; AUB 2008, Stand 01/2008, Unfall-Exklusiv-Schutz, Stand 07/2008): Kinder bis 14 Jahren, Erwachsene
- Aspecta (AUB 99: UP): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahre, Erwachsene
- Basler (AUB 2004: GSR TopSchutz): Kinder bis 14 Jahren, Erwachsene
- ConceptIF (AUB 2004, Stand 10/2006: ConceptIF Premium; AUB 2004, Stand 10/2007: ConceptIF Premium): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Condor (AUB 2007, Stand 05/2007: Comfort): Kinder bis 10 Jahren, Erwachsene; (AUB 2008, Stand 01/2008: Comfort): Kinder bis 14 Jahren, Erwachsene
- DBV-Winterthur (BPU Extra 2007: BOXplus Extra. Bedingungen für die Unfallversicherung, Stand 1/2008): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Domcura (AUB 2005: im Einzelfall je Generali, BBV oder Münchener Verein; AUB 2008, Stand 01.02.2008, Ergänzungen zu den AUB 2008: Basistarif; AUB 2008, Stand 01.02.2008, Stand 01.02.2008, Top-Schutz: im Einzelfall je BBV, Generali, Gothaer oder Münchener Verein): Kinder bis 14 Jahren, Erwachsene, Heilberufe
- Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 99: Top 2005 Plus; AUB 2007: Top 2005 Plus, Stand 01.2008, gültig 01.01.2008 bis 30.06.2008); (AUB 2007: Top 2005Plus, Stand 07/2008: Kinder bis 14 Jahren, Erwachsene
- Interloyd (AUB 2005: Premium-Unfall 2005 für Personen bis zum vollendeten 60. Lebensjahr): Kinder bis 14 Jahren, Erwachsene, Heilberufe
- Inter Risk (AUB 2008: XL, XXL, i-MAX, Stand 09/2008): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Heilberufe
- Janitos (Stand 01.04.2006: Balance, Best Selection – Gliedertaxe Bein, Best Selection – Gliedertaxe Hand, Best Selection – Gliedertaxe Sinnesorgane; Stand 01.01.2008: Balance, Best Selection – Gliedertaxe Bein, Best Selection – Gliedertaxe Hand, Best Selection – Gliedertaxe Sinnesorgane, Best Selection für Mediziner): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Heilberufe
- Konzept & Marketing (AUB 2006: U4 advanced, Stand 01.2006; U4 advanced, Stand 01.01.2008; U4 complete, Stand 09/2007): Kinder bis 14 Jahre, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Heilberufe
- maxPool (AUB 2006: max 2007; AUB 2008: max 2007, Stand 2008-01-04): Kinder bis 14 Jahren, Erwachsene; (maxPuR2006 mit maxPrompt): Erwachsene (Seniorentarif mit 20% Integralfranchise)
- Münchener Verein (MV-AUB 2008 Basis, Erweiterungen zu den MV-AUB 2008 Basis: UNIKAT KOMFORT; MV-AUB 2008 Basis, Erweiterungen zu den MV-AUB 2008 Basis: UNIKAT EXKLUSIV): Kinder bis 12 bzw. 14 Jahre, Erwachsene
- Swiss Life Partner GmbH (AUB 2005 SLP Medi, UV-V-010106; AUB 2005 SLP Maxi, UV-V-010106; AUB 2008 SLP Medi, UV-AUB-010108, Stand 01.01.2008; AUB 2008 SLP Maxi, UV-AUB-010108, Stand 01.01.2008): Kinder bis 14 Jahren, Erwachsene
- VHV (AUB 2006: Exklusiv 2006; AUB 2008: Exklusiv 2006 - Fassung 2008, Stand 10/2007; AUB 2008, Exklusiv 2006 - Fassung 2008, Stand 07/2008): Kinder bis 14 Jahren, Erwachsene
- Volkswohl Bund (AUB 2008, Fassung Oktober 2007: Unfall Easy KomfortPlus)
- WÜBA (AUB 2006: UB 06; UB 06: Unfall Active Lady Secure Active, Stand 01.01.2008; UB 06: Unfall Family Secure Active, Stand 01.01.2008): Kinder bis 14 Jahren, Erwachsene
- WÜBAnet (UB 06: Unfall Active WÜBAnet, Stand 01.01.2008): Kinder bis 14 Jahren, Erwachsene
- ZEUS Unfallversicherung (AUB 01.2008): Kinder bis 14 Jahre, Erwachsene

Wichtiger Hinweis: obwohl die Daten, die zu diesem Rating geführt haben, mit höchster Sorgfalt erfasst wurden, können mögliche Fehler bei der Erfassung dennoch nicht ausgeschlossen werden. Diese können Auswirkungen auf das ermittelte Ergebnis haben. Obwohl in die einzelnen Punkte viel Zeit investiert wurde, ist doch ein gewisses Maß an Subjektivität bei der Gewichtung nicht zu vermeiden. Auch dieses Rating kann daher keinen Ersatz für ein ausführliches Studium von Versicherungsbedingungen sein, soll aber zumindest Hilfestellung bei der Auswahl möglicher geeigneter Tarife bieten.

► Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien finden Sie unter www.witte-financial-services.de

Index: Gesellschaften, die in diesem Beitrag erwähnt werden von A-Z

Allianz – Alte Leipziger – Ammerländer – Basler – BBV – Condor – D.A.S. – Gothaer – Grundeigentümer – Haftpflichtkasse Darmstadt – Helvetia – Hiscox – InterRisk – Interlloyd – Janitos – Konzept und Marketing – Nürnberger – NV-Versicherungen – universa – Volkswohl Bund

Neues vom Hausrat

Die Innovationskraft der deutschen Versicherungswirtschaft hatte in den vergangenen Jahren eine Reihe von Leistungsverbesserungen auf dem Feld der Hausratversicherung zur Folge. Risiko & Vorsorge betrachtet hierzu ausgewählte Tarifmerkmale.



Von Stephan Witte

► Sicherheitsvorschriften

Ein ungelöstes Problem sind die Sicherheitsvorschriften in der Hausratversicherung. Fast überall wird ein bündiges Zylinderschloss mit nicht abschraubbaren Türschildern als Mindestsicherung vorausgesetzt. Dies gilt zumindest für die eigentlichen Wohnungsabschlusstüren und demnach nicht zwangsläufig auch für eine etwaige Kellertür in einem Mehrfamilienhaus.

Wer die Türen seiner Kunden begutachtet, wird feststellen, dass jeder dritte bis vierte Haushalt nicht diese Mindestanforderungen erfüllt. Auch wenn dadurch nur das Einbruchrisiko betroffen ist, nehmen viele Versicherer Anträge nicht an, die an diesen Standards scheitern.

Seit dem 01.07.2008 bietet die InterRisk auch in diesen Fällen uneingeschränkten Versicherungsschutz, sofern eine Ver-

sicherungssumme von maximal 120.000 Euro vereinbart wird. Ähnlich verzichtet auch die Condor auf Mindestsicherungen bis zu einer Versicherungssumme von 150.000 Euro (Classic), 120.000 Euro (Compact) bzw. 100.000 Euro (Comfort) im Versicherungssummentarif bzw. bis 200, 150 oder 100 Quadratmetern im Wohnflächentarif.

► Allgefahrendeckungen

Noch immer die Ausnahme sind Allgefahrendeckungen. Solche Tarife sehen Versicherungsschutz für all jene Fälle vor, in denen kein ausdrücklicher Ausschluss erklärt wird. Wichtige Anbieter in diesem Segment sind Allianz, Basler, BBV, Hiscox sowie Konzept & Marketing.

Praktisch unterscheiden sich die Tarife der genannten Gesellschaften jedoch massiv voneinander. So besteht bei der BBV im Tarif Komfort Versicherungsschutz

nur für Schäden ab 5.000 Euro, bei der Basler im Tarif Ambiente ein Selbstbehalt von 10% (min. 500 Euro) für alle nicht namentlich benannten Gefahren. Ein Selbstbehalt ab 250 Euro gilt für den Tarif Haus & Kunst der Allianz ebenso wie den von Hiscox. Dafür handelt es sich um vollwertige Allgefahrendeckungen. Keinen generellen Selbstbehalt sehen die Tarife allsafe & select A2 und Z1 von Konzept & Marketing (Risikoträger: Adler und Zurich) vor. Bei der Allianz im Tarif „AllianzArtPrivat“ ist es möglich, die Versicherungssumme für Schmuck und Wertsachen abweichend von den allgemeinen Bedingungen zu erhöhen. Allerdings setzt die Wirksamkeit einer solchen Erhöhung voraus, dass „Schmucksachen und Armbanduhr alle fünf Jahre durch einen Juwelier auf Haltbarkeit der Schnüre, Fassungen, Verschlüsse und Sicherungen“ überprüft werden und der Versicherungsnehmer diese nötigenfalls reparieren lässt. „Sofern es aufgrund

äußerer Anzeichen für vorhandene Schäden wie z.B. gelockerte Fassungen oder Verschlüsse geboten erscheint, muss die Prüfung unverzüglich durchgeführt werden“. Insgesamt stellt sich der Allianztarif als Mischprodukt aus Hausrat- und Valorenversicherung dar und hat damit nach Umsatz den ersten Platz unter allen Allgefahrendeckungen in Deutschland eingenommen. Dabei übernimmt die Allianz ausdrücklich auch die Kosten eines Kunstsachverständigen für eine vollständige Dokumentation und Bewertung von Kunstgegenständen und anderen Wertsachen. In diesem Zusammenhang muss man natürlich beachten, dass Zielgruppe von Hiscox oder Allianz nicht der Haushalt von Otto Normalverbraucher ist. Für einen Vertragsabschluss erforderlich ist vielmehr ein Hausrat von nicht unter 150.000 bzw. 300.000 Euro.

Zu den allgemein üblichen Ausschlüssen auch bei Allgefahrendeckung gehören beispielsweise Schäden durch Sturmflut oder Vorsatz. Sturmflut zählt jedoch bei Hiscox nicht zu den bedingungsgemäßen Ausschlüssen. Die Vermutung, dass eine Allgefahrendeckung immer teurer sein muss, lässt sich in der Praxis nicht bestätigen. Gerade die Tarife von Konzept & Marketing sind durchaus konkurrenzfähig; auch für Normalkunden.

► Diebstahl von Hausrat aus Kfz

Immer häufiger kommt es vor, dass Privatpersonen einen Laptop oder eine hochwertige Kamera im verschlossenen Kraftfahrzeug liegen haben. Von daher werden viele Kunden den von Versicherern beworbenen Einschluss von „Diebstahl von Hausrat aus Kfz“ dahingehend falsch verstehen, dass jeglicher Diebstahl von Hausrat aus Autos versichert wäre. Praktisch ist das falsch. Meist besteht zwar Versicherungsschutz, wenn eine Lederjacke gestohlen würde, nicht jedoch, wenn ein Notebook, ein Handy oder wertvoller Schmuck durch Diebstahl abhanden kommen. Auch besteht nicht selten eine Einschränkung des Versicherungsschutzes nur auf Deutschland.

Zu den positiven Ausnahmen im Zusammenhang mit dieser Klausel gehören beispielsweise Allianz, Basler, Gothaer, Hiscox und InterRisk. Die Unterschiede sind jedoch auch hier teilweise erheblich.

Versicherungsschutz sowohl für Wertsachen als auch Elektrogeräte und

–zubehör bietet die InterRisk im Tarif XXL bis in Höhe von 1.200 Euro, sofern die bezeichneten Gegenstände von außen nicht sichtbar sind.

Allerdings besteht kein Versicherungsschutz für Geld, Urkunden und Wertpapiere. Während der Nachtstunden reduziert sich die Versicherungssumme auf 600 Euro, wenn eine Fahrtunterbrechung von mehr als 2 Stunden vorliegt.

Bei der Basler setzt der Versicherungsschutz für elektronische Gegenstände voraus, dass sich diese in einem nicht einsehbaren Kofferraum befinden. Die Entschädigung ist auf 2% der Versicherungssumme (max. 300 Euro) begrenzt. Wertsachen sind in diesem Zusammenhang nicht versichert. Versicherungsschutz zwischen 22:00 und 6:00 besteht nur, wenn eine Fahrtunterbrechung von nicht mehr als 2 Stunden vorliegt oder sich das Fahrzeug in einer geschlossenen Garage befand.

Versicherungsschutz bei der Condor (Tarif: Comfort) besteht im Rahmen der Außenversicherung bis 12 Monaten auch für Diebstahl von Foto-, Film- und Videogeräten, Mobiltelefonen, tragbaren Computern in verschlossenen Kfz/Anhängern, sofern sie im nicht einsehbaren Bereich von Fahrzeug oder Anhänger verwahrt wurden. Die Leistung ist auf 2% der Versicherungssumme (max. 5.000 Euro) beschränkt und unterliegt der Nachtzeitklausel (§ 7 Nr. 7d). Schmuck, Schusswaffen und andere Wertsachen sind grundsätzlich bei Diebstahl aus einem Kfz ausgeschlossen. Normaler Hausrat aus Kfz ist nach § 3 Nr. 5c innerhalb der Europäischen Union, Norwegens und der Schweiz bis 3.000 Euro mitversichert.

Noch umfassender ist der Versicherungsschutz bei Hiscox (Tarif: Haus & Kunst). Ein Ausschluss für Elektrogeräte wie Laptops oder Digitalkameras besteht nicht. Stattdessen besteht hier Versicherungsschutz bis in Höhe von 10.000 Euro. Das Sublimit für Pelze bzw. Schmuck, Armbanduhren, Juwelen, Perlen und Edelsteine beträgt jeweils 25.000 Euro. Bargeld und Schecks sind immerhin bis 3.000 Euro eingeschlossen, Urkunden, Sparbücher und Wertpapiere bis in Höhe von 5.000 Euro. Höhere Summen sind gegen Zuschlag möglich. Außerdem besteht der Versicherungsschutz hier im Rahmen der Außenversicherung weltweit bis zu 6 Monaten und ohne sonstige Einschränkungen.

Bei der Allianz besteht in den Tarifen Kompakt und Optimal gegen Zuschlag Versicherungsschutz auch in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union inklusive Schweiz und Norwegen, jedoch mit Ausnahme von Wertsachen und Bargeld. Der Schaden muss zwischen 6 und 22 Uhr eintreten. Die Gothaer gewährt im Tarif Top Versicherungsschutz bis in Höhe von 1% der Versicherungssumme zwar im Rahmen der Außenversicherung weltweit, aber ebenfalls ausgenommen Wertsachen und Bargeld. Eine zeitliche Einschränkung ist hier nicht vorgesehen. Allianzkunden des Allgefahrenkonzeptes All Risk besitzen abweichend ausdrücklich auch Versicherungsschutz für z.B. Schmuck oder Armbanduhren in verschlossenen Pkw innerhalb eines Kofferraums oder anderen von außen nicht einsehbaren Teilen eines Personenkraftwagens bis in Höhe von 25.000 Euro. Ein Ausschluss für Computerzubehör, Laptops oder Handys sieht der Tarif nicht vor.

► Räuberische Erpressung

Deutlich auf dem Vormarsch ist die Kostenübernahme für den Verlust von Hausrat in Folge von räuberischer Erpressung. Dort, wo der Einschluss besteht, gilt er meist bis zur vollen Versicherungssumme ohne weitere Einschränkungen, allerdings unter Berücksichtigung der tariflichen Höchstleistungsgrenzen etwa für Schmuck und andere Wertsachen. Dies gilt etwa für die entsprechenden Tarife von Condor, D.A.S., Gegenseitigkeit, Grundeigentümer, Helvetia, Haftpflichtkasse Darmstadt, InterRisk, Janitos, Konzept & Marketing, NV-Versicherungen oder Volkswohl Bund. Ausnahmen sind etwa BBV (Tarif: BBV-Hausrat-Komfortschutz 2008; 5.000 Euro Selbstbehalt) und Janitos (Tarif: Best Selection; nur bis 1.000 Euro).

► Überspannungsschäden durch Blitz

Zu den Erweiterungen des Feuerrisikos gehören Überspannungsschäden durch Blitz, Seng- und Kurzschlusschäden, wobei die beiden letzten eine zunehmende Verbreitung gefunden haben, während Überspannungsschäden durch das Auftreffen des Blitzes auf versicherte Sachen – statt wie früher nur Schäden durch Blitzschlag – mindestens bis in



Höhe von 5% der Versicherungssumme weithin üblich sind. Allerdings ist die Versicherungssumme auch für Kurzschluss- und Sengschäden selten unlimitiert. So sind etwa Sengschäden (z.B. durch eine heruntergefallene Zigarette, ein zu heißes Bügeleisen oder Flammen, die aus einem Kamin hinaus schlagen) bei der Ammerländer (Tarif: Exklusiv), Basler (Tarif: Ambiente Top) oder Haftpflichtkasse Darmstadt (Tarif: Hausrat Plus) bis 500 Euro, bei der BBV (Tarif: BBV-Hausrat-Komfortschutz 2008) bis 1.500 Euro, bei der Condor (Tarif: Comfort) oder InterRisk (Tarif: XXL) bis 3.000 Euro oder bei der Gothaer (Tarif: Hausrat Top) bis zu 10 % der Versicherungssumme eingeschlossen. Dabei gilt ein Selbstbehalt von 100 Euro (Condor Comfort, Haftpflichtkasse Darmstadt Hausrat Plus) bzw. 500 Euro (Janitos Best Selection). Bis zur vollen Versicherungssumme versichert sind Sengschäden bei Allianz (Tarif: Optimal), Janitos (Tarif: Best Selection) bzw. Konzept & Marketing (Tarif: allsafe Tarif select Z1). Ohne ausdrücklichen Einschluss erfüllen Sengschäden nicht den Brandbegriff im Sinne der Allgemeinen Hausratbedingungen, da die Flammen sich nicht aus eigener Kraft über den bestimmungsgemäßen Brandherd hinausbewegen. Schlägt also eine Flamme aus einem Kamin raus, so hat sie ihren Brandherd nicht verlassen, sofern die Flamme an sich zu keinem weitergehenden Brandschaden führt, der auf eine Ausbreitung des Feuers schließen lässt. Die besonders häufigen Sengschäden

durch Zigaretten- oder Zigarrenruß sind bei der Ammerländer ausdrücklich ausgeschlossen.

► Kurzschlusschäden

Kurzschlusschäden sind bei der InterRisk (Tarif: XXL) bis 3.000 Euro, bei der Gothaer (Tarif: HausratTop) bis 10% der Versicherungssumme mit 150 Euro Selbstbehalt, bei der VHV je nach Tarif zu 5% (Basis-Garant 2008), 10% (Klassik-Garant 2008) bzw. 100% (Exklusiv-Garant 2008) versichert. Ebenfalls einen unlimitierten Schutz bieten beispielsweise Ammerländer (Tarif: Exklusiv) oder Condor (Tarif: Comfort). Bei der Ammerländer setzt der Schutz jedoch voraus, dass ein Blitzschlag oder sonstige atmosphärische bedingte Elektrizität ursächlich waren. Diese Einschränkung ist entscheidend, da Kurzschlüsse oft nicht durch einen Blitzschlag, sondern durch zufällige Stromschwankungen im Versorgungsnetz entstehen. Ohne ausdrückliche Vereinbarung ist für solche Fälle kein Versicherungsschutz herleitbar. In der Praxis ist die Abgrenzung zwischen Kurzschluss- und Überspannungsschäden infolge von Blitz oft schwierig.

Echte Kurzschlüsse sind die Folge des gewöhnlichen Verschleißens von Elektrogeräten, oft als Folge mangelhafter Isolation. Typische Kurzschlusschäden sind Schäden an den Transistoren eines Verstärkers oder Antennenanschlusses eines Senders.

► Wiederherstellung verlorener Daten

Mit steigendem Besitz von Computern auch in Privathaushalten gewinnt auch eine mögliche Kostenübernahme für Wiederherstellung verlorener Daten an Bedeutung. Dies gilt insbesondere, wenn auch das häusliche Arbeitszimmer mitversichert ist. Datenwiederherstellung gehört beispielsweise zum Versicherungsumfang von Allianz (All Risk; bis 2.500 Euro), Alte Leipziger (Tarif: XXL; bis 500 Euro), Condor (Tarif: Comfort; bis 3.000 Euro), Interlloyd (Tarif: Intersecure; nur private Daten bis 250 Euro mit 100 Euro Selbstbehalt), Nürnberger (Tarif: VHB 2008; bis 1.000 Euro mit 150 Euro Selbstbehalt), uniVersa (Tarife: Trend Exklusiv und Trend Komfort; je bis 250 Euro) und VHV (Tarif: Exklusiv-Garant 2008; bis 500

Euro). Bei der Gothaer sind diese im Tarif HausratTop gegen Zuschlag bis in Höhe von 1% der Versicherungssumme eingeschlossen, maximal jedoch bis zu 500 Euro. Zwischen 300 und 1.000 Euro sind als Kosten für die Wiederherstellung von Daten laut Frank Scheibner von www.MaxMoeglich.de aus Berlin durchaus realistisch. Allerdings gäbe es oft Probleme, was die Mindestanforderungen der Versicherer bezüglich Datensicherung betrifft. Ältere Tarife verlangen teilweise eine mindestens wöchentliche Datensicherung.

Bei dem Tarif der uniVersa wird ein wenigstens monatliches Backup vorgeschrieben. Dabei sind die Sicherheitskopien so aufzubewahren, dass sie voraussichtlich nicht zusammen mit den Originalen abhanden kommen oder zerstört werden. Die Alte Leipziger setzt voraus, dass Daten und Programme durch eine ersatzpflichtige Substanzschädigung an dem Datenträger, auf dem sie gespeichert waren, verloren gegangen, beschädigt oder nicht mehr verfügbar sind. Gehen also Daten durch einen Virus oder aufgrund eines fehlenden Backups verloren, so ist die Alte Leipziger nicht ersatzpflichtig. Ähnlich ist dieser Punkt bei der VHV geregelt. Außerdem weist der Versicherer darauf hin, dass keine Kostenübernahme besteht für einen neuerlichen Lizenzwerb oder für die Wiederherstellung von Raubkopien. Das gilt auch für die Alte Leipziger. Dafür gehören zum Versicherungsumfang der VHV auch die Kosten einer versuchten technischen Wiederherstellung.

Bei Hiscox umfasst der Versicherungsschutz ausdrücklich nicht die Kosten für Schäden durch Computerviren, Software- und Programmierungsfehler. Für die Wiederbeschaffung privater Softwareprogramme oder Daten sind höchstens 5% der Versicherungssumme, jedoch nicht mehr als 15.000 Euro pro Versicherungsfall mitversichert. Auch die Allianz schließt Programmierungs- und Bedienungsfehler ausdrücklich aus.

► Phischingschäden

Eine wirkliche Innovation ist Versicherungsschutz für Phischingschäden (betrügerischer Erwerb vertraulicher Daten durch gefälschte Emails und Internetadressen). Wenn also ein Kunde der Basler (Tarif: Ambiente Top) ab dem 01.10.2008 von einem derartigen Betrug

betroffen wird, so sieht der Tarif eine Entschädigung von bis zu 5.000 Euro vor*.

► Wiederbeschaffung privater Dokumente

Von der Erstattungssumme eher eine reine Serviceleistung ist die Kostenübernahme des Volkswahl Bundes in Höhe von bis zu 100 Euro (Tarif: KomfortPlus) für die Wiederbeschaffung privater Dokumente. Die Versicherungskammer Bayern (Tarif: Optimal) sieht einen ähnlichen Schutz für die Wiederbeschaffung abhanden gekommener und noch gültiger Reisedokumente vor. Eine Maximierung der Leistung ist in diesem Zusammenhang nicht vorgesehen.

► Rauch, Ruß oder Verpuffung

Bisher nur selten versichert sind Schäden durch Rauch, Ruß oder Verpuffung. Einen umfassenden Schutz bieten hier beispielsweise Basler (Ambiente Top unbenannte Gefahren), Haftpflichtkasse Darmstadt (Tarif: Hausrat Plus), Janitos oder Konzept & Marketing (Tarif: allsafe Tarif select Z1).

Bei der Basler sind Rauch und Ruß ausdrücklich benannt, Verpuffung verbirgt sich unter dem Oberbegriff „unbenannte Gefahren“. Daher besteht für diesen Einschluss hier ein Selbstbehalt von 10% (min. 500 Euro), während Janitos oder Konzept & Marketing keinen generellen Selbstbehalt für solche Gefahren vorsehen. Andere Anbieter wie die Condor (Tarif: Comfort) versichern zwar Schäden durch Verpuffung, nicht jedoch solche durch Rauch oder Ruß, die InterRisk (Tarif: XXL) Schäden durch Rauch bis in Höhe von 3.000 Euro, nicht jedoch solche durch Verpuffung oder Ruß. Die Ammerländer beispielsweise versichert zwar alle drei benannten Gefahren, dies aber in der Exklusiv-Dekung nur bis in Höhe von 5% der Versicherungssumme. Von allen bekannten Anbietern sieht nur Hiscox (Tarif: Haus & Kunst) eine unlimitierte Leistung für Schäden aus Rauch, Ruß und Verpuffung im Rahmen der Allgefahrendeckung vor.

Eine Verpuffung ist eine besonders langsame Form der Explosion und tritt oft

* Der Tarif konnte nicht verifiziert werden, da bei Abgabe des Beitrags noch nicht vorliegend.)

bei öl- oder kohlebetriebenen Heizöfen auf. Rußschäden können etwa durch einen schlecht ziehenden Ofen entstehen und bergen unter Umständen ein erhöhtes Krebsrisiko.

► Spezifischer Diebstahl

Die Ausnahme sind noch immer Anbieter, die die Kosten für gestohlene Handelsware und Musterkollektionen übernehmen. Meist sind solche Schäden ausgeschlossen. Anbieter, die auch hierfür Versicherungsschutz bieten, sind beispielsweise Gothaer (Tarif: HausratTop) oder Janitos (Tarif: Best Selection). Während Janitos pauschal bis 10.000 Euro innerhalb des Versicherungsortes zahlt, erstattet die Gothaer gegen Zuschlag bis 5% der Versicherungssumme für den Versicherungsnehmer oder in häuslicher Gemeinschaft lebende Personen. Bei der Condor können Musterkollektionen und Handelswaren auf Anfrage und ohne Zuschlag mitversichert werden. Entsprechend erhöht sich nur die Versicherungssumme. Bei Hiscox sind diese Sachen bis in Höhe von 3.000 Euro mitversichert, sofern es sich um beruflich genutzte Gegenstände handelt.

► Mehrkosten durch Verwendung umweltfreundlicher Materialien

Bisher nach Kenntnis des Autors als einziger versichert die Nürnberger (Tarif: VHB 2008) die Mehrkosten, die durch die Verwendung umweltfreundlicher Materialien im Zusammenhang mit der Wiederherstellung oder Reparatur von Hausrat anfallen. Außerdem übernimmt der Versicherer die Mehrkosten für neu zu beschaffende wasser- oder energiesparende Haushaltsgroßgeräte, die nach einem Versicherungsfall zerstört, beschädigt oder abhanden gekommen sind. Die maximale Erstattung in diesem Zusammenhang beträgt 1.000 Euro.

► Schäden durch Plansch- oder Reinigungswasser

Nahezu unbekannt ist bisher auch der Einschluss von Schäden durch Plansch- oder Reinigungswasser. Hier sind als Versicherer die Basler (Tarife: Ambiente Top bzw. Ambiente Top unbenannte

Gefahren) oder Hiscox (Tarif: Haus & Kunst) zu benennen. Diese leisten für entsprechende Schäden ohne Sublimits oder offensichtliche Einschränkungen. Zu beachten ist jedoch, dass Hiscox bedingungsseitig Schäden durch Reinigung ausschließt. Damit werden z.B. keine Schäden beglichen, die durch den direkten Reinigungsprozess entstehen. Beispiel: Versicherungsnehmer versucht mit einer Lauge sein Gemälde zu reinigen, wobei die Farbe verwischt. Allerdings zahle man sehr wohl, wenn die Putzhilfe beim Reinigen der Wohnung aus Versehen den Eimer umwirft und durch dieses „Reinigungswasser“ beispielsweise der Teppich beschädigt würde. Trotz abweichenden Wortlauts gilt das Gleiche für die Basler:

„Mitversichert sind Schäden, die dadurch entstehen, dass beim Gebrauchsvorgang des Planschens oder Reinigens bestimmungswidrig Wasser aus nicht mit dem Rohrsystem verbundenen Einrichtungen austritt.“

Reparaturkosten für Tapeten, Bodenbeläge oder Innenanstriche sind meist nur mitversichert, wenn sie Folge eines Leitungswasserschadens (Nässeschaden) sind. Zu den positiven Ausnahmen gehört hier die Condor, während die meisten Maklerversicherer hier passen.

► Rückreisekosten aus dem Urlaub

Als Standardeinschluss kann zwischenzeitlich die Kostenübernahme für Rückreisekosten aus dem Urlaub betrachtet werden. Die Unterschiede sind erheblich. So wird bei fast allen Anbietern eine Mindestschadenshöhe vorausgesetzt. Diese beträgt beispielhaft 3.000 Euro (BBV, Tarif: BBV-Hausrat-Komfortschutz 2008), 5.000 Euro (Condor, Tarif: Comfort; Gothaer, Tarif: HausratTop; Janitos, Tarif: Best Selection; LBN, Tarif: Hausratversicherung; Janitos, Tarif: Balance; VHV, Tarif: Exklusiv 2008), 6.000 Euro (InterRisk, Tarif: XXL), 10.000 Euro (Ammerländer, Tarif: Exklusiv; Haftpflichtkasse Darmstadt, Tarif: Hausrat Plus) oder 15.000 Euro (Basler). Üblich ist auch eine maximale Erstattung von etwa 1.500 Euro (BBV, Tarif: BBV-Hausrat-Komfortschutz 2008; Janitos, Tarif: Balance), 3.000 Euro (InterRisk, Tarif: XXL; LBN, Tarif: Hausratversicherung), 3.500 Euro (Janitos, Tarif: Best Selection), 5.000 Euro (VHV, Tarif: Exklusiv-Garant 2008), 8.000 Euro

(Ammerländer, Tarif: Exklusiv), bis 5% der Versicherungssumme (max. 15.000 Euro) (Hiscox, Tarif: Haus & Kunst) oder bis in Höhe von 5% der Versicherungssumme ohne Sublimit (Gothaer, Tarif: HausratTop). Konzept & Marketing erstattet in seinem Tarif allsafe Tarif select Z1 Kosten bis in Höhe der Reisekosten, ohne dass eine Mindestschadenshöhe erreicht sein muss, die Haftpflichtkasse Darmstadt in ihrem Tarif Hausrat Plus bis 5% der Versicherungssumme, maximal jedoch 5.000 Euro.

► Elementarschäden

Von zunehmender Bedeutung auch für die Hausratversicherung ist der Einschluss von Elementarschäden. Allein für 2006 zählt der GDV laut Stephan Schweda insgesamt 10.000 Schäden mit einem Schadenaufwand von 10 Millionen Euro und dies bei nur vergleichsweise geringer Marktdurchdringung.

Ein entsprechender Baustein wird von fast allen Versicherern für ihre Kunden angeboten, meist jedoch nur mit hoher Selbstbeteiligung oder mit Sublimits, die jedoch nicht selten für „Normalhaushalte“ als nebensächlich zu bewerten sind.

Eine Elementarschadendeckung ohne Sublimit bietet zum Beispiel Hiscox (Tarif: Haus & Kunst). Übliche Selbstbehalte sind 1.000 bis 5.000 Euro für jeden Schadenfall oder 10% der Schadenssumme (mindestens 250 oder 500, maximal 5.000 Euro).

Eine erfreuliche Ausnahme bietet hier etwa der Tarif Best Selection von Janitos, bei dem neben der eigentlichen Elementarschadendeckung (ausgenommen dem zuschlagspflichtigen Überschwemmungsrisiko) auch das Rückstaurisiko bereits in der Grunddeckung eingeschlossen ist. Auch fällt der Selbstbehalt hier mit 500 Euro eher moderat aus.

In vielen Fällen zählen Versicherer das Rückstaurisiko zur Elementarschadendeckung. Leider besteht nur selten Versicherungsschutz, ohne dass ein funktionsfähiges Rückstauventil vorhanden ist. Typisch ist auch die Regelung der LBN (Tarif: Hausratversicherung), nach der Rückstausicherungen gemäß der geltenden Landesordnung funktionsbereit zu halten sind. Üblich ist auch die Regelung von BBV (Tarif: BBV-Hausrat-Komfortschutz 2008) und Condor (Tarif: Comfort). Hier heißt es, dass Wasser führende

Die korrekte Wertermittlung



Ein Grundproblem jeder Hausratversicherung haben auch die jüngsten Innovationen nicht lösen können: die korrekte Wertermittlung des vorhandenen Hausrates.

Gerade Besitzer von vielen Büchern oder von Sammlungen werden sich vielfach schwer dabei tun, vorhandene Werte korrekt einzuschätzen.

Bei Büchern stellt sich die Frage nach dem Wiederbeschaffungswert. Der Flohmarktwert ist hier ebenso wenig anzusetzen wie ein spezieller Sammlerwert unter Liebhabern. Was ist aber mit Büchern, die man im Ausland, womöglich sogar aus Fernost oder Afrika, erworben hat und die hierzulande kaum oder nur schwer erhältlich sind? Es ist nicht auszuschließen, dass hier die Versandkosten den eigentlichen Buchwert übersteigen.

Hiscox berichtet von einem verlorenen Buch über Napoleon aus dem Jahre 1870, welches mit viel Glück tatsächlich aus der gleichen Auflage und dem gleichen Jahr ersatzweise beschafft werden konnte. Dafür ist aber im Zweifel viel Glück erforderlich. Solche Bücher sind in der Regel kaum noch vorhanden und daher als Wertsachen mit den für diese geltenden Sublimits zu bewerten.

Wer etwa Zinn- oder Kinderüberraschungsfiguren, Porzellanpuppen oder Kinderspielzeug aus der Vorkriegszeit sammelt, tut gut daran, diese einzeln aufzuführen, zu filmen oder fotografieren und diese bereits vor einem möglichen Schadenereignis bei einer Person des Vertrauens oder in einem Bankschließfach außerhalb der eigenen Wohnung für Nachweiszwecke zu hinterlegen.

Auch Anschaffungsrechnungen teurer Einzelstücke sollte man hier hinterlegen. Allerdings dürfte eine unkomplizierte Erstattung in solchen Fällen schwer sein, wenn kein entsprechendes Wertgutachten eines Sachverständigen vorliegt.

Auch wenn regelmäßig Spezialversicherer wie Hiscox die richtige Adresse für größere Sammlungen von Schmuck oder antiken Gegenständen sein dürften, ist auch hier der Nachweis des entstandenen Schadens unabdingbar.

Daher sollte stets der gesamte Hausrat – nicht nur die Wertsachen und Kunstobjekte – wenigstens einmal jährlich gefilmt und entsprechend deponiert werden.

Nicht vergessen werden sollte in diesem Zusammenhang auch der beträchtliche Wert, den eine voller CD- oder Kleiderschrank darstellen kann.

Wer seine private Bibliothek schätzen lassen möchte, muss mit etwa 50 bis 60 Euro pro Stunde rechnen, wobei auch deutlich höhere Sätze möglich sind. Für eine oberflächliche Schätzung in gewöhnlichen Privathaushalten sind 1-2 Stunden sicher ausreichend. Eine detaillierte Schätzung muss nach dem Aufwand deutlich höher bemessen werden, da bestimmte Bücher gegebenenfalls erst aufwendig über verschiedene Auktionskataloge eingeschätzt werden müssen.

Mit großer Unsicherheit behaftet ist das Einholen eines kostenlosen Angebotes über den Verkaufspreis. Auf diesen sollte man etwa 2/3 auf addieren, um einen realistischen Wiederbeschaffungswert zu erhalten.

In jedem Fall ist das Einreichen einer entsprechenden Schätzung beim Versicherer empfehlenswert.

Vermittlern wie Kunden sollte klar sein, dass trotz durchschnittlicher Schadenshöhe von etwa 500 Euro, auch ein Totalschaden möglich sein kann.

Hiscox berichtet von einem Brand, bei dem als Folge eines auf Standby gelassenen Fernsehers Hausrat im Wert von 10 Millionen Euro vernichtet wurde. Dies war der bisher größte Schadenfall dieses Versicherers.

Anlagen auf dem Versicherungsgrundstück sowie vorhandene Rückstauklappen stets funktionsbereit zu halten sind, sofern der Versicherungsnehmer als Gebäudeeigentümer oder als Mieter laut Mietvertrag dazu verpflichtet ist.

Zu den Versicherern, die keine grundsätzlichen Obliegenheiten in diesem Zusammenhang kennen, gehören beispielsweise Gothaer (Tarif: HausratTop) und InterRisk (Tarif: XXL).

Einen uneingeschränkten Versicherungsschutz nach einer Wartezeit von mindestens 14 Tagen und dies ohne den sonst gemeinhin üblichen Selbstbehalt bietet die InterRisk mit ihrem Tarif XXL.

Sachverständigen-Gutachten

Die Kostenübernahme für einen vom Versicherungsnehmer beauftragten Sachverständigen, erfolgt natürlich nicht präventiv im Zusammenhang mit der Antragsstellung, sondern erst im Schadenfall.

Üblich ist eine Kostenübernahme von 80%, allerdings erst ab einer Schadenhöhe von mindestens 10.000 Euro (BBV, Tarif: BBV-Hausrat-Komfortschutz 2008; Haftpflichtkasse Darmstadt, Tarif: Hausrat Plus; InterRisk, Tarif: XXL), 15.000 Euro (Janitos, Tarif: Best Selection), 20.000 Euro (Gothaer, Tarif: HausratTop; Konzept & Marketing, Tarif: allsafe Tarif select Z1) oder 25.000 Euro (Gothaer, Tarif: HausratTop).

Die Höchsterstattung ist fast immer limitiert auf beispielsweise 1.000 Euro (Ammerländer, Tarif: Exklusiv), 5.000 Euro (Haftpflichtkasse Darmstadt, Tarif: Hausrat Plus), 6.000 Euro (InterRisk, Tarif: XXL; Konzept & Marketing, Tarif: allsafe Tarif select Z1), 10.000 Euro (Janitos, Tarif: Best Selection) oder 25.000 Euro (Gothaer, Tarif: HausratTop). In voller Höhe leistet beispielsweise Condor im Comfort-Tarif, sofern die Mindestschadenhöhe von 5.000 Euro erreicht ist. Die Kosten für ein präventives Wertgutachten übernimmt

Kontakt zu Sachverständigen:
www.kunstexpertisen.de
www.hampel-sachverstaendiger.de
 Mitglieder des 1977 gegründeten Bundes der Hausratexperten e.V. (<http://www.bdh-expert.de/home.html>).

Durchschnittliche Schadenhöhen und -häufigkeiten in der Hausratversicherung am Beispiel eines deutschen Konzeptanbieters

	Durchschnitt	Durchschnitt	Durchschnitt	Durchschnitt	Gesamtdurchschnitt	Durchschnittliche Zahl der Schäden pro Jahr in Prozent
	2007	2006	2005	2004	2004-2007	2004-2007
Einbruchdiebstahl	1.746,62 €	2.423,29 €	2.302,31 €	1.190,98 €	1.915,80 €	5,43%
Glas	293,18 €	249,92 €	243,31 €	258,28 €	261,17 €	26,71%
Überspannung	312,39 €	306,57 €	324,94 €	306,14 €	312,51 €	22,79%
Leitungswasser	680,28 €	736,13 €	732,97 €	526,21 €	668,90 €	9,68%
Fahrrad	343,20 €	354,34 €	349,02 €	329,66 €	344,05 €	13,58%
Feuer	2.558,85 €	2.849,48 €	1.767,92 €	697,63 €	1.968,47 €	5,44%
Elementar	912,16 €	842,96 €	1.577,16 €	1.094,99 €	1.106,82 €	1,97%
Kfz-Aufbruch	344,75 €	398,29 €	382,82 €	287,64 €	353,37 €	3,81%
Sturm	285,62 €	306,12 €	223,23 €	220,66 €	258,91 €	5,51%
Raub	705,44 €	412,71 €	932,26 €	424,98 €	618,85 €	0,57%
Einfacher Diebstahl	81,24 €	116,54 €	35,18 €	76,53 €	77,37 €	1,67%
Vandalismus	371,28 €	1.192,02 €	522,65 €	144,28 €	557,56 €	0,36%
Sonstiges	269,08 €	209,68 €	44,15 €	27,39 €	137,58 €	2,49%
	509,29 €	608,18 €	564,76 €	389,05 €	517,82 €	

als einer der wenigen Anbieter Hiscox, allerdings nur wenn der Hausrat einen Wert von nicht unter 150.000 Euro besitzt.

Bedingungs-differenzdeckung

Abschließend sei noch auf die subsidiäre Bedingungs-differenzdeckung von ConceptIF (Konzepte I bis III) hingewiesen. Diese gilt beitragsfrei für einen Zeitraum bis 12 Monate ab Antragseingang bei der Firma ConceptIF und endet automatisch mit dem Beginn des endgültigen Versicherungsschutzes. Kommt der endgültige Vertrag in den Sparten Hausrat- oder Glasversicherung nicht zustande, so entfällt der Versicherungsschutz aus der Differenzdeckung rückwirkend ab Beginn. Wenn ein Makler bei seinem Kunden also auf einen veralteten und demnach nicht mehr leistungsstarken Tarif eines Wettbewerbers trifft, muss er diesen daher nicht zwangsläufig dort aufstocken, aktualisieren oder gar einfach abwarten, sondern kann schon heute mindestens das Bedingungs-niveau der genannten ConceptIF-Tarife von heute vereinbaren. Wenn ein Kunde bei seinem „Erstversicherer“ mit einer Prämienzahlung im Verzug ist oder eine andere Obliegenheit verletzt hat, die den Vertrag des Konzeptanbieters nicht betrifft, so leistet die subsidiäre Deckung dennoch nur in der Höhe, die bei planmäßigem Verlauf des zugrunde liegenden Versicherungsschutzes gegeben wäre. Es kommt also dadurch zu keiner Vergrößerung der Differenzdeckung.

Tipps für Makler

- Besprechen Sie mit Ihrem Kunden die Bedeutung einer ausreichend hohen Versicherungssumme und sensibilisieren Sie Ihre Kunden für die Möglichkeit einer Hausratschätzung durch Sachverständige
- Zeigen Sie dem Kunden die Unterschiede zwischen Allgefahrendeckung und Normaldeckung auf
- Berücksichtigen Sie gerade bei besonders hochwertigem Hausrat (Werten ab 150.000 Euro) die Angebote von Spezialversicherern wie Allianz oder Hiscox.
- Prüfen Sie das Vorhandensein der vertraglich vereinbarten Mindestsicherungen
- Soll Rückstau mitversichert werden, prüfen Sie, ob die Voraussetzungen dafür vorhanden sind
- Legen Sie im eigenen Interesse mit Wert auf Alleinstellungsmerkmale, um die Auswahl des konkreten Versicherers besser begründen zu können
- Empfehlen Sie dem Kunden bereits unmittelbar vor oder nach dem Abschluss, den gesamten Hausrat in Wort und/oder Bild für einen möglichen Schadenfall zu inventarisieren und außerhalb der eigenen Wohnung zu Beweis-zwecken wie auch im Interesse einer zügigen Schadenabwicklung zu hinterlegen
- Beachten Sie primär ein hohes Leistungsniveau und erst an zweiter Stelle eine niedrige Prämie

Index: Gesellschaften, die in diesem Beitrag erwähnt werden von A-Z

Adler – Ammerländer – BBV – Continentale – ConceptIF – Gothaer – InterRisk – Janitos – Konzept & Marketing – Haftpflichtkasse Darmstadt – PVAG – Signal Iduna – VHV – VÖDAG – Volkswohl Bund

Grobe Fahrlässigkeit

Verzicht auf Einrede der groben Fahrlässigkeit in der Hausratversicherung meist nur mit Einschränkungen



Immer mehr Versicherer werben nicht erst seit der Einführung des neuen Versicherungsvertragsgesetzes zum 1. Januar 2008 mit dem Verzicht auf die Einrede der groben Fahrlässigkeit im Rahmen ihrer Wohngebäude- und Hausratversicherung, wobei hier nur die letzteren näher betrachtet werden sollen.

Von Thorben S. Hagenau

Nur selten gestaltet sich dieser Verzicht so umfangreich wie es z.B. bei der InterRisk (Tarif: XXL) oder VHV (Tarif: Klassik-Garant 2008) der Fall ist. Hier wird in voller Höhe auf die Anrechnung eines grob fahrlässigen Verschuldens und damit auf eine Quotelung der Leistungen verzichtet. Dies ist nicht selbstverständlich.

Auf den ersten Blick bieten auch Generali (Tarif: KomfortPlus Schutz) und Janitos (Tarif: Best Selection) denselben Versicherungsschutz. Allerdings entfällt bei Janitos der Quotelungsverzicht bei grob fahrlässiger Herbeiführung von Elementarschäden, bei der Generali im Zusammenhang mit Schäden durch Einbruchdiebstahl.

Meist bezieht sich der Verzicht auf die Einrede der groben Fahrlässigkeit nur auf die Herbeiführung des Versicherungsfalles, so auch bei InterRisk, Janitos oder VHV nicht jedoch auf die Verletzung von Obliegenheiten oder Sicherheitsvorschriften, für die nach dem neuen VVG ebenfalls eine Quotelung vorgesehen ist.

Der Verzicht auf die Einrede der groben Fahrlässigkeit befreit Versicherte in den

genannten Fällen also nicht von der üblichen vorvertraglichen Obliegenheit, entsprechende Mindestsicherungen für alle Wohnungsabschlusstüren im Rahmen der Hausratversicherung nachzuweisen. Kommt es daher zu einem Einbruchdiebstahl nur deshalb, weil das Schloss an der Wohnungsabschlusstür mit einer gewöhnlichen Kneifzange ohne großen Aufwand abgebrochen werden kann oder die Türschilder mal schnell und lautlos abgeschraubt werden können, wird es auch zukünftig keine Versicherungsleistung geben. In den Musterbedingungen des GdV, VHB 2008, Abschnitt B, § 8, 1 b heißt es hierzu:

„Verletzt der Versicherungsnehmer vorsätzlich oder grob fahrlässig eine Obliegenheit, die er vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen hat, so kann der Versicherer innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, den Vertrag fristlos zu kündigen.“

► Versicherungsschutz & Quotelung

Auch der Höhe nach besteht normalerweise ein Quotelungsverzicht im Zusammenhang mit der grob fahrlässigen Herbeiführung des Versicherungsfalles nur bis zu einer bestimmten Höhe. Übersteigt die Gesamtschadenhöhe also diesen Schwellenwert, so entfällt der Quotelungsverzicht ab dem ersten Euro. So verzichten beispielsweise die Continentale (Tarif CasaSecura XL) bis in Höhe von 3.000 Euro, die PVAG, VÖDAG und Volkswohl Bund bis in Höhe von 5.000 Euro oder die Adler, Ammerländer (Tarif: Exklusiv), Konzept und Marketing (Tarif: allsafe select A2) sowie SIGNAL IDUNA Allgemeine bei Schäden bis jeweils 10.000 Euro auf eine Kürzung des Schadens bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles, nicht jedoch auf eine Quotelung im Zusammenhang mit Sicherheitsvorschriften und anderen Obliegenheiten des Versicherungsnehmers.

Im Rahmen von Höchstsätzen einen uneingeschränkten Versicherungsschutz hinsichtlich der Herbeiführung des Versicherungsfalles sehen tarifabhängig beispielsweise ConceptIF (Tarif: Konzept II) oder Gothaer (Tarif: Top Makler) bis 2.500 Euro, BBV (Tarif: BBV-Hausrat-Komfortschutz 2008), Haftpflichtkasse Darmstadt (Tarif: Hausrat Plus) oder VHV (Tarif:



Eingeschränkte Leistung durch Quotelung: Wer nur die Tür ins Schloss fallen lässt, statt sie zu verschließen.

Klassik-Garant 2008) bis 5.000 Euro vor, d.h. bei Überschreiten dieser Höchstsätze findet eine Quotelung nur für den 2.500 bzw. 5.000 Euro übersteigenden Betrag statt.

Bei Janitos besteht der Quotelungsverzicht bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles für Schäden bis in Höhe von 10% (Basic) bzw. 25% der Versicherungssumme (Balance). Die Allgefahrendeckung von Konzept und Marketing (allsafe & select S1 sowie allsafe select Z1) verzichtet bis in Höhe von 5.000 Euro auf die Einrede der groben Fahrlässigkeit bei der Herbeiführung des Versicherungsfalles. Bei Schäden über 5.000 Euro findet eine Quotelung nach dem neuen VVG statt. Eine Kürzung von mehr als 50% ist jedoch ausdrücklich zum Vorteil des Versicherten ausgeschlossen.

Die Haftpflichtkasse Darmstadt unterscheidet zwischen den Risiken Feuer (Leistung ohne Einrede der groben Fahrlässigkeit bis zur vollen Höhe der vereinbarten Versicherungssummen) und den sonstigen Gefahren Einbruch/Diebstahl, Leitungswasser und Sturm mit Versicherungsschutz bis höchstens 5.000 Euro. Ein Verzicht auf die Einrede der groben Fahrlässigkeit auch im Rahmen der Elementarschadendeckung ist nicht vorgesehen.

Wenn ein Versicherer im Zusammenhang mit Sicherheitsvorschriften oder Obliegenheiten nicht auf die Einrede der

grob Fahrlässigkeit verzichtet, bedeutet dies nicht, dass er keine Leistung erbringen muss. Vielmehr kommt es in diesen Fällen zur Quotelung. Wer also seinen Versicherungsschutz beispielsweise bei Ammerländer, Continentale oder VHV abgeschlossen hat und darauf verzichtet, seine Wohnung zu verschließen und vielmehr nur die Tür ins Schloss fallen lässt, dürfte auf Grundlage aller dieser Regelungen eine eingeschränkte Leistung durch Quotelung erhalten, sofern kein vorsätzliches Handeln mit Kausalität zum Versicherungsfall nachgewiesen werden kann. Allerdings mag es regelmäßig an Einbruchsspuren zum Nachweis des bedingungsgemäßen Versicherungsfalles fehlen. Sollten zumindest diese vorliegen, kann ein oben beschriebener Einredeverzicht durchaus von Vorteil sein. In allen anderen Fällen sind Versicherte mit und ohne Klausel gleichgestellt: sie dürften bezüglich einer Entschädigung aus ihrer Hausratversicherung leer ausgehen.

Voraussetzung für die Leistungsfreiheit oder Kürzung der Leistung wegen der Einrede der groben Fahrlässigkeit ist in jedem Fall die Kausalität zum Leistungsfall. Dabei kann schon ein teilweises Fehlverhalten der versicherten Person ausreichend sein. Wichtig bleibt jedoch die Feststellung, dass es gerade hinsichtlich der Einbruch/Diebstahl-Dekung dem Versicherer obliegt, die Herbeiführung des Versicherungsfalles in Folge grober Fahrlässigkeit nachzuweisen. Dies ist etwa nicht schon dadurch erfolgt, dass der Versicherungsnehmer während einer urlaubsbedingten Abwesenheit seinen ganzen Schmuck auf dem Wohnzimmermattens von außen nicht sichtbar ausgebreitet hat.

Allerdings ist es Aufgabe des Versicherungsnehmers nachzuweisen, dass er nicht grob fahrlässig gehandelt hat, wenn die bei Versicherer und Polizei vorgelegte Stehgutliste in Teilen voneinander abweicht. Hier drängt sich nämlich unweigerlich die Vermutung auf, dass die Liste zur Erhöhung der Versicherungsleistung nachträglich erweitert wurde.

FAZIT: Wer wirklich umfassenden Versicherungsschutz im Zusammenhang mit der grob fahrlässigen Herbeiführung des Versicherungsfalles haben möchte, ist mit den im Text genannten Tarifen XXL bzw. Exklusiv-Garant 2008 von InterRisk und VHV wohl am besten aufgehoben.

Hausratversicherungs-Rating

Tarife mit Versicherungsschutz mit einer Versicherungssumme von 60.000 und 150.000 Euro



Basis:	35 geprüfte Tarife mit Grunddeckung (Basis) 35 geprüfte Tarife mit erweiterter Deckung (Komfort)
Wertung:	WFS 1-3
Stand:	16.09.2008

Wenn ein Fernseher implodiert, kann dies zur Zerstörung der ganzen Wohnung führen. Eine Schadenhöhe von 100.000 Euro oder mehr ist als Folge möglich. Zu gleichen Folgen kann auch eine Verpuffung führen. Zu den häufigsten Schadenursachen in der Hausratversicherung

gehören Überspannungsschäden durch Blitz, einfacher Diebstahl von Fahrrädern sowie Leitungswasserschäden. Als Einzelschaden besonders kostenintensiv sind insbesondere Schäden als Folge von Einbruch/Diebstahl sowie Elementarschäden. Ebenfalls sehr häufig sind Schä-

den an der Verglasung, die aber regelmäßig nicht unter den Versicherungsschutz der selbständigen Hausratversicherung fallen und daher hier nicht näher betrachtet werden.

Rating-Systematik

Bewertet wurden Hausratversicherungstarife von 20 Versicherern bzw. Konzeptanbietern. Insgesamt wurden dabei 35 Tarife berücksichtigt. Grundlage für das Rating waren insgesamt 67 Leistungskriterien. Diese umfassen die wesentlichen Punkte, in denen sich die Angebote voneinander unterscheiden: u.a. Überspannungsschäden durch Blitz, Implosions- und Kurzschlusschäden, einfacher Diebstahl von Fahrrädern, Verzicht auf die Einrede der grob fahrlässigen Herbeiführung des Versicherungsfalles, Innovationsklauseln oder Versicherungsschutz für unbenannte Gefahren. Bewertet wurde auch, ob der Anbieter die Mindeststandards von GDV sowie Arbeitskreis Vermittlerrichtlinie garantiert. Dabei bleibt festzuhalten, dass auch die Garantiezusage von Mindeststandards keine Gewähr dafür bietet, dass diese bedingungsseitig auch eingehalten werden. Im Einzelfall sind für den Kunden nachteilige Abweichungen trotz Garantiezusage möglich, wobei Versicherte aber zumindest die Möglichkeit erhalten, im Falle einer Ablehnung die GDV-Mindeststandards einzufordern.

Manche Einschlüsse wie Schäden als Folge von Vandalismus nach einem Einbruch/Diebstahl oder Versicherungsschutz für Wasser aus Aquarien und

Wasserbetten wurden nicht gesondert bewertet, da sie mittlerweile allgemein üblich sind und bei leistungsstarken Tarifen ohnehin zum Versicherungsumfang gehören. Im Einzelfall ist eine Überprüfung des konkreten Kundenbedarfs ohnehin unerlässlich, zumal eine vollständige Erfassung sämtlicher existenter Einschlüsse zur Hausratversicherung so kaum möglich sein dürfte.

Die einzelnen Bedingungen wurden von Witte Financial Services bewertet mit einem Faktor von -4 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.

Abweichende Regelungen gelten für Schlechterstellungen gegenüber der Verbandsempfehlung Januar 2008 oder den Empfehlungen des Arbeitskreises Vermittlerrichtlinie:

Ist eine Regelung schlechter als GDV-Standard und schlechter als die Empfehlung des Arbeitskreises Vermittlerrichtlinie oder eine Deckungssumme schlechter als die Empfehlung des Arbeitskreises Vermittlerrichtlinie, bedeutet dies einen Abzug von 4 Punkten. Ist eine bedingungsseitige Regelung

schlechter als die Empfehlung des Arbeitskreises Vermittlerrichtlinie, aber besser als GDV-Standard, bedeutet dies eine Bewertung mit 2 Punkten. Gleiches gilt für Tarife mit nicht ausdrücklich vom Arbeitskreis empfohlenen Einschlüssen mit Selbstbehalten und Sublimits. Sieht der GDV nicht ausdrücklich einen konkreten Prozentsatz vor (z.B. für Transportkosten oder Vorsorgedeckung) und ist die tarifliche Regelung schlechter als jene des Arbeitskreises Vermittlerrichtlinie Dokumentation, so bedeutet dies einen Abzug von 4 Punkten. Sehen weder GDV noch Arbeitskreis eine feste Mindestleistung vor, so wurden von Fall zu Fall eigene Mindeststandards festgelegt.

Ist eine bedingungsseitige Regelung abweichend zwar schlechter als GDV-Standard, aber besser als ein Ausschluss, bedeutet dies eine Bewertung mit 0 Punkten (gilt entsprechend nicht für empfohlene Deckungssummen). Tarife, die Leistungen nach GDV vorsehen, werden entsprechend abweichend mit 2 Punkten bewertet (z.B. Nachtzeitklausel bzw. der Verzicht nach GDV-Empfehlung). Diese Ausnahme gilt nicht für Einschränkungen des Versicherungsortes.

Sieht der GDV keine Regelung vor, so gelten die Empfehlungen des Arbeitskreises Vermittlerrichtlinie als Vergleichsmaßstab.

Ist die Elementarschadendeckung auf eine Erstattung unter 1 Million Euro beschränkt, so führt dies zu einem Abzug von 4 Punkten. Gleiches gilt wenn kein Versicherungsschutz für Schäden durch Grundwasser als Folge erhöhten Niederschlages oder einer Überschwemmung durch oberirdische stehende oder fließende Gewässer besteht.

Jedes Kriterium wurde mit einem Faktor zwischen 1 und 3 gewichtet. Faktor 1 steht für ein Risiko, das nur wenige Verbraucher betrifft oder nur geringe Auswirkungen auf den Leistungsumfang des zugrunde liegenden Tarifes hat (z.B. Versicherungsschutz für einfachen Diebstahl von Kinderwagen oder Gartenmöbeln auf dem Versicherungsgrundstück). Wenn ein Problem entweder eher selten auftritt, aber alle Versicherten gleichermaßen betrifft oder häufig auftritt, aber nur einer geringen Zahl von Verbrauchern nützt, so wurde dies mit Faktor 2 gewichtet. Beispielhaft seien Versicherungsschutz in ausschließlich gewerblich genutzten Räumen oder Implosionsschäden (betrifft in erster Linie die mittlerweile immer seltener werdenden Besitzer von Röhrenfernsehern) genannt. Typische Standardprobleme, die alle Versicherten gleichermaßen betreffen und stark Existenz gefährdend sind (z.B. Überspannungsschäden durch Blitz, Verpuffungsschäden, Transport- und Lagerkosten) erhalten den Faktor 3. Im Sinne des Verbraucherinteresses wurden für die Hausratversicherung bestimmte K.O.-Kriterien festgelegt, die das Erreichen der drei Rating-Stufen verhindern:

- Möglichkeit eines Unterversicherungsverzichts
- Mitversicherung von Überspannungsschäden durch Blitz bis mindestens 10 % der Versicherungssumme und mindestens bis 6.000 Euro
- Verzicht auf die Einrede der grob fahrlässigen Herbeiführung des Versicherungsfalles bis mindestens 5.000 Euro ohne Quotelung
- Mitversicherung des bestimmungswidrigen Austritts von Wasser aus Aquarien und Wasserbetten

- Mitversicherung von Vandalismus-schäden als Folge von Einbruch / Diebstahl
- Hotelkosten mindestens 100 Tage à 100 Euro pro Tag

Zusätzliche Mindeststandards für die Komfortdeckung sind:

- Fahrraddiebstahl mindestens bis 1 % der Versicherungssumme
- Einschluss der Elementarschaden- deckung bis in Höhe der Versicherungssumme inklusive Rückstau sowie Überschwemmung durch oberirdische stehende oder fließende Gewässer

Kein Rating kann eine umfassende Bedarfsermittlung und Beratung beim Verbraucher ersetzen. Dies gilt auch für dieses Rating. Wichtige Unterschiede wie die Mitversicherung von ausschließlich dem Beruf oder Gewerbe dienendem Hausrat oder Diebstahl auch von elektronischen Gegenständen wie Laptops oder Handys aus verschlossenen Kfz gingen zwar in das Rating ein, sollten im Kundeninteresse jedoch individuell berücksichtigt werden. Wer ein berufliches Arbeitszimmer besitzt, sollte darauf achten, dass hier entsprechend Versicherungsschutz besteht.

Weiter gehört zu einer umfassenden Beratung natürlich auch eine Berücksichtigung des konkreten Prämien-niveaus. Auch vordergründig „beitragsfreie“ Einschlüsse wie Leistungen für einfachen Fahrraddiebstahl kosten Geld und entsprechen möglicherweise nicht dem Bedarf Ihres Kunden. Im Einzelfall ist es aber auch möglich, dass ein Tarif mit zusätzlichen Einschlüssen preiswerter kommt als ein reiner „Basistarif“.



Analysiert wurden Hausratversicherungen ohne Berücksichtigung eines möglichen Einschlusses von Glasschäden mit den Versicherungssummen 60.000 und 150.000 Euro. Bewertet wurden zum einen Tarife ohne jeden Zuschlag (Basis), zum anderen solche mit den üblichen Zusatzeinschlüssen, z.B. Elementarschadendeckung oder einfacher Diebstahl von Fahrrädern (Komfort). Bewertet wurden die folgenden Leistungsbereiche:

- Leistungsarten und etwaige Sublimits
- Versicherte Gefahren und deren Leistungsumfang
- Innovationsklauseln und Mindeststandard-Garantien
- von den Musterbedingungen (AHB Januar 2008) abweichende Obliegenheiten

Wichtiger Hinweis: obwohl die Daten, die zu diesem Rating geführt haben, mit höchster Sorgfalt erfasst wurden, können mögliche Fehler bei der Erfassung dennoch nicht ausgeschlossen werden. Diese können Auswirkungen auf das ermittelte Ergebnis haben. Obwohl in die einzelnen Punkte viel Zeit investiert wurde, ist doch ein gewisses Maß an Subjektivität bei der Gewichtung nicht zu vermeiden. Auch dieses Rating kann daher keinen Ersatz für ein ausführliches Studium von Versicherungsbedingungen sein, soll aber zumindest Hilfestellung bei der Auswahl möglicher geeigneter Tarife bieten.

► Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien finden Sie unter www.witte-financial-services.de

Note	Bedeutung
• WFS 1 (Gold)	mind. 80% der erreichten Höchstpunktzahl
• WFS 2 (Silber)	mind. 70% der erreichten Höchstpunktzahl
• WFS 3 (Bronze)	mind. 60% der erreichten Höchstpunktzahl

Jeder Tarif, der wenigstens 40% der erreichbaren Gesamtpunktzahl erlangt hat und die oben genannten Mindestanforderungen erfüllt hat, ist grundsätzlich als „empfehlenswert“ zu werten und sticht deutlich aus der Masse der Wettbewerber hervor. Eine Detailbetrachtung bleibt jedoch auch weiterhin anzuraten.

Hausratversicherung: Bedingungsrating Basis

► Wichtiger Hinweis: Tarife mit und Tarife ohne generellen Selbstbehalt wurden aus Vergleichszwecken separat bewertet. Im konkreten Vergleich betrifft dies die Allgefahrendeckung von Hiscox, die grundsätzlich nicht ohne einen Selbstbehalt unter 250 Euro angeboten wird.



weitere empfehlenswerte Tarife

Basis 60.000 Euro			
InterRisk (Tarif: XXL, ABS 2008, VHB 2008-XXL, Stand 07/2008)	VHV (Tarif: Exklusiv-Garant 2008, VHB 2008, Stand 09.2008; für Personen <50 Jahre)		Condor (Tarif: Komfort, VHB 2008 - Wohnflächentarif*)
Janitos (Tarif: Best Selection, VHB 2008, Stand 01.01.2008)	BBV (Tarif: BBV-Hausrat-Komfortschutz 2008, VHB 2008, Stand 01.01.2008)		Haftpflichtkasse Darmstadt (Tarif: HausratPlus, VHB 2008, Verbraucherinformationen Stand 07/2008)
Konzept & Marketing (Tarif: allsafe Tarif select Z1, AT 2008, Stand 01.2008)			Ammerländer (Tarif Exklusiv, VHB 2008, Stand 01.07.2008)
VHV (Tarif: Exklusiv-Garant 2008, VHB 2008, Stand 09.2008; für Personen >= 50 Jahre)			



weitere empfehlenswerte Tarife

Basis 150.000 Euro			
Hiscox (Tarif: Haus & Kunst, Haus & Kunst, Bedingungen 01.2008)	BBV (Tarif: BBV-Hausrat-Komfortschutz 2008, VHB 2008, Stand 01.01.2008)	Haftpflichtkasse Darmstadt (Tarif: HausratPlus, VHB 2008, Verbraucherinformationen Stand 07/2008)	Condor (Tarif: Komfort, VHB 2008 - Wohnflächentarif*)
InterRisk (Tarif: XXL, ABS 2008, VHB 2008-XXL, Stand 07/2008)			Ammerländer (Tarif Exklusiv, VHB 2008, Stand 01.07.2008)
Janitos (Tarif: Best Selection, VHB 2008, Stand 01.01.2008)			VHV (Tarif: Klassik-Garant 2008, VHB 2008, Stand 09.2008)
Konzept & Marketing (Tarif: allsafe Tarif select Z1, AT 2008, Stand 01.2008)			
VHV (Tarif: Exklusiv-Garant 2008, VHB 2008, Stand 09.2008)			

* Die Condor bietet wie viele andere Gesellschaften auch sowohl einen Wohnflächen- als auch einen Versicherungssummentarif an. Getestet wurde hier nur der Wohnflächentarif.

Hausratversicherung: Bedingungsrating Komfort

► Wichtiger Hinweis: Tarife mit und Tarife ohne generellen Selbstbehalt wurden aus Vergleichszwecken separat bewertet. Im konkreten Vergleich betrifft dies die Allgefahrendeckung von Hiscox, die grundsätzlich nicht ohne einen Selbstbehalt unter 250 Euro angeboten wird.



weitere empfehlenswerte Tarife

Komfort 60.000 Euro			
InterRisk (Tarif: XXL, ABS 2008, VHB 2008-XXL, Stand 07/2008)	VHV (Tarif: Exklusiv-Garant 2008, VHB 2008, Stand 09.2008)	Condor (Tarif: Komfort, VHB 2008 - Wohnflächentarif*)	Haftpflichtkasse Darmstadt (Tarif: HausratPlus, VHB 2008, Verbraucherinformationen Stand 07/2008)
Janitos (Tarif: Best Selection, VHB 2008, Stand 01.01.2008)		Generali (Tarif: KomfortPlus-Schutz, VHB 2002, Stand 01.2008)	Ammerländer (Tarif Exklusiv, VHB 2008, Stand 01.07.2008)
Konzept & Marketing (Tarif: allsafe Tarif select Z1, AT 2008, Stand 01.2008)		BBV (Tarif: BBV-Hausrat-Komfortschutz 2008, VHB 2008, Stand 01.01.2008)	



weitere empfehlenswerte Tarife

Komfort 150.000 Euro			
Hiscox (Tarif: Haus & Kunst, Haus & Kunst, Bedingungen 01.2008)	Janitos (Tarif: Best Selection, VHB 2008, Stand 01.01.2008)	Condor (Tarif: Komfort, VHB 2008 - Wohnflächentarif*)	Haftpflichtkasse Darmstadt (Tarif: HausratPlus, VHB 2008, Verbraucherinformationen Stand 07/2008)
InterRisk (Tarif: XXL, ABS 2008, VHB 2008-XXL, Stand 07/2008)	VHV (Tarif: Exklusiv-Garant 2008, VHB 2008, Stand 09.2008)	Generali (Tarif: KomfortPlus-Schutz, VHB 2002, Stand 01.2008)	Ammerländer (Tarif Exklusiv, VHB 2008, Stand 01.07.2008)
Konzept & Marketing (Tarif: allsafe Tarif select Z1, AT 2008, Stand 01.2008)		BBV (Tarif: BBV-Hausrat-Komfortschutz 2008, VHB 2008, Stand 01.01.2008)	VHV (Tarif: Klassik-Garant 2008, VHB 2008, Stand 09.2008)

* Die Condor bietet wie viele andere Gesellschaften auch sowohl einen Wohnflächen- als auch einen Versicherungssummentarif an. Getestet wurde hier nur der Wohnflächentarif.

Jagdhaftpflichtversicherungen für Jäger und Förster



■ *Jagdhaftpflichtversicherungen für Jäger, Jagdpächter, Jagdherren (Jagdveranstalter), Förster, Forstbeamte, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner*

Basis: 120 geprüfte Tarife

Wertung: **WFS 1-3**

Stand: 14.09.2008

Rating-Systematik: Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien siehe www.witte-financial-services.de

2005 gingen in Deutschland rund 340.000 Menschen als Jäger oder Förster auf die Jagd, in den meisten Fällen mit einem oder mehreren Jagdhunden. Aus der Jagdausübung ergibt sich eine Zahl von etwa 7.000 Schäden mit einem jährlichen Schadenaufwand von rund 5 bis 6 Millionen Euro – Regulierungskosten einmal außen vor. Die durchschnittliche Schadenhöhe beträgt etwa 900 Euro. Dabei nehmen Haftpflichtschäden durch Jagdhunde einen Anteil von etwa 75% an der reinen Schadenzahl und 50% an der Schadenhöhe ein. Zu den typischen Haftpflichtfällen, die im Rahmen der Jagdausübung regelmäßig verursacht werden, gehören unter anderem:

- Ausbüchsen eines Jagdhundes bei der Bewegungsjagd (z.B. Drück- oder Treibjagd) auf die Autobahn. Folge: Unfall mit mehreren beteiligten Fahrzeugen.
- Beim Reinigen der Büchse wird versehentlich ein Haushaltsmitglied angeschossen.
- Ein Schuss mit der Waffe trifft versehentlich auf einen Stein. Es kommt zu einem Querschläger, der einen der anwesenden Mitjäger schwer verletzt.

- Das vom Jäger zum Verkauf angebotene Wildbret ist nicht einwandfrei. Der davon betroffene Chirurg muss wegen Lebensmittelvergiftung ins Krankenhaus. Dieser macht Schadenersatzansprüche wegen Personenschaden (Produkthaftung) und entgangenen Einkommens (Vermögensschaden) geltend.
- Bei der Jagd überschreitet ein Jäger versehentlich die Grenze seines Jagdreviers. Beim Benutzen seiner Waffe kommt es damit zu einem nicht erlaubten Gebrauch.
- Der Hund des Försters springt plötzlich in den offen stehenden Pkw. Auf dem Sitz liegt eine geladene und nicht gesicherte Schrotflinte. Es löst sich dadurch ein Schuss, der das Auto durchschlägt und einen dahinter stehenden Jäger mit mehreren Geschossen trifft.
- Nach dem Tod des Versicherungsnehmers wird ein durch den Wald streifender Fußgänger von einem umstürzenden Hochsitz geschädigt. Es haftet die Witwe des Verstorbenen.
- Versicherungsnehmer unterlässt es, die Allgemeinheit vor den Gefahren einer Treibjagd zu warnen.

Info Analysiert wurden 120 Jagdhaftpflichtversicherungstarife von 26 Versicherern bzw. Konzeptanbietern. Bewertet wurden die folgenden Leistungsbereiche:

- Versicherungssumme u. etwaige Sublimits
- Versicherte Gefahren und deren Leistungsumfang
- von den Musterbedingungen (AHB 01/2008) abweichende Obliegenheiten

Wer in Deutschland auf die Jagd gehen will, muss der zuständigen Jagdbehörde alle ein bis drei Jahre zum 31. März eine neue Versicherungsbestätigung vorlegen. Grundsätzlich gilt die gesetzliche Mindestdeckungssumme nach §17 Bundesjagdgesetz von 500.000 Euro für Personen- und 50.000 Euro für Sachschäden. Jagd- und Versicherungsjahr beginnen stets am 01.04. eines Jahres. Stichtag für die Kündigung ist demnach der 31. Dezember des Vorjahres.

Bedingungsrating

→ **WFS 1 (Gold) für Jagdhaftpflichtversicherung**



Jagd-Haftpflichtversicherung für Jäger und Förster

Gothaer Allgemeine Versicherung AG

- AHB A 100 - Stand 01.2008, BBR A 120 Stand 04.2008, Klauseln 144 und 149: „TOP-Jagd-Haftpflichtversicherung“
– Tarif mit 6 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Sach- und Personenschäden sowie 100.000 Euro für Vermögensschäden
- AHB A 100 – Stand 01.2008, BBR A 120 Stand 04.2008, Klausel 149: „Top-Jagd-Haftpflichtversicherung“
– Tarif mit 6 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Sach- und Personenschäden sowie 100.000 Euro für Vermögensschäden
- AHB A 100 – Stand 01.2008, BBR A 120 Stand 04.2008, Klausel 144
– Tarife mit 3 und 6 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Sach- und Personenschäden sowie 100.000 Euro für Vermögensschäden

Versicherter Personenkreis: der Versicherungsnehmer als Jäger, Jagdpächter und Jagdherr bzw. als Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner.

Pferdehalterhaftpflichtversicherungen



- für nicht gewerbliche Besitzer von Pferden, Kleinpferden, Ponys, Eseln und Maultieren
- selbstständige Policen oder in Verbindung mit Privathaftpflicht

Basis: 217 geprüfte Tarife

Wertung: **WFS 1-3**

Stand: 14.09.2008

Rating-Systematik: Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien siehe www.witte-financial-services.de

Zu den typischen Haftpflichtfällen, die von Pferden verursacht werden, gehören u.a.:

- Pferd bricht von der Koppel aus
- Pferd scheut und beißt oder rennt auf viel befahrene Straße mit Folge Verkehrsunfall (Personenschaden, Nutzungsausfall für Kfz, Schmerzensgeld, Regressansprüche Sozialversicherungsträger)
- Flurschaden bei Ausritt von Personen mit mangelnder Reiterfahrung oder als Folge von Spring- und Hindernisübungen
- Personenschäden durch Sturz vom Pferd bei einem winterlichen Geländeritt
- Sachschaden am gemieteten Pferdeanhänger oder der Pferdebox durch randalierendes Pferd

Wer einen Dritten durch ein privat gehaltenes Pferd einen Personen-, Sach- oder Vermögensschaden zufügt, haftet entweder nach § 833 Satz 1 BGB (Gefährdungshaftung), nach § 823 (Verschuldenshaftung) bzw. als Tierhalter nach § 834 BGB. Auch bei bestehender Gefährdungshaftung nach § 833 Satz 1 BGB ist ein Mitverschulden des Geschädigten in jedem Einzelfall zu prüfen. Wer etwa ein Pferd von hinten am Schweif zieht, muss sich nicht wundern, wenn das Tier ausschlägt. Grundsätzlich ergibt sich bereits bei der auch nur gelegentlichen Benutzung von Pferden die Notwendigkeit eines Versicherungsschutzes. Liegt keine

i info
Analysiert wurden 217 Pferdehalterhaftpflichtversicherungen von 53 Versicherern bzw. Konzeptanbietern, die entweder als selbstständige Police oder in Verbindung mit einer Privathaftpflichtversicherung abgeschlossen werden können. Bewertet wurden die folgenden Leistungsbereiche:

- Versicherungssumme u. etwaige Sublimits
- Versicherte Gefahren und deren Leistungsumfang
- Innovationsklauseln und Mindeststandard-Garantien
- von den Musterbedingungen (AHB Januar 2008) abweichende Obliegenheiten

Tierhaltereigenschaft vor, kann dies auch eine Privathaftpflichtversicherung mit Haftung nach § 823 BGB sein.

Bedingungsrating (aufgeführt sind nur auf die AHB 2008 aktualisierte Tarife)

→ WFS 1 (Gold) für Selbständige Pferdehalterhaftpflichtversicherung



- **Janitos** (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: Best Selection) für 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V)
- **Konzept & Marketing** (allsafe Tarif select Z1, AT 2008, Stand 01/2008) für 6 Mio. Euro pauschal (P, S, V)



- **Haftpflichtkasse Darmstadt** (AHB 01.07.2008, Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Tierhalter-Haftpflichtversicherung, Stand 01.07.2008) für 10 Mio. Euro pauschal (P, S, V)
- **Janitos** (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: Balance) für 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V)

→ WFS 1 (Gold) für Pferdehalterhaftpflichtversicherung bei bestehender Privathaftpflicht



- **Haftpflichtkasse Darmstadt** (AHB 01.07.2008, Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Tierhalter-Haftpflichtversicherung, Stand 01.07.2008 in Kombination mit PHV Vario oder PHV Status) für 10 Mio. Euro pauschal (P, S, V)
- **Janitos** (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: Best Selection in Verbindung mit Privathaftpflicht Balance oder Best Selection) für 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V)



- **Haftpflichtkasse Darmstadt** (AHB 01.07.2008, Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Tierhalter-Haftpflichtversicherung, Stand 01.07.2008 in Kombination mit PHV Vario oder PHV Status) für 5 Mio. Euro pauschal (P, S, V)



- **Janitos** (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: Balance in Kombination mit Privathaftpflicht Balance oder Best Selection) für 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V)
- **Konzept & Marketing** (allsafe Tarif select Z1, AT 2008, Stand 01/2008 in Verbindung mit Privathaftpflicht allsafe Tarif select Z1) für 6 Mio. Euro pauschal (P, S, V)
- **VHV** (AHB 2008, BBR Tierhalter 2005 - Fassung 2008 in Kombination mit Privathaftpflicht Klassik oder Exklusiv) mit 5 Mio. Euro pauschal (P, S, V)

Hundehalterhaftpflichtversicherungen



- Für Besitzer von Kampf-, Zwinger- und sonstigen privat gehaltenen Hunden
- Selbstständige Hundehalterhaftpflicht oder in Verbindung mit einer Privathaftpflicht

Basis: 210 geprüfte Tarife

Wertung: **WSF 1-3**

Stand: 14.09.2008

Nach unterschiedlichen Schätzungen leben etwa fünf Millionen Hunde in Deutschland, davon nach einer Studie des Deutschen Städtetages (Stand: 1997) alleine rund 95.000 Vierbeiner in Berlin. Zu den typischen Haftpflichtfällen, die mit der Gefährdungshaftung von Hunden im Zusammenhang stehen, gehören neben den „normalen“ Sachschäden durch kratzende Hunde vor allem: Personenschäden, Hund beißt Hund, Hund gegen Auto, Eingreifen in einen Hundekampf.

Rating-Systematik

Bewertet wurden Hundehalterhaftpflichtversicherungstarife von 53 Versicherern bzw. Konzeptanbietern. Insgesamt wurden dabei 210 Tarife berücksichtigt. Grundlage für das Rating waren insgesamt 48 Leistungskriterien, die alle wesentlichen Leistungskriterien der Assekuranz umfassend darstellen.

Die einzelnen Bedingungen wurden von Witte Financial Services bewertet mit einem Faktor von -4 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. Grundsätzlich wurden gleichwertige explizite Einschlüsse besser als implizite bewertet.

Abweichende Regelungen gelten für Schlechterstellungen gegenüber der Verbandsempfehlung Januar 2008 oder den Empfehlungen des Arbeitskreises Vermittlerrichtlinie:

- Ist eine Regelung schlechter als GDV-Standard und schlechter als die Empfehlung des Arbeitskreises Vermittlerrichtlinie oder eine Deckungssumme schlechter als die Empfehlung des Arbeitskreises Vermittlerrichtlinie, bedeutet dies einen Abzug von 4 Punkten
- Ist eine bedingungsseitige Regelung (gilt entsprechend nicht für empfohlene Deckungssummen) schlechter als die Empfehlung des Arbeitskreises Vermittlerrichtlinie, aber besser als GDV-

Standard, bedeutet dies eine Bewertung mit 2 Punkten (dies gilt demzufolge auch für vom Arbeitskreis nicht ausdrücklich empfohlene Einschlüsse mit Selbstbehalten oder Sublimits)

- Ist eine bedingungsseitige Regelung abweichend zwar schlechter als GDV-Standard, aber besser als ein Ausschluss, bedeutet dies eine Bewertung mit 0 Punkten (gilt entsprechend nicht für empfohlene Deckungssummen)
- Sieht der GDV keine Regelung vor, so gelten die Empfehlungen des Arbeitskreises Vermittlerrichtlinie als Vergleichsmaßstab

Jedes Kriterium wurde mit einem Faktor zwischen 1 und 3 gewichtet, wobei die Ausfalldeckung in der selbständigen Hundehalterhaftpflicht zusammenfassend als ein Kriterium gewertet wurde.

Im Sinne des Verbraucherinteresses wurden sowohl für die selbständige Hundehalterhaftpflicht wie auch für die Kombination aus Privat- und Hundehalterhaftpflichtversicherung bestimmte K.O.-Kriterien festgelegt, die das Erreichen der drei Rating-Stufen verhindern:

Bedingungsrating (selbständige Hundehalterhaftpflicht):

- Deckungssumme für Sach- und Personenschäden mindestens drei Millionen Euro, für Vermögensschäden von mindestens 50.000 Euro
- Deckungssumme für Mietsachschäden an Immobilien mindestens 300.000 Euro

Bedingungsrating (Hundehalterhaftpflicht bei bestehender Privathaftpflichtversicherung):



Analysiert wurden Hundehalterhaftpflichtversicherungen, die entweder als selbstständige Police oder in Verbindung mit einer Privathaftpflichtversicherung abgeschlossen werden können. Bewertet wurden die folgenden Leistungsbe-
reiche:



- Versicherungssumme und etwaige Sublimits
- Versicherte Gefahren und deren Leistungsumfang
- Innovationsklauseln und Mindeststandard-Garantien
- von den Musterbedingungen (AHB Januar 2008) abweichende Obliegenheiten

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

- K.O.-Kriterien wie oben
- Zusätzlich: Forderungsausfalldeckung, die auch die Gefahren als Hundehüter und -halter abdeckt und das ohne Einschränkung auf bestimmte Hunderassen
- Mitversicherung des Hütens fremder Hunde im Rahmen der Privathaftpflicht

Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien finden Sie unter www.witte-financial-services.de

Bedingungsrating Hundehalterhaftpflichtversicherungen

 GOLD	 SILBER	 BRONZE
Selbstständige Hundehalterhaftpflichtversicherung ohne PHV, alle Hunde		
Janitos (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: Best Selection) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V)	Janitos (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: Balance) mit 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V)	Janitos (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: Balance) mit 7,5 Mio. Euro pauschal (P, S, V)

 GOLD	 SILBER	 BRONZE
Selbstständige Hundehalterhaftpflichtversicherung mit PHV, alle Hunde		
Janitos (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: in Verbindung mit Privathaftpflicht Balance oder Best Selection) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V)	Janitos (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: Balance in Verbindung mit Privathaftpflicht Balance oder Best Selection) mit 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V)	Haftpflichtkasse Darmstadt (AHB 01.07.2008, Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Tierhalter-Haftpflichtversicherung, Stand 01.07.2008 in Kombination mit PHV Vario oder PHV Status) Janitos (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: Balance in Verbindung mit Privathaftpflicht Balance oder Best Selection) mit 7,5 Mio. Euro pauschal (P, S, V)

 GOLD	 SILBER	 BRONZE
Selbstständige Hundehalterhaftpflichtversicherung ohne PHV, Kampfhunde		
AXA (AHB 2008, BB THV Fassung 01/2008)	Barmenia* (AHB (Stand 01.01.2008), Spezielle Bedingungen zur Tierhalter-Haftpflichtversicherung [Komfort]) mit 5 Mio. Euro Deckung für Personen- und Sachschäden sowie 500.000 Euro Versicherungssumme für Vermögensschäden	Nicht vergeben

 GOLD	 SILBER	 BRONZE
Selbstständige Hundehalterhaftpflichtversicherung mit PHV, Kampfhunde		
Axa (AHB 2008, BB THV Fassung 01/2008 in Verbindung mit Privathaftpflicht)	Nicht vergeben	Nicht vergeben

* die Barmenia versichert auch gefährliche Hunde ohne Einschränkungen nur, wenn bereits eine umfassendere Geschäftsbeziehung mit dem Anbieter besteht.

Index: Gesellschaften, die in diesem Beitrag erwähnt werden von A-Z

Adler – Allianz – Axa – Condor – DEVK – Garanta – HDI-Gerling – HUK-Coburg – HUK24 – Itzehoer – Janitos – KRAVAG-Allgemeine – KRAVAG-Logistic – LVM – Nürnberger – R+V – Signal-Iduna-Gruppe – Sparkassen Direkt – VGH – VHV – VÖDAG

Kann jeden erheblich treffen: Umweltschadengesetz Gegensteuern mit der Kfz-Umweltschadenversicherung

Am 14.11.2007 ist das neue Umweltschadengesetz (USchadG) in Kraft getreten. Davon betroffen sind all jene, die einer beruflichen Tätigkeit nachgehen und dabei eine Schädigung von Böden, Gewässern, geschützten Arten oder natürlichen Lebensräumen (Biodiversität) verursachen. Ob diese Tätigkeit mit einer Entgelterwartung verbunden ist, spielt dabei keine Rolle. Auch auf ein konkretes Verschulden kommt es dabei ausdrücklich nicht an.



Von Stephan Witte

Vergessen wird, dass im Rahmen des Umweltschadengesetzes ein nicht unerhebliches Risiko jeden Fahrer eines Kfz betrifft, welches gewerblich oder freiberuflich genutzt wird. Hierzu Beispiele der Signal Iduna:

- Ein Mitarbeiter befindet sich auf einer Dienstreise zum Seminar mit eigenem Pkw. Die Straßen sind nach einem langen Regen feucht. In einer Linkskurve kommt das Fahrzeug aufgrund nicht angepasster Geschwindigkeit (gerechtfertigter Verschuldensvorwurf) nach rechts von der Fahrbahn ab und kollidiert mit einem

Kirchturm. Die im Kirchturm angesiedelten Fledermäuse erschrecken sich derart, dass sie ihr Nest dauerhaft verlassen.

Der Schaden am Kirchturm ist durch die Kfz-Haftpflichtversicherung gedeckt. Da die Fledermäuse in keinem Eigentumsverhältnis zu einer natürlichen oder juristischen Person stehen, spricht man hier von einem Schaden an der Biodiversität. Die Neuansiedlung von Fledermäusen fällt daher unter die Ersatzpflicht der USV.

- Der Handwerksmeister befindet sich auf der Fahrt zu einem Kunden. Um den Kunden schneller erreichen zu können, nutzt er die Abkürzung durch das Naturschutzgebiet. Wegen der nicht ange-

passten Geschwindigkeit (gerechtfertigter Verschuldensvorwurf) kommt das Fahrzeug von der Fahrbahn ab und landet in einem Teich. Durch den Aufprall verenden die letzten noch vorhandenen Kröten. Bisher gab es keinen Anspruchsberechtigten hinsichtlich der Kröten. Der Naturschutzverein fordert nun die Wiederansiedlung von Kröten der gleichen Gattung.

Ein Schadenersatzanspruch hinsichtlich der Verunreinigung des Teiches besteht über die Kfz-Haftpflichtversicherung. Durch das neue Umweltschadengesetz haftet jetzt auch der Verursacher für die Neuansiedlung der Kröten. Die dadurch

entstehenden Kosten sind nur über die USV abgedeckt. Besteht keine BSV wie in diesem Beispiel der Handwerker, muss der Verursacher mit seinem Privatvermögen haften.

- Ein Heizöltanker fährt über die Landstraße. Durch Sturm wird ein Baum gegen den Anhänger geschleudert, der dabei einen Riss in beiden Wänden erleidet. Die noch restlichen 30.000 Liter Heizöl laufen aus, fließen in eine Naturschutzzone und verunreinigen ein Gewässer. Alle in dem Gewässer lebenden Tiere verenden durch die Verschmutzung.

Bei den verendeten Tieren handelt es sich um Biodiversitätsschäden, der nach Grundlage des Umweltschadengesetzes zu einem ersatzpflichtigen Schaden wird. Die Wiederansiedlung der vorher bereits vorhandenen Tierarten wäre somit von der USV zu erstatten. Die Verunreinigung des Gewässers durch das ausgelaufene Heizöl ist durch die Kfz-Haftpflichtversicherung gedeckt.

Auf Basis des USchadG können in solchen und vielen anderen Fällen Behörden öffentlich-rechtliche Ansprüche erheben, beispielsweise, wenn sie auf einen Missstand aufmerksam gemacht werden. Den Versicherungsschutz auch auf Privatkunden auszudehnen, macht allein deshalb Sinn, da auch diese im Einzelfall gewerblich tätig sein können. Beispiel: Wenn zum Beispiel ein Arzt mit seinem Privatwagen einen Patientenbesuch tätigt. Eine herkömmliche Kfz-Haftpflichtdeckung kommt für solche Schäden nicht auf, da über die bisherige Umwelthaftung (privatrechtliche Haftung) Personen- oder Sachschäden maßgeblich waren. Viele Versicherer bieten deshalb für ihre Bestandskunden vorläufigen Versicherungsschutz an.

■ Die Bedingungsfrage

Der vorläufige Versicherungsschutz ist versicherungsrechtlich nicht ganz unproblematisch, wenn der Anbieter zu diesem Zeitpunkt noch keine schriftlichen Bedingungen vorliegen hat. Auf Basis von § 49 Absatz 2 VVG 2008 gelten in so einem Fall nämlich die für den Kunden günstigsten Bestimmungen, so dass etwaige Ausschlüsse nicht anzunehmen sind. Außerdem besteht das Problem, § 49 Absatz 1 VVG 2008 gerecht zu werden. Schließlich ist der Versicherer verpflichtet, seine Bedingungen dem Kunden auf Verlangen, spätestens jedoch mit Aushän-

digung des Versicherungsscheins auszuhandigen. Im Zweifel sind daher alle Verträge, die einen vorläufigen Versicherungsschutz vorsehen, schwebend unwirksam. Allein der gute Wille der Assekuranz führt hier nicht weiter.

Für Kunden der Signal Iduna (AKB 07.2008) bestand bis zum 01.04.2008 vorläufiger Versicherungsschutz. Seitdem besteht eine Kfz-Umweltschadenversicherung (Kfz-USV) für private Risiken beitragsfrei als Zusatz zur Kfz-Haftpflichtversicherung unter der neuen Ziffer A.6. Für gewerbliche Risiken kann ein entsprechender Versicherungsschutz gegen Zuschlag eingeschlossen werden. Dabei hängt die Höhe des Zuschlags von der konkreten Wahrscheinlichkeit eines Schadeneintritts ab. So kostet etwa ein Pkw zur gewerblichen Güter- oder Personenbeförderung 9 Euro brutto Zuschlag p.a. Das Gleiche gilt für Taxen und Personenmietwagen oder auch für Verkaufsfahrzeuge. Lkw, Anhänger sowie Zugmaschinen im Werkverkehr oder auch Schaulastertfahrzeuge werden mit 12 Euro Zuschlag belegt. Mit 25 Euro fallen zum Beispiel Lkw, Anhänger und Zugmaschinen im gewerblichen Güterverkehr ebenso wie Omnibusse in die nächste Zuschlagskategorie. Am teuersten sind Risiken mit Beförderung gefährlicher Güter einschließlich Treibstoff und Heizöl. Hier beträgt der jährliche Zuschlag 50 Euro brutto.

Inwiefern die bei der Signal Iduna (AKB 09.2008) festgelegten Prämien langfristig konstant bleiben werden, ist fraglich. Hierzu formuliert der Versicherer selbstkritisch: „Da das USchadG noch „jung“ ist, fehlt augenblicklich jegliche Erfahrung, wie das USchadG in der Praxis angewendet wird.“

■ Anbieter

Den Bedarf für eine USV-Deckung für Kfz-Kunden haben auch die zur Signal-Iduna-Gruppe gehörenden Versicherer Adler und VÖDAG (AKB 09.2008), Axa (AKB 01.05.2008), Condor (AKB 01.10.2008), die DEVK (AKB 05.2008), HDI-Gerling (AKB 09.2008), die HUK-Coburg sowie HUK24 (AKB 04.2008), Itzehoe (AKB – Stand 09.2008), Janitos (AKB – Stand 09.2008), LVM (AKB – Stand 04.2008), Sparkassen Direkt (AKB – Stand 01.09.2008), Garanta und Nürnberger (jeweils AKB 04.2008), KRAVAG-ALLGEMEINE / KRAVAG-LOGISTIC / R+V (AKB – Stand 01.2008, Sonderbedin-

gung 04.2008, ab 01.10.2008: nur AKB), VGH (AKB – Stand 09.2008), sowie VHV (AKB 2008 – Stand 09.2008) erkannt, wobei teilweise eine Erweiterung erst seit September oder Oktober 2008 erstmals zur Verfügung steht.

■ Deckungssummen

Die für Schäden nach dem Umweltschadengesetz übliche Deckungssumme beträgt derzeit 5 Millionen Euro mit zweifacher Maximierung, so zu finden unter anderem bei Adler, Allianz, Axa, Condor, HDI-Gerling, HUK-Coburg, Janitos, Signal Iduna, Sparkassen Direkt, VGH, VHV oder

In der GDV-Empfehlung vom 29.10.2007 heißt es unter Ziffer A.1.1 der Ergänzenden Bedingungen für die Kfz-Versicherung von Umweltschäden wie folgt:

„Wir stellen Sie von öffentlich-rechtlichen Ansprüchen zur Sanierung von Umweltschäden nach dem Umweltschadengesetz (USchadG) frei, die durch einen Unfall, eine Panne oder eine plötzliche und unfallartige Störung des bestimmungsgemäßen Gebrauchs des Fahrzeugs (Betriebsstörung) verursacht worden sind.“

Ausgenommen vom Versicherungsschutz sind Ansprüche, die auch ohne das Bestehen des Umweltschadengesetzes bereits aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen des Privatrechts gegen Sie geltend gemacht werden können. Hinweis: diese Ansprüche sind im Allgemeinen über die Kfz-Haftpflichtversicherung gedeckt.“

Damit entspricht die GDV-Empfehlung dem Bedingungstext in den AKB der Signal Iduna vom 01.01.2008 wie auch dem der meisten Wettbewerber.

Entscheidend ist, dass eine allmähliche Schädigung als Folge des Normalbetriebs nicht versichert ist. Hierzu Dr. Robert Pohlhausen vom GDV auf einer Pressekonferenz vom 27.03.2008: „das konkrete Ausmaß eines Umweltschadens [kann] nur dann sicher festgestellt werden [...] und [ist] auch nur dann versicherbar [...], wenn der Zeitpunkt des Schadeneintritts und damit der eintrittspflichtige Versicherer eindeutig festgestellt werden kann.“

Vödag. Eine abweichende Deckungssumme findet sich beispielsweise beim HDI-Gerling (2,5 Mio. Euro mit einfacher Maximierung). Bei Kravag / Kravag-Logistik / R+V umfasst die Deckungssumme für die Kfz-Haftpflichtversicherung (gesetzliche Mindestdeckung oder in der Regel 100 Millionen Euro pauschal) ohne Mehrbeitrag auch Ansprüche aus dem Umweltschadengesetz. Dies gilt abweichend nicht für Pkw in der Kfz Police-Basis. Die Itzehoer verweist in ihren besonderen Bedingungen (AKB 09.2008) auf die Angabe im Versicherungsschein und die einfache Maximierung der Deckungssumme.

Ähnlich verfahren analog der GDV-Empfehlung auch die DEVK sowie Nürnberger / Garanta. Um dem Antragsmodell gerecht zu werden, müsste die entsprechende Deckung also wenigstens aus dem schriftlichen Angebot vor Vertragsabschluss hervorgehen, um einen rechtswirksamen Vertrag zu erhalten.

Die Allianz sieht für Bestandskunden seit dem 01.09.2008 Versicherungsschutz nach dem Umweltschadengesetz vor. Auf Wunsch von Kunde oder Vermittler erstellt der Anbieter auch eine Deckungsbestätigung für den Bestand. Das Gleiche gilt für die VHV.

Mit Hausmitteilung vom 10.10.2007 hat die Helvetia zumindest für ihre Firmenkunden im Kraftfahrtbereich Deckung ohne Prämienberechnung gewährt. Die Deckung ist bis zum 31.12.2008 befristet und gilt auch für das Neugeschäft. Die vorläufige Deckung der Umweltschadenversicherung wird ab 01.01.2009 allen unseren Bestandskunden mit Komfort-Deckung ohne weiteren Prämienzuschlag zur Verfügung gestellt. Diese Zusage gilt nur unter der Voraussetzung, dass der Vertrag frei von bekannten Schäden ist.

Im Neu- und Ersatzgeschäft steht die Deckung dann ebenfalls allen Versicherungsnehmer zu, welche das Komfort-Paket abschließen. Ein weiterer Zuschlag wird in diesen Fällen nicht erhoben. Als gedruckter Bedingungstext steht die Umweltschadendeckung mit den AKB 01.2009 sowohl Privat- als auch Firmenkunden zur Verfügung.

Der Makler sollte darauf achten, dass Deckung nach dem Umweltschadengesetz nicht zwingend auch für das Ausland gegeben ist.

Es empfiehlt sich also der jeweilige Blick in die Bedingungen zum Thema Geltungsbereich.

Führung im Management-Regelkreislauf

