



Das Magazin für den qualifizierten
Versicherungsmakler

Risiko & Vorsorge

11. Jahrgang
 Ausgabe 3-2012
 4,90 Euro

Fakten, die für Ihren Kunden zählen

Berufsunfähigkeitsversicherungen



▶ **Serie: Kinderinvaliditätsversicherungen**

Fachwissen, umfassend aufbereitet

▶ **Serie: Krankentagegeld**

Know-how für exzellente Beratung

▶ **Internet**

Tarife gegen Pishing & Pharming

▶ **Mietnomaden**

Deckung für ein verkanntes Risiko



Interessiert uns nicht!

Kein Problem fällt vom Himmel. Stets haben alle Beteiligten fleißig daran mitgewirkt. Wie heißt es so schön: Von nichts kommt nichts.

So auch im Markt des Versicherungsvertriebs. Die, die Heerscharen unqualifizierter Vermittler anlockten, distanzieren sich heute von denselben. Qualität, Qualität, Qualität wollen wir, tönt es heute aller Orten an der Oberfläche. Und zugleich: Bring uns Geschäft!

Ehrenkodices, Vertriebsbereinigung, Neustart, mit dem Besen durchkehren ... alles Alibireaktionen auf die Politik. Nichts davon kommt aus eigenem Antrieb.

Der Kunde ist König! Aber natürlich nicht, wenn man den Leistungsbescheid für eine BU noch ausbremsen kann.

Es sind nicht die Einzelfälle, die einen am Versicherungsvertrieb und den Gesellschaften verzweifeln lassen. Es sind die vielen, vielen, vielen Einzelfälle. Erfolgreiche Vertriebskräfte werden Vertriebsleiter. Soweit so gut. Doch worauf basierte der Erfolg? Solange diese Generäle nur anhand ihrer Schießergebnisse gekürt werden, kann sich im Markt nichts radikal verändern.

Berlin und Brüssel werden fortlaufend mit Argumenten bedient, die gegen den provisionsgetriebenen Vertrieb sprechen. Die so genannten Selbstreinigungskräfte des Marktes waren und sind weiterhin im Versicherungsvertrieb außer Kraft gesetzt. Die Gruppe der Einsichtigen steht gegen die Masse der Geschäftseintreiber um jeden Preis.

AXA-Sprecher Ingo Koch: „Wie die Berater zu ihrem Geld kommen und was sie damit machen, interessiert uns nicht.“* Ist die AXA ein tumbes, im Hinterhof verstecktes Unternehmen? Nein! AXA ist ein Weltkonzern. Na, wenn nicht von da, woher soll sonst die Umwälzung der Vertriebslandschaft kommen? * DER SPIEGEL, Nr. 47, 22.11.2010



Herzlichst
Ihr

Klaus Barde
Herausgeber



Mit Pflegeversicherungen ist es wie mit Hotels: je mehr Sterne, umso besser.

Die DFV-DeutschlandPflege Premium Unisex erhielt als einzige Pflegeversicherung 5 Sterne und ein „Ausgezeichnet“ vom renommierten Analysehaus Morgen & Morgen. Mit dieser einzigartigen Pflege-Zusatzversicherung kann man den Pflegefall so angenehm und bequem gestalten, wie es die Umstände erlauben. Empfehlen Sie Ihren Kunden jetzt die DFV-DeutschlandPflege, denn für Männer wird es ab 21.12.2012 bis zu 30 % teurer. Ein Leben lang. Frauen können bei der DFV bereits jetzt die bis 25 % günstigeren Unisex-Tarife abschließen. Die Pflegesituation kommt für Männer mit einer Wahrscheinlichkeit von 50 %. Bei Frauen ist das Risiko noch höher. Sorgen Sie jetzt dafür, dass die Pflege Ihrer Kunden wenigstens 5 Sterne hat. Mehr Infos unter: **069 24794422**



DEUTSCHE
FAMILIENVERSICHERUNG

Impressum

Herausgeber:
Klaus Barde

Verlag:
BHM GmbH
Mitteldorfstraße 12
37130 Gleichen bei Göttingen
Tel. 0 55 08-97 57 12
info@bhm-marketing.de
www.promakler.de

Anzeigen:
Karin Klawunn
Tel. 05 51-5 85 11
Fax: 05 51-4 36 32
Es gilt der Anzeigentarif „Finanz-Vertrieb“ vom 01. Dezember 2011

Redaktion:
Tel. 05 51-633 92 01
info@bhm-marketing.de

Bestellungen/Abonnements:
Birgit Pollter
Fax. 05 51-2 91 31 52
birgit.pollter@kabelmail.de

Einzelbezugspreis:
4,90 € zzgl. 2,24 € Versand inkl. 7% MwSt.

Jahres-Abonnement:
26,10 € inkl. 7% MwSt. und Versand.

Erscheinungsweise:
Vierteljährlich.

Satz, Layout, Grafik:
Michaela Vormoor

Titelbild: fotolia.com

Alle Rechte vorbehalten.
© BHM GmbH, Göttingen
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Herausgebers. Alle in Risiko & Vorsorge veröffentlichten Daten und Texte sind urheberrechtlich geschützt. Übersetzung, Nachdruck, Vervielfältigungen auf photomechanischem oder ähnlichem Wege oder im Magnettonverfahren sowie Vortrag, Funk- und Fernsehsendungen und Internetverbreitung nur mittels Genehmigung durch den Herausgeber. Die Rechte an der jeweiligen Rating-Systematik liegen ausschließlich bei den benannten Rating-Unternehmen.

Gerichtsstand ist Göttingen.

Für die seitens Dritter gelieferten Daten, Auswertungen sowie redaktionellen Beiträge übernimmt der Verlag keine Gewähr.

www.risikoundvorsorge.de
www.hbmagazin.de
www.promakler.de
www.bhm-marketing.de

Berufsunfähigkeit

10

■ trixi®: BU mit vielen Neuerungen. Beratungssicherheit mit 160 Fragen sowie mehr als 1.000 rechtsverbindlichen Details.

Wer maximale Transparenz und Rechtssicherheit für seinen Berufsunfähigkeitsschutz wünscht, kommt nicht an einer iv-individualvereinbarung (iv) vorbei. Seit 1995 beschäftigt sich Helmut Strixner mit seinem Team von Experten (aus Universitäten, eigenen und externen Juristen, Maklern aus der Praxis, Mathematikern der Versicherer und anderen) damit, für die trixi® GmbH in Germerswang verbindliche Klarstellungen von Versicherern zu den von ihnen aufgelegten Bedingungswerken zu erhalten. 10

■ Interview



„Die Berufswelt und der Vorsorgebedarf werden immer differenzierter.“

Klaus Barde im Gespräch mit Dr. Josef Beutelmann, Vorstandsvorsitzender der Barmenia Krankenversicherung a.G. 20

■ Dynamische Erhöhung des Haftungsrisikos

Als vor einiger Zeit die Anbieter von Berufsunfähigkeitsversicherungen auf die Idee kamen, versicherte BU-Rentenleistungen für bestehende Leistungsfälle ergänzend zur nicht garantierten Überschussrente durch eine garantierte Leistungsdynamik zu erhöhen, war dies ein bahnbrechender Gedanke.

Nimmt man als langjährige Inflation 3% an und vertritt die ketzerische These, wonach ein BU-Versicherer tatsächlich nie wieder Überschüsse in nennenswerter Höhe generieren wird, so muss man einfach nur eine garantierte jährliche Steigerung der BU-Renten um 3% vereinbaren. Dies ist mittlerweile bei vielen Anbietern möglich, wenn auch mit deutlichen Kosten verbunden. 22

■ Neuartiger Berufsunfähigkeitsschutz aus dem Hause Gothaer

Seit dem 01.04.2012 ist die Gothaer mit einer neuen selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung am Start. Tariflich werden acht Berufsgruppen unterschieden. Davon fallen insgesamt 23% in die beiden preisgünstigsten Berufsgruppen 1++ und 1+ sowie 24% in die risikoreicheren Berufsgruppen 3+ und 3. Der Versicherungsschutz wird sowohl für die dritte Schicht wie auch seit 01.05.2012 als steuerlich geförderte Direktversicherung angeboten. 28

Serie: Krankentagegeld

32

Teil 1 – Notwendige Absicherung mit Mut zur Lücke

Für gesetzlich krankenversicherte Arbeitnehmer gilt in der Regel ein Anspruch auf Lohnfortzahlung für die ersten sechs Wochen nach dem Eintritt von Arbeitsunfähigkeit und entsprechender Krankmeldung beim Arzt. Danach besteht maximal für 72 weitere Wochen Anspruch auf Krankengeld. Und dann? Und überhaupt, was gibt es alles rund um diese Versicherung, gesetzlich wie privat, zu beachten?

Serie: Kinder & Invalidität

42

Teil 1 - Oft werden nur klassische Unfallprodukte angeboten

Wer seine Maklerpflichten ernst nimmt, berät seine Kunden möglichst umfassend. Dazu gehört auch eine Absicherung etwaiger Kinder gegen Invalidität, wenngleich zunächst eine grundlegende Versicherung der Eltern angeraten erscheint; schließlich nützt das beste Versorgungskonzept für die lieben Kleinen nichts, wenn die Eltern als „Versorger“ ihrer Aufgabe als Beitragszahler nicht mehr nachkommen können – sei es aufgrund von Arbeitslosigkeit, Arbeitsunfähigkeit, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder gar Tod.

Mietausfälle & Mietschäden

50

■ **Schutz gegen Mietnomaden und zahlungsunwillige Mieter**

Viele Vermieter haben schon Erfahrungen mit Mietern gehabt, die nicht oder nur verspätet gezahlt haben. Gerade im Rahmen der privaten Vermietung kann schon der Verlust von zwei Monaten fest eingeplanter Mieten erhebliche finanzielle Engpässe bedeuten. Insbesondere gilt dies, wenn die eigenen Raten für das Eigenheim noch nicht getilgt sind. Neben Mietrückständen verursachen Mieter auch Schäden an der Mietsubstanz. Nicht immer sind diese durch eine entsprechende private Haftpflichtversicherung gedeckt.

■ **Interview**



„Handfeste Deckung für ein handfestes Problem.“

Klaus Barde im Gespräch mit Bernd Schmitz, Bereichsleiter Maklervertrieb, Rhion Versicherung AG, zum Thema

Mietnomaden und Versicherungsschutz.58

Internet

60

Versicherungsschutz im Internet sowie für die Folgen von Phishing und Pharming

Selbst der Abschluss einer besonders leistungsstarken Hausratversicherung wie sie z.B. die Haftpflichtkasse Darmstadt, die InterRisk, Konzept & Marketing, Swiss Life Partner oder die VHV bieten, würden keinen wirksamen Versicherungsschutz für Schäden durch Pharming bedeuten.60

Serie: Wohngebäudeversicherung

64

Teil 4 – Große Leistungsunterschiede

- Regen und Schmelzwasser
- Wind und Sturm
- Erweiterte Elementarschadendeckung
- Ausschluss für Schäden durch Sturmflut
- Sachverständigenkosten
- Höhe des ersatzpflichtigen Schadens
- Haftungsrisiken

Rating & Ranking

74

Erläuterungen zur Rating-Qualität 74

Unfallversicherung76

Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) als Sachversicherung80

Stationäre Krankenzusatztarife82

Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung84

Hausratversicherung88

Privathaftpflichtversicherung89

Wohngebäudeversicherung90

Hundehalterhaftpflichtversicherung91

Jagdhaftpflichtversicherung für Jäger/Förster92

Pferdehalterhaftpflichtversicherung93

Dachfonds-Ranking94

DIE OPTIMALE ANLAGE-STRATEGIE

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

★★★★★

Pflegezeitgeld: DFV Deutsche Familienversicherung AG

Als erster Versicherer hat die DFV bereits seit 1.1.12 einen Unisex-Tarif für ihr Pflegezeitgeld DFV-DeutschlandPflege im Angebot.

Damit profitieren Frauen von bis zu 25% günstigeren Beiträgen und Vermittler erhalten schon jetzt Klarheit in diesem Vertriebsthema.

Außerdem bietet die DFV in ihrem Pflegezeitgeldtarif eine Leistungsdy- namik im Pflegefall, eine weltweite Pflegeleistung, eine Beitragsbefreiung im Pflegefall sowie bei Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit an. Um- fangreiche Zusatzleistungen und viele Tarifbausteine ermöglichen den Kun- den zusätzlich hohe Flexibilität. Ein Produkt, das von Morgen&Morgen bereits als einziges Pflegezeitgeld die Höchstwertung „Ausgezeichnet“ mit 5 Sternen erhalten hat.

www.dfv.ag

VDVM: Honorarberatung nicht zu verhindern

Dr. Hans-Georg Jenssen, geschäfts- führender Vorstand des Verbands Deutscher Versicherungsmakler e.V. (VDVM) sagte in einem Vortrag* „Courtage, Honorar und Transparenz – Neues aus Berlin und Brüssel“, dass sich die Einführung der Honorarbera- tung mittelfristig wohl nicht verhindern ließe. Als Konsequenz aus der Finanz- krise habe sich in Berlin eine Allpar- teien-Koalition zur Einführung der Honorarberatung und des Berufsbilds Honorarberater entwickelt. Ausnahme: die FDP. Eine Selbstregulierung der Maklerschaft werde die Entwick- lung nicht stoppen können. Die For- derung nach mehr Transparenz und die höheren Anforderungen an die Qualifikation, kämen einer Einführung der Honorarberatung entgegen.

**Mitgliederversammlung des Versi- cherungswissenschaftlichen Vereins, Hamburg e.V., Juni 2012*

AUXILIA Rechtsschutz: „sehr gut“

Die AUXILIA Rechtsschutz-Versiche- rungs-AG hat mit ihrer neuen Tarifgene- ration den ersten Platz im Qualitätsbaro- meter der Charta Börse für Versiche- rungen AG erzielt. Man erreichte als einziger Rechtsschutzversicherer eine 4 Sterne-Bewertung. Rund 1.000 Versi- cherungsmakler wurden befragt. www.ks-auxilia.de/rechtsschutz

BU-Prämienanalyse

Das Analysehaus Morgen & Morgen hat die BU-Prämien von 145 Berufen analy- siert. Bei 30 Berufsbildern sind die Prei- se in den vergangenen zwei Jahren ge- stiegen, in 115 Fällen sind sie gefallen.

Die Gothaer stellte zudem fest: 58 Prozent der weiblichen Berufstätigen und 39 Prozent der männlichen Arbeit- nehmer haben keine BU-Absicherung. Ursächlich ist vorrangig der Preis.

Als Antwort darauf wurden von etli- chen Gesellschaften in die üblichen vier Berufsgruppeneinteilungen zusätz- lich Untergruppen eingearbeitet. Somit konn- ten mehrheitlich Prämien abgesenkt werden.

Die Preise werden sich zudem auch durch die neuen Unisex-Tarife ändern. Ab 21. Dezember 2012 dürfen nur noch Tarife offeriert werden, die nicht ge- schlechtsspezifisch sind.

www.morgenundmorgen.com

Öko-Test: bAV-Tarife

Die Zeitschrift Öko-Test hat in der Juni- Ausgabe 184 Tarife zur betrieblichen Altersvorsorge untersucht. Das Ergebnis in der Zusammenfassung: Die Renditen sind laut Öko-Test dürftig, viele Tarife garantierten zudem nicht einmal das angesparte Kapital.

Öko-Test verweist darauf, dass 54 Pensionskassen und Direktversicherer keine Tarifdaten lieferten. Ein „Rekord“ an Enthaltungen. Viele der erhobenen Direktversicherungen und Pensionskas- sen garantierten dem Arbeitnehmer nicht den Erhalt des eingezahlten Kapi- tals. Bei einem 55-jährigen männlichen Musterkunden lag das Garantiekapital bei Rentenbeginn bis zu 1.967 Euro un- ter der Summe seiner Beiträge. Hieraus ergibt sich ein Haftungsrisiko für den Arbeitgeber.

Öko-Test, Ausgabe 6/2012- www.oeko-test.de

Privatpatienten: oft schlecht abgesichert?

Eine neue Studie* zeigt Leistungsunter- schiede innerhalb der PKV und im Ver- gleich zu den gesetzlichen Krankenkas- sen auf. „Mehr als 80 Prozent der Toptar- ife in der PKV kommen nicht an den Standard der gesetzlichen Kassen her- an“, stellt hierzu Claus-Dieter Gorr, ge- schäftsführender Gesellschafter von Pre- miumcircle, fest. Und ferner: „Der Markt der privaten Krankenversicherungen lebt von der Intransparenz“, ergänzt dazu Dr. Thomas Drabinski vom Institut für Mikro- datenanalyse. Gorr führt zudem die man- gelnde Detailkenntnis von Versicherungs- maklern als „Hauptproblem der PKV“ auf. Die Studie sagt jedoch aus, dass die gesetzlichen Krankenkassen aus ver- schiedenen Gründen nicht als Referenz

herangezogen werden können. PKV- Verbandsdirektor Volker Leienbach hier- zu: „Mindestens 80 Prozent der PKV- Tarife bieten mehr Leistungen als die GKV“. Die Hauptkritik des PKV-Ver- bandes fällt auf den Ansatz der Studie. Dessen ungeachtet bietet diese erstmals ein breites Instrumentarium, um in den Vergleich von PKV und GKV nachhaltig einzusteigen. Dem Makler bietet diese Analyse einen tiefen Einstieg in den Markt der Absicherung von Gesund- heitsrisiken. Darum: Diese Untersuchung sollte man auf jeden Fall kennen!

**Studie: „Institut für Mikrodatenanalyse“ (IfMDA) und Beratungsunternehmen „Premiumcircle“, <http://www.ifmda.de> - www.premiumcircle.de*

ING-Umfrage: Dem Staat Geld leihen?

„Würden Sie persönlich dem deutschen Staat Geld für eine bestimmte Zeit lei- hen?“ fragte ING Investment Manage- ment im Rahmen einer von TNS Infratest durchgeführten Befragung.

Von den 942 befragten Bürgern ab 18 Jahren hielten rund 62 Prozent ihre Re- gierung für nicht kreditwürdig. Nur sechs

Prozent der Befragten gaben an, ihr Geld in Bundeswertpapieren wie Bundes- schatzbriefen oder Bundesanleihen an- gelegt zu haben.

Jeder fünfte Deutsche gab bei der Befragung an, dass er nicht glaube, dass es den Euro in fünf Jahren noch geben wird. www.inginvestment.com

VDH: Honorartarif erweitert

Die VDH GmbH Verbund Deutscher Honorarberater (VDH) und die InterRisk Lebensversicherung AG Vienna Insurance Group haben den exklusiven ETF-/ fondsgebundenen Honorartarif myIndex® satellite ETF Evolution um mehr als 25 Fonds erweitert. Einen Schwerpunkt bilden dabei – neben den 99 Exchange Traded Funds (ETFs) – vor allem die vermögensverwaltenden Fonds erfolgreicher Häuser in diesem Segment.

Einen Mehrwert erhalten die Kunden nicht nur durch die provisionsfreie Kalkulation, sondern auch durch die bedingungsgemäß garantierte Rückerstattung aller Kickbacks aus den jeweiligen Fonds. Die Höhe der Kickbacks können die Versicherungsnehmer jederzeit im Internet abfragen.

Beispiel: Ein 30-jähriger Mann investiert bis zu seinem 67. Lebensjahr monatlich 250,00 Euro zu je 50% in den vermögensverwaltenden Fonds Carmi-

gnac Patrimoine A und den Invesco Balanced-Risk Alloc A. Bei einer Fondsrendite von 6% p.a. erhält er alleine aus den Kickbackerstattungen eine zusätzliche Leistung von 26.986 Euro. „Das ist Geld, welches der Kunde bei traditionellen Provisionslösungen/-vermittlern oder so genannten Nettotarifern nie zu Gesicht bekommen würden“ sagt hierzu VDH-Chef Dieter Rauch.

Hinzu kommen die Vorteile aus den nicht vorhandenen und einkalkulierten Provisionen, die in diesem Beispiel zwischen 4.500 Euro und 5.500 Euro ausmachen können und sich über die Laufzeit durch den Zinseszins zu weiteren erheblichen Beträgen aufsummieren. Daneben fallen keinerlei Kosten für Transaktionen, Depotgebühren, Stornokosten oder sonstige häufig in Fondspolizen nicht ausgewiesene Gebühren an.

www.vdh24.de

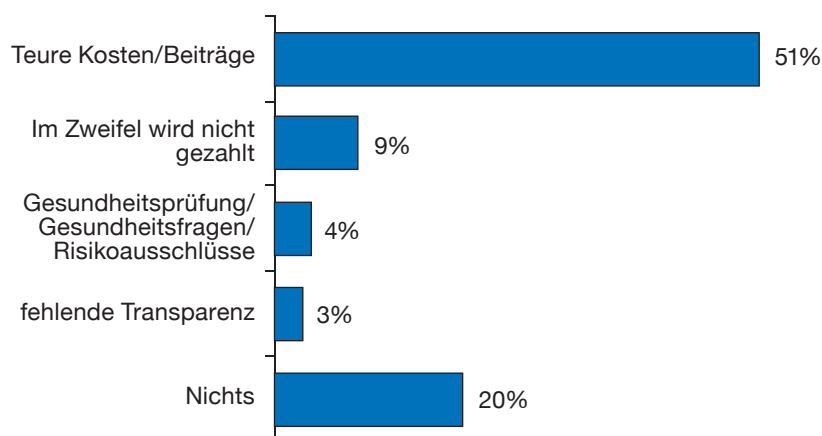
► Abschlusspotenzial: 16 Millionen Verträge

Bei etwas mehr als der Hälfte der Bundesbürger besteht laut dem Marktforschungsinstitut YouGov Abschlussbereitschaft für eine BU. So gaben 18 Prozent der Befragten an, dass sie in den kommenden 18 Monaten „bestimmt“ oder „wahrscheinlich“ eine Berufsunfähigkeits-Versicherung abschließen wollen, während 35 Prozent mit „vielleicht“ antworteten.

Hieraus errechnete das Marktforschungsinstitut auf Basis von gut 33 Millionen Erwerbstätigen zwischen 16 und 50 Jahren ohne Schutz gegen Berufsunfähigkeit ein absolutes Abschlusspotenzial von mehr als 16 Millionen Bundesbürgern.

Quelle: *Versicherungsjournal*, 22. Mai 2012

Was spricht Ihrer Meinung nach gegen den Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung?*



* offene Abfrage; Quelle: YouGov 5/2012

Mindestqualifikation „Finanzanlagenfachmann/-frau (IHK)“

Anlageberatung bedarf zukünftig eines Sachkundenachweises. Ab 2015 wird die Mindestqualifikation „Finanzanlagenfachmann/-frau (IHK)“ für alle entsprechenden Vermittler Pflicht. Gemäß der Finanzanlagen-Vermittlerordnung (März 2012) werden die Rahmenbedingungen für die Berufsausübung von Finanzanlagen-Vermittlern geregelt. Ausnahmen: anerkannte Aus- oder Weiterbildung liegt vor sowie Alte-Hasen-Regelung. Alter Hase ist, wer seit 1. Januar 2006 nachweislich ununterbrochen als Anlageberater tätig war.

Aus- und Weiterbildungen, die von der Sachkundeprüfung befreien, sind:

- Investmentfondskaufmann/-frau (IHK),
- Bankkaufmann/-frau (IHK) oder
- Sparkassenkaufmann/-frau (IHK),
- Kaufmann/-frau für Versicherungen und Finanzen (IHK) mit Schwerpunkt Finanzen (der ehemalige Versicherungskaufmann/-frau (IHK) ist damit nicht anerkannt),
- Investmentfachwirt/-in (IHK),
- Bankfachwirt/-in (IHK),
- Fachwirt/-in für Versicherungen und Finanzen (IHK),
- Fachberater/-in für Finanzdienstleistungen (IHK),
- Fachwirt/-in für Finanzberatung (IHK),
- Finanzfachwirt (FH),
- Bachelor oder Diplom mit Schwerpunkt Bank, Versicherungen, Finanzdienstleistungen,
- Master mit Schwerpunkt Bank, Versicherungen, Finanzdienstleistungen.

Vorbereitungskurse für die Prüfung zum „Finanzanlagenfachmann“ bieten unter anderem:

- Atheus Akademie für Finanzdienstleistung GbR
- Deutsche Makler Akademie GmbH
- Deutsche Versicherungsakademie/ Berufsbildungswerk der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.
- Europäische Akademie für Finanzplanung GmbH & Co.KG
- Going Public Akademie für Finanzberatung AG

Die Teilnahme an den 200 Unterrichtsstunden dauernden Vorbereitungs-Lehrgängen ist freiwillig. Die Prüfung kann beliebig oft wiederholt werden.

Servicestudie: Filialbanken

Nur die Hälfte der Banken kommt den neuen Transparenzpflichten nach. Im Auftrag des Senders n-tv besuchten seitens des Deutschen Instituts für Service-Qualität verdeckte Testkunden 12 Banken und Sparkassen. Daraus resultierten 120 Geldanlageberatungen. Jede fünfte Beratung zu Wertpapieren endete ohne Beratungsprotokoll. Markus Hamer, Geschäftsführer des Marktforschungsinstituts: „Die Protokolle zeigten eine positive Wirkung. Sobald sie erstellt wurden, fielen die Beratungen tendenziell strukturierter und umfassender aus.“ Die Bedarfsanalyse in den Gesprächen war ungenügend: „Durch die unzureichende Betrachtung der Lebens- und Finanzsituation der Kunden empfahlen Berater häufig nur Standardprodukte. Diese wurden meist zwar kommunikativ gut verkauft, doch entsprachen sie nicht immer den Erfordernissen der Anleger“, so Hamer. Testsieger wurde die Stadtsparkasse München.

n-tv Ratgeber – Test – www.n-tv.de

**■ Maklerversicherer:
Charta-Qualitätsbarometer 2012**
Schadenversicherung:

Haftpflichtkasse Darmstadt

Lebensversicherung:

Standard Life und Volkswohl Bund

Krankenversicherung:

Alte Oldenburger

Das Marktforschungsinstitut YouGov AG befragte hierzu im Frühjahr 2012 Versicherungsmakler online und per Telefon. Auswertungsbasis: Rund 1.000 Fragebögen und Telefoninterviews.

Charta Börse für Versicherungen AG

■ Gothaer: Business-TV für Makler

GoTV Makler berichtet ab sofort in einer 13-minütigen Sendung über Top-Themen aus der Versicherungsbranche, bietet Produktneuheiten und gibt Beratungstipps. Das Format kann über den Gothaer Youtube-Kanal youtube.de/mygothaermakler sowie das Gothaer Maklerportal makler.gothaer.de erreicht werden. Die erste Ausgabe berichtet über Unisex, Berufsunfähigkeit und technische Hilfen für Makler, die mit der Gothaer zusammenarbeiten. www.gothaer.de

► Großvertriebe: 1. Quartal hinkt

Während die Leistung der Maklerschaft insgesamt steigt, wachsen die Marktanteile der Großvertriebe nur noch bei der DVAG.

- MLP AG: Gesamterlöse in den ersten drei Monaten 2012 um sieben Prozent auf 121,5 Millionen Euro gefallen.
- OVB: Zahl der Kunden in Deutschland verringerte sich um drei Prozent auf 649.296
- AWD: Umsatz-Erlöse gingen um 17,8 Prozent auf 111,1 Millionen Euro zurück.

Fidelity: „Afrika ist robuster als andere Schwellenländer“

Afrika ist laut Fondsmanager Nick Price als Gesamtregion interessant. So finde man in Nigeria, Kenia, Mosambik, Tansania und Südafrika einige sehr gute Anlagechancen, die von strukturellen Entwicklungen untermauert seien. Es sei bemerkenswert, wie robust und widerstandsfähig sich diese Märkte während der anhaltenden Turbulenzen an den globalen Finanzmärkten bisher gezeigt haben.

Das belege der folgende Vergleich: Der MSCI Emerging Markets Index, der die Entwicklung von Aktien in den Schwellenländern Asiens, Lateinamerikas, Osteuropas, des Nahen Ostens und



Afrikas in US-Dollar abbildet, ist im Mai um 11,2 Prozent eingebrochen. Price: „Der MSCI Nigeria Aktienindex ist dagegen zum Beispiel im selben Zeitraum in US-Dollar um nur 1,7 Prozent gefallen, der MSCI Kenia um gerade einmal 1,6 Prozent.“

Nahrungsmittelhersteller, Biermarken, Kosmetik- und Kleidungsfirmen, die auf dem gesamten afrikanischen Kontinent aktiv sind, trotzten den widrigen wirtschaftlichen Bedingungen, unter denen die Industrienationen – aber auch Schwellenländer in anderen Regionen – derzeit zu leiden haben.“

www.fidelity.de

Mietnomaden ziehen weiter, deren Schulden und Schäden bleiben

Mit der neuen Mietnomaden-Versicherung der Rhion können Vermieter sich jetzt schützen. Bieten Sie Ihren Kunden den optimalen Schutz vor Mietnomaden.

Auch Sie werden begeistert sein von unserem innovativen Produkt.



VERSICHERUNGS-
INNOVATION
DES JAHRES
2012

EURO
AM SONNTAG
EURO

Rhion Versicherung AG

RheinLandplatz · 41460 Neuss

Telefon 02131 6099-6633

Telefax 02131 6099-16633

maklervetrieb@rhion.de

www.rhion.de

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

Allianz – Alte Leipziger – Axa – BU-Vertrauen.de – DBV – Condor – Dialog – Generali – HDI-Gerling – Karlsruher – LV von 1871 – msc – Nürnberger – Nürnberger Beamten – Swiss Life – trixi® – Volkswohl Bund – Wifo – Württembergische – WWK

trixi® BU mit vielen Neuerungen

Beratungssicherheit mit 160 Fragen und Antworten sowie mehr als 1.000 rechtsverbindlichen Details



Vorbemerkung: Dieser Beitrag besteht aus fünf Abschnitten, die aufeinander aufbauen:

■ **Abschnitt A: iv als rechtsverbindliche Ergänzung der AGB**

Zusammenfassung: eine iv bietet rechtsverbindliche Klarstellungen mit etwa 160 Fragen und über 1.000 rechtsverbindlichen Details. Vorstellung eines Teils der 15 Kapital (z.B. Dynamik der BU und Hauptversicherung, Versicherung von Studenten und Soldaten). Wie Kunden und Vermittler davon profitieren.

■ **Abschnitt B: Die BU-Ampel**

Zusammenfassung: Beratungslogistik bestehend aus Einleitung (Anspruch an einen Vergleich), Hauptteil (Auswahl der Tarife nach Existenzwichtigen Risiken), Schluss (Angriffspunkte in den Bestand und im Leistungsfall. Wie eine Beratung nicht erfolgen sollte)

■ **Abschnitt C: Der Tarifrechner**

■ **Abschnitt D: Die iv-individualvereinbarung® in der Praxis**

Zusammenfassung: Die iv wird Sonder-AGB und gilt damit noch vor den Bedingungen des Versicherers. Die iv ist so nach Kenntnis das einzig normierte, rechtsverbindliche Vergleichssystem für die BU in Deutschland.

■ **Abschnitt E:** Das neue Vermittlerrecht und die aktuelle Rechtsprechung zeigen Wirkung. Pools und das erste Internetportal führen die iv obligatorisch ein. Kosten der iv.

Autor: Stephan Witte

Abschnitt A: iv als rechtsverbindliche Bedingungsergänzung

Wer maximale Transparenz und Rechtssicherheit für seinen Berufsunfähigkeitschutz wünscht, kommt nicht an einer iv-individualvereinbarung (iv) vorbei. Seit 1995 beschäftigt sich Helmut Strixner mit seinem Team von Experten (aus Universitäten, eigenen und externen Juristen, Maklern aus der Praxis, Mathematikern der Versicherer und anderen) damit, für die trixi® GmbH in Germerswang verbindliche Klarstellungen von Versicherern zu den von ihnen aufgelegten Bedingungswerken zu erhalten.

Begonnen hatte alles in einer Zugfahrt von Frankfurt nach Ulm. Damals vereinbarten Prof. Peter Gessner vom „Institut für Finanz- und Aktuarwissenschaften“ an der Uni Ulm und Helmut Strixner die Betreuung einer Diplomarbeit zum Thema BU. Die Thematik wurde in den folgenden Jahren in einer Doktorarbeit und einer Professur weiter entwickelt. Das Fundament der iv wurde somit auf eine wissenschaftliche Basis gestellt. Über eine weitere Kooperation zwischen trixi® und dem ARD-„Ratgeber Geld“ wurden alle Versicherer in Deutschland mehrfach in öffentliche Ausschreibungen einbezogen. Objektiver geht es wohl nicht. Über die Sendungen „Ratgeber Geld“ und „plusminus“ wurde die iv der Öffentlichkeit bekannt gemacht.

Pünktlich zur DKM 2011 wurden Frage-systematik und der Fragenbereich deutlich erweitert, so dass eine vollständig ausgedruckte Sondervereinbarung iv statt etwa 35 Seiten rund 45 Seiten umfasst. Der Hauptteil im iv-Leistungsvergleich „BU-Ampel“ besteht nunmehr aus drei Ebenen:

:

Ebene 1: existenzwichtige Kriterien. Wird hier auch nur eine (!) Frage für die betreffende Zielgruppe negativ beantwortet, so fällt der entsprechende Tarif aus dem Vergleich raus – ganz egal, wie leistungsstark der Tarif sonst sein mag.

Ebene 2: im Einzelfall wichtige Risiken. Um den Vergleich nur noch geringfügig zu ändern, kann ein Kunde hier nur ein einzelnes Zusatzkriterium wählen (z.B. Luftfahrt- oder Arztanordnungsklausel, garantierte Leistungsdynamik).

Ebene 3: Leistungen von eher geringer Bedeutung. Hier ist keine Selektion möglich. Die Angaben dienen der reinen Information, damit das Beratungsergebnis nicht durch „Nebenkriegsschauplätze“ verfälscht wird. In diesem Zusammenhang muss der Anwender erklären, dass er auf acht typische Falschberatungen hingewiesen wurde, mit denen Makler und Versicherungsnehmer in der BU nicht selten „über den Tisch gezogen“ werden (z.B. die Qualität der Mitarbeiter eines Versicherers).

Insgesamt umfasst die iv nunmehr etwa 160 Hauptfragen mit mehr als 1.000 rechtsverbindlichen Details. Damit wird sicher gestellt, dass sämtliche Begrifflichkeiten für alle teilnehmenden Versicherern einheitlich definiert sind und unterschiedliche Begriffsdefinitionen keine abweichende Interpretation ermöglichen. Über Begrifflichkeiten muss damit im Leistungsfall nicht mehr gestritten werden. Einheitliche Begriffe und Definitionen sind unverzichtbare Grundlagen für einen Vergleich.

Ein schönes Beispiel stellt die bei einigen Gesellschaften zu findende Luftfahrtklausel dar. Beispielsweise heißt es bei der LV 1871 in § 3 Nr. 3 der AVB zur Classic BU mit Stand 01.2011 wie folgt:

„Bei Luftfahrten leisten wir nur, wenn die Berufsunfähigkeit bei Reise- oder Rundflügen der versicherten Person als Fluggast in einem Propeller- oder Strahlflugzeug oder in einem Hubschrauber verursacht wird. Fluggäste, sind mit Ausnahme der Besatzungsmitglieder, die Insassen, denen das Luftfahrzeug ausschließlich zur Beförderung dient.“

Nach diesem Bedingungswerk besteht also offensichtlich kein Versicherungsschutz für Piloten oder Stewardessen im Rahmen ihrer Berufsausübung. Unklar bleibt jedoch, ob der Ausschluss auch auf einen Mitarbeiter der Bergwacht anzuwenden ist, der lediglich auf dem Weg zu einem verunglückten Wanderer ist und dessen Flugzeug auf dem Weg zur Rettung selbst abstürzen würde.

Im Rahmen der iv wird den beteiligten Versicherern eine sehr präzise Frage gestellt, hier am Beispiel des Tarifes Classic BU der LV 1871:

Bedingungen

Flugrisiko

7.7

Bestehen bedingungsgemäß Leistungseinschränkungen zum Flugrisiko? Wenn Ja, dann müssen die Leistungseinschränkungen hier angegeben werden!

Hinweis: Die Antwort „Ja“ hilft niemandem. Erst durch die Auflistung der Einschränkungen wird sie für den VN wertvoll.

Beispiele: Medizinisches Personal bei Luftrettungen, Begleitpersonen, Ballonfahrten, Piloten, Besatzungsmitglieder, Flugpersonal in der Zivilluftfahrt, in der militärischen Luftfahrt, Ballonfahrten.

Hinweis: Möglicherweise werden in diese Frage nachträglich Ausnahmen eingefügt. Alle Leistungseinschränkungen, die nicht aufgezählt sind, gelten als versichert!

Frage:

Erläuterung: Hinweis: Gefragt ist nicht allein nach dem Begriff „Fluggast“.

Antwort: (keine eindeutige Ja/Nein-Antwort)

Bei Luftfahrten leisten wir nur, wenn die Berufsunfähigkeit bei Reise- oder Rundflügen der versicherten Person als Fluggast in einem Propeller- oder Strahlflugzeug oder in einem Hubschrauber verursacht wird. Fluggäste sind, mit Ausnahme der Besatzungsmitglieder, die Insassen, denen das Luftfahrzeug ausschließlich zur Beförderung dient.

An dieser Stelle gibt die iv nur den Wortlaut der Bedingungen wieder, wobei die Fragestellung die konkreten Begrifflichkeiten klar und eindeutig definiert.

Abweichend lautet die Antwort im Tarif „Golden BU“ ganz klar „nein“. Hier erkennt jeder Kunde klar, dass der Tarif in diesem Punkt keine deutlichen Einschränkungen beinhaltet. Wer Wert auf eine lückenlose Absicherung des BU-

Flugrisikos legt, kann damit diesbezüglich bedenkenlos den Tarif Golden BU abschließen. Das ist der feine Unterschied in der Beratung.

■ Schüler-BU, Azubi-BU oder Studenten-BU

Ein in der Praxis häufiger relevantes Beispiel betrifft den Übergang nach dem Ende einer Schüler-BU, Azubi-BU oder Studenten-BU. Bei den Schülern bietet die Nürnberger die Schüler-BU ab dem 5. Lebensalter an, sehr viel früher als andere Versicherungsunternehmen (hier in der Regel ab dem 14./15. Lebensjahr). Am Ende der Schulzeit hängt der Übergang bei der Nürnberger davon ab, ob bereits eine Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit besteht – bei einigen anderen Versicherungsunternehmen/Tarifen gibt es an dieser Stelle keine Einschränkungen. In der Antwort auf die Frage 3.2.3 heißt es hierzu bei der Nürnberger:

„Nimmt die versicherte Person innerhalb von drei Jahren nach Beendigung der Schulausbildung eine Berufsausbildung oder einen Beruf auf, hat sie das Recht, den Vertrag ohne erneute Gesundheitsfragen in eine Berufsunfähigkeits-Versicherung umzustellen, sofern zu diesem Zeitpunkt keine Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit besteht. Es bestehen zudem Erhöhungsoptionen ohne bzw. mit vereinfachten Gesundheitsfragen.“

Der Übergang von der Azubi-BU oder der Studenten-BU in einen normalen bzw. anderen Beruf ist dann wieder ohne jegliche Einschränkungen möglich. Viele andere Versicherungsunternehmen / Tarife verlangen hier wiederum, dass innerhalb von relativ kurzer Zeit eine Umtausch-Option ausgeübt wird. Je nach Tarif verfällt diese Umtausch-Option nach zirka ein bis drei Jahren und es gilt nur noch Versicherungsschutz gegen Erwerbsunfähigkeit. Damit sind die Haftungsfallen für den Vermittler schier endlos.

Zu diesem Themenkomplex (Kapitel 3 bis 5) erfolgen in den Kapiteln 3.0, 4.0 und 5.0 einleitende redaktionelle Klarstellungen, während die Antworten auf die eigentlichen Fragen selbstverständlich rechtsverbindlich sind. Beispielsweise heißt es in der Einleitung zu Kapitel 5: „Die redaktionellen Hinweise des Herstellers in diesem Kapitel (= 5.0) sollen den Beratern und Versicherungsnehmern als Hilfestellung dienen, sie sind nicht mit

den Versicherern abgestimmt und somit nicht Gegenstand der vertraglich vereinbarten iv.“ Entscheidend ist, dass nur dieser Prolog zu den benannten Kapiteln einen redaktionellen Hinweis der trixi® als Hersteller darstellt.

Beispielhaft wird Frage 5.1.4.2 wie folgt rechtsverbindlich dargestellt:

5.1.4.2 Student / Allgemeine Frage - Verweisung

Verweisung Künstlerische oder sportorientierte Studiaausprägung

Frage: Verzichten Sie auch bei einem Studenten - MIT - KÜNSTLERISCHER oder SPORTORIENTIERTER Studiaausprägung auf das Recht der abstrakten Verweisung“ (siehe Fragen-Gruppe 2), wenn der Leistungsfall während des Studiums eingetreten ist?

Antwort: (keine eindeutige Ja/Nein-Antwort)

Hinweis: Es gilt folgende Unterscheidung:

1. War der VN bereits vor Antritt des künstlerischen oder sportorientierten Studiums bei der Nürnberger gegen BU versichert, so gilt dieser Schutz auch für das künstlerische oder sportorientierte Studium.

2. Ist der VN bei Antragstellung bereits Student in einer künstlerischen oder sportorientierten Studiaausprägung, so gilt für die Dauer dieses Studiums und auch nach dem Studium nur der Schutz gegen Erwerbsunfähigkeit, egal in welcher beruflichen Tätigkeit. Eine Umstellung auf den Schutz gegen BU ist mit erneuter Gesundheitsprüfung möglich.

■ Die richtigen Fragen stellen

Natürlich könnten Sie als Makler für jede einzelne Regelung in den Bedingungen die richtigen Fragen stellen, diese einzeln verbindlich beantworten lassen und dem jeweiligen Antrag als Anlage beifügen. Es kommt sicherlich vor, dass ein Versicherer dazu bereit ist, gleich mehrere Seiten von Klarstellungen zu beantworten. Dies gilt insbesondere bei Anfragen von Ratern oder Medien. Bei der iv hingegen geht es um eine völlig andere Dimension, denn:

Alle Fragen, Begriffe, Erläuterungen, Präzisierungen ...

- sind einheitlich
- wurden in BU-Expertenrunden mit den VU, Experten der trixi®, sowie externen Fachleuten und Juristen erarbeitet

- wurden in der jeweiligen BU-Expertenrunde bislang einstimmig verabschiedet
- unterliegen somit einer gewissen „Normierung“ – und diese „Normierung“ darf nur in den gemeinsamen Expertenrunden verändert werden. Selbst trixi® als Hersteller darf nicht oder nur in Ausnahmefällen eingreifen, wenn dringender Handlungsbedarf kurzfristig keine Abstimmung in der Expertenrunde zulässt.

Wie gesagt: Nur so ist überhaupt ein rechtsverbindlicher Vergleich möglich, ohne dass ein Makler die Expertenhaftung für ein fremd erstelltes Rating übernehmen muss.

Die iv umfasst rund 160 Hauptfragen mit insgesamt ca. 1.000 Präzisierungen. Anfragen außerhalb eines derart normierten Systems können es dagegen schwer haben.

Beispielsweise geht aus Versicherungsbedingungen von Axa und DBV nicht klar und eindeutig hervor wie beispielsweise das „Ausscheiden aus dem Berufsleben“ definiert ist, also z.B. auch bei Elternzeit oder im Rahmen einer zweijährigen Weltreise. Selbstverständlich kann man sich in jedem Einzelfall eine entsprechende Klarstellung einholen, doch ist es sicher ein echter Vorteil, wenn die iv den teilnehmenden Gesellschaften zu diesem Beispiel die Fragen 2.5.1 und 2.5.2 stellt. Leider nimmt die DBV ebenso wenig wie die AXA an der iv teil, so dass hier stellvertretend für alle 8 an der iv teilnehmenden VU die Antworten der Nürnberger stehen sollen:

2.5.1 Vorübergehende Unterbrechung Erhalt des Versicherungsschutzes Frage:

Bleibt der Versicherungsschutz für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bei einer vorübergehenden Unterbrechung der Berufstätigkeit erhalten?

Bei einer vorübergehenden Unterbrechung gibt der Versicherte seine Erwerbstätigkeit nicht bewusst und gewollt auf, sondern unterbricht diese lediglich.

Erläuterung:

Beispiele für eine vorübergehende Unterbrechung: Mutterschutz, Erziehungsurlaub, Eigenkündigung des Arbeitsverhältnisses, Arbeitsunfähigkeit, ungewollte Arbeitslosigkeit. Eine vorübergehende Unterbrechung der Berufstätigkeit kann jedoch in ein Aus-

Finanzinformationen auf den Punkt gebracht.



- Jahresabonnement | 10 Ausgaben | inklusive Online-Archiv | Inland 60 €
- Online-Abonnement | inklusive Archiv | 30 €
- Schnupper-Abonnement | 3 Ausgaben: 15 €
- VI-Report, kostenfrei

- Ich bezahle nach Erhalt der Rechnung
- Ich möchte meine Rechnung per E-Mail erhalten
- Ich zahle bequem mittels Einzugsermächtigung, die hiermit erteilt wird (abzgl. 3 % Skonto)

Firma

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon/Telefax

E-Mail

Bitte unbedingt angeben. In Kombination mit der Abo-Nr. ist es Ihr Login zum Online-Archiv auf www.performance-online.de.

Geldinstitut, Ort

BLZ, Kto.-Nr.

Ort, Datum, Unterschrift

Diese Bestellung kann innerhalb einer Woche durch eine schriftliche Mitteilung an den Verlag widerrufen werden. Das Jahres-Abonnement verlängert sich automatisch um ein Jahr, sollte es nicht binnen drei Monaten vor Ablauf gekündigt werden. Das Schnupper-Abonnement erlischt automatisch nach Erhalt der dritten Ausgabe.

scheiden aus dem Berufsleben übergehen.

Der Versicherte ist aus dem Berufsleben ausgeschieden, wenn er jegliche berufliche Tätigkeit bewusst und gewollt aufgegeben hat oder wenn die Zeitspanne zwischen der Beendigung der früheren Tätigkeit und dem Versicherungsfall so groß ist, dass der Versicherte sie fachlich gar nicht mehr fortführen könnte (vgl. Frage 2.5.2).

Antwort: Ja

Anmerkung: Das heißt, es gibt keine Einschränkungen in diesem Tarif. In der optischen Ergebnisübersicht der BU-Ampel wird eine eindeutig positive Antwort wie immer als „+“ dargestellt. Nicht eindeutige Antworten mit „(+“ und für den VN negativer Antworten mit „-“.

2.5.2 Ausscheiden aus dem Berufsleben

Frist bei Beurteilung der BU

Frage:

Wenn der Versicherte aus dem Berufsleben ausgeschieden ist:

Nach wie vielen Jahren stellen Sie bei der Prüfung der BU nicht mehr auf die vor dem Ausscheiden zuletzt konkret ausgeübte Tätigkeit ab, sondern nur noch auf die vorhandenen Kenntnisse und Fähigkeiten?

- a) nach mehr als 3 Jahren
- b) nach mehr als 5 Jahren
- c) nach mehr als 10 Jahren
- d) Sonstiges: (bitte angeben)

Erläuterung:

Ist der Versicherte aus dem Berufsleben ausgeschieden, stellen die meisten Versicherer bei der Prüfung der BU nicht mehr auf die zuletzt konkret ausgeübte Tätigkeit ab, sondern nur noch auf die vorhandenen Kenntnisse und Fähigkeiten. Dies hat zur Folge, dass der Versicherte abstrakt auf eine Tätigkeit verwiesen werden kann, die er aufgrund seiner Kenntnisse und Fähigkeiten ausüben kann und die seiner Lebensstellung entspricht.

Einige Versicherer sehen eine „Schonfrist“ vor, vor deren Ablauf nur auf die zuletzt konkret ausgeübte Tätigkeit abgestellt wird. Der Versicherte bleibt in diesem Zeitraum von einer abstrakten Verweisung verschont. Je länger diese Frist ist, desto vorteilhafter ist die Regelung für den Versicherten.

Erläuterung:

Antwort: b) nach mehr als 5 Jahren.

■ Zwei Schwerpunktbereiche

Stark ausgeweitet wurde der Fragenkatalog hinsichtlich Schülern, Studenten, Bundeswehrangehörigen im Ausland und in Krisengebieten (z.B. kriegsähnliche Einsätze in Afghanistan, Wahlhelfer im Kongo, Einsätze unter UN- oder Nato-Mandat). Hier ist die iv noch in Gebieten rechtsverbindlich, zu denen die Bedingungen der Versicherer oftmals überhaupt keine Aussage treffen.

Grundsätzlich unterscheidet trixi zwei Schwerpunktbereiche:

I. Der Zeitraum bis zur Feststellung der BU Kapitel 1-12

Welche Kriterien sind wichtig, damit eine versicherungswillige Person im Leistungsfall einen BU-Rentenanspruch realisieren kann? Bezogen auf Schüler oder Studenten heißt das etwa, dass ein Übergang ins Berufsleben ohne erneute Gesundheitsprüfung, Fristen für eine mögliche Optionsausübung etc. sichergestellt ist. Nur dann ist ein bedarfsgerechter Versicherungsschutz gegeben.

II. Der Zeitraum während der BU (BU- Leistungsphase) Kapitel 13 + 14

Welche Kriterien sind von Bedeutung, wenn der Leistungsfall bereits eingetreten ist? Welche Dynamikmodelle bestehen? Wie funktionieren diese? Welche Regelungen gelten für die Nachprüfung des Leistungsfalles?

Natürlich können weder trixi® noch der Makler in die Zukunft schauen, dennoch gibt die iv durch den Aufbau von „Szenarien“ zum Teil diese Möglichkeit – und dies sogar in Bereichen, die normalerweise gar nicht erst beraten werden, obwohl diese für die VP unsagbar wichtig sein können. Beispiel: Phasen vor – und nach dem Eintritt der BU – und der Wiedereingliederung:

Phase I – vor dem Eintritt der BU

In der iv sind zwar zahlreiche Klarstellungen gegeben. Die Kriterien für die Phase I. können und müssen natürlich nur danach ausgewählt werden, was zum Zeitpunkt der Antragsstellung absehbar ist. Damit ist die Absicherung der Studenten-BU zwar ein Muss für die Empfehlungsgebung für die Zielgruppe Studenten, jedoch nicht passend, wenn ein

Angestellter, Selbstständiger oder Beamter zu versichern ist. Dessen ungeachtet, enthält die iv, die ein Versicherungsnehmer als Sonder-AGB zu seiner Police enthält, alle Fragen zu allen Berufsgruppen, die in der iv enthalten sind. Schließlich könnte es sein, dass der Kunde zunächst Angestellter ist, dann aber doch studieren möchte und schließlich verbeamtet wird.

Sollte die benannte Person einmal den Status wechseln, so gibt ein Blick in Kapitel 5 (= Studenten) verbindlich Auskunft über Fragen und Antworten für den späteren Vertragsverlauf.

Phase II – die BU ist eingetreten. Wie geht es nun weiter mit der Dynamik?

Gerade der Fragenblock rund um das Thema Dynamik ist von erheblicher Bedeutung für die Beratungshaftung. Ein Beispiel soll dies deutlich machen:

Zwei Ihrer Kunden haben bei einem Anbieter xy eine monatliche BU-Rente von 2.000 Euro vereinbart. Dazu hat man sich für eine Dynamik von 5% vor und 3% nach Eintritt des Leistungsfalles entschieden. Kunde A hat die Dynamik einmal mitgenommen und dann dreimal abgelehnt. Kunde B hat die Dynamik von 5% jährlich mitgenommen. Nach 5 Jahren werden beide Kunden für einen Zeitraum von 5 Jahren berufsunfähig. Die versicherten BU-Renten gestalten sich damit im Zeitverlauf wie folgt:

Jahr	Kunde A	Kunde B
1	2.000,00 €	2.000,00 €
2	2.100,00 €	2.100,00 €
3	2.100,00 €	2.205,00 €
4	2.100,00 €	2.315,25 €
Leistungsfall: BU		
5	2.163,00 €	2.384,71 €
6	2.227,89 €	2.456,25 €
7	2.294,73 €	2.529,94 €
8	2.363,57 €	2.605,83 €
9	2.434,48 €	2.684,01 €
10	2.507,51 €	2.764,53 €

Wie nicht anders zu erwarten, ist die Rente von Kunde B im zehnten Jahr deutlich höher als bei Kunde A.

■ Recht auf weitere Dynamisierung?!

Was passiert aber nun im Jahr 11? Bei Kunde A ist zumindest klar, dass keine weitere Leistungsdynamisierung stattfindet, bei Kunde B ist jedoch offen, ob sich die Rente wieder wie vor Eintritt der BU

um 5% p.a. erhöht oder ob der Anspruch auf Aktivdynamik mit Eintritt des Leistungsfalles erloschen ist. Eine zweite Frage, die nicht ohne Weiteres zu beantworten ist, lautet: bezieht sich die Dynamik von 5% p.a. bei Kunde B auf die zuletzt versicherte Rente im Jahr 10 oder die Rente im Jahr 4?

In der Regel kommt nun eine sehr ernüchternde Antwort: das Recht auf weitere Dynamisierung erlischt mit dem Eintritt des Leistungsfalles. Bleibt sie jedoch bestehen, so bezieht sie sich meist auf die Rente vor Eintritt des Leistungsfalles.

Es sind je nach Tarif unterschiedliche Möglichkeiten denkbar, die für den VN von großer Bedeutung sein können. Zum Beispiel kann die Beitragsdynamik ...

- nicht mehr weitergeführt werden. Es gilt der Stand vor dem Eintritt der BU
- mit dem Stand vor dem Eintritt der BU weitergeführt werden
- mit dem Stand weitergeführt werden, der durch die garantierte Leistungsdynamik erreicht wurde
- [...]

Nun stellt sich jedoch die nächste Frage: wird etwa Kunde A nach weiteren 5 Jahren erneut ein Leistungsfall (also im Jahr 15)? Auf welcher Basis gilt dann die garantierte Erhöhung von 3% p.a.? Siehe oben.

Alle Varianten wirken sich auf die Kalkulation aus – und damit auf den Preis.

Es stellt sich die Frage, ob dem VN beim Abschluss wirklich klar ist, welche Leistungen er im Falle einer wiederholten Berufsunfähigkeit erhält.

Für den Tarif SBU-Comfort der Nürnberger Beamten lauten die Antworten auf drei der hier stark verkürzt dargestellten Kernfragen wie folgt:

Frage 13.1 Bleibt eine regelmäßig ausgeübte Leistungsdynamik nach Leistungseintritt erhalten?

Nein

Frage 13.2.1 Gibt es eine garantierte Leistungsdynamik, wenn bereits bei der Antragstellung die Dynamik mitversichert war und diese bei Eintritt des Leistungsfalles NICHT oder NICHT MEHR versichert ist?

Nein

Frage 13.3.1 Ist eine weitere Dynamik (Beitrags- und/oder Leistungsdynamik)

ohne erneute Gesundheitsprüfung möglich, wenn der VN vorübergehend BU-Rente bezogen hat und wieder gesund ist?

Hier gibt die Nürnberger keine eindeutige Ja/Nein-Antwort: „Das Recht auf Erhöhungen erlischt, wenn die versicherte Person ganz oder teilweise BU oder pflegebedürftig geworden ist. Im Falle der ersten Reaktivierung (Wiedereintritt in das Berufsleben) lebt das Recht auf Erhöhungen wieder auf, wenn die BU bzw. Pflegebedürftigkeit höchstens 24 Monate bestanden hat. (Quelle: Beitragsdynamik §5 Absatz 4)“

Wenn in der bedarfsgerechten Beratung die garantierte Leistungsdynamik vom Versicherungsnehmer gewünscht ist, dann ist die Auswahl des oben dargestellten C-Tarifs ungeeignet. Vielmehr sollte ein Tarif mit dem zusätzlichen Buchstaben „D“ gewählt werden (z.B. SBU2501 DC). Die Antwort auf die Frage 13.2.1 würde im konkreten Beispiel ansonsten eine Falschberatung des Maklers aufzeigen.

Der richtige Weg: Die BU-Ampel bietet dem Anwender unter den „im Einzelfall existenzwichtigen Fragen“ eine eindeutige Auswahl an, so dass beispielsweise bei der Nürnberger nur noch alle Tarife mit „D“ verbleiben – und das ist dann die richtige, bedarfsgerechte Beratung in diesem Fall.

Es geht noch genauer, um das Szenarium „Fortführung der BU-Absicherung nach der Wiedereingliederung – erneuter Eintritt einer BU“ zu beraten. Zu diesem Zweck führt trixi® aktuell die Ausschreibung für eine weitere Frage 13.3.2 durch. Der Grund: Es gibt Tarife, bei denen sich die während der Zeit der Berufsunfähigkeit erreichte Dynamik

- a) erhält
- b) nicht erhält.

An dieser Stelle ein erstes Zwischenergebnis: Die Alte Leipziger hat bereits verbindlich mitgeteilt, dass bei ihr diese Ansprüche erhalten bleiben. Beispiel: Erhöhungen aus der garantierten Leistungsdynamik.

■ Vertiefende Beratung: Im Einzelfall existenzwichtige Leistungsfragen

Auswahl: Garantierte Leistungsdynamik

Insgesamt besteht der Fragenkatalog aus 15 Kapiteln. So behandelt etwa Kapitel 13 nur noch Dynamikfragen rund um die eigentliche BU-Rente, gleich ob als SBU, BUZ oder alleinige Beitragsfreistellung.

Kapitel 14 dreht sich um alle Dynamikfragen des „Haupttarifs“ (= Trägertarif) zur BUZ. Konkret geht es also darum, inwiefern ab Eintritt des Leistungsfalles die Sparzielgarantie für den Haupttarif gewährleistet ist. Der Punkt „B“ (mit reiner Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit) ist für alle LV-Tarife von herausragender Bedeutung. Gleichzeitig ist „B“ geradezu ein ständiger Unruheherd für Beratungsfehler (unterlassene Beratungspflicht des Maklers) – und eine tolle Chance, um in Bestände schlecht beratener Versicherungsnehmer einzudringen.

Versicherungstipp:

Die Absicherung gegen Berufsunfähigkeit gilt unbestritten als „existenzwichtiges Risiko“. Damit sollte „B“ in jeder Vorsorge (z.B. Altersvorsorge, bAV, Risikolebensversicherung) grundsätzlich und nachhaltig angeboten werden. Lehnt der Versicherungsnehmer den Einschluss „B“ ab, dann sollte die Ablehnung des Versicherungsnehmers nicht nur als Dokumentation, sondern zwingend in einer Beratungsdokumentation mit der Unterschrift des Versicherungsnehmers festgehalten werden.

Erfolgt seitens des Versicherungsunternehmens ein Ausschluss der „B“ oder ein Risikozuschlag (RZ), dann ist dies für den Berater ein hervorragender Beweis dafür, dass richtig beraten wurde. Lehnt der Versicherungsnehmer den RZ ab, so sollte hier ebenfalls zwingend die Unterschrift des Versicherungsnehmers erfolgen. Ein späterer Schadenersatzanspruch gegen den Makler / Berater wird dann schwierig.

Abschnitt B: Die BU-Ampel

Weder der Makler, noch der VN müssen die 160 Hauptfragen und 1.000 Details auswendig kennen.

Wichtig ist alleine, dass der VN den „bedarfsgerechten“ Versicherungsschutz erhält, den er braucht. Die Beratungstechnologie „BU-Ampel“ leistet wertvolle und schnelle Hilfe, in dem die Beratung sofort auf die speziellen Berufsgruppen eingeht, existenzwichtige Fragen abklärt, Empfehlungen anbietet (die der VN annehmen oder ablehnen kann) und die Gesprächsführung sofort im Hintergrund dokumentiert – ohne dass der Makler dies verhindern könnte. Als Ergebnis erscheinen nur noch die Tarife, welche die grundsätzlichen, für den VN existenzwichtigen Leistungspunkte erfüllen.

Die Beratungstechnologie „BU-Ampel“ selbst ist kein rechtsverbindliches Beratungssystem, aber sie greift direkt auf die Antworten in der iv als Sonder-AGB zur Police zu. Dabei greift die BU-Ampel nur auf einen eher kleinen Teil der Fragen und Antworten der iv zu.

Gleich zu Beginn der Anwendung muss sich der Kunde entscheiden, ob er seine Entscheidung auf Anbieter begrenzen möchte, die rechtsverbindliche Erläuterungen zum Leistungsumfang bieten (= mit iv), oder auf eine entsprechende Normierung der Leistungsaussagen verzichtet werden soll (= Marktauswahl unabhängig von iv):

Ein weiterer, wesentlicher Vorteil der BU-Ampel ist damit, dass sicher dokumentiert werden kann:

- es wurde eine entsprechende Option zur Vereinbarung der iv eingeräumt
- und welche Anbieter in diesem Zusammenhang berücksichtigt wurden.

Die Beratung mit der „BU-Ampel“ ist nur dann möglich, wenn alle Antworten mit „Ja“ erfolgen (= mit iv). Unverbindliche Ratings, Rankings, Vergleiche können diese Auswahl nicht erfüllen (= Marktauswahl ohne iv) und bedeuten allerhöchstens bis zu 10 Jahre lang Expertenhaftung für den Makler.

Für die iv stellt sich diese Frage nicht, weil der Versicherer für die Aussagen der iv als Sonder-AGB die volle Haftung übernimmt.

Dies nicht nur für 10 Jahre, sondern über die gesamte Laufzeit des Vertrages – ein ganz außerordentlicher Vorteil für den Makler – und den VN! Hinzu kommt ein weiterer, wesentlicher Vorteil der BU-Ampel: Die automatisierte Dokumentation der Gesprächsführung – man denke hier an das Urteil des LG Wuppertal (LG Wuppertal 04.08.2011 Az. 9 S 99/10 zu Multiple Choice) und zugleich an das Urteil des OLG Saarbrücken (Urteil vom 27.01.2010 (Az.: 5 O 337/09-82)) zur Beweislastumkehr, wenn nicht „ordentlich“ dokumentiert ist.

Mit Stand vom 10.05.2012 ist eine iv für 34 Tarife der nachstehend benannten 8 Versicherer möglich:

- Alte Leipziger Lebensversicherungsgesellschaft a.G.
- Dialog Lebensversicherungs-AG
- HDI-Gerling-Lebensversicherung AG
- Lebensversicherung von 1871 a. G. München
- NÜRNBERGER BEAMTEN Lebensversicherung AG
- NÜRNBERGER Lebensversicherung AG
- Schweizerische Lebensversicherungs- und Rentenanstalt (Swiss Life)
- Württembergische Lebensversicherung AG

Hinweis: Als weiterer Versicherer hat die WWK die Teilnahme an der iv zugesagt. Die umfangreiche Abklärung der iv Fragen war bei Redaktionsschluss noch nicht abgeschlossen.

In der Vergangenheit wurden über die verschiedenen Ausschreibungen alle BU-Versicherer in Deutschland angefragt. Insbesondere über öffentliche Ausschreibungen vom ARD-„Ratgeber Geld“ / Bayerischer Rundfunk oder Ausschreibungen der trixi® GmbH als Hersteller.

■ **Grenzen der iv:**

Auch ein so umfassendes System wie die iv hat ihre Grenzen. Ein echtes Manko der iv ist, dass speziell Angebote für die Absicherung von Beamten gegen Dienstunfähigkeit derzeit nur ungenügend möglich sind. So ist beispielsweise die DBV der einzige Versicherer, der auch Teildienstunfähigkeit mitversichert, während die Ergo als einziger Anbieter für Beamte unter 45 Jahren eine Dienstunfähigkeit nicht allein aus medizinischen Gründen versichert. Wer jedoch über die iv ein Angebot auf DU sucht, findet ausschließlich jenes aus dem Hause Nürnberger Beamten und nicht etwa DBV, Debeka, HUK-Coburg, Ergo, Karlsruher, Münchener Verein, Neue BBV, Signal Iduna, Württembergische oder WWK. Damit ist die iv zwar für eine

1. Für alle Tarife muss die Ausgangsbasis im Vergleich identisch sein. Fragen, Begriffe, Definitionen müssen einheitlich sein – eine Art NORMUNG	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
2. Der Vergleich muss objektiv erfolgen. Das heißt, jeder Versicherer kann zu gleichen Bedingungen + kostenfrei teilnehmen.	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
3. Der Vergleich darf nicht von einem Anbieter / Versicherer bezahlt sein oder in Auftrag gegeben werden. Alle Personen, Firmen, Versicherer, die Einfluss auf den Vergleich haben, müssen namentlich benannt sein. Die gilt ganz besonders für Rater, Medien und Stiftungen.	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
4. Das Ergebnis des Vergleiches soll als Sondervereinbarung zur Police gelten. Bei Antwort „Ja“ müssen alle anderen Fragen mit „Ja“ beantwortet werden. Die Antwort „Nein“ bedeutet: a) Es gelten nur die gesetzlichen Regelungen / Haftungsansprüche b) Es wird die Beratung mit einem Vergleich gewünscht, der nicht verbindlich ist	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5. Kontrollfragen zu Ziffer 4: Das VU muss für die gesamte Laufzeit des Vertrages an das Ergebnis des Vergleiches als Sondervereinbarung zur Police gebunden sein. Bei Antwort „Ja“ müssen alle anderen Fragen mit „Ja“ beantwortet werden. (Beispiel: über 50 Jahre bei einem Eintrittsalter 15 und dem Ablaufalter 65)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

objektive Anbieterselektion geeignet, da sämtliche deutschen Versicherer an der offenen Ausschreibung teilnehmen können, mehrfach angefragt wurden und damit eine Möglichkeit zur Aufnahme in den Vergleich hatten; die iv ist auf der anderen Seite für die benannte Zielgruppe nur bedingt geeignet, da keine hinreichende Anbieterauswahl zur Verfügung steht.

Grundsätzlich ist es sinnvoll, jedem Kunden die Möglichkeiten der iv aufzuzeigen. Dazu steht dem Berater und dem VN die so genannte „BU-Ampel“ als Beratungstechnologie zur Verfügung. Die „BU-Ampel“ selbst ist kein rechtsverbindliches Beratungssystem, sie greift aber in ihren Fragen direkt auf die Antworten in der iv zu. In speziellen Fällen (Beispiele siehe oben) kann es aber sinnvoll sein, neben den Teilnehmern an der iv auch noch weitere Marktteilnehmer in der Beratung zu berücksichtigen.

- Die BU-Ampel ist nicht dazu vorgesehen, Risikovorfragen oder gar eine Risikobeurteilung durch den Versicherer zu ersetzen. Eine eigene Risikobeurteilung wird damit also nicht ersetzt, ist aber auch nicht die Zielsetzung der iv.
- Es fehlen grundlegende Abgrenzungen einer Berufsunfähigkeitsversorgung gegenüber anderen Formen der Arbeitskraftabsicherung. Frage 7.1. spricht zwar eine mögliche Dread-Disease-Leistung als BU-Ergänzung an und Frage 7.2. fragt danach, ob auch andere Formen der Arbeitskraftabsicherung (z.B. Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherung) vom Anbieter angeboten werden. Diese Aufzählung ist jedoch keineswegs vollständig und zufriedenstellend. Dies liegt aber daran, dass es nicht Aufgabe der BU-Ampel sein soll, in andere Bereiche der Beratung einzugreifen. Damit ist und bleibt es natürlich Aufgabe jedes Maklers / Beraters selbst zu entscheiden, welche alternativen Formen der Arbeitskraftabsicherung er bei seinem Kunden thematisieren möchte. Nur weil ein Kunde gesundheitsbedingt oder finanziell in der Lage ist, sich gegen Berufsunfähigkeit zu versichern, muss dies nicht zwangsläufig die vom Kunden angestrebte Form der Absicherung sein. Auch ist die Aufgabe des Maklers

nicht die Bevormundung seiner Kunden, sondern das fachliche Aufzeigen verschiedener Möglichkeiten zur optimalen Gestaltung des Versicherungsschutzes. Dafür wird bei trixi® umso klarer auf den Übergang von Krankentagegeld zu Berufsunfähigkeit und damit verbundene Probleme sowie auf die Bedeutung eines möglichst nahtlosen Übergangs von Berufsunfähigkeitsrente und Altersvorsorge eingegangen.

- Für bestimmte Zielgruppen ist die Tarifauswahl zwar objektiv neutral, aber wenig geeignet, da entweder keine Tarife (z.B. Beamte im Vollzug) oder nur wenige Tarife (z.B. Beamte im allgemeinen Dienst: nur Nürnberger) verfügbar sind. Auch erfolgt z.B. eine Klarstellung zur Infektionsklausel nur für Ärzte oder Pflegepersonal, nicht jedoch hinsichtlich Gastwirten, Kindergärtnern oder Lehrern. Zielgruppenspezifische Fragen fehlen auch zu Berufssportlern und manchen gefahrenträchtigen Berufen. Bei der Abfrage konkreter Berufsbilder fehlen z.B. „exotische“ Berufsbilder wie beispielsweise „Kordinator/In für Airport Prozesse“, „Kanonemensch“, Artisten, Sprengmeister oder Berufsfußballer. Berücksichtigt werden sie im Rahmen der BU-Ampel, in dem man sie als Angestellte oder Selbstständige eingibt, wobei eine gleichzeitige Ausübung unselbstständiger und selbstständiger Tätigkeiten zwar im Rahmen der iv manuell berücksichtigt werden kann; dies geschieht jedoch nicht automatisiert. Ob ein konkreter Versicherungsnehmer mit seinem Berufsbild in eine besonders risikoträchtige Berufsgruppe einzuordnen ist (= Berufe mit starker körperlicher Beanspruchung und/oder erhöhter Unfallgefährdung und/oder Arbeiten in körperlicher Zwangshaltung), muss der Makler als Experte an dieser Stelle selbst beurteilen. Es empfiehlt sich in jedem Fall eine Anfrage bei den Risikoprüfern der in Frage kommenden Versicherungsunternehmen mit einer genauen Tätigkeitsbeschreibung im konkreten Berufsbild. Der Grund hierfür ist ganz einfach: Beispielsweise bleiben die Prämie und die vereinbarte Leistung für einen Schüler, Azubi oder Studenten (Berufsgruppe 1, 2) auch dann bestehen, wenn er später in eine risi-

koträchtere Berufsgruppe (je nach VU gibt es aktuell bis zu 7 Stufen von Berufsgruppen in einem Unternehmen / Tarif) wechselt. Ausnahmen (bezogen allein auf die Leistung) hierzu müssten im Tarifwerk verankert sein. Dies trifft etwa auf einige Versicherungsunternehmen zu, die sich nicht an der iv beteiligen (z.B. Soldaten oder Studenten beim Volkswohl Bund). Beispielsweise heißt es beim Volkswohl Bund zum Thema Soldaten in den Annahmerichtlinien wie folgt:

Soldaten

Soldaten, die länger als 2 Jahre bei der Bundeswehr tätig sind oder einen Ausbildungsabschluss haben, können einen BU-Schutz beantragen.

Soldaten, die weniger als 2 Jahre bei der Bundeswehr tätig sind und keinen Ausbildungsabschluss haben, können einen EU-Schutz mit Umtauschoption beantragen.

Das Haftungsrisiko für Makler ist hier deutlich: einerseits dauert die Ausbildung für Auslandseinsätze „nur“ 9 Monate und nicht 2 Jahre, andererseits muss ein Schüler schon sehr genau befragt werden. Was ist, wenn ein Abiturient über die Bundeswehr ein Studium aufnimmt, für das er an einer „normalen“ Universität der Numerus Clausus nicht ausreicht? Eine Berufsunfähigkeit als Soldat kann dem Makler dann buchstäblich „Haus und Hof“ kosten.

■ Umtauschoption für Soldaten

Die weitere Gestaltung sieht beim Volkswohl Bund so aus: Nach Ablauf einer zweijährigen Tätigkeit als Soldat bei der Bundeswehr kann die Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung in eine Berufsunfähigkeitsversicherung gleicher Höhe und Dauer umgetauscht werden.

Die Umtauschoption muss innerhalb eines Jahres nach dem erstmöglichen Termin zur Ausübung der Option tatsächlich ausgeübt werden (Umtauschzeitpunkt).

Nach Maßgabe der zum Umtauschzeitpunkt gültigen Annahmerichtlinien versichern wir den zum Umtauschzeitpunkt ausgeübten Beruf bzw. das angestrebte Berufsziel. Die Umstellung erfolgt auf Basis des dann gültigen Tarifs für die Berufsunfähigkeitsversicherung, des erreichten Alters und der bei der Bundeswehr ausgeübten Tätigkeit der versicher-

ten Person. Dabei können berufsbildspezifische Einschränkungen wie Höchstrenten oder maximale Versicherungsdauern zu einer Reduzierung des Versicherungsschutzes führen oder eine nicht gegebene Versicherbarkeit den Umtausch ausschließen. Der zu zahlende Beitrag wird in der Regel aufgrund des größeren Leistungsumfanges deutlich steigen.

Ähnliche Einschränkungen gelten beim Volkswohl Bund, wenn man über die Bedingungen hinaus auch die Annahmerichtlinien berücksichtigt.

- Wünschenswert wäre eine Abfrage auch von ausgeübten Nebenberufen und gefährlichen Hobbys. Mitunter kann es sein, dass eine zeitlich weniger bedeutsame Tätigkeit einen weit überdurchschnittlichen Anteil des Einkommens ausmacht (z.B. bei einem nebenberuflichen Spieleentwickler oder Romanautor).

- Noch nicht optimal ist es, dass im Rahmen der Prämienberechnung nach dem prozentualen Anteil von Bürotätigkeit und körperlicher Tätigkeit gefragt wird und beides zusammen 100% ergeben muss. Wer allerdings als Verkäufer oder im Außendienst tätig ist, wird im Zweifel jeweils 0% angeben müssen. Hier besteht Nachbesserungsbedarf. Eine entsprechende Überarbeitung wurde bereits angekündigt.



Scheinbare Nachteile der iv

- Insgesamt nur geringe Zahl von Versicherern, die sich an der Ausschreibung beteiligt haben. Dies kann als Einschränkung empfunden werden, wenn gerade gerne vermittelte Anbieter (z.B. Allianz, Condor, Generali, Volkswohl Bund etc.) nicht gelistet sind. Objektiv durften und dürfen jedoch alle Anbieter an der Ausschreibung teilnehmen. Dem Versicherungsnehmer reicht letztlich in aller Regel ein Tarif, der seine Wünsche und Bedürfnisse erfüllt und den er für eine angemessene, möglichst günstige Prämie erhält. Dies leisten die Versicherer bzw. die Tarife mit iv allemal.

- Die sehr ausführlichen Leistungsfragen und -antworten könnten dazu führen, sich nicht mehr selbst mit den ausgewiesenen Tarifen zu beschäftigen. Dies ist zumindest insofern unbedenklich, als dass die iv ausdrücklich nur

zum Vorteil von den Bedingungen abweichen darf und kaum ein Makler, Rater oder „Vergleicher“ in der Lage sein dürfte, eine derart umfassende Ausarbeitung eigenverantwortlich zu erstellen, geschweige denn diese zum rechtsverbindlichen Bedingungsbestandteil werden zu lassen.

- Dabei empfiehlt trixi® dem Makler / Berater selbstverständlich auch andere Quellen für seine eigene Information zu verwenden. Nur sollte er unter keinen Umständen unverbindliche Ratings, Rankings, Softwarevergleiche, Vergleiche in Medien und dgl. an den Versicherungsnehmer übergeben. Denn für deren Inhalte haftet er als der Experte gegenüber dem Versicherungsnehmer. Der Rater haftet nur für Vorsatz, grobe Fahrlässigkeit sowie für leichte Fahrlässigkeit hinsichtlich wesentlicher Vertragspflichten – also für Tatbestände, die schwer zu beweisen sind. Das Risiko für den Berater ist im Grunde nicht kalkulierbar. Eine Beratung von Kunden allein anhand unverbindlicher Rating- und Rankingergebnisse verbietet sich für den qualifizierten Makler von selbst.



Wesentliche Vorteile der iv

- Objektive Marktauswahl, da sämtliche verfügbaren Anbieter angeschrieben wurden und diesen eine Teilnahme an der offenen Ausschreibung ermöglicht wurde. Alle berücksichtigten Anbieter werden ergänzend namentlich in der Dokumentation benannt.

- Weitgehend automatische Dokumentation im Hintergrund mit umfangreichen Klarstellungen zum Leistungsumfang der teilnehmenden Tarife.

- Im Gegensatz zu allen anderen Vergleichen, Ratings, Rankings oder Bewertungen in Testzeitschriften gelten die Aussagen in der iv rechtsverbindlich für die gesamte Vertragslaufzeit, also weit über die Haftung von 3 (max. 10) Jahren des Maklers bzw. sonstigen Beraters hinaus.

- Die iv gilt als Sonder-AGB zusätzlich zu jedem darüber beantragten Vertrag. Das Versicherungsunternehmen bleibt damit an die Inhalte gebunden. Die iv geht mit ihren zahlreichen Klarstellungen zum Leistungsumfang weit über herkömmliche Standards hinaus. Nach

Kenntnis von trixi® hat es seit Einführung im Jahre 1995 noch keine Prozesse um Verträge mit iv gegeben.

- Die iv gilt stets zum Vorteil des VN. Eine mögliche Abweichung von Bedingungen kann damit niemals nachteilig sein. (Garantieerklärung in Kapitel 15.2)

Sicher wird es in der Regel nicht erforderlich sein, dass ein Makler mit seinem Kunden alle 45 Seiten der iv Satz für Satz durchgeht. Besonders wichtige Fragen für das konkrete Berufsbild oder für den konkreten Einzelfall wichtige Risiken sollten jedoch in jedem Fall ausführlicher besprochen werden. Entscheidende Punkte wie das Thema abstrakte Verweisung oder auch der Übergang von Krankentagegeld zu Berufs-unfähigkeit sind im Rahmen der iv bzw. der BU-Ampel bereits angesprochen.

Sehr positiv ist, dass auf verschiedene Fallkonstellationen hinsichtlich des KT-Bezuges und der grundsätzlich vorhandenen Versicherungslücke zur BU-Rente (z.B. Pflichtversicherte in der GKV, freiwillig versicherter Angestellter, gesetzlich Pflichtversicherter, Selbständige) konkret eingegangen wird (Kapitel 8.6 ff).

Abschnitt C: Der Tarifrechner

Zur Berechnung der Tarife wurde eine Schnittstelle zum LV-Rechner der Firma msc – maklersoftware.com entwickelt. Der Tarifrechner kann wie folgt verwendet werden.

Kostenfrei:

1. Als reiner Prämienvergleich zu allen Tarifen, bei denen eine iv möglich ist.
2. Im Rahmen der BU-Ampel als Prämienvergleich zu den als bedarfsgerecht ermittelten, mit iv verbliebenen Tarifen

Kostenpflichtig:

3. Als reiner Prämienvergleich auch zu Tarifen und Versicherern, bei denen keine iv gezeichnet werden kann. Aufpreis pro Lizenz: 30 Euro + MwSt.

Abschnitt D: Die iv-individualvereinbarung® in der Praxis

Seit dem 1.10.2011 erfolgt die Einreichung einer iv zentral über die trixi®-Tochter „ivUnion“. Diese regelt die Zuordnung der Anträge an die zuständigen Betreuer und Bezirksdirektionen der Versicherer sowie zu eventuell beteiligten, weiteren Einreichungsstellen (= für die iv autorisierte Pools / Maklervertriebe). Wer also beispielhaft seine Anbindung an die Alte Leipziger, Dialog, HDI-Gerling, LV 1871, Nürnberger, Württember-

gische über einen autorisierten Vertrieb besitzt, reicht zwar den Antrag zentral über die ivUnion ein, hat aber in allen anderen Belangen weiterhin seine bekannten Ansprechpartner. Die Bestände gehen nicht auf die ivUnion über, sondern bleiben grundsätzlich beim Makler. Eine Ausnahme stellt aktuell die Swiss Life dar, bei der aktuell nur Pooling möglich ist. Versicherungsnehmer und Vermittler haben mit der Teilnahme an der iv

keine Mehrkosten, da der gesamte Ablauf kostenfrei ist. Die Finanzierung erfolgt über die jeweilige Einreichungsstelle. Abrechnung und Controlling gegenüber den beteiligten Versicherern laufen zentral über die ivUnion. Diese meldet sich auch bei eventuellen Stornofällen. Insbesondere sollte die „Umdeckung“ von einem Vertrag mit iv zu einem BU-Tarif ohne iv sehr gut begründet werden – umgekehrt nicht.

Abschnitt E: Kosten und aktuelle Entwicklung im Markt

Das neue Vermittlerrecht und die aktuelle Rechtsprechung zeigen Wirkung. Pools und das erste Internetportal führen die iv obligatorisch ein.

Kosten

Versicherungsnehmer haben mit der Teilnahme an der iv keine Mehrkosten. Die Gegenfinanzierung erfolgt über die jeweilige Einreichungsstelle. Mit anderen Worten: Pools geben einen Teil ihrer Courtage ab, um die iv zu finanzieren. In Einzelfällen kann dies mit der eher geringen Kürzung der Courtage verbunden sein – oder mit einer Erhöhung.

Erstmals führen größere Pools die iv obligatorisch in ihr Beratungskonzept mit ein

In 2011 noch kaum vorstellbar, in 2012 fast schon Normalität: Erste Pools (z.B. Wifo) und Maklervertriebe steigen in der BU sehr nachhaltig auf die Beratung mit einem normierten, rechtsverbindlichen System um – auf die iv. Die Gründe liegen einerseits im Stichwort „Qualitätsberatung“ verborgen. Andererseits im enormen Haftungsrisiko und möglichen Image-Problemen, sobald ein Makler in seiner Not „seinem“ Pool den Streit verkündet. Hat der Pool beispielsweise die vom Makler in der Beratung verwendete Ratingssoftware zur Verfügung gestellt, diese empfohlen, oder auch nur darauf verlinkt – dann ist er grundsätzlich in der Empfehlungshaftung. Dieses ernste Risiko (Streitverkündung durch den Poolpartner im Rahmen des gerichtlichen Haftungsprozesses) versuchen nun die ersten Pools abzuwehren.

Die Strategie in 3 Schritten:

1. Unverbindliche Ratings, Rankings, Vergleichssoftware nie dem VN übergeben!

Natürlich können gut recherchierte Ratings wichtige Informationen für den Makler enthalten. Der Makler darf diese nur nicht beim Versicherungsnehmer in der Beratung verwenden. Einer „Todsünde“ gleich ist die Übergabe des Ratings im Angebot. Will der Makler Inhalte des Ratings in seiner Beratung verwenden, dann kann er diese mit eigenen Worten (!) dem Versicherungsnehmer als seinen (!) „Rat, Empfehlung und Begründung“ weitergeben und so als seinen Rat dokumentieren. Nie das Rating selbst!

2. Ratingsoftware nur als reinen Preisvergleich verwenden!

Ein Bedingungsvergleich sollte auch hier nie den Schreibtisch des Maklers verlassen. Es sei denn, der Makler möchte unbedingt die Haftung für die Inhalte des Ratings übernehmen – seine Entscheidung. Erste Pools distanzieren sich klar von diesen unverbindlichen Vergleichen und lassen nicht einmal Verweise oder Links auf ihrer Webseite zu. Damit wird die Streitverkündung des Maklers an den Pool praktisch unmöglich. Was bleibt ist nur noch die Streitverkündung an den Hersteller des Ratings bzw. der Ratingsoftware.

3. Die Beratung erfolgt immer mit Tarifen, bei denen die iv möglich ist.

Nachdem eine Reihe von großen BU-

Versicherern die iv zeichnet, dürften bis zu 99% aller Versicherungsnehmer damit hervorragend und bedarfsgerecht beraten werden können (z.B. keine speziellen Tarife mit iv sind vorhanden für: Beamte im Vollzug. Dies bedeutet noch lange nicht, dass ein Tarif eines Beamtenversicherers für den VN immer vorteilhaft ist). Hinzu kommt, dass die offene Ausschreibung der iv normiert ist und sich grundsätzlich an alle Versicherer richtet – objektiver geht es nicht. Auf eine Beratung mit Sonnen, Monden, Buchstaben oder Punkten wird aus Sicherheitsgründen verzichtet.

Weitere Neuerung

Seit kurzem bewirbt das erste Internetportal nur noch Tarife mit iv. Die am 24.5.2012 neu gestartete Internet-Plattform für Berufsunfähigkeitsversicherungen BU-Vertrauen.de empfiehlt als einziges Portal explizit Tarife mit einer zusätzlichen Individual-Vereinbarung. Diese gibt den Online-Beratern ein weiteres Verkaufsargument an die Hand, denn BU-Interessenten erfahren genau, wann eine Versicherung zahlt. Und zwar ohne ‚Wenn und Aber‘ – und ohne Sonnen, Monde, Buchstaben oder Punkte. In den vergangenen 17 Jahren ist kein einziger Fall bekannt, bei dem es bei Verträgen mit iv Streit um die Auslegung oder gar eine gerichtliche Auseinandersetzung gegeben hätte. Die Prozessquote liegt nach allen vorliegenden Informationen bei 0,0%.

► Weiterführende Informationen erhalten Sie unter <http://www.trixi-iv.de>

„Die Berufswelt und der Vorsorgebedarf werden immer differenzierter.“



Klaus Barde im Gespräch mit **Dr. Josef Beutelmann**,
Vorstandsvorsitzender der Barmenia Krankenversicherung a.G.

Risiko & Vorsorge: Die Berufsunfähigkeitsversicherung zählt zu der Gruppe der Versicherungsprodukte, die für den Kunden oftmals nicht erschwinglich ist. Das frei verfügbare Haushaltsnetto verhindert jedwedes Engagement. Wie stufen Sie selbst Ihre BU-Produkte im Preiswettbewerb ein?

Dr. Josef Beutelmann: Bei der Berufsunfähigkeitsabsicherung kommt es in erster Linie auf die Qualität der Bedingungen an, und dann erst auf einen möglichst günstigen Beitrag. Die Barmenia-BU-Produkte bieten beides: Sie zeichnen sich durch möglichst individuelle Lösungsmöglichkeiten mit kundenfreundlichen Bedingungen und ein hervorragendes Preis-/Leistungsverhältnis aus.

Risiko & Vorsorge: Eine bessere Ausdifferenzierung der Berufsgruppen hat in den letzten zwei Jahren stark angezogen. Die Barmenia arbeitet mit zehn Berufsgruppen. Warum hat der Markt sich auf diesem Feld bisher oft schwer getan?

Dr. Josef Beutelmann: Ich glaube nicht, dass der Markt sich damit bisher schwer getan hat. Es wird jedoch zunehmend schwieriger, die „richtige“ Berufsgruppe festzulegen. Nicht nur die Berufsbezeichnung, sondern auch die Information, welche Tätigkeiten tatsächlich ausgeübt werden, definieren das eigentliche Risiko. Eine Einstufung nur anhand der Berufsbezeichnung ist wegen der vielfältigen Tätigkeitsausprägungen einzelner Berufe kaum noch möglich. Diese Tatsache ist auch der Grund, warum wir die

BU-Tarife komplett neu kalkuliert und nicht nur die Berufsgruppen von vier auf zehn erweitert haben, sondern nun auch weitere Kriterien wie Führungsverantwortung, Ausbildungsabschluss und den Anteil von Büro-Arbeit zu körperlicher Arbeit zu Grunde legen. Dies führt zu einer „individuelleren“ Kalkulation.

Risiko & Vorsorge: Um im umkämpften BU-Wettbewerb die Nase vorn zu haben zu können, hat fast jeder Versicherer sein BU-Angebot überarbeitet. Auch erkennt man auf dem Markt den Trend nach sog. Zielgruppenlösungen. Wie bewerten Sie diesen Trend und was hat die Barmenia konkret verbessert?

Dr. Josef Beutelmann: Wir bieten neben einer Beitragsdynamik nun auch die Möglichkeit einer garantierten Rentensteigerung an. Damit kann die Absicherung wertstabil und gegen Inflation geschützt werden. Die privaten Barmenia-BU-Produkte beinhalten eine Wiedereingliederungshilfe für den Fall, dass die BU und deshalb auch der Anspruch auf BU-Rente entfallen (Reaktivierung). Zusätzlich kann auch eine Übergangshilfe bei Eintritt einer BU vereinbart werden. Weitere Highlights wie die Wahl zwischen gleichbleibenden oder variablen Beiträgen sowie die neuen Überschussverwendungen BU-Bonus, verzinsliche Ansammlung und Fondsanlage runden unser attraktives Angebot ab. Und für z. B. Berufseinsteiger bieten wir variable Beitragszahlungen an – bei vollem BU-Schutz! Ich empfehle vor allem jungen Leuten, sich möglichst früh gegen die

finanziellen Risiken einer Berufsunfähigkeit abzusichern. Denn Berufsanfänger haben in den ersten fünf Jahren des Erwerbslebens so gut wie gar keinen Anspruch auf eine gesetzliche Erwerbsminderungsrente.

Wie auch andere Versicherer am Markt haben wir unser Produktangebot um spezielle Zielgruppenlösungen erweitert. Denn auch hier gilt: Die Berufswelt und der Vorsorgebedarf wird immer differenzierter. Diesem Trend muss die Branche und auch die Barmenia Rechnung tragen. So bietet die Barmenia z.B. eine erweiterte Infektionsklausel für Humanmediziner und Zahnärzte an, die unter den bedingungsgemäßen Voraussetzungen sowohl bei vollständigem als auch teilweisem Tätigkeitsverbot leistet. Dabei reichen eine behördliche Anordnung oder – bei der Barmenia als einzigem Anbieter am Markt – der Hygieneplan eines anerkannten Hygienikers als Nachweis für eine Infektionsgefährdung aus. Für Studenten wurde die BU-Definition dahingehend verbessert, dass nun die übliche Tätigkeit nach Erreichen des Studienziels abgesichert ist.

Risiko & Vorsorge: Welche weiteren Bausteine sind für eine optimale BU-Absicherung wichtig?

Dr. Josef Beutelmann: Vertragsbedingungen, attraktive Beiträge und ein guter Service – für Kunden und Vermittler! Die Bewertungen unabhängiger Rating-Agenturen können bei der Wahl des besten BU-Schutzes helfen. Die optimierten Barmenia-Berufsunfähigkeitsprodukte

konnten beim unabhängigen Analyse- und Beratungsunternehmen Franke & Bornberg punkten und erhielten erneut die Bestnote „FFF“ (2/2012). Auch morgen&morgen vergibt für die neuen BU-Tarife die Höchstbewertung fünf Sterne (ausgezeichnet – 4/2012). Wir sind stolz darauf, dass unsere Produktverbesserungen solche Anerkennung finden – bei den Ratingagenturen, unseren Kunden, aber auch beim Vertrieb!

Risiko & Vorsorge: Sie sprechen von drei Bausteinen, wenn es um eine optimale BU-Absicherung geht. Über den dritten Baustein – den Service – haben wir noch nicht gesprochen. Was verstehen Sie darunter?

Dr. Josef Beutelmann: Service ist ein weiter Begriff, den es mit Inhalt zu füllen gilt. Beispielsweise ist es gerade im Leistungsfall wichtig, den Kunden zu unterstützen. Deshalb setzen wir auf den persönlichen und telefonischen Kontakt. Denn wer berufsunfähig ist, steht meist an einem Wendepunkt seines Lebens. In dieser schwierigen Situation ist es wichtig, dem Kunden beizustehen. So bieten wir ihm die Möglichkeit, sich von Spezialisten und anerkannten Fachleuten zur medizinischen Rehabilitation und beruflichen Reintegration beraten zu lassen. Vertraglich verpflichten wir uns sogar, den Kunden über die Leistungsprüfung auf dem Laufenden zu halten.

Unter Service verstehen wir auch, dass Antragsteller, die im Bereich der BU eine Ablehnung bekommen, nicht allein gelassen werden. Hier bieten wir die Möglichkeit, die Barmenia Opti5-Rente abzuschließen. Gut angenommen wird auch unser Voranfrageservice, bei dem Vermittler innerhalb von 48 Stunden eine fundierte Einschätzung zur möglichen Versicherbarkeit des Kunden erhalten. Unseren Vermittler-Premiumpartnern garantieren wir sogar eine Prüfung innerhalb von sechs Stunden!

Am Herz liegt uns auch das Serviceverhalten unserer Mitarbeiter. Sie stehen im Blickpunkt, da sie schließlich den Servicegedanken kunden- und vertriebsorientiert mittragen. Bereits zum vierten Mal hat die Barmenia erfolgreich am Wettbewerb „Deutschlands Kundenchampions“ – initiiert von der deutschen Gesellschaft für Qualität und forum! – teilgenommen und zählt seit Mai diesen Jahres erneut zu den Siegelträgern. Wir

verstehen uns als Serviceversicherer – dazu gehört, dass wir über kompetente und freundliche Mitarbeiter verfügen, die unsere Kunden begeistern.

Risiko & Vorsorge: Eine Besonderheit Ihres Angebotes ist das Verdienst-Sicherungs-Programm. Es bietet Krankentagegeld- und BU-Absicherung aus einer Hand! Welcher Beratungsansatz wird hierzu dem Vertriebspartner offeriert?

Dr. Josef Beutelmann: „Mut zur Lücke wird bestraft ...“ – so betitelte die Financial Times letztes Jahr einen Artikel, in dem es um den Übergang von Arbeits- zur Berufsunfähigkeit geht. Und besser hätte der Titel aus meiner Sicht nicht gewählt werden können! Denn es besteht für den Kunden eine existentielle Gefahr, wenn es bei langer und schwerer Erkrankung um den Übergang von Arbeitsunfähigkeit zur BU geht. Oftmals bleibt nämlich ein wichtiger Aspekt bei der Beratung außen vor: Die Bedingungswerke einer privaten Krankenversicherung und einer BU-Versicherung passen nur selten so zusammen, dass das Krankentagegeld nahtlos in die BU-Rente übergeht. Zwischen dem Ende der Krankentagegeldleistungen und dem Beginn der Zahlungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung können häufig Versorgungslücken entstehen – vor allem wenn die Versicherungsprodukte bei unterschiedlichen Versicherungsunternehmen bestehen.

Das Barmenia Verdienst-Sicherungs-Programm (VerSiPro) schafft Klarheit und Sicherheit im Übergang von der Arbeits- zur Berufsunfähigkeit: Die Barmenia Krankenversicherung und die Barmenia Lebensversicherung garantieren die lückenlose KT- und BU-Absicherung, woraus sich attraktive Vorteile ergeben: Die Barmenia prüft die Ansprüche des Kunden „aus einer Hand“ und erspart ihm so eine lästige und oft zeitraubende doppelte Bearbeitungsdauer. Es gibt keine zeitliche Verzögerung beim Übergang von Krankentagegeld auf die BU-Rente. Das Krankentagegeld wird bis zu einer Dauer von sechs Monaten nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit weitergezahlt. Somit erhalten Kunden ggf. für diese Zeit Leistungen sowohl aus ihrer Barmenia Krankentagegeld- als auch aus der Barmenia-Berufsunfähigkeitsversicherung. Dem Kunden bescheinigen wir das mit unserem „Barmenia-Leistungszertifikat bei Arbeits- und Berufsunfähigkeit“.

»HIN UND HER MACHT TASCHEN LEER.«

Diese bittere Erfahrung machen viele Privatanleger, die versuchen, durch ständige Portfolio-Umschichtungen einen als Benchmark gewählten Index zu übertreffen. Doch was ist die Alternative?

1. Auflage 2007
336 Seiten • € 29,90



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

AachenMünchener – Allianz – Alte Leipziger – Axa – Barmenia – Condor – DBV – Ergo – Generali – Gothaer – Hannoversche Leben – HDI-Gerling – InterRisk – Janitos – LevelnineBU – LV 1871 – Nürnberger – Provinzial Rheinland – R+V – Stuttgarter – trixi® – Volkswohl Bund – Zurich

Dynamische Erhöhung des Haftungsrisikos

Als vor einiger Zeit die Anbieter von Berufsunfähigkeitsversicherungen auf den Gedanken kamen, versicherte BU-Rentenleistungen für bestehende Leistungsfälle ergänzend zur nicht garantierten Überschussrente durch eine garantierte Leistungsdynamik zu erhöhen, war dies ein bahnbrechender Gedanke. Nimmt man als langjährige Inflation 3% an und vertritt die ketzerische These, wonach ein BU-Versicherer tatsächlich nie wieder Überschüsse in nennenswerter Höhe generieren wird, so muss man einfach nur eine garantierte jährliche Steigerung der BU-Renten um 3% vereinbaren. Dies ist mittlerweile bei vielen Anbietern möglich, wenn auch mit deutlichen Kosten verbunden.

Autor: Stephan Witte

Haftungstechnisch ist im Falle einer BU-Dynamisierung die korrekte Kommunikation vom Makler an den Kunden nicht unwichtig, da es eine Reihe von Fragen gibt, die im konkreten Einzelfall zu klären sind, um falsche Vorstellungen hinsichtlich des Leistungsfalls zu vermeiden und die Versicherer höchst unterschiedliche Konzepte anbieten.

Zu unterscheiden ist zwischen der **Anwartschaftsdynamik** (Anpassung von Beiträgen und Leistung vor Eintritt des Versicherungsfalles) und den zwei separat zu vereinbarenden Formen der **garantierten Leistungsdynamik** (garantierte Dynamik der Leistungen im BU-Leistungsfalle):

1. garantierte Leistungsdynamik der BU-Beitragsbefreiung
2. garantierte Leistungsdynamik der BU-Rente (garantierte BU-Rentendynamik)

Im Folgenden soll exemplarisch auf die Unterschiede der Regelungen und deren Auswirkungen im Bereich der garantierten BU-Rentendynamik eingegangen werden.

Klarstellung der Begrifflichkeiten

■ Anwartschaftliche Dynamik:

bezeichnet die Erhöhung der versicherten BU- / DU-Rente vor Eintritt des Versicherungsfalles. Je nach Anbieter bezieht sich der vereinbarte Erhöhungssatz auf den maßgeblichen Beitrag (Beitragsdynamik) oder auf die maßgebliche BU- / DU-Rentenhöhe (Summendynamik). Es gibt nur sehr wenige Versicherer, die im Rahmen von BU-Risikoprodukten keine Anwartschaftsdynamik anbieten (z.B. ERGO SBU und R+V BUZ).

■ Beitragsdynamik

(auch „Prämiendynamik“): Der maßgebliche Beitrag (z.B. Vorjahresbeitrag) wird in der Regel jährlich um den vereinbarten Dynamikfaktor erhöht. Die Rentensteigerung errechnet sich nach dem bei Dynamikannahme erreichten Alter der versicherten Person. Ergebnis: progressiver Anstieg des Beitrages und degressiver Anstieg der (Mehr-)Leistung. Standardregelung des Marktes z.B. Alte Leipziger, Axa, DBV, Nürnberger.

■ Summendynamik:

Die maßgebliche Leistung (Vorjahresleistung oder Anfangssumme) wird in der Regel jährlich um den vereinbarten Dynamikfaktor erhöht. Der Beitrag errechnet sich nach dem bei Dynamikannahme erreichten Alter der versicherten Person. Ergebnis: sofern die Summendynamik sich auf die Anfangssum-

me bezieht, kommt es zu einem linearen Anstieg der versicherten Leistung und in der Regel progressiver Anstieg des Beitrages, bei dem Modell Vorjahresleistung erfolgt die Erhöhung der Leistungssumme progressiv. Bei nur geringen Restlaufzeiten kann es in beiden Modellen sogar zu fallenden Mehrbeiträgen führen (Grund: die immer kürzer werdende maximale Restleistungsdauer). Im Rahmen von BU-Risikoprodukten stark eingeschränkte Anbieterzahl, z.B. DBV, Hannoversche Leben, InterRisk, LV 1871, Volkswohl Bund.

■ garantierte Leistungsdynamik der Rente:

bezeichnet die garantierte Erhöhung der versicherten BU- / DU-Rente ab dem Folgejahr nach Eintritt des Leistungsfalles. Die Leistungsdynamik wird aktuell ausschließlich als Summendynamik (Erhöhung errechnet sich prozentual aus der maßgeblichen Rentenhöhe) angeboten. Sie wird zwischenzeitlich von einer Vielzahl von BU-Versicherern angeboten und wird dann in der Regel zusätzlich zur möglichen Rentenerhöhung aus Überschussbeteiligung erbracht.

■ Volldynamik:

Erhöhung von Rentenleistungen in Haupt- und Zusatzversicherung in Form einer anwartschaftlichen Beitrags- oder Summendynamik. In der Regel nur sinnvoll bei Tarifen mit Ansparleistung.

Dazu sollte ein Makler seinem Kunden vor Vertragsabschluss speziell folgende Fragen anhand der Bedingungen oder auf Basis einer schriftlichen Klarstellung durch den Versicherer (z.B. im Rahmen einer Individualvereinbarung via Trixi oder unter Zuhilfenahme der Vergleichssoftware LevelnineBU) beantworten können:

- Kann die garantierte BU-Rentendynamik für alle versicherten Personen eingeschlossen werden, oder gibt es Begrenzungen aufgrund der Annahmerichtlinien des Versicherers?
- Gilt der Anspruch auf die bei Vertragsbeginn vereinbarte garantierte BU-Rentendynamik ab Rentenbeginn auch dann fort, wenn die Anwartschaftsdynamik des Vertrages (z.B. wegen dreimaligem Widerspruch des Kunden gegen eine Erhöhung des Beitrages) bei Eintritt des Leistungsfalls bereits erloschen ist?
- Ist die durch die garantierte BU-Rentendynamik erreichbare BU-Rente auf einen Höchstwert begrenzt?
- Erlischt die garantierte BU-Rentendynamik mit Eintritt des ersten Leistungsfalls oder kann sie von der versicherten Person uneingeschränkt fortgeführt werden, wenn die versicherte Person vorübergehend eine BU-Rente bezogen hat und danach wieder berufsfähig wird?
- Welcher Wert (Rentenhöhe inkl. oder exkl. Überschussrente) ist Grundlage der Berechnung der garantierten jährlichen Rentensteigerung während des Leistungsfalls?
- Welche Rentenhöhe ist nach Reaktivierung der versicherten Person versichert und Grundlage der dann wieder durch den Kunden aufzunehmenden Beitragszahlung?
- Wie berechnet sich die Höhe der BU-Rente bei erneutem Eintritt des Leistungsfalls?
- Lebt das Recht des Kunden auf erneute Anwartschaftsdynamik nach einem temporärem Leistungsfall und Wiederaufnahme der Beitragszahlung wieder auf?

Bitte beachten Sie, dass diese Aufstellung nicht abschließend ist. Gerade zur anwartschaftlichen Dynamik gibt es erhebliche Leistungsunterschiede, für die ich u.a. auf die Auswertungen von LevelnineBU oder den Fragenkatalog von trixi verweisen möchte.

Beispiele: Leistungsfallsszenarien

An konkreten Beispielen sollen Haken rund um das Thema Dynamisierung aufgezeigt werden.

■ Leistungsfallsszenario 1:

Alicja ist Beamtin auf Widerruf und hat im Alter von 28 Jahren bei der DBV eine Dienstanfänger-Police nach dem Bedingungenstand 01.2012 abgeschlossen. Vereinbart sind eine jährliche dynamische Anpassung von 2% (anwartschaftliche Dynamik) sowie eine garantierte Leistungsdynamik von 1% p.a. (Dynamik im Leistungsfall). Maximal versicherbar wären hier je 2% p.a. Die versicherte Rente wegen Berufs- / Dienstunfähigkeit beträgt bei Vertragsbeginn am 01.05.2012 monatlich 1.500 Euro. Es ist vereinbart, dass sich die monatliche Dienstunfähigkeitsrente bei Ernennung zur Beamtin auf Lebenszeit, spätestens zum 01.05.2017 auf 525 Euro reduziert, sofern der Leistungsfall bis dahin noch nicht eingetreten ist. Dabei ist eine Anpassung an den Bedarf ohne erneute Gesundheitsprüfung möglich.

Am 01.04.2014 wird Alicja dienstunfähig. Sie wird entlassen und in der gesetzlichen Rentenversicherung nachversichert. Dieses Ausscheiden aus dem Dienstverhältnis ist bei Beamten auf Widerruf der Regelfall. Ausgenommen von dieser Regel sind Dienstunfälle. Durch das Ausscheiden aus dem Beamtenstatus kommt es zum Wegfall des Status „Beamter auf Widerruf“.

In diesem Beispiel wird der Leistungsfall anerkannt. Die Rente wird bis zum 01.06.2017 gezahlt. Im Rahmen der Nachprüfung des Leistungsfall wird zum 01.06.2017 der Wegfall der Leistungsvoraussetzungen festgestellt, da die Gründe, die zur Dienstunfähigkeit geführt haben, nicht mehr vorliegen. Schließlich wird Alicja zum 01.10.2025 wieder zum Leistungsfall. Bis dahin wurde keine Dynamik abgelehnt. Welche garantierten Leistungen sind aus dem Vertrag zu erwarten?

Zunächst einmal ist für die weitere Betrachtung entscheidend, dass die DBV im Rahmen der anwartschaftlichen Dynamik keine Summen-, sondern eine reine Beitragsdynamik vorsieht, so dass die Erhöhung der versicherten BU- / DU-Rente mit zunehmendem Alter geringer ausfällt.

- 01.05.2012: 1.500 Euro monatliche Rente
- 01.05.2013: 1.500 Euro monatliche Rente + 2% = 1.529,32 Euro monatliche Rente
- 01.04.2014: Leistungsfall = 1.529,32 Euro monatliche Rente
- 01.05.2014: 1.529,32 Euro monatliche Rente + 1%* = 1.544,61 Euro monatliche Rente
- 01.05.2015: 1.544,61 Euro monatliche Rente + 1%* = 1.560,06 Euro monatliche Rente
- 01.05.2016: 1.560,06 Euro monatliche Rente + 1%* = 1.575,66 Euro monatliche Rente
- 01.05.2017: 1.575,66 Euro monatliche Rente + 1%* = 1591,42 Euro monatliche Rente

Alicja wird zum 01.06.2017 wieder berufsfähig. Nun stellt sich die Frage, ob es nun zur erwarteten Reduzierung der bisherigen Renten auf 35% kommt oder ob die bisherige Rentenhöhe erhalten bleibt. Wörtlich heißt es dazu im Produktinformationsblatt wie folgt:

„Die versicherte monatliche Dienst- bzw. Berufsunfähigkeitsrente sinkt mit dem Wechsel des Beamtenstatus (Ernennung zum Beamten auf Lebenszeit bzw. Ausscheiden aus dem Beamtenverhältnis), spätestens am: 01.05.2017 auf 35 % der bisherigen Rente, wenn bis dahin der Leistungsfall nicht eingetreten ist oder die Optionen der §§ 3 und 5 der Besonderen Bedingungen für die Dienstanfänger-Police nicht ausgeübt worden sind.“

Nach dem Wortlaut der Bedingungen ende die erste Phase der DAP unabhängig vom eingetretenen Leistungsfall mit der Entlassung der dienstunfähigen Beamtin anwärterin, da diese bedingungs-gemäß den „Wechsel des Beamtenstatus“ begründet. Nach Reaktivierung und des hier definierten Wechsels des Beamtenstatus folgt eine Reduzierung auf 35% der zuletzt vor dem Leistungsfall versicherten Rente.

Im Fall eines Dienstunfalls hätte Alicja als Beamtin auf Widerruf keinen gesetzlichen Leistungsanspruch und wäre vielmehr allein auf die Leistungen ihres privaten Versicherungsschutzes angewiesen. Faktisch würde sie von ihrem Dienstherrn aus dem Dienst entlassen und in der gesetzlichen Rentenversiche-

nung nachversichert werden. Entscheidend für Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung wäre nunmehr, ob die versicherte Person in den letzten 60 Monaten vor dem Ausscheiden mindestens 36 Monate sozialversicherungspflichtig beschäftigt war. In diesem Fall würde fiktive Zurechnungszeiten einen Rentenanspruch begründen.

Wäre sie Beamtin auf Probe, würde sie nach § 15 BeamtVG immerhin Anspruch auf einen Unterhaltsbetrag (in Abhängigkeit von der Besoldungsgruppe vor dem Ausscheiden!) haben, was nur in sehr exotischen Sonderfällen zu einer bedingungsgemäßen Überversorgung der versicherten Person führen könnte.

Da eine Berufsunfähigkeitsversicherung als Summenversicherung zu betrachten ist, dürfte eigentlich davon ausgegangen werden, dass eine solche Überversorgung unmöglich sei; denn sonst dürften schließlich auch Hausfrauen / -männer oder Studenten ohne Einkommen keine Absicherung erhalten; allerdings sieht die DBV in §1 der „Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung“ eine aktive Nachmeldeobliegenheit bei veränderten Einkommen der versicherten Person vor:

„(4) Übersteigt - einschließlich der Ansprüche bei anderen Versicherungsunternehmen - die versicherte Berufsunfähigkeitsrente infolge einer Erhöhung 60% des monatlichen Bruttoeinkommens der versicherten Person (Angemessenheit) erlischt zu dieser Zusatzversicherung das Recht auf weitere planmäßige Erhöhungen ab diesem Zeitpunkt. Eine Überschreitung ist von der versicherten Person anzuzeigen. Auf Verlangen des Versicherers sind entsprechende Unterlagen vorzulegen um die Prüfung der Angemessenheit zu ermöglichen. Ist diese nicht gegeben, so sind übersteigende Erhöhungen rückabzuwickeln.“

(5) Bei Vereinbarung einer Rentenversicherung mit ermäßigtem Anfangs-Beitrag wird die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen zu dem Jahrestag des Versicherungsbeginns ausgesetzt, zu dem der ermäßigte Anfangs-Beitrag endet (Beitragsstufenwechsel).

(6) Bei Rentenversicherungen der Basisversorgung (winBasis Rentenversicherungen) wird die planmäßige Erhöhung

der Beiträge und Leistungen zwecks Erhalt der steuerlichen Förderungsfähigkeit in der Basisversorgung ausgesetzt, wenn bei Durchführung der planmäßigen Erhöhung der Beitrag zur Hauptversicherung (Altersvorsorgebeitrag) nicht mehr als 50% des für Haupt- und Zusatzversicherungen zu zahlenden Gesamtbeitrags ausmachen würde“

Im Zweifel kann dies also bedeuten, dass ein Kunde sich bei verbessertem Einkommen zukünftig jede Chance auf weitere Dynamisierungen aktiv rauben muss, ohne zumindest eine Anwartschaft angeboten zu bekommen, bei wieder gestiegenem Gehalt die Dynamik erneut in Kraft zu setzen. Berücksichtigt man die Altersregelungen für die Ernennung zum Beamten auf Lebenszeit, ist diese Regel zwar in wenigen Sonderfällen ein echter Knackpunkt, in der Regel jedoch als unproblematisch anzusehen.

Grundlage für das Wiedereinsetzen der anwartschaftlichen Dynamik ist das zuletzt 2013 erreichte Rentenniveau wie es vor dem Versicherungsfall gegolten hat.

Datum	jährliche Beitragsdynamik von 2%*
01.05.2018	535,26 €
01.05.2019	544,14 €
01.05.2020	552,80 €
01.05.2021	561,23 €
01.05.2022	569,43 €
01.05.2023	577,40 €
01.05.2024	585,12 €
01.05.2025	592,59 €

* aufgrund der für den Vertrag geltenden Beitragsdynamik vereinfachte Darstellung auf Basis einer unverbindlichen Modellrechnung des Versicherers einschließlich einer nicht garantierten Überschussbeteiligung von derzeit 2,05% p.a. Die Rentenerhöhung aus der Überschussbeteiligung erfolgt zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens nach einem vollen Rentenbezugsjahr.

Alicja wird zum 01.10.2025 wieder berufsunfähig, was nach der Reaktivierung zu folgenden Leistungen führt:

01.10.2025	592,59 €
01.05.2026	598,52 €
[...]	

Eine wichtige Besonderheit bei der Dienstanfänger-Police ist, dass im Rahmen der dynamischen Erhöhungen unter

Umständen andere Rechnungsgrundlagen als bei Vertragsabschluss zur Geltung kommen (siehe § 3 der Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung):

(1) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen bzw. der Beiträge errechnet sich nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik aus dem am Erhöhungstermin erreichten Alter der versicherten Person, der restlichen Beitragszahlungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag. Bei der Berechnung der Erhöhungen finden in der Regel die bei Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde gelegten Rechnungsgrundlagen Anwendung.

Wir sind allerdings berechtigt, den Erhöhungen Rechnungsgrundlagen für Neuverträge zugrunde zu legen. Sofern wir die Rechnungsgrundlagen für Neuverträge zugrunde legen, werden wir Sie hierüber informieren.

Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.

Entscheidend bei der Dienstanfänger-Police sind demnach vier Punkte:

- a) Spätestens zum Ende der 1. Phase wird die vereinbarte Rentenhöhe von zuvor 100% auf 35% reduziert. Sofern der Leistungsfall in der ersten Phase der DAP eintritt und unverändert fortbesteht, wird die Versicherungsleistung abweichend bis zum Ende der vereinbarten Vertragsdauer in voller Höhe fortgezahlt.
- b) Entfallen im Rahmen der Nachprüfung die Leistungsvoraussetzungen für eine bedingungsgemäße Dienst- bzw. Berufsunfähigkeit, so kommt es zur Reaktivierung und der Vertrag tritt in seine zweite Phase ein. Damit kommt es zu einer vertragsgemäßen Reduzierung der versicherten BU- / DU-Rente auf 35% der zuletzt vor dem Leistungsfall vereinbarten Rentenhöhe (hier beispielhaft 535,26 Euro anstatt zuletzt 1.591,42 Euro monatliche Rente). Zugleich aktiviert sich wieder ein bis dahin nicht abgewähltes Recht auf dynamische Anpassungen aus der Anwartschaftsdynamik.
- c) Auch für einen zweiten Leistungsfall gilt allein dieses Rentenniveau (hier

Verwendung abweichender Rechnungsgrundlagen durch den Versicherer bei der Berechnung der Mehrleistung aus der vereinbarten Anwartschaftsdynamik

Martin Seichter, fachlicher Hauptverantwortlicher von LevelnineBU, erläutert dazu:

Die Kalkulation (auch) jedes BU-Tarifes basiert auf den vom Versicherer verwendeten Rechnungsgrundlagen (Rechnungszins, biometrische Rechnungsgrundlagen, Kostensätze usw.). Die bei Abschluss des Vertrages gültigen Rechnungsgrundlagen bleiben, soweit vertraglich nichts Anderes geregelt ist, für die gesamte Vertragslaufzeit erhalten. Das gilt auch für die Berechnungen des Mehrbeitrages / Mehrleistung aus dynamischen Erhöhungen.

Eine Vielzahl von Versicherern (aktuell z.B. AachenerMünchener, Allianz, AXA, Barmenia, Generali, Gothaer, HDI-Gerling, LV 1871, Nürnberger, Volkswohl Bund, Zurich) behalten sich

aber – im Rahmen von BU-Risikoprodukten – das Recht vor, die Dynamikerhöhungen vor Eintritt des Versicherungsfalles nach den bei Dynamikausübung für das Neugeschäft anzuwendenden Rechnungsgrundlagen zu berechnen.

In letzter Zeit bestimmten die Reduzierung des Rechnungszinses zum 01.01.2012 und die Einführung der UNISEX-Tarife Ende 2012 bereits die öffentliche Diskussion.

Aufgrund der insgesamt zu erwartenden weiter ansteigenden Schadenquoten in der BU-Versicherung muss in der Zukunft mit einer Verschlechterung der Summe der maßgeblichen Rechnungsgrundlagen im BU-Neugeschäft gerechnet werden.

Damit besteht für den Kunden, dessen Tarif die oben beschriebene Klausel

hat, eine erhöhte Unsicherheit darüber, ob die durch die Dynamik gewünschte Wirkung in seinem Vertrag tatsächlich eintritt, die ja kontinuierliche Einkommenssteigerungen und Inflationsverluste im besten Fall ausgleichen soll.

Bei Verschlechterung der maßgeblichen Rechnungsgrundlagen gegenüber den bei Abschluss gültigen vertraglichen Rechnungsgrundlagen, besteht für den Kunden somit die Gefahr, dass er im Rahmen der Beitragsdynamik weniger Leistung für den gleichen Mehrbeitrag bekommt bzw. bei der Summendynamik mehr Beitrag für die gleiche Mehrleistung zahlen muss. Eine Tatsache, auf die ein Makler seinen Kunden in der Abschlussberatung zwingend hinweisen sollte.

beispielhaft 592,59 Euro monatliche Rente) und nicht die BU- / DU-Rente am Ende des ersten Leistungsfalles (hier beispielhaft 1.591,42 Euro monatliche Rente). Besonders nachteilig ist diese Regelung bei sehr vielen Jahren Leistungsbezug und anschließender Reaktivierung auf deutlich niedrigerem Niveau

d) Wechsel der Kalkulationsgrundlage bei Dynamikerhöhungen möglich (siehe Kasten)

Ergänzend ist zu erwähnen, dass die Fortsetzung beider Dynamikformen bei diesem Tarif sowohl für die Hauptversicherung als auch die eigentliche Berufsbzw. Dienstunfähigkeitsversicherung gilt.

■ Leistungsfallscenario 2:

Alicijas Zwillingbruder Hans ist Techniker und hat zum gleichen Zeitpunkt einen Vertrag bei der Nürnberger (SBU 2600DC*M, Stand 01.2012) abgeschlossen. Eine Zugehörigkeit zum öffentlichen Dienst besteht nicht. Vertragsgemäß gilt die Beitragsdynamik höchstens bis zur Vollendung des 61. Lebensjahres. Sie scheidet generell aus, wenn dadurch erstmals eine jährliche Rentenhöhe von mehr als 48.000 Euro überschritten wird.

Auch er hat eine monatliche BU-Rente von 1.500 Euro, eine Dynamik vor Eintritt

des Leistungsfalles von 3% pro Jahr (statt 2%) sowie eine Leistungsdynamik von 1% p.a. versichert – die analog zu seiner Schwester gewünschte anwartschaftliche Dynamik wird im Rahmen dieses Tarifes aus dem Hause Nürnberger nicht angeboten.

Zufällig wird er genau zu denselben Zeiten wie seine Schwester zum Leistungsfall und zu denselben Zeiten reaktiviert, so dass sich zumindest weitgehend eine unmittelbare Vergleichbarkeit beider Szenarien ergibt, denn auch bei der Nürnberger gilt eine Beitrags- und keine Summendynamik.

- 01.05.2012: 1.500 Euro monatliche Rente
- 01.05.2013: 1.500 Euro monatliche Rente + 3% = 1.545 Euro monatliche Rente
- 01.04.2014: Leistungsfall = 1.545 Euro monatliche Rente
- 01.05.2014: 1.545,00 Euro monatliche Rente + 1%* = 1.560,45 Euro monatliche Rente
- 01.05.2015: 1.560,45 Euro monatliche Rente + 1%* = 1.576,05 Euro monatliche Rente
- 01.05.2016: 1.576,36 Euro monatliche Rente + 1%* = 1.591,81 Euro monatliche Rente
- 01.05.2017: 1.591,81 Euro monatliche Rente + 1%* = 1.607,73 Euro monatliche Rente

Hans wird zum 01.06.2017 wieder berufsunfähig. Nach § 5 Nr. 4 der Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung mit NÜRNBERGER Plus ((GN264210_201201)) gilt:

„Das Recht auf Erhöhungen erlischt, wenn die versicherte Person ganz oder teilweise berufsunfähig oder pflegebedürftig geworden ist. Im Falle der ersten Reaktivierung lebt das Recht auf Erhöhungen wieder auf, wenn die Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit höchstens 24 Monate bestanden hat.“

Damit findet eine Wiederinkraftsetzung der ursprünglich vereinbarten Beitragsdynamik nicht statt.

- 01.06.2017: 1.545 Euro monatliche Rente [Rentenhöhe wie zuletzt 2013]
- Es finden nunmehr keine weiteren Dynamisierungen mehr statt

Hans wird zum 01.10.2025 wieder berufsunfähig. Nach § 1 Nr. 4 der Tarifbedingungen gilt für die Wiederinkraftsetzung der Leistungsdynamik folgendes:

„Entsteht während der Versicherungsdauer erneut ein Anspruch auf Zahlung einer Berufsunfähigkeits-Rente, beginnt die Rentenzahlung wieder in Höhe der ursprünglich versicherten Rente. In der Vergangenheit eventuell bereits er-

folgte garantierte Rentensteigerungen werden nicht angerechnet.“

- 01.10.2025: 1.545 Euro monatliche Rente
- 01.05.2026: 1.545,00 Euro monatliche Rente + 1%* = 1.560,45 Euro monatliche Rente
- [...]

* zuzüglich nicht garantierter Überschüsse von zurzeit 2,55% p.a. Die Rentenerhöhung aus der Überschussbeteiligung erfolgt zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens nach einem vollen Rentenbezugsjahr. Anders als bei der Axa, die in der Beispielrechnung die Höhe der nicht garantierten Überschüsse berücksichtigt, fehlt bei der Nürnberger eine vergleichbare Beispielrechnung. Da die anwartschaftliche Dynamik im Szenario allerdings nur einmal zum Tragen kommt, wurde auf eine Simulation der Beitragsdynamik verzichtet und analog zu einer Summendynamik gerechnet.

Ein wesentlicher Nachteil bei der Nürnberger ist, dass die rechnungsmäßigen Grundlagen zur Dynamik bei Antragsstellung nicht für die ganze Vertragslaufzeit gelten müssen:

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

(1) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem Erhöhungsbeitrag, nach dem Alter der versicherten Person zum Erhöhungstermin, der restlichen Beitragszahlungsdauer, der restlichen Versicherungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag, wobei der ursprüngliche Tarif zugrunde gelegt wird (vgl. aber Absatz 2).

(2) Ändern sich die Kalkulationsgrundlagen für neu abzuschließende Versicherungen (z. B. höhere Wahrscheinlichkeiten für den Eintritt der Berufsunfähigkeit), so können wir ab diesem Zeitpunkt die folgenden Erhöhungen Ihres Vertrags auch nach Tarifen mit neuen Kalkulationsgrundlagen berechnen.

Entscheidend bei dem dargestellten Tarif der Nürnberger sind demnach vier Punkte:

- a) Entfällt im Rahmen der Nachprüfung eine bestehende Berufsunfähigkeit, so findet eine Reaktivierung der Beitragsdynamik nur innerhalb der ersten beiden Jahre und auch nur für den Fall einer ersten Reaktivierung statt. In jedem Fall bezieht sich die etwaige Reaktivierung der Beitragsdynamik stets auf die zuletzt vor Eintritt des Lei-

stungsfalls versicherte Berufsunfähigkeitsrentenhöhe und nicht auf die im Rahmen der Leistungsdynamik erhöhte BU-Rente. Wer beispielsweise 15 Jahre ununterbrochen BU war, kommt bei einer Ausgangsbasis von 1.500 Euro Rente vor Überschüssen auf eine BU-Rentenhöhe von über 1.740 Euro, einschließlich der nicht garantierten Überschussbeteiligung auf sogar über 2.530 Euro monatlich. Da kann ein Fall zurück auf nur 1.500 Euro monatliche Rente durchaus erhebliche Folgen für die finanzielle Planbarkeit haben.

- b) Auch für einen zweiten Leistungsfall gilt allein dieses Rentenniveau (hier beispielhaft 1.545,00 Euro monatliche Rente) und nicht die BU-Rente am Ende des ersten Leistungsfalles (hier beispielhaft 1.607,73 Euro monatliche Rente)
- c) Eine Dynamisierung ist nur bis zu einer definierten Höchstrentenhöhe von 4.000 Euro monatlich bzw. 48.000 Euro im Jahr möglich
- d) Wechsel der Kalkulationsgrundlage bei Dynamikerhöhungen möglich

Da dieser Tarif eine selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung darstellt, stellt sich hier nicht die Frage, inwiefern eine Dynamisierung sowohl für eine Haupt- als auch eine Berufsunfähigkeitszusatzversicherung gelten würde. Nimmt man alternativ den Tarif 2631*M+B+R100 (BUZC)+SHB+SHR100 aus dem gleichen Hause, so würde hier gelten, dass die Beitragsdynamik sich zwar auf Haupt- und Zusatzversicherung bezieht, die Leistungsdynamik nach Eintritt des Leistungsfalles jedoch abweichend allein auf die Berufsunfähigkeitszusatzversicherung. Für beide Bausteine entfällt eine Dynamisierung für Leistungen aus der Schnell Hilfe.

Vergleicht man das Angebot der DBV mit dem Angebot der Nürnberger, so ist festzuhalten, dass die DBV allein hinsichtlich der Dynamik zwar deutlich kundenfreundlicher abschneidet, wenn gleich es passieren kann, dass ein Kunde aufgrund aktiver Obliegenheiten eine bestehende Beitragsdynamik gegen seinen Willen dauerhaft verlieren kann. Zumal dürfte es für viele Kunden überraschend sein, wenn sie nach langen Jahren des BU-Rentenbezuges als Folge der Reaktivierung plötzlich wieder auf die alte Rentenhöhe vor Eintritt des Leistungsfalles zurückfallen. Beide Tarife

überraschen negativ mit gegebenenfalls abweichenden Rechnungsgrundlagen im Rahmen der Dynamisierung.

Regelung der Alte Leipziger

Nach § 3 der Zusatzbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung mit Dynamik nach Modus P (Druck-Nr. pm 2330 - 01.2012) gehört die Alte Leipziger zu den wenigen Gesellschaften, bei denen auf Basis der bei Vertragsabschluss geltenden Rechnungsgrundlagen dynamisiert wird. Hinzu kommt, dass auch die während einer Berufsunfähigkeit anfallenden jährlichen Überschussanteile mit den bei Vertragsabschluss geltenden Rechnungsgrundlagen verrechnet werden (vgl. Ziffer II der Tarifbestimmungen zu den Tarifen BV10 und BV11 - Druck-Nr. pm 2310 - 01.2012). Für die derzeitige Tarifgeneration beträgt der Steigerungssatz der BU-Rente 2,55% p.a.

Besonders wichtig ist allerdings, dass die erreichte Berufsunfähigkeitsrente bei der ALTE LEIPZIGER im Fall einer Reaktivierung nicht verloren geht. Die erreichten Rentensteigerungen erhöhen den anfänglichen Rentenanspruch im Fall eines erneuten Leistungsfalles, ohne dass dafür (wie sonst im Markt üblich) nach Reaktivierung ein höherer Beitrag vom Kunden gezahlt werden muss. Das gilt auch für die erreichte Steigerung der Berufsunfähigkeitsrente aus Überschussbeteiligung. Martin Seichter, fachlich Hauptverantwortlicher der Vergleichssoftware LevelnineBU, weist in diesem Zusammenhang allerdings darauf hin, dass die während eines temporären Leistungsfalles erreichten Rentensteigerungen aus Überschussbeteiligung nur bei Verträgen mit zusätzlich vereinbarter garantierter Rentendynamik erhalten bleibt, da die dafür maßgebliche Regelung nur im Bedingungsabschnitt „Garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall“ (z.B. TB BV 10 Ziffer I Nr. 1.1 Buchstabe c) vertraglich zugesichert wird.

Erklärend lässt sich die Funktionsweise der Alte Leipziger der folgenden Darstellung entnehmen, wobei allerdings anders als vereinfachend dargestellt eine Beitrags- und keine Summendynamik erfolgt: siehe Tabelle auf S. 27 oben.

Häufig in der Kritik ist eine Regelung aus dem Hause ALTE LEIPZIGER, die dazu führt, dass Kunden ab einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente von mehr als 40.000 Euro im Zweifel einer Dynami-

BU-Rente vor dem Leistungsfall: 1.500 Euro / 3% Aktivdynamik vor dem Leistungsfall / 3% Leistungs- dynamik nach dem Leistungsfall

Jahr 0	1.500 €
Jahr 1	1.545 €
Jahr 2	1.591 €
Jahr 3	1.639 €
Leistungsfall	<i>Basis: Jahr 3 + 5,55%* (= 3% + 2,55%**)</i>
Jahr 4	1.730 €
Jahr 5	1.826 €
Jahr 6	1.927 €
Ende des Leistungsfall	<i>Basis: Jahr 3 + 3%</i>
Jahr 7	1.688 €
Jahr 8	1.739 €
Jahr 9	1.791 €
Neuer Leistungsfall	<i>Basis: Jahr 9 + 288 €*** + 5,55%* (= 3% + 2,55%**)</i>
Jahr 10	2.178 €
Jahr 11	2.299 €
Jahr 12	2.427 €
Ende des Leistungsfall	<i>Basis: Jahr 9 + 3%</i>
Jahr 13	1.844 €***

* vereinfachte Darstellung; alle Zahlen gerundet auf volle Eurobeträge

** Annahme: unveränderter aktueller Überschussatz Stand 2012

*** zzgl. Anwartschaft auf Übernahme der in den Leistungsfällen 1 und 2 erreichten mtl. Rentenerhöhungen bei Wiedereintritt der BU in Höhe von 924 € (288 € + 636 €)

sierung der versicherten Rentenhöhe widersprechen müssen:

§ 4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?

[...]

(4) Voraussetzung für die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente ist eine stets angemessene Relation der Rente zum Bruttoeinkommen des Versicherten (bei Selbständigen des Gewinns vor Steuern). Übersteigt die gesamte jährliche Berufsunfähigkeitsrente ² 40.000 EUR und übersteigt diese zuzüglich anderweitig bestehender Berufsunfähigkeitsanwartschaften ³ 70% des Bruttoeinkommens im letzten Kalenderjahr, müssen Sie der Erhöhung widersprechen. Hierauf werden wir Sie in jedem Nachtrag über die Erhöhung hinweisen.

(5) Stellen wir im Leistungsfall fest, dass zum Zeitpunkt einer Erhöhung innerhalb der letzten zehn Kalenderjahre vor Eintritt des Leistungsfalls keine

angemessene Relation der Rente zum Bruttoeinkommen (siehe Absatz 4) gegeben war, sind wir grundsätzlich von der Verpflichtung zur Leistung aus dieser Erhöhung frei.

Besteht jedoch bei Eintritt des Leistungsfalls unter Berücksichtigung der letzten Erhöhung eine angemessene Relation zum durchschnittlichen Bruttoeinkommen der letzten beiden Kalenderjahre, verzichten wir auf die Geltendmachung unserer Leistungsfreiheit wegen fehlender Angemessenheit für alle Erhöhungen in der Vergangenheit. Besteht bei Eintritt des Leistungsfalls unter Berücksichtigung der letzten Erhöhung keine angemessene Relation zum durchschnittlichen Bruttoeinkommen der letzten beiden Kalenderjahre, wird für die Leistungsprüfung die letzte Erhöhung berücksichtigt, bei der noch eine angemessene Relation zum durchschnittlichen Bruttoeinkommen der letzten beiden Kalenderjahre gegeben ist. Können Sie uns nachweisen, dass Sie auch zu einem späteren Erhöhungszeitpunkt eine Rente in angemessener Relation zum Bruttoeinkommen versichert hatten, werden alle Erhöhungen bis zu diesem Zeitpunkt berücksichtigt.

Die aufgewendeten Beiträge für Erhöhungen, die im Leistungsfall wegen fehlender Angemessenheit nicht berücksichtigt werden, werden – unter Abzug bereits erhaltener Überschussanteile – unverzinst zurückerstattet.

Hier stellt sich die Frage, warum die Angemessenheit von BU-Leistungen überhaupt überprüft wird. Der Versicherer begründet dies damit, dass bei der ALTE LEIPZIGER Berufsunfähigkeitsrenten im Gegensatz zu den Wettbewerbern im Rahmen der planmäßigen Erhöhung von Beiträgen und Leistungen ohne Begrenzungen dynamisiert werden. „Bei unseren Mitbewerbern wird üblicherweise die anfängliche BU-Rente begrenzt und/oder die Dynamik beendet, wenn die erreichte BU-Rente einen bestimmten Betrag überschreitet.“

Da die versicherte BU-Rente bei der ALTE LEIPZIGER während der Versicherungsdauer stark ansteigen und deutlich über dem wirtschaftlich notwendigen Absicherungsbedarf liegen kann, gelten entsprechende Schutzbestimmungen. Sie stellen sicher, dass nur Renten versichert werden, die in einem angemessenen Ver-

hältnis zum Einkommen stehen. Mit einer BU-Rente soll das durch Arbeitskraft erzielte Einkommen abgesichert werden. [...] Unsere Kunden müssen bei Dynamikverträgen eine Angemessenheitsprüfung erst dann vornehmen, wenn die versicherte jährliche BU-Rente aller bei der ALTE LEIPZIGER bestehenden BU-Versicherungen (inklusive bereits erfolgter Erhöhungen) 40.000 € übersteigt. Das sind auf den Monat umgerechnet 3.333 €, so dass die Mehrzahl der Versicherten von der Regelung überhaupt nicht betroffen sind. In unseren Dynamik-Nachträgen weisen wir unsere Kunden deutlich auf ihre Prüfungspflicht hin.

[...] Die Zusatz-Bedingungen für die Dynamik, in denen die Angemessenheit der Renten im Verhältnis zum Einkommen festgelegt ist, gelten auch für Altverträge. Es findet also eine Gleichbehandlung der Kunden statt.“ Ganz wichtig ist, dass bei der ALTE LEIPZIGER nach § 5 Nr. 2 der Dynamikbedingungen einer Dynamik mehr als zweimal in Folge widersprochen werden kann, ohne das Recht auf weitere Erhöhungen zu verlieren.

Die in diesem Artikel dargestellten Detailunterschiede der im Markt angebotenen Dynamikmodelle werden leider in den meisten im Markt angebotenen Vergleichsrechner nicht oder nur sehr rudimentär abgebildet. Damit besteht für den Makler die Notwendigkeit die haftungsrelevanten Unterschiede zwischen den Produkten durch „Handarbeit“ nachzuarbeiten und ergänzend in die Kundenberatung einfließen zu lassen.

Eine rühmliche Ausnahme ist das Vergleichsprogramm „LevelnineBU“ (www.levelnine.de) von ObjektiveIT, da mit diesem Programm die zur Zeit wohl detaillierteste Darstellung der Leistungsunterschiede zwischen den maßgeblichen Anbietern von Risiko-BU-Produkten auch im Bereich der Anwartschafts- und Rentendynamik über eine Vergleichssoftwarelösung möglich ist.

¹ Siehe Abschnitt II § 5 Nr. 2 BeamtVG.

² Die gesamte jährliche Berufsunfähigkeitsrente umfasst alle bei der ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung bestehenden Berufsunfähigkeitsrenten inklusive bereits erfolgter Erhöhungen.

³ Unter anderweitigen Berufsunfähigkeitsanwartschaften verstehen wir Berufsunfähigkeitsrenten bei anderen privaten Versicherungsunternehmen inklusive bereits erfolgter Erhöhungen, nicht jedoch Anwartschaften aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder aus berufsständischen Versorgungswerken

Neuartiger Berufsunfähigkeitsschutz aus dem Hause Gothaer

Seit dem 01.04.2012 ist die Gothaer mit einer neuen selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung am Start. Tariflich werden insgesamt acht Berufsgruppen unterschieden. Davon fallen insgesamt 23% in die beiden preisgünstigsten Berufsgruppen 1++ und 1+ sowie 24% in die risikoreicheren Berufsgruppen 3+ und 3. Der Versicherungsschutz wird sowohl für die dritte Schicht wie auch seit 01.05.2012 als steuerlich geförderte Direktversicherung angeboten

Autor: Stephan Witte

Wer im Rahmen dieser Tarife bei Vertragsbeginn oder innerhalb von 12 Monaten ab Vertragsbeginn mit einem Lebenspartner und mindestens einem gemeinsamen Kind zusammen in einem gemeinsamen Haushalt lebt, kann einen Familienbonus erhalten. Dieser reduziert den Versicherungsbeitrag um bis zu 10%.

Angeboten wird die neue SBU in zwei Varianten:

- Als Basis-Schutz mit handwerklich und körperlich tätigen Personen als Zielgruppe
- Als Premium-Schutz mit zahlreichen Zusatzleistungen
- Zusätzlich kann zu beiden Varianten eine Starter-Option gewählt werden. Die Starter-Option ermöglicht jungen Menschen den Einstieg in den notwendigen Berufsunfähigkeitsschutz zu besonders günstigen Anfangsbeiträgen – und das bei vollem Versicherungsschutz.

Bei der Starter-Option wird die Vertragslaufzeit in eine Start- und eine Folgephase geteilt. Die Startphase gilt dabei für einen Zeitraum von mindestens fünf Jahren, in denen durchschnittlich etwa 75% des Normalbeitrages zu leisten sind. Die Folgephase muss dann spätestens mit 35 Jahren begonnen werden. Der Beitrag erhöht sich zu Beginn der Folgephase auf etwa 95% des Neugeschäftsbeitrages zum Zeitpunkt der Folgephase.

Zum Eintrittszeitpunkt in die Folgephase beginnt dann auch erstmals eine gegebenenfalls zu Vertragsbeginn vereinbarte Dynamik, ebenso wie die angebotenen Nachversicherungsoptionen.

Der Versicherungsnehmer hat jederzeit das Recht, die Startphase vorzeitig zu beenden und direkt in die Folgephase einzutreten. Sollte ihm dabei der erhöhte Beitrag zu hoch sein, so steht es ihm frei, die Versicherungsleistung soweit zu reduzieren, dass eine minimale BU-Rente von jährlich 300 Euro nicht unterschritten wird. Innerhalb von sechs Monaten nach bestimmten Anlässen ist auch ein Wechsel aus dem Basischutz in den Premiumschutz möglich, allerdings endet damit automatisch auch die Startphase. Die Option kann allerdings höchstens bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres und nur innerhalb der ersten zehn Jahre ab Vertragsbeginn beansprucht werden.

■ Wechseloptionsrecht

Der Kunde, der sich für die Basisvariante entschieden hat, hat ein Wechseloptionsrecht in den Premiumtarif ohne erneute Gesundheitsprüfung. Die Voraussetzungen dafür sind wie folgt:

- Der Wechsel erfolgt frühestens ein Jahr nach Versicherungsbeginn.
- Der Wechsel ist an bestimmte Anlässe gebunden und muss innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des Anlasses angezeigt werden.

- Die versicherte Person darf zum Zeitpunkt des Wechsels keine BU-Leistungen beziehen.
- Die Option kann höchstens bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres und nur innerhalb der ersten zehn Jahre ab Vertragsbeginn beansprucht werden.

■ Basis-Schutz

Der Basis-Schutz wirbt mit günstigen Beiträgen und dem Verzicht auf abstrakte Verweisung. Besonders richtet er sich an Personen, die handwerklich oder körperlich tätig sind, aber auch an Hausmänner / Hausfrauen sowie Angehörige besonders gefährdeter Berufe.

Nach § 2 Nr. 1 setzt eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit unter anderem voraus, dass „die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich länger als sechsunddreißig Monate ununterbrochen außerstande ist, in ihrem zuletzt ausgeübten Beruf, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, tätig zu sein, und [...] sie keiner anderen, ihrer Ausbildung, ihren Fähigkeiten und ihrer bisherigen Lebensstellung entsprechenden beruflichen Tätigkeit nachgeht.“ Anders als in aktuellen Hochleistungstarifen wird demnach auf einen 36-Monats anstatt eines 6-Monats-Zeitraums abgestellt. Liegt eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit allerdings tatsächlich minde-

stens 6 Monate durchgehend vor, so erfüllt auch dieser Zustand den Leistungsanspruch. Die Leistung wird dann allerdings erst ab dem siebten Monat erbracht. Dabei ist zu beachten, dass Versicherungsleistungen innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit zu beantragen sind, da der Leistungsbeginn sonst frühestens mit dem Monat des Eingangs der Meldung beginnt. Das kann problematisch sein, wenn zunächst die Leistungsprüfung für den Anspruch auf gesetzliche Erwerbsminderungsrente abgewartet wird.

Explizite Definitionen in den AVB sind für die Berufsunfähigkeit von Studenten, Auszubildenden und Hausfrauen bzw. -männern enthalten. Unklar bleibt dennoch, wie ein Student eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit nachweisen soll. Hierzu heißt es nämlich wie folgt:

„Bei hauptberuflich tätigen Studenten wird für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübter Beruf das Mindestanforderungsprofil der Berufe zu Grunde gelegt, für die der Studienabschluss im belegten Studienfach typischerweise Voraussetzung ist.“

Bei einem Medizinstudenten mag es noch vergleichsweise einfach sein, einen typischen Beruf zu benennen. Schwieriger wird die Einschätzung jedoch bei Studenten, die etwa einen Master in Germanistik, Geschichte, Politik oder Religionswissenschaft ablegen wollen. Nur die wenigsten Absolventen dieser Studiengänge werden später als Dozenten oder wissenschaftliche Mitarbeiter an einer Universität bzw. in einem Museum tätig werden. Tatsächlich hat eine solche Regelung damit wenig mit dem von der Gothaer beworbenen Verzicht auf abstrakte Verweisung zu tun. Bei der Abstimmung auf ein Mindestanforderungsprofil ohne nähere Klarstellung scheint die Grenze zu einer reinen Versicherung von Erwerbsunfähigkeit doch sehr nahe.

Die Gothaer sieht die Kritik als nur eingeschränkt berechtigt an:

„Die Gothaer hat sich [...] bewusst dazu entschieden, den Studenten im späteren Berufsbild zu versichern. Sie haben dabei zu Recht darauf hingewiesen, dass diese Verbindung für z.B. Germanisten oder Religionswissenschaftler nicht so klar ist. Allerdings

sind wir der Auffassung, dass die Nachweisführung, zu mindestens 50% nicht mehr am Studienbetrieb teilnehmen zu können, ebenso problematisch für den Studenten ist. Der Vorteil, der AVB-seitigen Präzisierung gilt dennoch: Der Rückschluss, ob eine Krankheit oder Unfallfolge eine Berufsunfähigkeit bedeutet, lässt sich dem Anforderungsprofil eines realen Berufsbild einfacher ziehen. Sie haben auch Studienfächer erwähnt, die eindeutiger sind. Wir würden als weitere Beispiele Juristen, die Wirtschaftswissenschaftler, Mathematiker oder Informatiker ergänzen. Für den überwiegenden Teil der Studenten ist das spätere Berufsbild hinreichend transparent.

Die Verbindung aus Studienfach und späterem Berufsbild ist darüber hinaus auch die Möglichkeit, den Studenten in der gleichen Prämiengruppe zu versichern, wie die in der gleichen Fachrichtung ausgebildeten Akademiker. Studenten profitieren darüber hinaus von vielfältigen Nachversicherungsmöglichkeiten. Dazu gehören einen anlassungebundene Nachversicherung und auch die Karriereoption (Erhöhung der versicherten BU-Rente um 100%, maximal 12.000 p.a.) zur erstmaligen Aufnahme einer unbefristeten Tätigkeit. So kann der Student eine Berufsunfähigkeitsrente mit hoher Qualität abschließen, die Anfangsprämie mit der Starteroption absenken und während der Erwerbsphase die BU-Schutz auf ein Niveau anheben, das den späteren Lebensstandard entspricht.“

Für Beamte wird klargestellt, dass eine etwaige Dienstunfähigkeit im beamtenrechtlichen Sinne keine automatische Berufsunfähigkeit bedeutet.

Es ist nicht ungewöhnlich, dass eine bedingungsgemäße Pflegebedürftigkeit einer Berufsunfähigkeit gleichgesetzt wird. Außergewöhnlich ist jedoch die Klarstellung, dass dies nach § 2 Nr. 10 auf für eine schwere Demenz gelten soll. Ein echter Mehrwert für den Versicherte ist aus dieser Regelung jedoch nicht erkennbar, da eine übliche Berufsausübung für Personen, die unter Demenz leiden, eher schwer möglich sein dürfte.

Ein dauerhaftes Ausscheiden wird erst dann angenommen, wenn die versicherte Person mindestens fünf Jahre aus dem Berufsleben ausgeschieden ist.

Dann wird bei der Prüfung auf Berufsunfähigkeit auf eine Tätigkeit, die die versicherte Person aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist, auszuüben, geprüft. Zugleich muss die geprüfte Tätigkeit der Lebensstellung der versicherten Person vor Ausscheiden aus dem Berufsleben entsprechen.

Obwohl es durchaus kundenfreundlicher wäre, auch bei dauerhaftem Ausscheiden aus dem Berufsleben auf die damals zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit abzustellen, stellt die Regelung der Gothaer dennoch eine Besserstellung gegenüber dem Prüfschema der gesetzlichen Rentenversicherung dar. Anders als dort kommt es nicht auf irgendeine Erwerbstätigkeit auch ohne Mindestanforderungen an eine berufliche Qualifikation an, der entweder unter 3 Stunden oder zwischen 3 und 6 Stunden nachgegangen werden kann; vielmehr muss neben der Befähigung zur Berufsausübung auch die zum Zeitpunkt der Leistungsstellung bestehende Lebensstellung berücksichtigt werden. Damit sind die Leistungsanforderungen etwas niedriger.

Positiv ist, dass bedingungsseitig selbst eine Unterbrechung durch mehrere hintereinander beanspruchte Elternzeiten nicht als Ausscheiden im obigen Sinne gewertet wird.

Für Ärzte und Zahnärzte sieht der Tarif eine Infektionsklausel vor. Eine echte Besonderheit ist jedoch die so genannte Rollstuhlklausel. Sofern die versicherte Person voraussichtlich mindestens sechs Monate auf einen Rollstuhl zur Fortbewegung angewiesen ist oder alternativ ihr Hör- oder Sehvermögen vollständig verloren hat, wird automatisch für einen Zeitraum von maximal drei Jahren Berufsunfähigkeit ohne weitere Prüfung angenommen. Eine Nachprüfung erfolgt frühestens nach Ablauf von drei Jahren. Zwischenzeitliche Veränderungen des Gesundheitszustandes der versicherten Person, die zum Wegfall der Leistungsvoraussetzungen führen, sind durch die versicherte Person gemäß § 8 Nr. 3 auch innerhalb der ersten drei Jahre anzuzeigen. Die Folge hieraus ist eine Überprüfung der Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen. Positiv an dieser Klausel ist, dass nach Vorliegen der beschriebenen Leistungsvoraussetzungen eine aufwendige Prüfung entfällt, allerdings dürfte in diesen Fällen in der Regel eine bedingungsgemäße Berufs-

unfähigkeit auch ohne Rollstuhlklausel vorliegen dürfen.

Nach § 15 III ist eine zwischenzeitliche Beitragsfreistellung oder Beitragsreduktion unbegrenzt möglich. Dabei wird die versicherte Berufsunfähigkeitsrente entsprechend mit der Zeit nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik reduziert. Die reduzierte jährliche Berufsunfähigkeitsrente darf 300 Euro jährlich nicht unterschreiten. Zu beachten ist allerdings, dass die Reaktivierung des vorherigen Zustandes nur innerhalb von 36 Monaten möglich ist und voraussetzt, dass der Leistungsfall bis dato noch nicht eingetreten ist. Eine erneute Gesundheitsprüfung ist dann erforderlich, sofern der Zeitraum „zwischen dem Beginn der Beitragsfreistellung oder Beitragsreduktion und der Wiederinkraftsetzung oder Beitragserhöhung“ sechs Monate oder mehr betragen hat. Nach § 15 V ist auch eine Stundung von Beiträgen für einen Zeitraum von bis zu 18 Monaten möglich. Insgesamt erweist sich der Tarif trotz gewisser Einschränkungen als äußerst flexibel im Vergleich zu vielen Wettbewerbsstarifen.

Verbraucherfreundliche Beitrags- und Leistungsdynamik

Sehr verbraucherfreundlich sind auch die Regelungen zum Thema Anwartschafts- und garantierte Leistungsdynamik. So ruht die Anwartschaftsdynamik zwar während einer bestehenden Berufsunfähigkeit, kann allerdings anschließend wieder fortgeführt werden, sofern die Dynamik nicht bereits vor Eintritt des Leistungsfalls durch Widerspruch ausgeschlossen wurde. Wurde eine garantierte Leistungsdynamik für die Dauer einer Berufsunfähigkeit vereinbart, so reduziert sich die Höhe wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50% sinkt oder keine Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit mehr besteht auf die Höhe der zuletzt vor Eintritt des Leistungsfalls versicherten Rentenhöhe. Nach § 16 II hat der Versicherungsnehmer jedoch ausdrücklich das Recht, „gegen Mehrbeitrag die versicherte Berufsunfähigkeitsrente auf den Stand vor Wegfall der Berufsunfähigkeit anzuheben. Für Erhöhungen im Rahmen der Beitragsdynamik sind tarifliche Begrenzungen zu beachten:

„Das Recht auf weitere dynamische Erhöhungen erlischt, wenn durch Erhöhungen im Rahmen der Dynamik insge-

samt 250% der Summe aus der zu Vertragsbeginn vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente und etwaigen Erhöhungen aus Nachversicherungen gem. § 17 oder § 18 erreicht oder überschritten sind.“

Darüber hinaus setzen dynamische Anpassungen voraus, dass ein bestimmter Prozentsatz des jährlichen Bruttoeinkommens nicht überschritten wird. Inklusive Sofortbonus sind dies 65% des jährlichen Bruttoeinkommens bei einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente von bis zu 24.000 Euro bzw. 50% ab 24.001 Euro jährlicher Berufsunfähigkeitsrente.

Innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre, spätestens 15 Jahre vor dem Ablauf der Leistungsdauer, bestehen umfangreiche Nachversicherungsoptionen bei verschiedenen definierten Anlässen. Auszubildende und Studenten erhalten durch eine spezielle Karriereoption die Möglichkeit, innerhalb von 12 Monaten nach der erstmaligen Aufnahme einer zeitlich unbefristeten Tätigkeit nach Berufsausbildung, spätestens jedoch fünf Jahre nach Versicherungsbeginn ihre versicherte Berufsunfähigkeitsrente zu verdoppeln (max. um 12.000 Euro). Darüber hinaus besteht für Versicherte, die sich für die Basisvariante entschieden haben, die Möglichkeit, unter gewissen Voraussetzungen ohne erneute Gesundheitsprüfung in den Premiumtarif zu wechseln.

Ein echtes Alleinstellungsmerkmal bietet die Gothaer Versicherungsnehmern mit leiblichen oder adoptierten Kindern, die zwischen der Vollendung des 1. und 18. Lebensjahres an einer von sechzehn definierten schweren Erkrankungen (z.B. Krebs, Gehörlosigkeit, Bakterielle Meningitis, Kinderlähmung oder Gehirntumor) erkranken.

Nach Diagnose erhält der Versicherungsnehmer eine Einmalleistung in Höhe einer versicherten Jahresrente, maximal jedoch 24.000 Euro, sofern die Krankheit um mindestens 28 Tage überlebt wurde. Ein entsprechender Leistungsanspruch besteht höchstens einmal je versichertem Kind und ausschließlich für versicherte Erkrankungen, die erstmals nach frühestens einem Jahr nach Vertragsbeginn eintreten (für Details siehe § 1 Nr. 9).

Damit ist der Basis-Schutz trotz gewisser Einschränkungen eine insgesamt innovative und vertretbare Versicherungslösung für die avisierte Zielgruppe.

■ Premium-Schutz

Für anspruchsvollere und zahlungskräftigere Kunden steht der Premium-Schutz zur Verfügung. Abweichend zum Basis-Schutz genügt hier bereits die Prognose einer voraussichtlich mindestens sechsmonatigen Berufsunfähigkeit. Die Leistungen werden hier zudem rückwirkend ab Eintritt der Berufsunfähigkeit erbracht. Erfolgt eine erneute Berufsunfähigkeit aufgrund der ursprünglichen Ursache, kann nach § 1 Nr. 7 der Premium-Bedingungen der ursprüngliche Anspruch auch nach Ablauf der Versicherungsdauer (aber innerhalb der Leistungsdauer) wieder aufleben.

Der Prognosezeitraum bei der Basisvariante lautet 36 Monate. Die Gothaer zahlt jedoch ab dem 7. Monat die BU-Rente, sofern der Kunde ununterbrochen außerstande war, seinen Beruf auszuüben. Meldet er innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der BU den Leistungsfall, wird die Leistung rückwirkend ab Beginn gezahlt, in allen anderen Fällen immer ab dem Meldezeitpunkt.

Wenn die Leistungspflicht der Gothaer wegen einer erfolgreich abgeschlossenen Umschulungsmaßnahme der versicherten Person endet, wird einmalig eine Wiedereingliederungshilfe in Höhe einer halben Jahresrente (max. 12.000 Euro) gezahlt, sofern die weiteren Anforderungen erfüllt sind.

Ist der Leistungsfall wegen Pflegebedürftigkeit vor Vollendung des 45. Lebensjahres eingetreten und werden versicherte Leistungen ununterbrochen mindestens bis zum Ende der Leistungsdauer (mind. bis Alter 60) erbracht, so geht eine Berufsunfähigkeitsrente automatisch in eine lebenslange Altersrente weiter. War ein Unfall die Ursache für eine erstmalig anerkannte Berufsunfähigkeit, erhält die versicherte Person eine Einmalleistung in Höhe von drei Monatsrenten, maximal jedoch 3.000 Euro. Zusätzlich werden subsidiär Kosten bis zu neun Berufsunfähigkeitsmonatsrenten (max. 9.000 Euro) für stationäre RehaMaßnahmen zur Minderung der Unfallfolgen übernommen.

Sofern Selbstständige eine wirtschaftlich sinnvolle Umorganisation zur Wiedererlangung ihrer Berufsfähigkeit durchführen müssen, beteiligt sich die Gothaer auf Antrag mit einem Betrag in Höhe von bis zu sechs Monatsrenten (max. 12.000 Euro) an den damit verbundenen Kosten.

Ein abschließender Unterschied zum Basistarif ist eine anlassunabhängige Nachversicherungsoption innerhalb der ersten fünf Versicherungsjahre ohne erneute Gesundheitsprüfung. Selbstverständlich kann diese nur ausgeführt werden, solange die Berufsunfähigkeit nicht eingetreten ist.

Der Gothaer ist mit der Auflage des neuen Premiumtarifs eine innovative und leistungsstarke Weiterentwicklung der bestehenden Absicherung gelungen.

■ Kritische Stimme zur neuen Berufsunfähigkeitsversicherung der Gothaer

Martin Seichter, fachlich Hauptverantwortlicher der Vergleichssoftware LevelnineBU, weist auf einige Schwachpunkte der neuen Gothaer BU hin:

Der insgesamt positive Eindruck des Produktes relativiert sich durch die zum Teil sehr restriktiven Annahmerichtlinien der Gothaer im Tarif „SBU Premium“ in Bezug auf die bei Antragstellung versicherbare Rentenhöhe, insbesondere bei Einschluss einer Anwartschaftsdynamik.

1. Bei Einschluss einer Anwartschaftsdynamik von 5% ist die max. versicherbare mtl. BU-Rente für alle Versicherte auf 1.500 EUR (2.000 EUR bei 3% anwartschaftlicher Dynamik) begrenzt.

2. Bei allen Berufen mit (zusätzlicher) berufsbezogener Begrenzung der versicherbaren Höchstrente (z.B. Altenpfleger mtl. 1.000 EUR) reduziert sich die versicherbare Höchstrente um 50%, beim Altenpfleger also auf mtl. 500 EUR, wenn eine Anwartschaftsdynamik eingeschlossen ist.

Diese Regelungen lassen in vielen Fällen eine bedarfsgerechte Versorgung des Kunden bei der Gothaer nicht zu. Offensichtlich versucht die Gothaer damit die Bestandszusammensetzung zu steuern und das Risiko der subjektiven Überversorgung zu vermeiden.

Das durch die erweiterte BU-Berufsgruppenbildung marktweit entstandene Problem für Makler und Kunden bezahlbaren BU-Versicherungsschutz zu finden, wird durch die zuvor genannten Regelungen der Gothaer für viele Berufe noch um das Problem, eine bedarfsgerechte Absicherung zu bekommen, ergänzt. Das trifft natürlich nicht nur auf die Gothaer zu. Eine in der Wirkung ähnlich restriktive Annahmepolitik hat zum Beispiel die Condor LVAG. Dort sind im Normalkundenklientel bei monatlichen

Berufsunfähigkeitsrenten > 1.000 EUR nur 67% des Nettoeinkommens als BU-Rente versicherbar.

Ob sich daraus eine negative Tendenz der zukünftigen Marktentwicklung ableiten lässt, wird maßgeblich davon abhängen, ob die aktuell großen Anbieter des BU-Marktes auf die Einführung vergleichbarer Regelungen verzichten, was aus Kundensicht zu hoffen ist.

Aktiv- und Passivdynamik in der Multi-Rente von Janitos

Auch in Funktionsinvaliditätsversicherungen gibt es eine optionale Aktiv- und Passivdynamik. Exemplarisch soll hier allein das Bedingungsmerk aus dem Hause Janitos betrachtet werden. Ziffer 6 ist hier sehr einfach verständlich und kundenfreundlich formuliert. Zusammengefasst lesen sich die Bedingungen wie folgt: Wird eine versicherte Person funktionsinvalid im Sinne der Bedingungen endet die dynamische Erhöhung aus der Leistungs- oder Aktivdynamik. Stattdessen erfolgt zum jeweils 01.01. eines jeden Jahres eine Erhöhung nach dem Prozentsatz für die Passivdynamik (1,5% p.a.). Endet der Leistungsfall, so setzt die Aktivdynamik (3 oder 5% p.a.) wieder zur nächsten Hauptfälligkeit ein und zwar implizit auf Basis der zuletzt durch die Passivdynamik erreichten Rentenhöhe. Das Recht auf Inanspruchnahme der Aktivdynamik endet, wenn der vereinbarte Höchstrentenbetrag von zurzeit 3.000 Euro monatlich erreicht wurde. Es kann damit niemals zu der unerfreulichen Situation kommen, dass eine Reaktivierung des Kunden mit mehr oder minder erheblichen Einkommenseinbußen aus der Versicherungslösung verbunden ist. Diese exemplarischen Regelungen zur FIV wären demnach im Sinne einer transparenten Leistungserbringung ein kundenfreundliches Vorbild auch für die beispielhaft benannten Berufsunfähigkeitsversicherer.

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:

Allianz – Alte Leipziger – Alte Oldenburger – Arag – Axa – Barmenia – Bayerische Beamtenkrankenkasse – Concordia – Condor – Continentale – Deutscher Ring – DEVK – DKV – Gothaer – HALLESCHE – HanseMerkur – Mannheimer – Münchener Verein – Nürnberger – R+V – SDK – Signal Iduna – Union Krankenversicherung – uniVersa – Württembergische

2-teilige Serie

Krankengeld und Krankentagegeld, Teil 1

Notwendige Absicherung mit Mut zur Lücke

Für gesetzlich krankenversicherte Arbeitnehmer gilt in der Regel ein Anspruch auf Lohnfortzahlung für die ersten sechs Wochen nach dem Eintritt von Arbeitsunfähigkeit und entsprechender Krankmeldung beim Arzt. Danach besteht maximal für 72 weitere Wochen Anspruch auf Krankengeld.

Autor: Sebastian Kruegereit

Der Gesamtbezug von Krankengeld kann 78 Wochen betragen. Dabei ist eine so genannte „Blockfrist“ von drei Jahren zu beachten. Das heißt: Die Höchstleistungsdauer von 78 Wochen gilt für die Unfallfolgen und Erkrankungen sowie alle Folgeerkrankungen, die für die Krankschreibung ursächlich sind. Damit wird unter anderem vermieden, dass das Fortbestehen chronischer Krankheitsfolgen einen dauerhaften Leistungsbezug auf Krankengeld begründen kann. Ein erneuter Anspruch auf Krankengeld entsteht, wenn die versicherte Person zwischenzeitlich mindestens sechs Monate erneut arbeitsfähig war.

Die benannten Regelungen gelten sinngemäß auch für Bezieher von Arbeitslosengeld I. Sie müssen zwischen zwei Blockfristen mindestens sechs Monate der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestanden haben.

Wer nach spätestens 78 Wochen noch immer nicht gesund ist, sollte mögliche

Ansprüche auf eine gesetzliche Erwerbsminderungsrente prüfen. Sofern nach ärztlichem Gutachten eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vorliegt, sind die Krankenkassen sogar dazu verpflichtet, ihre Versicherten dazu aufzufordern, einen Rehabilitationsantrag zu stellen. Oft führt dies dazu, dass festgestellt wird, ob eine Erwerbsminderung (oder bei Personen, die vor 1961 geboren wurden, eine Berufsunfähigkeit) vorliegt. „Sollte während des Krankengeldbezugs die Erwerbsminderungsrente bewilligt werden, werden Rentennachzahlungen mit dem gezahlten Krankengeld verrechnet. Die Krankengeldzahlung wird mit der Kenntnisnahme über die Rentenbewilligung von der Krankenkasse eingestellt. Der Mehrbetrag verbleibt dem Versicherten.“¹

Krankengeld für nicht pflichtversicherte Personen

Wer aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgetreten ist, hat damit auch

seinen Anspruch auf Krankengeld verwirkt. Das gleiche gilt für Personen, die sich zwar freiwillig gesetzlich krankenversichern, sich jedoch für einen Tarif mit ermäßigtem Beitragssatz entscheiden. Auch in diesem Fall entfällt das für Arbeitnehmer übliche Krankengeld ab dem 43. Tag einer durchgehenden Arbeitsunfähigkeit.

Privates Krankentagegeld und gesetzliches Krankengeld unterscheiden sich in erster Linie durch die unterschiedliche Beitragskalkulation, im Detail aber auch durch den konkreten Leistungsumfang.

Berechnung gesetzlicher Krankengeldansprüche

Grundsätzlich besteht für Arbeitnehmer für die ersten sechs Wochen einer Arbeitsunfähigkeit ein Anspruch auf Netto-lohnfortzahlung in voller Höhe, allerdings ohne die sonst womöglich anfallenden Überstunden- oder Wochenendzuschläge. Diese Lohnersatzleistung wird vom



Arbeitgeber erbracht. Anschließend sieht die gesetzliche Krankenversicherung ab dem 43. Tag einen Anspruch auf Krankengeld vor. Dieses berechnet sich aus dem niedrigeren Wert von 70% des letzten Bruttogehalts und 90% des letzten Nettogehaltes und wird für einen Zeitraum von maximal 72 Wochen gezahlt. Das zugrunde liegende Bruttogehalt ist 2012 auf höchstens 3.825 Euro monatlich (Beitragsbemessungsgrenze) beschränkt. Von der auf diese Weise ermittelten Krankengeldhöhe werden noch die Hälfte der Sozialversicherungsbeiträge (19,6% Rentenversicherung, 3,0% Arbeitslosenversicherung, sowie 1,95% bzw. 2,2% Pflegepflichtversicherung) abgezogen. Familien mit Kindern oder Kinderlose unter 23 Jahren zahlen damit 12,275%, Kinderlose ab Vollendung des 23. Lebensjahres abweichend 12,525%. Abweichend gilt für Sachsen ein Beitrag in Höhe von 13,025% für Paare und Familien ohne Kinder bzw. 12,775% mit Kindern.

Wer länger als 78 Wochen am Stück krank ist, der hat möglicherweise Anspruch auf Erwerbsminderungsrente, geht im Zweifel aber leer aus.

Wie die drei obigen Musterbeispiele aufzeigen, sind sowohl für mittlere wie auch für hohe Einkommen durchaus gravierende Krankengeldlücken vorhanden. Wer also längere Zeit am Stück krank ist, muss damit rechnen, dass er ohne Absicherung entweder seinen Lebensstandard deutlich einschränken muss oder gar bestehende Verträge – etwa zur Bildung einer Altersvorsorge – kündigen oder zumindest beitragsfrei stellen muss. Weiter ist zu bedenken, dass eine hohe betriebliche Altersversorgung durchaus auch Einfluss auf die Höhe des monatlichen Nettokrallengeldes haben kann.

Gewinnermittlung bei Selbständigen oft strittig

Die bis hierhin beschriebene Versorgungslückenberechnung lässt sich auf Selbständige und Freiberufler leider nicht ohne weiteres übertragen. Für diese Personengruppen wird die Versorgungslücke auf Basis des Gewinns abzüglich Steuern nach § 2 Absatz 2 Nr. 1 in Verbindung mit § 4 EStG ermittelt. Bei Existenzgründern ist demnach der voraussichtliche, meist aber kaum abschätzbare Gewinn anzusetzen. Nach § 4 Abs. 1 ist Gewinn im Wesentlichen wie folgt definiert:

Die Berechnung des Krankengeldanspruches für Arbeitnehmer in der Praxis (Rechenbeispiel auf Basis der Sozialversicherungsbeiträge West)

	Beispiel 1 (mit Kindern oder unter 23 Jahre alt)	Beispiel 2 (ohne Kinder und ab 23 Jahre alt)	Beispiel 3 (ohne Kinder und ab 23 Jahre alt)
Bruttoeinkommen:	2.000,00 Euro	2.000,00 Euro	8.000,00 Euro
Nettoeinkommen:	1.552,54 Euro	1.544,46 Euro	5.019,16 Euro
70 % Brutto:	1.400,00 Euro	1.400,00 Euro	2.677,50 Euro*
90 % Netto:	1.397,29 Euro	1.390,01 Euro	4.517,24 Euro
Abzug Sozialabgaben:	171,52 Euro	174,10 Euro	335,36 Euro
Nettokrankentagegeld:	1.225,77 Euro	1.215,91 Euro	2.342,14 Euro
Monatliche Krankengeldlücke	326,77 Euro	328,55 Euro	2.677,02 Euro
Tägliche Versorgungslücke	10,89 Euro	10,95 Euro	89,23 Euro

* 70 % bezogen auf die Beitragsbemessungsgrenze von 3.825,00 Euro monatlich

„Gewinn ist der Unterschiedsbetrag zwischen dem Betriebsvermögen am Schluss des Wirtschaftsjahres und dem Betriebsvermögen am Schluss des vorangegangenen Wirtschaftsjahres, vermehrt um den Wert der Entnahmen und vermindert um den Wert der Einlagen. Entnahmen sind alle Wirtschaftsgüter (Barentnahmen, Waren, Erzeugnisse, Nutzungen und Leistungen), die der Steuerpflichtige dem Betrieb für sich, für seinen Haushalt oder für andere betriebsfremde Zwecke im Laufe des Wirtschaftsjahres entnommen hat. Einer Entnahme für betriebsfremde Zwecke steht der Ausschluss oder die Beschränkung des Besteuerungsrechts der Bundesrepublik Deutschland hinsichtlich des Gewinns aus der Veräußerung oder der Nutzung eines Wirtschaftsguts gleich.“

Nimmt man einmal an, dass der monatliche Gewinn bei 2.000 Euro läge, so wäre ein Tagessatz von 66,67 Euro abzusichern. Naturgemäß entspricht der Gewinn bei Selbständigen nicht auch der Höhe des Umsatzes und wird zudem etwa im Rahmen einer Einnahmen-Überschuss-Ermittlung erst Monate nach Ablauf des Kalenderjahres ermittelt. Besonders schwierig ist der Nachweis der Gewinnhöhe für Existenzgründer, für die naturgemäß nur ein fiktiver Gewinn für die Zukunft angenommen werden kann.

Zudem laufen bei Freiberuflern und Selbständigen Kosten für Büromiete oder private Krankenversicherungsver-

träge weiter; auch können Abschreibungen den tatsächlichen Unternehmensgewinn buchhalterisch gering halten. Damit ist eine adäquate Versorgungslückenabdeckung nur durch Abschluss eines Krankentagegeldes kaum möglich. Die grundsätzliche Problemstellung liegt darin begründet, dass eine Absicherung in der Regel nicht höher als der tatsächliche Unternehmensgewinn bzw. das Nettoeinkommen sein darf. Daraus resultiert als zweite Problemstellung, dass eine Lücke von beispielsweise 14 Euro am Tag selten optimal abgesichert werden kann, da zumindest private Tarife meist nur in 5-Euro-Schritten abgeschlossen werden können und eine Überversorgung mit Krankentagegeld auszuschließen ist – eine Absicherung nur mit 10 Euro Tagessatz führt in diesem Fall zu einer Versorgungslücke von 120 Euro monatlich. Krankentagegeldtarife wie die Tarife T und TM der Barmenia, der Tarif V der Continentale, der Tarif TG der Gothaer oder die Tarife der SDK (Süddeutsche Krankenversicherung a.G.) sind abweichend in 1-Euro-Schritten abschließbar.

Einige Versicherer wie z.B. die Nürnberger haben trotz 5-Euro-Schritten eine verbraucherfreundliche Regelung in den Annahmerichtlinien vermerkt:

„Der ermittelte Tagessatz kann auf den nächsten durch 5,00 EUR teilbaren Tagessatz aufgerundet werden.“²

Genauso brisant wird es, wenn aus steuerlichen Gründen ein Unternehmensde-

fizit statt eines Gewinns ausgewiesen wird. Schließlich kann selbst bei deutlich gestiegenem Umsatz und gleichzeitig erhöhten Investitionen ein Gewinn mitunter nicht als solcher ausgewiesen werden. Schubach empfiehlt in diesem Zusammenhang zu prüfen, „ob Betriebskosten, steuerliche Absetzungen u.ä. [im Gewinn] enthalten sind, die bei der Berechnung für die Krankentagegeldversicherung nicht abzuziehen sind.“³

Bei der Allianz Deutschland AG berücksichtigt man betriebliche Abschreibungen schon seit Jahren bei der Berechnung des Tagessatzes. Das Unternehmen verweist in diesem Zusammenhang auf das Urteil des Brandenburgischen OLG vom 27.07.2004 (11 U 11/04).

Private Tarife mit verbesserter Versicherbarkeit

Einige Anbieter wie die Gothaer besitzen hierzu geschäftsplanmäßige Erklärungen in den Annahmerichtlinien, wonach Existenzgründer ein Krankentagegeld bis zu einer festgelegten Höhe auch ohne Nachweis des tatsächlichen Gewinns für Existenzgründer versichern können. Beispielsweise kann bei der Nürnberger laut Annahmerichtlinien ein Tagessatz von 50 Euro während des ersten Jahres einer Selbstständigkeit abgesichert werden. Anschließend hängt die tatsächliche Absicherungshöhe von den erzielten Einnahmen ab. Der Tarif TG der DKV spricht ganz klar sowohl Angestellte als auch Selbstständige an. Laut Annahmerichtlinien könnten Existenzgründer bis zu 140 Euro ohne Nachweis absichern. Bei freiberuflichen Existenzgründern kann im Tarif FT ohne Nachweis ein Krankentagegeld bis zu 160 EUR abgesichert werden.

Achtung: schriftliche Bestätigung

Eine schriftliche Bestätigung solcher Regelungen durch den Versicherer ist dringend anzuraten, weist doch etwa Schubach in seiner an Anwälte gerichteten Empfehlung explizit darauf hin, dass im Rechtsstreit geprüft werden solle, „ob der Versicherungsvermittler vom schriftlichen Vertrag abweichende Angaben zur versicherbaren Höhe des Krankentagegeldes gemacht hat.“ Weiter wird angemerkt, dass bei der Beantragung von Krankentagegeld durch Versicherungsvermittler gelegentlich erklärte werde, „dieses könne auch über das Nettoeinkommen hinaus versichert werden. In

solchen Fällen ist dann auch eine Haftung des Versicherers bzw. des Versicherungsvermittlers aufgrund fehlerhafter Beratung zu prüfen.“⁴

Absicherung über das Nettoeinkommen hinaus

Es gibt abweichend zur Ansicht von Schubach eine ganze Reihe von privaten Krankentagegeldtarifen, die in einem bestimmten Umfang eine Absicherung über das nachgewiesene Nettoeinkommen hinaus ermöglichen, so z.B. die Tarife von Axa, Bayerische Beamtenkrankenkasse, Concordia, Deutscher Ring, HALLESCHE, HanseMercur, Mannheimer, Münchener Verein, Nürnberger, R+v, SDK, Signal Iduna, Union Krankenversicherung, uniVersa oder Württembergische.

Beispielsweise heißt es in § 4 Nr. 2 des Tarifs TG der **Axa**, dass Krankentagegelder „das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen“ dürfen. Weiter wird festgelegt:

„Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.
[...]

Nr. 10 Nettoeinkommen/Nachweis

(1) Bei Arbeitnehmern sind 80% des regelmäßigen Bruttoentgelts als Nettoeinkommen versicherbar.

(2) Bei Selbständigen und Freiberuflern sind 80% der Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, Gewerbebetrieb bzw. Land- und Forstwirtschaft nach den Vorschriften des Einkommensteuergesetzes versicherbar.

(3) Wenn das Nettoeinkommen bei Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit noch nicht ermittelt werden kann, so tritt an dessen Stelle bis zum Wirksamwerden des ersten Einkommensteuerbescheides ein jeweils bei Vertragsbeginn aufgrund von durchschnittlichen Erfahrungswerten vereinbarter Betrag.

(4) Das Nettoeinkommen bei Abschluss des Vertrages und während der Vertragslaufzeit sowie die Dauer der Gehaltsfortzahlung und deren Veränderungen sind dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.“

Nimmt man an dieser Stelle die auf Seite 33 beschriebenen Beispiele 1, 2 und 3 als Maßstab so beträgt das versicherbare Krankentagegeld monatlich 1.600 Euro (bei Netto 1.550 Euro) bzw. 6.400 Euro (bei Netto 4.365 Euro).

Eine andere Regelung gilt beispielsweise bei der **Mannheimer** im Tarif KT:

„§ 3 Versichertes Krankentagegeld; Karenzzeiten

1. Krankentagegeld wird bis zur Höhe des aus der beruflichen Tätigkeit erzielten Nettoeinkommens versichert. Beiträge zur gesetzlichen oder einer an ihrer Stelle genommenen privaten Krankenversicherung, sowie zur Pflegepflichtversicherung und zur gesetzlichen Rentenversicherung können berücksichtigt werden. Anderweitige Krankentagegelder und Krankengelder werden angerechnet.

2. Das maßgebliche berufliche Nettoeinkommen ist das durchschnittliche berufliche Nettoeinkommen der letzten 12 Monate.

Solange nach Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit das Nettoeinkommen noch nicht aus einem Einkommensteuerbescheid hergeleitet werden kann, ist ein aufgrund von Erfahrungswerten einvernehmlich geschätzter Wert maßgebend.“

Angenommen, das monatliche Bruttoeinkommen beträgt 2.000 Euro und dies bei Steuerklasse III / 1, so kann hier de facto 96,62% des Bruttoeinkommens versichert werden:

	Steuerklasse III / 1
Bruttoeinkommen	2.000 Euro
gesetzliche Krankenversicherung	164 Euro
Pflegepflichtversicherung	19,50 Euro
gesetzliche Rentenversicherung	196,00 Euro
Nettoeinkommen	1552,84 Euro
versicherbares Krankentagegeld	1932,34 Euro

Bei der **Signal Iduna** dürfen Selbstständige maximal 75% ihres Gewinnes absichern. Darin berücksichtigt ist ein pauschaler Abzug von 25% für Steuern. Wer also beispielsweise 72.000 Euro jährlichen Umsatz erwirtschaftet und 24.000 Euro Betriebsausgaben hat, hat einen

Rohgewinn von 48.000 Euro. Davon 75% ergibt 36.000 Euro. Teilt man diese Zahl durch 360 Tage, ergibt sich ein versicherbarer Tagessatz von 100 Euro.

Die **HALLESCHE** definiert das Nettoeinkommen von Angestellten aus 80% des Jahresbruttoeinkommens inklusive Sonderzahlungen, bei niedergelassenen Medizinerinnen und Zahnärzten aus 70% der Praxis-/Honorareinnahmen. Für alle anderen Selbstständigen und Freiberufler gilt bei der HALLESCHE: „Einnahmen aus selbstständiger/freiberuflicher Tätigkeit abzüglich Wareneinsatz/Umsatz, Betriebsausgaben/Betriebskosten, Einkommen- und Kirchensteuer sowie Solidaritätszuschlag.“ Bei der **Union Krankenversicherung** ist die Ermittlung des Nettoeinkommens in § 4 Abs. 2 der AVB geregelt. Wörtlich heißt es:

„(2) Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen.
Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.“

Da diese Aussage keine Besserstellung gegenüber der Verbandsempfehlung darstellt, kommt der Versicherer dem Kunden entgegen:

„Dem Kunden kommen wir entgegen, indem wir bei der Ermittlung des versicherbaren Tagessatzes neben dem Einkommen auch Beiträge zur Sozialversicherung berücksichtigen. Diese interne Regelung ist weder in den AVB noch in den Tarifbedingungen zu finden.“

Vor diesem Hintergrund ist eine schriftliche Klarstellung von Seiten des Versicherers vor Antragsstellung empfehlenswert.

Eine geschäftsplanmäßige Lösung findet sich auch bei der **Bayerischen Beamtenkrankenkasse**:

„Maßgeblich für die Berechnung in unserem Hause ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit nach folgender Formel.

*Betriebseinnahmen
- Betriebsausgaben
=====
zu versteuernder Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit
+ Beiträge zur Sozialversicherung (Kranken/Pflege/Renten -> bis zum Höchstbeitrag der gesetzlichen Rentenversicherung)
=====
= versicherbares Krankentagegeld : 360 (Rundung auf volle 5 Euro)
=====
= versicherbarer Tagessatz*

*Betriebskosten oder auch Abschreibungen werden nicht berücksichtigt, Maßgeblich ist nur das tatsächliche Bilanzergebnis.
Existenzgründer können einen kalendertäglichen Tagessatz von bis zu 80 Euro absichern. Wird dann ein Leistungsfall gemeldet, prüfen wir den in jedem Fall.“*

Das bedeutet also, dass Existenzgründer zwar über dem bei Antragsstellung verständlicherweise nicht nachweisbaren Gewinn absichern können, im Leistungsfall jedoch eine Prüfung wegen möglicher Überversicherung eintreten kann. An dieser Stelle ist die Zertifikatslösung der **Barmenia** deutlich verbraucherfreundlicher, die speziell für Selbstständige am Anfang ihrer Karriere ein „Barmenia-Existenzgründer-Zertifikat“ aufgelegt hat:

„Dieses **Barmenia-Existenzgründer-Zertifikat** garantiert Ihnen, dass Sie innerhalb der ersten 12 Monate nach Vertragsbeginn bei Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit das versicherte Krankentagegeld **ungekürzt** erhalten. Und zwar auch dann, wenn Sie – wie viele Existenzgründer – in der Startphase Ihrer Selbstständigkeit noch keine entsprechenden Nettoeinkünfte erzielen (z. B. infolge notwendiger Aufbauinvestitionen).
Damit verzichten wir innerhalb dieses Zeitraums ausdrücklich darauf, im Leistungsfall das Krankentagegeld zu kürzen, wenn die realen Einkünfte niedriger sind als das versicherte Krankentagegeld.
Diese Leistungsgarantie gilt
■ für Handwerksmeister mit eigenem Betrieb und Freiberufler mit eigener Praxis

*oder Kanzlei (z. B. Rechtsanwälte, Notare, Steuerberater, Wirtschaftsprüfer, Ingenieure, Architekten) bei einer Krankentagegeld-Höhe bis maximal 120 EUR ab dem 15. Tag,
■ für sonstige Existenzgründer bis maximal 60 EUR Krankentagegeld ab dem 15. Tag.*

Doch auch Versicherer, die analog zur Verbandsempfehlung auf den Gewinn eines Selbstständigen abstellen, unterscheiden sich im Detail sehr wohl. Bei der Nürnberger gelten beispielsweise laut Antrag für Arbeitnehmer bis zu 80% des Bruttoeinkommens als „Nettoeinkommen“. Für Selbstständige und Freiberufler gelten entsprechend als Einkünfte aus nicht selbstständiger Arbeit [sic!] und freiberuflicher Tätigkeit bis zu 70% der um die Betriebsausgaben verminderten Betriebseinnahmen. Ein Abzug auch von Sozialabgaben ist demnach nicht vorgesehen. Ausführlich werden die unterschiedliche Berechnung des Nettoeinkommens und auch die damit verbundenen Problemstellungen in den Annahmerichtlinien der **Nürnberger** beschrieben:

„ ■ **Einkünfte aus selbstständiger Arbeit (freie Berufe)**
Bei diesen Einkünften kann als Berechnungsbasis der Umsatz (= Betriebseinnahmen) zugrunde gelegt werden, da die Einkünfte besonders bei Angehörigen freier Berufe sehr stark von der persönlichen Leistungsbringung abhängen.
Bei Arbeitsunfähigkeit entfallen diese Einkünfte, während die Kosten, die aus diesen Einkünften zu bestreiten sind, weiter anfallen.
Dies gilt besonders für Ärzte, so dass hier ein höherer Absicherungsprozentsatz gerechtfertigt ist.
■ **Einkünfte aus Gewerbebetrieb**
Als Berechnungsbasis gilt – im Gegensatz zu den Einkünften aus selbstständiger Arbeit – der ausgewiesene Gewinn. Der Umsatz kann hier nicht als Bezugsgröße verwendet werden, da darin der Warenverbrauch enthalten ist. Darüber hinaus wird in vielen Fällen auch bei Arbeitsunfähigkeit des Inhabers der Betrieb weitergeführt, so dass Einnahmen erzielt werden.
Eine Absicherung der Betriebskosten ist daher grundsätzlich nicht möglich und auch nicht erforderlich.

Werden die Einkünfte gemäß dem Einkommensteuerbescheid zugrunde gelegt, muss darauf geachtet werden, dass zum Beispiel Gewinne bzw. Verluste aus gewerblichen Beteiligungen im Steuerbescheid zusammengefasst als „Einkünfte aus Gewerbebetrieb“ erscheinen.

Um das versicherbare Einkommen zu ermitteln, sollte daher die jeweils entsprechende Gewinn- und Verlustrechnung aus der versicherten beruflichen Tätigkeit, die von einem Wirtschaftsprüfer oder Steuerberater unterschrieben ist, zugrunde gelegt werden.“

Einkommensermittlung bei Selbstständigen

Teilweise wenden Versicherer im Einzelfall eine etwas aufgeweichte Regelung an. Ein Wettbewerber spricht hier von „gelebter Praxis“; bedingungsseitig ist dies leider für gewöhnlich nicht geregelt und damit auch wenig dokumentationsfähig.

Ein weiteres Unterscheidungskriterium ist der Zeitraum, der für die Gewinnermittlung zugrunde gelegt wird. Üblich sind die letzten 12 Monate vor Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit.

Die Einkommensermittlung bei Selbstständigen nur auf die letzten 12 Monate abzustellen, kann laut OLG Köln (OLG Köln – 5 U 55/03) als unangemessene Benachteiligung angesehen werden. Schließlich ist ein mitunter stark schwankender Unternehmensgewinn geradezu typisch für alle Arten von Gewerbetreibenden. Damit erscheint ein Zeitraum von mindestens 3 Jahren einen realistischeren Betrachtungsraum zu bieten.⁵

Nimmt man die übliche 12-Monats-Regelung hingegen als gegeben an, müsste optimalerweise jährlich das versicherbare Krankentagegeld in der Höhe neu angepasst werden. Eine Reduzierung gestaltet sich dabei unproblematisch, bei einer Erhöhung ist jedoch stets eine erneute Gesundheitsprüfung durchzuführen und im Zweifel erneut ein Einkommensnachweis beizubringen. Dies kann dazu führen, dass selbst ein ursprünglich vereinbartes KT erst reduziert und dann aus gesundheitlichen Gründen trotz eines wieder ausreichenden Gewinnes nicht mehr abgesichert werden kann. Hinzu kommt, dass bei jeder Erhöhung auf das neue Ein-

trittsalter abgestellt werden muss. Dies hat effektiv stetig neu ausgelöste Abschlussprovisionen für den betreuenden Vermittler zur Folge, auch wenn sich womöglich am ursprünglich abgeschlossenen Vertragsumfang nichts geändert hat.

Teilweise wird diese Problematik durch Nachversicherungsgarantien und dynamische Anpassungen des Versicherungsschutzes abgemildert. Eine echte Problemlösung ist jedoch die Ausnahme. Eine Teillösung bietet beispielsweise die

Concordia:

„Der Versicherer bietet den Versicherungsnehmern alle 3 Jahre Gelegenheit, in den Krankentagegeldtarifen mit einer Karenzzeit von mindestens 6 Wochen und einem versicherten Krankentagegeld von mindestens 25 € das vereinbarte Krankentagegeld zu erhöhen. Dabei wird die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegt. Sofern eine darüber hinaus gehende Erhöhung des Nettoeinkommens – innerhalb von 2 Monaten nach der Erhöhung – nachgewiesen wird, erfolgt die Anpassung aufgrund der individuellen Entwicklung des Nettoeinkommens der versicherten Person. Für das zusätzliche versicherte Krankentagegeld entfallen die Wartezeiten und eine erneute Gesundheitsprüfung. Bestehende Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag; evtl. für den bisherigen Versicherungsschutz vereinbarte besondere Bedingungen gelten auch für das zusätzlich vereinbarte Krankentagegeld.“ (Nr. 5 zu § 4 Abs. 4 MB/KT 2009)

Wichtig:

Sollte der Versicherungsnehmer eigenverantwortlich zweimal hintereinander einer zulässigen Anpassung seines Krankentagegeldes widersprechen, so ist eine Reaktivierung der automatischen Erhöhungsoption nur nach vorheriger ärztlicher Untersuchung möglich. Im Übrigen könnte es sinnvoll sein, bei Reduzierungen die Differenzgelder in Anwartschaft zu stellen. Das alles ist sicherlich gerade für Selbstständige keine perfekte Lösung, aber es ist zumindest ein Lösungsansatz.

Auch die **Signal Iduna** trifft in Teil II der Signal Iduna Tarifbedingungen zu § 4 eine kundenfreundlichere Regelung,

wonach dem Versicherungsnehmer spätestens alle drei Jahre die Gelegenheit gegeben wird, das versicherte Krankentagegeld entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung der vergangenen drei Jahre zu erhöhen. Dabei darf die Höhe des versicherbaren Krankentagegeldes nicht überschritten werden. Dies erfolgt ohne erneute Risikoprüfung oder Wartezeit. Erhöht sich das Nettoeinkommen aufgrund individueller Einkommenssteigerungen oder ändert sich die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgeltes, kann eine Anpassung beantragt werden. Für das zusätzliche Krankentagegeld entfallen gleichwohl die Wartezeiten und eine erneute Gesundheitsprüfung. Voraussetzung für die Option ist die Antragsstellung innerhalb von zwei Monaten ab Eintritt der Änderung.

Mit einer weiteren Möglichkeit des Umgangs wartet die **Mannheimer** im Hinblick zumindest auf Angestellte auf. Hier heißt es in § 3 Nr. 5 der Mannheimer VB 2009 Krankentagegeld KT:

„Erhöht sich das berufliche Nettoeinkommen oder verkürzt sich bei einem Arbeitnehmer der Entgeltfortzahlungszeitraum, nimmt der Versicherer Anträge auf eine entsprechende Erhöhung des Krankentagegeldes oder eine entsprechende Abkürzung der Karenzzeit ohne erneute Risikoprüfung an, wenn sie innerhalb von 2 Monaten nach Änderung der Umstände zum nächsten Monatsersten gestellt werden. Die Änderung der Umstände ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen. Der Beitrag erhöht sich entsprechend. Bisher bestehende Risikozuschläge oder Leistungsbeschränkungen gelten entsprechend auch für die Höherstufung.“

Vergleichbar ist die Regelung der Gothaer in MB / KT § 4 Abs. 4.1. Auch hier kann bei einer Erhöhung des Nettoeinkommens innerhalb von 2 Monaten ab Änderung – bei Selbständigen gilt als Fristbeginn der Zeitpunkt der beim Finanzamt eingereichten Einkommensteuererklärung, bei Arbeitnehmern der Zeitpunkt ab Inkrafttreten einer Gehaltserhöhung oder Änderung der Gehaltsfortzahlungsdauer – ohne erneute Gesundheitsprüfung oder Wartezeiten erhöht und auf volle 2,56 Euro aufgerundet werden.

Bei der **Axa** (MB / KT 2009) heißt es in § 3 Nr. 7 (2) wie folgt:

„Darüber hinaus kann die versicherte Person Anpassung des Krankentagegeldes beantragen, wenn sich das Nettoeinkommen aus der beruflichen Tätigkeit erhöht hat. Das Krankentagegeld kann im Verhältnis der aktuellen Steigerung des Nettoeinkommens höher versichert werden. Dem Antrag ist ein Nachweis über die aktuelle Veränderung des Nettoeinkommens beizufügen. Sofern der Antrag innerhalb von 2 Monaten nach der Veränderung gestellt wird, entfallen Wartezeiten und eine erneute Gesundheitsprüfung.“

Eine wirklich empfehlenswerte Regelung findet sich beim **Deutschen Ring** in Ergänzung zu § 1 Nr. 5 MB / KT 2009:

„War der Versicherungsnehmer bedingungsgemäß verpflichtet, den Versicherungsschutz herabzusetzen, so kann er den Versicherungsschutz innerhalb von fünf Jahren ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten ganz oder teilweise wieder herstellen.“

Eine ebenfalls sinnvolle Lösung, allerdings mit zu beachtender Fristenlösung, findet sich bei der **HALLESCHE** in § 4 Nr. 1 TB/KT:

„1 Erhöht sich das Nettoeinkommen aus der beruflichen Tätigkeit, so kann das Krankentagegeld im Verhältnis der Steigerung des Nettoeinkommens auf Antrag höher versichert werden. Verkürzt sich bei Arbeitnehmern die Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts im Falle der Arbeitsunfähigkeit, so kann Versicherungsschutz in einer Tarifstufe mit entsprechend kürzerer Karenzzeit beantragt werden. Ein solcher Antrag wird ohne erneute Risikoprüfung angenommen, wenn er innerhalb von 2 Monaten zum nächsten Monatsersten gestellt wird. Vom Zeitpunkt der Vertragsänderung an wird die Mehrleistung auch für einen laufenden Versicherungsfall gezahlt, soweit hierfür im Rahmen des bisher versicherten Krankentagegeldes Leistungspflicht besteht. Die Erhöhung des Nettoeinkommens bzw. die Verkürzung der Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts im Falle der Arbeitsunfähigkeit

sind auf Verlangen nachzuweisen. Im Falle der Beendigung eines Arbeitnehmerverhältnisses und Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit gilt die Regelung über die Verkürzung der Karenzzeiten bei einer Änderung der Entgeltfortzahlungsdauer bei Arbeitnehmern sinngemäß.“

Krankentagegeldversicherung als Summenversicherung

Krankentagegeldversicherungen sind als Summenversicherung gestaltet. Sie sichern demnach einen abstrakten Bedarf ab. Dennoch wird bei sinkendem Einkommen immer wieder eine Reduzierung höher versicherter Krankentagegelder auf ein neues Nettoeinkommen vorgenommen. Bereits 2001 wies der BGH (BGH 04.07.2001 – IV ZR 307/00 –, VersR 01, 1100) darauf hin, dass Krankentagegeldversicherungen einen abstrakt bemessenen Schaden versichern und damit als Summenversicherungen zu betrachten sind. Eine Darstellung in den Bedingungen als Schadenversicherung ändert nichts an dem Charakter als Summenversicherung. Damit steht dem Versicherer kein Recht zu, einfach ein vereinbartes Krankentagegeld im Leistungsfall zum Nachteil ihrer Kunden zu reduzieren.⁶

Fazit: Die Reduktion eines Krankentagegeldes durch den Versicherer ist nach Treu und Glauben frühestens nach Ab-

lauf eines Leistungsfalles möglich. Im Gegenzug ist dafür vom Versicherer eine Anwartschaft anzubieten.

Quantitative Grenzen der Leistungserbringung

Ein ganz entscheidender Unterschied zwischen gesetzlichem und privatem Krankentagegeld ist der Grundsatz der Vertragsfreiheit in Verbindung mit dem Bereicherungsverbot, der auf der einen Seite eine Absicherung über die gesetzlichen Höchstgrenzen hinaus ermöglicht, auf der anderen Seite aber auch zur Folge hat, dass ein versehentlich zu hoch abgeschlossenes Krankentagegeld zwar Kosten verursacht, im Endeffekt aber nicht zur Auszahlung kommt. Laut Urteil des OLG Frankfurt vom 24.11.1988 (16 U 162/87 – VersR 1989, 1290) ist eine solche Anpassung des Krankentagegeldes jedoch entgegen teilweise noch immer üblicher Praxis nur für die Zukunft zulässig, zumal sonst auch das Äquivalenzprinzip zwischen Leistung und Zahlung in empfindlicher Art und Weise gestört wäre. So ist gemäß § 4 I 4 der Musterbedingungen KT eine Reduzierung erst mit Beginn des zweiten Monats ab Kenntnis der Einkommensminderung möglich.

Gedehnter Leistungsfallbegriff: Arbeitsunfähigkeit immer zu 100%

Wann kommt es zum Leistungsfall? Auch hier sind gerade bei Gewerbetreibenden und Freiberuflern einige Problemstel-

Vorgezogenes Krankentagegeld in der GKV nur sehr eingeschränkt

Schaut man unter www.krankenkassentarife.de einmal nach, so stellt man zunächst einmal fest, dass jede gesetzliche Krankenkasse neben dem allgemeinen auch einen ermäßigten Beitragssatz anbietet.

Seit Januar 2009 gilt für Selbstständige der ermäßigte Beitragssatz von derzeit 14,3%. Damit besteht zunächst einmal kein Anspruch auf Krankengeld mehr. Die Betroffenen haben die Wahlmöglichkeit, auf eine Absicherung zu verzichten, Krankengeld über die gesetzliche Krankenkasse abzuschließen oder sich für eine private Krankentagegeldversicherung zu entscheiden. Wird ein Krankengeldanspruch über die GKV nach § 53 Satz 6 SGB V in Anspruch genommen, so ist der

Selbstständige für den Zeitraum von drei Jahren an diese Entscheidung gebunden. Alternativ können sich Selbstständige jedoch auch zum allgemeinen Beitragssatz von derzeit 15,5% mit Krankengeldanspruch ab dem 43. Tag entscheiden (§ 44 Abs. 2 Nr. 2 SGB V). Zu den Stärken der privaten Versicherer gehört eine flexible Staffe- lung von Krankentagegelder, also neben einer Leistung ab dem 43. Tag vielfach auch erste, vierte, achte oder fünfzehnte Tag einer Arbeitsunfähigkeit oder alternativ auch erst der 64., 127. oder gar 365. Tag. Durch eine geschickte Staffe- lung kann dargestellt werden, dass mit zunehmender Krankheitsdauer auch die Höhe des Versorgungsanspruchs ansteigt.



Schwierige temporäre Differenzierung: Arbeitsunfähig oder berufsunfähig?

lungen zu diskutieren. So heißt es wörtlich oder sinngemäß in vielen KT-Tarifen nicht nur für Selbständige analog zu § 1 Nr. 3 der MB/KT 2009 (z.B. Allianz, Alte Oldenburger, Barmenia, Gothaer, HALLESCHE, Nürnberger) wie folgt:

„Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.“

Daraus lässt sich zunächst einmal ableiten, dass eine auf Dauer anzunehmende Arbeitsunfähigkeit einen Leistungsanspruch ausschließt.

Dazu finden sich auch die Hinweise auf das Ende des KT-Bezuges bei Berufsaufgabe, Bezug einer Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente und die verhüllte Obliegenheit, innerhalb von meist zwei oder drei Monaten nach Eintritt eines dieser Punkte eine Anwartschaftsversicherung zu vereinbaren, soll der Vertrag nicht ab diesem Zeitpunkt erlöschen.

Diese Regelung kann einer Prüfung nach § 307 BGB nicht standhalten und kann daher als unwirksam angesehen werden. Siehe etwa Urteil zur Berufsaufgabe BGH vom 27.02.2008 (AZ IV ZR

219/06). Vielmehr muss es hier lauten, dass die Versicherung während des Vorliegens einer Berufsunfähigkeit ruhend ist; ein automatisches Erlöschen des Vertrages erscheint als unwirksam. Auch ein Arbeitnehmer, der wegen einer Krankheit aus dem Berufsleben ausscheidet, um später nach seiner Genesung erneut beruflich tätig zu werden, sollte sich von daher nicht mit einer zwangsweisen Vertragskündigung einverstanden erklären. Gleiches gilt analog für Selbständige, die vorübergehend ihr Gewerbe wegen mangelnder Einnahmen als Folge einer Erkrankung abmelden (müssen).

Vielmehr sollte für die Zeit bis Ende der Berufsunfähigkeit eine Anwartschaftsversicherung zu verminderten Beiträgen mit dem Versicherer vereinbart werden (siehe LG Dortmund 07.12.1995 - 17 S 218/95 -, in VersR 1996, 963').

Eine entsprechende Regelung, wenn auch mit Einschränkungen, findet sich etwa bei der **Barmenia** in § 15 Abs. 1 a.3 TB/KT 12 sowie in § 15 Abs. 2 MB/KT 09:

a.3 Entfallen die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit wegen Arbeitslosigkeit der versicherten Person und hat sie Anspruch auf gesetzliche Leistungen wegen Arbeitslosigkeit nach dem Sozialgesetzbuch – Zweites Buch (SGB II) oder Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch (SGB XII) oder besteht lediglich auf Grund einer Sperrfrist wegen Arbeitsaufgabe kein Leistungsanspruch, endet das Versicherungsverhältnis der betroffenen Person grundsätzlich nicht.

Das vereinbarte Krankentagegeld wird jedoch unter den Voraussetzungen des § 4 Abs. 4 entsprechend herabgesetzt. Für den Teil, um den sich das Krankentagegeld dadurch vermindert, kann eine Anwartschaftsversicherung vereinbart werden; in diesem Fall kann bei Wiederaufnahme einer Tätigkeit die Versicherung ohne Gesundheitsprüfung auf eine Tarifstufe mit der Karenzzeit und ein Krankentagegeld in der Höhe umgestellt werden, wenn sie vor Beendigung der Tätigkeit bedarfsgerecht vereinbart war und soweit sie bedarfsgerecht ist; § 4 Abs. 4 bleibt unberührt. Die Wiederaufnahme einer Tätigkeit ist durch geeignete Dokumente zu belegen. Das Versicherungsverhältnis endet jedoch, wenn feststeht, dass die betrof-

fene versicherte Person eine neue Tätigkeit nicht mehr aufnehmen will oder auf Grund objektiver Umstände feststeht, dass die Arbeitssuche trotz ernsthafter Bemühungen ohne Erfolg bleiben wird. Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer dazu regelmäßig auf dessen Verlangen entsprechende Nachweise der erfolgten Bemühungen der versicherten Person vorzulegen. Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der versicherten Person – ggf. auch rückwirkend – zu dem Zeitpunkt, ab dem kein Nachweis mehr erbracht wurde bzw. feststeht, dass die Arbeitssuche ohne Erfolg bleiben wird.

[...]

2. Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen von ihnen gekündigten oder einen wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit gemäß Abs. 1 Buchstabe b) beendeten Vertrag nach Maßgabe des Tarifs in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.“

Kritisch ist bei der Regelung in Abs. 2 natürlich, dass es dem Versicherungsnehmer obliegt, nachzuweisen, dass mit einer zukünftigen Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen sei. Dies dürfte in vielen Fällen schwierig sein, insbesondere da in den MB/KT 09 von der „Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit“ und nicht der „Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit“ gesprochen wird. Nimmt man eine Friseurin mit Allergie gegen bestimmte chemische Stoffe in Färbemitteln oder einen Bäcker mit Mehlstauballergie als Beispiel, so werden diese sicher dauerhaft nicht mehr ihrer bisherigen Erwerbstätigkeit nachgehen können, dürften aber in vielen Fällen sehr wohl in Zukunft einer gänzlich anders gearteten Tätigkeit nachgehen können. Hier besteht also hinsichtlich der konkreten Formulierung noch Nachbesserungsbedarf.

Der Versicherer weist darauf hin, dass der Versicherte „die Anwartschaft auf Antrag vereinbaren [kann], da Bedingungen, die eine Beendigung des Vertrages ohne die Möglichkeit einer Anwartschafts- oder Ruhensvereinbarung vorsehen, unwirksam sind (Bach/Moser, Private Krankenversicherung, Kommentierung der MB/KT). Daher ist ein Nachweis des VN nicht erforderlich.“

Streitpunkt Berufsunfähigkeit

Ein häufiger Streitpunkt liegt darin begründet, dass sich Bezug von Krankentagegeld und Berufsunfähigkeit in aller Regel ausschließen, so wie sich auch der gleichzeitige Bezug von gesetzlichem Krankentagegeld und Erwerbsminderungsrente ausschließen. Problematisch wird es dadurch, dass selbst beim gleichen Anbieter die Definition von Arbeits- und Berufsunfähigkeit miteinander stark differieren. Dies kann zu der absurden Situation führen, dass entweder beide Tarife eine Leistung verweigern oder aber beide leisten. Noch unbefriedigender kann die Situation werden, wenn ein Kunde neben seiner Krankentagegeldversicherung zwei verschiedene Berufsunfähigkeitsversicherungen bezahlt. Aufgrund nicht einheitlicher Bedingungen kann es durchaus zu der Situation kommen, dass ein Berufsunfähigkeitsversicherer Leistungen erbringt, während der zweite eine Leistung wegen „nur vorliegender“ Arbeitsunfähigkeit versagt und der Krankentagegeldversicherer sich der Ansicht von einem der beiden Wettbewerber anschließt.

• *Arbeitsfähig, Arbeitsunfähig oder Berufsunfähig?*

Glücklicherweise werden immer häufiger Versicherungstarife auf den Markt gebracht, bei denen die Leistungsvoraussetzungen so auf einander abgestimmt seien, dass unzweifelhaft entweder Arbeitsfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit vorliegen. Im Einzelfall kann dies natürlich wie oben beschrieben auch eine Schlechterstellung des Versicherten bedeuten. Hinzu kommt, dass gute Berufsunfähigkeitsversicherer nicht zwangsweise auch die besten Krankentagegeldtarife im Angebot haben müssen. Versicherer, die mit einem aufeinander abgestimmten Angebot werben, sind beispielsweise **Alte Leipziger, HALLESCHE, Arag, Axa, Barmenia, Continentale, Nürnberger, Signal Iduna und uniVersa**. Im Detail lohnt sich allerdings jeweils eine nähere Betrachtung, da nicht jede der scheinbaren Problemlösungen im Einzelfall das hält, was sie verspricht. Sicher ist es beispielsweise, dass eine Leistung aus

beiden Verträgen auszuschließen ist, was bei nicht auf einander abgestimmten Tarifen durchaus möglich ist. Außerdem ist zu beachten, dass für die Krankentagegeldversicherung keine Beitragsfreistellung im Leistungsfall vorgesehen ist, während eine Beitragsfreistellung von Berufsunfähigkeitsverträgen im Rentenbezug üblich ist. Eine weitere Problematik ist, dass nur selten Berufsunfähigkeitsrente und Krankentagegeld in gleicher Höhe versichert sind und somit eine Aussteuerung von Krankentagegeld- in Berufsunfähigkeitsversicherung durchaus im Konzerninteresse liegen könnte... Schließlich könnte sich der BU-Versicherer im Zweifel im Rahmen der Nachprüfung aus seiner Leistungspflicht befreien, ohne dass der konzerneigene Krankentagegeldversicherer erneut in die Leistungspflicht käme.

• *Abgrenzung: BU, EU, KT*

Grundsätzlich ist die Höhe eines privaten oder gesetzlichen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrentenbezuges für den Krankentagegeldversicherer unerheblich. Vielmehr ist entscheidend die Berufsunfähigkeit im zuletzt ausgeübten Beruf in der konkreten Ausgestaltung. Der allgemeine Arbeitsmarkt oder eine mögliche abstrakte Verweisung bleiben für die Krankentagegeldversicherung außer Betracht. Ein vorher körperlich tätiger Hafenarbeiter ist also auch dann weiterhin arbeitsunfähig, wenn er fortan einer reinen Aufsichtstätigkeit nachgehen könnte.⁸ In jedem Fall empfiehlt es sich, Kunden darauf hinzuweisen, wie die Definition für Arbeits- und Berufsunfähigkeit jeweils im Rahmen einer Krankentagegeld- bzw. Berufsunfähigkeitsversicherung verankert ist.

§ 15 Nr. 1 b) der MB/KT 2009 definiert Berufsunfähigkeit wie folgt:

„Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist.“

Nach ständiger Rechtsprechung ist hiermit die Prognose gemeint, dass eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit voraussichtlich mindestens drei Jahre fortauern wird.⁹

Wesentliches BGH-Urteil

Gravierender ist der Hinweis darauf, dass während einer Arbeitsunfähigkeit keine berufliche Tätigkeit in irgendeiner Art und Weise ausgeübt werden darf. Dies wurde erst vor wenigen Jahren erneut durch ein Gerichtsurteil festgestellt (BGH-Urteil vom 18.7.2007, Az. 129/06) und betrifft jegliche selbst geringfügige Betätigung.

Dies wird für viele Selbständige, etwa den typischen Handelsvertreter mit Homeoffice praktisch jedoch kaum möglich sein. Konkret heißt dies etwa, wenn ein Kunde auf dem privaten Festnetzanschluss anruft und um Zusendung eines Schadenformulars bittet, dass selbst diese einfache Verrichtung nicht zulässig wäre. Hier könnte man lediglich argumentieren, dass keine „wertschöpfende Tätigkeit“ im engeren Sinne vorliege. Ebenso kritisch ist es zu betrachten, wenn etwa eine selbständige Friseurin „nur mal eben“ in ihrem Laden nach dem rechten sehen will ohne dort konkret selbst mitarbeiten zu wollen. Ganz klar gibt sie sich dann trotz Krankschreibung in die berufliche Sphäre. Zumal muss die ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit nicht erst ab dem 29., 43. oder welchem Tag auch immer vorliegen, sondern auch schon während der Karenzzeit, so dass auch ein teilweises Fortführen der Erwerbstätigkeit bis zu diesem Zeitpunkt unzulässig wäre. Realistischerweise wird man in den geschilderten Fällen wohl auf eine „kurzzeitig untergeordnete Hilfstätigkeit“ abstellen müssen. Arno Schubach, Rechtsanwalt aus Koblenz führt dazu aus:

„Dementsprechend sind telefonische Verkaufsverhandlungen des Selbständigen vom Krankenbett aus nur dann eine teilweise Ausübung der beruflichen Tätigkeit, wenn er hierdurch in nennenswertem Umfang bei der Abwicklung seines Betriebes mitwirkt. Der BGH hat nunmehr in seiner Entscheidung vom 18.7.2007 klargestellt, dass die Regelung in § 1 Abs. 3 MB/KT aufgrund ihrer klaren Formulierung wesentlich enger zu verstehen ist. Selbst geringfügige Tätigkeiten, seien sie auch nur auf Akquisition gerichtet, lassen die bedingungsgemäße Arbeitsunfähigkeit entfallen. Eine Korrektur der Regelung über § 242 BGB kommt nur bei ganz geringfügigen Tätigkeiten oder Arbeits-

versuchen in Betracht. Allerdings darf bei der Prüfung, ob der Versicherte in seinem Beruf tätig geworden ist, nur auf Tätigkeiten abgestellt werden, die zur konkreten Berufsausübung vor der Erkrankung gehörten. Nicht unter die Ausübung der beruflichen Tätigkeit trotz bestehender Arbeitsunfähigkeit fallen dementsprechend gelegentliche telefonische Anweisungen und das Veranlassen organisatorischer Maßnahmen zu dem Zweck, den Ausfall der eigenen Arbeitskraft im Betrieb zu kompensieren und die hierfür erforderlichen Informationen weiterzugeben. Die teilweise Ausübung der beruflichen Tätigkeit ist aber zu bejahen, wenn der Versicherte als Chefarzt Besprechungen leitet, der Versicherte als Bauunternehmer Abrechnungen und Angebote fertigt oder die Versicherte als selbständige Gastwirtin weiterhin leitende, verwaltende oder kaufmännische Tätigkeiten ausführt.“¹⁰

Hier wäre branchenweit eine realitätsnahe und vor allem unstrittige Definition hilfreich, denn allein auf einen kulanten Versicherer zu vertrauen, wäre hier wohl die falsche Strategie. **Der klare Auftrag an die Versicherer lautet zumindest bei Selbständigen und Freiberuflern eine Restarbeitsfähigkeit von 10-20 % als zulässig zu betrachten und dies auch unzweifelhaft in den Bedingungen zu verankern – gerne auch gegen Prämienaufschlag.**

Beispiel: Arbeitsunfähigkeit

Bei der Prüfung, ob Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen vorliegt, ist auf die zuletzt konkret ausgeübte berufliche Tätigkeit des Versicherten abzustellen. Das Anerkenntnis einer bedingungs-gemäßen Berufsunfähigkeit durch den Berufsunfähigkeitsversicherer berechtigt einen Krankentagegeldversicherer daher noch lange nicht dazu, seinerseits seine Leistungen einzustellen. Vielmehr ist der Nachweis des Nichtvorliegens von Arbeitsunfähigkeit und die Bejahung einer Berufsunfähigkeit analog zu den Bedingungen des Krankentagegeldtarifes zu erbringen.

So wurde etwa eine Arbeitsunfähigkeit für einen im Außendienst tätigen Versicherungsagenten verneint, der Einschränkungen durch eine Katzenhaarallergie hatte. Schließlich könne ein nicht

unerheblicher Teil der Berufstätigkeit weiter ausgeübt werden (OLG Köln Urteil vom 30.08.2000 – 5 U 22/00). Bejaht wurde eine Arbeitsunfähigkeit hingegen bei einem Versicherungsvertreter im Außendienst mit larvierender¹¹ Depression (OLG Stuttgart Urteil vom 16.12.1993 – 7 U 293/92). Die reine Vorlage eines „gelben Scheins“ begründet folglich noch lange keine Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen. Der Nachweis über das Vorliegen einer nicht versicherten beruflichen Tätigkeit hat allerdings der Versicherer zu erbringen.

Hat ein Versicherer allerdings einen Anspruch auf Berufsunfähigkeitsleistungen deshalb erhalten, weil er durchgehend mindestens sechs Monate lang berufsunfähig war und eine Reaktivierung nach medizinischem Befund unwahrscheinlich ist, so muss der Krankentagegeldversicherer keine eigenständige Prüfung mehr vornehmen, sondern darf die nur fingierte Berufsunfähigkeit auch seiner Leistungseinstellung zugrun-

de legen (OLG Hamm 18.01.2002 - 20 U 108/01 -, VersR 2002, 1138.)

Dabei ist zu beachten, dass die Leistungseinstellung nicht sofort erfolgen darf, sondern erst ab dem Zeitpunkt nach Erhebung des medizinischen Befundes, der unstrittig eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Krankentagegeldbedingungen begründet (OLG Karlsruhe 13.11.2003 - 12 U 73/03 -, VersR 2004, 230; OLG Düsseldorf 13.01.1998 - 4 U 207/96 -, VersR 1999, 354; OLG Hamm 05.07.1991 - 20 U 310/90 -, VersR 1992, 346; OLG Hamm 11.12.1991 - 20 U 175/91 -, VersR 1993, 600 f; OLG Hamburg -, r+s 1994, 110, 112). Zivilrechtlich kommt es dabei auf den Zugang der Mitteilung beim Versicherungsnehmer an.¹² Eine rückwirkende Leistungseinstellung ist vor diesem Hintergrund nicht begründbar, da „nach medizinischem Befund“ sowohl zeitlich als auch als „gemäß“ verstanden werden kann und es gemäß § 305c Abs. 2 BGB auf die für den Kunden günstigere Auslegung ankommt.¹³

1 Berufsbildungswerk der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (Hg.): „Kranken- und Unfallversicherungen. Fach- und Führungskompetenz für die Assekuranz. Geprüfter Fachwirt für Versicherungen und Finanzen. Geprüfte Fachwirtin für Versicherungen und Finanzen“. München (Verlag für Versicherungswirtschaft), 2012, S. 42
 2 Quelle: Druckstück „KV215_201110“
 3 Arno Schubach: „§ 23 Krankenversicherung“ in: Michael Terbille (Hg.): „Münchener Anwalts Handbuch Versicherungsrecht.“ (2008), S. 1313
 4 Arno Schubach: „§ 23 Krankenversicherung“ in: Michael Terbille (Hg.): „Münchener Anwalts Handbuch Versicherungsrecht.“ (2008), S. 1219
 5 Siehe auch Gerhard Pscherer „Krankentagegeld – Kürzung auf „Nettoeinkommen“ nur für die Zukunft“ in: „Ass Compact“, Februar 2007, S. 103
 6 Siehe auch Gerhard Pscherer „Krankentagegeld – Kürzung auf „Nettoeinkommen“ nur für die Zukunft“ in: „Ass Compact“, Februar 2007, S. 102-103. Siehe zum Thema auch Tschersich, Herber: „§ 45 Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherung“ Roland Michael Beckmann und Annemarie Matusche-Beckmann (Hg.) „Versicherungsrechts-Handbuch“ (2009), S. 2757.
 7 Zitiert nach Pscherer: http://www.pscherer.de/pdf/kt_und_bu_pscherer_02_2007.pdf, S. 6 vom 15.02.2007. Siehe hierzu auch Tschersich, Herber: „§ 45 Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherung“ Roland Michael Beckmann und An-

nemarie Matusche-Beckmann (Hg.) „Versicherungsrechts-Handbuch“ (2009), S. 2769.
 8 Weitere Hintergründe zur unterschiedlichen Bewertung der Berufsunfähigkeit / Erwerbsunfähigkeit im Sinne der Krankentagegeldversicherung siehe Herbert Tschersich „§ 45. Krankentagegeld und Krankenhaustagegeld in der privaten Krankenversicherung“ in Roland Michael Beckmann und Annemarie Matusche-Beckmann (Hg.) „Versicherungsrechts-Handbuch“ (2009), S. 2770
 9 Siehe dazu Christoph Müller-Frank „Aktuelle Rechtsprechung zur Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung“, 7. Auflage, S. 116 ff.
 10 Arno Schubach: „§ 23 Krankenversicherung“ in: Michael Terbille (Hg.): „Münchener Anwalts Handbuch Versicherungsrecht.“ (2008), S. 1310-1311
 11 Eine larvierende oder „verdeckte“ Depression bezeichnet ein Krankheitsbild ohne die sonst dafür üblichen Anzeichen: Depression bei gleichzeitiger Unfähigkeit des Patienten, seine depressive Verstimmung als solche zu beschreiben, stattdessen werden Beschwerden verlagert und als körperliche Symptome wie Herzbeschwerden, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen u.a. dargestellt.
 12 Zitiert nach Pscherer: http://www.pscherer.de/pdf/kt_und_bu_pscherer_02_2007.pdf, S. 3 und 6 vom 15.02.2007.
 13 Pscherer: http://www.pscherer.de/pdf/kt_und_bu_pscherer_02_2007.pdf, S. 4 vom 15.02.2007.

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

Aachen Münchener – Alte Oldenburger – Axa – Barmenia – Generali – Gothaer – Hallesche – HDI-Gerling – Iduna – LBN – Münchener Verein – Nürnberger – Öffentliche Versicherung Braunschweig – RheinLand – Rhion – R+V – Süddeutsche Krankenversicherung – Swiss Life – uniVersa

3-teilige Serie

Invaliditätsabsicherung für Kinder, Teil 1

Wer seine Maklerpflichten ernst nimmt, berät seine Kunden möglichst umfassend. Dazu gehört auch eine Absicherung etwaiger Kinder gegen Invalidität, wengleich zunächst eine grundlegende Versicherung der Eltern angeraten erscheint; schließlich nützt das beste Versorgungskonzept für die lieben Kleinen nichts, wenn die Eltern als „Versorger“ ihrer Aufgabe als Beitragszahler nicht mehr nachkommen können – sei es aufgrund von Arbeitslosigkeit, Arbeitsunfähigkeit, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder gar Tod.



Autor: Stephan Witte

Fragt man Versicherer nach ihrem Angebot für Kinderinvaliditätsversicherungen, so werden oft nur klassische Unfallprodukte für Kinder angeboten (z.B. der Tarif *LöwenKids* aus dem Hause **Generali**, *KIZ* als Unfallrente aus dem Hause **Öffentliche Versicherung Braunschweig** oder die Unfallversicherungstarife aus dem Hause **HDI-Gerling**, **LBN**, **RheinLand**, **Rhion** oder **Zurich**). Ein Krankheitsrisiko ist in solchen Tarifen bestenfalls im Rahmen der Infektionsklausel oder im Rahmen spezieller Dread-Disease-Leistungen eingeschlossen. Nicht allen Versicherern scheint es wie bei der Zurich auf Anhieb klar zu

sein, dass eine Unfallversicherung noch lange keine Kinderinvaliditätsversicherung ist.

Gerne werden auch spezielle Altersvorsorgeprodukte für Kinder benannt, bei denen eine Option auf spätere Umwandlung in einen Berufsunfähigkeitschutz das eigentliche Highlight ist. Beispielsweise gibt es bei der **Swiss Life** den Tarif *Swiss Life Bambini*, bei dem Kinder ab der Vollendung des 15. Lebensjahres eine Berufsunfähigkeitsrente mit erneuter Gesundheitsprüfung abschließen können. Damit handelt es sich im Kern um eine reine Ausbildungsversicherung. Ein Tarif, bei dem zumindest

auf eine erneute Gesundheitsprüfung im Rahmen der BU-Option verzichtet wird, wird von **HDI-Gerling** angeboten und soll hier etwas näher dargestellt werden:

■ HDI-Gerling

Tarif: FRWK - Känguru

Produktstart: 04.2004 unter dem Namen „ASPECTA Einstein“

Bedingungsstand: 01.2012

Mindesteintrittsalter: 0 Jahre (Kind) bzw. 18 Jahre (Versorger)

Höchstetrtrittsalter: 15 Jahre (Kind), bei Einschluss BU-Option 10 Jahre bzw. 65 Jahre (Versorger)

Mindestbeitrag: 25 Euro monatlich (min. 7.500 Euro Gesamtbeitragssumme)
maximal versicherbare Leistung: keine maximale Leistungshöhe. Zusatztarif: BU-Option: Option auf den Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung bis max. 1.500 EUR BU-Rente monatlich ohne erneute Gesundheitsprüfung
Kapitalwahlrecht: ja
maximale Versicherungsdauer: min. 12 Jahre (Prämienzahlungsdauer bis max. Endalter 85)
versicherbare Leistungsdauer: lebenslange Altersrente für das versicherte Kind bzw. Verrentung an Hinterbliebene bis zum Ende einer vereinbarten Renten-garantiezeit
Aktivdynamik: zwischen 1 und 10% p.a.
Passivdynamik: nein
Kurzcharakteristik: fondsgebundene Rentenversicherung mit Rente für das Kind bei Erreichen des Rentenalters. Versicherungsschutz für mitversicherte Personen bei Tod vor Rentenbeginn sowie – soweit eine Rentengarantiezeit vereinbart wurde – nach Rentenbeginn. Bei Tod des versicherten Kindes vor Vollendung des 7. Lebensjahres beträgt die maximale Todesfallleistung 8.000 Euro. Optionaler Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung innerhalb von 6 Monate nach definierten Ereignissen (siehe I § 2 LV_BB_OPTBU.1201). Aufgrund der Prüfung von Berufs- und Sportrisiko Versicherungsschutz ggf. nur mit Abschluss oder Erschwerung möglich. Ergänzend Angemessenheitsprüfung gemäß § 3 Nr. 4
Nachversicherungsgarantie: siehe BU-Option unter „Kurzcharakteristik“
Innovationsklausel: nein
Mitversicherung angeborener Krankheiten und Gebrechen: ja (sofern im Rahmen der Antragsprüfung kein Ausschluss vereinbart wird)
Leistungsvoraussetzungen: Erleben des Rentenbeginns oder Tod
Fortführung des Versicherungsschutzes mit Erreichen der Volljährigkeit: ja (ggf. Wechsel des Kindes in den Status des Versicherungsnehmers)
Fortführung des Versicherungsschutzes bei Versterben des Versicherungsnehmers: Bei Tod des versicherten Versorger während der Versicherungsdauer der Versorger-Mitversicherung übernimmt der Versicherer die vollständige Befreiung von der Verpflichtung zur weiteren Prämienzahlung für die Hauptver-

sicherung sowie für eine etwaig eingeschlossene Option auf den Abschluss einer Berufsunfähigkeits-Versicherung unter Aufrechterhaltung des vollen Versicherungsschutzes für das versicherte Kind. Diese Beitragsbefreiung gilt u.a. höchstens bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres des versicherten Kindes bzw. bis zur Vollendung des 71. Lebensjahres des Versorger
Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers: nicht zutreffend, da Lebensversicherungsprodukt
Sonstige Bemerkungen: Ablaufmanagement für die Fondsanlage. Große Fondsauswahl. Switchen und Shiften möglich. Beitragspause von zweimal zwei Jahren ab dem 6. Jahr, bei Elternzeit abweichend bis zu drei Jahre (auch mehrmals) möglich.

■ BBV

Ein zum Teil ähnliches Kinderprodukt gibt es aus dem Hause **BBV**. Dieser Tarif mit Namen „Max Schlaubär“ werde laut Unternehmensauskunft „derzeit grundlegend überarbeitet. Aus diesem Grund nehmen wir an Ihrer Untersuchung nicht teil. Wir wollen so auch der Situation vorbeugen, dass Sie in Ihrem Artikel über ein womöglich schon nicht mehr zum Verkauf stehendes Produkt berichten.“ Das derzeitige Produkt besteht aus drei Phasen:

- 1) Der Versorgungsphase, die mindestens bis zum 18. Lebensjahr, höchstens bis zum 27. Lebensjahr des Kindes andauert
- 2) Die Erwachsenenphase, in der der Übergabe des Vertrages vom Versorger als Versicherungsnehmer an das Kind als neuen Versicherungsnehmer erfolgt
- 3) Die Rentenphase mit Wahlrecht zwischen lebenslanger Rente oder einmaliger Kapitalleistung.

In den Phasen 1 und 2 ist unter den tariflich bedingten Voraussetzungen eine Teilentnahme des Guthabens für Ausbildung, Studium oder Wohnung möglich. Während der ersten Phase ist gegen Zuschlag eine Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit bis zum Ende der Versorgungsphase möglich.

Eine eigentliche Invaliditätsleistung sieht der Tarif nur unfallbedingt vor. Die Versicherungssumme hierfür beträgt wahlweise 50.000, 75.000 oder 100.000 Euro mit einer Progression von 275%

und einer ergänzenden Lernkostenhilfe zwischen 2.000 und 4.000 Euro, falls eine solche aufgrund der Unfallfolgen erforderlich sein sollte.

Bis zum Ende der Versorgungsphase sieht der Tarif eine Beitragsbefreiung bei Tod des Versorger vor:

„Tod der versicherten Person vor Rentenzahlungsbeginn

(9) Stirbt die versicherte Person vor dem Rentenzahlungsbeginn und nach Vollendung des 7. Lebensjahres, zahlen wir 80 % des Wertes des Deckungskapitals Ihres Vertrages, mindestens jedoch die für die Fondsversicherung eingezahlten Beiträge. Diese Leistung erhöht sich gegebenenfalls um eine vorhandene Rückstellung für zukünftige Beitragszahlung (vgl. § 1 Absatz 1).

Bei Tod der versicherten Person vor Rentenzahlungsbeginn und vor Vollendung des 7. Lebensjahres ist die Todesfallleistung jedoch auf 8.000 EUR begrenzt.

(10) Der Wert des Vertragsvermögens für die Todesfallleistung wird mit den Anteilswerten, die am ersten Börsentag nach Eingang der Mitteilung über den Todesfall (Meldedatum) gelten, ermittelt. Bei der Bestimmung der Anzahl der auf die Versicherung entfallenden Anteilseinheiten ist der Todestag maßgeblich.

Die Todesfallleistung erbringen wir bis zur Höhe des am ersten Börsentag nach Eingang der Mitteilung über den Todesfall vorhandenen Wertes des Vertragsvermögens entsprechend dem Wunsch des Anspruchsberechtigten entweder durch Übertragung von Anteilseinheiten der von Ihnen gewählten Investmentfonds oder als Geldleistung.

Absätze 7 und 8 gelten entsprechend. Über den Wert des Deckungskapitals hinausgehende Leistungen erbringen wir in Euro.

Etwaige überzahlte Beiträge werden in Euro erstattet.“

■ Nürnberger

Ähnlich wie von HDI-Gerling wird eine spezielle Ausbildungsversicherung auch von der Nürnberger angeboten. Hierbei handelt es sich um die Tarife Junior Schutz Brief mit ein bzw. zwei Versorger sowie den Enkel Schutz Brief. Alle drei Tarife sind als fondsgebundene

Rentenversicherung gestaltet. Im Junior Schutz Brief besteht Versicherungsschutz bei Tod sowie optional bei Berufsunfähigkeit des Versorgers. Dazu kommt eine Leistung bei Tod und sofern im Rahmen der Optionsmöglichkeiten gewünscht bei Schul-, Berufs- bzw. Pflegebedürftigkeit des versicherten Kindes. Im Enkel Schutz Brief sind abweichend nur die benannten biometrischen Risiken für das versicherte Kind abgedeckt. Eine ausführliche Darstellung der Tarife ist hier aus Gründen des Umfangs nicht möglich, allerdings sei darauf hingewiesen, dass bei allen Schutzbriefen optional eine Unfallversicherung eingeschlossen werden kann.

Einige Versicherer bewegen sich im Markt mit einer Kombination aus gleich mehreren Produkten, die über einen einprägsamen Namen Konzeptverkauf ermöglichen sollen.

■ Gothaer

Ein Beispiel für Konzeptverkauf ist das Gothaer Sicherheitskonzept für Kinder. Dieses besteht aus folgenden Einzelbausteinen:

- Vermögensaufbau durch Gothaer VarioRent-ReFlex als Zukunftsinvestition
- Die Gothaer Unfallversicherung für die Absicherung unfallbedingter Invalidität
- Gothaer MediClinic für privatärztliche Behandlung im Krankenhaus und Krankenhaustagegeld
- Gothaer MediTop2 als Ergänzungstarif mit Leistungen für Zahnersatz, Kieferorthopädie, Heilpraktiker und Krankenhaustagegeld

Eine echte Vorsorge für krankheitsbedingte Invalidität sieht dieses Konzept nicht vor, sieht man einmal von mitversicherten Infektionen als Leistungsbaustein im Rahmen der Unfallversicherung ab.

■ Universa

Ein anderes Konzeptmodell offeriert der Versicherer Universa mit seinem Produkt Tip-TopTabaluga. Angeboten wird das Konzept in den Varianten Basis, Komfort und Premium. Das Vorsorgekonzept kann aber auch – je nach Vorsorgewunsch und bereits getroffener Vorsorge

– in Einzelbausteinen ab 10 Euro Monatsbeitrag abgeschlossen werden. Die wesentlichen Produktinhalte lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- **Basis:** Unfallversicherung mit Unfallrente, stationäre Ergänzungsversicherung, Rentenversicherung, ab der Geburt Soforthilfe in Höhe von 30.000 Euro* bei definierten schweren Krankheiten (Krebs, Niereninsuffizienz/Nierenversagen, Organtransplantation), Schwerbehinderung und Pflegebedürftigkeit oder Berufsunfähigkeitsoption ohne erneute Gesundheitsprüfung bis in Höhe von 12.000 Euro p.a.
- **Komfort:** ergänzend zum Basisschutz 1.500 Euro monatliches Pflegetagegeld, Leistung bei Unfalltod in Höhe von 5.000 Euro, erhöhte Unfallversicherungsleistungen
- **Premium:** ergänzend zum Komfort-Baustein 80%ige Kostenübernahme für Vorsorge- und Ergänzungsuntersuchungen, Zusatzleistungen für Sehhilfen, Zahnersatz und Zahnreinigung, Reha-Management, erhöhte Unfallversicherungsleistungen

Im Unterschied zur Gothaer ist neben dem Unfallrisiko auch das Risiko einer krankheitsbedingten Pflegebedürftigkeit sowie eine Option für eine Berufsunfähigkeitsversicherung mit Sofortschutz bei bestimmten schweren Krankheiten (Krebs, Nierenversagen, Organtransplantation), Schwerbehinderung und Pflegebedürftigkeit mitversichert. Die Option muss dabei innerhalb von sechs Monaten nach definierten Ereignissen, spätestens jedoch zur Vollendung des 30. Lebensjahres beantragt werden. Vor Inanspruchnahme der beschriebenen Option ist der beschriebene Schutz leider von einem umfassenden Schutz auch bei krankheitsbedingter Invalidität weit entfernt.

Als Alternative zu den drei Konzepten kann für Schüler ab 15 Jahren bereits eine Berufsunfähigkeitsversicherung mit einer monatlichen Rente von 1.000 Euro abgeschlossen werden. Versichert ist dann während der Schulzeit „Schulunfähigkeit“ und danach im jeweiligen Beruf automatisch „Berufsunfähigkeit“.

Grundsätzlich kann eine Kombination aus *Kinderunfallversicherung* mit leistungsstarker Infektionsklausel und einer



Schutz bei echter krankheitsbedingter Invalidität oder fragwürdiges Tarifpaket (Konzeptverkauf)?

Pflegetagegeldversicherung als Sicherheitsnetz als Basisabsicherung für schwere Fälle krankheitsbedingter Invalidität durchaus in Frage kommen. Natürlich ersetzt eine solche Kombination keinen umfassenden Versicherungsschutz, stellt jedoch unter Preis-Leistungsgesichtspunkten eine durchaus vertretbare Alternative dar. Gerade die Pflegekomponente ist von hoher Bedeutung, da laut Schwerbehindertenstatistik nur ein Bruchteil aller dauerhaften Beeinträchtigungen von Kindern auf Unfälle zurückzuführen sind. Anstelle einer Pflegetagegeldversicherung kommt natürlich auch eine Pflegerentenversicherung in Frage, allerdings werden solche Produkte so gut wie nie für Kinder angeboten. Eine der wenigen positiven Ausnahmen kommt aus dem Hause **IDUNA** und kann schon ab 2 Jahren abgeschlossen werden.

Der von der **R+V** angebotenen KinderRundumschutz, also eine Kombination aus Unfallversicherung mit Beitragsrückgewähr, Krankenzusatzversicherung sowie Kapitalbildung ist bei weitem kein Ersatz für die oben beschriebene Minimallösung. Daran ändert auch nichts die m.E. irreführende Werbeaussage der R+V:

„Der KinderRundumschutz beinhaltet Alles, was Ihr Kind wirklich braucht. Denn die drei Bausteine zusammen ergeben eine optimale Absicherung und sorgen für die Zukunft Ihres Kindes.“

Die Folgen einer Behinderung

Laut Statistischem Bundesamt gehen 82,3% aller Behinderungen auf eine Krankheit zurück. Von allen statistisch als behindert erfassten Personen war nur bei 4,4% eine Behinderung angeboren und nur in 2,2% aller Fälle waren ein Unfall oder eine Berufskrankheit die Ursache.¹ Statistisch erfasst wird nur ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50. Dabei bezeichnet ein GdB eine Einschränkung zur normalen Teilhabe am öffentlichen Leben. Die Zeitschrift „Finanztest“ führt dazu in ihrer Untersuchung vom Januar 2007 folgendes aus:

„Einen GdB von 50 können beispielsweise Kinder mit Diabetes vom insulinpflichtigen Typ I, Kinder mit Mukoviszidose oder autistische Kinder bekommen. Auch krebs- oder herzkranken Kinder gelten während der akuten Krankheitsphasen und der Behandlung als schwer behindert.“

Unter allen am 31.12.2007 als behindert registrierten Personen fielen gut 30% unter die Kategorie GdB 50 und nur knapp 25% wiesen einen GdB von 100 auf. Untersucht man die Zahl der behinderten Personen nach Alter, so fielen gut 0,2% in die Altersgruppe der unter 4-jährigen und gut 1,5% in die Altersgruppe der 4 bis unter 14-jährigen. Insgesamt umfasste die Gruppe der behinderten Kinder und Jugendlichen bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres zum Stichtag 120.227 Personen.² Wichtig: diese Zahlen berücksichtigen nur die Personen, die einem Antrag auf Anerkennung ihrer Behinderung beim zuständigen Versorgungsamt gestellt haben und einen GdB von 50 oder mehr zugesprochen bekommen haben. Gerade bei psychischen und geistigen Beeinträchtigungen von kleinen Kindern und Senioren kann es vorkommen, dass diese vom sozialen Umfeld nicht als solche erkannt bzw. gemeldet werden. Langfristig ist übrigens eher mit einem Anstieg der Behindertenzahlen zu rechnen. So überleben heute viele Kinder dank Brutkasten und sonstigem medizinischen Fortschritt, die früher keine Chance gehabt hätten. Dies kann man

auch daran erkennen, dass beispielsweise die Zahl der „normalen“ Blinden stark zurückgegangen ist, während gleichzeitig die Zahl der Mehrfachbehinderten mit Blindheit als „nur“ einem Teilproblem deutlich gestiegen ist.

Pflege-Thematik

Ein hoher Grad der Behinderung hat in vielen Fällen zur Folge, dass die Betroffenen einer dauerhafte Pflege im täglichen Leben, sei es bei Körperpflege, Ernährung, Mobilität und/oder hauswirtschaftlicher Versorgung bedürfen. Damit ist der Faktor „Zeit“ ein entscheidendes Problem, da geeignete Behinderteneinrichtungen (z.B. spezielle Mehrbehindertenklassen) oft nicht in Wohnortnähe liegen und trotz der zwischenzeitlich erfolgten Verpflichtung der Schulen zur Inklusion von Behinderten noch immer ein weiter Weg zur faktischen Umsetzung besteht.

Werden Kinder mit Behinderungen in eine Familie geboren, so erwachsen gerade aus eingeschränkter Mobilität oft schwer wiegende Probleme. Nur selten sind Häuser in Deutschland barrierefrei gebaut, so dass oft nur die Wahl zwischen kostenintensivem Umbau einer Wohnung oder aber einem Umzug besteht.

Zu den Einschränkungen, unter denen behinderte Kinder oft leiden, gehören Einschränkungen bei der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel und beim Besuch von Freizeiteinrichtungen oder das Aufsuchen von Städten zum Einkaufen. Nicht wenige Behinderte sind bei täglichen Notwendigkeiten wie Essen, Trinken, Stuhlgang, der Fortbewegung innerhalb der eigenen vier Wände einschließlich Treppen steigen sowie beim zu Bett gehen auf fremde Hilfe angewiesen. Zwischen den beiden Extremen „ohne Schwierigkeiten“ und „nicht möglich“ sind natürlich auch all jene Dinge zu benennen, die nur mit Schwierigkeiten durchgeführt werden können, hier aber nicht näher betrachtet werden sollen.

In so einer Situation werden gerade Frauen nicht selten zu „Dauerpflegekräften“, die erst ihre berufliche Karriere aufgeben müssen, bevor sie letztlich im sozialen Abseits landen. Ein Hauptgrund

liegt in der finanziellen Überforderung der meisten Betroffenen. Als Folge fehlt vielen Familien die Möglichkeit, überhaupt noch einen Urlaub zu finanzieren, zeitaufwendige Hobbys zu pflegen und nicht selten führt ein behindertes Kind in der Familie zu einer Ausgrenzung der Betroffenen im Freundes- und Bekanntenkreis.

Hohe Aufwendungen

Laut Berechnungen des Deutschen Rings auf Basis der IfAS-Studie 2003 betragen die jährlichen Mehraufwendungen durch ein behindertes Kind nach Kostenübernahme durch Ämter und Pflegekosten bis zu 12.800 Euro, davon in über 50 Prozent der Fälle bis 250 Euro und in über 90% aller Fälle sogar bis 1.000 Euro. Betrachtet man diese Zahlen vor dem Hintergrund, welches verfügbare Einkommen die durchschnittliche Familie in Deutschland hat, so wird die tatsächliche Belastung schnell klar.

Stellt man das behinderte Kind selbst in den Fokus, so stellt man fest, dass dieses oft niemals einen Beruf nach Wahl ausüben kann. Sehr viel häufiger als statistisch zu erwarten, sind behinderte Kinder zeitlebens unverheiratet oder gar ohne relevanten Freundeskreis. Neben dieser sozialen Isolierung ist auch das finanzielle Abseits nicht zu unterschätzen. Häufig leben behinderte Erwachsene von Grundsicherung. Ein wirklich frei gestaltetes Leben und Lebensumfeld ist unter diesen Voraussetzungen nicht möglich. Hinzu kommt, dass eine Invalidität als Folge von Krankheit, Kräfteverfall oder Unfall für gewöhnlich bis ans Lebensende bestehen bleibt. Ausreichend hohe finanzielle Mittel können zwar nicht die Behinderung an sich heilen, die sozialen Folgen jedoch deutlich kompensieren, indem sie Möglichkeiten schaffen, die ohne Geld nicht zu realisieren sind.

¹ Statistisches Bundesamt, Fachserie 13, R 5.1, 2007, S. 7. Siehe: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/BehinderteMenschen/Schwerbehinderte2130510079004.pdf?__blob=publicationFile

² Dto., S. 10

Erwerbsunfähigkeitsversicherung / Schulunfähigkeitsversicherung

Schon deutlicher mehr dem Konzept einer eigentlichen Kinderinvaliditätsversicherung entsprechen die Angebote einiger Wettbewerber, die als Erwerbsunfähigkeitsversicherung für Kinder oder als Schulunfähigkeitsversicherung benannt werden. Aufgrund einer Produktkonzeption als Lebensversicherung orientieren sich diese Absicherung stark am Konzept einer Berufsunfähigkeitsversicherung für Erwachsene, ohne dieser allerdings an Leistungsstärke gleichkommen zu können. Neben der vereinbarten Rentenleistung für Erwerbs- oder Schulunfähigkeit wird auch für den Fall einer bedingungsgemäßen Pflegebedürftigkeit geleistet.

Erwerbsunfähigkeit bedeutet, dass das versicherte Kind infolge von Krankheit, Körperverletzung oder (mehr als altersentsprechendem) Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, dauerhaft (d.h. voraussichtlich min. 3 Jahre lang) und vollständig außer Stande ist, irgendeine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit auszuüben. Dabei kommt es weder auf einen möglicherweise angestrebten oder ausgeübten Beruf noch auf die persönliche Lebensstellung an. Die Beurteilung erfolgt demnach allein auf Basis medizinischer Gründe.

Je nach Anbieter kann die Erwerbsunfähigkeit unterschiedliche Voraussetzungen haben, z.B.

- **Cosmos Direkt:** keine Restarbeitsfähigkeit und demnach auch keine Einkünfte
- **Nürnberg:** keine Leistung bei Restarbeitsfähigkeit bis 2 Stunden pro Tag. Höhe der Einkünfte spielen keine Rolle
- **Aachen Münchener:** Restarbeitsfähigkeit bis unter 3 Stunden. Höchstens noch geringfügige Einkünfte durch Erwerbstätigkeit

Bei Kindern vor Vollendung des 15. Lebensjahres wird bei Aachen Münchener und Cosmos Direkt anstelle von Erwerbsunfähigkeit auf Schulunfähigkeit abgestellt. Bei der Nürnberg spielt das Alter keine Rolle. Vielmehr heißt es in § 3 der entsprechenden Bedingungen wie folgt:

„§ 3 Was geschieht bei Beendigung der Schulausbildung?

Übergang auf Erwerbsunfähigkeitsabsicherung

(1) Ist die versicherte Person nicht mehr Schüler oder Student, so ist sie von diesem Zeitpunkt an bis zum Endalter der Vertragslaufzeit gegen Erwerbsunfähigkeit versichert, soweit nicht das Umstellungsrecht auf eine Berufsunfähigkeitsversicherung nach Absatz 8 in Anspruch genommen worden ist. Bei Studenten erfolgt der Übergang auf den Versicherungsschutz gegen Erwerbsunfähigkeit unabhängig von der tatsächlichen Studiendauer spätestens drei Jahre nach Ablauf der für die entsprechende Studienrichtung geltenden Regelstudienzeit. [...]“

Demnach spielt hier das konkrete Alter anders als bei den vorbenannten Wettbewerbern keine Rolle. Die Inanspruchnahme der oben benannten Berufsunfähigkeitsoption einschließlich Nachversicherungsoption ist bei der Nürnberger an besondere Voraussetzungen geknüpft:

„(8) Nimmt die versicherte Person ein Studium auf oder nimmt sie innerhalb von drei Jahren nach Beendigung der Schulausbildung oder des Studiums eine Berufsausbildung oder einen Beruf auf, haben Sie das Recht, den Vertrag in eine Berufsunfähigkeitsversicherung ohne Verzicht auf abstrakte Verweisung umzustellen, sofern zu diesem Zeitpunkt keine Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit besteht und es sich nach unseren dann gültigen Annahmerichtlinien um einen gegen Berufsunfähigkeit versicherbaren Beruf handelt. Sofern bei Versicherungsbeginn vereinbart, haben Sie das Recht unter den gleichen Voraussetzungen den Vertrag in eine Berufsunfähigkeitsversicherung mit Verzicht auf abstrakte Verweisung umzustellen.

Ist die Berufsaufnahme wegen vorher eingetretener und fortbestehender Schulunfähigkeit innerhalb dieses Zeitraums nicht möglich, verlängert sich die Frist auf drei Jahre nach Wegfall der Schulunfähigkeit. Die Umstellung erfolgt zu dem für den entsprechenden Beruf geltenden Beitrag, wobei vorhandene Werte der Versicherung angerechnet werden.“



Schulunfähigkeit: Unscharfer Terminus zwischen Erwerbsunfähigkeit und BU.

Voraussetzung für die Option sind demnach a) eine aktive Inanspruchnahme, b) die Versicherbarkeit des Berufes zum Optionszeitpunkt und c) die Aufnahme eines Berufes innerhalb von 3 Jahren nach dem Ende der Schulausbildung, des Studiums, einer Berufsaufnahme oder dem Wegfall von Schulunfähigkeit. Vorteilhafter ist die Regelung der Axa. Hier geht die Schulunfähigkeitsversicherung nahtlos in eine Berufsunfähigkeitsversicherung über. Nicht ganz glücklich ist die Tarifbezeichnung Berufsunfähigkeitsversicherung, da Kunden im Zweifel eine Erwartungshaltung gemäß § 172 VVG begründen könnten. Eine unangemessene Beeinträchtigung gemäß § 307 BGB hinsichtlich des Transparenzgebots (Verstoß gegen Treu und Glauben) wird man dennoch verneinen dürfen, da ein originärer Beruf mit Gewinnerzielungsabsicht für Schüler eher nicht existent sein dürfte. Zudem regelt AXA die Voraussetzungen für die Schulunfähigkeit in einer speziellen Klausel in den Bedingungen, so dass die Schulunfähigkeit klar von der eigentlichen Berufsunfähigkeit abgegrenzt wird.

Auch die uniVersa sieht einen nahtlosen Übergang von Schul- zu Berufsunfähigkeit vor bzw. zuvor ggf. zu einer Berufsunfähigkeit bei Studenten.

Die Definition von Schulunfähigkeit ist dabei trotz vieler Gemeinsamkeiten von Anbieter zu Anbieter durchaus unterschiedlich:

Definition von Schulunfähigkeit				
Aachen Münchener	Axa	Cosmos Direkt	Nürnberger	uniVersa
JUNIOR ZUKUNFTSKONZEPT: Kinderinvaliditäts-Versicherung / Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung (KIZ)	Berufsunfähigkeitsversicherung (auch der Zulagenrente) der Berufsgruppen 1+ bis 3 und K, der Berufsgruppe 4 sowie der Heilberufe	Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung für Kinder: Kinderschutz-Plan	Biene Maja Schüler Schutz Brief (IBU2600S)	Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (B12)
<p>a) „Schulunfähigkeit ist dann gegeben, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, sich voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen in einem Zustand befindet, aufgrund dessen der Besuch der Grundschule oder einer weiterführenden allgemeinen Schule oder einer Förder- oder Sonderschule nicht möglich ist bzw. - vor Erreichen des schulpflichtigen Alters - der Besuch der Grundschule oder der Förder- oder Sonderschule nicht möglich wäre. Nicht als „Schulunfähigkeit“ gilt eine „Zurückstellung“ vor der Einschulung wegen fehlender Schulreife.</p> <p>b) „Schulunfähigkeit“ ist auch dann gegeben, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, sich mindestens sechs Monate ununterbrochen in einem Zustand befand, aufgrund dessen der Besuch der Schule nicht möglich war und sie die Schule auch tatsächlich nicht besucht hat. In diesem Fall gilt die Fortdauer dieses Zustandes als Invalidität im Sinne dieser Bedingungen. Als Eintritt der Invalidität gilt in diesem Fall der Beginn des siebten Monats.</p>	<p>Bei Schülern liegt der Versicherungsfall vor, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person durch Krankheiten, Behinderungen oder Unfallfolgen dauerhaft so beeinträchtigt ist, dass sie eine Schulausbildung ohne spezielle Förderung nicht fortsetzen kann (Schulunfähigkeit).</p> <p>Eine Leistungspflicht besteht nur, wenn die Krankheit, Behinderung oder Unfallfolge ärztlich festgestellt wurde. Ferner muss eine behördlich festgestellte Behinderung von mindestens 30% nach dem Schwerbehindertenrecht vorliegen.</p> <p>Eine spezielle Förderung ist anzunehmen, wenn sie über das übliche Standardmaß erheblich hinausgeht. Dies ist bei Sonderschulen oder vergleichbaren sonderpädagogischen Maßnahmen regelmäßig der Fall.</p> <p>Das Wiederholen eines Schuljahres sowie ein Schulwechsel können daher eine Leistungspflicht nur auslösen, wenn zusätzlich dazu diese spezielle Förderung notwendig wird und die weiteren oben genannten Voraussetzungen vorliegen.</p> <p>(2) Tritt der Versicherungsfall nach Absatz 1 ein, erbringen wir die Leistung, solange die Voraussetzungen für die Schulunfähigkeit fortbestehen, längstens bis zur Aufnahme eines Studiums, einer Berufsausbildung, einer beruflichen Tätigkeit oder dem Beginn des Freiwilligen Wehrdienst (FWD) oder des Bundesfreiwilligendienst (BFD). Spätestens 12 Monate nach dem regulären Ende der Sonderschul-ausbildung bzw. der vergleichbaren sonderpädagogischen Ausbildungsmaßnahme wird das Fortbestehen der Leistungsvoraussetzungen neu geprüft. Die Leistungen werden weiter gezahlt, wenn die medizinischen Voraussetzungen der Schulunfähigkeit nach Absatz 1 weiterhin bestehen und infolgedessen ein Studium, eine Berufsausbildung oder der Freiwillige Wehrdienst (FWD) oder der Bundesfreiwilligendienst (BFD) nicht aufgenommen werden kann.</p> <p>Hat die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt bereits ein Studium, eine Berufsausbildung, eine berufliche Tätigkeit aufgenommen oder den Freiwilligen Wehrdienst (FWD) oder den Bundesfreiwilligendienst (BFD) begonnen, wird das Fortbestehen der Leistungsvoraussetzungen nach den Absätzen 3 bis 5 neu geprüft.</p>	<p>Hat die versicherte Person das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet, liegt eine Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen auch dann vor, wenn die versicherte Person schulunfähig ist. Dies ist dann der Fall, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich dauernd außer Stande ist, eine Grundschule oder eine weiterführende allgemeine Schule der Sekundarstufe I zu besuchen und dies von der zuständigen Schulaufsichtsbehörde bescheinigt wird. Gleiches gilt vor Erreichen des schulpflichtigen Alters, wenn der Besuch einer Grundschule aus gesundheitlichen Gründen – die ärztlich nachzuweisen sind – nicht möglich wäre.</p> <p>Der Besuch einer Förder- oder Sonderschule alleine – ohne dass die vorgenannten Kriterien erfüllt sind – ist nicht gleichzusetzen mit Schulunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen. Ebenfalls nicht als Schulunfähigkeit gilt eine Zurückstellung vor der Einschulung wegen fehlender Schulreife.</p>	<p>(1) Vollständige Schulunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate außerstande ist, weiterhin als Schüler oder Student an einem regulären Schulunterricht oder an einem regulären Studium teilzunehmen.</p> <p>(2) Teilweise Schulunfähigkeit liegt vor, wenn die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen nur in einem bestimmten Grad erfüllt sind.</p> <p>(3) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, vollständig oder teilweise außerstande gewesen, weiterhin als Schüler oder Student an einem regulären Schulunterricht oder an einem regulären Studium teilzunehmen, so gilt dieser Zustand von Beginn an als vollständige oder teilweise Schulunfähigkeit.</p> <p>(4) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig und wurde der Pflegefall mit mindestens 3 Punkten bewertet, so gilt dieser Zustand von Beginn an als vollständige Schulunfähigkeit.</p>	<p>Berufsunfähigkeit bei Schülern (Schulunfähigkeit)</p> <p>(5) Ist die versicherte Person Schüler an einer Haupt-, Real-, Wirtschafts- oder Gesamtschule, einer Fachoberschule, einer freien Waldorfschule oder einem Gymnasium, liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate außerstande ist, weiterhin als Schüler an einem regulären Schulunterricht ohne spezielle Förderung teilzunehmen oder eine andere Tätigkeit auszuüben, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht (abstrakte Verweisung).</p> <p>Eine spezielle Förderung liegt vor, wenn der Besuch einer Sonderschule oder sonderpädagogische Maßnahmen regelmäßig erforderlich sind. Das Wiederholen eines Schuljahres sowie ein Schulwechsel allein bedingen noch keine Leistungspflicht.</p> <p>Bei Schülern gilt als Beruf und die sich daraus ergebende Lebensstellung der Beruf einer Arbeitskraft mit noch nicht bestimmtem Beruf.</p> <p>(6) Ist die versicherte Person Schüler im Sinne des Abs. (5) und ist sie sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, außerstande gewesen, weiterhin als Schüler an einem regulären Schulunterricht ohne spezielle Förderung teilzunehmen oder eine andere Tätigkeit auszuüben, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, gilt die Fortdauer dieses Zustandes rückwirkend von Beginn an als Berufsunfähigkeit.</p> <p>(7) Berufsunfähigkeit liegt nicht oder nicht mehr vor, wenn die versicherte Person eine andere Tätigkeit konkret ausübt, die ihrer Ausbildung, Erfahrung und bisherigen Lebensstellung entspricht und in der der Grad der Berufsunfähigkeit geringer als 50% ist.</p>

■ Aachen Münchener

Tarif: JUNIOR ZUKUNFTSKONZEPT: Kinderinvaliditäts-Versicherung / Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung (KIZ)

Produktstart: 07.2004

Bedingungsstand: 10.2011 (Zusatzversicherung) bzw. 01.2012 (Kinderinvaliditätsversicherung)

Mindesteintrittsalter: ab dem 7. Lebensmonat

Höchsteintrittsalter: vollendetes 18. Lebensjahr

Mindestbeitrag: 5 Euro monatlich
maximal versicherbare Leistung: maximal 1.500 Euro monatliche Rente (inklusive Überschussbeteiligung)

Kapitalwahlrecht: nein (Rentenleistung)
maximale Versicherungsdauer: spätestens mit Vollendung des 67. Lebensjahres

versicherbare Leistungsdauer: spätestens mit Vollendung des 67. Lebensjahres. Die Versicherungsleistungen werden während der Dauer einer bedingungs- gemäßen Invalidität erbracht, so lange die versicherte Person lebt. Bestehen die Anspruchsvoraussetzungen beim Erreichen des rechnerischen Alters von 65 Jahren der versicherten Person, wird die Invaliditätsrente bis zum Tod der versicherten Person gezahlt

Aktivdynamik: optional 3 bis 10% p.a.

Passivdynamik: nein

Kurzcharakteristik: Rentenleistung bei Schul- oder Erwerbsunfähigkeit bzw. bei pflegebedingter Schul- oder Erwerbsunfähigkeit

Nachversicherungsgarantie: nein

Innovationsklausel: nein

Mitversicherung angeborener Krankheiten und Gebrechen: Bedingungen sehen keinen Ausschluss vor

Versicherungsschutz für psychische Erkrankungen: Bedingungen sehen keinen Ausschluss vor

Leistungsvoraussetzungen: analog zu einer Berufsunfähigkeitsversicherung, also im Zweifel Notwendigkeit von Gutachten. Ein GdB bedeutet keine automatische Anerkenntnis des Leistungsfalls

Fortführung des Versicherungsschutzes mit Erreichen der Volljährigkeit: Zum Zeitpunkt der erstmaligen Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit oder eines Studiums besteht ein Anrecht auf Umstellung des Vertrages in eine dann verfügbare Berufsunfähigkeits(zusatz)versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung. Der Umtausch ist nicht möglich, wenn zum Optionszeitpunkt ein nicht versicherbarer Beruf ausgeübt wird. Das Optionsrecht

erlischt spätestens fünf Jahre nachdem die versicherte Person einkommenssteuerrechtlich nicht mehr als Kind zählt

Fortführung des Versicherungsschutzes bei Versterben des Versicherungsnehmers: nur geschäftsplanmäßig Angebot eines Versicherungsnehmerwechsels oder einer Beitragsfreistellung des Vertrages, sofern die jährliche Mindestrente von 300 Euro erreicht wurde. Bedingungsseitig ungeregt

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers: nicht zutreffend, da Lebensversicherungsprodukt

Nachprüfung des Leistungsfalls: ja (analog zu einer Berufsunfähigkeitsversicherung unter Vorbehalt zeitlich befristeter Anerkenntnisse)

Sonstige Bemerkungen: Als Lebensversicherungsprodukt werden etwaige Überschüsse fondsgebunden angelegt.

erlischt spätestens fünf Jahre nachdem die versicherte Person einkommenssteuerrechtlich nicht mehr als Kind zählt

Fortführung des Versicherungsschutzes bei Versterben des Versicherungsnehmers: nur geschäftsplanmäßig Angebot eines Versicherungsnehmerwechsels oder einer Beitragsfreistellung des Vertrages, sofern die jährliche Mindestrente von 300 Euro erreicht wurde. Bedingungsseitig ungeregt

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers: nicht zutreffend, da Lebensversicherungsprodukt

Nachprüfung des Leistungsfalls: ja (analog zu einer Berufsunfähigkeitsversicherung unter Vorbehalt zeitlich befristeter Anerkenntnisse)

Sonstige Bemerkungen: Als Lebensversicherungsprodukt werden etwaige Überschüsse fondsgebunden angelegt.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

achten. Ein GdB bedeutet keine automatische Anerkenntnis des Leistungsfalls, wengleich Schulunfähigkeit einen GdB von min. 30 voraussetzt

Fortführung des Versicherungsschutzes mit Erreichen der Volljährigkeit: nach dem Ende der Schulausbildung geht der Vertrag nahtlos in einen Berufsunfähigkeitsschutz über

Fortführung des Versicherungsschutzes bei Versterben des Versicherungsnehmers: nein

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers: nicht zutreffend, da Lebensversicherungsprodukt

Nachprüfung des Leistungsfalls: ja (analog zu einer Berufsunfähigkeitsversicherung unter Vorbehalt zeitlich befristeter Anerkenntnisse)

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

Sonstige Bemerkungen: Die Berufsunfähigkeitsversicherung wird an Überschüssen beteiligt. Die Verwendung kann vom Kunden gewählt werden.

achten. Ein GdB bedeutet keine automatische Anerkennung des Leistungsfalls
Fortführung des Versicherungsschutzes mit Erreichen der Volljährigkeit: ja (bis zum Ende der maximalen Versicherungsdauer. Siehe oben)

Fortführung des Versicherungsschutzes bei Versterben des Versicherungsnehmers: nein

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers: nicht zutreffend, da Lebensversicherungsprodukt

Nachprüfung des Leistungsfalls: ja (analog zu einer Berufsunfähigkeitsversicherung unter Vorbehalt zeitlich befristeter Anerkennnisse)

Sonstige Bemerkungen: optionale Zusatzleistung bei Unfalltod. Als Lebensversicherungsprodukt werden etwaige Überschüsse im Deckungsstock angelegt.

■ **Nürnberger**

Tarif: Biene Maja Schüler Schutz Brief (IBU2600S)

Produktstart: k.A.

Bedingungsstand: 01.2012

Mindesteintrittsalter: vollendetes 5. Lebensjahr

Höchstesintrittsalter: vollendetes 52. Lebensjahr

Mindestbeitrag: 5,00 Euro monatlich
 maximal versicherbare Leistung: max. 1.000 Euro monatliche Rente

Kapitalwahlrecht: nein (Rentenleistung)

maximale Versicherungsdauer: bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres

versicherbare Leistungsdauer: bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres

Aktivdynamik: optional (3 bis 10% p.a.)
Passivdynamik: nein

Kurzcharakteristik: Rentenleistung bei Schul- oder Erwerbsunfähigkeit bzw. bei pflegebedingter Schul- oder Erwerbsunfähigkeit

Nachversicherungsgarantie: ja (Recht auf Erhöhung der Berufsunfähigkeitsleistungen ohne Gesundheitsprüfung bei bestimmten die versicherte Person betreffenden Ereignissen, z. B. Heirat, Geburt oder Adoption eines Kindes bzw. berufliche Höherqualifikation etc.).

Innovationsklausel: nein

Mitversicherung angeborener Krankheiten und Gebrechen: Bedingungen sehen keinen Ausschluss vor

Versicherungsschutz für psychische Erkrankungen: Bedingungen sehen keinen Ausschluss vor

Leistungsvoraussetzungen: analog zu einer Berufsunfähigkeitsversicherung,

also im Zweifel Notwendigkeit von Gutachten. Ein GdB bedeutet keine automatische Anerkennung des Leistungsfalls
Fortführung des Versicherungsschutzes mit Erreichen der Volljährigkeit: ja (der Versicherungsschutz bleibt nach Abschluss der Schulausbildung alternativ als Erwerbs- oder im Rahmen der Umstellungsoption als Berufsunfähigkeitsschutz fortbestehen. „Nimmt die versicherte Person ein Studium auf oder nimmt sie innerhalb von drei Jahren nach Beendigung der Schulausbildung oder des Studiums eine Berufsausbildung oder einen Beruf auf, haben Sie das Recht, den Vertrag in eine Berufsunfähigkeitsversicherung ohne Verzicht auf abstrakte Verweisung umzustellen, sofern zu diesem Zeitpunkt keine Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit besteht und es sich nach unseren dann gültigen Annahmerichtlinien um einen gegen Berufsunfähigkeit versicherbaren Beruf handelt. Sofern bei Versicherungsbeginn vereinbart, haben Sie das Recht unter den gleichen Voraussetzungen den Vertrag in eine Berufsunfähigkeitsversicherung mit Verzicht auf abstrakte Verweisung umzustellen. Ist die Berufsaufnahme wegen vorher eingetretener und fortbestehender Schulunfähigkeit innerhalb dieses Zeitraums nicht möglich, verlängert sich die Frist auf drei Jahre nach Wegfall der Schulunfähigkeit. Die Umstellung erfolgt zu dem für den entsprechenden Beruf geltenden Beitrag, wobei vorhandene Werte der Versicherung angerechnet werden.

(9) Sie können innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Berufseintritt, Auf-

nahme eines Studiums bzw. nach Beginn einer Berufsausbildung die Umstellung des Vertrags in eine Berufsunfähigkeitsversicherung ohne Gesundheitsfragen verlangen. Die versicherte monatliche Rente kann innerhalb dieser Frist ohne Gesundheitsfragen auf maximal 1.000,00 EUR erhöht werden. Alternativ kann eine Erhöhung auf maximal 1.500,00 EUR beantragt werden, wobei dann anstelle der für unseren allgemeinen Verkauf gültigen Standard-Gesundheitsfragen nur vereinfachte Gesundheitsfragen zu beantworten sind.

(10) Die Summe der versicherten monatlichen Berufsunfähigkeits-Renten aus allen für die versicherte Person bestehenden Verträgen (einschließlich Verträgen bei anderen Versicherungsunternehmen) darf einen Höchstbetrag von 1.500,00 EUR nicht übersteigen. Davon dürfen jedoch maximal 1.000,00 EUR ohne Gesundheitsfragen zustande gekommen sein.“

Fortführung des Versicherungsschutzes bei Versterben des Versicherungsnehmers: nein

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers: nicht zutreffend, da Lebensversicherungsprodukt

Nachprüfung des Leistungsfalls: ja (analog zu einer Berufsunfähigkeitsversicherung unter Vorbehalt zeitlich befristeter Anerkennnisse)

Sonstige Bemerkungen: Als Lebensversicherungsprodukt werden etwaige Überschüsse fondsgebunden angelegt. Beim Biene Maja Schüler Schutz Brief kann optional eine Kinder-Unfallversicherung abgeschlossen vor.

Echte Kinderinvaliditätsversicherung

Eine echte Kinderinvaliditätsversicherung sieht Versicherungsschutz bei Invalidität eines versicherten Kindes als Folge von Unfall oder Krankheit vor. Einen solchen Schutz bieten nur wenige Tarife von noch weniger Versicherern. Da auch bei Kindern eine krankheitsbedingte Invalidität weit häufiger als eine durch Unfall bedingte Invalidität ist (siehe Grafik aus dem Hause Barmenia), kann ein umfassender Schutz eine wichtige Rolle spielen. Alle Tarife, die entsprechend recherchiert werden konnten, werden in „Risiko & Vorsorge“ 4/2012 in Form von Kurzsteckbriefen vorgestellt. Dabei orientiert sich die überwiegende Zahl der Anbieter an den aktuellen Musterbedingungen des GDV, zu finden unter http://www.gdv.de/downloads/versicherungsbedingungen/schaden-und-unfallversicherung/allgemeine-versicherungsbedingungen-fur-die-invaliditats-zusatzversicherung-von-kindern-kiz-2010/kiz_2010/

KISS-Leistungsfälle (aus dem Barmenia-Bestand, 06/2011)

Kategorie	Anteil (%)
Allgemeine Entwicklungsstörungen	18%
Diabetes	28%
Epilepsie	18%
Erkrankungen/Fehlbildungen des Gehirns	18%
Autoimmunerkrankungen	9%
Unfälle	9%

Quelle: <http://www.barmenia.de/produkte/99.asp?prd Tab=2>, Stand 08.05.2012
 Wichtige Anmerkung: Diese Schadenübersicht fußt nicht auf der „GdB ab 50-Variante“. Stattdessen wird die ausgewiesene Rente bei den Schadenfällen gezahlt, bei denen der Invaliditätsgrad auf Basis der alten KISS-Bedingungen mindestens 50% beträgt.

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

Haftpflichtkasse Darmstadt – Helvetia – HDI-Gerling – InterRisk – Konzept & Marketing – Readyfact – Rheinland – Rhion – R+V – SOVAG – VHV – VPV

Schutz gegen Mietnomaden und zahlungsunwillige Mieter

Viele Vermieter haben schon Erfahrungen mit Mietern gehabt, die nicht oder nur verspätet gezahlt haben. Gerade im Rahmen der privaten Vermietung kann schon der Verlust von zwei Monaten fest eingeplanter Mieten erhebliche finanzielle Engpässe bedeuten. Insbesondere gilt dies, wenn die eigenen Raten für das Eigenheim noch nicht getilgt sind. Neben Mietrückständen verursachen Mieter auch Schäden an der Mietsubstanz. Nicht immer sind diese durch eine entsprechende private Haftpflichtversicherung gedeckt.



Autor: Sebastian Krüger

Die Spitze des Eisberges sind die sogenannten „Mietnomaden“ oder „Einmietbetrüger“, die vorsätzlich Mietbetrug begehen und Eigentum schädigen. Sehr anschaulich definiert die Rhion, was darunter zu verstehen ist und welche Probleme diese verursachen können:

„Mietnomaden ziehen in ein Mietobjekt mit der festen Absicht, keine Miete zu zahlen. Sie wissen, dass es lange dauert, sie wieder los zu werden. Oft beschädigen sie außerdem noch mutwillig die Wohnung oder lassen sie verwahrlosen.

Mietnomaden vor Vertragsschluss zu erkennen, ist schwer, sie wieder aus der eigenen Immobilie herauszubekommen meist langwierig. Nach der Kündigung vergeht oft bis zu einem Jahr.

Miet- und Nebenkostenvorauszahlungen fallen weg. Hinzu kommen oft Beschädigungen am Mietobjekt. So summiert sich der finanzielle Verlust durch Mietnomaden und deren Vandalismusschäden schnell auf mehrere tausend Euro.

Besonders schlimm wird es, wenn bei einer Immobilienfinanzierung die Mieteinnahmen fest einkalkuliert wurden. Bleiben diese dann aus, kann die gesamte Finanzierung kippen.“⁴¹

■ Großteil an Mietforderungen ohne Versicherungsschutz

Laut R+V müssen Vermieter jährlich für rund 2 Milliarden Euro an Mietforderungen in die eigene Tasche greifen. Davon werden etwa 600 Millionen Euro vorsätzlich nicht bezahlt, während rund 200 Mio. Euro auf das Konto von Miet-

vandalen gehen. Faktisch besteht für den Großteil der benannten Mietforderungen keinerlei Versicherungsschutz.

Ein erhebliches Risiko für Vermieter besteht darin, dass eine rechtswirksame Räumungsklage bis zu 12 Monate dauern kann, in denen Vermietern fest eingeplante Einnahmen weg brechen können. Dazu kommen teilweise erhebliche Kosten für Anwalts-, Entrümpelungs-, Renovierungs- und andere Kosten, von den angesprochenen Mietrückständen ganz zu schweigen.

■ Forderungsausfalldeckung

In der Regel dürften die Schädiger dem Vermieter als Geschädigten bekannt sein. Sofern es ihm gelingt, gegen diese einen vollstreckbaren Titel vor Gericht zu erwirken und Schadenersatzansprüche gar nicht oder nur teilweise befriedigt

werden können, ist eine mögliche Entschädigung für Sachschäden im Rahmen einer Forderungsausfalldeckung möglich. Eine solche findet sich mittlerweile als Leistungsbaustein in den meisten privaten Haftpflichtversicherungen. Im Prinzip leistet die Ausfalldeckung im Umfang der zugrundeliegenden PHV. Gute Anbieter leisten allerdings darüber hinaus auch bei Schäden des Schädigers in einer Eigenschaft als Tierhalter bzw. bei Schäden, die durch Vorsatz verursacht wurden. Da prinzipiell fast alle Versicherer bei Mietsachschäden zahlen, die eine versicherte Person einem Dritten zufügt, gilt dies im Umkehrschluss auch für die Ausfalldeckung.

Wenn also ein Mietnomade oder seine Tiere grob fahrlässig oder vorsätzlich einen Mietsachschaden herbeiführen, so sind diese Schäden an der Mietsubstanz standardmäßig beispielweise bei Haftpflichtkasse Darmstadt, InterRisk oder VHV mitversichert. Kein Versicherungsschutz für Vorsatzschäden bieten hingegen beispielsweise HDI-Gerling oder VPV in ihren Hochleistungstarifen „Paket Rundum Sorglos“ bzw. „Exklusiv“. Besonders leistungsstarke Haftpflichtversicherer übernehmen ergänzend zur eigentlichen Ausfalldeckung zusätzlich auch die Kosten für die Erlangung eines vollstreckbaren Titels, in dem der Tarif einen subsidiären Rechtsschutzbaustein enthält.

Nur der Zeitwert zählt!

Ein Wermutstropfen ist jedoch, dass die Entschädigung nur zum Zeit-, also nicht zum Wiederbeschaffungswert gilt. Auch lassen sich im Rahmen der Ausfalldeckung keine Schäden durch vertragliche Haftung, also z.B. Mietrückstände einfordern. Ein weiteres Manko ist, dass bei Mietnomaden häufig die im Zusammenhang mit Mietsachschäden üblichen Ausschlüsse für Haftpflichtansprüche wegen „Abnutzung, Verschleiß und übermäßige Beanspruchung“ greifen.

Eine Forderungsausfalldeckung gelangt leider dort an ihre Grenzen, wo zwar ein konkreter Sachschaden benannt werden kann, der Mieter als Schadenverursacher jedoch nicht mehr auffindbar ist oder sich gar ins Ausland abgesetzt hat. Je nach Anbieter besteht Versicherungsschutz nämlich nur, wenn ein vollstreckbares Urteil gegen den Schädiger innerhalb Deutschlands oder innerhalb eines Mitgliedsstaates der Eu-

ropäischen Union erstritten wurde. Dies setzt aber zumindest voraus, dass bekannt ist, wo der Schädiger seinen Aufenthalt hat. Teilweise sind an den Leistungsanspruch der Ausfalldeckung noch weitere Anforderungen gestellt.

■ **Mietausfallzusatzversicherungen**

Einen anderen Lösungsansatz bieten Mietausfallzusatzversicherungen. Eine solche kann beispielsweise bei der Helvetia optional zu einer Wohngebäudeversicherung abgeschlossen werden. Versichert ist „Mietausfall der dadurch entsteht, dass trotz Klage, Urteil und Vollstreckung die jeweilige Miete nicht beigetrieben werden kann. Unter Miete ist die jeweilige Kaltmiete (inkl. fortlaufender Nebenkosten) eines privaten Wohnungsmieters zu verstehen. Die Haftzeit beträgt 12 Monate. Der Vermieter hat eine Selbstbeteiligung von 20 Prozent zu tragen.“ Unversichert sind privat genutzte Wohnungen, die in den letzten sechs Monaten vor Vertragsbeginn unvermietet waren, es sei denn, der Leerstand durch Mietwechsel habe höchstens einen Monat bestanden. Kein Versicherungsschutz bestand auch, wenn vor Vertragsbeginn bereits Mietrückstände bestanden haben.

Zusammenfassend gewährt beispielhaft der Versicherer zwar Versicherungsschutz für nicht gezahlte Mieten, dafür fehlt jedoch Versicherungsschutz für durch Mietvandalen verursachte Sachschäden.

Mietausfallversicherung existieren als Leistungsbaustein zu vielen Wohngebäudeversicherungen am Markt. Im Detail gibt es deutliche Unterschiede. So beträgt etwa bei Konzept & Marketing oder Rhion die Haftzeit bis zu 24 Monate, bei der InterRisk bis zu 36 Monate. Bei der VHV gilt in der Klassik-Deckung eine Haftzeit für Wohnräume von 24 Monate bzw. 36 Monaten in der Exklusiv-Deckung, für Mietverlust aufgrund von Nachbarschaftsschäden in der Exklusiv-Deckung von 24 Monaten. Auch entfällt bei den hier benannten Anbietern im Unterschied zur Helvetia ein Selbstbehalt.

Erst auf den zweiten Blick interessant wirkt hier die Mietausfallversicherung der InterRisk, die sogar dann greift, wenn die Ursache für Mietausfall auf einem fremden Grundstück liegt. Wörtlich heißt es hierzu in § 8 Nr. 1.4 der XXL-Bedingungen wie folgt:

„1.4 Schäden in der Nachbarschaft Mietausfall oder Mietwert werden auch ersetzt, wenn die Räumung des versicherten Gebäudes durch eine zuständige Behörde angeordnet wird, weil sich auf einem Nachbargrundstück ein Schadenfall ereignet hat, der nach den Bedingungen des vorliegenden Vertrages versichert wäre.“

Hierzu einige Beispiele:

- Auf dem Nachbargrundstück kommt es zu einem Erdbeben. Dadurch steht das eigene Haus plötzlich an der Abbruchkante. Eine Behörde ordnet daher den Auszug aus dem selbst unbeschädigten Haus an (Räumung).
- Aufgrund eines Erdbebens auf dem Nachbargrundstück muss die eigene Ölheizung mitten im Winter ausgeschaltet werden. Die vermietete Wohnung wird dadurch unbewohnbar.
- Auf dem Nachbargrundstück führt ein Sturmschaden dazu, dass ein dort existentes Asbestdach abgetragen werden muss. Versicherungsnehmer und dessen Mieter müssen daher aufgrund behördlicher Anordnung das eigene, unbeschädigte Haus verlassen.
- Das Nachbargebäude brennt. Der Brand kann zwar gelöscht werden, doch ist das Haus des Versicherungsnehmers dadurch Einsturz gefährdet und muss geräumt werden. Dies ist etwa der Fall, wenn mehrere Häuser Haus an Haus gebaut wurden.

Zu beachten ist natürlich, dass Schäden durch Erdbeben oder andere Elementargefahren den Einschluss der erweiterten Elementarschadendeckung bzw. Schäden durch unbenannte Gefahren ebenfalls die entsprechende Erweiterung voraussetzen.

Eine Teildeckung bei Mietausfall bietet auch die SOVAG im Rahmen ihrer Versicherung von vermietetem Eigentum gegen Schäden durch Mieter an. Nähere Details finden Sie an entsprechender Stelle im Text.

■ **Mietnomadenversicherung**

Eine Mietnomadenversicherung im engeren Sinne wird von Rhion, Rheinland und R+V angeboten.

Das Angebot der Rheinland unterscheidet sich nur insofern von der Rhion, als dass dieses nur für die Ausschließ-

lichkeit zur Verfügung steht. In beiden Varianten besteht die Möglichkeit, diese als Zusatzdeckung zu einer Wohngebäudeversicherung oder als selbstständigen Solovertrag abzuschließen.

Sachschäden durch Mietvandalen können bei Rhion und Rheinland wahlweise in Höhe von 10.000, 20.000 oder 30.000 Euro versichert werden, Mietausfall für sechs Monate (max. 5.000 Euro) oder für zwölf Monate (max. 10.000 Euro). Versicherungsschutz besteht für bereits bestehende Mietverhältnisse mit einer Wartezeit von sechs Monaten, für neue unmittelbar ab Vertragsbeginn. Der Tarif ist begrenzt auf die Versicherung von maximal 6 Wohnungen / Wohneinheiten eines Eigentümers. Zur versicherten Wohnung gehören auch Nebenräume im Gebäude (z.B. Keller- oder Speicherräume) sowie Räume in Nebengebäuden auf dem Versicherungsgrundstück, die ausschließlich der bezeichneten Wohnung zuzurechnen sind. Für andere Konstellationen ist im Einzelfall eine Versicherbarkeit zu prüfen.

Im Rahmen der benannten Versicherungssummen für den Mietausfall erstatten Rhion und Rheinland auch notwendige Aufräumungs- und Abbruchkosten, Erstattung von Reinigungs- und Renovierungskosten, Übernahme von Desinfektions- und Schädlingsbekämpfungskosten. Des Weiteren besteht Anspruch auf eine Mietausfallentschädigung für die Zeit einer nach Räumung notwendigen Renovierung oder Sanierung für die Kaltmiete von bis zu zwei Monaten. Dazu heißt es in § 6 Nr. 1 a) der Bedingungen wie folgt:

„Bei der Entschädigungsberechnung des Mietausfalls wird davon ausgegangen, dass eine Mietkaution im Sinne von § 2 Nr. 1 a) cc) in Höhe von 3 Monatsmieten gestellt wurde – unabhängig von der tatsächlichen Höhe.“

Erläuternd heißt es dazu in der Produktinformation:

„Die Mietkaution dient in erster Linie dazu, den Vermieter vor den finanziellen Folgen bei Beendigung eines Mietverhältnisses abzusichern (sofern berechnete Ansprüche bestehen). Sollte die gesetzliche Mietkaution höher sein, als die Summe der Forderungen für die ausgebliebenen Mietzahlungen, wird der überschüssende

Anteil als Selbstbehalt auf den Haftungszeitraum der Leistungen aus der Mietausfallversicherung angerechnet.“

Anders als teilweise behauptet wird, ist jedoch aus den Bedingungen nicht ersichtlich, dass eine Mietkaution zwingend vorgeschrieben wird.

Generell gilt für den Tarif ein Selbstbehalt von 20% von jedem Schaden (min. 250 Euro, max. 1.000 Euro) für den Sachschaden. Auf den Mietausfallschaden wird – wie bereits beschrieben – der verbleibende Teil der vorausgesetzten Mietkaution in Höhe von drei Monatsmieten angerechnet.

Der Eintritt der Leistungspflicht durch den Versicherer setzt nach § 2 Nr. 1 voraus, dass

- a) der Versicherungsnehmer das Mietverhältnis mit dem säumigen Mieter wirksam gekündigt hat
- b) der gekündigte Mieter die Wohneinheit weiterhin in Anspruch nimmt und
- c) die hinterlassene Mietkaution bereits angezehrt wurde

■ Wann besteht Schutz?

Verschwindet ein Mieter bei „Nacht und Nebel“, ohne dass ihm zuvor gekündigt wurde, so besteht nur dann Versicherungsschutz, wenn mindestens zwei Mietzahlungen offen sind. Reine Sachschäden sind nur dann mitversichert, wenn diese zum einen gegen Aufpreis mitversichert wurden und zum anderen im Zusammenhang mit einem ersatzpflichtigen Mietausfallschadens auftreten. Weitere Spezialfälle behandelt der Versicherer in einer umfangreichen FAQ-Liste, die alle häufiger auftretenden Fragestellungen, so auch zu den geltenden Schadenminderungspflichten, hinreichend behandeln dürfte.

Für eine Versicherbarkeit sind Angaben zu Anschrift und Bezeichnung der vermieteten Wohnung / Wohneinheit nötig, dazu der Name des Mieters jeder Einheit, die Höhe der Nettokaltmiete ohne Nebenkosten sowie der Beginn des Mietverhältnisses. Generell ist Versicherungsschutz nur möglich, wenn der Vermieter in jedem Einzelfall die wirtschaftlichen Verhältnisse der Mieter überprüft hat. Dies hat durch drei Fragen im Antrag zu erfolgen: Nachweis, dass ein Mieter entweder bisher oder zumindest seit

mehr als sechs Monaten seinen Verpflichtungen aus dem Mietvertrag rechtzeitig nachgekommen ist; Nachweis einer Selbstauskunft (Mietpass) des Mieters sowie eine Bonitätsauskunft des Mieters (z.B. durch Schufa oder Creditreform). Diese Pflichten hat ein Vermieter als Vertragspartner zudem bei jedem Mieterwechsel zu erfüllen. Inwiefern sie auch tatsächlich erfüllt wurden, wird durch den Versicherer allerdings erst im Schadenfall überprüft, so dass es im Interesse eines vermittelnden Maklers ist, diese Unterlagen vorab in Kopie für seine Akte anzufordern.

Im Rahmen der Antragsstellung reicht es allerdings aus, wenn eine der drei Fragen mit „ja“ beantwortet werden kann, andernfalls ist eine Zeichnung nicht möglich. Der Versicherer begründet diese vorvertragliche Risikoprüfung durch den Vermieter damit, dass dieser damit vor unliebsamen Überraschungen geschützt werden solle und ein Vermieter ohne Bonitätsauskunft durch den Mieter in der Praxis kaum eine Chance habe, den Nachweis der Verletzung bestehender Offenbarungspflichten (z.B. Insolvenz oder frühere Räumungsklage) zu erbringen.

Für den Versicherungsschutz gelten für Einjahresverträge bei jährlicher Zahlung je zu versichernder Wohneinheit folgende Prämien:

Mietausfall in Höhe von 6 Monatsmieten:	52,07 € brutto p.a.
Mietausfall in Höhe von 12 Monatsmieten:	80,48 € brutto p.a.
Optional: Sachschäden bis 10.000 Euro:	28,46 € brutto p.a.
Optional: Sachschäden bis 20.000 Euro:	32,02 € brutto p.a.
Optional: Sachschäden bis 30.000 Euro:	35,81 € brutto p.a.

Die mit einer Zwangsäumung verbundenen Kosten (Gebühren des Gerichtsvollziehers, Auslagen für eine Spedition zwecks Transport bzw. Entsorgung von hinterlassenem Mobiliar sowie etwaige Anwaltskosten) fallen nicht unter den Versicherungsschutz, weshalb eine ergänzende Rechtsschutzversicherung dringend anzuraten ist, um auch juristisch gegen Mietvandalen vorgehen zu können.

Auch die zum 01.07.2011 mit einem solchen Produkt auf den Markt gekommene R+V sieht in ihren Anträgen zur MietschutzPolice verständlicherweise

eine Risikoprüfung durch den Vermieter vor. So wird der Vermieter bei der Absicherung von Bestandsmietern nach seiner bisherigen Zahlungserfahrung mit dem Mieter befragt sowie danach, ob sonstige Verpflichtungen aus dem Mietvertrag in den letzten drei Monaten vor Antragstellung verletzt wurden. So heißt es dort wie folgt:

- Ist der Mietvertrag gekündigt?
- Wurde eine Mietzahlung nicht fristgerecht erbracht?
- Besteht eine rückständige Zahlung der Mietkaution?
- Bestanden / bestehen Rechtstreitigkeiten mit dem Mieter?
- Gab es eine Vereinbarung über Stundung der Mietzahlung?
- Kam es zu einer strittigen Mietminderung?
- Lagen sonstige Verletzungen des Mietvertrags vor?

■ Mietkautionsversicherung

In verschiedenen Medien wird behauptet, dass der Abschluss einer Mietnomadenversicherung durch den Vermieter nur möglich sei wenn auch der Mieter zwingend eine Mietkautionsversicherung bei der R+V abschließt. Fakt ist jedoch, dass beide Versicherungsprodukte völlig unabhängig voneinander abgeschlossen werden können.

Der Vorteil einer optionalen Mietkautionsversicherung für den Mieter ist die höhere Liquidität, da er quasi einen Kredit in Höhe seiner zu stellenden Mietkaution erhält. Außerdem geht er kein Risiko ein, die hinterlegte Kaution beim Auszug nicht zurück zu erhalten. Der Vermieter wiederum hat durch die Mietbürgschaft die gleiche Sicherheit, als hätte sein Mieter ihm eine Bareinlage hinterlassen. Damit sollte er keinen nennenswerten Grund haben, eine solche Kautionsversicherung abzulehnen, denn die Art der Sicherheit ändert nichts an den Pflichten des Mieters gegenüber dem Vermieter.

Preislich liegt die Mietnomadenversicherung der R+V weit über dem Angebot der Rhion:

Versicherungssumme je Wohneinheit von 5.000 Euro:	124,00 € brutto p.a.
Versicherungssumme je Wohneinheit von 10.000 Euro:	204,00 € brutto p.a.
Versicherungssumme je Wohneinheit von 15.000 Euro:	264,00 € brutto p.a.

Dafür bietet die R+V auch eine umfassendere Absicherung:

- Mietausfälle werden ab Schadenmeldung und zusätzlich bis zu 6 Monate rückwirkend ersetzt, während Rhion erst für die Zeit ab Kündigung des Mietverhältnisses leistet.
- Bestandsmietverhältnisse sind bei R+V sofort versicherbar, bei der Rhion erst nach sechs Monaten.
- Sachschäden werden, anders als bei Rhion, auch ersetzt, wenn zuvor kein Mietausfallschaden eingetreten ist.

Anders als bei Rhion wird hier auch keine konkrete Haftzeit, sondern eine Versicherungssumme vereinbart, die für die vereinbarten Mietrückstände „verbraucht“ werden kann. Damit spielt es keine Rolle, ob die Versicherungssumme innerhalb von 6, 9 oder 12 Monaten aufgebraucht ist; schließlich zahle der Kunde auch seine Prämien für die vereinbarte Versicherungssumme.

Privatperson oder gewerblicher Vermieter?

Während Rhion und Rheinland zumindest im Einzelfall auch gewerbliche Wohnräume versichern würden, besteht bei der R+V keine Möglichkeit nicht private Räumlichkeiten zu versichern. Der Vermieter kann allerdings entweder eine Privatperson oder ein gewerblicher Vermieter sein.

Seit dem 01.04.2012 gibt es zusätzlich zwei Sonderkonzepte. Das erste – für „Großkunden“ – ist darauf ausgerichtet, Vermieter mit einem größeren Wohnungsbestand (ab 30 Wohneinheiten) zu versichern. Das zweite Sonderkonzept bietet einen „Versicherungsschutz für Dritte“. Hier kann ein Versicherungsnehmer (etwa ein Bauträger etc.) das Produkt für einen Dritten (z.B. den Käufer einer Wohnung) abschließen.

Die Mindestvertragslaufzeit für diese Sonderkonzepte beträgt jeweils ein Jahr.

Der Leistungsfall wird in § 4 Nr. 1 der Bedingungen wie folgt definiert:

„1.1 der Mieter hat den fälligen Mietzins oder die vereinbarten monatlichen Nebenkosten nicht gezahlt oder 1.2 ist seiner Verpflichtung aus dem Mietvertrag auf Wiederherstellung oder zu Schadenersatzleistungen aufgrund einer von ihm zu vertretenen Beschädi-

gung, Zerstörung oder Entwendung eines vom Vermieter eingebrachten Gegenstands oder Bestandteils der Wohneinheit nicht nachgekommen. Dabei ist es unerheblich, ob der Schaden durch den Mieter selbst oder eine andere Person vorsätzlich oder fahrlässig durch ein Tun oder Unterlassen oder durch übermäßige Beanspruchung verursacht wurde, sofern der Mieter nach den Vereinbarungen des Mietvertrages dafür einzustehen hat. 2. Der Versicherungsfall ist eingetreten, wenn der Versicherungsnehmer den Mieter unter Fristsetzung zur Zahlung des Mietzinses, der Nebenkosten oder des Nutzungsentgelts und/oder der Schadenersatzleistungen schriftlich aufgefordert hat und diese Frist ohne vollständigen Ausgleich der geltend gemachten Forderung verstrichen ist. Der Versicherungsfall ist auch dann eingetreten, wenn die Zahlungsaufforderung nicht zugestellt werden konnte, weil der Mieter unbekannt verzogen ist und die Bemühungen des Versicherungsunternehmens zur Ermittlung einer neuen Anschrift erfolglos waren oder wenn der Mieter bereits schriftlich und endgültig Zahlungen wegen der geltend gemachten Ansprüche abgelehnt hat.“

Von der R+V werden folgende versicherten Kosten übernommen:

- Mietrückstände (inkl. Nebenkosten lt. Mietvertrag) ab Eingang der Schadenmeldung und rückwirkend maximal 6 Monate.
- Nutzungsentgelt (inkl. Nebenkosten), für den Zeitraum, in dem der Mieter nach Kündigung des Mietvertrags in der Wohnung bleibt.
- Kosten für die Renovierung, Sanierung und Entrümpelung der Wohneinheit (einschließlich Ungezieferbeseitigung).
- Kosten für Reparatur oder Ersatz beschädigter, zerstörter oder entwendeter Gegenstände oder Bestandteile der Wohneinheit bis zum Zeitwert.
- Entgangene Mieteinnahmen (ohne Betriebskosten) für die Renovierungszeit, maximal 3 Monate.

Eine Reparatur für vom Mieter beschädigte oder zerstörte bzw. Ersatz für von diesem entwendete Gegenstände wird nur zum Zeitwert erstattet, während Rhion

on und Rheinland an dieser Stelle gemäß § 5 der dortigen Bedingungen den Neuwert erstatten würden.

Im Rahmen der versicherten Leistungen gilt nach § 6 Nr. 3 ein Selbstbehalt in Höhe von drei Monatsnettomieten, so dass bei einer entsprechend hohen Mietkaution de facto kein Selbstbehalt zum Tragen käme.

Nachteilig gegenüber der Rhion ist unter anderem der fehlende Versicherungsschutz für Sachschäden an Kellern, Speicherräumen oder vom Mieter auf dem Grundstück angemieteten Garagen. Die Entrümpelung wird aber auch für diese Flächen übernommen.

Kostenübernahme für Renovierungs- und Entrümpelungskosten

Ein Vorteil der R+V ist eine Kostenübernahme für Renovierungs- und Entrümpelungskosten, sofern einer der beiden Versicherungsfälle aus § 4 Nr. 1 (Mietrückstand oder Sachbeschädigung) vorliegt. Ohne gleichzeitiges Bestehen eines der beiden Versicherungsfälle, ließe sich diese Lücke auch durch eine leistungsstarke Forderungsausfalldeckung schließen.

Einen echten Mehrwert gegenüber Rhion und Rheinland ist der oben beschriebene Mietausfall für 3 Monate im Fall einer notwendigen Renovierung, der dort für den Fall einer notwendigen Renovierung nach Räumung nur für 2 Monate erbracht wird.

Ein weiterer wichtiger Vorteil der R+V ist der in § 7 Nr. 1 geregelte Anspruch auf Vorbehaltszahlungen in Höhe von 50% der jeweiligen Schadenposition, sofern im Schadenfall vom Mieter gegen den Vermieter geltend gemachte, plausibel erscheinende Einwendungen erst abschließend zu prüfen sind. Dabei überwindet die Regelung in § 7 zwar das „Bestreiten“ der Forderung, dennoch setzt der Leistungsanspruch zunächst eine Kündigung nach § 6 Nr. 12 voraus.

Positiv ist auch eine Übernahme der vor und nach Kündigung des Mietvertrages bestehenden Mietrückstände, was sich aus § 5 Nr. 1.1 ergibt:

Wermutstropfen bei beiden Mietnomadenversicherungen ist damit in beiden Fällen, dass diese nicht sofort zahlen und der Vermieter in dieser Zeit gegebenenfalls selbst in finanzielle Nöte geraten könnte. Grundsätzlich sollte zwar für die ersten drei Monate ein

Ausfall von Mietzahlungen durch die vom Mieter hinterlegte Kautionsdeckung sein, doch zahlt nur die R+V zumindest die Hälfte der vereinbarten Leistung „sofort“ nach Kündigung. Damit besteht für den Vermieter bis zur endgültigen Klärung der Ansprüche eine zumindest grundlegende Liquidität.

Insgesamt bietet eine Mietnomadenversicherung damit zwar einen gewissen Grundschutz, aber in vielen Fällen keine geeignete Lösung, um das finanzielle Risiko zahlungsunwilliger Mieter vollständig in den Griff zu bekommen. Auch sind die zahlreichen Antragsfragen an den Versicherungsnehmer bei Antragsstellung und Obliegenheiten im Fall eines Mietwechsels sicher sinnvoll, dürften aber die Vermietung ohnehin schon schwer vermietbarer Wohnräume noch weiter erschweren. Auch erhöhen sie nicht unerheblich die Gefahr einer möglichen vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung oder etwaiger Obliegenheitsverletzungen. Auf der anderen Seite sensibilisieren sie den Vermieter, womit dieser auch nicht versicherbare Ausfälle vermeidet.

Inwiefern man das Preis- / Leistungsverhältnis der beiden beschriebenen Anbieter adäquat findet, hängt sicher stark auch von bereits gemachten Erfahrungen ab. Billig sind die Tarife in jedem Fall nicht. Im Zweifel ist eine sorgfältige Mieterauswahl immer die bessere Lösung, wenn auch kein Allheilmittel.

Mietfactoring

Die Readyfact AG bietet schon seit 2007 einen Mietausfallschutz für Vermieter über einen Mietfactoring-Rahmenvertrag an.² Abgesichert werden kann ein Mietausfall von 6, 9 oder 12 Monatsmieten. Im Gegensatz zu den Wettbewerbsangeboten richtet sich Readyfact sowohl an private als auch gewerbliche Vermieter. Ein weiterer Unterschied ist, dass im Rahmen des Mietfactorings nicht nur vertraglicher Schutz bei zahlungsunfähigen Mietern, sondern auch bei zahlungsunwilligen Mietern besteht. Tatsächlich spielt der Grund für einen Mietausfall keine Rolle. Anders als bei den oben beschriebenen Mietnomadenversicherungen besteht die Absicherung bereits ab der ersten rückständigen Monatsmiete. Dies begründet die Gesell-

schaft damit, dass gerade für private Vermieter ein Mietrückstand von ein bis zwei Monatsmieten schon erhebliche finanzielle Auswirkungen haben kann.

Voraussetzung für die Leistungserbringung sind laut AGB III § 1 Nr. 2 sowie III § 2 Nr. 1 einzig, das Vorhandensein eines nachweisbaren Mietvertrages, dass der Vermieter den Mieter bereits nachweisbar wegen der rückständigen Miete angemahnt hat und das Verstreichen einer Frist von mindestens drei Wochen seit eigentlich fälliger Mietzahlung. Der vereinbarte Mietausfall wird dem Vermieter dann nach AGB III § 3 Nr. 4 innerhalb von nur vier Wochen erstattet. Dabei haben Kunde und Factoringgesellschaft das gleiche Interesse an einer schnellen Regulierung, da sich Readyfact im Schadenfall die Forderung abtreten lässt. Bedingungsseitig ist vom „Verkauf“ der betreffenden Monatsmietforderung die Rede. Als „Kaufpreis“ erstattet Readyfact die offene Miete. Demnach sei es auch möglich, beispielsweise nur eine Januar- und eine Märzmiete zu verkaufen, wenn die Februarmiete ordnungsgemäß gezahlt wurde. Auch offene Teilbeträge der Miete können abgetreten werden, so dass der säumige Rückstand entsprechend ersetzt wird.

Macht ein Mieter Einwendungen aus dem Mietverhältnis gegen den Vermieter geltend (z.B. Mietmängel) so ist Readyfact zum Sicherungseinbehalt von 20% auf die betreffende Mietforderung berechtigt bis der Sachverhalt rechtskräftig geklärt ist. Dem Vermieter werden in diesem Fall also zunächst 80 % der rückständigen Miete erstattet. In der Praxis komme es oft vor, dass Mieter später wieder von den zunächst vorgebrachten Mietmängeln Abstand genommen hätten, da sie tatsächlich gar nicht vorlagen.

Nach III § 4 Nr. 1 gilt des Weiteren:

„Verweigert der Mieter aufgrund von Einwendungen und/oder Einreden die Zahlung, kann READYFACT vom Forderungskauf zurücktreten, Schadensersatz wegen Nichterfüllung fordern oder verlangen, so gestellt zu werden, als ob die garantierte Eigenschaft der Forderung bestünde, wenn folgende Voraussetzungen alternativ vorliegen. Der Kunde [d.h. der Vermieter] erkennt die Einwendungen und/oder Einreden des Mieters an oder die Einwendungen und/oder Einreden des Mieters sind

*gerichtlich rechtskräftig festgestellt.
[...]*

(3) Stellt sich nach der Durchführung rechtlicher Maßnahmen heraus, dass der Mieter berechtigterweise Einwendungen und/oder Einreden geltend gemacht hat oder hat der Kunde und/oder Vermieter den rechtlichen Bestand der Mietforderung erst nachträglich hergestellt, dann trägt der Kunde die Kosten der Rechtsverfolgung.“

Ein Vermieter sollte daher nur solche Forderungen an den Anbieter abtreten, die auch tatsächlich berechtigt sind und ihm zustehen.

Wie auch die Wettbewerber sind natürlich auch bei Readyfact gewisse Obliegenheiten zu erfüllen. An dieser Stelle benannt werden sollen, die Verpflichtung jede rückständige Miete mit einem Einwurfschreiben anzumahnen sowie die Meldung jeder Mieterhöhung durch den Vermieter, um sicherzustellen, dass im Schadenfall auch die gesamte Nettomiete erstattet wird.

Kosten

Die Kosten betragen je nach Absicherungsumfang 2% (6 Monate Mietausfall), 3,5% (9 Monate Mietausfall) bzw. 4,9% (12 Monate Mietausfall) der Nettojahreskaltmiete für das abzusichernde Mietverhältnis. So kostet etwa die Absicherung einer Nettomiete von 500 Euro monatlich im Umfang von 6 Monatsmieten bei Mietausfall jährlich 120 Euro (inkl. MwSt.). Dazu kommt eine einmalige Gebühr in Höhe von 19,50 Euro für eine spezielle Risiko- und Bonitätsanalyse der Readyfact AG im Rahmen der Antragsprüfung. Diese wird vom Anbieter generell intern durchgeführt, kann jedoch optional auch zur eigenen Einschätzung eines Mietverhältnisses angefordert werden, ohne dass zugleich ein Vertrag über Mietfactoring geschlossen wird. Die Analyse berücksichtigt Auskünfte verschiedener Wirtschaftsauskunfteien.

Obwohl ein negatives Analyseergebnis zu einer Vertragsablehnung führen würde, bietet sie doch ein hilfreiches Instrumentarium für den Vermieter, das eigene Risiko einzuschätzen.

Die Beitragszahlung endet direkt mit der Beendigung des Mietverhältnisses oder dem Übergang einer Immobilie an Dritte. Zuviel gezahlte Prämien werden anteilig zurückgezahlt. Der laufende Factoringvertrag ist mit einer Frist von

sechs Monaten zum Ende eines jeden Kalenderjahres kündbar.

Die im Rahmen der Antragsstellung verlangten Auskünfte sind einfach und dürften im Regelfall leicht und ohne besondere Schwierigkeiten zu beantworten sein.

Nicht unter den Versicherungsschutz von Readyfact fallen Anwaltskosten für etwaige Prozesse gegen säumige Mieter. Anders als Rhion / Rheinland oder R+V besteht bei der Readyfact AG kein Versicherungsschutz für reine Sachschäden durch Mietvandalen. Tatsächlich sieht man die eigentlichen Mietnomaden nur als „Spitze des Eisbergs“. Wer einen weitergehenden Schutz gegen Schäden am Eigentum des Vermieters wünscht, wird hierzu an die SOVAG verwiesen.

■ **Versicherung von vermietetem Eigentum gegen Schäden durch Mieter**

SOVAG bietet eine Versicherung von vermietetem Eigentum gegen Schäden durch Mieter an. Versichert sind die vom Vermieter und Mieter eingebrachten Gebäudebestandteile innerhalb der im Versicherungsvertrag bezeichneten Wohnungen. Versichert sind Kosten zur Wiederherstellung der vorhandenen Wohnqualität, die vor einem Versicherungsfall bestanden hat. Hierzu gehören Aufräumungs- und Transportkosten, Dekontaminationskosten aufgrund behördlicher Anordnung, Reinigung- und Renovierungskosten sowie Kosten der Desinfizierung. Versichert sind die Schäden, die durch Mutwilligkeit, Verwahrlosung sowie den Befall von Ungeziefer, Ratten und Mäusen - infolge der durch die Verwahrlosung entstandenen Verunreinigungen - entstehen. Neu ist in Ziffer 3 folgender Einschluss:

„Ausdrücklich eingeschlossen ist die Verwahrlosung der Wohnung durch psychische Erkrankungen des Mieters (z.B. Verwahrlosungs-, Diogenes- oder Vermüllungssyndrom, Messie-Syndrom, Tierhorden (engl. animal hoarding), Computerspielsucht (z.B. durch MMOG (Massive Multiplayer Online Games)).

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass eine ordnungsgemäße Übergabe der Wohnung mit Abnahmeprotokoll (vom Vermieter und Mieter) erfolgt.“

Die Welt der Honorarberatung

Jeden Monat
kostenfrei neu:
www.hbmagazin.de

www.hbmagazin.de

Schäden aufgrund der benannten psychischen Erkrankungen werden bis in Höhe der Versicherungssumme erbracht.

Ebenfalls versichert sind nach Abs. 2.5 bis 2.7 der AVB Tierheimkosten, Lagerhaltungskosten und Mietausfall für die Dauer der Sanierung. Allerdings ist der versicherte Sachschaden durch Beschädigung, Vermüllung etc. der Wohnung Voraussetzung für den Versicherungsschutz, und die Deckung gilt auch nur für den Zeitraum der Renovierung der Wohnung.

Nicht versichert sind Schäden ...

durch Verschleiß, Abnutzung, Schäden, die über eine reine Gebäudeversicherung abgedeckt werden können (Feuer, Leitungswasser, Sturm/Hagel, Einbruch-Diebstahl/Raub, Elementarschäden) sowie entgangener Mietverlust, auch in Folge eines Versicherungsfalles.

Der Versicherungsort ist wie bei der Rhion die im Versicherungsschein und seinen Nachträgen bezeichnete Wohnung. Hierzu gehören auch Nebenräume im Gebäude (zum Beispiel Einzelkeller, Dachspeicher), die ausschließlich der Wohnung des Mieters zuzurechnen sind. Gleiches gilt für Räume in Nebengebäuden auf demselben Grundstück.

Ziffer 14.1 regelt die grundlegenden Obliegenheiten des Vermieters vor dem Versicherungsfall. Demnach muss er

„14.1.1. alle gesetzlichen, behördlichen oder vereinbarten Sicherheitsvorschriften zu beachten;

14.1.2. Der Versicherungsnehmer, oder die von ihm beauftragte Hausverwaltung, hat eine von beiden Seiten (Versicherungsnehmer/ Hausverwaltung und Mieter) gegengezeichnetes Übergabeprotokoll bei der Wohnungsübergabe zu erstellen, aus welchem der Zustand der Wohnung deutlich hervorgeht.

14.1.3. Der Versicherungsnehmer, oder die von ihm beauftragte Hausverwaltung, hat vor Vermietung der Wohneinheit eine Selbstauskunft vom Mieter einzufordern, einschließlich einer Kopie des Personalausweises.

14.1.4. Bei bereits vermietetem Eigentum bestätigt der Versicherungsnehmer, dass das zu versichernde Mietobjekt bei Vertragsabschluss nicht durch Verunreinigungen oder den Befall von Ungeziefer beeinträchtigt ist.“

Als Versicherungssummen vereinbart werden können wahlweise 15.000, 25.000 oder 35.000 Euro. Je Wohneinheit kostet ein solcher Schutz entsprechend 6, 7 oder 8 Euro monatlich zuzüglich Versicherungssteuer. Versicherungsschutz kann sowohl für private als auch gewerbliche Vermietung beantragt werden. Die Mindestvertragslaufzeit beträgt ein Jahr.

Im Schadenfall werden drei Monatskaltmieten als Selbstbehalt in Abzug ge-

bracht, was der üblichen Mietkaution entspricht. Erfolgt ein Vertragsabschluss über Readyfact reduziert sich der Selbstbehalt abweichend auf eine Monatskaltmiete.

Für bei Abschluss des Vertrages bereits vermietete Wohnungen besteht erst nach Ablauf von sechs Monaten – gerechnet ab Abschluss der Versicherung – Deckungsschutz. Bei Abschluss über Readyfact reduziert sich die Wartezeit auf 3 Monate.

Absicherungsformen gegen Mietvandalen im Überblick.

Die **Forderungsausfalldeckung** im Rahmen einer privaten Haftpflichtversicherung kann anbieterabhängig auch für vorsätzlich verursachte Sachschäden an der Mietsubstanz aufkommen. Die Erstattung besteht allerdings nur in Höhe des Zeitwertes und setzt regelmäßig einen vollstreckbaren Titel voraus.

Eine andere Möglichkeit, allein Sachschäden abzusichern, bietet die **Versicherung von vermietetem Eigentum gegen Schäden durch Mieter** aus dem Hause SOVAG.

Mietkosten können durch eine **Mietausfallversicherung** als Ergänzung zu einer Wohngebäudeversicherung abgedeckt werden. Alternativ kommt auch eine Mietfactoring in Frage, das unabhängig vom Grund für einen Mietrückstand ab dem ersten Rückstand einspringt.

Der wichtigste Vorteil gegenüber einer Mietausfall- oder Mietnomadenversicherung ist dass die Absicherung bei Mietausfall unabhängig vom Klageweg besteht. Berechtigte Mietforderungen werden dem Vermieter bei Mietausfall bereits innerhalb von vier Wochen nach Abtretung erstattet. Die Vertragskonstruktion besteht hier aus einem Ver-

kauf offener Mietforderungen an das Factoringunternehmen.

Eine **Mietnomadenversicherung** schützt Vermieter von privatem Wohneigentum vor finanziellen Schäden durch ausbleibende Mietzahlungen und ersetzt darüber hinaus die Kosten für eine mögliche Renovierung und Sanierung der Wohneinheit, wenn die Mieter diese ursächlich beschädigt oder verwahrlosen lässt. Die Beiträge für eine Mietvandalenversicherung können vom Vermieter zwar steuerlich geltend gemacht, nicht jedoch auf die Mieter im Rahmen der Nebenkostenabrechnung umgelegt werden. Der wichtigste Nachteil ist, dass der Leistungsfall erst verhältnismäßig spät beginnt, die Mietkaution bereits aufgebraucht sein muss und eine Kündigung gegen säumige Mieter bereits ausgesprochen worden sein muss.

Damit auch die mit einer Zwangsräumung verbundenen Kosten erstattet werden, ist eine ergänzende Rechtsschutzversicherung dringend angeraten. Zumindest die Kosten für die Erlangung eines vollstreckbaren Titels können auch über eine ergänzende Rechtsschutzversicherung zur Ausfalldeckung abgesichert werden.

¹ Druckstück VF 0332 03/2011 zur Mietnomaden-Versicherung

² Nach intensiver Korrespondenz mit dem Anbieter Ende 11.2011 scheint dieser per 05.2012 nicht mehr zu existieren. Die Readyfact Deutschland AG wird zwar noch immer als Inhaber der Website www.mietausfall.de benannt, doch sind sowohl die Homepage als auch die Webadressen christian.braun@mietausfall.de bzw. service@mietausfall.de tot. Gleiches gilt für verschiedene bekannte Telefonnummern. Laut Recherche wurde der letzte Jahresbericht für die AG für 2010 eingereicht, während für 2011 noch immer kein Jahresbericht veröffentlicht zu sein scheint. Es ist damit fraglich, ob Produkt und Anbieter noch existieren!

„Handfeste Deckung für ein handfestes Problem.“



Klaus Barde im Gespräch mit **Bernd Schmitz**, Bereichsleiter Maklervertrieb, Rhion Versicherung AG, zum Thema Mietnomaden und Versicherungsschutz

Handelt es sich bei der Rhion Mietnomaden-Versicherung um einen neuen Gag im Versicherungsgeschäft oder um eine handfeste Deckung für ein handfestes Problem?

Wer aufmerksam die Berichterstattung in den Medien verfolgt oder sich bei Vermieter- und Eigentümerschutzvereinigungen umhört, wird immer wieder mit dem Thema Mietbetrug konfrontiert. Die offiziellen Zahlen gehen in die Tausende, die Dunkelziffer ist hoch. Vermieter, die Opfer von Mietnomaden geworden sind, erleiden Einnahmeausfälle, die häufig nicht einfach so ausgeglichen werden können, denn die Fixkosten des Mietobjekts laufen ja ungeachtet dessen weiter. Wenn darüber hinaus nach erfolgter Räumung noch eine umfangreiche Sanierung des Mietobjektes notwendig ist, können die erforderlichen Ausgaben die finanziellen Möglichkeiten schnell übersteigen. Die Rhion Mietnomaden-Versicherung ist vor diesem konkreten Hintergrund konzipiert worden und liefert, um Ihre Formulierung aufzugreifen, tatsächlich eine handfeste Deckung für ein

handfestes Problem. Dass wir mit dieser Neuentwicklung richtig lagen, unterstreicht die von einer unabhängigen Fachjury getroffene Entscheidung, die Rhion Mietnomaden-Versicherung als „Versicherungsinnovation des Jahres 2012“ auszuzeichnen. Diesen Preis haben wir im Januar in München entgegennehmen können.

Welche Zielgruppe kann der Makler mit Ihrem Tarif bedienen, und unter welchen Voraussetzungen greift dieser Schutz?

Unsere direkte Zielgruppe sind private Vermieter von Wohnungen oder Wohnhäusern. Vom Grundsatz her steht das Produkt aber jedem Vermieter privaten Wohnraums offen. Im Mittelpunkt unseres Deckungskonzeptes steht nicht nur der Schutz vor den finanziellen Folgen, die Vermietern durch plötzliche Mietausfälle entstehen; auch jene Sachkosten, die durch eine dem säumigen Mieter anzulastende mutwillige Beschädigung oder Zerstörung des Wohnraums verursacht werden, können bei Abschluss einer Mietnomaden-Versicherung mit

berücksichtigt werden. Der Versicherungsfall tritt ein, wenn das Mietverhältnis vom Vermieter wirksam gekündigt wurde, der Mieter ungeachtet dessen den Wohnraum weiter in Anspruch nimmt und die Mietkaution zum Ausgleich des Mietausfalls aufgebraucht worden ist.

Gibt es eine feste Definition für den sogenannten „Mietnomaden“?

Anstelle der Bezeichnung „Mietnomaden“ ist auch der Begriff „Einmietbetrüger“ gebräuchlich. Da und dort liest man auch schon mal von „Miettouristen“, was doch sehr verharmlosend klingt. Es handelt sich hierbei bekanntlich um Menschen, die in betrügerischer Absicht ein Mietobjekt beziehen, ohne wirklich die Absicht zu haben, dauerhaft die Miete zu zahlen. Charakteristisch für Mietnomaden ist zudem ein permanenter Wechsel ihrer Aufenthaltsorte – nicht selten geschieht dies bei Nacht und Nebel und damit auf Nimmerwiedersehen. Geht das Ganze auch noch mit einer bewussten Vernachlässigung oder Beschädigung des Wohnraums einher, sprechen wir zusätzlich von Mietvandalismus.

Welche Schäden und Räumlichkeiten sind im Rahmen Ihrer Police auf jeden Fall abgedeckt?

Die Police deckt innerhalb einer bestimmten Haftzeit Mietausfallsschäden sowie – wahlweise – Sachschäden ab. Vereinbart werden kann bei Vertragsschluss die Erstattung von sechs oder zwölf Monatsmieten inklusive Nebenkosten, was maximal 5.000 bzw. höchstens 10.000 Euro abdeckt. In Abhängigkeit eines Mietausfallsschadens leistet die Versicherung für Schäden, die durch Tun



Fachbücher für den anspruchsvollen Makler

oder Unterlassen des säumigen Mieters entstanden sind. Optional kann die Versicherungssumme hier 10.000, 20.000 oder 30.000 Euro betragen. Geleistet wird sogar bei Ungezieferbefall – ob durch Ratten, Mäuse, Schaben oder weitere Schädlinge. Übernommen werden auch gewisse Zusatzkosten, beispielsweise für Entsorgung, Reinigung und Desinfektion. Ein absolutes Extra-Plus besteht in der Übernahme von zwei Monatskaltmieten während der fälligen Renovierung, durch die sich die Neuvermietung hinauszögert.

In welcher Bandbreite belaufen sich die Beiträge für Ihre Police?

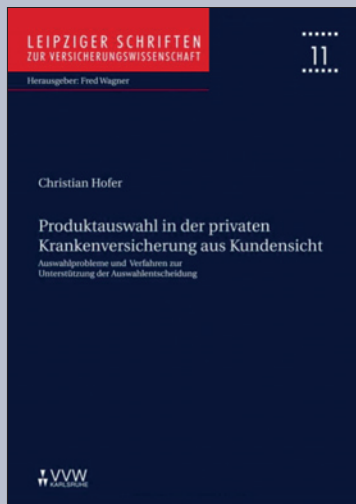
Die Jahres-Nettobeiträge ohne Versicherungsteuer liegen für die Absicherung des Mietausfalls bei rund 44 bzw. 68 Euro. Die Beiträge für die Absicherung der Sachschäden staffeln sich entsprechend der vereinbarten Versicherungssumme. Die Entschädigung wird hier je Versicherungsfall um den vereinbarten Selbstbehalt gekürzt. Der Selbstbehalt beträgt 20 % des Schadens: mindestens 250 Euro und höchstens 1.000 Euro.

Findet jemand, der viele Wohnungen zur Vermietung unterhält, bei Ihnen ebenfalls das passende Angebot?

Das Produkt ist risikogerecht für die einzelne Wohneinheit konzipiert und kalkuliert: Für jede steht somit der vereinbarte Versicherungsschutz zur Verfügung. Jeder Vermieter hat die Möglichkeit, ganz gezielt nur einzelne, klar bestimmte Mietobjekte zu versichern. Besteht der Wunsch, auf einen Schlag mehrere Wohnungen zu versichern, werden wir sicherlich in Abhängigkeit von der Anzahl der einzuzeichnenden Wohneinheiten ein passendes Angebot unterbreiten.

Wenn der Schaden eingetreten ist: Wer begutachtet diesen?

Die Regulierungspraxis entspricht der üblichen Vorgehensweise bei Schadenfällen: Ob es zu einer Begutachtung kommt, hängt von den Umständen des Einzelfalles ab. Je nach Darlegungsform, Beweislage und Größenordnung des Schadens entsenden wir unsere eigenen Schadenregulierer oder beauftragen ein externes Sachverständigenbüro.



Christian Hofer
Produktauswahl in der privaten Krankenversicherung aus Kundensicht



W. Hausotter / J. Eich
Die Begutachtung für die private Berufsunfähigkeitsversicherung



Sven Deckers
Die Abgrenzung des Versicherungsvertreters vom Versicherungsmakler



Volker Altenähr
Personenversicherungen kompakt

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

Ammerländer – ASC – Basler – ConceptIF – DEVK Allgemeine – Domcura – Grundeigentümer – Haftpflichtkasse Darmstadt – HDI-Gerling – Interlloyd – InterRisk – Janitos – Konzept & Marketing – Medien-Versicherung – Signal Iduna – Swiss Life Partner – VHV – Volkswohl Bund

Versicherungsschutz im Internet sowie für die Folgen von Phishing und Pharming

Am 24.04.2012 entschied der BGH über das Opfer eines Betrugers beim Onlinebanking (Az. XI TR 96/11). Der Geschädigte hatte nach eigener Aussage die Eingabeseite seiner Bank angeklickt. Dabei sei ihm mitgeteilt worden, dass er derzeit keinen Zugriff auf das Onlinebanking habe. Um diesen Missstand zu beheben, sei er aufgefordert worden, zehn TAN-Nummern einzugeben. Anschließend habe er die geplante Aktion wunschgemäß durchführen können. Erst später erkannte der Kunde, dass er Opfer einer Pharming-Attacke geworden war und als Folge 5.000 Euro Schaden erlitten hatte.



Autor: Thorben S. Hagenau

Die Richter am BGH gingen aufgrund der konkreten Schadenumstände davon aus, dass der Geschädigte nicht nur trotz korrekt erscheinender Eingabe der Webseite auf eine nur scheinbar originale Homepage der Bank umgeleitet worden sei, sondern auch, dass ihn eine erhebliche Mitschuld getroffen habe. Damit waren etwaige Schadenersatzansprüche gegen die Bank hinfällig, zumal diese konkret auf ihrer Homepage noch vor dem Schaden vor der beschriebenen Masche gewarnt hatte.

Selbst der Abschluss einer besonders leistungsstarken Hausratversicherung wie sie z.B. die Haftpflichtkasse Darmstadt, die InterRisk, Konzept & Marketing, Swiss Life Partner oder die VHV bieten, würden keinen wirksamen Versicherungsschutz für Schäden durch Pharming bedeuten.

Definition Pharming

„Pharming ist eine Betrugsmethode, die durch das Internet verbreitet wird. Sie basiert auf einer Manipulation der DNS-Anfragen von Webbrowsern (beispielsweise durch DNS-Spoofing), um den Benutzer auf gefälschte Webseiten umzuleiten. Es ist eine Weiterentwicklung des klassischen Phishings.“
Quelle: [http://de.wikipedia.org/wiki/Pharming_\(Internet\)](http://de.wikipedia.org/wiki/Pharming_(Internet)), Stand 26.04.2012

„DNS-Spoofing oder DNS-Poisoning bezeichnet einen Angriff, bei dem es gelingt, die Zuordnung zwischen einer URL und der zugehörigen IP-Adresse zu fälschen. Dies kann durch unterschiedliche Vorgehensweisen erreicht werden.“
Quelle: <http://de.wikipedia.org/wiki/DNS-Spoofing>, Stand 26.04.2012

■ Schäden durch Phishing in Hausratversicherungen absicherbar

Anders sieht es bei der Mitversicherung von Schäden durch Phishing aus. Hier kann je nach Versicherer eine Leistung zwischen 250 und 5.000 Euro mitversichert werden.

Per April 2011 wird entsprechender Versicherungsschutz nach Kenntnis des Autors nur von folgenden Anbietern angeboten:

Ammerländer, Basler, ConceptIF (Risikoträger: NV-Versicherungen), DEVK, Domcura (Risikoträger: Generali), Interlloyd, Janitos, Konzept & Marketing (Risikoträger: Zurich), Medien-Versicherung, Signal Iduna sowie Swiss Life Partner (Risikoträger: VHV). Dabei wird das Produkt der Ammerländer auch über die Firma ASC vertrieben.

Definition Phishing

„Phishing ist ein Kunstwort und steht für „Passwort fischen“. Der Versuch Bankkunden ihre Kontenzugangsdaten auszuspähen beginnt meist mit einer Phishing E-Mail, die den Anschein einer Bank E-Mail erweckt. Die Empfänger werden aufgefordert sich über einen angezeigten Link auf eine imitierte Bankseite zu begeben. Auf dieser nachgemachten Webseite werden dann die Kunden aufgefordert, sich mit ihren Bankdaten einzuloggen (z. B. Kontonummer und persönliche Identifikationsnummer und PIN).“ *Quelle: Konzept & Marketing, allsafe casa, Stand 01.2012, D II Nr. 14*

Sieht man einmal von den oft sehr niedrigen Versicherungssummen für Schäden durch Phishing ab, so bleibt als weiterer Wertmutschloß eine Vielzahl von Obliegenheiten, die vom Versicherungsnehmer vor dem Schadenfall zu beachten sind. Beispielsweise heißt es bei der Ammerländer wie folgt:

„5. Unsere Entschädigungsleistung setzt voraus, dass Sie den aktuell üblichen Online-Banking-Sicherheitsstandard verwenden.

6. Vor Eintritt des Versicherungsfalles müssen Sie Ihren Computer, den Sie zum Online-Banking nutzen, mit dem Schutz oder einer Firewall gegen unberechtigtes Eindringen sowie einer Virenschutzsoftware, die auf dem neuesten Stand gehalten wird, ausstatten. Virendefinitionen sind mindestens alle 14 Tage zu aktualisieren.“

Wie auch bei der DEVK, Generali, Medien-Versicherung, Signal Iduna oder VHV bleibt unklar, was der „aktuell übliche“ Standard sein soll und wie der Versicherungsnehmer sicher stellen will, dass er nicht gegen die benannte Obliegenheit verstößt. Ähnliche Einschränkungen gelten auch bei der Basler:

„2. Bei Schäden nach Nr. 1 setzt die Entschädigungsleistung voraus, dass a) der PC des Versicherungsnehmers aktiv mit einem Schutz oder einer Firewall gegen unberechtigtes Eindringen, einer Virenschutzsoftware und einem Spywarescanner ausgestattet ist, die jeweils auf dem neuesten Stand gehalten und aktualisiert werden

b) die PIN / TANs nicht auf dem PC-System des Versicherungsnehmers gespeichert sind.

Bei dem Verdacht, dass ein unberechtigter Dritter Kenntnis der PIN und / oder TANs erlangt hat, ist der Zugang zum Online-Banking des Kreditinstitutes unverzüglich sperren zu lassen.

c) der Versicherungsnehmer den Betrug unverzüglich seiner Bank gemeldet und der zuständigen Polizeidienststelle angezeigt hat.

Verletzt der Versicherungsnehmer eine dieser Obliegenheiten ist der Versicherer unter den Abschnitt B § 8 Nr. 3 VHB 2010 beschriebenen Voraussetzungen ganz oder teilweise leistungsfrei.“

Laut DEVK sei der zurzeit „übliche Online-Banking-Sicherheitsstandard“ das iTAN-Verfahren (Marktanteil in Deutschland ca. 50 Prozent). In 5 Jahren könnte sich aber beispielsweise das Mobile-

Tan- oder das Chip-Tan-Verfahren als Marktstandard durchsetzen und wäre dann der aktuell übliche Online-Banking-Sicherheitsstandard.

Insofern handelt es sich hier nicht wie die unter 7. vorgeschriebene Nutzung eines Virenschutzprogramms mit einer Firewall sowie einer regelmäßigen Aktualisierung um eine Obliegenheit, sondern unseres Erachtens um eine offene Risikobeschreibung. Denn wechselt die Bank des Kunden in Zukunft unter Sicherheitsaspekten oder auch aus Haftungsgründen von einem nicht trojanersicheren Online Sicherheitsstandard auf ein sicheres Verfahren, ist der Kunde schon gezwungen dieser Umstellung zu folgen.“

Als einziger Versicherer ohne vergleichbare Restriktionen ist an dieser Stelle Konzept & Marketing (allsafe casa) zu benennen.

Die vollständigen Klauseltexte rund um das Thema Phishing mit Stand 05.2012 finden Sie zum Download unter http://www.witte-financial-services.de/File/BedingungstextePhishing_Hausrat.pdf

■ Versicherungsschutz bei Pharming selten über Umwege mitversichert

Wenn demnach nur Schäden durch Phishing, nicht jedoch durch Pharming im Rahmen der Hausratversicherung versicherbar sind, so macht an dieser Stelle ein Blick in die zugrunde liegenden Bedingungswerke der privaten Haftpflichtversicherung Sinn. Von besonderem Interesse sind hier die Regelungen zur Forderungsausfalldeckung. Versicherungsschutz über diese setzt in der

Anbieter	abweichender Risikoträger	Tarif	Bedingungsstand	Versicherungssumme für Schäden durch Phishing	Maximierung
Ammerländer	nein	Excellent	Stand 01.2012	bis 1% der Versicherungssumme	einfach
Basler	nein	VHB 2010: Ambiente Top	Stand 01.2010	bis 5.000 Euro	unmaximiert
ConceptIF	ja (NV-Versicherungen)	Konzept VI	Stand 05.2009	bis 250 Euro	einfach
DEVK Allgemeine	nein	Plus	Stand 09.2010	bis 1.000 Euro	zweifach
Domcura	ja (Generali)	Maximum	Stand 07.2011	bis 1.000 Euro	unmaximiert
Interlloyd	nein	Eurosecure	Stand 06.2010	bis 500 Euro	zweifach
Janitos	nein	Best Selection	Stand 04.2011	bis 2% der Versicherungssumme (max. 1.000 Euro)	einfach
Konzept & Marketing	ja (Zurich)	allsafe casa	Stand 01.2012	bis 500 Euro	unmaximiert
Medien-Versicherung	nein	Optimal	Stand 06.2011	bis 1.000 Euro	einfach
Signal Iduna	nein	Exklusiv	Stand 07.2010	bis 1.000 Euro	unmaximiert
Swiss Life Partner	ja (VHV)	Prima Plus	Stand 04.2012	bis 1.000 Euro	einfach

Regel mindestens folgende Anforderungen voraus:

1. Mitversicherung von auch vorsätzlich herbeigeführten Schäden im Rahmen einer nicht gewerbsmäßigen Tätigkeit
2. Vollstreckbarer Titel gegen den Schädiger innerhalb des benannten Geltungsbereiches (in der Regel Deutschland oder Europa). Dazu ist gegebenenfalls noch eine ergänzende Rechtsschutzversicherung zur Einklagung des Titels notwendig, sofern der Versicherer keine subsidiäre Rechtsschutzdeckung für solche Fälle vorsieht.
3. Der Schädiger ist nicht in der Lage den Schaden ganz oder teilweise zu begleichen (z.B. wegen eines bereits erfolglosen Vollstreckungsbescheides)
4. Je nach Anbieter muss ggf. noch eine Mindestschadenhöhe (z.B. 500 Euro bei Janitos Best Selection bzw. 2.500 Euro bei PRIMA PLUS und Sorglospaket ohne Ausfalldeckung PLUS von Swiss Life Partner) erfüllt sein, bei anderen Anbietern wird ein absoluter Selbstbehalt (z.B. 2.000 Euro bei Pro Domo Komfort und Premium aus dem Hause Grundeigentümer) von der Schadenforderung abgezogen
5. Kein Ausschluss für Schäden durch Pharming

Beispiel InterRisk (XXL)

(1) Angenommen der Schädiger führt eine Schädigung Dritter durch Pharming nur gelegentlich, nicht jedoch mit der Absicht durch, damit (überwiegend) seinen Lebensunterhalt zu bestreiten, so dürfte dies zunächst einmal die Voraussetzung der normalen PHV erfüllen. Nach § 3 a) sind zwar Schäden „aus den Gefahren eines Betriebes, Berufes, Dienstes, Amtes oder einer verantwortlichen Betätigung in Vereinigungen“, sofern nichts Abweichendes vereinbart ist, ausgeschlossen, doch selbst eine bandenmäßige Tätigkeit als Pharmer dürfte hier keinen Ausschluss begründen. Gemäß § 14 Nr. 2 der XXL-Bedingungen sind auch vorsätzlich herbeigeführte Schäden mitversichert.

(2) Nach § 14 Nr. 3 gilt: „Der Geltungsbereich der Ausfalldeckung umfasst die Mitgliedstaaten der EU und der EFTA sowie die europäischen Zwergstaaten.“ Demnach wäre ein Schaden, der durch einen Schädiger mit Sitz in den USA oder China nicht versichert.

(3) Diese Voraussetzung kann hier nur pauschal angenommen werden.

(4) Eine Mindestschadenhöhe ist im benannten Tarif nicht vorgesehen.

(5) Da es sich um einen Vermögensschaden handelt, besteht Versicherungsschutz gemäß § 3 g) nur, sofern § 11 der XXL-Bedingungen eine entsprechende Erweiterung des Versicherungsschutzes vorsieht. Die in § 11 ausgewiesenen Ausschlüsse lassen sich jedoch weder auf Pharming noch auf Phishing anwenden, so dass hier ein uneingeschränkter Versicherungsschutz bis zur Versicherungssumme (maximal also 50 Mio. Euro im Rahmen der Vermögensschadensdeckung) bestehen würde.

Beispiel VHV (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein)

1. Bei der VHV besteht Versicherungsschutz, sofern es sich um keine berufliche oder gewerbliche Tätigkeit (Ziffer 7.7 Nr. 1 AHB bzw. Ziffer 8.8 Nr. 1 b) handelt. Im Einzelfall kann bandenmäßige Pharming sicher als gewerbsmäßige Tätigkeit angesehen werden. In diesem Fall bestünde hier dann kein Versicherungsschutz. Vorsätzlich herbeigeführte Schäden sind hingegen im Rahmen der Ausfalldeckung ausdrücklich mitversichert (Ziffer 8.8 Nr. 1 d) der Klassik-Garant-Bedingungen).

2. Gemäß Ziffer 8.8 Nr. 2 a) der Klassik-Garant-Bedingungen gilt, dass „die Forderung durch ein rechtskräftiges Urteil oder einen vollstreckbaren Vergleich vor einem ordentlichen Gericht in der Bundesrepublik Deutschland oder einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, der Schweiz, Norwegens, Island und Liechtenstein festgestellt worden ist oder ein notarielles Schuldanerkenntnis des Schädigers vor einem Notar eines dieser Staaten erwirkt wurde.“

3. Diese Voraussetzung kann hier nur pauschal angenommen werden.

4. Eine Mindestschadenhöhe ist im Tarif nicht vorgesehen.

5. Als Ausschluss für Pharming kommt ggf. Ziffer 7.2 AHB in Frage, wonach ausgeschlossen sind „Versicherungsansprüche aller Personen, die den Schaden dadurch verursacht haben, dass die in Kenntnis von deren Mangelhaft oder Schädlichkeit“ Erzeugnisse (konkret: eine Schaden auslösende Website) in den Verkehr gebracht haben. Weiter kommt

als Ausschlussgrund Ziffer 7.15 (4) in Frage, nachdem ausgeschlossen sind „Haftpflichtansprüche wegen Schäden aus dem Austausch, der Übermittlung und der Bereitstellung elektronischer Daten, soweit es sich handelt um Schäden aus [...] Übermittlung vertraulicher Daten oder Informationen.“ An dieser Stelle könnte man auf die Internetklausel (Ziffer 3.7 der Klassik-Garant-Bedingungen) verweisen, die zwar von Ziffer 7.15 AHB in vielen Punkten abweicht und auch die Übermittlung von Daten einschließt, aber eben nicht, wenn es um die beschriebene Übermittlung von Daten geht. Weiter kommt Ziffer 3.7 Nr. 5 c) der Klassik-Garant-Bedingungen in Frage, wonach Schäden „durch bewusstes Abweichen von gesetzlichen oder behördlichen Vorschriften (z. B. Teilnahme an rechtswidrigen Online-Tauschbörsen) oder durch sonstige bewusste Pflichtverletzungen“ ausdrücklich ausgenommen sind. Man kann es also drehen und wenden wie man will: Versicherungsschutz für Pharming ist über die VHV nicht herleitbar.

Beispiel HDI-Gerling (Paket Basis mit Paket Risiko Plus, Stand 01.2011)

1) Bereits hier würde die Ausfalldeckung ins Leere laufen, da Ziffer 9 der Bedingungen zum Baustein Risiko Plus im Rahmen der Ausfalldeckung keine Erweiterung für Schäden durch Vorsatz besteht.

NEU: Jetzt bestellen!

PFLEGE
OPTIMAL VORSORGEN FÜR ELTERN & FAMILIE
Pflegezukunft
Private Vorsorge trifft sie!
SATGEM

www.promakler.de

Internetklausel läuft oft ins Leere

An dieser Stelle soll kurz auf die in vielen privaten Haftpflichtbedingungen verankerte Internetklausel eingegangen werden. Bei nicht wenigen Anbietern läuft der Versicherungsschutz hier tatsächlich ins Leere. Dazu ist ein Blick in die Entwicklung der aktuellen Musterbedingungen des GDV erforderlich.

Bis zur AHB-Änderung im Jahre 2004 bestand Unsicherheit darüber, ob es sich bei Schäden durch Datenverlust um Sach- oder Vermögensschäden handele. Da ein Ausschluss für Schäden durch Datenverarbeitung nur im Rahmen der Bedingungen für Vermögensschäden bestand, musste von Fall zu Fall entschieden werden, ob es sich bei einem konkreten Internetschaden z.B. durch Viren oder einen Trojaner um einen Ausschlussgrund handelte oder nicht. Bei Altverträgen bestand demnach nur in den Fällen Versicherungsschutz, wo die Richter von einem Sachschaden ausgingen.

Im Sinne einer Klarstellung wurde dann mit Ziffer 7.15 AHB 2006 / 2008 ein sehr weitgehender Ausschluss für Schäden durch Datenverarbeitung vorgenommen. Damit war allerdings auch der ehemalige Ausschluss für Vermögensschäden durch Datenverarbeitung obsolet und in den dann neuen Verbandsbedingungen gestrichen. Dafür wurde im Rahmen der Versicherung privater Risiken in Nr.4 der Muster-Tarifstruktur IX der Wiedereinschluss „Elektronischer Datenaustausch/ Internetnutzung“ aufgenommen.

Achtung Vermögensschäden!

Einige Versicherer haben jedoch den Datenverarbeitungsausschluss abweichend von der Muster-Tarifstruktur in den Vermögensschadenbedingungen belassen. Der Einschluss gemäß Nr. 4 der Muster-Tarifstruktur bezieht sich jedoch ausdrücklich nur auf Nr. 7.15 AHB womit es dabei bleibt, dass gemäß Nr. 2.1 AHB Vermögensschäden nur versichert sind, wenn dies ausdrücklich vereinbart ist. Diese Versicherer können sich also darauf berufen, dass als Folge von Datenverarbeitungen nur Personen- und Sachschäden versichert sind, was eindeutig eine Einschränkung der Verbandsbedingungen darstellt.

Weitere Einschränkungen des Versicherungsschutzes betreffen die örtliche Geltung. Entsprechend GDV-Standard gilt Versicherungsschutz im Ausland im Zusammenhang mit elektronischem Da-

tenaustausch meist nur, „soweit die versicherten Haftpflichtansprüche in europäischen Staaten und nach dem Recht europäischer Staaten geltend gemacht werden“ (Tarifstruktur IX Ziffer 4.3). Dies ist problematisch vor dem Hintergrund, dass elektronischer Datenaustausch weltweit stattfindet und das ungewollte Verschicken von Viren an Dritte im außer-europäischen Ausland nur schwerlich vermieden werden kann.

Kritisch betrachtet werden kann es auch, wenn manche Versicherer ein Sublimit für Schäden durch elektronischen Datenaustausch von nur 100.000 Euro vorsehen oder gemäß Verbandsbedingungen darauf bestanden wird, dass ein Kunde die Daten regelmäßig durch Sicherheitsmaßnahmen und/oder -techniken (z.B. Virens Scanner, Firewall) sichern und prüfen sollte, die dem Stand der Technik entsprechen.

Vorbildliche Internetklausel der InterRisk

Eine vorbildliche Internetklausel besitzt beispielsweise die InterRisk. Dies liegt unter anderem daran, dass der Versicherer in seinen XXL-Bedingungen nahezu alle AHB-Ausschlüsse gestrichen hat und generell eine zeitlich unbefristete Auslandsdeckung vorsieht. Versicherungsschutz besteht hier bis in Höhe der Versicherungssumme für Vermögensschäden (max. 50 Mio. Euro) sowohl für Schäden durch Datenverarbeitung als auch Datenaustausch. Die einzig relevante Einschränkung betrifft die Klarstellung, dass der Versicherungsschutz sich auf private und nicht auch berufliche Risiken bezieht. Etwaige Obliegenheiten betreffend Firewalls oder Antivirensoftware sind keine Voraussetzung für den vereinbarten Leistungsumfang.

Swiss Life Partner

Bei Swiss Life Partner (Primus Plus, Stand 04.2012) besteht ausdrücklich abweichend von Ziffer 7.9 AHB eine weltweite Geltung. Schäden durch Datener-

fassung sind versichert, da der generelle Ausschluss für solche Schäden nach Ziffer 7.15 AHB nicht mehr besteht. Schäden durch Datenverarbeitung sind ebenfalls versichert. Diese Herleitung ist allerdings etwas komplizierter. Nach Ziffer 3.7 besteht zwar eine positive Abweichung von Ziffer 7.15 AHB, nicht jedoch von Ziffer 2.1 AHB. Damit besteht nur Versicherungsschutz für „Vermögensschäden, die weder durch Personen- noch durch Sachschäden entstanden sind“. Da solche Schäden jedoch wiederum durch Ziffer 9.1 BBR als mitversichert gelten können, ist abweichend eine Mitversicherung zu bejahen. Eine transparentere Darstellung wäre an dieser Stelle zu begrüßen.

Nachteilig ist bei Swiss Life Partner im Unterschied zur InterRisk die folgende Obliegenheit:

„Dem Versicherungsnehmer obliegt es, dass seine auszutauschenden, zu übermittelnden, bereitgestellten Daten durch Sicherheitsmaßnahmen und/oder -techniken (z. B. Virens Scanner, Firewall) gesichert oder geprüft werden bzw. worden sind, die dem Stand der Technik entsprechen. Diese Maßnahmen können auch durch Dritte erfolgen. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit, so gilt Ziff. 26 AHB (Rechtsfolgen bei Verletzung von Obliegenheiten).“

VHV

Bei der VHV (Klassik-Garant, Stand 10.2011) gilt gleichermaßen eine weltweite Deckung im Rahmen der Internetklausel bis in Höhe von 1 Million Euro. Schäden durch Datenerfassung sind allerdings gemäß Ziffer 3.7 BBR mitversichert. Für Schäden durch Datenverarbeitung lässt sich eine Mitversicherung über die Aufhebung des Ausschlusses nach Ziffer 2.1 AHB durch Ziffer 9.1 BBR herleiten. Was die Obliegenheiten des Versicherungsnehmers zur Schadenvermeidung betrifft (Ziffer 3.7 BBR), ist die VHV mit SLP vergleichbar.

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

AAG Assekuranz Taschner GmbH – ADLER – Allianz – Alte Leipziger – Ammerländer – Asstel – Axa – Bayerische Hausbesitzer-Versicherungs-Gesellschaft – ConceptIF – KonzeptA – degenia – Domcura – Generali – Gothaer – Grundeigentümer – Die Hanauer 24 – Helvetia – HDI-Gerling – Hiscox – HUK-Coburg – InterRisk – Janitos – Konzept & Marketing – Medien-Versicherung – Nürnberger – Öffentliche Versicherung Bremen – PVAG – Rhion – R+V – SIGNAL IDUNA – uniVersa – VdVA – Versicherungskammer Bayern – VGH – VHV – VÖDAG – Volkswohl Bund – Zurich

Bitte beachten Sie, dass grundsätzlich nur die konkreten Bedingungstexte der Gesellschaften maßgeblich sind.

Teil 4 „Risiko & Vorsorge“-Serie: Wohngebäudeversicherungen

Feste Standards bei der Vermittlung von Wohngebäudeversicherungen

Große Leistungsunterschiede

Inhalt, Teil 4

- Regen und Schmelzwasser
- Wind und Sturm
- Erweiterte Elementarschadendeckung
- Ausschluss für Schäden durch Sturmflut
- Sachverständigenkosten
- Höhe des ersatzpflichtigen Schadens
- Haftungsrisiken
- Diverses

Inhalt, Teil 3

- Schäden durch Marder und andere Nagetiere
- Besondere Haftungsrisiken
- Beispielhafte Anbieter mit eingeschlossener Ertragsausfallversicherung für Schäden an Solar- und Photovoltaikanlagen

Inhalt, Teil 2

- Nutzwärmeschäden
- Sengschäden
- Blindgängerschäden
- Schäden durch radioaktive Isotope
- Schäden durch Marderverbiss

Inhalt, Teil 1

- GDV Standard
- Arbeitskreis-Standard
- Innovationsklausel
- Quotelungsverzicht
- Repräsentantenproblematik
- Allgefahrendeckungen
- Mitversicherung von Ab- und Zuleitungsrohren auf und außerhalb des Versicherungsgrundstücks
- Sonderfall: Schwimmbecken
- Rauch, Ruß und Verpuffung



Nachbestellungen Teil 1, 2 + 3 unter info@bhm-marketing.de

Autor: Stephan Witte

Regen & Schmelzwasser

Schäden durch Regen- oder Schmelzwasser sind meist vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Laut Versichererauskunft komme der Ausschluss gemäß § 4 Nr. 4 der Muster-VGB zur Sturmgefahr beim Eindringen von Niederschlägen durch nicht ordnungsgemäß verschlossene Gebäudeöffnungen (z.B. versehentlich nicht richtig geschlossenen Fenster) häufig zum Zuge. Eine Mitversicherung nur von Niederschlägen durch ordnungsgemäß verschlossene Gebäudeöffnungen ist demnach zwar nur eine Ausschnittsdeckung, kann aber dennoch in vielen Fällen zum Tragen kommen, wie Janitos aus der Schadenpraxis zu berichten weiß:

- Wassereintritt durch ein undichtes Dach: es kommt zu Nässeschäden an Decke und Wand
- Starkregen: Wasser sammelte sich im Treppenabgang und drückte sich durch die Tür. Dadurch wurden Böden feucht und weitgehend zerstört
- Starkregen: Kellerschacht vollgelaufen. Wasser gelangte daraufhin durch ein geschlossenes Fenster in den Keller und beschädigte dort den Parkettboden

Andere Anbieter bieten dagegen innerhalb der tariflichen Grenzen auch Versicherungsschutz, wenn der Kunde z.B. bei einem aufziehenden Gewitter Fenster und Türen nicht rechtzeitig geschlossen hatte.

Bedingungsseitig bezieht sich diese Erweiterung des Versicherungsschutzes in der Regel auf Schäden an Fußbodenbelegen, Tapeten und Farbinnenanstrichen der versicherten Gebäude, die durch die unmittelbare Einwirkung von Regenwasser oder Schmelzwasser von Schnee und Eis oder deren Folgen entstanden sind. In diesem Zusammenhang weist beispielsweise die InterRisk darauf hin, dass Schäden durch Regen oder Schmelzwasser hier nicht auf Fußbodenbeläge, Tapeten und Farbinnenanstriche begrenzt seien.

Beispielhafte Anbieter für Schäden durch Regen oder Schmelzwasser:
AAG Assekuranz Taschner GmbH (AVBWG99, Form 1/2008: „AAG Gebäude-

de-Vollkasko“: nach Abzug des tariflichen Selbstbehalts von 250 Euro), **ConceptIF** (VGB 2008, Stand 10.2010, Besondere Bedingungen für die Wohngebäudeversicherung – Schutz 60 plus Sicherheitspaket (BB 2010 Schutz 60 PLUS), Stand 04.2011: Konzept III: bis 8.000 Euro), **Grundeigentümer** (VGB 2008, Stand 10.2010, BB 2010 Schutz 60 PLUS: „Gebäude-Schutz 60“ mit Sicherheitspaket, Stand 04.2011: bis 8.000 Euro), **Helvetia** (ARW-1010, Stand 01.10.2010: AllRisk-Versicherung für Wohngebäude: sofern es sich nicht um im Freien befindliche Anlagen gemäß Tarifbeschreibung handelt, bis zur Versicherungssumme), **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011: Bedingungen zur Wohngebäudeversicherung „XXL“, Stand 03.2011: bis 3.000 Euro), **Janitos** (VGB 2008, Stand 01.07.2008, Zusatzbedingungen für die Janitos Wohngebäudeversicherung Best Selection, Stand 01.07.2008: bis 5.000 Euro. Ausgeschlossen sind dabei Schäden durch nicht ordnungsgemäß verschlossene Fenster, Außentüren und andere Öffnungen), **Konzept & Marketing**¹ (allsafe Tarif select A2, Stand 05.2011: Wohngebäudeversicherung; allsafe Tarif select Z1, Stand 05.2011: Wohngebäudeversicherung; EV 2010, Stand 01.2012: allsafe casa - die Eigenheimversicherung)

Wind & Sturm

Als Folge des Klimawandels werden immer häufiger Häuser oder deren Dächer von Stürmen in Mitleidenschaft gezogen. Dabei gilt bei den meisten Versicherern ein Sturm erst dann als solcher, wenn er eine Windgeschwindigkeit von mindestens 63 km/h auf der Beaufort-Skala (Windstärke 8) erreicht. Im Einzelfall können jedoch auch Windbewegungen unter Windstärke 8 zu Schäden an einem Gebäude kommen. Hier ist es günstig, wenn ein Versicherer auf eine Windstärkenregelung verzichtet.

Beispielhafte Anbieter mit Leistung auch bei Windbewegungen unter Windstärke 8:

AAG Assekuranz Taschner GmbH (AVBWG99, Form 1/2008: „AAG Gebäude-Vollkasko“), **Allianz** (VGB, Stand 12.2008; Fassung 2009 Allianz Basis),

ConceptA (VGB 2008 - Wohnfläche, Stand 01.2010, AVB Exclusive Plus 2008 - Wohnfläche: Allgefahrenversicherung von Wohngebäuden; VGB 2008 - Wert 1914, Stand 01.2010, AVB Exclusive Plus Wert 1914: Allgefahrenversicherung von Wohngebäuden), **Helvetia** (ARW-1010, Stand 01.10.2010: AllRisk-Versicherung für Wohngebäude), **HDI-Gerling** (VGB 2011 - Wohnfläche, Stand 01.2011, Basis (GB 3000:01), Grundstück & Garten (GB 3002:01), Risiko Plus (GB 3003:01 und GB 0150:11), Ableitungsrohre (GB 8780:11), Elementar (GB 8798:11/GB 8788:11): Paket Rundum Sorglos), **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011: Bedingungen zur Wohngebäudeversicherung „XXL“, Stand 03.2011), **Konzept & Marketing** (allsafe Tarif select A2, Stand 05.2011: Wohngebäudeversicherung: nur implizite Mitversicherung im Rahmen der Allgefahrendeckung, allerdings theoretischer Ausschluss gemäß § 6 Nr. 24 für Schäden durch Fallen, Anschwellen oder Dehnen, sofern eine Windbewegung dafür die Ursache sein sollte und auch kein Ausschluss für Allmählichkeitsschäden zum Tragen kommt; allsafe Tarif select Z1, Stand 05.2011: Wohngebäudeversicherung: durch wetterbedingte Luftbewegungen (ohne Windstärkenregelung); EV 2010, Stand 01.2012: allsafe casa - die Eigenheimversicherung); durch wetterbedingte Luftbewegungen (ohne Windstärkenregelung)

Anders als bei den oben benannten Allgefahrendeckungen sind bei der InterRisk – auch ohne Einschluss des Bausteins „unbenannte Gefahren“ – nur wetterbedingte Luftbewegungen eingeschlossen, nicht jedoch solche z.B. der durch Druckunterschiede zwischen mehreren Gebäudeöffnungen verursachte Durchzug. Meist dürfte dies aber nur zu Glasschäden führen, die als Folge eines versicherten Sturmereignisses sonst prämienfrei mitversichert wären. Die Allgefahrendeckung „Mundial by Hiscox“ von Hiscox sieht abweichend zu den beiden anderen Konzepten aus dem gleichen Hause einen wie folgt formulierten Ausschluss vor: „Schäden durch wetterbedingte Luftbewegungen, es sei denn, es handelt sich um Sturm (mindestens Windstärke 8)“.

Erweiterte Elementarschadendeckung

Auch eine erweiterte Elementarschadendeckung sollte aus Gründen der Maklerhaftung nicht unterschätzt werden. Weltweit ist die Zahl von Überschwemmungen, Erdbeben und anderen erweiterten Elementargefahren in den letzten Jahren stark angestiegen.

Aus Gründen der Maklerhaftung empfiehlt es sich, wenn in der Beratungsdokumentation festgehalten wird, falls – und dies ist der Regelfall! – ein Versicherer im Rahmen der erweiterten Elementarschadendeckung einen Selbstbehalt vorsieht. Meist handelt es sich um prozentuale Selbstbehalte von 10% der Schadenssumme, minimal jedoch 500 bis maximal 5.000 Euro. Vereinzelt werden jedoch auch feste Selbstbehalte angeboten, so etwa seit dem 01.07.2010 in Höhe von 250 Euro je Schaden bei der PVAG, SIGNAL IDUNA oder VÖDAG. Bei der R+V gilt für weitere Elementarschäden ein Selbstbehalt von nur 200 Euro, ausgenommen Erdbeben. Für letztere gilt abweichend ein Selbstbehalt von 3.000 Euro.

Beispielhafte Anbieter ohne Selbstbehalt in der erweiterten Elementarschadendeckung:

InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011: Bedingungen zur Wohngebäudeversicherung „XXL“, Stand 03.2011), **Versicherungskammer Bayern** (VGB 2008 - BVV/BLBV, Stand 20.12.2010, Klauseln zu den VGB 2008 - BVV/BLBV: Kompakt: Die Versicherung von „weiteren Elementarschäden“ ist, abhängig von der dem Risikoort zugeordneten Elementar-Gefährdungsklasse oder etwaigen Vorschäden, auch ohne Selbstbeteiligung möglich. Rückstauschäden sind optional mitversicherbar (Selbstbeteiligung bei Rückstauschäden: 500 Euro oder 1000 Euro). Eine Klarstellung in den Bedingungen fehlt; VGB 2008 - BVV/BLBV, Stand 20.12.2010, Klauseln zu den VGB 2008 - BVV/BLBV: Optimal: Die Versicherung von „weiteren Elementarschäden“ ist, abhängig von der dem Risikoort zugeordneten Elementar-Gefährdungsklasse oder etwaigen Vorschäden, auch ohne Selbstbeteiligung möglich. Rückstauschäden sind optional mitversicherbar (Selbstbeteiligung bei Rückstau-

schäden: 500 Euro oder 1.000 Euro). Eine Klarstellung in den Bedingungen fehlt)

Die Wartezeit in der Elementarschadendeckung beträgt meist 14 Tage (z.B. Alte Leipziger, Domcura, Gothaer, HDI-Gerling, Nürnberger, VHV), 4 Wochen (z.B. Volkswahl Bund), 1 Monat (z.B. Ammerländer, Helvetia, Janitos) oder entfällt ganz (z.B. Bayerische Hausbesitzer-Versicherungs-Gesellschaft, PVAG, SIGNAL IDUNA, VGH, VÖDAG). Einige Versicherer wie die Domcura, Gothaer, Grundeigentümer, Helvetia, InterRisk, Janitos, Konzept & Marketing oder Nürnberger verzichten auf eine Wartezeit, wenn der Neuvertrag in direktem Anschluss an einen Altvertrag mit gleichartiger Elementarschadendeckung bestand. Bei der Grundeigentümer, der InterRisk wie auch bei Konzept & Marketing wird dabei auch generell auf eine pauschale Wartezeitregelung verzichtet, was natürlich nicht ausschließt, dass in Einzelfällen eine individuelle Vereinbarung getroffen werden muss.

Einige Versicherer wie die SIGNAL IDUNA gewähren ihren Versicherungsschutz ohne weitere Prüfung, wenn es in den letzten 10 Jahren vor dem Schadenfall keinen (auch unversicherten) Schadenfall auf dem Versicherungsgrundstück gegeben hat. Bei Vorschäden erfolgt eine individuelle vertiefte Risikoprüfung, deren Ergebnis über Annahme oder Ablehnung entscheidet. Einige andere Versicherer verlangen sogar grundsätzlich Angaben auch über die Nähe zu Gewässern und eine subjektive Risikoeinstufung durch den Antragssteller.

Höchsterstattungsgrenze

Selten sehen Versicherer eine Höchsterstattungsgrenze für die erweiterte Elementarschadendeckung vor, welche jedoch bei Summen von 1,5 Mio. Euro (Alte Leipziger) oder 2,5 Mio. Euro (Generali, VHV) für den Großteil der Versicherten wenig praxisrelevant sein dürfte.

Obliegenheiten

Wichtige Obliegenheiten sind etwa Rückstausicherungen gemäß der jeweils geltenden Landesbauordnung² funktionsbereit zu halten, Abflussleitungen und / oder Rückstausicherungen und / oder Wasser führende Anlagen und Einrichtungen auf dem Versicherungsgrundstück in ordnungsgemäßem Zustand zu erhalten und Mängel oder Schäden un-

verzüglich beseitigen zu lassen. Teilweise muss der Versicherte zur Vermeidung von Überschwemmungs- bzw. Rückstauschäden bei überflutungsgefährdeten Räumen Rückstausicherungen anbringen und funktionsbereit halten (z.B. Alte Leipziger, Ammerländer, Grundeigentümer, Helvetia, HDI-Gerling, VGH oder VHV) sowie Abflussleitungen auf dem Versicherungsgrundstück freizuhalten. Die meisten dieser Obliegenheiten setzen jedoch voraus, dass der Versicherungsnehmer auch die Gefahr für z.B. Ableitungsleitungen auf seinem Grundstück trägt. Wo nur die Erhaltung bestehender Anlagen vorgeschrieben ist, ist nicht automatisch auch das Vorhandensein eines Rückstauventils vorgeschrieben. Sehr umfassend beschrieben sind die Obliegenheiten bei der VGH: der Versicherungsnehmer hat von sich aus alle notwendigen und zumutbaren Vorkehrungen gegen Elementarschäden zu treffen. Insbesondere sind zur Vermeidung von Überschwemmungsschäden Wasser führende Anlagen auf dem Versicherungsgrundstück (z.B. Drainagen, Gräben) freizuhalten und Rückstausicherungen gemäß der jeweils geltenden Landesbauordnung stets funktionsbereit zu halten. Während Janitos (Best Selection) es mit einem Selbstbehalt von 10 Prozent der Schadenssumme (min. 2.500 Euro, max. 10.000 Euro) sanktioniert, wenn kein funktionsfähiges bzw. kein entsprechend gewartetes Rückstauventil vorhanden ist oder wenn Rückstausicherungen sogar gänzlich fehlen, verzichtet die InterRisk im Rahmen ihrer „Klauseln zur Wohngebäudeversicherung“ mit Stand 09.2011 gänzlich auf entsprechende Obliegenheiten:

„Wir werden uns nicht auf eine Obliegenheitsverletzung berufen, wenn behördliche Vorschriften über Rückstausicherungen nicht eingehalten wurden.“

Damit weicht die InterRisk in diesem Punkt deutlich und sehr positiv vom Branchenstandard gemäß Abschnitt A § 14 Nr. 1 d) aa) der Muster-VGB 2010 (Wfl) ab. Diese Verbandsempfehlung des GDV verlangt, dass zur Vermeidung von Überschwemmungs- bzw. Rückstauschäden „bei rückstaugefährdeten Räumen Rückstausicherungen funktionsbereit zu halten“ sind. Darüber gilt nach Abschnitt B § 8 Nr. 1 a) aa) des GDV, dass „die Einhaltung aller gesetz-

lichen, behördlichen sowie vertraglich vereinbarten Sicherheitsvorschriften“ verlangt wird. Damit ist die Regelung der InterRisk doppelt positiv, da es schließlich Ermessenssache bleibt, zu entscheiden, wann ein Raum von Rückstau gefährdet ist.

Beim GDV und beispielhaft auch bei Konzept & Marketing heißt es, dass „Rückstausicherungen stets funktionsbereit zu halten“ seien. Was ist aber, wenn diese gar nicht erst vorhanden sind? Hierzu hat sich Konzept & Marketing wie folgt geäußert:

„Wir haben in der Bestimmung des § 20 – Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles – u.a. unter Ziffer 1 e) geregelt, dass der VN im Falle der Mitversicherung von Elementarschäden alle notwendigen und zumutbaren Vorkehrungen gegen den Schadeneintritt respektive –umfang zu treffen hat. Insbesondere sind zur Vermeidung von Überschwemmungsschäden Wasser führende Anlagen auf dem Versicherungsgrundstück freizuhalten und Rückstausicherungen stets funktionsbereit zu halten.“

In dem Zusammenhang ist sicherlich auch § 20 Ziffer 1 a) zu berücksichtigen, wonach der VN alle gesetzlichen, behördlichen, vertraglichen und vereinbarten Sicherheitsvorschriften zu beachten hat.

Es kommt daher auf den konkreten Einzelfall an – wenn es gesetzliche und/oder behördliche Bauauflagen gibt, wonach der Einbau eines/oder mehrerer Rückstauventile vorgeschrieben ist, dann liegt im Falle des Nichtvorhandenseins objektiv die Verletzung einer Obliegenheit vor. Es muss dann hinsichtlich der Rechtsfolgen der Verschuldensgrad geprüft werden.

Wir vertreten den Standpunkt, dass es darüber hinaus auch durchaus zumutbar ist, als notwendige Vorkehrung gegen eine drohende Überschwemmung ein Rückstauventil einzubauen.

Abgesehen von der juristischen Beurteilung des Sachverhaltes würden wir immer empfehlen, dem VN bzw. Interessenten den Rat zu geben, diese präventive Maßnahme zu ergreifen, um möglichen Problemen im Schadenfall von vornherein zu entgehen.“

Bei Hiscox (Haus & Kunst by Hiscox, Stand 06/2011: Gebäude) besteht impli-

zit eine umfassende Elementarschadendeckung im Rahmen der Allgefahrendeckung. Schäden durch Feuchtigkeit, Trockenheit, Licht- und Temperatureinflüsse, Rost und Oxidation sind ausgeschlossen, es sei denn, sie sind durch Sturm, Frost, Hagel, Schneedruck, Rückstau, Frost, Rohrbruch, Leitungswasser, Überschwemmung, Brand, Blitzschlag oder Explosion entstanden. Es gilt hier der vertraglich vereinbarte allgemeine Selbstbehalt, dessen Höhe jedoch in den Tarifbedingungen nicht ausgewiesen wird, jedoch im Rahmen der Allgefahrendeckung stets mindestens 1.000 Euro für Gebäudeschäden beträgt.

Eine Wartezeit kommt nicht zum Tragen bei der Allianz (Allgemeine Bedingungen für die Wohngebäude- Allgefahrendeckung (VGB All Risk) Fassung 2010). Sie gilt ohne Wartezeit mit den obligatorischen 250 Euro Selbstbehalt für alle Gefahren, nicht jedoch für Schäden durch Sturmflut oder Einwirkung des Klimas, und zwar Luftfeuchtigkeit oder Lufttrockenheit sowie durch Einwirkung von Licht oder sonstigen Strahlen.

Inwiefern der Einschluss einer Elementarschadendeckung möglich ist, hängt bei der überwiegenden Zahl der Anbieter maßgeblich von der konkreten ZÜRS-Zone und der Vorschadensituation ab, ob und in welchem Umfang eine entsprechend erweiterte Deckung angeboten wird.

Ausschluss für Schäden durch Sturmflut

Weit verbreitet in der Wohngebäudeversicherung ist selbst bei erweiterter Elementarschadendeckung ein Ausschluss für Schäden durch Sturmflut. Tatsächlich gibt es jedoch auch solche, die bereit sind, dieses Risiko zu zeichnen. Es stellt sich jedoch die berechtigte Frage, zu welchen Konditionen dies geschieht, da nur dann der fehlende Ausschluss wirklich einen Vorteil bietet.

Beispielhafte Anbieter ohne Ausschluss für Schäden durch Sturmflut
AAG Assekuranz Taschner GmbH (AVBWG99, Form 1/2008: „AAG Gebäude-Vollkasko“), **Hiscox** (Haus & Kunst by Hiscox, Bedingungen 06.2011)

Sachverständigenkosten

Im Schadenfall profitieren Kunden davon, wenn Ihnen die Kosten für einen eigenen Sachverständigen vom Anbieter finanziert werden. Zunehmend sind inzwischen auch Sachverständigenkosten im Rahmen der Wohngebäudeversicherung mitversichert. Nicht selten gelten jedoch hierbei mehr oder minder erhebliche Selbstbehalte als vereinbart. Implizit stellen natürlich auch Sublimits de facto einen Selbstbehalt dar. Diese sollen jedoch an dieser Stelle nicht näher betrachtet werden.

Beispielhafte Anbieter mit Übernahme von Sachverständigenkosten mit Selbstbehalt³ des Versicherungsnehmers:

Generali (VGB 2008 - Wohnfläche, Stand 07.2011, Wohngebäudeversicherung (Fassung 01.2010) – Klauseltexte (VGB 2008): KomfortPlus-Schutz: ab 25.000 Euro Schadenhöhe bis 50.000 Euro mit 20% Selbstbehalt; VGB 2008 - Wert 1914, Stand 07.2011 Wohngebäudeversicherung (Fassung 01.2010) – Klauseltexte (VGB 2008): KomfortPlus-Schutz: ab 25.000 Euro Schadenhöhe bis 50.000 Euro mit 20% Selbstbehalt), **Die Hanauer 24** (VGB 2009, DWG09.1: ab 10.000 Euro Schadenhöhe zu 80% bis 10.000 Euro), **Helvetia** (VGB 2008, Stand 01.10.2010, BWE 2008, Stand 01.10.2010: Komfort-Paket: ab 20.000 Euro Schadenhöhe mit 20% Selbstbehalt; ARW-1010, Stand 01.10.2010: AllRisk-Versicherung für Wohngebäude: ab 20.000 Euro Schadenhöhe mit 20% Selbstbehalt), **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011: Bedingungen zur Wohngebäudeversicherung „XL“, Stand 03.2011): ab 10.000 Euro Schadenhöhe mit 20% Selbstbehalt), **Rhion** (VGB 2010, Stand 04.2011; BB Plus VGB 2010, Stand 04.2011: Plus: ab 20.000 Euro Schadenhöhe mit 15% Selbstbehalt), **R+V** (Wohngebäudeversicherungsbedingungen und -klauseln der R+V-PrivatPolice (WGB F 01/11), Klauseln zu den Wohngebäudeversicherungsbedingungen der R+V-PrivatPolice (WGB F 01/11): R+V-PrivatPolice Wohnflächen-Modell: ab 25.000 Euro Schadenhöhe mit 20% Selbstbehalt. Maximale Erstattung ist im Versicherungsschein ausgewiesen; Wohngebäudeversicherungsbedingungen und -klauseln der R+V-PrivatPolice (WGB S 01/11),

Klauseln zu den Wohngebäudeversicherungsbedingungen der R+V-PrivatPolice (WGB S 01/11): R+V-PrivatPolice Wert 1914: ab 25.000 Euro Schadenhöhe mit 20% Selbstbehalt. Maximale Erstattung ist im Versicherungsschein ausgewiesen), **uniVersa** (VGB 2009 - Wert 1914, Stand 09.2009, Klauseln für die Wohngebäudeversicherung - Wert 1914, Stand 09.2009, BEW 2009, Stand 09.2009: ab der im Versicherungsschein ausgewiesenen Schadenhöhe mit 20% Selbstbehalt), **Zurich** (Zurich Maklerkonzept Privatkunden 04.07: Allgemeine Wohngebäudeversicherungsbedingungen (AWG 2004), Klauselbogen für die Wohngebäudeversicherung (AWG 2004) in der Fassung 08/2010: Sachverständigenkosten bei Dekontaminationsschäden über 25.000 Euro in Höhe von 80%, sonstige Sachverständigenkosten ab einer Schadenhöhe von 25.000 Euro in Höhe von 80%, maximal 50.000 Euro)

Höhe des ersatzpflichtigen Schadens

Wie die R+V verweisen zahlreiche Versicherer bei der Höhe ihrer Erstattung, teilweise aber auch bezüglich der Mindestschadenhöhe auf den Versicherungsschein. Sofern die entsprechenden Angaben sich nicht im Vorfeld schon im schriftlichen Angebot finden sollten, stellt sich bei den Tarifen von Konzept & Marketing (allsafe select Tarif A2, Stand 05.2011: Wohngebäudeversicherung), Medien-Versicherung (VGB 2008, Stand BWE 2008, Stand 01.2008, Stand 02.2010; Medien-Standard, Stand 02.2010: Standard mit Zusatzbaustein Aktiv), uniVersa (VGB 2008 - Wert 1914, Stand 07.2008, Klauseln für die Wohngebäudeversicherung, Stand 01.2008; BEW 2008, Stand 01.2008; VGB 2009 - Wert 1914, Stand 09.2009, Klauseln für die Wohngebäudeversicherung - Wert 1914, Stand 09.2009, BEW 2009, Stand 09.2009) oder Zurich (Allgemeine Versicherungsbedingungen MultiPlus, Stand 09.2004; AWG 2004, Stand 09.2004; AWG 2004 MP, Stand 09.2004; MultiPlus, Stand 04.2009) ein Problem hinsichtlich Konformität mit dem VVG. Sinngemäß gilt:

„soweit der ersatzpflichtige Schaden den vereinbarten Betrag überschreitet, werden die zu tragenden Kosten übernommen“

Die alleinige Zusendung der Bedingungen vor Antragsstellung hilft demnach bei keinem dieser Anbieter, um den Deckungsumfang richtig einzuschätzen. Wörtlich heißt es beispielsweise bei Konzept & Marketing im Tarif A2 wie folgt:

„Sachverständigenkosten, soweit der entschädigungspflichtige Schaden in seiner Höhe den vereinbarten Betrag übersteigt, ersetzt der Versicherer die durch den Versicherungsnehmer gemäß § 11 GB zu tragenden Kosten des Sachverständigenverfahrens“

Positiv ist hier erst einmal, dass die auf den Versicherungsnehmer entfallenden Kosten zu 100% und ohne Mindestschadenhöhe getragen werden. Leider werden die entsprechend vereinbarten Beträge weder im Angebot, im Antrag noch in den Bedingungen präzisiert. Mit dem „vereinbarten Betrag“ meint Konzept & Marketing die bisherige Entschädigung. Um den Vorteil der Regelung von K&M klar zu machen, sei angenommen, dass ein Versicherer bedingungsseitig ab einer Schadenhöhe von 10.000 Euro 80% der auf den Versicherungsnehmer entfallenen Kosten übernehme. Kommt es nun zum Streit und ist die Schadenhöhe kleiner als 10.000 Euro, so bleibt der Kunde auf seinem Teil der Sachverständigenkosten sitzen. Anders bei K&M: die Gesamtschadenhöhe ist hier völlig egal, allerdings werden im A2 auch nicht grundsätzlich mindestens 80% der auf den Versicherungsnehmer entfallenen Kosten übernommen, sondern dies nur, wenn 80% oder mehr des strittigen Betrages dem Versicherten zugesprochen werden. Letztlich geht es also darum, dass ein Kunde dann eine höhere Entschädigung bekommen soll, wenn ein höherer Anspruch als Folge des Sachverständigenverfahrens festgestellt wird und der Versicherer mit seiner Bewertung des Sachverhalts entweder ganz oder teilweise daneben lag.

Thema Ombudsmann

Einige Versicherungsnehmer werden erwarten, dass für alle Versicherer dieselben Möglichkeiten bestehen, im Fall eines abgelehnten Schadenfalles doch noch zu seinem Recht zu kommen. Hier macht es Sinn, den Kunden über das Thema Sachverständigenkosten hinaus aufzuklären,

dass eine Mitgliedschaft im Verein Versicherungsombudsmann e.V. nur für deutsche Versicherer zur Verfügung steht und auch bei diesen nicht jeder Mitglied in diesem ist. Weiter ist zu beachten, dass bei der Entscheidung für Deckungskonzeptanbieter und Assekuradeure die Möglichkeit bestehen kann, dass ein Versicherer, der heute zum Verein Versicherungsombudsmann gehört, später durch einen solchen ausgetauscht wird, der eben kein Mitglied ist oder im Rahmen von Konsortialmodellen nur ein Teil der Versicherer im Konsortium dem Verein angehören. Der Vorteil der Mitgliedschaft ist, dass der Ombudsmann bei Schäden bis zu einer Schadenhöhe von 5.000 Euro verbindlich zu Gunsten des Versicherungsnehmers eine Ablehnung in eine Leistungspflicht des Versicherers umwandeln kann. Allerdings darf der Ombudsmann bei Schäden von mehr als 5.000 Euro nur eine Empfehlung aussprechen, an die sich weder der Versicherungsnehmer noch der Versicherer halten muss. Dem Versicherungsnehmer bleibt stets die Wahl des Rechtsweges offen.

Beispielhafter Anbieter ohne Mitgliedschaft im Verein Versicherungsombudsmann e.V.

Anglo Underwriting GmbH, Die Hannover 24

Haftungsrisiken

Spezielle Haftungsrisiken für den Vermittler können auch aus der Verwendung von Vergleichssoftware oder den Vordrucken zur Risikoerfassung des Arbeitskreises Beratungsprozesse erwachsen. In beiden Fällen ist eine Wohnflächenangabe erforderlich, um auf Basis des Wertes 1914 oder bei Wohnflächentarifen eine Tarifprämie zu ermitteln. Aufgrund fehlender Hinweise wird leicht übersehen, dass es keine einheitliche Wohnflächendefinition gibt. So gehört etwa die VHV zu den großzügigsten Unterstützern des Arbeitskreises, nutzt allerdings eine vom Arbeitskreis abweichende Definition der Wohnfläche.

Beim Arbeitskreis oder der InterRisk beispielsweise ist ein Kellerraum nur dann zur Wohnfläche hinzuzuzählen, wenn dieser wohnlich nutzbar ist, bei der Domcura oder VHV hingegen nur, wenn er auch tatsächlich wohnlich genutzt wird. Ein ähnliches Problem betrifft die

unterschiedliche Anrechnung von Dachschrägen. Bei der Axa und der VHV wird stets die volle Grundfläche angerechnet, bei Konzept & Marketing werden je nach Drempeelhöhe 50, 60 oder 100% Wohnfläche angerechnet. Konzept & Marketing legt zudem bei den Tarifen A2 und Z1 eine abweichende Definition zum allsafe casa zugrunde. Beispielsweise sind im Z1 und A2 „Überdachte Terrassen, Balkone, Loggien [...] mit 50% zu bewerten, nicht überdachte mit 1/3 der Fläche“, im allsafe casa zählen ausdrücklich nicht zur Wohnfläche: „Treppen, Balkone, Loggien, Terrassen, sowie Keller-, Speicher- und Bodenräume, die nicht zu Wohnzwecken ausgebaut sind.“ Damit sind beispielsweise überdachte Terrassen bei allsafe casa nicht bei der Wohnflächenberechnung anzugeben.

Äpfel & Birnen

Natürlich ist in diesem Zusammenhang zu beachten, dass Tarife mit individuell ermittelter Versicherungssumme (z.B. A2 oder Z1) nicht unmittelbar vergleichbar sind einem Tarif mit der pauschalen Versicherungssumme (z.B. von 1 Mio. Euro bei allsafe casa). Dies ist einfach der unterschiedlichen Tarifierung geschuldet, so etwas dass allsafe casa (als Kombideckung für Hausrat und Wohngebäude) nur für Einfamilienhäuser, A2 und Z1 hingegen auch für Mehrfamilienhäuser abgeschlossen werden können. Praktisch können verschiedene Wohnflächenmodelle erhebliche Auswirkungen haben. In einem konkreten Beispiel standen für ein Mehrfamilienhaus mit diversen Dachschrägen und ausgebautem Keller folgende Wohnflächenangaben zur Verfügung:

- Wohnfläche ohne Abzug für Dachschrägen: 155,66 qm
- Wohnfläche mit Abzug für Dachschrägen: 134,00 qm
- Wohnfläche gemäß vorherigem Mietvertrag: 130 qm
- Wohnfläche mit Abzug für Dachschrägen und nicht wohnlich genutzter Kellerräume: 115,07 qm

Verständlicherweise ergeben sich dadurch sehr unterschiedliche Prämien, so dass die Ergebnisse einer Vergleichssoftware nur eine unzufriedenstellende Vergleichbarkeit ermöglichen und höchstens einen Rückschluss auf das Prämienniveau bei gleicher Berechnungsgrundlage bieten.

	InterRisk	Konzept & Marketing (Z1)	Konzept & Marketing (allsafe casa)	VHV
Anrechnung von Dachschrägen				
bis 80 cm	0%	50%	50%	100%
81-99 cm	0%	50%	50%	100%
100-120 cm	50%	60%	60%	100%
121-199 cm	50%	100%	100%	100%
ab 200 cm	100%	100%	100%	100%
Terrassen, Balkone, Loggien				
mit Überdachung	0%	50%	0%	0%
ohne Überdachung	0%	33%	0%	0%
Wohnlich genutzte Kellerräume	100%	100%	100%	100%
Zu Wohnzwecken ausgebaut, aber nicht dafür genutzte Räume	100%	100%	100%	0%
Nicht zu Wohnzwecken ausgebaut Räume	0%	0%	0%	0%

Faktoren der Prämienberechnung

Selbstverständlich ist die Wohnfläche nicht der einzige bestimmende Faktor zur Prämienberechnung. Vielmehr spielen auch konkrete Ausstattungsmerkmale (z.B. vorhandene Kamine, Stuckdecken, maßgefertigte Türen etc.) eine erhebliche Rolle auf eine solide Wertentwicklung. In den meisten Fällen dürfte eine exakte Wertermittlung für den Makler jedoch selbst mit korrekter Wohnflächenangabe nur schwer möglich sein, so er nicht das Glück hat, es mit einem Neubau zu tun zu haben oder einem Gebäude, für das gerade jüngst ein qualifiziertes Wertgutachten erstellt wurde. Damit ist eine exakte Wohnflächenberechnung sinnvoll, aber eben nur eines von vielen Kriterien. Letztlich kommt es allein auf den Versicherungswert an – egal, auf welche Art und Weise dieser berechnet wird. Ein Wettbewerber macht dies exemplarisch sehr deutlich:

„Als Beispiel: es kann doch ein Haus mit 200 qm Wohnfläche, das leider schon 35 Jahre alt ist und sich auch nicht im neuesten Zustand befindet, geben und sozusagen daneben ein weiteres Haus mit ebenfalls 200 qm Wohnfläche, das aber jetzt erst gebaut worden ist und auch nur die besten Materialien inne hat. Diese beiden Häuser haben doch sehr unterschiedliche Versicherungswerte und somit Versicherungssummen. Aber die Wohnfläche ist identisch. Welche Versicherungssumme wirft ein Tarifrech-

ner aus? Im Zweifel eine identische. Das ist aber völlig indiskutabel, was den tatsächlichen Versicherungsbedarf anbetrifft. Nur was hat das mit Wohnflächenberechnung zu tun? Nichts!“

Zu beachten bleibt, dass Kunden nicht zwangsweise jede Risikoänderung unverzüglich beim Makler melden. Daher empfiehlt sich eine Vorsorgedeckung für An- und Umbauten, die mindestens die Zeit bis zum nächsten Kundenjahresanschreiben abdeckt, also wenigstens bis zur nächsten Hauptfälligkeit reicht.

Beispielhafte Anbieter mit Vorsorgedeckung für An- und Umbauten mindestens bis zur nächsten Beitragsfälligkeit:

Alte Leipziger (AL-VGB 2008 Abschnitt A und B – Fassung Januar 2011: XL-Schutz: ohne besondere Limitierung bis zur nächsten Hauptfälligkeit; AL-VGB 2008 Abschnitt A und B – Fassung Januar 2011: XXL-Schutz: ohne besondere Limitierung bis zur nächsten Hauptfälligkeit), **Astel** (AVB-SU, Stand 01.01.2008; Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Wohngebäudeversicherung, Stand 03.2011, Klauseln für die Verbundene Wohngebäudeversicherung – Basisdeckung, Stand 03.2011: Basisdeckung: Vorsorgebetrag von 10% der Versicherungssumme ohne zeitliche Befristung; AVB-SU, Stand 01.01.2008; Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Wohngebäudeversicherung, Stand 03.2011, Klauseln für die Verbundene Wohngebäudeversicherung – Komfortdeckung, Stand 03.2011: Komfortde-

ckung: Vorsorgebetrag von 10% der Versicherungssumme ohne zeitliche Befristung; AVB-SU, Stand 01.01.2008; Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Wohngebäudeversicherung, Stand 03.2011, Klauseln für die Verbundene Wohngebäudeversicherung – Plusdeckung, Stand 03.2011: Plusdeckung: Vorsorgebetrag von 10% der Versicherungssumme ohne zeitliche Befristung), **ConceptIF** (VGB 2008, Stand 01.06.2008, BWE 2008, Stand 01.06.2008, Besondere Rahmenvereinbarung – Concept.IF AG: Konzept I: nicht weiter konkreter Vorsorgebetrag für werterhöhende An-, Um- und Ausbauten bis zu 12 Monate; VGB 2008, Stand 04.2008, Besondere Bedingungen für die Wohngebäudeversicherung – Schutz 60 plus Sicherheitspaket (BB 2008 Schutz 60 PLUS), Stand 08.2009: Konzept III: Vorsorgebetrag für Wertverbesserungen von 10% der Versicherungssumme ohne zeitliche Befristung), **degenia** (DEG-VGB 2009 Abschnitt A – Fassung Mai 2011 –, DEG-VGB 2009 Abschnitt B – Fassung Mai 2011 –, Besondere Klauseln und Vereinbarungen „degenia“ DEG: degenia casa basic: Vorsorgeschutz für wertsteigernde bauliche Maßnahmen bis zum Ende der Versicherungsperiode; (DEG-VGB 2009 Abschnitt A – Fassung Mai 2011 –, DEG-VGB 2009 Abschnitt B – Fassung Mai 2011 –, Besondere Klauseln und Vereinbarungen „degenia“ DEG: degenia casa classic: Vorsorgeschutz für wertsteigernde bauliche Maßnahmen bis zum Ende der Versicherungsperiode; DEG-VGB 2009 Abschnitt A – Fassung Mai 2011 –, DEG-VGB 2009 Abschnitt B – Fassung Mai 2011 –, Besondere Klauseln und Vereinbarungen „degenia“ DEG: degenia casa premium: Vorsorgeschutz für wertsteigernde bauliche Maßnahmen bis zum Ende der Versicherungsperiode), **Helvetia** (VGB 2008, Stand 01.10.2010, BWE 2008, Stand 01.04.2009: Basisschutz; VGB 2008, Stand 01.10.2010, BWE 2008, Stand 01.10.2010: Kompakt-Paket; VGB 2008, Stand 01.10.2010, BWE 2008, Stand 01.10.2010: Komfort-Paket: Wenn sich durch wertsteigernde bauliche Maßnahmen innerhalb der Versicherungsperiode der Wert der Gebäude erhöht, besteht bis zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode auch insoweit Versicherungsschutz), **HUK-Coburg** (VGB 2011, Stand 01.10.2011: Wohngebäudeversicherung Classic: Vorsorge-

deckung bis zum Ende des Versicherungsjahres, sofern die Maßnahme keinen gewerblichen Zwecken dient; VGB 2011, Stand 01.10.2011: Wohngebäudeversicherung Classic mit Baustein WG PLUS: Vorsorgedeckung bis zum Ende des Versicherungsjahres, sofern die Maßnahme keinen gewerblichen Zwecken dient), **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011: Bedingungen zur Wohngebäudeversicherung „XL“, Stand 03.2011: Versicherungsschutz besteht bis zum Ablauf des laufenden Versicherungsjahres ohne Limitierung; ABS 2008, Stand 07.2008: Bedingungen zur Wohngebäudeversicherung „XXL“, Stand 03.2011: Versicherungsschutz besteht bis zu einem Jahr ohne Limitierung), **Janitos** (VGB 2008, Stand 01.07.2008, Zusatzbedingungen für die Janitos Wohngebäudeversicherung Balance, Stand 01.07.2008: Vorsorgebetrag von 10% der Versicherungssumme ohne zeitliche Befristung; VGB 2008, Stand 01.07.2008, Zusatzbedingungen für die Janitos Wohngebäudeversicherung Best Selection, Stand 01.07.2008: Vorsorgebetrag von 30% der Versicherungssumme ohne zeitliche Befristung), **Konzept & Marketing** (all-safe Tarif select A2, Stand 05.2011: Wohngebäudeversicherung: Vorsorgedeckung von 20% der Versicherungssumme ohne zeitliche Befristung; allsafe Tarif select Z1, Stand 05.2011: Wohngebäudeversicherung: Vorsorgedeckung von 20% der Versicherungssumme ohne zeitliche Befristung), **Medien-Versicherung** (VGB 2008, Stand BWE 2008, Stand 01.2008, Stand 02.2010; Medien-Komfort, Stand 02.2010: Komfort mit Zusatzbaustein Aktiv: bei Anwendung des Wertermittlungsbogens gilt eine Vorsorgeversicherung für Um-, An- und Ausbauten oder Neubauten auf dem Versicherungsgrundstück bis zu einem Vorsorgebetrag von Mk 3.000,00 multipliziert mit dem Gleitenden Neuwertfaktor); **Öffentliche Versicherung Bremen** (VGB 2010, Stand 05.2012: Grunddeckung „Standard“ mit Sicherheitspaket: Vorsorgedeckung gilt ohne besondere Limitierung bis zur nächsten Hauptfälligkeit; VGB 2010, Stand 05.2012 Grunddeckung „Standard“ mit Sicherheitspaket und mit Spezialpaket: Vorsorgedeckung gilt ohne besondere Limitierung bis zur nächsten Hauptfälligkeit), **Rhion** (VGB 2010, Stand 04.2011; BB Plus VGB 2010,

Stand 04.2011: Plus: Versicherungsschutz für wertsteigernde bauliche Maßnahmen besteht bis zu einem Jahr ab Baubeginn. Wird es nicht innerhalb dieser Frist angezeigt und die Versicherungssumme entsprechend angepasst, so entfällt die Vorsorgedeckung rückwirkend ab Baubeginn), **R+V** (Wohngebäudeversicherungsbedingungen und -klauseln der R+V-PrivatPolice (WGB F 01/11), Klauseln zu den Wohngebäudeversicherungsbedingungen der R+V-PrivatPolice (WGB F 01/11): R+V-PrivatPolice Wohnflächen-Modell: Vorsorgedeckung gilt ohne besondere Limitierung bis zur nächsten Hauptfälligkeit; Wohngebäudeversicherungsbedingungen und -klauseln der R+V-PrivatPolice (WGB S 01/11), Klauseln zu den Wohngebäudeversicherungsbedingungen der R+V-PrivatPolice (WGB S 01/11): R+V-PrivatPolice Wert 1914: Vorsorgedeckung gilt ohne besondere Limitierung bis zur nächsten Hauptfälligkeit), **VdVA** (VdVA - WGBV 2011, Stand 01.2011): Wertsteigerungen durch An-, Um- und Ausbauten oder durch sonstige Baumaßnahmen müssen innerhalb von 3 Monaten nach ihrem Eintritt rückwirkend angezeigt werden, wenn und soweit sie in einem Versicherungsjahr über die dafür vorgesehene 20%ige Vorsorgeversicherungssumme hinausgehen. Wertsteigerungen durch An-, Um- oder Ausbauten oder durch sonstige Baumaßnahmen, die innerhalb eines Versicherungsjahres die 20%-ige Vorsorgemaßnahmen nicht übersteigen, müssen erst für das neue Versicherungsjahr gemeldet werden, und zwar innerhalb von 3 Monaten nach Beginn des neuen Versicherungsjahres rückwirkend. [...] 6. Für Wertsteigerungen wie An-, Um- oder Ausbauten oder durch sonstige Baumaßnahmen wird eine weitere beitragsfreie Vorsorgeversicherung von 20% der gewählten Versicherungssumme gewährt), **Versicherungskammer Bayern** (VGB 2008 - BVV/BLBV, Stand 20.12.2010, Klauseln zu den VGB 2008 - BVV/BLBV: Kompakt: Wenn sich durch wertsteigernde bauliche Maßnahmen innerhalb der Versicherungsperiode der Wert der Gebäude erhöht, besteht bis zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode auch insoweit Versicherungsschutz; VGB 2008 - BVV/BLBV, Stand 20.12.2010, Klauseln zu den VGB 2008 - BVV/BLBV: Optimal: Wenn sich durch wertsteigernde bauliche Maßnahmen innerhalb der Versicherungsperiode

der Wert der Gebäude erhöht, besteht bis zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode auch insoweit Versicherungsschutz), **VGH** (Verbraucherinformation und Bedingungen und Erläuterungen für die Wohngebäudeversicherung der Landschaftlichen Brandkasse Hannover, FS 3.85 (05.12) – VGB 2010, Stand 05.2012 - Grunddeckung „Standard“ mit Sicherheitspaket: Vorsorgedeckung gilt ohne besondere Limitierung bis zur nächsten Hauptfälligkeit; Verbraucherinformation und Bedingungen und Erläuterungen für die Wohngebäudeversicherung der Landschaftlichen Brandkasse Hannover, FS 3.85 (05.12) – VGB 2010, Stand 05.2012 - Grunddeckung „Standard“ mit Sicherheitspaket und mit Spezialpaket: Vorsorgedeckung gilt ohne besondere Limitierung bis zur nächsten Hauptfälligkeit), **VHV** (VGB 2011 – Wert 1914, Fassung Juli 2011: BBW Klassik-GARANT Wert 1914, Fassung Juli 2011: Vorsorgedeckung gilt ohne besondere Limitierung bis zur nächsten Hauptfälligkeit; VGB 2011 – Wert 1914, Fassung Juli 2011: BBW Klassik-GARANT Wert 1914, Fassung Juli 2011 mit Baustein Exklusiv: Vorsorgedeckung gilt ohne besondere Limitierung bis zur nächsten Hauptfälligkeit)

Diverses

Einige Anbieter (z.B. Axa) bieten eine Vorsorgedeckung nur bis zur nächsten Beitragsfälligkeit. In diesem Fall kann der verbesserte Versicherungsschutz im Zweifel schon einen Monat nach den Baumaßnahmen erlöschen. Andere Versicherer (z.B. Generali) bieten zwar eine Vorsorgedeckung für Neu-, An- oder Umbauten bis zu 12 Monate. Diese verfehlt aber ihren Zweck, wenn sie unmittelbar mit dem Ende der Baumaßnahmen endet.

Bei Großschäden kann es darüber hinaus zu einem Problem kommen, wenn die Kosten für die Wiederherstellung der versicherten Gebäude so hoch ausfallen, dass nur unzureichend Geld für versicherte Kosten übrig bleibt. Dies betrifft in erster Linie Tarife mit einer Kalkulation nach Wert 1914 und einer damit festen Versicherungssumme. Hier profitieren Kunden von einer zusätzlichen Versicherungssumme, die unabhängig davon ist, ob etwaige Schadenabwendungs- oder Minderungskosten auf Veranlassung des

Anbieters erfolgt sind. Es empfiehlt sich, in der Dokumentation auf diese Problematik einzugehen.

Legt man das GDV-Konzept zu Grunde, so gibt es nach dem Wohnflächenmodell keine Höchstentschädigungsgrenze. Eine Versicherungssumme wird also auch dann nicht gebildet, wenn der Kunde bei Antragsstellung falsche Angaben macht oder zwischenzeitlich ein Ausbau stattgefunden hat. Wurde also beispielsweise ein Gebäude mit 200 qm Wohnfläche versichert, das aber tatsächlich 250 qm hat, dann wird die Wiederherstellung des Gebäudes mit 200 qm Wohnfläche in voller Höhe ersetzt. Ein maximaler Gesamtentschädigungsbetrag existiert unabhängig von den Angaben bei Antragsstellung nicht. Die Kosten werden immer voll ersetzt, soweit nicht zu einzelnen Kostenpositionen eine Limitierung vereinbart ist.

Bei Teilschäden findet keine Unterversicherungsanrechnung für Sachen oder Kosten statt. Eine gewisse Art von Unterversicherungsanrechnung ergibt sich ausschließlich durch einen möglichen Widerspruch gegen eine Prämienanpassung, so etwa bei der InterRisk in den XXL-Bedingungen zu finden unter § 9 Nr. 2.5.

Allerdings weichen einige Versicherer inhaltlich von diesen Musterbedingungen ab und rechnen bei falscher Wohnflächenangabe eine Unterversicherung an, so beispielsweise die R+V in ihrer R+V-PrivatPolice. Hier heißt es in Ziffer 12.4:

„12.4 Sollte im Zeitpunkt des Versicherungsfalles festgestellt werden, dass aufgrund Ihrer im Antrag gemachten Angaben oder durch später eingetretene Änderungen an der konkreten Bauausgestaltung (Wohnfläche, Gebäudetyp, Bauausführung und -ausstattung oder sonstiger vereinbarter Merkmale, die für die Beitragsberechnung erheblich sind) ein zu niedriger Beitrag erhoben wurde, wird nur der Teil des als ersatzpflichtig ermittelten Entschädigungsbetrages ersetzt, der sich zum ganzen Betrag verhält, wie der zuletzt berechnete Jahresbeitrag zum erforderlichen Jahresbeitrag. Die Regelung gemäß Ziffer 9.2 (Vorsorgeversicherung) bleibt hiervon unberührt.“

Mehr zu diesem Thema finden Sie in „Risiko & Vorsorge“ 2/2012 auf Seite 56 bis 57. Es wird an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die R+V

hier selbst keine Abweichung von den Musterbedingungen des GDV sieht.

Beispielhafte Anbieter mit einer zusätzlichen Versicherungssumme für versicherte Kosten oder einer fehlenden Gesamtentschädigungsgrenze für versicherte Sachen und Kosten:

ADLER (VGB 2008, Stand 01.2008: gemäß § 17 VGB zusätzliche Versicherungssumme bis zur Versicherungssumme für sonstige Grundstücksbestandteile, weiteres Zubehör und Aufräumungs-, Abbruch-, Bewegungs- und Schutzkosten, Schäden durch radioaktive Isotope, Mehrkosten infolge behördlicher Wiederherstellungsbeschränkungen, Gebäudebeschädigungen infolge eines Einbruchdiebstahls, Feuerlöschkosten, Armaturen, Flüssigkeitsverlust sowie Aufräumungskosten für Bäume), **Domcura** (VGB 2008, Stand 07.2008 - Komfortschutz: Einfamilienhaus - Wohnflächenmodell, Stand 01.10.2009: bis 1 Mio. Euro über die Versicherungssumme hinaus; VGB 2008, Stand 07.2008 - Komfortschutz, Top-Schutz: Einfamilienhaus - Wohnflächenmodell, Stand 01.10.2009: bis 1 Mio. Euro über die Versicherungssumme hinaus), **Gothaer** (WEZ 2008, Stand 01.2009: Gothaer Wohngebäude; WEZ 2008, Stand 01.2009, Besondere Bedingungen für die Gothaer Wohngebäude-Top: Gothaer Wohngebäude Top; WEZ 2008, Stand 01.2009, Besondere Bedingungen für die Gothaer Wohngebäude-Top, PlusDeckung: Gothaer Wohngebäude Top mit PlusDeckung: Tarife nennen keine Maximierung. Die Anrechnung eines Unterversicherungsverzichtes entfällt), **Helvetia** (VGB 2008, Stand 01.10.2010, BWE 2008, Stand 01.10.2010: Komfort-Paket: Zusätzlich ist die Entschädigung für das Komfort-Paket insgesamt auf die Höhe der Gebäude-Versicherungssumme begrenzt), **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011: Bedingungen zur Wohngebäudeversicherung „XXL“, Stand 03.2011: eine Gesamtentschädigungsgrenze für versicherte Kosten besteht nicht. Die Anrechnung eines Unterversicherungsverzichtes entfällt), **Konzept & Marketing** (allsafe Tarif select A2, Stand 05.2011: Wohngebäudeversicherung: zusätzlich stehen 25% der Versicherungssumme über die Versicherungs-

summe hinaus für versicherte Kosten zur Verfügung. Eine Erhöhung auf 100% der Versicherungssumme ist gegen Zuschlag möglich; allsafe Tarif select Z1, Stand 05.2011: Wohngebäudeversicherung: zusätzlich stehen 25% der Versicherungssumme über die Versicherungssumme hinaus für versicherte Kosten zur Verfügung. Eine Erhöhung auf 100% der Versicherungssumme ist gegen Zuschlag möglich; EV 2010, Stand 01.2012: allsafe casa - die Eigenheimversicherung: zusätzlich steht 1 Mio. Euro über die Versicherungssumme für versicherte Kosten zur Verfügung), **PVAG** (VGB 2008, Stand 01.2012: siehe ADLER), **Rhion** (VGB 2010, Stand 04.2011; BB Standard VGB 2010, Stand 04.2011: Standard: Alle im Tarif unter § 4 BB Standard VGB 2010 genannten und als versichert vereinbarten Kostenpositionen sind je Versicherungsfall, unter Berücksichtigung der jeweiligen Höchstentschädigungsgrenzen und Selbstbehalte, in der Addition (summarisch) bis zur Höhe der Versicherungssumme, maximal jedoch bis zu 1.500.000,-- Euro, zusätzlich versichert. Schadenabwendungs- und Schadenminderungskosten, die auf Weisung des Versicherers verursacht werden, bleiben hierbei unberücksichtigt und werden unbegrenzt ersetzt; VGB 2010, Stand 04.2011; BB Plus VGB 2010, Stand 04.2011: Plus: Alle im Tarif unter § 4 BB Plus VGB 2010 genannten und als versichert vereinbarten Kostenpositionen sind je Versicherungsfall, unter Berücksichtigung der jeweiligen Höchstentschädigungsgrenzen und Selbstbehalte, in der Addition (summarisch) bis zur Höhe der Versicherungssumme, maximal jedoch bis zu 1.500.000,-- Euro, zusätzlich versichert. Schadenabwendungs- und Schadenminderungskosten, die auf Weisung des Versicherers verursacht werden, bleiben hierbei unberücksichtigt und werden unbegrenzt ersetzt), **SIGNAL IDUNA** (VGB 2008, Stand 01.2012: siehe ADLER), **VÖDAG** (VGB 2008, Stand 01.2012: siehe ADLER)

¹ Der Versicherungsschutz setzt voraus, dass hier kein Ausschluss für Allmählichkeitsschäden zur Anwendung kommen kann.

² Die Alte Leipziger weist darauf hin, dass die Landesbauordnungen vielfach keine Regelungen vorsehen. Daher fehle auch in den BWE 2008 des GDV ein entsprechender Hinweis. Statt dessen wird auf das Merkmal „überflutunggefährdete Räume“ abgestellt.

³ Unberücksichtigt bleiben an dieser Stelle generell vereinbarte Selbstbehalte wie sie vor allem bei vielen Allgefahrendeckungen üblich sind.

Lesen Sie auch ...

Wohngebäudeversicherung Teil 1–3



Teil 1

Risiko & Vorsorge

Ausgabe 2/2011

- GDV Standard
- Arbeitskreis-Standard
- Innovationsklausel
- Quotelungsverzicht
- Repräsentantenproblematik
- Allgefahrendeckungen
- Mitversicherung von Ab- und Zuleitungsrohren auf und außerhalb des Versicherungsgrundstücks
- Sonderfall: Schwimmbecken
- Rauch, Ruß und Verpuffung



Teil 2

Risiko & Vorsorge

Ausgabe 3/2011

- Nutzwärmeschäden
- Sengschäden
- Blindgängerschäden
- Schäden durch radioaktive Isotope
- Schäden durch Marderverbiss



Teil 3

Risiko & Vorsorge

Ausgabe 4/2011

- Schäden durch Marder und andere Nagetiere
- Besondere Haftungsrisiken
- Beispielhafte Anbieter mit eingeschlossener Ertragsausfallversicherung für Schäden an Solar- und Photovoltaikanlagen

Bestellungen: www.promakler.de

7 Jahre WFS-Leistungsratings

► Erläuterungen zur Rating-Qualität



Allgemeine Einführung

WFS-Ratings sind in erster Linie Bedingungsratings (Ergebnisse und Kriterien siehe unten). Ziel ist es, dem Verbraucher jene Versicherer zu empfehlen, bei denen man auf den ersten Blick weiß, dass sie ein stark überdurchschnittliches Bedingungs-niveau haben und den Leistungsumfang ebenso transparent präsentieren.

Grundsätzlich gilt: Eine kompetente Beratung und Betreuung durch den Vermittler ist in der Regel wichtiger für den Kunden als der absolut tiefste Preis. Wer allein über die Prämienhöhe verkaufen möchte, ist mit Prämienvergleichen aus Vergleichsprogrammen und Internetportalen besser aufgehoben. Maximale Leistung und hohe Servicequalität haben ihren Preis. Im Schadenfall weiß ein Kunde diesen zu schätzen. Vor allem gilt dies für alle Nicht-0815-Schäden...

Geschichte

In der Ausgabe 04/2005 der Zeitschrift „Rating-Sieger“ wurde erstmals ein Bedingungsrating in der Sparte Hundehalterhaftpflicht veröffentlicht. Dieses entstand in Zusammenarbeit mit Claus-Peter Meyer. Anfang 2006 wurde das Rating überarbeitet, nachdem die Arbeit an den Folgeratings von Witte Financial Services übernommen wurde. Weitere Ratingsparten folgten 2006 bis 2008 und 2010 bis 2012.

„Dynamische Leistungsratings“

Dynamisches Leistungsrating bedeutet, dass die Ratingkriterien regelmäßig auf den Prüfstand gestellt werden und sich den jeweils neuen Marktgegebenheiten anpassen. Ein Beispiel für die Aktualisierung der Ratinganforderungen liefert

die erstmals im April 2010 überarbeitete Hausratsparte. Als die erste Fassung im Heft 04/2008 veröffentlicht wurde, war das neue VVG gerade erschienen. Mit diesem wurde das Thema Quotelung eingeführt. Daher begannen die ersten Versicherer auf ihr Recht auf Kürzung der Leistung bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles zu verzichten. Allerdings gab es damals nur wenige, deren Quotelungsverzicht deutlich 5.000 oder 10.000 Euro überstieg.

Um ansonsten leistungsstarken Anbietern eine Chance auf faire Ratings zu ermöglichen, wurde ein Quotelungsverzicht bis in Höhe von mindestens 5.000 Euro zu einem der Mindeststandards erklärt. Zahlreiche Tarife am Markt erfüllten diese Anforderung nicht. Heute im März 2012 gibt es bereits weit über 50 Tarife von Versicherern und Konzeptanbietern mit vollständigem Quotelungsverzicht.

Sparte	Rating erstmal seit	Werden die Musterbedingungen des GDV als Mindeststandard definiert?	Wird eine Innovationsklausel als Mindeststandard definiert?	Sieht das Rating Mindestanforderungen (K.O.-Kriterien) vor?
Funktionsinvaliditätsversicherung	Heft 02/2012	nein	ja	ja
Hausratsversicherung	Heft 04/2008	ja	ja	ja
Hundehalterhaftpflichtversicherung	Heft 04/2005	ab Gold	ja	ja
Jagdhaftpflichtversicherung	Heft 04/2006	nein	ab Gold	ja
Pflegegeld / Pflegegeld	Heft 02/2012	nein	nein	ja
Pferdehalterhaftpflichtversicherung	Heft 02/2006	ab Gold	ja	ja
Privathaftpflichtversicherung	Heft 02/2010	ja	ja	ja
stationäre Krankenzusatzversicherung	Heft 01/2010	nein	nein	ja
Unfallversicherung	Heft 01/2007	ja	ja	ja
Wohngebäudeversicherung	Heft 02/2011	ja	ja	ja

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

Beispiel Eigenbewegungen: diese waren noch vor wenigen Jahren außer bei maxPool und InterRisk nirgends mitversichert. Heute finden sie sich bei einer Reihe von Unfallversicherern in den jeweiligen Hochleistungstarifen. Der vollständige Verzicht auf Kürzung der Leistung wegen Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen wurde zum April 2010 von der VHV eingeführt und hat bereits die ersten Nachahmer gefunden.

„Statische Leistungsratings“

Für die Sparten Hundehalter- und Pferdehalterhaftpflichtversicherung wurden in der Vergangenheit ebenfalls dynamische Leistungsratings durchgeführt. Seit April 2010 wurden stattdessen die Mindeststandards neu definiert und vor allem stark ausgeweitet. Dies hat den Vorteil, dass ein Makler oder Kunde bei Entscheidung für einen mit Gold oder Silber gerateten Anbieter genau weiß, welche Leistungen mindestens erbracht werden. In beiden Sparten waren die tatsächlichen Innovationen der vergangenen Jahren – abgesehen von einer sich ausweitenden Mietsachsachschadendeckung – eher gering. Gleichzeitig hat nahezu jeder Reiter oder Hundebesitzer einen ähnlichen Mindestanspruch, so dass es hier Sinn machte, feste Standards zu definieren, anstatt weiter dem dynamischen Ansatz zu folgen.

Aus dem gleichen Grunde wurde für die Sparten Hausrat- und Wohngebäu-

deversicherung auf dynamische Leistungsratings verzichtet, wofür die Mindestanforderungen entsprechend umfassend definiert wurden.

Weshalb reichen nicht allein die Mindeststandards?

Versicherungen sind vielfältig differenziert. Mindeststandards gewährleisten ein Leistungsniveau, das die selektierten Tarife von der Masse abhebt. Es ist jedoch zu erwarten, dass viele Versicherer versuchen werden, zwar diesen Standards zu entsprechen, nicht jedoch in allen anderen Punkten maximale Vorteile für ihre Versicherten zu definieren. So mehr weitere Kriterien in die Wertung eingehen, umso wahrscheinlicher ist es, dass ein Tarif nicht nur in einigen wenigen Punkten, sondern im Gros der Kriterien überragend sein muss, um sich mit Gold, Silber oder Bronze zu platzieren.

Innovationsklauseln

Nicht immer ist es für einen Makler einfach, jeden Kunden zu erreichen, um ihn über die Einführung neuer verbesserter Bedingungswerke zu informieren. Von daher profitieren nicht nur Makler, sondern auch Kunden davon, wenn Versicherer bedingungsseitig garantieren, dass neue verbesserte Bedingungen automatisch auch für den Bestand gelten, sofern dies mit keiner Mehrprämie verbunden ist (In-

novationsklausel). Von daher wurde bei den jüngsten Aktualisierungen der WFS-Leistungsratings darauf geachtet, dass eine Innovationsklausel, soweit sinnvoll möglich, eine Mindestanforderung für hochwertig bewertete Tarife ist.

Warum gibt es nicht in allen Sparten die Bewertungen „Bronze“ und „empfehlenswert“?

In Privat- und Tierhalterhaftpflichtversicherung bedeuten „Gold“ und „Silber“, dass bestimmte Mindestanforderungen erfüllt wurden. Diese Kriterien sind bereits so umfangreich, dass weitere Leistungsstufen wenig Sinn machen. Um die Höchstwertung einheitlich bei „Gold“ zu belassen, wurde darauf verzichtet, für Tarife mit festen Standards als einzigem Selektionsmerkmal eine erweiterte Unterscheidung zwischen „empfehlenswert“ und „sehr empfehlenswert“ einzuführen.

Wer beauftragt WFS, Ratings zu erstellen?

WFS-Ratings sind keine Auftragsratings. Die Auswahl erfolgt allein durch WFS. Erfasst werden neben klassischen Maklerversicherern auch die Tarife von Direktversicherern, öffentlichen Versicherern und Konzeptanbietern. Die Ratings werden ausschließlich für die unabhängige Fachzeitschrift „Risiko & Vorsorge“ erstellt und quartalsweise aktualisiert.

	Gibt es über die Mindeststandards hinaus zusätzliche Leistungsfragen?	Wertungen	Voraussetzungen für empfehlenswert	Anbieter im Test	Tarife im Test	Stand
	ja	Gold, Silber	nicht vergeben	7	15	10.06.2012
	nein	Gold, Silber, Bronze	nicht vergeben	64	299	10.05.2012
	nein	Gold, Silber	nicht vergeben	71	390	11.05.2012
	ja	Gold, Silber, Bronze, empfehlenswert	Mindestanforderungen erfüllt	35	216	17.04.2012
	nein	Gold, Silber, Bronze, empfehlenswert	Mindestanforderungen erfüllt	22	177	22.05.2012
	nein	Gold, Silber	nicht vergeben	70	368	11.05.2012
	nein	Gold, Silber	nicht vergeben	80	538	09.05.2012
	ja	Gold, Silber, Bronze	nicht vergeben	31	60	26.05.2012
	ja	Gold, Silber, Bronze, empfehlenswert	Mindestanforderungen erfüllt	87 (24)*	641 (102)*	25.05.2012
	nein	Gold, Silber, Bronze	nicht vergeben	53	248	24.05.2012









Rating Unfallversicherungen











- Kinder
- Erwachsene
- Senioren
- Heilberufe

Basis:	Tarife im Test: 641 Tarife (allgemein) 102 Tarife (Heilberufe) Anbieter im Test: 87 für alle Berufe bzw. 24 für Angehörige von Heilberufen
Wertung:	Gold, Silber, Bronze
Stand:	25.05.2012

Erwachsene (für Personen von 18 bis 60 Jahren ohne spezielle Berufsklauseln)

Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung	Risikounfallversicherung mit 500% Progression: Invaliditätsleistung	Unfallrente
 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 und PlusProgression 500%) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 und ohne PlusProgression 500%) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 und ohne PlusProgression 500%) • Swiss Life Partner (AUB 2008 SLP, Stand 01.04.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.04.2012: PRIMUS PLUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex3+) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex2) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex3+) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex2)
 <ul style="list-style-type: none"> • Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2010, Stand 01/2012: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz) • Swiss Life Partner (AUB 2008 SLP, Stand 01.04.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.04.2012: PRIMUS PLUS) • VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010) 	 <ul style="list-style-type: none"> • Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2010, Stand 01/2012: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 und ohne PlusProgression 500%) • Swiss Life Partner GmbH (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität) • VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 mit Festrente) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 mit Festrente)
 <ul style="list-style-type: none"> • Janitos (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Gliedertaxe Bein, Hand, Sinnesorgane (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011]) • Swiss Life Partner (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS ohne Premium-Progression) 	 <ul style="list-style-type: none"> • Swiss Life Partner (AUB 2008 SLP, Stand 01.04.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.04.2012: PRIMUS PLUS mit Standard-Progression) 	

Kinder bis 14 Jahre

Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung	Risikounfallversicherung mit 500% Progression: Invaliditätsleistung	Unfallrente
 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 und PlusProgression 500%) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 und PlusProgression 500%) • Swiss Life Partner (AUB 2008 SLP, Stand 01.04.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.04.2012: PRIMUS PLUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex3+) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex2) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex3+) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex2)
 <ul style="list-style-type: none"> • Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2010, Stand 01/2012: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz) • Swiss Life Partner (AUB 2008 SLP, Stand 01.04.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.04.2012: PRIMUS PLUS) • VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010) 	 <ul style="list-style-type: none"> • Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2010, Stand 01/2012: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz) 	
 <ul style="list-style-type: none"> • Janitos (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung Best Selection, Gliedertaxe Hand (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011]) • Janitos (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung Best Selection, Gliedertaxe Bein (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011]) • Janitos (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung Best Selection, Gliedertaxe Sinnesorgane (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011]) • Swiss Life Partner (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS ohne Premium-Progression) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 und ohne PlusProgression 500%) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 und ohne PlusProgression 500%) • Swiss Life Partner (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit voller Leistung ab 75 % Invalidität und Premium-Progression) • VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010) • Swiss Life Partner (AUB 2008 SLP, Stand 01.04.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.04.2012: PRIMUS PLUS mit Standard-Progression) 	<ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 mit Festrente) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 mit Festrente)

► Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien finden Sie unter www.witte-financial-services.de. Weitere empfehlenswerte Tarife auf www.witte-financial-services.de/File/ratings.php sowie Leistungsvergleiche zu ausgewählten Unfalltarifen im Menüpunkt „Finanzdienstleistungen“.

Kinder ab 14 Jahre

Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung	Risikounfallversicherung mit 500% Progression: Invaliditätsleistung	Unfallrente
<div data-bbox="86 327 261 438"> <p>Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011) • InterRisk(Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011) <div data-bbox="86 655 261 766"> <p>Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> • Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2010, Stand 01/2012: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz) • Swiss Life Partner (AUB 2008 SLP, Stand 01.04.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.04.2012: PRIMUS PLUS) • VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010) <div data-bbox="86 1017 261 1127"> <p>Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> • Janitos (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Gliedertaxe Hand (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011]) • Janitos (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Gliedertaxe Sinnesorgane (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011]) • Janitos (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Gliedertaxe Bein (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011]) • Swiss Life Partner (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS ohne Premium-Progression) 	<div data-bbox="555 327 730 438"> <p>Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre 500% Progression</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 und PlusProgression 500%) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 und PlusProgression 500%) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 und ohne PlusProgression 500%) • Swiss Life Partner (AUB 2008 SLP, Stand 01.04.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS, Stand 01.04.2012: PRIMUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität) <div data-bbox="555 880 730 991"> <p>Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre 500% Progression</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> • Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2010, Stand 01/2012: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 und ohne PlusProgression 500%) • Swiss Life Partner GmbH (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität) • VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010) <div data-bbox="555 1332 730 1442"> <p>Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre 500% Progression</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> • Swiss Life Partner (AUB 2008 SLP, Stand 01.04.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.04.2012: PRIMUS PLUS mit Standard-Progression) 	<div data-bbox="1023 327 1198 438"> <p>Unfall-Core-Rating Unfallrente Kinder bis 14 Jahre</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex3+) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex2) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex3+) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex2) <div data-bbox="1023 859 1198 970"> <p>Unfall-Core-Rating Unfallrente Kinder bis 14 Jahre</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 mit Festrente) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 mit Festrente)

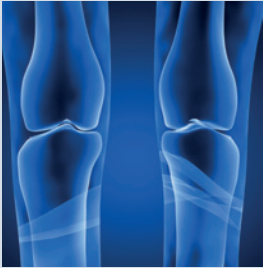
Tarife für Senioren ab dem vollendeten 60. Lebensjahr ohne spezielle Berufsklauseln

Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung	Risikounfallversicherung mit 500% Progression: Invaliditätsleistung	Unfallrente
<div data-bbox="124 325 296 434"> </div> <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011) <div data-bbox="124 661 296 770"> </div> <ul style="list-style-type: none"> • VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010) 	<div data-bbox="595 325 767 434"> </div> <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 und PlusProgression 500%) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 und PlusProgression 500%) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 und ohne PlusProgression 500%) <div data-bbox="595 753 767 861"> </div> <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 und ohne PlusProgression 500%) • VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010) 	<div data-bbox="1061 325 1233 434"> </div> <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex3+) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex2) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex3+) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex2) <div data-bbox="1061 853 1233 961"> </div> <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 mit Festrente) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 mit Festrente)

Angehörige von Heilberufen

Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung	Risikounfallversicherung mit 225% Progression: Invaliditätsleistung	Risikounfallversicherung mit 600% Progression: Invaliditätsleistung
<div data-bbox="124 1415 296 1523"> </div> <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL, Stand 07.2011 mit HeilberufeTaxe, Stand 03.2011). Versicherbare Berufe: Ärzte, Heilpraktiker, Kieferorthopäden, Orthopäden, Tierärzte, Zahnärzte <div data-bbox="124 1708 296 1817"> </div> <ul style="list-style-type: none"> • Janitos (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Gliedertaxe Mediziner (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011]). Versicherbare Berufe: Ärzte, Kieferorthopäden, Orthopäden, Zahnärzte 	<div data-bbox="595 1415 767 1523"> </div> <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL, Stand 07.2011 mit HeilberufeTaxe, Stand 03.2011). Versicherbare Berufe: Ärzte, Heilpraktiker, Kieferorthopäden, Orthopäden, Tierärzte, Zahnärzte 	<div data-bbox="1061 1415 1233 1523"> </div> <ul style="list-style-type: none"> • Janitos (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Gliedertaxe Mediziner (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011]). Versicherbare Berufe: Ärzte, Kieferorthopäden, Orthopäden, Zahnärzte

Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) als Sachversicherung



■ *FIV als Sachversicherung wird angeboten von adcuri, AXA, Barmenia, BBV, Janitos, Sparkassen Versicherung Sachsen, VPV*

Basis:	Tarife im Test: 15 Anbieter im Test: 7
Wertung:	Gold, Silber
Stand:	10.06.2012

Funktionsinvaliditätsversicherungen sind eine neuartige Form der Absicherung der persönlichen Arbeitskraft. Erstmals wurde ein solches Produkt im September 2006 von der Axa unter dem Namen Unfall-Kombirente eingeführt. Dabei ist die Namensgebung etwas irreführend gewesen, da tatsächlich nicht allein das Unfallrisiko abgesichert wurde.

Allen bisher am Markt angebotenen Sachprodukten zur Absicherung der funktionellen Invalidität sind unter anderem folgende Charakteristika gemeinsam:

- Rentenleistung wegen Verlustes einer oder mehrerer Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)
- Rentenleistung wegen Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe I (Pflegerente)
- Rentenleistung wegen Minderung der Funktion wesentlicher Organe (Organrente)
- Rentenleistung wegen unfallbedingter Invalidität ab 50% (Unfallrente)

Teilweise wird als fünfte Leistungsart eine Krebsrente benannt, während andere Versicherer eine Leistung bei Krebs als Teil der lebenslangen Organrente vorsehen.

Als bislang einzige Lebensversicherer bieten seit Juli 2011 bzw. Juni 2012 die Allianz (KörperSchutzPolice) bzw. die Nürnberger (NÜRNBERGER HandwerkerSchutz) eine Funktionsinvaliditätsversicherung an. Versicherungsschutz besteht anders als bei den Sachprodukten bei folgenden Leistungsauslösern:

- Rentenleistung wegen Verlustes einer oder mehrerer Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)
- Rentenleistung wegen Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe I (Pflegerente)
- Einmalleistung bei bestimmten schweren Krankheiten (Dread-Disease-Leistung)
- Bei der Nürnberger zusätzlich: Rentenleistung bei unfallbedingter Berufs- oder Pflegebedürftigkeit

■ **Definition FIV**

Bewertungsmaßstab der FIV ist mit Ausnahme der Krebsleistung eine erhebliche Beeinträchtigung definierter körperlicher Funktionen.

Zur Leistungserbringung müssen Funktionsminderungen einen medizinisch eindeutig definierten Schwellenwert erreichen. Eine eindeutige Definition bedeutet, dass ein Versicherte theoretisch selbst dazu in der Lage wäre, anhand ihm vorliegender ärztlicher Gutachten selbst zu beurteilen, ob ein Leistungsanspruch aus seinem Vertrag besteht. Dabei müssen die beschriebenen Funktionsminderungen voraussichtlich auf Dauer und irreversibel sein. Anstelle einer reinen Diagnoseabsicherung wie im Fall einer Dread Disease, geht es um die dauerhaften Folgen einer funktionellen Invalidität. Dabei spielt es im Regelfall keine Rolle, ob diese unfall- oder krankheitsbedingt erfolgte. Im Regelfall sind die Betroffenen bei Minderung der Organfunktion bis zur Leistungsschwelle noch arbeitsfähig.

Eine Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) besteht aus den Bausteinen Grundfähigkeitsrente, Pflegerente sowie mindestens einem dritten Baustein (Unfall-

rente, Organrente oder Leistung bei Eintritt einer schweren Erkrankung). Teil dieses dritten Bausteins ist mindestens eine Renten- oder Einmalleistung auch bei Eintritt einer definierten Krebserkrankung.

Von einer FIV ist nur dann zu sprechen, wenn das Versicherungsprodukt im Deckungsumfang zumindestens in einem Modul alle möglichen Erkrankungen berücksichtigt und keine Erkrankung ausschließt. Dies wird im Regelfall durch die Pflegekomponente erreicht. Daneben besteht die Möglichkeit, eine Rentenleistungsdauer wegen Verlustes von Grundfähigkeiten oder Pflegebedürftigkeit bei Kindern mindestens bis zur Volljährigkeit, bei Erwachsenen mindestens bis zur Vollendung des 62. Lebensjahres zu vereinbaren.

Vereinzelt wird die FIV am Markt auch als „Multirentenprodukt“ bezeichnet, dies in Anlehnung an die Multi-Rente aus dem Hause Janitos. Mit diesem Namen wird demnach ein Tarif und keine Produktgattung umschrieben.



Im Sinne einer fairen Vergleichbarkeit der einzelnen FIV-Produkte beschränkt sich dieses Rating zurzeit allein auf die am Markt verfügbaren Sachprodukte, womit derzeit die Allianz und die Nürnberger mit ihrem Angebot zwar erfasst, aber außer Wertung bleiben.

Bedingungsrating Funktionsinvaliditätsversicherung

**AXA**

• Tarif: Existenzschutzversicherung für Erwachsene / Aktueller Bedingungsstand: 04.2011

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: nur implizit über Ziffer 16.2.1 AB ESV 2011

Mindesteintrittsalter: 16 Jahre / Höchsteintrittsalter: 65 Jahre

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja / Innovationsklausel: ja / lebenslange Krebsrente: ja /

Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja

• Tarif: Kinderschutzpaket / Aktueller Bedingungsstand: 04.2011

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: nur implizit über Ziffer 16.2.1 AB ESV 2011

Mindesteintrittsalter: ab dem 3. Lebenstag / Höchsteintrittsalter: 15 Jahre

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja / Innovationsklausel: ja / lebenslange Krebsrente: ja /

Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja /

nahtloser Übergang in den Erwachsenenentarif: mit Einschränkungen: Das Optionsrecht kann nicht in Anspruch genommen werden, sofern in den letzten 5 Jahren eine Rente nach Ziffer 1.1. der Bedingungen beantragt wurde oder ein Rentenfall objektiv eingetreten ist oder der ablaufende Vertrag nur unter erschwerten Bedingungen, wie zum Beispiel einer Ausschlussklausel oder Risikozuschlag angenommen wurde oder die Diagnose einer Herzerkrankung oder Diabetes gestellt wurde oder ein Grad der Behinderung (GdB) / Minderung der Erwerbstätigkeit (MdE) von größer oder gleich 50% oder ein Merkzeichen nach Feststellung einer Pflegestufe gemäß Sozialgesetzbuch (SGB) vorliegt. In diesen Fällen ist eine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich.

• Tarif: Existenzschutzversicherung für Kinder / Aktueller Bedingungsstand: 04.2011

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: nur implizit über Ziffer 16.2.1 AB ESV 2011

Mindesteintrittsalter: ab dem 6. Lebensmonat / Höchsteintrittsalter: 15 Jahre

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja / Innovationsklausel: ja / lebenslange Krebsrente: ja /

Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja /

nahtloser Übergang in den Erwachsenenentarif: mit Einschränkungen (siehe Kinderschutzpaket)

Janitos

• Tarif: Multi-Rente für Kinder / Aktueller Bedingungsstand: 04.2009 mit Aktualisierungen zu 06.2010

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja

Mindesteintrittsalter: 4 Jahre / Höchsteintrittsalter: 17 Jahre

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja / Innovationsklausel: ja / lebenslange Krebsrente: ja /

Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja /

nahtloser Übergang in den Erwachsenenentarif: ja (Der Zusatzbaustein der Kapitalfortleistung siehe B Ziffer 5 der Multi-Rente für Kinder ist im Erwachsenen-Produkt nicht mehr versicherbar und entfällt daher zum oben genannten Zeitpunkt der Umstellung automatisch.)

• Tarif: Multi-Rente für Erwachsene / Aktueller Bedingungsstand: 04.2009 mit Aktualisierungen zu 06.2010

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja

Mindesteintrittsalter: 18 Jahre / Höchsteintrittsalter: 59 Jahre

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja / Innovationsklausel: ja / lebenslange Krebsrente: ja /

Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja

**Adcuri**

• Tarif: Opti5Rente für Erwachsene / Aktueller Bedingungsstand: 05.2012

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja

Mindesteintrittsalter: 18 Jahre / Höchsteintrittsalter: 58 Jahre

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja / Innovationsklausel: ja / lebenslange Krebsrente: nein (maximal 60 Monate) /

Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja

Barmenia

• Tarif: Barmenia-Opti5Rente / Aktueller Bedingungsstand: 05.2012

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja

Mindesteintrittsalter: 18 Jahre / Höchsteintrittsalter: 58 Jahre

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja / Innovationsklausel: ja / lebenslange Krebsrente: nein (maximal 60 Monate) /

Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja

BBV

• Tarif: Multi-PROTECT / Aktueller Bedingungsstand: 01.01.2012

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja

Mindesteintrittsalter: 18 Jahre / Höchsteintrittsalter: 60 Jahre

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja / Innovationsklausel: ja / lebenslange Krebsrente: nein (maximal 60 Monate) /


Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: optional (bei Personen unter 35 eingeschlossen gegen

Zuschlag von 35%, bei Personen ab 35 Jahren genereller Einschluss ohne Mehrbeitrag)

Hinweis: Bitte beachten Sie, dass die Leistungsauszüge aus den Bedingungen hier stark verkürzt dargestellt wurden und gerade hinsichtlich des Umfangs der versicherten Leistungen bei Krebs ein Blick in die Bedingungen sehr anzuraten ist. Kein Rating kann eine umfassende Bedarfsermittlung und Beratung beim Verbraucher ersetzen. Dies gilt auch für dieses Rating. Die Zahl von Leistungseinschlüssen in der Funktionsinvaliditätsversicherung ist trotz sehr ähnlicher Kernleistungen Legion, weshalb für Ihren Kunden im Einzelfall dennoch ein Blick in die konkreten Bedingungen von weitreichender Bedeutung bleibt. Trotz gewissenhafter Erfassung aller Kriterien sind etwaige Fehler nicht gänzlich auszuschließen.

➤ Die sehr umfassende Darstellung aller Rating-Kriterien zur Funktionsinvaliditätsversicherung einschließlich Beispielen finden Sie auf www.witte-financial-services

Rating Stationäre Krankenzusatztarife



Anbieter im Test: Allianz, Alte Oldenburger, Arag, Axa, Barmenia, Bayerische Beamtenkrankenkasse (BBKK), Central, Concordia, Continentale, CSS, Debeka, DEVK, DKV, Düsseldorfer, Ergo Direkt, Gothaer, Hallesche, Hanse Merkur, HUK-Coburg, Janitos, LKH, Mannheimer, Münchener Verein, Nürnberger, Signal Iduna, SDK, Union, Universa, vigo Krankenversicherung, Württembergische




Basis: Tarife im Test: 60 stationäre Ergänzungs- und Optionstarife
Anbieter im Test: 31

Wertung: Gold, Silber, Bronze




Stand: 26.05.2012

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

Einzelrating Bedingungen




	1- und 2-Bettzimmertarife	2-Bettzimmertarife
	Barmenia (Tarif: VS100 + ESZ, Stand 01.2011) Union (Tarif: KlinikPrivat/1, Stand 05.2012)	Barmenia (Tarif: VS200 + ESZ, Stand 01.2011) Union (Tarif: KlinikPrivat/2, Stand 01.2009)
	CSS (Tarif: CSS.clinic, Stand 11.2008)* Hallesche (Tarif: CSA 100, CSW1, Stand 05.2012)	CSS (Tarif: CSS.clinic2, Stand 06.2007)*
	Concordia (Tarife: SZ1 und SZ PLUS, Stand 01.2010) Mannheimer (Tarife: ZSW, Stand 01.2010; ZSWR-OPT, Stand 01.2009)	Concordia (Tarife: SZ2 und SZ PLUS, Stand 01.2010) Hallesche (Tarif: CSA 100, CSW2, Stand 05.2012) Mannheimer (Tarif: ZWS, Stand 01.2010)

Einzelrating Prämienniveau Männer im Eintrittsalter 25 bis 55 Jahre

	1- und 2-Bettzimmertarife	2-Bettzimmertarife
	Axa (Tarif: Komfort, Stand 04.2009) Barmenia (Tarif: S, Stand 01.2011) CSS (Tarif: CSS clinic, Stand 11.2008)* HUK-Coburg (Tarif: SZ, Stand 05.2011) Janitos (Tarife: JA Stationär, Stand 07.2010; JA Stationär Plus, Stand 07.2010)* LKH (Tarif: 400, Stand 01.2010)	CSS (Tarif: CSS.clinic2, Stand 06.2007)
	nicht vergeben	Arag (Tarif: 262, Stand 07.2011) DEVK (Tarif: ST-G2, Stand 01.04.2009) Ergo Direkt (Tarif: SZ, Stand 01.2008) uniVersa (Tarif: SZ II, Stand 01.2010)
	Arag (Tarif: 261, Stand 07.2011) Concordia (Tarif: SZ 1 und SZ1 Plus, Stand 01.2010; Tarif: SZ 1, Stand 01.2012) Hallesche (Tarif: CSA100 / CSW1, Stand 05.2012) Nürnberger (Tarif: SZ1, Stand 01.2009)	Concordia (SZ 2, Stand 01.2010)

* Tarif ohne Altersrückstellungen bei Erwachsenen

Einzelrating Prämienniveau Frauen im Eintrittsalter 25 bis 55 Jahre

	1- und 2-Bettzimmertarife	2-Bettzimmertarife
	Axa (Tarif: Komfort, Stand 04.2009) HUK-Coburg (Tarif: SZ, Stand 05.2011) Janitos (Tarife: JA Stationär, Stand 07.2010; JA Stationär Plus, Stand 07.2010)* LKH (Tarif: 400, Stand 01.2010)	nicht vergeben
	Concordia (Tarif: SZ1, Stand 01.2012) CSS (Tarif: CSS.clinic, Stand 11.2008)	nicht vergeben
	Arag (Tarif: 261, Stand 07.2011) Barmenia (Tarif: S, Stand 01.2011)	Arag (Tarif: 262, Stand 07.2011) Ergo Direkt (Tarif: SZ, Stand 01.2008) uniVersa (Tarif: SZ II, Stand 01.2012)

Preis-/Leistungsniveau Männer

	1- und 2-Bettzimmertarife	2-Bettzimmertarife
	Concordia (Tarife: SZ1 und SZ PLUS, Stand 01.2010) CSS (Tarif: clinic, Stand 11/2008)* Hallesche (Tarif: CSA100 / CSW1, Stand 05.2012)	CSS (Tarif: CSS.clinic2, Stand 06.2007)*
	Arag (Tarif: 261, Stand 07.2011) Janitos (Tarif: JA Stationär Plus, Stand 07.2010)*	Arag (Tarif: 262, Stand 07.2011)
	nicht vergeben	nicht vergeben

Preis-/Leistungsniveau Frauen

	1- und 2-Bettzimmertarife	2-Bettzimmertarife
	Concordia (Tarife: SZ1 und SZ PLUS, Stand 01.2010) CSS (Tarif: CSS.clinic, Stand 11.2008)* Hallesche (Tarif: CSA100 / CSW1, Stand 05.2012)	CSS (Tarif: CSS.clinic2, Stand 06.2007)*
	Arag (Tarif: 261, Stand 07.2011) Janitos (Tarif: JA Stationär Plus, Stand 07.2010)*	Arag (Tarif: 262, Stand 07.2011)
	nicht vergeben	nicht vergeben

Bitte beachten: die Standangabe entspricht dem jüngeren Wert aus Beitragsanpassung oder Bezeichnung auf dem Tarifwerk. Beispiel Allianz (Tarif: 729E). Die letzte Beitragsanpassung erfolgte zu 01.2012. Seit 01.2011 gibt es jedoch ein neues Bedingungswerk, in dem der Tarif nicht geändert wurde. Damit wird als Stand 01.2012 benannt.

* Tarif ohne Altersrückstellungen bei Erwachsenen

Rating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung



Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung

Basis:	Tarife im Test: 177 Anbieter im Test: 22
Wertung:	Gold, Silber, Bronze
Stand:	22.05.2012

Bedingungsrating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung



Deutsche Familienversicherung

- (Versicherungsbedingungen für die Private Pflege-Zusatzversicherung (PZV)/UNISEX der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-UNISEX 01-12 Stand: Januar 2012: Premium (Unisex)) mit einem monatlichen Pflegegeld von min. 400 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 500 Euro in Pflegestufe I ambulant bzw. 1.300 Euro stationär, 1.000 Euro in Pflegestufe II ambulant bzw. 1.500 Euro stationär sowie 2.250 Euro in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär
Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal 900 Euro monatliches Pflegegeld. Bei gleichzeitigem Vorliegen von Demenz in einer der anderen Pflegestufen wird die vereinbarte Leistung verdoppelt
Maximal versicherbares Pflegegeld: in Pflegestufe I bis 1.500 Euro monatlich ambulant bzw. 3.000 Euro monatlich stationär, in Pflegestufe II bis 2.250 Euro monatlich ambulant bzw. 3.000 Euro monatlich stationär, in Pflegestufe III bis 3.000 Euro monatlich ambulant und stationär
Achtung: aufgrund der für die Goldbewertung geforderten Versicherungssumme ist eine Beantragung nur telefonisch beim Versicherer, nicht jedoch online möglich!

Domcura

- (Versicherungsbedingungen für die Private Pflege-Zusatzversicherung (PZV)/BISEX – mit Beitragsrückgewähr der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-BISEX (BRG) 01-12 Stand, Versicherungsbedingungen für die DFV DeutschlandAssistance der Privaten Pflege-Zusatzversicherung (PZV) der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-AA 10-11 Stand: Oktober 2011)
 - Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance ohne Beitragsrückgewähr (Bisex) – Flex
 - Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr (Bisex) – Flex
 - Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr und Domcura Assistance Paket Pflege (Bisex) - FlexVoraussetzung für die Bewertung mit Gold: monatliches Pflegegeld von min. 450 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 1.300 Euro in Pflegestufe I, 1.500 Euro in Pflegestufe II sowie 2.250 Euro in Pflegestufe III
Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal 900 Euro monatliches Pflegegeld. Bei gleichzeitigem Vorliegen von Demenz in einer der anderen Pflegestufen wird die vereinbarte Leistung verdoppelt
Maximal versicherbares Pflegegeld: in Pflegestufe I bis 1.500 Euro monatlich, in Pflegestufe II bis 2.250 Euro monatlich, in Pflegestufe III bis 3.000 Euro monatlich
- (Versicherungsbedingungen für die Private Pflege-Zusatzversicherung (PZV)/UNISEX – mit Beitragsrückgewähr der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-UNISEX (BRG) 01-12 Stand: Januar 2012; Besondere Bedingungen für die Assistancelleistungen der Privaten Pflege-Zusatzversicherung (PZV) der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-A 10-11 Stand: Oktober 2011)
 - Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance ohne Beitragsrückgewähr (Unisex) – Flex
 - Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr (Unisex) – Flex
 - Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr und Domcura Assistance Paket Pflege (Unisex) – Flex
 - Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr und Domcura Assistance Paket Pflege sowie Assistance-Paket Schutzengelgarantie (Unisex) - FlexVoraussetzung für die Bewertung mit Gold: monatliches Pflegegeld von min. 450 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 500 Euro in Pflegestufe I ambulant bzw. 1.300 Euro stationär, 1.000 Euro in Pflegestufe II ambulant bzw. 1.500 Euro stationär sowie 2.250 Euro in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär
Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal 900 Euro monatliches Pflegegeld. Bei gleichzeitigem Vorliegen von Demenz in einer der anderen Pflegestufen wird die vereinbarte Leistung verdoppelt

Bedingungsrating Pflegegeld- und Pflegegeldversicherung

Maximal versicherbares Pflegegeld: in Pflegestufe I bis 1.500 Euro monatlich ambulant bzw. 3.000 Euro monatlich stationär, in Pflegestufe II bis 2.250 Euro monatlich ambulant bzw. 3.000 Euro monatlich stationär, in Pflegestufe III bis 3.000 Euro monatlich ambulant und stationär

• SDK

(PS0A, PS0S, PS1A, PS1S, PS2A, PS2S, PS3A, PS3S, PSU; Stand 01.05.2011) mit einem monatlichen Pflegegeld von min. 390 Euro für die Tarifstufe PS0A und PS0S, min. 510 Euro monatlich für die Tarifstufe PS1A bzw. 1.320 Euro monatlich für die Tarifstufe PS1S, min. 1.020 Euro monatlich für die Tarifstufe PS2A bzw. 1.500 Euro monatlich für die Tarifstufe PS2S sowie min. 1.920 Euro monatlich für die Tarifstufen PS3A bzw. PS3S

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal analog Pflegegeld in der Pflegestufe I, jedoch mindestens 100 Euro und höchstens 500 Euro monatlich

Maximal versicherbares Pflegegeld: 3.000 Euro monatlich (PS1 bis PS3) bzw. 500 Euro monatlich (PS 0); ab dem Eintrittsalter 61 Jahre liegt das maximal versicherbare Pflegegeld bei 2.400 Euro monatlich für die die Pflegestufen 1 bis 3, ab 66 Jahren bei 1.800 Euro. Damit sind die Anforderungen an das Rating nur bis höchstens zur Vollendung des 65. Lebensjahres erfüllt.

- (PS0A, PS0S, PS1A, PS1S, PS2A, PS2S, PS3A, PS3S; Stand 01.05.2011) mit einem monatlichen Pflegegeld von min. 390 Euro für die Tarifstufe PS0A und PS0S, min. 510 Euro monatlich für die Tarifstufe PS1A bzw. 1.320 Euro monatlich für die Tarifstufe PS1S, min. 1.020 Euro monatlich für die Tarifstufe PS2A bzw. 1.500 Euro monatlich für die Tarifstufe PS2S sowie min. 1.920 Euro monatlich für die Tarifstufen PS3A bzw. PS3S

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal analog Pflegegeld in der Pflegestufe I, jedoch mindestens 100 Euro und höchstens 500 Euro monatlich

Maximal versicherbares Pflegegeld: 3.000 Euro monatlich (PS1 bis PS3) bzw. 500 Euro monatlich (PS 0); ab dem Eintrittsalter 61 Jahre liegt das maximal versicherbare Pflegegeld bei 2.400 Euro monatlich für die die Pflegestufen 1 bis 3, ab 66 Jahren bei 1.800 Euro. Damit sind die Anforderungen an das Rating nur bis höchstens zur Vollendung des 65. Lebensjahres erfüllt.



Deutsche Familienversicherung

- (Versicherungsbedingungen für die Private Pflege-Zusatzversicherung (PZV)/UNISEX der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-UNISEX 01-12 Stand: Januar 2012: Premium (Unisex)) mit einem monatlichen Pflegegeld von min. 400 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 500 Euro in Pflegestufe I ambulant bzw. stationär, 1.000 Euro in Pflegestufe II ambulant bzw. stationär sowie 1.500 Euro in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: siehe bei „Gold“

Maximal versicherbares Pflegegeld: siehe bei „Gold“

Achtung: aufgrund der für die Silberbewertung geforderten Versicherungssumme ist eine Beantragung nur telefonisch beim Versicherer, nicht jedoch online möglich!

Domcura

- (Versicherungsbedingungen für die Private Pflege-Zusatzversicherung (PZV)/BISEX - mit Beitragsrückgewähr der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-BISEX (BRG) 01-12 Stand, Versicherungsbedingungen für die DFV Deutschland Assistance der Privaten Pflege-Zusatzversicherung (PZV) der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-AA 10-11 Stand: Oktober 2011)

– Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance ohne Beitragsrückgewähr (Bisex) - Flex

– Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr (Bisex) - Flex

– Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr und Domcura Assistance Paket Pflege (Bisex) - Flex

Voraussetzungen für die Bewertung mit Gold: monatliches Pflegegeld von min. 450 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 Euro in Pflegestufe I, 1.050 Euro in Pflegestufe II sowie 1.500 Euro in Pflegestufe III

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: siehe bei „Gold“

Maximal versicherbares Pflegegeld: siehe „Gold“

- (Versicherungsbedingungen für die Private Pflege-Zusatzversicherung (PZV)/UNISEX - mit Beitragsrückgewähr der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-UNISEX (BRG) 01-12 Stand: Januar 2012; Besondere Bedingungen für die Assistanceleistungen der Privaten Pflege-Zusatzversicherung (PZV) der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-AA 10-11 Stand: Oktober 2011)

– Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance ohne Beitragsrückgewähr (Unisex) - Flex

– Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr (Unisex) - Flex

– Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr und Domcura Assistance Paket Pflege (Unisex) - Flex

– Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr und Domcura Assistance Paket Pflege sowie Assistance-Paket Schutzengelgarantie (Unisex) - Flex

Bedingungsrating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung

Voraussetzungen für die Bewertung mit Gold: monatliches Pflegegeld von min. 450 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 Euro in Pflegestufe I ambulant bzw. stationär, 1.050 Euro in Pflegestufe II ambulant bzw. stationär sowie 1.500 Euro in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: siehe bei „Gold“

Maximal versicherbares Pflegegeld: siehe „Gold“

Hallesche

- (OLGA Extra, Stand 02.2011) mit einem Tagessatz von min. 60 Euro
Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: 20% des Pflegetagegeldes in der Pflegestufe III (max. 720 Euro monatlich)
Maximal versicherbarer Tagessatz: 120 Euro



Deutsche Familienversicherung

- (Versicherungsbedingungen für die Private Pflege-Zusatzversicherung (PZV)/UNISEX der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-UNISEX 01-12 Stand: Januar 2012: Premium (Unisex)) mit einem monatlichen Pflegegeld von min. 400 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 500 Euro in Pflegestufe I ambulant bzw. stationär, 1.000 Euro in Pflegestufe II ambulant bzw. stationär sowie 1.500 Euro in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär
Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: siehe bei „Gold“
Maximal versicherbares Pflegegeld: siehe bei „Gold“
 Achtung: aufgrund der für die Bronzebewertung geforderten Versicherungssumme ist eine Beantragung nur telefonisch beim Versicherer, nicht jedoch online möglich!

Domcura

- (Versicherungsbedingungen für die Private Pflege-Zusatzversicherung (PZV)/BISEX – mit Beitragsrückgewähr der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-BISEX (BRG) 01-12 Stand, Versicherungsbedingungen für die DFV Deutschland Assistance der Privaten Pflege-Zusatzversicherung (PZV) der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-AA 10-11 Stand: Oktober 2011: Januar 2012)
 - Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance ohne Beitragsrückgewähr (Bisex) – Flex
 - Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr (Bisex) – Flex
 - Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr und Domcura Assistance Paket Pflege (Bisex) - FlexVoraussetzung für die Bewertung mit BRONZE: monatliches Pflegegeld von min. 300 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 Euro in Pflegestufe I, 1.050 Euro in Pflegestufe II sowie 1.500 Euro in Pflegestufe III
Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: siehe „GOLD“
Maximal versicherbares Pflegegeld: siehe „GOLD“
- (Versicherungsbedingungen für die Private Pflege-Zusatzversicherung (PZV)/UNISEX – mit Beitragsrückgewähr der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-UNISEX (BRG) 01-12 Stand: Januar 2012; Besondere Bedingungen für die Assistenzleistungen der Privaten Pflege-Zusatzversicherung (PZV) der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-A 10-11 Stand: Oktober 2011)
 - Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance ohne Beitragsrückgewähr (Unisex) – Flex
 - Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr (Unisex) – Flex
 - Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr und Domcura Assistance Paket Pflege (Unisex) – Flex
 - Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr und Domcura Assistance Paket Pflege sowie Assistance-Paket Schutzengelgarantie (Unisex) - FlexVoraussetzung für die Bewertung mit BRONZE: monatliches Pflegegeld von min. 300 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 Euro in Pflegestufe I ambulant bzw. stationär, 1.050 Euro in Pflegestufe II ambulant bzw. stationär sowie 1.500 Euro in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär
Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: siehe „GOLD“
Maximal versicherbares Pflegegeld: siehe „GOLD“

Münchener Verein

- (SELECT CARE Pflege: Tarifstufe 421 in Verbindung mit Tarifstufe 421 B und Tarifstufe 425; Ausgabe 01.2012) mit einem Tagessatz von min. 20 Euro (Pflegestufe I), 35 Euro (Pflegestufe II) bzw. 50 Euro (Pflegestufe III)
Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal in Höhe des vorgezogenen Betreuungsgeldes in Höhe des Pflegegeldes in der Pflegestufe I (zurzeit max. 235 Euro monatlich)

Bedingungsrating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung

- Maximal versicherbarer Tagessatz: 80 Euro (Pflegestufe I), 120 Euro (Pflegestufe II) bzw. 150 Euro (Pflegestufe III)

(SELECT CARE Pflege: Tarifstufe 421 in Verbindung mit Tarifstufe 422 B und Tarifstufe 425; Ausgabe 01.2012) mit einem Tagessatz von min. 20 Euro (Pflegestufe I), 35 Euro (Pflegestufe II) bzw. 50 Euro (Pflegestufe III)

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal in Höhe des vorgezogenen Betreuungsgeldes in Höhe des Pflegegeldes in der Pflegestufe I (zurzeit max. 235 Euro monatlich)

Maximal versicherbarer Tagessatz: 80 Euro (Pflegestufe I), 120 Euro (Pflegestufe II) bzw. 150 Euro (Pflegestufe III)
- (SELECT CARE Pflege: Tarifstufe 421 in Verbindung mit Tarifstufe 423 B und Tarifstufe 425; Ausgabe 01.2012) mit einem Tagessatz von min. 20 Euro (Pflegestufe I), 35 Euro (Pflegestufe II) bzw. 50 Euro (Pflegestufe III)

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal in Höhe des vorgezogenen Betreuungsgeldes in Höhe des Pflegegeldes in der Pflegestufe I (zurzeit max. 235 Euro monatlich)

Maximal versicherbarer Tagessatz: 80 Euro (Pflegestufe I), 120 Euro (Pflegestufe II) bzw. 150 Euro (Pflegestufe III)

Signal Iduna

- (PflegeTOP, Fassung 01.2012) mit einem Tagessatz von min. 56 Euro

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: pro 1 Euro versichertem Tagessatz 1% des Anspruches auf zusätzliche Betreuungsleistung aus SVP bzw. PPV (d.h. z.Zt. max. 200 Euro monatlich)

Maximal versicherbarer Tagessatz: 100 Euro

Weitere empfehlenswerte Tarife für die Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung

HALLESCHE

- (OLGA Plus, Stand 02.2011) mit einem Tagessatz von min. 60 Euro

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: 20% des Pflegetagegeldes in der Pflegestufe III (max. 720 Euro monatlich)

Maximal versicherbarer Tagessatz: 120 Euro

MÜNCHENER VEREIN

- (SELECT CARE Pflege: Tarifstufe 421 in Verbindung mit Tarifstufe 421 B und Tarifstufe 425; Ausgabe 01.2012) mit einem Tagessatz von min. 20 Euro (Pflegestufe I), 35 Euro (Pflegestufe II) bzw. 50 Euro (Pflegestufe III)

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal in Höhe des vorgezogenen Betreuungsgeldes in Höhe des Pflegegeldes in der Pflegestufe I (zurzeit max. 235 Euro monatlich)

Maximal versicherbarer Tagessatz: 80 Euro (Pflegestufe I), 120 Euro (Pflegestufe II) bzw. 150 Euro (Pflegestufe III)
- (SELECT CARE Pflege: Tarifstufe 421 in Verbindung mit Tarifstufe 422 B und Tarifstufe 425; Ausgabe 01.2012) mit einem Tagessatz von min. 20 Euro (Pflegestufe I), 35 Euro (Pflegestufe II) bzw. 50 Euro (Pflegestufe III)

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal in Höhe des vorgezogenen Betreuungsgeldes in Höhe des Pflegegeldes in der Pflegestufe I (zurzeit max. 235 Euro monatlich)

Maximal versicherbarer Tagessatz: 80 Euro (Pflegestufe I), 120 Euro (Pflegestufe II) bzw. 150 Euro (Pflegestufe III)
- (SELECT CARE Pflege: Tarifstufe 421 in Verbindung mit Tarifstufe 423 B und Tarifstufe 425; Ausgabe 01.2012) mit einem Tagessatz von min. 20 Euro (Pflegestufe I), 35 Euro (Pflegestufe II) bzw. 50 Euro (Pflegestufe III)

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal in Höhe des vorgezogenen Betreuungsgeldes in Höhe des Pflegegeldes in der Pflegestufe I (zurzeit max. 235 Euro monatlich)

Maximal versicherbarer Tagessatz: 80 Euro (Pflegestufe I), 120 Euro (Pflegestufe II) bzw. 150 Euro (Pflegestufe III)
- (SELECT CARE Pflege: Tarifstufe 421 in Verbindung mit Tarifstufe 421 B; Ausgabe 01.2012) mit einem Tagessatz von min. 20 Euro (Pflegestufe I), 35 Euro (Pflegestufe II) bzw. 50 Euro (Pflegestufe III)

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: nicht zutreffend

Maximal versicherbarer Tagessatz: 80 Euro (Pflegestufe I), 120 Euro (Pflegestufe II) bzw. 150 Euro (Pflegestufe III)

Rating Hausratversicherungen



■ *Tarife mit Versicherungsschutz mit einer Versicherungssumme von 60.000 und 150.000 Euro*

Basis: Tarife im Test: 299
Anbieter im Test: 64 Versicherer bzw. Konzeptanbieter

Wertung: Gold, Silber, Bronze

Stand: 10.05.2012

Bedingungsrating

Basis: Versicherungssumme 60.000 Euro

WITTE FINANCIAL SERVICES Hausrat-Rating Hausratversicherung Basis 60.000 Euro 1 GOLD	WITTE FINANCIAL SERVICES Hausrat-Rating Hausratversicherung Basis 60.000 Euro 2 SILBER	WITTE FINANCIAL SERVICES Hausrat-Rating Hausratversicherung Basis 60.000 Euro 3 BRONZE
<p>InterRisk</p> <ul style="list-style-type: none"> • (VHB 2008-XXL, Stand 05.2011; BBE 2008, Stand 02.2009) • (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011, Bedingungen zur Hausratversicherung „XXL“ (B28), Stand 07.2011, Klauseln zur Hausratversicherung „XXL“, Stand 09.2011) <p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> • (EV 2010, Stand 01.2012: allsafe casa - die Eigenheimversicherung)* 	<p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> • (allsafe Tarif select Z1, Stand 05.2011) <p>Swiss Life</p> <ul style="list-style-type: none"> • (VHB 2010, Stand 02.2011; Prima Sorglos, Stand 05.2011; Ergänzung zu den VHB 2010: Besondere Bedingungen für die Hausratversicherung Prima Plus (BBH Prima Plus) – Januar 2011 mit Sorglospaket Prima Plus; aktualisiert zum 01.04.2012) • (VHB 2010, Stand 02.2011; Prima Sorglos, Stand 05.2011; Ergänzung zu den VHB 2010: Besondere Bedingungen für die Hausratversicherung Prima Plus (BBH Prima Plus) – Januar 2011; aktualisiert zum 01.04.2012) 	<p>ASC</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 06.2009) <p>Haftpflichtkasse Darmstadt</p> <ul style="list-style-type: none"> • (VHB 2010, Stand 01.2012: Hausratversicherung VARIO PLUS, Stand 01.2012) <p>VHV</p> <ul style="list-style-type: none"> • (VHB 2011, BBH Klassik-Garant - Juli 2011, Baustein Exklusiv - Juli 2011, BWE 2011 - Privat: Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein)

Basis: Versicherungssumme 150.000 Euro

WITTE FINANCIAL SERVICES Hausrat-Rating Hausratversicherung Basis 150.000 Euro 1 GOLD	WITTE FINANCIAL SERVICES Hausrat-Rating Hausratversicherung Basis 150.000 Euro 2 SILBER	WITTE FINANCIAL SERVICES Hausrat-Rating Hausratversicherung Basis 150.000 Euro 3 BRONZE
<p>InterRisk</p> <ul style="list-style-type: none"> • (VHB 2008-XXL, Stand 05.2011; BBE 2008, Stand 02.2009) • (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011, Bedingungen zur Hausratversicherung „XXL“ (B28), Stand 07.2011, Klauseln zur Hausratversicherung „XXL“, Stand 09.2011) <p>Konzept & Marketing (</p> <ul style="list-style-type: none"> • EV 2010, Stand 01.2012: allsafe casa - die Eigenheimversicherung)* 	<p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> • (allsafe Tarif select Z1, Stand 05.2011) <p>Swiss Life</p> <ul style="list-style-type: none"> • (VHB 2010, Stand 02.2011; Prima Sorglos, Stand 05.2011; Ergänzung zu den VHB 2010: Besondere Bedingungen für die Hausratversicherung Prima Plus (BBH Prima Plus) – Januar 2011 mit Sorglospaket Prima Plus; aktualisiert zum 01.04.2012) • (VHB 2010, Stand 02.2011; Prima Sorglos, Stand 05.2011; Ergänzung zu den VHB 2010: Besondere Bedingungen für die Hausratversicherung Prima Plus (BBH Prima Plus) – Januar 2011; aktualisiert zum 01.04.2012) 	<p>ASC</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 06.2009) <p>Haftpflichtkasse Darmstadt</p> <ul style="list-style-type: none"> • (VHB 2010, Stand 01.2012: Hausratversicherung VARIO PLUS, Stand 01.2012) <p>VHV</p> <ul style="list-style-type: none"> • (VHB 2011, BBH Klassik-Garant - Juli 2011, Baustein Exklusiv - Juli 2011, BWE 2011 - Privat: Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein)

* der Tarif allsafe casa von Konzept & Marketing ist eine Allgefahrendeckung und umfasst Versicherungsschutz sowohl für die Sparte Hausrat als auch Wohngebäude. Die Absicherung nur eines der beiden Einzelrisiken ist ausschließlich im Rahmen einer vorübergehenden Exzedentendeckung möglich.

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

Rating Privathaftpflichtversicherungen



Privathaftpflichtversicherungen für Familien, Paare und Singles: Leistungsvergleich

Basis: Tarife im Test: 538
Anbieter im Test: 80

Wertung: Gold, Silber

Stand: 09.05.2012

Bedingungsrating Privathaftpflichtversicherungen



Private Haftpflichtversicherung
Besonders empfehlenswert!

GOLD

ASC

- (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 01.10.2011) mit 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

InterRisk

- B 62: Allgemeine Haftpflicht-Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft, Stand 03.2011; B 68: Privathaftpflichtversicherung

XXL, Stand 07.2011) mit 5, 10, 25 oder 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

- (AHB 2008, Stand 07.2008, Bedingungen zur Privathaftpflichtversicherung nach dem XXL-Konzept (PHV 2008-XXL), Stand 05.2011) mit 5 oder 10 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

Swiss Life Partner

- (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR-PHV Prima Plus SLP 2012, Stand 01.04.2012: PRIMA PLUS mit Sorglospaket mit Ausfalldeckung PLUS) mit 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

VHV

- (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 01.10.2011) mit 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)



Private Haftpflichtversicherung
Empfehlenswert!

SILBER

ASC

- (AHB, Stand 01.01.2008; BBR, Best Selection 2010, Stand 01.04.2010 mit Annahmerichtlinien, Stand 01.07.2011): Best Selection Normal mit 10 und 20 Mio. Euro Deckung
- (AHB, Stand 01.01.2008; BBR, Best Selection 2010, Stand 01.04.2010 mit

Annahmerichtlinien, Stand 01.07.2011. Zusätzliche Vereinbarung zur Privathaftpflichtversicherung 55plus): Best Selection 55plus mit 10 und 20 Mio. Euro Deckung

BCA

- (VARIO Status, VARIO Plus; jeweils Stand 01.01.2010) mit 10 und 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)
- (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 01.06.2009) mit 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

Haftpflichtkasse Darmstadt

- (AHB, Stand 01.01.2012, BBR PHV VARIO Komfort Plus: VARIO-PAKET ohne Abwahl oder nur mit Abwahl der Leistungspakete „erweiterte Vorsorge“ und „Recht“) mit 10 und 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

InterRisk

- (AHB 2008, Stand 07.2008, Bedingungen zur Privathaftpflichtversicherung nach dem XL-Konzept (PHV 2008-XL), Stand 06.2009) mit 5 oder 10 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)
- (B 62: Allgemeine Haftpflicht-Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft, Stand 03.2011; B 67: Privathaftpflichtversicherung XL, Stand 07.2011) mit 5, 10, 25 oder 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

Invers

- (VARIO Status, Stand 01.01.2010) mit 10 und 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)
- Invers (VARIO Plus, Stand 01.01.2010) mit 10 und 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

Janitos

- (AHB, Stand 01.01.2008; BBR, Best Selection 2010, Stand 01.04.2010) mit 10 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S) und 10 Mio. Euro Deckungssumme (V) oder mit 15 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S) und 15 Mio. Euro Deckungssumme (V)

- (AHB, Stand 01.01.2008; BBR, Best Selection 2010, Stand 01.04.2010, Zusätzliche Vereinbarung zur Privathaftpflichtversicherung 55plus) mit 10 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S) und 10 Mio. Euro Deckungssumme (V) oder mit 15 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S) und 15 Mio. Euro Deckungssumme (V)

Konzept & Marketing

- (AT 2011, Stand 11.2010; PHV 2011, Stand 11.2011: allsafe Tarif select Z2) mit 10 und 15 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

maxPool

- (VARIO, Stand 01.01.2010) mit 10 und 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

NV-Versicherungen

- (AHB 2008, Stand 01.2008, Privatmax. 4.0, Stand 10.2010) mit 10 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S) und 10 Mio. Euro Deckungssumme (V)
- (AHB 2008, Stand 01.2008, NV PrivatPremium, Stand 10.2010) mit 15 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S) und 15 Mio. Euro Deckungssumme (V)

Swiss Life Partner

- (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR-PHV Prima Plus SLP 2012, Stand 01.04.2012: PRIMA PLUS) mit 20 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)
- (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR-PHV Prima Plus SLP 2012, Stand 01.04.2012: PRIMA PLUS mit Ausfalldeckung Plus) mit 20 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)
- (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR-PHV Prima Plus SLP 2012, Stand 01.04.2012: PRIMA PLUS mit Sorglospaket) mit 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

Syncro24

- (PHV VARIO Plus, Stand 01.01.2010) mit 10 und 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)
- (PHV VARIO Status, Stand 01.01.2010) mit 10 und 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

Rating Wohngebäudeversicherungen



- *Einfamilienhäuser*
- *Zweifamilienhäuser*
- *Mehrfamilienhäuser*

Basis: Tarife im Test: 248
Anbieter im Test: 53 Versicherer bzw. Konzeptanbieter

Wertung: Gold, Silber, Bronze

Stand: 24.05.2012

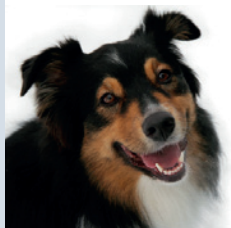
► Analysiert wurden ganz oder überwiegend privat genutzte Wohngebäudeversicherungen ohne Berücksichtigung eines möglichen Einschusses von Glasschäden. Sofern geforderte Mindestleistungen nur gegen Zuschlag mitversichert werden können, wurde ein solcher Mindestzuschlag berücksichtigt. Nicht berücksichtigt wurde ein möglicher Mehrbedarf für die Mitversicherung von Geothermie- oder Photovoltaikanlagen. Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien finden Sie unter www.witte-financial-services.de.



Bedingungsrating Einfamilienhäuser		
<p>InterRisk</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft B 01; Bedingungen zur Wohngebäudeversicherung „XXL“ B 38, Stand 03.2011) • (VGB 2008-XXL-Wohnflächenmodell: XXL-Konzept, Stand 05.2011) <p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> • (EV 2010, Stand 05.2011: allsafe casa – die Eigenheimversicherung)* 	<p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> • (GB 2010: allsafe Tarif select Z1, Stand 05.2011) 	<p>VHV</p> <ul style="list-style-type: none"> • (VGB 2011 – Wert 1914, Fassung Juli 2011: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wert 1914, Fassung Juli 2011) • (VGB 2011 – Wohnfläche, Fassung Juli 2011: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wohnfläche, Fassung Juli 2011)
Bedingungsrating Zweifamilienhäuser		
<p>InterRisk</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft B 01; Bedingungen zur Wohngebäudeversicherung „XXL“ B 38, Stand 03.2011) • (VGB 2008-XXL-Wohnflächenmodell: XXL-Konzept, Stand 05.2011) <p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> • (EV 2010, Stand 01.2012: allsafe casa – die Eigenheimversicherung)* 	<p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> • (GB 2010: allsafe Tarif select Z1, Stand 05.2011) 	<p>VHV</p> <ul style="list-style-type: none"> • (VGB 2011 – Wert 1914, Fassung Juli 2011: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wert 1914, Fassung Juli 2011) • (VGB 2011 – Wohnfläche, Fassung Juli 2011: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wohnfläche, Fassung Juli 2011)
Bedingungsrating Mehrfamilienhäuser		
<p>InterRisk</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft B 01; Bedingungen zur Wohngebäudeversicherung „XXL“ B 38, Stand 03.2011) • (VGB 2008-XXL-Wohnflächenmodell: XXL-Konzept, Stand 05.2011) 	<p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> • (GB 2010: allsafe Tarif select Z1, Stand 05.2011) 	<p>VHV</p> <ul style="list-style-type: none"> • (VGB 2011 – Wert 1914, Fassung Juli 2011: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wert 1914, Fassung Juli 2011) • (VGB 2011 – Wohnfläche, Fassung Juli 2011: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wohnfläche, Fassung Juli 2011)

* der Tarif allsafe casa von Konzept & Marketing ist eine Allgefahrendeckung und umfasst Versicherungsschutz sowohl für die Sparte Hausrat als auch Wohngebäude. Die Absicherung nur eines der beiden Einzelrisiken ist ausschließlich im Rahmen einer vorübergehenden Exzedentendeckung möglich.

Rating Hundehalterhaftpflichtversicherungen



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

Basis: Tarife im Test: 390
Anbieter im Test: 71

Wertung: Gold, Silber

Stand: 11.05.2012

Bedingungsrating (Tarife für die selbständige Hundehalterhaftpflichtversicherung)



ConceptA

- (Tierhalterhaftpflichtversicherung Best Selection, Stand 01.01.2008; aktualisiert zum 01.04.2011) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V)

InterRisk

- (B 62, Stand 03.2011: B 69 - XXL, Stand 03.2011) mit 5 und 10 Mio. Euro pauschal für Personen-, Sach-, Vermögens- sowie Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden

Janitos

- (Tierhalterhaftpflichtversicherung Best Selection, Stand 01.01.2008; aktualisiert zum 01.04.2011) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V)

Konzept & Marketing

- (allsafe select Tarif Z1, Stand 05.2011)* mit 10 oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V); Voraussetzung für die Empfehlung ist die Mitversicherung der erweiterten Mietsachschadendeckung gegen Zuschlag
- (allsafe Tarif select Z2, Stand 11.2011) mit 10 Mio. oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V)

Swiss Life Partner

- (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR Tierhalter SLP 2012, Stand 01.04.2012: PRIMA) mit 8 Mio. Euro Deckung (P, S, V)
- (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR Tierhalter SLP 2012, Stand 01.04.2012: PRIMA PLUS) mit 10 Mio. Euro Deckung (P, S, V)



ConceptA

- (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: Balance; aktualisiert zum 01.04.2011) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S), 2,5 Mio. Euro (V)

ConceptIF

- (Konzept VI: AHB, Stand 01.2008; BBR Hundemax. - 03/2010: Tierhalter-Haftpflicht-Versicherung) mit 6 Mio. Euro pauschal (P, S, V)

Haftpflichtkasse Darmstadt

- (AHB, Stand 01.01.2012; Tierhalter-Haftpflichtversicherung PLUS, Stand 01.01.2012) mit 5 oder 10 Mio. Euro pauschal (P, S, V)

Janitos

- (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: Balance; aktualisiert zum 01.04.2011) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S), 2,5 Mio. Euro (V)

Konzept & Marketing

- (allsafe Tarif select Z2, Stand 11.2011) mit 10 Mio. oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V)

NV-Versicherungen

- (AHB 2008, Stand 01.2008, BBR Hundemax. - 03/2010; Tarif 10/2011) mit 5 Mio. Euro (P, S) und 5 Mio. Euro (V)
- (AHB 2008, Stand 01.2008, BBR Hundepremium - 03/2010; Tarif 10/2011) mit 10 Mio. Euro (P, S) und 10 Mio. Euro (V)

prokundo

- (AHB, Januar 2012, Besondere Bedingungen, Risikobeschreibungen und Erläuterungen für die Haftpflichtversicherung der Tierhalter aus privater Tierhaltung - Fassung Januar 2012) mit 10 oder 15 Mio. Euro (P, S, V)

VHV

- (AHB 2011, BBR Tierhalter KLASSIK-GARANT, Stand 01.10.2011) mit 5 oder 10 Mio. Euro (P, S, V, maximal 8 Mio. Euro je geschädigter Person)

Waldenburger

- (AHB, Stand 10.2010, Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen (BBR) für Halter von Tieren, Stand 01.07.2011) mit 5 oder 10 Mio. Euro (P, S, V)

Bedingungsrating (Tarife für die Kombination aus Hundehalter- und Privathaftpflichtversicherung über den selben Risikoträger)



InterRisk

- (B 62, Stand 03.2011: B 69 - XXL, Stand 03.2011) mit 5 und 10 Mio. Euro pauschal für Personen-, Sach-, Vermögens- sowie Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden

Swiss Life Partner

- (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR Tierhalter SLP 2012, Stand 01.04.2012: PRIMA) mit 8 Mio. Euro Deckung (P, S, V)
- (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR Tierhalter SLP 2012, Stand 01.04.2012: PRIMA PLUS) mit 10 Mio. Euro Deckung (P, S, V)



Haftpflichtkasse Darmstadt

- (AHB, Stand 01.01.2012; Tierhalter-Haftpflichtversicherung PLUS, Stand 01.01.2012) mit 5 oder 10 Mio. Euro pauschal (P, S, V)

VHV

- (AHB 2011, BBR Tierhalter KLASSIK-GARANT, Stand 01.10.2011) mit 5 oder 10 Mio. Euro (P, S, V), maximal 8 Mio. Euro je geschädigter Person)

Konzept & Marketing

- (allsafe Tarif select Z2, Stand 11.2011) mit 10 Mio. oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V)

Hinweis: Die meisten hier aufgeführten Tarife gelten nur für tariflich definierte Hunderassen, nicht jedoch für „Kampfhunde“ im Sinne der jeweiligen Tarife. Besonders empfehlenswert ist für diese Hunde die Haftpflichtkasse Darmstadt, da hier nicht zwischen gefährlichen und weniger gefährlichen Hunden unterschieden wird.

Rating Jagdhaftpflichtversicherungen für Jäger/Förster



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

Basis:	Tarife im Test: 216 Anbieter im Test: 35
Wertung:	Gold, Silber, Bronze
Stand:	17.04.2012

Bedingungsrating Jagdhaftpflichtversicherung

<p>Jagd-Haftpflichtversicherung für Jäger und Förster</p>	<p>Gothaer Allgemeine Versicherung AG</p> <ul style="list-style-type: none"> • AHB, Stand 01/2008, BBR, Stand 01.2011 • AHB, Stand 01/2008, BBR, Stand 01.2011 mit Klausel 144 <p>Tarife mit 6 oder 15 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- u. Vermögensschäden <i>Versicherter Personenkreis:</i> Der Versicherungsnehmer als Jäger, Jagdpächter und Jagdherr bzw. als Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner <i>Innovationsklausel:</i> ja / <i>GDV-Garantie:</i> nein</p>
<p>Jagd-Haftpflichtversicherung für Jäger und Förster</p>	<p>degenia Versicherungsdienst AG</p> <ul style="list-style-type: none"> • AHB 2008, Stand 11.2011; Besondere Bedingungen für die Jagd-Haftpflichtversicherung (Stand 11/11) premium (DEG-JHV-002) Tarif mit 10 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden • AHB 2008, Stand 11.2011; Besondere Bedingungen für die Jagd-Haftpflichtversicherung (Stand 11/11) premium (DEG-JHV-002); AUB 2004 DEG; DEG-JHV/RS-001 Jäger-Rechtsschutz: Jägerpaket. Tarif mit 10 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden <p><i>Versicherter Personenkreis:</i> Der Versicherungsnehmer als Jäger, Jagdpächter und Jagdherr bzw. als Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner <i>Innovationsklausel:</i> ja / <i>GDV-Garantie:</i> nein</p> <p><i>Laut Bedingungen besteht keine ausdrückliche Mitversicherung auch von Geschossen, sondern nur von Schusswaffen und Munition. Eine substantielle Einschränkung ist trotz entsprechender GDV-Abweichung nicht erkennbar, zumal die Bedingungen keinen Ausschluss für entsprechende Schäden aufweisen.</i></p>
<p>Jagd-Haftpflichtversicherung für Jäger und Förster</p>	<p>VGH</p> <ul style="list-style-type: none"> • AHB, Stand 07.2010; Jagd-Haftpflichtversicherung, Stand 07.2010. Tarif mit 10 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden <p><i>Versicherter Personenkreis:</i> Der Versicherungsnehmer als Jäger, Jagdpächter und Jagdveranstalter bzw. als Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner <i>Innovationsklausel:</i> ja / <i>GDV-Garantie:</i> nein</p>
<p>Jagd-Haftpflichtversicherung für Jäger und Förster</p>	<p>VGH</p> <ul style="list-style-type: none"> • AHB, Stand 07.2010; Jagd-Haftpflichtversicherung, Stand 07.2010. Tarif mit 5 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden <p><i>Versicherter Personenkreis:</i> Der Versicherungsnehmer als Jäger, Jagdpächter und Jagdveranstalter bzw. als Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner <i>Innovationsklausel:</i> ja / <i>GDV-Garantie:</i> nein</p>

Weitere empfehlenswerte Tarife für die Jagdhaftpflichtversicherung

Degenia Versicherungsdienst AG

- AHB 2008, Stand 11.2011; Besondere Bedingungen für die Jagd-Haftpflichtversicherung (Stand 11/11) classic (DEG-JHV-002) Tarif mit 5 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

Versicherter Personenkreis: Jäger, Jagdpächter und Jagdherr bzw. als Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner
Laut Bedingungen besteht keine ausdrückliche Mitversicherung auch von Geschossen, sondern nur von Schusswaffen und Munition. Eine substantielle Einschränkung ist trotz entsprechender GDV-Abweichung nicht erkennbar, zumal die Bedingungen keinen Ausschluss für entsprechende Schäden aufweisen.
Innovationsklausel: ja / *GDV-Garantie:* nein

Inter

- (AHB, Stand 01.01.2008, Jagd-Bedingungen, Stand 01.11.2009) mit 6 oder 10 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen- und Sachschäden sowie 100.000 Euro für Vermögensschäden

Versicherter Personenkreis: Jäger, Jagdpächter, Jagdherr (Jagdveranstalter), Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher, Falkner
Innovationsklausel: nein / *GDV-Garantie:* nein
 Besonders zu beachten: Versicherungsschutz für nicht geprüfte Jagdhunde besteht nur, sofern dieser besonders vereinbart wurde.

LVM

- (AHB, Fassung 4/2008. Bedingungen und Risikobeschreibung für die Jagd-Haftpflichtversicherung [Fassung 01/2009]) mit 5 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen- und Sachschäden sowie 100.000 Euro für Vermögensschäden

Versicherter Personenkreis: Jäger, Jagdpächter, Jagdveranstalter, Forstbeamter, Förster, Forstaufseher, Jagdaufseher und Jagdfalkner
Innovationsklausel: nein / *GDV-Garantie:* nein
 Besonders zu beachten: Welpen sind ohne Nachweis ihrer jagdlichen Brauchbarkeit nicht ausdrücklich mitversichert.

Rating Pferdehalterhaftpflichtversicherungen



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

Basis:	Tarife im Test: 368 Anbieter im Test: 70
Wertung:	Gold, Silber
Stand:	11.05.2012

Bedingungsrating Selbständige Pferdehalterhaftpflichtversicherung



InterRisk

- (B 62, Stand 03.2011: B 69 - XXL, Stand 03.2011) mit 5 und 10 Mio. Euro pauschal für Personen-, Sach-, Vermögens- sowie Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden

Swiss Life Partner

- (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR Tierhalter SLP 2012, Stand 01.04.2012: PRIMA) mit 8 Mio. Euro Deckung (P, S, V)
- (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR Tierhalter SLP 2012, Stand 01.04.2012: PRIMA PLUS) mit 10 Mio. Euro Deckung (P, S, V)

VHV

- (AHB 2011, BBR Tierhalter KLASSIK-GARANT, Stand 01.10.2011) mit 5 oder 10 Mio. Euro (P, S, V. Maximal 8 Mio. Euro je geschädigter Person).



ConceptA

- (Tierhalterhaftpflichtversicherung Best Selection, Stand 01.01.2008; aktualisiert zum 01.04.2011) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V)

Haftpflichtkasse Darmstadt

- (AHB, Stand 01.01.2012, Tierhalter-Haftpflichtversicherung PLUS, Stand 01.01.2012) mit 5 oder 10 Mio. Euro pauschal (P, S, V)

Janitos

- (Tierhalterhaftpflichtversicherung Best Selection, Stand 01.01.2008; aktualisiert zum 01.04.2011) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V)

Konzept & Marketing

- (allsafe Tarif select Z2, Stand 11.2011) mit 10 oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V).
Voraussetzung für die Empfehlung ist die Mitversicherung von Pferderennen und damit implizit auch Distanzritten gegen Zuschlag.

maxPool

- (Exklusiv (AHB - Fassung Januar 2008, VBS H 2 306 01.2008; Besondere Bedingungen, Risikobeschreibungen und Erläuterungen für die Haftpflichtversicherung der Tierhalter aus privater Tierhaltung maxpool Exklusiv Fassung Juni 2009, VBS H 2 2213mp 06.2009)) mit 10 Mio. Euro (P, S), 1 Mio. Euro (V)

Bedingungsrating Selbständige Pferdehalterhaftpflichtversicherung in Kombination mit einer mindestens empfehlenswerten Privathaftpflichtversicherung beim gleichen Risikoträger



InterRisk

- (B 62, Stand 03.2011: B 69 - XXL, Stand 03.2011) mit 5 und 10 Mio. Euro pauschal für Personen-, Sach-, Vermögens- sowie Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden

Swiss Life Partner

- (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR Tierhalter SLP 2012, Stand 01.04.2012: PRIMA) mit 8 Mio. Euro Deckung (P, S, V)
- (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR Tierhalter SLP 2012, Stand 01.04.2012: PRIMA PLUS) mit 10 Mio. Euro Deckung (P, S, V)

VHV

- (AHB 2011, BBR Tierhalter KLASSIK-GARANT, Stand 01.10.2011) mit 5 oder 10 Mio. Euro (P, S, V. Maximal 8 Mio. Euro je geschädigter Person).



Haftpflichtkasse Darmstadt

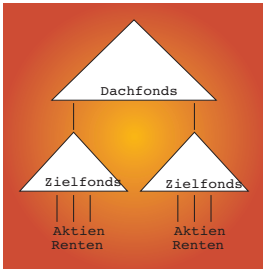
- (AHB, Stand 01.01.2012, Tierhalter-Haftpflichtversicherung PLUS, Stand 01.01.2012) mit 5 oder 10 Mio. Euro pauschal (P, S, V)

Konzept & Marketing

- (allsafe Tarif select Z2, Stand 11.2011) mit 10 oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V).
Voraussetzung für die Empfehlung ist die Mitversicherung von Pferderennen und damit implizit auch Distanzritten gegen Zuschlag.

Hinweis: maxPool verwendet in diesem Zusammenhang als Risikoträger für die Pferdehalterhaftpflichtversicherung den Volkswohl Bund, für das private Haftpflichtrisiko jedoch wahlweise den Tarif der Medien-Versicherung oder den empfehlenswerten Tarif der Haftpflichtkasse Darmstadt

Dachfonds-Ranking



- Dachfonds dynamisch Welt
- Dachfonds defensiv Welt
- Dachfonds ausgewogen Welt
- Dachfonds flexibel Welt

Basis: 898 Dachfonds

Wertung: ★★★★★

Ranking: 31.05.2012
Stichtag: (Stand: 06/2012)

FWW FundStars®

Überblick

Die FWW FundStars® basieren, wie bereits der Vorläufer – das vor etlichen Jahren eingeführte quantitative „fondsmeter® Ranking“ – auf der RisikoAdjustierten Performance (RAP). Diese zweidimensionale Kennzahl errechnet sich aus der erzielten Wertentwicklung (Performance) und dem dabei eingegangenen Risiko (Volatilität).

Methodik

Grundlage der FWW FundStars® ist die RAP-Kennzahl für den 3-Jahres-Zeitraum. Zusätzlich werden Korrekturfaktoren herangezogen, die aus den RAP-Kennzahlen für den 1-Jahres-Zeitraum und, wenn vorhanden, für den 5-Jahreszeitraum berechnet werden. Für die FWW FundStars® werden die Fonds in 5 Ranking-Stufen a 20 Prozent klassifiziert, aus denen die Auszeichnung mit 5 bis 1 Sternen hervorgeht. Dabei erhalten die besten 20 Prozent der Fonds fünf Sterne.

- ★★★★★ für die besten 20% der Fonds eines Sektors
- ★★★★ für die zweiten 20% der Fonds eines Sektors
- ★★★ für die dritten 20% der Fonds eines Sektors
- ★★ für die vorletzten 20% der Fonds eines Sektors
- ★ für die letzten 20% der Fonds eines Sektors

Voraussetzungen für die FWW FundStars®:

- Die FWW Fund Stars® werden für jeden Sektor berechnet, in dem wenigstens fünf Fonds über eine Wertentwicklung von mindestens drei Jahren verfügen. Der jeweilige Fonds muss ein Publikums-Sondervermögen sein, das in Deutschland registriert bzw. zugelassen ist (inländische und ausländische Sondervermögen).
- Der jeweilige Fonds muss mindestens 3 Jahre alt sein
- Der Sektor, dem der Fonds in der FWW® Fondsdatenbank zugeordnet ist, muss für den jeweiligen Zeitraum mindestens 5 Fonds umfassen.

Anteilklassen / Sondervermögen

Die FWW Fund Stars® beurteilen die Managementleistung in der Vergangenheit. Alle Anteilklassen eines Sondervermögens werden zusammengefasst und erhalten eine gemeinsame Auszeichnung.

Die Berechnung des FWW FundStars Ranking wird monatlich zum Monatsende vorgenommen. Das Ranking mit Stand des Vormonats erhält die Bezeichnung des aktuellen Monats (Bsp. Stand 30.01.XX – Ranking Februar 20XX). Sämtliche Berechnungen werden auf Euro-Basis durchgeführt.

Berechnung der Kennzahl RAP

Die Kennzahl RAP wird über einen Zeitraum von drei Jahren (Mid-Term), einem Jahr (Short-Term) oder fünf Jahren (Long-Term) berechnet und bringt die beiden Parameter „Risiko“ (Volatilität) und „Performance“ (Wertentwicklung) in einer wissenschaftlich entwickelten Formel zusammen, bei deren Anwendung davon ausgegangen wird, dass der Anleger lediglich in einen Fonds investieren möchte.

RAP - Berechnungsformel:

$$\text{Zwischenschritt : Hebelungsfaktor} = \frac{\text{Volatilität der Benchmark}}{\text{Volatilität des Fonds}}$$

$$\text{RAP} = (\text{Performance des Fonds} \cdot \text{Hebelungsfaktor}) - [\text{Risikoloser Zinssatz} \cdot (\text{Hebelungsfaktor} - 1)]$$

Werden zwei Fonds mit derselben positiven Wertentwicklung verglichen, erlangt der Fonds mit dem geringeren in Kauf genommenen Risiko eine bessere (höhere) RAP-Kennzahl. Umgekehrt beim Vergleich von zwei Fonds mit derselben negativen Wertentwicklung: Hier erzielt der Fonds mit dem höher eingegangenen Risiko die bessere (höhere) RAP-Kennzahl.

Wissenschaftlicher Hintergrund

Die Kennzahl RAP gibt die auf die Volatilität der Benchmark normierte Performance des Fonds an. Grundlage der Risk-Adjusted-Performance eines Fonds bilden risikoangepasste Vergleichsportfolios, deren Risiko mit dem des Marktindex übereinstimmt. Alle Fonds werden somit auf das Risiko des Marktindex normiert. Bei einem Fonds, dessen Risiko über dem des Marktes liegt, wird (gedanklich) ein bestimmter Teil des Fonds verkauft und das freigewordene Kapital zum risikofreien Zins angelegt.

Liegt das Risiko des Fonds unter dem des Marktindex, wird die Anlage in den Fonds durch eine (gedankliche) Kreditaufnahme zum risikolosen Zinssatz erhöht. Im Ergebnis lässt sich feststellen, ob es einem Fonds gelungen ist, seine Benchmark bzw. andere Fonds eines gewählten Sektors risikonormiert zu schlagen. Die Berechnung der Kennzahl RAP beruht auf Veröffentlichungen von Prof. Dr. Marco Wilkens und PD Dr. Hendrik Scholz an der Universität Göttingen (Institut für Betriebswirtschaftliche Geldwirtschaft) und der Kath. Universität Eichstätt/Ingolstadt, an der beide derzeit für den Lehrstuhl ‚Finanzierung und Bankbetriebslehre‘ tätig sind.

Die FWW Fund Stars® werden realisiert und betrieben von der FWW GmbH, einem unabhängigen Financial Content & Application Service Provider aus Haar bei München.

Wichtiger Hinweis:

Die Berechnung der RAP-Kennzahl(en), bzw. der daraus resultierenden Anzahl der FWW FundStars basiert ausschließlich auf Vergangenheitsdaten. Die zukünftige Wertentwicklung eines Fonds kann nicht vorhergesagt werden. Sämtliche Informationen im Zusammenhang mit den FWW FundStars® und damit auch die Einteilungen nach Sternen stellen keine Wertung oder Empfehlung zum Kauf, Behalt oder Verkauf von Wertpapieren, insbesondere von Investmentfonds, dar. Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr.

www.fww.de

Schwerpunkt Dachfonds dynamisch Welt

(Produkte, die vorrangig in Aktienfonds investieren)

Basis: 292 Dachfonds, mindestens 3 Jahre im Markt, Performance-Stand: 08.06.2012

Fondsname	KAG	ISIN	per 1 Jahr	per 3 Jahre p.a.	per 5 Jahre p.a.	Vola 3 Jahre	FWW FundStars
3 Banken Strategie Wachstum	3 Banken-Generali Investment-Ges. mbH	AT0000784889	0,45	10,04	-4,45	12,74	★★★★★
Allianz Horizont Dynamik	Allianz Global Investors Luxembourg S.A.	LU0103683248	-3,78	8,20	-2,26	10,71	★★★★★
AXA Chance Invest	AXA Investment Managers Deutschland	DE0009789453	8,18	12,17	-3,78	12,84	★★★★★
AXA Chance Spektrum	AXA Investment Managers Deutschland	DE0009846352	6,28	11,10	-3,12	12,58	★★★★★
AXA Portfolio 7	AXA Investment Managers Deutschland	DE0009789537	28,07	19,85	7,17	12,32	★★★★★
BBBank Dynamik Union	Union Investment Privatfonds GmbH	DE0005326565	-0,11	9,43	-3,82	11,04	★★★★★
Best-in-One World	Allianz Global Investors Kapitalanlageges.	DE0009787002	2,24	12,31	-3,30	12,87	★★★★★
BL Fund Selection - 50-100	BLI - Banque de Luxembourg Investments	LU0135981693	0,55	6,60	-1,76	8,00	★★★★★
Carmignac Profil Reactif 75	CARMIGNAC GESTION	FR0010148999	12,60	6,68	0,61	7,50	★★★★★
ComfortInvest Chance	KAS Investment Servicing GmbH	DE0002605318	-1,78	10,43	---	13,56	★★★★★
CondorChance-Universal	Universal-Investment-Luxembourg S.A.	LU0112269146	1,29	10,41	-4,80	12,19	★★★★★
D&R Multi Asset Strategy - Growth	HANSAINVEST LUX S.A.	LU0105425887	4,23	7,66	-3,20	7,97	★★★★★
Deutsche Postbank Best Invest Chance	KAS Investment Servicing GmbH	DE0009797787	6,88	8,78	-1,59	7,56	★★★★★
FFPB Dynamik	Oppenheim Asset Management Services	LU0317844412	-0,24	7,85	---	11,58	★★★★★
Franklin Templeton Strategic Dynamic Fund	Franklin Templeton International Services	LU0236639612	1,63	7,69	-2,92	8,64	★★★★★
FT Navigator 70	FRANKFURT-TRUST Investment-Ges.	DE0009770347	2,01	5,89	-1,04	7,39	★★★★★
H&S FM Global 100	KAS Investment Servicing GmbH	DE0002605359	1,49	8,61	---	8,40	★★★★★
HUK-Vermögensfonds Dynamik	BayernInvest Luxembourg S.A.	LU0123854472	4,94	9,72	-2,94	10,95	★★★★★
LBBW Equity Select	LRI Invest S.A.	LU0281806751	1,78	9,59	-3,41	11,15	★★★★★
Legg Mason Multi-Manager Performance (EUR)	Legg Mason Investments (Luxembourg)	LU0196847098	0,85	9,52	-0,91	10,15	★★★★★
Legg Mason Multi-Manager Performance (USD)	Legg Mason Investments (Luxembourg)	LU0196862568	12,48	14,38	0,16	9,44	★★★★★
MEAG GlobalChance DF	MEAG MUNICH ERGO Kapitalanlageges.	DE0009782789	0,31	9,55	-4,47	12,57	★★★★★
MultiManager Fonds 5	KAS Investment Servicing GmbH	DE0007013625	-4,62	9,77	-3,75	13,51	★★★★★
MultiSelect Welt-Aktien	Feri Trust (Luxembourg) S.A.	LU0098504490	7,63	13,34	-3,72	11,24	★★★★★
Patriarch Select Chance	Hauck & Aufhäuser Investmentges.	LU0250688156	-1,29	9,33	-3,12	11,27	★★★★★
Pioneer P.F. - StrategiePortfolio Chance	Pioneer Asset Management S.A.	LU0374244639	3,77	9,14	---	9,23	★★★★★
Pioneer P.F. - StrategiePortfolio Wachstum	Pioneer Asset Management S.A.	LU0374245016	0,12	6,26	---	8,23	★★★★★
PremiumMandat Dynamik Plus	Allianz Global Investors Luxembourg S.A.	LU0345923816	-2,25	8,85	---	13,10	★★★★★
PremiumStars Chance	Allianz Global Investors Kapitalanlageges.	DE0009787077	6,44	13,21	-0,36	10,44	★★★★★
Sauren Global Opportunities	Sauren Fonds-Select SICAV	LU0106280919	-5,32	10,94	-0,40	9,63	★★★★★
Sauren Global Stable Growth	Sauren Fonds-Select SICAV	LU0136335097	2,31	10,04	2,43	7,13	★★★★★
STS Growth Portfolio	Schroder Investment Management (Lux)	LU0179449243	9,92	12,29	-2,10	10,45	★★★★★
UniStrategie: Dynamisch	Union Investment Privatfonds GmbH	DE0005314124	-2,09	9,43	-2,36	10,77	★★★★★
VermögensManagement Chance	Allianz Global Investors Luxembourg S.A.	LU0321021585	2,96	8,85	---	11,01	★★★★★
VPV PRO-Wachstum	Pioneer Asset Management S.A.	LU0131882382	0,16	7,37	-3,80	8,34	★★★★★
WWK Select Chance	WWK Investment S.A.	LU0126855997	5,38	10,60	-3,70	11,96	★★★★★
ZukunftsPlan I	Deka Investment GmbH	DE000DK1CJ20	1,74	9,30	---	12,41	★★★★★
ZukunftsPlan II	Deka Investment GmbH	DE000DK1CJ38	3,72	7,32	---	8,98	★★★★★

Schwerpunkt Dachfonds defensiv Welt

(Produkte, die vorrangig in Rentenfonds investieren)

Basis: 224 Dachfonds, mindestens 3 Jahre im Markt, Performance-Stand: 08.06.2012

Fondsname	KAG	ISIN	per 1 Jahr	per 3 Jahre p.a.	per 5 Jahre p.a.	Vola 3 Jahre	FWW FundStars
3 Banken Renten-Dachfonds	3 Banken-Generali Investment-Gesells.	AT0000744594	1,72	5,59	3,97	4,60	★★★★★
3 Banken Strategie Klassik	3 Banken-Generali Investment-Gesells.	AT0000986351	4,40	6,54	2,86	3,50	★★★★★
Allianz Multi Manager Global Balanced I	Allianz Global Investors Kapitalanlageges.	DE0006372501	4,08	6,76	1,81	4,58	★★★★★
ARIQON Konservativ	C-QUADRAT Kapitalanlage AG	AT0000615836	0,84	5,81	4,56	3,71	★★★★★
AXA Defensiv Invest	AXA Investment Managers Deutschland	DE0009789438	4,36	4,94	0,76	3,79	★★★★★
AXA Portfolio 6	AXA Investment Managers Deutschland	DE0009789529	4,92	7,91	6,77	7,00	★★★★★
Best Global Bond Concept	Feri Trust (Luxembourg) S.A.	LU0173001990	6,53	4,58	3,23	3,13	★★★★★
Best-INVEST 30	LBB-INVEST	DE0005319800	5,05	4,95	1,52	4,68	★★★★★
C-QUADRAT ARTS Total Return Bond	C-QUADRAT Kapitalanlage AG	AT0000634720	1,85	9,16	6,12	5,39	★★★★★
CONCORDIA SELECT Ertrag	Hauck & Aufhäuser Investmentgesellschaft	LU0105298086	4,22	4,73	1,44	3,56	★★★★★
Deka-PB Werterhalt 2y	Deka International S.A.	LU0333672870	2,95	4,06	---	2,07	★★★★★
DekaStruktur: 5 Ertrag	Deka Investment GmbH	DE000DK1CJL4	0,72	2,51	---	1,54	★★★★★
Franklin Templeton Strategic Conservative	Franklin Templeton International Services	LU0236640628	2,22	5,05	1,87	4,36	★★★★★
FT Navigator 25	FRANKFURT-TRUST Investment-Gesells.	DE000A0MURE7	4,22	4,66	---	2,98	★★★★★
FT Navigator 40	FRANKFURT-TRUST Investment-Gesells.	DE0009770354	4,98	5,47	1,04	3,81	★★★★★
HANSAaccura	HANSAINVEST	DE0009766204	3,13	2,49	2,63	1,90	★★★★★
HUK-Vermögensfonds Basis	BayernInvest Luxembourg S.A.	LU0123853409	4,06	4,65	1,73	3,96	★★★★★
Legg Mason Multi-Manager Conservative (USD)	Legg Mason Investments (Luxembourg)	LU0196860273	18,87	13,13	3,54	8,87	★★★★★
Macquarie Portfolio Two	Allianz Invest Kapitalanlagegesellschaft	AT0000781570	3,98	5,92	3,08	4,07	★★★★★
PremiumMandat Defensiv	Allianz Global Investors Luxembourg S.A.	LU0268209441	1,32	6,15	0,67	3,77	★★★★★
Private Banking Premium Ertrag	LBB-INVEST	DE0005320030	2,72	2,97	0,97	1,75	★★★★★
RAM Konservativ	DWS Investment S.A.	LU0093745825	2,31	7,42	5,61	4,48	★★★★★
STS Conservative Portfolio Schroders Multi-Manager	Schroder Investment Management (Lux)	LU0179446652	19,18	13,04	3,55	10,32	★★★★★
STS Schroder Global Conservative Fund	Schroder Investment Management (Lux)	LU0265110899	0,14	8,71	2,25	4,89	★★★★★
UniStrategie: Konservativ	Union Investment Privatfonds GmbH	DE0005314108	1,70	6,88	1,42	4,51	★★★★★
VermögensManagement Substanz	Allianz Global Investors Luxembourg S.A.	LU0321021072	2,77	4,52	---	3,52	★★★★★
ZukunftsPlan IV	Deka Investment GmbH	DE000DK1CJ53	3,17	3,90	---	3,03	★★★★★

Schwerpunkt Dachfonds ausgewogen Welt

(Hier wird ein Teil des Anlagekapitals in Aktienfonds und ein Teil in Rentenfonds investiert.
Zudem wird auch die Anlage in offene Immobilienfonds und Geldmarktfonds praktiziert)

Basis: 148 Dachfonds, mindestens 3 Jahre im Markt, Performance-Stand: 08.06.2012

Fondsname	KAG	ISIN	per 1 Jahr	per 3 Jahre p.a.	per 5 Jahre p.a.	Vola 3 Jahre	FWW FundStars
3 Banken Strategie Dynamik	3 Banken-Generali Investment-Gesells.	AT0000784863	0,68	7,01	0,09	5,54	☆☆☆☆☆
Allianz Horizont Balance	Allianz Global Investors Luxembourg S.A.	LU0103682786	-2,81	7,81	-0,03	8,67	☆☆☆☆☆
AXA Wachstum Invest	AXA Investment Managers Deutschland	DE0009789446	6,15	9,41	-0,66	7,12	☆☆☆☆☆
Carmignac Profil Reactif 50	CARMIGNAC GESTION	FR0010149203	13,39	5,80	2,39	5,65	☆☆☆☆☆
Dexia Patrimonial Low USD	Dexia Asset Management Luxembourg	LU0097189079	10,86	10,79	3,73	9,27	☆☆☆☆☆
Fidelity Demografiefonds Ausgewogen	FIL Investment Management GmbH	DE000A0RHGA4	3,83	6,45	---	6,70	☆☆☆☆☆
Franklin Templeton Strategic Balanced Fund	Franklin Templeton International Services	LU0236640206	2,13	6,56	-0,89	6,45	☆☆☆☆☆
Legg Mason Multi-Manager Balanced (EUR)	Legg Mason Investments (Luxembourg)	LU0196846017	2,71	8,72	0,11	8,00	☆☆☆☆☆
Legg Mason Multi-Manager Balanced (USD)	Legg Mason Investments (Luxembourg)	LU0196861834	14,84	13,84	1,34	8,46	☆☆☆☆☆
Macquarie Portfolio Three	Allianz Invest Kapitalanlagegesellschaft	AT0000781588	1,28	7,06	1,45	7,14	☆☆☆☆☆
MEAG GlobalBalance DF	MEAG MUNICH ERGO Kapitalanlageses.	DE0009782763	3,60	7,37	0,23	6,53	☆☆☆☆☆
Monega Wachstum	Monega Kapitalanlagegesellschaft mbH	DE0005321095	3,12	5,99	-1,09	3,42	☆☆☆☆☆
Pioneer P.F. - StrategiePortfolio Balance	Pioneer Asset Management S.A.	LU0374243821	3,12	5,60	---	5,83	☆☆☆☆☆
PremiumMandat Balance	Allianz Global Investors Luxembourg S.A.	LU0268208047	-0,68	7,28	-0,87	5,76	☆☆☆☆☆
PremiumStars Wachstum	Allianz Global Investors Kapitalanlageses.	DE0009787069	7,08	10,89	1,15	7,64	☆☆☆☆☆
Schoellerbank Global Pension Fonds	Schoellerbank Invest AG	AT0000814991	4,13	7,11	0,59	6,88	☆☆☆☆☆
STS Balanced Portfolio	Schroder Investment Management (Lux)	LU0179448518	13,83	13,28	-0,15	9,79	☆☆☆☆☆
UniStrategie: Ausgewogen	Union Investment Privatfonds GmbH	DE0005314116	0,39	10,12	0,54	7,48	☆☆☆☆☆
VermögensManagement Balance	Allianz Global Investors Luxembourg S.A.	LU0321021155	3,03	6,25	---	5,81	☆☆☆☆☆
VermögensManagement Wachstum	Allianz Global Investors Luxembourg S.A.	LU0321021312	3,10	7,71	---	8,37	☆☆☆☆☆
ZukunftsPlan III	Deka Investment GmbH	DE000DK1CJ46	34,47	13,99	---	12,53	☆☆☆☆☆

Schwerpunkt Dachfonds flexibel Welt

(Dachfonds mit sehr breitem Anlagehorizont und einem Mix der Anlagestile)

Basis: 234 Dachfonds, mindestens 3 Jahre im Markt, Performance-Stand: 08.06.2012

Fondsname	KAG	ISIN	per 1 Jahr	per 3 Jahre p.a.	per 5 Jahre p.a.	Vola 3 Jahre	FWW FundStars
Argentum Performance Navigator	Metzler Investment GmbH	DE000A0MY0T1	1,39	5,50	---	9,15	★★★★★
Best Opportunity Concept	Feri Trust (Luxembourg) S.A.	LU0173002295	0,55	10,00	-4,62	12,68	★★★★★
ComfortInvest Perspektive	KAS Investment Servicing GmbH	DE0002605367	-3,40	5,84	---	12,52	★★★★★
Constantia Multi Invest 92	Semper Constantia Invest GmbH	AT0000A09HN4	-3,89	10,15	---	14,03	★★★★★
DWS Vorsorge Dachfonds	DWS Investment S.A.	LU0272367581	-1,50	6,79	-2,88	12,32	★★★★★
GANADOR - Ataraxia	AXXION S.A.	LU0321869041	-5,49	7,55	---	14,37	★★★★★
Gerling Portfolio Multi ETF Strategie	AmpegaGerling Investment GmbH	DE0009847327	0,85	7,21	0,06	7,31	★★★★★
Global Opportunities HAIG - WorldSelect	Hauck & Aufhäuser Investmentgesellschaft	LU0288319352	-2,04	5,55	-0,67	10,50	★★★★★
Golden Gate Global AMI	AmpegaGerling Investment GmbH	DE000A0MU-QZ4	-4,52	7,25	---	10,36	★★★★★
Guliver Demografie Wachstum	LRI Invest S.A.	LU0195300784	16,52	9,26	-4,42	8,37	★★★★★
IAMF - World Strategy Portfolio	MK Luxinvest S.A.	LU0275530797	-1,21	6,62	-4,13	9,76	★★★★★
IFP International Fund Picking Fund	Universal-Investment GmbH	DE000A0M6DV7	-2,38	4,95	---	6,04	★★★★★
LBBW Balance Konzept	Deka Investment GmbH	DE000DK094K6	-2,42	2,48	---	7,77	★★★★★
Mein QUATTRO eu	JULIUS MEINL Investment GmbH	AT0000618731	-1,15	4,53	-4,32	7,73	★★★★★
Multi Opportunities	DWS Investment S.A.	LU0116291054	1,33	7,74	0,16	8,36	★★★★★
Multi Opportunities II	DWS Investment S.A.	LU0148742835	6,00	6,83	3,26	7,02	★★★★★
Multi-Strategie Global Union	Union Investment Privatfonds GmbH	DE000A0KDYP6	-4,34	4,33	---	7,44	★★★★★
Münchener Bank Global Select	Union Investment Privatfonds GmbH	DE000A0KDYK0	2,29	4,72	---	3,54	★★★★★
MuP Vermögensverwaltung Horizont 10	HANSAINVEST	DE000A0M2H70	-7,28	5,06	---	12,39	★★★★★
MuP Vermögensverwaltung Horizont 5	HANSAINVEST	DE000A0M2H62	-3,18	3,13	---	5,85	★★★★★
nowinta - PRIMUS Global	AXXION S.A.	LU0324528339	-4,56	8,54	---	14,59	★★★★★
PARVEST FLEXIBLE ASSETS PLUS (USD)	BNP Paribas Investment Partners Lux.	LU0089293350	9,02	5,84	0,36	10,40	★★★★★
Patriarch Laransa Wachstums Fonds	Hauck & Aufhäuser Investmentgesellschaft	LU0327869284	-7,55	4,12	---	8,34	★★★★★
Pioneer Investments Wachstum	Pioneer Asset Management S.A.	LU0047059125	3,60	5,81	-3,17	5,64	★★★★★
Prometheus - Global Trendrunner	Alceda Fund Management S.A.	LU0261234297	1,26	2,82	-0,65	9,04	★★★★★
quirin bank Multi Asset Fonds UI	Universal-Investment GmbH	DE000A0Q5R35	0,83	2,20	---	2,76	★★★★★
S & H Globale Märkte	FRANKFURT-TRUST Investment-Gesells.	DE000A0MYEG2	-5,83	5,22	---	10,18	★★★★★
STS Schroder Global Diversified Growth	Schroder Investment Management (Lux)	LU0314807875	-3,88	7,91	---	7,77	★★★★★
SÜDWESTBANK-InterSelect-UNION	Union Investment Privatfonds GmbH	DE0006352727	0,68	6,41	-0,91	7,38	★★★★★
TOP-Investors Global	HANSAINVEST	DE000A0M2JC3	-4,80	4,72	---	12,35	★★★★★
UniStrategie: Flexibel	Union Investment Privatfonds GmbH	DE000A0KDYC7	3,04	5,10	---	3,49	★★★★★
VR Bank Rhein-Neckar Union Balance Invest	Union Investment Privatfonds GmbH	DE000A0KDYG8	-1,01	3,21	---	4,45	★★★★★
Zurich Vorsorge Dachfonds I	DWS Investment S.A.	LU0358624715	-1,73	6,45	---	12,64	★★★★★
Zurich Vorsorge Dachfonds II	DWS Investment S.A.	LU0358627221	-3,64	5,37	---	12,59	★★★★★