

Risiko & Vorsorge

17. Jahrgang
Ausgabe 2-2017

Trauerfallvorsorge

Die Sterbegeldversicherung in der Beratungspraxis

► Produkt & Kritik

- Neue FIV aus dem Hause Barmenia
- Die neue Jagdhaftpflicht der Gothaer

► Betriebliche Krankenversicherung

Funktionsweise und Chancen

► Kurzchecks

- Hausrat- und Unfallversicherung der GVO
- Unfallversicherung der LBN
- Berufsunfähigkeitsversicherung der HUK-Coburg

► Finanzielle Folgen einer Scheidung

- Was Makler zu Zugewinn und Versorgungsausgleich wissen sollten



Liebe Leser, liebe Leserin,

bis 2020 soll das bereits heute überaus erfolgreiche finnische Schulsystem komplett abgeschafft werden. Stattdessen möchte man schulische Inhalte fächerübergreifend nach dem Prinzip des Phänomen-Unterrichts vermitteln. Das könnte nicht nur ein diskussionswürdiger Alternativentwurf für ein Schulsystem, sondern auch eine brauchbare Alternative zum aktuellen Politikbetrieb wie auch für die Finanzdienstleistungsbranche sein.

Beispielsweise hilft die Niedrigzinsphase dabei, die Staatverschuldung nicht weiter zunehmen zu lassen. Gleichzeitig führt sie dazu, dass die Sparguthaben der Bundesbürger inflationsbereinigt an Wert verlieren. Mit der Einführung von Negativzinsen bei bereits 13 Volks- und Raiffeisenbanken ab bestimmten Geldbeträgen und geplanten Verwahrzinsen von 0,5% p.a. bei der Sparkasse Reutlingen – und hier bereits ab dem ersten Euro, macht es immer weniger Sinn, überhaupt Geld zu sparen. Ein Giro- oder Tagesgeldguthaben mit Negativverzinsung und an die Inflation gekoppelt bedeutet eine zwingende Entspargung der Kontoinhaber. Wo sind hier die Warnhinweise, wie sie etwa für die Anlage in Fonds verlangt wird?

Positiv könnten Negativzinsen den Konsum ankurbeln, möglicherweise aber auch dazu führen, dass das Geld unter der Matratze verschwindet. Letzteres dürfte wiederum einen erheblichen Einfluss auf die Schadenersatzleistungen der Hausratversicherer und damit auf deren Prämien haben.

Wer heute nicht mehr spart oder sparen kann, fällt irgendwann einmal dem Staat zur Last. Um aber zukünftig innere Unruhen zu vermeiden und den sozialen Frieden zu wahren, muss es im Interesse des Staates sein, entweder die private Altersvorsorge adäquat zu fördern oder aber der Niedrigzinsphase ein Ende zu bereiten. Ein Volk aus Hartz-IV-Empfängern kann sich kein Staat leisten. Da nützt es auch nichts, auf die „Erbengeneration“ zu verweisen, die ja nur einen Teil der Bevölkerung ausmacht.

Die geplanten Änderungen zum Thema Riester (u.a. eine Erhöhung der seit 2008 unveränderten Zulagenhöhen) sind sicher ein Schritt in die richtige Richtung, lösen das Problem aber nicht. So fehlt es etwa an der erforderlichen schu-

lischen Wissensvermittlung, was Aktien- und Fondsanlagen als alternative Geldanlage betrifft. Zugleich sollte die Augenwischerei endlich aufhören, dass diverse Juristen und sonstige angebliche Experten den Menschen erzählen, dass festverzinsliche Wertanlagen wie z.B. Rentenpapiere eine „sichere“ Geldanlage seien.



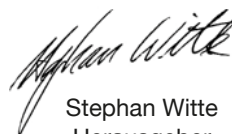
Ein Ansteigen der Zinsen könnte sehr schnell dazu führen, dass uns eine Immobilienblase wie 1990 in Japan, ab 2007 in den USA oder wie ab 2008 in Irland bevorsteht; dann nämlich, wenn als Folge steigender Zinsen die Anschlussfinanzierung für viele Häuslebauer nicht mehr finanzierbar ist. Für festverzinsliche Wertpapiere würden steigende Zinsen zu unter Umständen erheblichen Kursverlusten führen – soviel zur angeblichen Sicherheit solcher Papiere.

Dieser kurze Ausblick zeigt bereits, dass es für jedermann erforderlich ist, immer wieder einen Blick über den eigenen Tellerrand zu werfen, um etwa als Finanzdienstleister auch jene Dinge in der Beratung zu beachten, die auf den ersten Blick nichts mit dem Beratungsthema zu tun haben.

Risiko & Vorsorge wagt auch mit dieser Ausgabe einen Blick über den Tellerrand, um Ihren Blick zu schärfen und das „Phänomen Finanzdienstleistung“ umfassender zu betrachten.

Ich wünsche Ihnen eine informative Lektüre, einen erholsamen Sommer und dass Sie stets die Interessen und Bedürfnisse Ihre Kunden im Auge behalten werden.

Herzlichst
Ihr


Stephan Witte
Herausgeber

- 2 Editorial
- 3 Inhalt
- 3 Impressum
- 4 Neue Jagdhaftpflicht aus dem Hause Gothaer
- 5 GDV-Musterbedingungen zur Tierhalterhaftpflicht: Kleingebinde eingeschlossen
- 5 Kurzmeldung
- 6 BU-Infektionsklausel: Barmenia „punktet“ mit Überversorgungsversprechen
- 7 Interview: Gut kalkulierte Prämien und verständliche Bedingungen
- 8 ALTE LEIPZIGER verkauft Rechtsschutzsparte an Itzehoer Versicherungen
- 8 Kurzmeldungen zur Jagd- und Privathaftpflichtversicherung
- 9 Die Sterbegeldversicherung in der Beratungspraxis
- 13 Die neue Funktionsinvaliditätsversicherung von Adcuri und Barmenia
- 14 Drastische Beitragsanpassung bei Funktionsinvaliditätsversicherung aus dem Hause Janitos
- 15 Bedarfsgerechter Versicherungsschutz bei der dema !?
- 16 Die Gliedertaxe der Unfallversicherer in der Praxis: Schultergelenk ist nicht Arm
- 17 Erhebung von Gesundheitsdaten nach Vertragsabschluss
- 18 Versorgungsausgleich und Zugewinn
- 22 Goldstaub – Betriebliche Krankenversicherung
- 24 Hürden bei der Versicherung von Nicht-EU-Ausländern in der Krankenversicherung
- 28 Buch-Rezensionen
- 45 Fünf Pflegegrade ersetzen drei Pflegestufen

Kurzchecks ausgewählter Versicherungstarife



- 6 Wohngebäudeversicherung der Rhion Versicherung AG
- 6 Hausratversicherung GVO Gegenseitigkeit Versicherung Oldenburg VVaG
- 17 Unfallversicherung LBN VVaG
- 21 Unfallversicherung GVO Gegenseitigkeit Versicherung Oldenburg VVaG
- 32 Berufsunfähigkeitsversicherung HUK-Coburg Lebensversicherung AG

Ausführliche Spartenvorstellungen & Ratings sowie Rating-Systematiken



- 33 12 Jahre WFS-Leistungsratings. Erläuterungen zur Rating-Qualität
- 37 Aktuell mit „Gold“ bewertete Tarife in den Sach- und Haftpflichtsparten
- 38 Rating Stationäre Krankenzusatztarife
- 46 Rating Geförderte Pflagegeld- und Pflagemonatsgeldtarife (Pflage-Bahr)
- 50 Rating Pflagegeld- und Pflagegeldversicherung
- 54 Rating Funktionsinvaliditätsversicherung
- 65 Rating Unfallversicherungen



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

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

sowie bei Facebook unter

 WFS Rating - Witte Financial Services

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

➤ [http://www.wfs-rating.de/
email-verteiler.pdf](http://www.wfs-rating.de/email-verteiler.pdf)

IMPRESSUM

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

V. i. S. d. P.: Stephan Witte
Erscheinungsweise: online in den Monaten März, Mai, September und Dezember
Anzeigen: Stephan Witte – 05175 954681
Autoren dieser Ausgabe: Stefan Baum, Vera Eberling, Kai Göttker, Thorben S. Hagenau, Dirk Schwane, Martin Seichter, Stephan Witte

Die Inhalte dieser Online-Publikation werden mit größtmöglicher Sorgfalt erstellt. Der Anbieter übernimmt jedoch keine Gewähr für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der bereitgestellten Inhalte. Die Nutzung der abrufbaren Inhalte erfolgt auf eigene Gefahr des Nutzers. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die Meinung des jeweiligen Autors und nicht immer die Meinung des Herausgebers wieder. Urheberrecht: Alle Beiträge sind urheberrechtlich geschützt und Eigentum von Stephan Witte. Jede ungenehmigte Veröffentlichung wird verfolgt und in Rechnung gestellt. Dies gilt auch für die nicht genehmigte Nutzung von Ratingsiegeln oder redaktionellen Inhalten.

Neue Jagdhaftpflicht aus dem Hause Gothaer

– Besser- und Schlechterstellungen –

Pünktlich zum Beginn des neuen Jagdjahres hat die Gothaer die Bedingungen zu ihrer Jagdhaftpflichtversicherung aktualisiert. Im Folgenden sollen die wesentlichen Änderungen zusammengefasst werden.



BESSERSTELLUNGEN

Der Versicherungsschutz für den Verlust fremder jagdlicher Schlüssel wurde von bislang 1.000 Euro auf 2.500 Euro erhöht, der für Gefälligkeitsschäden wurde von 10.000 auf 30.000 Euro erhöht. Der Selbstbehalt von jeweils 150 Euro je Schadenfall gilt unverändert.

Jagdhundewelpen und Junghunde sind nunmehr bis zu einem Alter von 24 Monate ohne des Nachweises einer jagdlichen Eignung mitversichert, darüber hinaus bei nachweisbar jagdlicher Abrichtung oder Ausbildung bis zu einem Alter von 36 Monaten. Bislang galten die Grenzen 15 bzw. 36 Monate. Neu eingeschlossen wurden gesetzliche Haftpflichtansprüche der Tierhüter gegen den Versicherungsnehmer.

Neu aufgenommen wurde, dass der Versicherungsschutz für die Jagdausübung in Deutschland auch für Jäger mit ständigem Wohnsitz in Österreich Geltung hat. „Dauerhaft im Ausland lebenden deutschen Staatsangehörigen oder Staatsangehörigen mit doppelter Staatsbürgerschaft, kann bei bestandener und von deutschen Behörden anerkannter Jägerprüfung auf Antrag Versicherungsschutz angeboten werden.“ Für Personen mit ständigem Wohnsitz im Ausland gilt der Versicherungsschutz für Jagdhunde allerdings nur während der Jagdausübung.

Wie durch die Empfehlungen des Arbeitskreises Beratungsprozesse für andere Haftpflichtsparten bekannt, wird die generell nur einjährige Auslandsdeckung der Jagdhaftpflicht um eine gegebenenfalls längere Auslandsdeckung einer bei der Gothaer parallel bestehenden Privathaftpflichtversicherung verbessert.

Neu ist weiter eine Haftungsverzichtserklärung nach Ziffer 30:

„Sollte der Jagdausübungsberechtigte sich von seinen eingeladenen Jagdgästen oder Begehungsscheininhabern (unser Versicherungsnehmer) eine Erklärung über den Haftungsverzicht unterschreiben lassen (z. B. Teilnahme an der Jagd erfolgt auf eigene Gefahr und auf eigenes Risiko), wird sich die Gothaer nicht auf diese vertragliche Regelung berufen. Dies gilt auch für Gefälligkeitshandlungen.“

Somit ist Ziffer 30 praktisch das Gegenstück zur bereits mitversicherten vertraglichen Haftung nach Ziffer 19 der Bedingungen. Der wesentliche Vorteil dürfte darin liegen, dass auf der einen Seite gerne leichtfertig eine Haftungsfreistellung (Haftungsausschluss nach § 105 Abs. 1 S. 1 SGB VII) unterschrieben wird, diese aber von den Geschädigten im Fall der Fälle und auch von den Gerichten nicht zwingend als bindend angesehen wird (z.B. BGH vom 19.11.1991, Az. VI ZR 69/91 sowie LG Koblenz vom 27.02.2004, AZ. 10 O 242/03 LS120), im Zusammenhang mit einer Gefälligkeitshandlung – im Beispiel nur ein stillschweigender Haftungsverzicht – siehe z.B. OLG Hamm vom 12.10.2011, AZ. I-13 U 52/11. Ein Haftungsverzicht kann zumindest dazu führen, dass der Anspruch auf Schmerzensgeld sowie eine Entschädigung für Sachschäden nicht erfolgen.

Neu sind die Ziffern 2.15 bis 2.17 Mitversichert sind demnach das „Ausbringen und verabreichen von Arzneimitteln an Wild im Sinne des Arzneimittelgesetzes sowie Aufbaupräparate mit Zustimmung

der zuständigen Behörde auch zur Vorbeugung gegen Tierseuchen“, das „Anbringen von Wildwarnsystemen, soweit hierfür eine behördliche Genehmigung vorliegt“ sowie subsidiär die „Ausübung einer selbstständigen nebenberuflichen Tätigkeit als Wildschadenschätzer bis zu einem Gesamtjahresumsatz von 3.000 Euro (nicht Schäden aus dem erstellten Gutachten).“

Die Tätigkeit als Wildschadenschätzer ist keine jagdliche Tätigkeit, wenngleich die Bestellung zu dieser Tätigkeit durch die Jagdbehörde oder Landwirtschaftskammer erfolgt (z.B. § 36 LJagdG Nordrhein-Westfalen). Da Schäden aus erstellten Gutachten ausgeschlossen sind, ist ein wesentliches Risiko aus dieser Tätigkeit unversichert.

Der Ausschluss für Schäden aus dem erstellten Gutachten könnte z.B. zum Tragen kommen, wenn sich ein angeblicher Sauenschaden im Nachhinein durch Augenzeugenberichte als tatsächlicher Schaden durch entlaufene Rinder herausstellt, der aufgrund von durch Regen verwischten Spuren falsch gedeutet wurde. Das Testat eines angeblichen Wildschadens löst wiederum eine Schadenersatzpflicht der zuständigen Jagdgenossenschaft, also der Gesamtheit der Grundstückseigentümer mit Jagdrecht auf dem zuständigen Grund und Boden, aus. Eine vollwertige Absicherung des Risikos aus der Tätigkeit als Wildschadenschätzer ist somit nicht gegeben; eine ergänzende Berufshaftpflichtversicherung wird daher nicht ersetzt.

Im Rahmen von Ziffer 15 gilt der Verzicht auf den Einwand des fehlenden Verschuldens unter anderem durch Schuss-

waffengebrauch nunmehr auch für Schäden an Hunden, allerdings begrenzt auf 4.000 Euro mit Regressmöglichkeit des Versicherers.

Im Rahmen der optionalen Jagdhund-unfallversicherung gilt gegenüber den bisherigen Bedingungen als mitversichert der Todesfall durch die nachgewiesene Aujeszky'sche Krankheit (= Pseudowut). Eine Infektion mit dieser Krankheit verläuft fast immer tödlich und kann unter anderem auch Hunde, nicht jedoch Menschen befallen. Laut Wikipedia gibt es sowohl in Deutschland auch in Österreich nur sporadische Todesfälle durch Jagdhunde, die sich bei der Jagd auf Schwarzwild anstecken. Tatsächlich ist eine mögliche Ansteckung ihrer Hunde für Jäger sehr emotional belastend, aufgrund der geringeren Schadenwahrscheinlichkeit und der nur geringen Versicherungssummen bei Unfalltod versicherter Hunde, hält sich das wirtschaftliche Risiko für den Versicherer wohl eher in Grenzen.

Lediglich klargestellt wurde in Ziffer 18, dass auch Skidoo und sonstige Überschneefahrzeuge im Rahmen der Jagdausübung zu den versicherten Kraftfahrzeugen gehören.

SCHLECHTERSTELLUNGEN

Die bisherige Garantie hinsichtlich der Musterbedingungen des GDV (GDV-

Garantie) wurde zum Nachteil der Kunden gegenüber dem Stand 2016 verschlechtert. Bisher galt implizit der jeweils aktuelle Stand der Bedingungen zum Schadenzeitpunkt, nunmehr ausdrücklich der Stand der Musterbedingungen zum Stand der Antragsstellung.

Ambivalentes

Wenig verständlich ist die neue Innovationsklausel. Sie lautet nunmehr wie folgt:

„Werden unsere Versicherungsbedingungen zur Gothaer Jagd-Haftpflichtversicherung (ab BBR Stand 1/2010) zum Vorteil der Versicherungsnehmer und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten diese Vorteile ab dem Zeitpunkt der Änderung auch für alle Bestandsverträge, denen diese Versicherungsbedingungen zugrunde liegen.“

Die einzig sinnvolle Auslegung scheint zu sein, dass sämtliche Verbesserungen seit den BBR 1/2010 auch für den Bestand gelten sollen, nicht jedoch Änderungen der AHB (damals Stand 1/2008, aktuell mit Stand 09/2016). Damit würden Schlechterstellungen im Detail, die gegenüber vergangenen Bedingungenwerken erfolgt sind (z.B. die o.g. GDV-Garantie) ignoriert werden können.

Fraglich ist allerdings, ob auch Kunden, die neu abschließen, in den Genuss sämtlicher Besserstellungen der alten

Bedingungswerke kommen (z.B. abweichend geringere Selbstbehalte für einzelne Leistungen) und ob die Bestandskunden von ihrem Vorteil überhaupt Kenntnis erhalten.

Nach Ziffer 2.8 der BBR ist nunmehr die Verkehrssicherungspflicht im Zusammenhang mit der Durchführung von Gesellschaftsjagden und revierübergreifenden Jagden mitversichert. Irreführend wird diese jedoch definiert als das „Aufstellen von behördlich genehmigten Verkehrsschildern“, also die Verkehrssicherungspflicht allein nach § 101 StVO. Tatsächlich gehören zur Verkehrssicherungspflicht auch der Einsatz von Warnwesten oder Warnfarben. Von der inhaltlich zu einengenden Definition einmal abgesehen, ist diese Regelung praxisfern.

Je nach Landesjagdgesetz (z.B. § 30 ThJG) setzt eine Gesellschaftsjagd eine gewisse Zahl von Personen voraus (z.B. mehr als 4 Personen in Bayern oder Thüringen) – voraus, so dass gemäß diesen Bedingungen die Verkehrssicherungspflicht eines kurzfristig z.B. in Bayern einberaumten Stamperl („Drückerechen“) bei einer Neuen auf Sauen mit nur vier Personen, nicht mitversichert wäre.

Sehr oft werden zudem Warndreiecke mit dem Hinweis auf „Vorsicht Jagd“ oder „Achtung Jagd“ ohne vorherige behördliche Genehmigung angebracht.

GDV-Musterbedingungen zur Tierhalterhaftpflicht: Kleingebinde eingeschlossen

Die GDV-Musterbedingungen zur Tierhalterhaftpflichtversicherung mit Stand 2014 nach Ziffer 6.1 Ansprüche wegen Gewässerschäden ausdrücklich vom Versicherungsschutz aus. Als Folge mussten die Versicherer eine Klarstellung zur Mitversicherung von Kleingebinden in ihre Bedingungen schreiben.

Die neuen Empfehlungen zu 04.2016 sehen keinen solchen Ausschluss mehr vor. Stattdessen geht aus Ziffer A1-6.1 hervor, dass „Schäden durch Umwelteinwirkung“ auch dann vorliegen „wenn sie durch Stoffe, Erschütterungen, Geräusche, Druck, Strahlen, Gase, Dämpfe,



Wärme oder sonstige Erscheinungen verursacht werden, die sich in Boden, Luft oder Wasser (auch Gewässer) ausgebreitet haben.“ In diesem Fall besteht nunmehr Versicherungsschutz, implizit daher auch für Schäden durch Kleingebinde. Entsprechend ist eine ausdrückliche Mitversicherung von Kleingebinde-schäden in Versicherungsbedingungen auf Basis der neuen Musterbedingungen für das Erreichen der Ratingstufen nicht mehr zwingend erforderlich.

Neue Untersuchungsgrenzen bei der Continentale

Seit dem 01.06.2017 gelten für die PremiumBU der Continentale neue Untersuchungsgrenzen. Eine ärztliche Untersuchung ist nunmehr nur noch bei Monatsrenten über 2500 Euro erforderlich. Alternativ zu den Gesundheitsfragen im Antrag bietet der Versicherer seinen Kunden einen kostenlosen Vor-Ort-Service ab einer Berufsunfähigkeitsrente von 1.500 Euro im Monat oder über 2.500 Euro bei notwendiger ärztlicher Untersuchung. Laut Versicherer bietet man nicht nur erstklassige Bedingungen und einen Top-Preis, sondern kalkuliere die Beiträge auch verlässlich und stabil. Daher habe man die Nettobeiträge im Bestand noch nie anpassen müssen.

BU-Infektionsklausel: Barmenia „punktet“ mit Übersicherungsversprechen

Bedingungswettbewerb falsch verstanden – Barmenia „verwöhnt“ Ihre BU-Kunden mit Leistungsversprechen, die am Sinn des BU-Versicherungsschutzes vorbeigehen

von Martin Seichter

Die Infektionsklausel ist sicherlich nicht das wichtigste Leistungsmerkmal einer guten BU. Als Werbemittel wird diese Klausel aber gerne von den Versicherern eingesetzt, da diese Erweiterung kaum etwas kostet. Wenn die Risikosituation des Kunden den Einschluss einer Infektionsklausel für sinnvoll erscheinen lässt und vom Kunden gewünscht wird, ist die, von der Barmenia im Rahmen ihrer SoloBU (Stand 01.2017) angebotene Infektionsklausel, eine der Besten des aktuellen BU-Marktes. Doch die Kombination mit weiteren Leistungszusagen des Tarifes führt zu einem Leistungsversprechen, das mit sinnvollem Ersatz von langandauerndem gesundheitsbedingtem Einkommensverlust nicht mehr viel zu tun hat: Unterstellen wir, der Versicherte in o.g. Tarif der Barmenia wäre Angestellter und wegen Infektionsgefahr für andere Personen von der zuständigen Behörde ab dem 30.05. mit einem vollständigen Tätigkeitsverbot über eine ununterbrochene Dauer von 7 Monaten „belegt“ worden und übt während dieser Zeit auch keine (andere) Berufstätigkeit aus. Dann liegt nach § 2Abs. 1 Abschnitt „Berufsunfähigkeit infolge Infektionsgefahr“ Berufsunfähigkeit vor. Unterstellen wir weiter, dass das Tätigkeitsverbot von der Behörde nach sieben Monaten zum 31.12. des gleichen Jahres aufgehoben wird und der Versicherte dann wieder voll erwerbstätig ist.

Die Barmenia muss dem Versicherten im zuvor beschriebenen Fall **16 BU -Monatsrenten** zahlen, die sich wie folgt zusammensetzen:

7 Monatsrenten, während des Tätigkeitsverbotes (nach § 2Abs. 1 Abschnitt „Berufsunfähigkeit infolge Infektionsgefahr“)
+ 3 Monatsrenten (als Nachleistung nach § 174 (2) VVG)
+ 6 Monatsrenten als Wiedereingliederungshilfe (nach § 1 Absatz 5)

Der Versicherte erhält während des Tätigkeitsverbotes folgende Entschädigungsleistungen nach § 56 IfSG:

- 1. bis 6. Woche Entschädigung in Höhe des vollen Verdienstaufalles (100% des Nettoeinkommens)
- ab der 7. Woche Entschädigung in Höhe des Krankengeldes (gemäß § 47 Abs. 1 SGB V)

Nach dem Ende des Tätigkeitsverbotes erhält der Versicherte wieder sein volles Gehalt vom Arbeitgeber. Da tröstet es die Versichertengemeinschaft wenig, dass der Versicherer die zusätzliche Beitragsbefreiung „nur“ für 10 Monate finanzieren muss.



Kurzcheck Wohngebäude- versicherung Rhion Versicherung AG

Mit dem neuen Tarif „Wohngebäude – Premium“ mit Stand 05.2017 ist es Rhion gelungen, eine Bewertung mit „Bronze“ im Rahmen des aktuellen Ratings zu erreichen.
 Zu beachten ist, dass Schäden an Ableitungsrohren außerhalb des Gebäudes auf und außerhalb des Grundstücks nur dann bis 20.000 Euro anstatt bis 10.000 Euro reguliert werden, wenn innerhalb von 10 Jahren vor Schadeneintritt eine bestandene Druckprüfung nachgewiesen werden kann.

| |
|--|
| Ausgewählte Leistungsvorteile im Tarif „Wohngebäude – Premium“: |
| · Optionale Allgefahrdeckung mit 250 Euro Selbstbehalt |
| · Versicherte Kosten bis zu 100% über die Versicherungssumme hinaus |
| · Bis zu 10.000 Euro für die Wiederherstellung von Gartenanlagen durch Brand, Blitzschlag, Leitungswasser oder Sturm |
| · Mietausfall oder Mietwert für zu Wohnzwecken genutzte Räume bis zu 36 Monate |
| · Mietausfall für gewerblich genutzte Räume bis zu 36 Monate |
| Ausgewählte Leistungsvorteile im Tarif „Wohngebäude – Premium“: |
| · Kein Regressverzicht bei grob fahrlässig herbeigeführten Schäden des Repräsentanten |
| · Kein Versicherungsschutz für Schäden durch Anprall / Absturz unbemannter Flugkörper |
| · Kostenübernahme für einen vom Versicherungsnehmer beauftragten Sachverständigen erst ab einer Schadenhöhe von mindestens 20.000 Euro |



Kurzcheck Hausratversicherung GVO Gegenseitigkeit Versicherung Oldenburg VVaG

Seit Oktober 2016 ist die GVO mit ihrer aktuellen Hausratversicherung mit den Leistungsvarianten VIT und TOP-VIT als Versicherungssummen- bzw. Quadratmetermodell am Start.

| |
|---|
| Ausgewählte Leistungsvorteile im Tarif TOP-VIT: |
| · Verzicht auf Kürzung der Leistung bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles, grob fahrlässiger Verletzung von Sicherheitsvorschriften und Obliegenheiten jeweils bis zur Versicherungssumme |
| · Unterversicherungsverzicht bei Kleinschäden bis 3.000 Euro |
| · Vorübergehend unbewohnte Wohnungen bis 180 Tage |
| · Optionale Best-Leistungsgarantie mit beiderseitigem Sonderkündigungsrecht |
| · Bedingungs-differenzdeckung für bis zu 12 Monate |
| · Mitversicherung unbenannter Gefahren mit Einschränkungen und SB |
| · Versicherungsschutz bei unklarer Zuständigkeit im Rahmen eines Versichererwechsels |
| · Verzicht auf Mindestwindstärke bei wetterbedingten Luftbewegungen. Außerhalb von Gebäuden auf dem Versicherungsgrundstück gilt allerdings Versicherungsschutz erst ab Windstärke 8)bis 10.000 Euro mit 100 Euro Selbstbehalt). |
| Fehlende oder eingeschränkte Leistungen des Tarifs Premium in der Auswahl |
| · Abweichend von der bedingungsseitigen GDV-Garantie werden auch Telefonkarten als Wertsachen gezählt. Wertsachen sind generell bis 30% der Versicherungssumme versichert, davon Bargeld innerhalb von Wertschutzschränken bis 10.000 Euro, darüber hinaus nur bis 2.500 Euro |
| · Beidseitiges Sonderkündigungsrecht von einem Monat für eine optional mitversicherte Best-Leistungsgarantie bzw. von drei Monaten für die Mitversicherung unbenannter Gefahren |

Gut kalkulierte Prämien und verständliche Bedingungen

Risiko & Vorsorge im Gespräch mit **Thomas Rader**, Geschäftsführer von Konzept & Marketing, zum neuen Unfalltarif „allsafe bodyguard“



INTERVIEW

Es ist schön, dass Sie sich die Zeit für ein Interview nehmen konnten. Herr Rader, Konzept & Marketing hat 2016 mit allsafe fortuna eine der leistungsstärksten Entwicklungen im Bereich der privaten Haftpflichtversicherung an den Start gebracht und 2015 durch eine neuartige Funktionsinvaliditätsversicherung von sich reden gemacht. Seit Juni 2017 sind Sie mit einer neuen Unfallversicherung angetreten. Was ist das Besondere an diesem Tarif?

► Wir bieten allsafe bodyguard in zwei Tarifvarianten „fine“ und „prime“ an. Damit stehen hervorragende Absicherungen sowohl für den preisbewussten als auch den leistungsorientierten Kunden bereit. Für eine fairere risikogerechte Tarifierung sorgt ein auf vier Berufsgruppen ausdifferenziertes Berufsgruppensystem. Außerdem haben wir die „beitragsfreien Leistungen“ unabhängig von der Invaliditätsleistung kalkuliert. Im Ergebnis haben wir ein sauber tarifiertes Produkt mit einem sehr guten Preis-Leistungs-Verhältnis, dass allen Kundenbedürfnissen gerecht wird.

Zu Bodyguard erschien Ende Mai auf YouTube ein unterhaltsames Video (<https://www.youtube.com/watch?v=BhY4-qtbxQQ&feature=youtu.be>). Anders als bei dem vorhergehenden Video zu Ihrer Privathaftpflichtversicherung allsafe fortuna (<https://www.youtube.com/watch?v=cdT4JsUnZY8>) standen hier nicht marktüberdurchschnittliche Leistungsmerkmale im Fokus. Was unterscheidet die Zielgruppe von allsafe bodyguard von allsafe fortuna

und welche Highlights sind hervorzuheben?

► Marktüberdurchschnittliche Leistungsmerkmale bedingen, eine auskömmliche Risikokalkulation vorausgesetzt, überdurchschnittlich hohe Prämien. Aus unserer Erfahrung ist der Markt für diese Prämien nicht bereit. Daher haben wir uns für die für den Endkunden maßgeblichen Leistungsmerkmale wie z.B. den Mitwirkungsverzicht bis zu 100%, eine verbesserte Gliedertaxe sowie faire Progressionsverläufe und einen umfangreichen Unfallbegriff entschieden. Die Zielgruppe ist wie auch bei allsafe fortuna der Single wie auch die Familie mit Kindern. Dies erläutern wir anschaulich in unseren neuen Zielgruppenflyern.

Welche besonderen Herausforderungen gab es bei der Produktentwicklung?

► Die Konzept & Marketing GmbH steht seit Jahren für Kontinuität und Stabilität. Dies zeigt sich insbesondere an den langjährigen Partnerschaften mit unseren Risikoträgern. Wir bieten in jedem Fall unseren Partnern eine auskömmlich kalkulierte Prämie und genau da liegt die Herausforderung für uns. Nach unseren Berechnungen sind zahlreiche Tarife gemessen an deren Leistungsumfang nicht auskömmlich kalkuliert und/ oder es befinden sich versteckte Einschränkungen in den Versicherungsbedingungen, um das Schadenvolumen gering zu halten. Unseres Erachtens ist es uns gelungen ein auskömmliches Produkt mit einem sehr guten Preis-Leistungs-Verhältnis mit einem einfachen verständlichen Bedingungenwerk zu konzipieren.

Können die gängigen Vergleichsrechner Ihr neuartiges Berufsgruppensystem korrekt darstellen?

► Dies war eine weitere Herausforderung für uns, da der eine oder andere Dienstleister immer noch auf ein bzw. sein System festgelegt ist. Hier wäre es wünschenswert, wenn die Markteilnehmer aufgrund der fortschreitenden Differenzierung in Zukunft flexibler werden. Im Fall von allsafe bodyguard haben wir die Berufsgruppensysteme der Vergleichsrechner mit unserem abgeglichen und eine Lösung gefunden, so dass die Prämienberechnungen bei den meisten Vergleichsrechnern möglich sind.

Ihr neues Bedingungenwerk fällt unter anderem durch einen vom Üblichen abweichenden Aufbau, zahlreiche Klarstellungen und Beispiele auf. Dies erinnert deutlich an allsafe fortuna. Welchen Mehrwert bietet Ihres Erachtens eine solche Gestaltung der Verbraucherinformationen?

► Versicherungsbedingungen im herkömmlichen Sinne sind für den Kunden schwer lesbar. Selbst Vermittler haben zugegeben, dass die unzähligen Querverweise ein Nachvollziehen und Verstehen der Bedingungstexte nahezu unmöglich machen.

Daher haben wir es zu unserer Aufgabe gemacht, unsere Bedingungen durchgeschrieben, einfach, verständlich und lesbar zu gestalten, so dass diese wie ein Buch gelesen werden können. Zunächst haben wir Oberbegriffe für Schadenereignisse gewählt unter denen wir beschreiben, wann der Kunde versichert ist.

chert, eingeschränkt versichert und auch nicht versichert ist. Dies findet er jeweils in einem Paragraphen mit dem Vorteil, dass hier übliche Querverweise auf andere Textstellen entfallen.

Passende Beispiele erleichtern zudem das Verstehen, versicherungsrechtliche Fachbegriffe werden im anhängenden Definitionsteil erläutert und der einspaltige Aufbau ermöglicht das einfache Lesen am Bildschirm.

Querverweise sind mit den entsprechenden Textstellen verknüpft. Damit entfällt ein lästiges Scrollen bzw. hin-

und herblättern. Auch die Kurzleistungsübersicht zu Beginn der Verbraucherinformation sowie das Inhaltsverzeichnis weisen diese Verknüpfungen auf.

Mit allsafe fortuna und nun auch allsafe bodyguard haben wir ein innovatives Bedingungswerk mit „serienmäßigem Navigationssystem“ entwickelt.

Es lohnt sich und macht Spaß sich mit unseren Versicherungsbedingungen zu beschäftigen.

Und hier sehen wir auch den Vorteil für den Makler. Kunden werden ein Produkt eher kaufen, wenn sie es verstehen.

Was sollte man als Makler noch über Ihr Haus wissen?

► Neben unseren Produkten bieten wir dem Makler in der Zusammenarbeit viele Vorteile. Angefangen vom festen fachlich kompetenten Ansprechpartner mit Durchwahl, über den Fachfragenservice bieten wir als Verkaufsunterstützung individuelle Tarifvergleiche, Produktvideos, Webinare u.v.m. an.

Wir danken Ihnen für das informative Interview.

ALTE LEIPZIGER verkauft Rechtsschutzsparte an Itzehoer Versicherungen

Die ALTE LEIPZIGER Versicherung AG verkauft ihre Rechtsschutzsparte einschließlich ihrer Tochter RECHTSSCHUTZ UNION Schaden GmbH an die Itzehoer Versicherungen. Der Verkauf steht unter dem Vorbehalt der Zustimmung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) und des Bundeskartellamtes.

Vor dem Hintergrund des Bedingungs- und Preiswettbewerbs in der Sachversicherung und wachsender Investitionen in die Digitalisierung wird sich die ALTE LEIPZIGER Versicherung AG künftig stärker auf Kerngeschäftsfelder und Kernsparten fokussieren. Im Vordergrund werden dabei erweiterte Absicherungen im Bereich der mittelständischen Gewerbekunden stehen. Das Privatkunden-Angebot wird im Umfeld der Strategie „VerNetzt20.20“ weiterentwickelt.

Mit den Itzehoer Versicherungen wurden Garantien für den Standort München und den Erhalt der Arbeitsplätze vereinbart. Auch deren Rechtsform, wie bei den Muttergesellschaften des ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE Konzerns der Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, fiel bei der Entscheidung der ALTE LEIPZIGER ins Gewicht.

Die Rechtsschutzversicherungsverträge der Kunden mit der ALTE LEIPZIGER

bleiben unter den neuen Eigentumsverhältnissen unangetastet. Die Schadenregulierung und alle anderen Serviceleistungen für Kunden und Vermittler werden auch in Zukunft durch die bewährten Mitarbeiterteams durchgeführt.

Im Rahmen einer vertrieblichen Zusammenarbeit zwischen der ALTE LEIPZIGER und der Itzehoer Versicherung soll die erfolgreiche Zusammenarbeit in der Rechtsschutzsparte mit den angeschlossenen Vertriebspartnern auch unter dem neuen Eigentümer am Standort München fortgesetzt werden.

Bedeutung der Rechtsschutzsparte der ALTE LEIPZIGER

Auf die Rechtsschutzsparte der ALTE LEIPZIGER Versicherung AG wird im Geschäftsjahr 2017 mit etwa 330.000 Verträgen ein Umsatzanteil von ca. 67 Mio. Euro entfallen. Insgesamt sind in der Rechtsschutzsparte derzeit 87 Mitarbeiter am Standort München beschäftigt.

Quelle: gemeinsame Presseerklärung ALTE LEIPZIGER und Itzehoer Versicherung/Brandgilde 1691, 07.06.2017.

Mehr Infos:

· ALTE LEIPZIGER: Andreas Bernhardt, Tel.: 06171 / 66-2921, E-Mail: Presse@alte-leipzig.de

· Itzehoer Versicherung/Brandgilde 1691: Thiess Johannssen, Tel.: 04821 / 773-287, E-Mail: pressestelle@itzehoer.de

Kurzmeldungen zur Jagd- und Privathaftpflichtversicherung



Mit Einführung der neuen Haftpflichtbedingungen zum Mai 2017 hat die VHV das Neugeschäft in der Jagdhaftpflichtversicherung eingestellt.

MaxPool hingegen bietet mit dem Risikoträger VPV die Möglichkeit an, die Privathaftpflichtversicherung maxPHVpremium unter anderem um eine Jagdhaftpflichtversicherung zu erweitern. Dieser Tarifzusatz ist allerdings nicht brauchbar, da u.a. nur die erlaubte jagdliche Betätigung versichert ist. Auch stellt sich die Frage, weshalb die GDV-Garantie zwar für die Privathaftpflicht, nicht jedoch für die Jagdhaftpflicht gelten soll.

Ebenso überraschend ist die Ausstattung der Produktlinie maxPHVplus mit einer Garantie hinsichtlich der Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse, während man eine solche Garantieerklärung im maxPHVpremium vergebens sucht. Für Stirnrundeln sorgt im Tarif maxPHVplus, dass sich die enthaltene GDV- und Arbeitskreis-Garantie nicht auf diesen Tarif, sondern auf den Vorgängertarif „Variante Kompakt“ bezieht.

Die Sterbegeldversicherung in der Beratungspraxis

Die Trauerfall-Vorsorge hat nicht zuletzt durch die Generationenberatung einen deutlichen An Schub im Vertrieb erfahren. Immer häufiger nehmen Makler und Vermittler sich dieses Themas an und informieren ihre Kunden aktiv über die Möglichkeiten einer finanziellen und auf Wunsch auch organisatorischen Vorsorge für den Trauerfall. Der nachfolgende Beitrag befasst sich mit den Besonderheiten der Sterbegeldversicherung und ihrer Abgrenzung zu anderen Vorsorgeprodukten. Darüber hinaus enthält er nützliche Hinweise dazu, wie sich die Trauerfall-Vorsorge in eine ganzheitliche Beratung integrieren lässt und worauf dabei besonders zu achten ist.

Autor: Kai Göttker, Prokurist der Monuta Versicherungen, Niederlassung Deutschland. www.monuta.de

I. Sterbegeldversicherung – zweckgebundene Absicherung für den Trauerfall

Eine Sterbegeldversicherung oder Trauerfall-Vorsorge ist per Definition eine lebenslange Versicherung auf den Todesfall mit einer zuvor festgelegten Versicherungssumme (siehe auch Infokasten: Eckpunkte einer Sterbegeldversicherung/Trauerfall-Vorsorge). Diese soll nach dem Tod des Versicherten vor allem die Bestattungskosten und andere direkt mit dem Tod verbundene Aufwendungen abdecken, um Angehörige und Hinterbliebene nicht mit diesen meist hohen Kosten zu belasten. Sie ist aber auch für die Menschen von Interesse, die keine Angehörigen oder Hinterbliebenen haben, die gegebenenfalls in der Bestattungspflicht stehen und sich nach deren Ableben um eine Bestattung und Trauerfeier kümmern müssen. Eine Sterbegeldversicherung stellt in jedem Fall sicher, dass die finanziellen Mittel für eine angemessene Bestattung garantiert zur Verfügung stehen. Die Höhe der versicherten Summe sollte keinesfalls von nicht garantierten Überschussbeteiligungen abhängig gemacht werden.

In Deutschland belaufen sich die Kosten für eine Bestattung heute auf durchschnittlich rund 6.000 Euro. Je nach

Region sind aber auch Beträge von 10.000 Euro und mehr keine Seltenheit. Als zweckgebundene Versicherung dient die Trauerfall-Vorsorge rein der Deckung der Bestattungskosten und anderer direkt mit dem Tod des Versicherten verbundener Aufwendungen. Die Auszahlung der Versicherungssumme erfolgt daher steuerfrei. Zudem zählt die Sterbegeldversicherung zum gesetzlichen Schonvermögen. Sie ist deshalb Hartz IV-sicher und kann von den Sozialbehörden beispielsweise nicht zur Deckung von Pflegekosten herangezogen werden. Im Kontext der Sterbegeldversicherung ist vielen Menschen noch das Sterbegeld der gesetzlichen Krankenkassen ein Begriff. Mit der Gleichsetzung dieser Leistungen unterliegen diese jedoch einem Irrtum, denn das Sterbegeld von zuletzt 500 Euro wird bereits seit der Reform der gesetzlichen

Krankenkassen im Jahr 2004 nicht mehr gezahlt.

Die Angebote der einzelnen Gesellschaften im Markt für die Sterbegeldversicherung und die Trauerfall-Vorsorge unterscheiden sich durch ihre Tarife, den Leistungsumfang der Versicherung und ergänzende Kundenservices wie beispielsweise juristisch geprüfte Vorsorgedokumente oder eine kostenlose telefonische Rechtsberatung. Darüber hinaus können Kunden bei einigen Anbietern die Angebote mit speziellen Bestattungspaketen kombinieren, über die der Versicherte zu Lebzeiten genau festlegen kann, wie seine Bestattung und seine Trauerfeier einmal aussehen sollen. Dabei ist zu beachten, dass diese Leistungen an konkrete Bestattungsinstitute gebunden sein können, die Hinterbliebenen also den Dienstleister nicht mehr frei wählen können.

Eckpunkte einer Sterbegeldversicherung/Trauerfall-Vorsorge

- Absicherung der Angehörigen und Hinterbliebenen vor den finanziellen Folgen eines Trauerfalls
- Sofortige Absicherung nach der Wartezeit; bei Abschluss mit Gesundheitserklärung ab dem ersten Tag
- Lebenslanger Versicherungsschutz
- Steuerfreie Auszahlung
- Sterbegeldversicherung zählt zum Schonvermögen und wird im sozialen Härtefall nicht angerechnet (Hartz IV-sicher), kann aber im Rahmen des Zugewinns möglicherweise geteilt werden
- Bestattungsorganisation in Kombination mit einem Bestattungsvorsorgevertrag, der die persönlichen Vorstellungen des Versicherten an Bestattung und Trauerfeier berücksichtigt
- Sonderleistungen einzelner Anbieter: u. a. spezielle Bestattungspakete, die eine Rückführung ins europäische Ausland und auf Wunsch auch die Organisation einer Trauerfeier und Bestattung im Ausland umfassen.

Quelle: Monuta Versicherungen 2017



II. Die Sterbegeldversicherung im Vorsorgevergleich

Für die fachliche Beratung ist es wichtig, die Aufgabe der Sterbegeldversicherung innerhalb des Vorsorgeportfolios des Kunden klar zu definieren und sie gegebenenfalls auch gegenüber anderen Produkten abzugrenzen. Das gilt insbesondere für die Risikolebensversicherung, die des Öfteren vergleichend herangezogen wird. Es macht daher Sinn, sich die beiden Versicherungen unter diesem Aspekt im Detail anzuschauen (siehe auch Vergleichstabelle: Sterbegeldversicherung/Risikolebensversicherung).

Die Versicherungssumme ist bei einer Sterbegeldversicherung mit 3.000 bis 15.000 Euro deutlich geringer als bei einer Risikolebensversicherung. Der Versicherungsschutz gilt hier lebenslang. Eine Gesundheitsprüfung ist für den Abschluss nicht zwingend notwendig. Wird sie durchgeführt, entfällt die Wartezeit. Die Höhe der Beiträge ist abhängig vom Eintrittsalter. Je früher der Abschluss erfolgt, desto günstiger fallen die laufenden Beiträge aus. Mit einer zweckgebundenen Trauerfall-Vorsorge entlasten Versicherungsnehmer ihre Angehörigen im Trauerfall finanziell und auf Wunsch auch organisatorisch. Bei einigen Anbietern lässt sich die Versicherung mit einem Bestattungsvorsorgevertrag kombinieren. Der Versicherte kann darin zu Lebzeiten seine ganz persönlichen Vorstellungen von der eigenen Bestattung und Trauerfeier festlegen.

Eine Risikolebensversicherung bedient dagegen vorrangig das Ziel, das wegfallende Einkommen des Verstorbenen aufzufangen, um eventuell bestehende Verbindlichkeiten weiterhin bedienen oder direkt ablösen zu können. Die empfohlene Versicherungssumme ist daher mit dem Drei- bis Fünffachen des Bruttojahreseinkommens deutlich höher angesetzt. Die Dauer des Versicherungsschutzes ist allerdings meist bis zum 65. oder 75. Lebensjahr begrenzt, und es ist in jedem Fall eine Gesundheitsprüfung notwendig – die unter Umständen auch eine Ablehnung des Antrages nicht ausschließt.

Mit Blick auf die Leistung der beiden Vorsorgeprodukte ist die Sterbegeldversicherung daher grundsätzlich als eine

| Vergleichstabelle Sterbegeldversicherung / Risikolebensversicherung | | |
|---|---|---|
| | Sterbegeldversicherung | Risikolebensversicherung |
| Verwendungszweck | Deckung der Bestattungskosten | Deckung eines wegfallenden Einkommens (z. B. Abzahlung von Krediten, Hypotheken) |
| Gesundheitsprüfung | Nicht erforderlich | In der Regel zwingend erforderlich |
| Versicherungsschutz | Lebenslang – doppelte Versicherungssumme bei Unfalltod, um beispielsweise nach einem Verkehrsunfall weitere Kosten abdecken zu können | Begrenzt (i.d.R. bis zum 65./ 75. Lebensjahr) |
| Schonvermögen | Ja | Nein (lt. Sozialgesetzbuch) |
| Versicherungssumme | Ca. 3.000 bis 15.000 Euro (von der Monuta empfohlen 6.000 Euro), Auszahlung garantiert, Prämien stabil | Keine Kapitalbildung, ca. 50.000 bis 300.000 Euro (empfohlen wird das 3-fache des Jahresbruttoeinkommens zuzüglich evtl. Schulden (z. B. Immobilienkredit)) |
| Monatliche Beiträge | Abhängig vom Eintrittsalter | Abhängig vom Gesundheitszustand und vom ausgeübten Beruf |

Quelle: Monuta Versicherungen 2017

sinnvolle Ergänzung zu einer Risikolebensversicherung zu verstehen – die Eine ersetzt aber keinesfalls die Andere. Beide Produkte gewährleisten für sich, dass im Ernstfall die jeweils vereinbarten Versicherungssummen auch für den zgedachten Zweck zur Verfügung stehen. Die Sterbegeldversicherung garantiert lebenslang, über die Laufzeit einer Risikolebensversicherung hinaus, dass im Trauerfall das Geld für eine Bestattung vorhanden ist. Damit die Auszahlung der Versicherungssumme unabhängig von der Todesursache garantiert erfolgt, sollte bei der Auswahl einer Sterbegeldversicherung darauf geachtet werden, in welchen Fällen die Versicherungssumme nicht vollständig ausgezahlt wird. Einige Anbieter schließen beispielsweise durch die umgangssprachliche „Terrorklausel“ eine Leistung aus, wenn der Tod durch einen terroristisch motivierten Chemiewaffenangriff eintritt.

III. Sterbegeldversicherung in der Vorsorgeberatung

Die Absicherung der Risiken eines Trauerfalls gehört zu einer Reihe von Vorsorgethemen, die vor dem Hintergrund des demografischen Wandels in Deutschland gezielt auf die starken Veränderungen bei gesellschaftlichen und familiären Strukturen eingehen. Die Ergeb-

nisse einer von der Monuta beim forsa Institut in Auftrag gegebenen Umfrage weisen auf einen klar definierten Beratungsauftrag hin: So haben zwei Drittel der Befragten bereits im Familienkreis über wichtige Themen wie eine Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht oder Nachlassregelung gesprochen, aber lediglich 32 Prozent haben diese zentralen Verfügungen tatsächlich für sich geregelt. Ähnlich sieht es bei der finanziellen Absicherung und der organisatorischen Vorsorge für den Trauerfall aus. 53 Prozent haben über diese Themen bereits nachgedacht. Für den Todesfall finanziell vorgesorgt haben jedoch erst 31 Prozent der Befragten und nur 8 Prozent haben die eigene Bestattung und Trauerfeier schon zu Lebzeiten für sich geregelt.

In der Praxis hat sich der generationenübergreifende Beratungsansatz als eine gute Möglichkeit für Makler und Vermittler herausgestellt, um sich mit diesen Themen beim Kunden als Vorsorgeexperte zu positionieren und damit auch vertriebliche Impulse für das eigene Portfolio zu setzen. Diese Form der Beratung stellt die Belange des Kunden und seiner Familie in den Mittelpunkt. Es geht darum, bestehende Vorsorgelücken beim Kunden zu erkennen, ihn darüber zu informieren und ihn dabei gegebenenfalls auch auf weiterführende Beratungs- und Dienstleistungen Dritter hinzuweisen. Diese Vorgehensweise be-

rücksichtigt die klare Abgrenzung zur Rechtsberatung. Dazu ist grundsätzlich festzustellen, dass eine Generationenberatung nie automatisch auch eine Rechtsberatung ist. Im Kern ist sie eine Beratung zu finanziellen Themen, die rechtliche und organisatorische Gesichtspunkte mit einbezieht.

Die Themen Tod und Trauer waren über lange Zeit in unserer Gesellschaft und auch in der Beratung stark tabuisiert – das hat sich mittlerweile geändert. Die Vorbehalte gegenüber einer aktiven Auseinandersetzung mit den Folgen einer schweren Krankheit oder gar dem Tod sind grundsätzlich unangebracht. Der Berater sollte sich selbst und seinen Kunden bewusst machen, dass die Vorsorge dafür ein positiv besetztes Thema ist. Das aufklärende Gespräch über Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Sorgerechtsverfügung, Nachlassregelung und Trauerfall-Vorsorge versetzt den Kunden in die Lage, diese Themen frühzeitig und selbstbestimmt über den Tod hinaus für sich und seine Angehörigen zu regeln (siehe auch Infokasten: Vorsorge- und Sorgerechtsverfügungen im Überblick). In dieser Hinsicht ist die Vorsorge dafür aktiv gelebte Generationenverantwortung.

IV. Hinweise zur Beratung und zum Vertrieb der Sterbegeldversicherung

In Beratung und Vertrieb ist im Hinblick auf die Zielgruppe der Trauerfall-Vorsorge immer noch die Fehleinschätzung zu beobachten, diese sei ausschließlich ein Thema für ältere Kunden. Dabei ist die Vorsorge für den Trauerfall ein generationenübergreifendes Anliegen. Da ist zum einen der 30-jährige Familienvater, der sich und seine minderjährigen Kinder absichern möchte. Die Monuta beispielsweise versichert Kinder ab der 24. Schwangerschaftswoche bis zum 18. Lebensjahr mit 2.500 Euro kostenfrei mit. Zum anderen möchte die 50-jährige Kundin sowohl die Vorsorge für die eigenen Eltern als auch für ihre Kinder frühzeitig geregelt wissen.

So vielfältig wie die Kunden sind auch die Themen der generationenübergreifenden Vorsorgeberatung. Makler und Vermittler sollten sich bewusst mit den neuen Themenfeldern befassen und

sich hier zusätzliches theoretisches und praktisches Wissen für eine qualifizierte Vorsorgeberatung aneignen. Als Spezialist für die Trauerfall-Vorsorge setzen beispielweise die Monuta Versicherungen seit ihrem Markteintritt 2007 konsequent auf eine umfassende Beratungs- und Vertriebsunterstützung. Interne und externe Fachreferenten vermitteln in regelmäßigen Online-Seminaren des von der Brancheninitiative „gut beraten“ zertifizierten Bildungsdienstleisters relevantes Wissen über Vorsorgeverfügungen, Sorgerechtsverfügung, Nachlassregelung und Trauerfall-Vorsorge. Zum Schulungsangebot gehört auch die angemessene Kommu-

nikation im Trauerfall (siehe auch Infokasten: Kundenkommunikation im Trauerfall). Juristisch geprüfte Vorsorgedokumente, die dem Kunden im Gespräch ausgehändigt werden können, runden das Paket an beratungs- und vertriebsunterstützenden Maßnahmen ab (Link).

Als Bestandteile einer umfassenden Vorsorgeberatung bieten Sterbegeldversicherung und Trauerfall-Vorsorge Maklern und Vermittlern gute Voraussetzungen, um über eine qualifizierte Vorsorgeberatung ihre Kundenbeziehungen zu festigen und zugleich neues Geschäft in ihrem gewachsenen Bestand zu generieren.

Vorsorge- und Sorgerechtsverfügungen im Überblick

- Vorsorgeverfügungen sichern nicht nur die eigene Selbstbestimmtheit, sondern schützen auch Angehörige und Hinterbliebene.
- Eine Patientenverfügung sorgt dafür, dass die Ärzte genau wissen, wie jemand im Falle eines Unfalls oder einer schweren Krankheit, durch die er gegebenenfalls nicht mehr entscheidungsfähig ist, medizinisch behandelt werden möchte.
- Eine Formulierung wie „Unwürdiges Dahinvegetieren“ reicht in einer Patientenverfügung nicht aus, da sie allein von den Wertvorstellungen des Patienten geprägt ist. Nur eindeutig formulierte Verfügungen ermöglichen dem Arzt im Sinne des Patienten zu handeln.
- Eine Vorsorgevollmacht regelt, wer die finanziellen und organisatorischen Angelegenheiten des Betroffenen übernehmen soll.
- Bei einer Vorsorgevollmacht ist in besonderen Fällen – beispielsweise wenn es um den Erwerb eines Grundstückes geht – eine schriftlich verfasste und notariell beglaubigte Form erforderlich.
- Gefährlicher Irrtum: Viele Eltern sind der Auffassung, dass beim Tod beider Elternteile automatisch Taufpaten oder nahe Verwandte wie Geschwister oder Großeltern sorgeberechtigt sind. Ohne schriftliche Sorgerechtsregelung entscheidet jedoch allein das Vormundschaftsgericht über einen geeigneten Vormund. Wer diese Entscheidung nicht allein dem Gericht überlassen möchte, sollte unbedingt eine Sorgerechtsverfügung anfertigen.
- Stichwort „Patchwork-Familie“: Eltern beziehungsweise Lebenspartner sollten unbedingt prüfen, ob und wie das Sorgerecht für die nicht leiblichen Kinder geregelt ist.

Quelle: Monuta Versicherungen 2017

Kundenkommunikation im Trauerfall

Das Zusammenspiel von fachlicher Kompetenz, wertschätzender Kommunikation und aufrichtiger Anteilnahme sind Schlüsselfaktoren einer gefestigten Kundenbeziehung:

- *Fingerspitzengefühl im Umgang mit trauernden Angehörigen*
Kunden spüren, wenn Anteilnahme und Mitgefühl nur vorgetäuscht sind. Echte Anteilnahme und Einfühlungsvermögen bringen dagegen zum Ausdruck, dass der Berater auch in schwierigen Lebensphasen für seine Kunden da ist.
- *Zusammentreffen mit den Angehörigen sorgfältig vorbereiten*
Rechtzeitig vor dem Gespräch sollten folgende Fragestellungen vorbereitet sein: Wie gehe ich auf die Trauernden zu? Welche Einstiegssätze wähle ich? Wie spanne ich taktvoll den Bogen zu den formalen Inhalten des Gespräches?

Quelle: Monuta Versicherungen 2017

»
**EIN HOCH AUF
ATTRAKTIVE
GESUNDHEITS-
ANGEBOTE!**
«

UNSERE HIGHLIGHTS AUF EINEN BLICK

WAHLTARIF CASHBACK

- Bei Leistungsfreiheit gibt's Geld zurück
- Bis zu 600,00 Euro Rückerstattung jährlich
- Vorsorgeuntersuchungen können natürlich in Anspruch genommen werden

FITFORWELL GESUNDHEITSREISEN

- Umfangreiches Reiseangebot für aktive Entspannung
- Bis zu 190,00 Euro Zuschuss jährlich
- Zahlreiche Gesundheitskurse inklusive

FITFORCASH BONUSPROGRAMM

- Bis zu 250,00 Euro Zuschuss jährlich zu Ihren privaten Gesundheitskosten über unser Aktiv-Konto oder
- Bis zu 90,00 Euro Aktiv-Prämie jährlich



Die Krankenkasse der neuen Generation

Mobil
BETRIEBSKRANKENKASSE

Im Text benannte Anbieter: Adcuri – Barmenia – Janitos – VPV

Die neue Funktionsinvaliditätsversicherung von Adcuri und Barmenia

Trotz Innovationsklausel gelten Verbesserungen nicht für den Bestand

Seit dem 01.02.2017 sind die Barmenia bzw. die Adcuri mit der Barmenia als Risikoträger mit ihrer neuen FIV am Start. Gegenüber den vorhergehenden Bedingungswerken sind eine Reihe von Änderungen festzustellen, die nicht alle zum Vorteil der Versicherten sind.



Von Stephan Witte

Zunächst einmal wurde der bisher zweiteilige **Tarifaufbau** der Opti5Rente in die Varianten Basis-, Top- und Premium-Schutz modifiziert.

Im Rahmen des **Pflegebausteins** erfolgte zunächst eine Umstellung auf die neuen Pflegegrade nach der aktuellen Pflegereform. Ein Leistungsanspruch auf Pflegerente besteht im Basis-Tarif ab Pflegegrad 3, im Top- und Premium-Tarif ab Pflegegrad 2. Bislang wurden Leistungen ab Pflegestufe 1 gewährt. Anders als bisher wird eine Pflegerente bei mindestens dreijähriger Pflegebedürftigkeit nicht mehr automatisch unbefristet bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres oder – bei Vereinbarung einer lebenslangen Leistungsdauer – bis zum Tod geleistet. Vielmehr bedeutet der Wegfall einer Pflegebedürftigkeit nunmehr automatisch den Wegfall der Leistungspflicht.

Neu ist eine Pflege-Erstberatung nicht erst ab Feststellung einer bedingungs-gemäßen Pflegebedürftigkeit, sondern bereits bei Verdacht auf eine solche. Eine vergleichbare Leistung gab es zwar schon länger aus dem Hause VPV, dort allerdings nur unfallbedingt.

In der **Unfallrente** wurde der Invaliditätsgrad bei Stimmverlust mit 100 Pro-

zent definiert, während bislang eine individuelle Bemessung galt.

Die Änderungen der **Grundfähigkeitenrente** folgen inhaltlich dem aktuellen Markttrend. Während die Grundfähigkeiten der Kategorie B im Basis-Schutz 100 Punkte erreichen müssen, um eine Leistungspflicht des Versicherers auszulösen, sind es im Top- und Premium-Schutz nur 75 Punkte.

Für psychische Störungen oder Geisteskrankheiten galt bislang eine Prognosefrist von mindestens zwölf Monaten, nunmehr ist eine dauerhafte Prognose erforderlich.

Neu eingeführt wurde nach dem Vorbild der Janitos eine **Dread-Disease-Rente**. Diese ist als Teil der Organrente anzusehen und erbringt eine monatliche Rentenleistung bei folgenden Leistungsauslösern:

- HIV-Infektion – erworben während der beruflichen Tätigkeit
- HIV-Infektion – erworben durch Bluttransfusion
- Fortgeschrittene Demenz (einschließlich Alzheimer'sche Krankheit)
- Creutzfeld-Jakob-Syndrom
- Schwere Motoneuronenerkrankung
- Polio (Kinderlähmung)
- Organtransplantation

- Schwere Verbrennungen von mehr als 30% der Körperoberfläche

Voraussetzung für den Leistungsfall ist, dass durch eine der definierten Erkrankungen eine 50%ige Invalidität im Sinne der Bedingungen beschrieben werden kann.

Die **Krebsrente** wurde hinsichtlich der Definition des Leistungsauslösers „Blutkrebs“ aktualisiert. Bislang wurden Lymphknoten- und Blutkrebs wie folgt definiert:

„Unter diesen Begriff fallen alle Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin“.

Es erfolgte eine Bewertung von Lymphknotenkrebs in vier Stadien, was bei Lymphknotenkrebs eine korrekte medizinische Beschreibung ist, während Blutkrebs nicht nach Stadien klassifiziert wird und hierzu der Leistungsfall demnach gemäß Ziffer 5.3.2 nach Organ-, Grundfähigkeiten- oder Pflegerente zu bewerten war.

Eine eigenständige Überprüfung der Leistungsanforderungen durch den Versicherten ist demnach nach dem alten Bedingungswerk nicht möglich gewesen.

Der Verfasser der aktualisierten Bedingungen war offensichtlich bestrebt, die Leistungen weniger irreführend zu beschreiben:

„Als Blutkrebs im Sinne dieser Bedingungen gelten alle Tumorformen des Blutes und der blutbildenden Organe einschließlich Leukämie.

Die Blutkrebserkrankungen werden je nach Ausprägung in 2 Grade eingeteilt. Schweregrad I:

Blutkrebserkrankung ohne Stammzell- und/oder Knochenmarktransplantation.

Schweregrad II:

Blutkrebserkrankung mit Stammzell- und/oder Knochenmarktransplantation.“

Die Leistung im Schweregrad I wird für zu 12 Monate, im Schweregrad II für 36 Monate erbracht.

Weiterhin ist die Definition nur für einen um intensives Verständnis bemühten Verbraucher nachvollziehbar, allerdings inhaltlich willkürlich und ohne medizinisch-wissenschaftliche Klassifikation. Eine saubere Formulierung hätte z.B. lauten können „Wir definieren die Blutkrebserkrankungen je nach Ausprägung in 2 Grade.“ Darüber hinaus wird suggeriert, dass es eine Unterscheidung zwischen Stammzellen und Knochenmarktransplantation geben würde, während

jedoch beide im Grunde das Gleiche beschreiben. Eine Knochenmarktransplantation beschreibt die Übertragung von Stammzellen von einem Spender an einen Empfänger.

Laut Barmenia liege die Unterscheidung darin, dass

„es unterschiedliche Verfahren der Stammzellgewinnung gibt. Für den Patienten mag das im Endergebnis das Gleiche sein. Allerdings sind beide Begriffe in der medizinischen Praxis gängig, weshalb es sinnvoll ist, sie in den Bedingungen zu erwähnen.“

Gegenüber dem bisherigen Bedingungs- werk wurden die Anforderungen an eine mögliche Beitragsanpassung von der Barmenia präzisiert. Unter anderem heißt es in Ziffer 10.7.2 nunmehr wie folgt:

„10.7.2. b) ...in angemessenen Umfang angepasst. Hierbei wenden wir die anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik an.

Bei der Überprüfung sämtlicher Rechnungsgrundlagen berücksichtigen wir auch eine Veränderung des Rechnungszinses.

Bei der Überprüfung der Kosten berücksichtigen wir nur Erhöhungen oder Absenkungen der Verwaltungskosten, der Regulierungskosten für Schadensfälle, inflationär bedingte Preissteigerungen sowie Steuererhöhungen oder -absenkungen.

Eine Anpassung der Beiträge aus Gründen der Gewinnsteigerung o. Ä. kommt nicht in Betracht.“

Im Sinne des Verbraucherinteresses ist die durch die Neuformulierung gewonnene Transparenz zu begrüßen, andererseits bedeuten diese Klarstellungen erhebliche Eingriffsmöglichkeiten des Versicherers in die anfänglich vereinbarte Levelprämie.

Aufgrund der teilweisen Schlechterstellungen gegenüber dem alten Bedingungs- werk läuft die **Innovationsklausel** für die aktuelle Tarifgeneration ins Leere.

Bislang stand nur die Wahl zwischen keiner oder einer 5%-**Aktiv-Dynamik** zur Verfügung. Nunmehr steht optional auch eine 3%-Aktiv-Dynamik zur Auswahl.

Entgegen dem Markttrend ist die aktualisierte Opti5Rente weiterhin als **Levelprämie** kalkuliert und nicht technisch einjährig wie es bei den verkaufsoffenen Wettbewerbern üblich ist.

Drastische Beitragsanpassung bei Funktionsinvaliditätsversicherung aus dem Hause Janitos

Janitos passt aktuell die Versicherungsprämien zur Multi-Rente der Tarifgenerationen T08 und T09 im Segment Erwachsene an. In einem konkret bekannten Fall betrug die Anpassung etwa 30%.

Der Versicherer begründet die Prämienanpassung mit einem unerwartet stark angestiegenen Leistungsbedarf, mit einer Absenkung des Rechnungszinses von 2,25% bei Erstkalkulation und nunmehr seit dem 01.01.2017 auf 0,9%. Ebenfalls Einfluss auf die nach Ziffer C .7 AVB erforderliche Prämienanpassung habe der vollständige Verzicht auf das

ordentliche Kündigungsrecht in diesen Produkten der ersten Generation gehabt. Mündlich wurde ergänzend mitgeteilt, dass der erhöhte Schadenbedarf sämtliche Leistungsarten betroffen habe. Auch die unterdurchschnittliche Stornoquote sei für das Unternehmen überraschend gewesen.

Der Wirtschaftsprüferbericht wurde von dem Treuhänder Meyerthole Siems Kohlruss (kurz: MSK) erstellt. Mit Schriftsatz vom 01.12.2016 sei „die ermittelte Beitragsanpassung gemäß §7 der Zusatzbedingungen dem Grunde und der Höhe nach geprüft“, so dass dieser zugestimmt wurde. Das Unternehmen be-

tont, dass der Treuhänder auch für andere Unternehmen außerhalb der Gothaer-Gruppe tätig geworden sei.

Die vertraglich vereinbarte Innovationsgarantie habe keine signifikanten Auswirkungen auf die Beitragsanpassung gehabt und stelle diese auch der Höhe nach nicht in Frage.

Die von einigen Marktteilnehmern vertretene Ansicht, dass eine Beitragsanpassungsklausel bei gleichzeitig vollständigem Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht unzulässig sei, wurde vom Unternehmen als unzutreffend zurückgewiesen.

Unfallversicherung:

Bedarfsgerechter Versicherungsschutz bei der dema!?

Im Januar 2016 ging die DEMA mit dem Tarif „Privatkunden-Police DEMA Exklusiv“ an den Start. Das Bedingungsmerk war ein offensichtliches Plagiat des Eigenheimtarifs allsafe casa von Konzept & Marketing. Wieso auch selbst etwas Innovatives entwickeln, wenn man Bedingungen einfach übernehmen kann?

von Stephan Witte

Der von der DEMA gewählte Risikoträger war die Gable Insurance AG mit Sitz in Liechtenstein. Bereits am 07.09.2016 wurde dem Versicherer vom BaFin das Neugeschäft in Deutschland untersagt.¹

Nun bewirbt die DEMA eine neue Unfallversicherung namens DEMA EXKLUSIV mit Produktstart zum 06.06.2017. Risikoträger ist die Stuttgarter Versicherung AG. Die Ankündigung an die Maklerschaft thematisiert zu nahezu 40 Prozent die „überdurchschnittlich hohe Abschlussprovision“. Bei einer vereinbarten Vertragslaufzeit von drei Jahren, profitiere der Makler von einer Haftungszeit von nur zwei Jahren. Nahegelegt wird ein Abschlussprovisionsmodell mit Folgeprovision und einer erneuten Verlängerung der Laufzeit nach drei Jahren. Der Beispielrechnung nach könne der Makler damit alle drei Jahre von einer Gesamtprovision von 289,78 Euro profitieren. Zudem verbleibe die Courtage auch dann noch beim Makler, wenn ein anderer Vermittler den Kunden abwerbe und zukünftig betreue.

Es stellt sich die Frage, ob es mit den Maklerstatus und der Funktion der DEMA als Dienstleister für angebundene Makler vereinbar ist, anstelle der Kundeninteressen das finanzielle Eigeninteresse von Maklern so stark in den Fokus zu rücken.

Werbeaussage irreführend

Die DEMA führt weiter aus, dass der neue Tarif „ohne Prämienunterschied für die Tarifgruppe A + B“ angeboten werde, auf eine Gesundheitsprüfung verzichte und „sehr günstige Tarife“ aufweise. Eine Umstellung auf den Seniorentarif erfolge mit 67 Jahren, ohne dass es zu einer

automatisierten Kündigung kommen werde. Tatsächlich unterscheiden sich die Prämien für die Berufsgruppen A und B jedoch erheblich.

Die Ankündigung für Makler weist inhaltlich insbesondere auf eine verbesserte Gliedertaxe für Invaliditätsleistung und Unfallrente, eine „kundenorientierte Progressionsstaffel deutlich über dem Marktniveau und bis zu 1.000%“ hin. Selbstverständlich seien die Bedingungen überdurchschnittlich. Tatsächlich muss der Kunde sich zwischen einer 350%, einer 500% und einer 1.000%-Progression entscheiden. Der Verzicht auf eine Progression ist nicht vorgesehen.

Aus den Verbraucherinformationen gehen unter anderem eine optionale Einmalleistung bei Eintritt definierter schwerer Erkrankungen, bei Organschäden oder bei Krebserkrankungen, der Einschluss von Unfälle infolge willensgesteuerter Eigenbewegungen sowie eine verbesserte Gliedertaxe (u.a. 75% bei Verlust einer Hand, 100% bei Stimmverlust und 25% bei Verlust einer Niere), hervor.

Eine Kürzung der Leistung wegen Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen findet erst ab einem Mitwirkungsanteil ab 35 Prozent statt. Die Infektionsklausel ist verbessert, insgesamt aber für den Maklermarkt eher unterdurchschnittlich. Für die Invaliditätsleistung sind allein Bewusstseinsstörungen durch Alkohol (beim Führen eines Kfz bis 1,1 Promille) sowie durch Einschlafen/Übermüdung (jedoch nur beim Führen eines Kfz) mitversichert. Nach Vollendung des 67. Lebensjahres beträgt die maximale Leistung für Unfälle infolge einer Bewusstseinsstörung 100.000 Euro.

Mangelnde Transparenz

Das Bedingungsmerk ist sehr unübersichtlich. Diverse Leistungen werden als optional beschrieben werden, sind über den selbstrechnenden pdf-Antrag jedoch nicht anwählbar sind (z.B. abweichende Progressionsmodelle, Dynamik, Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit). Im Antrag eingestellt ist, dass der Kunde eine „Förderung des Hilfswerks des Konzerns“ wünsche. Weder besteht die Möglichkeit, das entsprechende Kreuz zu streichen, noch wird in den Verbraucherinformationen erläutert, was genau die Zielsetzungen dieses Hilfswerks sind. Teil des Antrags ist eine teilweise vorausgefüllte Beratungsdokumentation, die dem Makler offensichtlich viel Arbeit abnehmen soll. Nur die nachfolgend mit „nein“ angekreuzten Leistungen können überhaupt abgewählt werden, der Rest ist voreingestellt (siehe Abb. unten).

Unter anderem wird auch die Wahl des Anbieters automatisch für den Vermittler begründet, diese Voreinstellung kann jedoch zumindest manuell ersetzt werden.

Negativ sind auch sehr hohe Verwaltungsgebühren von z.B. 7,50 Euro für Lastschriftrückläufer oder 10 Euro für Vertragsveränderungen mit Nachtrag. Das muss so verstanden werden, dass jeder Berufswechsel nicht nur anzeigepflichtig ist, sondern zudem automatisch Kosten bedeutet.

Es stellt sich die Frage, ob ein seriöser Makler auf von einem Versicherer teilweise vorgefasste Dokumentation zurückgreifen sollte und nicht eher gemäß VVG eine bedarfsgerechte, individualisierte Dokumentation vornehmen sollte.

¹ https://www.bafin.de/SharedDocs/Veroeffentlichungen/DE/Verbrauchermitteilung/weitere/2016/vm_160922_gable_insurance.html

| Wir empfehlen zusätzlich folgenden Versicherungsschutz | | Kundenwunsch |
|---|--|--------------|
| Einschluss von Infektionen, Insektenbisse- und Stiche und Impfschäden | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Einschluss der verbesserten Gliedertaxe | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Einschluss der verbesserten Mitwirkungsregelung von Vorerkrankungen | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Einschluss der verlängerten Anmeldefrist | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Einschluss der Kapitalzahlung als einmalige Leistung auch nach dem 65. Lebensjahr | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Einschluss der tauchtypischen Gesundheitsschädigungen | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Einschluss der kosmetischen Operationen | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Einschluss der Mitversicherung von Unfällen durch Herzinfarkt bzw. Schlaganfall | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Einschluss krankheitsbedingter Invalidität | <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein | |



Die Gliedertaxe der Unfallversicherer in der Praxis:

Schultergelenk ist nicht Arm

Von Sebastian Krügereit

Nicht immer ist die Auslegung der Unfallgliedertaxen eindeutig.

So entschied etwa der BGH mit Urteil vom 01.04.2015 (Az. IV ZR 104/13), dass Vorschädigungen der Schulter nicht bei der Bewertung des Armwertes mitzuberechnen seien, was bisherige Bewertungsempfehlungen¹ zukünftig ad absurdum führt.

Anders als in den AUB 88 und AUB 94, in der sich noch die Formulierung „Verlust oder Funktionsunfähigkeit ... eines Armes im Schultergelenk“ findet, bietet die aktuelle Formulierung der Versicherer keinen Anhaltspunkt dafür, „dass der gesamte Schultergürtel zum Arm zählen und eine dort eintretende Gesundheitsbeeinträchtigung bei der Bestimmung des Invaliditätsgrades als bedingungs-gemäße Funktionsstörung des Armes gelten soll [...] Teile der Schulterpartie, mögen sie auch funktionell dazu bestimmt sein, die zwischen Arm und Rumpf auftretenden Kräfte aufzunehmen und somit die Funktionsfähigkeit des Armes zu gewährleisten, wird er nicht als vom Bedingungswortlaut erfasst angesehen.“

Als Folge müssen Schädigungen im Schultergelenk zukünftig außerhalb der Gliedertaxe (Ziffer 2.1.2.2.2 AUB 2014) bemessen werden und sich bei der Bemessung daran orientieren, dass sie sich

widerspruchsfrei in die vereinbarte Gliedertaxe einfügen. Wenn also eine vereinbarte Gliedertaxe vereinbart wurde, darf der Versicherte auch erwarten, dass auch für Schäden außerhalb der Gliedertaxe eine verbesserte Bewertung vorzunehmen ist.

Nicht immer wird eine individuelle Bemessung ein Vorteil für Versicherte sein, da eine Bemessung mit direktem

Arm + Schulter = max. Armwert

Bezug auf den vereinbarten Armwert nunmehr nicht mehr zulässig ist. Zukünftige Urteile zu Schädigungen einer Rotatorenmanschette (Muskel-Sehnen-Kappe) im Rahmen der Unfallversicherung haben das benannte BGH-Urteil zu berücksichtigen und dies, obwohl es die Aufgabe der Rotatorenmanschette ist, den Oberarmknochenkopf in der Gelenkpfanne des Schulterblattes zu halten.

Ein denkbarer Lösungsansatz könnte sein, die Rotatorenmanschette separat in die Gliedertaxe aufzunehmen. Dann würden allerdings daraus resultierende Schädigungen des betroffenen Armes nicht automatisch mitberücksichtigt werden. Zudem sind auch sonstige Schädigungen im Schultergelenk denk-

bar. Neben Sehnen- und Bänderrissen im Bereich der Rotatorenmanschette kommt es besonders oft zu Luxationen (Ausrenkungen). Gerade Ausrenkungen als Folge von Eigenbewegungen fallen in immer mehr Bedingungswerken unter den Versicherungsschutz, so dass es auch im Interesse der Versicherungswirtschaft sein dürfte, hier eine praxisnahe Lösung zu suchen.

Beispielhaft könnte man für den Verlust oder die Funktionsunfähigkeit des Schultergelenkes in Anlehnung an Lehmann und Ludolph einen Gliedertaxenwert von 6/10 des Armwertes ansetzen, wenn als Folge der Schädigung eine Armhebung nur noch bis 60 Grad möglich wäre, von 2/10 des Armwertes, wenn eine Armhebung nur noch bis 120 Grad möglich wäre. Gleichzeitig wäre es sinnvoll, festzulegen, dass der Gliedertaxenwert für Schädigungen des Schultergelenkes bei gleichzeitiger Beeinträchtigung des Armwertes keine Leistung über den vollen Armwert erbringen sollte.

¹ Siehe z.B. Rolf Lehmann und Elmar Ludolph „Die Invalidität in der privaten Unfallversicherung“, 2013, 4. Auflage, Verlag Versicherungswirtschaft, S. 27-28



Hier sind die Grenzen der Versicherer

Erhebung von Gesundheitsdaten nach Vertragsabschluss

Von Dirk Schwane, Rechtsanwalt und FA für Arbeits- und Versicherungsrecht

Ursachen einer solchen Fragestellung sind immer identisch. Nach Antragstellung und Annahme kommt es zum Leistungsfall und der Versicherer beginnt zu prüfen – auch in den Gesundheitsaltdaten. Damit kommen meist die Probleme. Wie haben Sie hierauf zu reagieren?

Der BGH hat hierzu wie folgt Stellung genommen (u.a. am 22.02.2017, IV ZR 289/14; VersR 17,469).

1. Fälligkeit des Leistungsanspruchs

Der Versicherer darf ermitteln, ob die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt ist. Der Leistungsanspruch wird nach § 14 VVG fällig, wenn die zulässigen Ermittlungen durchgeführt und beendet wurden. Dies ist eine Klarstellung, auch wenn man darüber streiten kann, wann Ermittlungen beendet sind.

2. Umfang der Erhebung von Gesundheitsdaten wird durch §213 VVG beschrieben

Erhebt der VR Gesundheitsdaten, greift er in das Recht des Versicherten auf informationelle Selbstbestimmung ein. Das ist auch im privatrechtlichen Verhältnis zu einem VR zu beachten.

a) Recht des Versicherten auf informationelle Selbstbestimmung nach §213 VVG.

Daher ist eine vorherige Einwilligung erforderlich; bei umfassender Belehrung des Betroffenen, wobei die Datenerhebung auf das Maß des Erforderlichen beschränkt sein muss. Dabei ist vor der Datenerhebung jeweils eine Unterrichtung und Belehrung des Betroffenen gefordert, verbunden mit dem Recht zum jederzeitigen Widerspruch.

HINWEIS: Viele von den Versicherern bislang formulierte Einwilligungserklärungen genügen diesen Anforderungen nicht und sind daher unwirksam. Hier sind Sie gefordert!

3. Mitwirkungsobliegenheit

Hat der Versicherte wirksam in eine Datenerhebung eingewilligt und nicht widersprochen, können Informationen eingeholt werden.

4. Sonderfall: Tod des Versicherten

Wurde der Versicherte bei Abschluss des Vertrags nicht richtig belehrt, hat er seinerzeit keine wirksame Einwilligung erteilt. Verstirbt der Versicherte dann, kann der Versicherer keine Erhebung von Gesundheitsdaten verlangen.

5. Verwertung rechtswidrig erhobener Daten

Anerkannt ist, dass eine Verwertung nicht schlechthin ausscheidet, sondern nach einer Güterabwägung zulässig sein kann.

Hat der Versicherungsnehmer arglistig getäuscht, hat der BGH bisher den Interessen des Versicherers Vorrang gegeben.



Kurzcheck Unfallversicherung LBN VVaG

Zum 01.01.2017 hat die LBN ihre Unfallbedingungen überarbeitet. In den Tarifvarianten GLUT und BESSER sind u.a. Eigenbewegungen sehr umfassend mitversichert, allerdings erst ab einem Invaliditätsgrad von 25 Prozent. Weiter fehlt u.a. eine Geringfügigkeitsklausel. Ein näherer Blick lohnt sich für die Tarifvariante BESSER+, auch wenn sie nicht völlig zu überzeugen weiß. Leider ist der Versicherer zudem kein Mitglied im Verein Versicherungsbundsmann. Insgesamt handelt es sich dennoch um eines der besseren Bedingungswerke am Markt.

Ausgewählte Leistungsvorteile im Tarif LBN-BESSER+

- GDV-Garantie (jeweils aktueller Stand) und Innovationsklausel
- Weitgehende Mitversicherung von Gesundheitsschäden durch Eigenbewegungen
- Verzicht auf eine Kürzung der Leistung bei Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen
- Stark verbesserte Infektionsklausel
- Sehr stark verbesserte Gliedertaxe, auch für innere Organe
- Verbraucherfreundliche Meldefristen für den Eintritt, die Feststellung und die Geltendmachung einer unfallbedingten Invalidität
- Optionale Assistance-Leistungen über die Malteser

Fehlende oder eingeschränkte Leistungen des Tarifs LBN-BESSER+ in der Auswahl

- Bei Unfällen als Fahrer eines Kraftfahrzeugs aufgrund einer Bewusstseinsstörung nach der Einnahme von Medikamenten, deren Beipackzettel auf eine Fahrunfähigkeit hinweist, erfolgt generell eine Leistungskürzung von 50%. Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz sind derartige Unfälle nach ambulanten Operationen.
- Garantie hinsichtlich der Empfehlungen des Arbeitskreises Beratungsprozesse bezogen auf Stand 02.2011 anstatt aktuellen Stand 25.03.2014



Versorgungsausgleich und Zugewinn

von Thorben S. Hagenau
und Vera Eberling

Nicht jedem Makler ist bekannt, welche Auswirkungen eine Scheidung auf seinen Kundenbestand hat bzw. wie sich sein Kundenstamm zusammensetzen könnte. Daher vorab ein paar Zahlen.

► Leicht sinkende Scheidungsquote

In den vergangenen 60 Jahren hat sich die Zahl der Eheschließungen halbiert. Die Scheidungsquote ist im gleichen Zeitraum auf bis zu 50 Prozent gewachsen. „Im Jahr 2015 betrug die Scheidungsquote in Deutschland rund 40,82 Prozent, d.h. auf eine Eheschließung kamen rechnerisch ca. 0,41 Ehescheidungen.“¹

Seit mehr als zehn Jahren ist die Zahl der Hochzeiten konstant geblieben, die Zahl der Scheidungen hat zuletzt sogar wieder leicht abgenommen.

20% der 8,1 Millionen in Deutschland lebenden Familien waren im Jahr 2014 mit mindestens einem minderjährigen Kind Familien von alleinerziehenden Müttern und Vätern. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) auf Grundlage des Mikrozensus weiter mitteilt, hat sich dieser Anteil seit 1996 um 6 Prozentpunkte von 1,3 Millionen auf gut 1,6 Millionen erhöht (+ 335 000). Damals hatte er 14 % betragen. Dabei hat sich der Anteil der alleinerziehenden Mütter an allen Alleinerziehenden nur geringfügig verändert. 1996 hatte er bei 87 % gelegen. Im Jahr 2014 waren es 89 %².

Dennoch dominiert die Ehe noch immer das Familienleben. 70 Prozent der Eltern mit mindestens einem minderjährigen Kind sind verheiratet, insgesamt gibt es 17,6 Millionen Ehepaare (Stand: 2015).

Die Grafik auf S. 19 bildet die Entwicklung der Anzahl der Ehepaare mit und ohne Kinder in Deutschland in den Jahren von 1996 bis 2015 ab. Die Anzahl der Ehepaare ohne Kinder in Deutschland

betrug im Jahr 2005 rund 9,67 Millionen, die Anzahl der Ehepaare mit Kindern rund 7,72 Millionen³.

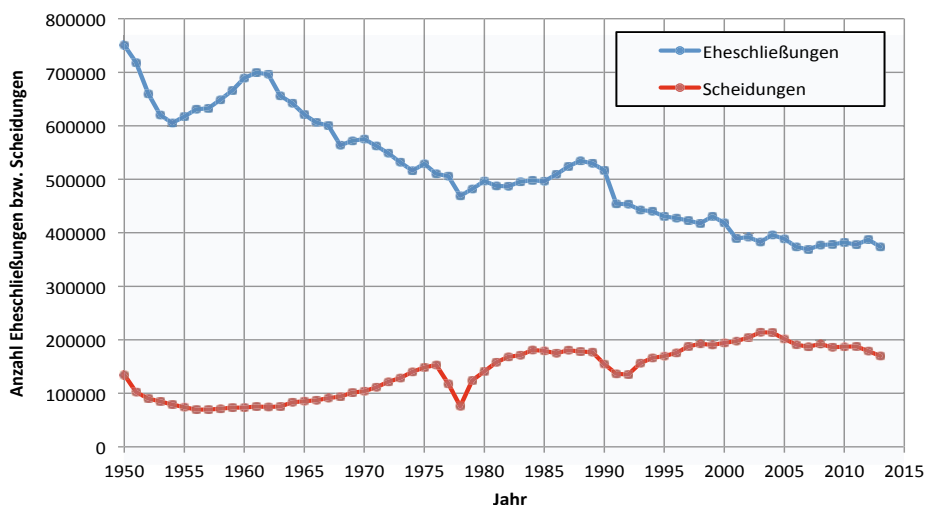
► Folgen einer Scheidung für Makler und Kunden

Eine Scheidung kann erhebliche Auswirkungen auf Ihren Kundenbestand haben – bei Kunden mit und ohne Kinder. Die wichtigsten Punkte seien an dieser Stelle kurz zusammengefasst:

- Mitunter erhebliche Kosten für die mit der Scheidung verbundenen Verfahren (in der Regel insbesondere Scheidung, Unterhalt, Zugewinn, Sorgerecht, Umgang, Gutachter), d.h. für Anwalts- und Gerichts- sowie Gutachterkosten. Diese werden nur selten durch einen Rechtsschutzversicherer ganz oder zumindest teilweise übernommen
- Kosten für den Auszug mindestens eines der beiden Partner aus der bisherigen Wohnung und in der Regel Kosten für die Neuanschaffung zumindest von Teilen des bisher gemeinsamen Hausrates. Die Hausratsteilung kann auch ohne Anwälte und Gerichte im gegenseitigen Einvernehmen geklärt werden.
- Bestehende Finanzierungen (z.B. für eine Wohnung oder einen Konsumkredit)

dit) müssen im Zweifel weiterbezahlt werden, können aber auch zum Verlust von Wohneigentum führen. Folglich ergeben sich Änderungen für z.B. Kfz- und Wohngebäudeversicherung, aber auch für die bisherige finanzielle Planung.

- Durch die Folgen von Sorgerechts- und Umgangsregelungen ggf. erhöhte monatliche Aufwendungen für Benzin und / oder Anwälte, um gemeinsame Kinder vereinbarungsgemäß sehen zu können. Streitigkeiten rund um Sorgerecht und Umgang können alternativ mit oder ohne Hilfe eines Anwaltes geklärt werden. Eine gerichtliche Klärung kann sinnvoll sein, ist aber nicht zwingend vorgeschrieben.
- Die bisherige Planung der Altersversorgung funktioniert oft nicht mehr, da sie im Rahmen von Versorgungsausgleich und Zugewinn geteilt wird und es „Reibungsverluste“ geben kann. Im Regelfall werden Scheidung und Versorgungsausgleich im Verbundverfahren beantragt, so dass mit dem Antrag auf Scheidung zeitgleich auch der Versorgungsausgleich beantragt wird. Für Zugewinn und Versorgungsausgleich besteht Anwaltszwang.
- Wurden Lebensversicherungsverträge (z.B. Risikolebensversicherungen) über Kreuz abgeschlossen, kann es



Grafik von Vera Eberling auf Daten des Statistischen Bundesamts Destatis (https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Ehescheidungen/Tabellen/_lrbev06.html)

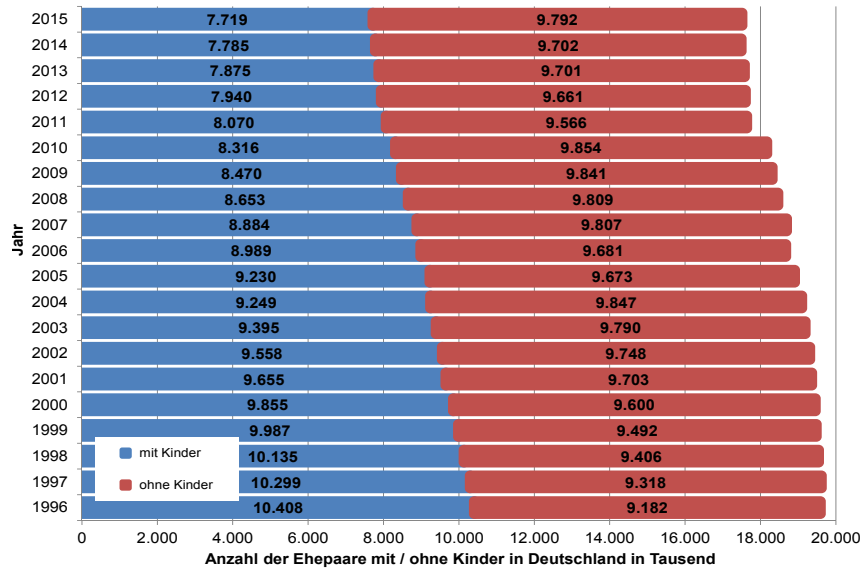
sein, dass keine einvernehmliche Lösung mehr möglich ist, damit die jeweils versicherte Person einen neuen Partner als begünstigte Person eintragen lassen kann.

- Gerade bei Haushalten mit einem Alleinverdiener werden Versicherungsverträge, die während der Ehe vom Konto des Verdiener bedient wurden, oft beitragsfrei gestellt, was für den anderen Partner den Verlust des Versicherungsschutzes, für den Makler nicht nur eine erhöhte Stornoquote, sondern auch weiteren Beratungsbedarf zur Folge haben dürfte.

Leicht können hierbei Kosten von über 20.000 Euro zusammenkommen, weshalb nicht wenige Personen nach einer Scheidung erhebliche Schulden aufbauen, die nicht jeder durch vorhandene Rücklagen ausgleichen kann.

► Vielfältige finanzielle Hilfen vom Staat möglich

Sind bei einer Scheidung Kinder mitbetroffen, können aufgrund von familienrechtlichen Verfahren zur Regelung des Sorge- bzw. Umgangsrechts zusätzliche Kosten auf die Kunden eines Maklers zukommen. Bestellt das Gericht für ein minderjähriges Kind in Kindschaftsachen, die seine Person betreffen, einen Verfahrensbeistand, soweit dies zur Wahrnehmung seiner Interessen erforderlich ist, fallen für einen berufsmäßigen Verfahrensbeistand für die Wahrnehmung seiner Aufgaben in jedem Rechtszug jeweils eine einmalige Vergütung in Höhe von 350 Euro bzw. einem erweiterten Auftrag 550 Euro pro Kind an. Familienpsychologische Gutachten sind noch teurer. Allein ein einziges familienpsychologisches Gutachten kann eine Familie daher in den finanziellen Ruin treiben. Für die Erstellung eines familienpsychologischen Gutachtens rechnen Sachverständige oft mehrere tausend Euro und im Einzelfall sogar mehr als 10.000 Euro ab. Eine Begutachtung treibt daher die Verfahrenskosten in einem familienrechtlichen Verfahren immens nach oben. Diese Kosten werden in Sorgerechtsstreitigkeiten nahezu immer hälftig zwischen den Parteien aufgeteilt. Für die entstandenen Kosten kommt eine Rechtsschutzversicherung in der Regel nicht auf.



Grafik von Vera Eberling auf Daten des Statistischen Bundesamts Destatis (<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2153/umfrage/anzahl-der-ehepaare-mit-und-ohne-kinder-in-deutschland-seit-1996/>)

Einkommensschwache Personen können mit Hilfe eines sogenannten Justizdarlehens nach § 120 Zivilprozessordnung (ZPO), der **Prozesskostenhilfe**, Anwaltsgebühren und Gerichtskosten für einen Gerichtsprozess in der jeweiligen Instanz finanzieren. Je nach den wirtschaftlichen Verhältnissen der betreffenden Person wird die Prozesskostenhilfe mit Ratenzahlung oder ohne Ratenzahlung gewährt. Für familiengerichtliche Verfahren kann Verfahrenskostenhilfe⁴ gewährt werden, bei der es sich dem Grunde nach ebenfalls um Prozesskostenhilfe handelt. Die **Verfahrenskostenhilfe** wird in Familiensachen und in Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) in den §§ 76 bis 78 FamFG geregelt. § 76 FamFG verweist dabei auf die Vorschriften zur Prozesskostenhilfe, die Anwendung finden, sofern sich aus dem FamG nichts anderes ergibt.

Sollte ihr Mandant also finanziell bedürftig (geworden) sein und keinen Anspruch auf Verfahrensfinanzierung gegen den anderen Ehegatten (Verfahrenskostenvorschuss nach § 1360a Abs. 4 Bürgerliches Gesetzbuch – BGB) anderweitig geltend machen kann oder muss, kann Verfahrenskostenhilfe sowohl für sämtliche Arten von familiengerichtlichen Verfahren als auch für die zugehörigen Zwangsvollstreckungsverfahren gewährt werden. Die Verfahrenskostenhilfe kann nach § 9 Abs. 1 Nr. 3 FamFG aber auch von anderen Verfahrensbeteiligten als den Ehegatten beantragt werden, so et-

wa von Kindern mit vollendetem 14. Lebensjahr, die vor dem Familiengericht selber antragsberechtigt sind. Die Verfahrenskostenhilfe deckt hierbei nur die Zahlung der eigenen Anwaltsgebühren und Gerichtskosten ab, so dass der Verfahrenskostenhilfeberechtigte weiterhin ein hohes Kostenrisiko trägt. Geht ein Verfahren ganz oder teilweise verloren, muss er die Kosten des Gegners selber zahlen.

Zu beachten ist auch, dass es für außergerichtliche Angelegenheiten keine Prozesskostenhilfe, Prozesskostenbeihilfe, Verfahrenskostenhilfe oder Ähnliches gibt. Sind die wirtschaftlichen Verhältnisse beengt, kann die sogenannte Beratungshilfe nach dem Beratungshilfegesetz (BerHG) beantragt werden.

► Wirtschaftliche Folgen einer Scheidung oft gravierend

Müssen vorhandene Verträge zur Finanzierung der einzelnen Verfahren herangezogen werden, sind ggf. anfallende Abgeltungssteuer oder Kosten für einen (Teil-)Rückkauf zu berücksichtigen. Hohe Kosten im Rahmen solcher Verfahren haben schon viele Familien in den finanziellen Ruin getrieben.

Insbesondere auf die Themen Versorgungsausgleich und Zugewinn möchte ich an dieser Stelle etwas näher eingehen.

Sofern nicht per Ehevertrag ein Versorgungsausgleich und / oder Zugewinn ausgeschlossen wurden und dieser Ehe-

vertrag im Fall der Fälle gültig und nicht sittenwidrig ist, werden während der Ehe geleistete Aufwendungen in gesetzliche, betriebliche oder private Rentenversicherungen im Rahmen des Versorgungsausgleichs gegeneinander aufgerechnet, Lebensversicherungen, Wohneigentum und sonstige Kapitalanlagen im Rahmen des Zugewinns.

Die wesentlichen Fakten zum Versorgungsausgleich im Überblick

Der Versorgungsausgleich wird im FamGKG sowie im VersAusglG geregelt, die Kosten für den Anwalt in der RVG, sofern nicht im Einzelfall ein Stundenhonorar berechnet wurde. Versorgungsausgleich bezeichnet die Teilung der während der Ehezeit erworbenen Ansprüche auf Altersvorsorge. Bei der Durchführung des Versorgungsausgleichs werden die in der Ehezeit erworbenen Anrechte geteilt, also jene, die vom ersten Tag des Heiratsmonats bis zum letzten Tag des Monats vor Zustellung des Scheidungsantrags entstanden sind.

Wenn ein Ehepartner einen Antrag auf Scheidung und Versorgungsausgleich stellt, ergeht vom zuständigen Amtsgericht ein Beschluss, in dem die Ehepartner separat angeschrieben werden und u.a. um Auskünfte zu ihren vorhandenen Verträgen, ihrem jeweiligen Beruf und ihrem beruflichen Werdegang gebeten werden. In diesem Zusammenhang wird ein vorläufiger Verfahrenswert angegeben. Es empfiehlt sich, für beide Ehepartner die jeweiligen Auskünfte des anderen Partners zu überprüfen, da nicht selten wesentliche Angaben fehlen. Wenn das Gericht seinen Verpflichtungen nachkommt, werden dann alle benannten Anbieter einzeln angeschrieben und um eine Mitteilung des jeweiligen Ausgleichswerts gebeten. Gerade im Zusammenhang mit der gesetzlichen Rentenversicherung und auch im Zusammenhang mit ausländischen Versicherungen kann die Mitwirkung der bisherigen Eheleute erforderlich sein. Die Verpflichtung dazu ergibt sich aus § 220 Abs. 2, 3 FamFG. Werden gerichtlich gesetzte Fristen zur Beibringung von Auskünften nicht eingehalten, kann gemäß § 35 FamFG ein Zwangsgeld von bis zu 25.000 Euro, ersatzweise Zwangs-

haft von bis zu sechs Monaten angeordnet werden.

Folgende Verträge fallen grundsätzlich beispielhaft unter den Versorgungsausgleich:

- Gesetzliche Rentenversicherungen,
- Direktversicherungen, Pensionskassen und andere Verträge der betrieblichen Altersversorgung mit Rentenleistung (auch mit Kapitalwahlrecht),
- Fondsgebundene / Kapitalbildende Rentenversicherungen (auch mit Kapitalwahlrecht),
- Riesterverträge (auch Riesterfondssparpläne),
- Basisrenten (auch auf Investmentbasis).

Zu beachten ist, dass auch Verträge, die für Kinder abgeschlossen wurden, beim Versorgungsausgleich Berücksichtigung finden, sofern der Versicherungsnehmer zum Stichtag des Versorgungsausgleichs weiterhin einer der Ehepartner ist. Dies liegt daran, dass Eheleute das Bezugsrecht von Verträgen, die mit einem Kind als versicherter Person abgeschlossen haben, zu jedem Zeitpunkt ändern können.

► Sonderregelungen für ausländische Versicherer

Bei manchen ausländischen Versicherungen ist ein Versorgungsausgleich nicht ohne weiteres möglich. So sind Anwartschaften eines Versicherungsnehmers aus fondsgebundenen Versicherungen bei der Canada Life gemäß § 19 Abs. 2 Nr. 4 des Gesetzes über den Versorgungsausgleich (VersAusglG) nicht ausgleichsreif, weil es sich bei der Canada Life Assurance Europe Limited um einen ausländischen Versorgungsträger mit einer nur unselbstständigen Niederlassung in Deutschland handelt. Daher können erworbene Anrechte gegebenenfalls schuldrechtlich ausgeglichen werden.

Bei fondsgebundenen Verträgen ist zu beachten, dass der jeweilige Anteilswert täglichen Schwankungen unterliegt und somit der Zeitwert zu einem konkreten Stichtag von Bedeutung ist (§ 46 VersAusglG i.V.m. § 169 Abs. 4 S. 1 VVG). Insofern ist es für den Ausgleichspflichtigen von Vorteil, wenn der Eingang des Scheidungsantrages mit einem Börsencrash zusammenfällt.

Die internen Kosten einer Teilung von Versicherungsverträgen nach § 13 VersAusglG werden den ausgleichsberechtigten Parteien zu gleichen Teilen belastet, können aber auch fiktiv in Anlehnung an einen Beschluss des OLG Stuttgart vom 25.06.2010 (Az. 15 UF 120/10) zugrunde gelegt werden. Einige Versicherer (z.B. die Nürnberger Lebensversicherung AG) verzichten auf die gesetzliche Möglichkeit eines zusätzlichen Kostenabzugs bei der internen Teilung.

Beispiel 1:

Gesetzliche Rentenversicherung

Während der Ehezeit erworbene Entgeltpunkte Partner 1: 10,00 Punkte, Partner 2 hat keine Ansprüche aus einer gesetzlichen Rentenversicherung. Die Hälfte der Entgeltpunkte für die Ehezeit ergibt den Ausgleichswert, hier also 5,00 Punkte.

Beispiel 2:

Private Rentenversicherung

Partner 1 hat insgesamt drei Rentenversicherungen mit einem Ausgleichswert von je 4.000 Euro, Partner 2 zwei Verträge mit einem Ausgleichswert von je 5.000 Euro. Die Differenz aus dreimal 4.000 Euro (= 12.000 Euro) und zweimal 5.000 Euro (= 10.000 Euro) beträgt 2.000 Euro, so dass folgende Alternativen in Betracht kommen:

- 1) Übertragung eines Ausgleichswertes aus nur einem Vertrag in Höhe von 1.000 Euro an Partner 1. Folge: Partner 1 hat danach weiterhin drei, Partner 2 nunmehr auch 3 Verträge. oder
- 2) Übertrag jeweils des Ausgleichswertes aus allen Verträgen an den jeweils anderen Partner. Folge: Partner 1 hat nunmehr 5, Partner 2 auch 5 Verträge.
- 3) Um Kosten zu senken, kann es sinnvoll sein, dass der gesetzliche Versorgungsausgleich nur bezüglich der gesetzlichen Anwartschaften erfolgen soll (also insbesondere der Ausgleichswerte einer gesetzlichen Rentenversicherung), während andere Anwartschaften (z.B. private Rentenversicherungsverträge) durch Einmalzahlung abgegolten werden sollen. In diesem Fall müsste Partner 1 insgesamt 1.000 Euro an Partner 2 zahlen.

Beachten Sie, dass Möglichkeiten 1 oder 2 dazu führen können, dass unnötig hohe laufende Fixkosten für die Verwal-

tion von Verträgen mit Kleinstbeiträgen entstehen können und ggf. auch die jeweiligen Mindestbeiträge unterschritten werden. Gerade ein Partner, der nach der Trennung von ALG II leben würde, wird kaum glücklich darüber sein, viele halbe Verträge zu erhalten, um einen adäquaten Ausgleichswert zu erhalten.

Die wesentlichen Fakten zum Zugewinn im Überblick

Verträge, die generell keine Möglichkeit einer späteren Verrentung bieten, sind anstatt im Versorgungsausgleich im Rahmen des Zugewinns zu berücksichtigen. Dieser erfolgt nur auf Antragsstellung und kann alternativ gerichtlich erfolgen. Aufgrund des Anwaltszwangs ist der Zugewinn in jedem Fall mit Kosten verbunden.

Folgende Verträge fallen grundsätzlich beispielhaft unter den Zugewinn:

- Sparguthaben,
- Tagesgeld,
- Fonds- und Aktienvermögen,
- Bausparguthaben,
- Immobilienvermögen,
- Fondsgebundene / Kapitalbildende Lebensversicherungen.

Manche Anbieter dürfen aus rechtlichen Gründen nur dann Auskünfte an das Gericht liefern, wenn der jeweilige Versicherungsnehmer sein Einverständnis erklärt hat. Das gilt beispielsweise für Versicherer mit Sitz in Luxemburg, die aufgrund des in Luxemburg geltenden Versicherungsgeheimnisses keine direkten Auskünfte an das Gericht liefern dürfen.

Nicht unter den Zugewinn fallen beispielsweise Immobilien, die während der Ehe durch Erbschaft oder vorgezogenes Erbe nur einem Partner zugefallen sind, Berücksichtigung findet jedoch ein fiktiver Wertzuwachs während der Ehezeit, ohne dass eine Veräußerung erforderlich sein muss.

► Abschließende Bemerkungen

Ihre Kunden profitieren davon, wenn jeweils beide Partner eine Übersicht über die vollständigen Verträge ihres Partners mit Name der Gesellschaft und Vertragsnummer haben, da nach einer Trennung sehr schnell wesentliche Unterlagen (z.B. Kontoauszüge, Versicherungs-

FamGKG
Gesetz über Gerichtskosten
in Familiensachen

VersAusglG
Versorgungsausgleichsgesetz

RVG
Rechtsanwaltsvergütungsgesetz

scheine) dem Zugriff des anderen Partners entzogen sein können. Da es insbesondere beim Zugewinn auf die exakten Vermögensverhältnisse zum Zeitpunkt der Eheschließung ankommt, kann ein Makler seinen Kunden einen großen Dienst erweisen, dies entsprechend zu dokumentieren.

Nicht selten versuchen Personen im Verlaufe ihrer Trennung ihre Vermögenswerte etwa durch Kündigung bestehender Verträge zu verschleiern. In diesem Zusammenhang kann ein zuvor vereinbarter Verwertungsausgleich nach § 168 Abs. 3 VVG von erheblicher Bedeutung sein, da eine Kündigung oder eine Übertragung von Guthaben an Dritte dadurch ausgeschlossen werden kann.

Werden Verträge vor Abschluss des Verfahrens von einem der beiden Eheleute gekündigt, um sie auf diese Weise dem Versorgungsausgleich oder Zugewinn zu erzielen, so sind sie dennoch unverändert nach ihrem Wertzuwachs zwischen dem Zeitpunkt der Eheschließung und ihrem Wert zum Zeitpunkt des Eingangs auf Ehescheidung zu berücksichtigen.

Als Makler sollten Sie folglich spätestens nach Rechtsgültigkeit der Scheidung ihrer Kunden einen Beratungstermin wahrnehmen, um die veränderte Situation erfassen zu können und daraus abgeleitete Empfehlungen für die Zukunft abzuleiten. Beachten Sie, dass Sie als Makler Interessenvertreter ihres jeweiligen Kunden sind. Nach einer Trennung kann das bedeuten, dass Sie dem jeweils anderen Partner keine Auskünfte mehr geben dürften, die den Expartner betreffen.

¹ <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/76211/umfrage/scheidungsquote-von-1960-bis-2008/>

² Statistisches Bundesamt, https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/zdw/2016/PD16_08_p002.html

³ Statistisches Bundesamt, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2153/umfrage/anzahl-der-ehopaare-mit-und-ohne-kinder-in-deutschland-seit-1996/>

⁴ <https://www.scheidung.org/verfahrenskostenhilfe/>



Kurzcheck

Unfallversicherung GVO Gegenseitigkeit Versicherung Oldenburg VVaG (GVO)

Zum 01.05.2016 hat die GVO die Bedingungen zu ihrer Unfallversicherung überarbeitet. Zur Verfügung stehen die Varianten VIT und TOP-VIT. Beide Bedingungswerke wissen trotz einiger Highlights nicht zu überzeugen. Kritisch sind auch die Gesundheitsfragen im Online-Rechner zu sehen, da diese z.B. ohne nähere Erläuterung nach einer Beratung, Untersuchung oder Behandlung wegen schwerer Krankheiten in den letzten 5 Jahren vor Antragsstellung fragen. Auch gibt es keinen Hinweis darauf, welche Hobbys oder sonstigen Gefahren gefährlicher sein könnten.

Ausgewählte Leistungsvorteile im Tarif TOP-VIT

- Sehr stark verbesserte Gliedertaxe, auch für innere Organe
- Verbraucherfreundliche Meldefristen für den Eintritt, die Feststellung und die Geltendmachung einer unfallbedingten Invalidität
- Fahrradhelmklausel (Mehrleistung von 10%) sowohl für Kinder als auch für Erwachsene
- Leistungskürzung statt Invaliditätsgradminderung (Progressionsvorteil) im Fall der Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen
- Beitragsfreie Weiterführung bei Unfalltod des Versicherungsnehmers für zwei Versicherungsjahre (gilt für alle mitversicherten Personen)
- Differenzdeckung für maximal 1 Jahr

Fehlende oder eingeschränkte Leistungen des Tarifs TOP-VIT in der Auswahl

- Die GDV-Garantie bezieht sich auf die AUB 2012 anstatt auf den aktuellen Stand 25.03.2014. Geheilt wird dies allerdings durch die bedingungsseitige Garantie hinsichtlich der Empfehlungen des Arbeitskreises Beratungsprozesse.
- Kürzung der Leistung bei Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen ab einem Mitwirkungsanteil von 50% (anstatt der von WFS empfohlenen „über 50%“ als Mindeststandard)
- Unklare Klausel zur Hektarreduzierung, die sich weder aus den Bedingungen noch aus dem Online-Antrag erschließt

Goldstaub – Betriebliche Krankenversicherung

Betriebliche Krankenversicherungen (bKV) sind private Zusatzversicherungen, die speziell für Unternehmen und deren Mitarbeiter entwickelt worden sind – und für alle Beteiligten einen immensen Mehrwert generieren.

von Stefan Baum

Wie funktioniert die bKV?

Der Arbeitgeber einigt sich mit einem Versicherer und schließt einen Rahmenvertrag über die angebotenen Tarife ab. Der Arbeitgeber ist der Versicherungsnehmer und ist für die monetäre Seite zuständig. Ob die Beiträge vom Arbeitgeber, Arbeitnehmer oder beiden übernommen werden, wird innerhalb der Firma abgestimmt. Die Leistungsabwicklung erfolgt ausschließlich zwischen Arbeitnehmer/Krankenhaus / Ärzten und Versicherer. Das Unternehmen hat dadurch einerseits keinen administrativen Aufwand und andererseits keinen Einblick in die gesundheitlichen Gegebenheiten der Mitarbeiter.

Welche Leistungen können abgesichert werden?

In der betrieblichen Krankenversicherung können viele der bekannten Absicherungen gewählt werden, die den Absicherungsrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigen bzw. ergänzen, z.B.:

- zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen
- Zahnersatzleistungen
- Zuzahlungen für Brillen
- Auslandsschutz
- Heilpraktiker
- stationärer Schutz/ Privatarzt

Der letztgenannte Baustein sollte als Grundbaustein für die Mitarbeiterversorgung gesehen werden. Damit kann der Arbeitnehmer, bei richtiger Tarifwahl, den Sprung innerhalb der „Zwei-Klassen-Medizin“ in den Privatpatientenstatus schaffen. Im Normalfall ist bei Krankenhausaufenthalten von gravierenden Erkrankungen oder Verletzungen auszugehen, und damit stellt dies den werthaltigsten Schutz dar.

Vorteile

„Das ist mehr wert, als jede Gehaltserhöhung“ waren die Dankensworte von Jens Schuster, dem Geschäftsführer der Bohmeyer & Schuster GmbH, nach Ein-

führung der bKV in seinem Unternehmen. Dieser Arbeitgeber hat die Vorteile gesehen und in der Praxis erlebt. Speziell für den stationären Tarif folgen die Pluspunkte dieser Absicherung:

- Mitarbeiter erhalten eine besondere Wertschätzung- in Form von Gesundheitsförderung
- Beste medizinische Versorgung ist möglich – durch Beauftragung des Arztes der Wahl, auch mit Honorarvereinbarung, sprich über dem 3,5fachen Satz der GOÄ, inklusive Vor- und Nachuntersuchungen
- Schnellere Genesung ist möglich und nicht unüblich
- Begeisterte Mitarbeiter nach Genesung; wahrer Wert wurde festgestellt und auch anderen Kollegen erzählt.
- Der Schutz kann auch bei Ausscheiden aus dem Unternehmen „mitgenommen“ werden. Der Mitarbeiter kann den Schutz ohne Gesundheitsfragen in einen privaten Tarif umstellen.
- Unter bestimmten Voraussetzungen (z.B. Mitarbeiteranzahl) Verzicht auf Gesundheitsfragen und Ausschlüsse.
- Tarife sind ohne Altersrückstellungen kalkuliert und oft mit altersunabhängigen Prämien versehen, demnach finanziell umsetzbar. Einige Versicherer bieten dem Mitarbeiter die Möglichkeit, die individuellen Altersrückstellungen zusätzlich anzusparen, um z.B. im Rentenalter eine geringere Belastung zu haben.

Die Vorteile für den Arbeitnehmer und den Arbeitgeber sind immens. Die meisten Unternehmer und Personalverantwortlichen stehen dem Thema betriebliche Krankenversicherung sehr positiv gegenüber, da die demographische Entwicklung und damit einhergehend die Häufung von Erkrankungen zunehmen und das Augenmerk auf das Wertvollste im Unternehmen – die Mitarbeiter – zunimmt.

Die Erfahrung zeigt, dass ein großer Anteil der Arbeitnehmer von Beginn an die Absicherung als sehr wertvoll ein-

schätzt, da es vielen nicht möglich ist, z.B. aufgrund von Vorerkrankungen, diese privat zu realisieren.

Umsetzung

Nachdem ein Unternehmen nach einer qualifizierten Beratung die Entscheidung über die Einführung getroffen hat, ist analog zur Beratung in der betrieblichen Altersversorgung - dringend zu empfehlen, eine Versorgungsordnung gegen Honorar von einer Rentenberatungsgesellschaft oder spezialisierten Arbeitsrechtlern erstellen zu lassen. Die Versorgungsordnung gießt alles arbeitsrechtlich in die richtige Fassung und beschreibt genau die Leistungen des Arbeitgebers, so dass keine weiteren Verpflichtungen entstehen können. Wesentliche Punkte können und sollten festgehalten werden:

- Mindestlaufzeit und Kündigungsmöglichkeiten des Arbeitgebers und Arbeitnehmers
- Was passiert in entgeltlosen Zeiten (Krankheit/ Elternzeit)?
- Wer ist berechtigt (Probezeit/ Azubis/ geringfügig Beschäftigte)?
- Leistungsumfang, Wartezeiten und Obliegenheiten

Der Arbeitgeber vereinbart mit dem Versicherer im Rahmenvertrag, unter welchen Voraussetzungen ein Mitarbeiter den Schutz erhält (z.B. nach Probezeit, Ausschluss Azubis, Fristen, etc.), damit die Gesundheitsprüfungen wegfallen. Die Bestimmung des Zeitpunktes, an dem der Versicherungsschutz beginnt, dient dem Versicherer, um eine Negativselektion zu verhindern, d. h. der Arbeitgeber kann nicht wahlweise die Mitarbeiter versichern, weil vielleicht eine Behandlung ansteht. Diese Punkte werden dann in die Versorgungsordnung übernommen.

Die interne oder externe Lohnbuchhaltung muss auch informiert und oft aufgeklärt werden, da meistens eine arbeitgeberfinanzierte bKV eingerichtet wird. In diesem Fall kommt es zu einem Nettolohnausgleich, d.h. der Beitrag zur

bKV ist wie Barlohn zu sehen und daher steuer- und sozialversicherungspflichtig (BMF-Schreiben 10.10.2013; Rundschreiben GKV-Spitzenverband 31.07.14). Diese Mehrbelastung sollte der Arbeitgeber, was auch üblich ist, ausgleichen. Auf Arbeitgeberseite handelt es sich bei den Beiträgen um Betriebsausgaben.

Zunächst müssen die Mitarbeiter einerseits über die neue Arbeitgeberleistung informiert werden, andererseits ist die Wertschätzung des Arbeitgebers den Angestellten gegenüber und die Werthaltigkeit der Absicherung zu übermitteln. Idealerweise geschieht dieses über eine Mitarbeiterinformationsveranstaltung, in der die Leistungen des neuen Schutzes sowie die praktische Umsetzung erläutert werden, da die meisten Mitarbeiter z.B. noch nie als Privatpatient behandelt worden sind, damit eventuelle Berührungsängste, z.B. möglicher Eigenanteil, verfliegen, ist die Auswahl des richtigen Tarifes und Versicherers sehr wichtig. Nur sehr wenige Versicherer bieten Tarife an, die vollumfängliche Leistungen erhalten. Der Bereich des Arzthonorars ist z.B. sehr unterschiedlich geregelt. Von dem 2,3fachen, über dem 3,5fachen Satz der GOÄ bis darüber hinaus (Honorarvereinbarung) ist alles vorhanden.

Wenige Versicherer agieren recht flexibel und können für spezialisierte Makler von Fall zu Fall besondere Wünsche erfüllen. Ziel kann es unter anderem sein, dass den Kindern oder Partnern der Mitarbeiter auch der Schutz ohne Gesundheitsfragen zur Verfügung gestellt werden kann. Unter Umständen kann z.B. erreicht werden, dass die Familienangehörigen innerhalb des ersten Monats nach Beginn des Versicherungsschutzes für den Mitarbeiter, kostenpflichtig mitversichert werden können..

Was ist zu beachten

Für den Fall, dass ein Mitarbeiter schon privat einen ähnlichen Schutz abgeschlossen hat, ist auf Wunsch des Kunden von dem Makler individuell zu prüfen, ob der bestehende Schutz z.B. in eine Anwartschaft umgestellt wird, die bKV nicht für diesen fortbesteht oder er ergänzend (Zahnezusatz) genutzt werden kann.

Die Mitarbeiter sind darauf hinzuweisen, dass sie spätestens mit dem Renteneintritt und Umstellung auf eine private Zusatzversicherung mit Altersrückstellungen einen erheblichen Mehrbeitrag zu zahlen haben, wenn der Vertrag fortgeführt werden soll. Es ist davon auszuge-

hen, dass erst recht in diesem Alter der Schutz erhalten werden soll. Daher sind Lösungen anzubieten.

Möglichkeiten sind die Erhöhung der betrieblichen Altersvorsorge oder der Aufbau von Altersrückstellungen durch einen möglichen Zusatzbaustein, wie ihn z.B. die Hallesche Krankenversicherung anbietet.

Unterstützung empfohlen

Die bKV ist oft das Sahnehäubchen einer festen Kundenbeziehung oder dessen Beginn. Aufgrund der Komplexität – Ausschreibung, Tarifauswahl, arbeits- und steuerrechtliche Begleitung, Abwicklungsprozesse und die Mitarbeiterveranstaltung- ist es für die ersten Umsetzungen zu empfehlen, mindestens einen Spezialisten einer Gesellschaft, besser noch einen ungebundenen und versierten Kollegen zu beauftragen.

Fazit

In Allem ist die betriebliche Krankenversicherung ein sehr schönes Instrument für „Überzeugungstäter“ und ein Bereich, in dem wirklich jede Seite gewinnt. Daher darf und sollte die bKV im Bereich der Beratung von Unternehmen als „Goldstaub“ erachtet werden.

Kurzübersicht zu stationären Tarifen in der bKV

| | Mindestanzahl Mitarbeiter für Wegfall von Gesundheitsprüfung und Ausschlüssen | Uniage-Tarife (16-67) | GOÄ Erstattung über Höchstsatz möglich | Erstattung bei reinen Privatkliniken | Erstattung für ambulante Vor- und Nachuntersuchungen | Zusatz-Baustein Altersrückstellung | vorübergehender Schutz im Ausland | Familienangehörige ohne Gesundheitsfragen versicherbar | Familienangehörige ohne Ausschlüsse versicherbar | Mitnahme Versicherungsschutz bei Ausscheiden |
|------------------|---|-----------------------|--|--------------------------------------|--|------------------------------------|-----------------------------------|--|--|--|
| Allianz | 50 | Nein | Ja | Ja | Ja | Ja, aber mit Gesundheitsprüfung! | Ja | Nein | nicht zutreffend | Ja |
| Axa | 25 (min.1000€ mtl. Gesamtbeitrag) | Ja (bis 69, ab 70) | Ja, bis zum 5fachen Satz | Nein | Nein, nur Aufnahme- und Abschlussuntersuchung | Nein | Europa | Nein | Nein | Ja |
| Barmenia | 20 | Ja | Ja | Ja | Ja | Nein | Ja | auf Anfrage | auf Anfrage | Ja |
| Hallesche | 50 | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Nein | Ja | Nein | Ja |
| Hanse Merkur | 20 ! Einschränkung bei Annahme – nicht jeder ist versicherbar! | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | | Nein | Nein | Ja |
| SDK | 50 | Ja | Ja | Ja | Ja | Nein | Ja | Ja | Nein | Ja |
| Württembergische | 20 | Ja, 20-65 | Im Einzelfall | Ja | Ja | Nein | weltweit | Nein | Nein | Ja |

Wichtiger Hinweis: Tarife mit Ausschlüssen (bestimmte bestehende Krankheitsbilder) sollte die letzte Wahl sein und bei Anwendung genau kommuniziert und dokumentiert werden.

Anmerkung: Die Erfahrung zeigt, dass die Barmenia und Hallesche Krankenversicherung dieses Thema am besten verstanden haben. Grund ist die Verbindung der Bedingungen, Voraussetzungen und die Flexibilität bei Ausschreibungen. Auch ist der Service für die Mitarbeiter bei beiden hervorzuheben. Bei der Allianz sollte die Frage erlaubt sein, warum beim Zubuchen des Altersrückstellungstarif Gesundheitsfragen fällig werden. Eine Weiterführung nach Ausscheiden (besonders im Rentenalter) scheint nicht im Vordergrund zu stehen.

Im Text benannte Anbieter: ADAC – Allianz – AOK Niedersachsen – BKK Exklusiv – BKK Mobil Oil – Care Concept – ERV – HanseMerkur – R+V – uniVersa – Würzburger

Hürden bei der Versicherung von Nicht-EU-Ausländern in der Krankenversicherung

Für Makler kann es unter Umständen wichtig sein, auch Sonderfälle des Sozialversicherungsrechts zu kennen, da es nicht immer so einfach ist, zu entscheiden, ob ein konkreter Kunde sich überhaupt privat versichern darf oder muss. Manchmal kann es für alle Beteiligten sinnvoller sein, einen Weg in die GKV zu suchen.



Von Stephan Witte

Laut dem Auswärtigen Amt gibt es für die dort genannten 199 Staaten und Gebietskörperschaften, neun unterschiedliche Anmerkungen zur Visumpflicht. Das bedeutet, dass bei jedem Antrag zur Aufnahme in die Krankenversicherung auch diese Vorgaben individuell zu berücksichtigen sind.

Wenn Ausländer visumpflichtig nach Deutschland einreisen, benötigen sie regelmäßig eine spezielle Incoming-Versicherung. Angeboten werden solche Verträge beispielsweise vom ADAC, Allianz, Europäische Reiseversicherung (ERV), Hanse Merkur und Würzburger.

Bleiben die Betroffenen anschließend in Deutschland, fallen sie unter die Versicherungspflicht. Zwangsweise müssen sie sich dann gesetzlich oder privat krankenversichern.

Sofern keine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung besteht und sie keine Ehe mit einer gesetzlich krankenversicherten Person eingehen, stehen gerade Personen aus dem Nicht-EU-Ausland oft vor scheinbar unüberwindlichen Problemen.

Der Begriff „Versicherungspflicht“ kann manchmal zu Irritationen führen. Für Außenstehende erscheint die Begrifflichkeit der (nachrangigen) „Auffangversicherungspflicht“ leichter verständlich.

Diese Auffangversicherungspflicht umfasst jene Personen,

- die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren,
- **nicht hauptberuflich selbständig** und nicht auf Grund des § 6 Abs. 1, 2 SGB V versicherungsfrei sind.
- **aus § 5 Abs. 1 Nr. 13 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)** bzw. § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989 für die landwirtschaftliche Krankenversicherung Erstmals Zuziehende aus dem Ausland werden hier vom Gesetzgeber, je nach der Staatsangehörigkeit, unterschiedlich betrachtet.
Ist es eine Staatsangehörigkeit
- der EU, des europäischen Wirtschaftsraumes (EWR), der Schweiz, **oder**
- die eines Drittstaates, also nicht EU, EWR oder Schweiz.

Bei ersteren richtet sich der Aufenthaltsstatus nach dem Freizügigkeitsgesetz/EU. Hiernach wird keine Aufenthaltserlaubnis benötigt, vielmehr gilt die Anmeldung beim Einwohnermeldeamt als Aufenthaltsbescheinigung.

Bei Angehörigen der „Drittstaaten“ spielen die jeweiligen, unterschiedlichen Visumpflichten und deren Wertungen

für die Möglichkeit der Auffangversicherungspflicht eine entscheidende Rolle. Außerdem ist der Zeitpunkt der Beantragung unter Berufung auf diese Auffangversicherungspflicht entscheidend.

Aus dem Ausland Zurückkehrende

Rückkehrer aus dem Ausland werden darin unterschieden, wo ihr Aufenthalt im Ausland war:

- in der EU, im europäischen Wirtschaftsraum (EWR), in der Schweiz, **oder**
- im vertragslosen Ausland, also nicht EU, EWR oder Schweiz.

Zurückkehrende aus dem vertragslosen Ausland, die vor dem Auslandsaufenthalt zuletzt in der GKV versichert waren, unterliegen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs.1, Nr.13 Buchstabe a SGB V.

Bei Rückkehrern aus der EU, dem EWR oder der Schweiz ist entscheidend, welche Versicherung im Ausland bestanden hat. Der Nachweis wird in der Regel mit einer europäischen Versicherungsbescheinigung E 104 geführt. Waren sie gesetzlich oder nicht versichert, tritt Versicherungspflicht nach § 5 Abs.1, Nr.13 Buchstabe a SGB V ein.

Wurde während des Auslandsaufenthaltes eine private Versicherung abgeschlossen, tritt **keine** Versicherungspflicht nach § 5 Abs.1, Nr.13 Buchstabe a SGB V ein.

Gilt das für alle PKV-Verträge?

Nein.

Die GKV bleibt weiterhin die letzte Versicherung, wenn eine private KV abgeschlossen wurde, die

- nur eine Krankenhaustagegeldversicherung,
- eine Krankentagegeldversicherung,
- eine Ausbildungs-, Auslands- oder Reisekrankenversicherung beinhaltet oder
- ein Gruppenversicherungsvertrag im Rahmen eines Auslandsaufenthaltes durch den Arbeitgeber abgeschlossen wurde.

Von Seiten der privaten Krankenversicherer wird dann gerne auf die jeweiligen Annahmerichtlinien verwiesen, wonach eine Versicherung hier nicht möglich sei. Beispielhaft benannt seien solche Aussagen aus den Häusern R+V sowie uniVersa. Recht unproblematisch möglich ist es hingegen, Versicherungsschutz beim Träger der Incoming-Versicherung zu erlangen, sofern der Gesundheitszustand dies zulässt und der private Krankenversicherer auch eine eigene private Krankenvollversicherung anbietet. Das wäre am Beispiel Care Concept unproblematisch, beim ADAC jedoch nicht möglich. Das Hauptproblem dürfte hier sein, wahrheitsgemäße, vollständige und auch verifizierbare Angaben zur eigenen Krankengeschichte im Ausland beizubringen.

Wer nun sein Glück bei den gesetzlichen Krankenversicherern sucht, muss damit rechnen, dass eine mögliche Versicherbarkeit mit dem Hinweis auf das Bestehen einer bisherigen privaten (substitutiven) Krankenversicherung abgelehnt wird. Wörtlich hieß es von einem Marktteilnehmer wie folgt:

„Ist für die Einreise ein Visum erforderlich und für die Erlangung des Visums ein bestehender Krankenversicherungsschutz, kann dieser Krankenversicherungsschutz nur über eine private Krankenversicherung abgeschlossen werden (z.B. Incoming-Versicherung).“

Beispielhaft wird diese Begründung von der BKK Exklusiv sowohl für den ADAC als auch für Care Concept (mit Verweis auf die Hanse Merkur als privaten Kran-

kenversicherer) ins Feld geführt. Auch von der BKK Mobil hieß es noch Anfang Januar 2017, dass der Beitritt zur GKV im Rahmen des § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe b SGB V nicht möglich sei. Weiter wird mitunter folgendes ausgeführt:

- eine private KV abgeschlossen haben, die eine Krankheitskostenvollversicherung beinhaltet oder
- einen private KV abgeschlossen haben, die eine ergänzende Krankheitskostenvollversicherung zur Beihilfe beinhaltet oder
- eine private Anwartschaftsversicherung abgeschlossen haben.

Vollendung des 55. Lebensjahres

Ein bereits vollendetes 55. Lebensjahr hat keine Auswirkung auf die Versicherungspflicht nach § 5 Abs.1, Nr.13 SGB V.

kenversicherer) ins Feld geführt. Auch von der BKK Mobil hieß es noch Anfang Januar 2017, dass der Beitritt zur GKV im Rahmen des § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe b SGB V nicht möglich sei. Weiter wird mitunter folgendes ausgeführt:

„Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe b SGB V setzt den Besitz einer Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung auf mehr als 12 Monate voraus. Muss für die Erlangung dieser Aufenthaltserlaubnis ein bestehender Krankenversicherungsschutz nachgewiesen werden, kann es sich bei diesem Krankenversicherungsschutz also niemals um eine Mitgliedschaft in der deutschen GKV aufgrund von Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe b SGB V handeln. In der Regel wird es auch hier nur eine private Versicherung sein können (z.B. Incoming-Versicherung).“

Abschließend hieß es weiter:

„Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe b SGB V tritt in den vorstehend genannten Fällen auch dann nicht ein, wenn die bei der Anreise nach Deutschland erforderliche Absicherung im Krankheitsfall später entfällt (z.B. Incoming-Versicherung oder Wegfall einer aus dem Herkunftsland „mitgebrachten“ zeitlich befristeten privaten Auslandsreisekrankenversicherung.“

Die AOK Niedersachsen stellt auf eine individuelle Prüfung der Situation im Einzelfall ab. Unter anderem heißt es als Antwort auf eine Anfrage hier wie folgt:

„Generell besteht auch bei einer Verlängerung des Aufenthaltstitels die Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 AufenthG fort, so dass in der Regel auch bei einer Verlängerung über zwölf Monate der Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ausgeschlossen ist.“

In Zweifelsfällen, ob eine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhaltes besteht, ist eine Bescheinigung über die Ausländerbehörde einzuholen.“

In erster Linie macht die AOK Niedersachsen eine mögliche Versicherbarkeit davon abhängig, ob eine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhaltes fortbesteht oder erloschen ist. Die zuständige Ausländerbehörde stellt einen Aufenthaltstitel meist jedoch erst aus, wenn das Zustandekommen des erforderlichen Krankenversicherungsschutzes nachgewiesen wurde und bestätigt auch erst dann den Wegfall einer bis dahin geltenden Verpflichtungserklärung.

Der Umstand, dass AufenthG und SGB nicht miteinander verzahnt sind, ist also das eigentliche Dilemma und sei laut Insidern auch den Ausländerbehörden als Problem bekannt. Daher werde teilweise ein Aufenthaltstitel auf 1 Jahr und 1 Tag oder auf 18 Monate ausgestellt, um diese Köpenickade zu umgehen.

Wie ist nun die Faktenlage?

Eine Incoming-Versicherung kann ebenso wenig eine substitutive Krankenversicherung sein wie eine Auslandsreisekrankenversicherung¹. Wesentliche Elemente, die einen vollwertigen Krankenversicherungsschutz ersetzen könnten, fehlen.

Welche Elemente zeichnen eine substitutive Krankenversicherung aus?

- Die Versicherungsdauer ist grundsätzlich unbefristet (§ 195 Abs. 1 Satz 2 VVG)
- Der Vertrag muss ganz oder teilweise eine Alternative zur GKV darstellen (§ 12 Abs. 1 VAG)
- Möglicher Beitragszuschuss von Arbeitgebern (§ 257 Abs. 2 Satz 1 SGB V)
- Leistungen müssen zumindest teilweise mit den Leistungen der GKV identisch sein, dürfen also nicht vollstän-

dig dort bestehende Leistungslücken schließen

- Der Vertrag ist nach Art der Lebensversicherung zu betreiben (§ 12 Abs. 1 VAG)
- Spätestens mit Vollendung des 21. Lebensjahres ist ein zehnpromtender Beitragszuschlag zu entrichten (§ 12 Abs. 4a VAG)
- Der Versicherer darf neben der substitutiven Krankenversicherung keine anderen Sparten betreiben (§ 8 Abs. 1a VAG)

Welche Ausnahmen gelten für Personen mit befristetem Aufenthaltstitel?

Personen mit einem nur befristeten Aufenthaltstitel für das Inland dürfen gemäß § 195 Abs. 3 VVG zwar eine substitutive Krankenversicherung abschließen, diese darf aber in keinem Fall bei Verzicht auf Alterungsrückstellungen eine Gesamtversicherungsdauer von 5 Jahren übersteigen². Insofern gilt für diese Personengruppe eine Ausnahme, was die oben beschriebenen Kriterien betrifft.

In der Praxis scheint diese Ausnahme auf den ersten Blick gewaltige Probleme für Personen zu verursachen, bei denen ein zunächst befristeter Aufenthalt nunmehr dauerhaft werden soll (z.B. durch Geburt eines Kindes mit deutschem Vater). Sieht man sich die Tarife näher an, so lassen sich diese Probleme schnell zur Seite räumen.

Incoming-Versicherungen bieten keinen substitutiven Krankenversicherungsschutz

Unzweifelhaft kann etwa der Tarif „ADAC Reise-Krankenversicherung für Besucher der Bundesrepublik Deutschland“ des ADAC mit Stand 01.2017 nicht mit den Leistungen der GKV verglichen werden. Wesentliche Abweichungen sind unter anderem:

- Maximale Vertragsdauer von 12 Monaten
- Reine Akutversorgung, nicht jedoch Kostenübernahme für Zahnprophylaxe, sonstige Vorsorgeuntersuchungen oder nicht beschwerdebedingte Hebammenbesuche
- Keine Bildung von Alterungsrückstellungen
- Keine Pflegepflichtversicherung

- Kein Beitragszuschlag von 10% bei Erreichen des 21. Lebensjahres

Auch die Leistungen von Care Concept mit dem Risikoträger Hanse Merkur sind beispielsweise im Tarif „Care Expatriate Comfort“ mit Stand 2011 deutlich gegenüber den Leistungen der GKV abweichend:

- Maximale Vertragsdauer von 12 Monaten
- Kostenübernahme für Hebammenbesuche vor und nach der Geburt nur im Fall akuter Beschwerden
- Keine Bildung von Alterungsrückstellungen
- Keine Pflegepflichtversicherung
- Kein Beitragszuschlag von 10% bei Erreichen des 21. Lebensjahres

Vor diesem Hintergrund ist es nur korrekt, dass sowohl der ADAC als auch Care Concept bestätigen, dass sie jeweils nicht als substitutive Krankenversicherung anzusehen sind.

Literaturtipp:

Ausführlichere Informationen zum Thema finden Sie in dem *PKV-Kommentar von Bach / Moser* (siehe auch Buchbesprechung auf Seite 30)

Erste Hürde: Erlöschen der Verpflichtungserklärung

Grundsätzlich scheint hiermit der Weg von der Incoming-Versicherung in die gesetzliche Krankenversicherung möglich zu sein, doch sind weitere Fallstricke zu überwinden.

Der Zugang zur GKV bleibt im Rahmen des § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe b SGB V dann verwehrt, wenn weiterhin eine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Aufenthaltsgesetzes besteht, also eine so genannte „Verpflichtungserklärung“. Ob der einzelne Krankenversicherer tatsächlich bei der zuständigen Ausländerbehörde anfragt, kann von Fall zu Fall anders sein, doch kann eine weiterhin bestehende Verpflichtungserklärung bei fehlender Überprüfung dazu führen, dass rückwirkend die Anspruchsvoraussetzung für einen Wechsel von der Incoming-Versicherung in die GKV entfällt.

Betroffene sollten sich daher von der zuständigen Ausländerbehörde bestätigen lassen, dass mit der Ausstellung einer Aufenthaltserlaubnis nach § 28 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 AufenthG eine zuvor abgegebene Verpflichtungserklärung einer dritten Person nach § 68 Abs. 1 S. 4 AufenthG erlischt.

Alternative erste Hürde: Nachweis der Sicherung des Lebensunterhaltes

Wurde gar nicht erst eine Verpflichtungserklärung abgegeben, muss der Ausländer für die Erteilung einer Aufenthaltserlaubnis nach § 2 AufenthG eine anderweitige Sicherung seines Lebensunterhalts nachweisen. Nach Satz 3 ist der Lebensunterhalt eines Ausländers dann gesichert, wenn er ihn einschließlich ausreichenden Krankenversicherungsschutzes (z.B. Mitgliedschaft in der GKV) ohne Inanspruchnahme öffentlicher Mittel bestreiten kann. Nicht als Inanspruchnahme öffentlicher Mittel zählen nach § 2 Absatz 3 unter anderem Kindergeld, Erziehungsgeld, Elterngeld oder Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz.

Bei der Erteilung oder Verlängerung einer Aufenthaltserlaubnis zum Familiennachzug werden Beiträge der Familienangehörigen zum Haushaltseinkommen berücksichtigt.

Der Lebensunterhalt gilt für die Erteilung einer Aufenthaltserlaubnis nach § 16 AufenthG (Studium; Sprachkurse; Schulbesuch) als gesichert, wenn der Ausländer über monatliche Mittel in Höhe des monatlichen Bedarfs, der nach den §§ 13 und 13a Abs. 1 des BaFöG bestimmt wird, verfügt (BaFöG Höchstsatz = max. 735,- Euro für 2017).

Für die Erteilung einer Aufenthaltserlaubnis nach § 28 AufenthG (Familiennachzug zu Deutschen) gilt ein Betrag in Höhe von zwei Dritteln der Bezugsgröße (66% x 2.975,00 Euro = 1.983,00 Euro) im Sinne des § 18 des SGB IV als ausreichend zur Deckung der Kosten der Lebenshaltung.

Das Bundesministerium des Innern gibt die Mindestbeträge nach den Sätzen 5 und 6 für jedes Kalenderjahr jeweils bis zum 31. Dezember des Vorjahres im

Bundesanzeiger bekannt. Hilfreich ist es in jedem Fall, dass der Ausländer ein regelmäßiges, nachweisbares Einkommen oberhalb des Sozialhilfesatzes erhält. Bei nicht verheirateten Partnern können ggf. Unterhaltszahlungen an den ausländischen Partner mit der Einkommensteuererklärung dem Finanzamt in Rechnung gestellt werden (Anlage U).

Zweite Hürde: die Vergangenheit

Entfällt die Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Aufenthaltsgesetzes mit der Genehmigung des dauerhaften Aufenthalts, tritt Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe b SGB V dann trotzdem nicht ein, wenn

- zuletzt eine private Krankenversicherung* bestanden hat und/oder
- die Person in ihrem früheren Erwerbsleben zuletzt hauptberuflich selbstständig tätig war oder zu den versicherungsfreien Personen nach § 6 Abs. 1 oder 2 SGB V gehört hätte, wenn sie ihre Tätigkeit im Inland ausgeübt hätte.

**Eine Incoming-Versicherung ist eine Reiseversicherung und zählt in diesem Sinne nicht als private Krankenversicherung*

Sind die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe b SGB V erfüllt, beginnt die Mitgliedschaft nach § 186 Abs. 11 Satz

Checkliste für die Aufnahme einer Mitgliedschaft in der GKV für Nicht-EU-Ausländer

- **Versicherungsfähigkeit nach § 5 Abs. 11 Satz 1 SGB V**
 - Bestätigung des Incoming-Versicherers, dass dieser nicht die Anforderungen einer substitutiven Krankenvollversicherung erfüllt
 - Antragsformular für die gewählte GKV
- **Kopie des Aufenthaltstitels, aus dem der Gültigkeitszeitraum hervorgeht**
- **Bestätigung der zuständigen Ausländerbehörde, dass keine Verpflichtungserklärung nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 AufenthG (mehr) besteht**
 - Nachweis über eine Sicherung des Lebensunterhalts

2 SGB V mit dem ersten Tag der Geltung der dauerhaften Aufenthaltserlaubnis (= Tag der Ausstellung)

§ 5 Abs. 11 Satz 1 SGB V regelt auch wesentliche Voraussetzungen für die Versicherung von Asylbewerbern sowie von Angehörigen eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union, von Angehörigen anderer Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder für Staatsangehörige der Schweiz.

Können Kinder von Nicht-GKV-Versicherten in der GKV versichert werden?

Wer als Ausländer über eine Incoming-Versicherung nach Deutschland kommt, hat sich oft nicht nur um den Versicherungsschutz für sich selbst, sondern auch um den Versicherungsschutz für mitgebrachte oder in Deutschland neu geborene Kinder zu kümmern.

Folgende Konstellationen sind denkbar:

- 1) Es existiert eine Ehe mit einem in Deutschland wohnenden Partner, über den eine Familienversicherung in der GKV möglich ist
- 2) Eigene in Deutschland geborene Kinder der einreisenden Person können im Rahmen von § 5 Abs. 1 Nr. 13 b SGB V und § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI ab dem Tag der Geburt gegen eigenen Beitrag freiwillig versichert werden. Hierzu sind weder eine bestehende Ehe noch eine vorherige Mitgliedschaft eines der beiden Elternteile in der GKV erforderlich. Vielmehr ist dies auch dann möglich, wenn der nicht Incoming-Versicherte Mitglied einer privaten Krankenversicherung ist.
- 3) Einreisende, nicht in Deutschland geborene Kinder, können entweder im Rahmen der Familienversicherung über einen der beiden Elternteile nach § 10 SGB V familienversichert werden oder sich – bei fehlender Versicherungspflicht – alternativ privat krankensichern. Hier kann es allerdings in der Praxis große Probleme geben, da nicht jeder potentielle Vertragspartner dazu bereit ist, Personen aufzunehmen, die über keinen vorhergehenden deutschen Versicherungsschutz verfügen.

Neugeborene Kinder können sich also in vielen Fällen auch dann gesetzlich freiwillig krankensichern, wenn kein Elternteil zum Zeitpunkt der Geburt Mitglied der GKV war. Sind dann zu einem späteren Zeitpunkt die Voraussetzungen für eine Familienversicherung gegeben, werden sie dann auf Antrag automatisch und rückwirkend Mitglieder in der Familienversicherung ihrer Eltern.

Auch hier sind falsche oder irreführende Auskünfte keine Ausnahme. So schrieb etwa die AOK Niedersachsen als Antwort auf eine Anfrage unter anderem folgendes:

„Das Baby kann lediglich bei der Mutter familienversichert werden, es sei denn eines der Elternteile hat Vorversicherungszeiten (zuletzt ununterbrochen 12 Monate oder in den letzten 5 Jahren 2 Jahre) in der gesetzl. Krankenversicherung zurückgelegt.“

Hintergrund der Anfrage waren eine Partnerin, die bislang über eine Incoming-Versicherung aus dem Nicht-EU-Ausland nach Deutschland eingereist war, während der Vater des gemeinsamen Kindes privat krankenvollversichert war. Zwischenzeitlich hat hier ein anderer gesetzlicher Krankenversicherer Versicherungsschutz für das Baby übernommen und zwar bereits vor Eintritt der Mutter in die GKV.

Als Vermittler sollten Sie beachten, dass es sinnvoll sein kann, direkt ab Geburt eine leistungsstarke Absicherung gegen Krankheit (z.B. Krankenzusatzversicherung), Pflegebedürftigkeit oder Unfälle zu vereinbaren.

Dank sei an dieser Stelle Herrn Werner Alldag von der BKK Mobil Oil für viele fachliche Hinweise und die Hilfe bei der Bearbeitung schwieriger Fälle. Leider scheint es oft der Fall zu sein, dass interne Arbeitsanweisungen abgearbeitet werden, ohne diese einmal kritisch zu hinterfragen und den konkreten Einzelfall hinreichend zu prüfen.

¹ Siehe z.B. Bach / Moser „Private Krankenversicherung. Kommentar zu den MB/KK und MB/KT.“ München (C.H. Beck), 5. Auflage, 2015, S. 177

² Dto., S. 179



Dieter Büte:
Zugewinnausgleich bei Ehescheidung.
Bewertung – Berechnung- Sicherung - Verjährung

Mittlerweile liegt das bewährte Handbuch zum Thema Zugewinnausgleich aus dem Hause C.H. Beck in der fünften überarbeiteten Auflage vor. Gleich zu Beginn der Lektüre befindet sich ein umfangreiches Literaturverzeichnis auch mit Hinweisen zu weiterführender Literatur.

In dem einführenden Kapitel zum ehelichen Güterrecht wird kurz, knapp und verständlich auf die Unterscheidung zwischen Zugewinn und Versorgungsausgleich (S. 2-4) eingegangen. Anschließend wird auch erläutert, was bei Tod mit dem „Zugewinn“ passiert, wenn einer oder beide Ehegatten vor oder während der Rechtsanhängigkeit eines Scheidungsverfahrens versterben sollten (S. 5). Das immer wieder strittige Thema Ehevertrag mit Ausschluss des Zugewinnausgleichs (S. 9-11) wird auch im Hinblick auf eine Inhaltskontrolle ausführlicher thematisiert. Dazu gehört auch die durchaus klassische Konstellation der Ehefrau, die sich der Kindererziehung widmet und des Mannes, der als Selbstständiger auch privaten Vermögensaufbau betreibt. Für Makler von Bedeutung sind in diesem Zusammenhang Güterstandsklauseln in Gesellschaftsverträgen (S. 12-13): „Güterstandsklauseln sollen insbesondere Liquiditätsprobleme verhindern, zu denen es kommen kann, wenn die Ehe eines Gesellschafters geschieden wird“ (S. 13). Vorteilhaft sind Formulierungsbeispiele für konkrete Vertragsmodelle mit Verweis auf dazu ergangene Rechtsprechung.

Kapitel 2 definiert schließlich den Zugewinnausgleich, worauf dann in Kapitel 3 die Definition des Anfangsvermögens folgt. In diesem Zusammenhang ist der Hinweis wichtig, dass ein negatives Anfangsvermögen (S. 24-25) als „Null“ zählt, so dass es durchaus sinnvoll sein kann, bei erheblicher „Überschuldung eines der Ehegatten zum Zeitpunkt der Eheschließung vertraglich einen negativen Wert des Anfangsvermögens“ zu vereinbaren (S. 24). Thematisiert wird weiter u.a. eine Hinzurechnung zum Anfangsvermögen nach § 1374 Abs. 2 BGB zum Beispiel durch Schenkung oder Erbschaft (S. 26-34) sowie der Ausgleich des so genannten unechten Zugewinns durch Indexierung des (negativen) Aktivvermögens (S. 34-36). Hierzu findet sich auf S. 38 auch eine Tabelle zum allgemeinen Verbraucherpreisindex für die Jahre 1962 bis 2016.

Kapitel 4 definiert das Endvermögen und auch den Fall, dass dieses negativ sein sollte (S. 39-40). Ausführlicher wird auf den Bewertungsstichtag und eine etwaige Rücknahme eines Scheidungsantrages durch nur eine von zwei Parteien eingegangen (S. 40-41), aber auch auf illoyale Vermögensminderungen wie etwa Verschwendung oder absichtliche Vermögensbenachteiligungen des anderen Partners (S. 42-49), ggf. um sich damit finanzielle Vorteile im Rahmen des Zugewinns zu verschaffen.

Im Zusammenhang mit der Bewertung einzelner Vermögensgegenstände wird unter anderem auch auf Ansparrücklagen,

Antiquitäten, Anwaltskosten, einen Ausgleichsanspruch nach § 89 HGB, bestehende Berufsunfähigkeitsversicherungen, Grundstücksübertragung mit Rückfallklausel für den Fall der Scheidung, Handelsmakler (Versicherungsmakleragentur), Handelsvertreter (Versicherungsgagentur), Investmentfonds, Pelzmäntel, Schmuck u.v.m. eingegangen (S. 60-124). Immer wird die Auflistung und Besprechung der einzelnen Tatbestände unterbrochen, um wichtige Sachverhalte näher zu erläutern (z.B. die Bewertung von Grundstücken ab S. 78, versicherungstechnische Begriffe im Zusammenhang mit Lebensversicherungen ab S. 92). Es fehlt leider ein Hinweis darauf, wie Lebensversicherungen zu bewerten sind, die auf das Leben eines Dritten und nicht auf den Namen des Versicherungsnehmers abgeschlossen wurden.

Im Zusammenhang mit der Berechnung von Ausgleichsforderungen geht der Autor auch darauf ein, dass „die Grundregel des hälftigen Ausgleiches nicht zu einem Schutz illoyaler Vermögensminderung führt. In den Fällen illoyaler Vermögensminderung muss ein Ausgleichspflichtiger also nicht nur sein gesamtes Aktivvermögen einsetzen sondern sich ggf. auch verschulden“ (S. 127).

Selbstverständlich fehlt in der Darstellung nicht der Hinweis auf die steuerliche Behandlung der Ausgleichsforderung (u.a. Schenkungs-, Einkommens- und Grunderwerbssteuer; S. 146-156), auf die Verjährung einer Ausgleichsforderung (S. 157-161), Auskunftsrechte nach § 1379 BGB (S. 162-177) oder auch eine Leistungsverweigerung wegen grober Unbilligkeit nach § 1381 BGB (S. 186-192). Zu letztem Punkt wird korrekt eingewandt, dass der vom BGH eröffnete Anwendungsbereich zu eng sei und in beschriebenen Fällen oft keine an sich notwendige Korrektur zulasse (S. 186).

Für Versicherungsvermittler relevant ist der Hinweis, dass bei einem Verbundverfahren „erst mit Rechtskraft der Ehescheidung die Mitversicherung in der Krankenkasse eines über den anderen Ehepartner mitversicherten Ehegatten erlischt“ (S. 247), allerdings dürfte es Vermittlern kaum möglich sein, dieses Wissen praxisrelevant einzusetzen.

Ergänzend wäre es noch sinnvoll gewesen, auch das Thema Grund- und Immobilienbesitz im Ausland zu thematisieren, da es nicht ohne weiteres möglich sein wird, ausländische Grundstücke mit einem deutschen Verkehrswert zu bewerten. Kapitel 21, in dem internationales Privatrecht thematisiert wird, ist hier nicht allzu hilfreich. Praxisrelevanter ist die Rückforderung von Schenkungen durch Schwiegereltern (S. 318-327), da dies konkreten Einfluss auf die Wohnsituation eines Versicherten haben kann. Die Kritik an der Rechtsprechung des BGH seit 1995 (S. 327) ist gerechtfertigt und zeigt, dass auch bei unveränderter Rechtslage gleich gelagerte Rechtsfälle unterschiedlich bewertet werden können. Bei böswilliger Auslegung kann dies

so angesehen werden, dass keine Rechtsstaatlichkeit besteht, wenn der BGH seine Rechtsauslegung jederzeit willkürlich ändern kann und damit jegliche Kontinuität in der Rechtsprechung in der ad absurdum führt.

Jedes einzelne Kapitel hier detailliert zusammenzufassen, ist aus Gründen des Umfangs nicht möglich. Festzuhalten bleibt aber, dass die wesentlichen Inhalte, die für die Beschäftigung mit dem Thema Zugewinn erforderlich sind, verständlich präsentiert werden.

Abgerundet wird die Lektüre durch diverse Anhänge, die für die Praxis von Steuerberatern und Anwälten bedeutsam, für den juristischen Laien oder Versicherungsvermittler jedoch höchstens minimalen Mehrwert bieten dürften.

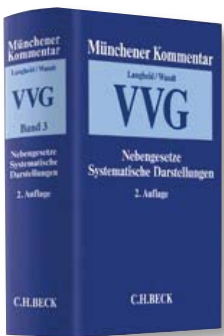
Das abschließende Stichwortverzeichnis erleichtert ein leichtes Auffinden wichtiger Punkte. Leider fehlt z.B. ein Eintrag zum Thema „Betriebsvermögen“, wobei sich hierzu Ausführungen unter dem Stichwort „Geschäftswert“ (S. 53-55) finden lassen.

Das Lektorat hat überwiegend sehr gut gearbeitet, kleinere Rechtschreibfehler (z.B. „Gütersandes“ anstatt „Güterstandes“ auf S. 210) sind daher die Ausnahme.

Fazit

Für Versicherungsvermittler ist die Lektüre dieses Buches in der Regel verzichtbar, sofern sie nicht selbst davon betroffen sind, allerdings können fundierte Kenntnisse helfen, die eigene Situation und die ihrer Kunden besser einzuschätzen. Für den juristischen Laien sind nicht alle Inhalte direkt verständlich, ermöglichen es aber dennoch, ergänzend zu den Leistungen eines eigenen Anwaltes wichtige Sachverhalte selbst zu klären und mögliche Fallstricke zu erkennen.

*Dieter Büte: „Zugewinnausgleich bei Ehescheidung. Bewertung – Berechnung – Sicherung – Verjährung“ München⁵ (C.H. Beck), 2017, 469 Seiten, gebunden
ISBN: 978-3-406-70996-8
Preis: 65,00 Euro*



Theo Langheid und Manfred Wandt (Hg.):
**Münchener Kommentar zum Versicherungsvertragsgesetz.
Band 3. Nebengesetze. Systematische Darstellungen**

Gegenüber der ersten Auflage aus dem Jahre 2009 (Besprechung siehe „Risiko & Vorsorge“ 4/2009) wurde die Seitenzahl um über 1.000 Seiten aufgestockt, der Preis von 190 Euro auf 399 Euro mehr als verdoppelt. Mit Erscheinen dieses 3. Bandes der zweiten Auflage wurde die Kommentierung des VVG und der wichtigsten Nebengesetze aktualisiert.

Zutreffend erscheint die Selbsteinschätzung, dass es sich bei diesem dreibändigen Werk um den aktuell umfangreichsten VVG-Kommentar handelt. Insgesamt ist die Darstellung auch in diesem Band sehr verständlich gelungen.

Begrüßenswert, ist dass sich die Autoren Kritik auch an gängiger Rechtspraxis erlauben. So kritisiert etwa Jens Gal in seinem Beitrag zur Schiedsgerichtsbarkeit, die Nachteile, die sich von der rechtswissenschaftlichen Warte aus dem „Vertraulichkeitsprinzip“ ergeben. So „führt es doch dazu, dass die Rechtentwicklung in kompletten Bereichen ins Stagnieren gerät, da die praktische Anwendung des Rechts nicht mehr jedermann zugänglich ist und sich eine kohärente Rechtsprechung nicht mehr entwickeln kann.“ (S. 488)

Viele Vermittler erwärmen sich sehr für eine Zusammenarbeit mit Versiche-

rungsvereinen auf Gegenseitigkeit. So ist es zu begrüßen, dass Theo Langheid, hier ab S. 347 ausführlicher auf diese eingeht und auch darauf hinweist, dass „vorbehaltlich der Regelungen im VAG im Grunde die vereinsrechtlichen Vorschriften der §§ 22 bis 53 BGB anwendbar“ (S. 349) sind. Positiv ist, dass das Thema „Nachschusspflicht“ angesprochen wird (S. 540 und S. 355). Im Sachregister wäre hierzu die Randnote 532 auf Seite 540 zu ergänzen.

Sehr umfassend wird von Andrea Nowak-Over auf das Thema Compliance eingegangen (S. 687 ff.), wobei auch das Europarecht, im Speziellen auch Solven-

cy II Berücksichtigung findet. Im Zusammenhang mit der fachlichen Eignung von Compliance-Verantwortlichen wird auch auf die Problematik der fachlichen Eignung von Quereinsteigern eingegangen (S. 697). Positiv ist, dass man hier – und auch im Sachregister – Anmerkungen zum GDV-Verhaltenskodex findet (S. 724), leider fehlt im Sachregister der Eintrag zur Randnummer 203 auf Seite 724 und auch sind die längeren Ausführungen auf S. 726-727 inhaltlich nicht tiefgehend genug. Hier wurde die Chance vertan, auf die in der Branche erheblichen Unstimmigkeiten bei der Anwendung des Kodex auch für Versicherungsmakler hinzuweisen und diese entsprechend rechtlich zu kommentieren.

Spezielle für Versicherte von Interesse, aber auch für Makler im Rahmen ihrer Beratungspflichten nicht ohne Belang, ist

der Hinweis von Rüdiger Obarowski, wonach sich für den Anwalt „bereits aus dem Mandatsvertrag die Pflicht“ ergebe, „den für den Versicherungsnehmer sichersten und billigsten Weg zu gehen. Ein durch den Anwalt veranlasstes Vorgehen, welches unnötige Kosten auslöst, wird daher entweder vorsätzlich erfolgen oder zumindest in hohem Maße grob fahrlässig. Für den Versicherungsnehmer bedeutet dies, dass der Versicherer die Leistung häufig nicht nur quotale, sondern vollständig kürzen wird. Voraussetzung ist allerdings, dass der Anwalt vom Versicherungsnehmer damit betraut war, stellvertretend für ihn die Rechtsschutzdeckung und Kostentragung mit dem Versicherer zu klären“ (S. 1843).

Fazit

Das Sachregister ist bezogen auf die untersuchten Stichpunkte weitgehend

vollständig, konzentriert sich jedoch auf jene Textpassagen, die ein Thema besonders ausführlich darstellen. Diverse der angesprochenen Themen dürften für den durchschnittlichen Versicherungsvermittler eher weniger von Bedeutung sein. Im Detail bietet der Kommentar jedoch wichtiges Hintergrundwissen auch für diese und andere Personen, die nicht vorrangig juristisch mit dem VVG zu tun haben.

Theo Langheid und Manfred Wandt (Hg.): „Münchener Kommentar zum Versicherungsvertragsgesetz. Band 3. Nebengesetze. Systematische Darstellungen.“ Mit Beiträgen von Alexander Bruns, Rainer Büskens u.a. München² (C.H. Beck), 2017, 1.932 Seiten, ISBN: 978-3-406-67313-9. Preis: 399,00 Euro



Jan Wilmes (Hg.) Begründet von Dr. Peter Bach und Dr. Hans Moser
Private Krankenversicherung.
 Kommentar zu den §§ 192-208, 213 VVG, zu den MB/KK und MB/KT
 sowie zu weiteren Gesetzes- und Regelwerken in der privaten
 Krankenversicherung

Der überarbeitete Kommentar zur privaten Krankenversicherung stellt den Stand der Rechtsprechung mit Stand Januar 2015 dar. Eine grundlegende Überarbeitung war vor allem wegen grundlegender Urteile des BGH aus 2011 und 2014 erforderlich, darüber hinaus auch wegen des neu eingeführten Notlagentarifs.

Ausführlich dargestellt werden die wichtigsten in der Praxis relevanten Fragestellungen, so z.B. der Begriff der gemischten Anstalten (S. 466), der Basistarif (S. 749 ff.), die Gebührenordnung für Ärzte (S. 308-3179; der Notlagentarif (S. 761 ff) oder auch die vollständige Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der Krankentagegeldversicherung. Zu letzterer werden korrekterweise u.a. Bedenken zu einer BGH-Entscheidung eingeworfen, bei der ein Anwalt aufgrund eines leichten Schlaganfalles eine Lesestörung erlitt, darüber hinaus aber diverse wertschöpfende Tä-

tigkeiten inklusive des Vertretens von Mandanten bei Gericht ausüben konnte. Im konkreten Urteil vertrat das Gericht die Ansicht, dass eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vorliegen würde. Abweichend dazu führe im Rahmen der GKV bereits eine „nur teilweise krankheitsbedingte Beeinträchtigung der Arbeitskraft zur Arbeitsunfähigkeit“ (S. 658). Die sehr engen Grenzen für unter Umständen gerade noch zulässige wertschöpfende Tätigkeiten eines Versicherten im Rahmen der privaten Krankentagegeldversicherung werden ausführlich dargestellt, sind aber der Rechtsprechung geschuldet, gerade bei Solo-Selbstständigen deutlich praxisfern (S. 662-667).

An diversen Stellen des Kommentars wird auf die Abgrenzung zur Berufsunfähigkeit eingegangen und auch hinreichend klargestellt, welchen Änderungen die Definition der BU im Verlauf der Zeit

erfahren hat und worin sich eine solche von der Berufsunfähigkeit im Sinne einer Berufsunfähigkeitsversicherung unterscheidet (S. 734-741). Jan Wilmes geht zu Recht darauf ein, dass die „Tarifbestimmungen zahlreicher Krankentagegeldversicherer“ vorsehen, dass u.a. Bezieher von Berufsunfähigkeitsrenten nicht mehr versicherungsfähig seien und dies auch für den Bezug privater BU-Leistungen gelte (S. 730-731). Das hätte jedoch hinreichend kritisch kommentiert werden müssen und stärker eine Inhaltskontrolle hin überprüft werden müssen, da sich die Bedingungswerke der einzelnen Marktteilnehmer erheblich voneinander unterscheiden. Außerdem ist zu beachten, dass der gleiche Krankheitsbefund bei einem BU-Vertrag mit vielen Ausschlüssen eher schwieriger zum Leistungsfall führen dürfte als eine Normalannahme. Hier würde also ein schlechter Gesundheitszustand bei Beantragung des BU-

Schutzes ggf. dazu führen, dass ein Krankentagegeld fortbestehen dürfte, bei dem Versicherte ohne Klausel jedoch nicht. Die angeführte Entscheidung verschiedener Gerichte, die hier vor allem auf eine Fortsetzung des Versicherungsschutzes im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung verweisen (S. 732), erscheint hier wenig sachgerecht.

Positiv ist der Hinweis von Lutz Köther im Rahmen der Darstellung der Auslandsreisekrankenversicherung, dass sich Versicherer „in einem Regressverzichtsabkommen verpflichten, nach einer Schadenregulierung keinen Regress bei einem anderen Krankenversicherer zu nehmen“ (S. 777), was bezogen auf eine mögliche Beitragsrückerstattung eines privaten Krankenversicherers von erheblicher Bedeutung sein kann.

Für Makler, die sich auf die Beratung von Beamten spezialisiert haben, dürften die Ausführungen zum Thema „Beihilfe“ von besonderem Interesse sein (S. 185 ff.). Stephan Hütt geht hinreichend ausführ-

lich u.a. auf den Fristbeginn bei Änderungen des Beihilfebemessungssatzes ein (S. 186-187).

Im Register fehlend sind u.a. Einträge zum Thema „enterale Ernährung“, „Incoming-Versicherung“ (siehe z.B. Seiten 179-180 und 775 im Text), „kosmetische Operation“ / „Schönheitsoperation“, „Teilarbeitsfähigkeit“ oder „Zahnbehandlung“ (hier aber in der Schnellübersicht). Auch ein Eintrag zum Thema „Pflegebahr“ wäre wünschenswert. Aufgrund der jüngsten Pflegereform mit der Folge der Abschaffung von Pflegestufen erscheint eine grundlegende Bearbeitung des Artikels zur Pflegepflichtversicherung (S. 785 ff.) dringend erforderlich.

Positiv ist dafür die Schnellübersicht zu wichtigen Stichwörtern in den Umschlagseiten hervorzuheben. Da der Schutzumschlag bei häufigem Gebrauch leiden könnte, wäre es für die 6. Auflage empfehlenswert, diese Übersicht direkt in die Innenseiten des Schutzumschlages einzudrucken. Darüber hinaus sollten sich

alle Einträge des Schutzumschlages auch im Register wiederfinden.

Fazit

Für jeden Vermittler von privaten Krankenvoll- oder Zusatzversicherungen ein wichtiger Standardkommentar, der die meisten in der Praxis relevanten Themen hinreichend ausführlich behandelt. Positiv ist, dass auch auf Sonderthemen wie z.B. Restschuldkrankenversicherungen (S. 178-179) eingegangen wird, für die ein schnelles Nachschlagen bedeutsam sein kann. Die einzig relevante Kritik betrifft an dieser Stelle das eher lückenhafte Register, das mitunter eine Suche nach den richtigen Textstellen unnötig erschwert.

*Bach/Moser: „Private Krankenversicherung. Kommentar zu den §§ 192-208, 213 VVG, zu den MB/KK und MB/KT sowie zu weiteren Gesetzes- und Regelwerken in der privaten Krankenversicherung.“
Bearbeitet von Boetius, Göbel u.a. München⁵ (C.H. Beck), 2015, 1.088 Seiten, In Leinen, ISBN: 978-3-406-66732-9. Preis: 159,00 Euro*



Markus Jacob

Unfallversicherung AUB 2014 unter Berücksichtigung von AUB 2010/99 und AUB 94/88. Handkommentar.

Die zweite Auflage dieses Handkommentars berücksichtigt wesentliche Änderungen der

AUB 2014 gegenüber den vorherigen Bedingungswerken sowie die seit 2013 bis Ende 2016 ergangene neue Rechtsprechung. Da die Rechtsprechung sich überwiegend in ihren Urteilen auf ältere Bedingungswerke bezieht, werden diese auch weiterhin mitberücksichtigt.

Wie in solchen Kommentaren üblich, orientiert sich Jacob beim Aufbau an den aktuellen Musterbedingungen des GDV, wodurch ein Blick auf individuelle Bedingungslosungen der einzelnen Anbieter deutlich zu knapp ausfällt. Entsprechend wird z.B. nicht thematisiert, was sich hinter den Begriffen Innovations- oder Versehensklausel verbirgt, wobei letzteres durchaus auch im Rahmen eines GDV-Kommentars Erwähnung finden könnte.

Das Stichwortverzeichnis ist umfangreich, aber lückenhaft. So fehlen beispielsweise

ein Eintrag zum Stichwort „Erschrecken“ (siehe z.B. BGH-Urteil vom 06.07.2011, Az.: IV ZR 29/09) sowie zum „Progressionsvorteil“ (thematisiert aber auf S. 144/145). Die „Geringfügigkeitsklausel“ wird inhaltlich auf S. 295 angerissen, findet sich jedoch nicht im Stichwortverzeichnis. Gleiches gilt für einen Eintrag zu Schulterverletzungen, wo ein Verweis auf S. 141 möglich wäre. Zwar findet sich das Stichwort „Brille“. Hier wird aber nur auf Ziffer 2.1 mit Randnote 26 (S. 79 bis 80) verwiesen anstatt auch auf Ziffer 2.1 mit den Randnoten 136 bis 138 (S. 142-143). Im Übrigen wäre auch ein Stichwort „Brillenabschlag“ (S. 143) wünschenswert gewesen.

Positiv ist, dass Jacob durchaus Argumente anführt, wo die herrschende Meinung zu hinterfragen ist. So schreibt er zum Thema „Plötzlichkeit“, dass es beim Kriterium der Plötzlichkeit „auf die aus subjektiver Sicht unerwartet eintretende Geschehensabfolge ankommt“ und nicht – wie überwiegend vertreten – darauf, „dass das Erfordernis eines subjektiven

Moments alle Vorgänge vom Versicherungsschutz ausschließen würde, bei welchen der Eintritt einer Gesundheitsschädigung objektiv vorhersehbar war.“ (S. 23)

Hilfreich für die Bewertung von Bedingungswerken sind auch Begründungen, aus welchem Anlass konkrete Passagen der Musterbedingungen geändert wurden. So wird z.B. auf S. 215 erläutert, dass der Ausschluss für Geistesstörungen unter anderem deshalb gestrichen werden konnte, weil jede Geistesstörung gleichwohl eine Bewusstseinsstörung beinhaltet. Werblisch nutzen viele Versicherer dies in ihren Bedingungswerken dahingehend, dass sie hervorheben, dass bei ihnen kein Ausschluss für Geistesstörungen mehr bestehe.

Für Vermittler und in der Schadenregulierung tätige Personen nützlich sind auch Praxishinweise wie auf S. 217, wo die Unterscheidung zwischen Bewusstseinsstörungen und -trübungen ausgeführt wird. Bei der Bewertung von Bedin-

gungswerken, die immer häufiger auch innere Organe in ihre Gliedertaxe einschließen, kann der Abschnitt zur Invaliditätsbemessung von paarigen Organen (z.B. Niere, Lunge) von Bedeutung sein (siehe S. 144). Schön wäre es allerdings gewesen, hier eine Checkliste zu finden, welche Invaliditätsgrade üblicherweise für konkrete Organe von der Rechtsprechung definiert werden. Da sich der Kommentar nach eigener Aussage u.a. auch an die Schadensabteilungen der Versicherer richtet, wäre nicht nur hier eine kurze Übersicht sinnvoll gewesen.

Eher überraschend dürfte für manche Makler der Hinweis auf die grundsätzliche Operationspflicht des Geschädigten in der Unfallversicherung sein (siehe S. 296), wengleich hierfür natürlich Grenzen bestehen. Hier wäre ein Verweis auf Bedingungswerke wünschenswert, die aktiv auf eine Operationspflicht ihrer Versicherten verzichten.

Sehr knapp wird auf das Thema Anzeigepflichtsverletzungen eingegangen. Hier könnte man sicher leicht ein ganzes Kapitel füllen, doch wären zumindest etwas mehr Praxisbeispiele und Hilfestellungen für einen verbraucherfreundlichen Umgang mit dem Thema wünschenswert gewesen.

Positiv ist der Hinweis auf die Schadenersatzpflicht bei vorsätzlicher Verzögerung einer Schadensregulierung, wonach Verzug nunmehr bereits ohne Mahnung auftritt (S 340). Daraus ergibt sich dann auch, dass eine Neubemessung der Invalidität nicht zulässig ist, bevor erstmalig ein Invaliditätsgrad festgestellt werden konnte und das Anerkenntnis des Versicherers hierzu vorliegt (S. 344-345).

Für Makler und ihre Kunden ist es auch sehr erfreulich, dass Jacob auf das Thema „angemessene Vorschusszahlungen“ auch ohne Vereinbarung einer Leistung

bei Falltode eingeht (S. 334-335, hier insbesondere Randnummer 37). Berücksichtigung findet auch „die Tatsache, dass die Verpflichtungen des Versicherers zur Abgabe eines Anerkenntnisses und zur Vorschusszahlung auch nebeneinander bestehen können“ (S 335).

Fazit

Trotz eines leider lückenhaften Stichwortverzeichnis ein für die Praxis von Versicherungsvermittlern und Schadensachbearbeitern sicher sehr nützlicher Handkommentar zur Unfallversicherung, in dem ein Großteil der relevanten Themen verständlich und hinreichend ausführlich ausgeführt werden.

Markus Jacob: „Unfallversicherung AUB 2014 unter Berücksichtigung von AUB 2010/99 und AUB 94/88. Handkommentar.“ Baden-Baden² (Nomos), 2017 (Nomos Kommentar), 495 Seiten, Hardcover ISBN: 978-3-8487-3662-1, Preis: 98,00 Euro

| | |
|---|---|
|  <p>Kurzcheck Berufsunfähigkeitsversicherung HUK-Coburg Lebensversicherung AG</p> <p>Seit Januar 2017 gelten die überarbeiteten Versicherungsbedingungen für die selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung aus dem Hause HUK-Coburg in den Varianten Basis, Start und Premium. Die Angebotsrechner ist auf das vollendete 60. Lebensjahr eingestellt, was von unbedarften Kunden leicht übersehen werden kann. Auch wird über den Angebotsrechner nicht hinreichend deutlich auf den Ratenzahlungszuschlag bei unterjähriger Beitragszahlungsweise hingewiesen. Die Antrags- und Gesundheitsfragen zu allen Tarifen können optional auch telefonisch erfolgen. Werden die Gesundheitsfragen online beantwortet, so sind die Fragestellungen für eine Onlinebeantragung deutlich zu komplex. Die Erläuterung zu den Sport- und Freizeitrisiken ist irreführend, wenn jegliche Ausübung von Reitsport als „Extremsportart“ verstanden werden soll.</p> | <p>Ausgewählte Leistungsvorteile im Tarif Premium</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stundung bis zur Entscheidung über das Vorliegen bedingungsgemäßer Berufsunfähigkeit mit Option auf raterielle Rückzahlung von bis zu 24 Monaten • Optionale Mitversicherung von Leistungen wegen lang andauernder Arbeitsunfähigkeit (AU) von mindestens 6 Monaten. Es reicht eine AU-Bescheinigung des behandelnden Arztes, insgesamt aber mind.eine Bescheinigung eines Facharztes |
| | <p>Fehlende oder eingeschränkte Leistungen des Tarifs Premium in der Auswahl</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine optionale Leistungsdynamik über den Angebotsrechner und laut Bedingungen. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Lebensstellung bleibt bei der Bewertung des Leistungsfalls bis zu 3 Jahre erhalten, wenn das Ausscheiden aus dem Berufsleben maximal 3 Jahre währt oder im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer Elternzeit steht. Wer bei Eintritt des Leistungsfall längerer Zeit aus dem Berufsleben ausgeschieden war, wird trotz des formalen Verzichts auf abstrakte Verweisung ggf. auch in der Erstprüfung abstrakt verwiesen, da die Tätigkeit als Hausfrau / Hausmann im Sinne der Bedingungen als Beruf angesehen wird (§ 2 Abs. 2 SBU 2017.1). |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Keine Klarstellungen, wann eine Einkommensreduzierung im Verweisungsberuf zumutbar ist, stattdessen Verweis auf die im Leistungsfall geltende Rechtsprechung und den Einzelfall |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Bei Beanspruchung von Versicherungsleistungen sind zeitlich unbefristet, also ab Geburt, zu benennen die „Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder – sofern bekannt – sein wird.“ |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Anlassabhängige Nachversicherung muss spätestens mit Vollendung des 35. Lebensjahres in Anspruch genommen werden und ist auch nur dann möglich, wenn die Einkommensverhältnisse zu diesem Zeitpunkt eine Nachversicherung erlauben (z.B. bis 1.000 Euro monatlich für Hausfrauen / -männer, bis 80% des Nettoeinkommens, höchstens jedoch bis 2.500 Euro monatlich für Arbeitnehmer). Der Anspruch auf anlassabhängige Nachversicherung endet spätestens bei Vollendung des 49. Lebensjahres. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Nachversicherungsoption erlischt auch dann, wenn ein Leistungsantrag gestellt wurde, ein Versicherungsfall jedoch objektiv noch gar nicht vorlag |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Kein Verzicht auf Anwendung des § 19 VVG (schuldlose Anzeigepflichtverletzung) |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Keine Anwartschaftsdynamik für nichterwerbstätige Personen. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Wird aufgrund unglücklicher Verhältnisse oder aufgrund von Elternzeit dreimal in Folge einer Erhöhung widersprochen, erlischt das Recht für die restliche Vertragslaufzeit. · Wird aufgrund unglücklicher Verhältnisse oder aufgrund von Elternzeit dreimal in Folge einer Erhöhung widersprochen, erlischt das Recht für die restliche Vertragslaufzeit. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Ausschluss für Berufsunfähigkeit durch eine widerrechtliche Handlung, mit der der VN vorsätzlich die Berufsunfähigkeit herbeigeführt hat, auch dann, wenn VN und versicherte Person abweichende Personen sind und der VN die Berufsunfähigkeit nicht vorsätzlich herbeigeführt hat. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Nach § 5 a) Ausschuss des nicht strafbaren Versuchs einer Straftat im Straßenverkehr. Im Unterschied dazu sehen z.B. Alte Leipziger, LV 1871 und Volkswohl Bund auch Verkehrsdelikte (Vergehen und / oder Verbrechen im Straßenverkehr) als mitversichert an. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Berufsunfähigkeit aufgrund eines infektionsbedingten Tätigkeitsverbots gilt nur im Geltungsbereich von § 31 Bundesinfektionsschutzgesetzes, also nicht weltweit, sondern regelmäßig nur innerhalb Deutschlands. Nach dem Wortlaut der Bedingungen setzt der Versicherungsschutz zudem voraus, dass die VP außer Stande ist, ihren Beruf auszuüben (im Zweifel also schon BU ist). Das reine Tätigkeitsverbot begründet hier noch keinen Leistungsanspruch. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Keine Leistung bei infektionsbedingtem Teiltätigkeitsverbot |

12 Jahre WFS-Leistungsratings

► Erläuterungen zur Rating-Qualität



Allgemeine Einführung

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

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

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

Geschichte

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

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

Was sind „dynamische Leistungsratings“?

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

den leistungsstärksten Anbietern bestimmt wird.

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

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

Heute im Juni 2017 gibt es bereits weit über 50 Tarife von Versicherern und Konzeptanbietern mit vollständigem Quotelungsverzicht. Demnach könnte man von einem leistungsstarken Tarif sogar den vollständigen Verzicht auf Kürzung verlangen. Als Rater hat man jedoch auch eine Verantwortung. Daher wurde beschlossen, dass eine Kürzung von mindestens 95 Prozent verlangt werden soll. Damit soll Versicherern die Chance eingeräumt werden, dass allzu leichtfertige Kunden zur Verantwortung für ihr Fehlverhalten gezogen werden können, ohne jedoch ihre Existenz durch zu hohe Quotelung aufs Spiel zu setzen.

Aus ähnlichen Gründen wird im Unfallrating ein Leistungsausschluss für Unfälle als Folge von Trunkenheitsfahrten mit mehr als 1,1 Promille nicht besser bewertet als wenn der Verzicht nur bis

1,1 Promille gilt. Kein Kunde soll zu strafbarem Verhalten angehalten werden. Dass Produktinnovationen einzelner Anbieter das Leistungsniveau für alle Wettbewerber nach oben ziehen können, haben in den vergangenen Jahren sehr oft die InterRisk und die VHV gezeigt (z.B. vollständiger Verzicht auf einen Ausschluss für Bewusstseinsstörungen im XXL-Tarif der InterRisk seit März 2011 oder vollständiger Verzicht auf eine Kürzung der Leistung wegen Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen im Exklusiv-Tarif der VHV seit April 2010). Viele Highlights, die noch vor einigen Jahren die absolute Ausnahme waren, sind heute in den Top-Tarifen als Standard zu benennen.

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

Was sind statische Leistungsratings?

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

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

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

Wie profitieren Kunde und Makler von statischen und dynamischen Leistungsratings?

Aufgrund der zahlreichen Mindeststandards und der transparent auf dieser Homepage nachlesbaren Ratingfragen werden tatsächlich nur die Tarife selektiert, die eine möglichst geringe Zahl an Lücken beim Versicherungsschutz aufweisen. Kunden und Makler profitieren davon, wenn sie in den meisten versicherbaren Leistungsfällen Versicherungsschutz erwarten können.

Weshalb reichen nicht allein die Mindeststandards?

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

Was sind die besonderen Vorteile einer GDV-Leistungsgarantie?

Bei den stetig sich ändernden Bedingungenwerken hat heute kein Makler mehr die Möglichkeit, ständig jede Änderung wirklich nachzuhalten und mit der Verbandsempfehlung abzugleichen. Im Sinne der Maklerhaftung ist es daher von Vorteil, wenn Versicherer grundsätz-

lich garantieren, dass wenigstens die vom GDV empfohlenen Musterbedingungen in der jeweils aktuellsten Fassung bedingungsseitig garantiert werden. Leicht laufen Makler nämlich Gefahr, dass Anbieter an einer oder mehreren Stellen zum Nachteil der Kunden von diesen Mindeststandards abweichen. Es gibt sogar Anbieter, die sich Witte Financial Services gegenüber „hinter vorgehaltener Hand“ ausdrücklich geäußert haben, dass man gar nicht den GDV-Standard garantieren wolle. Andere gewähren zwar eine GDV-Garantie, diese aber noch trotz aktueller Produkteinführung etwa auf Stand 2007, was nicht wirklich sinnvoll ist.

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

Wieso brauchen Kunden und Makler Innovationsklauseln?

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

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

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

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

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

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

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

einem solchen Vertrag in einen anderen fast nur mit erneuter Gesundheitsprüfung und unter Verlust von Alterungsrückstellungen möglich.

Wie kommen die Ratingkriterien zustande?

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

Wer beauftragt WFS, Ratings zu erstellen?

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

Sind alte Ratingergebnisse nun wertlos?

Nein. Früher hochwertige Tarife sind auch heute noch meist weit über dem Standard liegend, allerdings hat sich der Markt weiter entwickelt. Wenn Sie also vor drei Jahren eine Hausrat- oder Unfallversicherung empfohlen haben, so wird diese nicht mehr zwangsläufig den Standards des Jahres 2017 entsprechen. Wenn Ratingkriterien nicht stetig aktualisiert werden und an aktuelle Marktentwicklungen angepasst werden, laufen sie Gefahr, aktuelle Trends hinterherzulaufen. Wenn Sie alte Tarife mit Innovationsklausel vermittelt oder abgeschlossen haben, können Sie davon

ausgehen, dass diese auch heute noch dem Marktstandard entsprechen oder diesen sogar übertreffen.

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

Für die Ratings in dieser Ausgabe wurden Tarife folgender Unternehmen erfasst:

- Adcuri
- Allianz
- Alte Oldenburger
- Arag
- Axa Art
- Barmenia
- Basler
- Concordia
- Cosmos
- Debeka
- DEMA
- Deutscher Ring
- direkt Assekuranz
- Domcura
- Gothaer
- GVO
- Haftpflichtkasse Darmstadt
- GetSafe
- Hallesche
- HanseMerkur
- HDI
- Helvetia
- HUK-COBURG
- Interloyd
- Itzehoer
- Konzept & Marketing
- LBN
- LVM
- Mannheimer
- maxpool
- Münchener Verein
- Policenwerk
- Rhion
- Signal
- Versicherungskammer Bayern
- Versicherungsverein Affinghausen
- VHV
- Württembergische

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

| Sparte | Gibt es über die Mindeststandards hinaus zusätzliche Leistungsfragen? | Anbieter im Test | Tarife im Test | Stand |
|--------------------------------------|---|--------------------|---------------------|------------|
| Privathaftpflichtversicherung | nein | 117 | 1.064 | 10.06.2017 |
| Hundealterhaftpflichtversicherung | nein | 90 | 566 | 10.06.2017 |
| Pferdealterhaftpflichtversicherung | nein | 88 | 521 | 10.06.2017 |
| Hausratversicherung | nein | 81 | 620 | 09.06.2017 |
| Wohngebäudeversicherung | nein | 80 | 506 | 06.06.2017 |
| Jagdhaftpflichtversicherung | ja | 65 | 551 | 10.06.2017 |
| Unfallversicherung | ja | 100 (28)* | 1.361 (361)* | 08.06.2017 |
| stationäre Krankenzusatzversicherung | ja | 39 | 123 | 29.05.2017 |
| Pflegetagegeld / Pflegegeld | nein | 32 | 387 | 13.06.2016 |
| Pflegebahrversicherungen | ja | 16 | 16 | 29.05.2016 |
| Funktionsinvaliditätsversicherung | ja | 16 Unfall /7 Leben | 167 Unfall/74 Leben | 03.06.2017 |

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

Aktuell mit „Gold“ bewertete Tarife in den Sach- und Haftpflichtsparten

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

Hausrat

- **ConceptIF** (complete best advice 2015 Wohnflächenmodell, Stand 22.09.2015)
- **InterRisk** (XXL, Stand 06.2015)
- **Janitos** (Best Selection 2015, Stand 01.04.2015)
- **Konzept & Marketing** (allsafe casa – die Eigenheimversicherung, Stand 03.2017)
- **Konzept & Marketing** (allsafe home – die Hausratversicherung, Stand 03.2017)

Wohngebäude

- **Konzept & Marketing** (allsafe casa – die Eigenheimversicherung, Stand 03.2017)
- **Konzept & Marketing** (allsafe domo – die Wohngebäudeversicherung, Stand 05.2017)

Privathaftpflicht

- **ConceptIF** (complete best advice 2015, Stand 22.09.2015) mit 20 Mio. Euro Deckung
- **InterRisk** (XXL, Stand 17.12.2013) mit 5, 10, 25 und 50 Mio. Euro Deckung
- **Janitos** (Best Selection, Stand 01.10.2015) mit 10 und 20 Mio. Euro Deckung
- **Janitos** (Best Selection mit Zusatzpaket Multi-Garantie, Stand 01.10.2015) mit 10 und 20 Mio. Euro Deckung
- **Janitos** (Best Selection mit Zusatzpaket Online-Schutz, Stand 01.10.2015) mit 10 und 20 Mio. Euro Deckung
- **Janitos** (Best Selection mit Zusatzpaketen Online-Schutz und Multi-Garantie, Stand 01.10.2015) mit 10 und 20 Mio. Euro Deckung
- **Konzept & Marketing** (fine, Stand 03.2017) mit 20 Mio. Euro Deckung
- **Konzept & Marketing** (prime, Stand 03.2017) mit 50 Mio. Euro Deckung
- **Konzept & Marketing** (perfect, Stand 03.2017) mit 50 Mio. Euro Deckung
- **Swiss Life Partner** (Prima Plus 2016) mit 20 Mio. Euro Deckung
- **Swiss Life Partner** (Prima Plus 2016 mit Ausfalldeckung) mit 20 Mio. Euro Deckung
- **Swiss Life Partner** (Prima Plus 2016 mit Sorglospaket) mit 50 Mio. Euro Deckung
- **Swiss Life Partner** (Prima Plus 2016 mit Sorglospaket und mit Ausfalldeckung Plus) mit 50 Mio. Euro Deckung

Selbstständige Hundehalterhaftpflicht

- **Alte Leipziger** (classic, Stand 07.2015) mit 10 Mio. Euro Deckung
- **Alte Leipziger** (comfort, Stand 07.2015) mit 20 Mio. Euro Deckung
- **ConceptA** (Best Selection, Stand 04.2011) mit 7,5 und 15 Mio. Euro Deckung
- **ConceptIF** (ConceptIF complete best advice, Stand 22.09.2015) mit 20 Mio. Euro Deckung
- **Haftpflichtkasse Darmstadt** (Komfort PLUS, Stand 01.01.2017) mit 20 und 50 Mio. Euro Deckung
- **InterRisk** (XXL, Stand 17.12.2013) mit 5, 10, 25 und 50 Mio. Euro Deckung
- **Janitos** (Best Selection 2016, Stand 01.07.2016) mit 10 und 20 Mio. Euro Deckung
- **Konzept & Marketing** (allsafe Tarif select Z2, Stand 05.2015) mit 10 oder 15 Mio. Euro Deckung
- **Swiss Life Partner** (Prima, Stand 01.06.2014: PRIMA) mit 8 Mio. Euro Deckung
- **Swiss Life Partner** (Prima Plus, Stand 01.06.2014: PRIMA Plus) mit 10 Mio. Euro Deckung
- **VHV** (KLASSIK-GARANT, Stand 05.2017) mit 5 oder 10 Mio. Euro Deckung
- **VHV** (KLASSIK-GARANT mit BEST-LEISTUNGS-GARANTIE TIERE, Stand 05.2017) mit 5 oder 10 Mio. Euro Deckung

Pferdehalterhaftpflicht

- **ConceptIF** (ConceptIF complete best advice, Stand 22.09.2015) mit 20 Mio. Euro Deckung
- **Haftpflichtkasse Darmstadt** (Komfort PLUS, Stand 01.01.2017) mit 20 und 50 Mio. Euro Deckung
- **InterRisk** (XXL, Stand 17.12.2013) mit 5, 10 und 25 Mio. Euro Deckung
- **Janitos** (Best Selection, Stand 01.07.2016) mit 10 und 20 Mio. Euro Deckung
- **Konzept & Marketing** (allsafe cavallo mit Einschluss Rennrisiko, Stand 06.2016) mit 5, 10 und 15 Mio. Euro Deckung
- **Swiss Life Partner** (Prima, Stand 01.06.2014) mit 8 Mio. Euro Deckung
- **Swiss Life Partner** (Prima PLUS, Stand 01.06.2014) mit 10 Mio. Euro Deckung
- **VHV** (KLASSIK-GARANT Stand 05.2017) mit 5 oder 10 Mio. Euro Deckung
- **VHV** (KLASSIK-GARANT MIT BEST-LEISTUNGS-GARANTIE TIERE, Stand 05.2017) mit 5 oder 10 Mio. Euro Deckung

Jagdhaftpflicht

- **Deutsche Jagd Finanz mit Risikoträger GVO** (Profi-Jagdhaftpflichtversicherung, Stand 04.2015) mit 6, 10 und 15 Mio. Euro Deckung
- **Deutsche Jagd Finanz mit Risikoträger GVO** (Profi Jagdhaftpflichtversicherung, Stand 04.2015 mit Profi Jagdhundeunfallversicherung) mit 6, 10 und 15 Mio. Euro Deckung
- **Inter** (Premium, Stand 11.2016) mit 10 Mio. Euro Deckung

Rating Stationäre Krankenzusatztarife



- 1- und 2-Bettzimmertarife
- 2-Bettzimmertarife

| | |
|-----------------|---|
| Basis: | Tarife im Test: 123 stationäre Ergänzungs- und Optionstarife Anbieter im Test: 39 |
| Wertung: | Gold, Silber, Bronze |
| Stand: | 29.05.2017 |

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

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

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

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

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

sonst im Zweibettzimmer

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

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

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

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

chend Anspruch auf eine Unterbringung im Einbettzimmer.

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

Allgemeine Gedanken zur stationären Absicherung

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

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

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

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

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

Rating-Systematik

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Durchschnittsprämien der bislang erfassten Tarife lauten wie folgt:

1- und 2-Bettzimmertarife
25 bis 55 Jahre (ohne Klinik-Tarife)
54,48 €

2-Bettzimmertarife
25 bis 55 Jahre (ohne Klinik-Tarife)
38,87 €

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

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

Note Bedingungsrating

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

Note Prämienniveau











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

Note Preis- / Leistungs niveau








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

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

Rating Stationäre Krankenzusatztarife











| Einzelrating Bedingungen | | |
|--------------------------|--|--|
| Gesellschaft | 1- und 2-Bettzimmertarife | Wertung |
| Axa | Komfort Start-U, Stand 12.2014** |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - GOLD |
| | Komfort-U, Stand 04.2014 | |
| Barmenia | TopS, Stand 01.2017 |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - GOLD |
| Allianz | Ambulante OP Krankenhaus + Krankenhaus Best, Stand 01.2013 |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - SILBER |
| Gothaer | Medi Clinic Premium, Stand 04.2017 |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - SILBER |
| UniVersa | uni-SZ, Stand 01.2017 |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - SILBER |
| Arag | 261, Stand 01.2017 |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - BRONZE |
| Hallesche | CSAW.1, Stand 01.2017 |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - BRONZE |
| Inter | INTER QualiMed Z® Stationär Tarif S1, Stand 01.2013* |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - BRONZE |
| Gesellschaft | 2-Bettzimmertarife | Wertung |
| Allianz | Ambulante OP Krankenhaus + Krankenhaus Plus, Stand 01.2013 |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - GOLD |
| Arag | 262, Stand 01.2017 |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - GOLD |
| Continental | SG2, Stand 01.2016 |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - GOLD |
| Die Bayerische | V.I.P. stationär Komfort, Stand 05.2014 |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - GOLD |
| DKV | KGZ2, Stand 01.2017 |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - GOLD |
| Hallesche | CSAW.2, Stand 01.2017 |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - GOLD |
| uniVersa | uni-SZ II Plus, Stand 10.2016 |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - GOLD |

Rating Stationäre Krankenzusatztarife














| Einzelrating Bedingungen | | |
|--------------------------|---|---|
| Gesellschaft | 2-Bettzimmertarife | Wertung |
| Advigon | privat stationär, Baustein privatzt spezial, Stand 10.2015* |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - SILBER |
| BBKK | KlinikPRIVAT2, Stand 05.2015 |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - SILBER |
| Inter | INTER QualiMed Z® Stationär Tarif S2, Stand 01.2013 |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - SILBER |
| Signal Iduna | KlinikTOP, Stand 01.2013 |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - SILBER |
| | KlinikTOP1pur, Stand 01.2013 | |
| uniVersa | uni-SZ II, Stand 10.2016 |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - SILBER |
| Concordia | SZ2 und SZ PLUS, Stand 01.2013 |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - BRONZE |
| Union | KlinikPRIVAT/2, Stand 05.2015 |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - BRONZE |

| Einzelrating Prämienniveau für das Eintrittsalter 25 bis 55 Jahre | | |
|---|--|--|
| Gesellschaft | 1- und 2-Bettzimmertarife | Wertung |
| Advigon | privat stationär, Baustein komfort premium, Stand 10.2015* |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Prämienniveau - GOLD |
| Die Bayerische | V.I.P stationär Prestige, Stand 01.05.2014* |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Prämienniveau - GOLD |
| Hanse-Merkur | PSG, Stand 01.01..2017 |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Prämienniveau - GOLD |
| HUK-Coburg | SZ, Stand 01.2013 |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Prämienniveau - GOLD |
| Inter | INTER QualiMed Z® Stationär Tarif S1, Stand 01.2013* |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Prämienniveau - GOLD |
| Janitos | JA Stationär Plus, Stand 01.2013* |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Prämienniveau - GOLD |
| LKH | S400E, Stand 03.2013 |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Prämienniveau - GOLD |

Rating Stationäre Krankenzusatztarife

| Einzelrating Prämienniveau für das Eintrittsalter 25 bis 55 Jahre | | |
|---|--|---|
| Gesellschaft | 1- und 2-Bettzimmertarife | Wertung |
| Axa | Komfort-U, Stand 04.2014 |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: ... SILBER |
| Provinzial Hannover | KHPu, KHPUu, Stand 01.2013 |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: ... SILBER |
| Barmenia | S+, Stand 01.2017 |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: ... BRONZE |
| Concordia | SZ1, Stand 01.2013 |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: ... BRONZE |
| Gesellschaft | 2-Bettzimmertarife | Wertung |
| Inter | INTER QualiMed Z® Stationär Tarif S2, Stand 01.2013* |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: ... GOLD |
| | Nicht vergeben |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: ... SILBER |
| Arag | 262, Stand 01.2017 |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: ... BRONZE |
| Concordia | SZ 2, Stand 01.2013 |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: ... BRONZE |
| Die Bayerische | V.I.P. stationär Komfort, Stand 01.05.2014* |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: ... BRONZE |
| UniVersa | SZII, Stand 01.2017 |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: ... BRONZE |

Rating Stationäre Krankenzusatztarife

| Preis- / Leistungsniveau | | |
|--------------------------|--|--|
| Gesellschaft | 1- und 2-Bettzimmer tarife | Wertung |
| Axa | Komfort-U, Stand 04.2014 |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungs niveau GOLD |
| Barmenia | Top S, Stand 01.2013 |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungs niveau GOLD |
| Die Bayerische | V.I.P stationär Prestige, Stand 01.05.2014* |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungs niveau GOLD |
| Gothaer | MediClinic Premium, Stand 04.2017 |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungs niveau GOLD |
| Inter | INTER QualiMed Z® Stationär Tarif S1, Stand 01.2013* |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungs niveau GOLD |
| Advigon | privat stationär, Baustein komfort premium, Stand 10.2015* |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungs niveau SILBER |
| Janitos | JA stationär plus, Stand 01.2013* |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungs niveau BRONZE |
| Gesellschaft | 2-Bettzimmer tarife | Wertung |
| Arag | 262, Stand 01.05.2016 |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungs niveau GOLD |
| Die Bayerische | V.I.P. stationär Komfort, Stand 01.05.2014* |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungs niveau GOLD |
| Gothaer | MediClinic Plus, Stand 04.2017 |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungs niveau GOLD |
| Inter | INTER QualiMed Z® Stationär Tarif S1, Stand 01.2013* |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungs niveau GOLD |
| | Nicht vergeben |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungs niveau SILBER |
| Gothaer | MediClinic2, Stand 01.2017 |  Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungs niveau BRONZE |

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

* Tarif ohne Alterungsrückstellungen bei Erwachsenen

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

Fünf Pflegegrade ersetzen drei Pflegestufen



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

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

Anders als zuvor gilt ab 2017 ein einheit-licher Eigenanteil bei stationärer Pflege, da zuvor viele Pflegebedürftige aus Sor-ge um eine höhere Eigenbelastung kei-nen Antrag auf Einstufung in die nächst-höhere Pflegestufe stellen wollten.

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

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

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

Um die benannten Leistungen in Relati-on zum tatsächlichen Bedarf zu setzen, lohnt es sich, reale Zahlen für die Unter-bringung in stationären Einrichtungen zu erfassen. In der 2016 noch höchsten Pflegestufe III betrug die monatlichen Kosten je nach Pflegeeinrichtung zwi-schen etwa 2.460 Euro (günstigstes Pfl-egeheim in Hamburg) und 10.530 Euro (teuerstes Pflegeheim in Berlin)¹.

Orientiert man sich an den bislang be-kannten statistisch verbleibenden Kos-ten für Pflegebedürftige nach Vorlei-stung der gesetzlichen oder privaten

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

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

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

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

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

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

Rating Geförderte Pflegetagegeld- und Pflegemonatsgeldtarife (Pflege-Bahr)



Pflegetagegeld- und Pflegemonatsgeld-Tarife (Pflege-Bahr)

| | |
|-----------------|---|
| Basis: | Tarife und Tarifkombinationen im Test: 16 Anbieter im Test: 16 |
| Wertung: | Gold, Silber, Bronze |
| Stand: | 29.05.2017 |

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

Versorgungslücke stark unterschätzt

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

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

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

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

Gemeinsamkeiten der geförderten Pflegegeldabsicherung

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

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

In jedem Fall wird die Förderung vom privaten Krankenversicherer für den Ver-

sicherten unbürokratisch bis zum 31.03. des Folgejahres beantragt und kann auch nur für insgesamt einen Vertrag gewährt werden.

Versicherungsleistungen sind nach § 127 SGB XI Absatz 4 in allen Pflegegraden zu erbringen, wobei das Pflegegeld im Pflegegrad 5 mindestens 600 Euro monatlich betragen muss. Leistungen müssen auch in allen anderen Pflegegraden erbracht werden. Die exakte Höhe ist nicht vorgeschrieben.

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

Alle Pflegebahrtarife leisten grundsätzlich unabhängig von der Art der Pflege, also sowohl bei Laienpflege als auch bei professioneller Pflege. Eine entsprechende Klarstellung sieht jedoch nur ein Teil der Tarife vor.

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

Risikozuschläge oder -ausschlüsse sind nicht zulässig.

Dafür darf nach § 127 SGB XI Absatz 6 eine Wartezeit von bis zu fünf Jahren verlangt werden. Die Pflegeeinstufung der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung muss als Leistungsauslöser anerkannt werden. Kommt es ausschließlich während der Wartezeit zu einer versicherten Pflegebedürftigkeit, so besteht kein Anspruch auf Leistungen. Tritt die Pflegebedürftigkeit jedoch während der Wartezeit ein und liegt nach Ablauf derselben noch immer vor, so besteht für die Zeit der Fortdauer nach dem Ende der Wartezeit Anspruch auf Leistungen. Einige Versicherer verzichten auf die vereinbarte Wartezeit, wenn zeitgleich ein nicht staatlich geförderter, sogenannter „Huckepacktarif“, dazu abgeschlossen wird.

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

Pflegebahrtarife dürfen ausschließlich von Krankenversicherern angeboten werden.

Die Courtage für geförderte Pflegebahrtarife ist auf zwei Monatsbeiträge maximiert. Ebenfalls gedeckelt ist die Höhe der zulässigen Verwaltungskosten für geförderte Pflegegeldtarife.

Ratingsystematik

Grundlage für das Leistungsrating waren insgesamt 3 Teilbereiche mit zusammen bewerteten 18 Einzelfragen. Diese umfassen die besonders praxisrelevanten Punkte, in denen sich die Angebote voneinander unterscheiden. Für das Preis-Leistungsrating wurde darüber hinaus das Prämienniveau für das Neugeschäft bewertet.

Leistungsbewertung:

- Höhe der Leistung in den einzelnen Pflegestufen für Neu- und Bestandskunden mit den Eintrittsaltern 20, 40 bzw. 60 Jahre (Anteil von 30% an der Gesamtwertung)
- Dynamikregelungen (Anteil von 40% an der Gesamtwertung)
- Sonstige Leistungen (z.B. Wartezeiten, Unfallbegriff, räumlicher Geltungsbereich) (Anteil von 30% an der Gesamtwertung)

Preis-Leistungsbewertung:

- Beitragsniveau für Personen mit den Eintrittsaltern 20, 40 bzw. 60 Jahre (jeweils mit einem Anteil von 25% an der Gesamtwertung)
- Oben beschriebenes Leistungsniveau für Personen mit den Eintrittsaltern 20, 40 bzw. 60 Jahre (jeweils mit einem Anteil von 75% an der Gesamtwertung)

Die einzelnen Leistungen wurden mit 0 bis 16 Punkten bewertet. Dabei stellt 16 Punkte die jeweils für den Verbraucher vorteilhafteste Regelung dar. 12, 8, 4, 2 bzw. 1 Punkt(e) stehen für den jeweils nächstplatzierten Rang. Fehlt eine Leistung, so wird dies mit 0 Punkten bewertet. Jedes Kriterium wurde mit einem Faktor zwischen 1 und 3 gewichtet, der der Bedeutung für die Mehrzahl der Versicherten gerecht werden soll.

Im Sinne des Verbraucherinteresses wurden bestimmte K.O.-Kriterien festgelegt, die das Erreichen der drei Rating-Stufen verhindern. Nur Versicherer, die ausnahmslos alle dieser Kriterien erfüllt haben, wurden näher betrachtet.

Für die Kategorie Pflegebahrversicherung wird zwischen zwei Kategorien unterschieden:

- Leistung und
- Preis-Leistung

Beide Kategorien werden mit Bronze, Silber und Gold bewertet. Voraussetzung für das Erreichen einer dieser Kategorien ist, dass die jeweiligen Mindestkriterien in allen Punkten erfüllt werden.

Für die Bewertung mit **Bronze** gelten über die gesetzlichen Mindestleistungen hinaus folgende Vorgaben:

- Versicherungsschutz bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit ohne Wartezeit
- Mindestens 60% der Höchstpunktzahl in der bewerteten Kategorie

Für die Bewertung mit **Silber** gilt zusätzlich folgende Mindestanforderung:

- Dynamisierung des Pflegegeldes bzw. des Pflegegeldes in Höhe der allgemeinen Inflationsrate (maximiert auf minimal 5%)*

- Mindestens 70% der Höchstpunktzahl in der bewerteten Kategorie

Um eine Bewertung mit **Gold** zu erzielen, muss ergänzend folgendes Leistungsmerkmal erfüllt sein:

- Dynamisierung des Pflegegeldes bzw. des Pflegegeldes mindestens vor Eintritt des Leistungsfallendes in Höhe der allgemeinen Inflationsrate
- Mindestens 80% der Höchstpunktzahl in der bewerteten Kategorie

Jeder Tarif, der nach diesen Kriterien mit Bronze, Silber oder Gold bewertet werden kann, kann als „empfehlenswert“ angesehen werden, wobei dennoch stets der individuelle Kundenbedarf zu prüfen ist. Im Zweifel sind umfassende Leistungen wichtiger als ein günstiges Prämienniveau. Dies gilt insbesondere für Personen, denen aus gesundheitlichen Gründen kein ungeförderter Tarif zur Verfügung steht.

* Tarife, die über die allgemeine Inflationsrate hinaus dynamisieren, sind nicht förderfähig. Auf der Grundlage des Verbraucherpreisindex des Statistischen Bundesamtes lässt sich feststellen, dass die allgemeine Inflationsrate im Durchschnitt der drei Jahre 2009-2012 bei rund 1,45% lag (2009: 0,4%; 2010: 1,1%; 2011: 2,3%; 2012: 2,0%).

Siehe https://www.destatis.de/DE/Presse-Service/Presse/Pressemitteilungen/2013/01/PD13_018_611.html;jsessionid=7C4A612AD1171C80D1EC3215B13E3596.cae2

I. Leistungsrating



WFS 1 (Gold) für die geförderte Pflegegeld- und Pflegemonatsgeldversicherung (Pflege-Bahr)

- **BARMENIA** (MB/GEPV 2017, Tarif DFPV, Stand 01.01.2017: Geförderte ergänzende Pflegeversicherung: „Förder-Pflege“, Stand 01.2017)

| | Pflegegrad 1 | Pflegegrad 2 | Pflegegrad 3 | Pflegegrad 4 | Pflegegrad 5 | Beitragshöhe |
|-------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Eintrittsalter 20 Jahre | 114,50 € | 343,51 € | 687,02 € | 916,02 € | 1.145,03 € | 15,00 € |
| Eintrittsalter 40 Jahre | 60,00 € | 180,00 € | 360,00 € | 480,00 € | 600,00 € | 17,70 € |
| Eintrittsalter 60 Jahre | 60,00 € | 180,00 € | 360,00 € | 480,00 € | 600,00 € | 43,86 € |

Dynamik: Alle drei Jahre um 10%, max. in Höhe der allgemeinen Inflationsrate. Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre.

- **Central** (MB/GEPV 2017, TB/GEPV 2017, TB/GEPV 2017: Tarif central.pflege, Stand 01.01.2017)

| | Pflegegrad 1 | Pflegegrad 2 | Pflegegrad 3 | Pflegegrad 4 | Pflegegrad 5 | Beitragshöhe |
|-------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Eintrittsalter 20 Jahre | 198,00 € | 396,00 € | 594,00 € | 792,00 € | 1.980,00 € | 15,74 € |
| Eintrittsalter 40 Jahre | 198,00 € | 396,00 € | 594,00 € | 792,00 € | 1.980,00 € | 32,74 € |
| Eintrittsalter 60 Jahre | 198,00 € | 396,00 € | 594,00 € | 792,00 € | 1.980,00 € | 81,58 € |

Dynamik: Alle 3 Jahre Dynamisierung entsprechend der allgemeinen Inflationsrate (max. um 10%).
Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre.

- **DEVK** (AVB/GEPV, Stand 01.01.2017; Kundeninformation zur DEVK-Förderpflege, Stand 01.01.2017)

| | Pflegegrad 1 | Pflegegrad 2 | Pflegegrad 3 | Pflegegrad 4 | Pflegegrad 5 | Beitragshöhe |
|-------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Eintrittsalter 20 Jahre | 171,00 € | 285,00 € | 570,00 € | 855,00 € | 1.140,00 € | 15,20 € |
| Eintrittsalter 40 Jahre | 90,00 € | 150,00 € | 300,00 € | 450,00 € | 600,00 € | 17,80 € |
| Eintrittsalter 60 Jahre | 90,00 € | 150,00 € | 300,00 € | 450,00 € | 600,00 € | 42,60 € |

Dynamik: Alle 3 Jahre Dynamisierung entsprechend der allgemeinen Inflationsrate (max. um 10%).
Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre.

- **Envivas** (MB/GEPV 2017, TB/GEPV 2017: Tarif PflegeAktiv, Stand 01.2017)

| | Pflegegrad 1 | Pflegegrad 2 | Pflegegrad 3 | Pflegegrad 4 | Pflegegrad 5 | Beitragshöhe |
|-------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Eintrittsalter 20 Jahre | 198,00 € | 396,00 € | 594,00 € | 1.188,00 € | 1.980,00 € | 18,68 € |
| Eintrittsalter 40 Jahre | 198,00 € | 396,00 € | 594,00 € | 1.188,00 € | 1.980,00 € | 39,30 € |
| Eintrittsalter 60 Jahre | 198,00 € | 396,00 € | 594,00 € | 1.188,00 € | 1.980,00 € | 93,13 € |

Dynamik: Alle 3 Jahre Dynamisierung entsprechend der allgemeinen Inflationsrate (max. um 10%).
Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre.



WFS 2 (Silber) für die geförderte Pflegegeld- und Pflegemonatsgeldversicherung (Pflege-Bahr)

- **Debeka** (MB/GEPV 2017, Stand 01.01.2017; Tarif EPG mit Tarifbedingungen - Stand: 1. Januar 2017 - Pflegemonatsgeldversicherung)

| | Pflegegrad 1 | Pflegegrad 2 | Pflegegrad 3 | Pflegegrad 4 | Pflegegrad 5 | Beitragshöhe |
|-------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Eintrittsalter 20 Jahre | 126,41 € | 252,81 € | 547,76 € | 758,43 € | 842,70 € | 15,00 € |
| Eintrittsalter 40 Jahre | 90,00 € | 180,00 € | 390,00 € | 540,00 € | 600,00 € | 19,02 € |
| Eintrittsalter 60 Jahre | 90,00 € | 180,00 € | 390,00 € | 540,00 € | 600,00 € | 40,02 € |

Dynamik: Alle drei Jahre in Höhe der allgemeinen Inflationsrate. Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre.

I. Leistungsrating



**WFS 3 (Bronze) für die geförderte
Pflegetagegeld- und Pflegemonatsgeldversicherung
(Pflege-Bahr)**

• **R+V** (AVB/GEPV 2017, Tarif Pflege FörderBahr - PKB - Staatlich geförderte ergänzende Pflegetagegeldversicherung, Stand 01.01.2017)

| | Pflegegrad 1 | Pflegegrad 2 | Pflegegrad 3 | Pflegegrad 4 | Pflegegrad 5 | Beitragshöhe |
|-------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Eintrittsalter 20 Jahre | 101,34 € | 304,02 € | 709,38 € | 1.013,40 € | 1.013,40 € | 15,00 € |
| Eintrittsalter 40 Jahre | 60,00 € | 180,00 € | 420,00 € | 600,00 € | 600,00 € | 18,72 € |
| Eintrittsalter 60 Jahre | 60,00 € | 180,00 € | 420,00 € | 600,00 € | 600,00 € | 46,04 € |

*Dynamik: Alle 3 Jahre Dynamisierung entsprechend der allgemeinen Inflationsrate (max. um 10%).
Bewertung für die Eintrittsalter 40 und 60 Jahre.*

II. Preis-Leistungsrating



**WFS 1 (Gold) für die geförderte
Pflegetagegeld- und Pflegemonatsgeldversicherung
(Pflege-Bahr)**

• **Central** ((MB/GEPV 2017, TB/GEPV 2017, TB/GEPV 2017: Tarif central.pflege, Stand 01.01.2017)
Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre

• **Envivas** (MB/GEPV 2017, TB/GEPV 2017: Tarif PflegeAktiv, Stand 01.2017)
Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre



**WFS 2 (Silber) für die geförderte
Pflegetagegeld- und Pflegemonatsgeldversicherung
(Pflege-Bahr)**

• nicht vergeben



**WFS 2 (Bronze) für die geförderte
Pflegetagegeld- und Pflegemonatsgeldversicherung
(Pflege-Bahr)**

• nicht vergeben

Rating Pflageetagegeld- und Pflagegeldversicherung



Pflageetagegeld- und Pflagegeldversicherung

| | |
|-----------------|--|
| Basis: | Tarife und Tarifkombinationen im Test: 387 Anbieter im Test: 32 |
| Wertung: | Gold, Silber, Bronze |
| Stand: | 13.06.2017 |

Versorgungslücke stark unterschätzt

Die gesetzliche Pflageabsicherung stellt lediglich eine Teilkaskoabsicherung dar. Leider ist dies vielen Kunden nicht bewusst. Restkosten von mehreren hundert bis tausend Euro im Moment, die im Fall der Fälle aus eigener Tasche zu zahlen sind, sind nicht unüblich. Eine herkömmliche Berufsunfähigkeitsversicherung vermag diese Lücke bestenfalls während des aktiven Erwerbslebens zu schließen. Fast immer spätestens mit der Vollendung des 67. Lebensjahres fehlt dann „die Berufsunfähigkeitsversicherung fürs Alter“.

Auch der Verweis auf die Kinder als späteres „Pflagepersonal“ greift vielfach zu kurz. Fakt ist, dass Kinder als Erwachsene oft gar nicht mehr in der Nähe des elterlichen Wohnsitzes wohnen oder aus beruflichen Gründen keine Möglichkeit zum Pflagen haben. Inwiefern sie dazu Lust oder zumindest die wirtschaftlichen Möglichkeiten hätten, steht dann noch zusätzlich auf einem anderen Blatt. Fehlt das Geld, wird unter Umständen nach der billigsten Pflageeinrichtung gesucht, wobei zwangsweise ein hochwertiger Pflagestandard entfallen muss. Bei Eintritt in eine stationäre Pflageeinrichtung gilt für beide Geschlechter, speziell jedoch für die Männer, eine stark erhöhte Übersterblichkeit. Wer davon Kenntnis hat, wird ebenfalls versuchen, einer stationären Pflage durch eine verbesserte ambulante Pflage zu entgehen. Professionelle Pflagedienste kosten jedoch viel Geld.

Eine Vielzahl von Versicherten wird die ambulante Pflage der Unterbringung in

einer stationären Einrichtung vorziehen. Dies liegt nicht nur daran, dass das persönliche Umfeld für die Aufrechterhaltung der Restgesundheit sehr förderlich sein kann, vor allem aber der Psyche gut tut. Fragt man Kunden, wer denn die Pflage in den eigenen vier Wänden übernehmen werde, verweisen viele auf ihren Ehe- oder Lebenspartner, andere auf ihre Kinder. In der Realität pflagen sehr oft Frauen ihre Männer bis in den Tod. Um sich anschließend um ihre Pflage zu kümmern, ist dann niemand mehr da. Damit sind mehr Frauen als Männer auf eine vollstationäre Pflage angewiesen: nach erstmaligem Eintritt in die Pflagebedürftigkeit kommt es bei mehr als einem Drittel aller Männer und mehr als der Hälfte aller Frauen schon nach zwei Jahren zur Inanspruchnahme einer stationären Pflage.

Eine vergleichsweise preiswerte Möglichkeit, das Pflagefallrisiko im Alter abzusichern, sind Pflageetagegeld- und Pflagegeldversicherungen. Diese Versicherungen versichern einen bestimmten Tages- oder Monatssatz, der meist je nach Pflagegrad in unterschiedlicher Höhe zur Auszahlung kommt. Der Pflagegrad orientiert sich dabei in der Regel an der gesetzlichen Einstufung nach SGB. Bei einigen Tarifen gilt eine Wartezeit von bis zu 3 Jahren, bevor der Versicherungsschutz beginnt. In der Ausgestaltung als Pflagebahrprodukte gilt abweichend sogar eine Wartezeit von bis zu fünf Jahren.

Der große Vorteil der meisten Pflageetagegeldversicherungen ist, dass der Kunde frei über die Auszahlungen verfügen kann, diese also auch zweckentfremdet einsetzen darf. Auch ist ein umfassender

Schutz auch für Familien mit kleinen Kindern vielfach gut finanzierbar.

Wesentliche Vorteile sind geringe Prämien, eine Bildung von Alterungsrückstellungen für bezahlbare Prämien im Alter, eine weitgehende freie Festlegung eines Tagessatzes auch über den voraussichtlichen Bedarf hinaus sowie eine meist freie Verfügbarkeit der Leistung.

Wesentliche Nachteile sind das Fehlen einer langfristig garantierten Prämienstabilität sowie der Verlust von Alterungsrückstellungen bei Kündigung. Hinzu kommt, dass Beiträge meist auch im Rentenalter und bei Pflagebedürftigkeit zu zahlen sind.

Hinzu kommt, dass eine exakte Bedarfsdeckung nur selten gestaltet werden kann, da die Leistungen entweder nach Pflagegraden oder nach Art der Pflage (ambulant, stationär) bemessen sind. Eine Beitragsfreistellung ohne Verlust des Versicherungsschutzes ist grundsätzlich nicht möglich.

Oft lückenhafte Absicherung

Viele Pflageetagegeld- und Pflagegeldtarife sehen Versicherungsschutz nur in den Pflagegraden 3, 4 und 5 oder sogar nur 4 und 5 vor. Teilweise werden Leistungen auch nur bei vollstationärer Pflage oder nur bei unfallbedingter Pflagebedürftigkeit erbracht. All diese Einschränkungen stellen in der Praxis eine überaus gefährliche Ausschnittsdeckung dar.

Nur sehr selten ist eine Einstufung in den höchsten Pflagegrad 5 zu erwarten, doch kann bereits eine stationäre

Unterbringung wegen Demenz ohne besondere körperliche Einschränkungen schnell Kosten von 2.000 Euro oder mehr verursachen.

Standards im Wandel

Immer mehr Versicherer sehen eine Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3 oder 4, seltener auch ab Pflegegrad 2 oder 5 vor. Daneben werden vielfach Einmalleistungen bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit oder verschiedene Assistenzleistungen angeboten.

Anbieterabhängig werden Leistungen rückwirkend ab erstmaliger Feststellung einer bedingungsgemäßen Pflegebedürftigkeit oder bei verspäteter Antragsstellung höchstens wenige Monate rückwirkend erbracht. Nicht immer reicht der Nachweis einer Einstufung als pflegebedürftig im Sinne der sozialen zur privaten Pflegepflichtversicherung aus, um Versicherungsleistungen zu beanspruchen. Positiv ist allerdings, dass einzelnen Tarife neben einer Einstufung nach SPV bzw. PPV auch eine abweichende Bewertung (z.B. nach ADL) ermöglichen, was insbesondere dann von Bedeutung ist, wenn (zeitweise) kein Versicherungsschutz in der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung besteht.

Zunehmend sehen Tarife einen weltweiten Versicherungsschutz vor, allerdings gibt es auch solche, wo außerhalb von Europäischer Union, Europäischem Wirtschaftsraum oder der Schweiz Leistungen eingeschränkt werden.

Noch immer entfällt bei vielen Tarifen der Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz dauerhaft ins Ausland bzw. ins außereuropäische Ausland verlegt.

Leider noch immer Standard ist, dass der Abschluss einer parallelen zweiten Pflegezusatzversicherung (z.B. auch in Form eines Pflegebahrtarifes) oder sogar jede Dynamikannahme erst das Einverständnis des bisherigen Versicherers voraussetzt.

Ratingsystematik

Für die Kategorie Pflegetagegeldversicherung werden drei Kategorien unterschieden: Bronze, Silber und Gold. Voraussetzung für das Erreichen einer dieser Kategorien ist, dass die jeweiligen Mindestkriterien in allen Punkten erfüllt werden.

Für die Bewertung mit **Bronze** gelten folgende Mindestanforderungen:

- Einstufung des Pflegefalls durch soziale Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung nach Pflegegraden gilt als Nachweis der bedingungsgemäßen Pflegebedürftigkeit
- Leistungen unabhängig davon, ob es sich um eine unfall- oder krankheitsbedingte Pflegebedürftigkeit handelt
- Ungekürzte Leistung auch bei Laienpflege / Pflege durch Angehörige
- Leistung bei ambulanter und vollstationärer Pflege im Pflegegrad 2 mindestens 500 Euro monatlich
- Leistung bei ambulanter und vollstationärer Pflege im Pflegegrad 3 mindestens 1.000 Euro monatlich
- Leistung bei ambulanter und vollstationärer Pflege im Pflegegrad 4 mindestens 1.500 Euro monatlich
- Dynamisierung des Pflegetagegeldes bzw. des Pflegegeldes vor Eintritt des Leistungsfalles bereits ab Pflegegrad 3 möglich (min. bis auf 150 Euro pro Tag im Pflegegrad 4)
- Dynamisierung des Pflegetagegeldes bzw. des Pflegegeldes nach Eintritt des Leistungsfalles bereits ab Pflegegrad 3 möglich (min. bis auf 150 Euro pro Tag im Pflegegrad 4) – entweder als Teil der Anwartschafts- oder als separate Leistungsdynamik
- Beitragsbefreiung bei bedingungsgemäßer Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 4
- Versicherungsschutz ausdrücklich auch bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten mindestens in den Staaten der Europäischen Union, den Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz
- Versicherungsschutz bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit ohne Wartezeit
- Verzicht des Versicherers auf sein ordentliches Kündigungsrecht

Um eine Bewertung mit **Silber** zu erzielen, muss ergänzend folgendes Leistungsmerkmal erfüllt sein:












- Leistung bei ambulanter Pflege im Pflegegrad 1 mindestens 200 Euro monatlich
- Genereller Verzicht auf eine Wartezeit für den Versicherungsschutz wegen Pflegebedürftigkeit

Ergänzende Voraussetzungen für die Höchstbewertung mit **Gold** sind wie folgt beschrieben:

- Im Pflegegrad I mindestens 400 Euro monatlich ambulant und stationär
- Im Pflegegrad II mindestens 700 Euro monatlich ambulant und 2.500 Euro monatlich stationär
- Im Pflegegrad III mindestens 1.200 Euro monatlich ambulant und 3.000 Euro monatlich stationär
- Im Pflegegrad IV mindestens 1.900 Euro monatlich ambulant und 3.500 Euro monatlich stationär
- Im Pflegegrad V mindestens 2.200 Euro monatlich ambulant und 3.700 Euro monatlich stationär
- Beitragsbefreiung bei bedingungsgemäßer Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3
- Ausdrücklich weltweite Geltung




Jeder Tarif, der nach diesen Kriterien mit Bronze, Silber oder Gold bewertet werden kann, kann als „empfehlenswert“ angesehen werden, wobei dennoch stets der individuelle Kundenbedarf zu prüfen ist. Schließlich ist nie auszuschließen, dass im Zweifel ein anderer Anbieter, der die beschriebenen Voraussetzungen nicht erfüllt, für den konkreten Kunden interessanter sein kann oder ein Kunde vielleicht auch bestimmte Risiken zu Gunsten einer geringeren Prämie billiger in Kauf nehmen möchte. Auch ist zu beachten, dass auch ein positiv bewerteter Tarif in einzelnen Punkten für Ihre Kunden relevante Einschränkungen beinhalten kann, weshalb eine ausführliche Tariflektüre dringend angeraten wird.

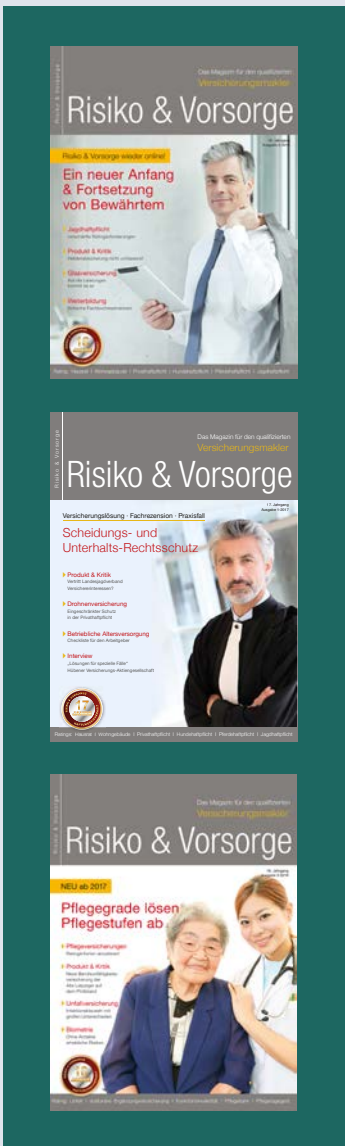
Rating Pflegetagegeldversicherungen

| Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherungen: Bedingungsrating | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--|---|
| Gesellschaft | Tarif | Maximal versicherbares Pflegegeld | Pflegegrad | Wertung |
| Bayerische Beamtenkrankenkasse | AVB/EPV-VT - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (Unisex), Stand: 01.01.2017; Tarif PflegePRIVAT Premium Plus Pflegetagegeldversicherung, Stand: 01.01.2017 | 150 Euro / Tag = 4.500 Euro monatlich | Pflegegrad 5: 100% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 4: 100% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 3: 60% häuslich, teilstationär, 100% vollstationär Pflegegrad 2: 30% häuslich, teilstationär, 100% vollstationär Pflegegrad 1: 10% häuslich, teilstationär, vollstationär |  GOLD Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung |
| Union Krankenversicherung | AVB/EPV-VT - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (Unisex), Stand: 01.01.2017; Tarif PflegePRIVAT Premium Plus Pflegetagegeldversicherung, Stand 01.01.2017 | 150 Euro / Tag = 4.500 Euro monatlich | Pflegegrad 5: 100% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 4: 100% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 3: 60% häuslich, teilstationär, 100% vollstationär Pflegegrad 2: 30% häuslich, teilstationär, 100% vollstationär Pflegegrad 1: 10% häuslich, teilstationär, vollstationär |  GOLD Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung |
| AXA * | Vertragsgrundlage 008. Allgem. Versicherungsbedingungen für die Pflegevorsorge (AVB/PV). Teil I. Bedingungen, Stand 10.2016. Vertragsgrundlage 085. Allgem. Versicherungsbedingungen für die Pflegevorsorge (AVB/PV), Teil II Tarif Pflegevorsorge Vario, Stand 01.2017: Pflegevorsorge Vario Premium | 150 Euro / Tag = 4.500 Euro monatlich | Pflegegrad 5: 100% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 4: 100% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 3: 100% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 2: 100% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 1: 100% häuslich, teilstationär, vollstationär |  SILBER Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung |
| Bayerische Beamtenkrankenkasse | AVB/EPV-VT - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (Unisex), Stand: 01.01.2017; Tarif PflegePRIVAT Premium Pflegetagegeldversicherung, Stand: 01.01.2017 | 150 Euro / Tag = 4.500 Euro monatlich | Pflegegrad 5: 100% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 4: 90% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 3: 60% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 2: 30% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 1: 10% häuslich, teilstationär, vollstationär |  SILBER Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung |
| Hallesche | Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung. Teil I Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017). Teil II Tarif mit Tarifbedingungen (TB/EPV 2013), Fassung Januar 2017: OLGAFlex.AR | 150 Euro / Tag = 4.500 Euro monatlich | Pflegegrad 5: 100% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 4: 100% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 3: 70% häuslich, teilstationär, 100% vollstationär Pflegegrad 2: 30% häuslich, teilstationär, 100% vollstationär Pflegegrad 1: 10% häuslich, teilstationär, vollstationär |  SILBER Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung |
| | Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung. Teil I Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017). Teil II Tarif mit Tarifbedingungen (TB/EPV 2013), Fassung Januar 2017: OLGAFlex.Ri | 150 Euro / Tag = 4.500 Euro monatlich | Pflegegrad 5: 100% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 4: 100% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 3: 70% häuslich, teilstationär, 100% vollstationär Pflegegrad 2: 30% häuslich, teilstationär, 100% vollstationär Pflegegrad 1: 10% häuslich, teilstationär, vollstationär |  SILBER Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung |
| Union Krankenversicherung | AVB/EPV-VT - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (Unisex), Stand: 01.01.2017; Tarif PflegePRIVAT Premium Pflegetagegeldversicherung, Stand: 01.01.2017 | 150 Euro / Tag = 4.500 Euro monatlich | Pflegegrad 5: 100% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 4: 90% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 3: 60% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 2: 30% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 1: 10% häuslich, teilstationär, vollstationär |  SILBER Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung |
| Vigo | MB/EPV 2017, Tarif PT – Düsseldorf Pflegegeld: PT1, PT2, PT3, PT4 und PT5, Tarifergänzung Dyn, S-Basis) | 100 Euro / Tag = 3.000 Euro monatlich | Pflegegrad 5: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 4: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 3: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 2: bis 900 Euro häuslich, teilstationär, bis 3.000 Euro vollstationär Pflegegrad 1: bis 900 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär |  SILBER Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung |
| | (MB/EPV 2017, Tarif PT – Düsseldorf Pflegegeld: PT1, PT2, PT3, PT4 und PT5, Tarifergänzung Dyn, Tarifergänzung E, S-Basis) | 100 Euro / Tag = 3.000 Euro monatlich | Pflegegrad 5: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 4: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 3: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 2: bis 900 Euro häuslich, teilstationär, bis 3.000 Euro vollstationär Pflegegrad 1: bis 900 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär |  SILBER Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung |
| | (MB/EPV 2017, Tarif PT – Düsseldorf Pflegegeld: PT1, PT2, PT3, PT4 und PT5, Tarifergänzung Dyn, Tarifergänzung E, S-Plus) | 100 Euro / Tag = 3.000 Euro monatlich | Pflegegrad 5: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 4: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 3: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 2: bis 900 Euro häuslich, teilstationär, bis 3.000 Euro vollstationär Pflegegrad 1: bis 900 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär |  SILBER Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung |
| Central | Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB/PG 2017), Stand 01.2017; Tarif central.pflegePlus, Stand 01.2017 | 150 Euro / Tag = 4.500 Euro monatlich | Pflegegrad 5: 100% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 4: 100% häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 3: 60% häuslich, teilstationär, 100% vollstationär Pflegegrad 2: 30% häuslich, teilstationär, 100% vollstationär Pflegegrad 1: 10% häuslich, teilstationär, vollstationär |  BRONZE Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung |

* In der Schweiz besteht Versicherungsschutz unter der Voraussetzung, dass für die versicherte Person eine deutsche korrespondenzfähige Anschrift und Bankverbindung besteht.

Rating Pflegetagegeldversicherungen

| Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherungen: Bedingungsrating | | | | |
|--|---|---------------------------------------|---|---|
| Gesellschaft | Tarif | Maximal versicherbares Pflegegeld | Pflegegrad | Wertung |
| Vigo | MB/EPV 2017, Tarif PT – Düsseldorfer Pflegegeld: PT2, PT3, PT4 und PT5, Tarifiergänzung Dyn, S-Basis | 100 Euro / Tag = 3.000 Euro monatlich | Pflegegrad 5: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 4: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 3: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 2: bis 900 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 1: bis 900 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär |  BRONZE Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung |
| | MB/EPV 2017, Tarif PT – Düsseldorfer Pflegegeld: PT2, PT3, PT4 und PT5, Tarifiergänzung Dyn, Tarifiergänzung E, S-Basis | 100 Euro / Tag = 3.000 Euro monatlich | Pflegegrad 5: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 4: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 3: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 2: bis 900 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 1: bis 900 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär |  BRONZE Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung |
| | MB/EPV 2017, Tarif PT – Düsseldorfer Pflegegeld: PT2, PT3, PT4 und PT5, Tarifiergänzung Dyn, Tarifiergänzung E, S-Plus | 100 Euro / Tag = 3.000 Euro monatlich | Pflegegrad 5: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 4: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 3: bis 3.000 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 2: bis 900 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär Pflegegrad 1: bis 900 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär |  BRONZE Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung |



Das Magazin für den qualifizierten
Versicherungsmakler

Risiko & Vorsorge

In der nächsten Ausgabe könnte Ihre Werbung stehen

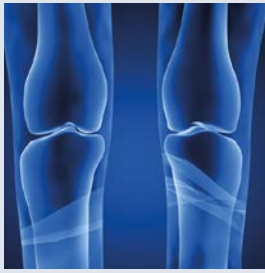
Durch eine Anzeige in „Risiko & Vorsorge“ erreichen Sie an Qualität interessierte Makler, Mehrfachvertreter und Führungskräfte aus der Assekuranz.

Fordern Sie Ihr persönliches Angebot an!



Witte Financial Services
Stephan Witte
Oelerser Straße 6
312375 Sievershausen
Tel: 05175 954681
Mobil: 0178 8757938
Stephan@Witte-Financial-Services.de

Rating Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV Unfall)



FIV als Unfallversicherung

| | |
|-----------------|--|
| Basis: | FIV als Unfallversicherung: 167 Tarife 16 Anbieter im Test |
| Wertung: | Gold, Silber, Bronze |
| Stand: | 03.06.2017 |

Rating Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV Leben)



FIV als Lebensversicherung

| | |
|-----------------|--|
| Basis: | FIV als Lebensversicherung: 74 Tarife 7 Anbieter im Test |
| Wertung: | Gold, Silber, Bronze |
| Stand: | 03.06.2017 |

Allgemeines

Funktionsinvaliditätsversicherungen sind eine neuartige Form der Absicherung der persönlichen Arbeitskraft. Erstmals wurde ein solches Produkt im September 2006 von der Axa unter dem Namen „Unfall-Kombirente“ eingeführt. Dabei ist die Namensgebung etwas irreführend gewesen, da tatsächlich nicht allein das Unfallrisiko abgesichert wurde.

Bislang ist die Signal Iduna der einzige Versicherer, der einen entsprechenden Tarif auf den Markt gebracht hat und mittlerweile das Neugeschäft eingestellt hat.

Allen bisher am Markt angebotenen Produkten zur Absicherung der funktionellen Invalidität weisen gewisse Gemeinsamkeiten, aber auch erhebliche Unterschiede auf. Grundsätzliche Charakteristika sowohl von Lebens- als auch von Sachversicherern sind folgende Merkmale:

- Rentenleistung wegen Verlustes einer oder mehrerer Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)

- Rentenleistung wegen Pflegebedürftigkeit
- Renten- oder Einmalleistung bei Krebs

Darüber hinaus gibt es Merkmale, die typisch für Unfallprodukte sind und andere, die man nur bei den Lebensversicherern findet.

Zur Abgrenzung einer Funktionsinvaliditätsversicherung von einer Grundfähigkeitsversicherung sowie von anderen Formen der Arbeitskraftabsicherung ist daher folgende Produktdefinition geeignet:

Bewertungsmaßstab der FIV ist mit Ausnahme der Krebsleistung eine erhebliche Beeinträchtigung definierter körperlicher Funktionen. Zur Leistungserbringung müssen Funktionsminderungen einen medizinisch eindeutig definierten Schwellenwert erreichen. Eine eindeutige Definition bedeutet, dass ein Versicherte theoretisch selbst dazu in der Lage wäre, anhand ihm vorliegender ärztlicher Gutachten selbst zu beurteilen, ob ein Leistungsanspruch aus seinem Vertrag besteht. Dabei müssen die beschriebenen Funktionsminderungen in der Regel voraussichtlich auf Dauer und irreversibel sein.

Anstelle einer reinen Diagnoseabsicherung wie im Fall einer Dread Disease, geht es um die dauerhaften Folgen einer funktionellen Invalidität. Dabei spielt es im Regelfall keine Rolle, ob diese unfall- oder krankheitsbedingt erfolgte. Üblicherweise sind die Betroffenen bei Minderung der Organfunktion bis zur Leistungsschwelle noch arbeitsfähig.

Eine Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) besteht in der Regel aus den Bausteinen Grundfähigkeitsrente, Pflegerente sowie mindestens einem dritten Baustein (Unfallrente, Organrente oder Leistung bei Eintritt einer schweren Erkrankung). Teil dieses dritten Bausteins ist mindestens eine Renten- oder Einmalleistung auch bei Eintritt einer definierten Krebserkrankung.

Von einer FIV ist nur dann zu sprechen, wenn das Versicherungsprodukt im Deckungsumfang zu mindestens in einem Modul alle möglichen Erkrankungen berücksichtigt und keine Erkrankung ausschließt.¹ Dies wird im Regelfall durch die Pflegekomponente erreicht. Daneben besteht die Möglichkeit, eine Rentenleistungsdauer wegen Verlustes von Grundfähigkeiten oder Pflegebedürftig-

keit bei Kindern mindestens bis zur Volljährigkeit, bei Erwachsenen mindestens bis zur Vollendung des 62. Lebensjahres zu vereinbaren. Vereinzelt wird die FIV am Markt auch als „Multirentenprodukt“ bezeichnet, dies in Anlehnung an die Multi-Rente aus dem Hause Janitos. Mit diesem Namen wird demnach ein Tarif und keine Produktgattung umschrieben.

Wer bei der Swiss Life auf den Zusatzbaustein für schwere Krankheiten verzichtet, besitzt lediglich eine Grundfähigkeitsversicherung oder zumindest eine Grundfähigkeitsversicherung mit Pflegezusatzversicherung, nicht jedoch eine Funktionsinvaliditätsversicherung im engeren Sinne.

Nach dem gleichen Prinzip sind auch die als Lebensversicherung kalkulierte Existenz-Versicherung des Volkswohl Bundes nur mit zusammen mit der optionalen „Erste-Hilfe-Leistung“ als Funktionsinvaliditätsversicherung einzustufen und der ebenfalls als Lebensversicherung kalkulierte Handwerker-Schutz der Nürnberger nur dann, wenn wenigstens Baustein 1 und 2 abgesichert wurden.

Seit Sommer 2016 kann auch die Körperschutzpolice der Allianz wahlweise mit oder ohne Einmalleistung bei Eintritt definierter schwerer Erkrankungen abgeschlossen werden. Wird dieser Baustein abgewählt, so handelt es sich nicht um eine Funktionsinvaliditätsversicherung.

Zielgruppe für eine FIV sind in erster Linie Personen mit körperlicher oder handwerklicher Berufstätigkeit oder solche, die aus finanziellen oder gesundheitlichen Gründen keine Möglichkeit haben, eine Berufsunfähigkeitsversicherung zu finanzieren. Anders als in der Berufsunfähigkeitsversicherung besteht jedoch höchstens minimaler Ver-

Unternehmensqualität

Funktionsinvaliditätsversicherungen sind Produkte, die einen Kunden ein Leben lang begleiten sollen. Von daher sollte in der Beratung auch Wert auf die Qualität des jeweiligen Risikoträgers gelegt werden.

Unternehmens- und Finanzstärkeratings können hierzu eine Hilfestellung bieten, verhindern aber nicht zwingend eine mögliche Fehleinschätzung des jeweiligen Raters. Außerdem ist zu beachten, dass ein Spitzenrating eines Anbieters nicht zwingend mit dem eines Wettbewerbers vergleichbar ist. Dazu sind die einzelnen Ratingansätze zu unterschiedlich. Mal handelt es sich um ein Finanzstärke-, mal um ein Investorenrating und ein anderes Mal um eine Bewertung der Servicequalität. Auch stellt jedes Rating nur eine Momentaufnahme dar.

Manch ein finanzstarkes Unternehmen verliert Kunden durch schwachen Service oder ungünstige vertriebliche Umorganisation, ein anderes Unternehmen ist dafür möglicherweise vertrieblich umso erfolgreicher, weist aber schwache Bilanzkennzahlen auf. Liegen also für ein Unternehmen positive Bewertungen in verschiedenen Bereichen vor, so ist dies ein zumindest gutes Zeichen. Zu beachten ist jedoch ferner, dass die meisten Finanzstärkeratings Auftragsratings sind und damit gerade von kleinen Gesellschaften meist nicht wirtschaftlich sinnvoll finanziert werden können. Damit ist der Umkehrschluss, dass ein Unternehmen ohne aussagekräftige Ratings nicht empfehlenswert ist, nicht zwingend möglich.

sicherungsschutz im Fall psychischer Erkrankungen. Wer also wegen Depressionen oder Burnout eine ambulante Behandlung durch einen Psychotherapeuten „genießt“ und nach diversen Sitzungen als weitgehend geheilt entlassen wird, kann aus der Funktionsinvaliditätsversicherung anders als aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung keinen Leistungsanspruch herleiten. Da aber Angststörungen, Neurosen, Erschöpfungssyndrome oder Phobien als gut behandelbar und reversibel gelten, passt dieser Ansatz in die Funktionsinvalidität. Ein möglicher Leistungsanspruch setzt regelmäßig mindestens die Einweisung in eine geschlossene Einrichtung voraus.

Versicherungsschutz besteht für definierte körperliche Funktionsverluste, eine Absicherung einer konkret ausgeübten beruflichen Tätigkeit fällt jedoch nicht

unter den Versicherungsschutz. Damit bleibt die Absicherung gegen Berufsunfähigkeit stets erste Wahl, während eine FIV stets nur eine eingeschränkte Alternative darstellen kann. Für viele Kunden dürfte sie dennoch die erste Wahl sein. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass auch für Gutverdiener eine vollständige Absicherung gegen Berufsunfähigkeit fast immer an den verfügbaren Finanzen scheitern dürfte, weshalb eine ergänzende Funktionsinvaliditätsversicherung für den Worst Case durchaus angeraten werden kann.

¹ Insofern zählen die mittlerweile geschlossenen Tarifvarianten VitaLife-Junior, „Optimal“ und „Optimal-Start“ und VitaLife Optimal der Signal Iduna streng genommen nicht als Funktionsinvaliditätsprodukte

FIV als Unfallversicherung

FIV als Unfallversicherung wird angeboten von: Adcuri, Arag, AXA, Barmenia, BBV, Die Bayerische, Gothaer, Interlloyd, Janitos, Konzept & Marketing mit Risikoträger VHV, Lebensversicherung von 1871 a.G. in Kooperation mit der TRIAS Versicherung AG und der BGV-Versicherung AG, Sparkassen-Versicherung Sachsen, SV Sparkassen-Versicherung, Swiss Life Partner (SLP), VPV.

Allen bisher am Markt angebotenen Unfallprodukten zur Absicherung der funktionellen Invalidität sind unter anderem folgende Charakteristika gemein:

- Rentenleistung wegen Verlustes einer oder mehrerer Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente; abweichend keine Rentenleistung in einigen geschlossenen Tarifen der Signal Iduna)
- Rentenleistung wegen Pflegebedürftigkeit ab der bis 2016 gültigen Pflegestufe I (Pflegerente; abweichend keine Rentenleistung in einigen geschlossenen Tarifen der Signal Iduna) oder einer ADL-Definition, die der bis Ende 2016 gültigen Pflegestufe I entspricht
- Rentenleistung wegen Minderung der Funktion wesentlicher Organe (Organrente)
- Rentenleistung wegen unfallbedingter Invalidität ab 50% (Unfallrente)

Teilweise wird als fünfte Leistungsart eine Krebsrente benannt, während andere Versicherer eine Leistung bei Krebs als Teil der lebenslangen Organrente vorsehen. Als einzige verkaufsoffene Anbieter wird von Janitos seit dem 01.12.2012 bzw. von Adcuri / Barmenia seit 01.02.2017 als sechste Leistungsart neben einer Krebsrente auch eine Dread-Disease-Rente angeboten. Swiss Life Partner sieht im Existenzschutz Plus zusätzliche Leistung bei Tod der versicherten Person vor, sofern bei Tod auf Grund einer Krebserkrankung des Stadiums/

Grades IV, Organrente, Grundfähigkeitsrente, Pflegerente oder Unfallrente gezahlt wird.

Der laut Statistik wichtigste Leistungsbaustein jeder Funktionsinvaliditätsversicherung ist die Organrente wie sie alle Unfall-, jedoch kein Lebensversicherer vorsehen. Insgesamt wurden bis Ende 2011 etwa 2/3 aller Leistungsfälle aus der Organrente, 10 bis 20% aus der Unfallrente, 10 bis 15% aus der Grundfähigkeitenrente und weniger als 5% aus der Pflegerente erbracht. Im Rahmen des dominierenden Organkonzepts entfallen etwa 50% aller Leistungsfälle auf die Leistungsart Krebs. Bei den Krebserkrankungen führend ist dabei Brustkrebs.

Beitragsniveau von Funktionsinvaliditätsversicherungen als Unfallversicherung

Für Kunden wie auch Makler ist neben dem hier bewerteten Bedingungs niveau sicher auch das Beitragsniveau von Bedeutung. Insgesamt ist eine deutliche Prämienanpassung als Folge der Einführung von Unisex ab dem 21.12.2012 festzustellen, wobei Janitos die Prämien für das Neugeschäft zum 01.07.2013 bereits wieder erheblich reduziert hat, für Bestandsverträge der ersten Tarifgeneration 2017 dafür Beitragsanpassungen von bis über 30 Prozent vorgenommen hat. Anders als bei Tarifen der ersten Tarifgeneration sehen mittlerweile fast alle Versicherer anstelle von Levelprämien eine technisch einjährige Kalkulation vor. Als Folge steigen die Beiträge im Bestand mit zunehmendem Alter mit.

Ratingsystematik

Für die Kategorie Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) werden drei Kategorien unterschieden: Bronze, Silber und Gold.

Voraussetzung für das Erreichen einer dieser Kategorien ist, dass die jeweiligen Mindestkriterien in allen Punkten erfüllt werden.

Um eine Bewertung mit Bronze zu erzielen, müssen folgende Anforderungen erfüllt sein:

- mindestens 80% der erreichbaren Gesamtwertung
- prämieneutrale Leistungsverbesserungen gelten für Unfallverträge automatisch auch für bestehende Verträge (Innovationsklausel)
- Leistungsanspruch für den Verlust von Grundfähigkeiten ohne gleichzeitiges Vorliegen einer vollständigen oder teilweisen Erwerbsminderung, Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit
- Rentenleistung wegen Verlustes einer oder mehrerer Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)
- Rentenleistung wegen Pflegebedürftigkeit
- Renten- oder Einmalleistung bei Krebs

Ergänzende Voraussetzungen für die Bewertung mit Silber sind wie folgt beschrieben:

- mindestens 85% der erreichbaren Gesamtwertung

Ergänzende Voraussetzungen für die Höchstbewertung mit Gold sind wie folgt beschrieben:

- mindestens 90% der erreichbaren Gesamtwertung
- uneingeschränkter Versicherungsschutz als Beifahrer auf einem Motorrad

Jeder Tarif, der nach diesen Kriterien mit Bronze, Silber oder Gold bewertet werden kann, kann als „empfehlenswert“ angesehen werden, wobei dennoch stets der individuelle Kundenbedarf zu prüfen ist. Schließlich ist nie auszuschließen, dass im Zweifel ein anderer Anbieter, der die beschriebenen Voraussetzungen nicht erfüllt, für den konkreten Kunden interessanter sein kann oder ein Kunde vielleicht auch bestimmte Risiken zu Gunsten einer geringeren Prämie billiger in Kauf nehmen möchte.

Anders als in vielen anderen Sparten muss bei der Umstellung von Bestandsverträgen besondere Vorsicht an den Tag gelegt werden. Viele Alttarife sehen lebenslange Rentenleistungen / eine lebenslange Krebsrente oder sogar einen uneingeschränkten Verzicht des Versicherers auf das ordentliche Kündigungsrecht vor. Auch im Detail haben viele Tarife erhebliche Veränderungen seit dem Start der ersten Tarifgenerationen durchgemacht. Durch vielfach vorhandene Innovationsklauseln oder aufgrund von Bisextarifen kann eine Tarifumstellung weitere Nachteile für Versicherte mit sich bringen.

Im Sinne einer fairen Vergleichbarkeit der einzelnen FIV-Produkte werden Unfall- und Lebensversicherer zwar anhand der jeweils gleichen Kriterien bewertet, wobei jedoch die jeweils beste Bewertung innerhalb der beiden Kategorien mit einem Erfüllungsgrad von 100% betrachtet wird. Leistungsmerkmale, die nur von Lebensversicherern erfüllt werden können (z.B. ein möglicher Rückkaufswert) werden damit zwar für alle Anbieter im Test erfasst, führen aber zu keiner Abwertung eines Unfallversicherers gegenüber einem anderen Unfallversicherer. Gleiches gilt natürlich auch umgekehrt, wo Unfallversicherer Leistungsmerkmale besitzen, die derzeit kein Lebensversicherer besitzt (z.B. Organrente).

Bewertete Kategorien

Die Produkte wurden nach verschiedenen Kategorien bewertet, welche zwei großen Blöcken zuzuordnen sind: Vertragliches und Nebenleistungen (Gewichtung von 30%; I bis IV) sowie Kernleistungen (Gewichtung von 70%; V bis IX). Diese Blöcke sind jeweils weiter differenziert, so dass sich abschließend folgende Teilbereiche und Gewichtungen ergeben:

- I. Allgemeine Rahmendaten (Fragen 1-29; Gesamtgewichtung: 19,5%)
(*versicherbare Versicherungsdauer, versicherbare Leistungsdauer, räumlicher Geltungsbereich, Anpassungsmöglichkeiten von Bedingungen und Prämien, etc.*)
- II. Allgemeine Leistungen (Fragen 30-

45; Gesamtgewichtung: 3%)

(*Beitragsbefreiung bei Eintritt des Leistungsfalls, Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit, uneingeschränkte Fortführung von Kinderprodukten bei Erreichen des 18. Lebensjahres etc.*)

- III. Sonstige versicherbare Kosten (Fragen 190 bis 195; Gesamtgewichtung: 3%)
(*Kapitalsofortleistungen bei erstmaligem Eintritt des Leistungsfalls, Kapitalleistungen bei schweren Operationen, Mitversicherung von Rehakosten etc.*)
- IV. Nachversicherungsgarantien (Fragen 196 bis 204; Gesamtgewichtung: 4,5%)
(*Anspruchsvoraussetzungen, Fristen, Höhe der optionalen Nachversicherung etc.*)
- V. Leistungen der Unfallrente (Fragen 46 bis 85; Gesamtgewichtung: 7%)
(*verbesserte Gliedertaxe, Mitwirkungsregelung, Mitversicherung von Bewusstseinsstörungen, etc.*)
- VI. Leistungen bei Krebs aus der Organrente oder als Leistung aus einem Dread-Disease-Baustein (Fragen 86 bis 96; Gesamtgewichtung: 8%)
(*lebenslange oder zeitlich befristete Krebsleistung, Wartezeiten, Leistung bei welcher Krebserkrankung ab welchem Schweregrad etc.*)
- VII. Leistungen bei Herzinfarkt aus der Organrente oder als Leistung aus einem Dread-Disease-Baustein (Fragen 97 bis 100; Gesamtgewichtung: 7%)
(*Umfang der mitversicherten Herzerkrankungen, Wartezeiten etc.*)
- VIII. Sonstige Organrentenleistungen (Fragen 101 bis 111; Gesamtgewichtung: 30%)
(*Umfang der versicherten Organrentenauslöser, Wartezeiten, Nachprüfungsvoraussetzungen etc.*)
- IX. Einmalleistung bei Dread Disease bzw. Rentenleistung bei einer schweren Erkrankung (Dread-Disease-Rente) (Fragen 151 bis 189; Gesamtgewichtung: 7%)*
(*weitere versicherte Krankheiten und deren Leistungsvoraussetzungen*)
- X. Leistungen der Grundfähigkeitsrente (Fragen 112 bis 141; Gesamtgewichtung: 8%)
(*Definition der einzelnen Grundfähigkeiten, Leistungs- und Nachprüfungsvoraussetzungen etc.*)

- XI. Leistungen der Pflegerente (Fragen 143 bis 150; Gesamtgewichtung: 2%)

(*Leistungsvoraussetzungen, Pflege-
rentenbeginn, Wartezeiten etc.*)

* derzeit Leistungsbaustein nur der Lebensversicherer sowie von Janitos

Gewichtung innerhalb der Kategorien

Jede einzelne Leistung wurde mit einem Faktor zwischen 1 und 3 gewichtet.

Faktor 1 bezeichnet Leistungen, die eher wenig wichtig sind.

Beispiele:

- Bedingungsseitige Definition eines Invaliditätsgrades bei Stimmverlust. Die Leistung kann hier etwa häufig durch die Grundfähigkeiten- oder Organrente kompensiert werden. Auch ist die Eintrittswahrscheinlichkeit für einen Leistungsfall sehr gering.
- Versicherungsschutz für Minderjährige sowie entmündigte Erwachsene, wenn eine Straftat im Führen eines Land- oder Wasserfahrzeuges ohne Führerschein besteht oder ein unbefugter Gebrauch eines Fahrzeuges vorliegt (§ 248 b Strafgesetzbuch), wobei Voraussetzung ist, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde. In der Praxis dürfte dieser Fall eher selten vorkommen. Zudem stellt sich die berechnete Frage, inwiefern der Leistungsfall durch Straftaten durch das Kollektiv entschädigt werden soll.
- Verzicht auf Wartezeit für die Leistungsart Krebs. Die Wahrscheinlichkeit, dass der Leistungsfall erst kurz nach Vertragsabschluss eintritt, ist eher gering und ein vertretbares Risiko.
- Eine Leistung bei aplastischer Anämie. Diese Erkrankung tritt nur äußerst selten auf, so dass Tarife mit fehlender Versicherung ein durchaus vertretbares Risiko bedeuten.

Leistungen, die generell wichtig sind (entweder objektiv aus Risikosicht oder aus subjektiver Sicht eines durchschnittlichen zu versichernden Kunden) wurden mit **Faktor 2** gewichtet.

Beispiele:

- In welchem Umfang besteht eine Mitversicherung von Invalidität durch Erkrankungen des Gehirns und des zentralen Nervensystems im Rahmen der Organrente? Betrachtet man die Leistungsvoraussetzungen der einzelnen Anbieter in diesem Punkt, so ist ein Leistungseintritt sicher eher selten zu erwarten, da die Funktion eines Beines oder eines Armes oder mindestens einer Körperhälfte aufgrund einer Schädigung von Gehirn oder Rückenmark zu mindestens 90% aufgehoben sein muss. Dennoch ist die beschriebene Schädigung so gravierend, dass ein davon betroffener Kunde in jedem Fall Versicherungsschutz erwarten kann.
- In welchem Umfang besteht im Rahmen der Grundfähigkeitsrente Versicherungsschutz für den Verlust des Sehvermögens (Blindheit)? Hier ist die Eintrittswahrscheinlichkeit der Versicherter noch deutlich geringer zu bewerten, doch dürfte die Mitversicherung des Verlustes des Sehens subjektiv als besonders relevant erachtet werden. Damit stellt der Faktor 2 hier einen Kompromiss zwischen dem objektiven Risiko (eher Faktor 1) und dem subjektiven Risiko (eher Faktor 3) dar.

Leistungen, die sowohl subjektiv wie auch objektiv von besonderer Bedeutung für den Versicherungsschutz sind, wurden mit **Faktor 3** bewertet.

Beispiele:

- Wird eine Krebsleistung als zeitlich befristete oder generell lebenslange

Rente erbracht. In den Fällen, in denen die Krebserkrankung innerhalb der in den Bedingungen festgelegten Leistungsdauer ausgeheilt ist, kann die dauerhafte Leistung einer solchen Rente durchaus verzichtbar sein, da der Versicherte seine Arbeit wieder aufnehmen kann.

Bei den Patienten, die nicht innerhalb der Leistungsdauer gesund werden oder versterben, führt eine Verschlimmerung des Zustandes in vielen Fällen zu einer Leistung aufgrund des Organkonzeptes. In der Regel wird eine Krebsrente als alleiniger Leistungsauslöser nicht länger als maximal 5 Jahre einen Leistungsanspruch begründen. Die meisten Krebsformen führen bis dahin entweder zum Tod oder zur Reaktivierung. Auf der anderen Seite gibt es verschiedene Lymphome (z.B. Morbus Hodgkin), die regelmäßig tödlich enden, aber auch mal 10 Jahre Leistungen allein aus der Krebsrente verursachen können.

Generell ist Krebs im Zusammenspiel mit anderen Faktoren zu betrachten. Bei vielen Krebserkrankungen kann ein lebenslanger Krebsrentenanspruch entstehen, ohne dass allein die Leistung aus dem Organkonzept hierfür maßgeblich ist. In Deutschland überleben 50% aller männlichen und 59% aller weiblichen Patienten eine Krebsdiagnose länger als 5 Jahre. Mehr zur Überlebensrate bei verschiedenen Krebsarten finden Sie im Internet unter http://www.internisten-im-netz.de/de_prognose_1235.html.

- Krebsleistung ab welchem Schweregrad. Es macht natürlich einen großen Unterschied, ob bereits frühe Krebs-

stadien mitversichert sind oder erst ab Schweregrad III/3 eine zeitlich befristete oder lebenslange Leistung erbracht wird und welche weiteren Anforderungen an den Leistungsfall geknüpft sind.

Abstufung der Bewertungen

Da Versicherer den Leistungsumfang ihrer Produkte naturgemäß nicht einheitlich definieren, gibt es hier auch Abstufungen in der Bewertung einzelner vertraglicher Leistungen. In der Regel gilt dabei, dass die jeweils beste versicherte Leistung mit 16 Punkte, die zweitbeste mit 12, die drittbeste mit 8 und dann entsprechend mit 4, 2 und 1 Punkt(en) bewertet wird. Ist eine Leistung nicht vorhanden, so gilt für diese im Normalfall eine Bewertung mit 0 Punkten.










Insbesondere im Rahmen der Unfallrente kann es allerdings sein, dass eine Klarstellung oder fehlende Leistung einen Abzug von 8 Punkten rechtfertigt. Dies geschieht dann, wenn die entsprechende Leistung die durch die unverbindliche Verbandsempfehlung des GDV für die Unfallversicherung definierten Musterbedingungen unterschreitet.

Ebenfalls ein Abzug von 8 Punkten wird bei besonders überraschenden oder verbraucherunfreundlichen Klauseln berechnet. Dies betrifft glücklicherweise nur sehr wenige Leistungsfragen von noch weniger Unternehmen.

Ist eine stark einschränkende Klausel immerhin besser als ein kompletter Ausschluss wird sie je nach Einzelfall abweichend mit in der Regel 1 Punkt bewertet.

Rating Funktionsinvaliditätsversicherungen

Vorbemerkung: An dieser Stelle erfolgt keine Veröffentlichung der Bewertung für Altтарife, die nicht mehr für den Verkauf geöffnet sind. Auf persönliche Anfrage können auch hierzu Ergebnisse mitgeteilt werden. Teilweise sind diese leistungsstärker als die verkaufsoffenen Varianten, die aktuell zum Kauf angeboten werden.

| Bedingungsrating FIV als Unfallversicherung | | |
|--|---|--|
| Gesellschaft | Tarif | Wertung |
| Konzept & Marketing mit Risikoträger VHV | allsafe lavidia Grundtarif mit Best-Baustein II für Kinder Aktueller Bedingungsstand: 08.2015 Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja Mindesteintrittsalter: 4 Jahre Höchstesintrittsalter: 59 Jahre |  Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) 1 GOLD |
| Konzept & Marketing mit Risikoträger VHV | allsafe lavidia Grundtarif mit Best-Baustein II für Erwachsene Aktueller Bedingungsstand: 08.2015 Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja Mindesteintrittsalter: 18 Jahre Höchstesintrittsalter: 59 Jahre |  Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) 1 GOLD |
| Konzept & Marketing mit Risikoträger VHV | allsafe lavidia Grundtarif mit Best-Baustein III für Kinder Aktueller Bedingungsstand: 08.2015 Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja Mindesteintrittsalter: 4 Jahre Höchstesintrittsalter: 59 Jahre |  Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) 1 GOLD |
| Konzept & Marketing mit Risikoträger VHV | allsafe lavidia Grundtarif mit Best-Baustein III für Erwachsene Aktueller Bedingungsstand: 08.2015 Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja Mindesteintrittsalter: 18 Jahre Höchstesintrittsalter: 59 Jahre |  Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) 1 GOLD |
| Anwartschaftsdynamik: optional (keine, 1%, 2%, 3%, 4% oder 5% p.a.) / <u>Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht</u> : eingeschränkt (Kündigung möglich, wenn Gesamtbestand des gleichen Bedingungswerkes am gleichen Tag gekündigt wird) / <u>Innovationsklausel</u> : ja / <u>lebenslange Krebsrente</u> : im Grundtarif, mit Best-Baustein I oder Best-Baustein II nur ab Schweregrad IV, mit Best-Baustein III ab Schweregrad III (sofern Neubemessung in den ersten 3 Jahren bei Kindern bzw. 5 Jahren bei Erwachsenen keinen Wegfall der Leistungsvoraussetzungen ergibt), sonst je nach Schweregrad zwischen 6 und 36 Monaten / <u>lebenslange Pflegerente</u> : ja (jährliche Neubemessung möglich) / <u>Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades</u> : ja | | |
| Konzept & Marketing mit Risikoträger VHV | allsafe lavidia Grundtarif mit Best-Baustein I für Kinder Aktueller Bedingungsstand: 08.2015 Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja Mindesteintrittsalter: 4 Jahre Höchstesintrittsalter: 59 Jahre |  Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) 2 SILBER |
| Konzept & Marketing mit Risikoträger VHV | allsafe lavidia Grundtarif mit Best-Baustein I für Erwachsene Aktueller Bedingungsstand: 08.2015 Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja Mindesteintrittsalter: 18 Jahre Höchstesintrittsalter: 59 Jahre |  Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) 2 SILBER |
| Konzept & Marketing mit Risikoträger VHV | allsafe lavidia Grundtarif für Kinder Aktueller Bedingungsstand: 08.2015 Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja Mindesteintrittsalter: 4 Jahre Höchstesintrittsalter: 59 Jahre |  Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) 2 SILBER |
| Konzept & Marketing mit Risikoträger VHV | allsafe lavidia Grundtarif für Erwachsene Aktueller Bedingungsstand: 08.2015 Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja Mindesteintrittsalter: 4 Jahre Höchstesintrittsalter: 59 Jahre |  Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) 2 SILBER |
| Anwartschaftsdynamik: optional (keine, 1%, 2%, 3%, 4% oder 5% p.a.) / <u>Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht</u> : eingeschränkt (Kündigung möglich, wenn Gesamtbestand des gleichen Bedingungswerkes am gleichen Tag gekündigt wird) / <u>Innovationsklausel</u> : ja / <u>lebenslange Krebsrente</u> : im Grundtarif, mit Best-Baustein I oder Best-Baustein II nur ab Schweregrad IV, mit Best-Baustein III ab Schweregrad III (sofern Neubemessung in den ersten 3 Jahren bei Kindern bzw. 5 Jahren bei Erwachsenen keinen Wegfall der Leistungsvoraussetzungen ergibt), sonst je nach Schweregrad zwischen 6 und 36 Monaten / <u>lebenslange Pflegerente</u> : ja (jährliche Neubemessung möglich) / <u>Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades</u> : ja | | |
| | Nicht vergeben |  Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) 3 BRONZE |

Hinweis: Bitte beachten Sie, dass die Leistungsauszüge aus den Bedingungen hier stark verkürzt dargestellt wurden und nicht nur hinsichtlich des Umfangs der versicherten Leistungen bei Krebs oder anderen schweren Erkrankungen ein Blick in die Bedingungen sehr anzuraten ist. Kein Rating kann eine umfassende Bedarfsermittlung und Beratung beim Verbraucher ersetzen. Dies gilt auch für dieses Rating. Die Zahl von Leistungseinschlüssen in der Funktionsinvaliditätsversicherung ist trotz sehr ähnlicher Kernleistungen Legion, weshalb für Ihren Kunden im Einzelfall dennoch ein Blick in die konkreten Bedingungen von weitreichender Bedeutung bleibt. Bitte beachten Sie, dass trotz gewissenhafter Erfassung aller Kriterien und der hier dargestellten Daten etwaige Fehler nicht gänzlich auszuschließen sind. Sollten Ihnen solche auffallen, bitte ich um unverzügliche Benachrichtigung.

FIV als Lebensversicherung

FIV als Lebensversicherung wird angeboten von: Allianz; CARDEA.life, eine Marke der PrismaLife (ab 2017: PrismaLife); Nürnberger (ggf. Kombination aus Lebens- und Unfallversicherer); Swiss Life; Targo; Volkswohl Bund. *Die Targo sieht sich als „Körperschutzversicherung“ und möchte daher gerne unberücksichtigt bleiben. Eine inhaltliche Überprüfung der bewerteten Kriterien durch das Unternehmen hat daher nicht stattgefunden.*

Versicherungsschutz besteht bei folgenden Leistungsauslösern:

- Rentenleistung wegen Verlustes einer oder mehrerer Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)
- Rentenleistung wegen Pflegebedürftigkeit nach ADL oder in Anlehnung an das SGB (Pflegerente)
- Einmalleistung bei bestimmten schweren Krankheiten (Dread-Disease-Leistung; bei Allianz, Swiss Life und beim VOLKSWOHL BUND abweichend nur optional)
- Bei der Nürnberger zusätzlich: optional ergänzend Rentenleistung bei unfallbedingter Berufs- oder Pflegebedürftigkeit bzw. einmalige Kapitalleistung im Falle eines Unfalls
- Bei CARDEA.life zusätzlich: Einmalleistung bei Tod der versicherten Person, eine Rente bei Unfallinvalidität sowie optional eine Rentenleistung bei Berufsunfähigkeit durch Zusatzversicherung BU plus
- Bei der Allianz, bei Swiss Life sowie beim VOLKSWOHL BUND zusätzlich: Option auf Anschluss-Pflegerentenversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung

Ratingsystematik

Für die Kategorie Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) werden drei Kategorien unterschieden: Bronze, Silber und Gold.

Voraussetzung für das Erreichen einer dieser Kategorien ist, dass die jeweiligen Mindestkriterien in allen Punkten erfüllt werden.

Um eine Bewertung mit Bronze zu erzielen, müssen folgende Anforderungen erfüllt sein:

- mindestens 70% der erreichbaren Gesamtwertung
- Leistungsanspruch für den Verlust von Grundfähigkeiten ohne gleichzeitiges Vorliegen einer vollständigen oder teilweisen Erwerbsminderung, Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit
- Rentenleistung wegen Verlustes einer oder mehrerer Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)
- Rentenleistung wegen Pflegebedürftigkeit
- Renten- oder Einmalleistung bei Krebs

Ergänzende Voraussetzungen für die Bewertung mit Silber sind wie folgt beschrieben:

- mindestens 75% der erreichbaren Gesamtwertung

Ergänzende Voraussetzungen für die Höchstbewertung mit Gold sind wie folgt beschrieben:

- mindestens 90% der erreichbaren Gesamtwertung
- uneingeschränkter Versicherungsschutz als Beifahrer auf einem Motorrad

Jeder Tarif, der nach diesen Kriterien mit Bronze, Silber oder Gold bewertet werden kann, kann als „empfehlenswert“ angesehen werden, wobei dennoch stets der individuelle Kundenbedarf zu prüfen ist. Schließlich ist nie auszuschließen, dass im Zweifel ein anderer Anbieter, der die beschriebenen Voraussetzungen nicht erfüllt, für den konkreten Kunden interessanter sein kann oder ein Kunde vielleicht auch bestimmte Risiken zu Gunsten einer geringeren Prämie billigend in Kauf nehmen möchte.

Im Sinne einer fairen Vergleichbarkeit der einzelnen FIV-Produkte werden Unfall- und Lebensversicherer zwar anhand der jeweils gleichen Kriterien bewertet, wobei jedoch die jeweils beste Bewertung innerhalb der beiden Kategorien mit einem Erfüllungsgrad von 100% be-

trachtet wird. Leistungsmerkmale, die nur von Lebensversicherern erfüllt werden können (z.B. ein möglicher Rückkaufswert) werden damit zwar für alle Anbieter im Test erfasst, führen aber zu keiner Abwertung eines Unfallversicherers gegenüber einem anderen Unfallversicherer. Gleiches gilt natürlich auch umgekehrt, wo Unfallversicherer Leistungsmerkmale besitzen, die derzeit kein Lebensversicherer besitzt (z.B. Organrente).

Bewertete Kategorien

Die Produkte wurden nach verschiedenen Kategorien bewertet, welche zwei großen Blöcken zuzuordnen sind: Vertragliches und Nebenleistungen (Gewichtung von 30%; I bis IV) sowie Kernleistungen (Gewichtung von 70%; V bis IX). Diese Blöcke sind jeweils weiter differenziert, so dass sich abschließend folgende Teilbereiche und Gewichtungen ergeben:

- I. Allgemeine Rahmendaten (Fragen 1-29; Gesamtgewichtung: 19,5%)
(*versicherbare Versicherungsdauer, versicherbare Leistungsdauer, räumlicher Geltungsbereich, Anpassungsmöglichkeiten von Bedingungen und Prämien, etc.*)
- II. Allgemeine Leistungen (Fragen 30-45; Gesamtgewichtung: 3%)
(*Beitragsbefreiung bei Eintritt des Leistungsfalls, Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit, uneingeschränkte Fortführung von Kinderprodukten bei Erreichen des 18. Lebensjahres etc.*)
- III. Sonstige versicherbare Kosten (Fragen 190 bis 195; Gesamtgewichtung: 3%)
(*Kapitalsofortleistungen bei erstmaligem Eintritt des Leistungsfalls, Kapitalleistungen bei schweren Operationen, Mitversicherung von Rehakosten etc.*)
- IV. Nachversicherungsgarantien (Fragen 196 bis 204; Gesamtgewichtung: 4,5%)
(*Anspruchsvoraussetzungen, Fristen, Höhe der optionalen Nachversicherung etc.*)
- V. Leistungen der Unfallrente (Fragen

46 bis 85; Gesamtgewichtung: 7%)
(verbesserte Gliedertaxe, Mitwirkungsregelung, Mitversicherung von Bewusstseinsstörungen, etc.)

- VI. Leistungen bei Krebs aus der Organrente oder als Leistung aus einem Dread-Disease-Baustein (Fragen 86 bis 96; Gesamtgewichtung: 8%)

(lebenslange oder zeitlich befristete Krebsleistung, Wartezeiten, Leistung bei welcher Krebserkrankung ab welchem Schweregrad etc.)

- VII. Leistungen bei Herzinfarkt aus der Organrente oder als Leistung aus einem Dread-Disease-Baustein (Fragen 97 bis 100; Gesamtgewichtung: 7%)

(Umfang der mitversicherten Herzerkrankungen, Wartezeiten etc.)

- VIII. Sonstige Organrentenleistungen (Fragen 101 bis 111; Gesamtgewichtung: 30%)

(Umfang der versicherten Organrentenauslöser, Wartezeiten, Nachprüfungsvoraussetzungen etc.)

- IX. Einmalleistung bei Dread Disease bzw. Rentenleistung bei einer schweren Erkrankung (Dread-Disease-Rente) (Fragen 151 bis 189; Gesamtgewichtung: 7%)*

(weitere versicherte Krankheiten und deren Leistungsvoraussetzungen)

- X. Leistungen der Grundfähigkeitsrente (Fragen 112 bis 141; Gesamtgewichtung: 8%)

(Definition der einzelnen Grundfähigkeiten, Leistungs- und Nachprüfungsvoraussetzungen etc.)

- XI. Leistungen der Pflegerente (Fragen 143 bis 150; Gesamtgewichtung: 2%)

(Leistungsvoraussetzungen, Pflegerentenbeginn, Wartezeiten etc.)

* derzeit Leistungsbaustein nur der Lebensversicherer sowie von Janitos

Jede einzelne Leistung wurde mit einem Faktor zwischen 1 und 3 gewichtet.

Faktor 1 bezeichnet Leistungen, die eher wenig wichtig sind.

Beispiele:

- Bedingungsseitige Definition eines Invaliditätsgrades bei Stimmverlust.

Die Leistung kann hier etwa häufig durch die Grundfähigkeiten- oder Organrente kompensiert werden. Auch ist die Eintrittswahrscheinlichkeit für einen Leistungsfall sehr gering.

- Verzicht auf Wartezeit für die Leistungsart Krebs. Die Wahrscheinlichkeit, dass der Leistungsfall erst kurz nach Vertragsabschluss eintritt, ist eher gering und ein vertretbares Risiko.
- Eine Leistung bei aplastischer Anämie. Diese Erkrankung tritt nur äußerst selten auf, so dass Tarife mit fehlender Versicherung ein durchaus vertretbares Risiko bedeuten.

Leistungen, die generell wichtig sind (entweder objektiv aus Risikosicht oder aus subjektiver Sicht eines durchschnittlichen zu versichernden Kunden) wurden mit **Faktor 2** gewichtet.

Beispiele:

- In welchem Umfang besteht im Rahmen der Grundfähigkeitsrente Versicherungsschutz für den Verlust des Sehvermögens (Blindheit)? Hier ist die Eintrittswahrscheinlichkeit der Versicherer noch deutlich geringer zu bewerten, doch dürfte die Mitversicherung des Verlustes des Sehens subjektiv als besonders relevant erachtet werden. Damit stellt der Faktor 2 hier einen Kompromiss zwischen dem objektiven Risiko (eher Faktor 1) und dem subjektiven Risiko (eher Faktor 3) dar.

Leistungen, die sowohl subjektiv wie auch objektiv von besonderer Bedeutung für den Versicherungsschutz sind, wurden mit **Faktor 3** bewertet.

Beispiele:

- Wird eine Krebsleistung als zeitlich befristete oder generell lebenslange Rente erbracht. In den Fällen, in denen die Krebserkrankung innerhalb der in den Bedingungen festgelegten Leistungsdauer ausgeheilt ist, kann die dauerhafte Leistung einer solchen Rente durchaus verzichtbar sein, da der Versicherte seine Arbeit wieder aufnehmen kann. Bei den Patienten, die nicht innerhalb der Leistungsdauer gesund werden oder versterben, führt eine Verschlimmerung des Zustandes in vielen Fällen zu einer Leistung aufgrund des Organkonzeptes. In der Re-

gel wird eine Krebsrente als alleiniger Leistungsauslöser nicht länger als maximal 5 Jahre einen Leistungsanspruch begründen. Die meisten Krebsformen führen bis dahin entweder zum Tod oder zur Reaktivierung. Auf der anderen Seite gibt es verschiedene Lymphome (z.B. Morbus Hodgkin), die regelmäßig tödlich enden, aber auch mal 10 Jahre Leistungen allein aus der Krebsrente verursachen können. Generell ist Krebs im Zusammenspiel mit anderen Faktoren zu betrachten. Bei vielen Krebserkrankungen kann ein lebenslanger Krebsrentenanspruch entstehen. In Deutschland überleben 50% aller männlichen und 59% aller weiblichen Patienten eine Krebsdiagnose länger als 5 Jahre. Mehr zur Überlebensrate bei verschiedenen Krebsarten finden Sie im Internet unter http://www.internisten-im-netz.de/de_prognose_1235.html.

- Krebsleistung ab welchem Schweregrad. Es macht natürlich einen großen Unterschied, ob bereits frühe Krebsstadien mitversichert sind oder erst ab Schweregrad III/3 eine zeitlich befristete oder lebenslange Leistung erbracht wird und welche weiteren Anforderungen an den Leistungsfall geknüpft sind.










Abstufung der Bewertungen

Da Versicherer den Leistungsumfang ihrer Produkte naturgemäß nicht einheitlich definieren, gibt es hier auch Abstufungen in der Bewertung einzelner vertraglicher Leistungen. In der Regel gilt dabei, dass die jeweils beste versicherte Leistung mit 16 Punkte, die zweitbeste mit 12, die drittbeste mit 8 und dann entsprechend mit 4, 2 und 1 Punkt(en) bewertet wird. Ist eine Leistung nicht vorhanden, so gilt für diese im Normalfall eine Bewertung mit 0 Punkten.

Ein Abzug von 8 Punkten erfolgt bei besonders überraschenden oder verbraucherunfreundlichen Klauseln. Dies betrifft glücklicherweise nur sehr wenige Leistungsfragen von noch weniger Unternehmen. Ist eine stark einschränkende Klausel immerhin besser als ein kompletter Ausschluss wird sie je nach Einzelfall abweichend mit in der Regel 1 Punkt bewertet.

Rating Funktionsinvaliditätsversicherungen






Vorbemerkung: An dieser Stelle erfolgt keine Veröffentlichung der Bewertung für Altтарife, die nicht mehr für den Verkauf geöffnet sind. Auf persönliche Anfrage können auch hierzu Ergebnisse mitgeteilt werden. Teilweise sind diese leistungsstärker als die verkaufsoffenen Varianten, die aktuell zum Kauf angeboten werden.

| Bedingungsrating FIV als Lebensversicherung | | |
|--|---|--|
| Gesellschaft | Tarif | Wertung |
| PrismaLife | Prisma MultiSafe BU plusExxellent Aktueller Bedingungsstand: 01.2017 |  Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) GOLD |
| PrismaLife | Prisma MultiSafe mit BU plusEco Aktueller Bedingungsstand: 01.2017 |  Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) GOLD |
| <p><i>Produktdetails: Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls:</i> ja (Grundfähigkeiten, Unfallinvalidität, Pflegebedürftigkeit, Berufsunfähigkeit) / <i>Mindesteintrittsalter:</i> 18 Jahre (Versicherungsnehmer), 15 Jahre (versicherte Person) / <i>Höchst Eintrittsalter:</i> 80 Jahre (Versicherungsnehmer), 55 Jahre (versicherte Person) / <i>versicherbare monatliche Rentenhöhe bei Antragsstellung:</i> zwischen 500 und 3.000 Euro monatlich (max. 70% des Bruttoeinkommens zum Zeitpunkt der Antragsstellung. Bei Studenten, Hausfrauen und Hausmännern, maximal 1.000 Euro monatlich) / <i>Anwartschaftsdynamik:</i> nein / <i>lebenslange Krebsrente:</i> nein / <i>Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades:</i> ja / <i>Für den Vertrag geltendes Recht:</i> Recht der Bundesrepublik Deutschland / <i>Aufsichtsrecht:</i> Die PrismaLife untersteht als liechtensteinischer Lebensversicherer der liechtensteinischen Finanzmarktaufsicht (kurz FMA). In Deutschland ist die PrismaLife im Wege der Dienstleistungsfreiheit tätig. In diesem Zusammenhang übt die deutsche Aufsicht die Rechtsaufsicht aus. / <i>Gesetzlicher Insolvenzschutz:</i> nein</p> | | |
| PrismaLife | Prisma MultiSafe Aktueller Bedingungsstand: 01.2017 |  Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) GOLD |
| <p><i>Produktdetails:</i> Leistungen siehe oben, allerdings ohne Leistung und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit</p> | | |
| Swiss Life | Swiss Life Vitalschutz mit Swiss Life Schwere-Krankheiten-Option Aktueller Bedingungsstand: 10.2015 |  Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) SILBER |
| Swiss Life | Swiss Life Vitalschutz Komfort mit Swiss Life care-Option-plus und mit Swiss Life Schwere-Krankheiten-Option Aktueller Bedingungsstand: 10.2015 |  Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) SILBER |
| Swiss Life | Swiss Life Vitalschutz Komfort mit Swiss Life care-Option-plus, Swiss Life Anschluss-Option und mit Swiss Life Schwere-Krankheiten-Option Aktueller Bedingungsstand: 10.2015 |  Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) SILBER |
| Swiss Life | Swiss Life Vitalschutz Komfort mit Swiss Life care-Option-plus und mit Swiss Life Schwere-Krankheiten-Option Aktueller Bedingungsstand: 10.2015 |  Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) SILBER |
| Swiss Life | Swiss Life Vitalschutz Komfort mit Swiss Life care-Option-plus, Swiss Life Anschluss-Option und mit Swiss Life Schwere-Krankheiten-Option Aktueller Bedingungsstand: 10.2015 |  Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) SILBER |
| Swiss Life | Swiss Life Vitalschutz Premium mit Swiss Life Schwere-Krankheiten-Option Aktueller Bedingungsstand: 10.2015 |  Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) SILBER |
| Swiss Life | Swiss Life Vitalschutz Premium mit Swiss Life care-Option-plus und mit Swiss Life Schwere-Krankheiten-Option Aktueller Bedingungsstand: 10.2015 |  Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) SILBER |
| Swiss Life | Swiss Life Vitalschutz Premium mit Swiss Life care-Option-plus, Swiss Life Anschluss-Option und mit Swiss Life Schwere-Krankheiten-Option Aktueller Bedingungsstand: 10.2015 |  Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) SILBER |

Rating Funktionsinvaliditätsversicherungen

| Bedingungsrating FIV als Lebensversicherung | | |
|--|---|--|
| Gesellschaft | Tarif | Wertung |
| Swiss Life | Swiss Life Vitalschutz Premium mit Swiss Life care-Option-plus und mit Swiss Life Schwere-Krankheiten-Option Aktueller Bedingungsstand: 10.2015 |  Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) SILBER |
| Swiss Life | Swiss Life Vitalschutz Premium mit Swiss Life care-Option-plus, Swiss Life Anschluss-Option und mit Swiss Life Schwere-Krankheiten-Option Aktueller Bedingungsstand: 10.2015 |  Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) SILBER |
| Swiss Life | Swiss Life Vitalschutz Komfort mit Swiss Life Schwere-Krankheiten-Option Aktueller Bedingungsstand: 10.2015 |  Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) SILBER |
| <p><i>Produktdetails: Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls:</i> Beitragsbefreiung nur der monatlichen Renten bei definierter Grundunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit sowie gegen Zuschlag eingeschlossener Pflegezusatzversicherung, nicht bei Dread Disease / <i>Mindesteintrittsalter:</i> 15 Jahre / <i>Höchstesintrittsalter:</i> 52 Jahre / <i>versicherbare monatliche Rentenhöhe bei Antragsstellung:</i> zwischen 200 und 5.500 Euro monatlich für die Grundfähigkeitsrente aus dem Grundbaustein. Leistung bei Mitversicherung schwerer Krankheiten wahlweise in Höhe von 12, 24 oder 36 Grundfähigkeitsrenten. Die Höhe der versicherbaren Grundfähigkeitsrente ist einkommensabhängig. Bis zu einer Rente von 4.166,66 Euro monatlich können bis zu 80% des Nettoeinkommens versichert werden, für den übersteigenden Teil bis 50%. Die maximale Rente wird erreicht, wenn das Nettoeinkommen 6.833,33 Euro monatlich erreicht. Ausnahmen für Schüler, Studenten, Auszubildende, Berufsanfänger und Piloten. Keine Absicherung für Arbeitslose, Hausfrauen oder Hausmänner möglich / <i>Anwartschaftsdynamik:</i> optional (keine, 2% oder 3% p.a. Werden die vereinbarten einkommensabhängigen Höchstgrenzen erreicht, entfällt für das entsprechende Jahr eine Dynamisierung der Leistungen. In der Regel darf auch durch eine Dynamik 80% des bisherigen Nettoeinkommens nicht überstiegen werden, also keine Inanspruchnahme der Dynamik für Arbeitslose, Hausfrauen oder Hausmänner möglich / <i>Lebenslange Krebsrente:</i> nein (Einmalleistung zwischen 12 und 36 Grundfähigkeitsrenten) / <i>Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades:</i> ja</p> | | |
| Volkswahl Bund | Existenz-Versicherung (SKV+) mit Erste-Hilfe-Baustein und ohne Sofortrabatt Aktueller Bedingungsstand: 01.2014 |  Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) SILBER |
| Volkswahl Bund | Existenz-Versicherung (SKV) mit Erste-Hilfe-Baustein und ohne Sofortrabatt Aktueller Bedingungsstand: 01.2014 |  Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) SILBER |
| Volkswahl Bund | Existenz-Versicherung (SKV+) mit Erste-Hilfe-Baustein und mit Sofortrabatt Aktueller Bedingungsstand: 01.2014 |  Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) SILBER |
| Volkswahl Bund | Existenz-Versicherung (SKV) mit Erste-Hilfe-Baustein und mit Sofortrabatt Aktueller Bedingungsstand: 01.2014 |  Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) SILBER |
| <p><i>Produktdetails: Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls:</i> ja (Grundfähigkeiten, Pflegebedürftigkeit) / <i>Mindesteintrittsalter:</i> 18 Jahre (Versicherungsnehmer), 15 Jahre (versicherte Person) / <i>Höchstesintrittsalter:</i> nicht zutreffend (Versicherungsnehmer), 52 Jahre (versicherte Person) / <i>versicherbare monatliche Rentenhöhe bei Antragsstellung:</i> zwischen 50 und 833.333.340,00 Euro monatlich (bis 1.500 Euro ohne Einkommensnachweis, bis 2.500 Euro unter Angabe des Nettoeinkommens, darüber nur mit Einkommensnachweisen für die vergangenen 3 Jahre. Dabei darf die Gesamthöhe aller Invaliditätsabsicherungen beim Volkswahl Bund und dessen Wettbewerbern das Nettoeinkommen bzw. die 1.500 Euro-Grenze nicht überschreiten) / <i>Anwartschaftsdynamik:</i> optional (keine oder gemäß Verbraucherpreisindex, min. um 2,5% p.a.) / <i>Lebenslange Krebsrente:</i> nein (Einmalleistung von 12 Monatsrenten im Rahmen des optionales Erste-Hilfe-Bausteins) / <i>Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades:</i> ja / <i>Für den Vertrag geltendes Recht:</i> Recht der Bundesrepublik Deutschland / <i>Aufsichtsrecht:</i> zuständig ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Bereich Versicherungen) / <i>Gesetzlicher Insolvenzschutz:</i> ja (Protector Lebensversicherungs-AG)</p> | | |
| Allianz | KörperSchutzPolice E230 mit Dread-Disease-Baustein Aktueller Bedingungsstand: 06.2016 |  Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) BRONZE |
| Allianz | KörperSchutzPolice E230 mit Dread-Disease-Baustein und mit Pflegezusatzrente Aktueller Bedingungsstand: 06.2016 |  Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) BRONZE |
| <p><i>Produktdetails: Anwartschaftsdynamik:</i> optional (keine oder 3% p.a.) / <i>Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls:</i> ja (Grundfähigkeiten, Pflegebedürftigkeit) / <i>Mindesteintrittsalter:</i> 18 Jahre (Versicherungsnehmer), 15 Jahre (versicherte Person) / <i>Höchstesintrittsalter:</i> nicht zutreffend (Versicherungsnehmer), 54 Jahre (versicherte Person) / <i>versicherbare monatliche Rentenhöhe bei Antragsstellung:</i> zwischen 50 und 5.000 Euro monatlich (max. 80% des Nettoeinkommens zum Zeitpunkt der Antragsstellung. Im Rahmen einer späteren Nachversicherungsoption maximal 70% des Nettoeinkommens) / <i>Lebenslange Krebsrente:</i> nein (Einmalleistung von 12 Monatsrente) / <i>Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades:</i> ja / <i>Für den Vertrag geltendes Recht:</i> Recht der Bundesrepublik Deutschland / <i>Aufsichtsrecht:</i> zuständig ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Bereich Versicherungen) / <i>Gesetzlicher Insolvenzschutz:</i> ja (Protector Lebensversicherungs-AG)</p> | | |

Rating Funktionsinvaliditätsversicherungen

| Bedingungsrating FIV als Lebensversicherung | | |
|--|--|--|
| Gesellschaft | Tarif | Wertung |
| Nürnberger | NÜRNBERGER HandwerkerSchutz (Baustein 1: Grundunfähigkeitsversicherung, Baustein 2: Krankheits-Schutz sowie Baustein 3: UnfallSchutz – Unfall-Berufsunfähigkeitsrente) Aktueller Bedingungsstand: 01.2015 |  Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) BRONZE |
| <p><i>Produktdetails: Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls:</i> Beitragsbefreiung nur der monatlichen Renten bei definierter Grundunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder unfallbedingter Berufsunfähigkeit, nicht bei Dread Disease. Ist eine Dread Disease der einzige Leistungsauslöser, so erlischt danach der entsprechende Versicherungsschutz für den SchnellHilfe-Baustein / <i>Mindesteintrittsalter:</i> 15 Jahre / <i>Höchstesintrittsalter:</i> 67 Jahre (in manchen Berufen abweichend 62 Jahre) / <i>versicherbare monatliche Rentenhöhe bei Antragsstellung:</i> zwischen 50 und 5.000 Euro monatlich für die Kombination aus Grundfähigkeits- und Unfall-BU-Rente (je nach Alter abweichende Mindestwerte in 1-Euro-Schritten). Leistung bei Schwerer Krankheit wahlweise bis 5.000 Euro, bis 15.000 Euro oder bis 30.000 Euro / <i>Anwartschaftsdynamik:</i> optional (keine, 5% oder 3 bis 10% p.a. Die NÜRNBERGER Selbstständige Grundunfähigkeitsrente und die Unfall-Berufsunfähigkeits-Rente (UR) werden erhöht, bis insgesamt 30.000 EUR Jahresrente erreicht oder erstmals überschritten werden. Sobald dies erfolgt ist, finden für den gesamten Vertrag keine Erhöhungen mehr statt. Die Versicherungssumme der SchnellHilfe-Zusatzversicherung wird erhöht, bis 30.000,00 EUR erreicht oder erstmals überschritten werden. Eine Dynamik kann nicht abgeschlossen werden, wenn die versicherte Grundfähigkeitsrente 2.500 Euro oder höher ist) / <i>lebenslange Krebsrente:</i> nein (Einmalleistung zwischen 5.000 und 30.000 Euro) / <i>Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades:</i> ja</p> | | |
| Swiss Life | Swiss Life Vitalschutz mit Swiss Life care-Option-plus und mit Swiss Life Schwere-Krankheiten-Option Aktueller Bedingungsstand: 10.2015 |  Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) BRONZE |
| Swiss Life | Swiss Life Vitalschutz mit Swiss Life care-Option-plus, mit Swiss Life Anschluss-Option und mit Swiss Life Schwere-Krankheiten-Option Aktueller Bedingungsstand: 10.2015 |  Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) BRONZE |
| Swiss Life | Swiss Life Vitalschutz Komfort mit Swiss Life care-Option-plus und mit Swiss Life Schwere-Krankheiten-Option Aktueller Bedingungsstand: 10.2015 |  Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) BRONZE |
| Swiss Life | Swiss Life Vitalschutz Komfort mit Swiss Life care-Option-plus, mit Swiss Life Anschluss-Option und mit Swiss Life Schwere-Krankheiten-Option Aktueller Bedingungsstand: 10.2015 |  Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) BRONZE |
| <p><i>Produktdetails: Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls:</i> Beitragsbefreiung nur der monatlichen Renten bei definierter Grundunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit sowie gegen Zuschlag eingeschlossener Pflegezusatzversicherung, nicht bei Dread Disease / <i>Mindesteintrittsalter:</i> 15 Jahre / <i>Höchstesintrittsalter:</i> 52 Jahre / <i>versicherbare monatliche Rentenhöhe bei Antragsstellung:</i> zwischen 200 und 5.500 Euro monatlich für die Grundfähigkeitsrente aus dem Grundbaustein. Leistung bei Mitversicherung schwerer Krankheiten wahlweise in Höhe von 12, 24 oder 36 Grundfähigkeitsrenten. Die Höhe der versicherbaren Grundfähigkeitsrente ist einkommensabhängig. Bis zu einer Rentenhöhe von 4.166,66 Euro monatlich können bis zu 80% des Nettoeinkommens versichert werden, für den übergelassenen Teil bis 50% des Nettoeinkommens. Die maximale Rente wird demnach erreicht, wenn das Nettoeinkommen 6.833,33 Euro monatlich erreicht hat. Ausnahmen für Schüler, Studenten, Auszubildende, Berufsanfänger und Piloten. Keine Absicherung für Arbeitslose, Hausfrauen oder Hausmänner möglich / <i>Anwartschaftsdynamik:</i> optional (keine, 2% oder 3% p.a. Werden die vereinbarten einkommensabhängigen Höchstgrenzen erreicht, entfällt für das entsprechende Jahr eine Dynamisierung der Leistungen. In der Regel darf auch durch eine Dynamik 80% des bisherigen Nettoeinkommens nicht überstiegen werden, also keine Inanspruchnahme der Dynamik für Arbeitslose, Hausfrauen oder Hausmänner möglich) / <i>lebenslange Krebsrente:</i> nein (Einmalleistung zwischen 12 und 36 Grundfähigkeitsrenten) / <i>Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades:</i> ja</p> | | |

Hinweis: Bitte beachten Sie, dass die Leistungsauszüge aus den Bedingungen hier stark verkürzt dargestellt wurden und nicht nur hinsichtlich des Umfangs der versicherten Leistungen bei Krebs oder anderen schweren Erkrankungen ein Blick in die Bedingungen sehr anzuraten ist. Kein Rating kann eine umfassende Bedarfsermittlung und Beratung beim Verbraucher ersetzen. Dies gilt auch für dieses Rating. Die Zahl von Leistungseinschlüssen in der Funktionsinvaliditätsversicherung trotz sehr ähnlicher Kernleistungen Legion, weshalb für Ihren Kunden im Einzelfall dennoch ein Blick in die konkreten Bedingungen von weitreichender Bedeutung bleibt. Bitte beachten Sie, dass trotz gewissenhafter Erfassung aller Kriterien und der hier dargestellten Daten etwaige Fehler nicht gänzlich auszuschließen sind. Sollten Ihnen solche auffallen, bitte ich um unverzügliche Benachrichtigung.

Rating Unfallversicherungen



- Kinder
- Erwachsene
- Senioren
- Heilberufe

Basis:

Tarife im Test: 1.361 Tarife (allgemein)
361 Tarife (Heilberufe)
Anbieter im Test: 100 für alle Berufe
bzw. 28 für Angehörige von Heilberufen

Wertung:

Gold, Silber, Bronze

Stand:

08.06.2017

Jedes Jahr kommt es deutschlandweit zu einer großen Zahl von Unfällen. Glücklicherweise führen nur etwa 1 Prozent davon zu einer bleibenden Invalidität und nur knapp 0,3 Prozent zum Unfalltod. Gerade bei jungen Männern nehmen Verkehrsunfälle – auch solche mit Todesfolge – eine prominente Rolle an, während das Unfallrisiko gerade bei Frauen mit steigendem Alter zunimmt – die schwersten Unfälle haben hier statistisch Unfälle ab dem vollendeten 60. Lebensjahr. Besonders oft sind sie die Folge von Stürzen. Eine der häufigsten Unfallursachen von Kindern und Jugendlichen bis zum Alter von 15 Jahren sind Vergiftungen.

Schwere Unfälle führen regelmäßig zu Krankenhausaufenthalten. Die durchschnittliche Verweildauer beträgt etwa eine Woche, nimmt aber mit zunehmendem Alter der geschädigten Personen stark zu. Am häufigsten führen Unfälle mit stationärer Behandlung zu Verletzungen innerhalb des Schädels. Dabei ist eine Fraktur des Oberschenkelknochens die Hauptdiagnose bei Frauen nach Sport- und Freizeitunfällen, bei Männern Verletzungen innerhalb des Schädels.

Sportunfälle führen besonders oft zu Ver- und Ausrenkungen, Verstauchungen sowie Zerrungen des Kniegelenks wie auch der Bänder des Kniegelenks. Bezogen auf die Gliedertaxe beträgt das Verhältnis von Schäden an Armen, Händen und Schultergelenken / des Kopfes sowie Verletzungen an Beinen, Füßen und Sprunggelenken etwa 1:2:3, d.h. auf eine dauerhafte Invalidität im Armbereich kommen etwa drei Schädigungen an Beinen und Füßen.¹

Die Gliedertaxe der Versicherer ignorieren Schädelverletzungen weitestgehend, sofern dadurch keine Schädigungen an Sinnesorganen verbunden sind.

In den vergangenen Jahren wurde der Leistungskatalog privater Unfallversicherungen deutlich erweitert. Für Kunden und Vermittler stellt sich dadurch zunehmend das Problem, welche dieser Einschlüsse im konkreten Leistungsfall wirklich wichtig sind oder überhaupt einen Mehrwert darstellen. Häufig handelt es sich um Klarstellungen als Folge der beständigen Rechtsprechung

Nur wenige Leistungsmerkmale entscheiden regelmäßig darüber, ob und in welcher Höhe eine Versicherungsleistung erfolgt. Entscheidend sind in erster Linie die Bausteine Unfallbegriff (z.B. Mitversicherung auch von Eigenbewegungen), Invaliditätsgrundsumme, Progression und Unfallrente.

Wesentliche Unterschiede gibt es bei diesen vor allem in Bezug auf die Höhe und Art der Anrechnung eines Mitwirkungsanteils bei Krankheiten oder Gebrechen (anbieterabhängig Kürzung des Invaliditätsgrades oder der Leistung), Mitversicherung / Ausschluss von Bewusstseinsstörungen sowie Invalidität als Folge einer Infektion wie z.B. eines Zeckenbisses. Oft kommt es zu Auseinandersetzungen rund um das Thema Meldefristen, weshalb auch die Meldefristen für die Anmeldung des Invaliditätsfalles sowie die ärztliche Feststellung derselben in die Bewertung aufgenommen wurden. Neben diesen Kernleistungen können im Einzelfall auch andere Einschlüsse von großer Bedeutung,

so z.B. Versicherungsschutz bei Kartrennen, Sofortleistungen, Kostenübernahme für behindertengerechte Umbaumaßnahmen oder Rehaleistungen. Diese sonstige Leistungen gingen ebenfalls in die Gesamtwertung mit ein.

Extras wie Unfallkrankhaustagegeld, Unfallkrankentagegeld oder Übergangsleistungen sind im Einzelfall sicher wichtig, sollten aber nur zweitrangig über die Auswahl des geeigneten Versicherungstarifes entscheiden. Sie wurden daher nicht bewertet.

Bedarfsermittlung in der Unfallversicherung

Eine allgemeingültige Formel für die Bedarfsermittlung gibt es nicht, da weder vorhersehbar ist, wann es zu einem Unfall kommt noch welchen Invaliditätsgrad durch dieser zur Folge hat. Die folgenden Ausführungen können daher nur einen allgemeinen Anhaltspunkt für eine bedarfsgerechte Absicherung bieten.

Konkrete Empfehlungen der Versicherer können sehr stark variieren. Die InterRisk etwa empfiehlt eine Absicherung des 6- bis 8-fachen Bruttojahreseinkommens als Leistung bei Vollinvalidität (Tarife ohne Progression) bzw. dem vierfachen Bruttojahreseinkommens (Tarife mit Progressionsstaffel). Für die Unfallrente wird ein Betrag von 80 bis 100% des letzten Nettoeinkommens empfohlen. Dazu wird eine Rentendynamik von 2 bis 3% zum Inflationsausgleich angeraten.²

Für nicht erwerbstätige Personen sind diese Angaben jedoch wenig zielfüh-

rend. Hier muss die Bedarfsermittlung auf eine andere Art und Weise erfolgen.

Eine Kapitalleistung von 100.000 Euro ist bei einer Verzinsung von 2 bis 3% p.a. und einer monatlichen Entnahme von 1.000 Euro in etwa 9 Jahren verbraucht.

Ohne Kapitalverzehr reicht eine Kapitalleistung von 100.000 Euro bei einer Verzinsung von 2 bis 3% p.a. für eine monatliche Kapitalentnahme von ca. 165 bis 250 Euro.

Witte Financial Services empfiehlt eine Grundsumme von nicht unter 100.000 Euro und eine Leistung bei Vollinvalidität von nicht unter 500.000 Euro. Da jeder Versicherer Höchstgrenzen für die Versicherbarkeit vorsieht, muss der gewünschte Versicherungsschutz unter Umständen über mehr als einen Versicherer zugleich abgesichert werden.

Rating-Systematik

Grundlage für das Rating waren insgesamt 6 Teilbereiche mit 122 Einzelfragen. Diese umfassen die besonders praxisrelevanten Punkte, in denen sich die Angebote voneinander unterscheiden:

- Garantien: GDV-Standard, Standard Arbeitskreis Beratungsprozesse, Innovationsklausel (4 Fragen mit einem Anteil von 10% an der Gesamtwertung)
- Definition des Unfallbegriffes, u.a. hinsichtlich erhöhter Kraftanstrengung und Eigenbewegungen oder Einatmung schädlicher Stoffe (18 Fragen mit einem Anteil von 10% an der Gesamtwertung)
- Versicherungsschutz bei Bewusstseinsstörungen (z.B. Alkohol, Medikamente, Epilepsie) sowie bei Unfällen u.a. durch Herzinfarkt und Schlaganfall (20 Fragen mit einem Anteil von 10% an der Gesamtwertung)
- Infektionsklausel: erweiterter Versicherungsschutz bei der Infektion u.a. durch Insekten und andere Tiere, mit Cholera, Typhus oder durch Anhusen oder Annesen (15 Fragen mit einem Anteil von 10% an der Gesamtwertung)
- Mitwirkungsklausel: Kürzung auf-

grund von Krankheiten und Gebrechen (Mitwirkungsanteil) auf Basis der Leistung oder des Prozentsatzes vom Invaliditätsgrad (2 Fragen mit einem Anteil von 10% an der Gesamtwertung)

- Obliegenheiten: Meldefristen bei Invalidität, Unfalltod, zunächst geringfügig erscheinenden Verletzungen oder ausdrücklichem Verzicht auf eine Operationspflicht nach Unfällen (11 Fragen mit einem Anteil von 10% an der Gesamtwertung)
- Gliedertaxe und Progressionstabellen (ohne Progression, mit Mehrleistungstarifen auf Basis einer Höchstleistung von 100% bzw. Tarifen mit 500% Progression), definierten Invaliditätsgraden für Stimmverlust und Organschäden (15 Fragen, die u.a. die vollständige Gliedertaxe umfassen, mit Anteil von 30% an der Gesamtwertung). Tarife mit einer Mehrleistung sowie einer Höchstleistung von 100% (z.B. Basis-Progression der InterRisk mit Höchstleistung ab 50% Invalidität oder Tarif der SLP mit Höchstleistung ab 75% Invalidität) wurden zwar separat erfasst, jedoch bei den Tarifen ohne Progression aufgeführt. (12 Fragen mit einem Anteil vom 30% an der Gesamtwertung)
- Sonstige Leistungen: z.B. Bergungskosten, Sofortleistung, Leistungen bei Zahnersatz, Versicherungsschutz für Kinder beim Umfang mit selbst gebastelten Feuerwerkskörpern, Einschränkungen der Leistung abhängig von sportlicher und beruflicher Tätigkeit im Schadenfall (25 Fragen mit Anteil von 10% an der Gesamtwertung)

Separat bewertet wurde auch der Leistungsumfang einer Unfallrente mit insgesamt 16 speziellen Fragen. Das Leistungsniveau Unfallrente und die oben beschriebenen Tarifbausteine zum Unfallschutz wurden je mit 50 Prozent gewichtet.

Die einzelnen Bedingungen wurden bewertet mit einem Faktor von -8 bis 16 Punkten. Dabei stellt 16 Punkte die jeweils für den Verbraucher vorteilhafteste Regelung dar. 12, 8 und 4 Punkte stehen für den jeweils zweiten, dritten bzw. vierten Platz. Jede Regelung, die besser als GDV-Standard, aber schlechter als die viertbeste Individuallösung ist, erhält pauschal 2 Punkte. Als Vergleichsmaß-

stab wurde der GDV-Standard gewählt. Ist eine Leistung schlechter als dieser Standard, so führt dies zu einem Abzug von acht Punkten Abzug. Abweichende Regelungen wurden für Bewusstseinsstörungen durch Alkohol festgelegt.

Jedes Kriterium wurde mit einem Faktor zwischen 1 und 3 gewichtet, der der Bedeutung für die Mehrzahl der Versicherten gerecht werden soll.

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

Im Sinne des Verbraucherinteresses wurden bestimmte K.O.-Kriterien festgelegt, die das Erreichen der drei Rating-Stufen verhindern. Nur Versicherer, die ausnahmslos alle dieser Kriterien erfüllt haben, wurden näher betrachtet.

K.O.-Kriterien allgemein:

- Garantie, dass der Versicherer nicht zum Nachteil des Kunden von den aktuell gültigen AUB 2014 mit Stand 25.03.2014 oder alternativ den AUB 2010, Stand 10.2010 abweicht (GDV-Garantie) oder alternativ implizite Garantie durch die Garantie Arbeitskreis Vermittlerrichtlinie Dokumentation mit Stand 11.03.2008 oder jünger oder Arbeitskreis Beratungsprozesse mit Stand 17.02.2010 oder jünger abweicht (aktuell ist der Stand 09.03.2015)
- Uneingeschränkte Weltgeltung für versicherte Personen mit 24-Stunden-Deckung für Beruf und Freizeit mit möglichen Einschränkungen nur bei Krieg und Bürgerkriegshandlungen
- Innovationsklausel: der Tarif sieht bedingungsseitig vor, dass veränderte Bedingungen, die ausschließlich zum Vorteil der versicherten Person sind, automatisch auch für bestehende Verträge gelten, sofern dies keinen Mehrbeitrag erfordert.
- Versicherungsschutz auch bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfallfolgen, wenn ein Arzt erst dann hinzugezogen wird, sobald der tatsächliche Umfang der Unfallfolgen erkennbar ist („Geringfügige Unfallfolgen“)

- Kürzung der Leistung aufgrund der Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen erst ab einem Mitwirkungsanteil von mindestens über 50 Prozent
- Verbesserte Gliedertaxe mit bedingungsgemäßer Leistung bei Stimmverlust von mindestens 70 Prozent ohne Einschränkungen
- Versicherungsschutz auch bei Unfällen infolge von Bewusstseinsstörungen durch (ärztlich verordnete) Medikamente
- Die Meldefrist bei versicherten Infektionskrankheiten beginnt bedingungsgemäß entweder
 - a) mit dem Ausbruch der benannten Krankheit oder
 - b) der erstmaligen Feststellung einer dauerhaften Invalidität durch einen Arzt oder
 - c) der erstmaligen Diagnose einer infektionsbedingten Invalidität
- Versicherungsschutz ausdrücklich auch bei Invalidität durch die von Zecken übertragenen Infektionskrankheiten Borreliose und Frühsommermeningitis / Zeckenenzephalitis, ohne dass ein Nachweis erbracht werden muss, dass die äußere Hautschicht durchtrennt worden ist
- Frist zur ärztlichen Feststellung der Invalidität und Geltendmachung derselben gegenüber dem Versicherer von nicht unter 18 Monaten
- Kostenübernahme für Bergungskosten in Höhe von mindestens 10.000 Euro

Zusätzliche K.O.-Kriterien für eine Bewertung mit „Gold“

- Frist zur ärztlichen Feststellung der Invalidität und Geltendmachung derselben gegenüber dem Versicherer von nicht unter 24 Monaten
- Kostenübernahme für Bergungskosten in Höhe von mindestens 30.000 Euro
- Versicherer bzw. Risikoträger ist Mitgliedschaft bei Versicherungsombudsmann e.V.

Zusätzliche K.O.-Kriterien für Kinder unter 14 Jahren

- Mitversicherung von Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund

Zusätzliche K.O.-Kriterien für Personen von 14 bis unter 60 Jahren

- Bewusstseinsstörungen durch Alkohol ohne Einschränkungen (beim Führen eines Kfz min. bis unter 1,1 Promille)

Zusätzliche K.O.-Kriterien für Sondertarife für Angehörige von Heilberufen

- Verbesserte Gliedertaxe mit bedingungsgemäßer Leistung bei Verlust Arm oder Hand von 100 Prozent

Zusätzliche Mindestanforderungen für Erwachsene ab 60 Jahren

- Mindestanforderungen für Personen von 14 bis unter 60 Jahren
- Mitversicherung von Nahrungsmittelvergiftungen
- Versicherungsschutz auch bei Unfällen infolge von Bewusstseinsstörungen durch Medikamente, Herzinfarkt und Schlaganfall
- Versicherungsschutz bei Oberschenkelhalsbruch unabhängig von der Schadenursache

Zusätzliche Mindestanforderungen für eine Unfallrente

- Lebenslange Leistung aus der Unfallrente schon ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent
- Neubemessung des Invaliditätsgrades bei Kindern bis 14 Jahren höchstens 5 Jahre, darüber höchstens 3 Jahre

Kein Rating kann eine umfassende Bedarfsermittlung und Beratung beim Verbraucher ersetzen. Dies gilt auch für dieses Rating.

Die Zahl von optionalen Leistungseinschlüssen am Unfallmarkt ist Legion. Im Sinne einer Entscheidungshilfe musste eine Auswahl aus all diesen getroffen werden. Für den einzelnen Kunden mag es aber sein, dass genau eine andere Leistung entscheidend ist oder ein hier nicht als Mindeststandard gesetztes Kriterium absolutes K.O.-Kriterium ist. Wer nicht das Geld für eine Berufsunfähigkeits-, Dread-Disease- oder Funktionsinvaliditäts-Versicherung aufbringen möchte, wird beispielsweise nach einem Unfalltarif mit Leistungen auch bei Krebs oder Gehirntumor suchen. Wer als Hobby- oder Berufstaucher der Gefahr des

Ertrinkens oder der Caissonkrankheit (Taucherkrankheit) ausgesetzt ist, sollte außerdem sicher gehen, dass für solche Fälle auch bedingungsgemäßer Versicherungsschutz besteht und möglichst umfassend Dekompressionskammerkosten übernommen werden. Nicht nur für Senioren mag auch der Einschluss etwaiger Assistenzleistungen von Interesse sein.

Während für alle Arten von Verkäufern und Lehrenden der Verlust der Stimme möglichst mit einem Invaliditätsgrad von 100 Prozent laut Gliedertaxe bewertet werden sollte, ist für Chirurgen und viele andere handwerklich tätige Personen der Verlust von Fingern und Händen bzw. für Köche der Verlust des Geschmackssinns möglichst umfassend gegen Invalidität zu versichern. In all diesen Einzelfällen ist die konkrete Beratungskompetenz des Vermittlers erforderlich.

Note/Bedeutung





WFS 1 (Gold): mindestens 80% der erreichten Höchstpunktzahl
WFS 2 (Silber): mindestens 70% der erreichten Höchstpunktzahl
WFS 3 (Bronze): mindestens 60% der erreichten Höchstpunktzahl













¹ Dto., S. 22

² Busmann, Wolfgang: „Worauf ein Makler bei der Absicherung der Invalidität achten sollte“ in „Risiko & Vorsorge“ 4/2012, S. 34.







Rating Unfallversicherungen

Wichtiger Hinweis: diese Darstellung berücksichtigt nur noch Unisextarife. Ältere Tarife mögen durchaus empfehlenswert sein, werden hier aber nicht weiter bewertet.







| Tarife für Kinder bis 14 Jahren ohne Progression | | |
|--|--|---|
| Gesellschaft | Tarif | Wertung |
| Adcuri | Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit individueller Gliedertaxe in maximaler Ausprägung, Stand 04.2015 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression 1 GOLD |
| Barmenia | Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit individueller Gliedertaxe in maximaler Ausprägung, Stand 04.2015 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression 1 GOLD |
| Haftpflichtkasse Darmstadt | AUB 2014, Stand 01/2017: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz mit / ohne Hilfe-Paket |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression 1 GOLD |
| HanseMerkur | AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 3 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression 1 GOLD |
| | AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 3 und Mehrleistungstarif mit Verdopplung der Leistung ab 90% Invalidität |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression 1 GOLD |
| InterRisk | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression 1 GOLD |
| | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 | |
| Adcuri | Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression 2 SILBER |
| Barmenia | Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression 2 SILBER |
| ConceptIF | AUB CIF:PRO GVO 2012; BB UV CIF:PRO complete best protect 2016, Stand 06.2016 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression 2 SILBER |
| Hannoversche Leben | AUB 2012, Stand 11.2012; BBU KLASSIK-GARANT, Stand 11.2012; ZB Baustein Unfall EXKLUSIV, Stand 11.2012); Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 11.2012 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression 2 SILBER |
| HanseMerkur | AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 2 mit Verdopplung der Leistung ab 90% Invalidität |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression 2 SILBER |
| HanseMerkur | AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 2 und Mehrleistungstarif mit Verdopplung der Leistung ab 90% Invalidität |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression 2 SILBER |



| Tarife für Kinder bis 14 Jahren ohne Progression | | |
|--|---|--|
| Gesellschaft | Tarif | Wertung |
| Swiss Life Partner | AUB 2008 SLP, Stand 01.08.2014, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.08.2014: PRIMUS PLUS mit voller Leistung ab 75% Invalidität |  <small>Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression</small> SILBER |
| VHV | Klassik-Garant mit Bausteinen Exklusiv, Easy Care, Luftfahrtrisiko, Krankenhauszusatz, Schmerzensgeld PLUS und Krebs-Soforthilfe, Stand 01.07.2015 |  <small>Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression</small> SILBER |
| | Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 01.07.2015 |  <small>Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression</small> SILBER |
| Domcura | AUB, Stand 01.08.2015, BB-Top-Deckung, Stand 01.08.2015, BB-Kinderunfall, Stand 01.08.2015, BB-First-Aid, Stand 01.08.2015 |  <small>Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression</small> BRONZE |
| | AUB, Stand 01.08.2015, BB-Top-Deckung, Stand 01.08.2015, BB-Kinderunfall, Stand 01.08.2015 |  <small>Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression</small> BRONZE |
| Interloyd | Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2013); Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung „Premium“, Stand 12.2012 [Bewertung gilt nur für Kinder unter dem vollendeten 10. Lebensjahr] |  <small>Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression</small> BRONZE |
| Tarife für Kinder bis 14 Jahren mit 500% Progression | | |
| Gesellschaft | Tarif | Wertung |
| InterRisk | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 und PlusProgression 500% |  <small>Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre 500% Progression</small> GOLD |
| | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 und PlusProgression 500% |  <small>Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre 500% Progression</small> GOLD |
| Swiss Life Partner | AUB 2008 SLP, Stand 01.08.2014, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.08.2014: PRIMUS PLUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität |  <small>Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre 500% Progression</small> GOLD |
| Haftpflichtkasse Darmstadt | Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2014, Stand 01/2017: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz mit / ohne Hilfe-Paket) |  <small>Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre 500% Progression</small> SILBER |
| Hannoversche Leben | Hannoversche Leben (AUB 2012, Stand 11.2012; BBU KLASSIK-GARANT, Stand 11.2012; ZB Baustein Unfall EXKLUSIV, Stand 11.2012): Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 11.2012) |  <small>Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre 500% Progression</small> SILBER |
| HanseMercur | AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2013; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2013) mit Gliedertaxen-Modell 2 |  <small>Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre 500% Progression</small> SILBER |

Rating Unfallversicherungen






| | | |
|--------------------|---|--|
| HanseMerkur | AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2013; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2013) mit Gliedertaxen-Modell 3 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre 500% Progression SILBER |
| InterRisk | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 und ohne PlusProgression 500% |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre 500% Progression SILBER |
| | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 und ohne PlusProgression 500% |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre 500% Progression SILBER |
| VHV | Klassik-Garant mit Bausteinen Exklusiv, Easy Care, Luftfahrtrisiko, Krankenhauszusatz, Schmerzensgeld PLUS und Krebs-Soforthilfe, Stand 01.07.2015 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre 500% Progression SILBER |
| | Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 01.07.2015 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre 500% Progression SILBER |
| | Nicht vergeben |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre 500% Progression BRONZE |

Unfallrententaru für Kinder bis 14 Jahren







| Gesellschaft | Tarif | Wertung |
|------------------|---|---|
| InterRisk | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 mit dynamex3+) |  Unfall-Core-Rating Unfallrente Kinder bis 14 Jahre GOLD |
| InterRisk | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 mit dynamex3+) |  Unfall-Core-Rating Unfallrente Kinder bis 14 Jahre SILBER |
| | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 mit dynamex2 |  Unfall-Core-Rating Unfallrente Kinder bis 14 Jahre SILBER |
| | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 mit dynamex2 |  Unfall-Core-Rating Unfallrente Kinder bis 14 Jahre SILBER |
| InterRisk | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 mit Festrente |  Unfall-Core-Rating Unfallrente Kinder bis 14 Jahre BRONZE |
| | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 mit Festrente |  Unfall-Core-Rating Unfallrente Kinder bis 14 Jahre BRONZE |

| Tarife für Kinder ab 14 Jahren ohne Progression | | |
|---|--|--|
| Gesellschaft | Tarif | Wertung |
| Adcuri | Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit individueller Gliedertaxe in maximaler Ausprägung, Stand 04.2015 |  WITTE <small>FINANCIAL SERVICES</small> Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression GOLD |
| Barmenia | Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit individueller Gliedertaxe in maximaler Ausprägung, Stand 04.2015 |  WITTE <small>FINANCIAL SERVICES</small> Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression GOLD |
| Haftpflichtkasse Darmstadt | AUB 2014, Stand 01/2017: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz mit / ohne Hilfspaket |  WITTE <small>FINANCIAL SERVICES</small> Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression GOLD |
| HanseMerkur | AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 3 |  WITTE <small>FINANCIAL SERVICES</small> Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression GOLD |
| | AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 3 und Mehrleistungstarif mit Verdopplung der Leistung ab 90% Invalidität |  WITTE <small>FINANCIAL SERVICES</small> Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression GOLD |
| InterRisk | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 |  WITTE <small>FINANCIAL SERVICES</small> Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression GOLD |
| | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 |  WITTE <small>FINANCIAL SERVICES</small> Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression GOLD |
| Adcuri | Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015 |  WITTE <small>FINANCIAL SERVICES</small> Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression SILBER |
| Barmenia | Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015 |  WITTE <small>FINANCIAL SERVICES</small> Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression SILBER |
| ConceptIF | AUB CIF:PRO GVO 2012; BB UV CIF:PRO complete best protect 2016, Stand 06.2016 |  WITTE <small>FINANCIAL SERVICES</small> Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression SILBER |
| Hannoversche Leben | AUB 2012, Stand 11.2012; BBU KLASSIK-GARANT, Stand 11.2012; ZB Baustein Unfall EXKLUSIV, Stand 11.2012); Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 11.2012 |  WITTE <small>FINANCIAL SERVICES</small> Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression SILBER |
| HanseMerkur | AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 2 |  WITTE <small>FINANCIAL SERVICES</small> Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression SILBER |
| HanseMerkur | AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 2 und Mehrleistungstarif mit Verdopplung der Leistung ab 90% Invalidität |  WITTE <small>FINANCIAL SERVICES</small> Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression SILBER |






Rating Unfallversicherungen

| | | |
|---------------------------|--|--|
| Swiss Life Partner | AUB 2008 SLP, Stand 01.08.2014, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.08.2014: PRIMUS PLUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression SILBER |
| VHV | Klassik-Garant mit Bausteinen Exklusiv, Easy Care, Luftfahrtrisiko, Krankenhauszusatz, Schmerzensgeld PLUS und Krebs-Soforthilfe, Stand 01.07.2015 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression SILBER |
| | Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 01.07.2015 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression SILBER |
| Domcura | AUB, Stand 01.08.2015, BB-Top-Deckung, Stand 01.08.2015, BB-Kinderunfall, Stand 01.08.2015, BB-First-Aid, Stand 01.08.2015 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression BRONZE |
| | AUB, Stand 01.08.2015, BB-Top-Deckung, Stand 01.08.2015, BB-Kinderunfall, Stand 01.08.2015 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression BRONZE |
| Interloyd | Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2013); Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung „Premium“, Stand 12.2012 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression BRONZE |







Tarife für Kinder ab 14 Jahren mit 500% Progression

| Gesellschaft | Tarif | Wertung |
|-----------------------------------|---|--|
| InterRisk | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 und PlusProgression 500% |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren 500% Progression GOLD |
| | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 und PlusProgression 500% |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren 500% Progression GOLD |
| Swiss Life Partner | AUB 2008 SLP, Stand 01.08.2014, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.08.2014: PRIMUS PLUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren 500% Progression GOLD |
| Haftpflichtkasse Darmstadt | AUB 2014, Stand 01/2017: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz mit / ohne Hilfe-Paket |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren 500% Progression SILBER |
| Hannoversche Leben | AUB 2012, Stand 11.2012; BBU KLASSIK-GARANT, Stand 11.2012; ZB Baustein Unfall EXKLUSIV, Stand 11.2012; Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 11.2012 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren 500% Progression SILBER |
| HanseMerkur | AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 2 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren 500% Progression SILBER |
| | AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 3 | |

Rating Unfallversicherungen

| | | |
|------------------|--|--|
| InterRisk | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 und ohne PlusProgression 500% |  SILBER Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren 500% Progression |
| | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 und ohne PlusProgression 500% |  SILBER Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren 500% Progression |
| VHV | Klassik-Garant mit Bausteinen Exklusiv, Easy Care, Luftfahrtrisiko, Krankenhauszusatz, Schmerzensgeld PLUS und Krebs-Soforthilfe, Stand 01.07.2015 |  SILBER Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren 500% Progression |
| | Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 01.07.2015 |  SILBER Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren 500% Progression |
| | Nicht vergeben |  BRONZE Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren 500% Progression |














Unfallrententaru für Kinder ab 14 Jahren

| Gesellschaft | Tarif | Wertung |
|------------------|--|---|
| InterRisk | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 mit dynamex3+ |  GOLD Unfall-Core-Rating Unfallrente Kinder ab 14 Jahren |
| | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 mit dynamex3+ |  GOLD Unfall-Core-Rating Unfallrente Kinder ab 14 Jahren |
| InterRisk | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 mit dynamex2 |  SILBER Unfall-Core-Rating Unfallrente Kinder ab 14 Jahren |
| | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 mit dynamex2 |  SILBER Unfall-Core-Rating Unfallrente Kinder ab 14 Jahren |
| InterRisk | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 mit Festrente |  BRONZE Unfall-Core-Rating Unfallrente Kinder ab 14 Jahren |
| | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 mit Festrente |  BRONZE Unfall-Core-Rating Unfallrente Kinder ab 14 Jahren |









Rating Unfallversicherungen

| Tarife ohne Progression für Erwachsene (für Personen von 18 bis 60 Jahren ohne spezielle Berufsklauseln) | | |
|--|--|--|
| Gesellschaft | Tarif | Wertung |
| Adcuri | Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit individueller Gliedertaxe in maximaler Ausprägung, Stand 04.2015 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression GOLD |
| Barmenia | Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit individueller Gliedertaxe in maximaler Ausprägung, Stand 04.2015 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression GOLD |
| Haftpflichtkasse Darmstadt | AUB 2014, Stand 01/2017: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz mit / ohne Hilfe-Paket |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression GOLD |
| HanseMerkur | AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 3 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression GOLD |
| | AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 3 und Mehrleistungstarif mit Verdopplung der Leistung ab 90% Invalidität |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression GOLD |
| InterRisk | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression GOLD |
| | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression GOLD |
| Adcuri | Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression SILBER |
| Barmenia | Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression SILBER |
| ConceptIF | AUB CIF:PRO GVO 2012; BB UV CIF:PRO complete best protect 2016, Stand 06.2016 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression SILBER |
| Hannoversche Leben | AUB 2012, Stand 11.2012; BBU KLASSIK-GARANT, Stand 11.2012; ZB Baustein Unfall EXKLUSIV, Stand 11.2012); Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 11.2012 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression SILBER |
| HanseMerkur | AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 2 und Mehrleistungstarif mit Verdopplung der Leistung ab 90% Invalidität |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression SILBER |
| Swiss Life Partner | (AUB 2008 SLP, Stand 01.08.2014, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.08.2014: PRIMUS PLUS |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression SILBER |












Rating Unfallversicherungen

| | | |
|---|--|--|
| VHV | Klassik-Garant mit Bausteinen Exklusiv, Easy Care, Luftfahrtrisiko, Krankenhauszusatz, Schmerzensgeld PLUS und Krebs-Soforthilfe, Stand 01.07.2015 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression SILBER |
| | Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 01.07.2015 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression SILBER |
| Domcura | AUB, Stand 01.08.2015, BB-Top-Deckung, Stand 01.08.2015, BB-First-Aid, Stand 01.08.2015 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression BRONZE |
| | AUB, Stand 01.08.2015, BB-Top-Deckung, Stand 01.08.2015 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression BRONZE |
| Tarife mit 500% Progression für Erwachsene (für Personen von 18 bis 60 Jahren ohne spezielle Berufsklauseln) | | |
| Gesellschaft | Tarif | Wertung |
| InterRisk | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 und PlusProgression 500% |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene 500% Progression GOLD |
| | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 06.2015 und PlusProgression 500% |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene 500% Progression GOLD |
| Swiss Life Partner | AUB 2008 SLP, Stand 01.08.2014, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.08.2014: PRIMUS PLUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene 500% Progression GOLD |
| Haftpflichtkasse Darmstadt | AUB 2014, Stand 01/2017: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz mit / ohne Hilfe-Paket |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene 500% Progression SILBER |
| Hannoversche Leben | AUB 2012, Stand 11.2012; BBU KLASSIK-GARANT, Stand 11.2012; ZB Baustein Unfall EXKLUSIV, Stand 11.2012; Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 11.2012 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene 500% Progression SILBER |
| HanseMerkur | AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014 mit Gliedertaxen-Modell 3 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene 500% Progression SILBER |
| | AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014 mit Gliedertaxen-Modell 2 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene 500% Progression SILBER |
| InterRisk | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 und ohne PlusProgression 500% |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene 500% Progression SILBER |
| | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 und ohne PlusProgression 500% |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene 500% Progression SILBER |













Rating Unfallversicherungen

| | | |
|---|--|--|
| VHV | Klassik-Garant mit Bausteinen Exklusiv, Easy Care, Luftfahrtrisiko, Krankenhauszusatz, Schmerzensgeld PLUS und Krebs-Soforthilfe, Stand 01.07.2015 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene 50% Progression SILBER |
| | Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 01.07.2015 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene 50% Progression SILBER |
| | Nicht vergeben |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene 50% Progression BRONZE |
| Unfallrententariife für Erwachsene (für Personen von 18 bis 60 Jahren ohne spezielle Berufsklauseln) | | |
| Gesellschaft | Tarif | Wertung |
| InterRisk | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 mit dynamex3+ |  Unfall-Core-Rating Unfallrente Erwachsene GOLD |
| | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 mit dynamex3+ |  Unfall-Core-Rating Unfallrente Erwachsene GOLD |
| InterRisk | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 mit dynamex2 |  Unfall-Core-Rating Unfallrente Erwachsene SILBER |
| | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 mit dynamex2 |  Unfall-Core-Rating Unfallrente Erwachsene SILBER |
| InterRisk | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 mit Festrente |  Unfall-Core-Rating Unfallrente Erwachsene BRONZE |




Rating Unfallversicherungen

| Tarife ohne Progression für Senioren ab dem vollendeten 60. Lebensjahr ohne spezielle Berufsklauseln | | |
|--|---|---|
| Gesellschaft | Tarif | Wertung |
| Adcuri | Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit individueller Gliedertaxe in maximaler Ausprägung, Stand 04.2015) für Kunden bis vor Vollendung des 67. Lebensjahres |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren ohne Progression GOLD |
| Barmenia | Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit individueller Gliedertaxe in maximaler Ausprägung, Stand 04.2015) für Kunden bis vor Vollendung des 67. Lebensjahres |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren ohne Progression GOLD |
| HanseMerkur | AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 3 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren ohne Progression GOLD |
| InterRisk | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren ohne Progression GOLD |
| | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren ohne Progression GOLD |
| VHV | Klassik-Garant mit Bausteinen Exklusiv, Easy Care, Luftfahrtrisiko, Krankenhauszusatz, Schmerzensgeld PLUS und Krebs-Soforthilfe, Stand 01.07.2015 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren ohne Progression GOLD |
| | Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 01.07.2015 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren ohne Progression GOLD |
| Adcuri | Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015) für Kunden bis vor Vollendung des 67. Lebensjahres |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren ohne Progression SILBER |
| Barmenia | Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015) für Kunden bis vor Vollendung des 67. Lebensjahres |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren ohne Progression SILBER |
| Hannoversche Leben | AUB 2012, Stand 11.2012; BBU KLASSIK-GARANT, Stand 11.2012; ZB Baustein Unfall EXKLUSIV, Stand 11.2012); Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 11.2012 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren ohne Progression SILBER |
| HanseMerkur | AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 2 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren ohne Progression SILBER |
| | Nicht vergeben |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren ohne Progression BRONZE |

Rating Unfallversicherungen

| Tarife mit 500% Progression für Senioren ab dem vollendeten 60. Lebensjahr ohne spezielle Berufsklauseln | | |
|--|---|---|
| Gesellschaft | Tarif | Wertung |
| InterRisk | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 und PlusProgression 500% |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren 500% Progression GOLD |
| | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 und PlusProgression 500% |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren 500% Progression GOLD |
| Hannoversche Leben | AUB 2012, Stand 11.2012; BBU KLASSIK-GARANT, Stand 11.2012; ZB Baustein Unfall EXKLUSIV, Stand 11.2012; Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 11.2012 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren 500% Progression SILBER |
| HanseMerkur | AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 3 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren 500% Progression SILBER |
| | AUB 2013, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2014; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2014) mit Gliedertaxen-Modell 2 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren 500% Progression SILBER |
| InterRisk | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2016 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 und ohne PlusProgression 500% |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren 500% Progression SILBER |
| | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 und ohne PlusProgression 500% |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren 500% Progression SILBER |
| VHV | Klassik-Garant mit Bausteinen Exklusiv, Easy Care, Luftfahrtrisiko, Krankenhauszusatz, Schmerzensgeld PLUS und Krebs-Soforthilfe, Stand 01.07.2015 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren 500% Progression SILBER |
| | Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 01.07.2015 |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren 500% Progression SILBER |
| | Nicht vergeben |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren 500% Progression BRONZE |
| Unfallrententarife für Senioren ab dem vollendeten 60. Lebensjahr ohne spezielle Berufsklauseln | | |
| Gesellschaft | Tarif | Wertung |
| InterRisk | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 mit dynamex3+ |  Unfall-Core-Rating Unfallrente Senioren GOLD |
| | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 mit dynamex3+ |  Unfall-Core-Rating Unfallrente Senioren GOLD |




Rating Unfallversicherungen

| | | |
|------------------|---|--|
| InterRisk | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 mit dynamex2 |  Unfall-Core-Rating Unfallrente Senior SILBER |
| | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015 mit dynamex2 |  Unfall-Core-Rating Unfallrente Senior SILBER |
| | Nicht vergeben |  Unfall-Core-Rating Unfallrente Senior BRONZE |




Tarife ohne Progression für Angehörige von Heilberufen

| Gesellschaft | Tarif | Wertung |
|------------------|---|---|
| InterRisk | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 06.2015 mit HeilberufeTaxe, Stand 06.2015) mit / ohne BasisProgression Höchstversicherungssummen: 500.000 Euro (ohne Dynamik) / 250.000 Euro (mit Dynamik) Versicherbare Berufe: Ärzte, Heilpraktiker, Kieferorthopäden, Orthopäden, Tierärzte, Zahnärzte |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Heilberufe ohne Progression GOLD |
| VHV | Klassik-Garant mit Bausteinen Exklusiv, Easy Care, Luftfahrtrisiko, Krankenhauszusatz, Schmerzensgeld PLUS und Krebs-Soforthilfe, Stand 01.07.2015. Höchstversicherungssummen: 1.000.000 Euro Versicherbare Berufe: u.a. Ärzte/Ärztinnen und Arzthelfer/-innen, Heilpraktiker/-innen, Psychater/-innen Tierärzte / Tierärztinnen, Zahnärzte / Zahnärztinnen, Zahnarzthelfer/-innen |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Heilberufe ohne Progression GOLD |
| | Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 01.07.2015 Höchstversicherungssummen: 1.000.000 Euro Versicherbare Berufe: u.a. Ärzte/Ärztinnen und Arzthelfer/-innen, Heilpraktiker/-innen, Psychater/-innen Tierärzte / Tierärztinnen, Zahnärzte / Zahnärztinnen, Zahnarzthelfer/-innen |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Heilberufe ohne Progression GOLD |
| | Nicht vergeben |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Heilberufe ohne Progression SILBER |
| | Nicht vergeben |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Heilberufe ohne Progression BRONZE |

Tarife mit 225% Progression für Angehörige von Heilberufen

| Gesellschaft | Tarif | Wertung |
|------------------|--|---|
| InterRisk | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 06.2015 mit HeilberufeTaxe, Stand 06.2015) mit PlusProgression. Höchstversicherungssummen: 400.000 Euro (ohne Dynamik) / 200.000 Euro (mit Dynamik oder mit zusätzlicher Unfallrente) Versicherbare Berufe: Ärzte, Heilpraktiker, Kieferorthopäden, Orthopäden, Tierärzte, Zahnärzte |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Heilberufe 225% Progression GOLD |
| InterRisk | Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 06.2015 mit HeilberufeTaxe, Stand 06.2015) ohne PlusProgression Höchstversicherungssummen: 400.000 Euro (ohne Dynamik) / 200.000 Euro (mit Dynamik oder mit zusätzlicher Unfallrente) Versicherbare Berufe: Ärzte, Heilpraktiker, Kieferorthopäden, Orthopäden, Tierärzte, Zahnärzte |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Heilberufe 225% Progression SILBER |
| VHV | Klassik-Garant mit Bausteinen Exklusiv, Easy Care, Luftfahrtrisiko, Krankenhauszusatz, Schmerzensgeld PLUS und Krebs-Soforthilfe, Stand 01.07.2015 Höchstversicherungssummen: 440.000 Euro Versicherbare Berufe: u.a. Ärzte/Ärztinnen und Arzthelfer/-innen, Heilpraktiker/-innen, Psychater/-innen Tierärzte / Tierärztinnen, Zahnärzte / Zahnärztinnen, Zahnarzthelfer/-innen |  Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Heilberufe 225% Progression SILBER |

Rating Unfallversicherungen

| VHV | Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 01.07.2015 Höchstversicherungssummen: 440.000 Euro Versicherbare Berufe: u.a. Ärzte/Ärztinnen und Arzthelfer/-innen, Heilpraktiker/-innen, Psychater/-innen Tierärzte / Tierärztinnen, Zahnärzte / Zahnärztinnen, Zahnarzthelfer/-innen |  |
|--|---|---|
| | Nicht vergeben |  |
| Tarife mit 500% Progression für Angehörige von Heilberufen | | |
| Gesellschaft | Tarif | Wertung |
| VHV | Klassik-Garant mit Bausteinen Exklusiv, Easy Care, Luftfahrtrisiko, Krankenhauszusatz, Schmerzengeld PLUS und Krebs-Soforthilfe, Stand 01.07.2015 Höchstversicherungssummen: 200.000 Euro Versicherbare Berufe: u.a. Ärzte/Ärztinnen und Arzthelfer/-innen, Heilpraktiker/-innen, Psychater/-innen Tierärzte / Tierärztinnen, Zahnärzte / Zahnärztinnen, Zahnarzthelfer/-innen |  |
| VHV | Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 01.07.2015 Höchstversicherungssummen: 200.000 Euro Versicherbare Berufe: u.a. Ärzte/Ärztinnen und Arzthelfer/-innen, Heilpraktiker/-innen, Psychater/-innen Tierärzte / Tierärztinnen, Zahnärzte / Zahnärztinnen, Zahnarzthelfer/-innen |  |
| | Nicht vergeben |  |
| Unfallrententariife für Angehörige von Heilberufen | | |
| Gesellschaft | Tarif | Wertung |
| | Die Mindestanforderungen für eine Unfallrente für Angehörige von Heilberufen wurden von keinem der untersuchten Anbieter erfüllt. | |

INTER mit neuem Altersvorsorgetarif – neu auch mit Anlage allein in ETFs

Der neue Altersvorsorgetarif INTER Mein Leben® der INTER Versicherungsgruppe bietet nach Unternehmensangaben Flexibilität, Transparenz und Renditechancen.

Im Mittelpunkt der neuen Altersvorsorge der INTER steht die Transparenz für die Kunden: Mit INTER MeinLeben® haben Kunden jederzeit die Möglichkeit, die Chancen des Kapitalmarktes für sich zu nutzen, Einmalzahlungen zu tätigen oder auch mal Geld zu entnehmen. Bei INTER MeinLeben® kann der Kunde zudem jederzeit persönlich bestimmen, zu welchen Anteilen sein Beitrag und/oder Guthaben im klassischen Deckungskapital und im Fondsguthaben investiert wird. Vordefinierte Vermögensaufbaustrategien begleiten drei Kundentypen von null bis

85 Jahren. In jedem Fall wächst mit der Zeit die Zuführung ins klassische Deckungskapital. Wird der optionale „Strategieassistent“ aktiviert, kann der Kunde sogar ein „Rundumsorglos-Paket“ genießen. Und: Auch bei einer Verlegung des Rentenbeginns gelten die bereits heute für jeden möglichen Rentenbeginn garantierten Werte und damit weiterhin die heutigen Rechnungsgrundlagen.

Zu Beginn legen Kunden ihren persönlichen Wunschtermin für spätere Auszahlungen fest. Dieser Termin ist jederzeit änderbar. Die Erinnerungsfunktionen zum Ablaufmanagement und zum Rentenbeginn sind daran gekoppelt. So kann für die Ausbildung von Kindern der Wunschtermin z.B. auf das Alter 20 gelegt wer-

den. Alle Erinnerungen sind darauf abgestimmt. Tritt der Bedarf dann nicht ein, kann der Vertrag weiter bespart und der Wunschtermin wieder verlegt werden. Mit der reinen ETF-Palette wird durch deren niedrigere Kosten das Renditepotenzial optimiert. Zudem können Überprüfungen auf „Underperformance“ gegenüber Vergleichsfonds vernachlässigt werden.

FAZIT: Die lebensbegleitenden Vermögensaufbaustrategien in Verbindung mit dem Strategieassistent machen die Altersvorsorge mit INTER MeinLeben® so bequem wie die bewährte Lebensversicherung.

Quelle: INTER Versicherungsgruppe, 02.06.2017. Mehr Infos: Elisa Jendrusch, Tel: 0621 427-1331, elisa.jendrusch@inter.de