

# Risiko & Vorsorge

BU-Politik

Transparente Anträge / Prozessquote /  
Psychische und psychosomatische Erkrankungen

12. Jahrgang  
Ausgabe 2-2013  
4,90 Euro

## Faire Versicherer im Leistungsfall

- ▶ NEU: Das Ranking!  
Investmentfonds in Fondspolicen
- ▶ BU-Marketing für Makler  
Ein Blick in die Tageszeitung
- ▶ Qualifikations-update  
Fachwissen Pflege-Bahr
- ▶ Auslandsreise-Krankenversicherung  
Barmenia zeichnet sich aus





## Warten auf ...

Ist das Redaktions-Telefon ein guter Indikator zur Bestimmung des Markt-Niveaus? Ich weiß es nicht! Vielleicht liegt es daran, dass es bei unseren Anrufern zwei klar zu unterscheidende Personengruppen gibt.

A: Der Know-how Makler, der nach Material und persönlichen Informationen fragt, um sein Geschäft anzufeuern.

B: Der Warte-Makler, der von einem neuen Wunderprodukt träumt, um endlich so richtig durchstarten zu können.

An einem Tag, wo Typ B anruft, hat man das Gefühl, dass ganz einfach die Zeit stehen geblieben ist. Typische Eingangsfrage: „Ich habe gehört, dass es da jetzt einen neuen BU-Tarif geben soll. Kennen Sie den?“

„Ja, wir haben schon mehrfach darüber berichtet.“

„Ach ja. Und, was meinen Sie? Kann man den verkaufen?“

„Nun, ich kenne das Kundenprofil nicht. Geben Sie mir doch bitte kurz einige Daten.“

„So genau wollte ich es auch nicht wissen. Nur, ob man den gut verkaufen kann.“

„Fordern Sie doch einfach mal das Bedingungsmerk an.“

„Ach nee. Meinen Sie? Das interessiert doch keinen. Welche Immobilienfonds kann man denn eigentlich noch so verkaufen?“

„Meinen Sie geschlossene Fonds?“

„Hm, nennen Sie mal Namen.“

„...“

„Die kenne ich nicht. Lohnt sich das?“

„Darf ich fragen, wie lange Sie bereits als Makler tätig sind?“

„Wissen Sie, ich bin ein ganz alter Hase.“

„Ach so!“



Herzlichst  
Ihr

Klaus Barde  
Herausgeber

# PFLEGE

Der große Ratgeber  
zu allen Pflege-Themen



Direkt bestellen:  
[info@bhm-marketing.de](mailto:info@bhm-marketing.de)

**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.bhm-marketing.de

**Anzeigen:**  
KarinK lawunn  
Tel. 05 51-5 85 11  
Fax: 05 51-4 36 32  
Es gilt der Anzeigentarif „Finanz-Vertrieb“ vom 01. Dezember 2012

**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.

**Erscheinungsweise:**  
Vierteljährlich.

**NEU: Ab Ausgabe 3/2013**  
als Online-Magazin (vierteljährlich)  
Abo-Preis: 16,- Euro zzgl. 19 % MwSt.

**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 Fernsendungen 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.makler-pflege.de  
www.finanzarchiv.com  
www.promakler.de

**BU-Politik**

9

BU-Risiko psychische und psychosomatische Erkrankungen ..... 9  
Checkliste: Qualitätskriterien für die BU-Selektion ..... 11  
Private BU: Die richtige Antwort zur gesetzlichen Erwerbsminderungsrente ..... 12  
Heidelberger Leben: Leistungen sind entscheidend ..... 14  
Basler: Leistungsregulierung ..... 16  
BU-Fragebogen der Gesellschaften ..... 18  
LV1871: Ermittlung der Prozessquote ..... 28  
Soldaten-Dienstunfähigkeitsklauseln ..... 32  
Matthias Helberg: Maklermeinung ..... 35  
Die Bayerische: Unser Gesamtpaket ..... 36  
Deutsche Rück: Außenregulierung in der BU ..... 38  
BU-Marketing für Makler ..... 40

**Pflege-Bahr**

42

Preis-Leistungsvergleich ..... 42  
Vorteile und Nachteile von geförderten Pflagegeld-Tarifen ..... 47  
Tabelle: Leistung & Prämien-Niveau ..... 48  
Deutsche Familienversicherung: Enormes Marktpotential ..... 50

**Haftung: InterRisk schließt Haftungsfall**

52

**Haftpflicht: Erweiterte Vorsorgedeckung HK Darmstadt**

54

**Unfall: Überraschungen bei Interlloyd**

58

**Auslandsreiseversicherung: Fall-Beispiel Barmenia**

62

**Bewertungsportal: „Finde-Deinen-Makler“**

66

**Rating**

68

Erläuterungen zur Rating-Qualität ..... 68  
Neues von der Funktionsinvaliditätsversicherung ..... 70  
Rating Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) ..... 73  
Rating Stationäre Krankenzusatztarife ..... 77  
Rating Unfallversicherungen ..... 78  
Rating Pflagegeld- und Pflagegeldversicherung ..... 82  
Rating Pflege-Bahr ..... 87  
Rating Privathaftpflichtversicherungen ..... 90  
Rating Wohngebäudeversicherungen ..... 93  
Rating Hausratversicherungen ..... 94  
Rating Hundehalterhaftpflichtversicherungen ..... 95  
Rating Jagdhaftpflichtversicherungen für Jäger/Förster ..... 96  
Rating Pferdehalterhaftpflichtversicherungen ..... 97

**NEU Fonds-Policen: Investmentfonds-Ranking**

98



**1** Eine Erfahrung:

Wir betrauen Sie im Team, weil wir so den besten Service bieten können.

Stephan Leitner – Allianz Maklerbetreuer (Sach)  
Julia Halli – Allianz Maklerbetreuerin Vertriebsunterstützung (Sach)

### **Der Maklerservice der Allianz: persönlich, schnell und kompetent.**

Weil jeder anders ist und andere Anforderungen hat, brauchen Sie einen Partner, der Ihnen vor allem eines bietet: Zeit. Zeit, auf Sie einzugehen und Ihre Anliegen flexibel und individuell umzusetzen. Einen, bei dem Sie nicht einer von vielen sind, sondern bei dem viele für Sie da sind. Bei der Allianz steht hinter jedem Maklerbetreuer ein starkes Team, damit wir Ihnen jederzeit schnell und kompetent Lösungen bieten können. Erfahren Sie mehr über die Produkte und Services der Allianz Versicherungs-AG bei Ihrem Maklerbetreuer oder unter [www.makler.allianz.de](http://www.makler.allianz.de)

**Allianz** 

**Arbeitskreis Beratungsprozesse: Beratungsdokumentation**

„Mit der Beratungsdokumentation, wie sie das VVG vorschreibt, haben Vermittler fünf Jahre lang Erfahrungen sammeln können. Insbesondere Makler stützen sich auf die Empfehlungen vom Arbeitskreis Beratungsprozesse, vormals Arbeitskreis EU-Vermittlerrichtlinie. Nun hat eine mit Juristen besetzte Arbeitsgruppe des Arbeitskreises die Erfahrungen ausgewertet und die „Erläuterungen für die Beratungsdokumentation“ überarbeitet sowie optimiert. Im Zentrum steht der Beratungsvorgang des Maklers. Hier empfiehlt der Arbeitskreis, neben den Wünschen und Bedürfnissen des Kunden auch den Beratungsprozess selbst zu dokumentieren.

*Versicherte Risiken dokumentieren*

Die wesentlichen Eckpunkte Versicherungsschutzes müssen abgeklärt und dokumentiert werden. Darüber hinaus sollte ein Makler in seiner Dokumentation festhalten, warum einzelne Lösungen

nicht in Betracht kommen. Eine wesentliche Passage ist die Empfehlung eines geeigneten Versicherungsunternehmens. Der Arbeitskreis rät, die Auswahl des Versicherers und die konkrete Produktauswahl plus Begründung zu dokumentieren. Diese Dokumentation umfasst die Empfehlung des Maklers und alle für den Kunden relevanten Kriterien. Auch das Verhältnis von Preis und Leistung soll in die Dokumentation Eingang finden. Mehrfachagenten empfiehlt der Arbeitskreis dringend, ihre Versichererauswahl ebenfalls zu begründen, sofern sie in der beratenen Sparte mehr als einen Versicherer vertreten.

*Entscheidung des Kunden festhalten*

Makler sollten in jedem Fall die Entscheidung ihres Kunden dokumentieren. Sie sollten ebenfalls notieren, welchen Empfehlungen mit welcher Begründung ein Kunde nicht folgt.

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



**Maklerrecht: Courtage trotz gekündigter Courtagevereinbarung**

Kündigt ein Versicherer (VR) einem Versicherungsmakler (VM) aufgrund mangelnder Produktion die Courtagevereinbarung, so erlischt die Zahlung von Bestandspflegecourtage dadurch nicht.

Der VR ist verpflichtet solange Courtage aus bestehenden Verträgen des VM zu zahlen, bis der Vertrag vom VN selbst gekündigt wird oder dieser eine anderweitige Betreuung wünscht. Die einzige Auswirkung einer gekündigten Courtagevereinbarung ist lediglich die Ablehnung des VR für Neugeschäft des VM. Selbst die Berufung des VR auf mangelnde Betreuungsleistungen des VM, verwehrt seinen Courtageanspruch nicht. Der Klage eines Versicherungsmaklers in dieser Sache wurde vom Landgericht Hamburg Recht gegeben und der Versicherer zur Courtagezahlung verurteilt.

Der vollständige Urteilstext kann unter [kanzlei@berater-lehnert.de](mailto:kanzlei@berater-lehnert.de) nachgefragt werden. Die Kanzlei empfiehlt, vor Nutzung des hier zitierten Urteils eine Abklärung vorzunehmen.

**■ Pflege-Bahr & Neugeschäft**

Im Makler-Absatzbarometer\* für das IV. Quartal 2012 wurde zum Thema Pflege-Bahr nachgefragt.

Vier von zehn befragten Maklern gaben an, dass es dank der staatlichen Förderung zu einer gesteigerten Nachfrage kommen wird. Dies entspricht nahezu dem Anteil der Makler, die ihre Kunden im ersten Halbjahr 2013 gezielt mit einer Marketingaktion auf die staatliche Förderung der privaten Pflegeversicherung ansprechen wollen.

\*[www.yougov.de](http://www.yougov.de)

**■ Tagung: Versicherungsvertrieb der Zukunft**

Auf dieser, von zahlreichen Experten unterstützten Tagung, wird auch der Vertriebsweg Makler unter die Lupe genommen. Pools, Plattformen, Power, Portale, Personal heißen die Parameter. Die Integrationsmöglichkeiten verschiedener Vertriebswege werden im Rahmen des Innovativen Vertriebswegemanagements analysiert.

15.04.2013 - 16.04.2013, Köln / Lindner Hotel City Plaza, *Anmeldung: Management Center of Competence (MCC), Telefon: 02421/12177-0*  
[mcc@mcc-seminare.de](mailto:mcc@mcc-seminare.de)

**Weichkosten bei Energiefonds sinken deutlich**

*Scope hat die Entwicklung der Weichkosten von geschlossenen Fonds untersucht. Ergebnis: Bei Immobilienfonds nahm die anfängliche Kostenbelastung zu. Im Bereich Energiefonds hingegen sind die durchschnittlichen Weichkosten deutlich gesunken.*

Sämtliche anfängliche Kosten eines Geschlossenen Fonds werden als Weichkosten bezeichnet. Es ist der Teil des Anlegerkapitals, der nicht in das Investitionsgut fließt. Scope hat die Entwicklung der Weichkosten inklusive Agio in Prozent des Eigenkapitals für die verschiedenen Segmente der geschlossenen Fonds analysiert.

**Immobilien-Fonds Inland 2012: 18,8 Prozent Weichkosten**

Im Bereich Immobilien sind die durchschnittlichen Weichkosten im Jahr 2012 leicht angestiegen. Während im Jahr 2011 die durchschnittlichen Weichkosten inklusive Agio in Prozent des Eigenkapitals 17,9% für Immobilien Inland und 15,9% Prozent für Immobilien Ausland betragen, waren es bei Fonds, die im Jahr 2012 emittiert wurden, im Durchschnitt 18,8% bzw. 17,4%. Im Vergleich dazu sind die Weichkosten im Bereich Schiffe und Leasing zum Vorjahr leicht gesunken. Waren es im Jahr 2011 noch 18,4% bei Schiffen und 17,3% bei Leasingfonds, betragen die Weichkosten im vergangenen Jahr 17,3% bei Schiffen und 16,9% im Bereich Leasing.

**Energie-Fonds 2012: 18,5 Prozent Weichkosten**

Auffällig war, dass im Bereich Energie die Weichkosten im Jahr 2012 deutlich gesunken sind. Während Energiefonds im Jahr 2011 durchschnittliche Weichkosten inklusive Agio in Prozent des Eigenkapitals in Höhe von 22,1% auswiesen, waren es im Jahr 2012 im Durchschnitt nur noch 18,5%. Eine Verringerung um 3,5 Prozentpunkte. Was sind die Gründe dafür? Zum einen ist die Einspeisevergütung europaweit zum Teil deutlich gesunken. Zum anderen nimmt der Wettbewerb um attraktive Investitionsobjekte zu.  
[www.scope.de](http://www.scope.de)

### Studie: Fondspolices werden immer wichtiger

Das zeigt eine Umfrage von Fidelity Worldwide Investment unter mehr als 100 Entscheidern aus der Versicherungsbranche und Vertretern von Aufsichtsbehörden.

Mehr als vier von fünf Branchenvertretern (83 Prozent) glauben demnach, dass es wegen des dauerhaft niedrigen Zinsumfelds im Neugeschäft der Lebensversicherungen Verschiebungen zugunsten fondsgebundener Produkte geben wird.

40 Prozent dieser Marktteilnehmer sind der Meinung, dass gemanagte Varianten in Fondspolices infolge der zunehmenden Regulierungsdichte in der Anlageberatung wichtiger werden. Gleichzeitig schätzen aber 23 Prozent, dass die Auswahl von Einzelfonds weiterhin dominieren wird.

„Dieses Ergebnis belegt einen Trend, den wir auch in unserem täglichen Ge-

schäft beobachten. Lebensversicherer fragen neben Einzelfonds neuerdings verstärkt komplette, gemanagte Portfoliolösungen nach“, sagt Nils Hemmer, Leiter Vertrieb an Versicherungen bei Fidelity Worldwide Investment in Deutschland.

#### Anhaltende Zinsflaute

Deutlich mehr als die Hälfte der Befragten (60 Prozent) geht davon aus, dass die aktuelle Niedrigzinsphase noch zwischen einem und fünf Jahren anhalten wird.

Gut ein Drittel der Befragten (35 Prozent) ist sogar der Meinung, dass Investoren noch bis zu einem Jahrzehnt mit der Zinsflaute leben müssen. Nur ein kleiner Teil (4 Prozent) hält es für möglich, dass sich das aktuelle Zinsumfeld binnen Jahresfrist verbessert.

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

### ■ MiFID II

Der endgültige Gesetzentwurf zur MiFID II nimmt Gestalt an.

Von Relevanz für Finanzanlageberater und -vermittler ist unter anderem die Anforderung, dass diese künftig ihre Kunden vorab informieren müssen, ob sie unabhängig beraten oder nicht. Darüber hinaus hat der unabhängige Berater ein Research zu einer ausreichenden Zahl von auf dem Markt angebotenen Finanzinstrumenten zu unterhalten. Es ist für den Berater zudem zwingend, das vollständige Verbot von Gebühren, Provisionen und sonstigen monetären Vorteilen von dritter Seite zu beachten, wenn er sich als vollkommen unabhängiger Berater vermarkten will. Folglich kann sich nur der Berater als „unabhängig“ bezeichnen, der direkt vom Anleger bezahlt wird (Honorarberater). Das Gesetzesvorhaben orientiert sich am britischen Modell eines Provisionsverbots in der unabhängigen Beratung. *EU-Kommission Brüssel*



## So einfach geht Antrag!

**Neu: Online-Risikoprüfung und elektronische Unterschrift.**

Deutschlandpremiere bei der Bayerischen: Ab sofort brauchen Sie bei Vertragsabschlüssen (BU, Schwere Krankheiten, Multi PROTECT) kein Papier mehr. Risikoprüfung, Antrag, Unterschrift – alles funktioniert komplett digital, nur mit Notebook und Smartphone oder Tablet.

[diebayerische-makler.de](http://diebayerische-makler.de)



INNOVATIONSPREIS-IT

BEST OF 2013

initiative  
mittelstand

BRANCHENSOFTWARE



# die Bayerische

Versichert nach dem Reinheitsgebot



## BU-Politik

# Kriterien für Gesellschaften, auf die sich der Makler auch im Leistungsfall verlassen kann!

Heute zählt in der BU für den Makler nicht mehr allein die Qualität des Produkts. Er begegnet immer häufiger der Kundenfrage: „Und was ist im Leistungsfall? Kann ich mich dann auch noch auf die von Ihnen empfohlene Gesellschaft verlassen?“ Das gewachsene Misstrauen des Verbrauchers beruht auf der fortlaufenden Berichterstattung über strittige sowie oft erst nach vielen Jahren vor Gericht für den Kunden positiv entschiedene Leistungsfälle. Hinzu kommen die Insider-Berichte ehemaliger Sachbearbeiter der Gesellschaften.

Können der BU-Antrag und die Abwicklungsprozesse im eventuellen BU-Leistungsfall schon im Voraus so strukturiert werden, dass auf die massiv imageschädigende „Verweigerungs- und Prozesskultur“ verzichtet werden kann? Oder sind einige BU-Versicherer aufgrund unseriöser Annahme- und Prämienpolitik sowie der Fehleinschätzung neuer BU-Risiken (Psychische Erkrankungen) geradezu gezwungen, eine gezielte Leistungsverweigerung zu betreiben?

### ■ Wohin fährt der BU-Zug? Stellt am Ende der Staat die Weichen?

Der Abschluss einer Berufsunfähigkeits-Versicherung (BU) zu realisieren, wird für den Verbraucher immer schwieriger. Im Wettbewerb der Gesellschaften beobachtet der Makler eine immer differenziertere Bedingungs- und Preispolitik. Parallel dazu schrumpft stetig die Zielgruppe. Wir erinnern uns: Zielgruppen-Differenzierung in der BU bedeutete vor

2000 weitgehend die Unterscheidung von Angestellten und Arbeitern. Heute muss der Makler je nach Gesellschaft und Tarif eine Fülle von Berufsgruppen oder Tätigkeitsfeldern mit teilweise für den Kunden kaum nachvollziehbaren Risikoprofilen zur Kenntnis nehmen.

Das Spiel heißt: Bring mir das beste Risiko ins Haus – lass die schlechten Risiken außen vor. Das geschieht allen schon dadurch, dass die schlechten Ri-

siken allein schon auf dem Feld der Berufsgruppen-Segmentierung für einen Standardhaushalt unbezahlbar sind.

Die Prämienspreizung zwischen „Büro“ und „Baugerüst“ hat in einigen Tarifen den Faktor 1:5.

Damit fällt für den Makler ein Großteil des Marktes flach. Er berät auf verlorenem Posten, seine Beratung wird überflüssig. Wenn es nach zwei Stunden Gespräch zum Schwur kommt, kann der

Kunde ohnehin den individuell notwendigen monatlichen BU-Beitrag nicht leisten. Der Makler hat umsonst terminiert. Paradox: Die, die in der Arbeitswelt geringen Risiken ausgesetzt sind, sichern sich ab. Die, die BU-Schutz benötigen, können nicht zahlen. Somit haben wir, zumindest seit gut 10 Jahren, etliche Versicherer mit Bedingungswerken auf hohem Niveau und zugleich eine fortschreitende Zugangsbegrenzung zu diesen Tarifen.

Der deutliche Trend in die Richtung, BU-Tarife anstelle von Berufsgruppen anhand ausbildungs- und tätigkeitsspezifischer Merkmale zu kalkulieren ist zudem noch nicht ausgeschöpft. Diese neuen Ausdifferenzierungen ergeben frische Anreize für das Marketing und damit einhergehend auch für die Verkaufs-Argumentation des Maklers. Sie ändern jedoch nichts an der prämientechnisch bedingten „Unversicherbarkeit“ der Berufsgruppen, die sich über einen hohen Anteil körperlicher Arbeit definieren.

Zweifelsfrei ist zudem: Der Vertrauensverlust von Maklern und Verbrauchern hinsichtlich einer bedingungsgemäßen Leistungserfüllung in der Berufsunfähigkeitsversicherung beeinträchtigt das Neugeschäft. Und am Horizont leuchtet schon wieder ein neues Kalkulationsmoment: Anfang 2015 treten neue EU-Vorschriften zur Risikovorsorge in Kraft.

*Riester / Rürup / Bahr / ...*

Längst nicht alle Versicherer befürworten die hier aufgezeigte Entwicklung, können sich ihr aber faktisch nicht entziehen. Hält die Fahrt des BU-Zuges in der zu beobachtenden Richtung an, dann stellt am Ende der Staat die Weichen. Der GDV kann vorsorglich bereits an den entsprechenden Presse-Mitteilungen arbeiten.

**■ Not macht erfinderisch**

Die aktuelle Situation weckt auch alte Instinkte aus Strukturzeiten. Wie jedem Makler ersichtlich, kann bei der Angabe des Tätigkeitsfeldes des Versicherten ordentlich „phantasiert“ werden. Wer sich am wenigsten bewegt, lebt am preiswertesten – zumindest auf dem Feld der BU-Versicherung. Auch der Kunde wird verführt, sich zur Mumie zu reduzieren. So wird im BU-Antrag schon beim Abschluss die Munition für die spätere Leistungsverweigerung des Versicherers scharf gemacht.

**■ Weniger ist Mehr**

Wäre es da nicht einfacher, sich beim Marketingwettbewerb um die komplexesten Berufsgruppen- und Tätigkeitsfelder an die Seitenlinie zu stellen? Wenige, klare Fragestellungen für ein leicht kommunizierbares Prämientableau. Der Kunde liebt es nicht kompliziert. Wer als Versicherer zu kompliziert kalkuliert, provoziert auf den zweiten Blick auch mehr Risiko im Bestand und gefährdet die Pämienstabilität.

**■ Leistungspolitik**

Gibt es eine Leistungsregulierung, die unabhängig von den wirtschaftlichen Rahmendaten eines Versicherers operiert? Nein! Und somit gibt es teilweise signifikante Unterschiede in der Leistungsfallregulierung der Berufsunfähigkeitsversicherer. Diese Unterschiede sind folglich nicht nur der Organisationsqualität der Arbeitsabläufe und der Qualifikation der Sachbearbeiter geschuldet. Es gibt einen stetig gewachsenen Druck auf die Leistungsregulierung. Der Makler kann seinen Kunden in diesem Punkt nur schützen, wenn er sich für die Anträge entscheidet, die mit einer unumstößlichen Definition der Begrifflichkeiten aufwarten. Was das Bedingungswerk „verspricht“, muss der Antrag gewährleisten können. Immer vorausgesetzt, dass auch der Kunde seinen Anteil von Auskunftswahrheit und lückenloser Dokumentation beiträgt.

*Keiner tut es*

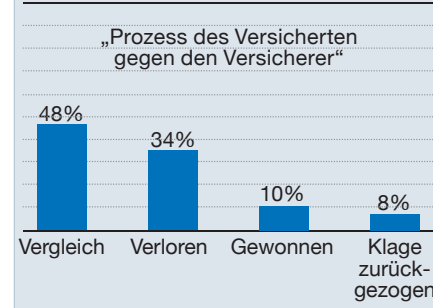
Keiner tut es. Wenn, dann sind es immer die anderen. Die verzögerte bis schikanöse Leistungsfallbearbeitung, Ablehnungen ohne fundierte Begründung, durchsichtige Vergleichsangebote, zwei-

felhafte Gutachterinstitute – es sind immer nur „Einzelfälle“.

Wo verläuft die glaubwürdige Grenzziehung zwischen ambitionierter Leistungsfallprüfung und gezielter Leistungsfallverschleppung bis hin zur ungerechtfertigten Verweigerung der BU-Leistung?

Grenzen des Anstands gegenüber dem Versicherten werden gezielt und nicht per Zufall überschritten. Dieses Phänomen ist aber nicht nur hausgemacht. Es wurde und wird weiterhin zusätzlich angeschoben durch die Verschiebung in der Palette der BU-Risiken. Der Faktor psychische und psychosomatische Erkrankungen hat dabei besonderes Gewicht.

**BU ist komplex:** Hier sind juristische, medizinische und berufskundliche Aspekte miteinander verwoben. Gemäß einer Auswertung von Morgen & Morgen dauert der Weg bis zur BU-Entscheidung im Durchschnitt 101 Tage. Für 23 Prozent der Fälle jedoch mehr als 140 Tage. Für das Thema „Prozess des Versicherten gegen den Versicherer“ dokumentierte Morgen & Morgen folgende Werte:



## BU-Risiko psychische und psychosomatische Erkrankungen

**Auch die gravierende Zunahme psychischer Erkrankungen beeinflusst das Leistungsverhalten**

Psychische Erkrankungen sind zur Nummer 1 im Ranking der Krankheitsfelder geworden, die zur Erwerbsunfähigkeit führen. Männer erhalten die Diagnose „psychische Störungen“ bereits bei mehr als jeder dritten Erwerbsunfähigkeitsrente (35,2 Prozent). Rückblickend zählte diese Diagnose vor dreißig Jahren

nur bei 8,5 Prozent der Renten. Frauen kamen auf einen Wert von 8,7 Prozent. 2011 betrug dieser 47 Prozent!

Legt man die Zahlen der Deutschen Rentenversicherung zugrunde, erreicht heute nahezu jeder vierte Arbeitnehmer nicht mehr die Altersrente. Er wird zuvor erwerbsunfähig.



*Auswirkungen psychischer und psychosomatischer Erkrankungen auf die zukünftige BU-Politik*

In der Schere zwischen der fortlaufenden Nachbesserung der Risiko-Bewertung des Versichertenbestandes und dem nicht immer auskömmlich kalkulierten Prämienaufkommen, wissen sich einige Gesellschaften nicht mehr anders zu helfen, als

- a) dem Bedingungswerk zuwider zu handeln
- b) den Leistungsbezug im BU-Fall mittels diverser Maßnahmen zu verzögern bzw. den Kunden auf juristischem Wege auszubluten.

Wer hier noch von schwarzen Schafen spricht, verniedlicht eine Problemstellung, der sich alle BU-Versicherer im Interesse der Marktrepputation stellen müssen. Und es steht eine weitere Herausforderung an: Das Versichertenrisiko in der Berufsunfähigkeitsversicherung ist mit der kontinuierlichen Zunahme von Leistungsfällen auf der Basis von Leistungsdruck, Stress und Überbelastung (Burnout-Syndrom / Depression) drastisch gestiegen.

*Das „Beste“ kommt noch!*

Die Versicherer werden hier mit einer gesamtgesellschaftlichen Entwicklung konfrontiert, die ihren Zenit noch nicht erreicht hat. Die vor allem seit 2001 aufgebauten Bestände in der privaten Berufsunfähigkeitsversicherung kommen nun vermehrt in ein Alter, in welchem gesundheitliche Probleme generell zunehmen. Den radikalen Anstieg psychischer Erkrankungen hatte jedoch in diesem Zusammenhang kein Aktuar auf der Agenda.

**Standardfall: Depression**

Das Instrumentarium zur Diagnose einer Depression ist heute breit genug aufgestellt, um zu sicheren Befunden zu kommen. Entsprechend hoch ist die Quote der gutachterlichen Anerkennungen.

Berufstätige mit einer schweren Depression können den Anforderungen ihres Arbeitsplatzes meist in keiner Form mehr genügen. Häufig kommt es zu einem sichtbaren Zusammenbruch jedweder Arbeitshaltung. Arbeitgeber reagieren bisweilen auf unvermeidliche Weise mit Kündigung. Eine Neuanschließung wird in dieser Lebensphase selten gefunden, es fehlt die Energie dafür.

*Depression*

Bei einer Depression handelt es sich im medizinischen Sinne um eine ernste Erkrankung.

Die Ursachen depressiver Erkrankungen sind komplex und nur teilweise verstanden. Es ist von einem Zusammenwirken mehrerer Ursachen auszugehen: sowohl biologische Faktoren als auch entwicklungsgeschichtliche Erfahrungen, aktuelle Ereignisse und kognitive Verarbeitungsmuster spielen eine Rolle. Die Depression ist zudem die am häufigsten auftretende psychische Erkrankung. Das deutsche Bundesgesundheitsministerium schätzt, dass in

Deutschland vier Millionen Menschen von einer Depression betroffen sind und dass gut zehn Millionen Menschen bis zum 65. Lebensjahr eine Depression erlitten haben.

Bei Frauen werden Depressionen im Durchschnitt doppelt so oft wie bei Männern diagnostiziert.

*Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)*

Eng verbunden mit dem Bild der Depression ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).

Eine Posttraumatische Belastungsstörung ist eine psychische Erkrankung. Ihr gehen ein oder mehrere belastende Ereignisse von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentem Ausmaß voran. Dabei muss die Bedrohung nicht unbedingt die eigene Person betreffen, sondern kann auch bei anderen erlebt werden.

Die PTBS tritt in der Regel innerhalb von einem halben Jahr nach dem traumatischen Ereignis auf und wird von unterschiedlichen psychischen und psychosomatischen Symptomen begleitet.

Häufig kommt es zum Gefühl von Hilflosigkeit, sowie durch das traumatische Erleben zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses.

Von einer Berufsunfähigkeit aus psychischen Gründen ist heute gut ein Viertel der Versicherten betroffen. Wie kann man nun diese zusätzliche Belastung für den Kreis der Versichertengemeinschaft nachträglich wirtschaftlich so gestalten, dass

alle Verträge im Leistungsfall korrekt erfüllt werden? Ein Rückversicherer sagte uns hierzu: „Sehen Sie, wenn ich einen „Großschaden“ in der BU abwimmeln kann, habe ich die Mittel, um z.B. vier kleine Fälle sauber zu befriedigen.“

**DAK Gesundheitsreport 2013**

*Krankschreibungen von Arbeitnehmern aufgrund psychischer Erkrankungen auf neuem Höhepunkt*

Der Krankenstand lag 2012 bei 3,8 Prozent, so der DAK Gesundheitsreport 2013. Die psychischen Erkrankungen nahmen weiter zu. Nach dem Muskel-Skelettsystem sind sie für den zweitgrößten Anteil bei den Ausfalltagen verantwortlich.

Je nach Branche zeigten sich deutliche Unterschiede beim Krankenstand. Öffentliche Verwaltung und Gesundheitswesen zeigen mit 4,4 Prozent den

höchsten Wert. Bildung, Kultur und Medien werden mit 3,0 Prozent und dem damit niedrigsten Wert ausgewiesen. Mitarbeiter von Banken und Versicherungen warten mit 3,1 Prozent auf.

Der Report dokumentiert, dass Krankschreibungen von Arbeitnehmern aufgrund psychischer Erkrankungen 2012 einen neuen Höhepunkt erreichten. Seit 2000 ist hier die Anzahl der Fehltage pro 100 Versicherte um 94 Tage angestiegen.

1997 meldete sich nur jeder 50. Erwerbstätige wegen eines psychischen Leidens krank, 2012 war es bereits jeder 22. Der Begriff „Burnout“ war jedoch in 2012 nur auf im Verhältnis dazu sehr wenigen Krankschreibungen vermerkt (Jeder 5 hundertste Mann, jede 330 zigste Frau).

*Argumentationshilfe für jeden Makler*  
Kostenfreier Download: [www.presse.dak.de](http://www.presse.dak.de)

### ■ Thema Bruttobeitrag

Die Höhe des Bruttobeitrags ist bei der Produktauswahl oft nicht im Fokus. Die Differenz zwischen Netto- und Bruttoprämie kann aber im Einzelfall bis zu über 100 Prozent betragen. Welcher Makler weist den Kunden schon darauf hin, dass sich die Beiträge tatsächlich bis zur vereinbarten Bruttoprämie erhöhen können.

Liegen Brutto- und Nettobeitrag bei einem der in die Wahl gezogenen Tarife ohnehin schon dicht beieinander, sollte der Bruttobeitrag zählen. Spielt die Überschussbeteiligung eines Tages nicht mehr mit, dann wird das Haushaltsnetto des Kunden nicht plötzlich unnötig strapaziert.

Der Bruttobeitrag ist der tatsächlich kalkulierte Tarifbeitrag bei einer Berufsunfähigkeitsversicherung. Darin müssen alle Risiken des Marktes berücksichtigt werden. Muss weniger Leistung erbracht werden, so entstehen Überschüsse, die vom Bruttobeitrag abgezogen werden können. Zudem können Überschüsse durch die mit den Beiträgen der Kunden erwirtschafteten Erträge sowie durch geringere als die ursprünglich kalkulierten Kosten entstehen. Die Überschüsse führen in der Beitragsverrechnung zum Zahlbeitrag (Nettobeitrag).

### ■ Der Kunde kann nicht alles haben

Der BU-Markt wurde und wird auch weiterhin von überzogenem Anspruchsdienken aufgrund von Informationsdefiziten auf Seiten des Verbrauchers und der klassischen Verbraucherschutzmedien getrieben. Auch deshalb verzeichnen wir Top-Leistungen und niedrige Beiträge – jedoch nicht für die Mehrheit, sondern für eine Minderheit der Bevölkerung.

### ■ Misstrauen

Die BU-Rente ist immer auch eine Existenzfrage für den Kunden. Kein Wunder, dass die BU-Sparte den Ruf hat, konjunktur- und betrugsanfällig zu sein. In Krisenzeiten plus Arbeitslosigkeit steigt die Zahl der Anträge, sagen Rückversicherer. Leistungsprüfer mit dieser Erfahrung haben entsprechend einen doppelt scharfen Blick.

### ■ Männer & Frauen

Seit dem 21. Dezember 2012 darf das Geschlecht auch bei der Tarif-Kalkulation in der BU nicht mehr berücksichtigt werden. Auffällig ist jedoch, dass sich bei genauem Hinsehen Berufe mit hohem Frauenanteil bei vergleichbarem Tätigkeitsprofil im Prämienvergleich des Öfteren als teurer kalkuliert herausstellen.

#### Checkliste: Qualitätskriterien für die BU-Selektion

- ✓ Antrag: Alle Gesundheits- und gefahrerheblichen Fragen sind dahingehend zu prüfen, ob sie inhaltlich absolut klar, einfach verständlich und transparent formuliert sind. Nicht präzise sind zum Beispiel Begriffe wie Abgeschlagenheit, Magenbeschwerden, Atemstörungen, Gelenkschmerzen, Leistungsabfall, Schmerzen, Schwindel und Verschleiß. Derartige Begriffe sind nicht nur schwammig. Sie betreffen zudem nahezu jeden Menschen. Vor allem in dem meist abgefragten Zeitrahmen von 5 Jahren. Aus diesen Begriffen Hinweise auf nicht angezeigte Vorerkrankungen zu lesen, ist unseriös. Verlass ist vor diesem Hintergrund auf das BU-Antrags-Rating von Franke & Bornberg sowie Morgen & Morgen.
- ✓ berufsspezifische Klauseln, die das Kundenprofil abdecken
- ✓ Klare Regelungen zum versicherten Beruf und zur versicherten Lebensstellung. Beispiel: Eine Verweisung darf erst dann erfolgen, wenn die mögliche Beschäftigung zum Einstellungszeitpunkt der Lebensstellung des Versicherten entspricht
- ✓ Nachversicherungsgarantien zur Erhöhung des Versicherungsschutzes
- ✓ Aussagen zur Regelung der Prämienleistung bei Zahlungsschwierigkeiten
- ✓ Niedrige Differenz zwischen Brutto- und Nettobeitrag (siehe oben)
- ✓ Verbindliche Aussagen zur durchschnittlichen Regulierungsdauer bei Leistungsfällen einschließlich verbindlicher Aussagen zum generellen Leistungsfallmanagement

## Die Welt der Honorarberatung

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

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

## Private BU: Die richtige Antwort zur gesetzlichen Erwerbsminderungsrente

Seit 2001 wurden die Regelungen für die gesetzlichen Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten geändert. Betroffen von der Neuregelung waren alle Arbeitnehmer, die zu dem Zeitpunkt jünger als 40 Jahre alt waren. Anspruch auf eine so genannte Erwerbsminderungsrente hat seither nur, wer keine andere Tätigkeit in einem bestimmten Umfang mehr ausüben kann. Der erlernte Beruf und das bisher erzielte Erwerbseinkommen sind im Rahmen der gesetzlichen Erwerbsminderungsrenten ohne Bedeutung. Eine volle Erwerbsminderungsrente erhält zudem nur, wer weniger als drei Stunden am Tag arbeiten kann. Die private Berufsunfähigkeitsversicherung wurde somit zum optimalen Produkt zur Absicherung des Arbeitskraftverlustes. Die BU zahlt dem Versicherten die vereinbarte Leistung in der Regel dann, wenn er aus gesundheitlichen Gründen seinen bisherigen Beruf zu mindestens 50 Prozent nicht mehr ausüben kann.

### § 43 SGB VI regelt den Anspruch auf Erwerbsminderungsrente

Der Anspruch auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit setzt (neben der Erfüllung der medizinischen Voraussetzungen) auch voraus, dass die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren vor dem Versicherungsfall und die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt werden. Gemäß § 43 SGB VI besteht ein Anspruch auf Rente bei Erwerbsminderung, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

1. Nichtvollendung der Regelaltersgrenze,
2. Vorliegen von teilweiser oder voller Erwerbsminderung,
3. Vorhandensein von 36 Kalendermonaten (3 Jahren) an Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung (versicherungsrechtliche Voraussetzung) und
4. Erfüllung der allgemeinen Wartezeit von fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung.

### Die Abstufungen der gesundheitlichen Leistungsfähigkeit

Eine Rente wegen Erwerbsminderung wird als Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung geleistet. Ausschlaggebend für diese Einordnung ist der Grad der Leistungsfähigkeit, den der Arzt bescheinigt hat sowie die Frage, ob das vorhandene Restleistungsvermögen die Ausübung einer Berufstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zulässt. Entscheidend für die Gewährung dieser Rente ist grundsätzlich die gesundheitliche Leistungsfähigkeit für eine Tätigkeit unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes, bezogen auf eine 5-Tage-Woche. Sie wird in folgenden Stundenstufungen angegeben:

- 6 Stunden und mehr,
- 3 bis unter 6 Stunden oder
- unter 3 Stunden.

Wer – unabhängig von der Arbeitsmarktlage – unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes noch mindestens 6 Stunden täglich tätig sein kann, ist nicht erwerbsgemindert.

Eine teilweise Erwerbsminderung liegt vor, wenn Versicherte wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit nur noch 3 bis unter 6 Stunden täglich im Rahmen einer 5-Tage-Woche unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig sein können.

Eine volle Erwerbsminderung liegt vor, wenn Versicherte wegen Krankheit oder Behinderung unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes auf nicht absehbare Zeit nur noch weniger als 3 Stunden täglich im Rahmen einer 5-Tage-Woche erwerbstätig sein können. Weiterhin gibt es wegen der ungünstigen Arbeitsmarktsituation arbeitsmarktbedingte Renten wegen Erwerbsminderung. Versicherte, die noch mindestens 3, aber nicht mehr 6 Stunden täglich arbeiten könnten, jedoch arbeitslos sind, erhalten bei Erfüllung der weiteren Anspruchsvoraussetzungen eine volle Erwerbsminderungsrente.

## BU-NEWS

### ■ Volkswahl Bund: Kombination aus BU- und Pflegeversicherung

Der neue Tarif „BU Plus“ beinhaltet einen Schutzbrief, der dem Kunden einen sofortigen Pflegeschutz während der gesamten Dauer der Berufsunfähigkeitsversicherung bietet. Im Pflegefall erhält der Kunde zusätzlich zur Leistung aus der BU-Police eine lebenslange Pflegerente. Nach Auslauf der BU kann eine Anschluss-Pflegerenten-Versicherung ohne Gesundheitsfragen abgeschlossen werden. Zwischenzeitlich eingetretene Vorerkrankungen des Kunden bleiben unberücksichtigt.

Preis-Beispiel: Prämie „BU Plus“-Tarif gegenüber „BU“-Tarif.

30-jähriger Industriekaufmann, 1.000 Euro BU-Rente bis Alter 65 Jahre zahlt 50,70 Euro statt 43,03 Euro monatlich. Gesamtrente im Pflegefall: 2.000 Euro. [www.volkswahlbund.de](http://www.volkswahlbund.de)

### ■ Nürnberger: ärztliches Zeugnis bei hohen BU-Abschlüssen

Kunden, die Berufsunfähigkeits-Policen mit einer Jahresrente von mehr als 30.000 Euro oder Todesfallsummen von über 300.000 Euro beantragen, bietet die Nürnberger zur Risiko-Prüfung den „M-Check direkt“ an. Er wird von der Medicals Direct Deutschland GmbH durchgeführt. Der Medizin-Dienstleister vereinbart, nachdem der Vermittler den Antrag inklusive der Gesundheitsfragen ausgefüllt hat, innerhalb von 24 Stunden nach Beauftragung durch die Nürnberger mit dem Antragsteller einen Untersuchungstermin. Auf Wunsch auch in der Wohnung des Kunden. [www.nuernberger.de](http://www.nuernberger.de)

### ■ Medizinische Reha-Leistungen ziehen sehr stark an.

Von 2005 bis 2012 wuchs die Anzahl der medizinischen Reha-Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung um rund 25 Prozent auf 1,1 Millionen. Dieser Wert wurde auf dem 22. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium in Mainz genannt. Als ursächlich hierfür werden die Alterung der Gesellschaft, das sich verändernde Krankheitsspektrum und

die sich wandelnde Arbeitswelt aufgeführt. Die geburtenstarken Jahrgänge der 1960er- und 1970er-Jahre erreichten vermehrt ein Alter, in dem der Rehabedarf wachse. Zugleich beginne die sozialpolitisch angestrebte Verlängerung der Lebensarbeitszeit zu wirken, so Axel Reimann, Direktor der Deutschen Rentenversicherung Bund.

[www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de)

#### ■ maxpool: Leistungsservice für Berufsunfähigkeitsversicherungen

Der BU-Leistungsservice von maxpool bietet den Kunden der dort angebundener Makler Unterstützung und Beratung bei der Geltendmachung von Versicherungsansprüchen im Leistungsfall. Ein Expertengremium aus Versicherungsfachleuten, medizinischen Fachberatern sowie auf Versicherungsrecht spezialisierten Rechtsanwälten betreut fachkundig und leistet im weiteren Verlauf bedarfsabhängig Unterstützung bei der Abwicklung von Leistungsansprü-

chen. Laut maxpool drohen spezifisch im Bereich der BU im Schadenfall Leistungsverzögerungen und Ablehnungen. Die unterschiedlichsten Krankheitsverläufe führen im Zusammenspiel mit individuellen Berufsbildern sehr häufig zu nicht ganz eindeutigen Ergebnissen oder unterschiedlichen Wahrnehmungen beim Kunden und beim Versicherer. Maxpool offeriert den Leistungsservice unabhängig vom ausgewählten Produkt für alle über maxpool platzierten BU-Tarifkonstellationen.

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

#### ■ Faktor BU-Unternehmensrating

Die Lebensversicherer AachenMünchener, ERGO, HDI, Nürnberger, Stuttgarter, Swiss Life und Zurich Deutscher Herold erhielten im BU-Unternehmensrating von Franke & Bornberg erneut die Bestnote „FFF“ für hervorragende Unternehmensqualität. Bewertet wird der professionelle Umgang mit dem Risiko Berufsunfähigkeit (BU). Das BU-Unter-

nehmensrating prüft Lebensversicherer vor Ort auf Antragsausgestaltung, klare Annahmerichtlinien und die Qualität der Leistungsfallbearbeitung. Neben der „Stabilität des BU-Geschäfts“ entscheiden die Bereiche „Kundenorientierung in der Angebots- und Antragsphase“ sowie die „Kundenorientierung in der Leistungsregulierung“ über die Notenvergabe.

[www.franke-bornberg.de](http://www.franke-bornberg.de)

#### ■ BU-Policen gelten als eher teures Versicherungsprodukt.

Haushalte mit weniger als 1.000 Euro Nettoeinkommen besitzen entsprechend nur zu 28 Prozent BU-Schutz. Haushalte ab 4.000 Euro Nettoeinkommen sind zu 56 Prozent gegen BU abgesichert. In den Einkommensgruppen dazwischen sind mindestens 51 Prozent BU versichert. Je 38 Prozent der Personen ohne BU-Schutz verlassen sich auf den Ehepartner und das eigene Vermögen.

*Studie von Forsa und F.A.Z.-Institut im Auftrag der Gothaer (2012)*

Die  
1  
Nummer



## Sie punkten – und wir geben Ihnen Deckung.

Die Stuttgarter Haftungsfreistellung und Ihr Vergleichstool myScore – einmalig!\*

Jetzt anrufen und  
Rückendeckung sichern!  
**0711/665-2010**



[rueckendeckung.stuttgarter.de](http://rueckendeckung.stuttgarter.de)

Zukunft machen wir aus Tradition.



**Die Stuttgarter**  
Der Vorsorgeversicherer

Kundenfreundliche Zusatz-Services werden wichtiger

# Berufsunfähigkeitsversicherung: Leistungen sind entscheidend

Etwa jeder vierte bis fünfte Beschäftigte wird im Laufe seines Lebens berufsunfähig. Doch drei Viertel der Deutschen sind gegen die finanziellen Folgen nicht versichert. Bis 2001 gab es eine staatliche Grundabsicherung über die gesetzliche Rentenversicherung. Seither sollten alle nach dem 1.1.1961 Geboren privat vorsorgen. Bei der Auswahl des Anbieters kommt es vor allem auf sein Verhalten im Leistungsfall sowie auf kundenfreundliche Zusatz-Services an.



Thomas Klein,  
Head of Marketing & Sales der  
Heidelberger Leben

**2001** strich der Staat für alle ab 1961 Geborenen die finanziellen Leistungen für den Fall der Berufsunfähigkeit. Eine reduzierte Absicherung gibt es noch, die so genannte Erwerbsunfähigkeits-Rente (EU-Rente). Diese erhalten Arbeitnehmer vom Staat, wenn sie nur noch maximal sechs Stunden am Tag – wo auch immer – arbeiten können. Private BU-Versicherungen leisten bereits bei einer Berufsunfähigkeit von 50 Prozent eine monatliche Berufsunfähigkeits-Rente (BU-Rente) als Ersatz Einkommen.

## ■ „Mir passiert schon nichts!“ ist eine Fehleinschätzung

Umfragen zeigen, dass sich zwar 85 Prozent der Arbeitnehmer bereits Gedanken über Berufsunfähigkeit und ihre Folgen gemacht haben. Vier von fünf halten die Versicherung prinzipiell auch für wichtig. Statistiken zeigen: Etwa jeder vierte bis fünfte Beschäftigte wird im Laufe seines Lebens berufsunfähig. Dennoch sehen nur 13 Prozent der Menschen für sich persönlich das Risiko, berufsunfähig zu werden (Quelle: YouGov Marktforschungsinstitut 2012). Dabei raten Experten, Parteien und Verbände nahezu ausnahmslos zu einer Berufsunfähigkeits-Versicherung.

Denn nur mit einem Einkommensausgleich, wie zum Beispiel einer BU-Rente,

können Berufsunfähige ihren Lebensunterhalt wie vorher weiter bestreiten. Ohne diese Absicherung entsteht eine existenzielle Versorgungslücke. Das zeigt ein vereinfachtes Rechenbeispiel: Zahlt eine Versicherung beispielsweise 1.200 Euro BU-Rente über 25 Jahre lang, so hat der Versicherte eine Gesamtrente von rund 360.000 Euro bezogen (ohne Inflation und Dynamik). Aus eigener Kraft ist diese Summe für die meisten Kunden schwer aufzubringen und auch den monatlich ausgezahlten BU-Rentenbetrag aus anderen Quellen verfügbar zu machen, wird den wenigsten ohne weiteres möglich sein. Dennoch liegt die Quote nichtversicherter Menschen bei 75 Prozent.

## ■ Selbständige BU-Versicherung oder kombiniert als Zusatzversicherung?

Die meisten Anbieter haben inzwischen bei BU-Versicherungen zwei Modelle zur Auswahl: die Selbständige BU-Versicherung (SBU) und die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ). So auch die Heidelberger Leben.

Schließen Kunden Berufsunfähigkeits-Versicherungen als selbständige Variante ab, so sind sie bei finanziellen Engpässen flexibler. Allerdings brauchen Betroffene im Falle der Berufsunfähigkeit nicht nur einen finanziellen Ausgleich für

das monatlich fehlende Einkommen, sondern auch einen Ersatz für die fehlende gesetzliche Rente. Kunden können diese Lücke in der Altersversorgung dadurch schließen, dass sie ihre Berufsunfähigkeits-Versicherung mit einer privaten Altersvorsorge kombinieren. Etwa durch Abschluss einer Rentenversicherung mit BUZ.

Besonders interessant ist diese Kombination, weil der Versicherer im Falle der Berufsunfähigkeit die Beiträge für die vereinbarten Leistungen, auch für die private Rentenversicherung, übernimmt.

### ■ Kundenfreundliche Lösungen bei Eintritt der Berufsunfähigkeit sind essentiell

Zusagen wie sofortigen und weltweiten Versicherungsschutz oder auch Erhöhungsoptionen ohne Gesundheitsprüfung sollte die Versicherungs-Gesellschaft ebenso bieten wie eine Infektionsklausel für Mediziner. Auf das Recht, den Beitrag anzuheben oder den Vertrag zu kündigen, wenn Kunden unverschuldet falsche Gesundheitsangaben gemacht haben, sollte das Unternehmen ausdrücklich verzichten. Die Heidelberger Leben bietet dies ihren Versicherten.

Außerdem leistet das Unternehmen auch, wenn die Berufsunfähigkeit verspätet gemeldet wird – rückwirkend auf den Tag genau. Während geklärt wird, ob Anspruch auf eine BU-Rente besteht, können Versicherte ihre laufenden Beiträge zinslos aussetzen. Bei bestimmten schweren Erkrankungen leistet die Gesellschaft bis zur abschließenden Prüfung der Berufsunfähigkeit für maximal sechs Monate eine Soforthilfe (Ausnahme: Basisrentenverträge). Diese muss nicht zurückgezahlt werden, ganz gleich wie das Ergebnis ausfällt. Last but not least: Die bei Vertragsabschluss vereinbarten Leistungen werden ausgezahlt, auch wenn die Rentenleistung höher ausfällt als das aktuelle Einkommen des Versicherten.

### ■ Extra-Services für Kunden machen den entscheidenden Unterschied

Neben einem fairen und transparenten Bedingungsmerk sollten Kunden bei ihrer

BU-Versicherung auf folgende zusätzliche Services achten:

- *Möglichkeit zur telefonischen Risiko-Voranfrage:* Geeignet für Kunden, die wegen bestehender Krankheiten nicht sicher sind, ob und zu welchen Konditionen sie angenommen würden. Sie sind sofort im Bilde darüber, ob sie versicherbar sind. Außerdem: Wenn Kunden schon einmal schriftlich abgelehnt wurden, ist die Annahme bei anderen Anbietern schwieriger.

- *Die telefonische Gesundheitsprüfung (Teleunderwriting):* Die Möglichkeit, Gesundheitsfragen telefonisch zu beantworten, spart Kunden Zeit und Geld. Denn lange Wartezeiten entfallen und die Policingung kann deutlich schneller erfolgen, weil zum Beispiel auf Hausarztberichte verzichtet werden kann.

- *Außenregulierung:* Im Falle einer Berufsunfähigkeit sind viele Menschen froh, wenn sie den Antrag auf BU-Rente zuhause stellen können. Dabei sollten Mitarbeiter der Versicherungs-Gesellschaft Hilfe vor Ort leisten.

### ■ Leistungsquote: Ein guter Indikator

Doch so genau Kunden und Vermittler das Bedingungsmerk auch prüfen sollten – im Leistungsfall kommt es für Versicherte darauf an, dass die beantragte BU-Rente Monat für Monat auf ihrem Konto eingeht. Um einschätzen zu können, wie die Leistungspraxis der Gesellschaft aussieht, sollten sich Kunden und Vermittler mit den bisherigen Leistungsquoten beschäftigen. Die Heidelberger Leben hat in den letzten drei Jahren über 80 Prozent der beantragten BU-Renten geleistet.

### ■ Rating-Agenturen bestätigen hohe Qualität der Heidelberger BU-Versicherung

Die kundenfreundlichen Vertragsbedingungen der Heidelberger Leben wurden von mehreren Rating-Agenturen bewertet: So gaben unter anderen die unabhängigen Analysehäuser Morgen & Morgen sowie Franke und Bornberg jeweils Höchstnoten.

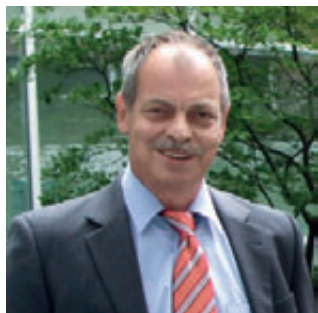
Nahezu täglich werden wir dazu aufgefordert, stärker Privatvermögen zu bilden – von Politikern, den Medien oder unserem Finanzberater. Aber wie funktionieren die Finanzmärkte eigentlich? Wissen wir, was wir tun, wenn wir eine Aktie kaufen oder eine Versicherung abschließen? Und: Tun wir das Richtige?



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

# Kompetenz des Versicherers bei der **Leistungsregulierung** einer Berufsunfähigkeitsversicherung

Einen Anbieter in seiner Regulierungspraxis zu bewerten, indem entsprechende Quoten von anerkannten Leistungsanträgen oder die Prozessquote herangezogen werden, erscheint einfach, logisch und transparent. Die Problematik liegt aber darin, dass es für diese Kennzahlen keine allgemein anerkannten und festgelegten Regeln gibt.



*Michael Maciejewski,  
Abteilungsleiter Underwriting  
und Leistung der Basler  
Lebensversicherungs-AG  
(vormals Deutscher Ring  
Lebensversicherungs-AG)*

## **Die Leistungsquote:**

*Welche Vorgänge sind dabei in einer Gleichung überhaupt mit einzubeziehen?*

Eine Ablehnung wegen Rücknahme des Antrages oder fehlender Reaktion des Kunden auf Beibringung von Unterlagen oder Nachweisen ist sicherlich anders zu betrachten, als eine Ablehnung nach einer vollständigen Leistungsprüfung. Bei der Basler Lebensversicherungs-AG fallen beispielsweise rund 10 bis 15 Prozent der Erstanfragen eines Jahrgangs in diese Fallgruppe. Wir berücksichtigen diese Vorgänge daher bei der Berechnung der Leistungsquote nicht. Ob auch eine befristete Anerkennung voll oder nur anteilig in eine Quote einfließen sollte, ist ebenfalls nicht klar festgelegt.

Die beiden Produktgruppen Beitragsbefreiung oder Barrente werden m. E. zu

Unrecht gemeinsam betrachtet. Die wirtschaftlichen Größenordnungen dieser Produkte unterscheiden sich erheblich. Eine gute Leistungsregulierung wird diesen Sachverhalt in der Prüfung berücksichtigen.

## **Sind alle Prozesse gleich zu bewerten?**

*Wann und wie sollten Klagen in ein Ergebnis einfließen?*

Die Klageerhebungsbetrachtung innerhalb eines Geschäftsjahres ist wenig aussagekräftig für den weiteren Verlauf und das abschließende Ergebnis der Klage. Um diese Verwerfungen zu glätten, sind die abgeschlossenen Klagen eines Kalenderjahres für die Betrachtung eher geeignet. Dadurch wird auch vermieden, dass zurückgezogene Klagen einfließen. Ob danach alle Prozessergebnisse gleichrangig zu bewerten sind, muss ebenfalls seine Berücksichtigung finden. Diese Effekte lassen sich gut anhand unserer Jahreszahl 2010 darstellen: Alle Prozesse wurden zu unseren Gunsten rechtskräftig entschieden. Es verbleiben für dieses Geschäftsjahr lediglich einige wenige Vergleiche. Eine Einigung mittels Vergleich kann jedoch nicht zwingend positiv oder negativ bewertet werden, denn sie hat kaum Aussagekraft zur Rechtslage der Ablehnungsentscheidung. Häufig werden Vergleiche lediglich geschlossen, um weitere langjährige juristische Verfahren mit erheblichen Kosten und Risiken für den Versicherer und den Kunden zu vermeiden. Eine Bewertung lässt sich daraus nicht ableiten.

## **Teleclaiming – eine Neuerung in der Leistungsregulierung**

Seit 2012 bietet die Basler Lebensversicherungs-AG fast allen Kunden das Teleclaiming im Leistungsfall an. Lediglich einige Krankheitsbilder sind dafür natürlich nicht geeignet. Dies muss von einem guten Leistungsprüfer erkannt und bei der Bearbeitung berücksichtigt werden.

In einem Telefonat werden beim Teleclaiming die benötigten Daten abgefragt und in den Fragebogen übertragen. Eine sofortige Hilfestellung zum Leistungsantrag ist dadurch möglich. Selbstverständlich entscheidet der Kunde, ob er diesen Weg mit uns beschreiten will, oder den herkömmlichen Fragebogen selbst ausfüllen möchte.

Fast 90% Prozent der angesprochenen Antragsteller gehen den Weg des Teleclaiming gern mit. Wir haben ab 2009 erste Versuche zur Umstellung der Leistungsfallbearbeitung in diese Richtung unternommen. Wir waren damit erfolgreich, so dass wir mittlerweile über eine entsprechende Anwendung mit dynamischer Fragegestaltung usw. verfügen.

Die wesentliche Veränderung liegt allerdings nicht in den technischen Abläufen, sondern in der Art der Bearbeitung durch den Leistungsmitarbeiter. Die Rückmeldungen der Kunden und Vertriebspartner auf diese Veränderungen sind sehr positiv. Ob eine entsprechende Produktgeberqualität in der Leistungsfallbearbeitung honoriert wird, müssen letztlich der Kunde und Makler entscheiden.

Finanzinformationen auf den Punkt gebracht.



Aktuelle Ausgabe März 2013

erhältlich über den Verlag  
CALLAS MEDIA GmbH · Greflingerstraße 3 · 93055 Regensburg  
info@performance-online.de · T.: 09 41 / 4 65 27 02-0 · F: 09 41 / 4 65 27 02-79




# BU-Fragebogen der Gesellschaften

BU-Versicherer hatten Gelegenheit, sich hinsichtlich der Verankerung der BU-Thematik „Psychische und psychosomatische Erkrankungen“ im Antrag sowie im Bedingungswerk ihrer Gesellschaften zu äußern. Zudem wurden Leistungsfall-Aspekte in der BU abgefragt.

Die hier veröffentlichten Angaben beruhen ausschließlich auf den Angaben der Versicherer. Im Rahmen dieser Übersicht kann der Makler einen ersten Vergleich ziehen und vertiefende Rückfragen bei den Gesellschaften führen.



		<b>Top-Tarif-Bezeichnung:</b> <b>SBU / BUZ</b>																
<p><b>Antrag</b>  <b>Gesundheitsfragen: Psychische und psychosomatische Erkrankungen</b>                      BAL 1127 01.13 MPP                      (C) Gesundheitserklärung der zu versichernden Person</p> <p>4. Waren Sie in den letzten 5 Jahren in ambulanter Behandlung von Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z. B. Krankengymnasten, Heilpraktikern, Physiotherapeuten)?</p> <p>5 e) Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren bei Ihnen Krankheiten und/oder Beschwerden der Psyche, des Gehirns, des Nervensystems (z. B. Depressionen, Angst, Essstörungen, Selbsttötungsversuch, psychosomatische Störungen, Epilepsie/Krampfanfälle, Lähmungen, Ohnmachten, Schwindel, Migräne, Multiple Sklerose, Parkinson)?</p> <p><b>Bedingungswerk</b>  <b>Psychische und psychosomatische Erkrankungen</b>                      Keine gesonderte Berücksichtigung</p> <p><b>Bearbeitung / Fristen ab Meldung des Leistungsfalls</b>                      Gemäß ABB.6.1. erhält der Kunde von uns eine Entscheidung über die Leistungspflicht innerhalb von 5 Tagen. Die Entscheidung im Rahmen des Teleclaimerverfahrens erfolgt binnen 2 Tagen.</p>	<p><b>Anerkannte Anträge in Prozent von 100</b></p> <table border="0"> <tr><td>2008:</td><td>66,7 %</td></tr> <tr><td>2009:</td><td>67,3 %</td></tr> <tr><td>2010:</td><td>60,1 %</td></tr> <tr><td>2011:</td><td>64,7 %</td></tr> </table> <p><b>Gesellschaftsspezifische Anmerkungen</b>  <b>Teleclaiming</b>                      Über den telefonischen Erstkontakt mit dem Versicherungsunternehmen wird dem Versicherten schnell und unbürokratisch geholfen. Gemeinsam mit dem Versicherten (nach vorheriger Zustimmung) wird der Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit in einem Telefoninterview ausgefüllt. Während der Versicherte seine Krankheitsgeschichte schildert, überträgt der Leistungsprüfer die Angaben in den Fragebogen. Hierbei ist es von Vorteil, dass der Leistungsprüfer beim Ausfüllen des Fragebogens sofort beratend und unterstützend eingreifen kann. Gerade die detaillierte Beschreibung der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit gestaltet sich oft als schwierig.                      Der Versicherte erhält den ausgefüllten Fragebogen zur Prüfung. In aller Ruhe können nun die Angaben kontrolliert und gegebenenfalls geändert oder ergänzt werden. Erst mit der Unterschrift werden die Angaben gültig.</p>	2008:	66,7 %	2009:	67,3 %	2010:	60,1 %	2011:	64,7 %	<p><b>Prozess-Quote</b></p> <table border="0"> <tr><td>2008:</td><td>5,2 %</td></tr> <tr><td>2009:</td><td>5,6 %</td></tr> <tr><td>2010:</td><td>1,3 %</td></tr> <tr><td>2011:</td><td>2,9 %</td></tr> </table>	2008:	5,2 %	2009:	5,6 %	2010:	1,3 %	2011:	2,9 %
2008:	66,7 %																	
2009:	67,3 %																	
2010:	60,1 %																	
2011:	64,7 %																	
2008:	5,2 %																	
2009:	5,6 %																	
2010:	1,3 %																	
2011:	2,9 %																	



## Top-Tarif-Bezeichnung: Condor Comfort-BUZ (D701, Stand 12/2012)

### Antrag

#### **Gesundheitsfragen: Psychische und psychosomatische Erkrankungen**

Antrag CLA 117 Net / Risikoangaben (B)

13. Bestehen derzeit oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Behinderungen, medizinisch behandelte Beschwerden oder geistige bzw. körperliche Schäden als Folgen von Krankheiten oder Verletzungen,

h) der Psyche (z.B. Angststörung, Depression, Essstörung)?

17. Sind Sie derzeit oder waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre länger als 2 Wochen in Behandlung von Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörigen Sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Physiotherapeut)?

### Bedingungswerk

#### **Psychische und psychosomatische Erkrankungen**

Sie sind durch die normale BU-Definition abgedeckt (§2 Abs. 1) und zusätzlich durch unser Alleinstellungsmerkmal der Leistung bei Arbeitsunfähigkeit (§2 Abs. 14). Hinweis: Dadurch wäre auch ein Burnout versichert, der nicht zwingend vom BU-Begriff erfasst ist, da Burnout noch nicht abschließend als Krankheit anerkannt ist.

### Bearbeitung / Fristen ab Meldung des Leistungsfalls

Der Workflow ist beigefügt. Ab Erhalt aller Unterlagen informieren wir verbindlich innerhalb von nur 10 Tagen über unsere Leistungsentscheid (§6 Abs. 1).

### Anerkannte Anträge in Prozent von 100

Zu den anerkannten Anträgen können wir keine Angaben machen.

### Prozess-Quote

Im Durchschnitt zwischen 2005 und 2011 beträgt unsere Prozessquote 2,78%.

### Gesellschaftsspezifische Anmerkungen

Aufgrund unseres Alleinstellungsmerkmals - der Leistung bei 6-monatiger Arbeitsunfähigkeit - entstehen sehr wenig Streitfälle, da eine Arbeitsunfähigkeit keinen BU-Grad hat und demzufolge auch nicht um diesen im Leistungsfall gestritten wird. Der Versicherte erhält den ausgefüllten Fragebogen zur Prüfung. In aller Ruhe können nun die Angaben kontrolliert und gegebenenfalls geändert oder ergänzt werden. Erst mit der Unterschrift werden die Angaben gültig.



## Top-Tarif-Bezeichnung: BUZ-T (01/13) bzw. BV-T (01/13)

### Antrag

#### **Gesundheitsfragen: Psychische und psychosomatische Erkrankungen**

Anlage 1: Antrag

Sind Sie in den letzten 5 Jahren von einem Arzt, Heilpraktiker oder Therapeut (z.B. Physiotherapeut, Psychotherapeut, Krankengymnast, Ergotherapeut) beraten, untersucht, nachuntersucht, behandelt, bestrahlt oder operiert worden?

Sind Sie in den letzten 5 Jahren von einem Arzt, Heilpraktiker oder Therapeut (z.B. Psychotherapeut) wegen Krankheiten oder Beschwerden der Psyche, des Gehirns, des Nervensystems (z. B. Depressionen, Gemütsstörung, Psychose, Neurose, Essstörung, Sprachstörungen, Gleichgewichtsstörungen, Anfallsleiden, Lähmungen, Kopfschmerzen, Migräne, Multiple Sklerose, Fibromyalgie) untersucht, beraten oder behandelt worden?

Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren in psychotherapeutischer Behandlung?

### Bedingungswerk

#### **Psychische und psychosomatische Erkrankungen**

Tritt eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen in Folge einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung ein, besteht hierfür Versicherungsschutz. Einer besonderen Berücksichtigung im Bedingungswerk bedarf es nicht.

### Bearbeitung / Fristen ab Meldung des Leistungsfalls

#### *Fristen ab Meldung des Leistungsfalls*

Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform, ob, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Unsere Erklärung geben wir innerhalb von vier Wochen nach dem Zeitpunkt ab, zu dem uns die für die Leistungsprüfung relevanten und von uns angeforderten Unterlagen oder Ergebnisse der ärztlichen Unterlagen vorliegen. Solange Unterlagen noch ausstehen, informieren wir spätestens alle sechs Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand. Wenn zur Leistungsentscheidung weitere Unterlagen erforderlich sind, fordern wir diese unverzüglich an.

*Durchschnittliche Bearbeitungszeit bei Leistungsfällen*

Vorgang	Durchschnittliche Dauer (Tage)	Maximale Dauer (Tage)	Minimale Dauer (Tage)
Gesamter Vorgang (ab Meldung der BU bis zum Leistungsentscheid)	73,55	241,00	1,00
· Phase 1 „Bereitstellung der Unterlagen durch den VN“ (ab Meldung der BU bis zur Einreichung der vollständigen Unterlagen)	57,60	241,00	1,00
· Phase 2 „Prüfung und Entscheid des VU“ (nach Vorlage der vollständigen Unterlagen bis zum Leistungsentscheid)	12,26	137,00	1,00
Dauer der Erstellung eines medizinischen Gutachtens im Rahmen der BU Leistungsprüfung	48,00	180,00	7,00
Dauer der Erstellung/Anforderung eines ärztlichen Befunds im Rahmen der BU-Leistungsprüfung	42,00	90,00	10,00

*Gründe für Dauer der Gutachten und/oder Arztanfragen*

Medizinische Gutachten: Wir wählen Gutachter aus, die sich durch ihre Fachkunde auszeichnen. In der Regel sind diese Gutachter zeitlich ausgelastet.

*Arztanfragen*

Die Gründe für die Dauer sind für uns nicht ersichtlich und uns nicht bekannt. Wir vermuten als Ursache für die längere Bearbeitungszeit eine starke Auslastung der niedergelassenen Ärzte und das komplizierte Recht der Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten nach § 213 VVG. Erfahrungsgemäß geht es schneller, wenn unsere Mitglieder selbst die ärztlichen Befunde bei ihren behandelnden Ärzten anfordern. Deshalb bitten wir unsere Mitglieder bereits zu Beginn unserer Leistungsprüfung, uns die bei ihren Hausärzten befindlichen Befunde einzureichen.

**Anerkannte Anträge  
in Prozent von 100**

2008: 56,99 %  
 2009: 59,03 %  
 2010: 66,16 %  
 2011: 66,41 %

**Prozess-Quote**

2008: 2,4 %  
 2009: 3,6 %  
 2010: 2,5 %  
 2011: 2,3 %

**Gesellschaftsspezifische Anmerkungen**

./.

**Antrag**
**Gesundheitsfragen: Psychische und psychosomatische Erkrankungen**

Antrag auf BU PROTECT

## II. Allgemeine Gesundheitsfragen

1. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden

j) der Psyche (z. B. Angststörung, Depression, Neurose, Essstörung, Schmerzsyndrom, Schlafstörung, Überlastungszustand, Burn-out-Syndrom, psychosomatische Störung, Suizidversuch)?

## V. Ergänzende Gesundheitsfragen zu II und IV

1. Werden Sie gegenwärtig oder wurden Sie in den letzten 5 Jahren durch

Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörige sonstiger Gesundheitsberufe (z. B. Heilpraktiker, Krankengymnast, Physiotherapeut) beraten, untersucht oder behandelt?

**Bedingungswerk**
**Psychische und psychosomatische Erkrankungen**

Berufsunfähigkeit in Folge Krankheiten, Körperverletzung oder Kräfteverfall gemäß § 2 Absatz 1 der AVB. Beinhaltet auch Psychische und psychosomatische Erkrankungen.

**Bearbeitung / Fristen ab Meldung des Leistungsfalls**

Sobald der Kunde seine Berufsunfähigkeit (fern-)mündlich, elektronisch (per E-Mail) oder schriftlich (auch per Fax) angezeigt hat, erhält in der Regel einen speziell konzipierten Fragebogen (Selbstauskunft), der auf seinen zuletzt von ihm (in gesunden Tagen) ausgeübten Beruf abgestellt ist. Das Auskunftsfomular enthält anlassbezogen zahlreiche Erläuterungen und dient als „roter Faden“ für die Nachweisführung der vom Versicherten geltend gemachten Berufsunfähigkeit. Dem Kunden wird explizit aufgezeigt, welche Auskünfte und Nachweise zur Begründung seines Leistungsanspruches erforderlich sind, um die Regulierungsdauer möglichst zu begrenzen.

Sobald bekannt ist, wie das Arbeitsverhältnis des Versicherten tatsächlich beschaffen war und welche körperlichen und geistigen Anforderungen an die (hier maßgebliche) Tätigkeit gestellt worden sind, lässt sich durch die zeitgleich von uns angeforderten ärztlichen Befunde, Arztbriefe und Klinikberichte (in Kopie) prüfen, wie sich die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in einer konkreten Berufsausübung auswirken. Die Vorlage eines gesonderten Arztberichtsformular ist nur erforderlich, wenn sich anhand der bereits vorgelegten Nachweise noch keine abschließende Prüfung unserer Leistungs-

pflicht vornehmen lässt. Auf Wunsch werden wir hier für den Versicherten tätig.

Im Interesse der Versichertengemeinschaft muss parallel natürlich geklärt werden, ob der Versicherte bei Abgabe seiner Vertragserklärung seinen vertraglichen Anzeigepflichten in ausreichender Weise nachgekommen war.

Die Bearbeitungs- und Reaktionszeit zwischen Eingang der Anzeige und Versand der Selbstauskunft beträgt zwischen 1 bis 3, maximal 5 Arbeitstagen. Liegt das Auskunftsfomular vor, prüfen wir unsere Leistungspflicht in einer Zeitspanne von zwei bis drei Wochen, maximal innerhalb von 4 Wochen. Der Versicherte wird über alle Prüfungsschritte fortlaufend informiert. Insbesondere dann, wenn beispielsweise weitere ärztliche Erhebungen (Rückfragen) notwendig werden, unterrichten wir den Versicherten und räumen ihm auch ein Widerspruchsrecht ein. Alternativ kann er die erforderlichen Nachweise natürlich selbst beschaffen.

Sobald sämtliche Informationen und Unterlagen vorliegen, geben wir innerhalb von zwei bis drei Wochen, maximal bis zu vier Wochen eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab. Sind die eingereichten Nachweise unvollständig und/oder widersprüchlich, befragen wir unsere Beratungsärzte oder geben auf unsere Kosten ein fachärztliches Gutachten in unmittelbarer Nähe zum Wohnort des Versicherten in Auftrag. Bereits in den Behandlungsprozess involvierte Mediziner werden hier nicht beauftragt, um möglichst wertfreie, objektive und qualitative hochwertige Einschätzungen (ein Anspruch unseres Hauses) zu erhalten.

**Anerkannte Anträge  
 in Prozent von 100**

 2008: 78,18 %  
 2009: 67,12 %  
 2010: 73,86 %  
 2011: 69,15 %

**Prozess-Quote**

 2008: 1,49 %  
 2009: 3,30 %  
 2010: 2,80 %  
 2011: 1,56 %

**Gesellschaftsspezifische Anmerkungen**

Beratungstool Diagnose X mit integrierter Risikoprüfung und neu mit elektronischer Unterschrift. Vorsorge-ABS der Bayerischen.


**Antrag**
**Gesundheitsfragen: Psychische und psychosomatische Erkrankungen**

EGO-Antrag\_01-01-2013.pdf „Antrag auf eine private Berufsunfähigkeitsvorsorge“

8. Bestehen bei Ihnen derzeit dauerhafte Beeinträchtigungen, Erkrankungen oder Störungen der Psyche (z. B. Depressionen, Angstzustände, Essstörungen, Suizidversuche) oder wurden Sie in den letzten zehn Jahren diesbezüglich beraten, untersucht oder behandelt?

10. Fanden in den letzten 5 Jahren Behandlungen, Beratungen oder Untersuchungen durch Ärzte, sonstige Behandler\* oder im Krankenhaus statt? Wann? Weswegen?

**Bedingungswerk**
**Psychische und psychosomatische Erkrankungen**

Vergleiche §2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen „Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?“ Hieraus lässt sich folgende Schlussfolgerung ableiten: Sollten aufgrund vorliegender psychischer bzw. psychosomatischer Beschwerden, die in §2 der AVB genannten bedingungsgemäßen Voraussetzungen erfüllt sein, besteht selbstverständlich auch für gesundheitliche Beeinträchtigungen, die auf psychischen bzw. psychosomatischen Ursachen beruhen, vollumfänglicher Versicherungsschutz.

**Bearbeitung / Fristen ab Meldung des Leistungsfalles**

Da der Prüfungsprozess immer vom konkreten Einzelfall abhängig, ist die detaillierte Darstellung des Bearbeitungsprozesses bzw. des Ablaufs der Leistungsprüfung mit Angabe entsprechender Fristen schwierig. HDI erfüllt seine Aufgaben mit einem hohen Maß an Kunden- und Vertriebsorientierung. Kommt es zu einem Leistungsfall aufgrund Berufsunfähigkeit bietet HDI um die Bearbeitungszeiten möglichst gering zu halten einen starken Service für den Kunden an. Nach telefonischer oder schriftlicher Anmeldung der Berufsunfähigkeits-Ansprüche wird bei vorhandenen Kontaktdaten ein telefonischer Erstkontakt vorgenommen. In vielen Fällen bieten wir dem Kunden ein Teleclaiming an, d.h. telefonische Unterstützung beim Ausfüllen des Antrags/Fragebogens auf Leistungen aufgrund der Berufsunfähigkeit. Des Weiteren besteht die Möglichkeit, die für die Prüfung notwendigen Informationen im Rahmen eines persönlichen Gesprächs durch unseren Vor-Ort-Kunden-Service aufzunehmen. Unser Vor-Ort-Kunden-Service und unser Innendienstteam „Leistungsprüfung Berufsunfähigkeit“ helfen dem Kunden bei der Darstellung seiner beruflichen Tätigkeit und bei der Nachweisbeschaffung. Die Mitarbeiter der Abteilung stehen direkt für telefonische Rückfragen zur Verfügung. Sollte es zu einer Leistungsablehnung kommen, da die bedingungsgemäßen Voraussetzungen nicht erfüllt sind, wird dies von HDI ausführlich

und kundenverständlich erläutert. Auch bei Fragen zum Versicherungsschutz vor Eintritt des Leistungsfalles, steht HDI dem Kunden und dem Vertrieb rund um das Thema „Leistungsprüfung Berufsunfähigkeit“ zur Verfügung.

*Weiterer Hinweis:* Unsere Bedingungen enthalten keine Meldefristen, so dass die Leistung – unabhängig vom Zeitpunkt der Meldung – immer rückwirkend ab dem 1. Tag des BU-Eintritts erbracht wird. Weiterhin ist der Versicherte – nach Eintritt einer BU – nicht verpflichtet, eine Besserung des Gesundheitszustands oder die Aufnahme einer Berufstätigkeit im alten oder einem anderen (neuen) Beruf anzuzeigen.

**Anerkannte Anträge in Prozent von 100**

2008: 66,10% ( Morgen&Morgen)  
 2009: 67,09 % (Morgen&Morgen)  
 2010: 78,63 % (Morgen&Morgen)  
 2011: Wird erst im Mai 2013 veröffentlicht

*Info zur Berechnung direkt aus dem M&M Office-Tool:* Bei der M&M BU-Leistungsquote werden die anerkannten Leistungsfälle ins Verhältnis zu den beantragten Leistungsfällen gesetzt. Eine hohe Leistungsquote ist prinzipiell eher gut, da der Versicherungsnehmer im Ernstfall eine entsprechende Leistung erwartet. Überdurchschnittlich hohe Quoten werden allerdings auch moderat abgewertet, da aus Sicht des Kollektivs nicht jeder Antrag anerkannt werden sollte. Wie bei der M&M Prozessquote werden auch hier die Werte der letzten drei Jahre zusammenaddiert und gemittelt.

**Prozess-Quote**

2008: 0,73 % (Morgen&Morgen)  
 2009: 0,82 % (Morgen&Morgen)  
 2010: 1,32 % (Morgen&Morgen)  
 2011: wird erst im Mai 2013 veröffentlicht

*Info zur Berechnung direkt aus dem M&M Office-Tool:* Die M&M BU-Prozessquote setzt die Anzahl der verlorenen Prozesse ins Verhältnis zu den vom Versicherer abgelehnten Leistungsfällen. Hiermit soll bewertet werden, inwieweit der Versicherer „zu Unrecht“ Prozesse führt. Eine hohe „reine“ Prozessquote an sich ist nicht unbedingt schlecht, da der Versicherer natürlich das Recht haben muss, ungerechtfertigte Ansprüche notfalls per Gericht abzuwehren. Verlorene Prozesse sind allerdings in jedem Fall zu vermeiden. Da Vergleiche per se weder gut noch schlecht sind, werden diese anteilig bewertet, also mit dem Verhältnis der verlorenen zu gewonnenen plus verlorenen Prozessen gewichtet und hinzuaddiert. Um die Quote im Zeitverlauf etwas zu glätten – gerade bei BU-Prozessen wird i. Allg. nicht innerhalb kurzer Zeit entschieden, so dass sich diese über mehrere Kalenderjahre ziehen können – werden die Zahlen der letzten drei Jahre aufaddiert und dann gemittelt.

**Gesellschaftsspezifische Anmerkungen**

- Auf die abstrakte und konkrete Verweisung auf andere Berufe wird bei Eintritt der Berufsunfähigkeit verzichtet.
- Die Leistung erfolgt – auch rückwirkend – ab dem 1. Tag der Berufsunfähigkeit, sofern keine Karenzzeit vereinbart wurde.
- Geleistet wird bereits ab 50%iger Berufsunfähigkeit.
- Maßgeblich für die Leistungsprüfung ist die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit in gesunden Tagen. Es erfolgt keine Prüfung auf früher ausgeübte Berufe.
- Im Leistungsfall bestehen keine Meldefristen bei Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit oder Verbesserung des Gesundheitszustands.
- Es besteht die Möglichkeit einer bedarfsgerechten Anpassung des Versicherungsschutzes im Rahmen der Nachversicherungsgarantie – kostenlos und ohne erneute Gesundheitsprüfung.
- HDI bietet als erster Versicherer rechtsverbindliche Erläuterungen und Hinweise zum Versicherungsschutz und zu den Bedingungen.



**Top-Tarif-Bezeichnung:  
S-M.A.R.T., XL und XXL**

**Antrag****Gesundheitsfragen: Psychische und psychosomatische Erkrankungen**

Antrag auf eine Einzel-Berufsunfähigkeits-Versicherung nach Tarif (D) ABV XXL

7. Werden oder wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre aus gesundheitlichen Gründen durch Ärzte oder andere Behandler (z.B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten) beraten, untersucht und / oder wurden bei Ihnen Behandlungen durchgeführt, verordnet oder angeraten?

12. Wurden Sie in den letzten 5 Jahren beraten, untersucht oder behandelt oder sind solche Maßnahmen vorgesehen wegen

12.5 Erkrankungen oder Störungen der Psyche (z.B. Depressionen, Angstzustände, Belastungsreaktion, Burnout-Syndrom, Essstörungen, ADS)?

**Bedingungswerk****Psychische und psychosomatische Erkrankungen**

S-M.A.R.T.: § 6 a) der Bedingungen: keine Leistung, wenn BU durch Gesundheitsstörung psychischer Art, es sei denn, diese ist durch während der Versicherungsdauer entstandenes organisches Leiden hervorgerufen worden.

XL und XXL: keine Einschränkungen

**Bearbeitung / Fristen ab Meldung des Leistungsfalls**

Innerhalb von 2 Tagen wird ein Fragebogen für Angestellte / Selbstständige an den Anspruchsteller verschickt. Nach der Rücksendung erfolgt die Bearbeitung innerhalb von 5 Werktagen. Sobald sämtliche Unterlagen vorliegen, erfolgt die Endbearbeitung innerhalb von 10 Arbeitstagen. Während der Prüfung wird der Anspruchsteller regelmäßig, mindestens monatlich über den Sachstand informiert und fehlende Unterlagen werden zeitnah angefordert.

**Anerkannte Anträge in Prozent von 100**

2008: 57,72 %  
2009: 63,30 %  
2010: 70,49 %  
2011: 92,13 %

**Prozess-Quote**

2008: 8,93 %  
2009: 3,77 %  
2010: 4,83 %  
2011: 8,77 %

**Gesellschaftsspezifische Anmerkungen**

Franke und Bornberg BU-Produktrating Tarife XL und XXL: FFF (hervorragend)  
Morgen & Morgen BU Rating: 5 Sterne (ausgezeichnet)



Top-Tarif-Bezeichnung:  
Golden BU Lösungen

**Antrag**

**Gesundheitsfragen: Psychische und psychosomatische Erkrankungen**

Alle Gesundheitsfragen finden unsere Geschäftspartner jederzeit auf einen Blick im Antrag. Laut Morgen & Morgen Teilrating 2012 erhält die LV 1871 für die Komponente BU-Annahmequote die Bewertung „ausgezeichnet“.

*Beiblatt Risikoprüfung*

*Standard-Gesundheitsfragen an die versicherte Person = VP*

Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Störungen, Krankheiten oder Beschwerden 2.2.j. der Psyche (z. B. Angststörung, Depression, psychosomatische Störungen, Magersucht, Bulimie, Schlafstörungen, Erschöpfungszustände, Stress-Syndrom, Burn-out-Syndrom) 2.6. Sind Sie oder waren Sie innerhalb der letzten 10 Jahre in Behandlung von Psychologen oder Psychotherapeuten?

*Zusatzfragen bei Berufsunfähigkeitsversicherung oder Berufsunfähigkeitszusatzversicherung*

2.12. Bestehen bei Ihnen körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen (z. B. Fehlbildungen, Verluste oder Schäden an Körperteilen oder -organen, Folgen von Operationen oder Unfällen)?

**Bedingungswerk**

**Psychische und psychosomatische Erkrankungen**

Keine einschränkende Regelungen im Bedingungswerk

**Bearbeitung / Fristen ab Meldung des Leistungsfalls**

- unverzügliche Anforderung des formellen Leistungsantrag innerhalb von maximal zwei Arbeitstagen

- Reaktionszeit nach Eingang von Unterlagen maximal drei Wochen, laut Versicherungsbedingungen
- Entscheidung nach Erhalt aller Unterlagen innerhalb von drei Wochen, laut Versicherungsbedingungen

**Anerkannte Anträge in Prozent von 100**

2008:	70 %
2009:	73 %
2010:	76 %
2011:	75 %

*Anmerkung:* Laut Morgen & Morgen Teilrating 2012 erhält die LV 1871 für die Komponente BU-Leistungsquote die Bewertung „ausgezeichnet“

**Prozess-Quote**

2008:	k.A. %
2009:	2,53 %
2010:	2,43 %
2011:	0,00 %

*Anmerkung:* Laut Morgen & Morgen Teilrating 2012 erhält die LV 1871 für die Komponente BU-Prozesse die Bewertung „ausgezeichnet“. Die Prozesshäufigkeit lag bei 0,02 Prozent.

**Gesellschaftsspezifische Anmerkungen**

Zum Januar 2013 hat die LV 1871 die Berufsgruppen abgeschafft. Die neuen Golden BU Lösungen bieten erstmals maßgeschneiderte Prämien und passgenauen Schutz. Das Beitragssystem berücksichtigt die individuelle Situation der Kunden. Dazu gehörten neben dem Beruf auch risikomindernde Faktoren wie Kinder, Rauchverhalten oder Familienstand. Das Ergebnis: ein passgenauer und fairer Beitrag der die individuelle Vorsorgesituation des Einzelnen in den Vordergrund stellt.



Top-Tarif-Bezeichnung:  
SBU

**Antrag**

**Gesundheitsfragen: Psychische und psychosomatische Erkrankungen**

Risiko- und Gesundheitserklärung 4. Bestanden in den letzten 10 Jahren oder bestehen gegenwärtig bei Ihnen Krankheiten, Beschwerden, Gesundheits- oder Funktionsstörungen der Psyche (z. B. Angststörung, depressive Verstimmung, Neurose, Burnout, Psychose, Essstörung, Überlastungszustand, Schmerzsyndrom, psychosomatische Störung, Selbsttötungsversuch; Bitte ärztliches Attest 2.073a und/oder vorhandene Berichte beifügen)?

5. Bestehen bei Ihnen körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen (z. B. Fehlbildungen, Einschränkungen nach Operationen oder Unfällen, Amputationen, Verlust eines oder beider Augen)?

**Bedingungswerk**

**Psychische und psychosomatische Erkrankungen**

Jegliche Erkrankung wird entsprechend § 2 der Versicherungsbedingungen berücksichtigt.

**Bearbeitung / Fristen ab Meldung des Leistungsfalls**

Keine Bearbeitungszeiträume festgelegt. In aller Regel findet eine Außenregulierung statt.

**Anerkannte Anträge  
in Prozent von 100**

Keine entsprechende Statistik vorhanden

**Prozess-Quote**

keine Prozesse in den Jahren 2008 - 2012

**Gesellschaftsspezifische Anmerkungen**

./.



SwissLife

Top-Tarif-Bezeichnung:  
SwissLife SBU

**Antrag****Gesundheitsfragen: Psychische und psychosomatische Erkrankungen***C. Versicherung ohne ärztliche Untersuchung*

6. Sind Sie in den letzten 5 Jahren durch Ärzte, Heilbehandler, Therapeuten, oder Angehöriger sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Psychologen, Krankengymnasten, Heilpraktiker, Psycho-/Physiotherapeuten) untersucht, behandelt oder beraten worden werden Erkrankungen, Störungen oder Unfallfolgen h) der Psyche\* (z.B. Angststörung, Erschöpfungssyndrom und psychosomatische Störung, Psychose, Persönlichkeitsstörung, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Burn-out-Syndrom, posttraumatische Belastungsstörung, Depression, Essstörung) ?

7. Sind oder waren Sie – außer wegen der 1 in 6 angegebenen Beschwerden, Krankheiten – innerhalb der letzten 5 Jahre in ambulanter Behandlung von Ärzten, Heilbehandlern, Therapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Psychologen, Krankengymnasten, Heilpraktikern, Psycho-/Physiotherapeuten)?

10. Bestehen oder bestanden bei Ihnen darüber hinaus in den letzten 12 Monaten Gesundheitsstörungen oder Beschwerden, ohne einen Arzt oder anderen Behandler aufzusuchen? Hierzu zählen z.B. Engegefühl im Brustraum, Atemnot, Ohnmacht, Gleichgewichtsstörung, Sehstörung, Blut im Stuhl, Erschöpfungszustand, Angstzustand, wiederkehrender Schmerzzustand ungeklärter Ursache, wiederkehrende oder chronische Befindlichkeitsstörungen wie Schlafstörungen, Überlastungs- oder Unruhegefühl, Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen, Antriebsschwäche.

**Bedingungsmerk****Psychische und psychosomatische Erkrankungen**

Stand: 08.2012 (AVB\_EV\_SBU\_2012\_08)

1.2.1 Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung, Pflegebedürftigkeit oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, 6 Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande ist, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie

er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben.

*Auszug:* SwissLife Fachinfo „Burnout und BU“

Für Krankheiten und Kräfteverfall und damit auch für Burn-out gilt: Im Rahmen der Berufsunfähigkeits-Leistungsfallprüfung wird bei jeder Gesundheitsstörung geprüft, ob nach ärztlicher Beurteilung ein entsprechender leistungspflichtiger BU-Grad bestätigt wird. Insofern nimmt ein Burn-out, der erfahrungsgemäß oft mit anderen psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Angstzuständen usw. einhergeht, im Rahmen unserer Bedingungen für die Berufsunfähigkeit keine gesonderte Stellung in der Beurteilung ein.

**Bearbeitung / Fristen ab Meldung des Leistungsfalls**

*Stark vereinfachter Ablauf der Leistungsfallbearbeitung bei Swiss Life:*

1. Erstmeldung des BU-Leistungsfalls durch den Kunden (oder einem Vertreter des Kunden)
2. Versand des Kunden-Fragebogens an den Kunden durch Swiss Life
3. Bei Bedarf: Erinnerungen an den Kunden
4. Eingang des Kundenfragebogens
5. Rückfragen an den Kunden oder Versand des Arztfragebogens (inkl. Schweigepflichtentbindung) oder mehrerer Fragebögen
6. Bei Bedarf: Erinnerungen an den Arzt und Zwischenberichte an den Kunden
7. Eingang des Arztfragebogens
8. Bei Bedarf: weitere Erkundigungen (andere Versicherer, Krankenkasse, Gutachten)
9. Entscheidung

*In den AVB (§2.5.) regeln wir klar folgende Bearbeitungsfristen:*

1. Nach dem Eingang von Unterlagen informieren wir den Kunden i.d.R. (ca. 95% der Fälle) innerhalb von 8-10 Werktagen spätestens jedoch innerhalb von 4 Wochen über weitere Prüfungsschritte oder wir lassen ihm eine Zwischeninformation zukommen.
2. Fehlen Unterlagen, erinnern wir spätestens alle 6 Wochen und informieren den Kunden.
3. Liegen alle Unterlagen vor, erklären wir spätestens innerhalb von 4 Wochen ob wir eine Leistung anerkennen.



Im Rahmen des BU-Unternehmensratings wurden im Rahmen einer repräsentativen Stichprobe für das Geschäftsjahr 2011 folgende Bearbeitungszeiten erhoben:

1. Reaktionsdauer nach Eingang der Erstmeldung (bis zum Versand des Kundenfragebogens): 2,7 Tage
2. Reaktionsdauer nach Eingang des Kundenfragebogens (bis zur ersten Rückfrage, Versand des Arztfragebogens oder Fragen an weitere Einrichtungen): 10,3 Tage
3. Gesamtregulierungsdauer (vom Eingang der Erstmeldung bis zur Entscheidung):
  - a. Anerkennungen: 164,2 Tage
  - b. Ablehnungen: 175 Tage
  - c. Dazu noch folgende Anmerkung:
    - i. Die lange Bearbeitungsdauer ergibt sich hauptsächlich aus langen Rückantwortzeiten durch den Kunden oder von Ärzten bzw. Gutachtern.
    - ii. Um sicherzustellen, dass alle Versicherten ein einheitliches Verständnis von den Bearbeitungsdauern haben, ist es unserer Meinung nach wichtig, klar zu stellen, dass bei der Gesamtregulierungsdauer auch die Verzögerungen durch die Kunden mit berücksichtigt werden müssen.

**Anerkannte Anträge in Prozent von 100**

2008:	883 / 1090	81,0 %
2009:	1061 / 1290	82,2 %
2010:	956 / 1221	78,3 %
2011:	1145 / 1485	77,1 %

Definition der SwissLife: Anerkennungen ./.. Anerkennungen plus Ablehnungen

**Prozess-Quote**

2008:	35 / 883	3,96 %
2009:	31 / 1061	2,92 %
2010:	39 / 956	4,08 %
2011:	41 / 1145	3,58 %

Definition der SwissLife: Im Geschäftsjahr eingereichte Prozesse ./.. anerkannte Leistungsfälle

**Gesellschaftsspezifische Anmerkungen**

./..



**Top-Tarif-Bezeichnung: BURV (SBU)/ BURVN (EinsteigerBU)**

**Antrag**

**Gesundheitsfragen: Psychische und psychosomatische Erkrankungen**

Fragen zum derzeitigen Gesundheitszustand, besonderen Gefahren und Auslandsaufenthalten, Gesundheitszustand in den letzten 10 und 5 Jahren. Fragen zu eingenommenen Medikamenten in den letzten 2 Jahren.

**Bedingungswerk**

**Psychische und psychosomatische Erkrankungen**

§ 6 AVB: Keine Leistung durch absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung, außer im Zustand krankhafter Störung.

**Bearbeitung / Fristen ab Meldung des Leistungsfalls**

§ 14 AVB: Wir erklären spätestens innerhalb von 4 Wochen nach Eingang aller entscheidungserheblicher Unterlagen in Textform, ob und in welchem Umfang wir leisten. Solange Unterlagen noch ausstehen, informieren wir Sie alle 6 Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.

**Anerkannte Anträge in Prozent von 100**

2008:	85,98 %
2009:	88,84 %
2010:	85,86 %
2011:	83,66 %

**Prozess-Quote**

Wir verweisen hier auf die M&M Prozessquote.

Mit der M&M BU-Prozessquote soll bewertet werden, inwieweit der Versicherte „zu Unrecht“ Prozesse führt. Eine hohe „reine“ Prozessquote an sich ist nicht unbedingt schlecht, da der Versicherte natürlich das Recht haben muss, ungerechtfertigte Ansprüche notfalls per Gericht abzuwehren. Verlorene Prozesse sind allerdings in jedem Fall zu vermeiden. Da Vergleiche per se weder gut noch schlecht sind, werden diese anteilig bewertet, also mit dem Verhältnis der verlorenen zu gewonnenen plus verlorenen Prozessen gewichtet und hinzuaddiert. Um die Quote im Zeitverlauf etwas zu glätten – gerade bei BU-Prozessen wird im Allgemeinen nicht innerhalb kurzer Zeit entschieden, so dass sich diese über mehrere Kalenderjahre ziehen können – werden die Zahlen der letzten drei Jahre aufaddiert und damit gemittelt.

2008:	1,56 %
2009:	1,70 %
2010:	1,76 %
2011:	1,75 %

**Gesellschaftsspezifische Anmerkungen**

Alle Daten wurden von uns gegenüber M & M so veröffentlicht. Andere Zahlen werden von uns nicht veröffentlicht.



## Top-Tarif-Bezeichnung: „Berufsunfähigkeitsvorsorge“

### Antrag

#### **Gesundheitsfragen: Psychische und psychosomatische Erkrankungen**

8 Werden Sie derzeit oder wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre aus einem oder mehreren der nachstehend genannten Gründe durch Ärzte, Psychologen, Psycho- oder Physiotherapeuten, Heilpraktiker oder in Krankenhäusern (auch ambulanz) beraten, untersucht, und/oder wurden bei Ihnen Behandlungen durchgeführt, verordnet oder angeraten:

10 Wurden Sie in den letzten 10 Jahren aus einem oder mehreren der nachstehend genannten Gründe beraten, untersucht oder behandelt, oder sind solche Maßnahmen vorgesehen?

e) Erkrankungen oder Störungen der Psyche (z.B. depressive Stimmungen, Angstzustände, Belastungsreaktionen, Essstörungen, Erschöpfungszustände)?

### Bedingungswerk

#### **Psychische und psychosomatische Erkrankungen**

Psychische und psychosomatische Erkrankungen sind in vollem Umfang mitversichert (siehe hierzu auch § 2 Abs. 1 der allgemeinen Versicherungsbedingungen)

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande ist, ihren zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – auszuüben.

### Bearbeitung / Fristen ab Meldung des Leistungsfalls

Sobald sich der Kunde an die Leistungs-Abteilung wendet, erhält er hier bereits erste Informationen zum Ablauf. Mit Versand des Erstfragebogens – innerhalb 5 AT nach der Erstmeldung – erhält er den Hinweis, sich bei Fragen jederzeit an den betreuenden Sachbearbeiter wenden zu können. Darüber

hinaus steht ihm der Abschlussvermittler unterstützend zur Seite. Die Unterstützung erfolgt je nach Wunsch des Kunden tel. oder schriftlich; er kann auch durch einen unserer Außenregulierer vor Ort unterstützt werden.

Die Leistungsprüfung erfolgt sukzessive nach Eingang der angeforderten Unterlagen. Es wird an jeder „Stelle“ des Regulierungsverfahrens bedarfsorientiert telefonischer Kontakt zu den Kunden zur Klärung von Einzelfragen aufgenommen, sofern der Kunde dies durch Bekanntgabe seiner Telefonnummer autorisiert hat.

Gemäß unserer Versicherungsbedingungen (§ 12, Abs. 2): „Während der Prüfung Ihres Leistungsanspruchs werden wir Sie über den Sachstand bzw. fehlende Unterlagen informieren. Eine Information über den Sachstand erfolgt spätestens alle 6 Wochen.“

### Anerkannte Anträge in Prozent von 100

2008:	73,13 %
2009:	76,98 %
2010:	75,41 %
2011:	76,37 %

### Prozess-Quote

Prozessquoten sind häufig wegen der Verwendung unterschiedlicher Basisdaten bei der Erhebung nicht vergleichbar. Wir haben daher die Prozessquote aus den Morgen & Morgen BU-Rating-Berichten angegeben, die die Anzahl der verlorenen Prozesse ins Verhältnis zu den vom Versicherer abgelehnten Leistungsfällen setzt.

2008:	3,20 %
2009:	2,08 %
2010:	1,31 %
2011:	liegt noch nicht vor

### Gesellschaftsspezifische Anmerkungen

./.



# „Für die Ermittlung der Prozessquote gibt es keine verbindliche Methode.“

Risiko & Vorsorge im Gespräch mit **Rolf Schünemann**, Vertriebsvorstand der Lebensversicherung von 1871 a. G. München (LV 1871)

*Heute zählt in der Berufsunfähigkeitsversicherung für den Makler nicht mehr allein die Qualität des Produkts. Er begegnet immer häufiger der Kundenfrage: „Und was ist im Leistungsfall? Kann ich mich dann auch noch auf die von Ihnen empfohlene Gesellschaft verlassen?“ Das gewachsene Misstrauen des Verbrauchers beruht auf der fortlaufenden Veröffentlichung von strittigen sowie erst vor Gericht für den Kunden positiv entschiedenen Leistungsfällen. Hinzu kommen die Insider-Berichte ehemaliger Sachbearbeiter der Gesellschaften. Wie geht Ihr Haus mit diesem Generalverdacht um?*

Die LV 1871 hat sich über mehrere Jahrzehnte zu einem Spezialanbieter für die Absicherung biometrischer Risiken entwickelt. Wir wissen: Neben der kundenfreundlichen Ausgestaltung der Produkte und einem konkurrenzfähigen Beitrag ist auch die Reputation des Unternehmens ganz entscheidend. Wir pflegen seit jeher einen sehr offenen Umgang mit unseren Geschäftspartnern und informieren unter anderem im Rahmen von Seminaren über die allgemein gültigen Grundsätze der BU-Leistungsabwicklung. So schaffen wir die Grundlage dafür, dass der Versicherungsvermittler seinem Kunden auch im Lei-

stungsfall zur Seite stehen und die ordnungsgemäße Abwicklung begleiten kann.

Darüber hinaus stehen wir dem Geschäftspartner wie auch dem Versicherten jederzeit Rede und Antwort bei allen Fragen rund um den Versicherungsschutz. Auch wenn Medien derzeit gehäuft Einzelfälle präsentieren, die vermeintlich ungerecht entschieden wurden, muss doch hervorgehoben werden: Der großen Zahl der täglich abgewickelten Versicherungsfälle steht eine Beschwerdequote entgegen, die im Promillbereich liegt.

*Ein Maßstab, der dem Makler auf diesem Feld zumindest ein Stück weiter hilft, ist die vom Haus Map-Report jährlich publizierte „Prozess-Quote“, die durchaus signifikante Ausreißer dokumentiert. Wie bewertet die LV 1871 dieses Kriterium?*

Für die Ermittlung der Prozessquote gibt es keine verbindliche Methode. Morgen & Morgen zum Beispiel veröffentlicht eine Prozessquote, die neben dem Verhältnis der Rechtsstreitigkeiten zu den angemeldeten Leistungsfällen auch den Ausgang des Verfahrens sowie die Anzahl der Ablehnungen berücksichtigt. Bereits dies führt zu ganz erheblich abweichenden Ergebnissen.

Darüber hinaus hängt aber die Anzahl der Rechtsstreitigkeiten von vielen Faktoren ab, auf die man in der Leistungsabwicklung kaum Einfluss nehmen kann. So liegt es beispielsweise auf der Hand, dass ein Unternehmen mit einem starken Neugeschäft häufiger mit einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht konfrontiert ist.

» Wir schaffen die Grundlage dafür, dass der Versicherungsvermittler seinem Kunden auch im Leistungsfall zur Seite stehen und die ordnungsgemäße Abwicklung begleiten kann. «

Doch: Gerade diese Fälle führen oft zu gerichtlichen Auseinandersetzungen. Auch die Absicherungshöhe und das Bestehen einer Rechtsschutzversicherung können Gründe dafür sein, dass der Rechtsweg beschritten wird, auch wenn der Versicherer den Fall objektiv korrekt geprüft hat. Es muss daher kritisch hinterfragt werden, auf welche Weise die Prozessquote ermittelt wurde. Einen unmittelbaren Rückschluss auf das Serviceverhalten lässt die Quote daher nach unserer Einschätzung nicht zu.

*Das kalkulatorische Risiko in der Berufsunfähigkeitsversicherung ist mit der kontinuierlichen Zunahme der Leistungsfähle auf der Basis von Leistungsdruck, Stress und Überbelastung und der daraus resultierenden psychosomatischen Krankheitsbilder drastisch gestiegen. Was wird zu psychischen und psychosomatischen Erkrankungen im Bedingungsmerk Ihrer neuen Tarif-Generation der „Golden BU Lösungen“ ausgeführt?*

Tatsächlich bemerken auch wir eine Zunahme der Leistungsansprüche aufgrund psychischer Beschwerden. Allerdings handelt es sich hier nach unserer Beobachtung eher um eine Verschiebung zugunsten organischer Erkrankungen. Nach unseren vertraglichen Bestimmungen muss Berufsunfähigkeit durch Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall verursacht sein. Somit fallen auch alle ärztlich festgestellten psychischen Erkrankungen unter den Versicherungsschutz – ohne Einschränkungen.

*Neu im Tarifwerk ist die ausschließliche Eingruppierung des Kunden anhand seines Tätigkeitsfeldes. Hier gehen Sie sehr differenziert vor. Vielleicht können Sie uns etwas ausführlicher einige konkrete Beispiele geben.*

Im Rahmen des Scoringverfahrens wird bei der Auswahl eines Berufs zunächst eine Basisprämiengruppe zugeordnet. Um eine genauere, risikoadäquatere und fairere Prämieinstufung zu erreichen, können dann zwei bis drei zusätzliche Fragen beantwortet werden. Damit besteht die Möglichkeit, in eine bessere Prämienklasse eingestuft zu werden.

» Die Möglichkeit, eine individuelle Einstufung anhand des Fragebogens vorzunehmen, besteht grundsätzlich und kann auch bei Berufen, die im Katalog hinterlegt sind, beantragt werden. «

In der Vergangenheit war beispielsweise für einen bestimmten Handwerksmeister immer eine eindeutige Berufsgruppe hinterlegt. Nun kann im Scoringverfahren seine tatsächliche Tätigkeit und die Zahl seiner Mitarbeiter berücksichtigt werden. Dadurch wird eine differenziertere Einstufung erreicht und jeder Kunde

erhält die Prämie, die zu ihm passt. Das Scoringverfahren wird angewendet bei Handwerksmeistern, Akademikern (Ingenieure und Naturwissenschaftler), kaufmännischen Angestellten und Geschäftsführern beziehungsweise Unternehmern. Bei Handwerksmeistern und Akademikern wird nach dem Anteil der Bürotätigkeit, der aufsichtsführenden Tätigkeit sowie nach der Anzahl der Mitarbeiter gefragt. Bei kaufmännischen Angestellten und Geschäftsführern beziehungsweise Unternehmern wird zusätzlich die höchste abgeschlossene Ausbildung berücksichtigt.

» Bei häufigen Beschwerdebildern mit fraglicher Risikorelevanz wie Rückenschmerzen, Kopfschmerzen oder erhöhtem Blutdruck wird nur nach ärztlichen Behandlungen bzw. Messungen gefragt. «

In der Regel kann durch das Scoringverfahren eine bessere Prämienklasse erzielt werden. Es empfiehlt sich daher grundsätzlich, die entsprechenden Fragen zu beantworten.

*Wie spiegelt sich diese neue Risikobewertung im Prämien-Niveau?*

Grundlage für die Prämie ist immer der konkret ausgeübte Beruf beziehungsweise die konkret ausgeübte Tätigkeit. Die Frage nach dem erworbenen Abschluss stellt sich im ersten Schritt nicht, da dieser oftmals auch Voraussetzung für die entsprechende Berufsausübung ist. In den meisten Fällen wird der erworbene Ausbildungs- oder Studienabschluss mit der konkret ausgeübten Tätigkeit übereinstimmen und der entsprechende Beruf im Berufskatalog hinterlegt sein.

Ist der Beruf nicht im Berufskatalog hinterlegt, wird in einem Fragebogen nach der Berufsausbildung beziehungsweise einem vorhandenen akademischen Abschluss gefragt. Dabei wird auch die ausgeübte Tätigkeit berücksichtigt. Anhand dieser Angaben erfolgt in vielen Fällen automatisch ein Scoringverfahren.

Die Möglichkeit, eine individuelle Einstufung anhand des Fragebogens vorzu-

nehmen, besteht grundsätzlich und kann auch bei Berufen, die im Katalog hinterlegt sind, beantragt werden. Bei Berufen, deren Bezeichnung einen geschützten Abschluss beinhaltet, setzt die LV 1871 immer voraus, dass der entsprechende Abschluss auch vorliegt.

Ein Beispiel: Bei Berufen wie Techniker und Ingenieur ist der Abschluss als staatlich geprüfter Techniker beziehungsweise ein Hochschulabschluss in Ingenieurwissenschaften Voraussetzung. Entsprechende interne Bezeichnungen rechtfertigen keine entsprechende Einführung.

Master- und Bachelor-Abschlüsse werden analog zu Diplom-Abschlüssen behandelt – ein Bachelor-Abschluss in Betriebswirtschaftslehre wird also beispielsweise einem Diplom-Betriebswirt gleichgesetzt.

» Die Risikofragen sind formal und inhaltlich so gestaltet, dass sie vom Antragsteller problemlos wahrheitsgemäß beantwortet werden können. «

*Die Behandlung der Gesundheitsfragen ist für den qualifizierten und seriösen Makler unproblematisch. Vom einfachen Vermittler werden sie jedoch manchmal auch als Gelegenheit wahrgenommen, „Fünfe gerade sein zu lassen“, um den Abschluss zu forcieren. Sehr präzise Antragsfragen helfen an dieser Stelle weiter. Wesentlich ist dabei auch die für den Kunden zu erinnernde und zu belegende Zeit hinsichtlich seiner bisherigen Erkrankungen. Wie sind an dieser Stelle die Anträge der „Golden BU Lösungen“ gehalten?*

Die LV 1871 zeigt hier ein hohes Maß an Kundenorientierung indem sie die Risikofragen formal und inhaltlich so gestaltet, dass sie vom Antragsteller problemlos wahrheitsgemäß beantwortet werden können. Das ermöglicht nicht nur eine umfassende Risikoeinschätzung, sondern vermeidet auch im Vorfeld eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht.

Wir fragen nicht pauschal nach Beschwerden oder Erkrankungen. Vielmehr werden zu allen wesentlichen Bereichen der Gesundheit die relevanten Organsysteme beziehungsweise Krankheiten

» Die Versicherungsleistung wird rückwirkend ab nachgewiesenem Eintritt einer Berufsunfähigkeit erbracht. «

einzelnen und konkret abgefragt und mit anschaulichen Fallbeispielen näher erläutert. Dabei verwenden wir exakte Formulierungen und verzichten auf Fragen, die dem Antragsteller eine Wertung abverlangen.

Bei häufigen Beschwerdebildern mit fraglicher Risikorelevanz wie Rückenschmerzen, Kopfschmerzen oder erhöhtem Blutdruck wird nur nach ärztlichen Behandlungen bzw. Messungen gefragt. So stellen wir klar, dass Bagatellen nicht angegeben werden müssen. Je nach Schwere der anzugebenden Erkrankungen stellen wir die Fragen für einen zurückliegenden Zeitraum von fünf Jahren, zehn Jahren oder auch zeitlich unbefristet wie beispielsweise bei bösartigen Krebserkrankungen.

Der Antragsteller kann sich so ein klares Bild machen, welche Angaben für den Versicherer wichtig sind. Und: Er kann jede einzelne Frage bewusst beantworten. Es wird genügend Platz eingeräumt, damit der Antragsteller detaillierte Angaben zu den bejahten Fragen machen kann. Auf die Nutzung eines separaten Blatts für weitere Ausführungen weisen wir explizit hin.

*Wie verhält es sich mit den Punkten wie rückwirkende Leistungen und Beitragsfreistellung im Bedingungsmerk der „Golden BU Lösungen“?*

Auch hier sind die Bedingungen der LV 1871 sehr kundenfreundlich gestaltet. So hat der Kunde einen vertraglich zugesicherten Anspruch, für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten eine Stundung der Beiträge bei Erhalt des vollen Versicherungsschutzes zu verlangen. Außerdem werden die Versicherungsleistungen rückwirkend ab nachgewiesenem Eintritt einer Berufsunfähigkeit erbracht. Es gibt also keine Fristen für die Leistungsanmeldung.



## MAKLER KNOW-HOW



## FONDS & VERSICHERUNGEN



[www.finanzarchiv.com](http://www.finanzarchiv.com)

### **Archivierte Ausgaben der Fachzeitschriften**

„Risiko und Vorsorge“, „Pflege und Vorsorge“, „RATINGSieger“, „Fonds Katalog“, „ETF Intelligent Investieren“, „Honorarberatung“ und „Echte Werte“.

## **Einfach & kostenfrei**

Suchbegriff eingeben und Sie erhalten den entsprechenden Beitrag als PDF.



# Soldaten-Dienstunfähigkeitsklauseln (SDU)

von Martin Seichter

## Einführung

Das Gesamtthema ist komplex und kann daher hier nur in Ausschnitten und verkürzt dargestellt werden. Die Versorgungssituation von Soldaten bei Eintritt von Berufs-/Dienstunfähigkeit ist (wie bei Beamten und allen anderen Berufen) lückenhaft. Maßgeblich für den Umfang der benötigten Zusatzversorgung von Soldaten ist dabei deren Status bei Eintritt der Dienstunfähigkeit. Nur sehr wenige Versicherer bieten im Rahmen einer Berufsunfähigkeits(zusatz)versicherung eine Soldaten-Dienstunfähigkeitsklausel (SDU) an. Die Qualität der angebotenen SDU-Klauseln unterscheidet sich dabei erheblich.

„Im Idealfall sollte auch eine Soldaten-Dienstunfähigkeitsklausel so ausgestaltet sein, dass der Versicherer die Anerkennung von (Soldaten)Dienstunfähigkeit durch den Dienstherrn ohne weitere Prüfung als bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit anerkennen und während der Andauer der gesundheitlichen Beeinträchtigung (max. bis zum vertraglichen Ende der Leistungsdauer) die versicherte Leistung erbringen muss.“

Insbesondere bei Zeitsoldaten bleibt der angebotene Versicherungsschutz i.d.R. weit hinter dem zuvor beschriebenen Idealfall zurück. Neben den üblichen Unterscheidungen nach dem konkreten Tätigkeitsbereich des Soldaten (mit oder ohne besondere Gefährdung z.B. Flugpersonal) scheidet die Angebotsfindung für privaten BU-/SDU-Versicherungsschutz oft, wenn der zu versichernde Soldat bei Antragstellung bereits den Befehl zu einem Auslandseinsatz „in der Tasche“ hat. Insbesondere in diesem Fall, sollte der BU-/SDU-Versicherungsschutz über den Bundeswehrrahmenvertrag in die Gesamtversorgungsberatung einbezogen werden. Bei Soldaten im Auslandseinsatz sollte der BU-/SDU-Versicherungsschutz möglichst auch eine wirksame Einschränkung der Kriegsausschlussklausel enthalten.

## 1. Grundlagen der Soldatenversorgung bei (vom Dienstherrn) anerkannter Dienstunfähigkeit

### Status des Soldaten

Soldaten können sich freiwillig zum Wehrdienst

- auf begrenzte Zeit als Zeitsoldat
- auf Lebenszeit als Berufssoldat verpflichten.

### Die rechtlichen Grundlagen der Versorgung von Soldaten

Grundlage der Feststellung/Anerkennung von Dienstunfähigkeit und der Versorgung von Soldaten bei Anerkennung von Dienstunfähigkeit ist in Deutschland nicht das Bundesbeamtengesetz sondern das Soldatengesetz (SG) und das Soldatenversorgungsgesetz (SVG). Bei Auslandseinsätzen erfolgt die Versorgung nach dem Einsatzversorgungsgesetz (EinsatzVG) und dem Einsatzweiterverwendungsgesetz (EinsatzWVG)

### Zwischenfazit:

- Die Versorgung von Soldaten bei Dienstunfähigkeit durch den Dienstherrn ist i.d.R. (auch bei Berufssoldaten) lückenhaft und keine Vollversorgung. Bei Zeitsoldaten immer und bei Berufssoldaten in den ersten 5 Dienstjahren droht bei Dienstunfähigkeit der soziale Absturz. Daher ist eine Beratung zum Abschluss einer privaten Ergänzungsversorgung dringend zu empfehlen.

## Auswirkungen des Status des Soldaten auf die Versorgung bei Dienstunfähigkeit

(nach SG und SVG ohne Leistungen nach EinsatzVG)

Beeinträchtigung Status	Freizeitunfall	Krankheit	Wehrdienstbeschädigung	Wehrdienstbeschädigung durch Unfall
<b>Zeitsoldat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entlassung (SG § 55 (2))</li> <li>• Nachversicherung in der GRV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entlassung (SG § 55 (2))</li> <li>• Nachversicherung in der GRV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entlassung (SG § 55 (2))</li> <li>• Nachversicherung in der GRV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entlassung (SG § 55 (2))</li> <li>• Nachversicherung in der GRV</li> </ul>
<p>Nach Entlassung des wehrdienstbeschädigten Zeitsoldaten aus dem Wehrdienstverhältnis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auf Antrag Beschädigtenversorgung nach § 80ff SVG in Abhängigkeit vom Grad der Schädigung (GdS)</li> </ul>				
<p>Es besteht in Abhängigkeit von der abgeleiteten Dienstzeit (zusätzlich) Anspruch auf</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Übergangsgebühren</li> <li>• Übergangsbeihilfe</li> </ul>				
<b>Berufssoldat bis zum Ende des 5. Dienstjahres*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entlassung (SG § 46 (2))</li> <li>• Nachversicherung in der GRV ohne Rechtsanspruch</li> <li>• Unterhaltsbeitrag (§ 36 SVG)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entlassung (SG § 46 (2))</li> <li>• Nachversicherung in der GRV ohne Rechtsanspruch</li> <li>• Unterhaltsbeitrag (§ 36 SVG)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruhegehalt nach SG § 44(3) und (5)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unfallruhegehalt (ggf. erhöht) nach SVG § 27</li> </ul>
<p>Wenn kein Unterhaltsbeitrag gezahlt wird, besteht Anspruch auf Übergangsgeld</p>				
<b>Berufssoldat ab Beginn des 6. Dienstjahres*</b>	<b>gestaffelte</b>		<b>soldatenrechtliche</b>	
	<b>Ruhegehalt</b>		<b>Versorgung</b>	
			<b>Unfallruhegehalt (ggf. erhöht)</b>	

\* Falls das Wehrdienstverhältnis eines wehrdienstbeschädigten Berufssoldaten (freiwillig vorzeitig) endet, kann von ihm ein Antrag auf Beschädigtenversorgung nach § 80ff SVG gestellt werden. Die Höhe des Anspruchs ist abhängig vom Grad der Schädigung (GdS).

- Die Versorgung von Soldaten bei Dienstunfähigkeit basiert auf (gegenüber Beamten) abweichenden rechtlichen Grundlagen. Daher begründet eine „normale“ Dienstunfähigkeitsklausel innerhalb einer Berufsunfähigkeitsversicherung, die das Risiko der allgemeinen Dienstunfähigkeit von Beamten versichert, i.d.R. noch keinen Anspruch auf Leistungen wegen Dienstunfähigkeit eines Soldaten.

**2. Die Soldatendienstunfähigkeitsklausel der DBV Lebensversicherung**

„Zusatzvereinbarung für das Dienstunfähigkeitsrisiko bei Soldaten auf Zeit und Berufssoldaten“  
(Druckstück Nr. 21009861 12.2012)

**Vorbemerkung**

Das o.g. Druckstück finden Sie unter folgendem Link: [www.risikoundvorsorge.de/Soldaten.BU.pdf](http://www.risikoundvorsorge.de/Soldaten.BU.pdf). Bitte beachten Sie, dass die folgenden Ausführungen nicht auf den Leistungsumfang des Gesamtversicherungsschutzes eingehen können, da dieses den hier möglichen Rahmen sprengen würde.

**Übersicht über den Versicherungsschutz der DBV Lebensversicherung bei Dienstunfähigkeit von Soldaten (SDU), sofern die o.g. Klausel Vertragsbestandteil und eine Rentenleistung im Rahmen des BU-Versicherungsschutzes mitversichert ist.**

Kriterium	Soldat auf Zeit	Berufssoldat in den ersten 5 Dienstjahren (ohne Wartezeiterfüllung = Ausnahmefall*)	Berufssoldat ab Beginn des 6. Dienstjahres (mit Wartezeiterfüllung)
<b>1. Beginn / Versicherungsdauer und sonstige Ausgestaltung des (versicherten) SDU-Versicherungsschutzes</b>			
SDU-Versicherungsschutz besteht ab Vertragsbeginn	Nein, erst ab Beginn des 4. Dienstjahres des Soldaten, frühestens ab Beginn des 2. Vertragsjahres	Ja	Ja
Keine zusätzliche Verkürzung der SDU -Versicherungsdauer	Ja	Ja	Ja
Übernahme der gesetzlichen SDU-Definition im Vertrag	Ja	Ja	Ja
Leistung auch bei nicht ausschließlich gesundheitsbedingter SDU-Anerkennung durch den Dienstherrn	Nein	Nein	Nein
Verzicht auf konkrete Verweisung während des Bezuges von (versicherten) SDU-Versorgungsbezügen vom Dienstherrn	Ja, aber begrenzt auf die einmalige Kapitalabfindung bei Entlassung wegen anerkannter SDU	Ja	Ja
<b>2. versicherte Versorgungsbezüge und Leistungsdauer des SDU-Versicherungsschutzes</b>			
Anspruch auf fortlaufende Rentenzahlung bei Entlassung wegen SDU durch den Dienstherrn	Nein, aber einmalige Kapitalabfindung in Höhe von 12 Monatsrenten + 12 Monate Beitragsbefreiung	Nein, aber einmalige Kapitalabfindung in Höhe von 12 Monatsrenten + 12 Monate Beitragsbefreiung	entfällt, da Berufssoldaten ab Beginn des 6. Dienstjahres wegen DU nicht entlassen werden
Anspruch auf fortlaufende Rentenzahlung, solange Unterhaltsbeitrag (nach § 36 SVG) wegen SDU vom Dienstherrn gezahlt wird	entfällt, da Zeitsoldaten keinen Anspruch auf Unterhaltsbeitrag haben	Nein, nur Anspruch auf die o.g. einmalige Kapitalabfindung wegen Entlassung. Ein eigenständiger Leistungsanspruch auf Rentenleistung besteht nicht, da dieser vertraglich auf den Bezug von Unterhaltsbeitrag wegen Dienstunfähigkeit infolge eines Dienstunfalls begrenzt ist, in diesem Fall aber Anspruch auf Unfallruhegehalt (und nicht auf Unterhaltsbeitrag) bestehen würde	entfällt, da Berufssoldaten ab Beginn des 6. Dienstjahres wegen DU nicht nur Anspruch auf Unterhaltsbeitrag haben
Anspruch auf fortlaufende Rentenzahlung, solange wegen SDU Unfallruhegehalt (nach § 27 SVG) vom Dienstherrn gezahlt wird	entfällt, da Zeitsoldaten keinen Anspruch auf Unfallruhegehalt haben	Ja	Ja
Anspruch auf fortlaufende Rentenzahlung, solange wegen SDU Ruhegehalt (nach § 44(3 und 5) SG) vom Dienstherrn gezahlt wird	entfällt, da Zeitsoldaten keinen Anspruch auf Ruhegehalt haben	Ja	Ja
<b>3. Sonderfall (auch ohne SDU-Anerkennung möglich): Nach Beendigung des Wehrdienstverhältnisses - Anspruch auf Zahlung einer Beschädigtenrente wegen einer (während des Wehrdienstes erlittenen) anerkannten Wehrdienstbeschädigung (ab 30% GdS)</b>			
Anspruch auf fortlaufende Rentenzahlung, solange eine Beschädigtenrente (nach § 80 ff SVG i.V.m. §§ 29 - 34 BVG) von der zuständigen Behörde (z.B. Landesversorgungsamt) gezahlt wird.	Nein, kein eigenständiger Leistungsanspruch	Nein, kein eigenständiger Leistungsanspruch. Berufssoldaten werden aber bei Dienstunfähigkeit infolge Wehrdienstbeschädigung in den Ruhestand versetzt. Daher kann nur dann ein Nachteil entstehen, wenn der wehrdienstbeschädigte Berufssoldat freiwillig sein Dienstverhältnis beendet und danach Anspruch auf Zahlung einer Beschädigtenrente hat.	Nein, kein eigenständiger Leistungsanspruch. Berufssoldaten werden aber bei Dienstunfähigkeit infolge Wehrdienstbeschädigung in den Ruhestand versetzt. Daher kann nur dann ein Nachteil entstehen, wenn der wehrdienstbeschädigte Berufssoldat freiwillig sein Dienstverhältnis beendet und danach Anspruch auf Zahlung einer Beschädigtenrente hat.

\*Hinweis: Die Ernennung zum Berufssoldaten erfolgt üblicher Weise nach einem Auswahlverfahren aus den Reihen der Zeitsoldaten. Dabei werden die Dienstzeiten als Zeitsoldat auf die allgemeine Wartezeit (5 Jahre) angerechnet. In der Regel wird die allgemeine Wartezeit bei Ernennung zum Berufssoldaten erfüllt sein. Die Spalte „Berufssoldat in den ersten 5 Dienstjahren (ohne Wartezeiterfüllung)“ stellt somit einen Ausnahmefall dar, der aber mit dem zu versorgenden Soldaten abgeklärt werden muss, um Beratungsfehler zu vermeiden



### Zusammenfassung:

Die aktuell von der DBV angebotene (Soldaten) Dienstunfähigkeitsklausel bietet für

#### • Zeitsoldaten

Ab dem 4. Dienstjahr / 2. Vertragsjahr durch die Abfindung bei Entlassung wegen (ausschließlich aus medizinischen Gründen) anerkannter Soldaten-Dienstunfähigkeit in Höhe von 12 Monatsrenten + 12 Monate Beitragsbefreiung einen sehr überschaubaren Mehrwert.

Tritt die Soldaten-Dienstunfähigkeit vor dem 4. Dienstjahr bzw. im 1. Vertragsjahr ein, besteht kein eigenständiger Leistungsanspruch wegen Soldaten-Dienstunfähigkeit.

#### • Berufssoldaten in den ersten 5 Dienstjahren (ohne Wartezeiterfüllung = Ausnahmefall)

**begrenzt vollwertigen Versicherungsschutz** bei (ausschließlich aus medizinischen Gründen) anerkannter Soldaten-Dienstunfähigkeit, da **bei Bezug von DU-Versorgungsbezügen vom Dienstherrn (Ruhegehalt oder Unfallruhegehalt** infolge Wehrdienstbeschädigung) ein eigenständiger Leistungsanspruch wegen Soldaten-Dienstunfähigkeit besteht.

Bei Entlassung aus dem Dienstverhältnis wegen anerkannter Soldaten-Dienstunfähigkeit ist der Leistungsanspruch wegen (ausschließlich aus medizinischen Gründen) anerkannter Soldaten-Dienstunfähigkeit analog den Regelungen für Zeitsoldaten (aber ohne Wartezeit) auf 12 Monatsrenten + 12 Monate Beitragsbefreiung begrenzt.

#### • Berufssoldaten ab Beginn des 6. Dienstjahres (mit Wartezeiterfüllung) vollwertigen Versicherungsschutz für die Dauer des Bezuges von DU-Versorgungsbezügen

bei (ausschließlich aus medizinischen Gründen) vom Dienstherrn anerkannter Soldaten-Dienstunfähigkeit.

Bei Soldaten im Auslandseinsatz sollte der BU-/SDU-Versicherungsschutz möglichst auch eine wirksame Einschränkung der Kriegsausschlussklausel enthalten.

Aufgrund des Bedingungswortlautes der DBV-Klausel (§§ 3 und 4 der „Zusatzvereinbarung für das Dienstunfähigkeitsrisiko bei Soldaten auf Zeit und Berufssoldaten“)

### § 3 Welcher Versicherungsschutz besteht für Berufssoldaten?

...

(2) *Versetzung in den Ruhestand*  
Bei Berufssoldaten leisten wir in Abänderung der Produktbedingungen für die BV / BUZ auch, wenn der versicherte Berufssoldat vor Erreichen der gesetzlich vorgeschriebenen Altersgrenze ausschließlich infolge seines Gesundheitszustands wegen medizinisch festgestellter Dienstunfähigkeit in den Ruhestand versetzt worden ist und solange er ein Ruhegehalt oder Unterhaltsbeitrag im Sinn des Soldatenversorgungsgesetzes erhält.

### § 4 Was gilt für Leistungen nach einem Dienstunfall?

Bei einem Soldaten leisten wir in Abänderung der Produktbedingungen für die BV / BUZ auch, wenn der versicherte Soldat aufgrund eines Dienstunfalls wegen ausschließlich medizinisch festgestellter Dienstunfähigkeit entlassen oder in den Ruhestand versetzt worden ist und solange er einen Unterhaltsbeitrag oder Unfallruhegehalt im Sinn des Soldatenversorgungsgesetzes erhält.

besteht bei

#### • Zeitsoldaten

auch dann kein Anspruch auf Rentenleistungen, wenn wegen (ausschließlich aus medizinischen Gründen) anerkannter Soldaten-Dienstunfähigkeit infolge einer Wehrdienstbeschädigung (nach Entlassung aus dem Wehrdienstverhältnis) eine Beschädigtenrente (Beschädigtenversorgung nach § 80 ff SVG i.V.m. § 29 ff BVG) gezahlt wird, da in den maßgeblichen Paragraphen nur auf den Bezug von Ruhegehalt / Unterhaltsbeitrag und Unfallruhegehalt (nicht aber Bezug von Beschädigtenrente) abgestellt wird.

#### • Berufssoldaten in den ersten 5 Dienstjahren (ohne Wartezeiterfüllung = Ausnahmefall)

auch dann kein Anspruch auf Rentenleistungen, wenn wegen (ausschließlich aus medizinischen Gründen) anerkannter Soldaten-Dienstunfähigkeit infolge Krankheit (die nicht als Wehrdienstbeschädigung anerkannt ist) und Freizeitun-

fall der Berufssoldat vorzeitig entlassen wird und deswegen vom Dienstherrn Unterhaltsbeitrag gezahlt wird.

### Zusatzvorteil - Verlängerungsrecht

Einen möglichen zusätzlichen Vorteil für Soldaten bietet die von der DBV angebotene Verlängerungsoption. Im Rahmen dieses Optionsrechtes kann die Versicherungs- und Leistungsdauer des Vertrages auf das dann tariflich zulässige Höchstendalter des nach (nur regulärem) Ausscheiden aus der Bundeswehr ausgeübten (Zivil)Berufes verlängert werden.

Zu beachten ist hierbei zusätzlich, dass diese Recht nur bei fristgerechter Beantragung (innerhalb von 6 Monaten nach Ausscheiden aus der Bundeswehr) besteht und entfällt, wenn

- zuvor bereits temporär Dienst- oder Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung eingetreten oder
- der Soldat vorzeitig aus der Bundeswehr ausgeschieden ist.

### Tipps zur Beratung von Soldaten

Die DBV ist aktuell einer, wenn nicht der, führende und erfahrenste Beamten - / Soldaten-Versicherer in Deutschland. Trotzdem sollten die DBV-Angebote mit denen anderer SDU-Anbieter (z.B. Signal - Iduna oder Nürnberger) verglichen werden, da letztere (insbesondere bei Zeitsoldaten) neben Nachteilen auch Vorteile gegenüber der DBV haben.

Aufgrund der (insbesondere auch bei den SDU-Anbietern) restriktiven Annahmebeschränkungen (Endalter, versicherbare Rentenhöhe) und den Deckungsnachteilen außerhalb der SDU-Klauseln gegenüber guten sonstigen Berufsunfähigkeitsversicherungen sowie bei Zeitsoldaten, die sich nicht als Berufssoldat verpflichten wollen, kann es sinnvoll sein, in den Vergleich auch gute Berufsunfähigkeitsversicherungen ohne SDU-Klausel einzubeziehen und / oder die Gesamtversorgung auf mehrere Anbieter aufzuteilen.

Wer einen detaillierten Vergleich u.a. aller in der Tabelle aufgeführten Vergleichskriterien zwischen SDU-Angeboten (aber auch mit Berufsunfähigkeitsversicherungen ohne SDU-Klausel) im Rahmen von Risikoverträgen sucht, wird im Vergleichsprogramm „LevelnineBU“ ([www.levelnine.de](http://www.levelnine.de)) fündig.

# „Der Versicherungsantrag ist die einzig harte Währung.“

Die Berufsunfähigkeitsversicherung hat in der Beratung unserer Mandanten seit jeher eine besondere Bedeutung. Galt sie früher als Instrument, um bei Invalidität nach Möglichkeit den Lebensstandard zu halten, ist sie beim heutigen Niveau der Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung nahezu unverzichtbar. Um so genauer ist heute hinzusehen, ob der Großteil der Zielgruppe eine solche Absicherung überhaupt bekommen kann und ob die Versicherer im Leistungsfall halten, was sie in ihren Policen versprechen.



Matthias Helberg  
Versicherungsmakler,  
Osnabrück

Gerade der Personenkreis, der durch Erfahrungen am eigenen Leib den Sinn einer Absicherung durch eine Berufsunfähigkeitsversicherung erfährt, kommt oftmals mit dem entsprechenden Versicherungswunsch zu spät. „Zu spät“ kann dabei durchaus ein Alter von Mitte 20 sein. Daher beobachten und unterstützen wir einen Trend hin zu immer früherer Absicherung bereits als Azubi, Student oder gar im Schüleralter.

## ■ Viele Versicherer bewerten identische Risiken sehr unterschiedlich

Im Leistungsfall stellen vorvertragliche Anzeigepflichtverletzungen, auf die der Versicherer mit einer Anfechtung reagieren kann, den größten anzunehmenden Unfall („BU-GAU“) für den Versicherten dar. Wer hier als Versicherungsmakler das Schlimmste für seine Mandanten vermeiden will, ist daher gut beraten, sie noch im Vorfeld der Vermittlung einer Berufsunfähigkeitsversicherung eindringlich zur Aufarbeitung ihrer Gesundheitshistorie anzuhalten. Oftmals führt diese Aufarbeitung (inklusive Nachfragen bei Ärzten und Krankenkassen) zu

Diagnosen, die im Vorfeld einer Antragsstellung verschiedenen Versicherern zur Einschätzung der Versicherbarkeit gegeben werden. Die größte Erkenntnis, die wir aus diesen Risikovorabfragen ziehen konnten, ist die, wie unterschiedlich doch viele Versicherer ein identisches Risiko einschätzen. Gelegentlich reicht die Bandbreite der Antworten zu ein und demselben Risiko von einem geringen Risikozuschlag über zwei Leistungsausschlüsse plus hohem Risikozuschlag bis zur Ablehnung. Jeglicher Beitragsvergleich im Vorfeld wird dadurch zu Makulatur.

## ■ Im Leistungsfall zählen nur die Fakten aus dem Vertrag

Weiche Kriterien, die im Laufe der Zeit sowieso Veränderungen unterliegen, wie Erfahrungen von Kollegen, Berichterstattung, Prozessquoten, die aktuelle Überschussdeklaration, der Ruf des Versicherers, sein Name, oder die Unternehmens-Rechtsform spielen in diesen Fällen unseres Erachtens eine klar untergeordnete Rolle. Wie sollen auch bei einem Abschluss jetzt und einem Leistungsfall in 5, 15, oder 25 Jahren eine Prozessquote oder Erfahrungen aus dem Jahr 2012 dem Versicherten bei der Durchsetzung seiner Leistungsansprüche weiterhelfen? Nein, es sind der Versicherungsantrag mit den Fragen des Versicherers und den Angaben der zu versichernden Person, sowie die vollständigen Verbraucherinformationen inklusive der Versicherungsbedingungen die einzigen Bausteine eines solchen

Vertrages, die sich während der langen Laufzeit von 25, 35, oder gar 40 Jahren zumindest mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht ändern werden. Diesen Kriterien ,zusammen mit dem konkreten Angebot auf Basis der jeweiligen Risikomerkmale, messen wir daher eine weitaus höhere Bedeutung zu, als allen anderen mehr oder weniger nützlichen Kriterien.

## ■ Seit Jahren keine Anfechtungen von BU-Verträgen

Vielleicht als Folge dieser Arbeitsweise mit der offensiven Kommunikation der potentiellen Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung, haben wir seit Jahren keine Anfechtungen von Berufsunfähigkeitsversicherungsverträgen mehr im Bestand erlebt. Wie schnell grundsätzlich die Leistungsprüfung seitens des Versicherers erfolgt, hängt nach unserem Eindruck mindestens gleichermaßen vom Sachbearbeiter, wie von der versicherten Person ab. Versicherte, die beispielsweise wegen psychischen Erkrankungen berufsunfähig werden, tun sich oft besonders schwer mit der zeitnahen Beibringung von Unterlagen oder Beantwortung von Formularen. In solchen Fällen ist man als Versicherungsmakler besonders gefordert. Deutliche Leistungsverzögerungen oder gar ungerechtfertigte Leistungsverweigerungen seitens eines Versicherers aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung können im Gegensatz zu anderen Versicherungssparten aus unserem Bestand bislang nicht bestätigt werden. Darauf gefasst und vorbereitet sind wir dennoch stets.

# „Unser Gesamtpaket ist auf dem Markt einzigartig.“



Klaus Barde im Gespräch mit **Martin Gräfer**, Vorstand Vertrieb und Service, die Bayerische

*Der Umbruch in der Tarifgestaltung von Berufsunfähigkeitsversicherungen ist unübersehbar. Ihr Haus startet nun mit BU PROTECT eine neue Tarifgeneration. Welche Signale des Marktes haben diesen Schritt veranlasst?*

Die konsequente Ausrichtung auf Bedürfnisse und Wünsche des Marktes ist der Fokus unserer neuen Markenpositionierung. Wobei Kundenorientierung vor Produktorientierung geht – mit unserem neuen Baukastenprinzip bieten wir Beratern und Kunden flexible Lösungen, die dazu einladen, sich primär mit dem Bedarf des Kunden und dessen Wünschen nach Leistung und aber auch seinen finanziellen Möglichkeiten zu beschäftigen. Unsere BU-Lösungen folgen unserer spartenübergreifenden Produktphilosophie und bieten mit den Varianten Smart, Komfort und Prestige flexibel das, was sich Kunden und Berater wünschen:

stets qualitativ hochwertigen Versicherungsschutz aber mit unterschiedlichen Leistungsausprägungen und damit differenzierenden Beiträgen. Für viele Berufsgruppen wird der Tarif außerdem günstiger.

„Die BU ist auch eine wirklich gute Pflegevorsorge, zumindest während der vereinbarten Leistungsdauer – denn hier leisten wir bereits ab einem von sechs Pflegepunkten (ADL).“

Überdies bietet die Bayerische, zusätzlich mit dem neuen Beratungsansatz Diagnose X, Beratern die Möglichkeit, eine maßgeschneiderte Analyse der Kundenbedürfnisse vorzunehmen – ein-

schließlich Gesundheitsprüfung direkt vor Ort. Denn nach der Ermittlung des wirtschaftlichen Bedarfs spielt die Gesundheitsprüfung eine immer wichtigere Rolle – wir empfehlen, diese vor der Produktberatung durchzuführen.

Und in Ergänzung oder auch als Alternative zu BU – Lösungen bieten wir hier mit nur einer Risikoprüfung auch Vorsorge durch unsere Versicherung gegen schwere Krankheiten oder unsere funktionale Unfallversicherung MultiProtect. Kundenorientierung in der Beratung zur Einkommenssicherung ist eben mehr als nur das Angebot eines Produktes. Und hier unterstützen wir Berater und Kunden 100 Prozent persönlich und schnell.

*Das in diesem Segment nicht unerhebliche Moment einer attraktiven Prämiengestaltung wird von Ihnen betont. Dank der Erweiterung von fünf auf acht Berufsklassen soll der Versicherungsschutz*

mit „BU PROTECT“ in einigen Berufsklassen deutlich preiswerter werden. Was wird günstiger, wo ziehen die Prämien an?

Durch die Erweiterung von fünf auf acht Berufsklassen wird es für viele Versicherte günstiger als bisher. In der Berufsklasse 4, in der etwa Friseur, Lackierer, Gastwirte zu finden sind, ist der Tarif für Frauen bis zu 17 Prozent billiger, in der Berufsklasse drei – etwa Köchin – bis zu 10 Prozent und in der Berufsklasse 2 – Bankangestellte, kaufmännische Angestellte – bis zu 11 Prozent. Unser Gesamtpaket ist auf dem Markt einzigartig und bietet transparente und individuelle Absicherung – gemäß unseres Leistungsversprechens „Versichert nach dem Reinheitsgebot“.

*Bezahlbarer BU-Schutz und faire, transparente Gesundheitsfragen im Antrag sind für jeden Makler wichtig, der eine breite Klientel bedienen will. Mit der Produktvariante Smart soll diese Zielgruppe bedacht werden. Was ist das Besondere an diesem Tarif?*

Es ist eine BU für preissensible Kunden. Aber der Vermittler sollte dem Kunden mehr als nur ein günstiges Produkt anbieten. Viel besser ist die perfekt kundenorientierte Absicherung. Dazu gehören die Analyse des Kundenbedarfs, die individuelle Risikoprüfung und die Anpassung des Angebotes an die finanziellen Möglichkeiten des Kunden. Im Übrigen ist die SMART-Variante in Verbindung mit unserer Dienstunfähigkeitsklausel meist auch das beste Angebot für Beamte.

*Welche Zielgruppen sollen mit den Varianten Komfort und Prestige angesprochen werden? Was zeichnet diese Tarife aus?*

Es sind Produkte für alle, die etwas mehr oder viel mehr wünschen, etwa durch ausgezeichnete Bedingungswerke mit verkürzten Prognosezeiträumen. Das Komfort-Angebot beispielsweise erweitert den Schutz mit dem Verzicht auf die so genannte abstrakte Verweisung, eine Beamten-Klausel auch für Richter, Berufsunfähigkeit auch bei Demenz und die zinslose Stundung der Beiträge im Falle von Arbeitslosigkeit, Elternzeit oder Pflegebedürftigkeit. In der Prestige-Variante

genießen Versicherte darüber hinaus Leistungen wie Wiedereingliederungshilfen, einen Schutz bei acht versicherten schweren Krankheiten, eine Nachversicherungsgarantie ohne Anlass innerhalb der ersten fünf Jahre und eine Infektionsklausel für alle Berufe, die greift, wenn ein Versicherter wegen Ansteckungsgefahr ein komplettes Tätigkeitsverbot erhält.

„Die richtige BU-Vorsorge ist nicht nur eine Frage des bestmöglichen Produktes, sondern nach meiner Meinung das Ergebnis einer qualitativ hochwertigen Beratung.“

Worauf wir als einer von ganz wenigen Anbietern aber grundsätzlich verzichten, ist auf die Anwendung des §163 VVG. Das bietet Kunden und Beratern über Jahre hinweg Sicherheit und sorgt für Verlässlichkeit bei dem vielleicht wichtigsten Produkt der privaten Vorsorge. Die BU ist auch eine wirklich gute Pflegevorsorge, zumindest während der vereinbarten Leistungsdauer – denn hier leisten wir bereits ab einem von sechs Pflegepunkten (ADL). Ein gewichtiges Argument, wie ich meine.

*Bemerkenswert ist Ihr Demenz-Baustein im Bedingungswerk ab Komfort-Tarif. Können Sie uns die Definition für den Leistungsfall Demenz näher ausführen? Eine Demenz führt doch generell zur BU – oder nicht?*

Die Definition der Berufsunfähigkeit enthält immer eine zeitliche Dimension. Im Falle der Demenz ist die Leistungsvoraussetzung unabhängig von einer zeitlichen Dimension, bei Vorliegen einer entsprechenden Diagnose wird geleistet, ähnlich wie bei Dread-Disease-Produkten. Somit erfolgt die Leistung meist viel früher als bei einer BU-Prüfung.

*Eine kritische Frage zur Prestige-Police. Kommt es hier nicht zu einer Überfrachtung mit Leistungsmerkmalen?*

Der Kunde hat die Wahl, ob er die zusätzlichen Leistungen will. Ansonsten kann er zu den anderen Produkten grei-

fen. Genau dafür ist das Baukastenprinzip gedacht. Und wir führen es Beratern und Kunden einfach und verständlich vor Augen. Denn die richtige BU-Vorsorge ist nicht nur eine Frage des bestmöglichen Produktes, sondern nach meiner Meinung das Ergebnis einer qualitativ hochwertigen Beratung. Hier kommt es darauf an, dass Berater und Kunden Wünsche und Bedürfnisse transparent besprechen und danach den richtigen Versicherungsschutz auswählen.

*Der Bedingungswettbewerb war einer der Punkte, der im BU-Markt zu aktuarischen Bauchschmerzen führte, die bei einigen Wettbewerbern noch nicht verklungen sind.*

Bauchschmerzen haben Wettbewerber durch Leistungserweiterungen, die nicht in den Preisen Niederschlag finden oder aufgrund fehlenden Datenmaterials schlecht kalkuliert werden können. Führt eine Mehrleistung dagegen zu einer kalkulierten Mehrprämie, sieht das anders aus. Unsere Tarife sind solide und auskömmlich kalkuliert. Wir verfügen hier auch über eine generationenübergreifende Erfahrung als Anbieter. Das spürt unser Kunde auch im Leistungsfall – hier helfen wir auch über das wohl erwartete Maß hinaus beispielsweise bei der Frage, wie und wo Leistungen weiterer Versorgungsträger beantragt werden können.

*Hinsichtlich Beratung und Antrag kann der Makler bei Ihnen die neueste Technik nutzen. Einerseits ein großes Plus für das moderne Maklerbüro. Aber kann man die Fragen zur Gesundheitsprüfung wirklich so einfach und vor allem haftungssicher handhaben?*

Durch das Beratungstool Diagnose X der Bayerischen können Berater und Kunden den Antragsprozess einschließlich Gesundheitsprüfung bequem papierlos via Internet erledigen – und zwar direkt am Point of Sale. Sogar die Unterschrift lässt sich mit unserem Tool InSign auf einem handelsüblichen Android- oder Apple-Smartphone haftungssicher leisten. Bequemer und schneller geht es nicht. Und es ist aus meiner Sicht auch für den Berater eine echte Hilfe hinsichtlich der Haftung: Denn wir führen durch die Gesundheitsprüfung, so dass wir auch sofort verbindliche Antworten bieten.

# Außenregulierung in der Berufsunfähigkeitsversicherung – Die Leistungsprüfung modern ausrichten

Die Kommunikation mit dem Kunden wird bei der Regulierung von Berufsunfähigkeitsfällen immer wichtiger. Durch einen intensiven Kontakt zum Kunden können die notwendigen Informationen schneller und von besserer Qualität besorgt werden. Eine professionelle Leistungsregulierung, die dem Kunden eine intensive Betreuung und Unterstützung bietet, wird von Ratingagenturen zunehmend stärker gewichtet. Zwar stellt die Außenregulierung – d. h. der Besuch des Kunden vor Ort – noch kein Standardverfahren dar. Die ausschließliche Regulierung vom Schreibtisch aus kann den modernen Anforderungen allerdings nicht mehr genügen. Mit der Außenregulierung kann sich der Versicherer positiv im Markt platzieren und den Prozess seiner Leistungsregulierung beschleunigen.



*Stefan Wittmann,  
Abteilungsleiter Leben  
Antrag/Leistung bei der  
Deutschen Rückversicherung AG*

In der Sach- und HUK-Sparte sowie in der privaten Krankenversicherung ist die Regulierung eines Leistungsfalles vor Ort seit vielen Jahren Standard. Beispielsweise in der Haftpflicht-, Hausrat-, Kfz-Kasko und Krankentagegeldversicherung werden Sachverständige vor Ort beim Kunden aktiv – auch ungeachtet der Höhe der Entschädigungssumme. Dagegen ist in der Berufsunfähigkeitsversicherung mit ihren teils sehr hohen Rentenbarwerten und überwiegenden Dauerleistungsfällen ein Kundenbesuch weiterhin der Ausnahmefall.

Der Versicherer profitiert enorm davon, den Versicherten im Leistungsfall einer Berufsunfähigkeit vor Ort zu besuchen. Er kann seinen Kunden bei der

Bewältigung einer für ihn existenziell wichtigen und psychisch belastenden Situation durch den persönlichen Kontakt unterstützen. Aber auch schwierige und festgefahrene Regulierungssituationen lassen sich besser im persönlichen Dialog meistern. Dennoch hat sich diese Regulierungsmethodik bei Berufsunfähigkeitsfällen noch nicht flächendeckend im deutschen Markt durchgesetzt. Die Leistungsregulierung erfolgt weiterhin überwiegend papierbezogen und findet in den eigenen Geschäftsräumen statt.

## Langsame Entwicklung

Zwar gab es schon Anfang der 80er Jahre erste Aktivitäten in der Außenregulierung. Allerdings setzte sich diese Entwicklung nicht dynamisch fort, sondern stagnierte in den Folgejahren. Erst Mitte der 90er Jahre bauten weitere Versicherer die Aktivitäten im Markt aus. Seit einigen Jahren haben mehrere namhafte BU-Versicherer in Deutschland Spezialistenteams gebildet und betreiben die Außenregulierung professionell. Parallel sind auch Dienstleister in den Markt eingetreten, an die Versicherer geeignete Fälle übergeben können.

Und doch: Obwohl vor über 20 Jahren angefangen, ist diese Regulierungsmethodik noch zu keinem branchenweiten

Standardverfahren gereift. Und das, obwohl die Berufsunfähigkeitsversicherung seither im Verkauf deutliche Zuwachsraten zu verzeichnen hatte, es große Bestände bei Versicherern gibt und die Anzahl der Leistungsfälle rapide zunimmt. Kleine und mittlere Versicherer bleiben insgesamt gesehen unterrepräsentiert.

## Einsatzgebiete der Außenregulierung – gute Gründe für einen Kundenbesuch

Verschiedenste Regulierungsszenarien bieten sich für einen Kundenbesuch an, wobei natürlich auch immer die spezifischen Situationen des Einzelfalles zu berücksichtigen sind. Als klassische Einsatzgebiete sind zu nennen:

1) Die Aufnahme regulierungsrelevanter Sachverhalte während der laufenden Leistungsregulierung

Der Außenregulierer unterstützt seinen Versicherten beim Ausfüllen des Fragebogens. Auf Unklarheiten kann sofort dynamisch reagiert werden. Erforderliche Nachweise können parallel verlangt werden. Das Berufsbild des Versicherten bzw. die Betriebssituation bei einem Selbständigen können einer ersten kritischen Betrachtung unterzogen werden. Der Versicherer zeigt Präsenz bei sei-

nem Versicherten, ein Vertrauensverhältnis kann aufgebaut werden.

Zugleich gewinnt der Versicherer einen ersten Eindruck von seinem Versicherten. Dieser Eindruck kann bei späteren Überlegungen zu Verweisungsfragen und beruflichen Rehabilitationenschancen noch sehr nützlich sein. Gerade im Reha-Management gilt der Grundsatz des frühen Kontakts. Je schneller sich Tendenzen oder Wünsche zu einer beruflichen Neuorientierung erkennen lassen, umso leichter sind Umsetzung und Bewältigung.

*» Die Möglichkeiten in der Regulierung von Berufsunfähigkeitsfällen sind bei weitem noch nicht ausgeschöpft. «*

Auch im späteren Verlauf der Leistungsprüfung kann ein Besuch Sinn machen, nämlich dann, wenn Unklarheiten zur betrieblichen Situation des Versicherten nach Auswertung der schriftlichen Unterlagen verbleiben. Immer weitere schriftliche Rückfragen helfen dann nicht mehr weiter, wenn dem Versicherten nicht klar ist, was die Fragen zu seinen Mitarbeitern, deren Einsatzgebiet, deren Ausbildung bezwecken sollen. Die Chancen einer betrieblichen Umorganisation lassen sich für den Versicherer wesentlich besser durch eine Recherche vor Ort beurteilen.

2) Die vor- bzw. nachbereitende Regulierung des Leistungsfalles vor Ort beim Kunden

Der Versicherer kann seinem Kunden die Leistungsentscheidung parallel zum schriftlichen Verfahren vorher oder auch nachher mündlich vermitteln. Im Widerspruchsverfahren kann das Prozessrisiko besser beurteilt werden. Vergleichsregelungen, die in ihrer Bedeutung immer mehr zunehmen, können in persönlichen Gesprächen besser begründet und dargestellt werden. Der Versicherer sollte sich nicht scheuen, den direkten und persönlichen Kontakt mit dem Versicherten auch in komplizierten Fallkonstellationen, wie zum Beispiel bei Anzeigepflichtverletzungsfällen, zu suchen.,

3) Das Nachprüfungsverfahren  
Auch hier bietet der Besuch vor Ort die Chance, schnell und umfassend alle notwendigen Informationen zu sammeln, um über etwaige Reaktivierungsmöglichkeiten entscheiden zu können. Gerade Nachprüfungsverfahren werden bei Versicherern noch zu defensiv und von untergeordneter Bedeutung durchgeführt. Die schlechten Reaktivierungsquoten der Branche verdeutlichen dies.

Auf alle Fälle gilt es für Versicherer, grundsätzliche Kriterien zu verabschieden, nach welchen Leistungsfälle für eine Außenregulierung in Frage kommen oder nicht.

### **Voraussetzungen für einen nachhaltigen Erfolg**

Wesentlich ist ein tragfähiges und professionelles Konzept. Dieses muss von Dauerhaftigkeit und Kontinuität geprägt sein, ansonsten verpuffen Anfangserfolge schnell. Leistungsabteilung und Unternehmensleitung müssen dabei eine Sprache sprechen. Bevor sich der Versicherer für die Außenregulierung entscheidet, sollte er unter anderem klären

- wie hoch seine Investitionsbereitschaft in diese Regulierungsmethodik ist,
- welche Kennzahlen über sein Engagement in der Außenregulierung entscheiden sollen,
- welchen Stellenwert er diesem Service gibt,
- welche Ziele erreicht werden sollen.

Auch die praktizierte Regulierungsphilosophie muss sich in der Außenregulierung wiederfinden. Sollte beispielsweise bisher die Vergleichsbereitschaft in strittigen Fällen gering ausgeprägt sein, macht es keinen Sinn, den Kunden in gerade diesen Fallkonstellationen zu besuchen. Sollen Prozessfälle vermieden werden, werden sich wiederum deutlich mehr geeignete Fälle für eine Außenregulierung identifizieren lassen.

Der Dialog mit dem Vertrieb muss frühzeitig gesucht werden. Es kann Sinn machen, den Vermittler beim Kundenbesuch mitzunehmen, es gibt aber auch Fallkonstellationen, die ungeeignet sind. Hierzu sollten im Vorfeld klare gemeinsame Vereinbarungen getroffen werden.

Die Qualifizierung der eigenen Außenregulierer bedarf besonderer Beach-

tung. Nicht ausreichend vorbereitete und geschulte Außenregulierer gefährden den Erfolg erheblich. Zudem hat der Kunde hohe Ansprüche an eine qualifizierte Außen- und damit Leistungsregulierung. Die fachliche Kompetenz sollte der Außenregulierer per se mitbringen. An die methodische und vor allem soziale Kompetenz werden ebenfalls hohe Anforderungen gestellt. Der Regulierer muss beim Besuch vor Ort Eskalations-situationen, Stimmungswechsel sowie neue, überraschende Erkenntnisse erfassen und darauf souverän und geschickt reagieren. Hierzu muss er mit klaren Kompetenzen ausgestattet sein. Seine regelmäßige Weiterbildung versteht sich von selbst.

Ein geeignetes Monitoring spiegelt die Ergebnisse wieder und hilft, Schwachstellen rechtzeitig zu beseitigen.

### **Lösungsansätze für Versicherer**

Die Außenregulierung muss nicht etablierten BU-Versicherern mit einem großen Bestand vorbehalten bleiben. Auch kleine und mittlere Erstversicherer mit geringen Stückzahlen an Leistungsfällen und kleinen Regulierungsmannschaften haben gute Chancen, diesen neuen Service erfolgreich aufzubauen.

Die Hürden des mühsamen Aufbaus der internen Strukturen können mit Hilfe der Deutschen Rück überwunden werden.

Die Verlagerung der bisherigen schriftlichen Bearbeitung hin zur Tele-Leistungsprüfung, dem sogenannten Teleclaiming, kann Ressourcen schaffen, die in eine Außenregulierung investiert werden können. Eine Standardisierung und Automatisierung der bisherigen Prozessabläufe kann weitere Effizienzgewinne bringen.

### **Investition in die Außenregulierung lohnt sich**

Die Möglichkeiten in der Regulierung von Berufsunfähigkeitsfällen sind bei weitem noch nicht ausgeschöpft. Die Bedürfnisse des Kunden steigen und werden in Zukunft noch stärker zu berücksichtigen sein. Ein Serviceversicherer muss seinem Kunden die bestmögliche Hilfe im Berufsunfähigkeitsfall geben. Dazu gehören neben der reinen Regulierung auch eine umfassende Beratung, das persönliche Gespräch und vor allem die Vermittlung des Gefühls, dass der Versicherer sich um seinen Versicherten kümmert.

Was passiert vor Ort im BU-Marketing? Nix!

# Ein Blick durch die Gemeinden



Rund 400 Tageszeitungen bedienen Tag für Tag die deutschen Haushalte. Jede Tageszeitung hat eine, wie auch immer benannte, Veranstaltungsübersicht. Da findet sich alles, was für den Leser, meist Abonnenten, vor Ort von Interesse sein kann: Volkshochschulangebote, Sportvereine, Feuerwehrtage, Theater und mehr. In den Copy-Tests der Werbewirtschaft dokumentiert sich seit Anbeginn: Ja, der Veranstaltungsteil einer Tageszeitung hat stets gute Kontaktzahlen. Aber wo sind Sie in diesem Umfeld zu finden, Sie der Makler?

Lassen Sie uns einmal einen Monat lang genau den Veranstaltungsteil unserer Tageszeitungen auswerten. Finden wir eine Veranstaltung zum Thema Arbeitskraftabsicherung? Nein! Warum nicht? Ja, dann fragen Sie einmal die Makler vor Ort. Sie finden tausend „aber“.

Kurzum: Das Thema wurde in der Bundesrepublik noch nie beherzt und systematisch in Angriff genommen. Man verlässt sich auf bedrucktes Papier, Internet und die Kraft der bösen statistischen Daten hinsichtlich des Risikos seine Arbeitskraft zu verlieren.

Dabei geht es doch nur um Eines: Kontakt vor Ort. Mit den Menschen reden. Ohne ein Gespräch geht gar nichts. Jeder Makler weiß es, doch kaum keiner baut sich zielstrebig einen BU-Markt auf.

Man zeigt auf die Versicherer. Die sollen mehr tun für das Problembewusstsein in der Bevölkerung.

Das ist jedoch vorhanden. Es mangelt an einer Marketingstrategie des Maklers, um Problembewusstsein in Handlung umzusetzen.

Darum finden wir in den Veranstaltungsteilen unserer Tageszeitungen keine Veranstaltungen zum Thema Arbeitskraftabsicherung. Man ist sich zu fein, jede Woche einen Informationsabend oder Frühschoppen anzubieten. Da kommt ja doch keiner, heißt es. Habe ich früher mal versucht.....

Vertane Jahre von Marktteilnehmern, die die leichtesten Chancen nicht genutzt haben. Makler, die nicht wissen wollen, dass nach einem leeren Saal ein

leicht gefüllter Saal kommt. Menschen, die das Thema Mund zu Mund Propaganda und Empfehlung immer nur in Motivationsbüchern lesen – aber niemals umsetzen. Getrieben von der Idee des schnellen Erfolgs hat man die Geldscheine auf der Straße übersehen.

**Rückblick**

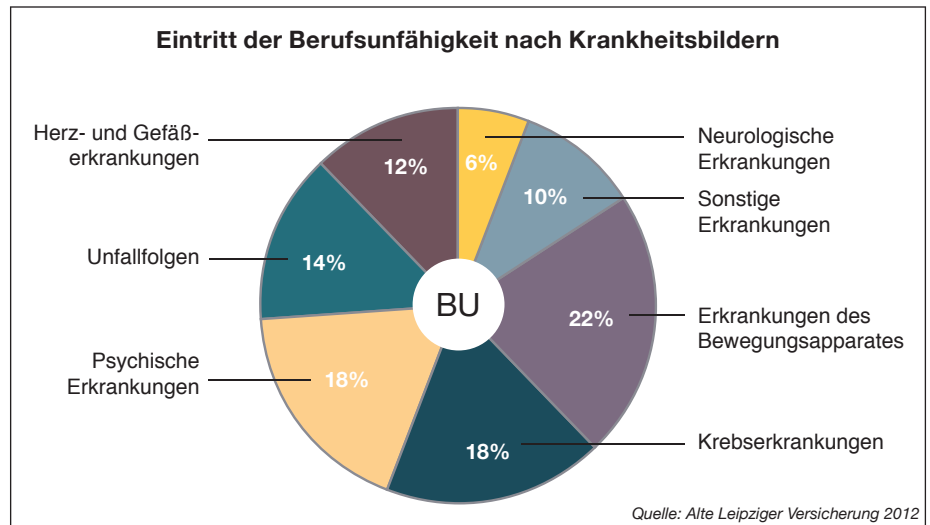
Fragen Sie Makler, die seit 30 Jahren im Markt sind, was diese alles nicht (!) getan haben, um sich in der Region zu positionieren. Beispiel: Rechnen Sie 30 x 52 Wochen, in denen man in der Tageszeitung hätte präsent sein können.

Das wären 1560 Einladungen zu BU-Informationsveranstaltungen gewesen. Mindestens 10 Prozent der angebotenen Veranstaltungen hätten sicher stattgefunden.

den. Sagen wir 3 lohnende Kontakte pro Veranstaltung; ohne daraus resultierende Empfehlungen. Summe: 468 BU-Kunden. Das wäre doch was gewesen. Bei nur 10 Prozent Erfolgsquote. Doch was macht der Makler lieber: Er steigt in den Lead-Zirkus ein und bezahlt gutes Geld. Und jammert. Versteh' einer den Vertrieb.

**Markt-Potenzial**

Gemäß einer YouGov-Studie\* vom Mai 2012 konnten sich 16 Millionen Erwerbstätige einen BU-Abschluss in den kommenden 18 Monaten vorstellen. Lediglich 25 Prozent der Erwerbstätigen in Deutschland zwischen 16 und 50 Jahren haben sich jedoch bisher für eine Berufsunfähigkeitsversicherung entschieden.



**Eintritt der Berufsunfähigkeit nach Alter:** Fast jeder 5. Berufsunfähige ist noch keine 40 Jahre alt!

unter 30 Jahre	7%
31 bis 40 Jahre	12%
41 bis 50 Jahre	23%
51 bis 60 Jahre	48%
61 bis 65 Jahre	10%

Laut dieser Befragung haben 85 Prozent der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zwischen 16 und 50 Jahren sich bereits Gedanken zur Berufsunfähigkeit gemacht.

Vier von fünf Erwerbstätigen halten zudem eine Berufsunfähigkeitsversicherung für wichtig. Jeder zweite Erwerbstätige in Deutschland zwischen 16 und 50 Jahren ohne Berufsunfähigkeitsversicherungsschutz kann es sich zumindest »vielleicht« vorstellen, in den kommenden 18 Monaten eine Berufsunfähigkeitsversicherung abzuschließen.

Dies sind bezogen auf die Gesamtbevölkerung mehr als 16 Millionen Personen, die einem entsprechenden Beratungsangebot offen entgegenzutreten würden.

#### Alles eine Frage des Preises

Wenn Personen trotz hohen Interesses keine Berufsunfähigkeitsversicherung abschließen, liegt dies meistens an der Höhe der monatlichen Beiträge. Andere mögliche Gründe, wie fehlende Transparenz oder Gesundheitsprüfungen, wirken laut dieser Studie weniger hemmend.

#### Berufsunfähigkeitsversicherung als echte Existenzsicherung

Etwa 70 bis 90 Prozent derjenigen, die eine Berufsunfähigkeitsversicherung besitzen, haben laut Franke & Bornberg nur einen Anspruch auf weniger als 1000 Euro BU-Rente. Der GDV nennt eine durchschnittliche BU-Rente von 558 Euro im Monat.

#### Ein Klassiker

» Mensch, denk doch mal nach: Je jünger, desto geringer ist Dein Beitrag. Willst Du etwa lieber Deinen Blechpalast schützen oder die eigene Haut? 800,- Euro im Jahr für den Super-Golf oder 600,- Euro im Jahr für eine monatliche BU-Rente von 1000,- Euro. Na, was ist das bessere Geschäft? «

\* [www.yougov.de](http://www.yougov.de)

# NEU Ihr großes, kostenfreies Fach-Magazin

## „Makler & Pflege“

Unabhängig · kompetent · verkaufsfördernd



### Die Rubriken

- Bausteine der Pflege-Beratung
- So beraten Kollegen
- Makler & Vergütung
- Rating Pflege-Bahr
- Rating Pflegetagegeld
- Pflegelücke ermitteln
- Seminare
- Bedingungswerke im Vergleich
- Produkt
- Gesellschaften im Gespräch
- **Kunden-Service-Seiten kostenfrei zum Download**
- **Kundenzeitschrift kostenfrei zum Download**

6 x jährlich, einfach zum kostenfreien Download.  
Mit vielen Kunden-Service-Seiten für Ihr Marketing.  
**Zu Ihrer Anmeldung > [www.makler-pflege.de](http://www.makler-pflege.de)**



# Die neue geförderte Pflegevorsorge

Seit Jahresanfang bieten die ersten Versicherer geförderte Pflegezusatzversicherungen („Pflege-Bahr“) an. Zum Redaktionsschluss am 06.03.2013 waren insgesamt 18 Pflege-Bahr-Tarife von 15 Versicherern bekannt. Angekündigt ist darüber hinaus ein weiterer Tarif aus dem Hause Domcura in Zusammenarbeit mit der Deutschen Familienversicherung, während die HUK-Coburg bereits die erste bestandswirksame Überarbeitungen in den Markt gegeben hat. „Makler & Pflege“ hat dies zum Anlass genommen, einen ersten Preis-Leistungs-Vergleich der derzeitigen Wettbewerber zu erstellen. Zunächst einmal sollen jedoch an dieser Stelle einige Grundsätzlichkeiten zusammengefasst werden.

Von Stephan Witte

## Gemeinsamkeiten der geförderten Pflegegeldabsicherung

Alle staatlich geförderten Pflegeprodukte setzen nach § 127 SGB XI Absatz 1 einen monatlichen Mindestbeitrag von 15 Euro voraus, wobei pauschal eine staatliche Förderung von 5 Euro im Monat bzw. 60 Euro im Jahr zum Tragen kommt. Tatsächlich müssen Versicherte also nur mindestens 10 Euro im Monat aus eigenen Mitteln aufbringen. Um die volle staatliche Förderung noch für das Jahr 2013 zu erhalten, sollte nach Medienberichten ein Vertragsabschluss vor dem 01.07.2013 erfolgen.<sup>1</sup>

Entscheidend ist in diesem Zusammenhang, dass entsprechend auch die Beiträge rückwirkend entrichtet werden müssen, um den Förderanspruch nicht zu gefährden. Hierzu heißt es im Gesetz nach § 127 SGB XI Absatz 3 wie folgt:

*„Der Anspruch auf die Zulage entsteht mit Ablauf des Kalenderjahres, für das die Beiträge zu einer privaten Pflege-Zusatzversicherung gemäß § 127 Absatz 1 geleistet worden sind (Beitragsjahr).“*

Andernfalls oder bei einem späteren Vertragsabschluss wird die Förderung nur für die Monate gewährt, in denen der Vertrag bereits bestanden hat. In jedem Fall wird die Förderung vom privaten Krankenversicherer für den Versicherten unbürokratisch bis zum 31.03. des Fol-

gejahres beantragt und kann auch nur für insgesamt einen Vertrag gewährt werden. Versicherungsleistungen sind nach § 127 SGB XI Absatz 4 in allen Pflegestufen, so auch bei eingeschränkter Alltagskompetenz wegen Demenz (Pflegestufe 0) zu erbringen, wobei das Pflegegeld in der Pflegestufe III mindestens 600 Euro monatlich betragen muss, in der Pflegestufe II mindestens 30% davon (= 180 Euro), in der Pflegestufe I mindestens 20% davon (= 120 Euro) und in der Pflegestufe 0 mindestens 10% von 600 Euro (= 60 Euro).

Die Folge dieser Voraussetzungen wird von der Deutschen Familienversicherung gut auf den Punkt gebracht:

*„Im Rahmen der Gestaltung der förderfähigen Pflegeversicherungen hat der Gesetzgeber die Versicherungswirtschaft gezwungen umzudenken. Bisher wurden markteinheitlich feste Tagegeldhöhen mit variablen Beiträgen je Eintrittsalter vermarktet. Im Rahmen der staatlich geförderten Pflegeversicherung ging es darum, welche Tagegeldhöhen für einen fixen Beitrag von 15 Euro (10 Euro Mindesteigenbetrag + 5 Euro Förderung) pro Monat abgebildet werden können. Dieses Tarifkonfigurationsmodell haben wir auf die DFV-DeutschlandPflege Ergänzungsdeckung übertragen. Insofern können unsere Kunden gemäß ihrem Eintrittsalter zwischen verschiedenen, definierten Gesamtbeitragshöhen (Summe*

*DFV-FörderPflege + DFV-DeutschlandPflege Ergänzungsdeckung) wählen und so dann über entsprechende Leistungsumfänge in den jeweiligen Pflegestufen verfügen.“*

Ein Anspruch auf staatliche Förderung besteht nach § 126 SGB XI für alle Personen ab 18 Jahren, die Mitglied der deutschen sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung sind und nicht pflegebedürftig sind oder bereits pflegebedürftig waren.

Nicht zulässig sind nach § 127 SGB XI Absatz 4 eine Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit, etwaige Einmal- oder Assistenzleistungen.

Der Abschluss muss grundsätzlich uneingeschränkt vom Gesundheitszustand möglich sein (Kontrahierungszwang). Einzige Ausnahmen sind Personen, die bei Antragsstellung bereits Pflegeleistungen beziehen oder bezogen haben.

Risikozuschläge oder -ausschlüsse sind nicht zulässig.

Dafür darf nach § 127 SGB XI Absatz 6 eine Wartezeit von bis zu fünf Jahren verlangt werden. Die Pflegeeinstufung der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung muss als Leistungsauslöser anerkannt werden.

Versicherte müssen das Recht haben, den Vertrag bei finanzieller Hilfebedürftigkeit bis zu drei Jahre lang ruhen lassen zu dürfen.

Pflege-Bahr-Tarife dürfen ausschließlich von Krankenversicherern angeboten

werden. Die Courtage für geförderte Pflege-Bahr-Tarife ist auf zwei Monatsbeiträge maximiert. Ebenfalls gedeckelt ist die Höhe der zulässigen Verwaltungskosten für geförderte Pflegegeldtarife.

### Eintrittsalter und Beitragskalkulation

Nur wenige Versicherer wie die Debeka weisen in ihren Unterlagen ausdrücklich Beiträge auch für unter 18jährige aus – dies allerdings naturgemäß ohne Zulaagenanspruch und nur im Rahmen der Kindernachversicherung (siehe unten) mit Verzicht auf eine Gesundheitsprüfung.

Je nach Versicherer werden in den offiziellen Vertriebsunterlagen der Versicherer unterschiedliche Höchstalter ausgewiesen. Diese bedeuten allerdings lediglich, dass Beiträge für höhere Eintrittsalter anzufragen wären. Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben (Förderfähigkeit nach § 127 SGB XI Absatz 2) ist eine Höchstaltersbeschränkung faktisch unzulässig.

» Allein die Kombination aus gesetzlicher oder privater Pflegepflichtversicherung, ergänzt um einen Pflege-Bahr-Tarif, ist in keinem Fall dazu geeignet, die zu erwartende Versorgungslücke bei Pflegebedürftigkeit umfassend zu schließen. Vielmehr handelt es sich um einen ersten Schritt zum Erhalt zusätzlicher Pflegeleistungen, die von hinreichend gesunden Personen durch eine Kombination mit nicht geförderten Tarifen weiter reduziert werden können. «

Auf der anderen Seite suggerieren Beitragstabellen mit Beiträgen nur bis 65 Jahren (PAX Familienfürsorge), 70 Jahren (Deutscher Ring Kranken, DKV, Signal Iduna), 75 Jahren (Barmenia<sup>2</sup>, Ergo), 90 Jahren (Münchener Verein), 100 Jahren (Central, Deutsche Familienversicherung, Envivas), 102 Jahre (SDK), 103 Jahre (Allianz), 105 Jahre (Debeka) bzw. 112 Jahre (HUK-Coburg), dass die Aufnahme älterer Kunden nicht möglich seien.

In der Praxis sind die entsprechenden Beiträge für höhere Eintrittsalter bei den jeweiligen Versicherern anfragepflichtig.

Eine Besonderheit der SDK ist, dass

es geringfügig rabattierte Tarife für Mitglieder der mhplus Betriebskrankenkasse gibt. Vergleichbar sind günstigere Prämien der HUK-COBURG für Mitglieder und Versicherte der Barmer GEK.

Alle Tarife arbeiten mit Alterungsrückstellungen und sind demnach nach Art der Lebensversicherung kalkuliert. Demnach ist bei keinem Anbieter eine technisch einjährige Prämienkalkulation vorhanden.

### Teilweiser Verzicht auf Wartezeiten

Bei Allianz, Barmenia, Central, Debeka, Envivas, Deutsche Familienversicherung, Deutscher Ring, Ergo Direkt, HUK-Coburg (Tarif mit Stand 01.2013), PAX Familienfürsorge und Signal Iduna entfällt jeweils die fünfjährige Wartezeit, wenn die Pflegebedürftigkeit durch einen Unfall verursacht wurde.

Durch die Verdoppelung der Leistung im Tarif PflegeBAHRPLUS wird die fehlende Leistung bei nicht unfallbedingtem Eintritt von Pflegebedürftigkeit innerhalb der Wartezeit beispielsweise in den Tarifen Pflegebahr von Deutscher Ring und Signal Iduna aufgefangen.

### Fehlende Unfall-Definition

Was unter einem versicherten Unfallereignis zu verstehen ist, wird allein von Deutscher Ring, Deutscher Familienversicherung, Signal Iduna und VPV definiert. Bei den anderen Wettbewerbern bleibt unklar, ob z.B. eine Pflegebedürftigkeit infolge einer willensgesteuerten Eigenbewegung, durch ärztliche Kunstfehler oder durch Gase und Dämpfe als Unfall zu bewerten ist.

Eine Bewertung ist hier schwierig. Einerseits ermöglicht eine fehlende Definition eine besonders verbraucherfreundliche Interpretation, andererseits besteht für Kunden und Vermittler ein gerütteltes Maß an Rechtsunsicherheit. Letztlich überzeugen die Argumente, die eine Klarstellung nicht nur aus Gründen der Transparenz für notwendig erachten, sondern auch um im Leistungsfall ohne einen Rechtsschutzversicherer im Rücken seinen Leistungsanspruch durchsetzen zu können.

Als einzige Versicherer nicht auf eine Wartezeit bei unfallbedingter Invalidität verzichten derzeit die HUK-Coburg (bereits geschlossener Tarif mit Stand

12.2012) und der Münchener Verein. Positiv vom Wettbewerb abweichend ist die Regelung der SDK, wonach im Einzelfall auf eine Anrechnung von Wartezeiten verzichtet werden kann:

„Versicherten, die die beim Versicherer geführten Tarife PS oder PE beenden und im unmittelbaren Anschluss einen Tarif PZ oder PZM abschließen, wird die in den Tarifen PS oder PE ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung nach diesen Bedingungen spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde. §1 bleibt unberührt.“

### Kindernachversicherung

Generell gilt bei allen Versicherern ein Verzicht auf die Wartezeit im Rahmen der Kindernachversicherung nach § 24 der Musterbedingungen für Neugeborene und minderjährige, adoptierte Kinder, „wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt.“

Diese Kindernachversicherung erklärt, wieso die Debeka Prämien bereits für neugeborene Kinder ausweist. Obwohl für Personen unter 18 Jahren kein Förderanspruch besteht, kann die Nachversicherungsoption nach § 24 MB/GEVP 2013 die Möglichkeit eröffnen, bereits bei Geburt pflegebedürftigen Kindern uneingeschränkten Versicherungsschutz im Umfang des elterlichen Versicherungsschutzes zu ermöglichen.

Beispielsweise könnte ein neugeborenes Kind für einen Monatsbeitrag von 15,00 Euro bei der Debeka einen monatlichen Pflegegeldanspruch von 1.315,79 Euro versichern. Voraussetzung dafür wäre allerdings, dass auch die Eltern bereits in dieser Höhe versichert wären, was zumindest bei Redaktionsschluss faktisch noch nicht möglich

<sup>2</sup> Im Rahmen des Online-Abschlusses für die Förder-Pflege der Barmenia können abweichend sämtliche Eintrittsalter berechnet werden. (siehe <https://ssl.barmenia.de/de/service/online-abschluesse/pflegevorsorge/foerderpflege.xhtml?prd=Deutsche-Frder-Pflege%20/%20Pflege+%produkt=193&dom=http://www.barmenia.de/&red=2>)

war. Eine Versicherung über die Absicherungshöhe der Eltern hinaus ist im Rahmen der Kindernachversicherung ausgeschlossen.

### Versicherte Leistungen

Alle Versicherer sehen in der Pflegestufe III entsprechend der gesetzlichen Vorgabe ein monatliches Pflegegeld bzw. ein auf 30-Tages-Basis berechnetes Pflegegeld von mindestens 600 Euro vor. Da die Mindestleistung in Pflegestufe III sowie der Mindestbeitrag gesetzlich vorgeschrieben sind, sehen die Wettbewerber jeweils in Abhängigkeit vom Eintrittsalter andere Mindestleistungen vor.

Im Schnitt erhält beispielsweise ein 40jähriger Kunde eine monatliche Pflegeleistung in der Pflegestufe III von bis zu 797,96 Euro, ein 50jähriger Kunde hingegen nur noch von 712,94 Euro.

### Pflegegelder in der Regel verbindlich

Anders als im Rahmen ungeförderter Produkte sind die benannten Pflegegelder in der Regel verbindliche Sätze und können weder reduziert oder erhöht werden. Eine Ausnahme stellen die HUK-Coburg und die PAX Familienfürsorge dar, bei denen wahlweise eine Leistung zwischen 600 und 1.200 Euro monatlich abgesichert werden kann.

Wer einen weitergehenden Schutz wünscht, muss auf ungeförderter Pflegeergänzungstarife ausweichen, kommt also nicht ohne eine Gesundheitsprüfung aus.

Berücksichtigt man die tatsächlich zu erwartende Pflegelücke in der Pflegestufe III von etwa 1.900 Euro monatlich ambulant bzw. 1.700 Euro monatlich stationär, so ist die geförderte Zusatzversorgung in der Tat nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Die Leistungen in den einzelnen Pflegestufen wie auch das Prämienniveau der einzelnen Anbieter weichen teilweise stark voneinander ab. Siehe Tabelle Seite 48-49.

### Die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben in der Praxis

Aus der Tabelle (Seite 48-49) gehen gut die zwei Ansätze hervor, wie mit den gesetzlichen Vorgaben umgegangen wird. Ausgangspunkt ist dabei in beiden Fällen, dass 600 Euro monatliches Pflege-

geld in der Pflegestufe III erreicht werden muss und zugleich die eingangs beschriebenen Mindestleistungen in den anderen Pflegestufen erreicht werden müssen. Ist die zu versichernde Person sehr jung, so sind die vorgegebenen 15 Euro im Monat nicht erforderlich, um den verlangten Versicherungsschutz zu finanzieren.

### „Für Personen näher am Leistungsfall“

Ein Teil der Versicherer (z.B. Ergo Direkt) ist im Rahmen der Produktgestaltung an einem möglichst attraktiven Verhältnis staatlicher Förderung zu Eigenbeitrag interessiert. Als Folge orientieren sich diese Anbieter an den gesetzlichen Mindestvorgaben, was die maximale Höhe des monatlichen Pflegegeldes in den einzelnen Pflegestufen betrifft. Damit können Angebote auch für Personen in fortgeschrittenem Alter preislich attraktiv gestaltet werden. Als Vorteil in jungen Jahren kann eine deutlich über 600 Euro im Monat hinausgehende Pflegeleistung dargestellt werden. Die Beschränkung auf die gesetzlichen Mindestleistungen hat nach Ansicht von Ergo Direkt auch mit Beitragsstabilität bei geförderten Tarifen zu tun:

*„Für Personen, die näher am Leistungsfall stehen, dürften insbesondere Anbieter mit hohen wählbaren Leistungen attraktiv sein. Das Antiselektionsrisiko und damit das Risiko der „Beitragsstabilität“ ist dort deshalb gegenüber Anbietern der Mindest-Leistung deutlich erhöht.“*

### Erhöhte Prozentsätze in den einzelnen Pflegestufen

Ein anderer Teil des Marktes (z.B. DebeKa, Deutsche Familienversicherung, Deutscher Ring) sieht erhöhte Prozentsätze in den einzelnen Pflegestufen vor. Als Folge wird die Absicherung des Mindestbeitrages mit zunehmendem Alter immer teurer, wenngleich die prozentualen Leistungen deutlich besser abschneiden als jene von Anbietern mit dem vorbenannten Modell. Für junge Leute mit noch geringem Pflegefallrisiko wird allerdings mit dem Mindestbeitrag im Zweifel auch nur das monatliche Pflegegeld von 600 Euro erreicht.

Welche der einzelnen Pflegestufen besonders erhöht werden, ist ein weiteres Thema, zu dem man unterschied-

lich argumentieren kann. Fakt ist, dass die überwiegende Zahl der Pflegebedürftigen in die Pflegestufen 0 und I fallen dürften. Auf der anderen Seite sind jedoch besonders hohe Kosten vor allem in den Pflegestufen II und III zu erwarten.

### Eine Sache der Verkaufs- und Beratungsideologie?

Was nun besser ist, eine Erhöhung des Pflegegeldes in der Pflegestufe III oder eine Erhöhung der Mindestleistungen in allen Pflegestufen, ist und bleibt sowohl der jeweiligen Verkaufs- und Beratungsideologie überlassen.

Im Kern entscheidend sollte wohl sein, dass die zu erwartende Pflegelücke nach Vorleistung von gesetzlicher / privater Pflegepflichtversicherung und Pflege-Bahr bestmöglich geschlossen wird. Insbesondere gilt dies natürlich für Personen, denen aus gesundheitlichen Gründen der Zugang zu einer ungeförderter Pflegeversorgung verwehrt ist. Insofern kann man auch die Ansicht vertreten, dass eine möglichst hohe Leistung in jeder Pflegestufe im Fokus stehen sollte, obwohl dies ggf. zu Lasten einer dauerhaften Beitragsstabilität gehen könnte.

Für alle Wettbewerber gilt gleichermaßen, dass ein Betreuungsgeld (sog. Demenzleistung) nur dann erbracht wird, wenn nicht zugleich eine Einstufung in eine der Pflegestufen I, II oder III im Sinne von § 14 SGB XI erfolgt.

### Pflege-Bahr allein reicht nicht aus

Als Fazit bleibt auch hier festzuhalten, dass allein die Kombination aus gesetzlicher oder privater Pflegepflichtversicherung ergänzt um einen Pflege-Bahr-Tarif in keinem Fall dazu geeignet ist, die zu erwartende Versorgungslücke bei Pflegebedürftigkeit umfassend zu schließen.

Vielmehr handelt es sich um einen ersten Schritt zum Erhalt zusätzlicher Pflegeleistungen, die von hinreichend gesunden Personen durch eine Kombination mit nicht geförderten Tarifen weiter reduziert werden können. Selbstverständlich setzt dies auch hinreichende finanzielle Mittel voraus.

Für die Kunden, die allein auf Pflichtversicherung und staatliche Förderung setzen, gelingt dies zu Vertragsbeginn mit der HUK-Coburg sowie der PAX Familienfürsorge wie folgt.

Restkosten	ohne Pflege-Bahr		mit Pflege-Bahr	
	ambulant	stationär	ambulant	stationär
	Erwartete Restkosten nach Vorleistung der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung ohne Pflege-Bahr *		Erwartete Restkosten nach Vorleistung der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung sowie dem Pflege-Bahr-Tarif der HUK-Coburg	
Pflegestufe III	1.900 Euro	1.700 Euro	700 Euro	500 Euro
Pflegestufe II	1.000 Euro	1.500 Euro	280 Euro	780 Euro
Pflegestufe I	400 Euro	1.300 Euro	40 Euro	940 Euro
Pflegestufe 0	200 Euro	2.000 Euro	80 Euro	1.880 Euro

\* berechnet auf Basis des PflegevorsorgeBeraters (Version 1.7) aus dem Hause Volkswohl Bund in Kombination mit Angaben zu den Restkosten bei ambulanter Pflege durch einen professionellen Pflegedienst auf Basis der Schulungspräsentation „Vermögensabsicherung im Pflegefall“ der Continentale aus dem Jahre 2010. Alle Angaben gerundet auf volle hundert Euro. Die Zahlen für die Pflegestufe 0 wurden stationär auf Basis der Kosten des Johanniter-Stifts Hannover-Ricklingen (Stand 08.2010) berechnet, ambulant wurden pauschal 200 Euro unterstellt, da hierzu keine verwertbaren Zahlen vorlagen.

Trotz der insgesamt sehr hohen Absicherung von bis zu 1.200 Euro in der Pflegestufe III, 720 Euro in der Pflegestufe II, 360 Euro in der Pflegestufe I sowie 120 Euro monatlich in der Pflegestufe 0, fallen die erwartungsgemäßen Lücken einschließlich der gesetzlichen Zuzahlungen noch immer extrem hoch aus.

Der reine Abschluss des Pflegebahrtarifs kann demnach nur als Tropfen auf den heißen Stein bezeichnet werden. Für eine umfassende Absicherung ist der ergänzende Abschluss auch ungeförderter Pfegetarife unabdingbar.

### Schleichende Geldentwertung durch Inflation – Was dagegen getan werden kann

Wann immer es gilt, biometrische Risiken abzusichern, stellt sich die Frage nach der Kaufkraft einer konkreten Absicherung. Ohne dynamische Anpassungen ist eine Pflegegeldleistung von heute 1.200 Euro schon in 20 oder 30 Jahren erwartungsgemäß höchstens noch die Hälfte wert. Von daher spielen kundenfreundliche Bedingungen zum Thema Dynamik eine entscheidende Rolle.

#### Keine Anpassung bei HUK-Coburg und PAX Familienfürsorge

Vor diesem Hintergrund scheiden die HUK-Coburg und die PAX Familienfürsorge als Versicherer aus dem Vergleich aus, da hier keine Anpassung der anfänglich vereinbarten Versicherungssummen vorgesehen ist. Zur Verteidi-

gung des Versicherers sind allerdings die anfänglich besonders hohen Absicherungshöhen anzuführen. Nimmt man allerdings eine durchschnittliche jährliche Inflation von 3% an, so bedeuten heute 1.200 Euro Pflegegeld bei der HUK in 10 Jahren noch 919,70 Euro, in 20 Jahren nur noch 684,34 Euro und in 30 Jahren sogar nur noch 509,22 Euro. Wer also mit 18 Jahren seinen Vertrag beginnt, hat mit 65 Jahren gerade einmal eine inflationsbereinigte Pflegeabsicherung in Höhe von knapp 300 Euro. Im Vergleich bedeuten 600 Euro Pflegegeld mit 5% Dynamik im Abstand von 3 Jahren bei gleichzeitiger Inflation von 3% p.a. eine kaufkraftbereinigte Absicherung von 419,03 Euro mit 45 Jahren, 360,95 Euro mit 55 Jahren bzw. gerade einmal 310,91 Euro monatlich mit Alter 65 Jahre.

#### Ohne bedingungsseitige Dynamikoption

Ebenfalls keine bedingungsseitige Dynamikoption gilt bei der DKV, Ergo Direkt, dem Münchener Verein sowie der SDK. Daher macht auch ein Abschluss dieser Tarife vor dem Hintergrund der allmählichen Geldentwertung keinen Sinn.

#### Dynamikregelungen ohne Biss

Nur bedingt überzeugen die Dynamikregelungen der Tarife von Allianz, Barmenia, Central, Deutscher Familienversicherung, Deutscher Ring, Envivas, Signal Iduna und VPV; dies allerdings aus unterschiedlichen Gründen.

Bei der Allianz findet eine Dynamisierung grundsätzlich alle drei Jahre in Hö-

he von 5% statt, maximal jedoch in Höhe der allgemeinen Inflationsrate und auch nicht später als bis zur Vollendung des 69. Lebensjahres. Nimmt man eine durchschnittliche Inflation von 3% p.a. an, so bedeutet dies tatsächlich eine allmähliche Kaufkraftentwertung der Absicherungshöhe im Verlauf der Jahre (siehe oben).

Die Barmenia schreibt, dass sie „dem Versicherungsnehmer von Zeit zu Zeit eine Erhöhung des vereinbarten Pflegegeldes ohne Gesundheitsprüfung entsprechend der Entwicklung der allgemeinen Inflationsrate anbieten“ werde. Welcher Zeitraum unter „von Zeit zu Zeit“ zu verstehen ist und ob der Angebotswille des Versicherers etwaigen Einschränkungen unterliegt, wird bedingungsseitig im Dunkeln gelassen. Der Versicherer äußert sich dazu wie folgt:

„Eine dynamische Leistungserhöhung kann laut Pflege-Neuausrichtungsgesetz maximal in Höhe der allgemeinen Inflationsrate vereinbart werden. Die genauen Rahmenbedingungen sind unklar, da der Gesetzgeber keine eindeutige Definition vorgegeben hat und auch die MB/GEPV diesen Punkt in Anlehnung an den Gesetzeswortlaut offen halten.“

Eine Dynamik wollten wir in jedem Fall im Tarif verankern. Daher haben wir eine Variante gewählt, die auf keinen Fall den Anspruch des Kunden auf staatliche Zulage gefährdet.“

Aus diesem Blickwinkel betrachtet, ist die Regelung der Barmenia sinnvoll und

nachvollziehbar. Transparenter und m.E. kundenfreundlicher wäre es allerdings gewesen, wenn man darauf hingewiesen hätte, dass in definierten Abständen – sofern förderunschädlich möglich – eine Dynamisierung der Leistungen im Rahmen der allgemeinen Inflationsrate vorgenommen würde.

### Alle drei Jahre

Central, Deutsche Familienversicherung, Envivas und VPV sehen einen Anspruch auf Dynamisierung im Abstand von drei Jahren entsprechend der allgemeinen Inflationsrate, höchstens jedoch um 10% vor. Nimmt man eine durchschnittliche Inflation von 3% p.a. an, so bedeutet dies tatsächlich eine allmähliche Wertsteigerung der Absicherungshöhe im Verlauf der Jahre.

Bei Deutscher Ring Kranken und Signal Iduna kann eine Dynamik entsprechend der allgemeinen Inflationsrate alle drei Jahre in Anspruch genommen werden, maximal jedoch um 5% und nicht später als bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres.

### Kundenfreundliche Dynamikregelung

Bezogen auf die maximal mögliche Höhe der Dynamisierung ist die Dynamikregelung der Debeka sicher am kundenfreundlichsten. Hier findet alle drei Jahre eine Anpassung der versicherten Leistungen analog zur Inflationsrate der für diesen Zeitraum gemittelten Inflationsrate mit Stichtag 01.01. statt. Dabei werden weder die Höhe der Anpassung noch ein Höchstalter für die Inanspruchnahme negativ reglementiert. Bei Allianz, Barmenia, Central und Envivas kann das vereinbarte Recht auf Dynamik prinzipiell auch nach Eintritt des Leistungsfalls ausgeübt werden. Ausdrücklich präzisieren tut dies allerdings nur Central und Envivas.

### Anrechnung auf die Grundversorgung

Wie auch jeder Altersvorsorgevertrag gilt auch für geförderte Pflegegeld- und Pflegetagegeldversicherungen, dass deren Auszahlungen auf eine etwaige Grundversorgung angerechnet werden können. Im Zweifel bedeutet die Anrechnung für betroffene Geringverdiener, dass die Wirkung der geleisteten Einzahlungen im Leistungsfall wirkungslos ver-

pufft. Insofern sollte darauf geachtet werden, dass eine geförderte Pflegezusatzversorgung in jedem Fall durch einen hinreichenden Ergänzungsschutz aufgestockt wird. Nur dann kann die Absicherung auch ihr Ziel erreichen.

### Einschränkungen des Geltungsbereiches

Wer eine Unfall-, Berufsunfähigkeits- oder Pflegrentenversicherung abschließt, darf üblicherweise einen weltweiten Versicherungsschutz erwarten. Im Rahmen von geförderten Pflegegeld- und Pflegetagegeldtarifen ist dies allerdings nur bei der Deutschen Familienversicherung und der VPV der Fall.

Zu beachten ist allerdings, dass die DFV und die VPV zwar eine weltweite Geltung vorsieht, diese jedoch an Voraussetzungen geknüpft ist:

- Mitglied in der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung der Bundesrepublik Deutschland
- Erhalt von Pflegevorsorgezulagen außer während der Ruhezeit und für minderjährige Kinder im Rahmen der Kindernachversicherung

Diese Regelung kann im Vergleich zu den Wettbewerbern als äußerst verbraucherfreundlich angesehen werden, da die bis zu dreijährige Ruhezeit beispielsweise einen Au-Pair-Aufenthalt im Ausland, aber auch sonstige vorübergehende Auslandsaufenthalte weitgehend möglich machen dürfte.

Sieht man einmal von kurzfristigen Aufenthalten im außereuropäischen Ausland ab, so gilt der Versicherungsschutz bei Barmenia, Central, Envivas, Deutscher Ring Kranken, HUK-Coburg und Signal Iduna grundsätzlich innerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz, bei Allianz, Debeka, DKV, Ergo Direkt, Münchener Verein und SDK in diesem Geltungsbereich, allerdings ausgenommen der Schweiz.

Die Barmenia weist darauf hin, dass die für die Förderfähigkeit zwingend zu verwendenden MB/GEPV in § 6 Abs. 2 regeln,

„dass das vereinbarte Pflegemonats- oder Pflegetagegeld gezahlt wird, wenn der Versicherungsfall (...) festge-

stellt wurde und die versicherte Person für diesen Versicherungsfall Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung für eine der Pflegestufen I bis III gemäß § 15 SGB XI (...) oder bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI (...) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung bezieht. Da die soziale und private Pflegepflichtversicherung bei Aufenthalt in EU- und EWR-Staaten sowie der Schweiz Pflegegeld zahlt, werden dann auch Leistungen aus der staatlich geförderten Pflegeversicherung erbracht.“

### Konkretisierung in Bedingungswerken fehlt!

Bei dauerhaftem Verzug ins sonstige Ausland endet der Versicherungsschutz üblicherweise, wenn nicht binnen drei Monaten nach dem Wegfall der Versicherungsvoraussetzungen eine schriftliche Vereinbarung mit dem Versicherer über eine Fortsetzung des Versicherungsschutzes in Form einer Anwartschaft nach § 26 Abs. 3 MB/GEPV getroffen werden konnte. Leider geht kein Versicherer in seinen Bedingungen darauf ein, unter welchen Voraussetzungen und zu welchen Prämien in solchen Fällen eine Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses – selbstverständlich ohne Förderanspruch – möglich wäre. Besonders intransparent sind in diesem Zusammenhang die Angebote von Deutscher Ring Kranken und Signal Iduna, da hier noch nicht einmal die 3-Monats-Frist benannt wird.

### High- und Lowlights der Wettbewerber in der Zusammenfassung

Betrachtet man die Höhe der möglichen Absicherung vor dem Hintergrund des statistisch definierten Bedarfs, so wird diese bei Vertragsbeginn durchschnittlich am besten von der HUK-Coburg und der PAX Familienfürsorge, gefolgt von Central, Envivas und Münchener Verein und am schlechtesten von der DKV, der Ergo Direkt und der SDK erfüllt.

### Absicherung Pflegestufe I

Nimmt man als Maßstab allein die Absicherung in der statistisch besonders

häufigen Pflegestufe I, so schneiden im Durchschnitt der 20 bis 70jährigen die HUK Coburg und die PAX Familienfürsorge, gefolgt von der Debeka, der Deutschen Ring Kranken und der Signal Iduna am besten ab.

#### Selektion nach Prämienniveau

Selektiert man die Versicherer nach ihrem Prämienniveau, so erscheint eine Absicherung im Durchschnitt der 20 bis 70jährigen am attraktivsten bei Central

und Envivas, gefolgt von Münchener Verein, SDK und Ergo Direkt. Am unattraktivsten ist das Prämienniveau von PAX Familienfürsorge, Debeka, HUK-Coburg und Barmenia. Je nach Eintrittsalter weicht diese Bewertung teilweise deutlich ab.

#### Das aktuell beste Leistungsniveau

Das insgesamt beste Leistungsniveau – losgelöst von der Prämienhöhe – haben zurzeit Central, Envivas, Deutsche Fami-

liensversicherung und VPV. Bezogen auf das Preis-Leistungsverhältnis schneiden in den Altern 20, 40 und 60 Jahre am besten die Central und die Envivas ab.

Für den Maklermarkt sind diese Ergebnisse nur bedingt erfreulich.

## Vorteile und Nachteile von geförderten Pflegegeld-Tarifen

Zusammengefasst besteht bei allen Wettbewerbern die Notwendigkeit einer weitergehenden Absicherung des Pflegefalls. Dazu äußert sich die Deutsche Familienversicherung wie folgt:

*„Gerade jüngere Menschen können mit dem gesetzlich vorgeschriebenen Mindestbeitrag von 10 Euro im Monat und einer staatlichen Förderung von 50 % sehr attraktive Tagesgeldhöhen absichern. Die gesetzliche Initiative in Verbindung mit einer attraktiven staatlichen Förderung wird zu deutlich mehr Wahrnehmung in breiteren Bevölkerungsschichten führen. Unsere Erfahrung zeigt, dass gerade bei jüngeren Eintrittsaltern das heutige Absicherungsniveau nahe null läuft – dies wird sich mit „Pflege-Bahr“ ändern. Das ist gut.*

*Gleichzeitig ist es so, dass durch die staatlich geförderte Pflegeversicherung die erhebliche Versorgungslücke im Pflegefall nicht geschlossen werden kann. Es ist quasi die 3. Säule der Pflegevorsorge. Eine umfassende Pflegevorsorge wird nur durch eine Kombination zu erreichen sein: zusätzlich zur Leistung der gesetzlichen Pflegeversicherung durch den Abschluss eines staatlich geförderten Produktes und einer privaten Pflegezusatzversicherung, die über entsprechend erweiterte Leistungsumfänge verfügt.“*

Wenn man also zum Schließen der vorhandenen Pflegefälle auf einen Pflege-

tagegeldtarif zurück greift, stellt sich die Frage, ob man nicht generell auf einen geförderten Pflege-Bahr-Tarif verzichtet und gleich in ein und ungefördertes Produkt investiert.

#### Gegen einen Verzicht auf geförderte Tarife sprechen insbesondere folgende Punkte

- Beispielsweise verkaufen Barmenia und Debeka ihre ungeförderten Pflegegeld-/Pflegegeldtarife nur noch dann, wenn zugleich auch ein Pflege-Bahr-Tarif abgeschlossen werden soll. Die Debeka äußert sich dazu wie folgt: *„Voraussetzung für den Abschluss des Tarifs EPC ist das Bestehen des Tarifs EPG. Auf diese Art und Weise verhindern wir eine „Rosinenpickerei“ nach dem jeweils günstigsten Tarif und wollen einen ausgewogenen Kundenbestand erreichen.“*

In diesem Zusammenhang kann durchaus vermutet werden, dass einzelne Anbieter versuchen werden, das Kollektiv zu verbessern, in dem geförderte Tarife bewusst günstig kalkuliert werden und damit gerade auch gesunde Personen anziehen.

- Die Kombination aus einem geförderten Pflege-Bahr und einem ungeförderten Pflegeergänzungstarif kann für

Kunden Preisvorteile bedeuten. So heißt es etwa bei der Signal Iduna: „Die nach Abzug der staatlichen Förderung zu zahlenden Beiträge für den PflegeBAHR sind bei gleicher Leistungshöhe für den jeweiligen Kunden immer günstiger als der PflegeTOP. In den meisten Fällen gilt dies auch für das Gesamtpaket aus PflegeBAHR und PflegeBAHRPLUS.“

- Bei Verzicht auf einen geförderten Tarif ist der geförderte Tarifanteil (60 Euro staatliche Förderung pro Jahr, was im Schnitt um die 200 Euro Pflegegeld im Monat bedeutet) aus eigenen Mitteln zu bestreiten.
- Durch die Kombination von zwei aufeinander aufbauenden Tarifen desselben Anbieters kann sich das Leistungsniveau verbessern. Beispielsweise gilt für die Deutsche Familienversicherung in diesem Fall der Wegfall aller Wartezeiten auch für den ungeförderten Teil. Darüber hinaus gilt dann eine Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit, Arbeitsunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit im Sinne der Bedingungen für beide Tarifbestandteile.
- Im Rahmen von Pflegebahrtarifen gelten nicht die gängigen Ausschlussbestände für Pflegebedürftigkeit durch Kriegs- oder Terrorereignisse oder auch Pflegebedürftigkeit infolge von

Suchterkrankungen oder aufgrund sonstiger psychischer Erkrankungen.

- Aufgrund der Provisionsdeckelung auf zwei Monatsbeiträge für den geförderten Teil dürfte der geförderte Tarifbaustein für die meisten Kunden trotz der strengen gesetzlichen Reglementierung ein insgesamt attraktives Preis-Leistungsverhältnis bieten.
- Die Wahrscheinlichkeit ist sehr hoch, dass viele Kunden gerade in jüngeren Jahren nur dann zu einer ergänzenden Pflegeversorgung bereit sein werden,

wenn sie dazu die staatliche Förderung als „Lockmittel“ erhalten.

### Für einen Verzicht auf geförderte Tarife sprechen insbesondere diese Punkte

- Anbieter mit guten geförderten Produkten müssen nicht zwangsweise auch gute ungeforderte Produkte anbieten und umgekehrt. Zumal sind viele ungeforderte Produkte ungleich flexibler bei der Gestaltung der gewünschten Absicherung und lassen beispielsweise unterschiedliche Ta-

gessätze im ambulanten und stationären Bereich zu.

- Die Beitragsstabilität in ungeforderten Tarifen mit Gesundheitsprüfung ist voraussichtlich höher als diejenige in geförderten Angeboten mit Kontrahierungszwang.  
Voraussichtlich werden nämlich gerade Personen mit vielen Vorerkrankungen, ältere Personen oder Personen, die bereits in der ungeforderten Variante abgelehnt wurden, zum Abschluss eines Pflege-Bahr-Vertrages neigen, um eine Gesundheitsprüfung

## Leistungen in den Pflegestufen und Prämienniveau der Anbieter

	Allianz	Barmenia	Central	Debeka	Deutscher Ring Kranken	Deutsche Familienversicherung (DFV) *	DKV **	Envivas
	Tarif: PflegeBahr (PZT G02)	Tarif: „Deutsche-Förder-Pflege“ (DFPV)	Tarif: central.pflege	Tarif: Pflegemonatsgeldversicherung (EPG)	Tarif: PflegeBAHR	Tarif: DFV-Förder-Pflege	Tarif: KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP	Tarif: PflegeAktiv
monatliches Höchstpflegegeld / Höchstpflege tagegeld in der Pflegestufe III								
Eintrittsalter: 20 Jahre	1.440,00	1.304,34	1.890,00	909,10	1.383,00	1.346,00	1.515,30	1.890,00
Eintrittsalter: 30 Jahre	960,00	862,06	1.470,00	691,25	932,00	890,00	905,40	1.470,00
Eintrittsalter: 40 Jahre	660,00	600,00	960,00	600,00	612,00	600,00	600,00	960,00
Eintrittsalter: 50 Jahre	600,00	600,00	630,00	600,00	600,00	600,00	600,00	630,00
Eintrittsalter: 60 Jahre	600,00	600,00	600,00	600,00	600,00	600,00	600,00	600,00
Eintrittsalter: 70 Jahre	600,00	600,00	600,00	600,00	600,00	600,00	600,00	600,00
Leistungen in den anderen Pflegestufen								
Pflegestufe II	60%	60%	30%	70%	70%	70%	30%	30%
Pflegestufe I	30%	30%	20%	35%	30%	30%	20%	20%
Pflegestufe 0	10%	10%	10%	20%	10%	10%	10%	10%
Monatsbeitrag								
Eintrittsalter: 20 Jahre	15,94	15,00	15,03	15,00	15,01	15,00	15,00	15,03
Eintrittsalter: 30 Jahre	15,84	15,00	15,12	15,00	15,00	15,00	15,00	15,12
Eintrittsalter: 40 Jahre	16,19	15,54	15,07	17,52	15,01	15,32	15,42	15,07
Eintrittsalter: 50 Jahre	22,16	23,70	15,57	24,60	22,91	23,62	23,44	15,57
Eintrittsalter: 60 Jahre	35,14	37,56	24,06	36,60	37,26	37,82	35,98	24,06
Eintrittsalter: 70 Jahre	60,46	64,08	40,81	59,04	65,56	64,79	65,88	40,81

\* für besondere Härtefälle in der Pflegestufe III gilt bei der Deutschen Familienversicherung und der VPV abweichend eine erhöhte Leistung von 127% der Leistung aus Pflegestufe III. . Desweiteren gilt: „Haben Sie neben der PZV zusätzlich eine staatlich geförderte, ergänzende Pflegeversicherung bei uns abgeschlossen, erhöhen wir bei einer unfallbedingten Pflegebedürftigkeit das im Rahmen der staatlich geförderten, ergänzenden Pflegeversicherung vereinbarte Pflegegeld um 15 %, vorausgesetzt, Sie haben das 65.Lebensjahr noch nicht vollendet.“

\*\* nach Ablauf von 15 Versicherungsjahren besteht Anspruch auf ein erhöhtes Pflegemonatsgeld, wobei diese Frist frühestens mit Ablauf des Jahres beginnt, in dem der Versicherungsnehmer sein 18. Lebensjahr vollendet hat.

\*\*\* Tarif nur für Mitglieder der Barmer GEK

zu vermeiden. Damit könnten tendenziell stärker steigende Prämien Verträge gerade für gesunde Leute unattraktiv werden.

- Wer Wert auf eine voraussichtlich dauerhafte Prämienstabilität liegt, würde sich bei freier Wahl ggf. lieber für eine Pflegerentenversicherung entscheiden, für die eine staatliche Förderung ausscheidet.
- Für alle bislang platzierten geförderten Pflege-Bahr-Tarife gilt gemäß MB/GEPV eine Einschränkung des Gel-

tungsbereichs, also höchstens sehr eingeschränkt und zeitlich befristet eine weltweite Geltung.

Abweichend davon ist eine weltweite Geltung im Rahmen der Pflegerentenversicherung schon heute gang und gäbe. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass eine Anlehnung an die Musterbedingungen nach § 127 Absatz 2 zwingend vorgeschrieben ist.

- Versicherungsschutz im Rahmen der geförderten Pflegeprodukte besteht ausnahmslos nur nach Ablauf einer

Wartezeit, die nur bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit entfallen kann.

**Ausführliches  
PFLEGE-BAHR RATING  
auf den Seiten 87 – 90**



**WITTE**  
FINANCIAL  
SERVICES

Pflegetagegeld-  
und Pflegegeld-  
versicherung  
Pflege-Bahr (gefördert)

GOLD

ERGO Direkt	HUK-Coburg	Münchener Verein	PAX-Familienfürsorge Krankenversicherung AG im Raum der Kirchen	PAX-Familienfürsorge Krankenversicherung AG im Raum der Kirchen ***	Signal Iduna	SDK	SDK	VPV
Förder-Pflege-Schutz (Tarif: GEPV)	Tarif: PTS	Tarif: Förderpflege (490)	Tarif: PTS	Tarif: PTS	Tarif: PflegeBAHR	Tarif: PZ	Tarif: PZM	Tarif: VPV FörderPflege
monatliches Höchstpflegegeld / Höchstpflegetagegeld in der Pflegestufe III								
1.219,51	1.200,00	1.800,00	1.200,00	1.200,00	1.383,00	1.280,00	1.480,00	1.346,00
1.034,48	1.200,00	1.260,00	1.200,00	1.200,00	933,00	1.000,00	1.120,00	890,00
781,25	1.200,00	840,00	1.200,00	1.200,00	612,00	740,00	800,00	600,00
600,00	1.200,00	660,00	1.200,00	1.200,00	600,00	600,00	600,00	600,00
600,00	1.200,00	660,00	1.200,00	1.200,00	600,00	600,00	600,00	600,00
600,00	1.200,00	660,00	1.200,00	1.200,00	600,00	600,00	600,00	600,00
Leistungen in den anderen Pflegestufen								
30%	60%	30%	60%	60%	70%	30%	30%	70%
20%	30%	20%	30%	30%	30%	20%	20%	30%
10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%
Monatsbeitrag								
15,00	16,26	15,06	16,74	15,36	15,01	15,10	15,10	15,00
15,00	22,08	15,33	22,56	21,18	15,00	15,00	15,12	15,00
15,00	30,66	15,06	31,12	29,74	15,01	15,10	15,04	15,32
16,50	44,44	17,95	44,90	43,52	22,91	17,52	16,56	23,62
26,22	68,08	28,71	68,56	67,18	37,26	26,70	25,74	37,82
45,18	113,62	50,23	113,66	112,72	65,56	44,52	43,56	64,79



# Enormes Marktpotential: Pole-Position für die Pflege – sind Sie auch schon am Start?

Spätestens seit Jahresbeginn ist die Pflege als Biometrie-Risiko in aller Munde. Endlich, denn in der Pflege liegt schließlich die größte demografische Herausforderung der Deutschen: Schon heute hat Deutschland nach Japan die zweitälteste Bevölkerung der Welt.



Philipp J. N. Vogel, Vorstand Deutsche Familienversicherung (DFV)

Immer weniger Menschen werden die steigenden Sozialkosten in Zukunft tragen können. Experten prognostizieren bis 2030 einen Anstieg der Pflegebedürftigen um 40 % auf bis zu 3,4 Millionen. Tendenz weiter steigend. Mit anderen Worten: In Zukunft wird in Deutschland ein Gebiet der Größe Berlins auf Pflege angewiesen sein. Außerdem ist die Demenz als besonders betreuungsintensive Erkrankung auf dem Vormarsch: Rund 300.000 Neuerkrankungen treten in Deutschland pro Jahr auf. Und das bei einer aktuellen Pflegevorsorgequote, die nicht einmal die 3 %-Hürde knacken konnte. Dabei ist klar: Eine Durchschnittsrente von weniger als 1.000 Euro wird nicht reichen, um den Eigenanteil an Pflegekosten von bis zu 2.000 Euro pro Monat zu tragen.

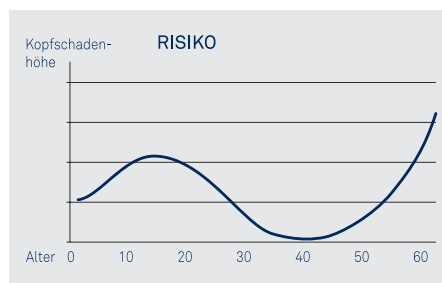
Frauen sind von dieser Situation doppelt betroffen. Zuerst pflegen sie Angehörige meist zu Lasten ihrer eigenen Berufstätigkeit und im Alter werden sie

selbst zum Pflegefall. Laut aktueller Studien wird dies auf 75 % der Frauen zukommen.

Pflege ist jedoch kein reines Altersthema. Schon heute ist jeder vierte Leistungsempfänger der gesetzlichen Pflegeversicherung jünger als 50 Jahre. Auch ein Unfall kann zu Pflegebedürftigkeit führen.

Der lange notwendige Wandel wurde von der Politik 2012 mit dem Pflegeneuausrichtungsgesetz eingeläutet. Im Vergleich zu Frauenquoten oder Betreuungsgeld eine sinnvolle Weichenstellung der Regierung. Und auch in den Medien wird Pflege immer mehr zum Dauerbrenner. Sei es in puncto zusätzlichem Vorsorgebedarf, Finanzierbarkeit oder Fachkräftemangel. Die öffentliche Wahrnehmung verändert sich, Menschen werden stärker für das Thema Pflege sensibilisiert. War Pflegevorsorge bislang ein Nischenprodukt, wird sie zunehmend zum Standard.

## Kopfschadenprofile Pflegeversicherung



Unfälle oder schwere Krankheiten können zur Pflegebedürftigkeit in jedem Alter führen. Betrachtet man die zu Grunde liegenden Kopfschadenprofile einer Pflegeversicherung, liegt die Eintrittswahrscheinlichkeit bei Jugendlichen auf dem Niveau von 60-Jährigen.

Quelle: DFV Deutsche Familienversicherung AG

Mit einer deutlich dynamischeren Marktentwicklung zeigte sich dies bereits zum Ende des vergangenen Jahres. Pflege-Bahr wird dies noch einmal deutlich verstärken. Erste Tarife sind markteingeführt. Aufgrund der engen Vorgaben des Gesetzgebers erntete das Konzept seitens der Vermittlerschaft aber schon Kritik. Die Förderung sei zu gering, das Kosten-Nutzen-Verhältnis unausgewogen. Wie ist es nun tatsächlich um das Potential von Pflege-Bahr und dessen Bedeutung für die Pflege-Vorsorge bestellt?

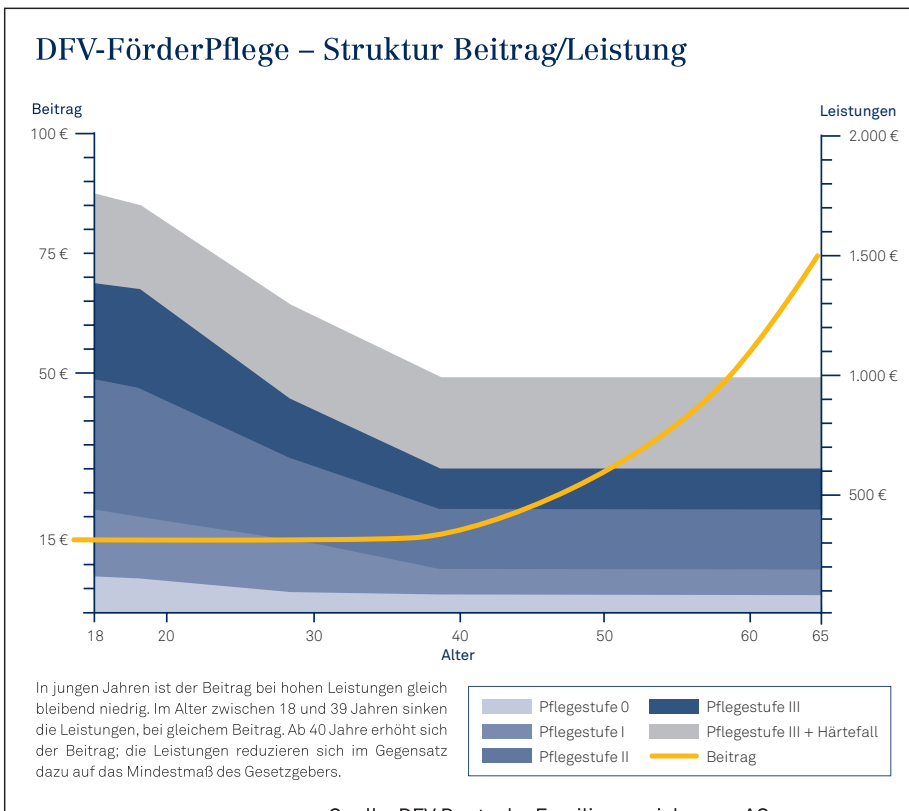
### Pflege-Bahr als idealer Türöffner

Grundsätzlich sollte Pflege-Bahr als idealer Türöffner für die Pflege-Beratung gesehen werden. Sei es zur Erschließung neuer Zielgruppen oder zum langfristigen Ausbau bereits bestehender Bestände. Denn Pflege ist eine lebenslange, stabile Kundenverbindung. Konkurrenz im eigenen Bestand ist daher besonders ärgerlich, denn sie ermöglicht unerwünschtes Anschlussgeschäft.

Vor allem jüngere Menschen werden mit Pflege-Bahr sehr attraktive Tagesgeld-Höhen absichern können. Und das mit einem Eigenanteil von 10 Euro pro Monat, auf den der Staat ein Leben lang 5 Euro pro Monat oben drauf legt. Ein fantastischer Aufhänger für den Pflege-Vertrieb. Ein solches Angebot wird bei jedem Kunden auf Interesse stoßen.

Gleichzeitig werden Pflege-Bahr-Produkte durch die Vorgaben des Gesetzgebers leistungsseitig relativ nah beieinander liegen. Entscheidend ist daher die Tarifqualität in den Bereichen Wartezeit, Dynamik und Geltungsbereich. Zugunsten der Kunden hat der Gesetzgeber den Versicherern hier Gestaltungsspielraum eingeräumt. Schon jetzt sind hier Leistungsunterschiede festzustellen.

Als Ergänzung der Pflegepflichtversicherung ist Pflege-Bahr zwar wichtig, bleibt aber auch in Zukunft nur eine Teilabsicherung. Damit avanciert Pflege-Bahr ein weiteres Mal zum Türöffner: Für ergänzende, ungeforderte Pflege-Tarife. Hier kommt die Tarifqualität des jeweiligen „Mutter-Tarifs“ ins Spiel. Bereits im April 2012 bescheinigte uns Morgen & Morgen, mit der DFV-DeutschlandPflege den umfassendsten Tarif im Bereich Pflegetagegeld anzubieten. Kunden, die sich für die Ergänzungsdeckung der Deutschen Familienversicherung ent-



scheiden, profitieren so von besonders leistungsstarken Tarifbausteinen. Und auch unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten wird Pflege-Bahr dann interessant.

### Einfache und transparente Tarifmodelle

Gleichzeitig wird Pflege-Bahr kompetente Pflege-Beratung noch wichtiger machen. Als Versicherer sehen wir uns daher in der Pflicht, Beratung und Vertrieb so einfach wie möglich zu gestalten. Fokussierte Beratungsunterlagen werden wichtiger werden, um fundierte Pflege-Beratung schnell, unkompliziert und vor allem haftungssicher zu ermöglichen. Einfache und transparente Tarifmodelle werden dies unterstützen. Schließlich hat der Gesetzgeber die Versicherungswirtschaft mit seinem beitragsorientierten Pflege-Bahr zum Umdenken gezwungen.

Mein Fazit: Der Einstieg in die Pflege-Beratung wird in Zukunft deutlich einfacher werden. Wir können also weiterhin Vorbehalte äußern oder aber das vor uns liegende Angebot bestmöglich nutzen. Im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes sollte das Thema Pflege in kei-

nem Beratungsgespräch fehlen. Kunden müssen außerdem darauf hingewiesen werden, dass Pflege-Bahr in den meisten Fällen keinen ausreichenden Schutz bieten wird, denn der Teilkasko-Charakter wird auch in Zukunft gelten. Ergänzungsdeckungen werden in den Fokus rücken, so dass fundierte Beratung noch wichtiger werden wird. Leistungsstarke Produktkonzepte, vertriebsunterstützende Maßnahmen und bedingungsorientierte Ratings stehen bereits zur Verfügung. Selten waren die Voraussetzungen für Pflege-Vertrieb so optimal.

# InterRisk schließt Haftungsfalle beim Versichererwechsel



Zu den Aufgaben eines Maklers gehört es, anlassbezogen den Versicherungsschutz seiner Kunden immer mal wieder auf den neuesten Stand zu bringen. Natürlich gehören dazu auch eine aktualisierte Bedarfsanalyse und Dokumentation. Gerade bei der Umdeckung von einem Alt- auf einen Neuvertrag auch im selben Hause kann es dabei zu Problemen kommen. Als erster Versicherer hat nun die InterRisk darauf reagiert.

von Stephan Witte

## ■ Fall-Beispiel

Ein Jahr nach dem Wechsel seines Versicherers stellte ein Kunde einen Durchfeuchtungsschaden fest. Der Schaden wurde bei seinem Wohngebäudeversicherer gemeldet, eine Regulierung vom neuen Versicherer jedoch abgelehnt. Grund: der vom Versicherer beauftragte Sachverständige kam „zweifelsfrei“ zu dem Ergebnis, dass der ursächliche Schaden bereits vor Vertragsbeginn entstanden sein müsse. Der damit Unversicherte richtete seine Ansprüche daher nun an seinen Vorversicherer. Auch dieser gab ein Gutachten in Auftrag, das „zweifelsfrei“ zum gegenteiligen Ergebnis kam. Dies wollte sich der Versicherungsnehmer verständlicherweise nicht gefallen lassen, so dass ein Rechtsstreit eröffnet wurde. Dieser dauerte über acht Jahre und zwei Instanzen. Selbst nach vier ergänzenden Stellungnahmen kam der vom Gericht bestellte Sachverständige zu keinem eindeutigen Ergebnis. So sahen dies auch die vom Gericht angerufene Materialprüfungsanstalt Braunschweig sowie der TÜV Nord.

Der Kunde blieb also auf seinem Schaden in Höhe von 29.622 Euro plus Zinsen und Kosten sitzen und dies, obwohl unbestritten ununterbrochener Versicherungsschutz bestand.

Das Urteil des OLG Celle vom 10.5.2012 mit dem Aktenzeichen 8 U 213/11 kann unter [http://www.ibr-online.de/Suche/index.php?S\\_Volltext=8%20U%20213%2F11&Treffermarkierung=Aus](http://www.ibr-online.de/Suche/index.php?S_Volltext=8%20U%20213%2F11&Treffermarkierung=Aus) nachgelesen werden.

## ■ Die Empfehlung des GDV

Der GDV empfiehlt in solchen Fällen in seinem bei der VdS Schadenverhütung

GmbH erschienenen „Handbuch der Sachversicherung“, zunächst eine Schadenfeststellung durch den übernehmenden Versicherer. Kommt dabei unzweifelhaft raus, dass der Vorversicherer in der Regulierungspflicht steht, so solle auf diesen verwiesen werden. Ist das finale Ergebnis der gegebenenfalls auch juristischen Prüfung, dass eine klare Zuständigkeit nicht festgestellt werden kann, so empfiehlt der GDV eine Kostenübernahme durch den übernehmenden Versicherer. Allerdings sind die Versicherer juristisch nicht an diese Empfehlung gebunden. Zu beachten ist, dass die GDV-Empfehlung zwar die Regulierungsfrage klären soll, jedoch keine Kostenübernahme für etwaige Anwalts- und Gerichtskosten beinhaltet.

Eine vergleichbare GDV-Empfehlung für den Bereich der Haftpflichtversicherung existiert bislang nicht. Dies verwundert, da nach Recherche der InterRisk die überwiegende Zahl der Streitfälle beim Versichererwechsel im Zusammenhang mit Mietsachschäden stehen.

## ■ Begrenzung der Maklerhaftung erstmals möglich

Die InterRisk hat dieses Urteil zum Anlass genommen, eine Klarstellung in die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01) aufzunehmen, mit der die InterRisk als übernehmender Versicherer bei ununterbrochener Vorversicherung für Sachschäden (über alle Privatsparten hinweg) folgende verbindliche Zusagen machen:

- Die InterRisk lehnt die Schadenbearbeitung bei unklarer Zuständigkeit nicht ab.
- Sie tritt für den Vorversicherer in Vorleistung, falls sich dieser entgegen

den Feststellungen der InterRisk für nicht zuständig erklärt (mit einer Rückforderung muss der Kunde rechnen, wenn sich herausstellen sollte, dass der Vorversicherer aus anderen Gründen die Leistung verweigern oder kürzen durfte).

- Bei definitiv nicht klärbarer Zuständigkeit übernimmt die InterRisk den Schaden, soweit dieser sowohl hier als auch beim Vorversicherer gedeckt war.
- Falls festgestellt werden kann, dass der Kunde zum Zeitpunkt des Abschlusses bei der InterRisk noch keine Anzeichen für einen eingetretenen Schaden hatte (wie in dem eingangs geschilderten Fall), übernimmt die InterRisk trotz unklarer Zuständigkeit auch eventuelle Mehrleistungen gegenüber der Vorversicherung, was natürlich insbesondere im Rahmen der XXL-Deckung wichtig sein kann (umgekehrt soll aber vermieden werden, dass bei sich bereits abzeichnenden Schäden schnell noch eine Umstellung auf InterRisk XXL erfolgt).

Gleichzeitig schließt der Wiesbadener Maklerversicherer bei dieser Gelegenheit noch die Versicherungslücke, falls die Vorversicherung um 24 Uhr des Vortages endet und unser Vertrag erst mittags 12 Uhr beginnt.

Die neuen Regelungen gelten ab sofort auch für bereits bestehende Verträge, denen die B01 zugrunde liegen (Privatversicherungs-Tarife ab 2011). Die ergänzten Bedingungen werden mit dem nächsten WinRisk-Servicelevel zur Verfügung gestellt, der für den 11.4.2013 geplant ist.



# Risiko & Vorsorge

Höchste Kompetenz für Ihr Know-how  
Welche Ausgabe fehlt Ihnen noch? Bestellen Sie jetzt!

Nur solange der Vorrat reicht !



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

Aachen Münchener – AXA – ConceptIF – DEVK – DVAG – Domcura – Gothaer – Haftpflichtkasse Darmstadt – HDI – Ideal – InterRisk – Janitos – Konzept & Marketing – VDH – VHV

# Erweiterte Vorsorgedeckung der Haftpflichtkasse Darmstadt

## Zukünftige Produktinnovationen mitversichert!

Von Stephan Witte

Die Erweiterte Vorsorgedeckung der Haftpflichtkasse Darmstadt wurde zur DKM 2011 eingeführt und besteht aus drei Leistungsbausteinen:

- Verbesserung der Deckungssummen (BBR PHV VARIO, V Ziff. 4.2)
- Wegfall aller versteckten Selbstbehalte (BBR PHV VARIO, V Ziff. 4.2)
- Versicherungsschutz für nicht eingeschlossene Risiken, die ein allgemein zugänglicher Wettbewerber versichert (BBR PHV VARIO, V Ziff. 4.1)

Der erste Baustein hat zur Folge, dass bei der Haftpflichtkasse Darmstadt geltende Sublimits dann entfallen, wenn ein allgemein zugänglicher und verkaufsoffener Wettbewerber zu diesem Punkt eine höhere Versicherungssumme anbietet. Maximal versicherbar sind damit die Versicherungssummen für Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die bei der Haftpflichtkasse Darmstadt als allgemeine Höchstgrenzen vereinbart wurden.

### Beispiele für die Relevanz der Leistungserweiterung Bedingungsstand 01.2012

- Laut I Nr. 14 der BBR besteht für Schäden „aus der Teilnahme am fachpraktischen Unterricht, z.B. Laborarbeiten einer Fach-, Gesamt- und Hochschule oder Universität“ Versicherungsschutz. „Mitversichert gilt die gesetzliche Haftpflicht wegen Schäden an Laborgeräten

auch Maschinen) der Fach-, Gesamt- und Hochschulen oder Universitäten im Rahmen der im Versicherungsschein genannten Deckungssumme (maximal bis 10.000.000 EUR)“.

Nach Ziffer 8.5 der BBR aus dem Hause VHV sind vergleichbare Schäden ohne Sublimit versichert. Da hier analog zur Haftpflichtkasse Darmstadt eine Deckungssumme von bis zu 50 Millionen Euro möglich ist, würde das Sublimit zumindest für Sach- und Vermögensschäden bei der Haftpflichtkasse mit Verweis auf den aktuell gültigen Tarif Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein aus dem Hause VHV entfallen können.

- Laut IV Nr. 12 der BBR besteht für Schäden durch deliktunfähige Personen ein Sublimit von 10.000 Euro

Bei der VHV wären laut Ziffer 8.7 Nr. 1 zumindest Personenschäden ohne Sublimit, also bis maximal 8 Mio. Euro mitversichert, so dass mit Verweis auf den Tarif Klassik-Garant der VHV diesbezüglich das Sublimit deutlich erhöht werden könnte.

Über § 12 der XXL-Bedingungen aus dem Hause InterRisk ließe sich das Sublimit für Sach- und Vermögensschäden auf 100.000 Euro erhöhen, das Sublimit für Personenschäden je nach der bei der Haftpflichtkasse Darmstadt gewählten Deckungssumme sogar auf bis zu 50 Millionen Euro erhöhen.

- Laut IV Nr. 14 der BBR besteht für Gefälligkeitschäden ein Sublimit vom 100.000 Euro

Die VHV verzichtet nach Ziffer 8.7 Nr. 2 der Bedingungen zum Tarif Klassik-Garant bei Sachschäden durch Gefälligkeit auf ein Sublimit, so dass im Zweifel eine Versicherungssumme von bis zu 50 Millionen Euro zur Verfügung stünde. Nach § 12 der XXL-Bedingungen aus dem Hause InterRisk entfallen etwaige Sublimits generell. Im Zweifel wären hier sogar Personen- und Vermögensschäden bis zur geltenden Deckungssumme von bis zu 50 Millionen Euro, höchstens jedoch 15 Mio. Euro je geschädigter Person, mitversichert. Mit Verweis auf diese Bedingungswerke wäre also das bei der Haftpflichtkasse Darmstadt allgemein geltende Sublimit auszuhebeln.

- Laut IV Nr. 1 der BBR besteht für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden ein Sublimit von 10 Millionen Euro.

Nach § 9 der XXL-Bedingungen aus dem Hause InterRisk oder Punkt 4.5 des Pakets Sorglos oder Ziffer 1 des Pakets Rundum Sorglos für die Privat-Haftpflichtversicherung aus dem Hause HDI sind solche Schäden ohne Sublimit, also im Zweifel bis in Höhe von 50 Millionen Euro mitversichert, weshalb hier eine Deckungssummenerweiterung mit Verweis auf das benannte Bedingungswerk möglich wäre.

- Laut IV Nr. 9 der BBR besteht für Mietsachschäden an Mobiliar „in Ferienunterkünften (Ferienwohnung/-haus, Hotelzimmer, Schiffskabine, Schlafwagenabteil sowie fest installierter Wohnwagen und Campingcontainer)“ ein Sublimit von 10.000 Euro

Nach § 9 der XXL-Bedingungen aus dem Hause InterRisk sind solche Schäden ohne Sublimit, also im Zweifel bis in Höhe von 50 Millionen Euro mitversichert, weshalb hier eine Deckungssummenerweiterung mit Verweis auf das benannte Bedingungsmerk möglich wäre.

- Laut IV Nr. 10 der BBR gilt im Rahmen der privaten Haftpflichtversicherung eine Vorsorgedeckung von maximal 10.000.000 Euro

Nach Ziffer 4 Nr. 2 der AHB aus dem Hause HDI besteht dort kein Sublimit im im Rahmen der Vorsorgedeckung, so dass mit Verweis auf dieses Bedingungsmerk Versicherungsschutz bis in Höhe von maximal 50 Millionen Euro für Personen-, Sach- und Vermögensschäden bestehen würde.

- Laut V Nr. 1.3 der BBR sind Be- und Entladeschäden bei Pkw bis 10.000 Euro mit 150 Euro Selbstbehalt versichert

Nach J Ziffer 2.1 der BoxPlus-Bedingungen Standard und Extra aus dem Hause Axa wären entsprechende Schäden bis zur Versicherungssumme und ohne Selbstbehalt mitversichert. Hier entfielen dementsprechend das Sublimit mit Verweis auf das benannte Bedingungsmerk.

- Laut V Nr. 2.2 der BBR sind Haftpflichtansprüche von Arbeitskollegen, Arbeitgebern und Dienstherrn je Schadenereignis bis 10.000 Euro mit 150 Euro Selbstbehalt mitversichert

Nach Ziffer 8.5 der BBR aus dem Hause VHV besteht für „aus beruflichen, dienstlichen bzw. amtlichen Tätigkeiten für unmittelbar den Arbeitskollegen zugefügte Sachschäden“ Versicherungsschutz ohne Sublimit. Da hier analog zur Haftpflichtkasse Darmstadt eine Deckungssumme von bis zu 50 Millionen Euro möglich ist, würde das Sublimit bei der Haftpflichtkasse (allein bezogen auf die geschädigten Arbeitskollegen) mit Verweis auf den aktuell gültigen Tarif Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein aus dem Hause VHV für solche Schäden entfallen. In diesem Zusammenhang ist auf einen Fehler im aktuellen Bedingungsmerk der VHV hinzuweisen. Laut Leistungsübersicht gilt dort nämlich abweichend das gleiche Sublimit wie bei der Haftpflichtkasse Darmstadt, während die Einschränkungen in den Bedingungen abweichend nicht bestehen.

### „Versteckte“ Selbstbehalte

Durch den zweiten Baustein entfallen innerhalb der Versicherungsbedingungen vereinbarte „versteckte“ Selbstbehalte der Haftpflichtkasse Darmstadt – ein generell zum Vertrag vereinbarter Selbstbehalt bleibt hiervon ausgenommen.

- Laut V Nr. 1.1 der BBR sind Schäden an fremden gemieteten Sachen mit 150 Euro SB mitversichert.

- Laut V Nr. 1.3 der BBR sind Be- und Entladeschäden bei Pkw bis 10.000 Euro mit 150 Euro Selbstbehalt versichert

- Laut V Nr. 2.2 der BBR sind Haftpflichtansprüche von Arbeitskollegen, Arbeitgebern und Dienstherrn je Schadenereignis bis 10.000 Euro mit 150 Euro Selbstbehalt mitversichert

### Beispiele: Versicherte Wettbewerbsenerweiterungen

Besonders im Fokus des Interesses stand bei der Markteinführung der Erweiterten Vorsorgedeckung der dritte Baustein, wonach Wettbewerbsinnovationen automatisch mitversichert sind, sofern sie nicht unter einen der tariflich benannten Ausschlüsse fallen. Laut Anbieter habe man tatsächlich schon mehrfach auf dieser Basis regulieren können. Hier einige Beispiele für versicherte Wettbewerbsenerweiterungen:

- Laut V Nr. 1.1 der BBR sind Schäden an fremden gemieteten Sachen nur dann mitversichert, wenn sie sich höchstens drei Monate im Besitz der versicherten Person befunden haben. Dies gilt abweichend nicht für elektrische medizinische Geräte, die dem Versicherten zu Diagnosezwecken oder zur Anwendung überlassen wurden.

Mit Verweis auf § 9 Nr. 1.1 der InterRisk würde gänzlich auf eine zeitliche Beschränkung, ein Sublimit oder einen Selbstbehalt verzichtet werden. Sublimit und Selbstbehalt erklären sich von selbst. Der Verzicht auf die zeitliche Einschränkung erscheint zunächst nicht als Teil der Erweiterten Vorsorgedeckung, da hier kein Sublimit erhöht wird. Tatsächlich greift hier V Ziffer 4.1 der BBR

PHV VARIO, wonach dieser Leistungsvorteil eines Mitbewerbers eine Erweiterung des Versicherungsschutzes der Haftpflichtkasse Darmstadt bedeutet.

- Nach IV Nr. 7.5 der BBR besteht kein Versicherungsschutz für den Verlust von Tresor-, Möbel- und Autoschlüsseln.

Im Tarif XXL der InterRisk wären solche Schäden an privaten Schlüsseln jedoch bis zur Deckungssumme und ohne Selbstbehalt eingeschlossen, so dass ein Verweis hierauf hilfreich wäre. Die Mitversicherung von Autoschlüsseln fällt scheinbar nur dann unter die Erweiterte Vorsorge, soweit der Schaden nicht mit dem Halten oder Gebrauch von Kfz zusammenhängt (siehe hierzu V Ziffer 4.1 b)). Tatsächlich handelt es sich jedoch um kein dem Versicherer „unbekanntes“, also neues Risiko. „Vielmehr stellt der Vorteil des Mitbewerbers nur eine Erweiterung des bereits von uns gewährten Versicherungsschutzes (privater Schlüsselverlust) dar. Da spezielle Regelungen innerhalb unserer Bedingungen von den Ausschlüssen ausgenommen sind, ist hier der Ausschluss „KFZ“ nicht anzuwenden.“

- Laut I Nr. 12 der BBR besteht kein Versicherungsschutz für das Halten wilder Tiere, jedoch z.B. Schlangen, Spinnen, Eidechsen oder Chinchillas.

Nach §6 der XXL-Bedingungen der InterRisk ist das Halten wilder Tiere jedoch abweichend zur Haftpflichtkasse Darmstadt abweichend mitversichert. Da die Erweiterte Vorsorgedeckung hier keine Einschränkungen vorsieht, gilt eine Mitversicherung mit Verweis auf beispielsweise die InterRisk.

- Im Zusammenhang mit der Mitversicherung von Vermögensschäden besteht nach IV Ziffer 6.2 h) unter anderem ein Ausschluss für Schäden durch Datenverarbeitung. Dieser Ausschluss greift damit auch für die Internetklausel des Versicherers.

Diese Einschränkung kann mit Verweis auf Ziffer 3.7 der BBR zum Tarif Klassik-Garant der VHV entfallen, da dort seit 10.2011 kein entsprechender Ausschluss mehr besteht. Darüber hinaus würde sich der Ausschluss allerdings bereits mit Verweis auf die bedingungsseitige GDV-Garantie heilen lassen, da nach Tarifstruktur IX des GDV kein entsprechender Ausschluss besteht.

- Der Tarif XXL der InterRisk gilt generell ohne räumliche Einschränkungen, also weltweit.

Bei der Haftpflichtkasse Darmstadt hingegen besteht Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland jedoch nach IV Nr. 2 der BBR bis höchstens 5 Jahre. Eine Verbesserung der Auslandsgeltung ist im Rahmen der Erweiterten Vorsorgedeckung nach V Ziffer 4.1 b) der BBR ausdrücklich nicht möglich. Laut Haftpflichtkasse Darmstadt sei jedoch auch hier wieder so zu argumentieren, dass es sich um kein „unbekanntes“ bzw. neues Risiko handele: „Vielmehr stellt der Vorteil des Mitbewerbers nur eine Erweiterung des bereits von uns gewährten Versicherungsschutzes (Auslandsschutz) dar. Da spezielle Regelungen innerhalb unserer Bedingungen von den Ausschlüssen ausgenommen sind, ist hier der Ausschluss „Ausland“ nicht anzuwenden. Es bestünde demnach Versicherungsschutz über die Erweiterte Vorsorge auch bei außereuropäischen Auslandsaufenthalten die länger als 5 Jahre andauern.“

- Nach IV Nr. 7.5 der BBR besteht kein Versicherungsschutz für den Verlust von Tresor-, Möbel- und Autoschlüsseln.

Zwar gibt es Tarife, wo der Verlust entsprechender beruflicher Schlüssel mehr oder minder umfassend versicherbar wäre (z.B. XXL-Tarif der InterRisk nach § 10 bis 100.000 Euro mit Ausnahme von Tresorschlüsseln) Geht man allein nach V Ziffer 4.1 b) der BBR aus dem Hause Haftpflichtkasse Darmstadt gilt die Erweiterung nicht für berufliche und gewerbliche Risiken. In diesem Fall handele es sich jedoch ausdrücklich um kein „unbekanntes“ oder neues Risiko, sondern vielmehr um den Vorteil eines Mitbewerbers zu einer bereits mitversicherten Klausel (beruflicher Schlüsselverlust). „Da spezielle Regelungen innerhalb unserer Bedingungen von den Ausschlüssen ausgenommen sind, ist hier der Ausschluss „Gewerbe / Beruf“ nicht anzuwenden.“

- Einige Versicherer bieten Versicherungsschutz für den gelegentlichen Gebrauch fremder versicherungspflichtiger Wasserfahrzeuge mit Motor. Beispielsweise gilt dies nach § 5 Nr. 1 I) der XXL-Bedingungen aus dem Hause InterRisk ohne PS- / kW-Begrenzung. Die Erweiterte Vorsorgedeckung gilt bedingungs-

gemäß nicht für das Halten oder den Gebrauch versicherungspflichtiger Wasserfahrzeuge, so dass die Benutzung fremder Wassersportfahrzeuge mit Motoren gemäß III Nr. 1 nur versichert bliebe, wenn für diese keine behördliche Erlaubnis notwendig ist. Tatsächlich greift der skizzierte Ausschluss jedoch nicht, da es sich bei den beschriebenen Beispielen auch hier wieder um die Erweiterung eines bereits bekannten und gewährten Versicherungsschutzes (Fahrzeuge / Flugmodelle) handele. „Da spezielle Regelungen innerhalb unserer Bedingungen von den Ausschlüssen ausgenommen sind, ist hier der Ausschluss „KFZ“ nicht anzuwenden.“

- Gleiches gilt für versicherungspflichtige Modellfahrzeuge mit Motor, die beispielsweise die InterRisk nach § 5 Nr. 1 m) der XXL-Bedingungen ohne Begrenzung des Fluggewichts versichert oder bei Janitos im Tarif Best Selection nach Ziffer 3.2 Nr. 2 der Best Selection-Bedingungen höchstens bis zu einem Fluggewicht von 5 Kg mitversichert wären. Damit profitieren Kunden mit Erweiterter Vorsorgedeckung automatisch auch von diesen Leistungen für ihre Verträge bei der Haftpflichtkasse Darmstadt.

- Laut V Nr. 2 a) der BBR aus dem Hause Haftpflichtkasse Darmstadt sind tariflich definierte nebenberufliche Tätigkeiten mitversichert, sofern ein jährlicher Umsatz von 10.000 Euro nicht überschritten wird.

Mit Verweis auf § 4 Nr. 1 der XXL-Bedingungen aus dem Hause InterRisk oder VI Nr. 12 der PrivathaftpflichtTop-Bedingungen aus dem Hause Gothaer könnte man auf die Idee kommen, die Umsatzgrenze auf immerhin 12.000 Euro pro Jahr zu erhöhen. Tatsächlich handelt es sich jedoch bei der Umsatzgrenze um kein Sublimit, so dass die Erweiterte Vorsorge hier scheinbar nicht zur Anwendung kommen kann. Tatsächlich handelt es sich auch in diesem Fall um die Erweiterung eines bekannten und bereits von der Haftpflichtkasse Darmstadt gewährten Versicherungsschutzes, so dass ein Verweis auf V Ziffer 4.1 der BBR PHV VARIO einen Leistungsanspruch begründen kann.

- Der Tarif XXL der InterRisk sieht Versicherungsschutz u.a. für die nebenberuflichen Tätigkeiten Schönheitspflege so-

wie berufliches Tagesmutterrisiko ohne Begrenzung der Kinderzahl vor.

Da die Erweiterte Vorsorgedeckung nach V Ziffer 4.1 der Bedingungen nicht für gewerbliche / berufliche Risiken gilt, scheinen beispielsweise Zeitungsausträger oder Nageldesigner zunächst von der Erweiterten Vorsorgedeckung ausgeschlossen. Im Rahmen des beruflichen Tagesmutterrisikos besteht scheinbar ebenfalls eine nicht heilbare Limitierung auf höchstens sechs Kinder. In beiden Fällen geht es tatsächlich nur um die Erweiterung eines bereits gewährten Versicherungsschutzes, so dass der Ausschluss „Beruf / Gewerbe“ laut Versicherer ausdrücklich nicht anzuwenden sei.

### Beispiele: Keine erweiterte Vorsorgedeckung

Und nun Beispiele, welche Leistungen zwar der Wettbewerb kennt, die bei der Haftpflichtkasse Darmstadt jedoch nicht unter die erweiterte Vorsorgedeckung fallen:

- Viele Wettbewerber (z.B. InterRisk oder VHV) garantieren bedingungsseitig automatisch den Mindeststandard der Empfehlungen des Arbeitskreises Beratungsprozesse. Nach V Ziffer 4.1 b) der BBR aus dem Hause Haftpflichtkasse Darmstadt besteht jedoch kein Versicherungsschutz über die gesetzliche Haftung hinaus, so dass diese Erweiterung keine Geltung erlangen würde.

Nach eigener Aussage sei für die bestehenden Tarife zwar bedingungsseitig keine Garantie ausgesprochen, doch halte man diese Standards selbstverständlich ein.

- Die InterRisk versichert nach § 5 Nr. 3 der XXL-Bedingungen eine Rabattrückstufung von bis zu fünf Jahren bei geliehenen fremden Kfz. Hier greift der Ausschluss nach V Ziffer 4.1 b) der BBR aus dem Hause Haftpflichtkasse Darmstadt für Schäden aus dem Halten und Gebrauch von versicherungspflichtigen Kraftfahrzeugen.

- Nach Nummer 21 der BBR zur Haftpflichtversicherung Best Selection der Janitos besteht Versicherungsschutz bei Vollkaskoschäden bei Schäden an einem geliehenen Kraftfahrzeug bis in Höhe von

1.000 Euro mit 100 Euro Selbstbehalt. Das gleiche Sublimit und der gleiche Selbstbehalt gilt für Betankungsschäden an fremden geliehenen Kraftfahrzeugen. Auch hier greift jeweils der Ausschluss nach V Ziffer 4.1 b) der BBR aus dem Hause Haftpflichtkasse Darmstadt für Schäden aus dem Halten und Gebrauch von versicherungspflichtigen Kraftfahrzeugen.

- Im Tarif Best Selection 55plus der Janitos sind Schäden statt nur zum Zeitwert bis in Höhe von 500 Euro über den Zeitwert hinaus mitversichert. Ausgeschlossen bleiben jedoch Schäden an Brillen, sonstigen optischen Gläsern und elektrischen/elektronischen Geräten aller Art. Diese Leistungserweiterung ist bei der Haftpflichtkasse Darmstadt ausgeschlossen, da sie nach V Ziffer 4.1 b) der BBR über die gesetzliche Haftung hinausgeht und ein Tarif für Senioren nach V Ziffer 4.1 der BBR kein allgemein zugänglicher Tarif für alle Versicherungswilligen ist.

- Es gilt nach II Nr. 1 a) der BBR eine Mitversicherung von Personenschäden mitversicherter Personen untereinander. Bestehen bleibt der Ausschluss für entsprechende Sach- und Vermögensschäden nach Ziffer 7.4.1 der AHB zwischen mitversicherten Personen untereinander.

Eine entsprechende Erweiterung des Versicherungsschutzes analog zu § 2 Nr. 6 der InterRisk hinsichtlich Personen, die für den Versicherungsnehmer tätig sind oder solche, die vorübergehend eingegliedert sind (z.B. Au Pairs oder Austauschschüler) entfällt zumindest teilweise im Rahmen der Erweiterten Vorsorgedeckung, da nach V Ziffer 4.1 b) der BBR Eigenschäden von der Erweiterung ausgeschlossen sind. Sach- und Vermögensschäden sind bisher in diesem Zusammenhang unversichert, stellen also ein neues, noch „unbekanntes“ Risiko dar, für das die Ausschlussbestimmung Anwendung finden.

Konkret ausgeschlossen als Eigenschäden wären demnach beispielsweise Haftpflichtansprüche des Versicherungsnehmers gegen seine „Angestellten im Haushalt“ oder gegen Angehörige in häuslicher Gemeinschaft. Mitversichert über die Erweiterte Vorsorgedeckung wären hingegen die Haftpflichtschäden der Angestellten im Haushalt des Versicherungsnehmers oder Schä-

den von vorübergehend in den Haushalt eingegliederten Personen gegen den Versicherungsnehmer.

- Viele Themen sind generell kein Thema für die Erweiterte Vorsorgedeckung. Beispiele sind versehentliche Obliegenheitsverletzungen oder eine mögliche Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit.

*Darüber hinaus erwähnenswert sind bei der Haftpflichtkasse Darmstadt folgende Einschränkungen:*

- Dem Versicherer steht nach V Nr. 4.1 c) ein jederzeitiges Kündigungsrecht für die Erweiterte Vorsorgedeckung mit Frist von einem Monat zur Verfügung

- Die Erweiterte Vorsorgedeckung gilt nur für allgemein zugängliche Tarife von Versicherern und Deckungskonzeptanbietern, die zum Schadenzeitpunkt verkaufsoffen sind. Demnach besteht kein Versicherungsschutz für erweiterte Leistungen des Versicherers IDEAL, da dieser generell nur Kunden ab 40 Jahren bedient. Gleiches gilt für die DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Sach- und HUK-Versicherungsverein a.G. als betriebliche Sozialeinrichtung nur für Bahnmitarbeiter oder Haftpflichttarife, die nur für Mitglieder des VDH zur Verfügung stehen. Versicherungsschutz bestünde hingegen für die (über Makler oder Vertreter) frei verfügbaren Tarife von Aachen Münchener (allein vermittelbar über die DVAG) oder die Sonderkonzepte von z.B. ConceptIF, Domcura oder Konzept & Marketing.

Abschließend ist zu ergänzen, dass der Erweiterte Vorsorgeschutz selbstverständlich auch bei (gegebenenfalls einzeln) vereinbarten VARIO-Paketen (BBR VARIO V Ziffern 1-3) greift, sofern diese gegen Zuschlag Bestandteil des Vertrages geworden sind. Damit wird die Erweiterte Vorsorge durchaus auch für Kunden interessant, die nicht den Vollschutz mit allen Paketen, sondern nur einzelne Leistungsbausteine dazu wählen möchten.

Für die im Rahmen der Beratungsdokumentation vorgeschriebene Darstellung der Bedarfsermittlung kommt die Erweiterte Vorsorgedeckung nur insofern zum Tragen, als dass ihr Einschluss ein möglicher Kundenwunsch sein könnte. Während der Vertragslaufzeit ist

jedoch nur eine anlassbezogene Beratung erforderlich. Es besteht also keine Verpflichtung des Maklers zur laufenden Information über die Marktentwicklung.

Wenn ein Wettbewerber mit Alleinstellungsmerkmal die Bedingungen für das Neugeschäft einschränkt, wirkt sich das bei der Haftpflichtkasse Darmstadt im Rahmen der Erweiterten Vorsorge von heute auf morgen auch im Bestand aus – und dies, ohne dass der Kunde (und oftmals auch der Makler) davon etwas mitbekommt. Keinesfalls sollte der Makler daher zu konkret werden oder gar bewusst auf Mehrleistungen aus Mitbewerberprodukten setzen. Entscheidend sind allein die zum Vertragsabschluss bei der Haftpflichtkasse Darmstadt selbst mitversicherten Leistungen.



Weitere Beiträge aus „Risiko & Vorsorge“ zum Thema **Haftpflicht** finden Sie in unserem Finanz-Archiv unter [www.finanzarchiv.com](http://www.finanzarchiv.com)



# Überraschungen für Makler bei den Unfalltarifen der Interlloyd

Seit Dezember 2012 stehen Kunden der Interlloyd folgende Tarifvarianten zur Verfügung:

- *Protect*
- *Premium*
- *Premium Plus*

Da alle drei Tarife in einem gemeinsamen Bedingungsmerk benannt werden, liegt es nahe, dass die Leistungen des Premium Plus in jedem Punkt denen des Tarifes Premium überlegen sind. Dies trifft überraschenderweise nicht zu. Hinzu kommen diverse Unklarheiten. Auf beide Punkte soll an dieser Stelle kurz eingegangen werden.



Autor: Stephan Witte

## ■ Struktur des Bedingungsmerkes

Anders als die Bezeichnungen vermuten lassen, kann man die Tarife Premium und Premium Plus nicht als aufeinander aufbauende Tarife interpretieren. Vielmehr sind diese, wie auch der Tarif Protect, voneinander unabhängige Tarife, die allerdings in einem Gesamtbedingungsmerk zusammengefasst sind. Während der Tarif Protect sich nur durch die Umstellung auf Unisex geändert hat, sind die Tarife Premium und Premium Plus – wie in der Branche üblich – Unfalltarife, die grundsätzlich Musterbedingungen des GDV folgen und durch BBR erweitert wurden.

## ■ Mitwirkungsanteil

Ein zentraler Punkt bei der Bewertung von Unfallversicherungstarifen stellen die Regelungen zur Bewertung von Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen dar. Beim Mitwirkungsanteil (MWA) wartet die Interlloyd mit der ersten Überraschung auf:

### • **Protect:**

Kürzung ab einem MWA von 40%, für Personen ab 60 Jahren Kürzung ab 25%

### • **Premium:**

Personen unter 18 Jahren: keine Kürzung des MWA

Personen ab 18 Jahren und unter 60 Jahren: Kürzung ab einem MWA von 50%  
Personen ab 60 Jahren: Kürzung ab 25% MWA

### • **Premium Plus:**

Personen unter 18 Jahren: keine Kürzung des MWA.

Personen ab 18 Jahren und unter 60 Jahren: wurden alle Gesundheitsfragen im Antrag wahrheitsgemäß verneint, so entfällt eine Kürzung, ansonsten gilt eine Kürzung ab einem MWA von 70%. Für beide Versichertengruppen kann allerdings in vielen Fällen schon ab einem MWA von 25% eine Kürzung erfolgen. Siehe Ziffer 6.3.2 der Bedingungen.

Personen ab 60 Jahren: Kürzung ab 25% MWA

Das bedeutet, dass bei Antragsstellung gesunde Kunden, die später beispielsweise unter Diabetes melitus oder Multipler Sklerose leiden, im Rahmen des Tarifs Premium Plus eine Kürzung des Prozentsatzes vom Invaliditätsgrad bereits ab einem Mitwirkungsanteil von 25% bekommen, während Versicherte im scheinbar schwächeren Tarif Premium noch bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres von einem verbesserten Mitwirkungsanteil von 50% profitieren.

Das dürfte Kunden und Makler gleichermaßen irritieren.

## ■ Diverse Vergiftungen

Ein weiteres Beispiel für eine Ungereimtheit sind die Regelungen zur Mitversicherung von Nahrungsmittelvergiftungen bzw. Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund. Siehe Tabelle auf Seite 59. Der Tarif Premium Plus ist aus den beschriebenen Gründen, bezogen auf die Mitversicherung von Vergiftungen, nur für Personen unter 14 Jahren empfehlenswert, während ältere Personen sowohl im Premium als auch Premium-Plus-Tarif gut daran tun würden, sich von ihrem Versicherer eine Klarstellung einzuholen, wie die Bedingungen an dieser Stelle auszulegen sind.

## ■ Uneinheitliche Regelungen zum Alterstarif

Irritierend ist auch, dass die Umstellung in den Alterstarif im Tarif Premium nach Ziffer 5.2 BBU Premium erst mit Vollendung des 67. Lebensjahres, im Tarif Premium Plus jedoch abweichend nach Ziffer 8.2 BBU Premium Plus in zwei Schritten erstmals schon zur Vollendung des 60. und anschließend des 75. Lebensjahres erfolgt.

## Diverse Vergiftungen

Interlloyd: Weiteres Beispiel für eine Ungereimtheit sind die Regelungen zur Mitversicherung von Nahrungsmittelvergiftungen bzw. Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

	<b>Interlloyd</b> (Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2013); Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung „Premium“, Stand 12.2012)	<b>Interlloyd</b> (Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2013); Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung „Premium Plus“, Stand 12.2012)	<b>Interlloyd</b> (Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2013); Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung „Premium Plus“, Stand 12.2012)
	[Personen ab 67 Jahren]	[Personen unter 14 Jahren]	[Personen ab 14 bis unter 60 Jahren]
Besteht uneingeschränkter Versicherungsschutz auch bei ungewollten Vergiftungen durch die Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund?			
Wortlaut der Bedingungen	<p><b>AUB:</b> „4.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund. Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.“</p> <p><b>Premium:</b> „4.7 Gesundheitsschäden durch Nahrungsmittelvergiftungen Abweichend von Ziffer 4.2.5 AUB 2013 ist die Einnahme von Stoffen, deren Schädlichkeit der versicherten Person nicht bewusst war (z.B. Nahrungsmittelvergiftung) mitversichert.“</p>	<p>„7.14 Vergiftungen durch Verschlucken fester oder flüssiger Stoffe Für Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund besteht abweichend von Ziffer 4.2.5 AUB 2013 Versicherungsschutz. Mitversichert sind für Personen, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben auch Vergiftungen und Verätzungen im Mund- oder Rachenraum durch die Einführung feste oder flüssige Stoffe.“</p>	<p>„7.14 Vergiftungen durch Verschlucken fester oder flüssiger Stoffe Für Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund besteht abweichend von Ziffer 4.2.5 AUB 2013 Versicherungsschutz. Mitversichert sind für Personen, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben auch Vergiftungen und Verätzungen im Mund- oder Rachenraum durch die Einführung feste oder flüssige Stoffe.“</p>
	<p><b>Premium</b> „4.7 Gesundheitsschäden durch Nahrungsmittelvergiftungen Abweichend von Ziffer 4.2.5 AUB 2013 ist die Einnahme von Stoffen, deren Schädlichkeit der versicherten Person nicht bewusst war (z.B. Nahrungsmittelvergiftung) mitversichert.“</p>		
Beleg	Ziffer 4.7 Premium in Verbindung mit Ziffer 4.2.5 AUB 2013	Ziffer 7.14 BBU Premium Plus	Ziffer 7.14 BBU Premium Plus
Bewertung der Frage	<b>Unklar</b> (unter Ziffer 4.7 – siehe unten – werden Nahrungsmittelvergiftungen abweichend zur Überschrift nur beispielhaft benannt, so dass auch sonstige feste oder flüssige Stoffe durch den Schlund ggf. als mitversichert zu betrachten wären. Dass der Tarif Premium teilweise höherwertige Leistungen als der Premium Plus hat, lässt sich aus der Mitwirkungsklausel ableiten, so dass ein Vergleich zur hier klagestellten Klausel des Premium Plus-Tarif hier keinen relevanten Erkenntnisgewinn geben kann. Aufgrund der Unklarheit wird vorsichtigerweise bei der Bewertung ein „nein“ unterstellt).	<b>Ja</b> (sofern unter 14 Jahren; steht im Widerspruch zu Ziffer 7.15 (siehe unten), wo generell die Einnahme schädlicher Stoffe mitversichert ist, was üblicherweise nur durch den Mund erfolgen kann. Nahrungsmittelvergiftungen werden hier aber nur beispielhaft benannt. Eine echte Erweiterung sind die Verätzungen im Mund und Rachenraum, ohne dass ein Eindringen in den Magen durch Verschlucken vorliegen muss).	<b>unklares „nein“</b> (steht im Widerspruch zu Ziffer 7.15 (siehe unten), wo generell die Einnahme schädlicher Stoffe mitversichert ist, was üblicherweise nur durch den Mund erfolgen kann. Nahrungsmittelvergiftungen werden hier aber nur beispielhaft benannt. Kein Einschluss von Schäden durch Verätzungen).
Besteht uneingeschränkter Versicherungsschutz auch bei Nahrungsmittelvergiftungen / Lebensmittelvergiftungen?			
Wortlaut der Bedingungen	„4.7 Gesundheitsschäden durch Nahrungsmittelvergiftungen Abweichend von Ziffer 4.2.5 AUB 2013 ist die Einnahme von Stoffen, deren Schädlichkeit der versicherten Person nicht bewusst war (z.B. Nahrungsmittelvergiftung) mitversichert.“	„7.15 Gesundheitsschäden durch Nahrungsmittelvergiftungen Abweichend von Ziffer 4.2.5 AUB 2013 ist die Einnahme von Stoffen, deren Schädlichkeit der versicherten Person nicht bewusst war (z.B. Nahrungsmittelvergiftung) mitversichert“	„7.15 Gesundheitsschäden durch Nahrungsmittelvergiftungen Abweichend von Ziffer 4.2.5 AUB 2013 ist die Einnahme von Stoffen, deren Schädlichkeit der versicherten Person nicht bewusst war (z.B. Nahrungsmittelvergiftung) mitversichert“
Beleg	Ziffer 4.7 Premium	Ziffer 7.15 BBU Premium Plus	Ziffer 7.15 BBU Premium Plus
Bewertung der Frage	ja	ja	ja

## ■ Infektionsklausel: Lepra ersetzt Pest

Eine weitere Besonderheit betrifft u.a. die Infektionsklausel. Während im Premiumtarif Pest als versicherte Infektion eingeschlossen ist, gilt dies nicht für den Tarif Premium Plus, in dem dafür Lepra eingeschlossen ist. Die ebenfalls nur hier ausdrücklich benannten Krankheiten Echinokokkose (Fuchsbandwurm), Schlafkrankheit sowie Tularämie (Hasenpest) sind bereits durch Ziffer 7.13.1 a) des Tarifs Premium Plus bzw. Ziffer 4.6.1 a) des Tarifs Premium abgedeckt.

## ■ Plus-Kunden benötigen weniger Augenlicht

Bemerkenswert ist auch die Gliedertaxe des Premium Plus, in der der Invaliditätsgrad für den Verlust eines Auges mit 60% angegeben wird. Ergänzend heißt es hierzu in Ziffer 2.2

*„Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.*

*Sind bei einem Unfallereignis beide Augen, das Gehör auf beiden Ohren in ihrer Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, so erhöht sich der festgestellte Invaliditätsgrad um die Hälfte. Ist die Funktionsunfähigkeit in unterschiedlichen Umfang eingeschränkt, so wird stattdessen der Invaliditätsgrad für das geringere geschädigte Organ verdoppelt.“*

Sieht man einmal von der etwas sonderbaren Formulierung ab, so bedeutet dies  $60\% + 50\% \text{ von } 60\% = 90\%$  für den Tarif Premium Plus, während im Tarif Premium keine Regelung getroffen wird und die Leistung demnach  $60\% \cdot 2 = 120\%$  = reduziert auf das Maximum von 100% beträgt.

Wurde die Sehkraft eines Auges durch einen Unfall nicht teilweise, sondern vollständig geschädigt und war die Sehkraft auf dem ersten Auge vor dem Unfall bereits vollständig verloren, so gilt für das zweite Auge ein Invaliditätsgrad von 100% im Tarif Premium bzw.  $90\% (60\% + 50\% \text{ von } 60\%)$  im Tarif Premium Plus.

War das erste Auge vor dem Unfall nur teilweise, so also beispielsweise zu 20%, geschädigt, so gilt für das zweite Auge im Tarif Premium ein Invaliditätsgrad von 60%, im Tarif Premium Plus abweichend von 72% ( $60\% \text{ minus } 20\% \text{ Vorschädigung} = 48\%$ ;  $48\% + 50\% = 72\%$ ).

Eine Dokumentation hierzu erscheint daher angeraten, da der Tarif Premium Plus hier sicher in den meisten Fällen eine Besserstellung gegenüber dem Tarif Premium bedeutet, aber eben nur teilweise.

## ■ Bekannte Mängel in der Unfallrente

Es ist ein altbekanntes Übel, dass die Bedingungen für Unfallrenten häufig zum Nachteil der Bedingungen für die Versicherung von Invaliditätsleistungen abweichen. Dies betrifft an dieser Stelle auch die Interlloyd. Dies liegt daran, dass die Unfallbedingungen hier ein weitgehend autarkes Bedingungsnetzwerk haben und insbesondere in der Ziffer 2.1.3.2 der AUB eine gemeinsame Grundlage mit dem Rest des Bedingungsnetzes haben.

### *Eigenbewegungen*

Beispielsweise sind die Leistungserweiterungen für mitversicherte Eigenbewegungen im Rahmen der Unfallrente nicht von Ziffer 2.1.3.2 AUB 2013 bzw. den AURB 2007 erfasst, so dass hier eine sehr genaue Dokumentierung gerade bei Abschluss des Tarifs Premium Plus dringend erforderlich wäre.

### *Mitwirkungsanteil*

Gleiches gilt für den ggf. verbesserten Mitwirkungsanteil in den Tarifen Premium und Premium Plus, der laut Ziffer 1.5 und 3 AURB 2007 in Verbindung mit Ziffer 3 AUB 2013 nicht zum Tragen kommt, da Ziffer 1.5 AURB 2007 die Anwendung der für die Invaliditätsleistung verbesserten Mitwirkungsregelungen ausschließt.

### *Invaliditätsanmeldefristen / Gliedertaxe / Infektionsklausel*

Die Invaliditätsanmeldefristen weichen ebenfalls von den Premium Plus-Bedingungen ab.

Gleiches gilt für die Gliedertaxe, wobei diese sowohl deutlich vom Premium- als auch dem Premium-Plus-Tarif abweicht und anders als dort u.a. keine definierten Invaliditätsgrade für den Verlust innerer Organe oder für Stimmverlust ausweist.

Überraschend ist auch, dass noch nicht einmal die Infektionsklausel denselben Wortlaut wie im Rahmen der Mitversicherung des Invaliditätsrisikos aufweist (siehe Ziffer 5.2.4 AURB 2007).

## ■ Unfallrente wo bist Du?

Nach Aussage des Versicherers würden abweichend alle Leistungserweiterungen zwar nicht der Tarife Protect und Premium, aber sehr wohl des Tarifes Premium Plus ohne Einschränkung auch für parallel abgeschlossene Unfallrententartarife gelten. Dies ist allerdings nicht nachvollziehbar, da in den gesamten BBR zum Tarif Premium Plus an keiner einzigen Stelle ein Bezug auf die AURB gemacht wird und außer in Ziffer 9.5 der BBR (Lebensnachweis für laufende Rentenzahlungen) kein einziger Hinweis auf Unfallrentenleistungen erfolgt.

## ■ Interessante Alleinstellungsmerkmale

Neben den beschriebenen Ungereimtheiten gibt es auch unübliche Leistungsmerkmale im Rahmen der Unfallversicherung der Interlloyd. Diese sind allerdings nicht bedingungsseitig, sondern im Versicherungsschein geregelt:

- Telefonischer Unfall-Erstberatungs-Rechtsschutz
- Rechtsschutz für Opfer von Gewaltstraftaten (Opfer-Rechtsschutz)
- Schadenersatz-Rechtsschutz für Unfallopfer

Grundsätzlich gelten in diesem Zusammenhang die ARB 2011, die den Unfallversicherungen der Interlloyd beigelegt sind.

## ■ Fazit

Obwohl der Premium-Tarif in vielen Punkten weit besser als der Markt ist und für sich genommen durchaus als „empfehlenswert“ gelten kann, sollten Unklarheiten vor Vertragsabschluss dringend rechtsverbindlich mit dem Versicherer geklärt werden.

Darüber hinaus sollte deutlich über die Nachteile des Premium-Tarifes gegenüber dem nur scheinbar jeweils mindestens gleichwertigen, grundsätzlich aber leistungsstärkeren Tarif Premium Plus, aufgeklärt werden.

Wer eine ausführliche Dokumentierung vermeiden möchte, sollte besser die Finger von den aktuell verkaufsoffenen Unfalltarifen der Interlloyd lassen.

Henry Littig

Herzlich willkommen  
in der Zeit nach dem  
Kapitalismus ...



Begeistern Sie Ihre  
anspruchsvollen Kunden!  
Bleiben Sie im Gespräch,  
weil Sie mehr zu bieten haben  
als abgenutzte Verkaufsfloskeln  
und Hurra-Optimismus!

**Herzlich willkommen in der  
Zeit nach dem Kapitalismus ...**

In „Herzlich willkommen in der Zeit nach dem Kapitalismus“ beschreibt der Düsseldorfer Aktienhändler Henry Littig den unaufhaltsamen Verfall unseres Konsumkapitalismus. Ein globales Schneeballsystem, das sich mangels neuer Mitspieler erschöpft hat.

Der Autor führt Beweis dafür, dass Börsen, Banken und Versicherungen überflüssige Institutionen sind. Und: Die Systemformel „Arbeit gegen Geld“ hat ihren Zenit bereits weit überschritten.

Littig skizziert vor diesem Hintergrund ein sehr glaubwürdiges mögliches Folgeszenario, das dem Bürger schon morgen kostenlosen Konsum bei einem minimalen Aufwand an Arbeit sichern kann. Eine Welt, in der zudem viele verloren geglaubte menschliche Werte wieder zu ihrer Entfaltung kommen.

Das klingt fast zu schön um wahr zu sein – ist es aber nicht! Daher ist es nur eine Frage der Zeit, bis die Ideen des Autors Eingang in diverse Partei-Programme finden werden!

*Henry Littig*

*Herzlich willkommen in der Zeit nach dem Kapitalismus ...*

188 Seiten, gebunden | 19,80 Euro | ISBN 978-3-9815451-0-4

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

Index: Gesellschaften, die in diesem Beitrag erwähnt werden von A–Z:  
Allianz – Barmenia – Hanse-Merkur – Nürnberger – Würzburger

# Serviceorientierter Versicherungsschutz im Ausland

Barmenia zählt zu den kulantesten Versicherern

Fall-Beispiel: Frau Nguyen, eine in Deutschland lebende Vietnamesin, war im Dezember 2012 mit ihrem Mann bei Verwandten zu Besuch in Vietnam. Zur Entspannung begaben sich beide auf die schöne Insel Phu Quoc, Vietnams größte Insel im Golf von Thailand. Zunächst verlief im Urlaub alles wie erwartet, dann aber kam es zum großen Schock.



von Sebastian Krügereit

Am Morgen des 23.12.2012 erlitt Herr Tran Ngoc unerwartet einen schweren Schlaganfall. Als Folge war er rechtsseitig vollständig gelähmt und konnte kaum noch sprechen. Sofort wurde alles Nötige veranlasst, um Frau Nguyens Mann in das nahegelegene Krankenhaus zu bringen. Erst vor wenigen Monaten war das Krankenhaus modernisiert und erweitert worden. Die lokale Infrastruktur befand sich noch im Aufbau. So wurde etwa der Flughafen erst vor wenigen Tagen neu eröffnet und auch eine Straße zwischen Inselzentrum, Krankenhaus und Flughafen waren bereits neu gebaut. Die Stromversorgung erfolgte noch durch einen Generator, da noch kein unterseeisches Stromkabel eine Verbindung der Insel mit dem Festland gewährte.

Obwohl es sich um eine von Touristen oft angesteuerte Urlaubsinsel handelt und das Klinikgebäude erst neu errichtet wurde, dürfen an dieser Stelle keine westlichen Medizinstandards angenom-

men werden. Beispielsweise fehlte eine in Deutschland seit 1990 übliche Stroke Unit zur akuten Versorgung von Schlaganfallpatienten.<sup>1</sup>

Zur Erstdiagnose fand zunächst ein Gespräch mit dem behandelnden Arzt statt. Dann wurde eine CT durchgeführt, so dass ein Schlaganfall mit Hirnblutung festgestellt werden konnte. Die Erstbehandlung erfolgte anschließend unter anderem mit einer Meeressalzinfusion sowie eine Behandlung mit Tabletten zur Senkung des Blutdruckes.

In den ersten Tagen erfolgte die Unterbringung von Herrn Tran Ngoc in einem Mehrbettzimmer, welches von etwa 30 Personen – Patienten und Besuchern – geteilt wurde. Verständlicherweise ist es unter diesen Umständen nicht unbedingt leicht. Dazu kamen trotz Deckenventilatoren heiße und stickige Luft sowie etliche Stiche durch Moskitos, die sich in asiatischen Gefilden nie ganz vermeiden lassen.

Aufgrund der – verglichen mit westlichen Standards – nur bedingt geeigneten hygienischen Standards, erkrankte Herr Tran Ngoc bald zusätzlich zu seinem Schlaganfall noch an Fieber.

## ■ Ambulanzflugzeug: Barmenia zahlt 93.618,50 Euro

Frau Nguyen bat den zuständigen Arzt daher um die Verordnung notwendiger Medikamente, auch wenn sie diese selbst zahlen müsste. Da wurde ihr bestätigt, dass eine Behandlung mit Cerebrolysin zur Unterstützung der Hirnfunktion erforderlich wäre, die Frau des Patienten dieses Medikament aber selbst kaufen müsste. Alle paar Tage war ein neues Rezept für die Fortführung der medikamentösen Versorgung erforderlich. Bis zum Jahreswechsel betrug die Kosten für Medikamente bereits gut 2,7 Mio. Dong bzw. über 100 Euro.

Eine große Unterstützung in diesem Zusammenhang war die Chefin des hie-

sigen Reisebüros, die mit viel persönlichem Einsatz bei der Medikamentenversorgung und Bearbeitung von Formalitäten half, aber auch für frische und gesunde Verpflegung von Frau Nguyen und Herrn Tran Ngoc sorgte.

Schnell war klar, dass nur ein Krankenrücktransport nach Deutschland für eine optimale Heilung sorgen würde. Glücklicherweise wurde Herrn Tran Ngoc in dieser Zeit nach entsprechender Erklärung, dass Frau Nguyen für die erforderlichen Mehrkosten aufkommen würde, vom ursprünglichen Mehrbettzimmer in ein Einzelzimmer mit eigener Toilette verlegt.

Am Neujahrstag wurde er dann vom Krankenhaus zum Flughafen gefahren, wo dann der lang ersehnte Rückflug mit dem Ambulanzflugzeug nach Deutschland erfolgten sollte. Kostenpunkt: 93.618,50 Euro, die am 26.02.2013 von der Barmenia an die Assistance gezahlt wurden.

#### ■ Ablauf unter Versicherungsgesichtspunkten

Frau Nguyen und Herr Tran Ngoc sind bei der Barmenia für Auslandsreisen krankenversichert. Am 23.12.2012 erfolgte gleich morgens gegen 06:30 ein Anruf beim betreuenden Makler. Die Kundin hatte kaum aufgelegt, als auch schon die für den Versicherer zuständige DRK Assistance angerufen wurde. Bis die entsprechende Telefonverbindung hergestellt war und ein geeigneter Ansprechpartner zur Verfügung stand, verging weniger als eine Minute. Da es sich um ein Wochenende kurz vor Weihnachten handelte, leitete die Assistance daher von sich aus alles Nötige für eine schnelle medizinische Versorgung des Kunden ein.

Frau Nguyen lobt insbesondere den hohen persönlichen Einsatz des Teams der DRK Assistance, insbesondere von Herrn Vieth, der viele Male lange Telefonate mit der Kundin führte und sie so auch von einem mit hoher Wahrscheinlichkeit lebensgefährlichen Linienflug für ihren Mann abbringen konnte.

Große Teile des Personals trauten sich in diesem Zusammenhang nicht zu, ein Gespräch auf Englisch mit einem Vertragsarzt der DRK Assistance zu führen, so dass diverse Anrufe des thailändischen Arztes einfach ignoriert wurden. Selbst der Versand von Emails oder gar Faxen vom Krankenhaus an die Assi-

stance scheiterte lange Zeit nicht nur an der fehlenden Kooperationsbereitschaft des Krankenhauses, sondern auch an den unzureichenden, aber auch unvertrauten technischen Mitteln. So konnten schließlich Emails mit den CT-Aufnahmen erst nach mehreren Stunden Vorarbeit an die DRK Assistance verschickt werden.

Auf der formalen Seite wurde natürlich als erstes überprüft, ob der benannte Versicherungsschutz auch bestand und die Kundin ihrer Prämienzahlungspflicht nachgekommen war. Da der Versicherer hierzu am Wochenende nicht befragt werden konnte, wurde der notwendige Nachweis durch eine Kopie des Onlinekontoauszuges erbracht.

Nachdem die erforderlichen Befunde endlich bei der DRK Assistance vorlagen, war es nicht schwer, diese von der medizinischen Notwendigkeit eines Krankenrücktransports nach Deutschland zu überzeugen. Nur wenig später war auch die für die Kostenübernahme zuständige Barmenia mit im Boot.

Nach Auskunft der DRK Assistance zähle die Barmenia in diesem Zusammenhang zu den kulantesten Versicherern. Sie folge meist nicht nur der DRK-Empfehlung, sondern setze wo immer dies möglich sei auf deutsche Fluggesellschaften und damit auf deutsches Recht im Luftraum. Im vorliegenden Fall wäre ein Linienflug frühestens 6 Wochen nach dem Schlaganfall möglich gewesen, so dass der zuständige Lufthansa-Arzt aufgrund der IATA-Richtlinien nur einen Rückflug mit dem Ambulanzflugzeug zur Option stellen konnte. Weiter war zu bedenken, dass die Insel Phu Quoc in keinem Fall direkt mit einem Ambulanzflugzeug, sondern nur über Saigon oder Hanoi angefliegen werden konnte.

#### ■ Fehlende Auslandsreisekrankenversicherung kann zur Privatinsolvenz führen

Von anderen Versicherern seien laut DRK Assistance durchaus Fälle bekannt, wo die Kostenübernahme erst zugesagt und später zunächst nicht übernommen wurde oder wo der Versicherer seine Entscheidung für die Form des Rücktransportes statt von der medizinischen Qualität allein davon abhängig machte, mit welchem Transportmittel die geringsten Kosten anfallen würden. Gerade wenn es um das Thema

medizinische Notwendigkeit geht, war der beschriebene Leistungsfall sicher recht eindeutig. Bei Aufenthalt in den USA steht für Versicherer jedoch oft nicht die medizinische Notwendigkeit im Fokus, wenn Kostenübernahmen zugesagt werden, vielmehr spielen die hohen Bettenpreise in Amerika eine nicht unwesentliche Rolle. Üblich sind dort Bettenpreise ab etwa 5.000 Euro pro Tag, während das Bett in einem Zentrum für Querschnittsgelähmte leicht das Doppelte kosten kann, so dass eine fehlende Auslandsreisekrankenversicherung hier schnell zum wirtschaftlichen Suizid wird.

In diesem Zusammenhang kann die DRK Assistance auf gut 200 Krankenrücktransporte pro Jahr verweisen, von denen etwa ein Krankenrücktransport von den Philippinen nach Deutschland mit 119.000 Euro zu Buche schlug, ein Notfalleinsatz mit dem Krankenwagen aus Österreich nach Deutschland hingegen mit knapp 1.800 Euro vergleichsweise billig war.

#### ■ Erhebliche Unterschiede bei den Versicherern

Auch bei der Beratung von Auslandsreisekrankenversicherungen sollte auf das Kleingedruckte und eine aussagekräftige Dokumentation geachtet werden, denn die Unterschiede zwischen den einzelnen Anbietern können gewaltig sein.

#### *Zweifelhafte „Finanztest“-Wertung*

In diesem Zusammenhang sollte die Produktauswahl nicht ungeprüft auf die Ergebnisse aus scheinbar objektiven Vergleichen gestützt werden. Beispielsweise wurde in der „Finanztest“ 6/2012 als Leistungskriterium der Versicherungsumfang für Krankheiten durch Kriegereignisse, infolge der Teilnahme an inneren Unruhen sowie durch Pandemien bewertet. Hier erfolgte eine Bewertung des Tarifes RS der Barmenia mit „mangelhaft“. Dies ist jedoch sachlich nicht nachvollziehbar, wenn man sich die von der Stiftung selbst aufgestellten Kriterien näher ansieht. Für die Bewertung heißt es wie folgt:

„Die Versicherer sollten Leistungen für Erkrankungen im Zusammenhang mit Kriegen und inneren Unruhen nur ausschließen, wenn der Versicherte daran beteiligt oder die Kriegereignisse aufgrund einer Reisewarnung des Öffentlichen Amtes vor Reisebeginn vor-

hersehbar waren. Auch sollten keine Auflagen gemacht werden, das Land unverzüglich zu verlassen, wenn überraschend Unruhen ausbrechen.

Leistungen im Zusammenhang mit Pandemien, zum Beispiel der Schweinegrippe, sollten nicht generell ausgeschlossen sein.“

Hier stellt sich die berechtigte Frage, ob die Tester überhaupt die Bedingungen der Barmenia gelesen haben. Sucht man nämlich einen Ausschluss für Krankheiten durch Seuchen oder Epidemien, so sucht man vergebens. In den unter § 5 der Bedingungen benannten Ausschlüssen gibt es nämlich keine solche Einschränkung der Leistungspflicht, womit etwa die Folgen einer akuten Ansteckung mit Cholera, Pest oder Schweinegrippe selbstredend versichert wären. Also wäre zu erwarten, dass die Kriegsdefinition nicht im geforderten Umfang erfüllt wäre. Hierzu heißt es im Tarif mit Stand 01.01.2011 sowie 01.01.2013 gleichlautend wie folgt:

„§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

[...]

(2) Keine Leistungspflicht besteht außerdem

a) für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden sind“

Unzweifelhaft sind auch hier alle Anforderungen der Tester uneingeschränkt erfüllt, so dass die negative Bewertung zumindest verwundern muss.

Vergleicht man nun auch noch die Bedingungen der Würzburger als Testieger damit, so wird die Verwunderung noch größer, denn hier wird gleichlautend weder ein ausdrücklicher Einschluss noch Ausschluss von Pandemien benannt. Zum Thema Kriege und inneren Unruhen heißt es im Tarif TravelSecure nach dem Stand 03.2012 und 02.2013 gleichlautend wie folgt:

„5.1 Keine Leistungspflicht besteht für [...]

f) Krankheiten und deren Folgen, sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden

*sind. Kriegsereignisse sind dann vorhersehbar, wenn eine Warnung des Auswärtigen Amtes vor Reiseantritt ausgesprochen wurde;“*

Die einzige Unterscheidung ist hier, dass die Vorhersehbarkeit näher definiert wurde, ohne dass dies jedoch inhaltlich eine entsprechende Unterscheidung erklären dürfte. Bedeutsamer wäre hier sicher der ergänzende Ausschluss für Terroranschläge in einem noch früheren Bedingungsmerkmal der Gothaer mit Stand 09.2011 (AVB Jahres-Reise-Karte 09/2011) – ein Ausschluss, den weder die aktuellen Bedingungen von Barmenia noch Würzburger besitzen und der sicher deutlich mehr Brisanz in der Praxis aufweisen dürfte.

### Regelungen zum Krankenrücktransport

Unbestritten als eines der wesentlichsten Leistungsmerkmale bei der Bewertung von Reisekrankenversicherungen gelten die Regelungen zum Thema Krankenrücktransport. Mittlerweile sollte auch dem letzten Makler klar sein, dass es hier in erster Linie drei Arten von Versicherern gibt:

- 1) Versicherer, die nur bei nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit die Kosten übernehmen
- 2) Versicherer, die eine medizinische Notwendigkeit formal dann schon unterstellen, wenn die Reisedauer im Ausland einen Zeitraum von x Tagen überschreitet.
- 3) Versicherer, die schon dann leisten, wenn ein Krankenrücktransport aus dem Ausland ärztlich angeraten und medizinisch sinnvoll ist

Nach dem Wortlaut der Bedingungen gehört die Barmenia hier zur zweiten Kategorie der Unternehmen. Wörtlich heißt es in den Verbraucherinformationen wie folgt:

§ 4: „(3) Bei einem medizinisch notwendigen Rücktransport wegen Krankheit oder Unfallfolge aus dem Ausland an den ständigen Wohnsitz oder in ein dem ständigen Wohnsitz nächstgelegenes geeignetes Krankenhaus werden für einen

a) Rettungsflug (Krankentransport mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug) die um die üblichen Fahrkosten verminderten notwendigen Aufwendungen in

voller Höhe ersetzt. Voraussetzung dafür ist, dass nach ärztlicher Bescheinigung der Rettungsflug die einzige Möglichkeit ist, das Leben schwer erkrankter oder verletzter versicherter Personen zu retten und er von einem nach der Richtlinie für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt wird;

b) sonstigen Krankentransport einer versicherten Person die notwendigen Aufwendungen des Krankentransports, soweit sie die üblichen Fahrkosten übersteigen, bis zu einem Höchstbetrag ersetzt, der den fünffachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person entspricht. Mehrkosten können zum Beispiel verursacht werden durch Benutzung eines schnelleren Transportmittels; Inanspruchnahme einer teureren Beförderungsklasse, wenn eine Buchung in einer niedrigeren Klasse nicht möglich war; Benutzung von mehr als einem Platz, wenn die versicherte Person liegend transportiert werden muss; Transport mit Spezialfahrzeugen; Fahrkosten für medizinisch geschultes Begleitpersonal.

Die Aufwendungen nach § 4 Abs. 3 b) werden auch ersetzt,

- wenn die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten für den Rücktransport übersteigen oder
- wenn nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage übersteigt.“

Legt man die Bedingungen weit aus, könnte man durchaus begründen, dass eine medizinische Notwendigkeit schon dann vorliegen kann, wenn die medizinische Indikation eine Reha- oder Anschlussheilbehandlung als angeraten erscheinen lässt. Solche werden nämlich in der Praxis in diesem Umfang eigentlich nur in Deutschland erstattet und sind auch darüber hinaus eine vor allem europäische Besonderheit.

Geschäftsplanmäßig unterscheidet die Leistungsprüfung der Barmenia auch nicht zwischen medizinischer Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit, sondern alleine anhand der medizinischen Notwendigkeit. Selbstverständlich ist hier eine juristische Klarstellung in den Bedingungen vorzuziehen, da nur diese im Streitfall eingeklagt werden könnte,

doch gelebte Praxis sollte durchaus ebenfalls positive Erwähnung finden.

**Fall-Beispiel: Kulanz**

Für die gelebte Praxis spricht auch ein Leistungsfall aus dem Hause Barmenia, der sich dort vor einigen Jahren ereignete. Eine Kundin war längere Zeit im Rahmen der Nachleistung in einem US-amerikanischen Krankenhaus gewesen. Als schließlich die Transportfähigkeit wieder hergestellt war, wollte sie mit einem Linienflieger zurückfliegen und bekam dann noch im Flugzeug eine Lungenembolie, einer der insgesamt häufigsten und tödlichsten Herz-Kreislaufkrankungen überhaupt. Hätte die Barmenia alleine nach dem Wortlaut der Bedingungen reguliert, hätte sie für diesen Leistungsfall gar nicht aufkommen müssen. Insofern können Kulanz und gelebte Praxis von großem Wert sein.

Grundsätzlich liegt das beschriebene Problem an folgender, generell positiv zu bewertenden Formulierung nach § 7 der Bedingungen:

„(2) Ist die Rückreise bis zur Beendigung des Versicherungsschutzes aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für

entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über diesen Zeitpunkt hinaus, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.“

Der Beginn des Reiseantritts ist im Zweifel jedoch das Verlassen eines Krankenhauses, um sich von dort aus auf dem Weg zum Flughafen oder zu einer Fähre zu machen, spätestens jedoch der Moment, in dem ein Flugzeug oder Schiff für die Heimreise betreten wird.

Kommt es nun auf dem Weg zum Flughafen zu einem Verkehrsunfall oder im Flugzeug zu der oben beschriebenen Lungenembolie, so könnte argumentiert werden, dass die vertragliche Nachleistung im Sinne der Bedingungen beendet ist. Nach telefonischer Auskunft einiger Versicherer vom März 2013 im Rahmen einer Anfrage zum Thema Incoming-Versicherungen wurde diese Sichtweise zumindest von Allianz und Hanse-Merkur ausdrücklich bestätigt, so dass hier die gelebte Praxis anders als bei der Barmenia aussehen dürfte. Hinzu kommt, dass etwa die Allianz in ihren Tarifen R 30 und R 31 eine Nachleistung auf maximal 6 Wochen beschränkt, in den neu zum 01.04.2013

eingeführten Tarifen R 32 und R 33 immerhin auf 8 Wochen verlängert.

**Einbindung von Krankheiten vor Reiseantritt in den Versicherungsschutz**

Ein weiteres wichtiges Unterscheidungsmerkmal ist, in welchem Umfang Versicherungsschutz für vor Reisebeginn bekannte oder erkennbare Krankheiten oder Krankheitsfolgen besteht. Auch wenn es sicher sinnvoll ist, sich vor Reisebeginn eine uneingeschränkte Reisefähigkeit ärztlich attestieren zu lassen, sollten Bedingungen keinen Ausschluss für solche Erkrankungen beinhalten, die vor Reisebeginn „absehbar“ waren (z.B. die zum 01.04.2013 geschlossenen Alttarife R 30 und R 31 der Allianz). Letztlich ist dies ein sehr dehnbarer Begriff, der nicht selten zum Nachteil von Kunden reichen kann. Ebenfalls nur bedingt überzeugt die Formulierung der uniVersa, wonach nur „im Ausland akut und unvorhersehbare“ Verschlimmerungen bestehender Erkrankungen versichert sind. Hier stellt sich die berechnete Frage, wann genau eine Erkrankung als „unvorhersehbar“ einzustufen ist. Deutlich vorzuziehen sind an dieser Stelle daher die Definitionen von z.B. Barmenia, Hanse-Merkur oder Nürnberger:

Allianz	Allianz	Barmenia	Hanse Merkur	Nürnberger	uniVersa
R 30 (Einzelpersonen) bzw. R 31 (Familien) Tarif geschlossen ab 01.04.2013	R 32 (Einzelpersonen) bzw. R 33 (Familien)	RS	VB-KV 2011 (JRV)	AKE (Einzelpersonen) bzw. AKF (Familienversicherung)	uni-RD
<b>In welchem Umfang besteht Versicherungsschutz für bereits vor Reisebeginn bekannte oder erkennbare Krankheiten oder Krankheitsfolgen</b>					
Kein Versicherungsschutz besteht für Versicherungsfälle, deren Eintritt während der Auslandsreise für den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person auf Grund ärztlicher Diagnose bereits vor Reisebeginn <b>absehbar</b> war. Die Allianz leistet jedoch, wenn der Ehegatte oder ein Verwandter ersten Grades der versicherten Person verstorben ist und die versicherte Person aus diesem Anlass die Reise antritt. [Hinweis: „absehbar“ kann unterschiedlich interpretiert werden und bietet daher Streitpotential!]	c) bei Behandlungen, von denen bei Reiseantritt aufgrund einer ärztlich diagnostizierten Erkrankung <b>feststand</b> , dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden müssen. Dieser Leistungsausschluss gilt nicht, wenn die versicherte Person die Auslandsreise wegen des Todes ihres Ehegatten oder ihres Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades unternommen hat.	Keine Leistungspflicht besteht für die <b>in den letzten drei Monaten vor Antritt der jeweiligen Reise</b> behandelten Krankheiten einschließlich ihrer Folgen und für Unfallfolgen, soweit bei Reisebeginn <b>feststand</b> , dass Behandlungen bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten (es sei denn, die Reise musste wegen des Todes des Ehegatten, des Lebenspartners gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz oder eines Verwandten ersten Grades unternommen werden).	Die HanseMerkur leistet nicht für die Behandlungen, von denen bei Reiseantritt <b>feststand</b> , dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde.	Keine Leistungspflicht besteht für Behandlungen, von denen bei Reiseantritt <b>feststand</b> , dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde.	Für chronische Erkrankungen und für bei Beginn des Auslandsaufenthaltes behandlungsbedürftige oder in Heilbehandlung stehende Krankheiten besteht Versicherungsschutz insoweit, als im Ausland akut und <b>unvorhersehbar eine erhebliche Verschlimmerung</b> eintritt. Keine Leistungspflicht besteht für Heilbehandlungen, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren und für Heilbehandlungen, von denen bei Reiseantritt aufgrund einer bereits ärztlich diagnostizierten Erkrankung <b>feststand</b> , dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden müssen, <b>es sei denn</b> , dass die Reise ausschließlich wegen des Todes des in häuslicher Gemeinschaft lebenden Ehegatten oder Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades der versicherten Person unternommen wurde.

<sup>1</sup> Siehe dazu [http://www.pflegewiki.de/wiki/Stroke\\_Unit](http://www.pflegewiki.de/wiki/Stroke_Unit).





## Bewertungsportal

## „Finde – Deinen – Makler“

„Risiko & Vorsorge“ im Gespräch mit **Florian Höhensteiger**,  
ergidea AG

*Vorweg die Frage: Wer ist die ergidea AG?*

Die ergidea AG mit Sitz in Bad Endorf ist ein anders denkendes IT-Consulting Unternehmen mit dem Leitsatz „a new way to work“, den wir nicht nur aussprechen sondern auch leben.

Das Unternehmen hat sich in enger Zusammenarbeit mit Verbrauchern und Versicherungsexperten intensiv mit dem Thema Empfehlungsmarketing auseinandergesetzt. Der Begriff ergidea setzt sich aus den lateinischen Wörtern „ergasterium“ und „idearum“ zusammen. Dabei spiegelt er mit der Bedeutung „Ideenwerkstatt“ die tragende Säule der ergidea wider – deren Kreativwerkstatt. Hier werden gezielt kreative Methoden zur Findung neuer Ideen und Lösungen genutzt. Das aktuelle Produkt aus der Werkstatt der Ideen heißt Finde-Deinen-Makler.de.

*Sie sind Informatiker. Eine Expertise auf dem Feld von IT und eventuell auch Web-Design darf also vorausgesetzt werden. Welche Optionen bietet mir derzeit das Seitenmenü?*

Die wichtigste Option bietet das Suchfeld in der Mitte der Homepage. Unter Angabe geeigneter Suchbegriffe wie PLZ, Stadt oder Name liefert die Suche im Idealfall schon im ersten Ergebnis den richtigen Versicherungsexperten. Diese Kernfunktionalität wird auch in der Menüführung aufgegriffen.

„Makler Finden“ führt mit einem Klick zur gesamten Ergebnisliste, deren Treffer über Suchkriterien wie beispielsweise Umkreis oder Versicherungssparten eingegrenzt werden können. Verbraucher, die bereits von einem Spitzenversiche-

rungsfachmann betreut werden, können diesen über den Menüpunkt „Makler Hinzufügen“ vorschlagen. Nach einer Überprüfung mit anschließender Freischaltung durch Finde-Deinen-Makler.de kann der vorgeschlagene Versicherungsmakler im Suchergebnis gefunden und bewertet werden.

Dadurch haben Besucher des Bewertungsportals die Möglichkeit, von Erfahrungen anderer zu profitieren und ihre eigenen Erfahrungswerte zu teilen. Die weiteren Menüpunkte liefern Informationen zu Preismodell, Neuigkeiten und dem Ansatz, der hinter dem Empfehlungsportale steckt.

*Sie schreiben: Verbraucher suchen ihren Experten immer häufiger über Empfehlungen und Bewertungen. Mal ganz objektiv: Befinden sich Hilfestellungen zu diesem Thema nicht schon geradezu inflationär im Netz?*

Das stimmt - teilweise. Die Kunst besteht in der heutigen Zeit jedoch nicht mehr darin, Informationen zu einem Thema zu finden, sondern darin, aus dem Überfluss der Informationen die, wie Sie selbst sagen das Netz bietet, in kürzester Zeit das beste Ergebnis zu erzielen, respektive die nützlichste oder individuell passende Information herauszufiltern. Bei Finde-Deinen-Makler.de findet der Verbraucher im Idealfall schon nach einem Klick den Versicherungsfachmann seines Vertrauens.

*Unter dem Menüpunkt 360 Grad findet sich eine Fülle an Argumenten pro „Finde-Deinen-Makler“. Was ist für Sie im Wettbewerbsvergleich das herausragende Plus Ihrer Seite?*

Die Aussagekraft und Qualität der Bewertungen nach dem Schulnotenprinzip. Sie sind das Herzstück von Finde-Deinen-Makler.de und werden durch einen von Experten eigens dafür konzipierten Bewertungsbogen, der vorformulierte Fragen enthält, erfasst. Ein weiteres wesentliches Alleinstellungsmerkmal ist der Fokus auf Versicherungsexperten sowie Verbraucher und nicht auf die Umwerbung von Versicherungs- und Finanzprodukten. Die Beratung der Kunden ist unserer Ansicht nach alleine den Versicherungsexperten vorbehalten. Dadurch schaffen wir es auch, die Plattform einfach und übersichtlich zu gestalten. Mit dem Release 2.3 wurden neben einem neuen Preismodell zusätzliche Gimmicks wie das Experten-Widget sowie der Quickviewer zur Verfügung gestellt. Versicherungsexperten können das Widget, welches immer aktuell die Gesamtnote anzeigt, in ihre eigene Website integrieren und über einen Link direkt auf ihr Profil bei Finde-Deinen-Makler verweisen. Der Quickviewer blendet per Mouseover auf das jeweilige Profilbild in der Ergebnisliste die wichtigsten Bewertungsparameter des jeweiligen Versicherungsexperten ein. Der Verbraucher kann somit einfach und effektiv zwischen den Experten vergleichen, ohne vorher die Detailseite des Beraters aufrufen zu müssen.

*Sie vermarkten die Seite unter anderem auf Klassik Radio Bayern. Ist weitere Promotion angedacht?*

Ja. In einem nächsten Schritt werden wir unsere Sichtbarkeit und Findbarkeit deutschlandweit erhöhen. Bereits 2012 wurden wir schon zu Fachmessen ein-

geladen und werden Finde-Deinen-Makler auch 2013 wieder auf Foren und Messen vorstellen. Der letzte Termin stand am 20. März 2013 in Brehna bei Leipzig zum 2. Bauspar- und Bankentag an. Hier hielten wir auch einen Vortrag zum Thema Versicherungswirtschaft 2.0 - Versicherungen + Internet. Zusätzlich kommunizieren wir über Google+ und unseren ergidea Twitter Account Neuigkeiten für jedermann in Echtzeit.

*Beratungen türken und sich dann Bewertungen selber schreiben. Das war und ist ein gern gespieltes Spiel auf manch ähnlicher Seite. Wie sichern Sie die Seriosität Ihres Internetauftritts?*

Bewertet nach dem Schulnotenprinzip schaffen wir Transparenz und Vertrauen. Jede Bewertung wird vor der Freischaltung und Veröffentlichung auf Glaubwürdigkeit und Authentizität geprüft. Verbraucher müssen bei der Abgabe der Bewertung Namen, Emailadresse und Telefonnummer angeben. Sollte es Rückfragen zu einer Bewertung geben, können wir Bewerter und Berater kontaktieren. Verfügen Versicherungsexperten im Durchschnitt über sehr gute Bewertungen erhalten sie das Gütesiegel Finde-Deinen-Makler Versicherungsexperte. Dieses steht für höchste Qualität.

*Überraschend ist es natürlich auf dieser Seite Ihren Vater, Johannes Höhensteiger, mit der Auszeichnung „Top 10 Makler“ für das 4. Quartal 2012 wiederzufinden. Gekoppelt mit der entsprechenden Pressemitteilung. Ist das nicht sehr unklug?*

Mein Vater ist seit vielen Jahren freischaffender Versicherungsmakler und hat maßgeblich dazu beigetragen, dass mit Finde-Deinen-Makler ein Bewertungsportal von der Praxis für die Praxis entstanden ist. Nur so war es uns möglich, Branchen-Know-how mit IT-Expertise zu koppeln. Natürlich erkennt er das Potenzial und nutzt die Chance, die diese Plattform bietet. Seine Position zeigt, dass er bisher alles richtig gemacht hat. Vor 5 Jahren standen Tourismus und Internet da, wo Versicherungen und Internet heute stehen. Wer heute ein Hotel sucht, surft im Netz; in 3 Jahren könnte es heißen: Wer einen Versicherungsexperten sucht, surft im Netz. Wer ist dann der Chancenreichere? Derjenige, der

dann erst einsteigt oder derjenige, der heute damit beginnt, fleißig Bewertungen zu sammeln und sich auf einem unabhängigen, neutralen Bewertungsportal zu präsentieren?

*Kommen wir zum Nutzen? Wann wurde das Portal hochgeladen, wie viele Makler machen bisher mit und wie sieht es mit den Verbraucherzugriffen aus?*

Die Beta-Version von Finde-Deinen-Makler wurde im Juni letzten Jahres zur Verfügung gestellt. Pünktlich zum Jahreswechsel präsentierten wir das Release 2.3 mit zahlreichen Neuerungen. Ein großes Dankeschön gilt auch all unseren Kunden, die durch ihr Feedback und ihre Ideen helfen, dass wir uns stetig verbessern können. Ein großer Aspekt im Hinblick auf Nutzen ist die Herstellung einer Win-win-Situation. Der Verbraucher soll durch Finde-Deinen-Makler bei seiner Entscheidungsfindung unterstützt werden, der Versicherungsexperte dabei, die Qualität seiner Beratung optimal zu präsentieren. Da der Relaunch der neuen Website erste wenige Wochen her ist, sind die Zugriffszahlen nicht belastbar. Eine steigende Anzahl an Twitter Followern und 1000fache Downloads unserer News und Pressemitteilungen zeigen, dass Bedarf und Interesse vorhanden sind. Analog dazu ist auch eine kontinuierlich steigende Anzahl von Zugriffen zu verzeichnen.

*Die Verbraucher-Bewertungen sind leider anonymisiert. Sie zeigen nur den Vornamen und den Anfangsbuchstaben des Nachnamens. Sind diese damit nicht schon bedeutungslos, da keine Kontrolle auf eine reale Existenz dieser Personen gegeben ist?*

Die Abgabe der Bewertungen erfolgt anonymisiert, aber nicht anonym. Diese Vorgehensweise ist wichtig, da die Bewertungen äußerst sensible Daten wie Angaben zu Versicherungen enthalten können. Zusätzlich veröffentlichen wir den gesamten Bewertungsbogen, so dass für den Besucher ersichtlich ist, wie sich die Gesamtnote zusammensetzt. Prinzipiell möchten wir die Einfachheit und Benutzerfreundlichkeit des Portals wie einen roten Faden durch die gesamte Plattform ziehen. Der Verbraucher soll in wenigen Schritten die Bewertung

abgeben können. Ihre Frage ist berechtigt, und wir nehmen konstruktive Kritik gerne auf. Wir könnten beispielsweise in einem nächsten Release eine Funktionalität zur Verfügung stellen, die es den Bewertern erlaubt, selbst zu wählen, ob sie ein Pseudonym oder den realen Namen veröffentlichen möchten.

*Vielleicht noch ein Wort zu Ihrem offerierten Preismodell, gestaffelt nach Monats- oder Jahresnutzung.*

Mit unserem Preismodell setzen wir neue Maßstäbe. Ganz nach dem Motto: „Ein Empfehlungsportal für alle Versicherungsexperten“ haben wir unser neues Preismodell gestaltet, uns für eine Flatrate entschieden und damit gleichzeitig eine Kostenkontrolle eingeführt. Für Verbraucher ist das Portal kostenfrei. Gute Bewertungen und Empfehlungen dürfen nicht abhängig vom Vertriebsbudget des jeweiligen Versicherungsexperten sein. Durch Ehrlichkeit und Fairness möchten wir unseren Beitrag dazu leisten, das Image des Versicherungsmaklers zu verbessern. Jeder Versicherungsexperte kann den vollen Funktionsumfang von Finde-Deinen-Makler drei Monate lang kostenlos nutzen. Zudem gibt es keine Vertragsbindung. Versicherungsexperten haben die Möglichkeit jederzeit zum Ende des Folgemonats zu kündigen. Unser Ziel ist es, durch Qualität zu überzeugen. Das Einsteigerpaket gibt es bereits ab 8,90 pro Monat, das Premium-Paket und dadurch uneingeschränkte Nutzung des Portals, zu 18,90 pro Monat. Bei jährlicher Zahlung bieten wir für beide Varianten 2 Monate kostenfrei an.

*Auf den ersten Blick: Absolut preiswert! Doch wie geizig ist Ihre Zielgruppe?*

Das wird sich noch zeigen...:-) Aber Spaß beiseite, Versicherungsexperten sowie Vertriebspartner sind von der Möglichkeit, sich auf einem unabhängigen Bewertungsportal von der strengsten Jury der Welt, den Kunden, bewerten zu lassen, sehr begeistert und erkennen das Potenzial der Plattform. Finde-Deinen-Makler.de wird als proaktives System Einzug in die strategischen Entscheidungen erhalten. Potenziale erkennen, Chancen verwerten heißt die Devise, denn der frühe Vogel fängt den Wurm.

# 8 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 – zuletzt Funktionsinvaliditätsversicherungen sowie Pflege-Bahr-Versicherungen.

### „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 Aktualisie-

rung der Ratinganforderungen liefert die erstmals im April 2010 überarbeitete Hausratsparte. Als die erste Fassung im Heft 04/2008 veröffentlicht wurde, war das neue VVG gerade erschienen. Mit diesem wurde das Thema Quotelung eingeführt. Daher begannen die ersten Versicherer auf ihr Recht auf Kürzung der Leistung bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles zu verzichten. Allerdings gab es damals nur wenige, deren Quotelungsverzicht deutlich 5.000 oder 10.000 Euro überstieg.

Um ansonsten leistungsstarken Anbietern eine Chance auf faire Ratings zu ermöglichen, wurde ein Quotelungsverzicht bis in Höhe von mindestens 5.000 Euro zu einem der Mindeststandards erklärt. Zahlreiche Tarife am Markt erfüllten diese Anforderung nicht. Heute im März 2013 gibt es bereits weit über 50 Tarife von Versicherern und Konzeptanbietern mit vollständigem Quotelungsverzicht.

Sparte	Rating erstmal seit	Werden etwaige Musterbedingungen des GDV als Mindeststandard definiert?	Wird eine Innovationsklausel als Mindeststandard definiert?	Sieht das Rating Mindestanforderungen (K.O.-Kriterien) vor?
Funktionsinvaliditätsversicherung	FIV Sach Heft 2/2012 FIV Leben Heft 1/2013	nein	ja	ja
Unfallversicherung	Heft 01/2007	ja	ja	ja
Pflege tagegeld / Pflegemonatsgeld	Heft 02/2012	nein	nein	ja
stationäre Krankenzusatzversicherung	Heft 01/2010	nein	nein	ja
Pflege-Bahr-Versicherungen	Heft 02/2013	nein	nein	ja
Privathaftpflichtversicherung	Heft 02/2010	ja	ja	ja
Wohngebäudeversicherung	Heft 02/2011	ja	ja	ja
Hausratsversicherung	Heft 04/2008	ja	ja	ja
Hundehalterhaftpflichtversicherung	Heft 04/2005	ja	ja	ja
Pferdehalterhaftpflichtversicherung	Heft 02/2006	ja	ja	ja
Jagdhaltpflichtversicherung	Heft 04/2006	nein	ab Gold	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
ja	Gold, Silber	nicht vergeben	9 Sach /4 Leben	41 Sach/10 Leben	22.03.2013
ja	Gold, Silber, Bronze, empfehlenswert	Mindestanforderungen erfüllt	91 (25)*	755 (110)*	07.03.2013
nein	Gold, Silber, Bronze, empfehlenswert	Mindestanforderungen erfüllt	26	282	08.03.2013
ja	Gold, Silber, Bronze	nicht vergeben	33	81	13.03.2013
ja	Gold, Silber, Bronze	nicht vergeben	15	20	06.03.2013
nein	Gold, Silber	nicht vergeben	85	653	24.02.2013
nein	Gold, Silber, Bronze	nicht vergeben	59	318	23.02.2013
nein	Gold, Silber, Bronze	nicht vergeben	67	398	23.02.2013
nein	Gold, Silber	nicht vergeben	76	422	04.03.2013
nein	Gold, Silber	nicht vergeben	75	397	04.03.2013
ja	Gold, Silber, Bronze, empfehlenswert	Mindestanforderungen erfüllt	37	250	23.02.2013

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

Adcuri – Axa – Barmenia – Die Bayerische – Cardea Life – Janitos – Nürnberger – Signal Iduna – Sparkassen Versicherung Sachsen – VPV

## Aktuelles aus der Welt der FIV

Haftungsrelevant für den Makler: Die lebenslange Pflegerente ist bei Barmenia und VPV weggefallen. Dies gilt es bei Tarifumstellung oder Versichererwechsel zu beachten. Gleiches gilt für die geänderte Regelung zur Herz-Thorax-Ratio der Barmenia.

von Stephan Witte

### CARDEA.life neu mit Berufsunfähigkeitszusatzversicherung:

Mit der Neuauflage der Existenzschutzabsicherung CARDEA safety first bietet CARDEA.life nun auch die Möglichkeit einer Zusatzversicherung gegen Berufsunfähigkeit (BU plusExxellent bzw. BU plusEco) an. Die versicherte Rente wird somit nicht nur bei dem Verlust von Grundfähigkeiten, Unfallinvalidität oder Pflegebedürftigkeit sondern auch bei Berufsunfähigkeit gezahlt. Neben weiteren Änderungen wurden z.B. die Nachversicherungsgarantie erweitert und die Krankheitsdefinitionen zum besseren Verständnis konkretisiert. Neu aufgenommen wurde auch die Möglichkeit der zinslosen Stundung der Versicherungsbeiträge. Assistance-Leistungen vor und im Leistungsfall runden das Versicherungspaket ab.

Das neue Existenzschutzpaket CARDEA safety first mit BU plus ist für den Kunden mit nur einem Vertrag abschließbar. Der Kunde vermeidet dadurch die doppelte Absicherung von Risiken und spart Vertrags- und Verwaltungskosten ein.

Vorteilhaft im Rahmen der Absicherung des Berufsunfähigkeitsrisikos sind beispielsweise der Verzicht auf abstrakte Verweisung in der Variante BU plusExxellent sowie der Verzicht auf eine Monats- bzw. Berufswechselklausel. Bei Ausscheiden aus dem Berufsleben wird noch bis zu 5 Jahre auf den zuletzt davor abgestellten Beruf abgestellt. Dabei sind Einkommensminderungen je nach Einzelfall mit einer Spanne von 10 bis 30% zumutbar.

Nachteilig sind die in Anlehnung an viele Wettbewerber an sich positiven,

jedoch recht ausführlichen Hinweise zur Schadenminderungspflicht, die leider auch von „Maßnahmen wie z.B. das Einhalten von Diäten [...oder] Suchtentzug“ beinhalten. Im Einzelfall zulässig ist einmalig ein zeitlich befristetes Anerkenntnis von bis zu 12 Monaten.

### Keine Änderungen bei Axa und Sparkassen Versicherung Sachsen

Axa und Nürnberger haben ihre Tarife lediglich auf Unisex umgestellt, nach Unternehmensangaben jedoch jeweils ohne inhaltliche Änderungen vorzunehmen. In diesem Zusammenhang wurde bei der Nürnberger und der Sparkassen Versicherung abweichend zur Axa ergänzend auch der Bedingungsstand aktualisiert, allerdings auch hier jeweils ohne inhaltliche Änderungen.

Haftungsrechtlich bedenklich erscheint bei der Sparkassen Versicherung Sachsen eine Leistungsaussage auf der ersten Seite eines vom Versicherer vorliegenden Versicherungsvorschlages. Hier heißt es beispielhaft wie folgt:

„Ihre Leistungen

Nach Eintritt eines schweren Schicksalsschlages, z.B. Verlust der Grundfähigkeiten wie Sehen, Hören, Sprechen oder bei Organerkrankungen, Unfällen und Pflegebedürftigkeit erhalten Sie eine monatliche Rente 1.000,- Euro. Die Rente ist ein Leben lang garantiert.“

Ein Kunde könnte demnach auf die Idee kommen, dass die Folgen von ausnahmslos jeder schweren Krankheit mitversichert wären. Tatsächlich müssen diese jedoch entweder eine dauerhafte Unfallinvalidität, einen bestimmten

Schweregrad im Rahmen versicherter Organschäden, einen Verlust von definierten Grundfähigkeiten oder eine bedingungsgemäße Pflegebedürftigkeit zur Folge haben bzw. alternativ einen definierten Schweregrad versicherter Krebserkrankungen erfüllen. Damit fällt also nicht automatisch jeder „schwere Schicksalsschlag“ unter den Versicherungsschutz, wie der beschriebene Text nahelegt.

Hinzu kommt, dass die lebenslange Rente zumindest in den ersten 3 Jahren als Folge einer Neubemessung des Invaliditätsgrades wegfallen könnte und Krebsleistungen generell auf maximal 60 Monate beschränkt sind. Hier fehlt jeder Hinweis darauf, dass Krebs zwar ein Schicksalsschlag ist, nicht jedoch eine zeitlich unbefristete Rentenleistung zur Folge hat.

Transparente Formulierungen sehen anders aus. Weniger Werbesprache wäre hier mehr gewesen. Zumindest ist positiv die obligatorische Fußzeile zu erwähnen:

„Die Leistungen sind zusammenfassend dargestellt. Für den individuellen Versicherungsschutz sind die konkreten vertraglichen Vereinbarungen maßgebend.“

### Barmenia mit diversen Erweiterungen und möglicher Leistungseinschränkung

Der Leistungsumfang der Barmenia ist insbesondere im Unfallrentenbaustein stark erweitert worden. Beispielhaft wurden Unfälle durch Eigenbewegungen neu eingeschlossen und die bestehende verbesserte Gliedertaxe weiter verbessert. Dazu wurden für den neu geschaffenen



## Fachbücher für den anspruchsvollen Makler

Tarif Opti5plus Leistungen bei Tod einschließlich Rentengarantiezeit sowie Reha-Management-Serviceleistungen im Wert von bis zu 10.000 Euro eingeführt.

Wurden Krebsleistungen bislang im Rahmen der Krebsrente maximal für einen Zeitraum von 60 Monaten geleistet, wurde dieser Leistungszeitraum für Krebs im Stadium IV auf bis zu lebenslang verlängert. Dazu ist allerdings zu erwähnen, dass bei derart schweren Krebsgraden eine deutlich erhöhte Übersterblichkeit besteht und nur wenige Personen tatsächlich von dieser Leistungsverbesserung profitieren werden.

Nachteilig ist, dass die Barmenia Pflegerentenleistungen nunmehr jährlich einer Neubemessung unterziehen darf, so dass die Leistungen auch bei mehr als dreijährigem, ununterbrochenen Rentenbezug nicht mehr automatisch lebenslang erbracht werden. Die Pflegerente wird so lange gezahlt, so lange eine Pflegestufe nachgewiesen wird. Obwohl eine Reaktivierung nach längerer Pflegezeit gerade bei Erwachsenen eher selten ist, kommen solche Fälle dennoch vor.

Im Rahmen der Organrente konnte bisher der Leistungsfall bei Herzinfarkt und anderen Herzkrankheiten unter anderem durch eine Herzvergrößerung Herz-Thorax-Ratio größer gleich 1,5 nachgewiesen werden. Diese Option wurde ersatzlos gestrichen. In der Praxis spielt dies üblicherweise nur noch im Ausland eine Rolle, wo nicht immer dieselben bildgebenden Verfahren wie in Deutschland zur Verfügung stehen und damit der Leistungsnachweis durch Röntgenaufnahmen erbracht werden könnte.

Die Herz-Thorax-Ratio wird wie folgt berechnet: Nach dem Röntgenbild werden der Querdurchmesser des Herzens gemessen (z.B. 16 cm) und des Brustkorbes (z.B. 40 cm) gemessen. Anschließend werden diese Werte ins Verhältnis gesetzt, in diesem Beispiel also 16/40. Dies entspricht einem Wert von 0,40. Verabredungsgemäß nennt man dies jetzt HTR 1,4.

Damit kann natürlich ein HTR niemals 2,0 überschreiten (40/40). Obwohl dies nicht besonders logisch klingt, ist dies die übliche Ausdrucksweise.

Ein Herz, das jetzt im Querdurchmesser 50% des Brustkorbes erreicht, ist schon deutlich vergrößert. Über 50% ist hoch pathologisch.

Obwohl eine Befundung nach Herz-Thorax-Ratio in der Medizin höchstens noch eine untergeordnete Rolle spielt, ist eine entsprechende Bewertung nicht ganz obsolet. Insbesondere ist sie als Erstdiagnose nach einer Thorax-Röntgenaufnahme sehr hilfreich. Ärztlicherseits würden bei entsprechender Befundung dann sofort weitere diagnostische Maßnahmen laufen.

Für Kinder kann weiterhin keine Funktionsinvaliditätsversicherung, sondern nur die Kinderinvaliditätsversicherung KISS (Barmenia-Kinder-Invaliditäts-Sorglos-Schutz) abgeschlossen werden.

### Änderungen in der Vital-Rente der VPV nicht nur zum Vorteil

Im Rahmen der Umgestaltung auf Unisex hat die VPV einige tarifliche Änderungen an ihren Produkten vorgenommen. Besonders auffällig sind in diesem Zusammenhang die Änderungen bei der Vital-Rente für Kinder. An dieser Stelle sollen lediglich einige besonders auffällige Änderungen näher thematisiert werden:

- deutliche Erhöhung des Prämienniveaus
- kein Versicherungsschutz mehr bei Bewusstseinsstörungen durch Alkohol. Dies gilt sowohl für die Vital-Rente für Kinder als auch Erwachsene. Vorher galten Bewusstseinsstörungen durch Alkohol als mitversichert, beim Führen eines Kfz bis zu einem Blutalkoholgehalt von unter 0,8 Promille.
- Bislang wurde eine Pflegerente bei unveränderter Pflegebedürftigkeit im Sinne der Bedingungen lebenslang gezahlt, sofern eine Neubemessung der Leistungsvoraussetzungen während der ersten 3 bzw. 5 Jahre der Pflegebedürftigkeit keinen Wegfall der Pflegebedürftigkeit feststellen konnte. Nunmehr endet nach Ziffer 4.3 der Bedingungen der Leistungsanspruch auch noch nach Ablauf von 5 Jahren, wenn eine Neubemessung einen Wegfall der Pflegebedürftigkeit feststellen sollte.
- Im Rahmen des Vital Service-Managements wurde der Hinweis auf eine 24-Stunden-Hotline ersetzt durch einen allgemeinen Verweis auf das vertraglich zur Verfügung stehende „Service-Telefon“. Laut Versicherer stehe die Hotline allerdings auf weiterhin rund um die Uhr zur Verfügung.



*Christian Hofer*

Produktauswahl in der privaten Krankenversicherung aus Kundensicht



*W. Hausotter / J. Eich*

Die Begutachtung für die private Berufsunfähigkeitsversicherung



*Volker Altenähr*

Personenversicherungen kompakt

- Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit setzt unter anderem eine zuvor wöchentliche Arbeitszeit von mindestens 15 Stunden voraus. Vorher war eine Vollbeschäftigung als Bewertungsmaßstab für den Leistungsanspruch vorgesehen. Die Klarstellung kann demnach ggf. helfen, Streitigkeiten zu vermeiden.

## Verspäteter Start für den Maklervertrieb bei der Signal Iduna

Seit Juli 2012 kann der Ausschließlichkeitsvertrieb der Signal Iduna den neuen Tarif „VitaLife – für eine gesicherte Existenz“ vertreiben. Das Produkt wird in verschiedenen Varianten sowohl für Kinder ab dem 3. Lebensmonat als auch für Erwachsene angeboten.

Ende Februar schrieb der Versicherer, dass man „in diesen Tagen damit beschäftigt [sei], unser Produkt zur funktionalen Invalidität („VitaLife“) für den Vertriebsweg Makler aufzustellen. Schwerpunkt dabei ist die Implementierung eines exzellenten Antrags- und Gesundheitsprüfungsprozesses. [...] Die grobe Zielrichtung dafür ist Mai 2013.“

Im Gegensatz zu den Wettbewerbsprodukten beinhaltet nur ein Teil der Tarife einen Pflegerenten- und einen Grundfähigkeitenbaustein. Über eine teilweise eingeschlossene Kapitalsoforthilfe wird Versicherungsschutz unter anderem für den Fall jeder Krankheit und jedes Unfalls geboten, der einen Grad der Behinderung (GdB) von 50 oder mehr zur Folge hat.

Darüber hinaus besteht Versicherungsschutz bei Muskeldystrophie und Chronischer Polyarthritis. Bei Tod inner-

halb eines Jahres nach einem Unfall besteht anstelle einer Rentenleistung Anspruch auf eine Kapitalzahlung von 12 Monatsrenten.

Nachteilig im Rahmen der Mitversicherung des Krebsrisikos ist der Ausschluss für alle Hautkrebserkrankungen in den Stadien I und II, da damit sogar das Stadium T3b (Eindringtiefe bis 4 mm) ausgeschlossen wäre. Wünschenswert wäre hier Versicherungsschutz mindestens für das Stadium II wie es beispielsweise bei Janitos oder der Sparkassen Versicherung Sachsen der Fall ist. Allerdings befindet sich die Signal Iduna hier in der Gesellschaft vieler Wettbewerber (z.B. Adcuri / Barmenia, Axa im Existenzschutz für Erwachsene oder der Bayerischen).

Wie bei anderen Funktionsinvaliditätsversicherungen als Sachversicherung üblich, sieht auch die VitaLife eine Innovationsklausel vor. Anders als bei den Wettbewerbern besteht bei der Signal Iduna ein sehr weitgehendes Kündigungsrecht zu Lasten der Versicherten:

*Ziffer 10.2: „Der Vertrag kann auch vorzeitig durch schriftliche Kündigung von Ihnen oder uns zum Ablauf des 1. Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres beendet werden.*

*Wir sprechen keine Kündigung im Einzelfall aufgrund Krankheits- bzw. Verdachtsdiagnosen, im Leistungsfall oder aufgrund des Lebensalters aus.*

*Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens 3 Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein..*

*10.2.1 Leistungsfälle nach Wirksamkeit der Kündigung, wenn wir ihren Vertrag gekündigt haben*

*Haben wir Ihren Vertrag gemäß Ziffer 10.2, Absatz 4, zum Ablauf des Versicherungsjahres gekündigt und wurde während der Vertragslaufzeit eine Krankheit diagnostiziert, die aufgrund der Intensität oder Schwere zu diesem Zeitpunkt noch nicht zu einer Leistungspflicht führt, leisten wir gleichwohl, wenn die Krankheit sich so weiterentwickelt, dass innerhalb von 12 Monaten nach der ersten Diagnose der Erkrankung die Leistungspflicht entsteht, auch wenn Ihr Vertrag zu diesem Zeitpunkt bereits beendet ist. Der Anspruch muss innerhalb von weiteren 3 Monaten nach Feststellung der zur Leistungspflicht führenden Diagnose von Ihnen bei uns geltend gemacht werden. Wir leisten ferner für versicherte Unfälle innerhalb der Vertragslaufzeit, wenn Sie die Leistungsansprüche innerhalb von 15 Monaten nach Unfallintritt geltend machen.*

Der Versicherer selbst versteht dieses Kündigungsrecht als mit dem der Janitos vergleichbar, da mit „keiner Kündigung im Einzelfall“ gemeint sei, dass man nicht den einzelnen Kunden, sondern höchstens das Kollektiv kündigen würde. Allerdings lässt die derzeitige Formulierung hier durchaus den Interpretationsspielraum offen, dass aus anderen als den konkret benannten Gründen ordentlich zum Ablauf eines Versicherungsjahres gekündigt werden könnte.

Produkt „VitaLife“ / Signal Iduna						
	für Kinder ab dem 3. Lebensmonat		für Kinder ab dem 3. Lebensjahr		für Erwachsene	
	Optimal-Start	Optimal	Exklusiv-Start	Exklusiv	Optimal	Exklusiv
Pflegerente	nein	nein	Ja	ja	nein	ja
Grundfähigkeitrente	nein	nein	Ja	ja	nein	ja
Unfallrente	ja	Ja	Ja	ja	ja	ja
Organrente	ja	Ja	Ja	ja	ja	ja
Krebsrente	ja	Ja	Ja	ja	ja	ja
Kapitalsoforthilfe	nein	Ja	nein	ja	ja	ja

# Rating Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV)



■ FIV als Sachversicherung

■ FIV als Lebensversicherung

<b>Basis:</b>	FIV als Sachversicherung: 43 Tarife / 9 Anbieter im Test FIV als Lebensversicherung: 10 Tarife / 4 Anbieter im Test
<b>Wertung:</b>	Gold, Silber, Bronze
<b>Stand:</b>	22.03.2013

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 gemein:

- Rentenleistung wegen Verlustes einer oder mehrerer Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente; abweichend keine Rentenleistung in einigen Tarifen der Signal Iduna)
- Rentenleistung wegen Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe I (Pflegerente; abweichend keine Rentenleistung in einigen Tarifen der Signal Iduna)
- 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 einziger Anbieter wird von Janitos seit dem 01.12.2012 als sechste Leistungsart neben einer Krebsrente auch eine Dread-Disease-Rente angeboten, von der Signal Iduna Kapitalleistungen bei einem Grad der Behinderung von mindestens 50 bzw. Einmalleistungen bei bestimmten schweren Krankheiten.

Als bislang einzige Lebensversicherer bieten bisher die Allianz (Kör-

perSchutzPolice; 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. Letztere sieht sich dabei als „Risikoversicherung (Körperschutzversicherung)“. 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, eine Rente bei Unfallinvalidität sowie optional eine Rentenleistung bei Berufsunfähigkeit durch Zusatzversicherung BU plus

## ■ Definition FIV

Bewertungsmaßstab der FIV ist mit Ausnahme der Krebsleistung eine erhebliche Beeinträchtigung definierter körperlicher Funktionen. Zur Leistungserbringung müssen Funktionsminderungen einen medizinisch eindeutig definierten Schwellenwert erreichen. Eine eindeutige Definition bedeutet, dass ein Versicherte theoretisch selbst dazu in der Lage wäre, anhand ihm vorliegender ärztlicher Gutachten selbst zu beurteilen, ob ein

Leistungsanspruch aus seinem Vertrag besteht. Dabei müssen die beschriebenen Funktionsminderungen voraussichtlich auf Dauer und irreversibel sein. Anstelle einer reinen Diagnoseabsicherung wie im Fall einer Dread Disease, geht es um die dauerhaften Folgen einer funktionellen Invalidität. Dabei spielt es im Regelfall keine Rolle, ob diese unfall- oder krankheitsbedingt erfolgte. Im Regelfall sind die Betroffenen bei Minderung der Organfunktion bis zur Leistungsschwelle noch arbeitsfähig.

Eine Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) besteht in der Regel 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<sup>1</sup>. 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.

<sup>1</sup> Insofern zählen die Tarifvarianten VitaLife-Junior, Optimal“ u. „Optimal-Start“ und VitaLife Optimal der Signal Iduna streng genommen nicht als Funktionsinvaliditätsprodukte.



**Vorbemerkung:** An dieser Stelle erfolgt keine Veröffentlichung der Bewertung für Alttarife, die nicht mehr für den Verkauf geöffnet sind. Auf persönliche Anfrage können auch hierzu Ergebnisse mitgeteilt werden. Der neue Tarif der Allianz wurde bislang noch nicht erfasst. Soweit bekannt, bestehen für diesen jedoch keine Änderungen gegenüber dem bisherigen Bisextarif. Eine verbindliche Bewertung erfolgt für die nächste Ausgabe dieses Ratings.

**Hinweis:** Bitte beachten Sie, dass die Leistungsauszüge aus den Bedingungen hier stark verkürzt dargestellt wurden und nicht nur hinsichtlich des Umfangs der versicherten Leistungen bei Krebs oder anderen schweren Erkrankungen ein Blick in die Bedingungen sehr anzuraten ist. Kein Rating kann eine umfassende Bedarfsermittlung und Beratung beim Verbraucher ersetzen. Dies gilt auch für dieses Rating. Die Zahl von Leistungseinschlüssen in der Funktionsinvaliditätsversicherung ist trotz sehr ähnlicher Kernleistungen Legion, weshalb für Ihren Kunden im Einzelfall dennoch ein Blick in die konkreten Bedingungen von weitreichender Bedeutung bleibt. Bitte beachten Sie, dass trotz gewissenhafter Erfassung aller Kriterien und der hier dargestellten Daten etwaige Fehler nicht gänzlich auszuschließen sind. Sollten Ihnen solche auffallen, bitte ich um unverzügliche Benachrichtigung.

## Bedingungsrating Funktionsinvaliditätsversicherung als Sachversicherung



Funktions-  
invaliditäts-  
versicherung  
(FIV)

**GOLD**

### ADCURI

• **Tarif:** *Opti5Rente / Aktueller Bedingungsstand: 12.2012*

• **Tarif:** *Opti5Plus / Aktueller Bedingungsstand: 12.2012*

**Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls:** ja

**Mindesteintrittsalter:** 18 Jahre

**Höchstesintrittsalter:** 58 Jahre

**Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht:** ja

**Innovationsklausel:** ja

**lebenslange Krebsrente:** nur ab Schweregrad IV (sofern Neubemessung in den ersten 5 Jahren keinen Wegfall der Leistungsvoraussetzungen ergibt), sonst je nach Schweregrad zwischen 6 und 36 Monaten

**lebenslange Pflegerente:** nein (jährliche Neubemessung möglich)

**Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades:** ja

### AXA

• **Tarif:** *Kinderschutzpaket / Aktueller Bedingungsstand: 04.2011 (Antrag abweichend Stand 09.2012)*

**Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls:** nur implizit über Ziffer 16.2.1 AB ESV 2011

**Mindesteintrittsalter:** ab dem 3. Lebensstag

**Höchstesintrittsalter:** 15 Jahre

**Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht:** ja

**Innovationsklausel:** ja

**lebenslange Krebsrente:** ja (sofern Neubemessung in den ersten 3 bzw. 5 Jahren keinen Wegfall der Leistungsvoraussetzungen ergibt)

**lebenslange Pflegerente:** ja (sofern Neubemessung in den ersten 3 bzw. 5 Jahren keinen Wegfall der Leistungsvoraussetzungen ergibt)

**Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades:** ja

**nahtloser Übergang in den Erwachsenenentarif:** mit Einschränkungen: Das Optionsrecht kann nicht in Anspruch genommen werden, sofern in den letzten 5 Jahren eine Rente nach Ziffer 1.1. der Bedingungen beantragt wurde oder ein Rentenfall objektiv eingetreten ist oder der ablaufende Vertrag nur unter erschwerten Bedingungen, wie zum Beispiel einer Ausschlussklausel oder Risikozuschlag angenommen wurde oder die Diagnose einer Herzerkrankung oder Diabetes gestellt wurde oder ein Grad der Behinderung (GdB) / Minderung der Erwerbstätigkeit (MdE) von größer oder gleich 50% oder ein Merkmal nach Feststellung einer Pflegestufe gemäß Sozialgesetzbuch (SGB) vorliegt. In diesen Fällen ist eine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich

• **Tarif:** *Existenzschutzversicherung für Kinder / Aktueller Bedingungsstand: 04.2011 (Antrag abweichend Stand 09.2012)*

**Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls:** nur implizit über Ziffer 16.2.1 AB ESV 2011

**Mindesteintrittsalter:** ab dem 6. Lebensmonat

**Höchstesintrittsalter:** 15 Jahre

• **Tarif:** *Existenzschutzversicherung für Kinder mit garantierter Beitragsrückerstattung / Aktueller Bedingungsstand: 04.2011 (Antrag abweichend Stand 09.2012)*

**Mindesteintrittsalter:** ab dem 6. Lebensmonat

**Höchstesintrittsalter:** 15 Jahre

• **Tarif:** *Existenzschutzversicherung für Erwachsene / Aktueller Bedingungsstand: 04.2011 (Antrag abweichend Stand 09.2012)*

**Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls:** nur implizit über Ziffer 16.2.1 AB ESV 2011

**Mindesteintrittsalter:** 16 Jahre

**Höchstesintrittsalter:** 65 Jahre

• **Tarif:** *Existenzschutzversicherung für Erwachsene mit garantierter Beitragsrückerstattung / Aktueller Bedingungsstand: 04.2011 (Antrag abweichend Stand 09.2012)*

**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 (sofern Neubemessung in den ersten 5 Jahren (Kinder) bzw. 3 Jahren (Erwachsene) keinen Wegfall der Leistungsvoraussetzungen ergibt)

**lebenslange Pflegerente:** ja (sofern Neubemessung in den ersten 5 Jahren (Kinder) bzw. 3 Jahren (Erwachsene) keinen Wegfall der Leistungsvoraussetzungen ergibt)

**Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades:** ja

**nahtloser Übergang in den Erwachsenenentarif:** mit Einschränkungen (siehe Kinderschutzpaket)

**Bemerkung:** in der Variante mit garantierter Beitragsrückerstattung Rückzahlungsanspruch im Todesfall oder zum vereinbarten Ablauftermin, unabhängig vom Bezug etwaiger Leistungen aus der Existenzschutzversicherung

## Bedingungsrating Funktionsinvaliditätsversicherung als Sachversicherung



### BARMENIA

- Tarif: *Barmenia-Opti5Rente / Aktueller Bedingungsstand: 12.2012*
- Tarif: *Barmenia-Opti5Plus / Aktueller Bedingungsstand: 12.2012*

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja

Mindesteintrittsalter: 18 Jahre

Höchstesintrittsalter: 58 Jahre

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja

Innovationsklausel: ja

lebenslange Krebsrente: nur ab Schweregrad IV (sofern Neubemessung in den ersten 5 Jahren keinen Wegfall der Leistungsvoraussetzungen ergibt), sonst je nach Schweregrad zwischen 6 und 36 Monaten

lebenslange Pflegerente: nein (jährliche Neubemessung möglich)

Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja

### JANITOS

- Tarif: *JANITOS MULTI-RENTE für Erwachsene / Aktueller Bedingungsstand: 12.2012*

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja

Mindesteintrittsalter: 18 Jahre

Höchstesintrittsalter: 59 Jahre

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja (mit Einschränkungen)

Innovationsklausel: ja

lebenslange Krebsrente: nein (maximal 60 Monate)

lebenslange Pflegerente: ja (sofern Neubemessung in den ersten 3 bzw. 5 Jahren keinen Wegfall der Leistungsvoraussetzungen ergibt)

Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja



### DIE BAYERISCHE

- Tarif: *Multi PROTECT / Aktueller Bedingungsstand: 12.2012*

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)

lebenslange Pflegerente: ja (sofern Neubemessung in den ersten 3 bzw. 5 Jahren keinen Wegfall der Leistungsvoraussetzungen ergibt)

Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: teilweise (Fahrer bei Personen unter 35 eingeschlossen gegen Zuschlag von 35%, bei Personen ab 35 Jahren sowie als Beifahrer genereller Einschluss ohne Mehrbeitrag)

### JANITOS

- Tarif: *JANITOS MULTI-RENTE für Kinder / Aktueller Bedingungsstand: 12.2012*

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja

Mindesteintrittsalter: 4 Jahre

Höchstesintrittsalter: 17 Jahre

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja (mit Einschränkungen)

Innovationsklausel: ja

lebenslange Krebsrente: nein (maximal 60 Monate)

lebenslange Pflegerente: ja (sofern Neubemessung in den ersten 3 bzw. 5 Jahren keinen Wegfall der Leistungsvoraussetzungen ergibt)

Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja

nahtloser Übergang in den Erwachsenentarif: mit Einschränkungen (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. Sofern bereits eine Rentenzahlung erfolgt ist, ist eine Umstellung auf den Erwachsenentarif ausgeschlossen)

### SIGNAL IDUNA

- Tarif: *VitaLife Junior Exklusiv / Aktueller Bedingungsstand: 02.2013*

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja

Mindesteintrittsalter: 2 Jahre

Höchstesintrittsalter: 17 Jahre

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: nein (mit Einschränkungen)

Innovationsklausel: ja

lebenslange Krebsrente: nein (maximal 60 Monate)

lebenslange Pflegerente: ja (sofern Neubemessung in den ersten 5 Jahren keinen Wegfall der Leistungsvoraussetzungen ergibt)

Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja



### Signal Iduna

- Tarif: *VitaLife Exklusiv / Aktueller Bedingungsstand: 02.2013*

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja

Mindesteintrittsalter: 18 Jahre

Höchstesintrittsalter: 60 Jahre

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: nein (mit Einschränkungen)

Innovationsklausel: ja

lebenslange Krebsrente: nein (maximal 60 Monate)

lebenslange Pflegerente: ja (sofern Neubemessung in den ersten 3 Jahren keinen Wegfall der Leistungsvoraussetzungen ergibt)

Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja

**Bedingungsrating Funktionsinvaliditätsversicherung als Lebensversicherung**



Funktions-  
invaliditäts-  
versicherung  
(FIV)

**GOLD**

**CARDEA LIFE**

• **Tarif:** CARDEA safety first BU plusExcellent / Aktueller Bedingungsstand: 01.2013

**Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls:** ja (Grundfähigkeiten, Unfallinvalidität, Pflegebedürftigkeit, Berufsunfähigkeit)

**Mindesteintrittsalter:** 18 Jahre (Versicherungsnehmer), 15 Jahre (versicherte Person)

**Höchstesintrittsalter:** 80 Jahre (Versicherungsnehmer), 55 Jahre (versicherte Person)

**versicherbare monatliche Rentenhöhe bei Antragsstellung:** zwischen 500 und 3.000 Euro monatlich (max. 70% des Bruttoeinkommens zum Zeitpunkt der Antragsstellung. Bei Studenten, Hausfrauen und Hausmännern, maximal 1.000 Euro monatlich)

**lebenslange Krebsrente:** nein

**Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades:** ja

**Für den Vertrag geltendes Recht:** Recht der Bundesrepublik Deutschland

**Aufsichtsrecht:** Die PrismaLife untersteht als liechtensteinischer Lebensversicherer der liechtensteinischen Finanzmarktaufsicht (kurz FMA). In Deutschland ist die PrismaLife im Wege der Dienstleistungsfreiheit tätig. In diesem Zusammenhang übt die deutsche Aufsicht die Rechtsaufsicht aus.

**Gesetzlicher Insolvenzschutz:** nein

• **Tarif:** CARDEA safety first mit BU plusEco / Aktueller Bedingungsstand: 01.2013

Alle weiteren Leistungen siehe oben

• **Tarif:** CARDEA safety first / Aktueller Bedingungsstand: 01.2013

Alle weiteren Leistungen siehe oben, allerdings ohne Leistung und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit



Funktions-  
invaliditäts-  
versicherung  
(FIV)

**SILBER**

• Nicht vergeben



Funktions-  
invaliditäts-  
versicherung  
(FIV)

**BRONZE**

• Nicht vergeben

# Rating Stationäre Krankenzusatztarife



- 1- und 2-Bettzimmertarife
- 2-Bettzimmertarife

**Basis:** Tarife im Test: 81 stationäre  
Ergänzungs- und Optionstarife  
Anbieter im Test: 33

**Wertung:** Gold, Silber, Bronze

**Stand:** 13.03.2013

Einzelrating Bedingungen		
	1- und 2-Bettzimmertarife	2-Bettzimmertarife
	<b>Allianz</b> (Tarif: Ambulante OP Krankenhaus + Krankenhaus Best, Stand 01.2013) <b>Arag</b> (Tarif: 261, Stand 01.2013) <b>Barmenia</b> (Tarif: TopS, Stand 01.2013)	<b>Allianz</b> (Tarif: Ambulante OP Krankenhaus + Krankenhaus Plus, Stand 01.2013) <b>Die Bayerische</b> (Tarif: V.I.P. stationär Komfort, Stand 01.2013)* <b>Hallesche</b> (Tarif: CSAW.2, Stand 01.2013)
	<b>Die Bayerische</b> (Tarif: V.I.P stationär Prestige, Stand 01.01.2013)* <b>Continental</b> (Tarif: SG1, Stand 01.2013) <b>Hallesche</b> (Tarif: Tarif: CSAW.1, Stand 01.2013)	<b>Alte Oldenburger</b> (Tarif: K 50, Stand 01.2013) <b>Arag</b> (Tarif: 262, Stand 01.2013) <b>BBKK</b> (Tarif: KlinikPRIVAT/2, Stand 01.2013) <b>Continental</b> (Tarif: SG2, Stand 01.2013) <b>CSS</b> (Tarif: privatarzt spezial, Stand 01.2013)*
	<b>BBKK</b> (Tarif: KlinikPRIVAT/1, Stand 01.2013) <b>CSS</b> (Tarif: komfort premium, Stand 01.2013)* <b>Janitos</b> (Tarif: JA Stationär Plus, Stand 01.2013)*	<b>Signal Iduna</b> (Tarif: KlinikTOP, Stand 01.2013)
Einzelrating Prämienniveau für das Eintrittsalter 25 bis 55 Jahre		
	1- und 2-Bettzimmertarife	2-Bettzimmertarife
	<b>CSS</b> (Tarif: komfort premium Stand 01.2013)* <b>Die Bayerische</b> (Tarif: V.I.P stationär Prestige, Stand 01.2013)* <b>HUK Coburg</b> (Tarif: SZ, Stand 01.2013) <b>Janitos</b> (Tarif: JA Stationär Plus, Stand 01.2013)* <b>Signal Iduna</b> (Tarif: KlinikSTART, Stand 01.2013)	<b>Die Bayerische</b> (Tarif: V.I.P. stationär Komfort, Stand 01.2013)*
	<b>Axa</b> (Tarif: Komfort-U, Stand 01.2013) <b>Barmenia</b> (Tarif: S+, Stand 01.2013) <b>Concordia</b> (Tarif: SZ 1, Stand 01.2013) <b>CSS</b> (Tarif: klinik plus, Stand 01.2013)	<b>CSS</b> (Tarif: klinik plus, Stand 01.2013)*
	<b>Concordia</b> (Tarif: SZ1, Stand 01.2013)	<b>Arag</b> (Tarif: 262, Stand 01.2013) <b>Concordia</b> (SZ 2, Stand 01.2013)
Preis-/Leistungsniveau		
	1- und 2-Bettzimmertarife	2-Bettzimmertarife
	<b>Barmenia</b> (Tarif: Top S, Stand 01.2013) <b>CSS</b> (Tarif: komfort premium, Stand 01.2013)* <b>Die Bayerische</b> (Tarif: V.I.P stationär Prestige, Stand 01.2013)* <b>Janitos</b> (Tarif: JA stationär plus, Stand 01.2013)*	<b>Arag</b> (Tarif: 262, Stand 01.2013) <b>Die Bayerische</b> (Tarif: V.I.P. stationär Komfort, Stand 01.2013)*
Silber + Bronze	nicht vergeben	nicht vergeben

Bitte beachten: die Standangabe entspricht dem jüngeren Wert aus Beitragsanpassung oder Bezeichnung auf dem Tarifwerk. Beispiel Janitos (Tarif: stationär plus). Die letzte Beitragsanpassung erfolgt zu 01.2013. Das Bedingungsmerk trägt den Stand 12.2012. Damit wird als Stand 01.2013 benannt.  
\* Tarif ohne Alterungsrückstellungen bei Erwachsenen

# Rating Unfallversicherungen












- Kinder
- Erwachsene
- Senioren
- Heilberufe

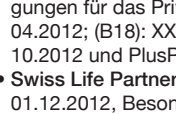
<b>Basis:</b>	Tarife im Test: 755 Tarife (allgemein) 110 Tarife (Heilberufe) Anbieter im Test: 91 für alle Berufe bzw. 25 für Angehörige von Heilberufen
<b>Wertung:</b>	Gold, Silber, Bronze
<b>Stand:</b>	07.03.2013

Hinweis: zum 01.03.2013 wurden diverse Ratingfragen neu aufgenommen. Mit dieser Ausgabe werden nur noch Unisextarife ausgewiesen. Die zuletzt teilweise mit „Gold“ bewerteten Alltarife der InterRisk (AUB-i-MAX 2008, Stand 05.2011 und AUB-XXL 2008, Stand 05.2011) werden daher ab dieser Ausgabe nicht mehr bewertet.

## Kinder ab 14 Jahre





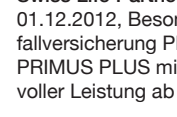
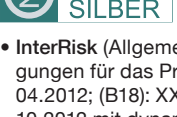

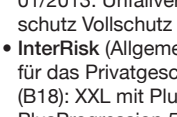

Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung	Risikounfallversicherung mit 500% Progression: Invaliditätsleistung	Unfallrente
 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Haftpflichtkasse Darmstadt</b> (AUB 2010, Stand 01/2013: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz mit und ohne Hilfspaket)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B 18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B 18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allg. Versbdg. für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012 und PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allg. Versbdg. für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012 und PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allg. Versbdg. für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012 und ohne PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>Swiss Life Partner</b> (AUB 2008 SLP, Stand 01.12.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.12.2012: 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 04.2012; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012 mit dynamex3+)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012 mit dynamex3+)</li> </ul>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Swiss Life Partner</b> (AUB 2008 SLP, Stand 01.12.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.12.2012: PRIMUS PLUS)</li> <li>• <b>VHV</b> (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 10.2012)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Haftpflichtkasse Darmstadt</b> (AUB 2010, Stand 01/2013: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz mit und ohne Hilfe-Paket)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012 und ohne PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>VHV</b> (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 10.2012)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012 mit dynamex2)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012 mit dynamex2)</li> </ul>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Barmenia</b> (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.05.2012)</li> <li>• <b>Interloyd</b> (Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2013); Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung „Premium“, Stand 12.2012)</li> <li>• <b>Janitos</b> (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Gliedertaxe Hand, Sinnesorgane, Bein (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011; Unisex seit 12.2012])</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Interloyd</b> (AUB 2013); Bes. Bedg. für die Unfallversicherung „Premium“, Stand 12.2012)</li> <li>• <b>Swiss Life Partner</b> (AUB 2008 SLP, Stand 01.12.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS, Stand 01.12.2012: PRIMUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• nicht vergeben</li> </ul>

## Kinder bis 14 Jahre

Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung	Risikounfallversicherung mit 500% Progression: Invaliditätsleistung	Unfallrente
 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Haftpflichtkasse Darmstadt</b> (AUB 2010, Stand 01/2013: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz mit und ohne Hilfe-Paket)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B 18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B 18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012)</li> <li>• <b>VHV</b> (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 10.2012)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Haftpflichtkasse Darmstadt</b> (AUB 2010, Stand 01/2013: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz mit und ohne Hilfe-Paket)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012 und PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012 und ohne PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012 und ohne PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012 und PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>Swiss Life Partner</b> (AUB 2008 SLP, Stand 01.12.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.12.2012: PRIMUS PLUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität)</li> <li>• <b>VHV</b> (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 10.2012)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012 mit dynamex3+)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012 mit dynamex3+)</li> </ul>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Swiss Life Partner</b> (AUB 2008 SLP, Stand 01.12.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.12.2012: PRIMUS PLUS mit voller Leistung ab 75% Invalidität)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Swiss Life Partner</b> (AUB 2008 SLP, Stand 01.12.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.12.2012: PRIMUS PLUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität)</li> <li>• <b>VHV</b> (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 10.2012)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012 mit dynamex2)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012 mit dynamex2)</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; Unisex seit 12.2012])</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; Unisex seit 12.2012])</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; Unisex seit 12.2012])</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012 und ohne PlusProgression 500%)</li> </ul>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Interlloyd</b> (Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2013); Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung „Premium“, Stand 12.2012) [Bewertung gilt nur für Kinder unter dem vollendeten 10. Lebensjahr]</li> <li>• <b>Swiss Life Partner</b> (AUB 2008 SLP, Stand 01.12.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS, Stand 01.12.2012: PRIMUS 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 04.2012; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012 mit Festrente)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012 mit Festrente)</li> </ul>








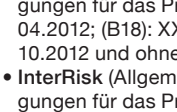
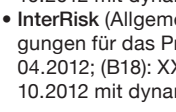
► Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien finden Sie unter [www.witte-financial-services.de](http://www.witte-financial-services.de). Weitere empfehlenswerte Tarife auf [www.witte-financial-services.de/File/ratings.php](http://www.witte-financial-services.de/File/ratings.php) sowie Leistungsvergleiche zu ausgewählten Unfalltarifen im Menüpunkt „Finanzdienstleistungen“.

**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>Haftpflichtkasse Darmstadt</b> (AUB 2010, Stand 01/2012: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz mit und ohne Hilfe-Paket)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B 18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B 18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012 und PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012 und PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012 und ohne PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>Swiss Life Partner</b> (AUB 2008 SLP, Stand 01.12.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.12.2012: 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 04.2012; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012 mit dynamex3+)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012 mit dynamex3+)</li> </ul>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Swiss Life Partner</b> (AUB 2008 SLP, Stand 01.12.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.12.2012: PRIMUS PLUS)</li> <li>• <b>VHV</b> (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 10.2012)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Haftpflichtkasse Darmstadt</b> (AUB 2010, Stand 01/2013: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz mit und ohne Hilfe-Paket)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012 und ohne PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>VHV</b> (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 10.2012)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012 mit dynamex2)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012 mit dynamex2)</li> </ul>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Barmenia</b> (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen- Premium-Schutz, Stand 01.05.2012)</li> <li>• <b>Interloyd</b> (Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2013); Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung „Premium“, Stand 12.2012)</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; Unisex seit 12.2012])</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; Unisex seit 12.2012])</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; Unisex seit 12.2012])</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Interloyd</b> (Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2013); Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung „Premium“, Stand 12.2012)</li> <li>• <b>Swiss Life Partner</b> (AUB 2008 SLP, Stand 01.12.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS, Stand 01.12.2012: PRIMUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• nicht vergeben</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“.

**Tarife für Senioren ab dem vollendeten 60. Lebensjahr ohne spezielle Berufsklauseln**

Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung	Risikounfallversicherung mit 500% Progression: Invaliditätsleistung	Unfallrente
 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B 18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B 18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012 und PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012 und PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>VHV</b> (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 10.2012)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012 mit dynamex3+)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012 mit dynamex3+)</li> </ul>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>VHV</b> (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 10.2012)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012 und ohne PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012 und ohne PlusProgression 500%)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012 mit dynamex2)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012 mit dynamex2)</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>nicht vergeben</b></li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>nicht vergeben</b></li> </ul>

**Angehörige von Heilberufen**

Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung	Risikounfallversicherung mit 225% Progression: Invaliditätsleistung	Risikounfallversicherung mit 600% Progression: Invaliditätsleistung
 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B 18): XXL, Stand 10.2012 mit HeilberufeTaxe, Stand 03.2011). Versicherbare Berufe: Ärzte, Heilpraktiker, Kieferorthopäden, Orthopäden, Tierärzte, Zahnärzte</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B 18): XXL, Stand 10.2012 mit HeilberufeTaxe, Stand 03.2011). Versicherbare Berufe: Ärzte, Heilpraktiker, Kieferorthopäden, Orthopäden, Tierärzte, Zahnärzte</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; Unisex seit 12.2012]). Versicherbare Berufe: Ärzte, Kieferorthopäden, Orthopäden, Zahnärzte</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; Unisex seit 12.2012]). Versicherbare Berufe: Ärzte, Kieferorthopäden, Orthopäden, Zahnärzte</li> </ul>		



# Rating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung



## Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung

<b>Basis:</b>	Tarife und Tarifkombinationen im Test: 282 Anbieter im Test: 26
<b>Wertung:</b>	Gold, Silber, Bronze
<b>Stand:</b>	08.03.2013

### Bedingungsrating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung



Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung

GOLD

#### 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))  
Voraussetzungen für die Bewertung mit Gold: monatliches Pflegegeld von min. 450 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 Euro in Pflegestufe I ambulant bzw. 1.350 Euro stationär, 1.050 Euro in Pflegestufe II ambulant bzw. 1.500 Euro stationär sowie 2.250 Euro in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär  
Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal 900 Euro monatliches Pflegegeld. Bei gleichzeitigem Vorliegen von Demenz in einer der anderen Pflegestufen wird die vereinbarte Leistung verdoppelt  
Maximal versicherbares Pflegegeld: in Pflegestufe I bis 1.500 Euro monatlich ambulant bzw. 3.000 Euro monatlich stationär, in Pflegestufe II bis 2.250 Euro monatlich ambulant bzw. 3.000 Euro monatlich stationär, in Pflegestufe III bis 3.000 Euro monatlich ambulant und stationär  
Achtung: aufgrund der für die Goldbewertung geforderten Versicherungssumme ist eine Beantragung nur telefonisch beim Versicherer, nicht jedoch online möglich!

#### Domcura

- (Versicherungsbedingungen für die Private Pflege-Zusatzversicherung (PZV)/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
  - 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) – FlexVoraussetzungen für die Bewertung mit Gold: monatliches Pflegegeld von min. 450 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 500 Euro in Pflegestufe I ambulant bzw. 1.300 Euro stationär, 1.000 Euro in Pflegestufe II ambulant bzw. 1.500 Euro stationär sowie 2.250 Euro in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär  
Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal 900 Euro monatliches Pflegegeld. Bei gleichzeitigem Vorliegen von Demenz in einer der anderen Pflegestufen wird die vereinbarte Leistung verdoppelt  
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

#### 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 Deutschland-Assistance 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)  
Voraussetzungen für die Bewertung mit Gold: monatliches Pflegegeld von min. 450 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 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

## Bedingungsrating Pflegegeld- und Pflegegeldversicherung

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

### 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

Voraussetzungen für die Bewertung mit Gold: monatliches Pflegegeld von min. 450 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 Euro in Pflegestufe I ambulant bzw. 1.300 Euro stationär, 1.000 Euro in Pflegestufe II ambulant bzw. 1.500 Euro stationär sowie 2.250 Euro in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal 900 Euro monatliches Pflegegeld. Bei gleichzeitigem Vorliegen von Demenz in einer der anderen Pflegestufen wird die vereinbarte Leistung verdoppelt

Maximal versicherbares Pflegegeld: in Pflegestufe I bis 1.500 Euro monatlich ambulant bzw. 3.000 Euro monatlich stationär, in Pflegestufe II bis 2.250 Euro monatlich ambulant bzw. 3.000 Euro monatlich stationär, in Pflegestufe III bis 3.000 Euro monatlich ambulant und stationär

### SDK

(PS0A, PS0S, PS1A, PS1S, PS2A, PS2S, PS3A, PS3S, PSU; Stand 01.03.2013) 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.

### SDK

- (PS0A, PS0S, PS1A, PS1S, PS2A, PS2S, PS3A, PS3S; Stand 01.03.2013) mit einem monatlichen Pflegegeld von min. 390 Euro für die Tarifstufe PS0A und PS0S, min. 510 Euro monatlich für die Tarifstufe PS1A bzw. 1.320 Euro monatlich für die Tarifstufe PS1S, min. 1.020 Euro monatlich für die Tarifstufe PS2A bzw. 1.500 Euro monatlich für die Tarifstufe PS2S sowie min. 1.920 Euro monatlich für die Tarifstufen PS3A bzw. PS3S

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal analog Pflegegeld in der Pflegestufe I, jedoch mindestens 100 Euro und höchstens 500 Euro monatlich

Maximal versicherbares Pflegegeld: 3.000 Euro monatlich (PS1 bis PS3) bzw. 500 Euro monatlich (PS 0); ab dem Eintrittsalter 61 Jahre liegt das maximal versicherbare Pflegegeld bei 2.400 Euro monatlich für die die Pflegestufen 1 bis 3, ab 66 Jahren bei 1.800 Euro. Damit sind die Anforderungen an das Rating nur bis höchstens zur Vollendung des 65. Lebensjahres erfüllt.



### Deutsche Familienversicherung

- Versicherungsbedingungen für die Private Pflege-Zusatzversicherung (PZV)/UNISEX der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-UNISEX 01-12 Stand: Januar 2012: Premium (Unisex) mit einem monatlichen Pflegegeld von min. 450 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 Euro in Pflegestufe I ambulant bzw. stationär, 1.050 Euro in Pflegestufe II ambulant bzw. stationär sowie 1.500 Euro in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: siehe bei „Gold“

Maximal versicherbares Pflegegeld: siehe bei Gold

Achtung: aufgrund der für die Silberbewertung geforderten Versicherungssumme ist eine Beantragung nur telefonisch beim Versicherer, nicht jedoch online möglich!

## 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 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
- 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

Voraussetzungen für die Bewertung mit Silber: monatliches Pflegegeld von min. 450 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 Euro in Pflegestufe I ambulant bzw. stationär, 1.050 Euro in Pflegestufe II ambulant bzw. stationär sowie 1.500 Euro in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: siehe bei „Gold“

Maximal versicherbares Pflegegeld: siehe „Gold“

### 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 Deutschland Assistance 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)

Voraussetzungen für die Bewertung mit Gold: monatliches Pflegegeld von min. 450 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 Euro in Pflegestufe I ambulant bzw. stationär, 1.050 Euro in Pflegestufe II ambulant bzw. stationär sowie 1.500 Euro in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: siehe bei „Gold“

Maximal versicherbares Pflegegeld: siehe „Gold“

### Hallesche

- (OLGA.extra, Stand 01.2013) mit einem Tagessatz von min. 60 Euro

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: 20% des Pflegetagegeldes in der Pflegestufe III (max. 720 Euro monatlich)

Maximal versicherbarer Tagessatz: 120 Euro

### 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, 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

Voraussetzungen für die Bewertung mit Silber: monatliches Pflegegeld von min. 450 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 Euro in Pflegestufe I, 1.050 Euro in Pflegestufe II sowie 1.500 Euro in Pflegestufe III

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: siehe bei „Gold“

Maximal versicherbares Pflegegeld: siehe „Gold“

### 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

Voraussetzungen für die Bewertung mit Silber: monatliches Pflegegeld von min. 450 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 Euro in Pflegestufe I ambulant bzw. stationär, 1.050 Euro in Pflegestufe II ambulant bzw. stationär sowie 1.500 Euro in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: siehe bei „Gold“

Maximal versicherbares Pflegegeld: siehe „Gold“

### Münchener Verein

- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (AB/PV 2012), Stand 09.2012; Satzung 07.2004; Tarif SELECT CARE Pflege - Tarifstufen 421, 421 B, 422, 423, 430 sowie Einmalleistung nach Tarif 434, Stand 09.2012)

## Bedingungsrating Pflegeitagegeld- und Pflegegeldversicherung

Voraussetzungen für die Bewertung mit Silber: monatliches Pflegeitagegeld von min. 15 Euro pro Tag bei Demenz in Pflegestufe 0, 20 Euro pro Tag in Pflegestufe I ambulant bzw. stationär, 35 Euro pro Tag in Pflegestufe II ambulant bzw. stationär sowie 50 Euro pro Tag in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal in Höhe von 40 Euro pro Tag

Maximal versicherbarer Tagessatz: 40 Euro (Pflegestufe 0), 80 Euro (Pflegestufe I), 120 Euro (Pflegestufe II) bzw. 150 Euro (Pflegestufe III)

### Münchener Verein

- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (AB/PV 2012), Stand 09.2012; Satzung 07.2004; Tarif SELECT CARE Pflege - Tarifstufen 421, 423, 430, 430 B sowie Einmalleistung nach Tarif 434, Stand 09.2012)  
Voraussetzungen für die Bewertung mit Silber: monatliches Pflegeitagegeld von min. 15 Euro pro Tag bei Demenz in Pflegestufe 0, 20 Euro pro Tag in Pflegestufe I ambulant bzw. stationär, 35 Euro pro Tag in Pflegestufe II ambulant bzw. stationär sowie 50 Euro pro Tag in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär  
Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal in Höhe von 40 Euro pro Tag  
Maximal versicherbarer Tagessatz: 40 Euro (Pflegestufe 0), 80 Euro (Pflegestufe I), 120 Euro (Pflegestufe II) bzw. 150 Euro (Pflegestufe III)



### Deutsche Familienversicherung

- (Versicherungsbedingungen für die Private Pflege-Zusatzversicherung (PZV)/UNISEX der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-UNISEX 01-12 Stand: Januar 2012: Premium (Unisex)) mit einem monatlichen Pflegegeld von min. 450 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 500 Euro in Pflegestufe I ambulant bzw. stationär, 1.000 Euro in Pflegestufe II ambulant bzw. stationär sowie 1.500 Euro in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär  
Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: siehe bei „Gold“  
Maximal versicherbares Pflegegeld: siehe bei „Gold“  
Achtung: aufgrund der geforderten Versicherungssumme für die Bronzebewertung ist eine Beantragung nur telefonisch beim Versicherer, nicht jedoch online möglich!

### 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 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
  - 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) – FlexVoraussetzungen für die Bewertung mit Bronze: monatliches Pflegegeld von min. 300 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 Euro in Pflegestufe I ambulant bzw. stationär, 1.050 Euro in Pflegestufe II ambulant bzw. stationär sowie 1.500 Euro in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär  
Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: siehe bei „Gold“  
Maximal versicherbares Pflegegeld: siehe „Gold“

### 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 Deutschland Assistance 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)  
Voraussetzungen für die Bewertung mit Bronze: monatliches Pflegegeld von min. 300 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 Euro in Pflegestufe I ambulant bzw. stationär, 1.050 Euro in Pflegestufe II ambulant bzw. stationär sowie 1.500 Euro in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär  
Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: siehe bei „Gold“  
Maximal versicherbares Pflegegeld: siehe „Gold“

## Bedingungsrating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung

### 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 Assistanceleistungen 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

Voraussetzungen für die Bewertung mit Bronze: monatliches Pflegetagegeld von min. 300 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 Euro in Pflegestufe I ambulant bzw. stationär, 1.050 Euro in Pflegestufe II ambulant bzw. stationär sowie 1.500 Euro in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: siehe bei „Gold“

Maximal versicherbares Pflegegeld: siehe „Gold“

### Münchener Verein

- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (AB/PV 2012), Stand 09.2012; Satzung 07.2004; Tarif SELECT CARE Pflege - Tarifstufen 421, 421 B, 422, 423, 430 sowie Einmalleistung nach Tarif 434, Stand 09.2012)

Voraussetzungen für die Bewertung mit Bronze: monatliches Pflegetagegeld von min. 15 Euro pro Tag bei Demenz in Pflegestufe 0, 20 Euro pro Tag in Pflegestufe I ambulant bzw. stationär, 35 Euro pro Tag in Pflegestufe II ambulant bzw. stationär sowie 50 Euro pro Tag in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: siehe bei „Silber“

Maximal versicherbares Pflegegeld: siehe bei „Silber“

### Münchener Verein

- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (AB/PV 2012), Stand 09.2012; Satzung 07.2004; Tarif SELECT CARE Pflege - Tarifstufen 421, 423, 430, 430 B sowie Einmalleistung nach Tarif 434, Stand 09.2012)

Voraussetzungen für die Bewertung mit Bronze: monatliches Pflegetagegeld von min. 15 Euro pro Tag bei Demenz in Pflegestufe 0, 20 Euro pro Tag in Pflegestufe I ambulant bzw. stationär, 35 Euro pro Tag in Pflegestufe II ambulant bzw. stationär sowie 50 Euro pro Tag in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: siehe bei „Silber“

Maximal versicherbares Pflegegeld: siehe bei „Silber“

### Signal Iduna

- (PflegeTOP, Fassung 01.2013) mit einem Tagessatz von min. 60 Euro

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: Die Leistung bei Demenz beträgt 10% des versicherten Tagessatzes

Maximal versicherbarer Tagessatz: 110 Euro



## Weitere empfehlenswerte Tarife für die Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung

### Hallesche

- (OLGA Plus, Stand 01.2013) mit einem Tagessatz von min. 60 Euro

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: nein

Maximal versicherbarer Tagessatz: 120 Euro

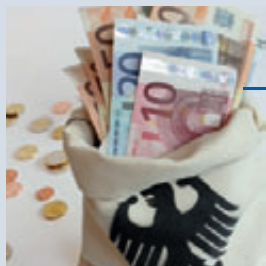
### Münchener Verein

- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (AB/PV 2012), Stand 09.2012; Satzung 07.2004; Tarif SELECT CARE Pflege - Tarifstufen 421, 422, 423, 427, 428 und 435 in Verbindung mit Tarifstufe 421 B, Stand 09.2012)

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal in Höhe von 40 Euro pro Tag

Maximal versicherbarer Tagessatz: 40 Euro (Pflegestufe 0), 80 Euro (Pflegestufe I), 120 Euro (Pflegestufe II) bzw. 150 Euro (Pflegestufe III)

# Rating Geförderte Pflegegeld- und Pflegemonatsgeldtarife (Pflege-Bahr)



## ■ Pflegegeld- und Pflegemonatsgeld-Tarife (Pflege-Bahr)

<b>Basis:</b>	Tarife und Tarifkombinationen im Test: 20 Anbieter im Test: 15
<b>Wertung:</b>	Gold, Silber, Bronze
<b>Stand:</b>	06.03.2013

### Versorgungslücke stark unterschätzt

Viele Deutsche verlassen sich darauf, dass die gesetzliche oder private Pflegepflichtversicherung umfassend für alle Pflegekosten im Alter aufkommen wird. Leider ist dies ein Irrglaube.

Um eine Motivation zu schaffen, dass sich möglichst viele Personen ergänzend gegen den Pflegefall absichern, hat die Bundesregierung zu 2013 beschlossen eine ergänzende private Pflegemonatsgeld- / Pflegegeldversicherung mit staatlichen Mitteln zu fördern. Diese Zusatzabsicherung soll allerdings nur einen Teil der bestehenden Versorgungslücke schließen, steht dafür jedoch fast jedem Versicherungswilligen zur Verfügung. Ergänzend ist in jedem Fall ein ungeförderter Zusatzschutz anzuraten. In diesem Zusammenhang haben viele Versicherer speziell abgestimmte Pflegebahrsatztarife geschaffen, mit denen eine mehr oder minder umfassende Absicherung realisiert werden kann.

Eine ergänzende, ungeförderter Absicherung kann viele Vorteile für den Versicherungsnehmer haben, so etwa eine Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit, Einmalleistungen bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit, Assistenzleistungen sowie eine bedarfsgerecht hohe Pflegegeld- bzw. Pflegemonatsgeldhöhe.

### Gemeinsamkeiten der geförderten Pflegegeldabsicherung

Alle staatlich geförderten Pflegeprodukte setzen nach § 127 SGB XI Absatz 1 einen monatlichen Mindestbeitrag

von 15 Euro voraus, wobei pauschal eine staatliche Förderung von 5 Euro im Monat bzw. 60 Euro im Jahr zum Tragen kommt. Tatsächlich müssen Versicherte also nur mindestens 10 Euro im Monat aus eigenen Mitteln aufbringen.

Um die volle staatliche Förderung noch für das Jahr 2013 zu erhalten, sollte ein Vertragsabschluss vor dem 01.07.2013 erfolgen. Entscheidend ist in diesem Zusammenhang, dass entsprechend

auch die Beiträge rückwirkend entrichtet werden müssen, um den Förderanspruch nicht zu gefährden. Hierzu heißt es im Gesetz nach § 127 SGB XI Absatz 3 wie folgt:

*„Der Anspruch auf die Zulage entsteht mit Ablauf des Kalenderjahres, für das die Beiträge zu einer privaten Pflege-Zusatzversicherung gemäß § 127 Absatz 1 geleistet worden sind (Beitragsjahr).“*

Gesetzliche Leistungen bei häuslicher Pflege, Stand 01.2012				
Pflegestufe	I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)	II (Schwerpflegebedürftigkeit)	III (Schwerstpflegebedürftigkeit)	Härtefall
Pflegegeld monatlich (§ 37 SGB XI)	235	440	700	
Pflegesachleistung maximal monatlich (§ 36 SGB XI)	450	1.100	1.550	1.918
Ersatzpflege maximal jährlich (§ 39 SGB XI)	1.550	1.550	1.550	
Kurzzeitpflege maximal jährlich (§ 42 SGB XI)	1.550	1.550	1.550	
teilstationäre Pflege maximal monatlich (§ 41 SGB XI)	450	1.100	1.550	

Gesetzliche Leistungen bei stationärer Pflege				
(§ 43 SGB XI)	1.023	1.279	1550	1918

Statistische Restkosten im Pflegefall*		
	professionelle Pflege zu Hause	Pflege in einem Pflegeheim
Pflegestufe I	ca. 400 Euro monatlich	ca. 1.300 Euro monatlich
Pflegestufe II	ca. 1.000 Euro monatlich	ca. 1.500 Euro monatlich
Pflegestufe III	ca. 1.900 Euro monatlich	ca. 1.700 Euro monatlich

\* berechnet auf Basis des PflegeVorsorgeBeraters (Version 1.7) aus dem Hause Volkswohl Bund in Kombination mit Angaben zu den Restkosten bei ambulanter Pflege durch einen professionellen Pflegedienst auf Basis der Schulungspräsentation „Vermögensabsicherung im Pflegefall“ der Continentale aus dem Jahre 2010. Alle Angaben gerundet auf volle hundert Euro.

Andernfalls oder bei einem späteren Vertragsabschluss wird die Förderung nur für die Monate gewährt, in denen der Vertrag bereits bestanden hat.

In jedem Fall wird die Förderung vom privaten Krankenversicherer für den Versicherten unbürokratisch bis zum 31.03. des Folgejahres beantragt und kann auch nur für insgesamt einen Vertrag gewährt werden.

Versicherungsleistungen sind nach § 127 SGB XI Absatz 4 in allen Pflegestufen, so auch bei eingeschränkter Alltagskompetenz wegen Demenz (Pflegestufe 0) zu erbringen, wobei das Pflegemonatsgeld in der Pflegestufe III mindestens 600 Euro monatlich betragen muss, in der Pflegestufe II mindestens 30% davon (= 180 Euro), in der Pflegestufe I mindestens 20% davon (= 120 Euro) und in der Pflegestufe 0 mindestens 10% von 600 Euro (= 60 Euro).

Ein Anspruch auf staatliche Förderung besteht nach § 126 SGB XI für alle Personen ab 18 Jahren, die Mitglied der deutschen sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung sind und nicht pflegebedürftig sind oder bereits pflegebedürftig waren.

Der Abschluss muss grundsätzlich uneingeschränkt vom Gesundheitszustand möglich sein (Kontrahierungszwang). Einzige Ausnahmen sind Personen, die bei Antragsstellung bereits Pflegeleistungen beziehen oder bezogen haben. Risikozuschläge oder -zuschüsse sind nicht zulässig.

Dafür darf nach § 127 SGB XI Absatz 6 eine Wartezeit von bis zu fünf Jahren verlangt werden. Die Pflegeeinstufung der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung muss als Leistungsauslöser anerkannt werden.

Versicherte müssen das Recht haben, den Vertrag bei finanzieller Hilfebedürftigkeit bis zu drei Jahre lang ruhen lassen zu dürfen.

Pflegebahrtarife dürfen ausschließlich von Krankenversicherern angeboten werden.

Die Courtage für geförderte Pflegebahrtarife ist auf zwei Monatsbeiträge maximiert. Ebenfalls gedeckelt ist die Höhe der zulässigen Verwaltungskosten für geförderte Pflegegeldtarife.

### Ratingsystematik

Grundlage für das Leistungsrating waren insgesamt 3 Teilbereiche mit zusammen 15 Einzelfragen. Diese umfassen die besonders praxisrelevanten Punkte, in denen sich die Angebote voneinander unterscheiden. Für das Preis-Leistungsrating wurde darüber hinaus das Prämienniveau für das Neugeschäft bewertet.

#### Leistungsbewertung:

- Höhe der Leistung in den einzelnen Pflegestufen für Neu- und Bestandskunden mit den Eintrittsaltern 20, 40 bzw. 60 Jahre (Anteil von 30% an der Gesamtwertung)
- Dynamikregelungen (Anteil von 40% an der Gesamtwertung)
- Sonstige Leistungen (z.B. Wartezeiten, Unfallbegriff, räumlicher Geltungsbereich) (Anteil von 30% an der Gesamtwertung)

#### Preis-Leistungsbewertung:

- Beitragsniveau für Personen mit den Eintrittsaltern 20, 40 bzw. 60 Jahre (jeweils mit einem Anteil von 25% an der Gesamtwertung)
- Oben beschriebenes Leistungsniveau für Personen mit den Eintrittsaltern 20, 40 bzw. 60 Jahre (jeweils mit einem Anteil von 75% an der Gesamtwertung)

Die einzelnen Leistungen wurden mit 0 bis 16 Punkten bewertet. Dabei stellt 16 Punkte die jeweils für den Verbraucher vorteilhafteste Regelung dar. 12, 8, 4, 2 bzw. 1 Punkt(e) stehen für den jeweils nächstplatzierten Rang. Fehlt eine Leistung, so wird dies mit 0 Punkten bewertet. Jedes Kriterium wurde mit einem Faktor zwischen 1 und 3 gewichtet, der der Bedeutung für die Mehrzahl der Versicherten gerecht werden soll.

Im Sinne des Verbraucherinteresses wurden bestimmte K.O.-Kriterien festgelegt, die das Erreichen der drei Rating-Stufen verhindern. Nur Versicherer, die ausnahmslos alle dieser Kriterien erfüllt haben, wurden näher betrachtet.

Im Rahmen des Ratings „Pflege-Bahr“ werden zwei Wertungs-Kategorien ausgezeichnet:

- Leistung und
- Preis-Leistung

Beide Kategorien werden mit Bronze, Silber und Gold bewertet.

Voraussetzung für das Erreichen einer dieser Kategorien ist, dass die jeweiligen Mindestkriterien in allen Punkten erfüllt werden.

Für die Bewertung mit **Bronze** gelten über die gesetzlichen Mindestleistungen hinaus folgende Vorgaben:

- Versicherungsschutz bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit ohne Wartezeit
- Mindestens 60% der Höchstpunktzahl in der bewerteten Kategorie

Für die Bewertung mit **Silber** gilt zusätzlich folgende Mindestanforderung:

- Dynamisierung des Pflegetagegeldes bzw. des Pflegemonatsgeldes in Höhe der allgemeinen Inflationsrate\* (maximiert auf minimal 5%)
- Mindestens 70% der Höchstpunktzahl in der bewerteten Kategorie

Um eine Bewertung mit **Gold** zu erzielen, muss ergänzend folgendes Leistungsmerkmal erfüllt sein:

- Dynamisierung des Pflegetagegeldes bzw. des Pflegemonatsgeldes mindestens vor Eintritt des Leistungsfalles in Höhe der allgemeinen Inflationsrate (maximiert auf minimal 5%)
- Mindestens 80% der Höchstpunktzahl in der bewerteten Kategorie

Jeder Tarif, der nach diesen Kriterien mit Bronze, Silber oder Gold bewertet werden kann, kann als „empfehlenswert“ angesehen werden, wobei dennoch stets der individuelle Kundenbedarf zu prüfen ist.

Im Zweifel sind umfassende Leistungen wichtiger als ein günstiges Prämienniveau. Dies gilt insbesondere für Personen, denen aus gesundheitlichen Gründen kein ungeförderter Tarif zur Verfügung steht.

\* Tarife, die über die allgemeine Inflationsrate hinaus dynamisieren, sind nicht förderfähig. Auf der Grundlage des Verbraucherpreisindex des Statistischen Bundesamtes lässt sich feststellen, dass die allgemeine Inflation im Durchschnitt der letzten drei Jahre bei rund 1% liegt.

## I. Leistungsrating



### WFS 1 (Gold) für die geförderte Pflege- und Pflegegeldversicherung (Pflege-Bahr)

- **Central** (Allgemeine Versicherungsbedingungen (MB/GEPV 2013, TB/GEPV 2013); Tarif central.pflege)

	Leistung in Pflegestufe 0	Leistung in Pflegestufe I	Leistung in Pflegestufe II	Leistung in Pflegestufe III	Beitragshöhe
Eintrittsalter 20 Jahre	189,00	378,00	567,00	1.890,00	15,03
Eintrittsalter 40 Jahre	96,00	192,00	288,00	960,00	15,07
Eintrittsalter 60 Jahre	60,00	120,00	180,00	600,00	24,06

Dynamik: Alle 3 Jahre Dynamisierung entsprechend der allgemeinen Inflationsrate (max. um 10%).  
Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre.

- **Envivas** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung, Teil I Musterbedingungen (MB/GEPV 2013), Teil II Tarifbedingungen (TB/GEPV 2013): Tarif PflegeAktiv)

	Leistung in Pflegestufe 0	Leistung in Pflegestufe I	Leistung in Pflegestufe II	Leistung in Pflegestufe III	Beitragshöhe
Eintrittsalter 20 Jahre	189,00	378,00	567,00	1.890,00	15,03
Eintrittsalter 40 Jahre	96,00	192,00	288,00	960,00	15,07
Eintrittsalter 60 Jahre	60,00	120,00	180,00	600,00	24,06

Dynamik: Alle 3 Jahre Dynamisierung entsprechend der allgemeinen Inflationsrate (max. um 10%).  
Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre.

- **Deutsche Familienversicherung** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung VB/GEPV DFV 01-13, Stand Januar 2013)

	Leistung in Pflegestufe 0	Leistung in Pflegestufe I	Leistung in Pflegestufe II	Leistung in Pflegestufe III*	Beitragshöhe
Eintrittsalter 20 Jahre	135,00	405,00	943,00	1.346,00	15,00
Eintrittsalter 40 Jahre	60,00	180,00	420,00	600,00	15,32
Eintrittsalter 60 Jahre	60,00	180,00	420,00	600,00	37,82

Dynamik: Alle 3 Jahre Dynamisierung entsprechend der allgemeinen Inflationsrate (max. um 10%).  
Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre.

- **VPV** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung der DFV Deutsche Familienversicherung AG In der Fassung VB/GEPV DFV 01-13, Stand Januar 2013: VPV FörderPflege)

	Leistung in Pflegestufe 0	Leistung in Pflegestufe I	Leistung in Pflegestufe II	Leistung in Pflegestufe III*	Beitragshöhe
Eintrittsalter 20 Jahre	135,00	405,00	943,00	1.346,00	15,00
Eintrittsalter 40 Jahre	60,00	180,00	420,00	600,00	15,32
Eintrittsalter 60 Jahre	60,00	180,00	420,00	600,00	37,82

Dynamik: Alle 3 Jahre Dynamisierung entsprechend der allgemeinen Inflationsrate (max. um 10%).  
Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre.

\* Wurde bei der versicherten Person eine Pflegebedürftigkeit gemäß der Pflegestufe III festgestellt und erhält die versicherte Person von der Pflegekasse zusätzliche Härtefalleistungen gemäß § 36 Abs. 4 oder § 43 Abs. 3 des Elften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XI), leistet auch der Versicherer als gesonderten Leistungszuschlag zu dem vertraglich vereinbarten Pflegemonatsgeldes in der Pflegestufe III eine erhöhte Leistung (127% der Leistung in Pflegestufe III)



### WFS 2 (Silber) für die geförderte Pflege- und Pflegegeldversicherung (Pflege-Bahr)

- Nicht vergeben





**WFS 3 (Bronze) für die geförderte  
Pflegetagegeld- und Pflegemonatsgeldversicherung  
(Pflege-Bahr)**

- **Barmenia** (Pflegemonatsgeldversicherung (DFPV): „Deutsche-Förder-Pflege“)

	Leistung in Pfleigestufe 0	Leistung in Pfleigestufe I	Leistung in Pfleigestufe II	Leistung in Pfleigestufe III*	Beitragshöhe
Eintrittsalter 20 Jahre	130,43	391,30	782,60	1.304,34	15,00
Eintrittsalter 40 Jahre	60,00	180,00	360,00	600,00	15,54
Eintrittsalter 60 Jahre	60,00	180,00	360,00	600,00	37,56

*Dynamik: Gelegentliche Anpassung ohne nähere Konkretisierung auf Initiative des Versicherers möglich, höchstens jedoch in Höhe der allgemeinen Inflationsrate. Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre.*

- **DEBEKA** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung Teil II Tarif EPG mit Tarifbedingungen - Stand: 1. Januar 2013 - Pflegemonatsgeldversicherung)

	Leistung in Pfleigestufe 0	Leistung in Pfleigestufe I	Leistung in Pfleigestufe II	Leistung in Pfleigestufe III*	Beitragshöhe
Eintrittsalter 20 Jahre	181,82	318,19	636,37	909,10	15,00
Eintrittsalter 40 Jahre	120,00	210,00	420,00	600,00	17,52
Eintrittsalter 60 Jahre	120,00	210,00	420,00	600,00	36,60

*Dynamik: Gelegentliche Anpassung ohne nähere Konkretisierung auf Initiative des Versicherers möglich, höchstens jedoch in Höhe der allgemeinen Inflationsrate. Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre.*

## II. Preis-Leistungsrating



**WFS 1 (Gold) für die geförderte  
Pflegetagegeld- und Pflegemonatsgeldversicherung  
(Pflege-Bahr)**

- **Central** (Allgemeine Versicherungsbedingungen (MB/GEPV 2013, TB/GEPV 2013); Tarif central.pflege)  
*Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre*
- **Envivas** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung, Teil I Musterbedingungen (MB/GEPV 2013), Teil II Tarifbedingungen (TB/GEPV 2013): Tarif PflegeAktiv)  
*Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre*



**WFS 2 (Silber) für die geförderte  
Pflegetagegeld- und Pflegemonatsgeldversicherung  
(Pflege-Bahr)**

- Nicht vergeben



**WFS 3 (Bronze) für die geförderte  
Pflegetagegeld- und Pflegemonatsgeldversicherung  
(Pflege-Bahr)**

- Nicht vergeben

# Rating Privathaftpflichtversicherungen



## Privathaftpflichtversicherungen für Familien, Paare und Singles: Leistungsvergleich

<b>Basis:</b>	Tarife im Test: 653 Anbieter im Test: 85
<b>Wertung:</b>	Gold, Silber
<b>Stand:</b>	24.02.2013

### Bedingungsrating Privathaftpflichtversicherungen



**ASC** (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 01.10.2011) mit 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

**InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; Allgemeine Haftpflicht-Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B 62), Stand 04.2012; Bedingungen zur Privathaftpflichtversicherung „XXL“ (B 68), Stand 10.2012; Klauseln zur Privathaftpflichtversicherung „XXL“, Stand 03.2011) mit 5, 10, 25 oder 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

**InterRisk** (AHB 2008, Stand 07.2008, Bedingungen zur Privathaftpflichtversicherung nach dem XXL-Konzept (PHV 2008-XXL), Stand 05.2011) mit 5 oder 10 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)  
Achtung: Tarif seit 2011 für Neugeschäft geschlossen

**Swiss Life Partner** (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR-PHV Prima Plus SLP 2012, Stand 01.04.2012: PRIMA PLUS mit Sorglospaket mit Ausfalldeckung PLUS) mit 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

**VHV** (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 01.10.2011) mit 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)



**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

**ASC** (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** mit Risikoträger Gothaer (AHB 01.2008, BBR 07.2010 - Gothaer Haftpflichtversicherung für Privatpersonen, Stand 07.2010, Zusatzbedingungen zur Privathaftpflicht „Nr. Sicher“) mit 10, 15 und 20 Mio. Euro Deckung pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

**BCA** mit Risikoträger Gothaer (AHB 01.2008, BBR 07.2010 - Gothaer Haftpflichtversicherung für Privatpersonen, Stand 07.2010, Zusatzbedingungen zur Privathaftpflicht „Nr. Sicher“, „Sicher+Deckung“) mit 10, 15 und 20 Mio. Euro Deckung pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

**BCA** (VARIO Status, VARIO Plus; jeweils Stand 01.01.2010) mit 10 und 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

**BCA** (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 01.06.2009) mit 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

**Grundeigentümer** (AHB 2008, Stand 04.2008, BB PHV 2012 Kompakt, Stand 04.2012: Pro Domo Kompakt) mit 10 Mio. Euro pauschal für Personen- und Sachschäden, 10 Mio. Euro für Vermögensschäden

**Grundeigentümer** (AHB 2008, Stand 04.2008, BB PHV 2012 Kompakt, Stand 04.2012: Pro Domo Kompakt) mit 15 Mio. Euro pauschal für Personen- und Sachschäden, 15 Mio. Euro für Vermögensschäden

**Haftpflichtkasse Darmstadt** (AHB, Stand 01.01.2013, BBR PHV VARIO Komfort Plus: VARIO-PAKET ohne Abwahl oder nur mit Abwahl der Leistungspakete „erweiterte Vorsorge“ und „Recht“) mit 10 und 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

**Bedingungsrating Privathaftpflichtversicherungen**



**Helvetia** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB), Stand: 01.10.2010 (Druckstück H 9990-3), Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen (BBR) für die Privat-Haftpflichtversicherung – Komfortschutz, Stand: 01.07.2012 (Druckstück H 9030-5): Komfortschutz mit 5, 10 oder Millionen Euro pauschaler Deckung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

**Helvetia** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB), Stand: 01.10.2010 (Druckstück H 9990-3), Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen (BBR) für die Privat-Haftpflichtversicherung – Komfortschutz, Stand: 01.07.2012 (Druckstück H 9030-5): Komfortschutz mit Baustein Plus, Stand 2012) mit 50 Millionen Euro pauschaler Deckung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden, maximal 15 Mio. Euro je geschädigter Person

**Helvetia** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB), Stand: 01.10.2010 (Druckstück H 9990-3), Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen (BBR) für die Privat-Haftpflichtversicherung – Komfortschutz, Stand: 01.07.2012 (Druckstück H 9030-5): Komfortschutz mit Baustein JuraTel, Stand 2012) mit 5, 10 oder 15 Millionen Euro pauschaler Deckung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

**Helvetia** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB), Stand: 01.10.2010 (Druckstück H 9990-3), Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen (BBR) für die Privat-Haftpflichtversicherung – Komfortschutz, Stand: 01.07.2012 (Druckstück H 9030-5): Komfortschutz mit Bausteinen Plus und Mobil, Stand 2012) mit 50 Millionen Euro pauschaler Deckung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden, maximal 15 Mio. Euro je geschädigter Person

**Helvetia** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB), Stand: 01.10.2010 (Druckstück H 9990-3), Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen (BBR) für die Privat-Haftpflichtversicherung – Komfortschutz, Stand: 01.07.2012 (Druckstück H 9030-5): Komfortschutz mit Bausteinen Plus, Mobil und JuraTel, Stand 2012) mit 50 Millionen Euro pauschaler Deckung 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 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)  
*Achtung: Tarif seit 2011 für Neugeschäft geschlossen*

**InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; Allgemeine Haftpflicht-Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B 62), Stand 04.2012; Bedingungen zur Privathaftpflichtversicherung „XL“ (B 67), Stand 10.2012; Klauseln zur Privathaftpflichtversicherung „XL“, Stand 03.2011) mit 5, 10, 25 oder 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

**Invers** (VARIO Status, Stand 01.01.2010) mit 10 und 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

**Invers** (VARIO Plus, Stand 01.01.2010) mit 10 und 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

**Janitos** (AHB, Stand 01.01.2008; BBR, Best Selection 2010, Stand 01.04.2010) mit 10 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S) und 10 Mio. Euro Deckungssumme (V) oder mit 15 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S) und 15 Mio. Euro Deckungssumme (V)

**Janitos** (AHB, Stand 01.01.2008; BBR, Best Selection 2010, Stand 01.04.2010, Zusätzliche Vereinbarung zur Privathaftpflichtversicherung 55plus) mit 10 Mio. 10 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S) und 10 Mio. Euro Deckungssumme (V) oder mit 15 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S) und 15 Mio. Euro Deckungssumme (V)

**Konzept & Marketing** (AT 2010, PHV 2010: allsafe Tarif select Z1 – Stand 10/2010) mit 10 und 15 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)  
*Achtung: Tarif seit 01.11.2011 für Neugeschäft geschlossen*

**Konzept & Marketing** (AT 2011, Stand 11.2010; PHV 2011, Stand 11.2011: allsafe Tarif select Z2) mit 10 und 15 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

**maxPool** (VARIO, Stand 01.01.2010) mit 10 und 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

**NV-Versicherungen** (AHB 2008, Stand 01.2008, Privatmax. 4.0, Stand 10.2010) mit 10 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S) und 10 Mio. Euro Deckungssumme (V)

**NV-Versicherungen** (AHB 2008, Stand 01.2008, NV PrivatPremium, Stand 10.2010) mit 15 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S) und 15 Mio. Euro Deckungssumme (V)

**Swiss Life Partner** (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR-PHV Prima Plus SLP 2012, Stand 01.04.2012: PRIMA PLUS) mit 20 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

**Swiss Life Partner** (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR-PHV Prima Plus SLP 2012, Stand 01.04.2012: PRIMA PLUS mit Ausfalldeckung Plus) mit 20 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

**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 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

**Syncro24** (PHV VARIO Plus, Stand 01.01.2010) mit 10 und 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

**Syncro24** (PHV VARIO Status, Stand 01.01.2010) mit 10 und 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

# Rating Wohngebäudeversicherungen



- *Einfamilienhäuser*
- *Zweifamilienhäuser*
- *Mehrfamilienhäuser*

**Basis:** Tarife im Test: 318  
Anbieter im Test: 59 Versicherer bzw. Konzeptanbieter

**Wertung:** Gold, Silber, Bronze

**Stand:** 23.02.2013

► Analysiert wurden ganz oder überwiegend privat genutzte Wohngebäudeversicherungen ohne Berücksichtigung eines möglichen Einschlusses 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, Stand 01.04.2012; Bedingungen zur Wohngebäudeversicherung „XXL“ B 38, Stand 10.2012)</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 Oktober 2012)</li> <li>• (VGB 2011 – Wohnfläche, Fassung Juli 2011: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wohnfläche, Fassung Oktober 2012)</li> </ul>
Bedingungsrating Zweifamilienhäuser		
<p><b>InterRisk</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft B 01, Stand 01.04.2012; Bedingungen zur Wohngebäudeversicherung „XXL“ B 38, Stand 10.2012)</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 Oktober 2012)</li> <li>• (VGB 2011 – Wohnfläche, Fassung Juli 2011: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wohnfläche, Fassung Oktober 2012)</li> </ul>
Bedingungsrating Mehrfamilienhäuser		
<p><b>InterRisk</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft B 01, Stand 01.04.2012; Bedingungen zur Wohngebäudeversicherung „XXL“ B 38, Stand 10.2012)</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 Oktober 2012)</li> <li>• (VGB 2011 – Wohnfläche, Fassung Juli 2011: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wohnfläche, Fassung Oktober 2012)</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.

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

# Rating Hausratversicherungen



■ **Tarife mit Versicherungsschutz mit einer Versicherungssumme von 60.000 und 150.000 Euro**

**Basis:** Tarife im Test: 398  
Anbieter im Test: 67 Versicherer bzw. Konzeptanbieter

**Wertung:** Gold, Silber, Bronze

**Stand:** 23.02.2013

## Bedingungsrating

Basis: Versicherungssumme 60.000 Euro		
<p>Hausrat-Rating Hausratversicherung Basis 60.000 Euro</p>	<p>Hausrat-Rating Hausratversicherung Basis 60.000 Euro</p>	<p>Hausrat-Rating Hausratversicherung Basis 60.000 Euro</p>
<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 04.2012, Bedingungen zur Hausratversicherung „XXL“ (B28), Stand 10.2012, 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 Sorglos-paket Prima Plus; aktualisiert zum 01.01.2013)</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 01.01.2013)</li> </ul>	<p><b>ASC mit Risikoträger VHV</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 07.2011))</li> </ul> <p><b>Haftpflichtkasse Darmstadt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (VHB 2010, Stand 01.2013: Hausratversicherung VARIO PLUS, Stand 01.2013)</li> </ul> <p><b>VHV</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (VHB 2011; BB für die Hausratversicherung KLAS-SIK-GARANT (BBH KLASSIK-GARANT) – Oktober 2012; Zusatzbedingungen für den Baustein EXKLUSIV zur Hausratversicherung (Baustein EXKLUSIV) – Oktober 2012; BB für die Versicherung weiterer Elementarschäden (BWE 2011 – Privat): Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv)</li> </ul>
Basis: Versicherungssumme 150.000 Euro		
<p>Hausrat-Rating Hausratversicherung Basis 150.000 Euro</p>	<p>Hausrat-Rating Hausratversicherung Basis 150.000 Euro</p>	<p>Hausrat-Rating Hausratversicherung Basis 150.000 Euro</p>
<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 04.2012, Bedingungen zur Hausratversicherung „XXL“ (B28), Stand 10.2012, 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 Sorglos-paket Prima Plus; aktualisiert zum 01.01.2013)</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 01.01.2013)</li> </ul>	<p><b>ASC mit Risikoträger VHV</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 07.2011)</li> </ul> <p><b>Haftpflichtkasse Darmstadt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (VHB 2010, Stand 01.2013: Hausratversicherung VARIO PLUS, Stand 01.2013)</li> </ul> <p><b>VHV</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (VHB 2011; BB für die Hausratversicherung KLAS-SIK-GARANT (BBH KLASSIK-GARANT) – Oktober 2012; Zusatzbedingungen für den Baustein EXKLUSIV zur Hausratversicherung (Baustein EXKLUSIV) – Oktober 2012; BB für die Versicherung weiterer Elementarschäden (BWE 2011 – Privat): Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv)</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: 422  
Anbieter im Test: 96

**Wertung:** Gold, Silber

**Stand:** 04.03.2013

## 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 07.2012; B 69 - XXL, Stand 07.2012) 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: Tarif Z1 ist für das Neugeschäft geschlossen!
- (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 01.01.2013; Tierhalter-Haftpflichtversicherung PLUS, Stand 01.01.2013) 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: Tarif Z1 ist für das Neugeschäft geschlossen!

### 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 denselben Risikoträger)



### InterRisk

- (B 62, Stand 07.2012; B 69 - XXL, Stand 07.2012) 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 01.01.2013; Tierhalter-Haftpflichtversicherung PLUS, Stand 01.01.2013) mit 5 oder 10 Mio. Euro pauschal (P, S, V)

### VHV

- (AHB 2011, BBR Tierhalter KLASSIK-GARANT, Stand 01.10.2011) mit 5 oder 10 Mio. Euro (P, S, V), maximal 8 Mio. Euro je geschädigter Person)

### Konzept & Marketing

- (allsafe Tarif select Z2, Stand 11.2011) mit 10 Mio. oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V)
- (allsafe Tarif select Z1, Stand 05.2011) mit 10 Mio. oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V) Achtung: Tarif Z1 ist für das Neugeschäft geschlossen!

**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: 250 Anbieter im Test: 37
<b>Wertung:</b>	Gold, Silber, Bronze
<b>Stand:</b>	23.02.2013

## 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, 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: 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: 397 Anbieter im Test: 75
<b>Wertung:</b>	Gold, Silber
<b>Stand:</b>	04.03.2013

## Bedingungsrating Selbständige Pferdehalterhaftpflichtversicherung



Pferdehalter-  
Haftpflichtversicherung  
Selbstständige THV

### InterRisk

- (B 62, Stand 07.2012: B 69 - XXL, Stand 07.2012) 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).



Pferdehalter-  
Haftpflichtversicherung  
Selbstständige THV

### 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 01.01.2013, Tierhalter-Haftpflichtversicherung PLUS, Stand 01.01.2013) 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



Pferdehalter-  
Haftpflichtversicherung  
+Private Haftpflicht

### InterRisk

- (B 62, Stand 07.2012: B 69 - XXL, Stand 07.2012) 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).



Pferdehalter-  
Haftpflichtversicherung  
+Private Haftpflicht

### Haftpflichtkasse Darmstadt

- (AHB, Stand 01.01.2013, Tierhalter-Haftpflichtversicherung PLUS, Stand 01.01.2013) 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)



# Fonds-Police: Investmentfonds-Ranking



- Performance-Daten
- Risiko-Daten
- Fondsvolumen
- FLV/FRV-Kommentar

**Basis:** Morningstar  
**Wertung:** 5-Jahres-Performance  
**Stand:** 28.02.2013



*Fonds-Experte  
Ulrich Pfeiffer,  
FinanzSozietät  
Marburg.  
Fonds-Ranking &  
Rating seit 1999*

## Sicherheitsorientiertes Fonds-Ranking für Makler

Auch für Fonds passt die Pareto-Regel: Nur etwa 20% eines Sektors sind wirklich gut. Es gilt herauszufinden, welches Fünftel dies ist.

Für die aktuelle Auswertung können die Tiefen und die Erholung der Märkte gut an der 5-Jahre-Performance festgemacht werden. Die Aktienmärkte mussten in dieser Phase sowohl das Zusammenbrechen der Märkte in Folge der Finanzkrise Ende 2008 als auch die Schuldenkrise mit ihrem Tief im Sommer 2011 verkraften. Vom Frühjahr 2009 bis Ende Sommer 2011 und ab Juli 2012 boten sich attraktive Erholungsphasen. Bedingt durch die hohe Korrelation der Märkte in den letzten Jahren, trifft diese Aussage auf nahezu alle Märkte zu.

## Ausschnitt der Produkte, die in Fondspolice zu finden sind

Das vorliegende Ranking umfasst nicht das gesamte Universum der in Deutschland angebotenen Publikumsfonds. Es handelt sich vielmehr um den Ausschnitt der Produkte, der von den Versiche-

rungen in Deutschland in Fondspolice eingesetzt wird. Die letzten Zahlen des GDV aus 2011 zeigen, dass zwar 566.954 neue Kapitallebensversicherungen abgeschlossen wurden, aber fast doppelt so viele Fondsgebundene Lebens- und Rentenversicherungen; nämlich 1.078.530. Dieser Trend dürfte sich vor dem Hintergrund deutlich rückläufiger Erträge in den Deckungsstöcken der Versicherer verstärken.

Diese Analyse umfasst etwas über 700 Fonds. Da die Versicherer verschiedene Tranchen eines Fonds anbieten, wurde die jeweils älteste oder die in Euro dominierte Tranche bewertet.

Eine Straffung der Übersicht im Rahmen der 114 Sektoren, die Morningstar für die Kategorisierung von Investmentfonds benötigt, bietet unsere Reduktion auf 17 Sektoren. Natürlich unterliegt die Reduktion der Gefahr, Äpfel mit Birnen zu vergleichen. Gut ausgestattete Fondspolice gleichen jedoch sinnvollerweise einem ausgewogenen Obstkorb. Wir sehen in dieser Reduktion daher für den qualifizierten Makler keine Nachteile.

Das Ergebnis der Analyse ist auf den ersten Blick überraschend! In den meisten Sektoren liegen eher kleine Fonds vorne. Im Aktienbereich zumeist Produkte für small und mid-Caps. Nur bei den Mischfonds setzten sich die vermögensverwaltenden Platzhirsche der letzten Jahre an die Spitze.

Es lohnt sich für Ihre Kunden, die Zusammensetzung der Fonds-Portfolien anzusehen und bei älteren Police auch einmal Korrekturen vorzunehmen. Viele Versicherer optimieren generell gerade ihre Fondspaletten.

Der Ertrag des Kunden wird es Ihnen danken.

## RANKING-Systematik

Das Ranking basiert auf den Ergebnissen der 5-Jahres-Performance. Damit ist zum einen gegeben, dass die Fonds über eine hinreichend lange Zeit bestehen. Zum anderen haben die Produkte zwei extreme Baissephasen und die anschließenden Erholungen verarbeiten müssen. Die Performancezeitreihen über 1-, 3 und 10-Jahre komplettieren das Bild.

In einigen Sektoren sind positive Ausreißer, die noch keine 5-Jahres Historie aufweisen, zusätzlich aufgeführt. Die volumengrößten Fonds eines Sektors werden jeweils aufgezeigt.

## Risikokennzahlen

Als Risikokennzahlen werden nur der maximale Verlust über 3 Jahre und die Volatilität der Fonds im 1-jährigen Bereich genannt. Am Beispiel „Aktien Deutschland“ zeigt dies, dass man sich hier auf 25% Rückschläge einstellen muss. Die Volatilität liefert einen Parameter, wie ruhig der Ertrag im letzten Jahr erzielt wurde. Beide Kennzahlen sind vor allem innerhalb ihres Sektors aussagekräftig. Tiefergehende Daten für die Einzelfonds finden sich in jeder fondsspezialisierten Datenbank, wie z.B. bei morningstar.de.

Neben ISIN und Währung wurde das Fonds-Volumen aufgeführt. Da von einer Tranche nur die Euro- oder die älteste Tranche aufgelistet ist, lohnt die Suche, ob für den gewählten Fonds eine andere Währung, respektive andere Tranche, zu finden ist. Beim Fondsvolumen sollte auf die dem Sektor entsprechende Größe geachtet werden. Unter 20 Mio. Euro können die Kosten eines Fonds zum Problem werden, über einer halben Milliarde Euro die Auswahl der Titel.

# Aktienfonds Deutschland

	Fonds	Währ.	ISIN	Fonds- volumen in Mio	Ertrag 1 Jahr	Ertrag 3 Jahre	Ertrag 5 Jahre	Ertrag 10 Jahre	Volatilität 1 Jahr	höchster Verlust 3 Jahre
1	ACATIS Aktien Deutschland ELM	Euro	LU0158903558	86	15,87	13,88	8,20	14,84	10,16	-16,16
2	Allianz Nebenwerte DE A EUR	Euro	DE0008481763	669	21,37	18,18	8,03	16,17	11,97	-22,59
3	DWS Deutschland	Euro	DE0008490962	2.995	16,62	15,61	7,57	15,64	14,22	-30,49
4	Pioneer Inv German Equity A ND	Euro	DE0009752303	120	10,77	12,82	7,00	12,63	12,01	-25,13
5	Baring German Growth Acc	Euro	GB0008192063	383	16,31	14,20	4,99	13,53	12,34	-26,59
6	Metzler Aktien Deutschland AR	Euro	DE0009752238	129	13,86	12,16	4,50	11,64	10,79	-26,44
7	DWS Aktien Strategie Deutschland	Euro	DE0009769869	1.116	17,27	18,14	4,42	15,07	14,19	-29,91
8	MEAG ProInvest	Euro	DE0009754119	92	15,21	12,55	3,74	10,61	15,08	-25,58
9	Allianz Thesaurus AT EUR	Euro	DE0008475013	154	12,98	10,68	3,47	11,93	12,09	-26,86
10	iShares DAX (DE)	Euro	DE0005933931	14.070	15,94	12,23	3,18	11,76	9,68	-26,88
11	Fidelity Germany A-EUR	Euro	LU0048580004	697	21,31	14,15	3,16	11,96	11,68	-27,07
	FT Frankfurt-Effekten-Fonds	Euro	DE0008478058	2.100	11,57	10,27	2,04	10,42	12,99	-28,25
	Fondak A EUR	Euro	DE0008471012	2.045	10,63	10,37	0,82	11,23	13,34	-27,45

## KOMMENTAR

Deutsche Aktien bedienen alle Emotionen eines Anlegers. Hier sind die höchsten Verluste (-26%) im Vergleich aller unserer Sektoren; dafür auf 10-Jahre und über 1-Jahr auch die besten Ergebnisse. Die ersten beiden Ränge belegen Fonds, deren Fokus nicht die DAX-Unternehmen sind. Es lohnt sich also dort zu suchen, wo nicht alle Analysten unterwegs sind. Bemerkenswertester Fonds ist der Acatis ELM, der bei gering-

sten Verlusten über alle Laufzeiten im Ertrag immer vorne mit dabei ist. Der Fonds bietet eine valueorientierte Anlagephilosophie, die sich an Buffett orientiert und sucht unter deutschen Aktien nach unterbewerteten Weltmarktführern in Nischenmärkten. Leider: Nur bei der Gothaer ist der Fonds investierbar. Durch ein potentielles Softclosing bei ca. 120 Mio. Euro Volumen ist der Fonds für die meisten Versicherer uninteressant.

Investierbar bei Allianz, AL, AM, Baloise, Barmenia, Continentale, Delta Lloyd, Ergo, Generali, Gothaer, Hanse Merkur, Heidelberger Leben, Helvetia, Münchner Verein, Nürnberger, Stuttgarter, Talanx, VHV, WVK und Zürich ist der DWS Deutschland. Die DWS fährt zwar den heißesten Reifen im Feld (Verlust -30%), steht aber auf dem Treppchen oft mit oben.

# Mischfonds Defensiv

	Fonds	Währ.	ISIN	Fonds- volumen in Mio	Ertrag 1 Jahr	Ertrag 3 Jahre	Ertrag 5 Jahre	Ertrag 10 Jahre	Volatilität 1 Jahr	höchster Verlust 3 Jahre
1	M&G Optim Inc. A-H Grs Acc Hdg EUR	Euro	GB00B1VMCY93	15.118	8,98	9,32	11,22		3,20	-2,92
2	MEAG EuroErtrag	Euro	DE0009782730	133	13,93	9,94	7,98	6,30	3,77	-6,53
3	Ethna-GLOBAL Defensiv T	Euro	LU0279509144	711	9,44	5,04	7,83		2,11	-6,40
4	Bantleon Opportunities S PA	Euro	LU0337413677	1.232	4,63	6,15	6,72		3,38	-1,24
5	Ethna-AKTIV E A	Euro	LU0136412771	4.004	9,34	5,90	6,57	9,60	2,50	-7,07
6	ARIQON Konservativ T	Euro	AT0000615836	151	4,73	3,89	5,80		1,81	-3,13
7	PRIME VALUES Income EUR A	Euro	AT0000973029	242	4,44	5,14	5,18	5,07	2,83	-2,75
8	Allianz Strategie Stabilität	Euro	DE0009797282	42	6,55	4,48	3,93		3,50	-4,82
9	CS Portfolio Fund (Lux) Income EUR B	Euro	LU0091100890	422	5,62	5,25	3,80	3,72	3,21	-5,25
10	Allianz Flexi Rentenfonds A EUR	Euro	DE0008471921	560	6,74	6,08	3,80	4,47	4,36	-3,51
11	Sauren Global Defensiv A	Euro	LU0163675910	1.215	4,12	2,56	2,56	3,90	1,60	-3,19
12	Argentos Sauren Stabilitäts-Portfolio	Euro	DE000DWS0PC1	28	2,82	2,33	2,07		1,78	-3,60
13	HVB Vermögensdepot priv Balance PI	Euro	DE000A0M0341	2.491	1,27	3,35	0,82		3,08	-3,05
14	Bantleon Opportunities L PT	Euro	LU0337414303	1.143	6,92	9,46			5,80	-2,42
15	PrivatFonds: Kontrolliert	Euro	DE000A0RPAM5	777	6,16				3,03	

## KOMMENTAR

Der Anspruch des Anlegers an defensive Misch- oder vermögensverwaltende Fonds ist simpel. Der Ertrag sollte 50% über einem Festgeld liegen, keine Verluste jenseits eines halben Jahres einfahren und eine Volatilität unter 2% ausweisen. Die Ertragsziele werden von den ersten 7 Fonds klar erreicht, die Risikoziele nur mit Ethna Defensiv (bei LV1871). Bantleon findet sich bei HDI, Ariqon und Sauren bei der Continentale.

Performancesieger M&G: Basler, Gothaer. Meag ist natürlich bei Ergo. Der Ethna Aktiv A fand Aufnahme bei AL, Continentale, Gothaer, HDI, LV 1871 und Volkswahlbund.

Spannend werden die kommenden Jahre. Mit festverzinslichen „sicheren“ Staatsanleihen sind bei Renten im 10-Jahresbereich kaum mehr als 2% erzielbar. Selbst Unternehmensanleihen

werfen kaum über 4% ab. Die Grundlage vieler Fonds, mit Renten gute 4% zu erreichen und mit Aktien noch einen Schnaps drauf zu setzen, entfällt. Das Potential steigender Kurse durch fallende Zinsen ist bei einem Leitzinsen zwischen 0 – 0,75% kaum gegeben.

# Mischfonds Ausgewogen und Garantie

	Fonds	Währ.	ISIN	Fonds- volumen in Mio	Ertrag 1 Jahr	Ertrag 3 Jahre	Ertrag 5 Jahre	Ertrag 10 Jahre	Volatilität 1 Jahr	höchster Verlust 3 Jahre
1	Franklin Temp Gbl Fnd Str A Acc	Euro	LU0316494805	547	12,13	9,78	7,60		6,45	-10,64
2	Carmignac Patrimoine A EUR Acc	Euro	FR0010135103	29.435	4,30	4,49	5,87	7,98	6,12	-5,24
3	BGF Global Allocation A2	Euro	LU0171283459	10.912	5,40	7,00	4,92	6,85	6,34	-8,11
4	BNP Paribas Plan Target Click 2032 A	Euro	LU0111809066	20	6,08	6,86	4,42	6,16	5,56	-6,01
5	BNP Paribas Plan Target Click 2027 A	Euro	LU0111808332	17	5,47	6,40	4,37	6,00	5,22	-6,05
6	FvS Strategie Ausgewogen R	Euro	LU0323578145	293	6,34	6,68	4,32		5,51	-2,22
7	BNP Paribas Plan Target Click 2020 A	Euro	LU0111806633	35	3,46	4,81	4,29	5,37	3,54	-5,41
8	Allianz Strategie Balance	Euro	DE0009797258	200	8,01	7,00	4,21	4,74	4,95	-6,39
9	Templeton Global Balanced N Acc	Euro	LU0140420323	487	11,67	8,47	4,09	5,22	7,54	-12,56
10	Sarasin GlobalSar Balanced CHF	CHF	LU0058890657	235	7,79	9,75	4,05	5,68	4,42	-10,14
11	BNP Paribas Plan Target Click 2018 A	Euro	LU0111806476	24	3,06	4,20	4,03	5,09	3,06	-4,92
12	DWS FlexPension 2020	Euro	LU0216062512	171	4,71	7,13	3,96		3,88	-9,03
13	Sarasin Sustainable Portf. Baled EUR	Euro	LU0058892943	208	6,90	7,18	3,92	4,15	3,81	-7,88
	DWS FlexPension 2021	Euro	LU0252287403	161	4,68	7,40	3,90		4,44	-9,91
	Sauren Global Balanced A	Euro	LU0106280836	403	5,24	4,88	2,26	6,22	3,12	-5,97
	DWS FlexPension 2013	Euro	LU0174276526	210	0,02	1,39	2,18		0,38	-2,98
	BNP Paribas Plan Target Click 2013 A	Euro	LU0111805155	9	-0,20	0,70	1,85	3,31	0,11	-2,84
	HVB Vermögensdep. priv Wachstum PI	Euro	DE000A0M0358	1.179	1,62	4,27	0,74		4,06	-4,93
	DekaStruktur: 2 Wachstum	Euro	LU0109011626	582	4,68	1,39	-0,10	2,88	2,45	-10,71
	DekaStruktur: 2 Chance	Euro	LU0109012194	627	2,67	2,55	-1,69	3,50	5,48	-15,55
	DWS FlexPension 2023	Euro	LU0361685794	1.121	5,58	8,45			5,68	-11,26
	PIMCO GIS Gbl Multi-Ass E EUR Hdg	Euro	IE00B4YYYY703	2.956	0,37	4,74			7,12	-11,31

## KOMMENTAR

Fonds mit einer Aktienquote um 50% und Garantiefonds finden sich in diesem Sektor.

Drei Schwergewichte:

1. Franklin Templeton (AXA, Basler, Ergo Gothaer, HDI, Universa, VKB, WWK),
2. Carmignac (Allianz, AXA, Alte Leipziger, ARAG, CanadaLife, Condor, Continentale, Fingro, Friends-Provident, Generali, Gothaer, Hannoversche, Heidelberg, Helvetia, LV 1871, MoneyMaxx, Nürnberger, PrismaLife, R+V, Stuttgarter, SwissLife, UniVersa, Volks-

wohlBund, VHV, ViennaLife, Württembergische, WWK, Zürich) und 3.BGF (Allianz, HDI, Volkswohlbund), dominieren nicht nur mit zusammen über 40 Mrd. Euro, sondern auch mit guter Performance. 5% und mehr waren hier möglich. Volatilität und Verluste lagen auf erträglichen Niveaus.

Keinen Blumentopf können die aufgeführten Garantiefonds erzielen. Die beiden in 2013 auslaufenden BNP und Flex Pension erzielen um 2% über 5 Jahre,

BNP 2013 schafft sogar einen negativen Ertrag über 1 Jahr. Gar über 5 Jahre negativ zu sein bringt die Deka für 1,2 Mrd. Euro Anlagesumme fertig, Versicherungsnehmer der Sparkassen-Versicherung und des HDI werden nicht amused sein.

Verlustarm und trotzdem ordentlich im Ertrag schafft es FvS: Condor, Continentale, in der ausgewogenen Strategie auf Rang 6.

# Mischfonds Dynamisch

	Fonds	Währ.	ISIN	Fonds- volumen in Mio	Ertrag 1 Jahr	Ertrag 3 Jahre	Ertrag 5 Jahre	Ertrag 10 Jahre	Volatilität 1 Jahr	höchster Verlust 3 Jahre
1	FvS Strategie Multiple Opportunities R	Euro	LU0323578657	3.394	11,14	12,09	11,89		7,66	-5,61
2	Antea	Euro	DE000A0DPZJ8	120	5,55	5,41	8,12		5,53	-10,22
3	Sauren Global Stable Growth A	Euro	LU0136335097	32	7,86	8,09	7,81	9,33	3,97	-8,00
4	Pioneer Inv Substanzwerte	Euro	DE0009792002	94	0,04	7,34	5,23	7,99	6,27	-12,99
5	C-QUADRAT ARTS Total R Balanced T	Euro	AT0000634704	198	6,77	3,12	5,11		4,54	-6,92
6	Argentum Performance Navigator	Euro	DE000A0MY0T1	41	8,83	7,07	4,69		4,51	-15,95
7	ETF-Dachfonds P	Euro	DE0005561674	232	1,06	0,33	4,59		6,24	-17,13
8	C-QUADRAT ARTS TR Global AMI	Euro	DE000A0F5G98	553	5,87	0,97	4,36	7,38	5,09	-16,01
9	Phaidros Funds - Balanced A	Euro	LU0295585748	50	6,95	4,27	4,00		3,83	-10,55
10	PremiumStars Chance	Euro	DE0009787077	71	7,32	10,37	3,80	6,73	6,65	-11,11
11	Allianz Strategie Wachstum	Euro	DE0009797266	274	9,03	8,48	3,78	5,09	6,69	-10,47
12	Best-in-One Europe Balanced P EUR	Euro	DE0006372568	33	10,68	7,23	3,52	7,15	5,22	-11,41
13	C-QUADRAT ARTS Total R Dynamic T	Euro	AT0000634738	336	5,21	0,79	3,34		5,26	-15,48

## KOMMENTAR

Zur Königsklasse mausern sich die aggressiveren Fonds. Derzeit unangefochtener Kaiser ist Bert Flossbach mit dem Multiple Opportunities (Alte Leipziger, ARAG, Canada Life, Condor, Continentale, HDI, LV 1871, PrismaLife, Stuttgarter, Volkswohl Bund, VdH). Der Multiple Opportunities ist größter Fonds, bester 1-, 3-, und 5-Jahres Ertrag bei geringstem Verlust über 3 Jahre. Wir verneigen uns, treten alle anderen Fonds in Tonne und stellen die Analyse hiermit ein.

Aber Stopp, das hier ist der Blick in den Rückspiegel. Die Projektion nach vorn,

in die nächsten 5 Jahre klappt so einfach leider nicht. Im laufenden Jahr zeigt mir meine Watchlist 2 Fonds, die etwas bessere Ergebnisse bieten und das Zauberwort der Geldanlage lautet mehr denn je Diversifikation.

Eine gute Diversifikation zu FvS bietet Sauren mit dem Stable Growth (Volkswohlbund), beste Volatilität und geringer Verlust mit dem höchsten Ertrag über 10 Jahre. Warum in diesen Fonds nur 32 Mio. Euro investiert wurden, erschließt sich mir nicht. Wieder im Kommen sind nach nun fast 3 Jahren politischer Bör-

sen die Trendfolgemodelle, allen voran C-Quadrat mit dem Balanced (Gothaer, Hanse, LV 1871, Münchener Verein, PrismaLife). Diversifikation im Programm mit den großen 3 deutschen Fondsmanagern bietet Antea (Condor, Helvetia, IQ4Life, InterRisk).

Im Antea ist zu je 1/3 das Know-how von Dr. Hendrik Leber Dr. Jens Erhardt und Dr. Bert Flossbach gebündelt; künftig kommt die Expertise des Rothschild Wealth Management hinzu.

# Aktienfonds Europa

	Fonds	Währ.	ISIN	Fonds- volumen in Mio	Ertrag 1 Jahr	Ertrag 3 Jahre	Ertrag 5 Jahre	Ertrag 10 Jahre	Volatilität 1 Jahr	höchster Verlust 3 Jahre
1	Threadneedle Eurp SmCos Ret Net EUR Acc	Euro	GB0002771383	1.660	27,67	20,54	9,51	17,51	8,80	-16,29
2	Allianz Wachstum Europa A EUR	Euro	DE0008481821	1.012	18,24	16,57	9,31	12,40	9,87	-16,92
3	Comgest Growth Europe Acc	Euro	IE0004766675	980	25,51	16,08	8,63	9,67	7,12	-10,08
4	Franklin European Growth A Acc	Euro	LU0122612848	512	21,41	13,22	8,49	10,63	8,89	-13,02
5	Threadneedle Eurp Sel Ret Net EUR	Euro	GB0002771169	2.163	21,09	17,26	7,68	10,88	10,42	-15,42
6	Baring Europe Select EUR	Euro	GB0030655780	1.095	23,45	14,54	7,45	16,26	9,00	-22,07
7	Allianz Wachstum Euroland A EUR	Euro	DE0009789842	214	18,03	14,08	6,97	11,96	10,07	-18,30
8	GS&P Fonds Family Business R	Euro	LU0179106983	218	17,86	10,63	6,89		9,35	-19,12
9	Invesco Pan European Struct. Eq A Acc	Euro	LU0119750205	1.276	16,58	13,48	6,06	10,44	8,10	-13,43
10	Threadneedle Pan Eurp Ret Net EUR	Euro	GB0009583252	257	12,03	13,03	5,12	9,18	9,87	-17,58
11	DWS Zürich Invest Aktien Schweiz	Euro	DE0008490145	200	20,35	12,47	5,01	12,19	9,30	-21,66
12	Invesco Europa Core Aktienfonds	Euro	DE0008470337	63	17,18	12,12	4,94	9,62	7,73	-13,12
13	Nordea-1 European Value BP	Euro	LU0064319337	1.034	14,60	10,92	4,72	9,14	7,99	-17,88
	Metzler Aktien Europa AR	Euro	DE0009752220	84	12,12	7,09	0,14	4,60	9,99	-18,92
	Fidelity European Growth A-EUR	Euro	LU0048578792	7.016	9,54	7,26	-0,68	7,82	8,51	-23,25
	iShares EURO STOXX 50 (Acc) (DE)	Euro	DE000A0RD800	80	9,23	2,73			14,60	-25,28

## KOMMENTAR

Wie schwierig die letzten 5 Jahre für Europa-Aktienfonds-Manager waren, zeigt der Fidelity European Growth. Er fabriziert nämlich ein Minus, ist aber immer noch besser als der Index-Fonds von iShares. Der besitzt das Pech, stur dem Index und damit den Banken hinterher zu investieren. Ausgerechnet der Fidelity-Fonds ist der am häufigsten investierte Fonds in deutschen Fondspolice.

Auf den Rängen 1–13 finden sich Fonds, die das Investieren in Europa mindestens genauso gut können, nicht das Volumenproblem von 7 Mrd. Euro buckeln müssen und oft jenseits des Index in eher kleine Unternehmen investieren können. Bester Fonds – und das seit Jahren, ist der Small Cap von Threadneedle (Continentale HDI, LV 1871). Ein Manko sind momentan der Fondsmanagerwechsel und die Größe des Fonds.

Ein kleineres Fondsvolumen und beste Risikowerte bietet Comgest im Growth Europe (Continentale). Der Fonds ist mit 32 Werten sehr konzentriert, investiert in Weltmarktführer mit Wachstum- und Gewinnpotential. Größte Werte derzeit sind SAP und L'Oréal. Im zweitplatzierten Fonds der Allianz (Allianz und HDI) verfolgt Thorsten Winkelmann einen ähnlichen, wachstumsorientierten Ansatz mit einem breiter aufgestellten Portfolio.

# Aktienfonds Emerging Markets

	Fonds	Währ.	ISIN	Fonds- volumen in Mio	Ertrag 1 Jahr	Ertrag 3 Jahre	Ertrag 5 Jahre	Ertrag 10 Jahre	Volatilität 1 Jahr	höchster Verlust 3 Jahre
1	Aberdeen Global Emerging Mkts Sm Cos A2	USD	LU0278937759	2.716	20,44	21,01	15,72		8,97	-19,65
2	Aberdeen Global Emerg. Mkts Eq A2	USD	LU0132412106	12.620	10,60	14,46	10,90	18,23	12,60	-15,70
3	First State Gbl Em. Mkts Ldrs A GBP	GBP	GB0033873919	4.705	13,54	16,57	10,70		10,03	-12,31
4	Vontobel Emerging Markets Eq B	USD	LU0040507039	4.010	8,94	17,01	8,01	16,67	7,19	-9,64
5	Fidelity EMEA A-Acc-EUR	Euro	LU0303816705	919	5,51	9,60	5,61		13,00	-25,10
6	Keppler-Emerging Mkts-LBB-INVEST	Euro	DE000A0ERYQ0	215	0,78	8,08	3,47		11,71	-19,92
7	iShares MSCI Emerging Mrk (DE)	Euro	DE000A0HGZT7	5.694	-0,18	5,66	3,12		11,99	-24,29
8	Carmignac Emergents A EUR Acc	Euro	FR0010149302	2.370	5,04	11,45	2,99	15,04	7,70	-17,23
9	Templeton Emerging Markets A YDis \$	USD	LU0029874905	1.030	4,42	8,14	2,97	11,39	10,84	-20,75
10	Magellan C	Euro	FR0000292278	3.715	0,04	5,58	2,34	15,62	10,30	-22,61
	JPM Emerging Mkts Eq A (acc)-EUR	Euro	LU0217576759	4.555	3,20	7,32	2,20	14,67	11,78	-23,60
	Fidelity Emerging Markets A-USD	USD	LU0048575426	2.462	5,58	9,26	0,34	13,31	10,12	-22,09
	BGF Emerging Europe A2 EUR	Euro	LU0011850392	3.084	0,39	4,81	-3,47	14,36	17,79	-31,26
	Templeton BRIC A Acc \$	USD	LU0229945570	1.357	-8,62	-1,40	-4,44		12,43	-28,37
	BGF Latin American A2	Euro	LU0171289498	3.503	-7,81	2,55	1,10	20,62	14,08	-29,07

## KOMMENTAR

Frappierend, Aberdeen saht mit beiden Fonds doppelt ab; nicht nur Milliarden-Volumina sondern auch Performance. Der Small cap (HDI) hat gegen den Global Emerging Markets (Allianz, HDI) sogar in einer geringeren Schwankung die Nase vorn. Fast so ertragreich managt Firste State (Volkswohlbund); und ist in Verlustphasen erfolgreicher.

König des Risikos ist der Vontobel EM (Continental), in New York von Rajiv Jain nach klaren Value-Kriterien gema-

nagt. Die geringste Volatilität und ein Verlust im einstelligen Bereich zeichnen ihn aus. Bescheiden nehmen sich die Erträge in den BRIC-Fonds aus. Der Templeton, stellvertretend für diese, musste über alle Zeitphasen Verluste einstecken.

Für Freud und Leid steht der BGF Latin American (HDI). Wer 10 Jahre dabei ist, hat den höchsten Ertrag dieses Sektors. Wer vor einem Jahr einstieg, fast den höchsten Verlust.

Der Markt des letzten Jahres war die Türkei, für Policensparer bisher nicht investierbar. Im Kommen sind bereits Fonds für Südosteuropa + Nordafrika wie der Fidelity EMEA und zukünftig auch reine Afrikafonds. Wie üblich ist die Branche hier nicht ganz ausgeschlafen, um diese Märkte zeitnah in ihre Fondspalten zu integrieren.

# Aktienfonds Fernost

	Fonds	Währ.	ISIN	Fonds- volumen in Mio	Ertrag 1 Jahr	Ertrag 3 Jahre	Ertrag 5 Jahre	Ertrag 10 Jahre	Volatilität 1 Jahr	höchster Verlust 3 Jahre
1	Fidelity Thailand A-USD	USD	LU0048621477	1.070	37,99	40,29	21,31	21,54	11,69	-15,10
2	Fidelity Indonesia A-USD	USD	LU0055114457	737	19,99	22,75	17,18	25,49	17,48	-13,65
3	Fidelity ASEAN A-USD	USD	LU0048573645	1.761	16,38	19,46	10,31	15,34	11,46	-15,81
4	Fidelity Singapore A-USD	USD	LU0048588163	126	17,57	14,45	9,92	15,25	11,93	-19,00
5	Fidelity Malaysia A-USD	USD	LU0048587868	173	2,71	15,52	9,18	12,46	12,02	-13,85
6	Fidelity Australia A-Acc-AUD	AUD	LU0261950041	498	22,55	14,47	8,12		14,77	-17,48
7	Parvest Equity Australia C D	AUD	LU0111481668	126	18,83	10,60	7,88	14,25	14,54	-18,56
8	Skandia Pacific Equity A1	USD	IE0005264431	492	11,23	14,61	7,73	14,45	13,07	-13,04
9	Templeton Asian Growth A Acc	Euro	LU0229940001	14.468	7,73	13,30	7,18		10,45	-19,59
	Fidelity South East Asia A-USD	USD	LU0048597586	4.704	8,90	10,37	5,91	15,20	9,71	-22,70
	DWS Top 50 Asien	Euro	DE0009769760	1.569	6,33	5,40	1,16	10,03	9,48	-21,90
	Baring Hong Kong China A EUR Inc	Euro	IE0004866889	2.119	0,91	1,42	-0,38	14,99	12,97	-26,97
	JPMorgan China A (dist)-USD	USD	LU0051755006	1.921	3,48	1,73	-0,51	13,76	14,87	-34,34
	JPMorgan India A USD Inc	USD	LU0058908533	1.463	-0,18	3,30	-0,82	17,39	15,88	-30,25

## KOMMENTAR

Schwächelnde Elefanten: Indien und China als bevölkerungsreichste Länder des Kontinents knicken ein und bringen Exotenfonds in der Tabelle nach vorn. Thailand und Indonesien waren nicht zu schlagen, die Fonds aber leider nur bei Skandia investierbar. Skandia hat im

letzten Jahr das Deutschland-Geschäft für Neukunden eingestellt, was zum exotischen Hauch des Investments beiträgt. Investierbar in der Region ist der Templeton Asian Growth (Gothaer, HDI, LV 1871, WWK) mit einem respektablen aber nicht umwerfenden Ergebnis von

7,2% über 5 Jahre. Die China und Indien-Fonds sowohl von Baring als auch JPM verzeichnen über die 5 Jahre immer noch Verluste. Die letzten 6 Monate zeigen allerdings Hoffnungsschimmer für unsere Elefanten.



# Aktienfonds International

	Fonds	Währ.	ISIN	Fonds- volumen in Mio	Ertrag 1 Jahr	Ertrag 3 Jahre	Ertrag 5 Jahre	Ertrag 10 Jahre	Volatilität 1 Jahr	höchster Verlust 3 Jahre
1	Franklin Mutual Global Disc A YDis	Euro	LU0260862726	760	11,56	9,05	6,00		6,75	-15,27
2	UniGlobal	Euro	DE0008491051	8.311	10,24	10,75	5,66	8,43	7,83	-14,24
3	LOYS Sicav - LOYS Global P	Euro	LU0107944042	451	10,44	9,77	5,56	8,27	8,91	-13,09
4	BGF Global SmallCap A2	USD	LU0054578231	234	10,42	11,21	5,45	8,88	7,39	-16,29
5	Schroder ISF Gbl Smaller Comp A Acc	USD	LU0240877869	177	9,01	10,66	5,34		7,56	-17,13
6	Gamax Funds Junior A	Euro	LU0073103748	74	8,11	9,82	5,26	5,77	7,31	-7,25
7	Sauren Global Growth Plus	Euro	LU0115579376	42	7,27	9,72	5,26	8,56	6,80	-14,63
8	Fidelity Gbl Opportunities A-Acc-EUR	Euro	LU0267387255	369	14,18	10,79	5,14		7,45	-12,96
9	DWS Internationale Aktien Typ O	Euro	DE0009848010	37	15,45	17,02	4,99	7,86	9,23	-11,10
10	Warburg Value A	Euro	LU0208289198	359	4,54	7,40	4,87		10,08	-18,47
11	JPM Global Focus A EUR Dis	Euro	LU0168341575	1.307	8,08	7,61	4,85		8,67	-20,31
12	DWS Top Dividende	Euro	DE0009848119	9.848	10,64	11,20	4,61		7,61	-6,82
13	iShares MSCI World (DE)	USD	DE000A0HGZR1	4.195	12,90	10,74	4,33		6,83	-15,02
14	Templeton Growth A	USD	US8801991048	12.108	16,75	11,85	4,19	5,59	8,97	-16,06
15	Acatris Aktien Global Fonds UI A	Euro	DE0009781740	293	9,98	5,49	4,18	10,11	8,16	-18,32
16	Carmignac Investissement A EUR Acc	Euro	FR0010148981	8.581	2,82	6,57	3,71	11,39	6,44	-12,63
17	Templeton Growth Euro A Acc	Euro	LU0114760746	5.325	15,94	10,79	3,46	4,79	8,35	-15,93
18	Sauren Global Opportunities	Euro	LU0106280919	193	3,05	5,36	3,39	9,80	4,45	-13,29
19	M&G Global Basics A EUR	Euro	GB0030932676	6.222	-0,85	8,22	1,16	12,39	9,58	-15,88
20	DWS Vermögensbildungsfonds I	Euro	DE0008476524	5.255	6,20	4,41	0,39	5,87	6,09	-21,48
21	M&G Global Dividend EUR A	Euro	GB00B39R2S49	6.778	14,23	14,19			9,17	-10,81

## KOMMENTAR

Die Spitze in der 5-Jahres-Performance liegt dicht beisammen. Von den Schwergewichten hat es nur der Uniglobal (Continental) in die Spitzengruppe geschafft. Rang 1 belegt ein relativ junger Fonds von Franklin, der Mutual Global (AXA, Gothaer, HDI, Heidelberger) mit minimalen Anlagerestriktionen und einem Deep-Valueansatz. Der Fonds ist breit aufgestellt. Sein geografischer Schwerpunkt liegt in den USA und GB. Sowohl der Value-Ansatz als auch der US-Schwerpunkt laufen gerade sehr positiv für den Fonds.

Ein deutscher Fondsmanager, Dr. Christoph Bruns, in Chicago wohnend aber

in heimischen Gefilden für die Aktienkultur streitend, sorgt für Topp-Ergebnisse im Loys Global (ARAG, Friends Provident, Prisma Life, Skandia). Bruns stellt ein konzentriertes Portfolio mit 30 – 50 Werten auf der Grundlage von Unterbewertungen von Unternehmen zusammen. Derzeit findet er diese verstärkt in Deutschland und USA.

Die niedrigsten Verluste über die letzten 3 Jahre erzielt der DWS Top Dividende (Allianz ,AL, AXA, Baloise, Barmenia, Concordia, Delta Lloyd, ERGO, Generali, Gothaer, HanseMerkur, Heidelberger Leben, Helvetia, Mecklenburgische, Münchener Verein, Nürnberger, Stutt-

garter, Talanx, VHV, Volkswohl Bund, Züricher)

Trotz temporärer Schwächen liegen im 10-Jahres-Vergleich M&G Global Basics und Carmignac Investissements mit über 11% an der Spitze. Newcomer des Jahres ist ein Oldie, der Templeton Growth legt mit über 15% auf 1-Jahr das beste Ergebnis hin. Damit werden die Scharten der letzten Jahre langsam ausgebessert.

# Aktienfonds USA

	Fonds	Währ.	ISIN	Fonds- volumen in Mio	Ertrag 1 Jahr	Ertrag 3 Jahre	Ertrag 5 Jahre	Ertrag 10 Jahre	Volatilität 1 Jahr	höchster Verlust 3 Jahre
1	Threadneedle (Lux) American AU	USD	LU0061475181	170	10,87	12,50	9,64	7,37	8,56	-10,09
2	T. Rowe Price US Lg-Cap Grwth Eq A	USD	LU0174119429	791	10,08	14,27	9,33		10,88	-13,44
3	Threadneedle Amer Ret Net USD	USD	GB0002769429	2.476	11,32	14,20	8,01	6,50	10,44	-11,37
4	Legg Mason Royce Smlr Coms A Acc \$	USD	IE00B19Z6F94	424	5,73	12,14	7,86		5,61	-20,68
5	UBS (Lux) EF Sm Caps USA USD P-acc	USD	LU0038842364	278	6,77	17,15	7,33	6,38	9,41	-16,86
6	Fidelity America A-USD	USD	LU0048573561	1.694	14,85	13,30	7,28	6,18	8,97	-14,65
7	Pictet USA Index-R USD	USD	LU0130733172	1.199	15,10	13,92	6,98	5,07	8,22	-11,78
8	JPM America Large Cap A (acc)-USD	USD	LU0210528849	77	10,03	11,22	6,43		9,20	-12,65
9	JPM America Eq A (dist)-USD	USD	LU0053666078	482	12,77	12,16	6,26	4,69	11,26	-14,00
10	Allianz US Equity A EUR	Euro	IE0031399342	1.524	6,43	9,32	5,84	6,09	10,19	-16,01
	BGF US Basic Value A2	USD	LU0072461881	849	11,05	10,42	5,22	4,60	9,15	-16,88
	Pioneer Fds US Pioneer C EUR ND	Euro	LU0133646058	2.135	9,47	8,82	3,22	3,27	7,41	-16,34
	ComStage ETF S&P 500	USD	LU0488316133	99	15,00				8,84	

## KOMMENTAR

Die Konjunkturindikatoren ziehen an und sorgen für positive Zahlen bei US-Fonds. Sind die 10-Jahreserträge eher bescheiden, so verzeichnen viele Fonds über 3-Jahres zweistellige Ergebnisse. Besonders positiv agiert Threadneedle mit dem American (Allianz, Helvetia, Neue

Leben, Nürnberger) und dem American Ret Net (Condor, HDI Gerling, LV 1871, Moneymaxx, Nürnberger, Neue Leben). Mittlerweile sind beide Fonds zu etwa 90% deckungsgleich und investieren in die großen Standardwerte. Größte Positionen sind Pfizer und Apple.

Im Gegensatz zu vielen anderen Sektoren führen die Small Caps in den USA ein Schattendasein. Beste 1-Jahresresultate verzeichnen mit Pictet und ComStage zwei Indexfonds.

# Aktienfonds Japan

	Fonds	Währ.	ISIN	Fonds- volumen in Mio	Ertrag 1 Jahr	Ertrag 3 Jahre	Ertrag 5 Jahre	Ertrag 10 Jahre	Volatilität 1 Jahr	höchster Verlust 3 Jahre
1	BGF Japan Sm & MidCap Opps A2 USD	USD	LU0006061252	300	10,89	7,10	4,02	2,74	9,05	-13,45
2	AXA Rosenbg Jap. Sm Cp Alpha B EUR	Euro	IE0031069721	227	8,72	8,10	3,56	6,06	11,04	-14,06
3	DWS Japan Opportunities	Euro	DE0008490954	79	5,36	4,17	1,06	2,98	10,56	-15,92
4	Fidelity Japan A-Acc-JPY	JPY	LU0251132410	360	2,93	1,88	-2,07		8,56	-21,15
5	Fidelity Japan A-JPY	JPY	LU0048585144	360	2,93	1,86	-2,07	1,45	8,56	-21,14
6	Pioneer Fds Japanese Eq A EUR ND	Euro	LU0119372687	304	4,35	1,43	-2,42	0,82	9,19	-20,19
7	Schroder ISF Japanese Eq A EUR Hdg	Euro	LU0236737465	721	17,02	5,32	-4,80	1,98	19,39	-21,76

## KOMMENTAR

Die Politik des vielen und billigen Geldes lässt Japan-Fonds gerade eine neue Blüte erleben. Diese könnte mit einem billigen Yen anhalten, Exportwerte wie Toyota gewinnen damit z.B. gegen VW

deutliche Wettbewerbsvorteile. Die längeren Laufzeiten fallen schlimm aus: über 5 Jahre liegen die Erträge im Mittel unter Null, über 10 Jahre kaum darüber. Beste Fonds sind 2 Small Caps von BGF

(Continental) und AXA (Skandia). Über 1-Jahr setzt sich Schroder mit einem Euro-gehedgten Fonds, der die Währungsverluste des YEN damit absicherte, an die Spitze.

# Alternativ Investments

	Fonds	Währ.	ISIN	Fonds- volumen in Mio	Ertrag 1 Jahr	Ertrag 3 Jahre	Ertrag 5 Jahre	Ertrag 10 Jahre	Volatilität 1 Jahr	höchster Verlust 3 Jahre
1	Amundi Fds Abs Vol World Eqs AU-C	USD	LU0319687124	1.805	-6,64	1,51	7,62		15,70	-18,33
2	Pioneer Inv Total Return A EUR DA	Euro	LU0149168907	505	5,11	3,41	3,26	3,59	2,28	-5,15
3	HSBC Trinkaus Aktienstrukt Europa	Euro	LU0154656895	27	9,32	4,68	0,84	3,83	7,43	-16,07
4	Salus Alpha Managed Futures VT	Euro	AT0000A08QK3	2	-48,17	-20,87	-14,30		23,43	-61,08
5	Nordea-1 Heracles Long/Short MI BP	Euro	LU0375726329	114	9,11	1,72			7,38	-10,55
6	Salus Alpha RN Special Situations VT	Euro	AT0000A0GZ08	19	6,38				5,32	
7	MEAG FairReturn A	Euro	DE000A0RFJ25	314	5,74				1,83	
8	Invesco Balanced-Risk Alloc A Acc	Euro	LU0432616737	3.321	2,34	11,29			5,47	-3,90

## KOMMENTAR

Eigentlich kommen diese Fonds in Polizen noch nicht vor, das dürfte sich vor dem Hintergrund zinsloser Zeiten aber ändern. Einer der meistgekauften Fonds im letzten Jahr war der Invesco Balanced Risk (Skandia, Nürnberger, Volkswohlbund, HDI, Canada Life, Continentale, IQ Strategies, Vienna Life, Heidelberger Leben) mit einem Volumen von nunmehr 3,3 Mrd. Euro und einem Ertrag

von 11,3% über 3 Jahre. Ruhig, ertragreich und unkorreliert zu den übrigen Anlageklassen, passt er in viele Depots.

Ebenfalls interessant zur Absicherung in Krisen ist das Vola-Konzept von Amundi, vertreten durch den World Equity (Skandia). Der Fonds erzielte 7,6% über 5 Jahre und sicherte die Abstürze der Aktienmärkte im Herbst 2008, Sommer

2010, August 2011 und Frühjahr 2012 hervorragend ab. In ruhigen, positiven Phasen wie seit Ende Sommer 2012, hat er allerdings Federn lassen müssen. Anlagekonzepte wie das von Amundi sind sehr sinnvoll als Beimischung und werden auch in Fondspolizen an Bedeutung gewinnen.

# Aktienfonds Rohstoffe

	Fonds	Währ.	ISIN	Fonds- volumen in Mio	Ertrag 1 Jahr	Ertrag 3 Jahre	Ertrag 5 Jahre	Ertrag 10 Jahre	Volatilität 1 Jahr	höchster Verlust 3 Jahre
1	DWS Gold plus	Euro	LU0055649056	461	-10,14	12,50	6,86	12,23	12,31	-12,60
2	Pioneer Inv Akt Rohstoffe A EUR ND	Euro	DE0009779884	106	-7,05	3,76	-0,40	12,52	13,62	-24,89
3	Aberdeen Global Wld Res Eq S2	USD	LU0505784297	223	-5,57	5,05	-3,18	9,25	11,64	-20,20
4	BGF World Gold A2	Euro	LU0171305526	4.165	-29,26	-1,14	-3,61	9,11	22,56	-34,60
5	DJE Gold & Ressourcen P	Euro	LU0159550077	102	-22,56	-2,09	-5,49	5,34	17,39	-36,43
6	JPM Global Natural Res. A (acc)-EUR	Euro	LU0208853274	1.245	-28,31	-3,33	-8,26		18,40	-39,45
7	BGF World Mining A2	Euro	LU0172157280	7.914	-23,56	-3,58	-9,12	12,03	19,25	-36,06
8	Pioneer SF EUR Commod. A EUR ND	Euro	LU0271695388	187	-10,55	0,52	-10,15		15,77	-25,97
9	Pictet Timber-P EUR	Euro	LU0340559557	522	25,98	13,10			8,83	-26,16
10	Threadneedle(Lux) Enh Cmdty Port AEH	Euro	LU0515768454	775	-7,75				15,47	
11	Pioneer Fds Cmdty Alpha A EUR HND	Euro	LU0313643370	369	-9,91	-2,24			16,47	-23,86
12	HANSAgold EUR	Euro	DE000A0RHG75	109	-12,01	10,69			15,59	-18,75

## KOMMENTAR

Glänzend über 10 Jahre, sind Rohstoffwerte das Sorgenkind der Anleger in den vergangenen 12 Monaten. Die Minenunternehmen kämpften mit steigenden Kosten und sinkenden Erträgen pro abgebautem Volumen. Von der Bewertungsseite her betrachtet, sind viele Unterneh-

men derzeit selten günstig, niedriges KGV und vor allem, wenn man die Diskrepanz zwischen Goldpreis und Bewertung der Goldreserven in den Minen sieht. Die Verluste vieler Fonds über 1 Jahr betragen derzeit gute 25 Prozent. Als Lichtblick offenbart sich Holz mit

dem Pictet Timber (Volkswahl Bund). Spitzenreiter des Sektors ist der DWS Plus, der leider nicht mehr vertrieben werden darf. Rang 2 belegt der kleine und breit aufgestellte Pioneer Rohstoffe (UniVersa).

# Aktienfonds Branchen

	Fonds	Währ.	ISIN	Fonds- volumen in Mio	Ertrag 1 Jahr	Ertrag 3 Jahre	Ertrag 5 Jahre	Ertrag 10 Jahre	Volatilität 1 Jahr	höchster Verlust 3 Jahre
1	Franklin Biotechnology Disc A Acc \$	USD	LU0109394709	344	28,66	22,01	17,78	10,09	13,40	-11,52
2	CS Equity Fd (Lux) Global Prestige B	Euro	LU0254360752	289	15,26	25,50	14,65		11,42	-18,71
3	MS INVF Global Brands A	Euro	LU0119620416	7.259	11,81	14,43	10,16	9,10	9,53	-4,49
4	Pictet Generics-P USD	USD	LU0188501257	297	16,14	8,92	8,93		8,77	-14,60
5	Fidelity Global Health Care A-EUR	Euro	LU0114720955	424	20,19	10,91	8,36	5,80	7,96	-10,31
6	DWS Health Care Typ O	Euro	DE0009769851	261	20,36	12,40	8,33	6,21	8,56	-9,90
7	AB SICAV Internatl Technology A USD	USD	LU0060230025	194	4,33	13,65	7,73	5,50	11,85	-14,37
8	JPM Europe Technology A (dist)-EUR	Euro	LU0104030142	120	16,64	13,41	7,24	11,06	12,46	-22,01
9	DWS Technology Typ O	Euro	DE0008474149	179	2,23	10,69	5,94	4,41	12,63	-13,94
10	DWS Telemedia Typ O	Euro	DE0008474214	291	13,63	11,68	5,66	5,50	8,86	-11,79
11	Sarasin Sustainable Water A	Euro	LU0333595436	220	18,70	10,99	5,30		7,76	-18,14
12	Pictet Water-P EUR	Euro	LU0104884860	2.360	13,45	12,80	5,13	9,94	8,86	-11,53
13	DWS Invest Global AgriBusiness LC	Euro	LU0273158872	1.954	11,12	8,94	3,01		10,70	-19,63
14	BNPP L1 Equity Europe Energy C C	Euro	LU0123341413	60	-8,37	5,94	0,15	11,72	13,14	-23,85
15	Pioneer Fds Global Ecology A EUR ND	Euro	LU0271656133	2.526	13,78	6,29	-0,79	8,65	6,10	-19,54
16	Invesco Asia Infrastructure A Acc	USD	LU0243955886	1.093	2,04	6,86	-1,16		11,88	-20,96
17	BGF World Energy A2	Euro	LU0171301533	2.243	-9,07	2,54	-2,84	9,45	14,99	-27,35
18	BGF New Energy A2	Euro	LU0171289902	1.071	2,81	-3,11	-10,77	5,91	7,91	-29,15
19	DJE Agrar & Ernährung P	Euro	LU0350835707	131	27,95	15,13			6,58	-18,29
20	Pictet Envir Megatrend Sel-P EUR	Euro	LU0503631714	23	10,48				7,56	

## KOMMENTAR

Ein munteres Sammelsurium unterschiedlicher Ausrichtungen zielt die Spitze: BioTech und Luxus-Brands, neben Generika und Healthcare. Am verbreitesten ist sicher Vermögensverwalters Liebling, der Morgan Stanley Global Brands (HDI, Skandia) mit über 7 Mrd.

Euro – einer der größten Aktienfonds überhaupt. Ertragreicher war BioTech von Franklin (Gothaer, HDI, WWK). Dank des guten letzten Jahres gewinnt der Fonds auch hier die Spitze. Nicht schlechter und sicher noch ein Thema der nächsten Jahrzehnte ist Agrar und

Ernährung. Unter anderem hat DJE auf dieser Basis einen Fonds auf die Beine gestellt und damit 27% im letzten Jahr verdient. Insgesamt sollten Branchen nur der Beimischung dienen. Wer hier zum falschen Zeitpunkt einsteigt, kann sich sehr lange die Finger verbrennen.

# Geldmarkt

	Fonds	Währ.	ISIN	Fonds- volumen in Mio	Ertrag 1 Jahr	Ertrag 3 Jahre	Ertrag 5 Jahre	Ertrag 10 Jahre	Volatilität 1 Jahr	höchster Verlust 3 Jahre
1	ERSTE Responsible Liquid T	Euro	AT0000A03969	41	2,84	2,42	3,21		0,79	-1,35
2	SGB Geldmarkt	Euro	DE0008488032	108	0,71	0,87	1,78	2,04	0,24	-0,07
3	Metzler Geldmarkt	Euro	DE0009761684	234	0,38	0,79	1,51	1,88	0,20	-0,12
4	FT AccuGeld (PT)	Euro	DE0009770206	773	0,35	0,76	1,40	1,90	0,10	-0,03
5	DWS Rendite Optima Four Seasons	Euro	LU0225880524	2.427	0,55	0,77	1,39		0,10	
6	Dexia Money Market Euro Sust C Acc	Euro	LU0206980129	124	0,06	0,44	1,25		0,09	-0,08
7	UBS (Lux) Money Market EUR P-acc	Euro	LU0006344922	1.784	0,15	0,38	1,02	1,57	0,06	-0,02
	DWS Flexizins Plus	Euro	DE0008474230	800	0,59	0,74	0,16	1,30	0,20	-0,15

## KOMMENTAR

Geldmarktfonds als Investment in Fondspolice sind ein Widerspruch in sich. Jahresergebnisse von 0 bis 1 Prozent rechtfertigen kein Investment. Diese Versicherungskunden gehören in den

Deckungsstock der klassischen Kapital-Lebensversicherung. Nicht zum Investieren, sondern zum vorübergehenden Parken; z.B. vor einer Auszahlung oder einer Neuinvestition. Auf diesem Feld die

niedrigste Volatilität, kaum Verlust und mit 1,4% sogar etwas Rendite, liefert der FT Accugeld (HDI, Universa)

# Immobilien

	Fonds	Währ.	ISIN	Fonds- volumen in Mio	Ertrag 1 Jahr	Ertrag 3 Jahre	Ertrag 5 Jahre	Ertrag 10 Jahre	Volatilität 1 Jahr	höchster Verlust 3 Jahre
1	MS INVF Asian Property A	Euro	LU0078112413	428	27,38	13,80	6,11	11,18	13,56	-25,28
2	Grundbesitz Europa	Euro	DE0009807008	3.685	2,87	3,09	3,46	4,42	0,88	
3	hausInvest	Euro	DE0009807016	9.294	2,43	2,74	3,39	3,55	0,47	
4	CS EUROREAL A EUR	Euro	DE0009805002	4.873	-3,75	-0,38	1,36	2,71	3,52	-3,95
5	Gerling Portfolio Real Estate	Euro	DE0009847483	66	-1,34	-0,81	0,52		1,50	-3,59
6	CS PortfolioReal A	Euro	DE0009751453	43	0,65	-0,81	-1,00		3,10	-8,92
7	AXA Immoselect	Euro	DE0009846451	2.197	-3,62	-3,72	-1,03	2,03	1,69	-10,77
8	Henderson Horizon Pan Eurp Prpty Eqs A2	Euro	LU0088927925	330	19,67	9,77	-4,17	7,07	10,40	-20,04
9	CS Equity Fund (Lux) Eurp Property B	Euro	LU0129337381	31	19,37	8,49	-4,67	5,60	9,74	-21,17
10	DEGI EUROPA	Euro	DE0009807800	715	-8,06	-12,82	-6,99	-2,30	4,19	-33,75

## KOMMENTAR

Eine Investmentklasse, die schnell abgehandelt ist, solange große Investoren Objekte in der Größe von Milliardenvolumen notverkaufen müssen. Diese Aus-

sage gilt aber nicht für die Ewigkeit. Einen gewissen Charme zu Beimischung haben dagegen REITS wie der MS Asian Property (Skandia) und CS European

Property (Volkswahl Bund), die knapp 20% im letzten Jahr verdienten.

# Rentenfonds

	Fonds	Währ.	ISIN	Fonds- volumen in Mio	Ertrag 1 Jahr	Ertrag 3 Jahre	Ertrag 5 Jahre	Ertrag 10 Jahre	Volatilität 1 Jahr	höchster Verlust 3 Jahre
1	C-QUADRAT ARTS Total R Bond T	Euro	AT0000634720	32	8,74	6,08	8,27		5,92	-3,39
2	Allianz PIMCO Emerg Mkts Bond Fd A	Euro	IE0032828273	1.035	10,58	10,34	8,01	9,42	5,57	-4,54
3	Skandia Swedish Bond A1	SDK	IE0005263136	44	6,61	9,59	7,49	5,11	7,99	-4,97
4	Allianz PIMCO Rentenfonds A EUR	Euro	DE0008471400	1.401	10,38	6,38	6,22	4,66	2,48	-4,70
5	Nordea-1 Norwegian Bond BP	NOK	LU0087209911	1.163	3,72	6,70	6,11	4,51	5,31	-2,42
6	KEPLER Ethik Rentenfonds T	Euro	AT0000642632	88	8,66	6,25	5,99		3,73	-4,47
7	BGF Euro Bond A2	Euro	LU0050372472	1.769	7,58	5,16	5,94	4,17	2,60	-4,17
8	Gerling Unternehmensanleihenfonds	Euro	DE0008481078	116	7,34	6,10	5,68	4,04	3,29	-2,95
9	Templeton Global Bond Euro A Acc	Euro	LU0170474422	772	7,01	5,58	5,62		2,44	-1,57
10	JPM Income Opport. A (acc)-EUR (Hdg)	Euro	LU0289470113	5.322	4,54	3,54	5,53		1,14	-3,95
11	Pioneer Fds Euro Bond A EUR ND	Euro	LU0119391471	1.258	7,47	5,02	5,49	4,04	2,83	-4,68
12	Allianz PIMCO Euro Bd TR A EUR	Euro	LU0140355917	692	10,70	6,67	4,97	4,05	2,69	-4,92
	Carmignac Sécurité A EUR Acc	Euro	FR0010149120	5.994	3,29	2,74	4,00	3,80	0,74	-1,32
	PIMCO GIS Unconstr. Bd E EUR Hdg	Euro	IE00B5B5L056	9.169	5,85	3,43			1,30	-2,21
	PIMCO GIS Diversified Inc E EUR Hdg	Euro	IE00B4TG9K96	9.977	10,01	9,53			2,40	-4,18
	DWS Invest Euro Corporate Bonds LD	Euro	LU0441433728	664	10,07	6,69			3,23	-2,28

## KOMMENTAR

Diese Fonds sinnvoll mittels Anlagekategorien zu sektorieren war schwierig. Wir haben es uns einfach gestaltet: alles unter 5% max. Verlust über 3 Jahre sind Rentenfonds; alles über 5% max. Verlust über 3 Jahre Dynamische Rentenfonds. Die Spitzenposition überrascht: 8,2% bei hoher Volatilität aber gemäßigem max. Verlust erzielt C-Quadrat im Total

Bond (Basler, Gothaer, Hanse, Heidelberger, LV 1871, PrismaLife). Dies dürfte die einfachste Möglichkeit sein, sinnvoll und breit in Renten zu investieren. Das scheint aber noch niemand bemerkt zu haben, denn der Fonds ist nur 32 Mio. Euro schwer. Allianz Pimco im Emerging Markets (Allianz, Basler) stellt nicht nur ein deutliches Schwergewicht mit 1 Mrd.

Euro, sondern über alle Laufzeiten auch die besten Ergebnisse. Nur der hauseigene Euro BD Total Return (HDI) war auf 1 Jahr besser. Wer das Thema ganz vorsichtig angehen will, ist bei Carmignac Sécurité (HDI, LV 1871) gut aufgehoben: 4% bei 0,7 % Vola waren kaum schlagbar.



# Rentenfonds Dynamisch

	Fonds	Währ.	ISIN	Fonds- volumen in Mio	Ertrag 1 Jahr	Ertrag 3 Jahre	Ertrag 5 Jahre	Ertrag 10 Jahre	Volatilität 1 Jahr	höchster Verlust 3 Jahre
1	UBS (Lux) BF AUD P-dist	AUD	LU0035338242	394	5,08	14,45	13,87	9,45	10,55	-8,95
2	Fidelity Emerging Mkt Debt A-EUR	Euro	LU0238203821	942	12,02	11,21	12,73		9,90	-12,45
3	UBS (Lux) BF Euro High Yield P-acc	Euro	LU0086177085	952	15,03	11,30	12,36	9,19	7,00	-16,34
4	Templeton Emerg. Mkts Bd A QDis \$	USD	LU0029876355	6.326	13,58	10,91	12,27	8,57	6,91	-5,89
5	Templeton Global Bond A Acc	Euro	LU0152980495	35.752	10,41	9,13	12,24	7,81	8,45	-6,42
6	Skandia Emerging Market Debt A1	USD	IE0034004030	520	10,35	12,33	11,95		9,90	-11,17
7	Templeton Gbl TR A Acc - H1	Euro	LU0294221097	25.140	10,94	10,38	10,99		9,54	-9,20
8	Threadneedle Eurp H Y Bd Ret Grs EUR	Euro	GB00B42R2118	925	12,17	9,18	10,37	8,98	4,29	-10,68
9	Fidelity European High Yld A-EUR	Euro	LU0110060430	2.365	14,53	9,59	10,32	8,50	4,68	-11,07
10	Vontobel Swiss Franc Bond B	CHF	LU0035738771	304	1,46	9,31	9,59	4,03	3,67	-7,73
11	Robeco High Yield Bonds DH EUR	Euro	LU0085136942	3.321	10,49	10,27	9,49	7,86	3,64	-8,59
12	DWS High Income Bond Fund	Euro	DE0008490913	90	9,46	8,65	8,82	6,70	3,18	-7,85
13	Allianz PIMCO Internat Renten A EUR	Euro	DE0008475054	306	3,58	6,18	8,22	3,90	10,71	-10,63
	BNY Mellon Euroland Bd A EUR Acc	Euro	IE0032722260	1.828	9,38	5,47	7,08		2,72	-5,05
	Schroder ISF Euro Corporate Bd A Acc	Euro	LU0113257694	3.440	8,15	4,25	5,47	4,18	2,98	-6,76
	Allianz PIMCO Euro Bond AT EUR	Euro	LU0165915058	251	10,89	6,63	3,89		2,50	-5,06
	JPM Global Convert EUR A EUR Acc	Euro	LU0210533500	1.323	5,73	3,05	0,44		5,53	-13,34

## KOMMENTAR

Der beste Fonds UBS AUD P (Skandia) zehrt im 5-Jahresbereich von der Austral-Dollarstärke. Rang 2 geht an Fidelity mit dem Emerging Markets Dept und

über 12% p.a.; allerdings auch 12% max. Verlust. Deutlich ruhiger und kaum schlechter kann das der Templeton Emerging Markets (Gothaer HDI, WWK).

Templeton ist in diesem Sektor dank Michael Hasenstab Platzhirsch mit drei Viertel des Anlagevolumens.