

# Risiko & Vorsorge

11. Jahrgang  
Ausgabe 4-2012  
4,90 Euro

Umfassendes Know-how für Spitzenmakler

## Unfall-Renten: Richtig beraten!

### ► InterRisk

Worauf ein Makler bei der Absicherung der Invalidität achten sollte!

### ► Rating

Funktionsinvaliditätsversicherung als Sachversicherung

### ► Serien

- Krankentagegeld Teil 2
- Kinder-Invalidität Teil 2

### ► Interviews

CARDEA.life  
Concordia  
Friends Provident



## Der große Schwung ist hin

Jedes Jahr kommen die Einschläge für den Versicherungsvertrieb näher. Denkt man! Gucken wir doch einmal genau hin. Wer arbeitet wirklich mit Beratungs-Protokoll – einem echten Protokoll – keiner Kreuzchenliste. Wer steigt mit dem Kunden in Bedingungen und Ausschlüsse ein?

Wer qualifiziert sich weiter – gerechnet in Prozent vom gesamten Vermittlergewerbe? Welche Gesellschaft gibt betriebswirtschaftliches Know-how zum Überleben?

Wer kann überhaupt als Vermittler „normal“ leben, plus Rücklagen für die Altersvorsorge bilden? Wer hat laufendes Geschäft, wer holpert sich mühsam durchs Jahr? Wer schimpft auf den Verbraucherschutz, auf den BGH, auf Brüssel, auf die Gesellschaften – aber nie über sich selbst?

Kurzum: An der Oberfläche brodeln es ganz ordentlich, der GDV berät sich ernsthaft über die Weichenstellungen der Zukunft, Journalisten stellen kluge Fragen und zeigen mit dem Finger nach Brüssel. Und vor Ort? Im Geschäftsplan des Vermittlers, in seiner Marketing-Strategie, in seinem Beratungs Know-how – was tut sich da? Viel zu wenig. Rückblickend auf 25 Jahre Finanzmarkt-Journalismus kann ich nur sagen: Es war schon viel mehr los, mehr Aktivität, mehr Interesse. Mehr Motivation!

Die Ursache ist klar. Die Summe der Kollegen ist über 45 Jahre alt. Da rafft man sich nicht zwingend noch einmal auf. Da hat man genug Maklerbetreuer kommen und gehen sehen. Genug Produkte am Fließband aufgefangen und zum Kunden transportiert. Der große Schwung ist einfach hin.



Herzlichst  
Ihr

Klaus Barde  
Herausgeber

# »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?

2. Auflage 2007  
336 Seiten · € 29,90



**campus**

Frankfurt · New York

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

Unfall

10

■ Trends und Entwicklungen in der Unfallversicherung

Schwerpunkt: Beratungshilfen für die Vermittlung von Unfallrenten. In den vergangenen Jahren haben die deutschen Unfallversicherer diverse Produktneuerungen eingeführt und lange Zeit bestehende Ausschlussbestimmungen aus den Bedingungswerken verbannt. Besonders innovativ waren in der jüngeren Vergangenheit die Versicherer Haftpflichtkasse Darmstadt, InterRisk und VHV. Als neuer Trend etabliert hat sich in diesem Zusammenhang die immer umfassender werdende Mitversicherung diverser Assistenzleistungen nicht nur für Senioren. .... 10

■ Produktsteckbriefe ausgewählter Gesellschaften zur Unfallrente ..... 17



■ Worauf ein Makler bei der Absicherung der Invalidität achten sollte.

Wolfgang Bussmann,  
InterRisk Versicherungs-AG. .... 34

Serie: Invaliditätsabsicherung für Kinder

36

Teil 2 – Notwendige Absicherung mit Mut zur Lücke

Wer seine Maklerpflichten ernst nimmt, berät seine Kunden möglichst umfassend. Dazu gehört auch eine Absicherung etwaiger Kinder gegen Invalidität.

Interview

42



„Deutlich positive Wertentwicklungen“

Gespräch mit Stefan Giesecke, Vorstand der fpb AG, Vertriebsmanagementgesellschaft von Friends Provident International.

Serie: Krankengeld und Krankentagegeld

44

Teil 2 - 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.

Pflegeversicherung

53



■ Statement

2013 – Endlich das Jahr der Pflege?  
Statement von Johannes Grale,  
Vorstand Concordia Krankenversicherungs-AG. .... 53

■ Kapitalgedeckte Pflegeversorgung geht an den Start: Pflege-Bahr

Am 6. Juni 2012 hat die deutsche Bundesregierung entschieden, erstmals private Pflegezusatzversicherungen nach dem Vorbild der Riesterrente staatlich zu fördern. Das „Pflegerneuerungsrechtsgesetz“ soll zum 1. Januar 2013 in Kraft treten. .... 54



**Teil 1**  
**Risiko & Vorsorge 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 3/2011**

- Nutzwärmeschäden • Sengschäden • Blindgängerschäden • Schäden durch radioaktive Isotope • Schäden durch Marderverbiss



**Teil 3**  
**Risiko & Vorsorge 4/2011**

- Schäden durch Marder & andere Nagetiere • Besondere Haftungsrisiken • Beispielhafte Anbieter mit eingeschlossener Ertragsausfallversicherung für Schäden an Solar- und Photovoltaikanlagen

**Berufsunfähigkeit**

57

**Der Golden BU Vorsorgeschutz der LV 1871**

Viele Kunden besitzen Vorsorgeverträge ohne Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit. Die Gründe dafür können vielfältig sein und reichen von „Vergessen“, über „Keine Lust“ bis zu „schlechter Gesundheitszustand“ oder „Beitragsbefreiung war nicht möglich“. Natürlich ist es wenig zufrieden stellend, wenn die laufende Baufinanzierung oder der Riesterfondssparplan Ihres Kunden trotz Berufsunfähigkeit fortgezahlt werden muss.

**Produktauswahl**

58

**Wie sollte der Makler Produkte von Lebensversicherungsunternehmen auswählen?**

In diesem Beitrag stellen wir zur Durchführung der Partner- und Produktauswahl ein Modell und den dazugehörigen systematischen Auswahlprozess vor. Die Vorgehensweise ist VVG-konform und unterstützt den Makler bei einer seiner anspruchsvollsten Aufgaben.

**Rechtsschutz**

60

■ **Verwaltungsrechtsschutz mit Ausschlüssen**

Noch in diesem Jahr wird die Veröffentlichung des Gesetzesentwurfs zur Kostenrechtsmodernisierung erwartet. Sollte dieser umgesetzt werden, so wird mit einer Erhöhung der Anwaltshonorare um fast 11 Prozent gerechnet, während die Bundesländer zugleich eine Erhöhung der Gerichtsgebühren um fast 20 Prozent fordern.

■ **Der neue Rechtsschutztarif der AUXILIA**

Haftungsminimierung nicht gleich Haftungsfreiheit .....66

**Interview**

72



**„Kein anderer Anbieter bietet die Leistungsvielfalt von CARDEA safety.first“**

Gespräch mit Markus Brugger, Vorsitzender der Geschäftsleitung der PrismaLife AG und Stefan Giesecke, Vorstand der fpb AG.

**Rating**

74

**7 Jahre WFS-Leistungsratings**

Erläuterungen zur Rating-Qualität ..... 74

Rating Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) als Sachversicherung ..... 76

Rating Unfallversicherungen ..... 82

Rating Stationäre Krankenzusatztarife ..... 86

Rating Pfl egetagegeld- und Pfl egetagegeldversicherung ..... 88

Rating Hausratversicherungen ..... 92

Rating Privathaftpflichtversicherungen ..... 93

Rating Wohngebäudeversicherungen ..... 94

Rating Hundehalterhaftpflichtversicherungen ..... 95

Rating Jagdhaftpflichtversicherungen für Jäger/Förster ..... 96

Rating Pferdehalterhaftpflichtversicherungen ..... 98

**Vertriebsservice / Maklerstudie**

Immer mehr Makler wollen unabhängig bleiben\*. Unabhängigkeit ist für 97 Prozent sehr wichtig. Makler haben in diesem Zusammenhang auch präzise Anforderungen an die Vertriebsunterstützung der Gesellschaften.

1. Klare interne Strukturen und Zuständigkeiten sind demnach die beste Vertriebsunterstützung (90 Prozent, 2011: 95 Prozent).
2. Experten-Telefonhotline, (89 Prozent, 2011: 82 Prozent).
3. Beratungssoftware (82 Prozent, 2011: 85 Prozent)
4. Neutrales Material für die Kundenberatung (80 Prozent, 2011: 82 Prozent).
5. Unterstützung bei der Bestandsbetreuung (74 Prozent, 2011: 71 Prozent)
6. Hilfe bei der Neukundengewinnung (62 Prozent, 2011: 52 Prozent)
7. Unterstützung bei der Bestands-Bewertung (42 Prozent).

Die Bereitschaft, neue Partner aufzunehmen nimmt ab (30 Prozent, 2011: 37 Prozent). Gut 50 Prozent können auf einen Maklerbetreuer vor Ort gern verzichten.

*\*Repräsentative Umfrage unter 300 Versicherungsexperten. April bis Juni 2012. Maklertrendstudie 2012/2013: „Vertriebsservice“ - www.maklermanagement.ag*

**Gütesiegel als Verkaufsargument**

Die Bekanntheit von Gütesiegeln unter privaten Versicherungskunden hat sich seit 2008 um acht Prozentpunkte auf 69 Prozent gesteigert.\* Mehr als ein Viertel der Versicherungsnehmer (27 Prozent) gab an, sich aufgrund einer Auszeichnung weitere Informationen einzuholen. 42 Prozent fühlen sich durch die Auszeichnung einer Versicherung im Bezug

auf ihre bestehenden Verträge bestätigt. *\*Ergebnis der aktuellen Marktstudie „Kundenmonitor Assekuranz 2012“. Marktforschungs- und Beratungsinstituts YouGov. 2.243 Entscheider und Mitentscheider in Versicherungsangelegenheiten wurden im Zeitraum vom 16. April bis 20. Juni repräsentativ befragt. Informationen zur Studie: <http://research.yougov.de/services/kundenmonitor-assekuranz/>*

**ALTERSARMUT**

In der Diskussion zum Thema Altersarmut hat das Deutsche Institut für Altersvorsorge (DIA) Fakten vorgelegt.

1. Für ältere Menschen ist das generelle Armutsrisiko in den vergangenen zehn Jahren etwa gleich geblieben. Das Armutsrisiko für die Gesamtbevölkerung stieg.
2. Seit dem Jahr 2000 sinken die von der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) ausgezahlten individuellen Beträge für männliche Neurentner. Wer 2011 in Rente ging, erhielt im Schnitt sieben Prozent weniger Rente als jemand, der 2001 in den Ruhestand ging.
3. Die Auswirkungen sinkender GRV-Zahlbeträge werden durch einen gegenläufigen Trend abgefedert. Alte Menschen leben vermehrt in gemeinsamen Haushalten. Damit können individuelle Einkommensdefizite besser ausgeglichen werden. Fixe Kosten werden auf zwei Personen verteilt.
4. Die große Mehrheit der Selbständigen hat genug Geld, um für das Alter vorzusorgen.
5. Vorrangig Alleinstehende sind im Rentenalter häufiger von Armut bedroht als der Durchschnitt der Gesamtbevölkerung. Überproportional sind Frauen betroffen.
6. Der Rentenversicherungsbericht 2011 der Bundesregierung sagt: Das Rentenniveau vor Steuern sinkt im Zeitraum 2008 bis 2025 von 50,5 auf 46,2 Prozent des Durchschnitts-Nettolohnniveaus. Das Versorgungsniveau vor Steuern einschließlich Riester-Rente steigt auf 61,3 Prozent. [www.dia-vorsorge.de](http://www.dia-vorsorge.de)



**Haftung für die Beratung**

Ein Versicherungsnehmer, der behauptet, aufgrund fehlerhafter Beratung und Empfehlung eines Versicherungsvertreters einen Wechsel von seinem bisherigen Krankenversicherer zu einem neuen vorgenommen zu haben, kann zulässig Feststellungsklage zur Haftung des Vertreters und des neuen Versicherers dem Grunde nach erheben, wenn er durch den Wechsel zwar derzeit geringere Beiträge zahlt, aber seine langjährige Alterungsrückstellung verloren hat und der Deckungsumfang der neuen Versicherung erheblich geringer ist als bisher.

Eine Beratungsdokumentation, die ausschließlich auf dem schematischen Ankreuzen bestimmter Themenbereiche ohne nähere Erläuterung beruht, genügt hier nicht!  
*OLG München, Urteil vom 22.06.2012 - 25 U 3343/11, BeckRS 2012, 15241*

**Performancegebühren**

*Fonds mit Erfolgsprämien für das Management schneiden schlechter ab als Produkte ohne diese Gebühr.*

Eine Performance-Fee beträgt bis zu drei Prozent des verwalteten Anlagevermögens. Diese Prämie wird häufig auch gezahlt, wenn der Fonds Verluste erzielt hat. Dann, wenn die Rendite weniger stark eingebrochen ist, als die zum Vergleich dieses Fonds gewählte Benchmark. Laut BVI nehmen die Fonds mit „Belohnung“ jedoch ab. „Ein Fondsmanager, der erst durch eine Performance-Fee motiviert wird, hohe Renditen für seine Anleger zu erzielen, hat definitiv den falschen Beruf gewählt“, so Klaus-Dieter Erdmann, Geschäftsführer des Finanzdienstleister MMD.

Die Ratingagentur Scope hat ermittelt: Aktienfonds ohne Erfolgsvergütungen erzielten von 2009 bis 2011 im Schnitt eine jährliche Rendite von 15,11 Prozent. „Fonds der gleichen Anlagekategorie mit einer Performance-Fee kamen hingegen im selben Zeitraum nur auf einen durchschnittlichen Jahresertrag von 14,6 Prozent“, sagt hierzu Sasa Perovic, Director Investmentfonds bei Scope. [www.scope.de](http://www.scope.de)

**■ Sportunfähigkeits-Versicherung**

Die Maklerfirma Wunderlich Financial Consulting GmbH hat mit einem Versicherer eine Sportunfähigkeits-Versicherung für Berufssportler konzipiert. Diese Absicherung greift, wenn der Berufssportler wegen eines Unfalls oder einer Krankheit seiner bisherigen Tätigkeit nicht mehr nachgehen kann.

Versichert wird eine Einmalzahlung von bis zu fünf Jahreseinkommen, maximal 5,25 Millionen Euro. Ferner können Leistungen bei Unfalltod oder ein Tagelohn bis zum 730. Tag eingeschlossen werden. Die Prämie orientiert sich am Alter und der Sportart. Für die Auszahlung der Leistung genügt ein Gutachten durch einen anerkannten Arzt, der die Berufs- oder Funktionsunfähigkeit bescheinigt. Eine Nachprüfung durch den Versicherer findet nicht statt. Der Versicherungsschutz gilt weltweit.  
[www.wunderlich-consulting.net](http://www.wunderlich-consulting.net)

**■ Nürnberger: „Einsteiger-BU“**

Die neue „Einsteiger-BU“ der Nürnberger ist eine selbstständige Berufsunfähigkeits-Versicherung mit einer in den ersten fünf Jahren erhöhten versicherten BU-Rente. Diese dient als Zusatzleistung wegen „der fehlenden staatlichen Absicherung“ in dieser Zeit.

Die Prämie für diesen Zeitraum liegt deutlich unter dem Anfangsbeitrag einer Selbstständigen BU. Zwischen dem sechsten und dem zehnten Versicherungsjahr steigt diese an. Die Versicherung kann zwischen dem 14. und 30. Lebensjahr abgeschlossen werden.  
[www.nuernberger.de](http://www.nuernberger.de)

**■ Deutsche Makler Akademie (DMA)**

Seitens der DMA wurden bereits 1500 Experten für Betriebliche Altersversorgung zertifiziert. Das Know-how hierzu wird an drei mal zwei Arbeitstagen vermittelt. Diese qualifizierte Weiterbildung, die es für insgesamt sechs Fachgebiete gibt, ist die Nr. 1 unter den Angeboten im Bildungsprogramm der Deutschen Makler Akademie.  
[www.deutsche-makler-akademie.de](http://www.deutsche-makler-akademie.de)

**■ Produkte für den Verbraucher, nicht für den Vertrieb**

„Provisionen sind jedoch nur erlaubt, solange die Mitgliedsstaaten sicherstellen, dass Gebühren an den Kunden weitergegeben werden oder wenn die Gebühren für die Bereitstellung eines Produkts notwendig sind.“ Das Ziel müsse sein, Produkte für den Verbraucher zu bieten und nicht für den Vertrieb.

Europaabgeordneter Markus Ferber (CSU) / Berichterstatter für MiFID2  
*Quelle: Versicherungsjournal vom 26.09.2012*

sollte ein Riester-Vertrag zeigen, wie viel Sparguthaben der Kunde zu welchem Zeitpunkt mindestens erreichen wird. Nur so kann er erkennen, wie wenig ihm bleibt, wenn er einmal nicht mehr zahlen kann und den Vertrag beitragsfrei stellt oder die Rentenzeit früher als geplant einsetzt.  
[www.test.de](http://www.test.de)

**■ NEU: Rhion-Haftpflicht**

Der Maklerversicherer Rhion Versicherung AG bietet bei seiner privaten Haftpflicht jetzt einen Baustein für Opfer von Gewaltverbrechen. Der Versicherungsfall tritt ein, wenn ein Versicherter erfolgreich einen Antrag nach dem Opferentschädigungs-Gesetz gestellt hat. Die Einmalleistung beträgt maximal 50.000 Euro. Sie hängt von der staatlichen Bewilligung ab.  
[www.rhion.de](http://www.rhion.de)

**Startschuss Pflege-Offensive.**

Jetzt noch attraktivere Leistungen für Sie und Ihre Kunden!

- Pflegestufe 0 für Demenzabsicherung
- Einmalleistung bis 10.000 EUR
- Vertriebstool Pflege-Lotse kostenlos
- Blog [www.bahrgeld.de](http://www.bahrgeld.de)



Verschenken Sie weder Zeit noch Geld. Jetzt durchstarten!

Für Sie vor Ort:  
**DKM 2012  
Halle 3B – Stand D11**  
Wir freuen uns auf Ihren Besuch.

**MÜNCHENER VEREIN**  
VERSICHERUNGSGRUPPE  
Der Generationen-Versicherer  
Kostenfreie Info-Hotline:  
0800/8007008  
info@muenchener-verein.de  
www.muenchener-verein.de

**■ Finanztest: Münchener Verein**

Finanztest untersuchte in der Septemberausgabe rund 250 Familientarife im Bereich der Privat-Haftpflichtversicherung. Der Münchener Verein erzielte zweimal – für den Tarif Optimal und den Tarif Komfort – ein „sehr gut“. Eine Bestätigung der Ergebnisse zur Privat-Haftpflichtversicherung aus Finanztest 4/2010.  
[www.muenchener-verein.de](http://www.muenchener-verein.de)

**■ Gesundheitsschutz geht vor Firmenwagen**



Für knapp jeden zweiten Arbeitnehmer in Deutschland ist ein betrieblicher Gesundheitsschutz wichtiger als ein vom Arbeitgeber finanzierter Firmenwagen. Dennoch steht die betriebliche Krankenversicherung im Schatten. So die ernüchternden Ergebnisse einer aktuellen Umfrage der Süddeutschen Krankenversicherung. 1.000 Arbeitnehmer wurden befragt.  
[www.sdk.de](http://www.sdk.de)

**■ Finanztest: Riester-Prüfstand**

Nur fünf Angebote von 29 Klassischen Riester-Tarifen wurden von Finanztest mit „gut“ bewertet. Je nach Anbieter bekam der „Finanztest“-Modellkunde eine garantierte Monatsrente zwischen 138 und 161 Euro. Ein Unterschied, der nach 15 Jahren zwischen dem besten und dem schlechtesten Angebot im Test 4.140 Euro bei der Garantierente ausmacht. Versicherer, die hohe Kosten benötigen, fallen generell weit nach hinten ab. Nach Meinung von „Finanztest“

**LV: Verwaltungskosten**

Die Verwaltungskosten der deutschen Lebensversicherer haben gemäß Map-Report in 2011 einen neuen Tiefststand erreicht.

Im Rahmen der 88 analysierten Lebensversicherungs-Gesellschaften gibt es eine Bandbreite von 0,8 Prozent bis 12,48 Prozent.

Die Lebensversicherer mit den geringsten Verwaltungskosten

Rang	Versicherer	Quote 2011 <sup>1</sup>	Quote 2010 <sup>1</sup>	Veränderung
1	Europa	0,80	0,78	+ 0,02
2	Cosmos	0,94	0,92	+ 0,02
3	Neue Leben	1,06	1,11	- 0,05
4	ltzehoer	1,07	1,09	- 0,02
5	HanseMerkur24	1,10	1,09	+ 0,01
6	Allianz	1,11	1,10	+ 0,01
7	Hannoversche	1,22	1,24	- 0,02
8	Debeka	1,28	1,30	- 0,02
9	HUK-Coburg	1,48	1,75	- 0,27
10	Öffentliche Sachsen-Anhalt	1,50	1,30	+ 0,20

<sup>1</sup> Verwaltungsaufwendung brutto in Prozent der verdienten Bruttobeiträge  
Quelle: Map-report 811 – 813/2012 / www.map-report.de

**Sex an der Uni – oder was?**

Umfragen von Continentale und CosmosDirekt dokumentieren sehr großen Beratungsbedarf

Die Continentale-Studie 2012, für die TNS Infratest im Auftrag der Continentale Krankenversicherung 1.285 Bundesbürger ab 25 Jahren befragt hat, zeigt auf: Der Begriff Uni-Sex ist mehrheitlich in der Bevölkerung nicht zu übersetzen. Es gibt keine Bevölkerungsgruppe, die sich mehrheitlich gut über das Thema informiert fühlt. Und gemäß einer von Icon Added Value im Auftrag von Cosmos Direkt durchgeführten Online-Umfrage unter 527 Personen haben weniger als jeder dritte Befragte einmal von den neuen Tarifen gehört.

**Wie möchten Sie sich zum Thema „Unisex-Tarife“ informieren?**

Mit Unterstützung meines Versicherungsvertreters.



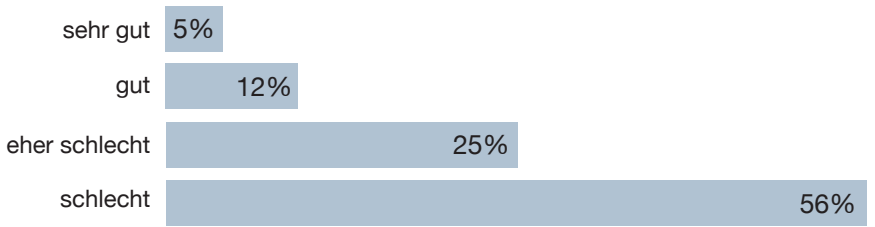
Ich hole selbstständig Informationen ein, zum Beispiel im Internet.



Ich brauche oder möchte keine Informationen.



**Wie gut fühlen Sie sich zum Thema „Einführung von Unisex-Tarifen“ informiert?**



Quelle: Continentale Krankenversicherung a.G.  
1.285 Befragte, fehlende Zahlen zu 100%: weiß nicht/keine Angabe oder Rundung

**§ Außerbörslich gehandelte Wertpapiere**

Der Bundesgerichtshof hat mit einem Grundsatzurteil zur Haftung für fehlerhafte Verkaufsprospekte bei außerbörslich gehandelten Wertpapieren die Rechte von Kleinanlegern gestärkt. Ein Kleinanleger klagte auf Rückabwicklung des Erwerbs von Inhaberschuldverschreibungen der jetzt insolventen Wohnungsbaugesellschaft Leipzig-West AG (WBL). Höhe 5.000 Euro. Der BGH sah den Verkaufsprospekt mit dem Titel „Ausgewogene Konditionen“ als „unvollständig“ und damit fehlerhaft an. Der hier mit einer weiteren Gesellschaft bestehende Beherrschungs- und Gewinnabführungsvertrag, der dem Mehrheitsaktionär den Zugriff auf Anlagegelder der WBL erlaubte, hätte im Prospekt erläutert werden müssen. Selbst bei sorgfältiger Lektüre des Prospekts war dies nicht zu erkennen. Das Urteil ist nach Angaben des BGH „richtungsweisend“ für weitere in unteren Instanzen laufende Fälle. *BGH 18. September 2012 - XI ZR 344/11*

**Messe & Kongress Honorarberatung**  
16.10.2012 · Rheingoldhallen Mainz



Leitmesse zur Honorarberatung in Deutschland. Messe & Kongress Honorarberatung am 16. Oktober 2012 in Mainz bietet das gesamte Know-how zur Honorarberatung mit mehr als 40 Ausstellern, über 30 Vorträgen und zahlreichen Round-Tables. Die Veranstaltung ist beim FPSB Deutschland unter der Reg.-Nr. 12-54 registriert und mit 10,5 Credits bewertet.

Mit Flossbach von Storch, Mack & Weise, Carmignac Gestion, Augsburger Aktienbank, comdirect, Ebase, Fondsdepotbank, Eyb & Wallwitz, Norda Investment, Credit Suisse, InterRisk Lebensversicherung, Hannoversche Leben, XPS Finanzsoftware, Softfair, Veritas Investment, db x-trackers, comstage, Lyxor, F&C Thames River, DJE Kapital AG, Fidentum, u.v.m.  
[www.honorarberaterkongress.de](http://www.honorarberaterkongress.de)

**BGH: LV-Bedingungen ungültig**

**Einer Verbandsklage der Verbraucherzentrale Hamburg gegen die Deutscher Ring Lebensversicherung über die Wirksamkeit von Versicherungs-Bedingungen wurde vom BGH pro Verbraucherzentrale entschieden (IV ZR 201/10).**

Demnach können jetzt ehemalige Kunden eine Nachberechnung ihrer Rückkaufswerte verlangen. Streitgegenstand war der Einsatz der Klauseln zu Rückkaufswerten, Stornoabzügen sowie zur Verrechnung von Abschlusskosten (Zillmerung) beim Abschluss neuer und bei der Abwicklung bereits geschlossener Versicherungsverträge.

**Abschlusskosten-Verrechnung**  
Der BGH hat entschieden, dass Bedingungen, nach welchen die Abschlusskosten, bei denen es sich zu einem

erheblichen Teil um Vermittlungsprovisionen handelt, mit den ersten Beiträgen verrechnet werden, eine unangemessene Benachteiligung des Versicherungsnehmers sind. Sie sind deshalb unwirksam.

Zillmerung führt wie bekannt dazu, dass Versicherungsnehmer, die ihren Vertrag bereits nach wenigen Jahren und generell vor Ablauf der vereinbarten Laufzeit kündigen, oft einen nur geringen oder im Einzelfall auch gar keinen Rückkaufswert erhalten.

**Signalwirkung**

Eine unangemessene Benachteiligung des Versicherungsnehmers liegt zudem vor, wenn dem Versicherungsnehmer nach allen Abzügen verbleibende Beträge unter 10 Euro nicht erstattet werden. Dem Urteil wird eine Signalwirkung für die ganze Branche zugesprochen.

Weitere Klagen gegen Marktführer Klagen gegen Allianz, Ergo, Generali und Iduna liegen laut Hamburger Verbraucherzentrale dem BGH bereits zur Entscheidung vor. Alle betroffenen Kunden des Deutschen Rings können sich auf den BGH berufen. Wenn sie vom Versicherer eine Korrektur der Rückkaufswerte verlangen, werden sie im Sinne des Urteils entschädigt und brauchen nicht selbst zu klagen.

**Kurzlebige Verträge**

Der Bund der Versicherten e.V. (BdV) will ermittelt haben, dass von 100 Sparern, die mit 30 Jahren einen Altersvorsorgevertrag für den Rentenbeginn im Alter 67 abschließen, nur 26 den Vertrag bis zum Rentenbeginn bedienen. Bei fondsgebundenen Verträgen sollen nur fünf Prozent den Rentenbeginn „erleben“.

# Guter Geschmack muss nicht teuer sein.

Besuchen Sie uns an unserem Stand C01, Halle 4 auf der DKM in Dortmund!



## Maßgeschneiderte Unfallversicherung für Frauen, die wissen was sie wollen.

Unfallschutz muss kompromisslos passen. Und sollte für jeden finanzierbar sein! Besonders attraktiv ist die Unfallversicherung der InterRisk für Frauen unter 40 Jahren: Bei Abschluss bis **20.12.2012\*** zahlen Frauen, unabhängig von der Berufstätigkeit, rund  $\frac{1}{3}$  weniger als Männer der Gefahrengruppe A.

**Leistungsauszug XXL-Konzept:**

- Kinder beitragsfrei schon während der Schwangerschaft mitversichert
- Kosten kosmetischer Operationen ohne Entschädigungsgrenzen
- „Ausgezeichnetes“ Preis-Leistungsverhältnis
- und viele weitere Highlights ... auch für Männer

Bieten Sie Ihren Kundinnen ganz einfach das an, was sie auch verdienen: den besten Unfallschutz der InterRisk.

**Jetzt informieren!** Telefon: 0611 - 27 87 -381 oder -382



Ausführliche Informationen unter:  
[www.interrisk.de](http://www.interrisk.de)

**InterRisk**   
VIENNA INSURANCE GROUP



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

Allianz – AXA – Baden-Badener – Barmenia – Basler – Continentale – ERGO – E+S Rück – Generali – Gothaer – Haftpflichtkasse Darmstadt – Häger – Hannover Rück – HDI-Gerling – InterRisk – Janitos – Konzept & Marketing – Nürnberger – NV-Versicherungen – Swiss Life Partner – VHV

# Trends und Entwicklungen in der Unfallversicherung

Schwerpunkt: Beratungshilfen für die Vermittlung von Unfallrenten

In den vergangenen Jahren haben die deutschen Unfallversicherer diverse Produktneuerungen eingeführt und lange Zeit bestehende Ausschlussbestimmungen aus den Bedingungswerken verbannt. Selbstverständlich marschieren die Anbieter in diesem Zusammenhang nicht im Gleichschritt. Besonders innovativ waren in der jüngeren Vergangenheit die Versicherer Haftpflichtkasse Darmstadt, InterRisk und VHV.

Als neuer Trend etabliert hat sich in diesem Zusammenhang die immer umfassender werdende Mitversicherung diverser Assistenzleistungen nicht nur für Senioren. Beispiele sind Essenslieferungen für unfallbedingt bettlägerige Kunden, unfallbedingte Pflege oder Hausnotrufdienste.



Autor: Stephan Witte

## Ausschnittsdeckung und Rechtsstreitigkeiten

Verbraucherschützer kritisieren seit Jahren, dass Unfallversicherungen nur eine unzureichende Ausschnittsdeckung bieten. Auch ist es Fakt, dass sich zwar jährlich etliche Unfälle ereignen, doch nur ein geringer Anteil davon eine bleibende Invalidität hervorruft und eine solche nur in etwa 25% aller Fälle einen Invaliditätsgrad von 25% übersteigt.

Progressionstarife kommen also bei den meisten versicherten Unfällen gar nicht erst zum Tragen.

Greift man die Kritik der Verbraucherschützer auf, so besteht in der Tat überwiegend kein Versicherungsschutz für das Risiko einer krankheitsbedingten Invalidität – sieht man einmal von Leistungen im Rahmen der Infektionsklausel sowie einer teilweisen Mitversicherung einzelner schwerer Krankheiten (z.B. Krebs und benigner Gehirntumor bei der Haftpflichtkasse Darmstadt) ab.

Einen möglichen Weg aus dieser „Miserere“ zeigen die im Vertrieb überaus erfolgreichen Funktionsinvaliditätsversicherungen (FIV) auf wie sie etwa AXA (Existenzschutzversicherung), Barmenia (Barmenia-Opti5Rente) oder Janitos (Multi-Rente) als Sachversicherer anbieten. Hier wird sowohl bei schwerwiegenden Unfällen eine Unfallrente, aber auch bei pflegebedingter Invalidität, bei Verlust definierter Grundfähigkeiten oder einer Invalidität als Folge diverser Organschäden eine Rentenleistung fällig.

### Massive Margeneinbußen

Ein tatsächliches Problem stellt jedoch die Entwicklung der letzten Jahre dar, wonach die Unfallversicherung als früherer „Goldesel“ der Branche massive Margeneinbußen hinnehmen musste. Gerade auf dem Maklermarkt ist der Wettbewerb sehr stark, so dass maximale Leistungen zum minimal möglichen Preis geradezu gefordert werden.

Dass dies nicht immer gut geht, hat beispielsweise die Baden-Badener im Jahre 2006 gezeigt, als rund ein Drittel aller Bestandskunden vor die Wahl gestellt wurden, entweder einer Beitragsanpassung oder einer Kündigung durch den Versicherer zuzustimmen. „Finanztest“ berichtet von einem Fall, bei dem Erhöhung satte 55 Prozent betragen sollte!

Für negative Presse sorgen auch immer wieder Gerichtsurteile, in denen es um Streitigkeiten zwischen Kunden und Versicherern ging, weil vom Versicherungsnehmer erwartete Leistungsinhalte nicht mit den Vorstellungen des Anbieters übereinstimmten. Wenngleich naturgemäß keine Seite stets Recht bekam, bedeuten öffentlich ausgetragene Rechtsstreitigkeiten doch teils erhebliche Imageverluste für einzelne Unternehmen oder sogar für die Versicherungswirtschaft als Ganzes.

### Aktuelle Rechtsprechung

Gerade rund um das Thema „Eigenbewegungen“ ergingen in den letzten Jahren immer wieder neue Entscheidungen.

Zuletzt kam es am 28.03.2012 zu einem Urteil des Oberlandesgerichts München (Az. 25 U 5554/10), bei dem es um die Folgen einer durch Eigenbewegung verursachten Sportverletzung ging:

Ein Fußballspieler hatte einen Ball in Brusthöhe auf sich zukommen sehen und schlug diesen mit seinem Fuß kraftvoll weg. Dabei vollführte er eine leichte Drehung. Beim Aufkommen auf dem glatten Rasen zog er sich eine Absprengung des Volkmannschen Dreiecks (Knochenstück an der hinteren Schienbeinkante) zu.

Der Verletzte musste von den Sanitätern vom Platz getragen werden und erlitt eine dauerhafte Invalidität von zehn Prozent.

### Frauen von Unfällen meist wesentlich stärker betroffen

In der weltweit bisher größten Studie ihrer Art hat die E+S Rück in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Hochschule Hannover von September 2000 bis März 2006 u.a. die psychischen Langzeitfolgen schwerer Unfälle, die Analyse der Sterblichkeit nach solchen Unfällen und die Abwicklung von Unfallschäden bei insgesamt 1.560 Fällen per Zufallsstichprobe untersucht. Alle untersuchten Personen waren zum Unfallzeitpunkt zwischen 3 und 60 Jahren alt, hatten seit dem Unfall mindestens 10 Jahre überlebt und ein Polytrauma erlitten.

Zu den Ergebnissen gehörten unter anderem, dass es in 19,8% (Männer) bzw. 27,6% (Frauen) der Fälle zu einer Frühverrentung als Folge eines schweren Unfalls kam. Ein Rentenbezug aus Berufsgenossenschaft, Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente erfolgte in 44,6% (Männer) bzw. 37,9% (Frauen) der Fälle. Weitere ökonomische und soziale Folgen waren in sehr vielen Fällen hohe finanzielle Verluste, eine Verschlechterung des monatlichen Nettoeinkommens, Arbeitslosigkeit oder die Notwendigkeit von unfallbedingten Umschulungen.

Finanziell besonders hart traf es Personen ohne zusätzliche Unfallabsicherung, da in 21,7% (Männer) bzw. 18,4% (Frauen) der Fälle weder ein Fremdverschulden, ein Wegeunfall oder Sozialversicherungsträger (Erwerbsminderungsrenten) vorlagen. Gut 20% aller

Unfallopfer wurden als Folge eines Unfalls erwerbsunfähig, 30% verloren als Folge ihren Arbeitsplatz.

Bei etwa 23% aller Geschädigten reduzierte sich nach einem Unfall erheblich der Freundeskreis und bei 11,9% (Männer) bzw. 20,5% (Frauen) der Personen kam es als Folge zu einer posttraumatischen Belastungsstörung.

Der durchschnittliche Invaliditätsgrad für 3–17jährige Kinder lag bei 33,5%, bei den 18–59jährigen Männern bei 35,6% und bei den 18–59jährigen Frauen bei 30,6%.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass zwar der durchschnittliche Invaliditätsgrad bei Männern nach schweren Unfällen höher liegt, die finanziellen und sozialen Folgen für Frauen jedoch in aller Regel deutlich gravierender sind.

Deutlich erhöht im Verhältnis zur Normalbevölkerung zeigte sich nach schweren Unfällen auch die Sterblichkeit von Opfern schwerer Unfälle. So betrug die Übersterblichkeit noch 11–15 Jahre nach einem Unfall 211%, 16–20 Jahre danach noch 79% und selbst 21–25 Jahre darauf immer noch 19%.

Wenig erfreulich war in vielen Fällen auch die Schadenabwicklung. Laut Untersuchung mussten 27,1% der Männer und 35% der Frauen für die Durchsetzung ihrer Ansprüche einen Prozess gegen den jeweiligen Unfallversicherer führen. Der zeitgleiche Abschluss einer Rechtsschutzversicherung kann daher von Vorteil sein.

Der Versicherer sah in diesem Fall den Unfallbegriff als nicht erfüllt an und verwies auf eine ungeschickte (damit jedoch auch willensgesteuerte) Eigenbewegung als Unfallursache.

Dies sahen Kläger und Gericht jedoch anders. Tatsächlich habe der Spieler nicht erwarten können, dass er diesmal anders als sonst nicht unbeschadet landen könne. Der eingetretene Schaden zeige damit, dass der Geschädigte den beschriebenen Vorgang nicht wie beabsichtigt beherrscht habe. Damit handelte es sich im Sinne der Unfallbedingungen um ein plötzlich (also unvermittelt und kurzfristig) von außen unfreiwillig auf den Körper einwirkendes Ereignis.

### Optionale Mitversicherung von Eigenbewegungen

Speziell im Zusammenhang mit Sportverletzungen spielen oft Streitigkeiten eine Rolle, bei denen zu entscheiden ist, ob es sich um einen versicherten Unfall durch ein plötzliches und unfreiwilliges Ereignis oder um die Folgen einer willensgesteuerten Eigenbewegung handelt. Daher sollten Makler ihren Kunden zumindest die Möglichkeiten einer Mitversicherung aufzeigen. Viele Hochleistungstarife der Gesellschaften sehen seit einigen Jahren in stark zunehmender Zahl entsprechende Klauseln als Einschluss vor.

Besonders umfangreich gestaltet sich diese Mitversicherung im Tarif XXL (Stand 07.2011) aus dem Hause InterRisk. Hierzu heißt es in den Bedingungen wie folgt:

*„Als Unfallereignis gilt auch:*

*a) der Eintritt von Gesundheitsschäden infolge Eigenbewegungen (diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Verletzungen von Bandscheiben, Kopf, Lunge, Herz und Blutungen innerer Organe),*

*[...]*

*Zu den versicherten Eigenbewegungen (Absatz a)) zählen auch Kraftanstrengungen. Für einen Oberschenkelhalsbruch oder einen Armbruch leisten wir, ohne dass es auf die Ursache ankommt und ohne uns auf eine Verursachung durch Krankheiten nach § 2 zu berufen. Zu den nicht unter den erweiterten Versicherungsschutz für Eigenbewegungen fallenden Verletzungen des Kopfes zählen beispielsweise auch Gesundheitsschäden an Augen oder Gehirn.“*

Andere Versicherer werben zwar auch mit der Mitversicherung von Eigenbewegungen, sehen in der Praxis jedoch weitreichende Einschränkungen vor. So kommen etwa gerade Schäden an Menisken und sonstigen Knorpeln häufiger vor. Schaut man sich diesbezüglich exemplarisch einmal das Bedingungsmerk der Häger (Stand 10.2011) an, so besteht im Top-Tarif zwar Versicherungsschutz für durch Eigenbewegungen verursachte Bauch- oder Unterleibsbrüche sowie für Schädigungen an Gliedmaßen, Meniskus oder Wirbelsäule, nicht jedoch für Schäden an sonstigen Knorpeln, das Zerren oder Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln, für Knochenbrüche außerhalb von Gliedmaßen und Wirbelsäule, sonstige Schädigungen an Gelenken oder für Schädigungen an Bandscheiben.

Im U4 Konzept Tarif advanced sind zwar Schädigungen an Menisken und anderen Knorpeln durch Eigenbewegungen mitversichert, nicht jedoch Bauch- und Unterleibsbrüche. Es lohnt also stets ein genauer Blick ins Kleingedruckte.

Ein häufiger Streitpunkt im Rahmen der Unfallversicherung sind auch Unfälle als Folge von Bewusstseinsstörungen. Auch hier stellt der XXL-Tarif der Inter-

Risk die aktuelle Messlatte dar, da hier komplett auf einen Ausschluss für Bewusstseinsstörungen verzichtet wird, d.h. ganz gleich, ob es sich um das Führen eines Fahrzeugs unter Alkohol- oder Drogeneinfluss, eine Sinnestrübung durch Medikamente, durch Sonnenstich oder Ohnmacht handelt. Eine leichte Einschränkung der Mitversicherung ergibt sich lediglich aus § 3 Nr. 1.2, wonach der vorsätzliche Versuch oder die vorsätzliche Ausführung einer Straftat wie branchenüblich ausgeschlossen sind. Wer also beispielsweise als Mutprobe betrunken an einem Wettrennen mit seinem Auto teilnehmen möchte und sein Fahrzeug dann nicht unter Kontrolle bekommt, dürfte leer ausgehen.

Andere Wettbewerber (z.B. Haftpflichtkasse Darmstadt, Konzept & Marketing, Swiss Life Partner, VHV) sehen zwar teilweise auch eine weitgehende Mitversicherung von Unfällen durch Bewusstseinsstörungen vor, stoßen jedoch in Einzelfällen an ihre Grenzen. So sind bei der Haftpflichtkasse Darmstadt beispielsweise mitversichert zwar Unfälle als Folge von Alkohol (beim Führen eines Kfz bis unter 1,6 Promille), durch Medikamente, nicht jedoch solche durch Drogen oder K.O.-Tropfen bzw. durch Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen. Unfälle durch Herzinfarkte, Schlaganfälle und epileptische Anfälle sind nach dem Wortlaut der Bedingungen zwar nur dann mitversichert, wenn der Unfall unmittelbar durch diese Ereignisse verursacht wurde, doch ist es schwerlich vorstellbar, solche zu erleiden, ohne zugleich einer gewissen Bewusstseinsstörung zu unterliegen. Damit dürfte der allgemeine Ausschluss für Unfälle als Folge einer Bewusstseinsstörung in diesen Fällen trotz fehlender Klarstellung wohl ins Leere laufen.

### Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

Ein weiterer Leistungsbaustein, der zu Streitigkeiten führen kann, ist eine mögliche Kürzung von Versicherungsleistungen oder des Prozentsatzes vom Invaliditätsgrad als Folge der Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen. Vielen Kunden nicht bewusst ist, dass Versicherer das Recht haben, Versicherungsleistungen zu kür-

### Eigenbewegungen in der Unfallrente

Immer häufiger besteht auch dann Versicherungsschutz, wenn eine Eigenbewegung den Versicherungsfall herbeiführt hat, während Unfälle als Folge einer erhöhten Kraftanstrengung meist standardmäßig mitversichert sind. In der Schadenpraxis sind Kreuzband- und Meniskusrisse der Standard, wobei eine Schadenhöhe von 1/5 Beinwert (also etwa 14 bis 16% Invalidität) die Regel ist. Durch die Erweiterung des Unfallbegriffes um die Eigenbewegung hat der Versicherungsnehmer damit im Rahmen der Unfallrente in der Regel keine wirklichen Vorteile. Im Zweifel können sogar eine bestehende Vorinvalidität oder eine Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen eine mögliche Mitversicherung zunichte machen. Die Erweiterung des Versicherungsschutzes um Eigenbewegungen sollte damit grundsätzlich auch mit einer weitgehend verbesserten Mitwirkungsklausel einhergehen.

zen, wenn eine Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen mehr als 25% mitgewirkt hat. Vorreiter einer umfassenden Mitversicherung war hier die VHV mit ihrem Tarif KlassikGarant mit Baustein Exklusiv, der schon nach kurzer Zeit Haftpflichtkasse Darmstadt (Vario Vollschutz), InterRisk (XXL) sowie Swiss Life Partner (Primus Plus) in gleicher (Swiss Life Partner) oder leicht abgewandelter Form folgten. Während die VHV beispielsweise generell auf eine Kürzung verzichtet, kürzt die InterRisk nur, wenn der Mitwirkungsanteil bei 100% liegt. Damit besteht bei letzterer ein zumindest theoretisches Restrisiko leer auszugehen; wahrscheinlich ist eine alleinige Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen an den Unfallfolgen ebenso wenig wie dass es in diesem Zusammenhang zu rechtlichen Streitigkeiten kommen dürfte.

### Mitwirkungsklausel in der Unfallrente:

Diese Mitwirkungsklausel haben nur wenige Versicherer auch im Rahmen der Unfallrente verbessert, wobei die Regelungen von InterRisk (XXL) und VHV

### Problemstellung Herzinfarkte/Schlaganfälle

Auch für Versicherer ist eine saubere Definition zum Versicherungsschutz bei Unfällen durch Herzinfarkte oder Schlaganfälle nicht immer einfach. Laut Dr. Nicola-Alexander Sittaro von der Hannover Rück lasse sich der kausale Zusammenhang zwischen den benannten Diagnosen und einem Unfallhergang oft nicht zweifelsfrei nachweisen. Insbesondere gilt dies, wenn ein Herzinfarkt oder Schlaganfall in einem zeitlich engen Zusammenhang mit einem Unfall stehe.

Das Kernproblem liegt darin, zu beurteilen, ob beispielsweise eine Herzrhythmusstörung die Folge oder eben die Ursache eines Unfalles sei. Bei unklar formulierten Bedingungen erwächst daraus nicht selten Streit im Rahmen der Regulierung. In Einzelfällen kann es sogar so weit kommen, dass selbst ein Gericht keine zweifelsfreie Entscheidung treffen kann.

Um Streitigkeiten zu vermeiden sollte auch klar gestellt werden, dass Versicherungsschutz nicht nur für Unfälle durch Herzinfarkte oder Schlaganfälle besteht, sondern auch, wenn diese durch eine – regelmäßig ausgeschlossene – Bewusstseinsstörung verursacht wurden. Oft wird zwar ein Einschluss für die benannten Diagnosen definiert, dies jedoch, ohne dass ein Ausschluss an anderer Stelle gestrichen wird. Damit könnte es dazu kommen, dass die Unfallfolgen eines Herzinfarktes nur dann versichert wären, wenn der Nachweis erbracht werden kann, dass keine Bewusstseinsstörung gleichzeitig damit einhergegangen ist. Auch könnte im Zweifel eine Kürzung

der Leistung wegen Mitwirkung von Krankheiten und einem Unfall als reiner Gelegenheitsursache anstehen. Dies könnte trotz scheinbarer Klarstellung des Versicherungsschutzes zu einer vollständigen Leistungsfreiheit des Versicherers führen.

Besonders verbraucherfreundlich ist damit beispielsweise folgende Formulierung:

*„Als Ursache eines Unfallereignisses sind darüber hinaus – auch im Falle einer dadurch bewirkten Bewusstseinsstörung – mitversichert:*

*– Schlaganfall oder Herzinfarkt, ausgeschlossen bleiben jedoch Gesundheitsschäden, die durch den Herzinfarkt oder Schlaganfall selbst verursacht werden“*

Für den Kunden transparent ist auch die Vorgehensweise der Ergo, die die Leistungserweiterung unmittelbar bei den Ausschlussbestimmungen aufführt und damit einen direkten Bezug von Deckungsvorteil und Ausschluss herbeiführt. Es fehlt allerdings die Klarstellung hinsichtlich der oben benannten Gesundheitsschäden.

Eine andere Art der Klarstellung findet sich bei der InterRisk. Hier heißt es im Tarif XXL wie folgt:

*„Die B18 sehen keinen Ausschluss von Unfällen durch Bewusstseinsstörungen vor. Daher besteht beispielsweise Versicherungsschutz für Unfälle infolge von Ohnmachtsanfällen, Trunkenheit, Medikamenteneinfluss, Herzinfarkt, Schlaganfällen, epileptischen Anfällen, Übermüdung oder Erschrecken, auch wenn dadurch eine Bewusstseinsstörung ausgelöst wurde.“*

lungen von GDV und Arbeitskreis Beratungsprozesse versichert wären. Wem also allein an einer minimalen Grundabsicherung gelegen ist, würde über eine solche in den meisten Fällen umfassenden Versicherungsschutz besitzen. Auf der anderen Seite müsste er eben damit leben, im Fall von z.B. Bewusstseinsstörungen, Eigenbewegungen oder Infektionen meist leer auszugehen.

### Exkurs Infektionsrisiko

Seit einigen Jahren schon ist es Mode, den Versicherungsschutz in der Unfallversicherung durch eine Invalidität als Folge einer von diversen mitversicherten Infektionskrankheiten zu erweitern. Im durchaus berechtigten Fokus der Medien steht dabei die Mitversicherung von solchen Infektionen, die durch Zecken herbeigeführt werden (z.B. Borreliose oder FSME).

Bei den meisten Unfalltarifen besteht allerdings de facto nur ein sehr unsicherer Versicherungsschutz. Dies ergibt sich aus den geltenden Obliegenheiten und Meldefristen. Ein Beispiel macht dies deutlich:

Ein Kind geht mit seinen Eltern im Wald spazieren. Unbemerkt hat sich eine Zecke in den Nacken gesetzt. Zuhause wird das Tier entdeckt und entfernt. Wer denkt daran, nun seinen Versicherer zu informieren, dass ein versichertes Schadenereignis eingetreten ist? Wer geht bei jedem Zeckenbiss zum Arzt, um sich den Eintritt des Unfallereignisses schriftlich bestätigen zu lassen?

Üblicherweise müsste nun eine Invalidität innerhalb von nur 12 Monaten nach dem Unfallereignis eingetreten sein und innerhalb von drei weiteren Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt und vom Versicherungsnehmer beim Versicherer geltend gemacht werden. Problematisch ist dabei nur, dass eine Borreliose oft erst nach mehreren Jahren als solche erkannt wird und zu Invaliditätsfolgen führt und dann nachzuweisen ist, dass ein Unfallereignis während der Vertragslaufzeit des konkreten Vertrages ursächlich für die Unfallfolgen war.

Bei immer mehr Wettbewerbern gilt als Beginn der Meldefrist der (auch unbemerkte) Ausbruch einer Infektion bzw. der Zeckenbiss als Unfallereignis. Doch selbst das Abstellen auf den Ausbruch einer Infektion, ohne dass die ärztliche

(Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv) derzeit die Benchmark darstellen. Auf der anderen Seite übersieht man in diesem Zusammenhang leicht, dass viele Versicherer nicht die Höhe der Unfallrente beschneiden, sondern den Prozentsatz des Invaliditätsgrades. Sinkt also dadurch der Invaliditätsgrad auf unter 50%, so müssen die entsprechenden Versicherer tarifabhängig keine Leistung mehr erbringen, während etwa InterRisk (Tarif: XL) oder Konzept & Marketing zwar die Höhe der Rente kürzen, nicht aber den Rentenanspruch für sich

auslöschen. Beim Tarif XXL der InterRisk gilt das Alles-oder-Nichts-Prinzip: volle Rentenhöhe bei einem Mitwirkungsanteil von 1% bis 99%, keine Leistung bei alleiniger Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen.

Betrachtet man die Gesamtzahl aller Schadenfälle in der Unfallversicherung und fragt Versicherer nach deren Verteilung, so stellt man fest, dass die diversen Leistungserweiterungen der letzten Jahre zwar in vielen Einzelfällen zum Tragen kommen, das Gros aller Schäden jedoch bereits über AUB auf Basis der Empfeh-

Diagnose des Ausbruchs entscheidend ist, kann kritisch sein.

Oft kann gerade in der Frühphase einer Infektion in vielen Fällen kein sicherer Nachweis geführt werden. Ein negatives Testergebnis schließt demnach eine Ansteckung mit Lyme-Borreliose nicht aus.

Nicht selten dauert es mehrere Wochen bis die ersten Auswirkungen einer Ansteckung erkennbar sind. Teilweise sind Infizierte aber auch monate- oder gar jahrelang ohne erkennbare Ansteckung, so dass eine Feststellung der Invalidität durch einen Arzt regelmäßig nicht innerhalb von 12 bis 18 Monaten möglich sein dürfte.

Ähnlich verhält es sich mit FSME, die oft erst zwei Wochen nach einem Zeckenbiss auftritt und vielfach aufgrund ihrer Symptome mit einer Grippe verwechselt wird.

Langfristige Folgen können etwa eine Lähmung oder auch Gedächtnisstörungen sein. Etwa 1–2% aller FSME-Infizierten versterben an den Folgen der Erkrankung.

Besonders verbraucherfreundlich sind hier die Regelungen von VHV (Klassik-Garant mit / ohne Baustein Exklusiv) und InterRisk (XXL).

So beginnt die Meldefrist bei der VHV gemäß Ziffer 3.3.3 der Bedingungen zum Tarif Klassik-Garant erst dann, wenn eine aus der Infektion resultierende Invalidität erstmalig während der Wirksamkeit des Vertrages eingetreten ist, durch einen Arzt schriftlich festgestellt wurde und innerhalb von drei Monaten nach dieser ärztlichen Feststellung beim Versicherer geltend gemacht wurde. Wann also das Unfallereignis eingetreten ist und wann erstmals ein Ausbruch der Krankheit erfolgte, spielt hier also für die Bewertung des Sachverhaltes keine Rolle. Auf Anfrage gab die VHV hierzu sogar eine weitergehende Klarstellung:

*„Hiermit bestätigen wir Ihnen, dass im Rahmen der Infektionsklausel abweichend zur Klausel der Eintritt einer ärztlich festgestellten Invalidität als Unfallereignis Gültigkeit hat. Ebenfalls gilt für die Infektionsklausel als Meldefrist der Beginn des definierten Unfallereignisses.“*

Bei der InterRisk (XXL) und der Haftpflichtkasse Darmstadt (Vollschutz) muss eine Invalidität innerhalb von 24

### Infektionsklausel in der Unfallrente

Ein weiteres beliebtes Mittel, um die Eintrittswahrscheinlichkeit einer Unfallrente zu beschneiden, liegt in der für diese Leistungsart ausgeschlossenen Infektionsklausel begründet. Die weit überwiegende Zahl der Versicherer sieht nur dann Versicherungsschutz für eine Invalidität als Folge einer Infektion durch Insekten, andere Tiere oder Krankheiten wie Lepra oder Masern vor, wenn diese die Leistungsarten Unfalltod und Invalidität betrifft. Positive Ausnahmen sind etwa InterRisk, Konzept und Marketing (U4 advanced) oder VHV, wobei letztere die Infektionsklausel zwar für die Leistungsarten Invalidität und Unfallrente, abweichend nicht jedoch für Unfalltod vorsieht. Teilweise wird auch die Leistung auf die Höhe der Versicherungssummen für Unfalltod und Invalidität beschränkt. Ein vollständiger Versicherungsschutz für typische durch Zecken übertragene Krankheiten wie Borreliose oder Zeckenenzephalitis ist nicht immer gewährt. Dies gilt für die Unfallrente nicht minder wie für die reine Invaliditätsleistung.

Zecken sind keine Insekten!

Zecken sind nämlich Spinnentiere und keine Insekten. Insofern besteht Versicherungsschutz für durch Zecken übertragene Infektionskrankheiten bei nicht namentlicher Nennung nicht bei Einschluss von „durch Insekten übertragenen Infektionskrankheiten“, sondern nur bei „durch sonstige Tiere übertragenen Infektionen“. Die häufigsten durch Zecken übertragenen Infektionskrankheiten sind Lyme-Borreliose, Frühsommer-/Zeckenenzephalitis (FSME) und außerhalb Deutschlands Rickettsiosen (Fleckfieber, Rickettsien-Pocken, Brill-Zinsser-Krank-

heit, Boutonneuse-Fieber, Rocky-Mountains-Fleckfieber, Sibirian tick typhus, japanisches Fleckfieber). Letztere sind meist nur teilweise im Rahmen von Unfallversicherungstarifen mitversichert.

Zu beachten ist, dass Borreliose nicht ausschließlich durch Zecken übertragen wird. Es gilt als sicher, dass auch Bremsen für eine Übertragung in Frage kommen und sogar Mücken sind in der Diskussion. Ein Unfallversicherer, der demnach ausdrücklich nur durch Zecken übertragene Infektionen mitversichert, muss im Zweifel nicht leisten, wenn ein Insekt als Erreger in Frage kommt. Versicherer, die nur dann einen Versicherungsschutz vorsehen, wenn „mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt“ wurde, können sich im Leistungsfall ebenfalls leicht aus der Verantwortung ziehen, da vom Versicherungsnehmer der Nachweis für die Erfüllung der bedingungs-gemäßen Unfalldefinition zu führen wäre. Aus praktischer Erfahrung kann der Autor bestätigen, dass es selbst einem herbeigerufenen Mediziner nicht immer möglich ist, festzustellen, ob eine gerade von ihm entfernte Zecke tatsächlich diese oberste Hautschicht durchdrungen hat.

*Hinweis: Bitte beachten Sie, dass die Angabe einer erweiterten Mitversicherung des Infektionsrisikos im Rahmen der Produktsteckbriefe stark verkürzt mit „ja“ und „nein“ wiedergegeben wurde, im Detail jedoch erhebliche Unterschiede bestehen können (beispielsweise reine Erweiterung auf FSME-Infektionen durch Zeckenbisse bei der Nürnberger oder vollumfänglicher Schutz inklusive Malaria, Pest oder Typhus bei InterRisk oder VHV).*

Monaten ab der erstmaligen ärztlichen Feststellung des Ausbruchs einer versicherten Infektion eingetreten und innerhalb von weiteren zwölf Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt und durch den Versicherungsnehmer beim Versicherer geltend gemacht werden.

Nicht versichert sind dabei Infektionen, die innerhalb der ersten drei Monate seit Vertragsbeginn ausgebrochen sind.

### Maklergrundsätze bei der Vermittlung einer Unfallversicherung!

Wer als Makler die geeignete Unfallversicherung für seine Kunden wählt, sondern zunächst einmal die eigenen Mindeststandards definieren. Geeignet dafür sind zum Beispiel eine bedingungs-seitige Garantie, dass die Empfehlungen

von GDV und Arbeitskreis Beratungsprozesse in keinem einzigen Punkt unterschritten werden. Da Kunden älter werden und gegebenenfalls ein Wechsel in einen anderen Tarif nicht mehr unproblematisch möglich ist, aber auch um bestehende Verträge stets so aktuell wie möglich zu halten, sollte eine Innovationsklausel Standard sein. Da es oft Streit um verpasste Meldefristen gibt, sollten diese möglichst großzügig bemessen sein.

Besonders sportlich aktive Kunden sollten Eigenbewegungen versichern, wer viel im Wald unterwegs ist, sollte nicht auf eine Mitversicherung auch von Infektionskrankheiten durch Zecken verzichten. Speziell für betagtere Personen sollte eine möglichst stark verbesserte Mitwirkungsregelung versichert werden. Vorteilhaft ist es hier auch, wenn jeder Arm- oder Beinbruch generell als versicherter Unfall zählt (Stichwort „Ober-schenkelhalsfrakturen“).

Wer eher wenig Geld in seinen Unfallschutz investieren möchte, sollte einen Anbieter mit umfangreichem Assistenzpaket wählen, da hier die vollen Leistungen auch bei nur minimaler Versicherungssumme eingeschlossen sind.

Wer unnötige Haftung und Ärger mit seinen Kunden vermeiden will, sollte auf Tarife mit Integralfranchise (z.B. Leistung erst ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 25 Prozent in vielen Seniorentarifen), Tarife ohne bedingungsseitige GDV-Garantie oder Tarife mit einem Ausschluss für Unfälle als Folge einer Bewusstseinsstörung durch Alkohol im gesetzlich erlaubten Rahmen (beim Führen eines Kfz also bis unter 1,1 Promille) ausdrücklich verzichten. In jedem Fall sollte Kunden im Rahmen der Dokumentation deutlich gemacht werden, welche der gewünschten Leistungen für alle Leistungsarten und welche nur für Invalidität, Unfallrente oder etwa Unfallkrankenhaustagegeld Geltung haben.

### Unfallrenten mit Haken und Ösen

Letztlich ist und bleibt es Sache der individuellen Beratungsphilosophie, ob man Unfallrenten für geeignet hält oder von diesem Produkt abrät. Viele Anbieter bieten sie grundsätzlich nur an, wenn gleichzeitig eine Invaliditätsleistung vereinbart wird. Bei der InterRisk kann eine Unfallrente zwar separat abgeschlossen

### Das Beitragsniveau in der Unfallrente

Unter den Bedingungswerken der diesbezüglich für diesen Beitrag recherchierten 19 Tarife (siehe Produktsteckbriefe am Ende des Beitrages) bieten für **Jungen** besonders preiswerten Versicherungsschutz die Gothaer (UnfallTop 2010 mit PlusDeckung) sowie Konzept & Marketing (U4 Konzept Tarif advanced), für **Mädchen** die Gothaer (UnfallTop 2010 mit PlusDeckung), InterRisk (XXL mit PlusTaxe) mit ihrer Festrente sowie Konzept & Marketing (U4 Konzept Tarif advanced).

Besonders empfehlenswert ist hier die Tarif der InterRisk.

In der **Berufsgruppe A für Männer** besonders preiswerten Versicherungsschutz bieten Axa (Einzel- und Familienunfallversicherung), Gothaer (UnfallTop 2010 mit PlusDeckung) sowie Konzept & Marketing (U4 Konzept Tarif advanced). Bei den Frauen positiv hervorzuheben sind besonders Konzept & Marketing (U4 Konzept Tarif advanced) und die Nürnberger mit ihrer Unfallrente ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 50%.

Unter diesen Anbietern bieten die Gothaer sowie Konzept & Marketing das insgesamt attraktivste Paket.

Wer Kunden in der **Berufsgruppe B** preiswert versichern möchte, sollte bei den **Männern** einen Blick insbesondere auf die auf Gothaer (UnfallTop 2010 mit PlusDeckung) sowie Konzept & Marketing (U4 Konzept Tarif advanced) werfen, bei den **Frauen** auf Axa (Einzel- und Familienunfallversicherung), Gothaer (UnfallTop 2010 mit PlusDeckung), Haftpflichtkasse Darmstadt (VARIO Vollschutz), HDI-Gerling (Unfallrente mit Paketen Leistung Plus,

Risiko Plus sowie Paket Rundum Sorglos), InterRisk (XXL mit PlusTaxe) mit ihrer Festrente, Konzept & Marketing (U4 Konzept Tarif advanced), Nürnberger (Unfall-Rente ab 50% Invalidität) sowie VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv) werfen.

Unter diesen Anbietern bieten InterRisk und die VHV das insgesamt attraktivste Paket.

### Bewertung des Prämienniveaus im Überblick

*Kinder, 10 Jahre:*  
durchschnittlich 91,25 Euro brutto p.a.

- Junge, 10 Jahre: durchschnittlich 94,72 Euro brutto p.a.
- Mädchen, 10 Jahre: durchschnittlich 87,78 Euro brutto p.a.

*Berufsgruppe A, 20 bis 60 Jahre:*  
durchschnittlich 129,08 Euro brutto p.a.

- Männer A, 20 bis 60 Jahre: durchschnittlich 134,70 Euro brutto p.a.
- Frauen A, 20 bis 60 Jahre: durchschnittlich 123,46 Euro brutto p.a.

*Berufsgruppe B, 20 bis 60 Jahre:*  
durchschnittlich 177,18 Euro brutto p.a.

- Männer B, 20 bis 60 Jahre: durchschnittlich 205,18 Euro brutto p.a.
- Frauen B, 20 bis 60 Jahre: durchschnittlich 149,19 Euro brutto p.a.

Bitte beachten Sie, dass erst ein Teil der in diesem Beitrag erfassten Anbieter auf Unisex umgestellt hat und daher kurzfristig durchaus erhebliche Verschiebungen bei den geschlechtsbezogenen Durchschnittsprämien zu erwarten sind.

werden, allerdings gibt der Versicherer zu bedenken: „Natürlich sollte auch eine Unfallinvalidität unter 50% (unabhängig davon, ob durch die Anrechnung von Krankheiten oder nicht) eine Leistung versichert werden.“ Dazu empfiehlt Dieter Fröhlich, Vorstandsvorsitzender der InterRisk, „eine zusätzliche Invaliditäts-Kapitalleistung mit der einmalige Ausgaben bestritten werden können und die die Funktion eines Schmerzensgeldes erfüllt. Der Vermittler muss sich also nicht zwischen der Empfehlung einer

Renten- oder einer Kapitalleistung entscheiden, sondern vielmehr, ob er die ausschließliche Absicherung einer Kapitalleistung für besser hält.“

### Alles-oder-nichts-Prinzip

Gegen eine Unfallrente spricht, dass Sie in der Regel nach dem Alles-oder-nichts-Prinzip eine Leistung erst ab einem Invaliditätsgrad von etwa 50% erbringt. Die Eintrittswahrscheinlichkeit hierfür liegt bei etwa 4,5%. Im Umkehrschluss führen 95,5% aller Unfälle zu einer Invalidi-

tät von unter 50% und damit zur Leistungsfreiheit des Versicherers. Wer also eine Invalidität von nur 49% bescheinigt bekäme, wäre genauso schlecht gestellt wie derjenige, dem nur 1% attestiert wird. Tarife mit einer Leistung schon ab 20 oder 40% erhöhen die Eintrittswahrscheinlichkeit auf etwa 20,5 bzw. 6,5%.

Einige Tarife sehen eine anteilige Unfallrente bereits ab einem Invaliditätsgrad von beispielsweise 25% vor. So leistet der Tarif Dynamex 3+ der InterRisk ab diesem Invaliditätsgrad eine 50%ige Grundrente bis zum Endalter 65. Bei der Continentale wird etwa im Tarif Unfallrente Aktiv Pro2 ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 35% bis unter 50% die halbe Unfallrentenleistung, ab 50% die volle Unfallrente erbracht.

## Der Todesfall

Im Todesfall geht der Unfallrentenanspruch in aller Regel nicht auf die Erben über, so dass anders als bei einer einmaligen Kapitalzahlung das versicherte Kapital verloren ginge. Hier bieten sich beispielsweise Tarife mit Rentengarantiezeit oder einmaliger Kapitalleistung bei Tod des Versicherten an. Beispiele hierfür bieten die Continentale (Unfallrente Komfort Pro2), Gothaer (UnfallTop 2010 mit PlusDeckung) oder InterRisk (Dynamex2, Dynamex3+).

## Lebenslange Leistungsgarantie

Für eine Unfallrente spricht, dass nach Ablauf der meist drei- bis fünfjährigen Nachprüfungsfrist eine lebenslange Leibrente erbracht wird, die auch dann noch weiter fließt, wenn etwa eine länger andauernde Arbeitslosigkeit oder andere Unwegsamkeiten des Lebens alles vorhandene Kapital schonungslos aufgezehrt haben.

Gerade für Kinder bedeutet eine lebenslange Leistungsgarantie ein nicht unerhebliches Leistungsversprechen. Speziell für sehr lange Zeiträume, wie sie bei der Versicherung von Kindern, leicht zum Tragen kommen können, ist eine Dynamisierung von Unfallrenten dringend anzuraten. Dieter Fröhlich, seit 2000 Vorstandsvorsitzender der InterRisk, macht dies sehr deutlich:

*„ Wer seit 1962 eine für damalige Verhältnisse recht üppige Festrente von 1.000 DM erhielt, würde heute - nur 50 Jahre später - über eine Kaufkraft von gerade einmal 150 € verfügen! Mehr als*

*die Hälfte der heute geborenen Kinder werden jedoch voraussichtlich über 100 Jahre alt.*

*Aus einer Dynamex 2-Rente von 500 € werden in 100 Jahren = 3.623 €. Wer nicht darauf vertraut, dass die EZB die Inflation bei maximal 2% hält und sich für 500 € Dynamex 3+ entscheidet, hätte nach 100 Jahren einen Anspruch von 9.624 €.*

*Eine Festrente ist daher zumindest für Kinder kaum empfehlenswert. Eine dynamische Rente hat im Gegensatz zur Festrente einen weiteren entscheidenden Vorteil vor der Alternative der Eigenfinanzierung einer Rente aus den Zinsen einer Invaliditäts-Kapitalleistung: Eine lebenslang dynamische Rente könnte auf diesem Weg schlicht nicht dargestellt werden.“*

Vermittlern und Verbrauchern ist oft nicht klar, dass für die Invaliditätsleistung und eine Unfallrente in den meisten Fällen nicht denselben Bedingungen unterliegen.

## Gliedertaxe

Viele Anbieter werben damit, dass ihre Unfalltarife eine verbesserte Gliedertaxe aufweisen. Für die Unfallrente gilt das in der Regel wie etwa bei Baden-Badener (Unfall Top 2011) oder Basler (AUB 2009: Ambiente Top<sup>2</sup>) oder Haftpflichtkasse Darmstadt (Vollschutz) leider nicht. Teilweise wird zumindest eine abweichend schwächere Unfallrente als für die reine Invaliditätsleistung angeboten. Insbesondere gilt dies bei fast allen Wettbewerbern, wenn es um die Versicherung von Ärzten und anderen Heilberuflern geht.

## Inhomogenes Leistungs-Niveau

Auch ist die Ausnahme, dass für die Unfallrente derselbe erhöhte Mitwirkungsanteil angesetzt wird, vielfach illusorisch. Zudem gilt eine erweiterte Infektionsklausel bei den meisten Versicherern nur für die Leistungsbausteine Invalidität und Unfalltod, nicht jedoch für die Unfallrente.

Grundsätzlich ist das Leistungsniveau für Unfallrenten genauso inhomogen wie für klassische Unfallversicherungen auch. Die Produktsteckbriefe an Ende des Beitrages bieten einen Überblick über tatsächlich versicherte Leistungen marktrelevanter Anbieter von Unfallrenten.

## Rentenhöhe

Zu guter Letzt bleibt der Hinweis, dass neben einer soliden Prämienkalkulation des für die Kunden gewählten Versicherers, fair gestellten Gesundheitsfragen auch eine ausreichend hohe Unfallrentenhöhe ein Entscheidungskriterium sein sollte. So können Kinder etwa bei den NV-Versicherungen eine maximale Rentenhöhe von 500 Euro im Monat abschließen.

Im Tarif XXL der InterRisk könnte ein heute 40jähriger Mann eine dynamisierte monatliche Unfallrente begrenzt auf 1.500 Euro (Festrente), 1.324 Euro (Dynamex 2) bzw. 980 Euro (Dynamex 3+) abschließen. Bei Verzicht auf eine ergänzende beitragspflichtige Anwartschaftsdynamik würden sich diese Summen erhöhen auf 3.000 Euro, 2.648 Euro bzw. 1.960 Euro. Bei der Allianz beträgt die maximal mögliche Unfallrente 3.000 Euro monatlich, bei der VHV 2.000 Euro monatlich, bei Konzept und Marketing im Tarif U4 advanced und bei der Haftpflichtkasse Darmstadt 1.500 Euro monatlich. Zugleich wird die Höhe der Unfallrente bei vielen Versicherern wie z.B. Haftpflichtkasse Darmstadt oder InterRisk durch die Höhe einer gleichzeitig beantragten Invaliditätsleistung begrenzt. Für Makler sehr unangenehm ist es, wenn eine Versicherungsleistung über mehrere Jahre durch Dynamisierung erhöht wurde, bei Umstellung auf einen Neutarif jedoch nur die Höchstsummen für den Neuabschluss genutzt werden dürfen.

Wer also beispielsweise den alten XXL oder i-MAX bei der InterRisk abgeschlossen hat und auf die neue Tarifgeneration umstellen möchte muss eine ggf. bereits auf über 1.500 Euro dynamisierte Unfallfestrente zwangsweise auf 1.500 Euro reduzieren oder von einer an sich sinnvollen Tarifumstellung absehen.

Ebenfalls eine dynamische Unfallrentenleistung bietet beispielsweise die Continentale mit ihrem Tarif Unfallrente Komfort Pro2 an.



## Fachbücher für den anspruchsvollen Makler

## Produktsteckbriefe ausgewählter Gesellschaften zur Unfallrente

Vorbemerkung zum Prämienniveau. Es gelten folgende Abstufungen:

- Äußerst preiswert = im Schnitt bei höchstens 80% der Durchschnittsprämie
- Sehr preiswert = im Schnitt bei höchstens 85% der Durchschnittsprämie
- Preiswert = im Schnitt bei höchstens 90% der Durchschnittsprämie
- Durchschnittlich = zwischen über 90% und unter 110% der Durchschnittsprämie
- Teuer = im Schnitt bei mindestens 110% der Durchschnittsprämie
- Sehr teuer = im Schnitt bei mindestens 115% der Durchschnittsprämie
- Äußerst teuer = im Schnitt bei mindestens 120% der Durchschnittsprämie

Dieses Beitragsniveau berechnet sich jeweils aus einer gemittelten Gesamtprämie für Männer und Frauen (der Alter 20, 40 und 60 Jahre) bzw. Jungen und Mädchen (für das Alter 10 Jahre). Damit soll eine Vergleichbarkeit von Unisexstarifen und noch vorhandenen Bisextarifen erreicht werden.

Bei einigen Tarifen war für bestimmte Eintrittsalter eine monatliche Rentenhöhe von 1.000 Euro nicht ermittelbar. In diesen Fällen wurde die Durchschnittsprämie für die ermittelbaren Eintrittsalter zum Maßstab genommen. Dies betrifft die Tarife dynamex 2 und dynamex 3+ der InterRisk für die Eintrittsalter 10 und 20 Jahre sowie den Tarif U4 advanced von Konzept & Marketing für das Eintrittsalter 60 Jahre.

### ■ ALLIANZ

**Tarif: Allianz AUB 2008 (U 7000/09) Stand 03.2010, Besondere Bedingungen für die UnfallCard (U 7404/04), Stand 07.2009: dynamische Unfallversicherung**

*Wichtiger Hinweis: der Versicherer möchte ausdrücklich nicht am Vergleich teilnehmen, so dass die Verbraucherinformationen über Dritte angefordert werden mussten und eine Verifikation der Angaben durch die Allianz nicht erfolgt ist. Eine Begründung für dieses intransparente Verhalten wurde nicht geliefert, so dass an dieser Stelle die Bedingungen für sich sprechen mögen.*

**Separater Abschluss einer Unfallrente:** nicht möglich\* (abweichend kann eine Unfallversicherung mit Beitragsrückgewähr innerhalb der UBR für Erwachsene zur Ergänzung bestehender oder gleichzeitig beantragter Unfallversicherungsverträge für die Eintrittsalter 14 bis 65 Jahre abgeschlossen werden. Bergungskosten und kosmetische Operationen sind bei dieser Absicherung nicht mitversichert)

**Unisextarif:** ja (seit dem 01.09.2012 bei ansonsten unveränderten AUB.

Neu ist allerdings die Möglichkeit, dass nun auch Kinder eine Unfallrente abschließen können)

**Eintrittsalter:** ab Geburt bis zur Vollendung des 80. Lebensjahres (abweichend beim Tarif mit Prämienrückgewähr maximal bis zur Vollendung des 75. Lebensjahres)

**maximale Versicherungsdauer:** zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, wird der Tarif auf den Tarif für über 60jährige umgestellt (eine Beitragsanpassung bei gleicher Versicherungssumme ist für die Unfallrente ausdrücklich ausgeschlossen)

**Beitragsanpassungsklausel:** Umstellung auf den Erwachsenertarif mit Vollendung des 18. Lebensjahres, Beitragsanpassung mit Vollendung des 60. Lebensjahres

**Mindestanforderungen WFS für Unfallrente erfüllt:** nein

**Prämienniveau Unfallrente:** preiswert (Berufsgruppe A), durchschnittlich (Berufsgruppe B, Kinder)

\* siehe Anmerkungen zum Beitragsniveau



Christian Hofer

Produktauswahl in der privaten  
Krankenversicherung aus Kundensicht



W. Hausotter / J. Eich

Die Begutachtung für die  
private Berufsunfähigkeitsversicherung



Volker Altenähr

Personenversicherungen kompakt



1.000 Euro monatliche Rente	Mann		Frau	
	A / K	B	A / K	B
Alter 10 Jahre	86,74 Euro p.a.	-----	86,74 Euro p.a.	-----
Alter 20 Jahre	117,09 Euro p.a.	188,86 Euro p.a.	117,09 Euro p.a.	188,86 Euro
Alter 40 Jahre	117,09 Euro p.a.	188,86 Euro p.a.	117,09 Euro p.a.	188,86 Euro
Alter 60 Jahre	117,09 Euro p.a.	117,09 Euro p.a.	117,09 Euro p.a.	117,09 Euro

Quelle: eigene Recherchen. Alle Beiträge brutto bei Vertragslaufzeit von einem Jahr, ohne Hilfsleistungen bei Unfall oder Krankenhausaufenthalt und ohne etwaige Sondernachlässe (z.B. Dauernachlass, Familien- und Partnerbonus, Bündelnachlass). Eingeschlossen in die benannten Prämien sind 10.000 Euro für Bergungskosten sowie 10.000 Euro für kosmetische Operationen.

Da die Angebote der Allianz stets eine Invaliditätsleistung von min. 20.000 Euro voraussetzen, wurden die Beiträge für 20.000 Euro und 40.000 Euro (jeweils mit 500% Progression) verdeckt angefordert und entsprechend diese Differenz von den benannten Prämien abgezogen. Beispiel: für einen 20jährigen wurden in der Berufsgruppe B bei 20.000 Euro Invalidität die Prämie 258,90 Euro und bei 40.000 Euro Invalidität mit 1.000 Euro Unfallrente 328,94 Euro brutto benannt. Die Differenz beider Werte beträgt 70,04 Euro, so dass sich aus 258,90 minus 70,04 Euro der hier benannte Beitrag von 188,86 Euro ergibt. k.A. = für Kinder wird keine reine Unfallrisikorente angeboten

### Leistungen der Unfallrente

**GDV-Garantie:** nein

**Garantie Arbeitskreis Beratungsprozesse:** nein

**Innovationsklausel:** nein

**Leistung ab welchem Invaliditätsgrad:** ab 50% (vor Vollendung des 60. Lebensjahres) bzw. ab 70% (ab Vollendung des 60. Lebensjahres)

**Verbesserte Gliedertaxe:** nein

**Definierter Invaliditätsgrad bei Stimmverlust:** nein

**Definierter Invaliditätsgrad bei Verlust innerer Organe:** nein

**verbesserte Mitwirkungsregelung:** nein (Kürzung des Prozentsatzes vom Invaliditätsgrad ab einem Mitwirkungsanteil von min. 25%)  
**verbesserte Infektionsklausel:** ja

**Rentendynamik vor Eintritt des Leistungsfalls (Aktivdynamik):** optionale Summendynamik um den Prozentsatz, um den der Höchstbetrag zur gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten angehoben wird, mindestens jedoch um 5% p.a.

**Rentendynamik nach Eintritt des Leistungsfalls (Passivdynamik):** nein (allerdings für einen Kunden sehr intransparent formulierte, mögliche Rentensteigerung im Rahmen der nicht garantierten Überschussbeteiligung, sofern ein jährlicher Kapitalertrag von 4% überschritten wird)

**Rentengarantiezeit:** nein

**Mitversicherungen von Unfällen infolge von Bewusstseinsstörungen:** nein

**Mitversicherung von Bewusstseinsstörungen über das GDV-Niveau hinaus:** nein

**Mitversicherung von Eigenbewegungen:** nein

**verbesserte Meldefristen:** nein (12 Monate für Eintritt der Invalidität, 15 Monate für ärztliche Feststellung und Geltendmachung der Ansprüche durch VN beim VR. Im Rahmen der Infektionsklausel gilt als Beginn der Meldefrist der Zeitpunkt der erstmaligen ärztlichen Diagnose einer Zeckeninfektion)

**Fristen zur Neubemessung des Invaliditätsgrades:** 3 Jahre, bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres abweichend 5 Jahre

**Besonderheiten:** die Unfallrente wird bis zum Ende des sechsten Monats nach dem Tod der versicherten Person fortgezahlt. Laut Tarifinformationen des Versicherers, die jedoch nicht anhand der Bedingungen verifiziert werden konnten, werde die Unfallrentenleistung verdoppelt, sofern sich der leistungsauslösende Unfall vor Vollendung des 27. Lebensjahres ereignet hat.

### ■ AXA

**Tarif:** Einzel- und Familienunfallversicherung Komfort (AUB 2011), Stand 09.2011

**Separater Abschluss einer Unfallrente:** möglich

**Unisextarif:** nein

**Eintrittsalter:** ab Geburt bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres

**maximale Versicherungsdauer:** prinzipiell unbegrenzt.

**Beitragsanpassungsklausel:** Bedingungsgemäße Anpassung mit Vollendung des 18. Lebensjahres (Umstellung auf den Erwachsenenden-Tarif) und bedingungsgemäße Umstellung zum 75. Lebensjahr (die versicherten Leistungen werden entweder halbiert oder der Beitrag verdoppelt)

**Mindestanforderungen WFS für Unfallrente erfüllt:** nein

**Prämienniveau Unfallrente:** sehr preiswert (Berufsgruppe A, Kinder), äußerst preiswert (Berufsgruppe B)

1.000 Euro monatliche Rente	Mann		Frau	
	A / K	B	A / K	B
Alter 10 Jahre	79,93 Euro p.a.	-----	79,93 Euro p.a.	-----
Alter 20 Jahre	105,47 Euro p.a.	168,75 Euro p.a.	105,47 Euro p.a.	-----
Alter 40 Jahre	105,47 Euro p.a.	168,75 Euro p.a.	105,47 Euro p.a.	-----
Alter 60 Jahre	105,47 Euro p.a.	168,75 Euro p.a.	105,47 Euro p.a.	-----

Quelle: Angaben des Versicherers

#### Leistungen der Unfallrente:

**GDV-Garantie:** nein

**Garantie Arbeitskreis Beratungsprozesse:** nein

**Innovationsklausel:** ja

**Leistung ab welchem Invaliditätsgrad:** ab 50%. Führt ein Unfall vor Vollendung des 65. Lebensjahres zu einem Invaliditätsgrad von min. 75%, so wird die Unfallrente verdoppelt

**Verbesserte Gliedertaxe:** nein <sup>3</sup>

**Definierter Invaliditätsgrad bei Stimmverlust:** nein

**Definierter Invaliditätsgrad bei Verlust innerer Organe:** nein

**verbesserte Mitwirkungsregelung:** nein (Kürzung des Prozentsatzes vom Invaliditätsgrad ab einem Mitwirkungsanteil von min. 25%)

**verbesserte Infektionsklausel:** ja

**Rentendynamik vor Eintritt des Leistungsfalls (Aktivdynamik):** optionale Summendynamik um 3% p.a. (maximal bis zum vollendeten 65. Lebensjahr)

**Rentendynamik nach Eintritt des Leistungsfalls (Passivdynamik):** nein

**Rentengarantiezeit:** nein

**Mitversicherungen von Unfällen infolge von Bewusstseinsstörungen:** teilweise (mitversichert sind Bewusstseinsstörungen durch Alkohol, beim Führen eines Kfz bis unter 1,3 Promille. Mitversicherung von Unfällen infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Schlaganfälle, Herzinfarkt, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper ergreifen, verursacht werden)

**Mitversicherung von Eigenbewegungen:** teilweise (Verrenkung von Gelenken, Zerrung oder Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern oder Kapseln, Bauch- und Unterleibsbrüche, Schädigung von Menisken oder sonstigen Knorpeln, Knochenbrüche)

**verbesserte Meldefristen:** ja (24 Monate für Eintritt der Invalidität, für die ärztliche Feststellung und für die Geltendmachung der Ansprüche durch VN beim VR)

**Fristen zur Neubemessung des Invaliditätsgrades:** 3 Jahre, bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres abweichend 5 Jahre

**Besonderheiten:** keine

Concordia Pflegetagegeld

**Weil Ihre Kunden statt Sorgenfalten  
lieber Lachfalten haben möchten.**

Die Concordia Pflegetagegeldversicherung überzeugt im Test und bei Ihren Kunden. Unabhängige Ratings bestätigen beste Leistungen zu sehr günstigen Konditionen: So z. B. Finanztest (2.2011, mit „GUT“) und Ökotest (3.2011, Gesamtnote 1,8). Lassen auch Sie Ihre Kunden Lachfalten bekommen.

**Informieren Sie sich jetzt bei uns über unsere attraktiven Angebote!**

[www.concordia.de](http://www.concordia.de) · [kv@concordia.de](mailto:kv@concordia.de)

**CONCORDIA.  
EIN GUTER GRUND.**

 **CONCORDIA**  
Versicherungen



**BARMENIA**

Tarif: Premium-Schutz, Stand 05.2012

**Separater Abschluss einer Unfallrente:** möglich

**Unisextarif:** ja

**Eintrittsalter:** ab Geburt bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres

**maximale Versicherungsdauer:** Die vereinbarten Beiträge einzelner Leistungsarten erhöhen sich für Personen, die das 70. Lebensjahr vollendet haben, alle 5 Jahre, erstmals zum Beginn des Versicherungsjahres, das auf den 70. Geburtstag der versicherten Person folgt

**Beitragsanpassungsklausel:** Umstellung auf den Erwachsenentarif mit Vollendung des 18. Lebensjahres sowie Beitragsanpassung alle 5 Jahre ab Vollendung des 70. Lebensjahres

**Mindestanforderungen WFS für Unfallrente erfüllt:** ja

**Prämienniveau Unfallrente:** durchschnittlich (Berufsgruppe A), teuer (Berufsgruppe B\*), preiswert (Kinder)

1.000 Euro monatliche Rente	Mann		Frau	
	A / K	B*	A / K	B*
Alter 10 Jahre	81,80 Euro p.a.	----	81,80 Euro p.a.	----
Alter 20 Jahre	134,51 Euro p.a.	201,77 Euro p.a.	134,51 Euro p.a.	201,77 Euro p.a.
Alter 40 Jahre	134,51 Euro p.a.	201,77 Euro p.a.	134,51 Euro p.a.	201,77 Euro p.a.
Alter 60 Jahre	134,51 Euro p.a.	201,77 Euro p.a.	134,51 Euro p.a.	201,77 Euro p.a.

Quelle: Angaben des Versicherers. Bruttoprämien ohne Nachlass für eine Zugehörigkeit zum Öffentlichen Dienst für eine Vertragslaufzeit von einem Jahr. Der Beitrag beinhaltet im Kindertarif obligatorisch eine Leistung von 5.000 Euro bei Unfalltod, wobei die Ausweisung einer separaten Prämie nur für die Unfallrente nicht möglich sei.

\* Eine eigentliche Berufsgruppe B gibt es bei der Barmenia nicht. Die oben ausgewiesene, um 50% erhöhte Prämie gilt nur für Personen, die einen der folgenden Berufe ausüben: Bauarbeiter und -helfer, jegliche (auch Abbrucharbeiter) Bergleute, (Übertage- und Untertagetätige) Berufskraftfahrer, Chemiearbeiter, Dachdecker, Feuerwehrleute, Fleischer/Metzger/Fleisch- und Fischverarbeiter, Gerüstbauer, Gleisbauer, Holzfäller, Kurierfahrer (auch Fahrradkurriere), Mechaniker für „schweres Gerät“ (z. B. Lkw, Großmaschinen), Schornsteinfeger, Schreiner/Tischler/Zimmerer, Stahlbauer/Stahlkocher, -schmied und -walzer, Tiefbauarbeiter (auch Gleis- und Straßenbau), Tierärzte, Tierärzthelfer, Tierpfleger, Vollzugspersonal bei Zoll und Polizei

**Leistungen der Unfallrente:**

**GDV-Garantie:** ja (Stand 10.2010)

**Garantie Arbeitskreis Beratungsprozesse:** ja (Stand 17.02.2010)

**Innovationsklausel:** ja

**Leistung ab welchem Invaliditätsgrad:** ab 50%

**Verbesserte Gliedertaxe:** ja (Vereinbarte besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades und die Höhe der Leistung unberücksichtigt)

**Definierter Invaliditätsgrad bei Stimmverlust:** ja (100%)

**Definierter Invaliditätsgrad bei Verlust innerer Organe:** ja (Niere, Milz, Gallenblase, Magen, Zwölffinger-, Dünn-, Dick- und Enddarm, Lungenflügel)

**verbesserte Mitwirkungsregelung:** ja (Kürzung des Prozentsatzes vom Invaliditätsgrad ab einem Mitwirkungsanteil von min. 50%)

**verbesserte Infektionsklausel:** ja

**Rentendynamik vor Eintritt des Leistungsfalls (Aktivdynamik):** optionale Summendynamik um 5% p.a. (maximal bis zum vollendeten 70. Lebensjahr bzw. bis die in den Annahmerichtlinien<sup>4</sup> benannten Höchstgrenzen für die jährliche Unfallrente erreicht sind)

**Rentendynamik nach Eintritt des Leistungsfalls (Passivdynamik):** gegen Zuschlag um 1,5% p.a.

**Rentengarantiezeit:** nein

**Mitversicherungen von Unfällen infolge von Bewusstseinsstörungen:** teilweise (mitversichert sind Bewusstseinsstörungen durch Alkohol, beim Führen eines Kfz bis unter 1,3 Promille. Mitversicherung von Bewusstseinsstörungen durch die die Einnahme ärztlich verordneter Medikamente nach Anweisung des Arztes – Ausnahmen im Zusammenhang mit Entführung und Geiselnahme. Bewusstseinsstörungen durch akute Herzinfarkte, Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den gesamten Körper der versicherten Person ergreifen. Klarstellung, dass Übermüdung keine ausgeschlossene Bewusstseinsstörung ist)

**Mitversicherung von Eigenbewegungen:** weitgehend (Bauch-, Unterleibs- und Knochenbrüche, Verrenkungen von Gelenken, Zerrungen und Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken, sonstige Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule. Diese Erweiterung gilt nicht für Schädigungen von Bandscheiben, Kopf, Lunge, Herz und Blutungen innerer Organe einschließlich Gehirnblutungen)

**verbesserte Meldefristen:** ja (24 Monate für Eintritt der Invalidität, 36 Monate für ärztliche Feststellung und Geltendmachung der Ansprüche durch VN beim VR. Im Rahmen der Infektionsklausel gilt als Beginn der Meldefrist der Zeitpunkt der erstmaligen ärztlichen Diagnose der Infektion durch einen Arzt. Für nicht namentlich aufgeführte Infektionskrankheiten, bei denen der Unfall

nur geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen zur Folge hat, besteht Versicherungsschutz nur, wenn dem VR das ursächliche Unfallereignis innerhalb von vier Wochen angezeigt wird)

**Fristen zur Neubemessung des Invaliditätsgrades:** 2 Jahre auf Veranlassung des VR, 3 Jahre bei Veranlassung durch VN, bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres pauschal 5 Jahre

**Besonderheiten:** Nachversicherungsgarantie (Erhöhung der Versicherungssumme ohne erneute Gesundheitsprüfung um bis zu 25% der zuletzt versicherten Summen innerhalb von je 5 Jahren seit der letzten Erhöhung, spätestens jedoch mit Vollendung des 50. Lebensjahres und nur, sofern noch kein leistungspflichtiger Unfall aus dem zugrunde liegenden Vertrag reguliert wurde)

## ■ ERGO

### Tarif: ERGO Unfallschutz Profi für den Selbstständigen und seine Familie, Stand 01.07.2012

**Unisextarif:** ja

**Eintrittsalter:** ab Geburt bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres

**maximale Versicherungsdauer:** ab der Vollendung des 65. Lebensjahres (abweichend für Selbstständige ab Vollendung des 70. Lebensjahres) findet zur nächsten Hauptfälligkeit eine Vertragsänderung statt. Es entfallen etwaige Progressionen oder Mehrleistung, eine halbe Rentenleistung ab 35% Invalidität, eine Verdopplung der Rentenleistung ab 90% Invalidität, vereinbarte Dynamisierungen, RehaHilfe, AktivHilfe. Ist bei Selbstständigen das Tagegeld vom 1. bis 28. Tag vereinbart, wird das Tagegeld nach Vollendung des 70. Lebensjahres in ein Tagegeld für Nichtselbstständige vom 43. bis 365. Tag geändert

**Beitragsanpassungsklausel:** Beitragsanpassung erfolgt bei Kindern mit Vollendung des 18. Lebensjahres (alternativ gleicher Beitrag bei reduzierten Leistungen) sowie mit Vollendung des 65. Lebensjahres bzw. bei Selbstständigen mit Vollendung des 70. Lebensjahres

**Mindestanforderungen WFS für Unfallrente erfüllt:** nein

**Prämienniveau Unfallrente:**

Modell A: preiswert (Berufsgruppe A), durchschnittlich (Berufsgruppe B, Kinder)

Modell B: durchschnittlich (Berufsgruppe A), äußerst teuer (Berufsgruppe B, Kinder)

Modell C: äußerst teuer (Berufsgruppe A und B, Kinder)

Modell A: 1.000 Euro monatliche Rente ab einem Invaliditätsgrad von 50% (Alles-oder-Nichts-Prinzip)

	Mann		Frau	
	A / K	B	A / K	B
Alter 10 Jahre	98,89 Euro p.a.	----	98,89 Euro p.a.	----
Alter 20 Jahre	120,43 Euro p.a.	177,19 Euro p.a.	120,43 Euro p.a.	177,19 Euro p.a.
Alter 40 Jahre	120,43 Euro p.a.	177,19 Euro p.a.	120,43 Euro p.a.	177,19 Euro p.a.
Alter 60 Jahre	120,43 Euro p.a.	177,19 Euro p.a.	120,43 Euro p.a.	177,19 Euro p.a.

Modell B: 1.000 Euro monatliche Rente ab einem Invaliditätsgrad von 50%, doppelte Leistung ab 90% Invalidität

	Mann		Frau	
	A / K	B	A / K	B
Alter 10 Jahre	116,38 Euro p.a.	----	116,38 Euro p.a.	----
Alter 20 Jahre	145,18 Euro p.a.	213,61 Euro p.a.	145,18 Euro p.a.	213,61 Euro p.a.
Alter 40 Jahre	145,18 Euro p.a.	213,61 Euro p.a.	145,18 Euro p.a.	213,61 Euro p.a.
Alter 60 Jahre	145,18 Euro p.a.	213,61 Euro p.a.	145,18 Euro p.a.	213,61 Euro p.a.

Modell C: 500 Euro monatliche Rente ab 35% Invalidität, 1.000 Euro monatliche Rente ab 50% Invalidität bzw. 2.000 Euro monatliche Rente ab 90% Invalidität

	Mann		Frau	
	A / K	B	A / K	B
Alter 10 Jahre	128,04 Euro p.a.	----	128,04 Euro p.a.	----
Alter 20 Jahre	187,43 Euro p.a.	275,72 Euro p.a.	187,43 Euro p.a.	275,72 Euro p.a.
Alter 40 Jahre	187,43 Euro p.a.	275,72 Euro p.a.	187,43 Euro p.a.	275,72 Euro p.a.
Alter 60 Jahre	187,43 Euro p.a.	275,72 Euro p.a.	187,43 Euro p.a.	275,72 Euro p.a.

Quelle: Angaben des Versicherers auf Grundlage des ERGO Unfallschutz Prof

**Leistungen der Unfallrente**

**Separater Abschluss einer Unfallrente:** möglich

**GDV-Garantie:** nein

**Garantie Arbeitskreis Beratungsprozesse:** nein

**Innovationsklausel:** nein

**Leistung ab welchem Invaliditätsgrad:** Es werden 3 Varianten angeboten: (Modell A) bei einem Invaliditätsgrad ab 50% die vereinbarte Rentenleistung, (Modell B) bei einem Invaliditätsgrad ab 50% die vereinbarte Rentenleistung und bei einem Invaliditätsgrad ab 90% die doppelte Rentenleistung sowie (Modell C) bei einem Invaliditätsgrad ab 35% die halbe Rentenleistung, bei einem Invaliditätsgrad ab 50% die vereinbarte Rentenleistung und bei einem Invaliditätsgrad ab 90% die doppelte Rentenleistung. Die Rentenleistung wird ein Leben lang gezahlt. Die maximale Versicherungssumme beträgt 3.000 Euro. Die Erhöhung durch die Verdoppelung in den Modellen B und C darf max. 3.000 Euro monatlich betragen. Ab Vollendung des 65. Lebensjahres bzw. bei selbstständig tätigen Personen ab dem vollendeten 70. Lebensjahr wird nur noch nach dem Alles-oder-Nichts-Prinzip die volle Rente ab einem Invaliditätsgrad von min. 50% erbracht

**Verbesserte Gliedertaxe:** ja (allerdings nur bezogen auf Niere und Milz)

**Definierter Invaliditätsgrad bei Stimmverlust:** nein

**Definierter Invaliditätsgrad bei Verlust innerer Organe:** ja (Niere und Milz)

**verbesserte Mitwirkungsregelung:** nein (Kürzung ab einem Mitwirkungsanteil von 25%)

**verbesserte Infektionsklausel:** ja

**Rentendynamik vor Eintritt des Leistungsfalls (Aktivdynamik):** optionale Summendynamik um den Höchstbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten, jedoch wahlweise um min. 3 bzw. 6% p.a. (maximal bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres, bei selbstständig tätigen Personen bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres)

**Rentendynamik nach Eintritt des Leistungsfalls (Passivdynamik):** nein (für einen Kunden sehr intransparent formulierte, mögliche Erhöhung der laufenden Rente im Rahmen der Gewinnbeteiligung aus erzielten Kapitalerträgen, sofern ein jährlicher Kapitalertrag von 2,75% überschritten wird)

**Rentengarantiezeit:** nein

**Mitversicherungen von Unfällen infolge von Bewusstseinsstörungen:** teilweise (mitversichert sind Bewusstseinsstörungen durch Alkohol bis unter 2 Promille, beim Führen eines Kfz bis unter 1,1 Promille. Mitversicherung von Bewusstseinsstörungen durch Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten sowie durch Herzinfarkte und Schlaganfälle. Keine Klarstellung, dass Übermüdung keine ausgeschlossene Bewusstseinsstörung ist)

**Mitversicherung von Eigenbewegungen:** nein

**verbesserte Meldefristen:** ja (24 Monate für Eintritt der Invalidität, für die ärztliche Feststellung und für die Geltendmachung der Ansprüche durch VN beim VR. Im Rahmen der Infektionsklausel gilt als Beginn der Meldefrist der Zeitpunkt der erstmaligen ärztlichen Diagnose einer versicherten Infektion)

**Fristen zur Neubemessung des Invaliditätsgrades:** bei Erwachsenen 3 Jahre, bei Minderjährigen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres abweichend 5 Jahre

**Besonderheiten:** Treue-Plus (Gewinnbeteiligung für langjährig versicherte Kunden)

**Generali**

**Tarif: KomfortPlus-Schutz (AUB 2008), Stand 04.2012**

**Unisextarif:** nein

**Eintrittsalter:** ab Geburt bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres. Für Personen mit einem Eintrittsalter ab dem vollendeten 70. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr steht der Tarif Unfallpflege 50Plus zur Verfügung

**maximale Versicherungsdauer:** Tarif sieht hierzu keine Klarstellung vor

**Beitragsanpassungsklausel:** Beitragsanpassung mit Vollendung des 18. Lebensjahres

**Mindestanforderungen WFS für Unfallrente erfüllt:** nein

**Prämienniveau Unfallrente:** sehr teuer (Berufsgruppe A), durchschnittlich (Berufsgruppe B, Kinder)

1.000 Euro monatliche Rente	Mann		Frau	
	A / K	B	A / K	B
Alter 10 Jahre	86,66 Euro p.a.	----	86,66 Euro p.a.	----
Alter 20 Jahre	151,61 Euro p.a.	232,05 Euro p.a.	151,61 Euro p.a.	----
Alter 40 Jahre	151,61 Euro p.a.	232,05 Euro p.a.	151,61 Euro p.a.	----
Alter 60 Jahre	151,61 Euro p.a.	232,05 Euro p.a.	151,61 Euro p.a.	----

Quelle: eigene Berechnungen vom 06.08.2012

**Leistungen der Unfallrente****Separater Abschluss einer Unfallrente:** möglich**GDV-Garantie:** nein**Garantie Arbeitskreis Beratungsprozesse:** nein**Innovationsklausel:** nein**Leistung ab welchem Invaliditätsgrad:** ab 50%**Verbesserte Gliedertaxe:** nein**Definierter Invaliditätsgrad bei Stimmverlust:** nein**Definierter Invaliditätsgrad bei Verlust innerer Organe:** nein**verbesserte Mitwirkungsregelung:** nein (Kürzung ab einem Mitwirkungsanteil von 25%)**verbesserte Infektionsklausel:** ja**Rentendynamik vor Eintritt des Leistungsfalls (Aktivdynamik):** optionale Summendynamik um 3, 5 oder 7% p.a. (maximal bis zur Vollendung des 75. Lebensjahres)**Rentendynamik nach Eintritt des Leistungsfalls (Passivdynamik):** nein**Rentengarantiezeit:** nein**Mitversicherungen von Unfällen infolge von Bewusstseinsstörungen:** teilweise (mitversichert sind Bewusstseinsstörungen durch Alkohol, beim Führen eines Kfz bis 1,1 Promille. Mitversicherung von Bewusstseinsstörungen durch Einnahme von verordneten Medikamenten sowie durch Herzinfarkte und Schlaganfälle. Keine Klarstellung, dass Übermüdung keine ausgeschlossene Bewusstseinsstörung ist)**Mitversicherung von Eigenbewegungen:** nein**verbesserte Meldefristen:** ja (15 Monate für Eintritt der Invalidität, 21 Monate für die ärztliche Feststellung und für die Geltendmachung der Ansprüche durch VN beim VR)**Fristen zur Neubemessung des Invaliditätsgrades:** bei Erwachsenen 3 Jahre, bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres abweichend 5 Jahre**Besonderheiten:** optionaler Einschluss einer Partner- und Waisenrente in Höhe von 60% bzw. 20% der Unfallrente.

Verstirbt der Bezieher der Partner-Rente, bevor die Kinder das 18. Lebensjahr vollendet haben, so erhöht sich die Waisen-Rente von 20% auf 40%, insgesamt höchstens auf 100% der Unfallrente. Jährliche Passivdynamik für die Partner- und Waisenrente für maximal 30 Jahre um 2% p.a.

**■ Gothaer****Tarif: Gothaer Unfallversicherung UnfallTop 2010 mit PlusDeckung (GUB 2010), Stand 07.2010****Unisextarif:** nein**Eintrittsalter:** ab Geburt bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres**maximale Versicherungsdauer:** keine Einschränkung für die Invaliditätsleistung

(ab dem vollendeten 65. Lebensjahr erlöschen u.a. der Anspruch auf Unfallrente, die Top- sowie die Plusdeckung)

**Beitragsanpassungsklausel:** Beitragsanpassung mit Vollendung des 18. und 65. Lebensjahres

(alternativ gleicher Beitrag bei reduzierten Leistungen)

**Mindestanforderungen WFS für Unfallrente erfüllt:** nein**Prämienniveau Unfallrente:** sehr preiswert (Berufsgruppe A), äußerst preiswert (Berufsgruppe B, Kinder)

1.000 Euro monatliche Rente (lebenslange Rentendauer)	Mann		Frau	
	A / K	B	A / K	B
Alter 10 Jahre	48,05 Euro p.a.	----	48,05 Euro p.a.	----
Alter 20 Jahre	106,40 Euro p.a.	154,45 Euro p.a.	106,40 Euro p.a.	----
Alter 40 Jahre	106,40 Euro p.a.	154,45 Euro p.a.	106,40 Euro p.a.	----
Alter 60 Jahre	106,40 Euro p.a.	154,45 Euro p.a.	106,40 Euro p.a.	----

Quelle: eigene Berechnungen vom 06.08.2012

**Leistungen der Unfallrente****Separater Abschluss einer Unfallrente:** möglich**GDV-Garantie:** nein**Garantie Arbeitskreis Beratungsprozesse:** nein

**Innovationsklausel:** nein

**Leistung ab welchem Invaliditätsgrad:** ab 50%

**Verbesserte Gliedertaxe:** ja (unberücksichtigt bleiben besondere Gliedertaxen für Ärzte der Humanmedizin)

**Definierter Invaliditätsgrad bei Stimmverlust:** ja (100%. Nicht versichert ist der Verlust von Stimme oder Sprache, dessen Ursache eine unfallbedingte psychische Traumatisierung im Sinne einer psychogenen Reaktion darstellt.

Unter den Versicherungsschutz fällt der Stimmverlust also nur, wenn eine unfallbedingte organische Verletzung die Ursache ist)

**Definierter Invaliditätsgrad bei Verlust innerer Organe:** nein

**verbesserte Mitwirkungsregelung:** ja (Kürzung des Prozentsatzes vom Invaliditätsgrades ab einem Mitwirkungsanteil von 40%)

**verbesserte Infektionsklausel:** ja (abweichend gilt diese Erweiterung gemäß Ziffer 1.4.4 der GUB 2010 nicht für eine Invalidität durch Schutzimpfungen)

**Rentendynamik vor Eintritt des Leistungsfalls (Aktivdynamik):** beitragsfreie Erhöhung der versicherten Unfallrente um 1% p.a. bis zum Eintritt des Leistungsfalls (optionale Summendynamik gilt nicht für die Unfallrente)

**Rentendynamik nach Eintritt des Leistungsfalls (Passivdynamik):** nein

**Rentengarantiezeit:** 5 Jahre

**Mitversicherungen von Unfällen infolge von Bewusstseinsstörungen:** teilweise (mitversichert sind durch Trunkenheit verursachte Unfälle, beim Führen eines Kfz gilt dies bis unter 1,1 Promille. Mitversicherung von Bewusstseinsstörungen durch Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten sowie durch Herzinfarkte, Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen. Keine Klarstellung, dass Übermüdung keine ausgeschlossene Bewusstseinsstörung ist)

**Mitversicherung von Eigenbewegungen:** teilweise (Verrenkung von Gelenken, Zerrung oder Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern oder Kapseln, Schädigung von Menisken oder sonstigen Knorpeln, Knochenbrüche. Nicht versichert sind durch Eigenbewegungen verursachte Schädigungen von Bandscheiben sowie Bauch- und Unterleibsbrüche)

**verbesserte Meldefristen:** ja (15 Monate für Eintritt der Invalidität, 21 Monate für die ärztliche Feststellung und für die Geltendmachung der Ansprüche durch VN beim VR. Im Rahmen der Infektionsklausel gilt abweichend eine Meldefrist von 36 Monaten für den Eintritt und die ärztliche Feststellung der Invalidität bzw. von 39 Monaten für die schriftliche Geltendmachung beim Versicherer)

**Fristen zur Neubemessung des Invaliditätsgrades:** 2 Jahre auf Veranlassung des VR, 3 Jahre bei Veranlassung durch VN, bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres 5 Jahre. Abweichend gelten im Rahmen der Infektionsklausel: Neubemessung längstens bis zu 4 Jahre nach der ärztlichen Feststellung der Invalidität. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres bleibt es bei der Frist von 5 Jahren

**Besonderheiten:** die Unfallrente kann wahlweise mit lebenslanger Leistungsdauer und befristet bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres beantragt werden

■ **Haftpflichtkasse Darmstadt**

**Tarif: Unfallversicherung VARIO Vollschutz, Stand 01.2012**

*Hinweis: Zum Dezember 2012 wird der Versicherer den Tarif bzw. das Bedingungswerk VARIO als Folge des Unisexurteils anpassen. In diesem Zusammenhang werden auch die Vertragsbedingungen wieder um den ein oder anderen Punkt erweitert, wobei auch das Thema K.-O.-Tropfen Thema werden wird.*

**Separater Abschluss einer Unfallrente:** möglich

**Unisextarif:** nein

**Eintrittsalter:** ab Geburt bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres

**maximale Versicherungsdauer:** aus Bedingungen oder Tarifierunterlagen ist keine Begrenzung des uneingeschränkten Versicherungsschutzes ersichtlich

**Beitragsanpassungsklausel:** Beitragsanpassung mit Vollendung des 18. Lebensjahres

**Mindestanforderungen WFS für Unfallrente erfüllt:** nein

**Prämienniveau Unfallrente:** durchschnittlich (Berufsgruppe A, Kinder), sehr teuer (Kinder)

1.000 Euro monatliche Rente	Mann		Frau	
	A / K	B	A / K	B
Alter 10 Jahre	109,48 Euro p.a.	----	109,48 Euro p.a.	----
Alter 20 Jahre	119,00 Euro p.a.	209,44 Euro p.a.	119,00 Euro p.a.	----
Alter 40 Jahre	119,00 Euro p.a.	209,44 Euro p.a.	119,00 Euro p.a.	----
Alter 60 Jahre	119,00 Euro p.a.	209,44 Euro p.a.	119,00 Euro p.a.	----

Quelle: eigene Berechnung vom 06.08.2012

**Leistungen der Unfallrente****GDV-Garantie:** ja (aktueller Stand)**Garantie Arbeitskreis Beratungsprozesse:** nein**Innovationsklausel:** ja**Leistung ab welchem Invaliditätsgrad:** ab 50%**Verbesserte Gliedertaxe:** nein**Definierter Invaliditätsgrad bei Stimmverlust:** nein**Definierter Invaliditätsgrad bei Verlust innerer Organe:** nein**verbesserte Mitwirkungsregelung:** nein (Kürzung des Prozentsatzes vom Invaliditätsgrad ab einem Mitwirkungsanteil von min. 25%)**verbesserte Infektionsklausel:** ja**Rentendynamik vor Eintritt des Leistungsfalls (Aktivdynamik):** optionale Summendynamik um 5% p.a. (maximal bis zum vollendeten 65. Lebensjahr)**Rentendynamik nach Eintritt des Leistungsfalls (Passivdynamik):** nein**Rentengarantiezeit:** nein**Mitversicherungen von Unfällen infolge von Bewusstseinsstörungen:** teilweise (mitversichert sind Bewusstseinsstörungen durch Alkohol, beim Führen eines Kfz bis unter 1,6 Promille. Mitversicherung von Bewusstseinsstörungen durch die Einnahme von Medikamenten. Im Rahmen von Ziffer 31.2 der Vollschutzbedingungen mitversichert sind Unfälle durch Schlaganfall, Herzinfarkt, Herz- und Kreislaufstörungen, epileptische Anfälle sowie andere Krampfanfälle, wenngleich die Geltung dieser Einschlüsse auch für Unfälle als Folge einer Bewusstseinsstörung nur implizit über die Klauselüberschrift hergeleitet werden kann. Klarstellung, dass Übermüdung, Schlafwandeln, Ohnmachtsanfälle und Erschrecken keine ausgeschlossene Bewusstseinsstörung sind)**Mitversicherung von Eigenbewegungen:** weitgehend (Bauch-, Unterleibs- und Knochenbrüche, Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule, Verrenkungen eines Gelenks, Zerrungen oder Zerreißungen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken. Diese Erweiterung gilt nicht für Schädigungen von Bandscheiben)**verbesserte Meldefristen:** ja (24 Monate für Eintritt der Invalidität, 36 Monate für ärztliche Feststellung und Geltendmachung der Ansprüche durch VN beim VR. Im Rahmen der Infektionsklausel gilt als Beginn der Meldefrist der Zeitpunkt der erstmaligen ärztlichen Diagnose der Infektion)**Fristen zur Neubemessung des Invaliditätsgrades:** 2 Jahre auf Veranlassung des VR, 3 Jahre bei Veranlassung durch VN, bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres 5 Jahre**Besonderheiten:** Verstirbt der Unfall-Rentenbezieher, so wird im Anschluss eine Partner-/Vollwaisen-Rente von 70% der Unfall-Rente geleistet. Partner sind Personen in einer eingetragenen Lebensgemeinschaft oder Eheleute. Die Partner-Rente wird für 36 Monate geleistet. Die Vollwaisen-Rente wird bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gezahlt. Bei mehreren erbberechtigten Kindern wird die Rente anteilmäßig aufgeteilt.**■ HDI-Gerling****Tarif: Unfallrente mit Paketen Leistung Plus, Risiko Plus sowie Paket Rundum Sorglos (AUB 2011), Stand 01.2011***Wichtiger Hinweis: Der Versicherer weist darauf hin, dass er ab 10.2012 neue Bedingungen geben werde.***Separater Abschluss einer Unfallrente:** möglich**Unisextarif:** nein**Eintrittsalter:** ab Geburt bis zur Vollendung des 80. Lebensjahres**maximale Versicherungsdauer:** aus Bedingungen oder Tarifierunterlagen ist keine Begrenzung des uneingeschränkten Versicherungsschutzes ersichtlich**Beitragsanpassungsklausel:** Umstellung des Tarifes von Kind auf Erwachsener erfolgt zur nächsten Hauptfälligkeit nach Erreichung des 18. Lebensjahres. Es besteht die Wahlmöglichkeit zwischen der Fortführung zum bisherigen Beitrag (mit reduzierter Versicherungssumme) oder zu unveränderten Summen (mit Beitragsanpassung)**Mindestanforderungen WFS für Unfallrente erfüllt:** nein**Prämienniveau Unfallrente:** preiswert (Berufsgruppe A), sehr preiswert (Berufsgruppe B), teuer (Kinder)

1.000 Euro monatliche Rente	Mann		Frau	
	A / K	B	A / K	B
Alter 10 Jahre	104,01 Euro p.a.	----	104,01 Euro p.a.	----
Alter 20 Jahre	115,43 Euro p.a.	173,15 Euro p.a.	115,43 Euro p.a.	----
Alter 40 Jahre	115,43 Euro p.a.	173,15 Euro p.a.	115,43 Euro p.a.	----
Alter 60 Jahre	115,43 Euro p.a.	173,15 Euro p.a.	115,43 Euro p.a.	----

Quelle: eigene  
Berechnung vom  
07.08.2012



**Leistungen der Unfallrente**

- GDV-Garantie:** ja (aktueller Stand zum Zeitpunkt des Unfalls)
- Garantie Arbeitskreis Beratungsprozesse:** nein
- Innovationsklausel:** nein
- Leistung ab welchem Invaliditätsgrad:** ab 50%
- Verbesserte Gliedertaxe:** nein
- Definierter Invaliditätsgrad bei Stimmverlust:** nein
- Definierter Invaliditätsgrad bei Verlust innerer Organe:** nein
- verbesserte Mitwirkungsregelung:** nein (Kürzung des Prozentsatzes vom Invaliditätsgrad ab einem Mitwirkungsanteil von min. 25%)
- verbesserte Infektionsklausel:** nein
- Rentendynamik vor Eintritt des Leistungsfalls (Aktivdynamik):** nein
- Rentendynamik nach Eintritt des Leistungsfalls (Passivdynamik):** nein
- Rentengarantiezeit:** nein
- Mitversicherungen von Unfällen infolge von Bewusstseinsstörungen:** teilweise (generell sind Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen mitversichert. Dies gilt im Rahmen der Unfallrente jedoch bei Personen ab Vollendung des 16. Lebensjahres nicht für Bewusstseinsstörungen durch Trunkenheit.<sup>5</sup> Für Kinder vor dem vollendeten 16. Lebensjahr gilt: Versicherungsschutz für Unfälle beim Führen von Fahrzeugen infolge Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel (damit sind nicht ärztlich verordnete Arzneimittel gemeint) besteht dann, wenn der Blutalkoholgehalt des Versicherten zum Zeitpunkt des Unfalles nicht über der durch höchstrichterliche Rechtsprechung für die Fahrunfähigkeit festgelegten Grenze lag. Darüber hinaus besteht für diese Personen beim Lenken von Kraftfahrzeugen Versicherungsschutz, wenn der Blutalkoholgehalt des Versicherten zum Zeitpunkt des Unfalles unter 1,3 Promille liegt)
- Mitversicherung von Eigenbewegungen:** nein
- verbesserte Meldefristen:** ja (12 Monate für Eintritt der Invalidität, 24 Monate für ärztliche Feststellung und Geltendmachung der Ansprüche durch VN beim VR)
- Fristen zur Neubemessung des Invaliditätsgrades:** 3 Jahre bei Erwachsenen sowie Minderjährigen ab dem vollendeten 14. Lebensjahr, bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres 5 Jahre
- Besonderheiten:** optionaler Einschluss einer Hinterbliebenenrente in Höhe von 60% der zuletzt vereinbarten Rentenleistung mit einer Rentengarantiezeit von 5 Jahren. Darüber hinaus zusätzliche Waisenrente für Kinder unter dem vollendeten 18. Lebensjahr in Höhe von 20% der vereinbarten Rente je Kind, bei mehreren Kindern jedoch höchstens 40% der vereinbarten Rentenleistung. Verstirbt der hinterbliebene Partner innerhalb der Rentengarantiezeit – unabhängig von der Todesursache – , verdoppelt sich die Waisenrente

■ **InterRisk**

**Tarif: Unfall XXL, Stand 07.2011 mit Klauseln, Stand 03.2011**

- Separater Abschluss einer Unfallrente:** möglich
- Unisextarif:** nein
- Eintrittsalter:** ab Geburt ohne begrenzendes Höchsteintrittsalter
- maximale Versicherungsdauer:** uneingeschränkte Versicherungsdauer zu gleichen Bedingungen
- Beitragsanpassungsklausel:** Beitragsanpassung jährlich um 5% bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, für Frauen dann wieder ab Vollendung des 40. bis zur Vollendung des 75. Lebensjahres um 5%, für Männer abweichend um 5% ab dem 55. Bis 82. Lebensjahr, bei Personen der Berufsgruppe B bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres. Für die Unfallrente gilt abweichend eine Anpassung für Frauen bis 18 Jahre und von 47 bis 75 Jahren, für Männer bis 18 Jahre und von 55 bis 71 Jahre
- Mindestanforderungen WFS für Unfallrente erfüllt:** ja
- Prämienniveau Unfallrente:**
  - Festrente: durchschnittlich (Berufsgruppe A und B), sehr preiswert (Kinder)
  - Dynamex2: äußerst teuer (Berufsgruppe A), sehr teuer (Berufsgruppe B)
  - Dynamex3+: äußerst teuer (Berufsgruppe A und B)

1.000 Euro monatliche Festrente mit PlusTaxe	Mann		Frau	
	A / K	B	A / K	B
Alter 10 Jahre	94,81 Euro p.a.	----	52,57 Euro p.a.	----
Alter 20 Jahre	139,90 Euro p.a.	216,90 Euro p.a.	77,54 Euro p.a.	----
Alter 40 Jahre	139,90 Euro p.a.	216,90 Euro p.a.	77,54 Euro p.a.	----
Alter 60 Jahre	187,35 Euro p.a.	216,90 Euro p.a.	153,31 Euro p.a.	----

1.000 Euro monatliche Unfallrente Dynamex2 mit PlusTaxe	Mann		Frau	
	A / K	B	A / K	B
Alter 10 Jahre	k.A.	k.A.	k.A.	----
Alter 20 Jahre	k.A.	k.A.	k.A.	----
Alter 40 Jahre	210,00 Euro p.a.	325,58 Euro p.a.	116,41 Euro p.a.	----
Alter 60 Jahre	188,94 Euro p.a.	218,73 Euro p.a.	154,60 Euro p.a.	----

1.000 Euro monatliche Unfallrente Dynamex3+ mit PlusTaxe	Mann		Frau	
	A / K	B	A / K	B
Alter 10 Jahre	k.A.	k.A.	k.A.	----
Alter 20 Jahre	k.A.	k.A.	k.A.	----
Alter 40 Jahre	k.A.	k.A.	k.A.	----
Alter 60 Jahre	311,24 Euro p.a.	360,32 Euro p.a.	254,70 Euro p.a.	----

Quelle: eigene Berechnung vom 07.08.2012; k.A. = kein Angebot für eine monatliche Hauptrente in dieser Höhe möglich

## Leistungen der Unfallrente

**GDV-Garantie:** ja (Stand 01.01.2012 <sup>6)</sup>)

**Garantie Arbeitskreis Beratungsprozesse:** ja (Stand 02.2010)

**Innovationsklausel:** ja

**Leistung ab welchem Invaliditätsgrad:** a) Festrente: ab 50%; b) dynamex2: ab 50%; c) dynamex3+: ab 25% Grundrente von 50% bis maximal zur Vollendung des 65. Lebensjahres, ab 50% die volle vereinbarte Hauptrente ohne Befristung, ab 75% zusätzlich zur lebenslangen Hauptrente eine Toprente in Höhe von 50% der Hauptrente bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres

**Verbesserte Gliedertaxe:** ja (wahlweise Plus- oder MaxiTaxe), nein (StandardTaxe)

**Definierter Invaliditätsgrad bei Stimmverlust:** ja (100% in Plus- oder MaxiTaxe), nein (StandardTaxe)

**Definierter Invaliditätsgrad bei Verlust innerer Organe:** ja (Plus- oder MaxiTaxe: Nieren, Milz, Gallenblase, Magen, Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm, Lungenflügel), nein (StandardTaxe)

**verbesserte Mitwirkungsregelung:** ja (Kürzung nur bei einem Mitwirkungsanteil von 100%)

**verbesserte Infektionsklausel:** ja

**Rentendynamik vor Eintritt des Leistungsfalls (Aktivdynamik):** a) Festrente: nein, b) dynamex2: jährliche Erhöhung um 2% ohne zeitliche Befristung; c) dynamex3+: jährliche Erhöhung um 3% ohne zeitliche Befristung

**Rentendynamik nach Eintritt des Leistungsfalls (Passivdynamik):** a) Festrente: nein; b) dynamex2: jährliche Erhöhung um 2% ohne zeitliche Befristung; c) dynamex3+: jährliche Erhöhung um 3% ohne zeitliche Befristung

**Rentengarantiezeit:** bis zu dem Zeitpunkt, in dem das 65. Lebensjahr vollendet worden wäre

**Mitversicherungen von Unfällen infolge von Bewusstseinsstörungen:** ja (ohne Ausnahmen)

**Mitversicherung von Eigenbewegungen:** weitgehend (ausgenommen Verletzungen von Bandscheiben, Kopf, Lunge, Herz und Blutungen innerer Organe)

**verbesserte Meldefristen:** ja (24 Monate für Eintritt der Invalidität, 36 Monate für ärztliche Feststellung und Geltendmachung der Ansprüche durch VN beim VR. Im Rahmen der Infektionsklausel gilt als Beginn der Meldefrist der Zeitpunkt der erstmaligen ärztlichen Diagnose der Infektion)

**Fristen zur Neubemessung des Invaliditätsgrades:** 2 Jahre auf Veranlassung des VR, 3 Jahre bei Veranlassung durch VN, bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres generell 5 Jahre

**Besonderheiten:** Das Vorliegen des Mindest-Invaliditätsgrades von 50% wird unabhängig von der vereinbarten Invaliditätstaxe angenommen, wenn der Unfall eine dauernde Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 15 Nr. 1 Sozialgesetzbuch 11 (Pflegestufe I) zur Folge hat. Für den Tarif Dynamex3+ gilt ergänzend: das Vorliegen des Mindest-Invaliditätsgrades von 75% wird unabhängig von der vereinbarten Invaliditätstaxe angenommen, wenn der Unfall eine dauernde Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 15 Nr. 2 Sozialgesetzbuch 11 (Pflegestufe II) zur Folge hat.

■ **Konzept & Marketing**

**Tarif: U4 Konzept Tarif advanced, Stand 07.2011**

**Separater Abschluss einer Unfallrente:** möglich

**Unisextarif:** nein

**Eintrittsalter:** ab Geburt bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres. Ab der Vollendung des 60. Lebensjahres kann keine Unfallrente mehr abgeschlossen werden

**maximale Versicherungsdauer:** mit Vollendung des 65. Lebensjahres findet eine Umstellung in den Seniorentarif statt

**Beitragsanpassungsklausel:** Beitragsanpassung mit Vollendung des 18. und 65. Lebensjahres (alternativ gleicher Beitrag bei reduzierten Leistungen)

**Mindestanforderungen WFS für Unfallrente erfüllt:** nein

**Prämienniveau Unfallrente:** äußerst preiswert (Berufsgruppe A und B, Kinder)

1.000 Euro monatliche Rente	Mann		Frau	
	A / K	B	A / K	B
Alter 10 Jahre	68,07 Euro p.a.	----	68,07 Euro p.a.	----
Alter 20 Jahre	100,44 Euro p.a.	133,43 Euro p.a.	100,44 Euro p.a.	----
Alter 40 Jahre	100,44 Euro p.a.	133,43 Euro p.a.	100,44 Euro p.a.	----
Alter 60 Jahre	----	----	----	----

Quelle: eigene Berechnung vom 07.08.2012; k.A. = kein Angebot für diese Altersgruppe möglich

**Leistungen der Unfallrente:**

**GDV-Garantie:** nein

**Garantie Arbeitskreis Beratungsprozesse:** nein

**Innovationsklausel:** ja

**Leistung ab welchem Invaliditätsgrad:** ab 50%

**Verbesserte Gliedertaxe:** ja (keine Anwendung findet eine verbesserte Gliedertaxe für Angehörige von Heilberufen)

**Definierter Invaliditätsgrad bei Stimmverlust:** ja (100%)

**Definierter Invaliditätsgrad bei Verlust innerer Organe:** nein

**verbesserte Mitwirkungsregelung:** ja (Kürzung der Leistung ab einem Mitwirkungsanteil von über 50%)

**verbesserte Infektionsklausel:** ja

**Rentendynamik vor Eintritt des Leistungsfalls (Aktivdynamik):** beitragsfreie Dynamik um 1% p.a. bis zum Eintritt des Leistungsfalles

**Rentendynamik nach Eintritt des Leistungsfalls (Passivdynamik):** nein

**Rentengarantiezeit:** 5 Jahre

**Mitversicherungen von Unfällen infolge von Bewusstseinsstörungen:** teilweise (mitversichert sind Bewusstseinsstörungen durch Alkohol, beim Führen eines Kfz bis unter 1,1 Promille. Mitversicherung von Bewusstseinsstörungen durch die Einnahme ärztlich verordneter Medikamente, durch Schlaganfälle, Herzinfarkte, epileptische Anfälle sowie andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen. Keine Klarstellung, dass Übermüdung keine ausgeschlossene Bewusstseinsstörung ist)

**Mitversicherung von Eigenbewegungen:** teilweise (Verrenkung eines Gelenks an Gliedmaßen oder Wirbelsäule, Zerrung oder Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern oder Kapseln, Schädigung von Menisken oder sonstigen Knorpeln, Knochenbrüche. Ausgeschlossen bleiben Bandscheibenschäden sowie Bauch- und Unterleibsbrüche)

**verbesserte Meldefristen:** ja (12 Monate für Eintritt der Invalidität, 18 Monate für ärztliche Feststellung und Geltendmachung der Ansprüche durch VN beim VR)

**Fristen zur Neubemessung des Invaliditätsgrades:** 2 Jahre auf Veranlassung des VR, 3 Jahre bei Veranlassung durch VN, bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres 5 Jahre

**Besonderheiten:** nicht zutreffend

**■ Nürnberger****Tarif: NÜRNBERGER UnfallSchutz, Unfall-Rente und Unfall-KomfortRente bei Invalidität ab 40%, Stand 01.2011****Separater Abschluss einer Unfallrente:** möglich**Unisextarif:** nein (abweichend ab Mitte 11.2012: ja)**Eintrittsalter:** ab Geburt bis zur Vollendung des 87. Lebensjahres. Ab dem vollendeten 80. Lebensjahr können nur noch maximal einjährige Verträge beantragt werden**maximale Versicherungsdauer:** Umstellung in den Seniorentarif ab der Vollendung des 65. Lebensjahres, wobei der VN ein Wahlrecht hat, ob er bei gleichbleibendem Beitrag die Versicherungssummen reduzieren oder den Beitrag bei gleichbleibenden Versicherungssummen erhöhen möchte. Ab der Vollendung des 80. Lebensjahres gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Personen ab Alter 80 Jahre, wobei der VN ein Wahlrecht hat, ob er bei gleichbleibendem Beitrag die Versicherungssummen reduzieren oder den Beitrag bei gleichbleibenden Versicherungssummen erhöhen möchte**Beitragsanpassungsklausel:** Beitragsanpassung mit Vollendung des 18. und des 65. Lebensjahres**Mindestanforderungen WFS für Unfallrente erfüllt:** nein**Prämienniveau Unfallrente:**

Rente ab 40% Invalidität: teuer (Berufsgruppe A), durchschnittlich (Berufsgruppe B), äußerst teuer (Kinder)

Rente ab 50% Invalidität: äußerst preiswert (Berufsgruppe A und B), durchschnittlich (Kinder)

1.000 Euro monatliche Rente ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% Angaben bei einjährige Laufzeit, Brutto, inkl. 2% EEV-Nachlass, NAV-Tarif	Mann		Frau	
	A / K	B	A / K	B
	Alter 10 Jahre	144,00 Euro p.a.	----	103,29 Euro p.a.
Alter 20 Jahre	174,56 Euro p.a.	257,54 Euro p.a.	123,31 Euro p.a.	----
Alter 40 Jahre	174,56 Euro p.a.	257,54 Euro p.a.	123,31 Euro p.a.	----
Alter 60 Jahre	174,56 Euro p.a.	257,54 Euro p.a.	123,31 Euro p.a.	----

1.000 Euro monatliche Rente ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% Angaben bei einjährige Laufzeit, Brutto, inkl. 2% EEV-Nachlass, NAV-Tarif	Mann		Frau	
	A / K	B	A / K	B
	Alter 10 Jahre	99,31 Euro p.a.	----	71,23 Euro p.a.
Alter 20 Jahre	120,39 Euro p.a.	176,50 Euro p.a.	85,06 Euro p.a.	----
Alter 40 Jahre	120,39 Euro p.a.	176,50 Euro p.a.	85,06 Euro p.a.	----
Alter 60 Jahre	120,39 Euro p.a.	176,50 Euro p.a.	85,06 Euro p.a.	----

Quelle: eigene Berechnungen vom 06.08.2012 auf Basis BT-PLUS 06.2012.

Unter bestimmten Voraussetzungen kann ggf. ein zusätzlicher Nachlass für eine elektronische Antragsstellung sowie für eine mehrjährige Vertragslaufzeit gewährt werden.

**Leistungen der Unfallrente****GDV-Garantie:** nein**Garantie Arbeitskreis Beratungsprozesse:** nein**Innovationsklausel:** nein**Leistung ab welchem Invaliditätsgrad:** optional ab 40% oder ab 50%. Bei Personen ab dem vollendeten 80. Lebensjahr kann nur noch eine Unfallrente ab einem Invaliditätsgrad von min. 50% beantragt werden. Wurde eine Unfallrente ab einem Invaliditätsgrad von min. 40% beantragt, so verdoppelt sich die Leistung ab einem Invaliditätsgrad von min. 70%**Verbesserte Gliedertaxe:** nein

Definierter Invaliditätsgrad bei Stimmverlust: nein

**Definierter Invaliditätsgrad bei Verlust innerer Organe:** nein**verbesserte Mitwirkungsregelung:** ja (Kürzung des Prozentsatzes vom Invaliditätsgrad ab einem Mitwirkungsanteil von min. 40%, sofern VP am Unfalltag das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Generell keine Kürzung bei Personen unter dem vollendeten 18. Lebensjahr)

**verbesserte Infektionsklausel:** ja

**Rentendynamik vor Eintritt des Leistungsfalls (Aktivdynamik):** optionale Summendynamik um 5% p.a.

**Rentendynamik nach Eintritt des Leistungsfalls (Passivdynamik):** nein

**Rentengarantiezeit:** sofern eine Rente bereits ab einem Invaliditätsgrad von min. 40% vereinbart wurde, gilt: 10 Jahre an die Erben der VP, sofern versicherte Person zum Unfallzeitpunkt das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Nach einer Rentendauer von mehr als 10 Jahren, so erhalten ihre Erben eine Todesfallleistung in Höhe von 12 Monatsrenten als Einmalzahlung

**Mitversicherungen von Unfällen infolge von Bewusstseinsstörungen:** teilweise (mitversichert sind Bewusstseinsstörungen durch die die Einnahme von rezeptpflichtigen Medikamenten, die der versicherten Person vor dem Unfall von einem Arzt verordnet wurden und die von der VP entsprechend der ärztlichen Verordnung eingenommen wurden. Die Erweiterung gilt nicht für Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen durch Medikamente beim Lenken eines Kraftfahrzeugs. Mitversichert sind ferner Bewusstseinsstörungen durch Herzinfarkte und Schlaganfälle)

**Mitversicherung von Eigenbewegungen:** nein

**verbesserte Meldefristen:** ja (15 Monate für Eintritt der Invalidität, 21 Monate für ärztliche Feststellung und Geltendmachung der Ansprüche durch VN beim VR)

**Fristen zur Neubemessung des Invaliditätsgrades:** 3 Jahre, bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres 5 Jahre

**Besonderheiten:** sofern eine Rente bereits ab einem Invaliditätsgrad von min. 40% vereinbart wurde, gilt: Wenn die VP bei Eintritt des Unfalls das 50. Lebensjahr vollendet hatte und aufgrund eines Unfalles schwerstpflegebedürftig ist und ein Anspruch auf Rentenzahlung im Sinne der Bedingungen entstanden ist, zahlt der VR einmalig eine Leistung in Höhe von 12 Monatsrenten (Unfall-Komfortrente). Schwerstpflegebedürftig ist, wer bei der Körperpflege, der Ernährung und der Mobilität rund um die Uhr – auch nachts – Hilfe benötigt und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

### ■ NV-Versicherungen

**Tarif:** UnfallPremium 3.0 (AUB 2011), Stand 10.2011

**Separater Abschluss einer Unfallrente:** möglich

**Unisextarif:** ja

**Eintrittsalter:** ab Geburt bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres

**maximale Versicherungsdauer:** aus Bedingungen oder Tarifierunterlagen ist keine Begrenzung des uneingeschränkten Versicherungsschutzes ersichtlich

**Beitragsanpassungsklausel:** Beitragsanpassung mit Vollendung des 18. Lebensjahres

**Mindestanforderungen WFS für Unfallrente erfüllt:** nein

**Prämienniveau Unfallrente:** durchschnittlich (Berufsgruppe A), äußerst teuer (Berufsgruppe B)

1.000 Euro monatliche Rente	Mann / Frau	
	A / K	B
Alter 10 Jahre	----	
Alter 20 Jahre	128,52 Euro p.a.	214,20 Euro p.a.
Alter 40 Jahre	129,54 Euro p.a.	215,76 Euro p.a.
Alter 60 Jahre	129,54 Euro p.a.	215,76 Euro p.a.

Quelle: eigene Berechnung vom 02.08.2012. Maximal mögliche Unfallrente für Kinder sind 500 Euro monatlich für 75,86 Euro brutto monatlich.

### Leistungen der Unfallrente:

**GDV-Garantie:** ja (AUB 2011)

**Garantie Arbeitskreis Beratungsprozesse:** ja (keine konkrete Standangabe)

**Innovationsklausel:** ja

**Leistung ab welchem Invaliditätsgrad:** ab 50%

**Verbesserte Gliedertaxe:** nein

**Definierter Invaliditätsgrad bei Stimmverlust:** nein

**Definierter Invaliditätsgrad bei Verlust innerer Organe:** nein

**verbesserte Mitwirkungsregelung:** nein (Kürzung des Prozentsatzes vom Invaliditätsgrad ab einem Mitwirkungsanteil von min. 25%)

**verbesserte Infektionsklausel:** ja

**Rentendynamik vor Eintritt des Leistungsfalls (Aktivdynamik):** nein

**Rentendynamik nach Eintritt des Leistungsfalls (Passivdynamik):** nein

**Rentengarantiezeit:** nein

**Mitversicherungen von Unfällen infolge von Bewusstseinsstörungen:** teilweise (mitversichert sind Bewusstseinsstörungen durch Alkohol, beim Führen eines Kfz bis unter 1,3 Promille. Mitversicherung von Bewusstseinsstörungen durch Einnahme von Medikamenten. Klarstellung, dass Übermüdung (Schlaftrunkenheit) keine ausgeschlossene Bewusstseinsstörung ist)

**Mitversicherung von Eigenbewegungen:** eingeschränkt (Bauch- und Unterleibsbrüche, Schädigungen an Gliedmaßen, Meniskus oder Wirbelsäule. Diese Erweiterung gilt nicht für Schädigungen der Bandscheiben)

**verbesserte Meldefristen:** ja (24 Monate für Eintritt der Invalidität, 15 Monate für ärztliche Feststellung<sup>7</sup> und 36 Monate Geltendmachung der Ansprüche durch VN beim VR. Im Rahmen der Infektionsklausel gilt als Beginn der Meldefrist der Zeitpunkt des Ausbruchs der Infektion, auch wenn dieser vor dem Zeitpunkt der ärztlichen Diagnose liegen sollte)

**Fristen zur Neubemessung des Invaliditätsgrades:** 3 Jahre, bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres abweichend 5 Jahre

**Besonderheiten:** Verstirbt der Unfall-Rentenbezieher, so wird im Anschluss für den Zeitraum von 36 Monaten eine Partner-/Vollwaisenrente von 70 Prozent der Unfall-Rente geleistet. Die Vollwaisenrente wird bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres geleistet. Bei mehreren erbberechtigten Kindern wird die Rente anteilmäßig aufgeteilt.

### ■ Swiss Life Partner

**Tarif: Primus Plus (AUB 2008 SLP), Stand 04.2012**

**Unisextarif:** nein

**Eintrittsalter:** ab Geburt bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres

**maximale Versicherungsdauer:** ab der Vollendung des 65. Lebensjahres findet eine Umstellung in den Tarif für Senioren statt (siehe „Beitragsanpassungsklausel“)

**Beitragsanpassungsklausel:** Beitragsanpassung mit Vollendung des 18. Lebensjahres. Mit Vollendung des 65. Lebensjahres gilt generell der Beitrag für Angehörige der Berufsgruppe B (Seniorentarif)

**Mindestanforderungen WFS für Unfallrente erfüllt:** nein

**Prämienniveau Unfallrente:** preiswert (Berufsgruppe B), durchschnittlich (Berufsgruppe B, Kinder)

1.000 Euro monatliche Rente	Mann		Frau	
	A / K	B	A / K	B
Alter 10 Jahre	91,04 Euro p.a.	----	91,04 Euro p.a.	----
Alter 20 Jahre	121,38 Euro p.a.	182,07 Euro p.a.	121,38 Euro p.a.	----
Alter 40 Jahre	121,38 Euro p.a.	182,07 Euro p.a.	121,38 Euro p.a.	----
Alter 60 Jahre	121,38 Euro p.a.	182,07 Euro p.a.	121,38 Euro p.a.	----

Quelle: eigene Berechnungen vom 07.08.2012

### Leistungen der Unfallrente

**Separater Abschluss einer Unfallrente:** möglich

**GDV-Garantie:** ja (Stand 12.2008)

**Garantie Arbeitskreis Beratungsprozesse:** ja (Stand 02.2010)

**Innovationsklausel:** ja

**Leistung ab welchem Invaliditätsgrad:** ab 50%

**Verbesserte Gliedertaxe:** nein

**Definierter Invaliditätsgrad bei Stimmverlust:** nein

**Definierter Invaliditätsgrad bei Verlust innerer Organe:** nein

**verbesserte Mitwirkungsregelung:** nein (Kürzung des Prozentsatzes vom Invaliditätsgrad ab einem Mitwirkungsanteil von min. 25%)

**verbesserte Infektionsklausel:** ja

**Rentendynamik vor Eintritt des Leistungsfalls (Aktivdynamik):** nein

**Rentendynamik nach Eintritt des Leistungsfalls (Passivdynamik):** nein

**Rentengarantiezeit:** nein

**Mitversicherungen von Unfällen infolge von Bewusstseinsstörungen:** teilweise (mitversichert sind Bewusstseinsstörungen durch Alkohol, beim Führen eines Kfz bis unter 1,5 Promille. Mitversicherung von Bewusstseinsstörungen durch Einnahme von Medikamenten. Klarstellung, dass Übermüdung keine ausgeschlossene Bewusstseinsstörung ist)

**Mitversicherung von Eigenbewegungen:** weitgehend (Bauch-, Unterleibs- und Knochenbrüche, Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule, Verrenkungen eines Gelenks, Zerrungen oder Zerreißungen von Muskeln, Sehnen, Bänder, Kapseln oder Menisken. Diese Erweiterung gilt nicht für Schädigungen der Bandscheiben)

**verbesserte Meldefristen:** ja (24 Monate für Eintritt der Invalidität, 36 Monate für ärztliche Feststellung und Geltendmachung der Ansprüche durch VN beim VR. Im Rahmen der Infektionsklausel sind versicherte Infektionen nach Ziffer 3.5.1 bereits innerhalb von vier Wochen nach der ärztlichen Erstdiagnose anzuzeigen)

**Fristen zur Neubemessung des Invaliditätsgrades:** 3 Jahre, bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres abweichend 5 Jahre

**Besonderheiten:** nicht zutreffend

■ VHV

**Tarif: Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010**

*Hinweis: neue Tarifgeneration für 11.2012 angekündigt.*

**Unisextarif:** nein

**Eintrittsalter:** ab Geburt bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres

**maximale Versicherungsdauer:** ab der Vollendung des 65. Lebensjahres findet eine Umstellung in den Tarif für Senioren statt (wahlweise alter Beitrag und geringere Versicherungssumme oder höherer Beitrag bei gleichen Versicherungssummen)

**Beitragsanpassungsklausel:** Beitragsanpassung mit Vollendung des 18. und 70. Lebensjahres

**Mindestanforderungen WFS für Unfallrente erfüllt:** ja

**Prämienniveau Unfallrente:** preiswert (Berufsgruppe A, Kinder), durchschnittlich (Berufsgruppe B)

1.000 Euro monatliche Rente	Mann		Frau	
	A / K	B	A / K	B
Alter 10 Jahre	78,30 Euro p.a.	----	78,30 Euro p.a.	----
Alter 20 Jahre	116,38 Euro p.a.	217,89 Euro p.a.	116,38 Euro p.a.	----
Alter 40 Jahre	116,38 Euro p.a.	217,89 Euro p.a.	116,38 Euro p.a.	----
Alter 60 Jahre	116,38 Euro p.a.	217,89 Euro p.a.	116,38 Euro p.a.	----

Quelle: eigene Berechnungen vom 06.08.2012

**Leistungen der Unfallrente**

**Separater Abschluss einer Unfallrente:** möglich

**GDV-Garantie:** ja (Stand 17.02.2010)

**Garantie Arbeitskreis Beratungsprozesse:** nein (noch benannt als „Arbeitskreis Vermittlerrichtlinie Dokumentation“ mit Stand 17.02.2010)

**Innovationsklausel:** ja

**Leistung ab welchem Invaliditätsgrad:** ab 50%

**Verbesserte Gliedertaxe:** ja

**Definierter Invaliditätsgrad bei Stimmverlust:** ja (100%)

**Definierter Invaliditätsgrad bei Verlust innerer Organe:** nein

**verbesserte Mitwirkungsregelung:** ja (Verzicht auf eine Kürzung wegen Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen)

**verbesserte Infektionsklausel:** ja

**Rentendynamik vor Eintritt des Leistungsfalls (Aktivdynamik):** optionale Summendynamik um 5% p.a. (maximal bis die in den Annahmerichtlinien benannten Höchstgrenzen für die jährliche Unfallrente erreicht sind. Laut Software sind dies 24.000 Euro p.a.)

**Rentendynamik nach Eintritt des Leistungsfalls (Passivdynamik):** nein

**Rentengarantiezeit:** nein

**Mitversicherungen von Unfällen infolge von Bewusstseinsstörungen:** teilweise

(mitversichert sind Bewusstseinsstörungen durch Alkohol, beim Führen eines Kfz bis 1,1 Promille.

Mitversicherung von Bewusstseinsstörungen durch Einnahme von Medikamenten, durch Herzinfarkte und Schlaganfälle sowie durch Herz- und Kreislauferkrankungen.

Klarstellung, dass Übermüdung keine ausgeschlossene Bewusstseinsstörung ist)

**Mitversicherung von Eigenbewegungen:** weitgehend (Bauch-, Unterleibs- und Knochenbrüche, Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule, Verrenkungen eines Gelenkes sowie Zerrungen oder Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken. Diese Erweiterung gilt nicht für Schädigungen von Bandscheiben)

**verbesserte Meldefristen:** ja (18 Monate für Eintritt der Invalidität, 24 Monate für ärztliche Feststellung und Geltendmachung der Ansprüche durch VN beim VR. Im Rahmen der Infektionsklausel gilt als Beginn der Meldefrist der Zeitpunkt der erstmaligen ärztlichen Feststellung einer infektionsbedingten Invalidität durch einen Arzt. Die Frist für die Meldung und Geltendmachung einer solchen Invalidität beträgt 3 Monate ab ärztlicher Feststellung)

**Fristen zur Neubemessung des Invaliditätsgrades:** 3 Jahre, bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres abweichend 5 Jahre

**Besonderheiten:** keine



## „Geprüfter Honorarberater“ mit Hochschulzertifikat

Der vom Institut für Honorarberatung (IFH) und TUTOR-CONSULT bereits seit 2009 erfolgreich angebotene erste Zertifikatslehrgang für Honorarberater erfüllt die Ansprüche eines Hochschulzertifikats.

Die Steinbeis-Hochschule Berlin, Deutschlands größte private Universität, ist Partner der Honorarberater.



■ Kontakt & Anmeldung  
TUTOR-CONSULT GmbH  
Knut Einfeldt  
Krokamp 29 · 24539 Neumünster  
Tel.: 0 43 21 / 9 84 67-0  
info@tutor-consult.de

<sup>1</sup> Siehe z.B. <http://www.test.de/Baden-Badener-Versicherer-setzt-Kunden-unter-Druck-1398169-2398169/>

<sup>2</sup> Laut Versicherer gäbe es seit Juni 2012 einen Nachfolgetarif. Da dieser jedoch trotz Anforderung nicht zur Verfügung gestellt wurde, konnte hier nicht bewertet werden, ob im fraglichen Punkt eine positive Bedingungsänderung vorgenommen wurde.

<sup>3</sup> Laut Axa würde ausdrücklich die verbesserte Gliedertaxe Komfort gelten, was auch einen definierten Invaliditätsgrad von 100% bei Stimmverlust beinhalten würde. Nach dem Wortlaut von Ziffer 1 der Unfallrentenbedingungen heißt es allerdings wie folgt: „Vereinbarte besondere Gliedertaxen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.“ Von daher wird eine schriftliche Bestätigung des Versicherers über die Berücksichtigung der verbesserten Gliedertaxe vor Antragsstellung ausdrücklich angeraten.

<sup>4</sup> Bei Personen zwischen 0 und 59 Jahre kann durch die dynamische Summenanpassung eine monatliche Höchstrente von 5.000 Euro erreicht werden.

<sup>5</sup> Nach Paket Risiko Plus Ziffer 9 Nr. 2.3 gilt der oben beschriebene Ausschluss für alle Leistungen mit Ausnahme der Invaliditätsleistung. Bei alleiniger Vereinbarung des Pakets Basis besteht nach Ziffer 6 kein Ausschluss für die Unfallrente, dass das Paket Risiko Plus hier eine Schlechterstellung darstellt und gleichzeitig widersprüchlich erscheint; schließlich sollte man annehmen können, dass zusätzliche Leistungspakete den Versicherungsschutz nur verbessern und nicht einschränken sollten.

<sup>6</sup> Auf der Homepage des GDV werden per 07.08.2012 als neueste Bedingungen benannt die AUB 2010 mit Stand 10.2010: <http://www.gdv.de/downloads/versicherungsbedingungen/schaden-und-unfallversicherung/allgemeine-unfallversicherungsbedingungen-aub-2010/>. Ein Bedingungsmerk für 2012 wird nicht benannt. Es bleibt also unklar, auf welche konkreten Musterbedingungen sich die InterRisk bezieht.

<sup>7</sup> Ziffer 21 und 22 der UnfallPremium-Bedingungen sehen keine Abweichung für die Frist zur schriftlichen ärztlichen Feststellung der Invalidität nach Ziffer 2.1.1. AUB 2011 vor, was in der Praxis allerdings widersprüchlich erscheint, wenn zugleich die Frist für den Eintritt der Invalidität nach Ziffer 21 der UnfallPremium-Bedingungen von 12 Monaten auf 24 Monate verlängert wird.



# Worauf ein Makler bei der Absicherung der Invalidität achten sollte



Autor:  
Wolfgang Bussmann,  
Abteilungsdirektor Marketing der  
InterRisk Versicherungs-AG  
VIENNA INSURANCE GROUP

**S**inn und Zweck einer Unfallversicherung ist bekanntermaßen die Absicherung des Lebensstandards im Falle einer unfallbedingten Invalidität. Zwar vermag der Ein oder Andere die Auffassung vertreten, das Invaliditätsrisiko sei ausschließlich über eine Berufsunfähigkeitsversicherung sinnvoll abzusichern, doch bereits der Kreis der versicherbaren Personen offenbart den Unterschied.

Eine Unfallversicherung der neuesten Tarifgeneration kann von Personen jeden Alters beantragt werden. Ganz anders als bei einer Berufsunfähigkeitsversicherung haben auch bestehende Erkrankungen bis auf wenige Ausnahmen keinen Einfluss auf die Annahme durch den Versicherer. Darüber hinaus ist die Absicherung in einer Höhe möglich, die den körperlichen Beeinträchtigungen nicht noch zusätzliche finanzielle Einbußen hinzufügt.

## ■ Kapital- und/oder Rentenleistung

Mit der Absicherung des Invaliditätsrisikos über eine Unfallversicherung ist gleichzeitig auch die Entscheidung verbunden, aus den beiden Leistungsformen „Invaliditätskapital“ und „Invaliditätsrente“ die den individuellen Erfordernissen des Versicherten nach geeignete Wahl zu treffen.

Leistung aus der Unfall-Rente wird in der Regel ab einem Invaliditätsgrad von 50% erbracht.

Da die monatlichen Rentenzahlungen lebenslang erfolgen, empfiehlt sie sich insbesondere zur Absicherung schwerer Unfallfolgen – auf diese Weise ist dem Versicherten regelmäßiges Einkommen gewiss.

Die Höhe der versicherten Unfallrente sollte so bemessen sein, dass unter Berücksichtigung weiterer finanzieller Leistungen für den Fall einer Invalidität ein Betrag in Höhe von 80% bis 100% des Bruttolohnes zur Verfügung steht. Zudem empfiehlt sich auf jeden Fall die Vereinbarung einer lebenslangen Rentendynamik zwischen 2% und 3%, um einer möglichen Inflation entgegenzuwirken.

Im Vergleich zur lebenslangen Unfallrente stellt eine Kapitalleistung eher eine Art „Überbrückungsgeld“ bis zum Rentenalter dar. Zwar kann man daraus durch entsprechende Anlage durchaus auch dauerhafte monatliche Einnahmen generieren, wichtige Faktoren wie Zinsentwicklung und Lebenserwartung müssen bei diesem Modell allerdings unbedingt berücksichtigt werden. Zudem ist es ratsam, in diesem Fall bereits eine entsprechend höhere Invaliditätsgrundsumme zu wählen, um möglichen Veränderungen – beispielsweise Schwankungen am Kapitalmarkt – entgegenwirken zu können.

## ■ Progressionsstaffel und Invaliditätstaxe

Als nächstes stellt sich die Frage nach dem Für und Wider einer Progressionsstaffel bzw. deren Ausprägung.

Progressionsstaffeln bis 350% in Verbindung bei ausreichender Grundsumme haben durchaus ihre Berechtigung – bei

der Betrachtung des Leistungsspektrums über alle Invaliditätsgrade von 1% bis 100% entsteht bei solchen Modellen ein ausgewogenes Leistungsverhältnis.

Bei höheren Progressionsstaffeln hingegen besteht diese Ausgewogenheit nicht mehr, weil auch bei einer niedrigen Grundsumme vor allem eine ansehnliche Maximalentschädigung fällig wird. Dabei kann schon einmal der Blick auf die Tatsache versperrt werden, dass eine absolute Vollinvalidität nur in etwas mehr als 1% aller Fälle festgestellt wird.

Bei handwerklich tätigen Personen empfiehlt sich durchaus der Verzicht auf Progressionsstaffeln zu Gunsten einer hohen Grundsumme, weil bei diesem Personenkreis eine Beeinträchtigung der Erwerbstätigkeit oft schon bei niedrigen Invaliditätsgraden vorliegt und demzufolge eine ausreichende Versorgung vorhanden sein muss.

Wie hoch eine Entschädigungsleistung ausfällt, ist jedoch nicht nur von der Progressionsstaffel abhängig. Genau so wichtig ist die Wahl der richtigen Invaliditätstaxe.

Je nachdem, ob der Verlust oder die Gebrauchsunfähigkeit beispielsweise einer Hand mit 55% oder gar 90% taxiert wird – wie bei der MaxiTaxe der InterRisk – liegen die zu erwartenden Zahlungen deutlich auseinander.

Bei der Berechnung einer ausreichenden Kapitalleistung für den Fall einer Vollinvalidität müssten sowohl die bis zum Rentenalter drohende Einkommenslücke als auch die noch aufzufüllende Altersversorgung zu Grunde gelegt werden. Weniger genau, aber als Anhaltspunkt durchaus geeignet, ist die Faustregel, wonach das abzuschließende Invaliditätskapital mindestens mit dem 8fachen des Brutto-Jahresgehaltes angesetzt werden soll. Wird eine Progressionsstaffel mit einer Maximalleistung von weniger als 300% vereinbart, sollte mindestens das 6fache des Jahresgehaltes,

bei allen anderen Staffeln mindestens das 4fache des Brutto-Jahresgehaltes als Richtwert dienen.

Entscheidet sich der Versicherte für eine Kombination aus Invaliditätsrente und Invaliditätskapital, kann bei entsprechender Unfallrente die Absicherung des doppelten Jahresgehaltes durchaus als angemessen gelten.

Bei Kindern und Partnern ohne eigenes Einkommen sollte die Invaliditätsabsicherung unter Berücksichtigung des Lebensstandards der Familie grundsätzlich bei mindestens 50% der Absicherung des Versorgers liegen.

**■ Auf die Bedingungen kommt es an**

Grundsätzlich sind die Unterschiede in den Bedingungswerken viel gravierender als allgemein angenommen wird und deshalb im Hinblick auf die Beratungspflichten sehr viel entscheidender als die Beitragsunterschiede.

In den Unfallschutz sollten unbedingt Kosten für kosmetische Operationen eingeschlossen werden oder – besser noch – bedingungsseitig eingeschlossen sein. Denn im Rahmen der Krankenversicherung sind nur dann Leistungen vorgesehen, wenn dem Versicherten ohne eine Operation ein psychischer Schaden droht.

Unfallversicherer leisten darüber hinaus grundsätzlich auch bei unfallbedingtem Verlust natürlicher Zähne, wobei aber unbedingt darauf geachtet werden sollte, dass die Ersatzpflicht nicht auf Schneide- und Eckzähne begrenzt wird. Dieser Leistungsbaustein gewinnt vor dem Hintergrund zunehmender Leistungseinschränkung der Krankenversicherer mehr und mehr an Bedeutung. Kosten für kosmetische Operationen sind heute zwar in vielen Unfall-Bedingungskonzepten bereits beitragsfrei enthalten, entscheidend jedoch ist die Höhe. Liegt der Betrag unter 10.000 EUR, empfiehlt sich auf jeden Fall die Beantragung einer Summenerhöhung oder der Wechsel zu einem anderen Konzept – eine der Höhe nach unbegrenzte Leistung bietet derzeit nur das XXL-Konzept der InterRisk.

Selbst in Top-Konzepten sehr selten zu finden ist eine Sofortleistung bei Schwerverletzungen oder der äußerst sinnvolle Einschluss behinderungsbedingter Kosten in angemessener Höhe, z.B. für Haus- oder Pkw-Umbau sowie für Umschulungsmaßnahmen.

Invaliditätsansprüche müssen nach den Standardbedingungen innerhalb von 15 Monaten angemeldet und ärztlich festgestellt sein. Da es sich hierbei nicht um eine Obliegenheitsfrist sondern um eine leistungsbegrenzende Frist handelt, ist eine Überschreitung nur im Ausnahmefall entschuldbar. Diese juristische Unterscheidung ist für die Betroffenen jedoch nicht nachvollziehbar, weshalb es sehr oft zu Rechtsstreitigkeiten kommt, die in aller Regel nicht positiv für die Kunden ausgehen – selbst bei Fristüberschreitungen von nur einem Tag! Deshalb sollte auf eine möglichst lange Frist geachtet werden, in der der Versicherte seine Ansprüche geltend machen kann.

Die heute ansonsten äußerst kundenfreundliche Rechtsprechung ist in einem weiteren Punkt sehr streng – bei dem Ausschluss von Trunkenheitsunfällen. Auch wenn man vielleicht ganz persönlich einer Erweiterung in diesem Punkt kritisch gegenübersteht, empfiehlt es sich doch, die Einstellung der Bürger zum Alkoholkonsum und damit die Erwartungshaltung des Einzelnen bei Unfällen unter Alkoholeinfluss zu berücksichtigen.

In der Öffentlichkeit immer stärker thematisiert ist die in den Standardbedingungen ausgeschlossene Infektionsgefahr durch Insekten und insbesondere Zecken. In vielen Fällen wird der Insektenstich oder Zeckenbiss selbst von den betroffenen Personen gar nicht bewusst

wahrgenommen und der Ausbruch z.B. einer Borrelioseerkrankung findet oft erst Jahre später statt. Da der Versicherte dann selbst bei Mitversicherung solcher Infektionen größte Schwierigkeiten hat, das ursächliche Ereignis und dessen Eintritt innerhalb der Vertragslaufzeit nachzuweisen, ist es von entscheidender Bedeutung, dass versichertes Ereignis nicht die Hautverletzung, sondern der Ausbruch der Infektionskrankheit ist!

Weiterhin sollte die Schwelle für einen Abzug wegen Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen mindestens bei über 50%, idealerweise sogar bei 100% liegen. Vergiftungen sollten auch durch feste oder flüssige Stoffe und nicht nur bei Kindern mitversichert sein. Bei Arbeitslosigkeit sollte beitragsfreier Versicherungsschutz gewährt werden, der möglichst für mehr als 1 Jahr gilt und bei dem der Versicherte nicht erst nachweisen muss, dass die Arbeitslosigkeit von ihm nicht verschuldet war.

Schließlich sollte ein modernes Produkt im Sinne zufriedener Kunden nicht nur finanzielle Unterstützung bieten. Dem Kunden muss im Schadenfall durch umfangreiche Hilfeleistungen das Gefühl gegeben werden, dass er nicht alleingelassen wird. So ist es z.B. wichtig, dass dem Kunden nach schweren Unfällen bei der beruflichen Wiedereingliederung geholfen wird – einschließlich Umschulungs-Maßnahmen und Unterstützung bei Stellensuche und Bewerbung.

**■ Unfall-Leistungsnavigator der InterRisk**

Invaliditätsleistungen schnell berechnen unter: [www.interrisk.de/unfall-leistungsnavigator.html](http://www.interrisk.de/unfall-leistungsnavigator.html)

The screenshot shows a web-based calculator for InterRisk. It includes several input sections: 'Invaliditäts-Grundsomme' (50,000 € to 400,000 €), 'Progressionsstufe' (a circular gauge), 'Geschlecht' (männlich/weiblich), 'Geburtsjahr' (1988), 'Beruflich körperlich tätig' (Ja/Nein/Heilberuf), and 'Deckungskonzept' (L, XL, XXL). A central 3D anatomical model of a human body is shown with the right arm highlighted in red. To the right, a table lists insurance rates for different levels of coverage.

Invaliditätsleistung	Monatsbeitrag (Max. 19% VSt.)
<b>MaxiTaxe</b>	
100.000 €	12,38 €
225.000 €	16,27 €
225.000 €	18,13 €
<b>PlusTaxe</b>	
80.000 €	9,67 €
165.000 €	11,81 €
225.000 €	12,78 €
<b>StandardTaxe</b>	
70.000 €	8,21 €
135.000 €	9,81 €
180.000 €	10,49 €
<b>HeilberufTaxe</b>	
100.000 €	
225.000 €	
225.000 €	

**Legende:** ■ ohne Progression ■ 225% Progression ■ 225% PlusProgression

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

Aachen Münchener – Allianz – Axa – Barmenia – Basler Securitas – BGV – Bruderhilfe  
PAX-Familienfürsorge – Deutscher Ring – DEVK – Ergo – Gothaer – HUK-Coburg – maxpool –  
Nürnberger – R+V – uniVersa – Westfälische Provinzial – Versicherungskammer Bayern – WGV

## 3-teilige Serie

# Invaliditätsabsicherung für Kinder, Teil 2

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

Grundlegend bestehen die meisten Kinderinvaliditätsprodukte aus den AUB, die in den besonderen Bedingungen um den Eintritt der Leistungspflicht auch im Krankheitsfall erweitert wurden. Sofern nicht das eigentliche Kinderinvaliditätsprodukt als Zusatzversicherung (KIZ) konzipiert ist, entfallen in der Regel die für eine Unfallversicherung typischen Invaliditätsleistungen. Teilweise wird auch bei unfallbedingter Invalidität auf eine Gliedertaxe zur Bemessung des Invaliditätsgrades verzichtet (z.B. maxpool). Um dem mitversicherten Krankheitsrisiko gerecht zu werden, entfallen in den KIZ 2010-Musterbedingungen des

GDV die üblichen Einschränkungen für die Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen. Eine entsprechende Umsetzung gilt auch bei den meisten untersuchten Versicherern, allerdings wird bei **maxpool** folgendes klargestellt:

*„Haben nach Beendigung der Kinder-Invaliditätsabsicherung eingetretene Erkrankungen an der Invalidität mitgewirkt, wird der Invaliditätsgrad entsprechend deren Mitwirkungsanteil gekürzt.“*

Dies ist allerdings kein Nachteil, da es um Mitwirkungseinschränkungen nach

Vertragsende geht. Eine ähnliche Regelung gilt nach Ziffer 2.1.1.5 auch bei der **Barmenia**.

Nachteilig ist allerdings, dass Ziffer 3 AUB bei maxpool im Rahmen der „Zusatzbedingungen, die für diese Kinderinvaliditätsversicherung gelten“, nicht ausgeschlossen wird. Damit führt jede Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen an den Unfallfolgen, die 25% überschreitet, zu einer Kürzung des Prozentsatzes vom Invaliditätsgrad. Sofern eine Invalidität von mindestens 50% allein unfallbedingt ermittelt werden kann, treten die Folgen von Ziffer 3 AUB glücklicherweise nicht ein.

Eine vergleichbare Regelung gilt nach § 9 auch bei der **DEVK**. Auch beträgt der relevante Mitwirkungsanteil 25%, ab dem eine Kürzung bei unfallbedingter Invalidität erfolgt.

Vorteilhaft bei Barmenia und maxpool ist abweichend von den unverbindlichen Musterbedingungen des GDV, dass mehrere zeitlich und ursächlich voneinander unabhängige Unfälle und Krankheiten, die eine GdB von mindestens 50 (Barmenia) bzw. einen Invaliditätsgrad von mindestens 50% (maxpool) bei der Bemessung der Invalidität so betrachtet werden, als wären sie zeitgleich eingetreten.

Abzüglich einer etwaigen vorvertraglichen Vorinvalidität würden allerdings auch die Mitbewerber ab einem GdB von 50 oder mehr in Leistung treten müssen; die Bedingungen schreiben schließlich nirgends vor, dass ein einzelner Unfall oder eine einzelne Krankheit den erforderlichen GdB verursacht haben muss. Da kein Anbieter auf sein ordentliches Kündigungsrecht verzichtet – anders als etwa fast alle aktuellen Funktionsinvaliditätsversicherungen – ist diese Klarstellung nur ein teilweiser Vorteil für die versicherten Personen.

Neben den Bedingungen von maxpool unterscheiden sich auch die Bedingungen der DEVK grundsätzlich von allen Wettbewerben. Die Voraussetzungen für den Versicherungsfall werden hier wie folgt beschrieben:

*I. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Unfällen und Krankheiten die beim Versicherten während der Wirksamkeit des Vertrages eintreten. [...]*

*V. Als Krankheit gilt eine durch äußere oder innere Ursachen bedingte dauerhafte organische Störung der normalen körperlichen und psychischen Funktionen. Nicht hierunter fallen affektive und funktionelle Störungen. Als Krankheit gelten auch Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen, Strahlen, Impfungen und ärztliche Kunstfehler.“*

Weiter wird in den Bedingungen geregelt, dass anstelle eines GdB von 50 eine krankheitsbedingte Invalidität von mindestens 25% vorliegen muss.

Bei einer unfallbedingten Invalidität entfällt eine Franchise; es entsteht bereits ab dem ersten Prozent ein Anspruch auf Kapitalbetrag aus der verein-

barten Versicherungssumme. Die vereinbarten Leistungen werden ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 90% verdoppelt.

Sowohl bei unfallbedingter als auch bei krankheitsbedingter Invalidität wird von der DEVK eine einmalige Kapitalleistung in Abhängigkeit vom festgestellten Invaliditätsgrad erbracht. Nimmt man die maximal mögliche Grundinvalidität von 200.000 Euro und einen Invaliditätsgrad von 25%, 50% bzw. 100% an, so bedeutet dies eine einmalige Leistung in Höhe von 50.000, 100.000 bzw. 400.000 Euro. Dabei ist eine mehr als 50%ige Invalidität ausgesprochen selten und weit schwerer zugesprochen zu bekommen als ein GdB von 50. Dazu kommt, dass diese Kapitalleistungen einen weit geringeren Rentenbarwert ausmachen als eine monatliche Rentenleistung von beispielsweise 1.000 Euro. Das Kind muss aber im Zweifel lebenslang von dieser einmaligen Versicherungsleistung leben.

Daher sind Kapitalleistungen höchstens sinnvoll als Ergänzung zu einer lebenslangen Rente wegen Unfalls oder Krankheit, können allerdings auch im Bedarfsfall für kostenintensive Therapien und Behandlungsmethoden in Anspruch genommen werden.

Die **Nürnberger** sieht im Invaliditätsschutz bei Krankheit einen idealen Zusatzschutz für ab dem 10. Lebensmonat versicherbare Kinder:

*„Natürlich greift bei einer schweren Erkrankung auch der Sozialstaat den Eltern behinderter Kinder mit finanziellen Leistungen unter die Arme. Aber bei einer schweren Behinderung decken die staatlichen Sozialleistungen oft nicht die Kosten. Oft werden Therapieformen, die sich als hilfreich erweisen würden, nicht bezahlt. Selbst der von den Pflegekassen gewährte Höchstbetrag von 2557 EUR für Umbaumaßnahmen reicht oft nicht aus, um Haus oder Wohnung behindertengerecht zu gestalten. Der Bund der Versicherten empfiehlt gerade deshalb, eine Police mit Kapitalzahlung zu wählen. Er empfiehlt eine Absicherung von rund 100.000 EUR Einmalzahlung oder auch höher. Großer Vorteil: Diese Absicherung ist steuerfrei und kann nicht zurückgefordert werden, selbst wenn die Behinderung nur vorübergehend ist.“*

## ■ Leistungseintritt

Für die versicherte Person von besonderem Interesse ist der bedingungsgemäße Leistungseintritt. **Ergo** und **Gothaer** beispielsweise behalten sich vor, nach Zugang aller angeforderten Unterlagen und Ermächtigungen erst innerhalb einer Frist von drei Monaten in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang ein Anspruch anerkannt wird. Selbst ein unzweifelhafter Leistungsfall muss demnach nicht sofort, sondern nur binnen von 3 Monaten entschieden werden. Da ist beispielsweise die **HUK-Coburg** mit einer Frist von nur 1 Monat bzw. 3 Monaten bei Kapitalleistung im Rahmen von Ziffer 8.1 ihres Tarifes KIDS zumindest etwas verbraucherfreundlicher.

Ohne klare Regelung ist beispielsweise das Junior Zukunftskonzept der **Aachen Münchener**. Hier heißt es in § 15 (1) der AVB KIV wie folgt:

*„Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform, ob und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen.“*

Die Musterbedingungen des GDV regeln den Eintritt der Leistungspflicht nach Ziffer 9.1. analog zu beispielsweise Ergo und Gothaer mit 3-Monats-Frist.

## ■ Problematische Ausschlussbestimmungen

### Psychische Einschränkungen

Problematisch sind auch die vielfach vorhandenen Ausschlussbestimmungen für psychische Einschränkungen (z.B. **Allianz, Basler Securitas, BGV, Bruderhilfe – PAX Familienfürsorge, DEVK, Ergo, Gothaer, HUK-Coburg, maxpool, Nürnberger, Westfälische Provinzial, Versicherungskammer Bayern, WGV**). Gemäß Ziffer 6.2 der KIZ 2010 lautet der Ausschluss wie folgt:

*6 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?  
Versicherungsschutz besteht nicht für Invalidität, die ganz oder überwiegend eingetreten ist aufgrund [...] 6.2 von Neurosen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie von Psychosen oder Oligophrenie.  
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Beeinträchtigung durch einen*

*Unfall oder eine Erkrankung mit hirnorganischen Schäden oder durch eine Vergiftung oder Infektion verursacht wurde, die während der Wirksamkeit des Vertrages eingetreten ist.*

Unter Oligophrenie ist in diesem Zusammenhang eine „geistige Behinderung, Schwachsinn“ zu verstehen. Diese Formulierung nutzen beispielsweise Basler Securitas, BGV, Ergo, Gothaer, maxpool, Nürnberger, Westfälische Provinzial sowie WGV.

Leicht abweichend spricht die Barmenia anstelle von Oligophrenie von „Intelligenzminderung“, worunter allerdings das Gleiche verstanden werden kann. Eine weitere leichte Abweichung gegenüber dem GDV-Standard sieht die Versicherungskammer Bayern vor, da hier kein Ausschluss für Oligophrenie oder einen entsprechenden Ersatzbegriff vorgesehen ist.

Zur Folge haben die beschriebenen Ausschlussvarianten, dass beispielsweise kein Versicherungsschutz für Angstpsychosen, Ess-Störungen oder bei Autismus bestehen würde. Wer sich hier auf die Verbandsempfehlung beruft, sollte zumindest eingestehen, dass die Musterbedingungen des GDV an dieser Stelle nicht besonders kundenfreundlich sind.

Stark vom GDV abweichende Ausschlüsse gelten bei der **DEVK**. Ausgeschlossen sind demnach

*„Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Geisteskrankheit, Schwachsinn, Psychosen, Neurosen, psychische Reaktionen, sowie epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen.*

*Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn nachgewiesen wird, dass diese Störungen oder Anfälle durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall oder durch eine Krankheit verursacht waren, für die nach den übrigen vertraglichen Bestimmungen Versicherungsschutz besteht.“*

Damit orientiert sich die DEVK sehr stark an üblichen Ausschlüssen im Rahmen einer Unfallversicherung. Ähnlich sehen die Formulierungen bei der **Bruderhilfe – PAX Familienfürsorge** und **HUK-Coburg** aus. Ausgeschlossen sind hier nach

*„Geistesstörungen, Geisteskrankheit, Psychosen, Neurosen und psychische Reaktionen;*

*Wir leisten jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass sie unmittelbar durch eine hirnorganische Schädigung verursacht sind, die das versicherte Kind während der Dauer dieser Versicherung verletzungs- oder krankheitsbedingt erlitten hat und für deren Folgen nach allen sonstigen Bestimmungen dieses Vertrages Versicherungsschutz besteht.“*

Keinen Ausschluss im Bereich der Psyche sieht allein die **R+V** vor.

### **Angeborene Behinderungen**

Als einzige Anbieter sehen trotz anderslautender Rechtsprechung die **Basler Securitas** sowie die **BGV** einen Ausschluss auch für angeborene Behinderungen vor, hier zitiert nach dem Wortlaut der BGV:

*„Wartezeit bei angeborenen Krankheiten*

*Für angeborene Krankheiten gilt eine Karenzzeit (Wartezeit) von einem Jahr ab Versicherungsbeginn oder eine Karenzzeit (Wartezeit) bis zu dem Zeitpunkt, an dem alle Vorsorgeuntersuchungen (U) bis einschließlich der Untersuchung U 6 durchgeführt wurden. Dies bedeutet, angeborene Krankheiten, sind auch dann vom Versicherungsschutz ausgenommen, wenn sie bei Vertragsschluss noch nicht bekannt oder erkennbar waren und innerhalb der oben genannten Karenzzeit behandelt oder diagnostiziert wurden. Dies sind angeborene Fehlbildungen (Abnormalitäten) an inneren und äußeren Organen, genetischen Erkrankungen (Erbgutveränderungen) und Neugeborenenkrankheiten. Der Versicherungsschutz gilt auch dann als ausgeschlossen, wenn innerhalb der Karenzzeit diejenigen ärztlichen Befunde erhoben wurden, auf denen die Diagnose maßgeblich basiert.“*

Bereits mit Urteil vom 26.09.2007 entschied der BGH darüber, dass Versicherungsschutz auch bei angeborenen Krankheiten bestehen müsse (Az.: IV ZR 252/06).<sup>1</sup> Ausgenommen davon sind lediglich Erkrankungen, die bereits vor Vertragsabschluss zu einer bestehenden

**>> Zur Folge haben die beschriebenen Ausschlussvarianten, dass beispielsweise kein Versicherungsschutz für Angstpsychosen, Ess-Störungen oder bei Autismus bestehen würde. <<**

Invalidität geführt haben, für den Kunden damit mithin einen überraschenden Ausschluss bedeuten. Entsprechend sieht auch der GDV keine entsprechende Einschränkung mehr vor. Die Richter begründeten dies damals damit, dass die meisten Kinderinvaliditätsversicherungen ohnehin erst nach Vollendung des ersten vollendeten Lebensjahres abgeschlossen werden können und Eltern sonst nach Treu und Glauben über die Maßen benachteiligt werden könnten. Auch seien sich viele Mediziner in der Praxis nicht immer einig darüber, wann genau eine Krankheit als „angeboren“ zu bewerten sei. Zudem bleiben angeborene Krankheiten oft jahrelang unbemerkt und kommen erst durch Zufall heraus. Speziell gilt dies für genetische Vorschädigungen an Leber, Nieren oder anderen Organen.

Da die BGV Versicherungsschutz als einziger Wettbewerber bereits ab dem ersten Tag bietet, könnte die benannte Ausschlussklausel im konkreten Fall durchaus als wirksam angesehen werden. In der Praxis wird hier aber wohl ein Gericht zu entscheiden haben.

Der Versicherer selbst sieht in ihrer Regelung sogar einen besonderen Vorteil gegenüber vielen Wettbewerbern:

*„Dies ist kein genereller Ausschluss für angeborene Krankheiten, sondern bedeutet, dass angeborene Krankheiten erst ab einem Jahr nach Vertragsabschluss mitversichert sind oder ab dem Zeitpunkt, an dem alle Vorsorgeuntersuchungen bis einschließlich der Untersuchung U6 durchgeführt wurden. Für Unfälle oder nicht angeborene Krankheiten hätte die versicherte Person sofort Versicherungsschutz. Hierdurch werden lediglich angeborene Krankheiten vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, die innerhalb der Karenzzeit (max. 1 Jahr nach Vertragsabschluss oder bis zur Vorsorgeuntersuchung U6) bzw. vor dem Versicherungsbeginn diagnostiziert oder behandelt wurden. Andere Versicherer versichern die Kinder erst ab dem 1. Lebensjahr oder später, bei uns hat die*

*versicherte Person die Chance, bereits ab der Geburt gegen Unfälle und nicht angeborene Krankheiten bzw. angeborene Krankheiten ab der Vorsorgeuntersuchung U6 (ca. ab 10. Lebensmonat) zu versichern. Durch die Karenzzeit sollen angeborene Krankheiten vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sein, die bereits diagnostiziert oder behandelt werden. Andere Versicherer schließen dies auch aus, jedoch in anderer Formulierung. Versicherer, die erst ab dem 1. Lebensjahr versichern, schließen dann nicht nur angeborene Krankheiten aus, sondern alle Krankheiten, die vor dem 1. Lebensjahr eingetreten sind.“*

Bei der **Basler Securitas** wurde eine ähnliche Regelung getroffen, so dass auch hier Versicherungsschutz für alle Krankheiten besteht, die ab Versicherungsbeginn während des ersten Jahres auftreten und nicht als angeboren bewertet werden:

*„3.3 Für angeborene Krankheiten gilt eine Karenzzeit (Wartezeit) von einem Jahr ab Geburt. Das heißt, wir leisten dann, wenn eine angeborene Krankheit frühestens nach Vollendung des 1. Lebensjahres diagnostiziert wurde und vorher nicht bekannt oder erkennbar war.*

*Angeborene Krankheiten sind Fehlbildungen (Abnormalitäten) an inneren und äußeren Organen, genetische Erkrankungen (Erbgutveränderungen) und Neugeborenenkrankheiten (Erkrankungen des Neugeborenen) die bei der Geburt entstanden sind, vorhanden (angeboren) waren oder die sich innerhalb des ersten Lebensmonats entwickeln.“*

Als Verbesserung gegenüber den alten Bedingungen des **Deutschen Rings** gilt als Karenzzeit nun nicht mehr „1 Jahr nach Vertragsabschluss“, sondern „1 Jahr nach Geburt“. Damit besteht Versicherungsschutz für angeborene Krankheiten, die nach dem 1. Geburtstag auftreten bzw. erstmals „entdeckt“ werden. Streit könnte es in solchen Fällen nur dann geben, wenn zwar bereits gewisse Symptome auf eine angeborene Erkrankung hingewiesen haben, diese aber als solche nicht erkannt worden ist. Im Zweifel dürfte die Beweislast für die Kenntnis des Versicherungsnehmers beim Versicherer liegen.

Nach Ansicht von Thomas Wedrich, Abteilung Öffentlichkeitsarbeit der Basler Securitas, untersage „das BGH-Urteil nicht grundsätzlich den Ausschluss angeborener Krankheiten. In dem seinerzeit verhandelten Fall war für die angeborenen Krankheiten kein Ausschlusszeitraum definiert. So wurde bei einem erst im 3. Lebensjahr abgeschlossenen Vertrag eine Leistung für eine angeborene Krankheit abgelehnt. Wir haben unseren bisher definierten Ausschluss juristisch prüfen lassen; dabei wurde dieser für rechtlich einwandfrei befunden.“

Der Versicherer betont in diesem Zusammenhang als Vorteil den sehr frühen Versicherungsschutz bereits ab der 6. Lebenswoche.

Sieht man einmal von den Antragsfragen der einzelnen Wettbewerber ab, so wird das Thema „angeborene Krankheiten“ zumindest in manchen Bedingungenwerken näher ausgeführt. So heißt es beispielsweise bei **maxpool**:

*„Für eine Vorinvalidität, die bereits zur Zeit der Nachfrage nach diesem Versicherungsschutz bestand, kann eine Leistung nicht beansprucht werden. Versicherungsschutz besteht jedoch für angeborene Krankheiten, von denen Sie bei Vertragsschluss noch keine Kenntnis hatten.“*

Eine auf Ähnliches abzielende Regelung gilt bei der **Westfälischen Provinzial**:

*„Nicht versichert sind Kinder, bei denen bei Vertragsbeginn bereits eine Schwerbehinderung mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 vorgelegen hat. Dies gilt auch, wenn die Invalidität bereits vor Vertragsbeginn bestanden hat, aber erst während der Wirksamkeit des Vertrages durch Bescheid festgestellt wird.“*

Mit ähnlichem Wortlaut findet sich dies auch bei der **WGV**, sinngemäß ebenso bei der **Basler Securitas**. Eine ähnliche Klarstellung sieht **Ergo** vor:

*„Wird eine vor Vertragsbeginn bekannte Erkrankung bzw. Invalidität erst während der Wirksamkeit des Vertrages als Invalidität nach Ziffer 2.1 durch Bescheid festgestellt, erlischt der Vertrag rückwirkend ab Beginn; bereits gezahlte Beiträge zahlen wir zurück.“*

Die **DEVK** benennt einen Ausschluss für

*„Krankheiten, Behinderungen, Geburtsschäden und sonstige Anomalien, die bereits vor der Wirksamkeit des Vertrags ärztlich festgestellt waren oder die sich während der Laufzeit des Vertrags verschlimmert oder zu Folgekrankheiten geführt haben, sofern der Versicherer diese Krankheiten nicht ausdrücklich durch Aufnahme in den Versicherungsschein mitversichert hat.“*

Zunächst liest sich diese Passage wie eine Klarstellung. Durch das Wörtchen „oder“ werden jedoch auch solche Anomalien vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, die zwar vor der Wirksamkeit des Vertrages nicht ärztlich festgestellt waren, aber sich im Laufe der Vertragslaufzeit verschlimmert oder zu Folgekrankheiten geführt haben und dadurch erstmals festgestellt werden. Damit erscheint dieser Ausschluss, der sich aus dem benannten Teilsatz ergeben, als rechtsunwirksam.

Eine deutliche Klarstellung zur Anrechnung einer Vorinvalidität vor Vertragsbeginn findet sich bei **maxpool**:

*„Leistungsfähigkeit, die bereits bei Stellung des Antrages dieser Kinder-Invaliditätsabsicherung bestanden haben (Vorschädigungen), besteht kein Anspruch auf Leistung.*

*Der Grad der Vorschädigung wird nach den unter Ziffer 4 beschriebenen Bemessungsgrundsätzen festgesetzt und bei der Leistungsberechnung von der ärztlich festgestellten Gesamtschädigung, die maximal 100% betragen kann, abgezogen. Liegt der nach Abzug der Vorschädigung verbleibende Invaliditätsgrad unter 50%, besteht kein Anspruch auf Leistung.*

*d) Haben nach Beendigung der Kinder-Invaliditätsabsicherung eingetretene Erkrankungen an der Invalidität mitgewirkt, wird der Invaliditätsgrad entsprechend deren Mitwirkungsanteil gekürzt.*

*e) Ziffer 2 der AUB findet keine Anwendung.“*

Auch **Bruderhilfe – PAX Familienfürsorge** und **HUK-Coburg** schreiben ausdrücklich in den AVB KIDS 2010:

„4.7 Für Beeinträchtigungen der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, die bereits vor Beginn dieser Versicherung bestanden haben (Vorschädigungen), besteht kein Anspruch auf Leistung. Der Grad der Vorschädigung wird nach den Bemessungsgrundsätzen in Ziff. 3 festgesetzt und bei der Leistungsberechnung von der ärztlich festgestellten Gesamtschädigung, die maximal 100% betragen kann, abgezogen. Liegt der nach Abzug der Vorschädigung verbleibende Grad unter 25%, werden wir nicht leisten.“

Bei der **Basler Securitas** heißt es abweichend:

„Liegt der nach Abzug einer Vorschädigung verbleibende Grad der Dauerschädigung unter 50%, leisten wir nicht.“

#### Weitere Ausschlussbestimmungen

Weitere Ausschlussbestimmungen betreffen unter anderem eine Invalidität als Folge einer vorsätzlich ausgeführten oder versuchten Straftat, mittelbar oder unmittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse sowie aufgrund unmittelbarer Einwirkung von Kernenergie sowie eine Invalidität durch vorsätzliche Schädigung des versicherten Kindes durch den Versicherungsnehmer oder eine sorgeberechtigte Person. Sofern ein Kind das 10. Lebensjahr vollendet hat, ist weiter üblich ein Ausschluss für eine Invalidität verursacht infolge von Trunkenheit oder suchterzeugenden Mitteln.

Deutlich von der Norm abweichend ist ein Ausschluss der DEVK nach § 4 VI, wonach kein Versicherungsschutz für „Erworbene Immunschwächekrankheit (AIDS)“ bestehe. Nicht unter die versicherte Krankheitsdefinition fallen nach § 2 V „affektive und funktionelle Störungen“. Ebenfalls ungewöhnlich ist der vom Versicherer formulierte Ausschluss für Nahrungsmittelvergiftungen oder der Ausschluss für Unfälle bei der Ausübung von Sport gegen Entgelt, wenn die Ausübung zeitmäßig wie ein Beruf ausgeübt wird und dem überwiegenden Lebensunterhalt dient. Implizit ergibt sich aus § 2 III und IV ein Ausschluss für eine Invalidität als Folge eines durch Eigenbewegung verursachten Unfalles. Dieser zuletzt benannte Ausschluss gilt allerdings

### Eingeschränkte Versicherbarkeit in der Kinderinvaliditätsversicherung

Die meisten Kinderinvaliditätsversicherungen sehen Versicherungsschutz frühestens ab dem vollendeten 1. Lebensjahr vor. Positive Ausnahmen sind beispielsweise Basler Securitas, BGV, Barmenia und maxpool bei denen eine Versicherbarkeit tarifabhängig bereits ab dem 1. Tag bzw. der vollendeten 6. Woche besteht. Als Folge lassen sich bei den meisten Wettbewerbern angeborene Krankheiten und oft auch psychische Störungen gar nicht oder nur eingeschränkt versichern. Noch immer gibt es zudem Versicherer, die in ihren Anträgen nach „Erbkrankheiten der Eltern“ fragen.

Wer auch dieses Risiko minimieren möchte, schließt nach Meinung von Stefan Taschner von der uniVersa am besten eine leistungsstarke private Krankenvoll- oder Zusatzversicherung für sich selbst ab. Kommen dann Kinder zur Welt, so können die Eltern ein entsprechendes Nachversicherungsrecht in Anspruch nehmen und ihr Kind innerhalb von zwei Monaten ab Geburt ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten rückwirkend ab Geburt nach dem Tarif der Eltern mitversichern. Interessant ist diese Lösung auch im Rahmen der Pfl egetagegeldversicherung.

Beispielsweise kommen rund ein Prozent aller Neugeborenen mit einem Herzfehler zur Welt.<sup>2</sup> Bestehen für ei-

nen Elternteil eine stationäre Ergänzungs- sowie Pflegezusatzversicherung, so kann im Rahmen der Mitversicherung ab Geburt eine Spezialklinik mit Chefarztbehandlung aufgesucht werden. Die Mehrkosten, die von der GKV nicht erstattungsfähig sind (Klinikwahl, besondere Unterbringung und Chefarzt) sind über die Zusatzversicherung gedeckt. Bei Pflegebedürftigkeit kann das Pfl egetagegeld frei verwendet werden, so etwas für ambulante und häusliche Pflege, für zusätzliche Hilfsmittel oder als Einkommensersatz, wenn die Pflege durch Angehörige oder von den Eltern erbracht wird.

Anders als eine Kinderinvaliditätsversicherung können Kranken- und Pflegezusatzversicherungen ein Leben lang erhalten bleiben, ohne dass es dafür einer speziellen Nachversicherungsgarantie bedarf. Der Beitrag wird mit Erreichen des 16. oder 18. Lebensjahres (meist) einmalig in den niedrigsten Erwachsenenbetrag umgestellt. Anschließend bleibt das günstige Eintrittsalter erhalten und dies, ohne dass sich etwas am vereinbarten Versicherungsschutz ändert. Sieht der vereinbarte Pflegeergänzungstarif dynamische Leistungserhöhungen auch noch nach Eintritt des Leistungsfalles vor, so bleibt der Geldwert der vereinbarten Versicherungsleistung auf Wunsch sogar lebenslang einigermaßen wertstabil.

auch für alle Wettbewerber, bei denen sich der Unfallbaustein an der GDV-Empfehlung orientiert.

Scheinbar widersprüchlich sind bei der DEVK die Ausschlussbestimmungen im Zusammenhang mit Strahlenunfällen und Heilmaßnahmen. Zwar gelten diese nicht als versicherter Unfall, dafür jedoch als versicherte Krankheit. Das gilt ausdrücklich auch für ärztliche Kunstfehler und Impfschäden. Damit wird die Leistung erst ab einer krankheitsbedingten Invalidität von mindestens 25 % (Integralfranchise) erbracht.

Üblich ist ein Ausschluss für Krankheiten durch den Gebrauch suchterzeugender Mittel gemäß Ziffer 6.3 der GDV-Musterbedingungen. Bei der Basler Securitas, Ergo, Nürnberger und der WGV entfällt dieser Ausschluss, sofern

das Kind zum Schadenzeitpunkt das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, bei der Barmenia sogar bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres.

<sup>1</sup> Siehe ausführlicher [http://www.anwalt.de/rechtstipps/invaliditaetsversicherung-muss-trotz-angeborener-krankheit-leisten\\_001404.html](http://www.anwalt.de/rechtstipps/invaliditaetsversicherung-muss-trotz-angeborener-krankheit-leisten_001404.html)

<sup>2</sup> Siehe <http://www.gesundheit.de/krankheiten/herz/herzfehler/angeborene-herzfehler>

**Teil III dieser Serie finden Sie in Risiko & Vorsorge 1/2013. Erscheinungstermin: Dezember 2012**

# „Die vermögensverwaltenden Strategien, die Friends Provident International anbietet, haben fast alle deutlich positive Wertentwicklungen erzielt.“



Klaus Barde im Gespräch mit Stefan Giesecke, Vorstand der fpb AG, Vertriebsmanagementgesellschaft von Friends Provident International.

*Die Summe der auf Fondsanlagen basierenden Vorsorge-Instrumente musste den Anleger in den vergangenen Jahren zwangsläufig massiv enttäuschen. Für den Vertrieb stellt sich dann oft die Frage, wie sag' ich's meinem Kunden? Und: Wie kann ich unter diesen Marktgegebenheiten überhaupt noch guten Gewissens Neugeschäft machen? Ihr Haus hat bisher mit drei Anlagestrategien gearbeitet. Was können Sie uns zur generellen Entwicklung der entsprechenden Portfolios sagen?*

Friends Provident International (FPI) profitiert in diesem schwierigen Umfeld von der klaren Fokussierung auf vermögensverwaltende Investmentansätze für alle drei Schichten der Altersvorsorge. Bereits seit September 2009 setzen wir mit den Elite-Portfolios von Haspa, Warburg, Morningstar und DJE gezielt auf diese aktiv verwalteten Strategien. Damit si-

gnalisieren wir den verunsicherten Verbrauchern, dass durch den Einsatz kluger und vorausschauender Investmentstrategien ein Vorsorgeengagement mit Fondsversicherungen auch in volatilen Märkten verlässlich und lohnend sein kann. Wir empfehlen diese Anlagestrategien als eine gute Alternative zu klassischen Tarifen, die sich derzeit in einer Renditefalle befinden.

Welche Vorzüge haben vermögensverwaltende Investmentansätze nun für Berater und Kunden? Erstens, in Märkten, deren Entwicklung sich schwer einschätzen lässt, haben diese Investmentansätze auf Grund ihrer ausgewogenen Asset Allocation klare Vorteile. Denn durch das aktive Management kann je nach Marktlage die Portfolioallokation variiert werden, um mit differenzierten Lösungsstrategien Kursverluste zu minimieren und Ertragschancen zu nutzen. Zweitens, die aktiven Investmentansätze sind beson-

ders interessant für Altersvorsorgesparer, die die Chancen der Kapitalmärkte nutzen möchten, aber unsicher sind, wie und wo sie ihr Geld anlegen möchten. Das Vertrauen in erfahrene Vermögensverwalter ist vorhanden. Das belegen auch unsere Abschlüsse: Im Rahmen der Einzelfondsstrategie, zu der FPI die vermögensverwaltenden Investmentansätze zählt, resultieren daraus 70 Prozent der Zuflüsse im Neugeschäft seit Januar 2012. Und drittens, besonders sicherheitsorientierte Kunden können alle Strategien bei uns mit einer Beitragsgarantie zusätzlich schützen.

Wir beobachten, dass die vermögensverwaltenden Investmentansätze in den letzten Jahren ihre Vorzüge genutzt haben. Ohne die teilweise massiven Kurschwankungen der Aktienmärkte nachzuvollziehen, haben die vermögensverwaltenden Strategien, die Friends Provident International anbietet, fast alle



deutlich positive Wertentwicklungen erzielt. Zum Beispiel: Die Elite-Vermögensverwaltungen erzielten im Zeitraum vom 1. Dezember 2009 bis zum 31. August 2012 eine Performance von bis zu 15 Prozent.

*Neu hinzugekommen ist bei Ihnen ein Sachwerteportfolio unter der Regie von Flossbach von Storch. Ein Vermögensverwaltungskonzept mit und ohne Garantie. Nun ist dieses Portfolio sicher auch eine gezielte Reaktion auf den aktuellen Markt. Doch greift es auch dank einer entsprechenden Flexibilität, wenn der Wind sich wieder gedreht hat? Staatsverschuldung, Bankenkrise und eine niedrige Verzinsung von Geldwerten werden nicht immer den Markt bestimmen.*

Das Sachwerte-Portfolio hat besonders in der aktuellen Marktsituation Vorteile. Wir sind aber auch davon überzeugt, dass Sachwerte, wie Aktien, Immobilien oder Edelmetalle langfristig einen Mehrwert für die Investoren liefern. Flossbach von Storch ist als Vermögensverwalter flexibel genug, taktisch in andere Anlageklassen zu investieren, wenn die Märkte dies erfordern. Die jeweilige Portfoliostruktur hängt von der aktuellen Markteinschätzung des Portfoliomanagers ab und wird daher aktiv an das jeweilige Marktumfeld angepasst. Hierzu kann der Portfoliomanager auf folgende Anlageklassen zurückgreifen, die teilweise mit Höchstgrenzen belegt werden können: Aktien, Anleihen, Edelmetalle, Immobilien, Rohstoffe, Wandelanleihen, Absicherungsstrategien und Kasse.

*Ihr Haus hat sich auch in der betrieblichen Altersvorsorge engagiert. Welche Durchführungswege sowie Anlagekonzepte werden hier vorrangig verfolgt?*

Die betriebliche Altersvorsorge ist für Friends Provident International ein wichtiges Geschäftsfeld. Wir machen Angebote im Rahmen der Direktversicherung und Unterstützungskasse. Auch hier haben die vermögensverwaltenden Investmentstrategien einen großen Zuspruch, mit 65 Prozent der Zuflüsse im Neugeschäft.

*Die Umsetzung einer bAV wird meist mit zusätzlichen externen Partnern realisiert. Wen zählen Sie zu Ihren Mitstreitern?*

In der bAV setzen wir bewusst nicht nur auf unsere eigene Expertise, sondern auf die von erfahrenen Spezialisten in Deutschland. Dazu gehört ARGUS benefits experts, das bAV-Kompetenz-Center und Service-Dienstleister für uns in allen Bereichen des des bAV-Geschäfts. Mit ARGUS benefits experts haben wir zum Beispiel ein Konzept für die Gesellschafter-Geschäftsführer-Beratung entwickelt. Weitere Kooperationspartner sind die Deutsche Unterstützungskasse e.V. und das Bundes-Versorgungs-Werk der Wirtschaft und Selbstständigen e.V.. Diese Gesellschaften sind für uns als Abwicklungsplattform für das Unterstützungskassengeschäft tätig. Und last but not least arbeiten wir mit der Kenston Pension GmbH zusammen, eine gerichtlich zugelassene Rentenberatungskanzlei für die betriebliche Altersversorgung. Es ist ein Rechts- und Spezialdienstleister, der sich ausschließlich auf die Themengebiete der betrieblichen Altersversorgung und der Zeitwertkonten konzentriert.

*Lassen Sie uns noch einen kleinen Ausflug zu Ihrer Dienstleistungskompetenz machen. Ihr bekannter „Friends Plan Rechner“ soll dem Vertriebspartner umfassend in der Beratung und Angebotsberechnung zur Seite stehen. Welche Tools findet der Makler hier? Wie individuell sind die Versorgungsvorschläge auf Basis dieses Rechners tatsächlich?*

Der Onlinerechner beinhaltet sechs übersichtliche Bereiche: Produkte, Schnellrechner, Angebot, Ergebnis, Formulare und Kurzinformationen über FPI. In der Produktübersicht sind alle verfügbaren Friends-Produkte für die Schichten eins bis drei hinterlegt. Neben Produktinformationen kann der Berater im Kundengespräch kurze Informationen über Friends Provident International, das besondere Garantiemodell und das Anlagekonzept aufrufen. Die Versorgungsvorschläge werden auf der Basis der tatsächlichen Kundendaten berechnet. Es gibt zwei Möglichkeiten: Der Vermittler kann bei einem Kundentermin per Schnellrechner-Funktion ein erstes Ergebnis berechnen lassen. Darüber hinaus können mit dem Tool selbstverständlich präzise VVG-konforme Angebote berechnet werden, die dem Kunden direkt per E-Mail zugeschickt werden können.

## Die Welt der Honorarberatung

Jeden Monat  
kostenfrei neu:  
[www.hbmagazin.de](http://www.hbmagazin.de)

[www.hbmagazin.de](http://www.hbmagazin.de)

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

Allianz – Alte Oldenburger – Arag – Axa – Barmenia – Concordia – Condor – Continentale – DEVK – DKV – Gothaer – HALLESCHE – HanseMerkur – Mannheimer – Münchener Verein – Nürnberger – SDK – Signal Iduna – Württembergische

## 2-teilige Serie

# Krankengeld und Krankentagegeld, Teil 2

## 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 Krügereit

### Wiedereingliederungshilfe auf dem Vormarsch

Eine Besonderheit auf dem Feld der Arbeitsunfähigkeit bietet der Tarif TG der **DKV**. Erfahrungsgemäß kommt es immer wieder vor, dass Selbständigen etwa nach einem Bandscheibenvorfall von ihrem Orthopäden dazu geraten wird, nach erfolgreicher Behandlung zunächst nur in Teilzeit ins Arbeitsleben zurückzukehren. Normalerweise bedeutet dies wie oben beschrieben eine Leistungsfreiheit für den KT-Versicherer; nicht so bei der DKV:

„2.3 Für Arbeitnehmer gilt Folgendes: Besteht im unmittelbaren Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit, für die die DKV Deutsche Krankenversicherung AG Krankentagegeldleistungen erbracht hat, Teilarbeitsunfähigkeit von mindestens 50%, zahlt die DKV Deutsche Krankenversicherung AG die Hälfte des versicherten Krankentagegeldes.

Der Anspruch auf dieses Krankentagegeld besteht für die Dauer der teilweisen beruflichen Tätigkeit, wenn deren Aufnahme medizinisch angezeigt ist und dies ärztlich bescheinigt wird,

längstens jedoch für 91 Tage. Der Anspruch entfällt insoweit, als das Krankentagegeld zusammen mit dem vom Arbeitgeber gezahlten Gehalt das volle Arbeitseinkommen überschreitet.

2.4 Für Selbständige gilt Folgendes: Besteht in unmittelbarem Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit von mindestens 12-wöchiger Dauer, für die die DKV Deutsche Krankenversicherung AG Krankentagegeldleistungen erbracht hat, Teilarbeitsunfähigkeit von mindestens 50%, zahlt die DKV Deutsche Krankenversicherung AG die Hälfte des versicherten Tagegeldes. Der



Inhalt, Teil I (kostenfrei bestellen: [info@bhm-marketing.de](mailto:info@bhm-marketing.de))

- Berechnung gesetzlicher Krankengeldansprüche
- Gewinnermittlung bei Selbständigen oft strittig
- Private Tarife mit verbesserter Versicherbarkeit
- Absicherung über das Netto-Einkommen hinaus
- Einkommensermittlung bei Selbständigen
- Krankentagegeldversicherung als Summenversicherung
- Quantitative Grenzen der Leistungserbringung
- Gedehnter Leistungsfallbegriff
- Streitpunkt Berufsunfähigkeit
- Wesentliches BGH-Urteil
- Beispiel Arbeitsunfähigkeit

*Anspruch besteht für die Dauer der teilweisen beruflichen Tätigkeit, wenn deren Aufnahme medizinisch angezeigt ist und dies ärztlich bescheinigt wird, längstens für 4 Wochen.“*

Das Krankentagegeld erfüllt hier also gewissermaßen die Funktion einer Wiedereingliederungshilfe für den Versicherten.

Eine ähnliche Regelung sehen auch der Tarif KTS der **Alte Oldenburger** und der Tarif KT 43 der **DEVK** vor. Bei der DEVK wird im Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit bei mindestens 50% fortdauernder Arbeitsunfähigkeit für einen Zeitraum bis maximal 4 Wochen die Hälfte des versicherten Krankentagegeldes als Übergangsleistung bezahlt.

Die **Mannheimer** sieht in ihrem Tarif KT 43 wie auch bei anderen Karenzzeiten nach 12 Wochen eine gestaffelte Wiedereingliederungshilfe vor: 75% in den ersten beiden Wochen und 50% in der 3. und 4. Woche (siehe § 6 Nr. 3 Mannheimer VB 2009 Krankentagegeld KT). Schließlich sieht auch die Württembergische im Tarif KTN eine Übergangslösung für Angestellte und Selbstständige vor:

*„Teilarbeitsunfähigkeit  
Besteht im unmittelbaren Anschluss an eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit von mindestens 6 Wochen Dauer eine Teilarbeitsunfähigkeit von mindestens 50%, zahlt der Versicherer die Hälfte des versicherten Krankentagegeldes als Übergangsgeld, wenn nach ärztlichem Befund die teilweise Aufnahme der beruflichen Tätigkeit medizinisch angezeigt ist. Die Leistungspflicht besteht längstens für 56 Tage. Bei Arbeitnehmern darf das Übergangsgeld zusammen mit den Entgeltzahlungen des Arbeitgebers das Nettoeinkommen vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit nicht übersteigen.“*

Eine sehr ähnliche Lösung, allerdings mit verminderter Leistungsdauer, gilt auch im Tarif ESP-VS der **Signal Iduna**:

*„3 Leistungen bei Teilarbeitsunfähigkeit (zu § 1 Abs. 3 Teil I)  
Besteht im unmittelbaren Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit von mindestens sechs Wochen Teilarbeitsunfähigkeit von mindestens 50%, gewährt der Versicherer die Hälfte des versicherten Krankentagegeldes.“*

*Anspruch auf dieses Krankentagegeld besteht für die Dauer der teilweisen beruflichen Tätigkeit, wenn deren Aufnahme medizinisch angezeigt ist und dies ärztlich bescheinigt wird, längstens jedoch für 28 Tage.“*

Ebenfalls vergleichbar ist die Regelung der **HALLESCHE** in § 1 Nr. 2 TB/KT, wengleich die Leistungsvoraussetzungen und die Leistungsdauer abweichend definiert sind:

*„2 In Erweiterung von § 1 (3) MB/KT 2009 leistet der Versicherer auch bei Teilarbeitsunfähigkeit im Rahmen einer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben für bis zu 8 Wochen.  
Diese Leistung wird nur für Arbeitnehmer mit einem festen Anstellungsverhältnis erbracht, für die beim Versicherer eine Krankheitskostenvollversicherung für ambulante und stationäre Behandlung besteht. Eine Wiedereingliederung in das Erwerbsleben liegt vor,  
□ wenn im unmittelbaren Anschluss an eine vollständige Arbeitsunfähigkeit gemäß § 1 (3) MB/KT 2009 von mindestens zwölfwöchiger Dauer die berufliche Tätigkeit wieder stufenweise aufgenommen wird und  
□ solange eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50%, welche vom Arzt zu bescheinigen ist, besteht. Das vom Arbeitgeber gezahlte Entgelt wird auf das Krankentagegeld angerechnet.“*

Eine Wiedereingliederungshilfe sehen auch die Gruppenversicherungsverträge der Allianz für Ärzte vor. Voraussetzung ist eine Wiedereingliederung im Anschluss an eine mindestens sechswöchige Arbeitsunfähigkeit. Eine ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit muss noch mindestens 50% betragen. Die Zahlung erfolgt in diesem Zusammenhang anteilig zur verbleibenden Arbeitsunfähigkeit, höchstens jedoch für einen Zeitraum von drei Monaten (siehe z.B. Ziffer 2.2.3 Nr. 2 der Tarifbedingungen zum Tarif 6009). Eine ähnliche Regelung gibt es auch bei der **DKV** in § 6 Abs. 3 AVB-G:

*„Nehmen Arbeitnehmer nach vollständiger Arbeitsunfähigkeit (§ 3 Abs. 3) ihre berufliche Tätigkeit mit ärztlicher Zustimmung stufenweise auf, wird das Krankentagegeld für die Dauer der teilweisen Arbeitsunfähigkeit unter Abzug des wäh-*

*rend dieser Zeit erzielten Nettoeinkommens gezahlt, im Versicherungsfall jedoch längstens für 182 Tage.“*

### Heilbehandlung statt Leistungspflicht als Beginn

Schwierig wird es generell auch bei der Feststellung des Beginns einer Arbeitsunfähigkeit. Gerade Selbständige arbeiten oft so lange wie es eben noch geht und lassen sich im Zweifel lieber gar nicht krankschreiben. Wer sich jedoch bei jedem Wehwehchen auf Verdacht krankschreiben lässt, riskiert damit je nach Berufs- und Krankheitsbild, dass er bei einem Unfall mit seinem Kfz für den Kaskoschutz die Einrede grober Fahrlässigkeit wegen Fahrens trotz Arbeitsunfähigkeit riskiert.

Da es sich bei der Arbeitsunfähigkeit um einen „gedehnten Leistungsfall“ handelt, muss der Beginn des Versicherungsfalles nicht gleichbedeutend mit dem Beginn der Leistungspflicht sein. Beginn ist vielmehr die erste im kausalen Zusammenhang stehende medizinisch notwendige Heilbehandlung mit Bezug auf Krankheit oder Unfallfolgen, auch wenn zu diesem Zeitpunkt noch keine ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit erfolgt ist. Bestimmte chronische Grundleiden können trotz unzusammenhängender Behandlung einen durchgehenden Leistungsfall begründen. Dies trifft etwa auf die Dialysebehandlung eines unter Niereninsuffizienz Erkrankten zu, auch wenn die eigentliche Arbeitsunfähigkeit immer nur an einzelnen Tagen besteht (OLG Köln Urteil vom 25.01.1990 – 5 U 179/89 – VersR 1990, 963).

### Obliegenheiten sehr einheitlich

Üblich im Rahmen von Krankentagegeldtarifen sind die folgenden Obliegenheiten gemäß Empfehlung des PKV-Verbandes wie sie sich sinngemäß auch in den meisten Bedingungswerken mit nur geringen Abweichungen finden:

- Unverzögliche Meldung der Arbeitsunfähigkeit, spätestens innerhalb der tariflich festgelegten Frist, d.h. bis zum Ende der Karenzzeit von z.B. 42 Tagen unter Mitteilung des konkreten ärztlichen Befundes.

- Meldung des Endes einer Arbeitsunfähigkeit binnen von 3 Tagen
- Umfassende Auskunftserteilung an den Versicherer oder von diesem bevollmächtigte Personen, soweit dies zur Klärung des Leistungsfalles nötig ist. Dazu gehört auch der Nachweis des Fortdauerns einer Arbeitsunfähigkeit. Bei der Gothaer (Tarifbedingungen § 9 Nr. 1.1 Teil II der Tarifbedingungen) und der Nürnberger (§ 9 Teil II der Tarifbedingungen der Krankentagegeld-Versicherung für Arbeitnehmer und Selbstständige) ist dieser Nachweis grundsätzlich alle 2 Wochen neu beizubringen, sofern mit dem Versicherer keine abweichende Vereinbarung getroffen wurde.
- Pflicht der versicherten Person, sich durch einen vom Versicherer benannten Arzt untersuchen zu lassen (soll u.a. Gefälligkeitskrankschreibungen durch dem Versicherten langjährig bekannte Ärzte auf den Prüfstand stellen; außerdem scheidet durch diese Regelung die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch Heilpraktiker und andere Heilbehandler aus). Gemäß § 4 Abs. 7 werden nur AU-Bescheinigungen anerkannt, die von Ärzten ausgestellt sind.
- Anweisungen des Arztes ist zu folgen und einer Verschlimmerung der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der gesetzlichen Schadenminderungspflicht entgegenzuwirken
- Unverzügliche Mitteilung jedes Berufswechsels
- Unverzügliche Meldung über Berufsunfähigkeit
- Abschluss oder Erhöhung eines (weiteren) Krankentagegeldes nur nach Einwilligung des Versicherers

Abweichend zu diesen allgemeinen Obliegenheiten sieht die Mannheimer in ihren Bedingungen keine Pflicht vor, sich durch einen vom Versicherer benannten Arzt untersuchen zu lassen. Nach § 5 Nr. 1 wird lediglich darauf abgestellt, dass „Arbeitsunfähigkeit medizinisch festgestellt wird.“ Auch fehlt beim Tarif VB 2009 Krankentagegeld KT (Stand: 01.01.2009) ein Hinweis auf zu befolgende Anordnungen des Arztes. Dies ändert aber nichts an der gesetzlichen Schadenminderungspflicht, die grundsätzlich jeder Versicherungsnehmer zu erfüllen hat.

Bei der **Gothaer** kann vom Versicherer zusätzlich vor Auszahlung der Versiche-

rungsleistung ein Einkommensnachweis eingefordert werden (§ 9 Nr. 2.1 Teil II Tarifbedingungen). Dies resultiert aus der Obliegenheit, die Versicherte nach Verbandsempfehlung haben, den Versicherer über eine nicht unwesentliche Reduzierung ihres Nettoeinkommens zu informieren. Allerdings ist rechtlich eine rückwirkende Herabsetzung grundsätzlich ausgeschlossen, es sei denn es wurden schuldhaft falsche Angaben zur Höhe des Einkommens im Antrag oder auf Nachfrage gemacht. Dafür verzichtet die Gothaer in § 9 (1) auf eine Mitteilung des konkreten ärztlichen Befundes und verlangt lediglich einen Nachweis über das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit.

### Problemstellung Condor

Als derzeit einziger Versicherer sieht die Condor auch dann einen Anspruch auf Berufsunfähigkeitsleistungen vor, wenn eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit noch nicht sicher festgestellt werden kann, der Zeitraum einer Arbeitsunfähigkeit aber mindestens sechs Monate am Stück andauert hat (§ 1 Nr. 7 bzw. § 2 Nr. 8 BUZ-Comfort, Stand 07.2011):

*„Arbeitsunfähigkeit: Wir leisten auch – gegebenenfalls nach Ablauf einer vereinbarten Karenzzeit, siehe unten Absatz 10 –, wenn eine Berufsunfähigkeit ärztlich noch nicht festgestellt werden kann und zunächst nur eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit vorliegt, die mindestens 6 Monate andauert (vergleiche § 2 Absatz 8)“*

*„Arbeitsunfähigkeit (8) Wir leisten auch – gegebenenfalls nach Ablauf einer vereinbarten Karenzzeit, siehe §1 Absatz 10 – rückwirkend von Beginn einer Arbeitsunfähigkeit an, wenn die Arbeitsunfähigkeit tatsächlich mindestens 6 Monate andauert (vergleiche § 1 Absatz 7). Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person auf Grund von Krankheit, die ärztlich nachzuweisen ist, Ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht mehr ausführen kann. Vorübergehende Arbeitsversuche zur Erprobung der möglicherweise wieder erlangten Arbeitsfähigkeit stellen keine Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit dar, sofern diese einen Arbeitsversuch im Sinne des § 74 SGB V (Stufenweise Wiedereingliederung mit Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit) darstellen.“*

*Ein Anspruch auf die vereinbarten Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit besteht auch dann, wenn eine Berufsunfähigkeit endgültig nicht festgestellt werden kann. Die vereinbarte Leistung wird dann solange erbracht, wie die Arbeitsunfähigkeit vorliegt (vergleiche § 7 Absatz 4). Erkennen wir unsere Leistungspflicht aufgrund vorliegender Berufsunfähigkeit an, so endet die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit und die vereinbarten Leistungen werden aufgrund der bestehenden Berufsunfähigkeit fortgesetzt.“*

Damit bestehen hier ggf. Leistungen analog zu einem Krankentagegeld, die vorsichtshalber als sonstiges „Krankentagegeld“ zumindest benannt werden sollten. Streng genommen, handelt es sich natürlich um eine gänzlich andere Versicherungssparte, allerdings erfolgen die Leistungen gemäß § 2 Nr. 8 ja auch dann, wenn abschließend keine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit festgestellt werden kann.

### Leistungsdauer

Wie beschrieben wird Krankengeld aus der gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber höchstens für einen Zeitraum von 78 Wochen gezahlt. An dieser Stelle gibt es einen nicht unwesentlichen Vorteil vieler Krankentagegeldtarife.

Beispielsweise leisten die Tarife T und TM der Barmenia, KTS der Alte Oldenburger, KT der HALLESCHE, KT der Mannheimer, TA der Nürnberger für Arbeitnehmer sowie EKTG und ESP der Signal Iduna ausdrücklich ohne zeitliche Begrenzung. Gleiches gilt – wenn auch nicht so deutlich herausgestellt – für die Tarife von beispielsweise Allianz, Axa oder Gothaer.

Die MB /KT 2009 des PKV-Verbandes sehen an dieser Stelle zwar keine konkrete Einschränkung, jedoch zumindest keine Klarstellung vor. Definitionsgemäß endet der Anspruch auf Krankentagegeld bei allen Versicherern, wenn bedingungsgemäß nicht mehr von einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit, sondern einer dauerhaften Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit auszugehen ist.

## Kindergeld

Eine Besonderheit der Signal Iduna in ihrem Tarif ESP-VA für Arbeitnehmer mit einer KV-Vollversicherung beim Unternehmen ist ein Krankentagegeld bei Erkrankung des Kindes. Nach Teil III B Nr. 4 ESP-VA gilt:

„Es besteht ein Anspruch auf Krankentagegeld, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, dass die versicherte Person zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres nach Versicherungsbeginn erkrankten und beim Versicherer privat krankheitskostenvollversicherten Kindes der Arbeit fernbleibt, eine andere in Ihrem Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann und das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Anspruch besteht in jedem Kalenderjahr für jedes Kind längstens für 10 Arbeitstage, jedoch für nicht mehr als insgesamt 25 Arbeitstage.

Die zeitliche Begrenzung verlängert sich einmalig auf 100 Arbeitstage, wenn das Kind nach ärztlichem Zeugnis an einer Erkrankung leidet,

- a) bei der eine Heilung ausgeschlossen, diese austherapiert ist und
- b) die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt.

Der Anspruch auf Krankentagegeld bei Erkrankung des Kindes entfällt, wenn gegen den Arbeitnehmer ein Anspruch auf bezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung besteht. Arbeitnehmer haben einen Nachweis ihres Arbeitgebers über unbezahlte Freistellung vorzulegen.“

Die Signal Iduna springt mit ihrer Regelung in die Bresche, die bei gesetzlich versicherten Personen die Haushaltshilfeleistung im Rahmen der GKV übernimmt.

## Ortsklausel soll vor Missbrauch schützen

Örtlich ist der Geltungsbereich eines Krankentagegeldes nach den Musterbedingungen des PKV-Verbandes auf Deutschland eingeschränkt. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt wird für akut im europäischen Ausland auftre-

tende Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld im vertraglichen Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gilt analoges, darüber hinaus besteht jedoch ohne ausdrückliche Vereinbarung kein Versicherungsschutz.

Analoge Regelungen gelten beispielhaft auch für die Krankentagegeldtarife der Alten Oldenburger, Continentale, DKV, Gothaer, Nürnberger oder SIGNAL.

Abweichend gilt bei der Mannheimer im Tarif KT nach § 4 der Tarifbedingungen der automatische Versicherungsschutz innerhalb Europas und des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR). Damit besteht beispielsweise kein automatischer Versicherungsschutz in der Schweiz, die eindeutig unter den Europabegriff des GDV fallen würde. Hiermit liegt bei der Mannheimer eine diesbezügliche Schlechterstellung gegenüber den MB / KT 2009 vor. Für Aufenthalte außerhalb des EWR können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

Abweichend besteht bei der Barmenia auch für akute Erkrankungen oder Unfälle während eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland Anspruch auf Krankentagegeld während einer notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus und unter bestimmten Voraussetzungen sogar darüber hinaus für Arbeitsunfähigkeit auf Grund einer ambulanten Heilbehandlung:

„§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

7. Bei vorübergehendem Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

7.1 Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland

wird auch ohne besondere Vereinbarung für dort akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.“

„4.1 Der Versicherungsschutz  
4.10 Zu § 1 (6) MB/KT 09: Geltungsbereich des Versicherungsschutzes  
Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im Ausland wird auch ohne besondere Vereinbarung für dort akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld frühestens ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit, bei einer versicherten Tarifstufe mit längerer Karenzzeit entsprechend später, bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung gezahlt, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- a) Für die versicherte Person besteht bei der Barmenia Krankenversicherung a. G. bei stationärer Heilbehandlung im Rahmen einer Krankheitskosten-Vollversicherung sowohl Versicherungsschutz für die allgemeinen Krankenhausleistungen als auch für die Unterbringung im Einbettzimmer sowie die privatärztliche Behandlung im Krankenhaus.

Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn im Rahmen der Krankheitskosten-Vollversicherung der Tarif WS für die Dauer des vorübergehenden Auslandsaufenthalts vereinbart wird.

- b) Die private Pflegepflichtversicherung wird während des Auslandsaufenthaltes fortgeführt.“

Im Tarif ESP der Signal Iduna findet sich ebenfalls eine wichtige Besserstellung:

„2 Geltungsbereich (zu § 1 Teil I und II)  
Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland gemäß § 1 Abs. 7 Teil I wird bei Arbeitsunfähigkeit auch bei ambulanter Behandlung das tarifliche Krankentagegeld gezahlt, wenn und solange die versicherte Person nachweislich wegen Transportunfähigkeit die Rückreise nicht antreten kann. Ein ärztlicher Nachweis der Transportunfähigkeit ist zu erbringen.“

Bei der HALLESCHE ist auch die Schweiz den Staaten des Europäischen Abkommens gleichgestellt. Außerdem verpflichtet sich der Anbieter bei einer nicht nur vorübergehenden Verlegung des ge-

wöhnlichen Wohnsitzes in die benannten Staaten bei einer Meldung binnen von sechs Monaten eine Fortsetzung des Vertragsverhältnisses oder wahlweise eine Anwartschaftsversicherung zu treffen. Auch die Signal Iduna setzt die Schweiz in ihrem Tarif ESP den benannten Staaten ausdrücklich gleich.

### Einschränkungen zum Schutz der Gemeinschaft

Kein Versicherungsschutz funktioniert ohne Ausschlüsse. Damit soll neben einer Kalkulierbarkeit der Ausgaben vor allem eine langfristige Prämienstabilität gewährleistet werden. Dennoch macht es Sinn, nach Angeboten zu suchen, die wenigstens teilweise auf Ausschlüsse verzichten und so den vereinbarten Versicherungsschutz zumindest teilweise aufzuwerten.

Nach § 5 der Musterbedingungen des PKV-Verbandes gelten für die Krankentagegeldversicherung folgende Ausschlussbestimmungen:

- 1) Arbeitsunfähigkeit wegen solcher Krankheiten und ihrer Folgen, sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz aufgenommen sind
- 2) Wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren
- 3) Wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind
- 4) Ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung
- 5) Während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den Ereignissen aus Nr. 4) steht.
- 6) Wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei

denn, dass sie sich – unbeschadet von Ausschluss 8 – in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4 Abs. 8 und 9 MB/KT 2009). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthalts arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;

- 7) Während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht
- 8) Während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort – auch bei einem Krankenhausaufenthalt – besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausgeschlossen ist

### Versicherungswirtschaft bessert nach

Die Signal Iduna weicht gleich in mehreren Punkten zum Kundenvorteil von den gängigen Ausschlüssen ab:

Zu 1) wird klar gestellt, dass terroristische Anschläge und deren Folgen nicht als Kriegereignisse im Sinne der Bedingungen zählen. Die Einschränkung nach 3) entfällt ersatzlos. Abweichend zu 4) besteht Versicherungsschutz auch für Zeiten außerhalb des Beschäftigungsverbot nach dem Mutterschutzgesetz, allerdings mit einer Wartezeit von acht Monaten ab Vertragsbeginn. 6) gilt dann nicht als Ausschlussgrund, wenn und soweit der Versicherer die Leistungen vor Beginn des Aufenthaltes schriftlich zugesagt hat. Entsprechend 7) kann ein Versicherer hier etwas Anderes vorsehen. Bei der Signal ist dies der Fall. Es wird demnach im Verlauf einer Arbeitsunfähigkeit unter den beschriebenen Voraussetzungen das Krankentagegeld gezahlt, sofern dies gegenüber dem Versicherer auf Basis eines ausführlich begründeten ärztlichen Attests begründet

werden kann. Eine vorherige schriftliche Einwilligung des Versicherers ist nicht erforderlich. Ziffer 8) ist zum Kundenvorteil ersatzlos gestrichen.

Auch bei der HALLESCHE ist Ausschluss 1 deutlich weniger restriktiv als vom Verband empfohlen. Siehe hierzu § 5 Nr. 1 TB/KT der HALLESCHE:

*„1 Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 (1)a MB/KT 2009 gilt nicht für Kriegereignisse im Ausland, wenn  
a) für das Aufenthaltsland keine Reise-  
warnung durch das Auswärtige Amt besteht oder  
b) eine Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen wird, und die versicherte Person aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Landes gehindert wird.  
Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegereignissen im Sinne des § 5 (1)a MB/KT 2009.“*

Ebenfalls abweichende Besserstellungen zu den genannten Ausschlüssen sieht etwa die Gothaer in ihrem Tarif TG vor. Hier fehlen die Ausschlüsse 3 und 4. Auch Punkt 7 wurde zu Gunsten der Versicherten verbessert:

*„Abweichend [...] wird Krankentagegeld gezahlt, wenn im Verlauf einer Arbeitsunfähigkeit eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung bzw. eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erforderlich wird. Voraussetzung ist, dass der Versicherer vorher eine schriftliche Zusage gegeben hat. Dies gilt auch für Schonzeiten im Anschluss an eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung.“*

Auch bei der HALLESCHE finden sich exemplarisch diverse Besserstellungen für Versicherte. So fehlt nicht nur die Alkoholklausel (Ausschluss 3), sondern es wird abweichend auch für eine erstmalige stationäre Entziehungsmaßnahme geleistet, sofern der Versicherer diese vor Antritt schriftlich bewilligt hat und ausreichende Erfolgsaussichten sieht. Zudem ist in diesem Zusammenhang die Höhe des versicherten Krankentagegeldes auf 80 % der Nettoeinkünfte einschließlich sonstiger Krankentagegelder beschränkt. Ausschluss 4 (Schwangerschaftsklausel) findet nur Anwendung während des Mutter-

schutzes und wird analog auch für selbstständig Tätige angewandt. Eine Schwangerschaft ist halt keine Krankheit im Sinne der Bedingungen. Bei der Signal gilt im Zusammenhang zu Ausschluss 4 abweichend folgende Regelung:

*„Abweichend von § 5 Abs. 1 d) Teil I besteht bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit ein Leistungsanspruch für Zeiten außerhalb des Beschäftigungsverbotes nach dem Mutterschutzgesetz im tariflichen Umfang. Zeiten des gesetzlichen Beschäftigungsverbotes werden auf die bis zum tariflichen Leistungsbeginn zurückzulegenden Tage nicht angerechnet. Diese Fristen gelten sinngemäß auch für selbstständig Tätige. Für diese Leistungszusage gilt eine besondere Wartezeit von 8 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an. Der Tarif kann eine andere Regelung vorsehen.“ (§ 5 Teil II Nr. 3 MB/KT 2009)*

Die Ausschlüsse 6) und 8) gelten bei der HALLESCHE dann nicht, wenn der Versicherer vor Beginn des Auslandsaufenthaltes Leistungen schriftlich zugesagt hat. Analog zur Gothaer gibt es auch bei der HALLESCHE nach § 5 Nr. 6 MB/KT 2009 eine verbesserte Kurklausel:

*„Die Leistungseinschränkung [...] gilt nicht bei stationärer Behandlung in einem Sanatorium, sofern und solange der medizinische Befund eine Arbeitsunfähigkeit begründet und dem Sanatoriumsaufenthalt eine mindestens vierwöchige Arbeitsunfähigkeit unmitelbar vorausgegangen ist. Gleiches gilt bei Rehabilitationsmaßnahmen eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers. Ansprüche auf ein anderweitiges Krankentagegeld, Krankengeld und Übergangsgeld werden auf das Krankentagegeld angerechnet, soweit diese Ansprüche zusammen mit dem Krankentagegeld das Nettoeinkommen [...] übersteigen.“*

Bei der Barmenia wird in den TB/KT 12 Ausschluss 2 noch dahingehend präzisiert, dass auch „Maßnahmen zur Entwöhnung“ als Entziehungskuren gelten. Für die Klauseln 3 und 4 gilt das bei der HALLESCHE Gesagte, während Ausschluss 7 (Kurklausel) dann keine Anwendung findet, sofern Arbeitsunfähigkeit mindestens 14 Tage vor der Kur-

oder Sanatoriumsbehandlung bzw. der Rehabilitationsmaßnahme bestand. Dabei werden etwaige Zahlungen eines Rehabilitationsträgers zum Ausgleich von Einkommensverlust auf das versicherte Krankentagegeld mit angerechnet. Ausschluss 8 entfällt vollständig.

Die DKV verzichtet auf die Einschränkungen 3 und 8, bei 2 ist nach vorheriger schriftlicher Zusage die erste Entziehungsmaßnahme mitversichert, während bei 7 während einer Rehamaßnahme gleichfalls geleistet würde. Eine weitere Besonderheit liegt nach § 4 Abs. 5.1 darin, dass auch nicht niedergelassene Ärzte oder Zahnärzte gewählt werden dürfen, sofern diese ihre Behandlung in einem für die vertragsärztliche Versorgung zugelassenen Versorgungszentrum oder einer ärztlich eingerichteten Einrichtung erbringen und diese Leistungen entsprechend der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung abrechnen. Interessant ist auch der Tarif TF der Nürnberger, ein Gruppentarif für Freiberufler. Der Tarif zahlt auch bei Kur- und Sanatoriumsaufenthalt, wenn ein Krankenhausaufenthalt von mindestens 28 Tagen vorangegangen ist und seitdem bis zum Antritt der Anschlussheilbehandlung nicht mehr als 4 Wochen vergangen sind.

### „Gemischte Anstalten“ führen oft zu Streit

Sehr häufiger Streitpunkt sind die so genannten „gemischten Anstalten“, die nicht dem Versicherungsumfang nach § 4 Abs. 9 MB / KT entsprechen. Hier heißt es nämlich:

*„Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur erbracht, wenn der Versicherte diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.“*

Regelmäßig kommt es auf Grundlage dieser Ausschlussbestimmung zu Un-

# Und plötzlich sind andere Vorsorgemodelle Vergangenheit



## 2012 – der Generationswechsel der Vorsorgemodelle

Garantiezinssenkung war gestern: FRIENDS begegnet den Herausforderungen der heutigen Altersvorsorge mit Lösungen von morgen. Die Zukunft vereint 100%ige Beitragsgarantie mit echten Renditechancen und bietet gleichzeitig mehr Transparenz und Fairness für Ihre Kunden. Mit den fortschrittlichen Vorsorgelösungen von FRIENDS können Sie vertrauensvoll in die Zukunft schauen. So geht Vorsorge heute.

Friends Provident International ist ein Handelsname, unter dem die Friends Life Limited außerhalb des Vereinigten Königreichs tätig ist. Vertriebservice in Deutschland durch fpb AG –financial partners business. Website: [www.fpbag.de](http://www.fpbag.de) Email: [info@fpbag.de](mailto:info@fpbag.de)



So geht Vorsorge heute

stimmigkeiten mit dem Versicherer, ob ein bestimmtes Krankenhaus nun unter den Leistungsumfang falle oder eine ausgeschlossene „gemischte Anstalt“ sei, also auch Kur- und Sanatoriumsbehandlungen erbringt. Hier empfiehlt sich dringend eine vorherige schriftliche Rücksprache mit dem Versicherer und am besten auch mit dem Krankenhaus, um diese Streitigkeiten im Vorfeld zu umgehen. Krankenhäuser wissen oft sehr genau, welche Versicherer sie als „gemischte Anstalt“ betrachten und Versicherer entsprechend wie etwaige Prozesse ausgegangen sind.<sup>1</sup> Zusätzlich sollte mit Arzt und Versicherer geprüft werden, ob eine Einweisung in ein solches Institut dem Erfordernis der medizinischen Notwendigkeit entspricht, da es auch hier regelmäßig zu Streitigkeiten komme. Dabei ist stets auf die konkrete Annahme der medizinischen Vertretbarkeit im konkreten Einzelfall und nicht auf Vergleichsfälle aus der Rechtsprechung zu verweisen.<sup>2</sup> Schubach sieht grundsätzlich den Leistungsausschluss für Behandlungen in gemischten Anstalten ohne vorherige schriftliche Zustimmung des Krankentagegeldversicherers als rechtlich unwirksam an.<sup>3</sup>

Positiv ist hier, dass es Versicherer wie z.B. die Signal Iduna gibt, die nach § 4 Abs. 9 der Bedingungen die tariflichen Leistungen auch ohne vorherige schriftliche Zusage gewähren, wengleich ein ausführlicher ärztlicher Attest als Begründung für die Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen ist.

Auch die HALLESCHE sieht an dieser Stelle mit § 4 Nr. 4 der TB/KT eine Besterstellung für ihre Versicherten vor:

*„Eine schriftliche Leistungszusage nach § 4 (9) MB/KT 2009 ist nicht erforderlich, a) wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt bzw. wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Aufnahme und Therapie erfordern, oder b) für die ersten 3 Wochen einer medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlung (AHB), welche innerhalb von 28 Tagen nach einer stationären Akutbehandlung beginnt und in einer Einrichtung erfolgt, welche von einem ge-*

*setzlichen Rehabilitationsträger für die jeweilige AHB zugelassen ist. Weitere Voraussetzung ist, dass ein Antrag auf Leistungen bei einem gesetzlichen Rehabilitationsträger, sofern dieser dem Grunde nach leistungspflichtig ist, vor Beginn der AHB schriftlich gestellt und beschieden wurde.“*

Erwähnenswert ist auch § 1 (2) der Verbandsempfehlung, wo es wie folgt heißt:

*„(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.“*

Konkret bedeutet dies, dass eine erneute Arbeitsunfähigkeit aus dem gleichen Grund den Versicherer ohne Anrechnung einer neuen Karenzzeit zur Leistung verpflichtet. Fehlt es an einem kausalen Zusammenhang zwischen erster und zweiter Arbeitsunfähigkeit, so liegt ein neuer Versicherungsfall mit neuer Karenzzeit vor. Dies gilt auch für Dauerleiden wie Rückenbeschwerden als Folge eines Bandscheibenvorfalles, selbst dann, wenn das eigentliche Grundleiden durchgehende Behandlungsbedürftigkeit besteht.

Auf eine erneute Karenzzeit bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit aus dem selben Grund verzichten unter bestimmten Voraussetzungen beispielsweise Arag, Barmenia, Continentale, Gothaer, HALLESCHE, Nürnberger, SDK und SIGNAL. Konkret heißt es hierzu exemplarisch bei der Nürnberger wie folgt:

*„Tritt innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge erneut Arbeitsunfähigkeit ein, so werden die in den letzten zwölf Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet.“ (§ 4 Teil II Nr. 1 MB/KT 2009)*

### Wartezeiten teilweise erlassen

Zu einer umfassenden Beratung zum Thema Krankentagegeld zählt auch der Hinweis auf die in diesem Zusammenhang üblichen Wartezeiten von 3 (allgemein) bzw. 8 Monaten (Psychotherapie, Zahnersatz, Zahnbehandlung und Kieferorthopädie), die nach § 3 (2) der MB/KT 2009 nur bei Unfall entfallen (gilt nur für die allgemeine Wartezeit). Erhöht sich während der Vertragslaufzeit der versicherte Tagessatz, so gelten für den zukommenden Anteil anteilig die genannten Wartezeiten. Im Rahmen der Verbandsempfehlung werden unmittelbar vorhergehende Versicherungszeiten eines gesetzlichen Krankenversicherungsträgers bis in Höhe des Krankengeldanspruches in der GKV auf die Wartezeiten angerechnet. Der Versicherungsschutz muss dafür spätestens zwei Monate nach dem Ausscheiden aus der GKV beantragt werden und nahtlos an den neuen Vertrag anschließen. Möchte ein Versicherungsnehmer ein höheres KT abschließen, so gelten für die Mehrleistungen die üblichen Wartezeiten. Analoges gilt für das Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf freie Heilfürsorge.

Einige Versicherer (z.B. Alte Oldenburger, Barmenia, DKV, HALLESCHE) verzichten dann auf die Anrechnung von Wartezeiten, wenn die Versicherung mit einer ärztlichen Untersuchung beantragt und abgeschlossen wurde. Unter anderem verzichten Alte Oldenburger, Gothaer, HALLESCHE und Signal Iduna auf die Anrechnung einer Wartezeit, wenn der Versicherungsschutz zusammen mit einer Krankenvollversicherung für den ambulanten und stationären Bereich beantragt wird, bei der Gothaer gilt dies ausdrücklich auch für ein über dem vorherigen GKV-Niveau liegendes KT und selbst dann, wenn bei der GKV zuvor kein



KT versichert war. Bei der Gothaer gilt der Verzicht auf eine Anrechnung der Wartezeit nur dann, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von 28 Tagen nach Antragstellung für die zu versichernden Personen ärztliche Zeugnisse über ihren Gesundheitszustand auf einem vorgeschriebenen Formblatt vorgelegt hat. Diese Regelung gilt auch im Zusammenhang mit einer selbständigen Krankentagegeldversicherung. Die Mannheimer verzichtet sogar vollständig auf etwaige Wartezeiten.

Im Umkehrschluss bedeutet das Gesagte, dass für eine zusätzlich abgeschlossene Krankentagegeldversicherung als Ergänzung zu einer gesetzlichen Krankenversicherung ein Verzicht auf die Wartezeiten mit wenigen Ausnahmen meist nicht möglich ist. Die tarifliche Leistung für während der Wartezeiten auftretende Erkrankungen setzt nach § 2 MB / KT 2009 erst dann ein, wenn diese nach Ablauf derselben noch immer ununterbrochen vorliegen.

Wer sich demnach für einen Wechsel seines Krankentagegeldvertrages entscheidet, muss demnach in vielen Fällen erneute Wartezeiten von bis zu 8 Monaten in Kauf nehmen.

### Meist nur unvollständiger Kündigungsverzicht

Wird eine Krankentagegeldversicherung nicht als Zusatzbaustein zu einer Krankenvollversicherung abgeschlossen, so besteht nach § 14 (1); 3 der Musterbedingungen (MB / KT) ein ordentliches Kündigungsrecht des Versicherers während der ersten drei Jahre. Dabei ist eine Frist von drei Monaten einzuhalten. Das ordentliche Kündigungsrecht entfällt für den Versicherer, wenn ein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht und kann auch nur auf Teile des Vertrages, einzelne Personen oder Erhöhungen des Tagessatzes beschränkt werden.

Nicht selten machen private Krankenversicherer laut Aussage eines Wettbewerbers von ihrem Recht auf ordentliche Kündigung gebrauch, wenn sich innerhalb der ersten drei Jahre ein erhöhter Leistungsbedarf abzeichnet, sei es weil es zu einer bekanntermaßen chronischen Erkrankung kommt, sei es weil eine Wiederholung von Arbeitsunfähigkeit aufgrund der selben oder einer ähnlichen

Erkrankung wahrscheinlich erscheint.

Viele Versicherer sehen hier zumindest für Tagegelder, die eine gesetzliche Absicherung ersetzen sollen, einen Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht vor. Anwendung auf reine Krankentagegeldzusatzversicherungen finden solche Regelungen üblicherweise nicht. Immerhin beschränkt etwa die Barmenia in § 14 Nr. 1.1 und 1.2 ihr ordentliches Kündigungsrecht auf zwei Jahre und verzichtet im Zusammenhang mit Erhöhungen des Tagessatzes ganz darauf. Tatsächlich vollständig auf ihr Kündigungsrecht verzichtet die Signal Iduna in ihrem Tarif ESP-VS für Selbstständige. Die HALLESCHE verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht in allen Krankentagegeldtarifen gemäß § 14 Nr. 1 TB/KT.

Neben dem ordentlichen Kündigungsrecht besitzen Krankentagegeldversicherer auch noch das außerordentliche Kündigungsrecht nach Ablauf der ersten 3 Jahre, auch wenn dieses bedingungsseitig nicht näher definiert wird. Ein Verzicht auf dieses ist soweit bekannt branchenweit nicht vorgesehen. Unter dem außerordentlichen Kündigungsrecht zu verstehen ist die Kündigung nach § 38 VVG wegen Prämienverzug – eine einschlägige Abmahnung vorausgesetzt –, wobei bei einer damit verbundenen Kündigung mitversicherter Personen auch deren Kenntnis mitberücksichtigt werden sollte. Zur Anwendung kommen kann das außerordentliche Kündigungsrecht auch im Falle einer vorvertraglichen Obliegenheitsverletzung nach § 19 Satz 1 und 2 VVG. Ein weiterer Kündigungsgrund kann im gleichzeitigen Abschluss noch weiterer Krankentagegeld- oder Krankheitskostenversicherungen bestehen, da hier die Gefahr einer Umgehung des gesetzlichen Bereicherungsverbotes bestehen könnte.

Versicherungsnehmer dürfen Krankentagegeldtarife grundsätzlich zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von 3 Monaten kündigen, bei einer Prämienhöhung gilt abweichend ein Sonderkündigungsrecht mit einer Frist von nur einem Monat. Dabei können sie statt des Gesamtvertrages auch einzelne Tagegelder oder Personen löschen. Ein Sonderkündigungsrecht besteht auch bei Zwangsmitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung mit Krankentagegeldanspruch, ist aber zeitlich auf 3 Monate nach Eintritt der Versicherungspflicht beschränkt. Weitere

Besonderheiten im Zusammenhang mit den Kündigungsrechten des Versicherungsnehmers regelt § 13 der Musterbedingungen. Zu beachten ist, dass je nach Versicherer das Versicherungsjahr mit dem tatsächlichen Vertragsbeginn oder aber mit dem Kalenderjahr zusammenfällt.

Während Anspruch auf eine ungekürzte Regelaltersrente offiziell für eine immer größere Zahl von Arbeitnehmern erst mit 67 besteht, sieht § 15 c ein automatisches Vertragsende mit Erreichen der Regelaltersrente, spätestens mit dem vollendeten 65. Lebensjahres vor. Ausnahmsweise berechtigt § 196 VVG zu einer Fortführung des Vertragsverhältnisses über das vollendete 65. Lebensjahr hinaus bis spätestens zum vollendeten 70. Lebensjahr. Dies ist entscheidend, da die Verlängerung des Zeitpunktes bis zum Beginn der Regelaltersrente eine durch gesetzliche Änderungen bedingte Verschlechterung der Rechtslage für Personen bedeutet, die mit 65 Jahren noch nicht in Rente gehen (können).<sup>4</sup>

### Beratungs-Tipp

Prüfen Sie beim Ausfüllen von Krankenversicherungsanträgen, ob Ihr Kunde neben der angegebenen Tätigkeit noch eine andere Tätigkeit ausübt. Es ist durchaus möglich, dass ein Kunde sowohl angestellt als auch selbständig oder selbständig und freiberuflich zugleich tätig ist. Laut Wikipedia kann ein Selbständiger sowohl Freiberufler als auch Gewerbetreibender sein<sup>5</sup>, wenn gleich steuerrechtlich durchaus Unterscheidungen zu beachten sind. Die dem Autor bekannten Versicherer bieten in ihrer Software keine diesbezügliche Eingabe an. Eine Festlegung auf nur eine dieser Tätigkeiten könnte im Leistungsfall jedoch zu Streitigkeiten mit dem Anbieter führen. So erfolgt etwa bei der Allianz verständlicherweise die Einkommensberechnung bei Freiberuflern nach dem Umsatz und nicht wie bei selbständig Gewerbetreibenden nach dem Gewinn. Die HALLESCHE macht auch bei der Tarifierung klare Unterschiede zwischen Freiberuflern und Selbständigen. So bestehen für Freiberufler die deutlich günstigeren Tarifstufen FKT8, FKT15, FKT22 und FKT29. Auffällig sind die deutlich geringeren Grundkopfschäden dieser Berufsgruppe. Für Selbständige gibt es die Tarifstufen KT8, KT15, KT22, KT29. Angestellte werden in den Tarif-

stufen KT43, KT64, KT85, KT92, KT106, KT127, KT183, KT274 und KT365 versichert. Wünschen Freiberufler und Selbstständige längere Karenzzeiten, werden auch sie in diesen Tarifen versichert.

Es ist nicht selbstverständlich, wenn Versicherer wie die Concordia oder die HALLESCHER (jeweils Tarif KT) keine Unterscheidung zwischen Selbstständigen und Freiberuflern machen. Positiv ist es allerdings, wenn die Concordia zumindest ausdrücklich beide Begrifflichkeiten anspricht und damit mögliche Missverständnisse gleich im Vorfeld ausschließt.

Eine Besonderheit bietet die DKV, die in allen Selbstständigentarifen (TG 07, TG 014, TG 021, TG 028 und TG 042 bzw. FT 01, FT 02, FT 03, FT 04 und FT 06) bei medizinisch notwendigem stationärem Aufenthalt ab dem 1. Tag bezahlt und damit ein ergänzendes Krankenhaustagegeld verzichtbar macht.

Wer vom Selbständigen- in den Angestelltenstatus wechselt, verliert nach Treu und Glauben nicht automatisch seinen Anspruch auf Weiterversicherung von Krankentagegeld. Dies gilt nicht für Beamte, die keinen Einkommensverlust durch Arbeitsunfähigkeit realisieren. Eine Mitteilung an den Versicherer ist in beiden Fällen verpflichtend.

Da für Krankenversicherer bereits geringfügige Erkrankungen als gefahrerheblich angesehen werden, können sie doch zu einem Untersuchungs- oder Behandlungsbedarf führen, ist es dringend anzuraten, vollständige Krankenakten von allen behandelnden Ärzten und Heilbehndlern anzufordern und diese Inhalte im Rahmen der Gesundheitsprüfung entsprechend vollständig mitzuteilen. Selbst scheinbare Bagatellerkrankungen können sonst im Extremfall ein Kündigungsrecht wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung begründen.

Sehr oft kommt es vor, dass Ärzte ihren Kunden die Herausgabe von Krankenakten verweigern und darauf verweisen, dass diese doch vom Versicherer anzufordern seine. Dies ist problematisch, da Antragssteller damit keine Möglichkeit haben, die angeforderten Daten auf Korrektheit zu überprüfen. Hinzu kommt, dass es leicht passieren kann, dass Antragssteller wesentliche Daten zur Krankengeschichte vergessen oder verdrängt haben. Vor diesem Hintergrund sollten Kunden auf ihr Recht auf Herausgabe der Krankenakten pochen. Bei-

spielsweise findet sich dieses Recht begründet in der Berufsordnung der Ärztekammer Niedersachsen vom 22.03.2005, zuletzt geändert am 03.12.2008, in § 10, Abs. 2: „Der Arzt hat dem Patienten auf dessen Verlangen grundsätzlich in die ihn betreffenden Krankenunterlagen Einsicht zu gewähren; ausgenommen sind diejenigen Teile, welche subjektive Eindrücke oder Wahrnehmungen des Arztes enthalten. Auf Verlangen sind dem Patienten Kopien der Unterlagen gegen Erstattung der Kosten herauszugeben.“<sup>6</sup>

### Krankentagegeld ohne Gesundheitsprüfung

Abschließend ist an dieser Stelle noch auf den Tarif KTS der HanseMercur hingewiesen, der nach Kenntnis des Autors als einziger verbliebener Tarif ein Krankentagegeld ohne Gesundheitsprüfung für gesetzliche krankenversicherte Arbeitnehmer bis zum maximalen Endalter 50 Jahre ermöglicht.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf die der versicherten Person bekannten Erkrankungen oder Unfallfolgen, wegen derer sie in den letzten 12 Monaten vor Beginn des Versicherungsschutzes ärztlich oder therapeutisch beraten oder behandelt wurde. Diese Einschränkung gilt nur, wenn der Versicherungsfall innerhalb der nächsten 24 Monate seit Beginn des Versicherungsschutzes eintritt und mit diesen Erkrankungen oder Unfallfolgen in ursächlichem Zusammenhang steht.

Der Vertrag bleibt allerdings auch für Personen erhalten, die älter als 50 Jahre sind, sofern der Vertrag vorher begonnen hat. Sollten Ihr Kunde schon mal von der HanseMercur in irgendeinem Tarif oder von irgendeinem Krankentagegeldversicherer abgelehnt worden sein, so ist ggf. kein Abschluss mehr möglich. Versicherbar ist maximal ein Tagessatz von 20 Euro, allerdings muss eine Angemessenheit zum Einkommen bestehen.

Im Vergleich zu anderen Krankentagegeldtarifen mit umfassender Risikoprüfung ist der KTS vergleichsweise teuer.

### Aufgabenstellungen an die Versicherungsbranche

- Realitätsnahe Definition der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung einer Restarbeitsfähigkeit bei Selbstständigen und Angestellten

- Realitätsnahe Definition von Gewinn eines Selbstständigen / Freiberuflers und bedingungsseitige Regelung über ein versicherbares Mindesteinkommen bei Existenzgründern ohne konkreten Nachweis
- Verzicht auf die Ausschlussklausel „gemischte Anstalten“
- Automatische Umstellung von Bestandsverträgen auf diese Definitionen
- Rechtzeitig zu Ende Dezember 2012 Umstellung auf Unisextarife im Neugeschäft

### Problematik: vorhandene Restarbeitsfähigkeit und laufende Kosten

Ein grundsätzliches Problem im Zusammenhang mit der Versicherung von Krankentagegeld besteht darin, dass der Anspruch auf Krankentagegeld bereits dann erlischt, wenn eine Restarbeitsfähigkeit vorhanden ist. Außerdem sichert eine Krankentagegeldversicherung zwar einen Nettoverdienstaufschlag, nicht jedoch die weiter laufenden Kosten eines Selbstständigen ab, so dass eine optimale Lückenschließung damit nicht möglich sein dürfte.

Eine Möglichkeit, einer umfassenderen Absicherung dieser Versorgungslücke bietet eine EBU (= Existenz-Betriebsunterbrechungsversicherung), die allerdings nur von wenigen Anbietern (z.B. Axa unter dem Namen Praxis-Ausfallversicherung, Nürnberger) und auch nur für ausgewählte Berufe angeboten wird. Aus Gründen des Umfangs kann an dieser Stelle nicht ausführlicher auf dieses Thema eingegangen werden.

<sup>1</sup> Siehe Arno Schubach: „§ 23 Krankenversicherung“ in: Michael Terbille (Hg.): „Münchener Anwalts Handbuch Versicherungsrecht.“ (2008), S. 1274

<sup>2</sup> Siehe dto. auch S. 1276

<sup>3</sup> Arno Schubach: „§ 23 Krankenversicherung“ in: Michael Terbille (Hg.): „Münchener Anwalts Handbuch Versicherungsrecht.“ (2008), S. 1316-1317

<sup>4</sup> Ausführliche Informationen zum Thema und zur rechtlichen Beurteilung finden Sie bei Stephan Hütt „Befristung der Krankentagegeldversicherung“ in: „Münchener Kommentar zum Versicherungsvertragsgesetz. Band 3. §§ 192-215.“ Herausgegeben von Theo Langheid und Manfred Wandt (2009), S. 281-283.

<sup>5</sup> Siehe [http://de.wikipedia.org/wiki/Freiberufler\\_mit\\_Stand\\_13.05.2012](http://de.wikipedia.org/wiki/Freiberufler_mit_Stand_13.05.2012)

<sup>6</sup> Volltext zu finden unter [http://www.betriebsaerzte.de/gesetze/aekn\\_berufsordnung.pdf](http://www.betriebsaerzte.de/gesetze/aekn_berufsordnung.pdf)

# 2013 – Endlich das Jahr der Pflege?

Bereits das Jahr 2011 war als das „Jahr der Pflege“ ausgerufen worden. So propagierte es Ende 2010 der damalige Gesundheitsminister Dr. Philipp Rösler. Mit drei Bausteinen sollte die Situation bei Pflegebedürftigkeit verbessert werden.

1. Reformierung des Berufsbilds der Pflegekräfte

2. Neugestaltung der Pflegebegutachtung  
3. Einführung einer kapitalgedeckten Komponente

Zumindest der dritte Baustein soll nun 2013 in die Umsetzung gehen. Mit dem „Pflege-Bahr“ erhofft sich die Bundesregierung, dass die Vorsorgebereitschaft in der Pflege durch staatliche Förderung

steigt. Laut Statistischem Bundesamt steigt die Anzahl der Pflegebedürftigen bei den derzeitigen demographischen Trends von 2,25 Mio. in 2007 auf 3,37 Mio. in 2030. Der aktuelle Pflegebeitrag wird mittelfristig nicht mehr ausreichen und müsste sich bis 2050 nahezu verdoppeln, wie es das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) errechnet hat.



## Statement von Johannes Grale, Vorstand Concordia Krankenversicherungs-AG

*Die Concordia Krankenversicherungs-AG hat, wie bekannt, bereits in 2009 attraktive Pflegeitagegeldtarife auf den Markt gebracht. Johannes Grale, Vorstand der Concordia Krankenversicherung, äußerte sich hierzu gegenüber „Risiko & Vorsorge“:*

Johannes Grale: „Die bestehende Pflegepflichtversicherung ist für gesetzlich und auch privat Versicherte nur als „Teilkaskoversicherung“ ausgestaltet. So erhält ein Pflegebedürftiger in der Pflegestufe 3 bei stationärer Pflege einen monatlichen Zuschuss zu den Pflegekosten von max. 1.550 EUR (bzw. 1.918 EUR bei Härtefällen). Nach unseren Erfahrungen liegen die Kosten im Pflegeheim hier aber im Schnitt bei mindestens 3.500 EUR. Die Differenz muss durch den Versicherten selbst getragen werden. Sollte das Vermögen bzw. die Rente nicht ausreichen, müssen Angehörige, auch Kinder, für die Kosten aufkommen. Da ist es sinnvoll, hier frühzeitig vorzusorgen. Wir bieten unseren Kunden ein Pflegeitagegeld, Tarif PT, an, mit dem diese Lücke preisgünstig geschlossen werden kann. Dieser Tarif leistet in jeder

Pflegestufe bei stationärer Pflege den vollen Satz, bei ambulanter Pflege in den Pflegestufen 1 oder 2 erhält der Versicherte 25% bzw. 50% des vereinbarten Tagessatzes. Das hält den Tarif preisgünstig und sorgt für eine gute Absicherung. Zusätzlich oder auch alleinstehend kann ein Pflegeitagegeld nur für die Pflegestufe 3 abgeschlossen werden, eine Absicherung für den sogenannten „Worst-Case“.“

*Das Thema Demenz ist ein wesentlicher Aspekt im Rahmen der Pflegevorsorge. Wie reagiert die Concordia darauf?*

Johannes Grale: „Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geht davon aus, dass die Anzahl der Demenzzkranken von aktuell rund 1,3 Mio. Männern und Frauen in 2050 auf 2,6 Mio. steigt. Diese Personen benötigen besondere Unterstützung im täglichen Leben, sind aber nicht immer in einer Pflegestufe eingestuft. Auf Antrag bezahlt die Pflegekasse zusätzliche Betreuungsleistungen. Dies soll im Zuge des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) erweitert werden. Zusätzlich soll zu dem bereits gezahlten Betreuungsgeld in Höhe von 100 Euro (Grundbedarf) beziehungs-

weise 200 Euro im Monat (erhöhter Bedarf) künftig auch Geld- oder Sachleistungen aus der Pflegeversicherung zur Verfügung gestellt werden. Das Pflegegeld für diejenigen, die von Angehörigen gepflegt werden, soll 120 Euro betragen bzw. 225 Euro bei Inanspruchnahme ambulanten Pflegedienste. Aber auch diese Leistung ist in der Regel nicht ausreichend. Daher prüfen wir gerade Szenarien, wie sich unser Produktangebot in 2013 hierauf anpassen sollte.“

*Mit dem PNG wird nun gleichzeitig der „Pflege-Bahr“ eingeführt. Wie bewerten Sie diesen Schritt?*

Johannes Grale: „Die staatliche Förderung der privaten Vorsorge für die Pflege ist sinnvoll. Allerdings ist bei der Ausgestaltung noch vieles unklar bzw. noch nicht geregelt. Daher denken wir auch hier darüber nach, wie wir unsere Tariflandschaft anpassen sollten. Fraglich ist, ob der monatliche Förderbeitrag in Höhe von 5 EUR ausreicht, um ein attraktives Tarifangebot anzubieten. Erst wenn wir die Rahmenbedingungen kennen, werden wir entscheiden können, wie die Concordia in die staatlich finanzierte Vorsorge einsteigen möchte.“

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

Bund der Versicherten – Deutsche Familienversicherung (DFV) – Münchener Verein – SDK

# Kapitalgedeckte Pflegeversorgung geht an den Start: **Pflege-Bahr**

Am 6. Juni 2012 hat die deutsche Bundesregierung aus CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen von SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Linksfraktion entschieden, erstmals private Pflegezusatzversicherungen nach dem Vorbild der Riesterreente staatlich zu fördern.

Das so genannte „Pflegetagegeldversicherungsgesetz“ soll diesbezüglich zum 1. Januar 2013 in Kraft treten.



„Pflegetagegeldversicherungsgesetz“:  
Ausgereifter Entwurf oder nicht finanzierbarer Schnellschuss?

Autor: Sebastian Krügereit

Bislang sind neben dem „Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflegetagegeldversicherungsgesetz - PNG)“ vom 27.06.2012<sup>1</sup> nur wenige Rahmendaten zum neuen Gesetzesvorstoß bekannt geworden, die als sicher gelten:

- Einkommensunabhängige staatliche Förderung von 60 Euro p.a.
- Begrenzung der Abschluss- und Verwaltungskosten
- Produktgestaltung in Form einer Pflegetagegeldversicherung
- Mindestbeitrag pro Person von 120 Euro p.a.
- Maximale Leistung begrenzt auf das doppelte Niveau der sozialen Pflegepflichtversicherung, minimal jedoch 600 Euro monatlich in der Pflegestufe 3
- Leistungen generell in allen Pflegestufen, auch bei eingeschränkter Alltagskompetenz in der Pflegestufe 0

- Vertragsabschluss für alle Volljährigen ohne Altersbegrenzung, dafür allerdings mit einer Wartezeit von bis zu fünf Jahren mit Versicherungsschutz, jedoch ohne Zahlung von Versicherungsleistungen während der Wartezeit
- Kontrahierungszwang, also keine Ablehnung von Versicherungsnehmern aufgrund etwaiger gesundheitlicher Einschränkungen, sofern bei Antragsstellung noch keine Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit oder eingeschränkter Alltagskompetenz bezogen werden oder jemals wurden
- Keine Vereinbarung von Leistungsausschlüssen oder Risikozuschlägen

Manche Quellen sprechen von einer Mindestvertragsdauer von 5 Jahren, vermutlich da eine Wartezeit von fünf Jahren vor einem möglichen Leistungsbezug sonst nicht wirklich Sinn machen würde.

## ■ Kunden-Wechsel zwischen ungefördert und gefördert?

Selbstverständlich haben Kunden auch nach der Einführung der staatlich geförderten privaten Pflegetagegeldversicherung die Möglichkeit ein ungefördertes Produkt mit Gesundheitsprüfung und wahlfreien Leistungen, eine ungeförderte Pflegekosten- oder Pflegerentenversicherung abzuschließen.

Eine Förderung bereits bestehender Pflegetagegeldverträge soll voraussetzen, dass diese generell auf eine Risikoprüfung verzichten, was mit Ausnahme von Unfallpflegetagegeldversicherungen reine Fiktion ist. Inwiefern zukünftig ein Wechsel zwischen geförderten und ungeförderten Produkten möglich sein wird, ist gegenwärtig noch nicht entschieden, sollte aber nach Ansicht von PKV-Vertriebsdirektor Dr. Volker Leienbach ausgeschlossen werden.<sup>2</sup> Leien-

bach habe einer anderen Quelle zufolge zusätzlich einen „Pflegepool“ für „Hochrisikofälle“ gefordert, um eine möglichst große Zahl von Versicherern dazu zu bewegen, entsprechende Angebote auf den Markt zu bringen.<sup>3</sup> Zwischenzeitlich wurde diese Forderung gemäß § 127 Abs. 2 Satz 2 auch schon im bestehenden Gesetzesentwurf fixiert. Zudem habe Leienbach gefordert, dass der bislang veranschlagte Förderbetrag zukünftig dynamisch angepasst werden müsse.<sup>4</sup>

### ■ Plus: Unversicherbare Kunden werden versicherbar

Der Hauptvorteil von Pflege-Bahr liegt darin, dass auch bislang unversicherbare Kunden, die etwa unter Krebs, Demenz, Leberzirrhose oder einer HIV-Infektion leiden, nunmehr problemlos versicherbar sein werden. Auf der anderen Seite ist natürlich davon auszugehen, dass Versicherer den Kontrahierungszwang mit entsprechend höheren Prämien für ihre Versicherten ausgleichen werden. Beispielsweise heißt es unter [www.Pflege-Bahr.com](http://www.Pflege-Bahr.com) wie folgt:

*„Experten schätzen, dass der Beitrag ca. 100% teurer sein wird. Allein der höhere Bürokratieaufwand wird wie bei der Riester-Rente mit 20% zu Buch schlagen. Gesunde werden den Pflege-Bahr meiden, da Sie für kein höheres Risiko, als sie es selbst darstellen, mitbezahlen wollen.“*

Problematisch ist, dass analog zur Riesterrente viele Verbraucher auf den Gedanken kommen könnten, dass eine Absicherung mit dem geförderten Mindestbetrag ausreichend sei, um im Pflegefall die bestehenden Versorgungslücken umfassend zu schließen. Darüber hinaus ist eine monatliche Förderung von nur 5 Euro wenig dazu angetan, breite Bevölkerungskreise dazu zu motivieren, eigenverantwortliche Vorsorge zu betreiben. Im Zweifel könnte der Kontrahierungszwang sogar dazu führen, dass Kunden mit erhöhtem Risiko einen geförderten Pflegevertrag abschließen und andere Personengruppen entweder gänzlich verzichten oder lieber ein ungeförderteres Produkt abschließen.

Philipp J.N. Nagel, Vorstand der Deutschen Familienversicherung (DFV), sieht ein mögliches Abwarten kritisch:

*„Die Einführung der Bahr-Pflege begrüßen wir als gutes politisches Signal in Hinsicht auf die Wichtigkeit zum Aufbau einer privaten kapitalgedeckten Pflegevorsorge. Nachdem hier heute erst 2,5% der deutschen Bundesbürgerinnen und Bundesbürger vorgesorgt haben, können durch Berichterstattung und Subvention Rahmenbedingungen entstehen, dass breite Bevölkerungsschichten mit der Vorsorge beginnen. Es ist nicht zu empfehlen, wegen Pflege-Bahr bis 2013 mit dem Abschluss einer Pflegeversicherung zu warten: Erstens, weil die „Unisex-Nachteile“ in der Regel größer sind, als 5 Euro pro Monat staatliche Subvention bei Pflege-Bahr. Und zweitens, weil Pflege-Bahr mit 10 bzw. 15 Euro ohnehin nicht darauf ausgelegt ist, die Versorgungslücke im Pflegefall zu schließen. Pflege-Bahr ergänzt als dritte Säule die private Pflegevorsorge. Mit der Pflege-Bahr-Anpassungsgarantie erhalten Kunden der Deutschen Familienversicherung die Möglichkeit, eine vor dem 01.01.2013 abgeschlossene Pflegetagegeldversicherung zu reduzieren und einen Teilbetrag in ein von der Deutschen Familienversicherung angebotenes „Pflege-Bahr“-Tagegeldprodukt anzulegen.“*

### ■ Harte, kritische Fragen von Politik und Verbraucherschutz

Darüber hinaus kann Pflege-Bahr auch als erster Schritt zum Ausstieg aus einer solidarischen Pflegeversorgung verstanden werden: Schon lange ist bekannt, dass die Leistungen der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung nicht mehr als eine Teilkaskoabsicherung darstellen. Anstelle einer umfassenden Pflegereform gab es in den vergangenen Jahren nur „Reförmchen“, die die langfristigen Probleme in der Pflege nicht lösen werden. Das von Daniel Bahr auf den Weg gebrachte Pflegeneuaustrichtungsgesetz kann damit zum einen der Profilierung des Politikers und seiner Partei, zum anderen dem Einstieg zur längerfristig begründbaren Absenkung des Niveaus der sozialen Pflegepflichtversicherung dienen.

Kritische Stimmen, so etwa aus der SPD<sup>5</sup> oder der Linken<sup>6</sup>, sehen in dem Gesetz sogar in erster Linie ein Geschenk an die Versicherungswirtschaft,

wobei sich die Freudenbekundungen hier bislang durchaus in Grenzen halten und eher angeraten wird, die staatlichen Subventionen in eine Aufstockung des gesetzlichen Pflegerentenniveaus zu investieren. Dafür spricht auch, dass das Bundeskabinett mit Haushaltskosten für die Förderung von 100 Millionen Euro jährlich kalkuliere, was allerdings gerade einmal für 1,5 Millionen Versicherungsverträge<sup>7</sup> oder absolut bei rund 80 Millionen Deutschen für unter 2% aller deutschen Verbraucher reiche. Anderen Quellen sprechen von immerhin 2,5% aller Verbraucher und verweisen auf die nur unzulänglich kalkulierten Haushaltskosten:

*„Zum Vergleich: 15,4 Millionen Riester-Verträge sind derzeit für die private Altersvorsorge abgeschlossen. Wenn die Nachfrage für die private Pflegeversicherung auf gleichem Niveau liegen sollte, wird ein Förderungsbetrag von insgesamt 924 Millionen Euro benötigt.“<sup>8</sup>*

Der Aktuar Axel Kleinlein vom Bund der Versicherten habe laut Presseberichten sogar erklärt,

*„dass die Verwaltungskosten der Verträge, Zulagen und des Risikostrukturausgleichs vermutlich die komplette staatliche Förderung aufzehren würden, so dass am Ende die geförderten Pflegetarife möglicherweise deutlich teurer würden, als die nicht geförderten.“<sup>9</sup>*

Verbraucherschützer kritisieren, dass gerade Geringverdiener nicht in der Lage sein dürften, auch nur die geforderten monatlichen Mindestbeiträge, geschweige denn eine hinreichend private Vorsorge, zu leisten.<sup>10</sup>

Insbesondere trifft dies auf ältere Kunden zu, die wohl am häufigsten die Bedeutung einer ergänzenden Vorsorge für sich erfassen dürften. Wer mit nur 15 Euro im Monat (10 Euro Eigenbeitrag + 5 Euro Förderung) versorgen wolle, wird gerade im höheren Alter vielfach reine Alibiverträge abschließen und sich dabei „gut abgesichert“ fühlen.

### ■ Neugeschäftsmotor?

Auf der anderen Seite nutzen bereits jetzt schon die ersten Versicherer den

neuen Gesetzesentwurf, um damit aktiv das ab 2013 zu erwartende Neugeschäft zu unterstützen. So wies beispielsweise der Münchener Verein mit Presseinformation vom 23.07.2012 auf seinen Blog [www.bahrgeld.de](http://www.bahrgeld.de) und den darin enthaltenen Förderrechner hin, womit offensichtlich an die für die Akquise sehr erfolgreichen Förderquotenrechner zur Riesterreute abgekoppelt werden soll. Konkreter heißt es in der Pressemitteilung wie folgt:

*„In weiten Bevölkerungskreisen wird der Bedarf für eine private Pflegevorsorge als Thema der älteren Generation gesehen. Dabei können ebenso jüngere Menschen aufgrund von Krankheit oder Unfällen zum Pflegefall werden. Für eben diese Zielgruppe ist die errechnete Förderquote besonders attraktiv, da der Beitrag für ein Pflegegeld umso günstiger ist, je frühzeitiger sich ein Kunde dafür entscheidet. Unabhängig vom individuellen Alter ist eine zusätzliche private Pflegeabsicherung unverzichtbar, denn der gesetzliche Schutz leistet in Pflegestufe 3 ca. 1.550 Euro monatlich. Damit wird nicht einmal die Hälfte der durchschnittlichen Pflegeheimkosten in Deutschland abgedeckt.“*

Mit Mitteilung vom 25.07.2012 erklärte die SDK folgendes:

*„Ab 01.01.2013 werden Pflegeergänzungsversicherungen, die vorgegebene Mindestkriterien erfüllen, vom Staat mit monatlich 5 Euro gefördert (sog. „Pflege-Bahr“). Die SDK wird ab Versicherungsbeginn 01.01.2013 einen eigenen zulaufenden Tarif anbieten. Bestandsversicherte und alle, die bis Jahresende einen unserer regulären Tarife PS oder PE abschließen, erhalten von der SDK ein garantiertes Wechselrecht.“*

Der Versicherer beabsichtigt damit, das Neugeschäft zu unterstützen, das noch möglich ist, bevor am 21.12.2012 die Unisex-Tarife kommen. Der Versicherer hält den Abschluss in der Bisex-Welt noch für sehr attraktiv. „Die staatliche Förderung in Höhe von 5 Euro pro Monat fängt diesen Unterschied vermutlich nicht auf. Um Unsicherheiten zu nehmen, bieten wir unseren Kunden den garantierten Wechsel. Für den Fall, dass es bei individueller Betrachtung gün-

stiger ist, den geförderten Pflege-Bahr abzuschließen.“ Besonders weist die SDK darauf hin, dass die Garantieerklärung für den Wechsel in staatlich geförderte Tarife sich nicht auf jene Kunden beschränkt, die erst ab dem 01.07.2012 eine Pflegezusatzversicherung bei der SDK abgeschlossen haben. Der Vorstandsvorsitzende der SDK, Herr Klaus Henkel, äußert sich denn auch recht positiv zum Thema Pflege-Bahr:

*„Wenn der Pflege-Bahr dazu führt, dass sich mehr Menschen mit dem Pflegerisiko auseinandersetzen, ist es nicht entscheidend, ob sie nach individueller Prüfung einen geförderten Tarif oder einen nicht geförderten Tarif wählen. Hauptsache ist, sie erkennen den Bedarf für sich und sorgen vor.*

*Für die Menschen wäre es fatal, wenn die Bundesregierung weiterhin nur auf die Umlagefinanzierung setzt. Die Kombination von Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren in der Pflege ist ein historisch wichtiger Schritt. Bei der Altersvorsorge ist die Erkenntnis heute schon unstrittig und das gleiche gilt auch für die Pflege.*

*Die gesetzliche Pflegepflichtversicherung um das Kapitaldeckungsverfahren mit staatlicher Förderung zu ergänzen ist die richtige, wegweisende Fortentwicklung zu mehr eigenverantwortlicher Pflegevorsorge.“*

Auch Philipp J.N. Nagel, Vorstand der Deutschen Familienversicherung (DFV), äußert sich dezidiert zum Thema Unisex und Einführung von speziellen Pflege-Bahr-Tarifen:

*„Die Umsetzung der Unisexvorgaben ab 21.12.2012 führt in der Pflegegeldversicherung zu Mehrkosten für Männer in Höhe von 30 %. Nur durch Abschluss einer Pflegegeldversicherung in diesem Jahr können diese Mehrkosten – in einem Lebenslang zu zahlenden Beitrag – vermieden werden.*

*Das Angebot von Pflegegeldlösungen ist Kernkompetenz der DFV Deutsche Familienversicherung AG. Dies wird nicht nur durch Produktanalysen von Risiko und Vorsorge belegt. Die DFV-DeutschlandPflege ist auch in aktuellen Analysen von Morgen & Morgen und der PremiumCircle Deutschland GmbH die marktführende Produktlösung.*

**NEU: Jetzt bestellen!**



[www.promakler.de](http://www.promakler.de)

*Vor diesem Hintergrund arbeiten wir ebenfalls daran, auch für das Thema „Pflege-Bahr“ ein führendes Produktangebot bieten zu können.“*

Ein spezielles Portal zum Thema Pflege-Bahr findet sich unter <http://pflegeriester.wordpress.com/>.

<sup>1</sup> Siehe <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/101/1710157.pdf>

<sup>2</sup> Siehe [http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/pflege/article/816624/expertenzerlegen-pflege-bahr.html](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/article/816624/expertenzerlegen-pflege-bahr.html) und <http://www.heilpraxisnet.de/naturheilpraxis/massive-kritik-am-pflege-bahr-901346.php>.

<sup>3</sup> Siehe [www.bundestag.de/presse/hib/2012\\_06/2012\\_313/01.html](http://www.bundestag.de/presse/hib/2012_06/2012_313/01.html).

<sup>4</sup> Siehe [www.bundestag.de/presse/hib/2012\\_06/2012\\_313/01.html](http://www.bundestag.de/presse/hib/2012_06/2012_313/01.html).

<sup>5</sup> Siehe [www.Pflege-Bahr.com](http://www.Pflege-Bahr.com)

<sup>6</sup> Siehe <http://aktuell.evangelisch.de/artikel/4461/kritik-schwarz-gelber-pflegereform?destination=node/4461>

<sup>7</sup> Siehe [www.Pflege-Bahr.com](http://www.Pflege-Bahr.com)

<sup>8</sup> Siehe <http://www.versicherungsbote.de/id/85681/Wird+der+Pflege-Bahr+halten+was+er+verspricht%3F/news.customer.reader.html?partnerid=nl4857671>

<sup>9</sup> Siehe <http://www.heilpraxisnet.de/naturheilpraxis/massive-kritik-am-pflege-bahr-901346.php>.

<sup>10</sup> Siehe z.B. [www.bundestag.de/presse/hib/2012\\_06/2012\\_313/01.html](http://www.bundestag.de/presse/hib/2012_06/2012_313/01.html).

# Der Golden BU Vorsorgeschutz der LV 1871

Viele Kunden besitzen Vorsorgeverträge ohne Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit. Die Gründe dafür können vielfältig sein und reichen von „Vergessen“, über „Keine Lust“ bis zu „schlechter Gesundheitszustand“ oder „Beitragsbefreiung war nicht möglich“. Natürlich ist es wenig zufrieden stellend, wenn die laufende Baufinanzierung oder der Riesterfondssparplan Ihres Kunden trotz Berufsunfähigkeit fortgezahlt werden muss.

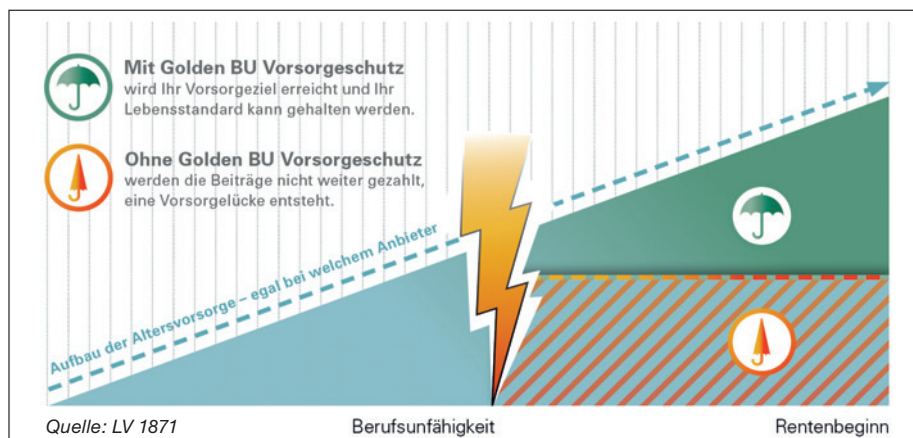
Autor: Stephan Witte

An dieser Stelle setzt der Golden BU Vorsorgeschutz aus dem Hause LV 1871 den Hebel an. Mit nur einer Gesundheitsfrage und einem Beitrag ab 10 Euro monatlich kann eine Vielzahl von Vorsorgeverträgen, wie etwa Bau- und Fondssparpläne, Renten- und Lebensversicherungen sowie sonstige Sparpläne geschützt werden. Dabei muss der Versicherungsnehmer des Golden BU Vorsorgeschutzes zugleich der Beitragszahler des eigentlichen Vorsorgevertrags sein.

Die benannte Frage nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person lautet wie folgt:

*Haben Sie innerhalb der letzten 5 Jahre länger als vier Wochen fortdauernd verschreibungspflichtige Medikamente eingenommen (außer zur Empfängnisverhütung) oder wurden Sie innerhalb der letzten fünf Jahre wegen einer der folgenden Erkrankungen ärztlich beraten oder behandelt: psychische Erkrankungen (z. B. Depressionen), Herz-Kreislauferkrankungen (z. B. Bluthochdruck), Tumorerkrankungen (Krebs), mehrwöchige Beschwerden des Bewegungsapparates (z. B. Rücken, Knie), Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), HIV-Infektion?*

Wird der Kunde nach Vertragsbeginn zu mindestens 50% berufsunfähig, so greift der Vorsorgeschutz und der vereinbarte Vorsorgevertrag wird bis zu dessen Ablauf beitragsfrei gestellt. Es gelten die erweiterten Leistungen der Golden BU. Anders als in den allgemei-



nen Bedingungen dargestellt, entfällt damit etwa das Recht auf abstrakte Verweisung und auch reicht eine Prognose einer mindestens sechsmonatigen statt dauerhaften Berufsunfähigkeit für den Leistungsanspruch aus. Der Versicherungsschutz gilt zudem weltweit ohne etwaige Einschränkungen. In Einzelfällen behält sich die LV 1871 vor, einmalig ein zeitlich befristetes Anerkenntnis von bis zu 18 Monaten auszusprechen.

Bei Zahlungsengpässen können Beiträge bis zu sechs Monate unter Aufrechterhaltung des vollen Versicherungsschutzes gestundet werden.

Optional einschließbar ist eine Beitragsdynamik von 3% der Vorjahressumme oder der Anfangssumme.

## Zwei Vorsorgeverträge gegen BU absichern

Insgesamt können bis zu zwei Vorsorgeverträge mit einer Jahresprämie zwi-

schen 600 und 3.000 Euro gegen Berufsunfähigkeit abgesichert werden. Bestehen die Vorsorgeverträge im Leistungsfall jedoch nicht mehr, so erlischt das erteilte Bezugsrecht. Auf Wunsch kann das Bezugsrecht unter bestimmten Voraussetzungen dann auf höchstens zwei andere Vorsorgeverträge übertragen werden. Ist keine Übertragung möglich oder gewünscht, erhält der Kunde eine Anwartschaft auf eine Altersrente (gegebenenfalls mit Hinterbliebenenschutz) bei der LV 1871. Ein Rückkauf dieser Anwartschaft ist bedingungsseitig ausgeschlossen.

Das mögliche Eintrittsalter für die Absicherung liegt zwischen 15 und 62 Jahren. In Abhängigkeit vom ausgeübten Beruf ist eine Versicherungsdauer bis zu einem Endalter zwischen dem vollendeten 55. und 67. Lebensjahr möglich. Nicht versicherbar sind beispielsweise Profisportler, Schauspieler, Models oder Tänzer.

Ein Vorschlag für eine VVG-konforme Vorgehensweise

# Wie sollte der Makler Produkte von Lebensversicherungsunternehmen auswählen?

In diesem Beitrag stellen wir zur Durchführung der Partner- und Produktauswahl ein Modell und den dazugehörigen systematischen Auswahlprozess vor. Die Vorgehensweise ist VVG-konform und unterstützt den Makler bei einer seiner anspruchsvollen Aufgaben.

Autoren: Prof. Dr. Philipp Janetzke und Carsten Mathé

## ■ Grundidee des Auswahlmodells und -prozesses

Für einen Makler ist es sehr aufwändig, permanent die Produkte der mehr als 100 Lebensversicherer am deutschen Markt zu untersuchen. Sein Ziel ist es daher, ein effizientes, systematisches Verfahren zu entwickeln, um für den Kunden die passenden, hochwertigen Tarife zu finden, die von einem gesunden Unternehmen mit fairen Vertragsbedingungen angeboten werden. Bestandteile des Auswahlverfahrens sind ein IT-basiertes Modell sowie ein systematischer zweistufiger Auswahlprozess. In der ersten Stufe werden die geeigneten Versicherer identifiziert. In der zweiten Stufe kommen die Produkte der Versicherer auf den Prüfstand, die den Anbieter-Test bestanden haben.

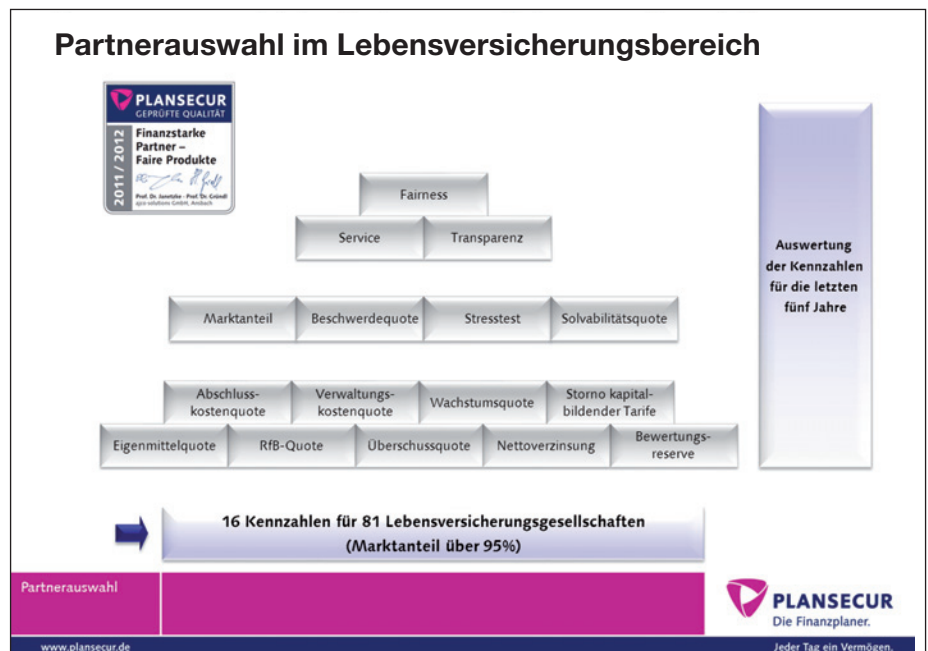
## ■ Erste Stufe Der systematische Auswahlprozess der Lebensversicherungsunternehmen

Die erste Stufe zur Auswahl der Lebensversicherungsunternehmen umfasst mehrere Schritte, einen Vorfilter, das eigentliche Auswahlmodell und einen Nachfilter. In dem Vorfilter werden die Teilnehmer des Auswahlverfahrens ermittelt. Ein wichtiges Kriterium kann sein,

dass der Versicherer am deutschen Markt über mindestens zehn Jahre Erfahrung verfügen muss. Unternehmen, die die Vorfilter-Kriterien nicht erfüllen, kommen für die weitere Auswahl nicht mehr in Frage.

Danach schließt sich das eigentliche Auswahlmodell an, in dem das Hauptaugenmerk auf der Finanzstärke und der Existenzsicherheit des Unternehmens liegt. Dafür werden zum Beispiel Bilanz-

kennzahlen, Beschwerdequoten der BaFin sowie Veröffentlichungen von Ratingagenturen und verbrauchernahen Zeitschriften ausgewertet. Rund 80 Gesellschaften, die einen Marktanteil von mehr als 95 Prozent repräsentieren, werden auf insgesamt 16 Kennzahlen untersucht (vgl. Abbildung). Insgesamt werden fünf Bilanzjahrgänge und über alle Parameter rund 18.000 Einzeldaten erfasst und ausgewertet.





Um über ausschließlich harte Fakten hinauszugehen, ist beispielsweise die so genannte Fairness eine aussagekräftige Unternehmenskennziffer. Diese eigens entwickelte Kennziffer spiegelt die Leistungsbereitschaft des Versicherers wider, dem Kunden während der Laufzeit Zinsen zeitnah und unwiderruflich gutzuschreiben. Gemessen und bewertet wird der Anteil der Schlussgewinnbeteiligung an der Gesamtverzinsung. Je geringer dieser Anteil ist, desto besser wird ein Anbieter bewertet. Die Entscheidung, dies so zu gewichten, resultiert aus der Beratungserfahrung: Die Lebensläufe der Versicherten verlaufen nicht geradlinig. Es entstehen Änderungen in der Lebensplanung, die zu Stornos führen können. Der Vertrag muss sicherstellen, dass dem Kunden zu jedem Zeitpunkt eine möglichst hohe Kapitalleistung zur Verfügung steht.

In der Nachfilter-Prüfung wird unter anderem die Plausibilität der Überschussdeklaration jedes Versicherers über mehrere Jahre hinweg untersucht. Damit sollen die Marktteilnehmer herausgefiltert werden, die den gesetzlichen Glättungsauftrag und die Zuweisung der Überschussbeteiligung auf die Kundenverträge mehr als marktüblich aus ihrer Sicherheitsreserve finanzieren müssen.

Um eine hohe Qualität mit einer hohen Praktikabilität zu kombinieren, ist es sinnvoll, sich auf die Produkte der Versicherer zu konzentrieren, die mindestens zu den besten 50 Prozent des Marktes gehören. Eine stärkere Fokussierung auf die Besten kann den Aufwand der Produktprüfung zusätzlich reduzieren.

### ■ Zweite Stufe: der Auswahlprozess des Versicherungsprodukts

Von den möglichen Partnern wird in der zweiten Stufe die Qualität der Altersvorsorge-, Berufsunfähigkeits- (BU) und Risikolebensversicherungs-Produkte geprüft. Im Ergebnis muss der Makler für jede Bedarfssituation, alle Anlegertypen (Risikotragfähigkeit) und für alle Lebensphasen aus einer ausreichenden Zahl an qualitativ hochwertigen Produkten auswählen können.

Die Kriterien für die Auswahl der Produkte sollen anhand eines Altersvorsorge-Produkts gezeigt werden. Anknüpfend an die Zielsetzung der Fairness-Kennziffer in der Partnerauswahl wird bei der Produktauswahl ebenfalls darauf geachtet, dass bei einer unplanmäßigen

Vertragsbeendigung durch den Kunden immer das maximale, aufsichtsrechtlich zulässige Kapital zur Verfügung steht – unabhängig davon, aus welchem Grund (Tod oder Kündigung) und zu welchem Zeitpunkt (Anspar- oder Rentenphase) ein Vertrag beendet wird. Bei einer vorzeitigen Vertragsbeendigung soll in der Ansparphase höchstens ein Selektionsabschlag erhoben werden. In der Rentenbezugsphase wird für den Todesfall eine Rückgewähr des Restkapitals oder, sofern der Versicherer dies nicht anbietet, eine Rentengarantiezeit empfohlen. Am Ende des Produktprüfungsprozesses wird der Makler für die unterschiedlichsten Beratungssituationen, die sich aus Anlegertyp, Anlagehorizont, Lebensphase und Bedarfsergebnis ergeben, mehrere Produkte gleich hoher Qualität für seine Kundengespräche vorfinden. Die finale Auswahl eines Produkts erfolgt dann im Beratungsgespräch durch den Kunden.

### ■ Fazit

Mit dem vorgestellten Auswahlprozess hat der Makler ein Procedere an der Hand, das VVG-konform ist und über die derzeit bestehenden gesetzlichen Vorgaben weit hinausgeht. Es handelt sich um kein starres System, sondern der auswählende Vertrieb hat die Möglichkeit, aufbauend auf einem Grundmodell zur Partnerauswahl, eigene Kennzahlen oder Auswahlkriterien konform zur fachlichen Systematik zu bestimmen.

Die Finanzberatungsgesellschaft Plansecur wendet das Auswahlverfahren seit 2011 an und ermöglicht ihren Beratern damit mehr Zeit für Kundenberatung und -betreuung. Ein weiterer Vorteil ist, dass die Dokumentation des Auswahlverfahrens die individuelle Kundendokumentation verkürzt. Das Verfahren wurde 2011 und 2012 extern zertifiziert. Das Siegel wurde von der ajco solutions GmbH (Ansbach) vergeben, die unter fachlicher Beratung von Prof. Dr. Helmut Gründl und Prof. Dr. Philipp Janetzke Qualitätsprozesse in der Finanzdienstleistungsbranche entwickelt, prüft und überwacht.

Der vorgestellte Prozess stellt unserer Meinung nach einen professionellen und zukunftsweisenden Weg für Finanzvertriebe dar: die Arbeitsteilung. Der Makler konzentriert sich auf Beratung und Vermittlung, die Vertriebsorganisation übernimmt die systematische Anbieter- und Produktauswahl.

# 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

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

Advocard – Allianz – Allrecht – ARAG – Auxilia – Concordia – Continentale – D.A.S – Debeka – Deurag – DEVK – DMB – Domcura (Risikoträger: Württembergische) – HDI-Gerling – HUK 24 – HUK-Coburg – Ideal – Itzehoer – Job Center Region Hannover – Jurpartner – maxPool (Risikoträger: BBV, D.A.S, Medien-Versicherung) – Medien-Versicherung – NRV – Rechtsschutz Union – R+V – Roland – WGV – Zurich

# Verwaltungsrechtsschutz mit Ausschlüssen

- ▶ Anwaltshonorare und Gerichtsgebühren werden erheblich steigen.
- ▶ Klagen zu Arbeitslosengeld II überschwemmen die Gerichte und sind kaum noch versicherungsfähig.
- ▶ Studenten finden in Sachen BAföG und Studienplatzklage bei der Allrecht am besten Gehör

Der Abschluss einer Rechtsschutzversicherung nimmt mehr und mehr an Bedeutung zu. Noch in diesem Sommer wird die Veröffentlichung des Gesetzesentwurfs zur Kostenrechtsmodernisierung erwartet. Sollte dieser umgesetzt werden, so wird mit einer Erhöhung der Anwaltshonorare um fast 11 Prozent gerechnet, während die Bundesländer zugleich eine Erhöhung der Gerichtsgebühren um fast 20 Prozent fordern.



Autor: Thorben S. Hagenau

Der Abschluss einer Rechtsschutzversicherung nimmt mehr und mehr an Bedeutung zu. Am 29.08.2012 wurde das 2. Kostenrechtsmodernisierungsgesetz vom Bundeskabinett beschlossen. Mit Pressemitteilung vom gleichen Tag äußerte sich das Ministerium für Justiz und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt dazu wie folgt:

*Das Ziel der Kostenrechtsmodernisierung habe darin bestanden, den Kostendeckungsgrad in der Justiz zu verbessern, das heißt die seit Jahren zunehmenden Ausgabensteigerungen im Zuge von Einnahmenerhöhungen abzufedern. Stattdessen stehe nun zu*

*befürchten, dass die neuen Vorschriften zu einer weiteren Erhöhung der Verfahrensauslagen führen. Kolb: „Das ist das Gegenteil dessen, was mit der Novelle erreicht werden sollte. Die neuen Regelungen bringen nach unseren Berechnungen allein schon bei den Amtsgerichten Sachsen-Anhalts einen Anstieg der Verfahrensauslagen um 11,3 Prozent mit sich.“<sup>1</sup>*

Damit werden Rechtsanwaltsgebühren und die Gerichtskosten wieder einmal erhöht, was zwangsweise auch zu erhöhten Schadenaufwendungen bei den Rechtsschutzversicherern führen muss. In deren Folge werden sich auch die

Rechtsschutzversicherungen selbst verteuern. Während die Versicherer bei der Kalkulation von Neuverträgen sehr kurzfristig reagieren können, können Anbieter bei Bestandsverträgen erst zeitversetzt über Beitragsanpassungsklauseln auf die Gebührenerhöhungen reagieren und die Beiträge adäquat anpassen. Laut Deurag müsse zunächst ein unabhängiger Treuhänder feststellen, dass sich der Schadenaufwand bei den Versicherern um mindestens fünf Prozent erhöht habe, bevor der Versicherer die Bestandsverträge mit einer Laufzeit von mindestens einem Jahr entsprechend anheben kann. Solche Anpassungen sind entweder inflationsbedingt oder be-

ruhen auf der Erhöhung der Kostengesetze. Bis es zu einer Anpassungsmöglichkeit kommt, muss der Versicherer die erhöhten Kosten finanzieren, ohne dass er einen Ausgleich auf der Seite der Beitragseinnahme verbuchen kann.

Die Versicherer steuern schon seit Jahren gegen, indem einzelne besonders kostenträchtige Leistungsarten pauschal ausgeschlossen werden. Beispielfähig sollen einige davon hier näher dargestellt werden, die immer wieder von Belang sein können.

### Versicherungsschutz bei Bafög, Hartz IV und anderen Transferleistungen

So häufen sich in den letzten Jahren fehlerhafte Bescheide rund um das Arbeitslosengeld II (Hartz IV), welches im SGB II geregelt ist. In der Drucksache 17/1095 des Deutschen Bundestages für die 17. Wahlperiode heißt es dazu beispielhaft wie folgt:

*„Im Jahr 2009 wurden rund 830 000 Widersprüche abschließend bearbeitet. Rund 300 000 (36,3 Prozent) der Widersprüche wurde ganz oder teilweise stattgegeben.*

*Von diesen Stattgaben wiederum waren 58 000 (19,3 Prozent) auf unzureichende Sachverhaltsaufklärung zurückzuführen.“<sup>2</sup>*

Aufgrund solcher Fallzahlen verwundert es nicht, dass Versicherer für dieses Risiko vielfach keinen Versicherungsschutz anbieten möchten. Wirklich deutlich sagen dies allerdings unter allen diesbezüglich untersuchten Anbietern nur **Concordia** (ARB 2010, Stand 01.10.2010), **Continentale** (ARB 2011, Stand 01.10.2011), **Jurpartner** (ARB 2011 Jurpartner, Stand 01.04.2011), **NRV** (NRV 2011 Plus, Stand 10.2011), **Roland** (ARB 2012, Stand 10.2011) und **WGV** (ARB 2012, Stand 06.2012). Besonders gut verständlich ist der Ausschluss bei der NRV formuliert:

*„§ 3 Ausgeschlossene Rechtsangelegenheiten  
Rechtsschutz besteht nicht für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen [...]  
(3) [...] in ursächlichem Zusammenhang mit*

*– Angelegenheiten aus dem Asyl-, Ausländer- und Staatsangehörigkeitsrecht, Regelungen zur Sozialhilfe und zur Grundsicherung für Arbeitsuchende (z. B. sogenanntes „Hartz IV“); [...] i) in ursächlichem Zusammenhang mit staatlichen Subventionen, Finanz- oder Beihilfen;“*

§ 3 f) ist auch die Ausschlussgrundlage bei Jurpartner:

*Es besteht kein Schutz „in Verfahren aus dem Bereich des Asyl- und Ausländerrechtes sowie aus dem Bereich des Rechtes zur Sicherung des Lebensunterhaltes (Grundsicherung für Arbeitsuchende/Sozialhilfe)“*

Eine identische Formulierung gilt nach § 3 Nr. 3 h) auch bei der WGV, während sich der Ausschluss sich aus § 3 Abs. 3 f) ARB 2012 ergibt. Dieser lautet:

*„Rechtsschutz besteht nicht für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen in Verfahren aus dem Bereich des Asyl- und Ausländerrechtes sowie aus dem Bereich des Rechtes zur Sicherung des Lebensunterhaltes (Grundsicherung für Arbeitssuchende/Sozialhilfe).“*

Schließlich stellt die Continentale in § 3 Nr. 3 f) auf folgende Regelung ab:

*„Rechtsschutz besteht nicht für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen [...] in Verwaltungsverfahren, – die das Asyl- und Ausländerrecht zum Gegenstand haben sowie des Rechtes zur Sicherung des Lebensunterhaltes (Grundsicherung für Arbeitssuchende/ Sozialhilfe)“*

Streitigkeiten rund um das Thema Hartz IV werden in der Regel vor Sozialgerichten verhandelt. Nur in Einzelfällen kann es dazu kommen, dass einzelne Fälle vor Verwaltungsgerichten verhandelt werden. Die ARAG bezeichnet solche Fälle als „Amtshilfe“ für die Sozialgerichte.

### Hartz-IV-Streitigkeiten in der Praxis

Bei ablehnenden Bescheiden wegen Alg II kann zunächst ein Widerspruch beim Grundsicherungsträger (SGB II) eingelegt werden. Für dieses Verwaltungsver-

fahren kann der (bedürftige) Widerspruchsführer beim zuständigen Amtsgericht Beratungskostenhilfe beantragen, damit er sich ggf. bereits im Verwaltungsverfahren anwaltlicher Hilfe bedienen kann. Bleibt der Widerspruch erfolglos, kann der Betroffene Klage beim zuständigen Sozialgericht erheben. Der Kunde erklärt, dass er mit der Behördenentscheidung nicht einverstanden ist. Daher möchte er diese Entscheidung anfechten. Möchte sich der Kunde im Klageverfahren ebenfalls anwaltlicher Unterstützung bedienen, kann er/sie beim Sozialgericht die sogenannte Prozesskostenhilfe beantragen. War der Kunde bereits im Widerspruchsverfahren anwaltlich vertreten, übernimmt diesen Antrag in der Regel der Rechtsanwalt/die Rechtsanwältin.

Im nächsten Schritt prüft das zuständige Sozialgericht, ob die Klage nicht mutwillig erhoben, und/oder von vornherein ohne Aussicht auf Erfolg ist. Erscheint die Klage zumindest teilweise erfolgversprechend und ist der Kunde wirtschaftlich nicht in der Lage die Kosten eines Prozesses aufzubringen (Erklärung über die pers. und wirtschaftlichen Verhältnisse), erhält der Kunde Prozesskostenhilfe. Aus dem Gesetz über die Vergütung der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte werden für Streitigkeiten um Alg II als Vergütung für den jeweiligen Rechtsanwalt sogenannte Betragsrahmengebühren abgerechnet. Laut Christian Wenig vom Job Center Region Hannover liegt diese Gebühr z.B. im Widerspruchsverfahren zwischen 40 und 520 €. Je nach Umfang und Schwierigkeit der Tätigkeit wird innerhalb diese Rahmens abgerechnet.

Die Verfahrensdauer für das Widerspruchsverfahren beträgt in Hannover im Schnitt etwa 2,5 Monate, das eigentliche Sozialgerichtsverfahren kann dafür bis zum Ergehen eines Urteil ca. ein bis zwei Jahre in Anspruch nehmen.

Denkbar wäre eine Bewertung von Leistungen wie Arbeitslosengeld II, Bafög oder Rentenzuschüssen als staatliche Subventionen, für die vielfach ein vertraglicher Ausschluss gilt (siehe unten). Die R+V weist jedoch darauf hin, dass die beschriebenen staatlichen Transferleistungen juristisch keine Subventionen seien. Folgt man dieser Argumentation, so besteht beispielsweise bei der Allianz (ARB 2008, Fassung 10.2010), **D.A.S.** (D.A.S. ARB 2008, Stand

01.10.2008), **DMB** (ARB 2009, Stand 07.2009), **HDI-Gerling** (ARB 2011, Stand 04.2011), **HUK 24** (ARB 2011, Stand 01.10.2011), **HUK-Coburg** (ARB 2011, Stand 01.10.2011), im Standard-Schutz **maxPool** mit dem Risikoträger BBV (AVSF, Stand 09.2011), **maxPool** mit Risikoträger Medien-Versicherung (ARB 2008, Stand 01.2008), **Medien-Versicherung** (ARB 2008, Stand 11.2010), **R+V** (RSB 01/09, Stand 01.2009) sowie bei der **Zurich** (ARB 2010, Fassung 04.2012) trotz fehlender bedingungsseitiger Konkretisierung im Rahmen des Sozialgerichts-Rechtsschutz ab dem gerichtlichen Verfahren Versicherungsschutz.

Beispielsweise heißt es bei der Allianz zum Thema Sozialgerichts-Rechtsschutz in § 2 f) wie folgt:

*„f) Sozialgerichts-Rechtsschutz für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen vor deutschen Sozialgerichten“*

Weitergehend bestünde bei **Advocard** (ARB 2012, Stand 01.2012), **Allrecht** (ARB 2010, Stand 01.02.2011), **ARAG** (ARB 2011, Stand 01.2012), **Auxilia** (AUXILIA ARB/2012, Stand 01.2012), **Debeka** (Debeka ARB 2012, Stand 07.2012), im Tarif SB-Vario-MAXIMAL **Deurag** (ARB DEURAG 2011, Stand 10.2011), **DEVK** (DEVK-ARB 2010, Stand 01.2012), im Paket Risiko Plus von **HDI-Gerling** (ARB 2011, Stand 04.2011), **Ideal** (AB-IRS\_1011), **Itzehoer** (ARB 2010, Stand 04.2011), im Komfort-Schutz **MaxPool** mit dem Risikoträger BBV (AVSF, Stand 09.2011), **MaxPool** mit dem Risikoträger D.A.S. (D.A.S. ARB 2011, Stand 10.2011) oder bei der **Rechtsschutz Union** (ARB-RU 2010, Stand 01.04.2011) sowie stark abweichend formuliert bei der **Domcura** mit Risikoträger Württembergische (ARB 2011, Stand 01.03.2011) bereits Versicherungsschutz im Widerspruchsverfahren, welches dem Sozialgerichtsverfahren vorangeht.

Beispielhaft lautet die Formulierung der Rechtsschutz Union hier nach § 2 f) wie folgt:

*„f) Sozialgerichts-Rechtsschutz für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen vor deutschen Sozialgerichten und für das vorgeschaltete Widerspruchsverfahren im privaten Bereich“*

Bei der DEVK gilt analog nach § 2 f)

*„f) Sozialgerichts-Rechtsschutz  
aa) für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen vor deutschen Sozialgerichten;  
bb) für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen in sozialrechtlichen Angelegenheiten im Widerspruchsverfahren“*

Leicht abweichend formuliert es auch die Ideal in ihrem § 2 f):

*„f) Sozial-Rechtsschutz für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen vor deutschen Sozialgerichten sowie in Widerspruchsverfahren, die diesen Gerichtsverfahren vorangehen“*

Etwas transparenter erscheint hier die Formulierung der Itzehoer, wonach versichert ist der

*„Sozial-Rechtsschutz für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen in sozialrechtlichen Angelegenheiten vor deutschen Verwaltungsbehörden bzw. Sozialversicherungsträgern und Sozialgerichten“*

Eine stark vom Wettbewerb abweichende Regelung findet sich bei der Domcura (ARB 2011, Stand 01.03.2011) in § 2 f):

*f) Sozialgerichts-Rechtsschutz  
aa) für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen vor deutschen Sozialgerichten  
bb) für das vorgeschaltete Widerspruchsverfahren  
bb1) im Verkehrsbereich  
bb2) im privaten Bereich bzw. beruflichen / gewerblichen Bereich  
Wartezeit: 6 Monate; Versicherungssumme 1.000,- EUR*

Kunden sollten daher auf die Wartezeit zu § 2 f) bb2) und das für diesen Unterpunkt geltende Sublimit im außergerichtlichen Bereich im Rahmen der Dokumentation ausdrücklich hingewiesen werden.

## Thema Wohngeld

Ähnlich zu bewerten wie das Thema Hartz IV sind Streitigkeiten beispielsweise um Wohngeld nach dem Wohngeld-

gesetz (WoGG) und Sozialhilfeleistungen nach dem SGB XII. Zu letzteren gehören Hilfe zum Lebensunterhalt (§§ 27 bis 40 SGB XII), Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (§§ 41 bis 46 SGB XII), Hilfen zur Gesundheit (§§ 47 bis 52 SGB XII), Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung (§§ 53 bis 60 SGB XII), Hilfe zur Pflege (§§ 61 bis 66 SGB XII), Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§§ 67 bis 69 SGB XII) sowie Hilfe in anderen Lebenslagen (§§ 70 bis 74 SGB XII).

Bei dem Umfang dieser Leistungen ist es sicher nicht ganz unbedeutend, wenn einzelne Versicherer hier den Umfang ihres Versicherungsschutzes entsprechend begrenzen.

Dies gilt beispielsweise für:

- **Concordia:** kein Schutz für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen „aus dem Bereich der im Sozialgesetzbuch II (Grundsicherung für Arbeitssuchende) und XII (Sozialhilfe) geregelten Angelegenheiten sowie des Asyl- und des Ausländerrechtes“
- **Continentale:** Ausschlussbestimmung siehe oben
- **Domcura mit dem Risikoträger Württembergische:** kein Schutz „in Verfahren nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Zweites Buch (II) – Grundsicherung für Arbeitssuchende und nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) – Sozialhilfe – sowie dem Wohngeldgesetz (WoGG)“
- **Jurpartner:** Ausschlussbestimmung siehe oben
- **maxPool mit dem Risikoträger BBV:** kein Schutz in „Verfahren nach dem Bundessozialhilfe- (SGB XII) sowie dem Wohngeldgesetz“
- **NRV:** Ausschlussbestimmung siehe oben
- **Rechtsschutz Union:** kein Schutz „in Verfahren nach dem Bundessozialhilfe- (SGB XII) – sowie dem Wohngeldgesetz“
- **Roland:** Ausschlussbestimmung siehe oben
- **WGV:** Ausschlussbestimmung siehe oben
- **Zurich:** kein Schutz „in Verfahren aus dem Bereich des Asyl-, Ausländer- und Sozialhilferechtes“

**Fazit** Wer Kunden besonders umfassend für Streitigkeiten rund um Hartz IV, Wohngeld und Sozialleistungen absichern möchte, sollte die benannten Verbraucherinformationen von Advocard, Allrecht, ARAG, Auxilia, Debeka, Deurag, DEVK, Ideal, Itzehoer, MaxPool mit dem Risikoträger D.A.S. sowie dem Tarif Risiko Plus von HDI-Gerling in die engere Auswahl nehmen.

### Keine Leistung bei staatlichen Subventionen

Ausschlussbestimmungen für Rechtsstreitigkeiten rund um staatliche Subventionen finden sich bei vielen relevanten Wettbewerbern. Als einzige definieren hier die **Continentale, Jurpartner, Roland** sowie die **R+V** bedingungsseitig sehr deutlich, was unter den im Verwaltungsverfahren ausgeschlossenen Subventionen zu verstehen sein soll (hier zitiert nach Continentale und R+V):

*„Subventionen (finanzielle Hilfen ohne unmittelbare Gegenleistung, die von staatlichen Institutionen an private Haushalte oder private Unternehmen geleistet werden)“.*

Bei Jurpartner und Roland lautet die Definition für den Ausschluss wie folgt:

*„Subvention ist eine Leistung aus öffentlichen Mitteln, die ganz oder teilweise ohne marktmäßige Gegenleistung gewährt wird und der Förderung der Wirtschaft oder sonstiger Gemeinwohlinteressen dienen soll“*

Diese Hilfen können auf verschiedene Art und Weisen gewährt werden. Die Wikipedia führt hier von der direkten Auszahlung von Geldern, günstigen Darlehen und Bürgschaften, Realförderung bei der Vergabe von öffentlichen Aufträgen oder der Veräußerung von Sachwerten der öffentlichen Hand, Steuer-subventionen (Steuerbefreiung, -ermäßigung oder -erlass) sowie Übernahme externer Kosten durch die Allgemeinheit anstelle des Subventionsempfängers als Kostenverursacher. Dabei sei es fraglich, ob Steuersubventionen rein juristisch als Subventionen zu zählen seien.<sup>3</sup>

Ein Ausschluss für Streitigkeiten rund um staatliche Subventionen ist neben

der R+V auch bei vielen Wettbewerbern vorgesehen. So sind bei **Allrecht** (ALLRECHT-ARB 2010, Stand 01.02.2011) unter anderem ausgeschlossen Rechtsangelegenheiten „in Verwaltungsverfahren, in denen es um Subventionsangelegenheiten geht“. Gleichlautend ist der Ausschluss auch bei der **ARAG** (ARB 2011, Stand 01.2012) formuliert. „Verwaltungsverfahren, die [...] den Erhalt von Subventionen zum Gegenstand haben“ sind ferner ausgeschlossen bei **HUK 24** (ARB 2011, Stand 01.10.2011), **HUK-Coburg** (ARB 2011, Stand 01.10.2011), **maxPool** mit dem Risikoträger BBV (AVSF, Stand 09.2011) und der **Zurich** (ARB 2010, Fassung 04.2012). Bei der **Domcura** mit Risikoträger Württembergische (ARB 2011, Stand 01.03.2011) ist die Rede von einem Ausschluss von „Verwaltungsverfahren, die [...] den Erhalt von Subventionen zum Gegenstand haben“ bzw. Rechtsstreitigkeiten „in ursächlichem Zusammenhang mit staatlichen Subventionen, Finanz- oder Beihilfen“. Die **Rechtsschutz Union** (ARB-RU 2010, Stand 01.04.2011) und die **NRV** (NRV 2011 Plus, Stand 10.2011) sprechen analog von der „Wahrnehmung rechtlicher Interessen [...] in ursächlichem Zusammenhang mit Subventionen, Finanz- oder Beihilfen“. Auch die **Debeka** spricht von einem Ausschluss für Rechtsstreitigkeiten „in ursächlichem Zusammenhang mit staatlichen Subventionen“. **Jurpartner** benennt als Ausschluss die Wahrnehmung rechtlicher Interessen „im Zusammenhang mit der Gewährung und der vollständigen Versagung einer Subvention im gewerblichen Bereich“.

Keinen Ausschluss für Subventionen sehen vor:

- **Advocard** (ARB 2012, Stand 01.2012)
- **Auxilia** (AUXILIA ARB/2012, Stand 01.2012)
- **Concordia** (ARB 2010, Stand 01.10.2010)
- **D.A.S.** (D.A.S. ARB 2008, Stand 01.10.2008)
- **Deurag** (ARB DEURAG 2011, Stand 10.2011)
- **DEVK** (DEVK-ARB 2010, Stand 01.2012)
- **DMB** (ARB 2009, Stand 07.2009)
- **HDI-Gerling** (ARB 2011, Stand 04.2011)
- **Ideal** (AB-IRS\_1011)
- **Itzehoer** (ARB 2010, Stand 04.2011)

- **MaxPool** mit dem Risikoträger D.A.S. (D.A.S. ARB 2011, Stand 10.2011)
- **maxPool** mit Risikoträger Medien-Versicherung (ARB 2008, Stand 01.2008)
- **Medien-Versicherung** (ARB 2008, Stand 11.2010)
- **WGV** (ARB 2012, Stand 06.2012)

Bei der **Allianz** (ARB 2008, Fassung 10.2010) besteht kein Ausschluss für Subventionen im privaten Bereich (Verwaltungsgerichts-Rechtsschutz gemäß § 2 g) bb) ARB 2008). Im gewerblichen Bereich jedoch ist der Leistungsumfang im Verwaltungsrechtsschutz bei § 2 g) cc) ARB 2008 faktisch inhaltlich so beschränkt, dass Subventionen – trotz fehlender Klarstellung – faktisch ausgeschlossen sind.

### Abgelehnte Bafög-Bescheide: privater Verwaltungsrechtsschutz

In der Schadenabwicklung der DEVK fallen Streitigkeiten rund um das Thema Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) in den Bereich des Verwaltungsrechtsschutzes, wenngleich die gesetzlichen Anspruchsgrundlagen in § 68 SGB I, also im Sozialgesetzbuch zu finden sind.

Im Zusammenhang mit dem Bafög gibt es den ersten Hauptstreitpunkt ein ablehnender Bescheid, aus dem hervorgeht, dass das Einkommen der Eltern zu hoch für die Gewährung von Bafög sei oder dass zwar ein Anspruch bestehe, dieser jedoch nicht so hoch sei, wie der Versicherte dies wünsche. Der zweite Hauptstreitpunkt sind angeblich falsche Angaben zu den Vermögensverhältnissen des Antragsstellers bei der Beantragung.

Keinen ausdrücklichen Ausschluss in den Bedingungen für Streitigkeiten rund um Bafög sehen die Versicherer **Advocard** (ARB 2011, Stand 01.01.2011), **Allianz** (ARB 2008, Fassung 10/2010), **ARAG** (ARB 2011, Stand 01.2012), **Auxilia** (AUXILIA ARB/2012, Stand 01.2012), **Concordia** (ARB 2010, Stand 01.10.2010), **D.A.S.** (D.A.S. ARB 2008, Stand 01.10.2008), **Deurag** (ARB DEURAG 2011, Stand 10.2011), **DEVK** (DEVK-ARB 2010, Stand 01.01.2012), **DMB** (ARB 2009, Stand 07.2009), **Domcura** mit Risikoträger Württembergische (ARB 2011,

Stand 01.03.2011), **HDI-Gerling** (ARB 2011, Stand 04.2011), **Ideal** (AB-IRS\_1011), **Itzehoer** (ARB 2010, Stand 04.2011), **Jurpartner** (ARB 2011 Jurpartner, Stand 01.04.2011), **maxPool** mit Risikoträger Medien-Versicherung (ARB 2008, Stand 01.2008), **Medien-Versicherung** (ARB 2008, Stand 11.2010), **WGV** (ARB 2012, Stand 06.2012) sowie **Zurich** (ARB 2010, Fassung 04.2012) vor.

In allen diesen Fällen entscheidet sich die tatsächliche Mitversicherung an der Frage, inwiefern privater Verwaltungsrechtsschutz sowohl außergerichtlich als auch gerichtlich mitversichert ist. Dabei richten sich die anfallenden Kosten in beiden Fällen nach dem so genannten „Betragsrahmen“. Zu unterscheiden sind das außergerichtliche Widerspruchsverfahren gegenüber der Behörde sowie das gerichtliche Klageverfahren. Die durchschnittlichen Anwaltskosten liegen nach Auskunft eines Versicherers in beiden Fällen bei je etwa 500 Euro.

Unter den benannten Anbietern wird generell kein privater Verwaltungsrechtsschutz von den Anbietern **Debeka** und **Medien-Versicherung** angeboten.

Andere Anbieter wie **HDI-Gerling**, **Itzehoer**, **maxPool** mit dem Risikoträger Medien-Versicherung oder die **Medien-Versicherung** sehen zwar eine Mitversicherung von privatem Verwaltungsrechtsschutz vor, jedoch nur in den Bereichen Verkehrsrechtsschutz sowie in steuer- und abgaberechtlichen Streitigkeiten.

Von den verbliebenen Anbietern wird privater Verwaltungsrechtsschutz teilweise nur vor deutschen Verwaltungsgerichten, also nicht außergerichtlich im Widerspruchsverfahren angeboten. Dies gilt etwa für **Allianz**, **DMB**, **Jurpartner** oder **Zurich** (SecJura-Plus für §§ 23, 25-27) während gerade bei älteren Bedingungswerken meist generell nur gerichtlicher Versicherungsschutz bestand oder wie in den ARB 2009 bei Jurpartner der Versicherungsschutz auf den verkehrsrechtlichen Bereich wie bei den oben dargestellten Unternehmen begrenzt war.

Darüber hinaus sprechen die **Auxilia** von Versicherungsschutz vor deutschen Verwaltungsgerichten und -behörden und die **D.A.S.** allein in Versicherungsschutz vor deutschen Verwaltungsbehörden.

Hier wäre es wünschenswert, wenn Versicherer ihre Bedingungen in verbraucherverständlicher Sprache formulieren würden. Tatsächlich gibt es also

die Unterscheidung zwischen Versicherern, die nur außergerichtlich Versicherungsschutz vorsehen („vor Verwaltungsbehörde“), solchen, die nur gerichtlichen Versicherungsschutz vorsehen („vor Verwaltungsgerichten“) und solchen, die entsprechend beides versichern. Dabei umfasst die Mitversicherung von Streitigkeiten vor Verwaltungsbehörden ausdrücklich auch etwaige Widersprüche gegen Behördenbescheide. Es bleibt zu hoffen, dass die für Herbst 2012 geplanten neuen Musterbedingungen des GDV hier transparentere Formulierungen finden werden.

Abweichend gewährt **HDI-Gerling** Verwaltungsrechtsschutz in nicht verkehrsrechtlichen Angelegenheiten allein im Rahmen des Paketes Risiko Plus und gemäß § 2 g) bb) begrenzt auf „maximal zwei Leistungsfälle pro Versicherungsjahr. Die Kostenübernahme für beide Leistungsfälle ist insgesamt auf 25.000 Euro begrenzt.“ Der Versicherungsschutz gilt in diesem Fall sowohl „für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen in nicht verkehrsrechtlichen Angelegenheiten vor deutschen Verwaltungsgerichten und in Widerspruchsverfahren, die diesen Gerichtsverfahren vorangehen“.

Auch bei der **Domcura** mit dem Risikoträger Württembergische sehen die Bedingungen zwar Versicherungsschutz vor deutschen Verwaltungsgerichten vor, doch gilt auch hier eine dokumentierungswürdige Besonderheit für die im Rahmen des Maximum-Bausteins mitversicherte Interessenvertretung vor Verwaltungsbehörden, nämlich eine Wartezeit von 6 Monaten sowie eine Teilversicherungssumme von nur 1.000 Euro.

Auch die **Deurag** bietet im Tarif SB-Vario Maximal außergerichtlichen Verwaltungsrechtsschutz im privaten Bereich an. Vergleiche dazu z.B. § 26 Abs. 3a) ARB 10-2011. Die Formulierung über den Umfang des versicherten Verwaltungsrechtsschutzes ergibt sich aus § 2 g):

„g) *Verwaltungs-Rechtsschutz*  
*aa) in verkehrsrechtlichen Angelegenheiten für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen vor Verwaltungsbehörden und Verwaltungsgerichten;*  
*bb) in nichtverkehrsrechtlichen Angelegenheiten im privaten Bereich für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen vor deutschen Verwaltungsgerichten (Verwaltungsgerichts-Rechtsschutz);*  
*cc) in nichtverkehrsrechtlichen Ange-*

*genheiten im privaten Bereich für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen in einem Einspruchs- bzw. Widerspruchsverfahren vor deutschen Verwaltungsbehörden“*

Bei der **ARAG** besteht Versicherungsschutz „für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen in nicht-verkehrsrechtlichen Angelegenheiten vor deutschen Verwaltungsgerichten und in Widerspruchsverfahren, die diesen Gerichtsverfahren vorangehen soweit der Versicherungsschutz nicht bereits in den Leistungsarten der Absätze b), c), e) oder h) enthalten ist“. Eine ähnliche Formulierung nutzt auch **Advocard**.

Auch die **DEVK** gewährt Verwaltungsrechtsschutz im privaten Bereich sowohl vor Verwaltungsgerichten wie auch „im Widerspruchsverfahren vor deutschen Verwaltungsbehörden“.

**MaxPool** mit dem Risikoträger D.A.S. (D.A.S. ARB 2011, Stand 10.2011) spricht von einem Ausschluss für „Vorverfahren nach dem Sozialgerichtsgesetz, es sei denn, Sozial-Rechtsschutz besteht im Rahmen von § 2 f) bb) oder § 2 l) dd)“. Demnach bestünde in diesem Zusammenhang Versicherungsschutz für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen in einem der Klage vor deutschen Sozialgerichten vorgeschalteten Widerspruchsverfahren. Da es sich bei Klagen rund um Hartz IV um Streitigkeiten nach dem SGB II handelt und die Bedingungen auch Streitigkeiten im Rahmen des privaten Verwaltungsrechtsschutz vor deutschen Verwaltungsbehörden und Verwaltungsgerichten vorsehen, besteht hiernach in diesem Zusammenhang umfangreicher Versicherungsschutz – sowohl gerichtlich wie auch außergerichtlich im Widerspruchsverfahren gegen etwaige Behördenbescheide.

Bei der **IDEAL** gilt der Versicherungsschutz nach § 2 g) bb) abweichend auch „in sonstigen verwaltungsrechtlichen Angelegenheiten des privaten Bereiches vor deutschen Verwaltungsgerichten sowie in Widerspruchsverfahren, die diesen Gerichtsverfahren vorangehen; dies gilt nicht in Verfahren über die Vergabe von Studienplätzen sowie bei Asylrechts- und Ausländerrechtsverfahren“. Ebenfalls Versicherungsschutz „für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen in nicht-verkehrsrechtlichen Angelegenheiten im privaten Bereich vor deutschen Verwaltungsgerichten und in Widerspruchsver-

fahren vor Verwaltungsbehörden, die diesen Gerichtsverfahren vorangehen, soweit der Versicherungsschutz nicht bereits in den Leistungsarten gemäß § 2 Absätze b), c), e) oder h) enthalten ist“, sieht die WGV in ihrem Optimaltarif vor, während der Basis-Tarif den komplett nicht verkehrsrechtlichen privaten Verwaltungsrechtsschutz ausschließt.

**Fazit** Den umfangreichsten und in der Formulierung transparentesten privaten Verwaltungsrechtsschutz bieten zurzeit die Versicherer Advocard, ARAG und die IDEAL und die WGV in ihrem Optimaltarif. Dies gilt bei den benannten Versicherern mit Ausnahme der WGV auch für Streitigkeiten rund um staatliche Subventionen wie Bafög oder Hartz IV. Nicht so transparent, aber inhaltlich ebenso umfassend ist der Versicherungsschutz bei DEVK und maxPool mit dem Risikoträger D.A.S.

### Studienplatzklagen meist unversichert

Ein weiteres Problemfeld im Bereich des privaten Verwaltungsrechtsschutzes betrifft Streitigkeiten rund um eine Studienplatzvergabe. Fragt man bei den Versicherern an, so geht es hier fast immer um Streitigkeiten von Humanmedizinern, die klagen, weil die zentrale Vergabestelle (ZVS) aufgrund eines unzureichenden Notendurchschnitts (Numerus clausus) zum gewünschten Zeitpunkt keinen Studienplatz im Fach Medizin zur Verfügung stellen kann.

Oft wird in solchen Fällen juristischer Beistand geholt. Das läuft dann so, dass der Anwalt entweder eine größere Auswahl oder (eher selten) alle verfügbaren Universitäten anschreibt und fragt ob Studienplätze frei seien. Im Fall einer negativen Antwort wird dann angefragt, weshalb das verfügbare Kontingent an Plätzen bereits ausgeschöpft sei, nach den Vergabekriterien angefragt und gegebenenfalls eine gerichtliche Prüfung angestrengt, ob die internen Kriterien abschließend und korrekt bei der Vergabe der einzelnen Plätze berücksichtigt wurden. Kommt es in diesem Zusammenhang dazu, dass doch noch eine Universität einen Platz frei hat, so werden die anderen Verfahren eingestellt.

Die Klagen gliedern sich in fast allen Fällen zweistufig in ein einstweiliges Eil-

verfahren und ein Hauptsacheverfahren vor dem Verwaltungsgericht. Als Streitwert gilt für Eilverfahren ein Wert zwischen 1.500 und 5.000 Euro, für das eigentliche Verfahren meist um die 5.000 Euro. Dabei kostet ein Eilverfahren im Schnitt etwa 1.000 Euro, ein Hauptsacheverfahren 1.500 Euro. Wird gleich gegen zehn Universitäten vorgegangen, so bedeutet dies durchschnittlich 10.000 Euro für die Eilverfahren sowie im Worst Case noch einmal 15.000 Euro für die Hauptsacheverfahren, zusammen also 25.000 Euro.

Ziel des Eilverfahrens ist eine vorläufige Entscheidung zu Gunsten des Klagen. Es geht also darum, einen Studienplatz zu erhalten, bevor das erste Semester beginnt. Die Dauer eines Eilverfahrens liegt dabei im Schnitt bei etwa ein bis zwei Monaten.

Zwingend parallel dazu wird die Hauptsache in Form einer normalen ordentlichen Klage vor einem Verwaltungsgericht eingereicht. Dabei dauert dieses gerichtliche Verfahren im Schnitt nicht unter einem ¼ Jahr. Geht es um Verfahren an besonders beliebten Studienorten, so beispielsweise der Berliner Charité, so kann das Hauptsacheverfahren noch deutlich länger dauern.

In vielen Fällen führen Studienplatzklagen zu einem außergerichtlichen Vergleich. Dies sieht dann so aus, dass eine Universität „sich entschließt“, die bisherige Kapazität um x Plätze zu erhöhen und die frei gewordenen Plätze unter den anstehenden Bewerbern zu verlosen. Durch die Annahme eines solchen Vergleichs sind dann Eil- und Hauptsacheverfahren automatisch erloschen. Selbstverständlich steht es dem Kläger jedoch frei, im nächsten Semester erneut auf einen Studienplatz zu klagen.

Ein Versicherer äußerte sich dazu, dass nach eigenen Erkenntnissen nur mit einer Rechtsschutzversicherung im Rücken überhaupt geklagt werde.

Berücksichtigt man die hohen Kosten dieser Verfahren und dass nur ein Bruchteil aller Versicherten überhaupt von diesem Problem betroffen sind, so verwundert es nicht, dass wenige Versicherer motiviert sind, in diesem Bereich weiter Versicherungsschutz zu bieten. Während etwa die **Rechtsschutz Union, R+V** oder **Zurich** schon seit dem Jahr 2010 keine Streitigkeiten rund um die Studienplatzvergabe mehr versichern und **HDI-Gerling** (§ 3 Absatz 3 f) ARB 2011) seit

2011 einen entsprechenden Ausschluss vorsieht, erfolgte der Ausschluss bei der **Auxilia** erst jüngst zum Januar 2012.

Ebenfalls keinen Versicherungsschutz für Streitigkeiten im ursächlichen Zusammenhang mit der Vergabe von Studienplätzen sehen etwa **Concordia, Deurag, Domcura** mit dem Risikoträger Württembergische, **DMB, maxPool** mit den Risikoträgern BBV und D.A.S. sowie die **NRV** vor. Mit geringfügig abweichender Formulierung entfällt der Versicherungsschutz ausdrücklich auch bei der **Allianz, ARAG, Continentale, D.A.S., Debeka, DEVK, HUK 24, HUK-Coburg, IDEAL, Roland** und **WGV**. Eine fehlende Klarstellung hinsichtlich einer möglichen Mitversicherung besteht bei **Itzehoer, Jurpartner, maxPool** mit dem Risikoträger Medien-Versicherung sowie **Medien-Versicherung**. Bei diesen Versicherern ist daher jeweils zu prüfen, inwiefern Verwaltungsrechtsschutz im privaten Bereich entweder im Widerspruchsverfahren und gerichtlich oder zumindest nur vor Verwaltungsgerichten besteht. Wie oben bereits ausgeführt, führt diese Überprüfung zu dem Ergebnis, dass alle Anbieter bereits hier ausscheiden.

Abweichend ausdrücklicher Versicherungsschutz für Streitigkeiten im ursächlichen Zusammenhang mit der Studienplatzvergabe bieten **Advocard** und **Allrecht**. Bei der **Advocard** „umfasst der Versicherungsschutz jeweils ein verwaltungsgerichtliches Verfahren für den Versicherungsnehmer und die mitversicherten Personen in der Laufzeit des Rechtsschutzvertrages.“ Damit ist das tatsächliche Kostenrisiko bereits stark eingeschränkt. Hinzu kommt, dass für die Studienplatzvergabe eine abweichend verlängerte Wartezeit von einem Jahr vereinbart ist. **Allrecht** ist hier etwas kulanter, denn immerhin wird „jeweils ein Verfahren pro Kalenderjahr“ versichert.

**Fazit** Der umfassendste Versicherungsschutz im Zusammenhang mit Studienplatzklagen besteht bei der Allrecht.

<sup>1</sup> <http://www.presse.sachsen-anhalt.de/index.php?&cmd=get&id=855644&identifier=10be7346d809c2700ce0494b28600e19>

<sup>2</sup> a.a.O., S. 3

<sup>3</sup> Siehe <http://de.wikipedia.org/wiki/Subvention>. Hier auf Basis des Standes vom 15.08.2012.

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

# Der neue Rechtsschutztarif der AUXILIA

## Haftungsminimierung nicht gleich Haftungsfreiheit

Laut Informationen des Versicherungsjournals vom 22.08.2012 trenne sich die AUXILIA laut Vorstandsbeschluss von insgesamt etwa 100 Kunden, „bei denen ein Schaden oder eine Deckungszusage wegen der Dauer-Rechtsstreitigkeiten zwischen Kunden und dem britischen Lebensversicherer Clerical Medical [...] vorliegt. [...] Von allen bereits erteilten Deckungszusagen könne der Rechtsschutzversicherer ohnehin nicht mehr zurücktreten, auch wenn der Vertrag jetzt gekündigt werde, heißt es in dem Branchendienst weiter.

Tatsächlich sind bei der AUXILIA bereits eine ganze Reihe solcher Schadenfälle anhängig, wurde dem VersicherungsJournal von dem Versicherer mitgeteilt.<sup>1</sup> Im Rahmen einer angeforderten Stellungnahme des Versicherers zum Thema wurde auf den „Versicherungstipp 35/12“ verwiesen. Hiernach investiere „aller Erfahrung nach“, so Auxilia-Vorstand Ole Eilers, „nur ein bestimmter Anlegertypus in CMI-Produkte. Insofern geht es nicht um eine bestimmte Anlagesumme. Bei CMI war eine Kreditfinanzierung und ein möglicher Zinsspread Teil des Konzepts. Ob alle der uns gemeldeten Schadenfälle kreditfinanziert waren, kann ich so kurzfristig nicht feststellen lassen. Die Nachmeldefrist beträgt bei der Auxilia seit den ARB 1994 drei Jahre, in den davor geltenden ARB 1975 noch zwei Jahre. Die Auxilia war unter den ersten Versicherern, die diese Verbesserung der GDV-Musterbedingungen übernommen hat.“



Autor: Stephan Witte

Eine vertrauensbildende Maßnahme ist dies nicht, wurde doch zum 01. Januar 2012 von der AUXILIA erstmals seit 2007 ein neuer Rechtsschutztarif aufgelegt. Der bisherige Tarif war entgegen dem Branchentrend fünf Jahre lang beitragsstabil geblieben ist. Der neue Tarif steht in diesem Zusammenhang in allen Produkten zur Verfügung, wobei der Schwerpunkt dieser Darstellung sich auf das Produkt JURPRIVAT (laut Versicherer umfassender Versicherungsschutz für Privatkunden) beziehen soll. Für beson-

ders preissensible Kunden neu gestaltet wurden die Tarife Verkehrs-Rechtsschutz flex und Mediation pro.

Wie allgemein üblich, ist die Einführung eines neuen Tarifs immer auch mit neuen Leistungserweiterungen, in der Rechtsschutzversicherung jedoch auch mit einigen Einschränkungen verbunden. Zur Produkteinführung wurden unterschiedliche Vertriebsunterlagen erstellt, um Vor- und Nachteile gegenüber den bisherigen Tarifbestimmungen hervorzuheben.

Negativ fällt in diesem Zusammenhang eine siebenseitige Tarifsynopse des Versicherers auf, die die Leistungsentwicklung der letzten fast 40 Jahre von 1975 bis 2012 zusammenfasst und den Eindruck von Vollständigkeit vermittelt. Leider erschließt sich hier erst durch eine gründliche eigene Recherche, dass diverse Einschränkungen, aber auch Vorteile der neuen Tarifgeneration in der Synopse nicht den erwarteten Eingang gefunden haben. Es verbleibt damit ein fader Beigeschmack und auch der Ge-



danke, dass hier wenigstens grob fahrlässig Leistungseinschränkungen unbenannt geblieben sind. Der Versicherer selbst sieht in der Synopse den Versuch, „die aus unserer Sicht wichtigsten Verbesserungen und Einschränkungen auf“ einen Blick darzustellen. Sie erhebe allerdings „keinen Anspruch auf Vollständigkeit – sie soll dem Vermittler einen schnellen Überblick über die ARB-Entwicklungen geben.“ Eine vollständige Synopse sei „auch um viele Seiten länger und kaum als Arbeitsmittel für den Makler zu gebrauchen.“

Andere Vertriebsunterlagen sind hier deutlich aussagekräftiger, wenngleich sie leider nur die Unterschiede zwischen neuem und bisherigem Tarif hervorheben. Zu nennen ist hier insbesondere ein Druckstück mit der Bezeichnung „KS/AUXILIA Tarifgeneration 2012. Zusammenfassung der Neuerungen und Änderungen“. Damit sind sie für den unmittelbaren Vergleich überwiegend sehr nützlich, es fehlt jedoch die Vergleichsmöglichkeit zu älteren Bedingungswerken von Bestand- oder Neukunden. In jedem Fall finden sich in diesem Druckstück nahezu alle relevanten Punkte, wenn es allein um die Umstellung der ARB 2008 auf die ARB 2012 geht.

### ■ Neue Einschränkungen des Versicherungsschutzes

#### Immobilien

Es findet sich als Nachteil im neuen Tarif der Wegfall der Regelung zum Kauf und Verkauf von nicht selbst zu Wohnzwecken genutzten Immobilien.

Nach § 3 Abs. 1 d) aa) gilt neu ein Ausschluss für Streitigkeiten aus „dem Erwerb oder der Veräußerung eines zu Bauzwecken bestimmten Grundstückes oder vom Versicherungsnehmer oder mitversicherten Personen nicht selbst zu Wohnzwecken genutzten Gebäudes oder Gebäudeteiles“. Hier erfolgte eine Anpassung an die Musterbedingungen des GDV. Nach den alten Bedingungen galt ein Ausschluss für Streitigkeiten aus „dem Erwerb oder der Veräußerung eines zu Bauzwecken bestimmten Grundstückes“.

Der alte Tarif sah nach § 5 Abs. 4 h) anders als die ARB 2012 einen zumindest teilweisen Versicherungsschutz auch im Rahmen der Studienplatzvergabe vor. Ausgeschlossen galten lediglich „Kosten, die aufgrund des vierten oder

weiteren Verfahrens pro Semester in ursächlichem Zusammenhang mit der Vergabe von Studienplätzen entstehen.“

#### Staatsbankrott

Ebenfalls eine neue Leistungseinschränkung gegenüber dem Alttarif und als solche nicht in der offiziellen Synopse benannt ist eine Regelung nach § 3 Abs. 1 a), wonach nunmehr auch Rechtsstreitigkeiten im ursächlichen Zusammenhang mit einem Staatsbankrott ausgeschlossen sind. Vor dem Hintergrund der aktuellen Eurokrise ist ein solcher Ausschluss gut nachvollziehbar.

#### Neue Technologien

Stark erweitert wurde auch der Ausschluss nach § 3 Abs. 1 b). Bislang galt hier ein Ausschluss für „Nuklear- und genetischen Schäden, soweit diese nicht auf eine medizinische Behandlung zurückzuführen sind“. Der neue Ausschluss gilt für „Schäden, die durch Bio-, Nano- oder Gentechnologie entstanden sind sowie Nuklear- und genetische Schäden, soweit diese nicht auf eine medizinische Behandlung zurückzuführen sind“. Aufgrund der vielfachen Einsatzmöglichkeiten von moderner Nanotechnologie (z.B. Behandlung von Autolack mit Nanoteilchen, Einsatz in diversen Kleidungsstücken) wie auch der dazu bereits ergangene Kritik (siehe z.B. <http://de.wikipedia.org/wiki/Nanotechnologie>) soll hier wohl Vorsorge vor weiteren kritischen Entdeckungen zum Thema und daraus resultierendem Klagebedarf getroffen werden.

#### Diverse, z.B. erneuerbare Energien

Neu sind auch die Ausschlüsse nach § 3 Abs. 1 e) und f), die sich ebenfalls nicht in der eingangs benannten Synopse wiederfinden. Diese betreffen Rechtsstreitigkeiten aus „der Verbreitung von Krankheitserregern oder gentechnisch veränderten Pflanzen, Pflanzenteilen, Saatgut oder Tieren und deren Erzeugnissen, soweit die Verbreitung im Zusammenhang mit einer landwirtschaftlichen, gewerblichen, freiberuflichen oder sonstigen selbständigen Tätigkeit des Versicherungsnehmers steht und Behörden vor dem Konsum der Erzeugnisse warnen“ sowie aus „dem Erwerb, der Veräußerung, der Installation oder dem Betrieb von Anlagen zur Erzeugung von Strom aus erneuerbaren Energien“. Auch diese

Ausschlüsse zielen also konkret auf aktuelle Entwicklungen ab und können beispielsweise jeden Kunden betreffen, der etwa Streitigkeiten rund um seine Photovoltaikanlage hat.

Ausgenommen von diesem Ausschluss gilt in den wichtigsten Produktkombinationen die rechtliche Interessenvertretung, sofern die Wahrnehmung rechtlicher Interessen im Zusammenhang mit z.B. Anlagen zur Erzeugung von Strom (z.B. Biomasse, Windenergie und solarer Strahlungsenergie) steht. Zu den Leistungsvoraussetzungen heißt es im Tarif weiter wie folgt:

*„Die Anlagen zur Erzeugung von Strom aus den unter a) bis c) genannten erneuerbaren Energien müssen sich auf dem Grundstück, Gebäude oder Gebäudeteil befinden, welches nach § 29 ARB/2012 versichert ist. Die AUXILIA trägt die Kosten für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen gem. § 5 Abs. 1 und 2 bis zu einem Höchstbetrag von 20.000,- je Rechtsschutzfall.“*

In der Regel resultiert jedoch aus der Einspeisung von Energie ins öffentliche Stromnetz eine gewerbliche Tätigkeit, wonach z.B. Streitigkeiten rund um eine mögliche fehlerhafte Vergütung oder Streitigkeiten mit dem Hersteller einer solchen Anlage wegen fehlerhaft gelieferter Wechselrichter oder Solarmodule nach dem Wortlaut der Bedingungen nicht unter den Versicherungsschutz fallen würden. Der Versicherer schließt nämlich allein den Ausschluss nach § 3 Abs. 1 f) teilweise wieder ein, nicht jedoch den Ausschluss nach § 26 Abs. 1:

*„Kein Versicherungsschutz besteht für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen im Zusammenhang mit einer gewerblichen, freiberuflichen oder sonstigen selbständigen Tätigkeit, es sei denn es handelt sich um die Wahrnehmung rechtlicher Interessen im Umfang des Verkehrs-Rechtsschutzes.“*

Damit bliebe also nur dann Versicherungsschutz bestehen, wenn eine der versicherten Anlagen Energie allein für private eigene Zwecke erzeugen würde. In der Regel würde der Versicherungsschutz hier also ins Leere laufen. Hier wäre in jedem Fall eine einzelvertragliche Absprache mit dem Versicherer zur Klärstellung erforderlich, um als Makler oder

Kunde nicht ins „offene Messer“ zu laufen.

Die Argumentation des Versicherers, wonach durch die „ausdrückliche Aufnahme z.B. in § 26 Abs. 1 a ARB 2012 [...] diese privaten Anlagen versichert [seien], auch wenn diese aus steuerrechtlichen Gründen eine selbständige Tätigkeit darstellen“, ist nur bedingt nachvollziehbar, da aus § 26 Abs. 1 a keine abweichende Mitversicherung einer auch steuerrechtlich gewerblichen Tätigkeit erkennbar ist. Die AUXILIA bezieht dazu weiter wie folgt Position:

*„Die Abgrenzung, ob ein Sachverhalt im Rahmen der Rechtsschutzversicherung dem privaten oder dem selbständigen Bereich zuzuordnen ist, kann nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung nicht allein an die steuerrechtliche Qualifikation erwirtschafteter Einkünfte geknüpft werden. Bei privater Vermögensverwaltung kann eine selbstständige Tätigkeit z. B. erst angenommen werden, wenn sie zur Verschaffung einer ständigen Einnahmequelle berufsmäßig betrieben wird.“*

Eine weitere Lücke betrifft bereits existente Photovoltaik- oder Biogasanlagen und damit verbundene Streitigkeiten z.B. rund um die Durchsetzung von Bauerfüllungspflichten. Lag der Baubeginn vor Vertragsbeginn, so entfällt an dieser Stelle in vielen Fällen der Rechtsschutz wegen Vorvertraglichkeit.

In diesem Zusammenhang ist der Rechtsschutzfall ist für die Leistungsart Vertrags-Rechtsschutz nach § 2 d) AUXILIA ARB/2012 in § Abs. 1 d) AUXILIA ARB/2012 geregelt. Rechtsschutzfall ist danach der erste behauptete Verstoß gegen Rechtspflichten oder Rechtsvorschriften. Es ist daher zu fragen, was der Versicherungsnehmer (oder ein Dritter) rügt. Wenn der Versicherungsnehmer rügt, die Photovoltaik-Anlage sei mangelhaft errichtet worden, muss er vortragen, dass die Mängel zum Zeitpunkt der Abnahme zumindest bereits im Ansatz vorhanden waren. Ansonsten stünden ihm keine Gewährleistungsansprüche zu. Rechtsschutzfall ist dann der Zeitpunkt der Abnahme. Wenn dieser Zeitpunkt vor Beginn der Versicherungsvertrages liegt, ist die Angelegenheit vorvertraglich. Anders kann die Sachlage bei einer Garantie sein. Gewährt der Unternehmer eine Garantie, z.B. Bei-

spiel, dass die Anlage auch nach 10 Jahren noch mindestens 80 % der Leistung erbringt und will er dann nach 10 Jahren seinem Garantieverprechen nicht nachkommen, dann ist die Verweigerung der Erfüllung der Garantie der Rechtsschutzfall.

Grundsätzlich widerspricht es dem Versicherungsgedanken, einen bereits eingetretenen Schadenfall in Deckung zu nehmen, auch wenn gerade Neukunden, die bereits eine Photovoltaikanlage besitzen, das Bedürfnis haben können, den entsprechenden Bauvertrag ebenfalls in den Versicherungsschutz einzubeziehen. Die AUXILIA hat diesem Bedürfnis insofern Rechnung getragen, dass man mit § 4 Abs. 1 der ARB 2012 eine Fünf-Jahres-Regelung in die Bedingungen aufgenommen hat:

*„Ist ein Rechtsschutzfall vor Beginn des Versicherungsschutzes (§ 7) oder während der drei Monate nach Versicherungsbeginn (§ 4 Abs. 1 – Wartezeit) eingetreten, wird Versicherungsschutz gewährt, wenn das betroffene Risiko zu dem Zeitpunkt, an dem der Versicherungsnehmer Kenntnis vom Rechtsschutzfall oder von den diesen Rechtsschutzfall auslösenden Umständen erlangt, seit mindestens fünf Jahren bei der AUXILIA versichert ist.“*

Innerhalb der ersten fünf Jahre gilt also für Neukunden in jedem Fall eine bestehende Versicherungslücke für die beschriebenen und ähnlich gelagerten Fälle.

### *Klagen gegen Versicherer*

Massiv erweitert wurden die Ausschlussbestimmungen des bisherigen § 3 Abs. 2 e) aa). Beispielsweise sieht Ziffer 10 hier einen Ausschluss für Streitigkeiten in ursächlichem Zusammenhang mit „Lebens- oder Rentenversicherungsverträgen, bei denen im Streitfalle kein inländischer Gerichtsstand gegen den Versicherer besteht“ vor. Betroffen von diesem Ausschluss wäre beispielsweise ein Versicherungsnehmer mit Sitz im Ausland. Dann ergibt sich aus § 215 VVG kein deutscher Gerichtsstand. Da die AUXILIA nur Personen mit Wohnsitz in Deutschland versichert, dürfte diese Konstellation eher selten sein. Denkbar wäre weiter, dass der Rechtsschutzversicherungsvertrag bereits beendet wurde und der Versicherungsnehmer während der

Nachhaftungszeit ins Ausland verzogen ist. Damit könnte der Versicherungsfall genau in dieser Restlaufzeit eintreten und deshalb an sich versichert sein. § 215 VVG stellt aber auf den Zeitpunkt der Klageerhebung ab.

Wenn der Versicherungsnehmer nun nicht mehr in Deutschland wohnt, greift der Ausschluss, da es keinen inländischen Gerichtsstand mehr gibt. Der Ausschluss wäre auch auf Versicherer anzuwenden, die zwar im freien Dienstleistungsverkehr in Deutschland zur Verfügung stehen, aber nicht deutschem Versicherungsvertragsrecht und damit auch keinem inländischen Gerichtsstand nach § 215 VVG unterliegen. Im alten Tarif war für die beschriebenen Fälle kein Ausschluss vorgesehen.

*„Deutlich länger als die Liste der Nachteile gegenüber dem Altarif ist die Zahl der neuen Mehrleistungen.“*

Gleiches gilt nach Ziffer 7 und 8 für rechtliche Streitigkeiten in ursächlichem Zusammenhang mit „Ansparverträgen oder Sparplänen, soweit diese fondsgebunden, index-, zertifikats- oder derivatsbasiert sind“ oder „fondsgebundenen, index-, zertifikats- oder derivatsbasierten Lebens- oder Rentenversicherungsverträgen“.

Ein solcher Wust von Ausschlüssen im Kapitalanlagebereich dürfte kaum als verbraucherfreundlich zu charakterisieren sein und sollte im Rahmen einer Dokumentation mehr als nur eindeutig klargestellt werden.

Der Versicherer selbst sieht die Formulierung in den Bedingungen als Konsequenz auf der Ebene der „ober- und höchstrichterlichen Rechtsprechung, die klare Aussagen fordert und vermeintlich verbraucherfreundliche, weil umgangssprachliche Formulierungen immer wieder verwarf (Beispiel: „Effekten“). In der Vergangenheit habe es „zu diesem Risikoausschluss wegen der Unklarheit und Auslegungsbedürftigkeit der bisher verwendeten Begriffe in der Vergangenheit zahlreiche Gerichtsverfahren gegen andere Rechtsschutz-Versicherer“ gegeben. „Wir haben daher mit unserem neuen Ausschluss konkret die nicht versicherten Kapitalanlagen transparent aufgelistet. Im Gegenzug haben wir im § 2 n) als erster

### Versicherungsschutz bei Versichererwechsel weitgehend gemäß GDV-Empfehlung umgesetzt

Der Zeitpunkt des Rechtsschutzfalles ist auch im Falle des Wechsels des Versicherers von Bedeutung. Nach Beendigung eines Versicherungsvertrages sind Versicherungsfälle, die während der Laufzeit des Versicherungsvertrages eingetreten sind, innerhalb von drei Jahren nach Beendigung des Vertrages dem Versicherer zu melden. Versäumt der Versicherungsnehmer diese Ausschlussfrist, ist der Versicherer grundsätzlich leistungsfrei.

Problematisch wird dies dann, wenn der Rechtsschutzfall erst nach drei Jahren bekannt wird. Der aktuelle Rechtsschutzversicherer könnte die Deckung ablehnen, weil der Rechtsschutzfall für ihn vorvertraglich ist. Der frühere Versicherer kann die Deckung ablehnen, weil die Nachmeldefrist abgelaufen ist.

Dieses Ergebnis ist aber laut AUXILIA unbillig, weil der Versicherungsnehmer durchgehend versichert war und stellt zudem eine haftungsträchtige Falle für den Makler dar.

Die Empfehlung des GDV zu diesem Problem lautet, dass der aktuelle Versicherer, soweit die Deckung ausschließlich an der zeitlichen Komponente scheitert und lückenloser Versicherungsschutz bestand, die Regulierung übernimmt. Dies ist aber nur eine Empfehlung, auf die kein Anspruch besteht.

Die AUXILIA hat diese Empfehlung weitgehend in ihre Bedingungen übernommen und zu einem Anspruch des Versicherungsnehmers erhoben. Hinsichtlich der Voraussetzungen im Einzelnen ist auf § 4 a AUXILIA ARB 2012 zu verweisen:

*„Die Voraussetzungen nach a) bis d) müssen nach Beginn des Versicherungsschutzes gemäß § 7 und vor dessen Beendigung eingetreten sein. Für die Leistungsarten nach § 2 b) bis g) sowie n) besteht Versicherungsschutz jedoch erst nach Ablauf von drei Monaten nach Versicherungsbeginn (Wartezeit), soweit es sich nicht um die Wahrnehmung verkehrsrechtlicher Interessen versicherter Personen oder Motorfahrzeuge handelt.“*

Es gilt also eine Wartezeit von 3 Monaten für die Leistungsarten Arbeitsrechtsschutz, Gebäude-, Wohnungs- und Grundstücksrechtsschutz, Rechtsschutz im Vertrags- und Sachenrecht, Steuerrechtsschutz vor Gerichten sowie beim Verwaltungsrechtsschutz ab Vertragsbeginn, auch für die Fälle eines Versichererwechsels. Abweichend zur GDV-Empfehlung gilt die beschriebene Wartezeit auch für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen aufgrund eines Kauf- oder Leasingvertrages über ein fabrikneues Kraftfahrzeug.

*„Werden in den aktuellen Tarifbestimmungen und Bedingungen Leistungs-erweiterungen / -verbesserungen ohne Mehrbeitrag eingeführt, gelten diese automatisch auch für bestehende Versicherungsverträge, denen die AUXILIA ARB/2012 zugrunde liegen (Update-Garantie).“*

#### Bruttoumsatzgrenze

Eine positive Veränderung ergibt sich durch den Wegfall der Bruttoumsatzgrenze. Bislang sah beispielsweise § 26 Abs. 1 der ARB 2008 vor, dass der Versicherungsschutz für nichtselbstständig tätige Personen bestehe bleibe, „wenn diese keine gewerbliche, freiberufliche oder sonstige selbständige Tätigkeit mit einem Gesamt-Bruttoumsatz von mehr als € 20.000,— – bezogen auf das letzte Kalenderjahr – ausüben. Kein Versicherungsschutz besteht unabhängig von der Umsatzhöhe für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen im Zusammenhang mit einer der vorgenannten selbständigen Tätigkeiten.“ Die neue Regelung nach § 26 Abs. 1 der ARB 2012 orientiert sich an der sehr verbraucherfreundlichen Formulierung der Rechtsschutz Union (hier zitiert nach dem Wortlaut der AUXILIA):

*„Kein Versicherungsschutz besteht für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen im Zusammenhang mit einer gewerblichen, freiberuflichen oder sonstigen selbständigen Tätigkeit, es sei denn es handelt sich um die Wahrnehmung rechtlicher Interessen im Umfang des Verkehrs-Rechtsschutzes.“*

Wer also den Versicherungsschutz für Nichtselbstständige abschließt und als Freiberufler bei der Fahrt zu einem Kunden verunglückt, hätte nach dem alten Tarif keinen Versicherungsschutz, nach dem neuen Tarif wäre er versichert. Auf der anderen Seite kann der neue § 11 so verstanden werden, dass eine selbstständige oder freiberufliche Tätigkeit nunmehr unabhängig von der Umsatzgrenze zu melden wäre und daher der entsprechende Tarif für die Mitversicherung solcher Tätigkeiten in Anspruch zu nehmen wäre. Auf Nachfrage stellt der Versicherer klar, dass der Versicherungsnehmer von sich aus keine Veränderung zu melden habe. „Er ist aber verpflichtet auf Anfragen – regelmäßig im Rahmen des Vorsor-

Rechtsschutz-Versicherer die neue Leistungsart Altersvorsorge- und Sparrer-RS eingeführt. Mit diesem Positivkatalog weiß der Makler/Kunde genau welche Anlageformen unter Versicherungsschutz stehen.“

Die AUXILIA hat sich deshalb an den Legaldefinitionen des WphG und des KWG orientiert. Transparenz für die Verbraucher haben wir im Übrigen in § 3 Abs. 2 e) aa) (11) ARB 2012 mit der eindeutigen Aussage „sonstige Kapitalanlagen aller Art“ umgesetzt.“

#### ■ Neue Leistungserweiterungen weitgehend vollständig

Deutlich länger als die Liste der Nachteile gegenüber dem Altтарif ist die Zahl der neuen Mehrleistungen.

#### Update Garantie

Eine der grundlegendsten Leistungsverbesserungen ergibt sich aus Klausel 7 zu den §§ 21 und 23 bis 29 ARB/2012 und den Sonderbedingungen für den Spezial-Straf-Rechtsschutz (SSR/2012). Der Versicherer tituliert diese Klausel als „Aktualisierungs-Service und Update-Garantie“.

Während der Aktualisierungsservice der von der Rechtsschutz Union bekannten Leistungs-Update-Garantie entspricht, handelt es sich bei der Update Garantie, um eine bislang in der Sparte Rechtsschutz noch kaum verbreitete Innovationsklausel:

ge-Rechtsschutzes – wahrheitsgemäße Angaben zu machen.“ Die Verbesserung liege darin, „dass Gewerbetreibende sich jetzt bei uns z. B. im § 26 im privaten Bereich absichern können – unabhängig von dem Umsatz aus der selbständigen Tätigkeit. Der neue § 11 bezieht sich nur auf bestehende Verträge nach ARB 2012. Die Bedingungen sehen nicht vor, dass der VN von sich aus Veränderungen zu melden hat.“ Aus Haftungsgründen wird dem Makler allerdings eine Klarstellung zu Gunsten seiner Kunden angeraten, da die Bedingungen an dieser Stelle nicht eindeutig formuliert sind.

### *Örtlicher Geltungsbereich*

Eine Erweiterung des örtlichen Geltungsbereiches ergibt sich aus § 6 Abs. 2. Demnach besteht nunmehr weltweiter Versicherungsschutz auch bei Ferienarbeitsaufenthaltsprogrammen „(z.B. Work & Travel), soweit das Programm zumindest Gegenstand einer zwischen der Bundesrepublik Deutschland und dem Zielland gemeinschaftlichen Erklärung ist“. Work and Travel ist in den meisten Ländern auf Personen mit dem vollendeten 30. Lebensjahr beschränkt und betrifft vor allem Schüler Studenten, die anstelle eines festen Aufenthaltes an einem Ort (z.B. als Au-pair) lieber das Land analog zu einem Einheimischen kennenlernen wollen und daher Jobhopping betreiben. Beliebt sind etwa vorübergehende Tätigkeiten von Jobhoppern in Hostels oder Sprachschulen im Ausland. Aufgrund der zunehmenden Bedeutung von Auslandsaufenthalten gerade in den Lebensläufen von Akademikern kann diese Erweiterung durchaus von Bedeutung sein.

Im privaten Verkehrsbereich wird nach § 5 Abs. 1 in Verbindung mit den allgemeinen Tarifbestimmungen auf Seite 22 neu als Teil der Kautionsleistung auch eine gesetzlich bedingte Sicherheitsleistung im Ausland zur Verfügung gestellt, soweit diese einen vom Versicherungsnehmer selbst zu tragenden Betrag von 1.000,- Euro übersteigt. In diesem Zusammenhang kann die Sicherheitsleistung als eine Art Pfand angesehen werden, die eine Begrenzung des Kostenrisikos für den Geschädigten verstanden werden.

### *Staatsangehörigkeit*

Nicht in der offiziellen Synopse zu finden ist eine weitere Besserstellung, wonach

durch Streichen der Passage im alten § 6 Abs. 2 nunmehr auch „Rechtsschutz für den Staat dieses erweiterten Geltungsbereiches [gilt], dessen Staatsangehörigkeit eine versicherte Person besitzt oder in dem sie einen Wohnsitz hat.“ Wer also seinen britischen, türkischen oder vietnamesischen Kunden in Deutschland hat, der einen Vertrag über das Internet mit einem Anbieter in seinem Heimatland abschließt oder sich dort auf eine Urlaubs-, Dienst- oder Geschäftsreise begibt, durfte bislang keinen Versicherungsschutz erwarten. Diese Einschränkung ist nun glücklicherweise entfallen.

### *Mediation*

Entsprechend aktueller Trends deutlich ausgeweitet wurde der Bereich der Mediation. So sieht § 5a Abs. 3 nunmehr vor, dass der „Versicherungsschutz für den Mediations-Rechtsschutz [...] auf alle nach § 3 ausgeschlossenen Rechtsangelegenheiten erweitert werden [kann], sofern kein Zusammenhang mit einer gewerblichen, freiberuflichen oder sonstigen selbständigen Tätigkeit besteht (MediationXL-Deckung).“

Diese Regelung ist sowohl kundenfreundlich als auch innovativ, setzt allerdings die Durchführung des Mediationsverfahrens in Deutschland, einen Höchstbetrag von 3.000 Euro je Mediationsverfahren und eine Maximierung auf 6.000 Euro für alle in einem Kalenderjahr eingeleiteten Mediationsverfahren voraus. In diesem Rahmen lassen sich beispielsweise Scheidungen, Trennungen oder Unterhaltsstreitigkeiten versichern. Ein allgemein vereinbar Selbstbehalt entfällt im Übrigen nach § 5a Abs. 4b) im Rahmen des Mediationsrechtsschutz. Gemäß § 5 a Abs. 2 (a) findet der Mediationsrechtsschutz Anwendung auch für Aufhebungsvereinbarungen und angeordnete Kündigungen sowie nach § 5 a Abs. 2b) bei Streitigkeiten in ursächlichem Zusammenhang mit kollektivem Arbeits- und Dienstrecht. Dabei bezieht sich „kollektives Arbeits- und Dienstrecht“ insbesondere auf Gewerkschaften als offizielle Vertretungsorgane der Rechte zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern. Besonders häufig dürfte sich der Einschluss damit auf die Mediation wegen Streitigkeiten rund um Tarifverträge oder betriebsbedingte Kündigungen einer insolvenzgefährdeten Firma beziehen.

### *Selbstbeteiligung*

Das oben angesprochene Thema mit dem Selbstbehalt gehört übrigens zu den weiteren Themen, die in der offiziellen Synopse fast vollständig ausspart sind. Nunmehr gilt nämlich bei allen JUR-Produkten mit fallender Selbstbeteiligung eine verbesserte Rabattstaffel, so dass nunmehr schneller die Selbstbeteiligungsstufe 0 Euro erreicht werden kann. Zudem werden nunmehr die schadenfreien Jahre des Vorversicherers wie auch der AUXILIA angerechnet.

### *Mitversicherung*

Erweitert wurde der Kreis der mitversicherten Personen. Nach § 21 b und Klausel 1 zu den §§ 23 bzw. 25 bis 28 gilt nunmehr eine Mitversicherung auch von minder- und volljährigen Enkelkindern, „jedoch längstens bis zu dem Zeitpunkt, in dem sie erstmalig eine auf Dauer angelegte berufliche Tätigkeit ausüben und hierfür ein leistungsbezogenes Entgelt erhalten“. Mitversichert sind auch die im Haushalt des Versicherungsnehmers lebenden und im Ruhestand befindlichen Großeltern.

### *Altersvorsorge- und Sparer-Rechtsschutz*

Nicht überzeugend ist der neue Einschluss des „Altersvorsorge- und Sparer-Rechtsschutz“ nach § 2 n), da zwar die „Wahrnehmung rechtlicher Interessen aus [...] Geldanlagen auf Giro-, Spar-, Festgeld- und / oder Tagesgeldkonto [...] Renten- und kapitalbildenden Lebensversicherungen mit Garantiezins [...], Kapitalanlagen im Rahmen vermögenswirksamer Leistungen nach dem Vermögensbildungsgesetz [...] Kapitalanlagen im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge, begrenzt auf die aus der Entgeltumwandlung finanzierten Beiträge mitversichert ist. Soweit die Anlage die zulässigen Beträge der Entgeltumwandlung übersteigt, gilt für den überschüssigen Teil der Ausschluss gemäß § 3 Abs. 2 e) [... sowie] Kapitalanlagen, für die der Versicherungsnehmer gemäß §§ 10 a, 79ff EStG („Riester-Rente“) oder gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 2 b) EStG („Rürup-Rente“) eine steuerliche Förderung erhält, soweit die Höchstgrenze der steuerlichen Förderungsfähigkeit nicht überschritten wird. Wird diese Grenze überschritten, gilt für den überschüssigen Teil der Ausschluss gemäß § 3 Abs. 2 e).“ Im Zusammenspiel mit den

Ausschlüssen nach § 3 Abs. 2 e) aa) entfällt demnach jeder Schutz, wenn sich eine Altersvorsorge auf Fondssparpläne oder fondsgebundene Produkte bezieht. Dies gilt nach dem Wortlaut der Bedingungen sogar für Riester- und Basisrentenfondssparpläne. Der Versicherer selbst vertritt abweichend die Ansicht, dass sich der Ausschluss aufgrund der Regelung nach § 2 n) der Bedingungen nur auf den nicht geförderten Beitragsteil beziehe. Diese Sichtweise ist allerdings nur bedingt nachvollziehbar, das in § 2 n) von „Versicherungsnehmern“ die Rede ist, was sich beim besten Willen nicht auf den Vertragsinhaber eines geförderten Riester- oder Rürup-Fondssparplans übertragen lässt. Interpretiert man das „Versicherungsnehmer“ hingegen auf den Inhaber des Rechtsschutzvertrages, so kann der Sichtweise des Versicherers gefolgt werden.

#### Familien und Erbrecht

Eine weitere Leistungserweiterung betrifft den erweiterten Beratungsrechtsschutz im Familien- und Erbrecht nach § 2 I) b) „für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen über Rat oder Auskunft nach a) hinaus, wenn die Tätigkeit des Rechtsanwaltes nicht in ursächlichem Zusammenhang mit einer Trennung, Scheidung, Aufhebung einer Lebenspartnerschaft, rechtlichen Betreuung gem. §§ 1896 ff. BGB oder damit verbundenen Regelungen steht und soweit ein deutsches Gericht gesetzlich zuständig wäre. Die Kosten gemäß § 5 Abs. 1 und 2 werden bis zu einem Höchstbetrag von 1.500,- erstattet.“ Die Leistungserweiterung bezieht sich also vornehmlich auf Unterhalts- und Erbstreitigkeiten.

#### Senioren

Dem Branchentrend folgt die AUXILIA mit ihrem Einschluss von Arbeitsrechtsschutz für geringfügige Beschäftigungsverhältnisse von Senioren.

#### Gewerbetreibende

Die neue Klausel 3 Klausel zu § 28 Abs. 3 ARB – Vertrags-Rechtsschutz für Hilfgeschäfte und eingekaufte Dienstleistungen richtet sich an Gewerbetreibende und sieht einen sehr transparent formulierten Versicherungsschutz für eingekaufte Dienstleistungen vor. Klausel 2 hingegen beinhaltet Regress-Rechtsschutz auch für Apotheker und sonstige Heilwesenberufe und ersetzt

### Mediation pro – neuartige Tarifvariante für preissensible Kunden

Eine echte Neuerung stellt der Tarif Mediation pro nach § 23 ARB/2012 dar, der die Risiken Privat-, Berufs- und Verkehrsrechtsschutz, nicht jedoch Wohnungs- und Grundstücksrechtsschutz umfasst.

Hier gilt generell ein Selbstbehalt von 300 Euro. In den Bereichen Schadenersatz-Rechtsschutz, Arbeits-Rechtsschutz, Rechtsschutz im Vertrags- und Sachenrecht, Altersvorsorge- und Sparrer-Rechtsschutz ist außergerichtlich nur die Mediation versichert (ohne Abzug einer Selbstbeteiligung). Für einen Jahresbeitrag von 159,- € (inkl. KS-Clubmitgliedschaft) wird damit ein Ein-

stiegsprodukt für sehr preisbewusste Kunden angeboten, die auf eine Grundabsicherung nicht verzichten möchten.

Zu beachten ist, dass bei den oben erwähnten Leistungsarten erst dann „Rechtsschutz für die gerichtliche Wahrnehmung rechtlicher Interessen“ besteht, „wenn sich der Versicherungsnehmer vergeblich um eine Konfliktlösung durch Mediation bemüht hat. Dies gilt nicht für den Fall, dass mit der Durchführung der Mediation für den Versicherungsnehmer unmittelbare Rechtsnachteile verbunden sind oder unmittelbare Rechtsverluste drohen.“

die bisherige Klausel 2, die sich einzig an Ärzte als Zielgruppe wandte.

#### Verbesserung im Spezialrechtsschutz

Abschließend weist der Versicherer noch auf eine Verbesserung im Spezialrechtsschutz hin, wonach der Versicherungsschutz für gewerbliche selbst genutzte Objekte maßgeblich verbessert wurde. Bislang galt die Deckung bis höchstens 3 Objekte bis zu einer Jahresbruttomiete von 75.000 Euro, nunmehr ist die Zahl der Objekte nicht mehr limitiert und die Jahresbruttomiete auf 300.000 Euro erhöht.

#### ■ Fazit

Die neue Tarifgeneration der AUXILIA weiß nur in Teilen zu überzeugen. Positiv hervorzuheben sind der Aktualisierungsservice, die sehr empfehlenswerte Update-Garantie und weitere innovative Ideen speziell im Bereich des Mediationsrechtsschutzes. Schwerwiegende Einschränkungen sind nun im Bereich des Kapitalanlagerisikos wie auch anderen Risiken in Verbindung mit modernen Technologien (z.B. Bio- oder Nanotechnologie). In vielen Punkten folgt der Versicherer Trends, die andere Versicherer vorgemacht haben oder bereitet Auschlussstatbestände vor, die sicher bald auch von anderen Marktteilnehmern in der einen oder anderen Form aufgegriffen werden dürften.

Es ist durchaus glaubhaft, dass der Versicherer „dem Privatnutzer auf seinem eigenem Haus Rechtsschutz für die Photovoltaik- oder Windkraftanlage zu

einer bezahlbaren Prämie zur Verfügung“ stellen möchte. Die bestehenden Formulierungen im Bedingungswerk sprechen allerdings nicht dafür, dass die Problematik mit der steuerlichen Einstufung als Gewerbetätigkeit bei der Formulierung im Auge behalten wurde.

#### Tarifumstellung zwingend auf Nutzen prüfen

Eine Umstellung auf die neue Tarifgeneration kann demnach in vielen Fällen nicht angeraten werden und sollte nur mit sehr sorgfältiger Dokumentierung erfolgen. Insbesondere gilt dies für Kunden, die Wert auf eine bestmögliche Absicherung im Kapitalanlagebereich oder bei Studienplatzklagen wünschen. Andere Kunden sollten die Vor- und Nachteile sehr genau gegeneinander abwägen und können dann durchaus zu einer positiven Gesamtbewertung kommen.

Der Hinweis auf einen haftungsminimierenden Tarif auf der Homepage des Versicherers wirkt allerdings alles in allem deutlich deplatziert. Die am Anfang des Beitrages benannte Synopse des Versicherers sollte in keinem Fall einem Endkunden zur Verfügung gestellt werden, da sie nicht haftungsminimierend, sondern eher haftungsfördernd wirken dürfte.

<sup>1</sup> <http://www.versicherungsjournal.de/unternehmen-und-personen/bestandskuendigungs-welle-bei-der-AUXILIA-112767.php>

# „Kein anderer Anbieter bietet die Leistungsvielfalt von CARDEA safety.first“



Klaus Barde im Gespräch mit Markus Brugger, Vorsitzender der Geschäftsleitung der PrismaLife AG und Stefan Giesecke, Vorstand der fpb AG.

*Können wir uns darauf einigen, dass das neu von Ihnen in den Vertrieb gebrachte Produkt „Cardea safety.first“ dem noch jungen Segment der Funktionsinvaliditäts-Versicherungen zuzuordnen ist?*

Stefan Giesecke: Einverstanden, wenn Sie darunter verstehen, dass verschiedene Risiken abgesichert werden, die durch geistige und/oder körperliche Beeinträchtigungen der Gesundheit des Versicherten hervorgerufen werden. Dabei spielt keine Rolle, ob ein Unfall oder beispielsweise eine schwere Krankheit die Ursache für die Beeinträchtigung ist. Unser Ansatz geht über das reine Produktangebot noch hinaus: Zu unserem Absicherungsangebot gehören lebensbegleitende Präventionsprogramme und medizinische Assistenzleistungen für alle Kunden. CARDEA.life ist eine Spezialmarke der PrismaLife AG für die Absicherung biometrischer Risiken. Hinter der Marke steht die Idee, für Menschen unterschiedlicher Alters- und Berufsgruppen einen bezahlbaren Risikoschutz für jede Lebensphase zu entwickeln. Um unseren Anspruch an eine neue Generation der Risikovorsorge realisieren zu können, haben wir das Know-how von drei Gesellschaften mit internationalen

Erfahrungen zusammengebracht. In dieser Konstellation war es möglich, etwas Neues für den deutschen Markt zu entwickeln, das Kunden und Vermittlern einen Mehrwert bietet. CARDEA.safety.first ist unser erstes Produkt. Bis Ende 2013 werden drei bis vier weitere biometrische Risikoprodukte folgen.

*Auf diesem Feld haben, verständlicher Weise, viele Makler noch hohen Informationsbedarf. Vielleicht erläutern Sie uns einmal, was zum Beispiel Ihr Produkt so alles „kann“. Wer Rundumschutz für den Versicherten in nur einer Police verspricht, übernimmt durchaus eine hohe Verantwortung.*

Markus Brugger: CARDEA safety.first bietet Schutz gegen fünf elementare Risiken des menschlichen Lebens: Tod, Unfall, Pflegebedürftigkeit, schwere Krankheiten und Grundunfähigkeiten. Bei der Produktentwicklung war uns wichtig, dass die einzelnen Bausteine bezüglich ihrer Leistungen und Bedingungen mit Einzelversicherungen im Wettbewerb mithalten können.

Daneben stehen, wie bereits erwähnt, als Vorsorgeangebote Präventionsprogramme und medizinische Assistenz-

leistungen. Zum Beispiel honorieren wir es, wenn ein Kunde etwas für seine Gesundheitsvorsorge tut. Konkret heißt das: Wer an den jährlichen Vorsorgeuntersuchungen seiner Krankenversicherung teilnimmt, sichert sich für jeweils 12 Monate die Option auf zehn Prozent mehr Rente im Leistungsfall.

Durch die Bündelung mehrerer Risiken kann der Versicherte seine Existenz umfassend absichern. Er vermeidet damit Deckungslücken und Doppelabsicherungen. Ein Einzelprodukt bietet dagegen lediglich eine Ausschnittsdeckung und birgt damit für den Versicherten die Gefahr in sich, dass genau der Fall nicht abgesichert ist, der eine Beeinträchtigung verursacht hat. Auch für Makler bietet ein solches Multirisikoprodukt aus Haftungsgründen Vorteile, weil er alle grundsätzlichen Risiken seines Kunden abgesichert hat.

Wir kombinieren in CARDEA safety.first zwei Leistungsarten, eine Kapitalzahlung für Leistungen im Todesfall und bei schweren Krankheiten sowie eine Rentenleistung bei Pflegebedürftigkeit, nach einem Unfall und bei Verlust von Grundfähigkeiten. So erhält der Kunde je nach Beeinträchtigung immer die passende Leistung. Multirisik heißt auch

Multileistungen. Ein Beispiel: Erleidet der Versicherte einen Schlaganfall, erhält er Leistungen aus der Dread Disease Absicherung und für den Verlust seines Sprachvermögens eine Rente aus der Grundunfähigkeitsversicherung. Also: Wenn ein und derselbe Leistungsfall zwei Leistungen auslöst, wird zweimal gezahlt.

*Ein echter Zauberkasten – wenn da nicht ein Bedingungsnetzwerk und sicher auch etliche Ausschlüsse davor wären. Was sind die Knackpunkte für den versicherungswilligen Kunden?*

Markus Brugger: Die einzelnen Risiko-Bausteine sind bezüglich ihrer Leistungen und Bedingungsnetze mit Einzelversicherungen im Wettbewerb vergleichbar. Zum Beispiel ist der Katalog der Grundfähigkeiten von CARDEA safety.first mit einer Einzelversicherung vergleichbar. Bei Dread Disease ist unser Ansatz aus meiner Sicht verbraucherfreundlicher als im Vergleich zu anderen Anbietern. CARDEA.life leistet bei 38 schweren Krankheiten. Dazu gehören Alzheimer, Krebserkrankungen, Herzinfarkt, Bypass-Operationen, schwere Lebererkrankungen und Kopfverletzungen. Wenn die Diagnose einer solchen Krankheit vorliegt, wird geleistet. Im Wettbewerb ist der Katalog auf eine Handvoll schwerer Krankheiten beschränkt, oder die Leistung ist an die Schädigung eines kompletten Organs gebunden. So gesehen ist ein gebündelter Schutz mit Einzelversicherungslösungen auf jeden Fall gleichgestellt, ich meine sogar, es überwiegen die Vorteile einer Bündelung.

*Weist Ihr Neustarter Ihrer Meinung nach echte Alleinstellungsmerkmale auf?*

Stefan Giesecke: Kein anderer Anbieter bietet die Leistungsvielfalt von CARDEA safety.first. Die Kombination der fünf Risiken Tod, Unfall, Pflegebedürftigkeit, schwere Krankheiten und Grundunfähigkeiten ist einzigartig. Andere Anbieter decken zwei bis maximal drei dieser Risiken ab. CARDEA safety.first ist das einzige Produkt, das den Todesfall absichert. Ein echtes Alleinstellungsmerkmal sind auch die Präventionsprogramme und Assistenzleistungen. Hierzu gehören Informationen zur Prävention und Vorsorge sowie eine medizinische Unterstützung im Leistungsfall, zum Beispiel

bei Reha-Maßnahmen. Ein Highlight ist die Dread Disease Option, mit der man ohne weitere Gesundheitsfragen die Leistungen um die zweifache Jahresrente, um maximal 50.000 Euro, erhöhen kann. Mit einem weiteren Baustein kann der Todesfallschutz mit individueller Laufzeit um bis zu 100.000 Euro erhöht werden. Damit ist eine individuelle und bedarfsgerechte Absicherung der Hinterbliebenen gewährleistet.

*Nachfrage: Warum geht in diesem Segment die Prämien-Kalkulation für den Kunden meist besser auf als bei Dread Disease oder BU?*

Stefan Giesecke: Die Vorteile liegen auf der Hand: Der Kunde kann seine komplette Existenz in einer Police abdecken, spart so Verwaltungskosten und Geld für überflüssige Mehrfachabsicherungen.

*Schaut man sich das Neugeschäft eines maßgeblichen Wettbewerbers an, dann kann die Funktionsinvalidität durchaus als BU für das kleine Haushalts-Netto verstanden werden. Stimmen Sie uns da zu?*

Stefan Giesecke: Für Personen, die aus finanziellen oder gesundheitlichen Gründen keine Berufsunfähigkeitsversicherung abschließen wollen oder können, ist unser Multiriskprodukt eine sehr gute Alternative. Genauso gut kann eine BU-Versicherung als Ergänzung zu CARDEA safety.first abgeschlossen werden, denn es ist eine umfassende Existenzversicherung für die größten Risiken im Leben.

*Natürlich müssen wir die klassischen Fragen zum Versicherungsstandort Liechtenstein stellen. Hier ist die Prisma Life AG als Mutter des neuen Produkts zu Hause. Woran sich dann die Frage nach der Finanzstärke zwangsläufig anschließt. Plus das Thema Risiko, sprich Insolvenzschutzsicherungsfonds.*

Markus Brugger: Der Finanzplatz Liechtenstein ist vollständig in das europäische Rechtsgefüge eingebunden. Für Versicherungskunden bedeutet dies hohe Rechtssicherheit und höchsten Datenschutzes. Die Versicherungsbedingungen unterliegen deutschem Vertragsrecht, sind VVG-konform und unterliegen der deutschen Steuergesetzgebung. Die PrismaLife AG ist eine finanzstarke Gesellschaft. Die internationale Rating-

Agentur A.M. Best hat im Juli 2012 das Finanzstärke-Rating „A- (excellent)“ der PrismaLife erneut bestätigt. Die anrechenbaren Eigenmittel übersteigen bei weitem das vom Gesetzgeber als Mindestmaß geforderte Mindestkapital, so dass sich ein Deckungsgrad von über 1.000 Prozent der Solvenzmarke ergibt. Die PrismaLife AG ist nicht über die Sicherungseinrichtung der deutschen Lebensversicherer, Protektor, abgesichert. PrismaLife unterliegt der Finanzmarktaufsicht Liechtenstein, kurz FMA. Sollte ein Versicherungsunternehmen aus Liechtenstein in finanzielle Schwierigkeiten geraten, würde die FMA die Geschäftsführung übernehmen und den Versicherer unter Aufsicht stellen. In diesem Zusammenhang wären die angesammelten Deckungskapitalien oder Schadenrückstellungen für bereits eingetretene Schadenfälle vor dem Zugriff anderer, so genannter Drittgläubiger, geschützt.

*Thema Beratungsprotokoll: Wer eine Funktionsinvaliditäts-Versicherung berät, hat viel zu erzählen. Da kann der Kunde durchaus die Übersicht verlieren. Schon die ehrliche Beratung einer Dread Disease erfordert eine Fülle an Information, damit es im Leistungsfall keine schwere Enttäuschung gibt. Wie stehen Sie dem Vertriebspartner hier zur Seite?*

Stefan Giesecke: CARDEA.life unterstützt ihre Vertriebspartner mit umfangreichen Vertriebshilfen. Dazu gehört ein Beratungsprotokoll, das für eine gute Beratung unabdingbar ist. Wir stellen in unserem Maklerportal umfangreiche Informationen zum Produkt und Vertriebsansätze zur Verfügung. Darüber hinaus haben wir ein Schulungsprogramm gestartet, das in Webinaren die wesentlichen Inhalte vermittelt und kontinuierlich aktuelle Themen aufgreift. Außerdem stehen den Vertriebspartnern erfahrene Maklerbetreuer zur Seite sowie ein Sales Support Team in Köln.

#### *Zu den Interview-Partnern:*

PrismaLife liefert im Rahmen der Marke CARDEA.life die Produktlösungen, die technische Abwicklung der Versicherungsverträge und die Organisation des Kundenservice. Die fpb AG ist verantwortlich für den Vertrieb und die Belange der Makler.

# 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 Oktober 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?
Privathaftpflichtversicherung	Heft 02/2010	ja	ja	ja
Hundehalterhaftpflichtversicherung	Heft 04/2005	ab Silber	ja	ja
Pferdehalterhaftpflichtversicherung	Heft 02/2006	ab Silber	ja	ja
Jagdhaftpflichtversicherung	Heft 04/2006	nein	ab Gold	ja
Unfallversicherung	Heft 01/2007	ja	ja	ja
Funktionsinvaliditätsversicherung	Heft 02/2012	nein	ja	ja
Pflegetagegeld / Pflegegeld	Heft 02/2012	nein	nein	ja
stationäre Krankenzusatzversicherung	Heft 01/2010	nein	nein	ja
Hausratversicherung	Heft 04/2008	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 Mietsachschadendeckung – 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
nein	Gold, Silber	nicht vergeben	83	560	05.09.2012
nein	Gold, Silber	nicht vergeben	72	404	05.09.2012
nein	Gold, Silber	nicht vergeben	71	379	05.09.2012
ja	Gold, Silber, Bronze, empfehlenswert	Mindestanforderungen erfüllt	36	238	24.09.2012
ja	Gold, Silber, Bronze, empfehlenswert	Mindestanforderungen erfüllt	88 (25)*	667 (104)*	04.09.2012
ja	Gold, Silber	nicht vergeben	7	15	21.09.2012
nein	Gold, Silber, Bronze, empfehlenswert	Mindestanforderungen erfüllt	26	268	13.09.2012
ja	Gold, Silber, Bronze	nicht vergeben	31	62	30.08.2012
nein	Gold, Silber, Bronze	nicht vergeben	66	321	31.08.2012
nein	Gold, Silber, Bronze	nicht vergeben	55	256	31.08.2012

# Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) als Sachversicherung



■ *FIV als Sachversicherung wird angeboten von Adcuri, AXA, Barmenia, BBV, Janitos, Sparkassen Versicherung Sachsen, VPV*

<b>Basis:</b>	Tarife im Test: 15 Anbieter im Test: 7
<b>Wertung:</b>	Gold, Silber
<b>Stand:</b>	21.09.2012

*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 bisher die Allianz (KörperSchutz-Police; seit Juli 2011), die Nürnberger (NÜRNBERGER HandwerkerSchutz; seit Juni 2012), die Cardea Life (safety first; seit Juli 2012) und die Targo (Existenzschutz; seit September 2012) eine Funktionsinvaliditätsversicherung an. Versicherungsschutz besteht anders als bei den Sachprodukten bei folgenden Leistungsauslösern:

- Rentenleistung wegen Verlustes einer oder mehrerer Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)
- Rentenleistung wegen Pflegebedürftigkeit nach ADL oder in Anlehnung an das SGB (Pflegerente)
- Einmalleistung bei bestimmten schweren Krankheiten (Dread-Disease-Leistung)
- Bei der Nürnberger zusätzlich: optional Rentenleistung bei unfallbedingter Berufs- oder Pflegebedürftigkeit bzw. einmalige Kapitalleistung im Falle eines Unfalls

- Bei Cardea Life zusätzlich: Einmalleistung bei Tod der versicherten Person

Zur Abgrenzung einer funktionellen Invaliditätsabsicherung von einer Grundfähigkeitsversicherung sowie von anderen Formen der Arbeitskraftabsicherung ist daher folgende Produktdefinition geeignet:

*Bewertungsmaßstab der FIV ist mit Ausnahme der Krebsleistung eine erhebliche Beeinträchtigung definierter körperlicher Funktionen. Zur Leistungserbringung müssen Funktionsminderungen einen medizinisch eindeutig definierten Schwellenwert erreichen. Eine eindeutige Definition bedeutet, dass ein Versicherte theoretisch selbst dazu in der Lage wäre, anhand ihm vorliegender ärztlicher Gutachten selbst zu beurteilen, ob ein Leistungsanspruch aus seinem Vertrag besteht. Dabei müssen die beschriebenen Funktionsminderungen voraussichtlich auf Dauer und irreversibel sein. Anstelle einer reinen Diagno-*

*seabsicherung 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 Grundfähigkeitenrente, Pflegerente sowie mindestens einem dritten Baustein (Unfallrente, Organrente oder Leistung bei Eintritt einer schweren Erkrankung). Teil dieses dritten Bausteins ist mindestens eine Renten- oder Einmalleistung auch bei Eintritt einer definierten Krebserkrankung.*

*Von einer FIV ist nur dann zu sprechen, wenn das Versicherungsprodukt im Deckungsumfang zu mindestens in einem Modul alle möglichen Erkrankungen berücksichtigt und keine Erkrankung ausschließt. 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.

Beispiel für einen Schwellenwert am Beispiel von Janitos:

„2.3.4 Nierenerkrankungen  
Eingeschlossen sind alle Erkrankungen der Nieren, die z.B. aufgrund von Immunkrankheiten, chronischen Entzündungen, Verletzungen, Gefäßsklerose, Diabetes oder Bluthochdruck entstanden sind.

Geleistet wird ausschließlich bei Nierenerkrankungen, die die Leistungsfähigkeit der Nieren auf Dauer und irreversibel so reduzieren, dass die Werte

- Glomeruläre Filtrationsrate 40ml/min/1,73 qm Körperoberfläche bzw.

- Kreatinin-Clearance von 30ml/min/1,73 qm Körperoberfläche nicht überschritten werden

oder

- Kreatininwert 4mg/dl (350µmol/l) nicht unterschritten wird.

Werden die Werte durch eine Dialysebehandlung und/oder Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.“

Quelle: „Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente für Kinder“, S. 10

Der laut Statistik wichtigste Leistungsbaustein jeder funktionellen Invalidität ist die Organrente wie sie alle Sach-, jedoch kein Lebensversicherer vorsehen.

Insgesamt wurden bis Ende 2011 etwa 2/3 aller Leistungsfälle aus der Organrente, 10 bis 20% aus der Unfallrente, 10 bis 15% aus der Grundfähigkeitenrente und weniger als 5% aus der Pflegerente erbracht. Im Rahmen des dominierenden Organkonzepts entfal-

len etwa 50% aller Leistungsfälle auf die Leistungsart Krebs. Bei den Krebserkrankungen führend ist dabei Brustkrebs.

Zielgruppe für eine FIV sind in erster Linie Personen mit körperlicher oder handwerklicher Berufstätigkeit oder solche, die aus finanziellen oder gesundheitlichen Gründen keine Möglichkeit haben, eine Berufsunfähigkeitsversicherung zu finanzieren. Anders als in der Berufsunfähigkeitsversicherung besteht jedoch höchstens minimaler Versicherungsschutz im Fall psychischer Erkrankungen. Wer also wegen Depressionen oder Burnout eine ambulante Behandlung durch einen Psychotherapeuten „genießt“ und nach diversen Sitzungen als weitgehend geheilt entlassen wird, kann aus der funktionellen Invaliditätsabsicherung anders als aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung keinen Leistungsanspruch herleiten. Da aber Angststörungen, Neurosen, Erschöpfungssyndrome oder Phobien als gut behandelbar und reversibel gelten, passt dieser Ansatz in die Funktionsinvalidität. Ein möglicher Leistungsanspruch setzt regelmäßig mindestens die Einweisung in eine geschlossene Einrichtung voraus.

Versicherungsschutz besteht für definierte körperliche Funktionsverluste, eine Absicherung einer konkret ausgeübten beruflichen Tätigkeit fällt jedoch nicht unter den Versicherungsschutz. Damit bleibt die Absicherung gegen Berufsunfähigkeit stets erste Wahl, während eine FIV stets nur eine eingeschränkte Alternative darstellen kann. Für viele Kunden dürfte sie dennoch die erste Wahl sein. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass auch für Gutverdiener eine vollständige Absicherung gegen Berufsunfähigkeit fast immer an den verfügbaren Finanzen scheitern dürfte, weshalb eine ergänzende Funktionsinvaliditätsversicherung für den Worst Case durchaus angeraten werden kann.

Per September 2012 gab es folgende Funktionsinvaliditätsversicherungsprodukte:

- **Adcuri** / Tarif: Opti5Rente für Erwachsene / Produktstart: 02.2010 / Aktueller Bedingungsstand: 05.2012 / Sparte: Sachversicherung
- **Allianz** / Tarif: KörperSchutzPolice /

Produktstart: 07.2011 / Aktueller Bedingungsstand: 06.2011 / Sparte: Lebensversicherung

- **AXA** / Tarif: Kinderschutzpaket / Produktstart: 04.2011 / Aktueller Bedingungsstand: 04.2011 / Sparte: Sachversicherung
- **AXA** / Tarif: Existenzschutzversicherung für Kinder / Produktstart: 04.2010 / Aktueller Bedingungsstand: 04.2011 / Sparte: Sachversicherung
- **AXA** / Tarif: Existenzschutzversicherung für Erwachsene als Weiterentwicklung der Unfall-Kombierte mit Produktstart 09.2006 / Produktstart: 04.2010 / Aktueller Bedingungsstand: 04.2011 / Sparte: Sachversicherung
- **Barmenia** / Tarif: Barmenia-Opti5Rente für Erwachsene / Produktstart: 02.2010 / Aktueller Bedingungsstand: 05.2012 / Sparte: Sachversicherung
- **BBV** / Tarif: BBV-Multi-PROTECT / Produktstart: 01.2012 / Aktueller Bedingungsstand: 01.01.2012 / Sparte: Sachversicherung
- **Cardea Life** / Tarif: CARDEA safety first / Produktstart: 07.2012 / aktueller Bedingungsstand: 07.2012 / Sparte: Lebensversicherung
- **Janitos** / Tarif: Multi-Rente für Kinder / Produktstart: 04.2009 / Aktueller Bedingungsstand: 04.2009 mit Aktualisierungen zu 06.2010 / Sparte: Sachversicherung
- **Janitos** / Tarif: Multi-Rente für Erwachsene / Produktstart: 04.2008 / Aktueller Bedingungsstand: 04.2009 mit Aktualisierungen zu 06.2010 / Sparte: Sachversicherung
- **Nürnberger** / Tarif: NÜRNBERGER HandwerkerSchutz / Produktstart: 06.2012 / Aktueller Bedingungsstand: 06.2012 / Sparte: Lebensversicherung (bei Wahl des Unfallbausteins abweichend Lebensversicherung in Kombination mit einem Sachversicherer für die Abdeckung des Unfallrisikos)  
Information: am 17.09.2012 wurden Vermittler der Nürnberger darüber informiert, dass der Tarif nunmehr nur noch für die Berufsgruppen 3 und 4 zur Verfügung stehe
- **Sparkassen-Versicherung Sachsen** / Tarif: Existenzversicherung für Erwachsene / Produktstart: 07.2011 /

Aktueller Bedingungsstand: 07.2011 / Sparte: Unfallversicherung

- **Targo** / Tarif: Existenzschutz / aktueller Bedingungsstand: 09.2012 / Sparte: Lebensversicherung
- **VPV** / Tarif: Vital-Rente für Kinder / Produktstart: 10.2011 / Aktueller Bedingungsstand: 10.2011 / Sparte: Sachversicherung
- **VPV** / Tarif: Vital-Rente für Erwachsene / Produktstart: 07.2010 / Aktueller Bedingungsstand: 10.2011 / Sparte: Sachversicherung

Die VPV teilte zum Redaktionsschluss mit, dass man für die aktuelle Pro-

duktgeneration aufgrund des wegen Unisex erforderlichen Anpassungsbedarfs derzeit keine aktive Vermarktung mehr durchführe.

### Beitragsniveau von Funktionsinvaliditätsversicherungen als Sachversicherung

Für Kunden wie auch Makler ist neben dem hier bewerteten Bedingungs-niveau sicher auch das Beitragsniveau von Bedeutung. Dieses soll anhand von einigen Beispielen aufgezeigt werden (siehe Tabelle unten).

### Ratingsystematik

Für die Kategorie Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) werden zwei Kategorien unterschieden: Silber und Gold. Da es bislang nur sehr wenige Tarife gibt, wurde auf die Aufstellung umfassender Mindestkriterien zu diesem Zeitpunkt noch weitgehend verzichtet. Einige ausgewählte Leistungsunterschiede werden jedoch bei den benannten Tarifen besonders ausgewiesen, um damit dem Makler als Entscheidungsgrundlage zu dienen. Voraussetzung für das Erreichen einer dieser Kategorien ist, dass die jeweiligen Mindestkriterien in allen Punkten erfüllt werden.

	Axa		Barmenia		BBV		Janitos		VPV	
	Existenzschutzversicherung für Kinder und Erwachsene		Opti5Rente		Multi-PROTECT		Multi-Rente für Kinder und Erwachsene		Vital Junior und Vital	
	Mann	Frau	Mann	Frau	Mann	Frau	Mann	Frau	Mann	Frau
Alter 5 Jahre, Rentenhöhe: 1.500 Euro, Rentenzahlung: bis EA 67, Passivdynamik: 1,5%	221,16 Euro brutto p.a.	221,16 Euro brutto p.a.	nicht möglich	nicht möglich	nicht möglich	nicht möglich	171,72 Euro brutto p.a. (ohne Kapitalsofortleistung) / 244,72 Euro brutto p.a. (mit Kapitalsofortleistung)	167,25 Euro brutto p.a. (ohne Kapitalsofortleistung) / 235,80 Euro brutto p.a. (mit Kapitalsofortleistung)	370,92 Euro brutto p.a. (ohne Einmalzahlung) bzw. 388,77 Euro brutto p.a. (mit Einmalzahlung)*	370,92 Euro brutto p.a. (ohne Einmalzahlung) bzw. 388,77 Euro brutto p.a. (mit Einmalzahlung)*
Alter 25 Jahre, Rentenhöhe: 1.500 Euro, Rentenzahlung: bis EA 67, Passivdynamik: 1,5%	351,67 Euro brutto p.a. (Berufsgruppe A und B)	351,67 Euro brutto p.a. (Berufsgruppe A und B)	270,78 Euro brutto p.a. (Berufsgruppe A und B)	270,78 Euro brutto p.a. (Berufsgruppe A und B)	213,10 Euro brutto p.a. (Berufsgruppe A) / 286,30 Euro brutto p.a. (Berufsgruppe B)	193,10 Euro brutto p.a.	319,69 Euro brutto p.a. (Berufsgruppe A ohne Motorradrisiko) / 399,62 Euro brutto p.a. (Berufsgruppe B mit Motorradrisiko)	308,72 Euro brutto p.a. (Berufsgruppe A ohne Motorradrisiko) / 385,34 Euro brutto p.a. (Berufsgruppe B mit Motorradrisiko)	436,97 Euro brutto p.a. (Berufsgruppe A und B) *	381,28 Euro brutto p.a. *
Alter 45 Jahre, Rentenhöhe: 1.500 Euro, Rentenzahlung: bis EA 67, Passivdynamik: 1,5%	703,49 Euro brutto p.a. (Berufsgruppe A und B)	659,47 Euro brutto p.a. (Berufsgruppe A und B)	474,68 Euro brutto p.a. (Berufsgruppe A und B)	474,68 Euro brutto p.a. (Berufsgruppe A und B)	330,60 Euro brutto p.a. (Berufsgruppe A) / 384,40 Euro brutto p.a. (Berufsgruppe B)	367,00 Euro brutto p.a.	518,36 Euro brutto p.a. (Berufsgruppe A ohne Motorradrisiko) / 647,96 Euro brutto p.a. (Berufsgruppe A mit Motorradrisiko)	483,20 Euro brutto p.a. (Berufsgruppe A ohne Motorradrisiko) / 604,00 Euro brutto p.a. (Berufsgruppe A mit Motorradrisiko)	813,96 Euro brutto p.a. (Berufsgruppe A und B) *	713,29 Euro brutto p.a. *

\* Bitte beachten Sie, dass bei der VPV nur eine lebenslange Rentenleistung möglich ist und die hier dargestellte Rentenleistungsdauer bis Endalter 67 nicht zur Verfügung steht Bitte beachten: je nach Anbieter sind ergänzende Leistungen (z.B. lebenslange Rente) gegen Zuschlag einschließbar. Auch gehen alle hier benannten Prämien von einem nicht erhöhten Risiko aus.  
Stand Prämienniveau: 01.03.2012

Um eine Bewertung mit Silber zu erzielen, müssen folgende Anforderungen erfüllt sein:

- mindestens 85% der erreichbaren Gesamtwertung
- prämieneutrale Leistungsverbesserungen gelten für Sachverträge automatisch auch für bestehende Verträge (Innovationsklausel)

Ergänzende Voraussetzungen für die Höchstbewertung mit Gold sind wie folgt beschrieben:

- mindestens 90% der erreichbaren Gesamtwertung
- uneingeschränkter Versicherungsschutz als Beifahrer auf einem Motorrad

In jedem Fall als sinnvoll erscheint der Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers, allerdings gibt es teilweise rechtliche Bedenken hinsichtlich der gleichzeitig bestehenden Beitragsanpassungsklausel und dem benannten Kündigungsverzicht. Aus diesem Grunde wurde diese Leistung zwar mitbewertet, jedoch bis zur abschließenden Klärung in diesem Punkt nicht als Mindestanforderung aufgestellt. Unter allen benannten Anbietern sieht allein die VPV bedingungsseitig keinen solchen Verzicht vor, wenngleich im Antrag für Makler bezogen auf den Tarif VITAL hier abweichend ein Verzicht erklärt wird.

Jeder Tarif, der nach diesen Kriterien mit Silber oder Gold bewertet werden kann, kann als „empfehlenswert“ angesehen werden, wobei dennoch stets der individuelle Kundenbedarf zu prüfen ist. Schließlich ist nie auszuschließen, dass



Im Sinne einer fairen Vergleichbarkeit der einzelnen FIV-Produkte beschränkt sich dieses Rating zurzeit allein auf die am Markt verfügbaren Sachprodukte, womit derzeit Allianz, Cardea Life, Nürnberger und Targo mit ihren Angeboten zwar erfasst, aber außer Wertung bleiben. Deren Leistungsmerkmale beeinflussen allerdings bereits jetzt die Zahl der erfassten Kriterien, so dass sich diese seit dem ersten Rating in der Sparte dynamisch erweitert haben.

im Zweifel ein anderer Anbieter, der die beschriebenen Voraussetzungen nicht erfüllt, für den konkreten Kunden interessanter sein kann oder ein Kunde vielleicht auch bestimmte Risiken zu Gunsten einer geringeren Prämie billigend in Kauf nehmen möchte.

Auf eine Bewertung mit „Bronze“ wurde verzichtet, da der Markt derzeit noch wenig für eine weitere Differenzierung geeignet ist.

#### Note/Bedeutung

##### WFS 1 (Gold):

Erfüllung der Mindestanforderungen für die Ratingstufe Gold

##### WFS 2 (Silber):

Erfüllung der Mindestanforderungen für die Ratingstufe Silber

#### Bewertete Kategorien

Die Produkte wurden nach verschiedenen Kategorien bewertet, welche zwei großen Blöcken zuzuordnen sind: Vertragliches und Nebenleistungen (Gewichtung von 30%; I bis IV) sowie Kernleistungen (Gewichtung von 70%; V bis IX). Diese Blöcke sind jeweils weiter differenziert, so dass sich abschließend folgende Teilbereiche und Gewichtungen ergeben:

- I. Allgemeine Rahmendaten (Fragen 1-28; Gesamtgewichtung: 19,5%) (versicherbare Versicherungsdauer, versicherbare Leistungsdauer, räumlicher Geltungsbereich, Anpassungsmöglichkeiten von Bedingungen und Prämien, etc.)
- II. Allgemeine Leistungen (Fragen 29-42; Gesamtgewichtung: 3%) (Beitragsbefreiung bei Eintritt des Leistungsfalls, Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit, uneingeschränkte Fortführung von Kinderprodukten bei Erreichen des 18. Lebensjahres etc.)
- III. Sonstige versicherbare Kosten (Fragen 173 bis 178; Gesamtgewichtung: 3%) (Kapitalsofortleistungen bei erstmaligem Eintritt des Leistungsfalls, Kapitalleistungen bei schweren Operationen, Mitversicherung von Rehakosten etc.)
- IV. Nachversicherungsgarantien (Fragen 179 bis 187; Gesamtgewichtung: 4,5%) (Anspruchsvoraussetzungen, Fristen, Höhe der optionalen Nachversicherung etc.)

- V. Leistungen der Unfallrente (Fragen 43 bis 79; Gesamtgewichtung: 7%) (verbesserte Gliedertaxe, Mitwirkungsregelung, Mitversicherung von Bewusstseinsstörungen, etc.)
- VI. Leistungen bei Krebs aus der Organrente oder als Leistung aus einem Dread-Disease-Baustein (Fragen 80 bis 90; Gesamtgewichtung: 8%) (lebenslange oder zeitlich befristete Krebsleistung, Wartezeiten, Leistung bei welcher Krebserkrankung ab welchem Schweregrad etc.)
- VII. Leistungen bei Herzinfarkt aus der Organrente oder als Leistung aus einem Dread-Disease-Baustein (Fragen 91 bis 94; Gesamtgewichtung: 7%) (Umfang der mitversicherten Herzerkrankungen, Wartezeiten etc.)
- VIII. Sonstige Organrentenleistungen (Fragen 95 bis 104; Gesamtgewichtung: 30%) (Umfang der versicherten Organrentenauslöser, Wartezeiten, Nachprüfungsvoraussetzungen etc.)
- IX. Einmalleistungen bei sonstigen schweren Erkrankungen (Fragen 138 bis 172; Gesamtgewichtung: 7%)\* (weitere versicherte Krankheiten und deren Leistungsvoraussetzungen)
- X. Leistungen der Grundfähigkeitsrente (Fragen 105 bis 129; Gesamtgewichtung: 8%) (Definition der einzelnen Grundfähigkeiten, Leistungs- und Nachprüfungsvoraussetzungen etc.)
- XI. Leistungen der Pflegerente (Fragen 130 bis 137; Gesamtgewichtung: 2%) (Leistungsvoraussetzungen, Pflegerentenbeginn, Wartezeiten etc.)

\* derzeit faktisch außer Wertung, da zurzeit Leistungsbaustein nur der Lebensversicherer

#### Gewichtung innerhalb der Kategorien

Jede einzelne Leistung wurde mit einem Faktor zwischen 1 und 3 gewichtet.

**Faktor 1** bezeichnet Leistungen, die eher wenig wichtig sind.

*Beispiele: bedingungsseitige Definition eines Invaliditätsgrades bei Stimmverlust. Die Leistung kann hier etwa häufig*

durch die Grundfähigkeiten- oder Organrente kompensiert werden. Auch ist die Eintrittswahrscheinlichkeit für einen Leistungsfall sehr gering.

Versicherungsschutz für Minderjährige sowie entmündigte Erwachsene, wenn eine Straftat im Führen eines Land- oder Wasserfahrzeuges ohne Führerschein besteht oder ein unbefugter Gebrauch eines Fahrzeuges vorliegt (§ 248 b Strafgesetzbuch), wobei Voraussetzung ist, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde. In der Praxis dürfte dieser Fall eher selten vorkommen. Zudem stellt sich die berechnete Frage, inwiefern der Leistungsfall durch Straftaten durch das Kollektiv entschädigt werden soll. Verzicht auf Wartezeit für die Leistungsart Krebs. Die Wahrscheinlichkeit, dass der Leistungsfall erst kurz nach Vertragsabschluss eintritt, ist eher gering und ein vertretbares Risiko.

Leistungen, die generell wichtig sind (entweder objektiv aus Risikosicht oder aus subjektiver Sicht eines durchschnittlichen zu versichernden Kunden) wurden mit **Faktor 2** gewichtet.

*Beispiele:* In welchem Umfang besteht eine Mitversicherung von Invalidität durch Erkrankungen des Gehirns und des zentralen Nervensystems im Rahmen der Organrente? Betrachtet man die Leistungsvoraussetzungen der einzelnen Anbieter in diesem Punkt, so ist ein Leistungseintritt sicher eher selten zu erwarten, da die Funktion eines Beines oder eines Armes oder mindestens einer Körperhälfte aufgrund einer Schädigung von Gehirn oder Rückenmark zu mindestens 90% aufgehoben sein muss. Dennoch ist die beschriebene Schädigung so gravierend, dass ein davon betroffener Kunde in jedem Fall Versicherungsschutz erwarten kann. In welchem Umfang besteht im Rahmen der Grundfähigkeitsrente Versicherungsschutz für den Verlust des Sehvermögens (Blindheit)? Hier ist die Eintrittswahrscheinlichkeit der Versicherer noch deutlich geringer zu bewerten, doch dürfte die Mitversicherung des Verlustes des Sehens subjektiv als besonders relevant erachtet werden. Damit stellt der Faktor 2 hier einen Kompromiss zwischen dem ob-

Mit einer Police vielen Risiken begegnen: Das ist der Kern einer Funktionsinvaliditätsversicherung!



jektiven Risiko (eher Faktor 1) und dem subjektiven Risiko (eher Faktor 3) dar.

Leistungen, die sowohl subjektiv wie auch objektiv von besonderer Bedeutung für den Versicherungsschutz sind, wurden mit **Faktor 3** bewertet.

*Beispiele:* Wird eine Krebsleistung als zeitlich befristete oder generell lebenslange Rente erbracht. In den Fällen, in denen die Krebserkrankung innerhalb der in den Bedingungen festgelegten Leistungsdauer ausgeheilt ist, kann die dauerhafte Leistung einer solchen Rente durchaus verzichtbar sein, da der Versicherte seine Arbeit wieder aufnehmen kann. Bei den Patienten, die nicht innerhalb der Leistungsdauer gesund werden oder versterben, führt eine Verschlimmerung des Zustandes in vielen Fällen zu einer Leistung aufgrund des Organkonzeptes. In der Regel wird eine Krebsrente als alleiniger Leistungsauslöser nicht länger als maximal 5 Jahre einen Leistungsanspruch begründen. Die meisten Krebsformen führen bis dahin entweder zum Tod oder zur Reaktivierung. Auf der anderen Seite gibt es verschiedene Lymphome (z.B. Morbus Hodgkin), die regelmäßig tödlich enden, aber auch mal 10 Jahre Leistungen allein aus der Krebsrente verursachen können. Generell ist Krebs im Zusammenspiel mit anderen Faktoren zu betrachten. Bei vielen Krebserkrankungen kann ein lebenslanger Krebsrentenanspruch entstehen, ohne dass allein die Leistung aus dem Organkonzept hierfür maßgeblich ist. In Deutschland überleben 50% aller männlichen und 59% aller weiblichen Patienten eine Krebsdiagnose länger als 5 Jahre. Mehr zur Überlebensrate bei verschiedenen Krebsarten finden Sie im

Internet unter [http://www.internisten-im-netz.de/de\\_prognose\\_1235.html](http://www.internisten-im-netz.de/de_prognose_1235.html). Krebsleistung ab welchem Schweregrad. Es macht natürlich einen großen Unterschied, ob bereits frühe Krebsstadien mitversichert sind oder erst ab Schweregrad III/3 eine zeitlich befristete oder lebenslange Leistung erbracht wird und welche weiteren Anforderungen an den Leistungsfall geknüpft sind.

## Abstufung der Bewertungen

Da Versicherer den Leistungsumfang ihrer Produkte naturgemäß nicht einheitlich definieren, gibt es hier auch Abstufungen in der Bewertung einzelner vertraglicher Leistungen. In der Regel gilt dabei, dass die jeweils beste versicherte Leistung mit 16 Punkte, die zweitbeste mit 12, die drittbeste mit 8 und dann entsprechend mit 4, 2 und 1 Punkt bewertet wird. Ist eine Leistung nicht vorhanden, so gilt für diese im Normalfall eine Bewertung mit 0 Punkten. Insbesondere im Rahmen der Unfallrente kann es allerdings sein, dass eine Klarstellung oder fehlende Leistung einen Abzug von 8 Punkten rechtfertigt. Dies geschieht dann, wenn die entsprechende Leistung die durch die unverbindliche Verbandsempfehlung des GDV für die Unfallversicherung definierten Musterbedingungen unterschreitet. Ebenfalls ein Abzug von 8 Punkten wird bei besonders überraschenden oder verbraucherunfreundlichen Klauseln berechnet. Dies betrifft glücklicherweise nur sehr wenige Leistungsfragen von noch weniger Unternehmen. Ist eine stark einschränkende Klausel immerhin besser als ein kompletter Ausschluss wird sie je nach Einzelfall abweichend mit in der Regel 1 Punkt bewertet.

**Hinweis zum Rating Seite 89:** 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.

Bitte beachten Sie, dass trotz gewissenhafter Erfassung aller Kriterien und der hier dargestellten Daten etwaige Fehler nicht gänzlich auszuschließen sind. Sollten Ihnen solche auffallen, bitte ich um unverzügliche Benachrichtigung

## Bedingungsrating Funktionsinvaliditätsversicherung



Funktions-  
invaliditäts-  
versicherung  
(FIV)

**GOLD**

### 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 / **Höchstesintrittsalter:** 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 / **Höchstesintrittsalter:** 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 Herzkrankung 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 / **Höchstesintrittsalter:** 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 / **Höchstesintrittsalter:** 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 Kapitalsofortleistung 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 / **Höchstesintrittsalter:** 59 Jahre

**Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht:** ja / **Innovationsklausel:** ja / **lebenslange Krebsrente:** ja /

**Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades:** ja



Funktions-  
invaliditäts-  
versicherung  
(FIV)

**SILBER**

### Adcuri

• **Tarif: Opti5Rente für Erwachsene / Aktueller Bedingungsstand: 05.2012**

**Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls:** ja

**Mindesteintrittsalter:** 18 Jahre / **Höchstesintrittsalter:** 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 / **Höchstesintrittsalter:** 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 / **Höchstesintrittsalter:** 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)

### VPV

• **Tarif: Vital / Aktueller Bedingungsstand: 10.2011**

**Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls:** ja

**Mindesteintrittsalter:** 16 Jahre / **Höchstesintrittsalter:** 59 Jahre

**Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht:** ja\* / **Innovationsklausel:** ja / **lebenslange Krebsrente:** nein (maximal 60 Monate) /

**Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades:** ja

\* keine bedingungsseitige Regelung, sondern laut dem Maklern zur Verfügung stehenden Antrag mit der Druckstückbezeichnung „5968 3.PES.0223 10.2011 Seite 2 von 2 MAG“

# Rating Unfallversicherungen












- Kinder
- Erwachsene
- Senioren
- Heilberufe

<b>Basis:</b>	Tarife im Test: 667 Tarife (allgemein) 104 Tarife (Heilberufe) Anbieter im Test: 88 für alle Berufe bzw. 25 für Angehörige von Heilberufen
<b>Wertung:</b>	Gold, Silber, Bronze
<b>Stand:</b>	04.09.2012










In diesem Rating werden nur verkaufsoffene Tarife bewertet

## 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"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 und PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 und PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 und ohne PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>Swiss Life Partner</b> (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)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex3+)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex2)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex3+)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex2)</li> </ul>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Haftpflichtkasse Darmstadt</b> (AUB 2010, Stand 01/2012: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz)</li> <li>• <b>Swiss Life Partner</b> (AUB 2008 SLP, Stand 01.04.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.04.2012: PRIMUS PLUS)</li> <li>• <b>VHV</b> (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Haftpflichtkasse Darmstadt</b> (AUB 2010, Stand 01/2012: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 und ohne PlusProgression 500%)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• nicht vergeben</li> </ul>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Barmenia</b> (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.05.2012)</li> <li>• <b>Janitos</b> (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung Best Selection, Gliedertaxe Bein, Hand, Sinnesorgane (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011])</li> <li>• <b>Swiss Life Partner</b> (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS ohne Premium-Progression)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Barmenia</b> (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.05.2012)</li> <li>• <b>Swiss Life Partner</b> (AUB 2008 SLP, Stand 01.04.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.04.2012: PRIMUS PLUS mit Standard-Progression)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 mit Festrente)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 mit Festrente)</li> </ul>



## Kinder bis 14 Jahre

Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung	Risikounfallversicherung mit 500% Progression: Invaliditätsleistung	Unfallrente
 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 und PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 und PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>Swiss Life Partner</b> (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)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex3+)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex2)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex3+)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex2)</li> </ul>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Haftpflichtkasse Darmstadt</b> (AUB 2010, Stand 01/2012: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz)</li> <li>• <b>Swiss Life Partner</b> (AUB 2008 SLP, Stand 01.04.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.04.2012: PRIMUS PLUS)</li> <li>• <b>VHV</b> (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Haftpflichtkasse Darmstadt</b> (AUB 2010, Stand 01/2012: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 und ohne PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 und ohne PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>Swiss Life Partner</b> (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit voller Leistung ab 75 % Invalidität und Premium-Progression)</li> <li>• <b>VHV</b> (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• nicht vergeben</li> </ul>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Barmenia</b> (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.05.2012)</li> <li>• <b>Janitos</b> (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung Best Selection, Gliedertaxe Hand (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011])</li> <li>• <b>Janitos</b> (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung Best Selection, Gliedertaxe Bein (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011])</li> <li>• <b>Janitos</b> (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung Best Selection, Gliedertaxe Sinnesorgane (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011])</li> <li>• <b>Swiss Life Partner</b> (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS ohne Premium-Progression)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Barmenia</b> (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.05.2012)</li> <li>• <b>Swiss Life Partner</b> (AUB 2008 SLP, Stand 01.04.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.04.2012: PRIMUS PLUS mit Standard-Progression)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 mit Festrente)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 mit Festrente)</li> </ul>

► Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien finden Sie unter [www.witte-financial-services.de](http://www.witte-financial-services.de). Weitere empfehlenswerte Tarife auf [www.witte-financial-services.de/File/ratings.php](http://www.witte-financial-services.de/File/ratings.php) sowie Leistungsvergleiche zu ausgewählten Unfalltarifen im Menüpunkt „Finanzdienstleistungen“.

## Kinder ab 14 Jahre

### Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung



- **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)



- **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)



- **Barmenia** (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.05.2012)
- **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)

### Risikounfallversicherung mit 500% Progression: Invaliditätsleistung



- **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)



- **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)



- **Barmenia** (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.05.2012)
- **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)

### Unfallrente



- **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)





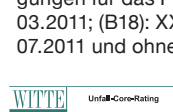
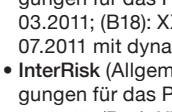

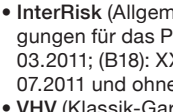



- nicht vergeben



- **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**

<b>Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung</b>	<b>Risikounfallversicherung mit 500% Progression: Invaliditätsleistung</b>	<b>Unfallrente</b>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 und PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 und PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 und ohne PlusProgression 500%)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex3+)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex2)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex3+)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex2)</li> </ul>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>VHV</b> (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 und ohne PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>VHV</b> (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• nicht vergeben</li> </ul>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Barmenia</b> (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.05.2012)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 und ohne PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>VHV</b> (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010)</li> <li>• <b>Barmenia</b> (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.05.2012)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 mit Festrente)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 mit Festrente)</li> </ul>

**Angehörige von Heilberufen**

<b>Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung</b>	<b>Risikounfallversicherung mit 225% Progression: Invaliditätsleistung</b>	<b>Risikounfallversicherung mit 600% Progression: Invaliditätsleistung</b>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL, Stand 07.2011 mit HeilberufeTaxe, Stand 03.2011).</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL, Stand 07.2011 mit HeilberufeTaxe, Stand 03.2011)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Janitos</b> (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Gliedertaxe Mediziner (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011]).</li> </ul>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Janitos</b> (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Gliedertaxe Mediziner (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011]).</li> </ul>		

# 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: 62 stationäre Ergänzungs- und Optionstarife  
Anbieter im Test: 31

**Wertung:** Gold, Silber, Bronze




**Stand:** 30.08.2012

► Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien finden Sie unter [www.witte-financial-services.de/File/ratings.php](http://www.witte-financial-services.de/File/ratings.php)

## Einzelrating Bedingungen


	1- und 2-Bettzimmertarife	2-Bettzimmertarife
	<b>Barmenia</b> (Tarif: VS100 + ESZ, Stand 01.2011) <b>Union</b> (Tarif: KlinikPrivat/1, Stand 05.2012)	<b>Barmenia</b> (Tarif: VS200 + ESZ, Stand 01.2011) <b>Union</b> (Tarif: KlinikPrivat/2, Stand 01.2009)
	<b>CSS</b> (Tarif: CSS.clinic, Stand 11.2008)* <b>Hallesche</b> (Tarif: CSA 100, CSW1, Stand 05.2012)	<b>CSS</b> (Tarif: CSS.clinic2, Stand 06.2007)*
	<b>Concordia</b> (Tarife: SZ1 und SZ PLUS, Stand 01.2010) <b>Mannheimer</b> (Tarife: ZSW, Stand 01.2010; ZSWR-OPT, Stand 01.2009)	<b>Concordia</b> (Tarife: SZ2 und SZ PLUS, Stand 01.2010) <b>Hallesche</b> (Tarif: CSA 100, CSW2, Stand 05.2012) <b>Mannheimer</b> (Tarif: ZWS, Stand 01.2010)

## Einzelrating Prämienniveau Männer im Eintrittsalter 25 bis 55 Jahre

	1- und 2-Bettzimmertarife	2-Bettzimmertarife
	<b>Barmenia</b> (Tarif: S, Stand 01.2011) <b>Concordia</b> (Tarif: SZ 1, Stand 01.2012) <b>CSS</b> (Tarif: CSS clinic, Stand 11.2008)* <b>HUK-Coburg</b> (Tarif: SZ, Stand 05.2011) <b>Janitos</b> (Tarife: JA Stationär, Stand 07.2010; JA Stationär Plus, Stand 07.2010)* <b>LKH</b> (Tarif: 400, Stand 01.2010)	<b>CSS</b> (Tarif: CSS.clinic2, Stand 06.2007)
	<b>Axa</b> (Tarif: Komfort, Stand 01.2012) <b>Hallesche</b> (Tarif: CSA100 / CSW1, Stand 05.2012)	<b>Arag</b> (Tarif: 262, Stand 07.2011) <b>DEVK</b> (Tarif: ST-G2, Stand 01.04.2009) <b>Ergo Direkt</b> (Tarif: SZ, Stand 01.2008) <b>uniVersa</b> (Tarif: SZ II, Stand 01.2010)
	<b>Arag</b> (Tarif: 261, Stand 07.2011) <b>Concordia</b> (Tarif: SZ 1 und SZ1 Plus, Stand 01.2010) <b>Nürnberger</b> (Tarif: SZ1, Stand 01.2009)	<b>Concordia</b> (SZ 2, Stand 01.2010)

\* Tarif ohne Altersrückstellungen bei Erwachsenen

# 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: 62 stationäre Ergänzungs- und Optionstarife  
Anbieter im Test: 31

**Wertung:** Gold, Silber, Bronze




**Stand:** 30.08.2012

► Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien finden Sie unter [www.witte-financial-services.de/File/ratings.php](http://www.witte-financial-services.de/File/ratings.php)

## Einzelrating Bedingungen




	1- und 2-Bettzimmertarife	2-Bettzimmertarife
	<b>Barmenia</b> (Tarif: VS100 + ESZ, Stand 01.2011) <b>Union</b> (Tarif: KlinikPrivat/1, Stand 05.2012)	<b>Barmenia</b> (Tarif: VS200 + ESZ, Stand 01.2011) <b>Union</b> (Tarif: KlinikPrivat/2, Stand 01.2009)
	<b>CSS</b> (Tarif: CSS.clinic, Stand 11.2008)* <b>Hallesche</b> (Tarif: CSA 100, CSW1, Stand 05.2012)	<b>CSS</b> (Tarif: CSS.clinic2, Stand 06.2007)*
	<b>Concordia</b> (Tarife: SZ1 und SZ PLUS, Stand 01.2010) <b>Mannheimer</b> (Tarife: ZSW, Stand 01.2010; ZSWR-OPT, Stand 01.2009)	<b>Concordia</b> (Tarife: SZ2 und SZ PLUS, Stand 01.2010) <b>Hallesche</b> (Tarif: CSA 100, CSW2, Stand 05.2012) <b>Mannheimer</b> (Tarif: ZWS, Stand 01.2010)

## Einzelrating Prämienniveau Männer im Eintrittsalter 25 bis 55 Jahre


	1- und 2-Bettzimmertarife	2-Bettzimmertarife
	<b>Barmenia</b> (Tarif: S, Stand 01.2011) <b>Concordia</b> (Tarif: SZ 1, Stand 01.2012) <b>CSS</b> (Tarif: CSS clinic, Stand 11.2008)* <b>HUK-Coburg</b> (Tarif: SZ, Stand 05.2011) <b>Janitos</b> (Tarife: JA Stationär, Stand 07.2010; JA Stationär Plus, Stand 07.2010)* <b>LKH</b> (Tarif: 400, Stand 01.2010)	<b>CSS</b> (Tarif: CSS.clinic2, Stand 06.2007)
	<b>Axa</b> (Tarif: Komfort, Stand 01.2012) <b>Hallesche</b> (Tarif: CSA100 / CSW1, Stand 05.2012)	<b>Arag</b> (Tarif: 262, Stand 07.2011) <b>DEVK</b> (Tarif: ST-G2, Stand 01.04.2009) <b>Ergo Direkt</b> (Tarif: SZ, Stand 01.2008) <b>uniVersa</b> (Tarif: SZ II, Stand 01.2010)
	<b>Arag</b> (Tarif: 261, Stand 07.2011) <b>Concordia</b> (Tarif: SZ 1 und SZ1 Plus, Stand 01.2010) <b>Nürnberger</b> (Tarif: SZ1, Stand 01.2009)	<b>Concordia</b> (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
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Prämienniveau - Frauen	<b>HUK-Coburg</b> (Tarif: SZ, Stand 05.2011) <b>Janitos</b> (Tarife: JA Stationär, Stand 07.2010; JA Stationär Plus, Stand 07.2010)* <b>LKH</b> (Tarif: 400, Stand 01.2010)	<b>HUK-Coburg</b> (Tarif: SZ, Stand 05.2011)
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Prämienniveau - Frauen	<b>Concordia</b> (Tarif: SZ1, Stand 01.2012) <b>CSS</b> (Tarif: CSS.clinic, Stand 11.2008)	nicht vergeben
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Prämienniveau - Frauen	<b>Arag</b> (Tarif: 261, Stand 07.2011) <b>Axa</b> (Tarif: Komfort, Stand 01.2012) <b>Barmenia</b> (Tarif: S, Stand 01.2011)	<b>Arag</b> (Tarif: 262, Stand 07.2011) <b>Ergo Direkt</b> (Tarif: SZ, Stand 01.2008) <b>uniVersa</b> (Tarif: SZ II, Stand 01.2012)

## Preis-/Leistungsniveau Männer

	1- und 2-Bettzimmertarife	2-Bettzimmertarife
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungsniveau - Männer	<b>Concordia</b> (Tarife: SZ1 und SZ PLUS, Stand 01.2010) <b>CSS</b> (Tarif: clinic, Stand 11/2008)* <b>Hallesche</b> (Tarif: CSA100 / CSW1, Stand 05.2012)	<b>CSS</b> (Tarif: CSS.clinic2, Stand 06.2007)*
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungsniveau - Männer	<b>Arag</b> (Tarif: 261, Stand 07.2011) <b>Janitos</b> (Tarif: JA Stationär Plus, Stand 07.2010)*	<b>Arag</b> (Tarif: 262, Stand 07.2011)
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungsniveau - Männer	nicht vergeben	nicht vergeben

## Preis-/Leistungsniveau Frauen

	1- und 2-Bettzimmertarife	2-Bettzimmertarife
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungsniveau - Frauen	<b>Concordia</b> (Tarife: SZ1 und SZ PLUS, Stand 01.2010) <b>CSS</b> (Tarif: CSS.clinic, Stand 11.2008)* <b>Hallesche</b> (Tarif: CSA100 / CSW1, Stand 05.2012)	<b>CSS</b> (Tarif: CSS.clinic2, Stand 06.2007)*
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungsniveau - Frauen	<b>Arag</b> (Tarif: 261, Stand 07.2011) <b>Janitos</b> (Tarif: JA Stationär Plus, Stand 07.2010)*	<b>Arag</b> (Tarif: 262, Stand 07.2011)
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungsniveau - Frauen	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 Bedingungsmerkmal, 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

<b>Basis:</b>	Tarife im Test: 268 Anbieter im Test: 26
<b>Wertung:</b>	Gold, Silber, Bronze
<b>Stand:</b>	13.09.2012

### 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))  
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 geforderten Versicherungssumme ist eine Beantragung in allen Ratingstufen nur telefonisch beim Versicherer, nicht jedoch online möglich!  
Anforderungen Gold (WFS 1):  
 monatliches 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  
Anforderungen Silber (WFS 2):  
 monatliches 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  
Anforderungen Bronze (WFS 3):  
 monatliches 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

#### 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: Januar 2012, 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)  
Folgende Tarifvarianten:
    - o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance ohne Beitragsrückgewähr (Bisex) – Flex
    - o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr (Bisex) – Flex
    - o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr und Domcura Assistance Paket Pflege (Bisex) – Flex
- 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  
Anforderungen Gold (WFS 1):  
 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  
Anforderungen Silber (WFS 2):  
 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  
Anforderungen Bronze (WFS 3):  
 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

## Bedingungsrating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung

### Domcura

- (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 Assistancelösungen der Privaten Pflege-Zusatzversicherung (PZV) der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-A 10-11 Stand: Oktober 2011)

#### Folgende Tarifvarianten:

- o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance ohne Beitragsrückgewähr (Unisex) - Flex
- o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr (Unisex) - Flex
- o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr und Domcura Assistance Paket Pflege (Unisex) - Flex
- o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr und Domcura Assistance Paket Pflege sowie Assistance-Paket Schutzengelgarantie (Unisex) – Flex

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

#### Anforderungen Gold (WFS 1):

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

#### Anforderungen Silber (WFS 2):

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

#### Anforderungen Bronze (WFS 3):

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

### Domcura

- (Versicherungsbedingungen für die Private Pflege- Zusatzversicherung (PZV) der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV 05 -11, Stand: Mai 2011: DOMCURA Pflege ASS , 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: DOMCURA Pflege ASS (Bisex): Flex)

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal 900 Euro monatliches Pflegegeld.

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

#### Anforderungen Gold (WFS 1):

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

#### Anforderungen Silber (WFS 2):

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

#### Anforderungen Bronze (WFS 3):

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

### Domcura

- (Versicherungsbedingungen für die Private Pflege-Zusatzversicherung (PZV)/UNISEX der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-UNISEX 01-12, Stand: Januar 2012: DOMCURA Pflege ASS, 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: DOMCURA Pflege ASS (Unisex): Flex)

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal 900 Euro monatliches Pflegegeld.

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

#### Anforderungen Gold (WFS 1):

monatliches Pflegegeld von min. 450 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 Euro in Pflegestufe I ambulant bzw. 1.300 Euro stationär, 1.050 Euro in Pflegestufe II ambulant bzw. 1.500 Euro stationär sowie 2.250 Euro in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär

#### Anforderungen Silber (WFS 2):

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

#### Anforderungen Bronze (WFS 3):

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



**Bedingungsrating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung**

**maxPool\***

- (Versicherungsbedingungen für die Private Pflege-Zusatzversicherung (PZV)/BISEX – mit Beitragsrückgewähr der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-BISEX (BRG) 01-12 Stand: Januar 2012, 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)

Folgende Tarifvarianten:

- o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance ohne Beitragsrückgewähr (Bisex) – Flex
- o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr (Bisex) – Flex

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

Anforderungen Gold (WFS 1):

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

Anforderungen Silber (WFS 2):

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

Anforderungen Bronze (WFS 3):

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

**maxPool**

- (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)

Folgende Tarifvarianten:

- o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance ohne Beitragsrückgewähr (Unisex) - Flex
- o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr (Unisex) - Flex

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

Anforderungen Gold (WFS 1):

monatliches Pflegegeld von min. 450 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 Euro in Pflegestufe I ambulant bzw. 1.300 Euro stationär, 1.050 Euro in Pflegestufe II ambulant bzw. 1.500 Euro stationär sowie 2.250 Euro in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär

Anforderungen Silber (WFS 2):

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

Anforderungen Bronze (WFS 3):

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

**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.

\* Die Bedingungen von maxPool und Domcura unterscheiden sich nur darin, dass bei der Domcura zusätzlich eine Einmalleistung in Höhe von 5.000 Euro bei unfallbedingter Einstufung in eine versicherte Pflegestufe eingeschlossen ist und dass das optional angebotene Domcura Assistance-Paket Pflege nicht verfügbar ist. Dieser Hinweis gilt auch für die jeweilige Bewertung mit Silber und Bronze.

## Bedingungsrating Pflegegeld- und Pflegegeldversicherung

### SDK

- (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.



### Hallesche

- (OLGA Extra, Stand 02.2011) mit einem Tagessatz von min. 60 Euro  
Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: 20% des Pflegegeldes 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)

### Münchener Verein

- (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)

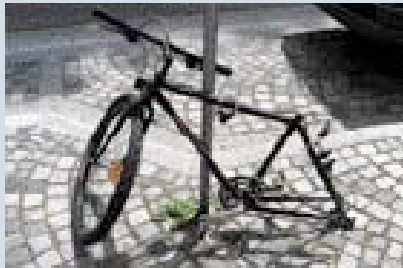
### Münchener Verein

- (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

# Rating Hausratversicherungen



Tarife mit Versicherungsschutz mit einer Versicherungssumme von 60.000 und 150.000 Euro

**Basis:** Tarife im Test: 321  
Anbieter im Test: 66 Versicherer bzw. Konzeptanbieter

**Wertung:** Gold, Silber, Bronze

**Stand:** 31.08.2012

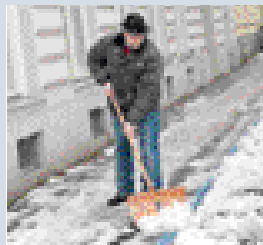
## Bedingungsrating

Basis: Versicherungssumme 60.000 Euro		
<p><b>InterRisk</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(VHB 2008-XXL, Stand 05.2011; BBE 2008, Stand 02.2009)</li> <li>(Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011, Bedingungen zur Hausratversicherung „XXL“ (B28), Stand 07.2011, Klauseln zur Hausratversicherung „XXL“, Stand 09.2011)</li> </ul> <p><b>Konzept &amp; Marketing</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(EV 2010, Stand 01.2012: allsafe casa - die Eigenheimversicherung)*</li> </ul>	<p><b>Konzept &amp; Marketing</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(allsafe Tarif select Z1, Stand 05.2011)</li> </ul> <p><b>Swiss Life</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(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)</li> <li>(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)</li> </ul>	<p><b>ASC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 06.2009)</li> </ul> <p><b>Haftpflichtkasse Darmstadt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(VHB 2010, Stand 01.2012: Hausratversicherung VARIO PLUS, Stand 01.2012)</li> </ul> <p><b>VHV</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(VHB 2011, BBH Klassik-Garant - Juli 2011, Baustein Exklusiv - Juli 2011, BWE 2011 - Privat: Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein)</li> </ul>
Basis: Versicherungssumme 150.000 Euro		
<p><b>InterRisk</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(VHB 2008-XXL, Stand 05.2011; BBE 2008, Stand 02.2009)</li> <li>(Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011, Bedingungen zur Hausratversicherung „XXL“ (B28), Stand 07.2011, Klauseln zur Hausratversicherung „XXL“, Stand 09.2011)</li> </ul> <p><b>Konzept &amp; Marketing (</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>EV 2010, Stand 01.2012: allsafe casa - die Eigenheimversicherung)*</li> </ul>	<p><b>Konzept &amp; Marketing</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(allsafe Tarif select Z1, Stand 05.2011)</li> </ul> <p><b>Swiss Life</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(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)</li> <li>(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)</li> </ul>	<p><b>ASC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 06.2009)</li> </ul> <p><b>Haftpflichtkasse Darmstadt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(VHB 2010, Stand 01.2012: Hausratversicherung VARIO PLUS, Stand 01.2012)</li> </ul> <p><b>VHV</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(VHB 2011, BBH Klassik-Garant - Juli 2011, Baustein Exklusiv - Juli 2011, BWE 2011 - Privat: Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein)</li> </ul>

\* 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](http://www.witte-financial-services.de/File/ratings.php)

# Rating Privathaftpflichtversicherungen



## Privathaftpflichtversicherungen für Familien, Paare und Singles: Leistungsvergleich

**Basis:** Tarife im Test: 560  
Anbieter im Test: 83

**Wertung:** Gold, Silber

**Stand:** 05.09.2012

### Bedingungsrating Privathaftpflichtversicherungen



Private Haftpflichtversicherung  
Besonders empfehlenswert!

**GOLD**

#### ASC

- (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 01.10.2011) mit 50 Mio. Euro PD\* (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 PD (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 PD (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 PD (P, S, V)

#### VHV

- (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 01.10.2011) mit 50 Mio. Euro PD (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 PD (P, S, V)
- (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 01.06.2009) mit 50 Mio. Euro PD (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 PD (P, S, V)

#### Helvetia

- AHB, Stand: 01.10.2010 (Druckstück H 9990-3), BBR für die Privat-Haftpflichtversicherung – Komfortschutz, Stand: 01.07.2012 (Druckstück H 9030-5): Komfortschutz mit / ohne Baustein JuraTel) mit 5, 10 oder 15 Millionen Euro PD für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- AHB, Stand: 01.10.2010 (Druckstück H 9990-3), BBR für die Privat-Haftpflichtversicherung – Komfortschutz mit / ohne Bausteine Plus und Mobil bzw. mit / ohne Bausteine Plus, Mobil und JuraTel, Stand: 01.07.2012 (Druckstück H 9030-5): Komfortschutz mit Baustein Plus, Stand 2012) mit 50 Millionen Euro PD für Personen-, Sach- und Vermögensschäden, maximal 15 Mio. Euro je geschädigter Person

#### 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 PD (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 PD (P, S, V)

#### Invers

- (VARIO Status, Stand 01.01.2010) mit 10 und 50 Mio. Euro PD (P, S, V)
- (VARIO Plus, Stand 01.01.2010) mit 10 und 50 Mio. Euro PD (P, S, V)

#### Janitos

- (AHB, Stand 01.01.2008; BBR, Best Selection 2010, Stand 01.04.2010) mit 10 Mio. Euro PD (P, S) und 10 Mio. Euro Deckungssumme (V) oder mit 15 Mio. Euro PD (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 PD (P, S) und 10 Mio. Euro Deckungssumme (V) oder mit 15 Mio. Euro PD (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 u. 15 Mio. Euro PD (P, S, V) Für Neugeschäft geschlossen!
- (AT 2010, PHV 2010: allsafe Tarif select Z1 – Stand 10/2010) mit 10 und 15 Mio. Euro PD (P, S, V)

#### maxPool

- (VARIO, Stand 01.01.2010) mit 10 und 50 Mio. Euro PD (P, S, V)

#### NV-Versicherungen

- (AHB 2008, Stand 01.2008, Privatmax. 4.0, Stand 10.2010) mit 10 Mio. Euro PD (P, S) und 10 Mio. Euro Deckungssumme (V)
- (AHB 2008, Stand 01.2008, NV PrivatPremium, Stand 10.2010) mit 15 Mio. Euro PD (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 PD (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 PD (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 PD (P, S, V)

#### Syncro24

- (PHV VARIO Plus, Stand 01.01.2010) mit 10 und 50 Mio. Euro PD (P, S, V)
- (PHV VARIO Status, Stand 01.01.2010) mit 10 und 50 Mio. Euro PD (P, S, V)

\* Pauschale Deckungssumme

# Rating Wohngebäudeversicherungen



- *Einfamilienhäuser*
- *Zweifamilienhäuser*
- *Mehrfamilienhäuser*

**Basis:** Tarife im Test: 256  
Anbieter im Test: 55 Versicherer bzw. Konzeptanbieter

**Wertung:** Gold, Silber, Bronze

**Stand:** 31.08.2012

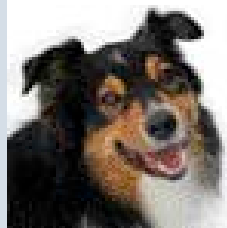
► Analysiert wurden ganz oder überwiegend privat genutzte Wohngebäudeversicherungen ohne Berücksichtigung eines möglichen Einschusses von Glasschäden. Sofern geforderte Mindestleistungen nur gegen Zuschlag mitversichert werden können, wurde ein solcher Mindestzuschlag berücksichtigt. Nicht berücksichtigt wurde ein möglicher Mehrbedarf für die Mitversicherung von Geothermie- oder Photovoltaikanlagen. Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien finden Sie unter [www.witte-financial-services.de](http://www.witte-financial-services.de).



Bedingungsrating Einfamilienhäuser		
<p><b>InterRisk</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft B 01; Bedingungen zur Wohngebäudeversicherung „XXL“ B 38, Stand 03.2011)</li> <li>• (VGB 2008-XXL-Wohnflächenmodell: XXL-Konzept, Stand 05.2011)</li> </ul> <p><b>Konzept &amp; Marketing</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (EV 2010, Stand 01.2012: allsafe casa – die Eigenheimversicherung)*</li> </ul>	<p><b>Konzept &amp; Marketing</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (GB 2010: allsafe Tarif select Z1, Stand 05.2011)</li> </ul>	<p><b>VHV</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (VGB 2011 – Wert 1914, Fassung Juli 2011: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wert 1914, Fassung Juli 2011)</li> <li>• (VGB 2011 – Wohnfläche, Fassung Juli 2011: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wohnfläche, Fassung Juli 2011)</li> </ul>
Bedingungsrating Zweifamilienhäuser		
<p><b>InterRisk</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft B 01; Bedingungen zur Wohngebäudeversicherung „XXL“ B 38, Stand 03.2011)</li> <li>• (VGB 2008-XXL-Wohnflächenmodell: XXL-Konzept, Stand 05.2011)</li> </ul> <p><b>Konzept &amp; Marketing</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (EV 2010, Stand 01.2012: allsafe casa – die Eigenheimversicherung)*</li> </ul>	<p><b>Konzept &amp; Marketing</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (GB 2010: allsafe Tarif select Z1, Stand 05.2011)</li> </ul>	<p><b>VHV</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (VGB 2011 – Wert 1914, Fassung Juli 2011: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wert 1914, Fassung Juli 2011)</li> <li>• (VGB 2011 – Wohnfläche, Fassung Juli 2011: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wohnfläche, Fassung Juli 2011)</li> </ul>
Bedingungsrating Mehrfamilienhäuser		
<p><b>InterRisk</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft B 01; Bedingungen zur Wohngebäudeversicherung „XXL“ B 38, Stand 03.2011)</li> <li>• (VGB 2008-XXL-Wohnflächenmodell: XXL-Konzept, Stand 05.2011)</li> </ul>	nicht vergeben	<p><b>VHV</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (VGB 2011 – Wert 1914, Fassung Juli 2011: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wert 1914, Fassung Juli 2011)</li> <li>• (VGB 2011 – Wohnfläche, Fassung Juli 2011: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wohnfläche, Fassung Juli 2011)</li> </ul>

\* 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: 404  
Anbieter im Test: 72

**Wertung:** Gold, Silber

**Stand:** 05.09.2012

## Bedingungsrating (Tarife für die selbständige Hundehalterhaftpflichtversicherung)



### KonzeptA

- (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 **Achtung: Neugeschäft in diesem Tarif nicht mehr möglich!**
- (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)



### KonzeptA

- (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)

### 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 Z1, Stand 05.2011) mit 10 Mio. oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V) **Achtung: Neugeschäft in diesem Tarif nicht mehr möglich!**

### 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)

### Konzept & Marketing

- (allsafe Tarif select Z2, Stand 11.2011) mit 10 Mio. oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V)
- (allsafe Tarif select Z1, Stand 05.2011) mit 10 Mio. oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V) **Achtung: Neugeschäft in diesem Tarif nicht mehr möglich!**

### 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)

**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*

<b>Basis:</b>	Tarife im Test: 238 Anbieter im Test: 36
<b>Wertung:</b>	Gold, Silber, Bronze
<b>Stand:</b>	24.09.2012

## Bedingungsrating Jagdhaftpflichtversicherung



Jagd-Haftpflichtversicherung für Jäger und Förster

**GOLD**

### Gothaer Allgemeine Versicherung AG

- AHB, Stand 01/2008, BBR, Stand 01.2011
  - AHB, Stand 01/2008, BBR, Stand 01.2011 mit Klausel 144
- Tarife mit 6 oder 15 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- u. Vermögensschäden

*Versicherter Personenkreis:* Der Versicherungsnehmer als Jäger, Jagdpächter und Jagdherr bzw. als Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner  
*Innovationsklausel:* ja / *GDV-Garantie:* nein



Jagd-Haftpflichtversicherung für Jäger und Förster

**SILBER**

### degenia Versicherungsdienst AG

- AHB 2008, Stand 11.2011; Besondere Bedingungen für die Jagd-Haftpflichtversicherung (Stand 11/11) premium (DEG-JHV-002)
- 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.

Tarife mit 10 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

*Versicherter Personenkreis:* Der Versicherungsnehmer als Jäger, Jagdpächter und Jagdherr bzw. als Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner  
*Innovationsklausel:* ja / *GDV-Garantie:* nein

*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.*

### Inter

- (AHB, Stand 15.08.2012; I. Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Jagdhaftpflichtversicherung, Stand 01.10.2012 – Version 24.09.2012; II. Ergänzung zu den Besonderen Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Jagdhaftpflichtversicherung - Jagdhaftpflichtversicherung während der Zeit der Ausbildung , III. Besondere Bedingungen für die Unfall-Versicherung von Jagdhunden: Premium) mit 10 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen- und Sachschäden sowie 1 Millionen Euro für Vermögensschäden

*Versicherter Personenkreis:* Jäger, Jagdpächter, Jagdherr (Jagdveranstalter), Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher, Falkner

*Innovationsklausel:* ja / *GDV-Garantie:* nein

### VGH

- AHB Stand Juli 2012, Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Jagd-Haftpflichtversicherung BBR 3, Ausgabe Mai 2012 mit Zuschlag für Klausel „Mitversicherung von Jagdunfällen, die den Tod, die Nottötung oder die tierärztliche Behandlung von Jagdhunden nach sich ziehen.“ Tarif mit 10 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

*Versicherter Personenkreis:* Der Versicherungsnehmer als Jäger, Jagdpächter und Jagdveranstalter bzw. als Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner

*Innovationsklausel:* ja / *GDV-Garantie:* nein



Jagd-Haftpflichtversicherung für Jäger und Förster

**BRONZE**

### Inter

- (AHB, Stand 15.08.2012; I. Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Jagdhaftpflichtversicherung, II. Ergänzung zu den Besonderen Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Jagdhaftpflichtversicherung - Jagdhaftpflichtversicherung während der Zeit der Ausbildung , III. Besondere Bedingungen für die Unfall-Versicherung von Jagdhunden: Basis und Exklusiv) mit 6 oder 8 Millionen Euro Deckungssumme pauschal (P, S) sowie 1 Millionen Euro Deckung (V)

*Versicherter Personenkreis:* Jäger, Jagdpächter, Jagdherr (Jagdveranstalter), Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher, Falkner; *Innovationsklausel:* ja / *GDV-Garantie:* nein

*Besonders zu beachten:* Versicherungsschutz für nicht geprüfte Jagdhunde besteht nur, sofern dieser besonders vereinbart wurde.

### VGH

- AHB Stand Juli 2012, Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Jagd-Haftpflichtversicherung BBR 3, Ausgabe Mai 2012, Tarife mit 5 und 10 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- AHB Stand Juli 2012, Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Jagd-Haftpflichtversicherung BBR 3, Ausgabe Mai 2012 mit Zuschlag für Klausel „Mitversicherung von Jagdunfällen, die den Tod, die Nottötung oder die tierärztliche Behandlung von Jagdhunden nach sich ziehen.“

Tarif mit 5 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

*Versicherter Personenkreis:* s.o.; *Innovationsklausel:* ja / *GDV-Garantie:* nein

# Rating Pferdehalterhaftpflichtversicherungen



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

<b>Basis:</b>	Tarife im Test: 379 Anbieter im Test: 71
<b>Wertung:</b>	Gold, Silber
<b>Stand:</b>	05.09.2012

## 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).



### ConzeptA

- (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.

## 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.

► Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien finden Sie unter [www.witte-financial-services.de/File/ratings.php](http://www.witte-financial-services.de/File/ratings.php)