

# Risiko & Vorsorge

16. Jahrgang  
Ausgabe 3-2016

NEU ab 2017

## Pflegegrade lösen Pflegestufen ab

### ► Pflegeversicherungen

Ratingkriterien aktualisiert

### ► Produkt & Kritik

Neue Berufsunfähigkeits-  
versicherung der  
Alte Leipziger auf  
dem Prüfstand

### ► Unfallversicherung

Infektionsklauseln mit  
großen Unterschieden

### ► Biometrie

Ohne Arztakte  
erhebliche Risiken



## Pflege geht in die dritte Runde

Am 16.12.2016 wurde das Dritte Pflegestärkungsgesetz verabschiedet, während das Zweite bereits zum 01.01.2017 in Kraft tritt. Die ersten Änderungen aus dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz traten bereits still und heimlich 2016 in Kraft, so etwa die Aussetzung von Wiederholungsbegutachtungen ab Juli 2016. Außerdem haben Angehörige seit diesem Jahr das Recht, sich selbst zur Pflege beraten zu lassen, ohne dass der Pflegebedürftige dazu anwesend sein müsste.

Bis zum Redaktionsschluss waren noch immer nicht alle Pfl egetagegeld- und Pflegemonatsgeldtarife auf die neuen Pflegegrade umgestellt. Scheinbar unbemerkt blieben die gesetzlichen Änderungen für die Sparte der Funktionsinvaliditätsversicherung, obwohl jede davon einen Pflegebaustein beinhaltet.

Nachdem im letzten Heft die Ratings zu den Sach- und Haftpflichtsparten erschienen sind, finden sich in dieser Ausgabe die Ratings zu den biometrischen Sparten. Darüber hinaus findet sich ein bunter Mix aus kürzeren und längeren Artikeln von der Basisrente, über die Berufsunfähigkeitsversicherung bis hin zur Unfallversicherung. Vollständig aktualisiert wurden für diese Ausgabe die Ratings in den Sparten Pflegebahr- und Pfl egetagegeldversicherung. Verschärft wurden die Anforderungen für das Erreichen der Ratingstufen in der Unfallversicherung.

Risiko & Vorsorge wünscht Ihnen frohe Weihnachten sowie einen guten Rutsch ins Neue Jahr.

Herzlichst  
Ihr

Stephan Witte  
Herausgeber

Editorial .....	3
<b>■ Neues aus der Versicherungswelt</b>	
• Patientenverfügung muss eindeutig sein .....	4
• UniVersa erweitert Krankenhauszusatzangebot .....	4
• mhplus Betriebskrankenkasse & HALLESCHE Krankenversicherung a.G. arbeiten zusammen .....	5
• NV-Versicherungen erweitern Unfallversicherung .....	5
• Überarbeitete Unfallversicherung der Janitos mit Tücken .....	6
• Inter erweitert Leistungen der Jagdhaftpflichtversicherung .....	6
• Transparenter Versicherungsschutz für Privathaftpflichtversicherte bei Konzept & Marketing .....	6
<b>■ Berufsunfähigkeit</b>	
• Was bleibt im Leistungsfall von der ausgezahlten Berufsunfähigkeitsrente übrig? .....	8
<b>■ Biometrie</b>	
• Wieso Ihre Kunden stets Krankenakten anfordern sollten .....	11
<b>■ Unfallversicherungen</b>	
• Was eine gute Infektionsklausel auszeichnet .....	14
<b>■ Produkt &amp; Kritik</b>	
• Produkt(änderungs)-Check: Die neue Berufsunfähigkeitsversicherung der Alte Leipziger LV a.G. ....	17
<b>■ Interview zum Thema Pflegegeld</b>	
• Gespräch mit Micha Hildebrandt, vigo Krankenversicherung .....	21
<b>■ Basis-Rente</b>	
• Gekürzter Höchstbeitrag zur Basisrente sinkt 2017 .....	23
<b>■ Interview zum Thema Pflege</b>	
• Gespräch mit Benno Schmeing, Süddeutsche Krankenversicherung .....	25
<b>■ Pflege</b>	
• 5 Pflegegrade ersetzen 3 Pflegestufen .....	40

**Ausführliche Spartenvorstellungen & Ratings sowie Rating-Systematiken**



• 11 Jahre WFS-Leistungsratings .....	27
• Stationäre Ergänzungsversicherungen .....	32
• Pflegebahr .....	41
• Pflegegeld .....	47
• Funktionsinvaliditätsversicherungen .....	51
• Unfallversicherungen .....	62



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

➤ [www.witte-financial-services.de](http://www.witte-financial-services.de)  
und  
➤ [www.wfs-rating.de](http://www.wfs-rating.de)

sowie bei Facebook unter



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

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:  
Stephan Witte, Thorben S. Hagenau,  
Martin Seichter

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.

## Patientenverfügung muss eindeutig sein

*Menschen wollen selbstbestimmt leben. Und die meisten wollen auch bestimmen, wie sie behandelt werden, wenn sie durch einen Unfall oder eine Krankheit dazu nicht mehr in der Lage sind. Mit einer Patientenverfügung planen sie den Ernstfall.*

Welche Anforderungen der Bundesgerichtshof an eine rechtlich bindende Patientenverfügung stellt, machte er jüngst klar (AZ XII ZB 61/16) klar, wie die HUK-COBURG-Rechtsschutzversicherung mitteilt.

Nach Ansicht des XII. Zivilsenats ist sie nur dann bindend, „wenn ihr konkrete Entscheidungen des Betroffenen über die Einwilligung oder Nichteinwilligung in bestimmte, noch nicht unmittelbar bevorstehende ärztliche Maßnahmen entnommen werden können“. Als „von vorneherein nicht ausreichend“ bezeichne-

ten die Richter „allgemeine Anweisungen, wie die Aufforderung ein würdevolles Sterben zu ermöglichen oder zuzulassen, wenn ein Therapieerfolg nicht mehr zu erwarten ist“. Gleichzeitig verdeutlichten sie, dass „die Anforderungen an die Bestimmtheit einer Patientenverfügung aber auch nicht überspannt“ werden dürften. „Vorausgesetzt werden kann nur, dass der Betroffene umschreibend festlegt, was er in einer bestimmten Lebens- und Behandlungssituation will und was nicht.“

Konkretisieren lässt sich die eigene Vorstellung beispielsweise durch die Benennung bestimmter ärztlicher Maßnahmen, spezieller Krankheiten oder Behandlungssituationen.

Eine Patientenverfügung hat im Ernstfall also nur Bestand, wenn sich darin verlässlich der Wille des Betroffenen able-



Wille des Betroffenen muss ablesbar sein

sen lässt. Einige Rechtsschutzversicherungen, wie beispielsweise die HUK-COBURG, bieten Kunden die Möglichkeit, sich kompetenten Rat einzuholen. Um die Mitversicherung des Themas abzuklären, wenden sich Kunden im Vorfeld am besten an ihren Versicherer.

Quelle: HUK-Coburg, 17.11.2016. Mehr Infos: Karin Benning, Tel.: 09561/96-2084, Email: karin.benning@huk-coburg.de

## uniVersa erweitert Krankenhauszusatzangebot

*Die uniVersa hat mit dem Tarif uni-SZ II plus eine neue Krankenhauszusatzversicherung eingeführt. Versichert sind dort ambulante Operationen sowie bei einem stationären Aufenthalt das Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung.*

Bei medizinischer Notwendigkeit erfolgt keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung. Versicherte kön-

nen die Klinik unter allen öffentlichen und privaten Krankenhäusern frei wählen. Anfallende Mehrkosten, die entstanden sind, weil nicht das von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geforderte nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht wurde, sind ebenfalls erstattungsfähig. Mit dem Tarif uni-SZ II plus hat die uniVersa ihr bestehendes Angebot an stationären Zusatzversicherungen erweitert. Über den

Tarif uni-SZ ist weiterhin das Ein- und Zweibettzimmer versichert. Der Tarif uni-SZ II bietet eine Unterbringung im Zweibettzimmer mit beitragsparem Selbstbehalt. Dieser beträgt maximal 25 Euro pro Tag, begrenzt auf zehn Tage je Aufenthalt. Für den Tarif gibt es zudem eine preisgünstige Einsteigerstufe, die für junge Leute konzipiert ist. Ab Beginn besteht bereits voller Versicherungsschutz. Der Aufbau der Alterungsrückstellung erfolgt fünf Jahre später, wenn beispielsweise mehr Geld zur Verfügung steht. Weitere Informationen zur stationären Zusatzversicherung sowie Preisbeispiele finden Sie im Internet unter: <https://www.universa.de/produkte/private-zusatzversicherung/stationaere-zusatzversicherung/stationaere-zusatzversicherung.htm>

Quelle: uniVersa Krankenversicherung a.G., 08.11.2016. Mehr Informationen: Stefan Taschner, Tel: 0911 5307-1698, Email: presse@universa.de

Leistungen	uni-SZ	uni-SZ II plus	uni-SZ II
Freie Krankenhauswahl	✓	✓	✓
Chefarztbehandlungen	✓	✓	✓
Zweibettzimmer	✓	✓	✓
Einbettzimmer	✓	-	-
Ambulante Operationen	-	✓	-
Selbstbeteiligung	-	-	✓

Quelle: uniVersa / Stationäre Zusatzversicherung



## mhplus Betriebskrankenkasse & HALLESCHE Krankenversicherung a.G. arbeiten zusammen

Am 15.11.2016 startete die Zusammenarbeit von mhplus Betriebskrankenkasse und HALLESCHE Krankenversicherung a.G. Gemeinsame Kunden profitieren von umfassendem Service rund um den gesetzlichen und privaten Versicherungsschutz.

Räumliche Nähe und die vergleichbare Größe waren auch wichtige Argumente für die Wahl der neuen Kooperationspartner. Doch viel wichtiger waren die qualitativ hochwertigen Versicherungs- und Serviceleistungen sowie der sehr gute Ruf beider Häuser im jeweiligen Marktumfeld. Mit mhplus Betriebskrankenkasse und HALLESCHE Krankenversicherung arbeiten in Zukunft zwei Gesellschaften zusammen, die optimistisch in die Zukunft schauen.

Ziel beider Gesellschaften ist es, ihre Kundenbestände jeweils langfristig zu binden. Neben besonderen Tarifen für Kunden der mhplus werden im Bereich Firmenkunden gemeinsame Lösungen „aus einer Hand“ angestrebt – mit ausgesuchten Vertriebspartnern und unter

Beibehaltung der Mehrmarkenstrategie. Kunden der mhplus können ihre umfassenden gesetzlichen Krankenversicherungsleistungen mit Produkten der HALLESCHE individuell und zu besonders günstigen Konditionen erweitern. Neben privaten Ergänzungstarifen im ambulanten, stationären und zahnärztlichen Bereich werden auch spezielle Angebote mit umfassenden Vorsorgeleistungen erhältlich sein.

Die Kooperation ist auf Langfristigkeit ausgelegt. Beide Kooperationspartner treten dafür ein, die heutige erfolgreiche Dualität des Krankenversicherungssystems zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung dauerhaft zu erhalten.

Quelle: mhplus Betriebskasse und HALLESCHE Krankenversicherung a.G., 14.11.2016. Mehr Infos: Mhplus Betriebskrankenkasse, Kerstin Danylak, Tel: 07141 9790-313, Email: kerstin.danylak@mh-plus.de, Hallesche Krankenversicherung a.G., Andreas Bernhardt, Tel: 0711 6603-2922; Email: andreas.bernhardt@hallesche.de

Blitzlicht



### PFLEGEBAHR

Die DFV Deutsche Familienversicherung AG hat ihre Tarife zur Absicherung der geförderten Pflegevorsorge (Pflegebahr) laut Auskunft vom 25.11.2016 geschlossen. Bislang glänzte das Unternehmen durch besonders leistungsstarke Tarife in diesem Bereich und stand als Produktgeber hinter diversen Tarifen von Domcura, maxPool und VPV. Auch die Vigo bietet ab 2017 keine neuen Pflegebahr tarife mehr an. Deutscher Ring Kranken und Signal Iduna kommunizieren die Prämien für 2017 erst im kommenden Jahr. Die Beiträge werden weiter einheitlich für beiden Unternehmen sein.

### UNFALLVERSICHERUNG

Wie die Waldenburger Versicherung AG im November 2016 mitteilte, arbeite man derzeit an einer Überarbeitung der bisherigen Unfallversicherung. Diese werde unter anderem Änderungen an der bestehenden Infektionsklausel beinhalten.

### ÜBERSCHUSSBETEILIGUNG

Diverse Versicherer haben sinkende Überschüsse für 2017 deklariert. Die Gesamtverzinsung befindet sich marktwertweit im Sinkflug. Folge: neue Garantiemodelle und Fondspolizen lösen vielfach die klassische Anlage ab.

## NV-Versicherungen erweitern Unfallversicherung

Der ostfriesische Versicherer hat im Oktober die Tarife NV UnfallSpar 4.0, NV Unfallmax 4.0 und NV UnfallPremium 4.0 gestartet.

Zu den 18 Leistungserweiterungen zählen unter anderem der beitragsfreie Einchluss des Hilfspakets im Premium-Tarif, die Erhöhung der Meldefrist bei Unfalltod auf sieben Tage – bei Premium sogar auf 21 Tage, sowie die Erhöhung der Promillegrenze bei Bewusstseinsstörungen durch Alkohol beim Lenken von Autos im Tarif Premium auf 1,6 Promille.

Neu hinzugekommen sind Leistungspunkte wie die tiergerechte Unterbringung von Haustieren mit bis zu 40 Euro und 100 Tage nach Unfall des Besitzers. Die NV bewertet außerdem Schlaftrunkenheit, Einschlafen infolge einer Übermüdung sowie Sekundenschlaf nun nicht

mehr als Bewusstseinsstörungen – bisher hatte dies einen Ausschluss von Leistungen zur Folge. Anders als vom Versicherer dargestellt, besteht Versicherungsschutz auch ohne fehlende Klarstellung, da Übermüdung nach der Rechtsprechung keine ausgeschlossene Bewusstseinsstö-



Promillegrenze auf 1,6 Promille erhöht!

rung ist. Siehe z.B. AUB-Kommentar Grimm, 5. Auflage, S. 233 Nr. 5 Rn 9.

Als weiteres Plus stellt der Versicherer die kundenfreundliche Einteilung der Berufsgruppen dar: „Viele B-Berufe haben wir in den A-Tarif eingeordnet, zudem gibt es einen zehnzehnten Familiennachlass bereits ab zwei Personen sowie 25 Prozent Nachlass für Landwirte“, so NV-Vorstand Holger Keck.

Quelle: NB-Versicherung VVaG, 19.10.2016. Mehr Informationen: Arend Arends, Tel: 04974 / 93 93 101, Email: aarends@nv-online.de  
Kommentierung: Stephan Witte

## Überarbeitete Unfallversicherung der Janitos mit Tücken

Im Juli 2016 hat Janitos seine Unfalltarife überarbeitet. Neben u.a. einem verbesserten Versicherungsschutz bei Terroranschlägen in allen Tarifen, Klarstellungen zu den versicherten Infektionen im Balance und einer Neutarifgarantie im Best Selection, gibt es nicht unwesentliche Nachteile der neuen Mitwirkungsregelung im Best Selection:

### Bisher

Kürzung der Invaliditätsleistung bei einer Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen, wenn der Unfall durch Kraftanstrengungen oder Eigenbewegungen verursacht wurde und gleichzeitig

- a) der Invaliditätsgrad bis zu 50 Prozent beträgt und

- b) der Mitwirkungsanteil mindestens bei 75 Prozent oder höher liegt.

### Neu

Kürzung der Invaliditätsleistung bei einer Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen, wenn der Unfall durch Kraftanstrengungen oder Eigenbewegungen verursacht wurde und gleichzeitig

- a) der Invaliditätsgrad bis zu 50 Prozent beträgt und
- b) der Mitwirkungsanteil mindestens bei 50 Prozent oder höher liegt.

oder  
Kürzung der Invaliditätsleistung bei einer Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen, wenn die mitwirkende Krankheit Osteoporose ist und gleichzeitig

- a) der Invaliditätsgrad bis zu 50 Prozent beträgt und
- b) der Mitwirkungsanteil mindestens bei 50 Prozent oder höher liegt.

Aufgrund der teilweisen Verschlechterungen greift die Innovationsklausel des bisherigen Bedingungswerkes nicht mehr.

Janitos begründet die Verschlechterung damit, dass man aus diesem Grund in der Produktlinie auf eine komplette Gesundheitsfrage verzichten konnte: „Hat sich die zu versichernde Person in den letzten 5 Jahren aufgrund von Beschwerden oder Beeinträchtigungen der Gelenke, Wirbelsäule, oder der Muskeln (z.B. Achillessehnenruptur, Meniskusverletzungen, Rotatorenmanschettenruptur) in ärztliche Behandlung begeben müssen?“

## Inter erweitert Leistungen der Jagdhaftpflichtversicherung

Zu November 2016 hat die INTER Allgemeine Versicherung ihren bisherigen Jagdhaftpflichttarif Premium aktualisiert. Neu aufgenommen wurden insbesondere die gesetzliche Haftpflicht aus dem Abhandenkommen von gemieteten, gepachteten und geliehenen Sachen bis in Höhe von 2.500 Euro, eine Erhöhung der Kautionsdarlehen bis 50.000 Euro, eine GDV-Garantie sowie eine Best-Klausel. Letztere lautet wie folgt:

„Sollten während der Dauer des vorliegenden Versicherungsvertrages die Prämien von der INTER Allgemeine Versicherung AG derart abgeändert werden, dass sich nach dem neuen Tarif für die vorliegende Versicherung eine geringere Prämienzahlung ergeben würde, ist der Versicherungsnehmer berechtigt, eine Herabsetzung der in vorliegender Police und Nachträgen berechneten Prämien auf das geringere Niveau gemäß den neuen Tarifbestimmungen zu verlangen.“



Ein Blick auf die Aktualisierungen lohnt!

Die Einräumung dieser Begünstigung erfolgt mit Wirkung vom nächsten auf die Anforderung folgenden Prämienfälligkeitstermin unter der Bedingung, dass der Versicherungsvertrag auf die Dauer von 3 Jahren neu abgeschlossen wird.“

Die Aktualisierungen haben kurz nach dem Erscheinen der letzten Ausgabe von „Risiko & Vorsorge“ zu einer Bewertung mit „Gold“ geführt.

## Transparenter Versicherungsschutz für Privathaftpflichtversicherte bei Konzept & Marketing

Seit Juli 2016 punktet die Konzept & Marketing Versicherung AG aus Hannover mit einer völlig neuen Privathaftpflichtversicherung. Neben vielen marktüblichen Leistungen zeigt der Versicherer ungewöhnliche Transparenz. So wird etwa bei allen Leistungserweiterungen klar und deutlich ausgeführt, welche Vorteile hier eine erweiterte Vorsorgedeckung bringen kann. Zu allen maßgeblichen Leistungen stellt die Leistungssynopse klar, wo genau diese in den Bedingungen beschreiben sind. Speziell angesprochen werden unter anderem vorübergehend aufgrund eines Visums in den Haushalt eingegliederte Personen oder auch Singles, die zeitweise ein Umgangsrecht zu ihren nicht in häuslicher Gemeinschaft lebenden Kindern wahrnehmen.

Der Versicherungsschutz steht in den Leistungsstufen pure, fine, prime und perfect zur Verfügung.



Einfache Gesundheitsfragen  
Nur 23 Krankheitsdiagnosen führen  
automatisch zur Ablehnung

Mehr Infos für Makler:  
[www.pflegegeld.de](http://www.pflegegeld.de)  
*by insuro Maklerservice GmbH*

Versicherbarkeit ohne Altershöchstgrenze

- ✓ Flexibler Versicherungsschutz
- ✓ Keine Wartezeiten
- ✓ Assistenzleistungen
- ✓ Weltgeltung
- ✓ Versicherungsschutz dynamisch:  
kann regelmäßig (ohne Alters-  
höchstgrenze!) angepasst werden



”

## alle 5 Pflegegrade flexibel absichern

Düsseldorfer Pflegegeld: einfache Gesundheitsfragen -  
einfach leistungsstark

”





Oft vergessen: auch BU-Renten können Steuern und Sozialabgaben unterliegen.

## Was bleibt im Leistungsfall von der ausgezahlten Berufsunfähigkeitsrente übrig?

Von Stephan Witte und Martin Seichter

Die Kalkulation, in welcher Höhe eine Berufsunfähigkeitsrente für den jeweiligen Kunden notwendig ist, sollte immer auf **Nettobasis** (also nach Steuerabzug und möglichen Sozialabgaben) erfolgen, da die laufenden Kosten für Miete, Nebenkosten, Finanzierungen, die meisten Versicherungsverträge, Lebenshaltung etc. bei Berufsunfähigkeit unverändert fortbestehen und aus dem verfügbaren Einkommen gezahlt werden müssen.

Unterstellen wir also, dass Ihr Kunde zum Zeitpunkt des Beginns der Leistungspflicht wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit eine monatliche Berufsunfähigkeitsrente von 1.500 Euro benötigt und auch versichert hat. Was von der ausgezahlten Rente dem Kunden tatsächlich zur Verfügung steht, hängt u.a. von folgenden Faktoren ab:

### 1. STEUERABZUG

Um ein wichtiges Missverständnis vieler Kunden auszuräumen, ist ein Satz besonders wichtig: eine nachgelagerte Besteuerung zu 100 Prozent oder auch eine Besteuerung mit dem Ertragsanteil von beispielsweise 30 Prozent sagen nur etwas über den zu versteuernden Anteil der Gesamrente aus, bedeuten aber nicht, dass in diesen Beispielen 30 oder gar 100 Prozent der Rente von der Steuer aufgefressen werden. Vielmehr kommt der persönliche (Spitzen-)Steuersatz zum Tragen.

Zahlungen aus einer Berufsunfähigkeitsvorsorge bleiben steuerfrei, wenn das zu versteuernde Jahreseinkommen 2016 aus allen Einkunftsarten insgesamt unter 8.652 Euro für Singles bzw. 17.304 Euro für Ehepaare liegt. Für 2017 gilt für Singles voraussichtlich ein Grundfreibetrag von 8.820 Euro.

Bitte beachten Sie, dass bei nicht getrennt lebenden Ehe- bzw. eingetragenen Lebenspartnern auch die zu versteuernden Einkünfte des Ehe-/Lebenspartners bei der Ermittlung des zu versteuernden Einkommens zu berücksichtigen sind, wodurch sich i.d.R. der Steuerabzug auf die BU-Renten erhöht. Eine überschlägige Steuerberechnung inklusive eines etwaig anfallenden Solidaritätszuschlags können Sie unter <https://www.bmf-steuerrechner.de/ekst/> selbst vornehmen.

Nicht zu verwechseln ist der zuvor benannte Ertragsanteil mit dem Ertragsanteil für Leibrenten der 3. Schicht. Bei lebenslangen Renten (Leibrenten) gilt z.B. ein Ertragsanteil von 44 Prozent bei Rentenbeginn mit 30 Jahren, 18% bei Rentenbeginn mit 65 oder 66 Jahren bzw. 17 Prozent bei Rentenbeginn mit 67 Jahren.

### 1.1 Rentenleistungen aus einer Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung oder einer Berufsunfähigkeitszusatzversicherung als Privatvertrag (Steuerschicht 3)

Die Rente wird mit dem Ertragsanteil für zeitlich befristete Renten besteuert § 22 Nr. 5 Satz 2 Buchstabe a EStG i. V. m. § 22 Nr. 1 Satz 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb EStG i. V. m. § 55 Abs. 2 EStDV). Dieser richtet sich nach der voraussichtlichen Restleistungsdauer der Rentenzahlung (siehe Tabelle unten).

#### Beispiele:

Leistungsfall mit Alter 25, Leistung bis 67 Jahre	=	42 Jahre BU-Rente	=	40%
Leistungsfall mit Alter 30, Leistung bis 67 Jahre	=	37 Jahre BU-Rente	=	36%
Leistungsfall mit Alter 35, Leistung bis 67 Jahre	=	32 Jahre BU-Rente	=	32%
Leistungsfall mit Alter 40, Leistung bis 67 Jahre	=	27 Jahre BU-Rente	=	28%
Leistungsfall mit Alter 45, Leistung bis 67 Jahre	=	22 Jahre BU-Rente	=	23%
Leistungsfall mit Alter 50, Leistung bis 67 Jahre	=	17 Jahre BU-Rente	=	18%
Leistungsfall mit Alter 55, Leistung bis 67 Jahre	=	12 Jahre BU-Rente	=	14%
Leistungsfall mit Alter 60, Leistung bis 67 Jahre	=	7 Jahre BU-Rente	=	8%



Angenommen Ihr Kunde ist bei Eintritt des Leistungsfall 35 Jahre alt und es wurde eine Berufsunfähigkeitsrente bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres vereinbart, so sind (bei einem unbefristeten Anerkenntnis der BU) 32 Prozent der Rente steuerpflichtig. Wurde ein Endalter für den Rentenbezug von nur 60 Jahren vereinbart, so reduziert sich die Ertragsanteilsbesteuerung auf 25 Prozent.

Bezogen auf die oben benannte Rente von monatlich 1.500 Euro, unterliegen also 480 Euro bzw. 375 Euro pro Monat der Steuerpflicht.

*Anmerkung: Sofern keine weiteren zu versteuernden Einkünfte (ggf. auch durch den Ehepartner) erzielt werden, entsteht bei monatlichen Berufsunfähigkeitsrenten der Steuerschicht 3 bis zu ca. 2.000 Euro bei Ledigen keine Steuerpflicht.*



Auf den Ertragsanteil aller darüber hinausgehenden Renten muss der individuelle (Spitzen-)Steuersatz des Kunden gezahlt werden, wodurch sich die verfügbare Rente reduziert.

## 1.2 Leistungen aus einer Berufsunfähigkeitszusatzversicherung mit Basisrentenversicherung als Hauptvertrag (Steuerschicht 1)

Für die Anerkennung als „Basisrente“ darf u.a. der Prämienanteil der Berufsunfähigkeitszusatzversicherung höchstens 49 Prozent des Gesamtbeitrages ausmachen. Die Besteuerung aller Leistungen aus einer Basisrente (also auch bei Berufsunfähigkeit unterliegen dem Kohortenmodell und richtet sich nach dem Beginnjahr der Rentenzahlung (§ 22 Nr. 1 Satz 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa EStG).

Von der ausgezahlten Rente sind - abhängig vom Jahr des Rentenbeginns - 72 Prozent (2016) bis 100 Prozent (ab 2040) einkommensteuerpflichtig.

2016	72%	2028	88%
2017	74%	2029	89%
2018	76%	2030	90%
2019	78%	2031	91%
2020	80%	2032	92%
2021	81%	2033	93%
2022	82%	2034	94%
2023	83%	2035	95%
2024	84%	2036	96%
2025	85%	2037	97%
2026	86%	2038	98%
2027	87%	2039	99%
		2040	100%

Erhöht sich eine laufende Berufsunfähigkeitsrente etwa wegen einer vereinbarten Leistungsdynamik während des Bezuges gilt für den erhöhten Betrag ein Steuersatz von 100 Prozent.

*Anmerkung: Sofern keine weiteren Einkünfte (ggf. auch durch den Ehepartner) erzielt werden, entsteht bei Ledigen mit einer monatlichen Berufsunfähigkeitsrente der Steuerschicht 1 von bis zu ca. 1.000 Euro (bei Rentenbeginn im Jahre 2016) keine Steuerpflicht aus der Anwartsrente. Auf alle darüber hinausgehenden Renten muss der individuelle (Spitzen-)Steuersatz des Kunden gezahlt werden, wodurch sich die verfügbare Rente merklich reduziert.*

## 1.3 Leistungen aus einer Berufsunfähigkeits(zusatz)versicherung im Rahmen einer betrieblichen Altersversorgung (bAV - Steuerschicht 2)

Leistungen aus einer bAV werden nach § 22 Nr. 5 Satz 1 EStG voll (mit 100%) nachgelagert besteuert. Nur, wenn es sich um eine pauschal besteuerte Direktversicherung als Altbestand (§ 40b EStG alter Fassung) handelt, werden daraus resultierende Berufsunfähigkeitsrenten mit dem Ertragsanteil besteuert (siehe Schicht 3).

*Anmerkung: Sofern keine weiteren Einkünfte erzielt werden, entsteht bei Ledigen mit einer monatlichen Berufsunfähigkeitsrente der Steuerschicht 2 von bis zu ca. 750 Euro im Jahre 2016 keine Steuerpflicht.*

*Auf alle darüber hinausgehenden Renten muss der individuelle (Spitzen-)Steuersatz des Kunden gezahlt werden, wodurch sich die verfügbare Rente merklich reduziert.*

## 1.4 Leistungen aus einer Berufsunfähigkeitszusatzversicherung mit Riesterrente als Hauptvertrag (Steuerschicht 2)

Theoretisch können Kunden bis zu 15% ihres Riesterbeitrages für den Einschluss einer Berufsunfähigkeitsrente einsetzen. Sämtliche Leistungen aus einer Riesterrente werden, analog zur bAV, zu 100 Prozent nachgelagert besteuert. Dies gilt auch für Riesterfondssparpläne.

## 2. SOZIALVERSICHERUNGSBEITRAGSPFLICHT

Neben der Besteuerung kommt je nach Krankenversicherungsstatus des Leistungsempfängers einer Berufsunfähigkeitsrente noch ein Abzug für Sozialversicherungsbeiträge zum Tragen:

**2.1 Leistungen aus einer selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung (Steuerschicht 3) oder einer Berufsunfähigkeitszusatzversicherung zu einem Hauptvertrag der 1. oder 3. Steuerschicht sowie einer privaten Riesterrente** unterliegen bei freiwillig gesetzlich Krankenversicherten (nicht bei gesetzlich Pflichtversicherten!) der Beitragspflicht in der gesetzlichen Kran-

kenversicherung sowie in der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung. Dies gilt bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung (2016: 50.850 Euro p.a. bzw. 4.237,50 Euro monatlich).

Freiwillig Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung müssen ihre gesamten Einkünfte, max. bis zur Beitragsbemessungsgrenze verbeitragen. Liegt das Einkommen für 2016 bei mehr als 968,33 Euro monatlich, wird anstelle des fiktiven Mindesteinkommens das tatsächliche Einkommen für die Berechnung zugrunde gelegt, höchstens jedoch in Höhe der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze. Der zu zahlende Beitrag wird dabei i.d.R. mit dem allgemeinen Beitragssatz plus Zusatzbeitrag der jeweiligen Krankenversicherung berechnet. Mindestens ist aber ein monatlicher Beitrag von 137,57 Euro (Stand 2016) zu zahlen.

Dazu kommt der Beitrag (2016: 2,35% zzgl. 0,25% für Kinderlose, 2017: 2,55% zzgl. 0,25% für Kinderlose) für die Pflegepflichtversicherung, 2016 mindestens aber 22,76 Euro bzw. 25,18 Euro monatlich.

Für den Empfänger einer privaten Berufsunfähigkeitsrente ist dessen Krankenversicherungsstatus ab Bezug der Berufsunfähigkeitsrente maßgeblich.

Sofern, neben dem Bezug der privaten BU-Rente, keine krankenversicherungspflichtigen anderen Einkünfte erzielt und keine Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung bezogen werden und auch kein Anspruch auf Familienversicherung über den Ehe-/Lebenspartner besteht, ändert sich der KV-Status des Berufsunfähigkeitsrentenempfängers auch bei zuvor Pflichtversicherten in „freiwillig gesetzlich krankenversichert“. Damit sind dann auf die Berufsunfähigkeitsrenten Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegepflichtversicherung zu entrichten.

### Der Super-GAU in der Praxis

Ihr Kunde ist als Single bislang gesetzlich pflichtversichert. Nun wird er berufsunfähig. Neben der versicherten Berufsunfähigkeitsrente bezieht er kei-

ne weiteren Einkünfte. Dadurch rutscht er automatisch in eine Mitgliedschaft als freiwillig gesetzlich Krankenkversicherter. Seine Berufsunfähigkeitsrente reduziert sich folglich um den (ermäßigten) Beitragssatz für die Krankenversicherung sowie für die Pflegepflichtversicherung. Will der Versicherte seine bestehende Altersrente aufrechterhalten, müsste er außerdem entsprechende Beiträge auf seiner Berufsunfähigkeitsrente finanzieren.

Eine Beitragspflicht zur gesetzlichen Rentenversicherung besteht nicht.

**2.2 Bei gesetzlich Pflichtversicherten und freiwillig gesetzlich Krankenkversicherten** unterliegen auch Einkünfte aus einer Berufsunfähigkeits(zusatz)versicherung als Teil einer betrieblichen Altersversorgung der Beitragspflicht (§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 Halbsatz 2 SGB V und § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 Halbsatz 2 SGB X). Dies gilt bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung.

Analog werden auch Berufsunfähigkeitsrenten aus Riesterrenten behandelt, die

als bAV-Vertrag oder über die Pflichtzusatzversorgungseinrichtung des Dienstherren / Arbeitgebers mit Verfügungsrecht des Arbeitgebers über den Riestervertrag abgeschlossen wurden. Das bedeutet: Die volle aus dem Riestervertrag resultierende Rentenleistung unterliegt als Versorgungsbezug der Krankenversicherungspflicht, wenn der Arbeitgeber das Verfügungsrecht über den Riestervertrag hatte.

Eine Beitragspflicht zur gesetzlichen Rentenversicherung besteht nicht.

### Beispiel

Die gesamte Berufsunfähigkeitsrente Ihres Kunden beträgt 1.500 Euro. Unterstellt wird, dass diese bis in Höhe von etwa 750 Euro steuerfrei sei und auf die weiteren 750 Euro Steuern in Höhe von ca. 180 Euro pro Monat anfallen. Hinzu kommen die Beiträge für die Kranken- und Pflegepflichtversicherung in Höhe von ca. 265,00 Euro monatlich. Es verbleiben netto ca. 1.055 Euro monatlich.

### FAZIT

Berücksichtigen Sie bei der Beratung zur Berufsunfähigkeitsrente stets die

voraussichtliche Nettorente je nach Hauptversicherungsvertrag und Lebenssituation Ihres Kunden stark unterschiedlich sein kann. Bei den meisten Versicherern lässt sich aufgrund von deren Annahmerichtlinien eine Absicherung von höchstens etwa 60 Prozent des Bruttoeinkommens darstellen. Ohne Vereinbarung einer Dynamik (Anwartschafts- und Leistungsdynamik) sowie einer leistungsstarken Nachversicherungsgarantie ist eine bedarfsgerechte Absicherung somit nur eingeschränkt möglich.

Läuft die Gesamtversorgung auf eine Nettorente von unter etwa 750 Euro hinaus, so sind Singles in der Regel mit Hartz IV einschließlich aller Sachleistungen gemäß SGB II gleich gestellt. Eine Ausnahme gilt für Bedarfsgemeinschaften, da hier Singles oftmals gar keinen eigenen Anspruch auf staatliche Unterstützung hätten, so dass auch eine kleine Berufsunfähigkeitsrente effektiv zur Aufrechterhaltung oder zumindest zur Erhöhung des Lebensstandards beitragen könnte.

Zur Berechnung des Arbeitslosengelds II (Hartz IV) siehe <http://www.hartziv.org/hartz-iv-rechner.html>.

Auch Physiotherapeuten benötigen bedarfsgerechten Versicherungsschutz



# Wieso Ihre Kunden stets Krankenakten anfordern sollten

Wer die Arbeitskraft seiner Kunden umfassend versichern möchte, kommt an einer ehrlichen und vollständigen Beantwortung der Gesundheitsfragen nicht vorbei. Tatsächlich ist es aber oft nicht damit getan, den Kunden eigenverantwortlich um die wahrheitsgemäße Beantwortung zu bitten. Fasst man nach, ergibt sich fast immer, dass der Kunde eine nur unzureichende Erinnerung an einzelne Tatbestände hat. Oft hat eine konkrete Behandlung nach Erinnerung des Kunden deutlich vor dem Fragezeitraum stattgefunden, liegt aber tatsächlich erst zwei oder drei Jahre zurück. Nicht immer ist dem Kunden klar, dass auch scheinbar belanglose Angaben zum Gesundheitszustand hier durchaus entscheidend sein können.



Von Thorben S. Hagenau

Ein besonders schwerwiegendes Dilemma liegt darin, dass der Makler keine umfassende Kenntnis vom Gesundheitszustand des Kunden haben kann, der Kunde sich selbst aber meist nicht an alles erinnert. Hinzu kommt, dass ärztliche Diagnosen nicht selten anders dokumentiert sind, als dem Patienten bewusst.

Ob dies im Einzelfall

- a) einem Versehen der Arztpraxis geschuldet ist,
- b) vorsätzlich durch die Arztpraxis manipuliert wurde, um damit besser abrechnen zu können, oder
- c) etwa sogar im gegenseitigen Einvernehmen zwischen behandelndem Arzt und Krankenkasse' manipuliert wurde,

ist sicher eine Frage des Einzelfalls.

Fakt ist, dass dem Verfasser dieser Zeilen ein konkreter Augenarzt namentlich bekannt ist, der als Diagnose vorsätzlich falsch die „Gefahr einer Netzhautablösung“ in Rechnung stellen wollte. Auf Nachfrage hieß es dann, dass er die entsprechende Rechnung so verfasst hätte, damit der Versicherer besser leisten würde. Eine Korrektur erfolgte erst auf ausdrücklichen Kundenwunsch und mit dem Hinweis darauf, dass es dem Arzt egal sein könne, was die Versicherung zahle und dass eine so schwerwiegende Diagnose nicht nur der Wahrheit

entsprechen sollte, sondern auch zur Kenntnis gebracht werden sollte. Auch die beiden nachfolgenden Diagnosen ein und desselben Allgemeinmediziners sind fehlerhaft. Sie wurden für zwei verschiedene Patienten seiner Praxis gestellt und jeweils erst auf Verlangen der Kunden korrigiert.

#### *Falsche Diagnosen*

- Diagnose: Gravidität, Erbrechen, Diabetes mellitus
- Diagnose: Narben, Vitamin-D-Mangel

#### *Korrigierte Diagnose*

- Diagnose: Gravidität, Erbrechen, Ausschluss Diabetes mellitus
- Diagnose: substituierter Vitamin-D-Mangel

Weitere Fehler wiesen die Akten eines Krankenhauses sowie eines Kinderarztes aus:

#### *Falsche Diagnosen*

- Diagnose: z.B. Seh- oder Hörstörung
- Hauptdiagnose: O26.81 Nierenerkrankung, mit der Schwangerschaft verbunden

#### *Korrigierte Diagnosen*

- Diagnose: Ausschluss Seh- oder Hörstörung
- Hauptdiagnose: 099.4 Krankheiten des Kreislaufsystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren

Hier scheint es sich jeweils um ein Versehen gehandelt zu haben, was aber an

den möglicherweise schwerwiegenden Folgen für einen in Unkenntnis solcher Diagnosen beantragten Versicherungsschutz nicht zwingend<sup>2</sup> etwas ändern muss (schuldlose Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 4 VVG) und zumal erhebliche Rechtsstreitigkeiten im Leistungsfall erwarten lassen. Grundsätzlich haben es hier Privatversicherte deutlich einfacher als gesetzlich oder freiwillig gesetzlich Krankenversicherte, da sie zumindest Kenntnis von etwaigen Falschdiagnosen erhalten und sie somit die Möglichkeit haben, eine zeitnahe Korrektur zu erwirken.

Eine zeitnahe Korrektur kann für später höchst bedeutsam werden. Möglicherweise lebt der Arzt zum Zeitpunkt des Leistungsfalles nicht mehr, ist nicht mehr tätig oder kann bzw. will sich an nichts mehr erinnern. Immerhin steht unter Umständen seine ärztliche Zulassung auf dem Spiel, wenn er einer vorsätzlichen Falschabrechnung überführt werden sollte.

Raten Sie Ihren Kunden daher stets schriftlich dazu, von allen ihren Heilbehandlern der vergangenen zehn Jahre vor Antragsstellung die vollständigen Krankenakten in Kopie einzufordern. Heilbehandler in diesem Sinne sind sowohl Allgemeinmediziner, Internisten, Frauenärzte, Zahnärzte, Urologen, Chirurgen und Krankenhäuser wie auch Heilpraktiker, Krankengymnasten sowie Angehöriger sonstiger Heilberufe.

Immer wieder kommt es vor, dass einzelne Ärzte die Herausgabe von Krankenakten aus unterschiedlichen Gründen verweigern.

Gerne werden Kunden darauf verwiesen, dass doch der Versicherer die Akten einfordern könne. Nicht wenige Kunden glauben an dieser Stelle, dass die Angabe der behandelnden Ärzte die Versicherer in die Pflicht nehme, auch tatsächlich Unterlagen einzufordern. Dies trifft allerdings nur zu, wenn der Versicherer konkrete Hinweise darauf hat, dass weitergehende Unterlagen für die Risikobewertung von Bedeutung sein könnten.

Machen Sie Ihren Kunden klar, dass nicht er, sondern der Versicherer zu entscheiden hat, welche Krankheiten, Störungen oder Beschwerden als Bagatellen zu betrachten sind (vgl. OLG Koblenz vom 08.07.2004 – 10 U 157/03). Leider werden oft medizinische Sachverhalte verdrängt, wenn sie länger zurück liegen oder sie werden falsch vom Kunden bewertet. Hinzu kommt, dass Ihr Kunde ohne Einsicht in seine Patientenakten nicht ersehen kann, ob die von Ihnen beschriebenen Krankheiten und Beschwerden der Vergangenheit korrekt in den Unterlagen wiedergegeben wurden.

Damit träge Ihren Kunden im Zweifelsfall die Pflicht, einen Gegenbeweis einer Nichtkenntnis im Falle des Vorwurfs einer arglistigen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht auf Basis ihm nicht bekannter, vom Versicherer jedoch im Leistungsfall angeforderter Unterlagen, anzutreten (siehe etwa Neuhaus, 2014, S. 231).

Grundsätzlich können Versicherer wegen falscher Antragsangaben des Kunden (z.B. zum Gesundheitszustand der versicherten Person) mit Verweis auf eine vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung nach § 19 VVG oder sogar den Versuch einer arglistigen Täuschung im Sinne von § 22 VVG i.V.m. § 123 BGB noch bis zu maximal zehn Jahre nach Antragsstellung den Vertrag anfechten, von diesem zurücktreten, ihn kündigen oder rückwirkend ändern. Bei arglistiger Täuschung ist eine Anfechtung durch den Versicherer auch noch nach Ablauf der 10 Jahre möglich, wenn der Schadenfall vom Kunden vorsätzlich verspätet gemeldet wird.

Machen Sie Ihren Kunden zwingend klar, dass eine wahrheitsgemäße Beantwortung der Gesundheitsfragen auch solche Umstände betrifft, die diesen möglicherweise unangenehm sind (z.B. Schwangerschaftsabbrüche oder Schönheitsoperationen).

Wird nach einer Medikamenteneinnahme gefragt, so sind je nach Fragestellung auch Kopfschmerztabletten, die regelmäßige Einnahme von Aspirin oder eine Antibabypille gemeint.

Die Angaben im Antrag müssen vollständig sein und den Tatsachen entsprechen! Anzugeben sind im Zweifel auch so genannte Bagatellerkrankungen. Wird nach Beschwerden oder Störungen ge-

fragt wird, sind im Zweifel auch solche anzugeben, die zwar einen Krankheitswert haben, jedoch bisher nicht ärztlich dokumentiert wurden. Wird nur nach ärztlich diagnostizierten oder behandelten Erkrankungen, Störungen oder Beschwerden gefragt, so ist die Frage entsprechend eng auszulegen.

Gefährlich sind so genannte Gefälligkeitsdiagnosen oder Untersuchungen mit unklarem Befund. Hier kann es im Leistungsfall zu erheblichen Problemen mit dem Versicherer kommen, auch wenn die vermutete Ursache als nicht zutreffend erkannt wurde. In jedem Fall sollten in den benannten Fällen dem Antrag eine ärztliche Diagnose bzw. Stellungnahme beigelegt werden.

### Welche Rechtsgrundlagen zur Akteneinsicht haben Ihre Kunden?

Seit Februar 2013 existiert das sogenannte Patientenrechtegesetz und beinhaltet maßgeblich auch den § 630g BGB, der einen Rechtsanspruch auf eine Einsichtnahme in die eigene Patientenakte begründet:

„§ 630g Einsichtnahme in die Patientenakte

(1) Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen. § 811 ist entsprechend anzuwenden.

(2) Der Patient kann auch elektronische Abschriften von der Patientenakte verlangen. Er hat dem Behandelnden die entstandenen Kosten zu erstatten.

(3) Im Fall des Todes des Patienten stehen die Rechte aus den Absätzen 1 und 2 zur Wahrnehmung der vermögensrechtlichen Interessen seinen Erben zu. Gleiches gilt für die nächsten Angehörigen des Patienten, soweit sie immaterielle Interessen geltend machen. Die Rechte sind ausgeschlossen, soweit der Einsichtnahme der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des Patienten entgegensteht.“

Demnach darf die Herausgabe der Krankenakte nur in begründeten Einzelfällen verweigert werden. Ist der ursprünglich behandelnde Arzt nicht mehr tätig oder verstorben, so kann es sein, dass seine Patientenakten in den Besitz eines nachfolgenden Kollegen übergegangen sind. Dieser muss die entsprechenden Akten jedoch streng getrennt von seinen eigenen aufbewahren und darf die Inhalte nur mit ausdrücklicher Einwilligung des Behandelten einsehen. Unabhängig davon, ob die Akten nun beim ursprünglichen oder bei einem neuen Heilbehandler liegen, müssen diese mindestens zehn Jahre für eine mögliche Einsichtnahme vorgehalten werden.

Darüber hinaus kommt auch ein Verweis auf § 810 BGB in Frage:

„§ 810 Einsicht in Urkunden

Wer ein rechtliches Interesse daran hat, eine in fremdem Besitz befindliche Urkunde einzusehen, kann von dem Besitzer die Gestattung der Einsicht verlangen, wenn die Urkunde in seinem Interesse errichtet oder in der Urkunde ein zwischen ihm und einem anderen bestehendes Rechtsverhältnis beurkundet ist oder wenn die Urkunde Verhandlungen über ein Rechtsgeschäft enthält, die zwischen ihm und einem anderen oder zwischen einem von beiden und einem gemeinschaftlichen Vermittler gepflogen worden sind.“

Reicht es nicht aus, den Arzt auf die Rechtsgrundlagen zu verweisen, so kommt auch eine Beschwerde bei der Kassenärztlichen Vereinigung oder der zuständigen Ärztekammer in Frage. Als letztes Mittel kann natürlich auch der Rechtsweg beschritten werden, um eine Einsichtnahme in die persönliche Kundenakte oder sogar etwaige notwendigen Korrekturen zu erwirken.



► Hierzu zwei Beispiele aus der Praxis:

So gab einmal ein Kunde ein vom Arzt verschriebenes Medikament deshalb nicht an, da er es nicht angewandt hatte und die Angabe ihm deshalb belanglos erschien. Im Rahmen der Antragsprüfung kam dies dann doch heraus und dem Kunden wurde der Versicherungsschutz versagt.

In einem anderen Fall gab der Kunde zwar vielfältige Dinge an, eine bestimmte psychische Erkrankung war ihm jedoch womöglich zu peinlich, um diese wahrheitsgemäß zu benennen. Auch wenn dies natürlich nicht das Verschulden des Maklers ist, sollten Sie mit solchen Problemen rechnen und sich durch entsprechende Dokumentationen absichern. Und noch eine mögliche Fehlerquelle bei der Antragsaufnahme sollte durch aktive Nachfrage des Vermittlers zu mindestens eingeschränkt werden:

Da die meisten Kunden nicht schon seit Geburt bei ihrem aktuellen Versiche-

rungsvermittler sind, sollte bei Übernahme eines Maklermandats auch das „Versicherungsvorleben“ des Kunden unbedingt akribisch geprüft werden, um

- a) mögliche vorvertragliche Anzeigepflichtverletzungen in bestehenden Verträgen „bearbeiten“ zu können und
- b) bei Neuanträgen die Frage der Versicherer nach Erschwerungen bei Vertragsabschlüssen in der Vergangenheit (z.B.
  - Risikozuschläge oder / und –ausschlüsse wegen erhöhtem Gesundheits-, Wohnort- oder Freizeitrisiko des Kunden,
  - sonstige Einschränkungen des Versicherungsschutzes, wie z.B. Ausschluss von Erhöhungsoptionen aus den zuvor genannten Gründen und
  - Antragsablehnungen)

korrekt beantworten zu können.

Gleiches gilt natürlich auch, falls der Kunde in Eigenregie während des laufenden Maklermandats Versicherungsverträge abgeschlossen hat.

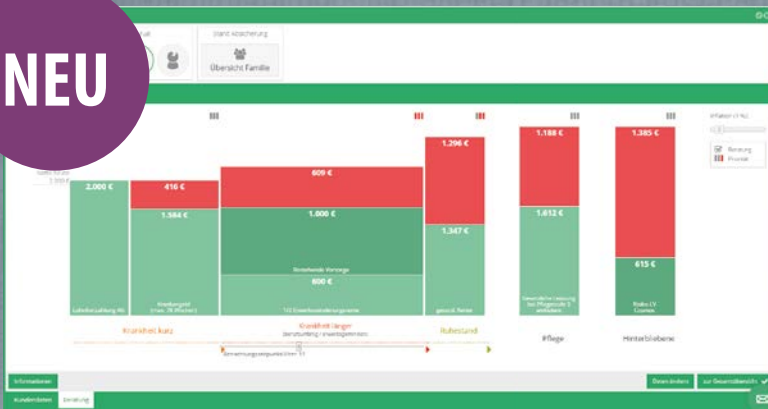
1 Siehe hierzu z.B. die Berichterstattung unter <http://www.zeit.de/wirtschaft/2016-10/krankenkassen-krankenhaeuser-aerzte-patienten-betrug-abrechnungsbetrug>.

2 Kai-Jochen Neuhaus „Die vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung in Recht und Praxis“, 2014, S. 233 verweist darauf, dass eine mögliche Vertragsanpassung bei schuldlöser Anzeigepflichtverletzung strittig sei.

**Neue stationäre Tarife aus dem Hause Gothaer**

Die Gothaer Krankenversicherung hat für das Frühjahr 2017 zwei neue stationäre Ergänzungstarife angekündigt: MediClinic Plus und MediClinic Primum. Beide sollen einen verbesserten Leistungsumfang (z.B. Rooming-In und Erstattung von Komfortleistungen) beinhalten und die bisherigen stationären Tarife im Neugeschäft ablösen.

**NEU**



**Levelnine**   
einfach.kompetent.beraten



**Bedarf ermitteln - Lücken aufzeigen - dokumentieren**

Ob schneller Überblick mit wenigen Angaben oder umfassende All-Sparten Beratung - Levelnine ADVISE ist die ideale Beratungs- und Vertriebssoftware für den 360 Grad Blick auf Ihre Kunden.

**ADVISE jetzt testen: [www.levelnine.de](http://www.levelnine.de)**



**Im Text benannte Anbieter:** Baden-Badener – Cosmos Direkt – Haftpflichtkasse Darmstadt – Interlloyd – InterRisk – Janitos – Konzept & Marketing – VHV – Waldenburger

## Was eine gute Infektionsklausel auszeichnet

Zwischenzeitlich ist die Mitversicherung einer mehr oder weniger langen Liste von Infektionskrankheiten in der Unfallversicherung weit verbreitet. Leistungsschwache Tarife sehen eine Mitversicherung allein solcher Infektionen vor, die durch Zecken übertragen werden. Leistungsstärkere Tarife versichern gleich eine Vielzahl von Erkrankungen; die Liste reicht von Borreliose, Brucellose (Maltafieber), Cholera und Diphtherie bis hin zu Schlafkrankheit, Tollwut, Tularämie (Hasenpest), Tetanus (Wundstarrkrampf), Tuberkulose und Typhus / Paratyphus.



Von Stephan Witte

Mitunter sehen Bedingungswerke eine abweichende Liste von Erkrankungen für Angehörige definierter Heilberufe vor. Ganz entscheidend, um allerdings einen Leistungsanspruch überhaupt durchsetzen zu können, ist, welche Anforderungen an den Leistungsfall gestellt werden. Angenommen, der Versicherte geht durch einen Wald und wird dort von einer Zecke gebissen.

Grundsätzlich ist dem Versicherer jeder Leistungsfall unverzüglich anzuzeigen. Wer häufiger im Wald unterwegs ist, kann durchaus regelmäßiger von Zecken gebissen werden, ohne dass dies jedes Mal zu einer Infektion führen muss. Gute Versicherer regeln in ihren Bedingungswerken, dass zunächst geringfügig erscheinende Unfallfolgen nicht zwingend sofort anzuzeigen sind:

*„43. Geringfügig erscheinende Unfallfolgen (zu Ziffer 6.1 AUB 2014)  
Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person – abweichend von Ziffer 6.1 AUB 2014– erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird. Die ärztlichen Anordnungen sind zu*

*befolgen. Die versicherte Person ist jedoch nicht verpflichtet, sich einer Operation zu unterziehen.“*

**Quelle: Haftpflichtkasse Darmstadt,** Unfall VARIO Vollschutz, Stand 01.01.2016

Mitunter sehen Versicherer in ihren Bedingungswerken vor, dass zwingend die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, bevor ein Leistungsanspruch besteht:

*„9. Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase (auch durch Anhusten oder Anniesen) in den Körper gelangt ist. Dies gilt insbesondere bei Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden, sowie die folgende Aufzählung: Borreliose, Brucellose, Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, Echinokokkose (Fuchsbandwurm), epidemische Kinderlähmung, Enzephalitis, Fleckfieber, Gelbfieber, Genickstarre, Gürtelrose, Keuchhusten, Lepra, Malaria, Masern, Meningitis, Mumps, Paratyphus, Pest, Pfeiffer-*

*sches Drüsenfieber, Pocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, Tollwut, Tularämie (Hasenpest), Tuberkulose, Typhus, Windpocken, Wundstarrkrampf sowie Gesundheitsschädigungen aufgrund von Schutzimpfungen gegen die vorgenannten Infektionskrankheiten.“*

**Quelle: Konzept & Marketing,** U4 Konzept Premium, Stand 01.2006

Mittlerweile sind solche Formulierungen glücklicherweise seltener geworden. In der Praxis ist es selbst für herbeigerufene Ärzte nicht immer einfach festzustellen, ob tatsächlich die obere Hautschicht durchtrennt wurde.

Einen weiteren Fallstrick stellen die vertraglich geregelten Fristen dar, denn nicht selten lässt sich bei Ausbruch einer versicherten Infektion gar nicht mehr festzustellen, wann genau das relevante Schadenereignis stattgefunden hat. Ohne abweichende Klarstellung gilt allerdings folgendes:

- Eintritt der infektionsbedingten Invalidität innerhalb von x Monaten nach dem Unfall
- Schriftliche ärztliche Feststellung der infektionsbedingten Invalidität innerhalb von x Monaten nach dem Unfall
- Geltendmachung der infektionsbedingten Invalidität innerhalb von x Monaten nach dem Unfall beim Versicherer

Die aktuellen Musterbedingungen des **GDV** mit Stand 25.03.2014 sehen hier eine Frist von je 15 Monaten vor. Sofern die Besonderen Bedingungen für den Einschluss von Infektionen durch Zecken- und Insektenstiche (BB Zecken und Insekten 2014) mit Stand 20.11.2015 vereinbart wurden, beginnen die vereinbarten Fristen mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt.

Diese Besserstellung gegenüber älteren Musterbedingungen und vielen noch immer marktüblichen Bedingungswerken ändert nichts an dem Problem, den Unfallzeitpunkt nachweisen zu müssen.

Hierbei ist zu bedenken, dass nicht wenige Versicherer im Rahmen der Infektionsklausel Wartezeiten vorsehen.

*„Abweichend von Ziffer 10.1 AUB 2013 beginnt der Versicherungsschutz erst nach einer Wartezeit von drei Monaten nach dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Voraussetzung für die Leistung ist, dass der Nachweis durch einen objektiven am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht unter Beifügung der Laborbefunde erbracht wird.“*

Quelle: **Interlloyd**, Unfallversicherung Premium, Stand 12.2012

*„Infektionen (zu § 1 Nr. 3.1 und Nr. 3.2) Da der Zeitpunkt einer Infektion oft schwer nachzuweisen ist und oftmals vor Vertragsbeginn liegt, bieten wir nach § 1 Nr. 3.1 und Nr. 3.2 Versicherungsschutz, sofern die Erkrankung frühestens drei Monate nach Versicherungsbeginn stattfand (Wartezeit). Als Zeitpunkt des Ausbruchs der Erkrankung gilt die erstmalige ärztliche Diagnose. Ereignete sich die Infektion hingegen nachweislich innerhalb der Vertragslaufzeit, so entfällt die Wartezeit.“*

Quelle: **InterRisk**, XXL, Stand 06.2015

Vielfach sehen Bedingungswerke nicht die Diagnose einer versicherten Infektion, sondern die Infektion an sich oder den Ausbruch einer Infektion als versichert an.

*„Zu § 5 II. (4): Erweiterung der Infektionen, Schutzimpfungen, Insektenstiche/-bisse, Tierbisse:*

*1. Erweiterter Versicherungsfall  
1.1 Abweichend von § 1 (3) AUB 2013 gilt als Unfall auch die erstmalige Infektion mit einem Erreger der Infektionskrankheiten Borreliose, Brucellose, Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, epidemische Kinderlähmung/Poliomyelitis, Fleckfieber, Frühsommermeningitis/Zeckenzephalitis, Gelbfieber, Genickstarre, Keuchhusten, Lepra, Malaria, Masern, Pest, Pocken, Scharlach, Schlafkrankheit/Tsetse-Krankheit, Tularämie/Hasenpest, Typhus/Paratyphus oder Windpocken/ Gürtelrose“*

Quelle: **Baden-Badener**, Unfall-Deckungskonzept TOP 2013, Stand 10.2013

*„5 Infektionen/Impfeschäden  
5.1 Abweichend von Ziffer 1.3 und Ziffer 5.2.4 AUB gilt der Ausbruch folgender Infektionskrankheiten als Unfall, sofern sie durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachten Hautverletzungen übertragen wurden: Brucellose, Fleckfieber, Gelbfieber, Malaria, Pest, Trypanosomiasis (Schlafkrankheit) und Tularämie (Hasenpest). Versicherungsschutz besteht jedoch nur, wenn der Ausbruch der Erkrankung frühestens drei Monate nach Ausstellung des Versicherungsscheines erfolgte.“*

Quelle: **Cosmos Direkt**, Comfort Schutz und Comfort Plus Schutz Unfallversicherung, Stand 11.2014

*„8. Infektionen (zu Ziffer 1.3 AUB 2010) Der Ausbruch folgender Infektionskrankheiten gilt ebenfalls als Unfall:  
1. Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, Gürtelrose, Keuchhusten, Lepra, Masern, Mumps, Typhus/Paratyphus, Röteln, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pocken/Windpocken, Scharlach, spinale Kinderlähmung und Wundstarrkrampf;  
2. alle sonstigen Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden (z. B. Borreliose, Brucellose, Meningitis, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest, Malaria oder Zecken-Enzephalitis/FSME).  
Der Versicherungsschutz nach Absatz 1. und 2. besteht jedoch nur, wenn der Ausbruch der Erkrankung frühestens drei Monate nach dem im Versicherungsschein angegebenen Versiche-*

*rungsbeginn stattfand. Diese Wartezeit gilt nicht, wenn sich die Hautverletzung nach Absatz 2. erst nach dem Versicherungsbeginn ereignete.  
Für die durch Zecken übertragenen Infektionskrankheiten beschränkt sich der Versicherungsschutz auf die Leistungsarten Tod und Invalidität, soweit diese vereinbart wurden.“*

Quelle: **Waldenburger**, Unfallversicherung Spezial, Stand 05.2013

Mitunter wird etwa eine Borreliose nicht sofort als solche erkannt, so dass zwischen dem Ausbruch einer Infektion und der ersten korrekten ärztlichen Diagnose viel Zeit vergehen kann. Auch kann der Ausbruch mitunter mehrere Jahre auf sich warten lassen. An dieser Stelle hat etwa beispielsweise die Waldenburger zwischenzeitlich das Bedingungsmerk verbessert:

*„8. Infektionen  
Der Ausbruch folgender Infektionskrankheiten gilt ebenfalls als Unfall:  
8.1 Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, Gürtelrose, Keuchhusten, Lepra, Masern, Mumps, Typhus/Paratyphus, Röteln, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pocken/Windpocken, Scharlach, spinale Kinderlähmung und Wundstarrkrampf;  
8.2 Alle sonstigen Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden (z. B. Borreliose, Brucellose, Meningitis, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest, Malaria oder Zecken-Enzephalitis/FSME).*

*8.3 Der Versicherungsschutz für Infektionen besteht jedoch nur, wenn der Ausbruch der Erkrankung frühestens drei Monate nach dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn stattfand. Diese Wartezeit gilt nicht, wenn sich die Hautverletzung nach Ziffer 8.2 BBR Unfall SpezialPlus erst nach dem Versicherungsbeginn ereignete.*

*8.4 Für die durch Zecken übertragenen Infektionskrankheiten beschränkt sich der Versicherungsschutz auf die Leistungsarten Tod und Invalidität, soweit diese vereinbart wurden.*

*8.5 Die Fristen für den Eintritt, die Geltendmachung und die ärztliche Feststellung der Invalidität beginnen für die nach Ziffer 8.2 BBR Unfall SpezialPlus versicherten Infektionskrankheiten ab-*



weichend zu Ziffer 2 AUB nicht mit dem Unfall (z.B. Insektenstich), sondern erst mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt.“

Quelle: **Waldenburger**, Unfallversicherung SpezialPlus, Stand 01.2016

Je nach Versicherer gilt die Infektionsklausel nur für ausgewählte oder aber für alle vereinbarten Leistungsarten. So gilt die Infektionsklausel bei der **VHV** (Stand 07.2015) oder der **Waldenburger** (Spezial, Stand 05.2013 sowie SpezialPlus, Stand 01.2016) nur für die Leistungsarten Invalidität und Unfallrente. Bei der **Baden-Badener** (Top, Stand 10.2013) gelten Infektionen nach § 5 II, (4) b – d.h. im Umfang des GDV nur für Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für „Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Abs. (4)a ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten“ – für alle Leistungsarten als mitversichert, die oben dargestellte Erweiterung der Infektionsklausel

auch auf Borreliose, Malaria etc. gilt hingegen nur für die Leistungsarten Invalidität und Unfallrente. Bei **Cosmos-Direkt** (Comfort Schutz und Comfort Plus Schutz, Stand 11.2014), der **Haftpflichtkasse Darmstadt** (Vollschutz, Stand 01.2016), der **InterRisk** (XXL, Stand 06.2015), **Janitos** (Best Selection, Stand 07.2016), **Konzept & Marketing** (U4 advanced, Stand 07.2013) gelten versicherte Infektionen abweichend für alle vereinbarten Leistungsarten als vereinbart.

Überdurchschnittliche Infektionsklauseln besitzen derzeit zum Beispiel die InterRisk und die VHV:

Auch die **InterRisk** definiert in ihren XXL-Bedingungen (Stand 06.2015) den „Ausbruch“ namentlich benannter Infektionen sowie aller durch Hautverletzungen von Tieren übertragenen Infektionen als Unfallereignis, stellt allerdings klar, dass als Ausbruch der Erkrankung die erstmalige ärztliche Dia-

gnose benannt wird. Die versicherten Infektionen müssen innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten und innerhalb von 36 Monaten ab Diagnose von einem Arzt schriftlich festgestellt werden.

Bei der **VHV** (Klassik-Garant, Stand 07.2015) versichert sind namentliche benannte Infektionen, die innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt wurden. Die Frist zur Geltendmachung der Infektion beginnt mit der erstmaligen ärztlichen Feststellung einer unfallbedingten Invalidität und beträgt ab dann 24 Monate. Der Versicherer selbst stellte auf Anfrage schriftlich klar, dass „im Rahmen der Infektionsklausel abweichend zur Klausel der Eintritt einer ärztlich festgestellten Invalidität als Unfallereignis Gültigkeit hat. Ebenfalls gilt für die Infektionsklausel als Meldefrist der Beginn des definierten Unfallereignisses.“



**NEU**  
Bis 100.000 €  
frei verfügbar

## KreVita – Die Krebsversicherung

Für finanzielle Sicherheit vorsorgen



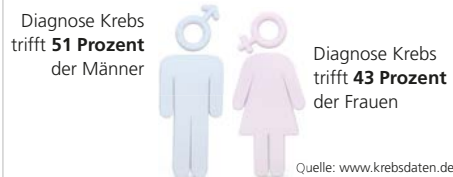
### Risikofaktor Krebs

Jedes Jahr erhalten ca. 500.000 Menschen allein in Deutschland die Diagnose Krebs – Tendenz steigend. Eine Krebstherapie belastet Körper und Seele. Daher ist es gut, wenn die finanzielle Seite abgesichert ist. Mit KreVita – Die Krebsversicherung sorgen Sie für eine finanzielle Absicherung im Fall einer Krebserkrankung.

### Das Wichtigste auf einen Blick

- ✓ Bei Erstdiagnose einer bestimmten bösartigen Krebserkrankung: **bis 100.000 Euro frei verfügbar**
- ✓ Die ausgezahlte Summe steht zur freien Verfügung und ist vielseitig einsetzbar, z. B. für unterstützende Heilmaßnahmen, private Zuzahlungen oder den Erholungsurlaub nach der Krebsbehandlung
- ✓ Kinder von 3–18 Jahren sind kostenfrei mitversichert  
(Je Kind: 1/3 der Versicherungssumme, max. 11.000 Euro)
- ✓ Freie Wahl der Versicherungssumme von 10.000 Euro bis 100.000 Euro
- ✓ Einfache Gesundheitsprüfung – nur eine Antragsfrage
- ✓ Individuelle Beitragsbemessung durch Raucher-/Nichtraucher tarife

### Das Risiko einmal im Leben an Krebs zu erkranken ist sehr groß:



Berechnung am Beispiel von Sandra (Nichtraucherin)	
Eintrittsalter	32 Jahre
Gewählte Laufzeit	25 Jahre
Versicherungssumme	30.000 Euro
Mitversicherung der Kinder	kostenfrei
<b>Monatlicher Zahlbeitrag*</b>	<b>9,53 Euro</b>

\* Beitrag unter Berücksichtigung eines Sofortrabatts in Höhe von 25 % für das Kalenderjahr 2016; keine Garantie für die gesamte Vertragsdauer.

Wir informieren Sie gerne ganz ausführlich: 06 11-27 87 -381 oder -382  
[www.krevita.de](http://www.krevita.de)

Mit jeder **KreVita**-Police unterstützt die InterRisk eine gemeinnützige Organisation, die sich für krebserkrankte Menschen einsetzt, mit **3 Euro**.



# Produkt(änderungs)-Check

## Die neue Berufsunfähigkeitsversicherung der Alte Leipziger LV a.G.

Druckstücke:

Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung (Tarife BV10 und BV11 - pm 2300 - 01.2017)  
Zusatzbedingungen für eine Dynamik zur Berufsunfähigkeitsversicherung (pm 2330 - 01.2017)



Der Autor, Martin Seichter (info@seichter-services.de), ist fachlich für den Bereich BU – Versicherungen im Vergleichsprogramm „LevelnineBU“ (<http://www.levelnine.de/>) verantwortlich und als Versicherungsmakler in Thüringen tätig.

Die Berufsunfähigkeitsversicherung der Alte Leipziger gehört seit Jahren für Schüler, Studenten, Angestellte und Selbständige zu den besten Angeboten des Marktes. Für Kunden mit Versicherungsbeginn ab 01.01.2017 ändert sich Einiges. Nicht alle Änderungen sind dabei zum Vorteil des Kunden.

Daher sollten Versicherungsvermittler bei aktuell anstehenden BU-Abschlüssen bei der Alte Leipziger prüfen, ob ein Abschluss mit Beginn 12.2016, neben dem geringeren Eintrittsalter, ihren Kunden ggf. zusätzlich vorteilhaftere Vertragsbedingungen sichert.

Neben der gesetzlich vorgeschriebenen Senkung des Rechnungszinses wurden

- die Struktur,
- die sprachliche Formulierung und
- teilweise auch die Inhalte der Versicherungsbedingungen geändert.

Wo liegen nun die Unterschiede?

### 1. Transparenz

Die SBU -Versicherungsbedingungen 01.2017 der Alte Leipziger LV a.G. zeichnen sich u.a. durch Begrenzung der Satzlänge und damit den Verzicht auf

Schachtelsätze aus. Außerdem wurden die Bedingungen sprachlich überarbeitet und für verwendete Fachbegriffe wurden Erläuterungen eingefügt. Das erleichtert dem Leser das grundsätzliche Verständnis der Inhalte der Vertragsbedingungen. Ob unter dem Zwang zu kurzen Sätzen die Rechtssicherheit der Bedingungen gelitten hat, wird die zukünftige Rechtsprechung zeigen.

### 2. Inhalt

#### 2.1 Verbesserungen

2.1.1 Der Bezug einer unbefristeten Rente von der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) wegen voller Erwerbsminderung (EM) allein aus gesundheitlichen Gründen, wird als Nachweis bedingungsgemäßer Berufsunfähigkeit anerkannt, wenn der Versicherte die vertraglichen Anforderungen an Alter und Vertragslaufzeit erfüllt.

Hintergrund:

Laut § 102 Nr. 2 SGB IV werden EM-Renten der GRV nur dann nicht befristet bewilligt, wenn unwahrscheinlich ist, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit innerhalb einer Gesamtdauer von 9 Jahren nicht behoben werden kann. Nach dem Gesetzestext laufen Regelungen zur Anerkennung eines EM-Rentenbescheides der GRV als Nachweis bedingungsgemäßer BU, wie nun auch von der Alten Leipziger angeboten, weitgehend ins Leere.

In der Praxis wurden aber laut Statistik der Deutschen Rentenversicherung

Bund im Kalenderjahr 2014 mehr als 50% aller EM-Renten von der GRV unbefristet bewilligt. Ob die Rentenbezieher alle tatsächlich die gesetzlich geforderten Zugangsvoraussetzungen erfüllt haben, ist der Statistik nicht zu entnehmen.

Eine arbeitsmarktbedingte EM-Rente ist eigentlich eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, die aber wegen Berücksichtigung der Arbeitsmarktsituation (kein Arbeitsplatz verfügbar) als volle Erwerbsminderungsrente geleistet wird.

Auszug Bedingungstext § 8 Abs. 5:

„Wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind, gilt der Versicherte ebenfalls als berufsunfähig:

- Der Versicherte erhält eine unbefristete Rente von der Deutschen Rentenversicherung. Diese Rente erhält er wegen voller Erwerbsminderung allein aus medizinischen Gründen. ...
- Der Versicherte ist mindestens 50 Jahre alt.
- Dieser Vertrag besteht seit mindestens 10 Jahren.

Der Versicherte muss uns auf Verlangen nachweisen, dass ausschließlich ein medizinischer Grund vorliegt. ...“

Es ist nur in Ausnahmefällen denkbar, dass ein Versicherter die im Rahmen der Bedingungsregelung (§8 Abs. 5 der AVB SBU) geforderten Voraussetzungen einer EM-Rente der GRV erfüllt, aber den Nachweis, dass er dabei (auch) zu mindestens 50% berufsunfähig ist, nicht erbringen kann.

Sollte das aber doch der Fall sein und der Versicherte die zusätzlichen Anfor-

derungen an Alter (ab Alter 50) und Vertragslaufzeit (ab Beginn des 11. Vertragsjahres) erfüllen, würde durch die neue Regelung ein zusätzlicher Leistungsanspruch gegenüber dem Versicherer entstehen.

Bei Erfüllung der genannten Voraussetzungen hat der Versicherte aber in jedem Fall den Vorteil des vereinfachten Nachweises, dass bedingungsgemäße BU eingetreten ist.

### 2.1.2 Nachversicherung ohne Ereignis („Ausbaugarantie“) nun auch im bestehenden Vertrag möglich

Der Abschluss einer Nachversicherung im bestehenden Vertrag hat für den Kunden im besten Fall drei Vorteile gegenüber dem Abschluss über einen Neuvertrag:

- a) es gelten auch für den Nachversicherungsanteil die Rechnungsgrundlagen des Ursprungsvertrages (außer Eintrittsalter),
- b) die Qualität der Vertragsbedingungen steht bereits bei Abschluss des Ursprungsvertrages fest und
- c) es fallen keine zusätzlichen Stückkosten an

Von den möglichen drei Vorteilen einer im bestehenden Vertrag durchgeführten Nachversicherung ohne Ereignis, bietet die Alte Leipziger in Ihren SBU-Bedingungen 01.2017 nur zwei. Der Versicherer behält sich vor, die bei Inanspruchnahme der Ausbaugarantie gültigen Rechnungsgrundlagen für die Berechnung des Mehrbeitrages anzuwenden. Der Abschluss der Ausbaugarantie kann, auf Wunsch des Kunden, auch in einem Neuvertrag (mit den damit verbundenen ggf. negativen Auswirkungen) erfolgen. **Trotz dieser Einschränkungen, ist die neue Ausbaugarantie gegenüber der bisherigen Regelung im Rahmen der SBU vorteilhaft.**

#### Anmerkung:

Die von der Alten Leipziger LV a.G. in ihrer neuen SBU in § 24 gewählte Formulierung zu den Voraussetzungen, die für die Inanspruchnahme der Ausbaugarantie erfüllt sein müssen, lässt offen, ob diese auch dann gelten, wenn die Ausbaugarantie im bestehenden Vertrag durchgeführt wird.

Unter der Zwischenüberschrift „Allgemeines zur Ausbaugarantie und Garantie

zur Nachversicherung“ (auf Seite 20 der Bedingungen) findet sich folgende Einleitung zu den einschränkenden Voraussetzungen: „Für den neuen Vertrag müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein...“.

Da es sich bei einer Ausbaugarantie im bestehenden Vertrag eigentlich nicht um einen „neuen Vertrag“ handelt, könnte man diese Regelung so interpretieren, dass eine Ausbaugarantie im bestehenden Vertrag ohne Begrenzungen / Einschränkungen möglich sein müsste.

Aus dem Gesamtzusammenhang der Regelungen des § 24 ist unseres Erachtens aber erkennbar, dass das so nicht gemeint sein kann. Hier handelt es sich offensichtlich um einen redaktionellen Fehler, der bei der nächsten Auflage der Bedingungen beseitigt werden sollte. Daher ergibt sich unseres Erachtens daraus auch kein nutzbarer Kundenvorteil, da der Versicherer einen Antrag auf Ausbaugarantie, der die einschränkenden Voraussetzungen nicht erfüllt, nicht annehmen wird.

### 2.1.3 Nachversicherung mit Ereignis nun auch bei „erfolgreichem Abschluss einer Meisterprüfung“

Die Erweiterung der versicherten Nachversicherungsereignisse (§ 24 der AVB SBU) um den „erfolgreichen Abschluss einer Meisterprüfung“ ist eine **Verbesserung gegenüber der bisherigen Regelung und wertet die Nachversicherungsmöglichkeiten der Alte Leipziger weiter auf.**

Anmerkung: Die sonstigen Regelungen zur ereignisabhängigen Nachversicherung und deren Begrenzungen, wie z.B. Abschluss als Neuvertrag, Höhe der Rente insgesamt und pro Ereignis, Dauer der möglichen Inanspruchnahme und Verzicht auf Risikoprüfung\* haben sich nicht geändert.

\* gilt nicht vollständig, wenn der Versicherte bei Abschluss des Vertrags Schüler, Student oder Hausfrau /-mann war (siehe 2.2.1)

### 2.1.4 Recht auf Überprüfung der Berufsgruppe bei einem Berufswechsel

Der Versicherte hat nun bei der Alten Leipziger bedingungsgemäß das Recht nach einem Berufswechsel die Berufs-

gruppeneinstufung seines BU-Vertrages überprüfen zu lassen. Dabei erfolgt die Einstufung des Berufes nach dem Berufswechsel nach der für die Tarifgeneration des Ursprungsvertrages zuletzt gültigen Berufsgruppeneinstufung.

Diese grundsätzlich positive Änderung, steht aber unter dem einschränkenden Vorbehalt, dass der Versicherer eine erneute Risikoprüfung (auch Angemessenheit, Freizeit und Gesundheit) verlangen kann.

### 2.1.5 Zumutbarer Einkommensverlust im Rahmen der konkreten Verweisung und Umorganisation (geringfügig) reduziert

Die Alte Leipziger hat in Ihrem SBU-Tarif 01.2017 (in § 8 Abs. 4 der AVB SBU) den zumutbaren Einkommensverlust im Rahmen der Regelungen zur konkreten Verweisung und Umorganisation von max. 20% auf 19,99% reduziert.

Auch wenn davon auszugehen ist, dass diese Änderung in der Leistungspraxis kaum Auswirkungen haben wird, handelt es sich um eine Verbesserung, die im Einzelfall vorteilhaft sein kann.

### 2.1.6 Leistungseinstellung nach anerkannter Pflegebedürftigkeit für Versicherer im Nachprüfungsverfahren erschwert

Voraussetzung für die Einstellung der Leistung wegen Pflegebedürftigkeit ist (gemäß § 10 Abs. 5 AVB SBU), dass der Versicherte keinerlei Hilfe bei den in Absatz 3 genannten Tätigkeiten (ADL-Punkte) mehr benötigt.

Aufgrund dieser Formulierung bleibt die Alte Leipziger zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherte nach Besserung seines Gesundheitszustandes die Voraussetzung (Hilfebedarf) z.B. des ADL Punktes „Bewegen im Zimmer“ nur noch teilweise, aber nicht mehr vollständig erfüllt. Das könnte z.B. der Fall sein, wenn der Versicherte sich nicht ohne Hilfsmittel und fremde Hilfe im Zimmer bewegen kann, aber keine Hilfe eines anderen benötigt, wenn er eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl benutzt.

Auch wenn davon auszugehen ist, dass diese Änderung in der Leistungspraxis kaum Auswirkungen haben wird, handelt es sich um eine Verbesserung, die im Einzelfall vorteilhaft sein kann.

### 2.2 Verschlechterungen

#### 2.2.1 Nachversicherung mit Ereignis bei Versicherten, die bei Abschluss des Vertrages Schüler, Student oder Hausfrau /-mann waren, nun mit dem bei Nachversicherung ausgeübten Beruf

Die ereignisabhängige Nachversicherung erfolgt bei der Alte Leipziger für alle Versicherten nach wie vor durch Abschluss eines zusätzlichen Neuvertrages. Damit gelten für diesen, neben dem aktuellen Eintrittsalter des Versicherten, u.a. auch die im Neugeschäft des Versicherers verwendeten Versicherungsbedingungen und Rechnungsgrundlagen.

Entgegen der bisherigen Regelung zu diesem Punkt weicht die Alte Leipziger nun (gemäß § 24 AVB SBU) bei Schülern, Studenten und Hausfrauen /-männern den Verzicht auf Risikoprüfung auf.

**Die Berechnung des Beitrages für den zusätzlichen BU-Versicherungsschutz erfolgt im Nachversicherungs(neu)vertrag mit dem zum Zeitpunkt der Nachversicherung vom Versicherten ausgeübten Beruf.**

Das kann, je nach Art des ausgeübten Berufes für den Versicherten ggf. auch vorteilhaft sein, birgt aber die Gefahr einer erheblich höheren Prämie oder sogar einer Ablehnung, wenn der dann ausgeübte Beruf nach den dann gültigen Annahmerichtlinien des Versicherers nicht (mehr) versicherbar ist.

#### 2.3 Klarstellungen (ohne inhaltliche Änderung)

##### 2.3.1 Befristeter Leistungsanspruch bei Arbeitsunfähigkeit (AU) gilt für alle Versicherten

In Abhängigkeit von der konkreten Formulierung der jeweiligen AU-Klausel im Rahmen der BU-Versicherung, kann die Forderung des Versicherers nach **ärztlichen Bescheinigungen gemäß § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz** (EntFG siehe [https://www.gesetze-im-internet.de/entfgg/\\_5.html](https://www.gesetze-im-internet.de/entfgg/_5.html)) so interpretiert werden, dass **nur Arbeitnehmer** Anspruch auf die versicherte AU-Leistung haben. Bitte beachten Sie, dass Bescheinigungen über individuelle (wegen persönlicher gesundheitlicher Gefährdung) und generelle (wegen arbeitsplatzbezogener

Gefährdung) Beschäftigungsverbote während einer Schwangerschaft bei

- Arbeitnehmerinnen (nach MuSchG) bzw.
  - Beamtinnen (nach Mutterschutz- und Elternzeiterordnung des Bundes beziehungsweise den entsprechenden Rechtsverordnungen der Länder)
- nicht als Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen im Sinne der AU-Klauseln anerkannt werden.

Die Alte Leipziger stellt mit der Ergänzung (in § 9 Abs. 3 AVB SBU) eindeutig klar, dass der AU -Leistungsanspruch für alle Versicherten, unabhängig von ihrem Berufs-/Tätigkeitsstatus gilt.

##### 2.3.2 Leistungsfall (Nachweis des BU-Eintritts durch den Anspruchsteller) – Akzeptanz ärztlicher Berichte, auch wenn der Arzt im Ausland tätig ist oder war

Der Versicherer stellt mit der Regelung des § 13 Abs. 2 AVB SBU klar, dass er auch ärztliche Berichte von Ärzten akzeptiert, die im Ausland tätig sind, wenn die Berichte die vertraglich geforderten inhaltlichen Voraussetzungen erfüllen.

##### Anmerkungen:

Der Versicherer hat aber weiterhin das Recht, dann auf eigene Kosten, weitere Untersuchungen bei von ihm beauftragten Ärzten (auch in Deutschland) zu verlangen.

Laut Aussage des Versicherers akzeptiert er auch Berichte in der Landessprache des im Ausland tätigen Arztes.

#### 2.4 Das Ziel transparenter Bedingungsformulierungen punktuell noch nicht erreicht

##### 2.4.1 Frist für Restriktionen des Versicherers bei vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzungen im Rahmen der Beantragung von erhöhten Leistungen

In § 3 Abs. 8 findet sich folgende Formulierung:

„Wenn Sie den Umfang der Versicherung später erhöhen gilt Folgendes: Wir können für den erhöhten Teil des Vertrags die zuvor genannten Rechte erneut geltend machen. Die in Absatz 6 genannten Fristen beginnen für den geänderten Teil ab dem Zeitpunkt der Erhöhung erneut zu laufen.“

Da der Versicherer seine zuvor genannten Rechte (Rücktritt usw.) nur dann geltend machen kann, wenn er Fragen in Textform gestellt hat, besteht kaum ein Risiko der negativen Auslegung dieser Regelung.

Zum besseren Verständnis des normalen Versicherungsnehmers wäre es aber hilfreich, wenn der o.g. Absatz einen Hinweis (ggf. in der Überschrift) darauf enthielte, dass diese Regelung dann nicht gilt, wenn eine Erhöhung ohne Stellung von Risikofragen erfolgt (z.B. Dynamik bis 40.000 EUR BU-Jahresrente, Ausbaugarantie und (sofern der Versicherte bei Abschluss des Vertrags nicht Schüler, Student oder Hausfrau /-mann war) Nachversicherungsgarantie.

##### 2.4.2 Anzeigepflichten des Kunden während der Vertragslaufzeit

##### Hintergrund:

Der deutsche Gesetzgeber hat (auch) die Versicherer verpflichtet, dem Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) ab 2017 zu melden, in welchen Staaten außerhalb Deutschlands ihre Kunden steuerlich ansässig sind. Ist das der Fall müssen die Versicherer die ausländischen Steueridentifikationsnummern der betroffenen Kunden in Erfahrung bringen und an das BZSt melden.

Mit diesem Gesetz setzt Deutschland den internationalen Standard zum automatischen Informationsaustausch in Steuersachen um. Deutschland, alle anderen EU-Staaten und insgesamt über 50 weitere Staaten haben sich bereits 2014 in einem multilateralen Abkommen verpflichtet, Kundendaten auf Basis eines von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) erarbeiteten Standards untereinander auszutauschen.

##### Auszug Bedingungstext § 4 Abs. 3:

„Wir sind gesetzlich verpflichtet, Informationen über Ihren steuerlichen Status zu erheben und in bestimmten Fällen zu melden. Dazu zählen:

- Ihre ausländische Steueridentifikationsnummer,
- Ihr Geburtsdatum und -ort sowie
- Ihr ständiger Wohnsitz.

Sie sind dazu verpflichtet, die notwendigen Informationen

- bei Abschluss des Vertrags,



- bei relevanten Änderungen nach Abschluss des Vertrags oder
- auf unsere Nachfrage mitzuteilen.

Wenn Sie außerhalb Deutschlands steuerlich ansässig sind, sind wir verpflichtet, eine Meldung an die zuständige Steuerbehörde abzugeben.

Bitte beachten Sie: Diese Meldepflicht gilt auch dann, wenn wir von Ihnen die notwendigen Angaben nicht erhalten haben.“

### Bewertung:

Die von der Alte Leipziger verwendete Formulierung in den Bedingungen zur Erlangung der benötigten Daten zum Steuerstatus Ihrer Kunden, um der eigenen gesetzlichen Meldepflicht gegenüber den Steuerbehörden nachkommen zu können, ist nur bedingt gelungen und lässt offen, welche Informationen der Kunde dem Versicherer in diesem Zusammenhang nach Vertragsabschluss unaufgefordert melden muss. Bei Abschluss des Vertrages ist der Umfang der Anzeigepflicht auf die Antragsfragen begrenzt.

Der Kunde ist aber gemäß den vorliegenden Bedingungen verpflichtet nach Abschluss des Vertrages, alle relevanten Änderungen in Bezug auf seinen steuerlichen Status dem Versicherer zu melden.

Da die Aufzählung in Absatz 3 nicht abgeschlossen ist („Dazu zählen: ...“) und der Begriff „relevante Änderungen“ nicht erläutert wird, bleibt offen, was vom Kunden zu melden ist und was nicht.

Im Ergebnis liegt hier eine verhüllte Obliegenheit vor, die im Zweifel wegen Intransparenz unwirksam sein könnte. Da aber kaum ein kausaler Zusammenhang bei Nichtmeldung von steuerrelevanten Veränderungen durch den Kunden mit einem Leistungsfall des Versicherten vorstellbar ist, halten sich die möglichen Konsequenzen des Versicherers in Bezug auf den Vertrag des Kunden in Grenzen.

### Anmerkung:

Da die gesetzliche Meldepflicht zur Änderung der Steuerdaten der Kunden alle Versicherer trifft und von diesen an die Kunden „weitergereicht“ werden wird, sollte in der Dokumentation auf diese Meldepflicht des Kunden deut-

lich hingewiesen werden.

Grundsätzlich haben alle Vermittler die Verpflichtung bei wesentlichen Änderungen der steuerlichen Situation ihrer Kunden einen aktualisierten Geldwäschefragebogen aufzunehmen, sofern der Kunde beispielsweise im Bereich der Lebens- oder Berufsunfähigkeitsversicherung beraten wird.

### Weitergehende Anmerkung zur Meldepflicht des Kunden während der Vertragslaufzeit:

Der Verzicht des Versicherers auf Meldung von Änderungen gefahrerheblicher Umstände durch den Kunden findet sich an ganz anderer Stelle (§7 Abs. 8) unter der Überschrift „Weltweiter Schutz im Beruf und in der Freizeit“. Diese Platzierung erscheint auch nicht ganz gelungen zu sein.

### 2.4.3 Dynamikregelung mit unklaren und „nicht gewollten“ Auswirkungen

In § 1 der ZB Dynamik findet sich folgende Regelung:

„ ... Ausnahme: Wenn sich der Beitrag außerhalb der Dynamik ändert, beziehen wir den Prozentsatz auf den aktuellen Beitrag vor der Erhöhung. ...“

Diese Regelung ist neu und könnte nach dem Wortlaut der Bedingungen dazu führen, dass der Mehrbeitrag, der nach einer Erhöhung des Berufsunfähigkeits-schutzes im Rahmen der Ausbaugarantie im bestehenden Vertrag, zu zahlen ist, nicht mit dynamisiert wird.

Das könnte dann folgende Auswirkungen haben: Der Kunde zahlt vor Erhöhung des Versicherungsschutzes über die Ausbaugarantie 50 Euro pro Monat. Er erhöht den Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit innerhalb des Vertrages über die Ausbaugarantie auf 2.500 Euro und zahlt nun 150 Euro pro Monat. Maßstab der zukünftigen Dynamik sind (auch nach der Erhöhung) die 50 Euro.

In einer Stellungnahme vom 09.12.2016 des Versicherers an den Autor zu dieser Regelung stellt die Alte Leipziger dazu klar, dass (entgegen ihrer bisherigen Auskünfte zu dieser Regelung) die Bemessungsgrundlage der Dynamik immer der vor dem Dynamikzeitpunkt zuletzt gültige (Brutto)Beitrag des Vertrages ist. Diese Interpretation der vertraglichen Regelung ist m.E. durch den

Bedingungstext nicht gedeckt. Die Bedingungsformulierung wird vom Versicherer selbst in seiner Stellungnahme als „möglicherweise irritierend“ bezeichnet.

Daher ist jedem Kunden zu empfehlen, zu seinem Vertrag nach diesem Tarif vom Versicherer eine einzelvertragliche Klarstellung zu diesem Punkt anzufordern, solange keine Korrektur der Bedingungen erfolgt ist.

### Fazit

Die Bedingungen der Berufsunfähigkeitsversicherung der Alte Leipziger LV a.G. Stand 01.2017 sind aufgrund der vorgenommenen sprachlichen und strukturellen Änderungen, trotz ihres Gesamtumfanges (die AVB der SBU haben nun 25 Seiten) für den Endverbraucher leichter zu lesen und zu verstehen, als die Vorgängerversionen. Die inhaltlichen Änderungen, insbesondere die unterschiedliche Funktionsweisen der ereignisabhängigen und der ereignisunabhängigen Nachversicherungsgarantien und die Auswirkungen auf zukünftige dynamische Erhöhungen führen allerdings zu einem zusätzlichen Erklärungsbedarf. Die Qualität des insgesamt von der Alte Leipziger angebotenen BU-Versicherungsschutzes hat sich, mit Ausnahme der Regelung zur ereignisabhängigen Nachversicherungsgarantie für Schüler, Studenten sowie Hausfrauen und -männern, insgesamt nochmals leicht verbessert. Aufgrund des schon sehr hohen Qualitätsniveaus der Vorgängerversionen sind die Verbesserungen naturgemäß eher in Randbereichen des BU – Versicherungsschutzes zu finden.

Die noch vereinzelt bestehenden Reserven in Bezug auf noch transparentere Bedingungsformulierungen sollten im Rahmen der nächsten Auflage der Bedingungen realisierbar sein.

Hinweis: Die Langversion des „Produkt(änderungs)-Checks AL SBU 01.2017“ mit Hintergrundinformationen und den maßgeblichen Bedingungs-texten finden Sie unter folgendem Link xxxxxxxx



INTERVIEW

# „Einstufung durch bloße Messung von Minuten lebensfremd“

Risiko & Vorsorge  
im Gespräch mit  
**Micha Hildebrandt**  
zum Thema **Pflegetagegeld**



*Micha Hildebrandt:  
Mitglied des Vorstandes der  
vigo Krankenversicherung VVaG  
aus Düsseldorf, verantwortlich  
für Vertrieb und Marketing.*

**Wie bewerten Sie die Folgen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) hinsichtlich eines möglichen Leistungsanspruches der lediglich Pflegepflichtversicherten?**

Eine Anpassung war längst überfällig. Insbesondere die Besserstellung für Menschen mit kognitiven Einschränkungen war notwendig. Das geänderte Begutachtungsverfahren mit dem Ansatz, die Beeinträchtigung der Selbständigkeit als Gradmesser zu verwenden, begrüße ich sehr. Schon zu Zeiten meines Zivildienstes, den ich im Pflegebereich ableistete, empfand ich die Einstufung durch bloße Messung von Minuten – vorrangig bei körperlichen Defiziten – lebensfremd.

Nicht übersehen werden darf bei der Reform jedoch, dass die Leistungen nicht pauschal höher geworden sind. Wenn man dem Ansatz folgt, z.B. im stationären Bereich Pflegestufe 1 (1.064 Euro mtl.) mit Pflegegrad 2 (770 Euro mtl.) vergleichen zu wollen, ist eine Leistungskürzung von fast 30% festzustellen. Zudem steigen die Kosten für Pflege laufend an und das SGB sieht keine Dynamisierung der Leistungen vor. Die demographische Entwicklung ist nicht wie von vielen behauptet das größte Problem, sondern die konkreten Kosten bei der Erbringung der Unterstützung

bzw. Pflege. Was bringt dem Pflegepflichtversicherten ein Pflegetagegeld in Höhe von 316 Euro für Pflegegrad 2 oder 545 Euro für Pflegegrad 3, wenn in der Praxis erheblich höhere Aufwände anfallen? Es bleibt dabei, dass die Pflegepflichtversicherung nur eine „Teilkasko“ ist und bei der Finanzierung im Fall der Fälle oft große Lücken bleiben. Das hat auch Gesundheitsminister Gröhe immer wieder bestätigt.

Ab 01. Januar 2017 gilt übrigens ein einheitlicher Eigenanteil für Bewohner eines Alten- oder Pflegeheims von ca. 600 Euro monatlich für die Pflegegrade 2-5. Makler sollten ihre Kunden jedoch darauf hinweisen, dass darüber hinaus Eigenanteile für Unterkunft, Verpflegung und anteilige Investitionskosten der Einrichtung berücksichtigt werden sollten. Die echte „Pflegelücke“ liegt dann häufig deutlich höher.

**Welche der alten drei Pflegestufen entsprechen in etwa den neuen fünf Pflegegraden?**

Zu unterscheiden ist hier zwischen bestehenden Leistungsfällen (nach Pflegestufen), die automatisch nach einer festgelegten Matrix übergeleitet werden und Personen, die erstmalig nach dem neuen Verfahren begutachtet werden. Solange durch eine Folgebegutachtung durch

*Schaubild für Überleitungsfälle*

Von	Nach
Pflegestufe 0	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I mit eingeschränkter Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II mit eingeschränkter Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III / Härtefall	Pflegegrad 5
Pflegestufe III mit eingeschränkter Alltagskompetenz	Pflegegrad 5

den Begutachtungsdienst kein anderer Pflegegrad festgestellt wird, behalten Pflegebedürftige weiterhin diese Einstufung.

Anders sieht es bei Personen aus, die bisher noch nicht pflegebedürftig waren und in 2017 erstmalig begutachtet werden. Da die Gewichtung nun stärker im Bereich kognitiver Einschränkungen liegt, sind Fälle denkbar, die nach altem Recht noch nicht einmal Pflegestufe 1 erhalten hätten, nun aber z.B. Pflegegrad 3 zugesprochen bekommen. Die Praxis der konkreten Anwendung der Begutachtungsrichtlinien durch den MDK und Medicproof wird Details ans Tageslicht bringen.

**Welche Auswirkungen hat die aktuelle Pflegereform auf die Produktgestaltung Ihres neuen Tarifes gehabt und welche neuen Leistungen beinhaltet dieser?**

Technisch gesehen ist unser Düsseldorfer Pflegegeld eine Weiterentwicklung des bisherigen Tarifes (PT). Positive Nebeneffekte: Der Bestand ist bereits mehrere tausend Personen stark. Eine Anpassung des Rechnungszinses war nicht notwendig. Der neue Produktname ist als Hommage an unseren Vorreitertarif im Bereich flexibler Pflegetagegeldtarife („Düsseldorfer Pflegetagegeld“, Launch in 2006) und in Anlehnung an unseren Unternehmensstandort zu verstehen.

Neben der Beitragsbefreiung im Leistungsfall ab Pflegegrad 2 und kundenfreundlicher Dynamisierungsmöglichkeit ohne Gesundheitsfragen, haben wir den Tarif um weitere Merkmale ergänzt. So sind nun Assistenzleistungen und ein Optionsrecht bei Änderungen des Pflegebedürftigkeitsbegriffes integriert. Die vorher schon geltende rückwirkende Leistung bei verspäteter Meldung der Pflegebedürftigkeit erfolgt nun ohne Frist. Neu ist auch, dass der Versicherungsschutz pauschal weltweit gilt, vorher war dies nur über eine besondere Vereinbarung möglich.

Wichtig war uns, dass alle 5 Pflegegrade flexibel und Zusatzbausteine (Erhöhung der stationären Leistung, Einmalleistung und Dynamik im Leistungsfall) optional abschließbar sind.

Wir wissen von Maklern und Kunden, dass diese Freiheiten geschätzt werden. Nur das abzusichern, was wirklich gewollt ist, führt zu einem günstigen Beitrag.

**Worauf sollte Ihres Erachtens besonders geachtet werden, wenn eine ergänzende Pflegetagegeldversicherung abgeschlossen wird?**

Der Bedarf des Kunden sollte im Vordergrund stehen. Wenn dieser beispielsweise noch nicht sicher weiß, ob später eine Pflege in den eigenen vier Wänden oder doch stationär erfolgt, könnte eher eine unabhängig vom Pflegegrad konstant hohe Absicherung favorisiert werden. Hier halte ich starre Kompakttarife, die prozentual abgestuft leisten, für unpassend. Das Düsseldorfer Pflegegeld er-

möglicht auch Varianten, in denen die gewünschten Pflegegrade gleich hoch abgesichert werden können.

**Weshalb bietet Ihr Haus keine Pflegekostenversicherung an? Was spricht dafür? Was spricht dagegen?**

Das ist natürlich eine Glaubensfrage. Und wir glauben, dass Betroffene und deren Angehörige im Leistungsfall sicherlich Besseres zu tun haben als sich um ein kompliziertes Nachweisverfahren der anfallenden Kosten zu kümmern. Die Pflegekostenversicherung erstattet nur gegen Rechnung, also wenn die Pflege durch professionelle Fachkräfte durchgeführt wird oder wenn ein bestimmtes Hilfsmittel angeschafft wurde. Das Düsseldorfer Pflegegeld dagegen ist wesentlich flexibler. Die Leistung aus unserer Pflegetagegeldversicherung erfolgt ohne Zweckbindung zur freien Verfügung und macht es für alle Beteiligte einfacher. Die vereinbarte Tagegeldhöhe wird nach Bewilligung automatisch Monat für Monat an den Kunden überwiesen.

**Wann und wie werden die Kunden über die Auswirkungen des PSG II informiert? Welche Leistungs- und Beitragsänderungen ergeben sich?**

Bereits vor einigen Tagen verschickten wir an alle Versicherten im Tarif PT je einen erläuternden Informationsbrief, einen Nachtrag zum Versicherungsschein sowie die neuen Bedingungen, die ab 01.01.2017 gültig sind. Wer zuvor Versicherungsschutz für die Pflegegrade 3, 2, 1 und 0 hatte, erhält ab 01.01.2017 eine Absicherung in allen 5 Pflegegraden. Die Höhe der jeweiligen Tagegelder hängt vom konkreten vorigen Versicherungsschutz ab. Da Demenz bzw. eingeschränkte Alltagskompetenz künftig kein eigener Betrachtungsbereich mehr sein wird, entfällt der seinerzeit dafür abschließbare Zusatzbaustein dementsprechend. Bei bestehenden Demenzbausteinen erfolgt eine Umverteilung in Form eines erhöhten Pflegetagegeldes auf die neuen Pflegegrade. Zudem erfolgt bei der Umstellung jeweils eine Rundung auf volle Euro. Eine pauschale Prozentangabe als Umrechnungsschlüssel ist insofern nicht möglich.

Aktiv werden müssen die Kunden grundsätzlich nicht und brauchen auch keine

Wechseloptionen anfragen, da sie automatisch ohne erneute Gesundheitsprüfung auf die neue Systematik der Pflegegrade umgestellt werden. Wir setzen Rückstellungen ein, um die Höhe der Beitragsanpassung zu begrenzen. Insgesamt können wir von lediglich moderaten Erhöhungen sprechen. Es gibt sogar Fälle, in denen der Beitrag gesenkt wird.

**Welche Erfahrungen hat Ihr Haus bislang im Rahmen der Leistungsregulierung mit vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung bei der Beantragung von Pflegetagegeldtarifen gehabt? Welcher Faktor spielt dabei die Art der Gesundheitsprüfung?**

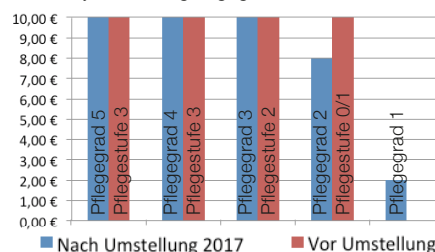
Glücklicherweise müssen wir dieses „letzte Mittel“ nur sehr selten nutzen, was wir darauf zurückführen, dass wir stets geschlossene Gesundheitsfragen stellen. Das bringt für Makler zudem eine erhöhte Haftungssicherheit mit sich und macht den Antragsablauf sowie das Prozedere im Leistungsfall einfacher. Wir halten an diesem System der einfachen und geschlossenen Gesundheitsfragen auch für das Düsseldorfer Pflegegeld fest.

**Ab wann kann Ihr neuer Tarif abgeschlossen werden und wo finden Interessierte nähere Informationen?**

Das Düsseldorfer Pflegegeld kann ab sofort und mit frühestem Beginn 01/2017 abgeschlossen werden. Als Informationsplattform empfehle ich Maklern [www.pflegetagegeld.de](http://www.pflegetagegeld.de). Diese wird vom Maklerpool insuro betrieben, der auf die Pflegezusatzversicherung spezialisiert ist. Dort findet sich neben weitergehenden Informationen und Unterlagen zum Tarif auch eine Möglichkeit, sich zu Onlineschulungen anzumelden.

**Risiko & Vorsorge dankt für das Interview.**

Zur groben Orientierung ein Schaubild: PT-Musterkunde, der für die Pflegegrade 3, 2, 1 und „0“ je 10 € Pflegetagegeld versichert hatte:



# Gekürzter Höchstbeitrag zur Basisrente sinkt 2017

Beiträge zu privaten Basisrentenverträgen, die über den steuerlich abzugsfähigen Höchstbetrag der maßgeblichen Vorsorgeaufwendungen hinausgehen, laufen steuerlich ins Leere. Im Ergebnis zahlt der Kunde dann auf Leistungen seiner Basisrente den hohen Steuersatz der Steuerschicht 1, obwohl er durch die von ihm gezahlten Beiträge keinen Steuervorteil hatte. Aus diesem Grund sollte jeder Basisrentenkunde prüfen, ob seine Basisrentenbeiträge im laufenden und kommenden Jahr vollständig steuerlich abzugsfähig sind. Da der Steuerberater oft erst im Nachgang (nach Abschluss des Steuerjahres) die Unterlagen seiner Mandanten bekommt, sollten Vermittler rechtzeitig ihre Basisrentenkunden zu diesem Thema beraten.



Von Martin Seichter

Der Gesetzgeber hat 2015 den Höchstbetrag der steuerlich abzugsfähigen Vorsorgeaufwendungen zu Basisrentenverträgen erfreulicherweise dynamisiert, nachdem der Höchstbetrag bis inkl. 2014 fest bei

- 20.000 Euro (gilt für Steuerpflichtige, die nach Grundtabelle veranlagt werden / Ledige und dauernd getrennt lebende Ehe- und eingetragene Lebenspartner) bzw.
- 40.000 Euro (gilt für Steuerpflichtige, die nach Splittingtabelle veranlagt werden / nicht dauernd getrennt lebende Ehe- und eingetragene Lebenspartner) lag. Die Regelung zum dynamisierten Höchstbetrag findet sich nun in § 10 Abs.3 des EStG.

Unter den oben genannten Höchstbetrag fallen alle im jeweiligen Kalenderjahr erbrachten Aufwendungen des Steuerpflichtigen für Versicherungsverträge der Steuerschicht 1. Das sind z.B. Beiträge

- zur gesetzlichen Rentenversicherung,
- zu landwirtschaftlichen Alterskassen,
- zu berufsständischen Pflichtversicherungswerken, deren Mitglieder in ihrer jeweiligen Tätigkeit (z.B. als Arzt, Apotheker oder Rechtsanwalt) aufgrund der Mitgliedschaft im berufsständischen Versorgungswerk von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind

und

- zu privat abgeschlossenen Basisrentenversicherungen (umgangssprachlich auch Rüruprente)

Der **Höchstbetrag** der steuerlich abzugsfähigen Vorsorgeaufwendungen der **Steuerschicht 1** nach § 10 Abs.3 Satz 1 und 2 EStG **berechnet sich seit 2015 wie folgt, siehe Tabelle 1.**

### **Kürzung des Höchstbetrages bei bestimmten Personengruppen (z.B. auch GGF mit bAV-Anwartschaft)**

**Bei Abgeordneten mit Einkünften im Sinne von § 22 Nr. 4 EStG**

und

bei **Personen, die während des ganzen oder einem Teil des Kalenderjahres**

- **in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungsfrei bzw. auf Antrag befreit sind**

(z.B. Beamte, Richter, Berufssoldaten, Soldaten auf Zeit, Empfänger von Amtsbezügen, Beschäftigte bei Trägern der Sozialversicherung, Kirchenbeamte und Geistliche in öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnissen, Diakonissen, Lehrkräfte an nicht öffentlichen Schulen)

oder

- **nicht der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht unterliegen, eine Berufstätigkeit ausgeübt haben und denen in diesem Zusammenhang auf Grund vertraglicher Vereinbarungen Anwartschaftsrechte auf eine Altersversorgung\* zustehen**

(z.B. Vorstandsmitglieder von Aktiengesellschaften, beherrschende Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH)

Tabelle 1

Jahr	BBG der knappschaftlichen RV	Beitragssatz zur knappschaftlichen RV	Höchstbetrag	davon abzugsfähig (§10 Abs. 3 Satz 6 EStG)
2016	91.800 Euro	24,8%	22.766,40 EUR	82%
2017	94.200 Euro	24,8%	23.361,60 EUR	84%



ist der Höchstbetrag nach § 10 Abs.3 des EStG um den fiktiven Betrag zu kürzen, der dem Gesamtbeitrag (Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil) zur gesetzlichen Rentenversicherung entspricht. Bemessungsgrundlage für den Kürzungsbetrag sind die erzielten steuerpflichtigen Einnahmen aus der jeweiligen Tätigkeit, höchstens der Betrag der Beitragsbemessungsgrenze Ost in der gesetzlichen Rentenversicherung.

Die Kürzung des Höchstbetrages

- tritt bei Bestehen jeglicher Art von bAV-Anwartschaft im Rahmen des aktuellen Dienstverhältnisses ein, unabhängig von der gewählten Art der Ausgestaltung der bAV (Durchführungsweg, Art der Finanzierung, etc.) und
- erfolgt unabhängig von der Höhe der tatsächlich vom GmbH Gesellschafter-Geschäftsführer in betriebliche Altersversorgung im Rahmen des aktuellen Dienstverhältnisses umgewandelten bzw. der für ihn gezahlten Beiträge. **Solche bAV-Anwartschaften führen selbst dann zur Kürzung des Höchstbetrages, wenn die bAV beitragsfrei gestellt wurde.**

Anwartschaften auf bAV aus einem früheren Arbeitsverhältnis sind hingegen unschädlich und führen nicht zur Kürzung des Höchstbetrages.

Bei zusammen veranlagten Ehegatten/ eingetragenen Lebenspartnern ist für jeden gesondert zu prüfen, ob und in welcher Höhe der gemeinsame Höchstbetrag nach § 10 Abs.3 des EStG zu kürzen ist.

**Der zu berücksichtigende Kürzungs(höchst)betrag** nach § 10 Abs.3 **berechnet sich wie folgt, siehe Tabelle 2.**

Der Kürzungsbetrag bestimmt sich nach den im jeweiligen Veranlagungszeitraum geltenden Beitragssatz zur gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) und den Einnahmen des nicht rentenversicherungspflichtigen Arbeitnehmers aus der die fehlende Rentenversicherungspflicht begründenden Tätigkeit, max. der GRV-Beitragsbemessungsgrenze Ost.

Sollte die von der Kürzung des Höchstbetrages betroffene Person (z.B. GGF mit bAV) also weniger als den Betrag der

**Tabelle 2**

Jahr	BBG der gesetzlichen RV (Ost)	Beitragssatz zur gesetzlichen RV	Kürzungs(höchst)betrag
2016	64.800 Euro	18,7%	12.117,60 Euro
2017	68.400 Euro	18,7%	12.790,80 Euro

**Tabelle 3**

Jahr	Höchstbetrag	abzgl. Kürzungs(höchst)betrag	gekürzter Höchstbetrag
2016	22.766,40 Euro	12.117,60 Euro	10.648,80 Euro
2017	23.361,60 Euro	12.790,80 Euro	10.570,80 Euro

BBG der gesetzlichen RV (Ost) in seiner maßgeblichen beruflichen Tätigkeit verdienen, ist bei der Berechnung des Kürzungsbetrages nach § 10 Abs.3 sein tatsächliches Einkommen anzusetzen.

Der **gekürzte Höchstbetrag** der steuerlich abzugsfähigen Vorsorgeaufwen-

dungen der **Steuerschicht 1** nach § 10 Abs.3 **berechnet sich dann wie folgt, siehe Tabelle 3:**

Die Zulässigkeit der Kürzung wurde mehrfach höchstrichterlich überprüft und bestätigt (z.B. BFH-Urteil XR35/12 vom 15.07.2014)

**FAZIT**

Da der steuerlich förderfähige gekürzte Höchstbetrag 2017 sinkt, sollte der Basisrentenbeitrag für 2017 rechtzeitig angepasst/gesenkt werden, um den steuerlich förderfähigen Beitrag auch 2017 nicht zu überschreiten.

**Hinweis zur Gestaltungsmöglichkeit einer Basisrente:**

Sofern Ihr Kunde den steuerlich (nach § 10 Abs.3 EStG) förderfähigen Höchstbeitrag einer privaten Basisrente ausschöpfen will und kann, bieten sich zwei Möglichkeiten der Vertragsgestaltung an.

**1. Sockelbeitrag mit jährlichen Zuzahlungen**

- Vorteil:
  - a) geringe laufende Beitragsbelastung
  - b) Möglichkeit den steuerlich förderfähigen Höchstbeitrag am Ende des Jahres durch Zuzahlung flexibel auszuschöpfen

- Nachteil:
  - a) bei fondsgebundenen Basisrenten geht der Cost-Average-Effekt (Durchschnittskosteneffekt)bezogen auf die Zuzahlung verloren
  - b) bei Vereinbarung einer Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit zahlt der Versicherer im BU-Leistungsfall nur den geringen laufenden Beitrag weiter.

**2. laufender mtl. Beitrag in Höhe von 1/12 des steuerlich förderfähigen Höchstbeitrages**

- Vorteil:
  - a) bei fondsgebundenen Basisrenten wird der Cost-Average-Effekt (Durchschnittskosteneffekt) optimal ausgenutzt
  - b) bei Vereinbarung einer Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit zahlt der Versicherer im BU-Leistungsfall den hohen laufenden Beitrag weiter.

- Nachteil:
  - a) hohe laufende Beitragsbelastung und
  - b) bei Erhöhung des steuerlich förderfähigen Höchstbeitrages kann es (in Abhängigkeit vom gewählten Tarif) Probleme geben den laufenden Beitrag des Vertrages ohne Risikoprüfung zu erhöhen, wenn eine BU-Beitragsbefreiung mitversichert ist
  - c) bei Reduzierung des förderfähigen Höchstbeitrages muss die notwendige Reduzierung des laufenden Beitrages rechtzeitig vereinbart werden.

**Unabhängig von der gewählten Vertragsgestaltung entsteht bei Basisrentenverträgen ein regelmäßiger (in der Regel jährlicher) Beratungs- und Anpassungsbedarf.**



INTERVIEW

# „Unsere Tarife decken alle relevanten Aspekte ab“

Risiko & Vorsorge im Gespräch mit **Benno Schmeing** zum Thema Pflege



*Benno Schmeing:*

*Vorstand der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., der Süddeutschen Lebensversicherung und der Süddeutschen Allgemeinen Versicherung. Ab 2017 verantwortlich für die Bereiche Versicherungstechnik, Betrieb und Kapitalanlage.*

Wie bewerten Sie die Folgen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG) hinsichtlich eines möglichen Leistungsanspruches der lediglich Pflegepflichtversicherten?

Es wird ein Anstieg der Leistungsfälle um ca. 20% erwartet. Hintergrund sind die bisher nicht pflegebedürftigen Personen, die künftig im Pflegegrad 1 Ansprüche erhalten. Für Pflegepflichtversicherte besteht grundsätzlich die Möglichkeit, eine Pflegezusatzversicherung abzuschließen. Als Ergänzung zur Grundabsicherung bieten wir unseren PFLEGEprivat Fördertarif zur Minimalabsicherung an und den PFLEGEprivat Ergänzungstarif als „Rundumsorglos-Paket“.

Welche der alten drei Pflegestufen entsprechen in etwa den neuen fünf Pflegegraden?

Überleitungsmatrix

Pflegestufe	Pflegegrad
0 + EA	2
I	2
I + EA	3
II	3
II + EA	4
III	4
III H	5
III + EA	5
III + HF + EA	5

Quelle: DAV Papier  
(EA = erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, HF = Härtetfall)

Welche Verschlechterungen und Verbesserungen gegenüber der alten Rechtslage sehen Sie für allein Pflegeversicherte?

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff stellt eine Verbesserung dar. Denn es wird nicht mehr auf den Hilfebedarf bei Verrichtungen des täglichen Lebens abgestellt, sondern auf gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeit und des daraus resultierenden Hilfebedarfs. Eine Verschlechterung findet aus unserer Sicht nicht statt.

Welche Auswirkungen hat die aktuelle Pflegereform auf die Produktgestaltung der Neutarife Ihres Unternehmens gehabt?

Wir haben unsere bisherigen Pflegetagesgeldtarife dem PSG II angepasst.

Welche Auswirkungen hat das PSG II auf das Prämienniveau Ihrer Tarife in den Sparten Pflegetagesgeld- oder Pflegebahrversicherung gehabt?

Unsere Beiträge für den Neuzugang und Bestand haben sich moderat gesteigert. Die Erhöhungen für den Neuzugang betragen im Durchschnitt im Pflegetagesgeld Tarif PG ca. 6%; im Pflegebahr-Tarif PZ ca. 3%.

Gibt es Leistungen, die Sie gerne in Ihre Produkte integriert hätten, die aber aufgrund der gesetzlichen Vorgaben nicht umsetzbar waren? Falls ja: welche?

Aus unserer Sicht gibt es keine derartigen Leistungen, die von Relevanz gewese-

sen wären, da unsere Tarife modern und an den Kundenbedürfnissen ausgerichtet sind. Sie decken somit alle relevanten Aspekte ab.

Worauf sollte Ihres Erachtens besonders geachtet werden, wenn eine ergänzende Pflegetagesgeld- oder Pflegebahrversicherung abgeschlossen wird?

Durch das PSG II bleibt bei stationärer Pflege der einrichtungsindividuelle Selbstbehalt in den Pflegegraden 2–4 gleich. Für einen bedarfsgerechten Versicherungsschutz muss der stationäre Versicherungsschutz unabhängig vom ambulanten Schutz in den Pflegegraden 2–4 gleich hoch abschließbar sein.

Sehen Ihre neuen Tarife zur Absicherung des Pflegefalls (Pflegetagesgeld / Pflegebahr) Verschlechterungen gegenüber den bisherigen Tarifen vor? Falls ja: welche?

Nein.

Sofern Sie keine Pflegekostenversicherung anbieten sollten: Weshalb bietet Ihr Haus keine Pflegekostenversicherung an? Was spricht dafür? Was spricht dagegen?

Die SDK bietet derzeit keine Pflegekostenversicherung an.

- unflexibler Tarif, die Versicherten können nicht frei über den Erstattungsbeitrag verfügen
- nur sinnvoll, wenn ausschließlich professionelle Pflege durch einen Pflegedienst oder ein Heim finanziert werden soll

### Wann und wie werden die Kunden über die Auswirkungen des PSG informiert?

Erstmalig erfolgte eine Information im Juli 2016. Unsere Mitglieder wurden über die relevanten Änderungen aufgrund des PSG II hingewiesen.

Im Oktober erhielten die Mitglieder zusätzliche detaillierte Informationen zum PSG II sowie die auf das PSG II geänderten AVB.

Ende November erhielten die Mitglieder Ihre persönlichen Policen mit den auf das PSG II umgestellten Tarifen.

### Wann und wie werden die Kunden über eine Wechseloption innerhalb Ihres Hauses informiert?

Da wir eine bestandswirksame Umstellung durchgeführt haben, sind keine gesonderten Wechseloptionen notwendig. Selbstverständlich bieten unsere Tarife Optionen zur Verbesserung des Versicherungsschutzes.

### Erfolgt die Anpassung prämieneutral und ohne Gesundheitsprüfung? Bedeutet eine Tarifumstellung eine Mehrprämie? Kann der Kunde eine etwaige Differenz ohne Gesundheitsprüfung nachverschichern? Führt eine mögliche Tarifumstellung für Bestandskunden zu einem geänderten Höchstrechnungszins?

Die Anpassung erfolgte aufgrund der deutlichen Leistungserweiterung nicht prämieneutral. Die Kunden wurden so umgestellt, dass keine Leistungseinschränkung nach Umstellung auf PSG II besteht. Deshalb war auch keine Gesundheitsprüfung notwendig. Die Umstellung aufgrund PSG II hat keine Rechnungszinsänderung zur Folge.

### Hatten Sie bereits Leistungsfälle in Ihrem Hause bezogen auf die Sparte Pflegebahrgeld?

Ja, es gibt bei uns derzeit vier aktive Leistungsvorgänge, die unfallbedingt pflegebedürftig sind.

### Welche Erfahrungen hat Ihr Haus bislang im Rahmen der Leistungsregulierung mit vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung bei der Beantragung von Pflegegeld- bzw. Pflegebahrtarifen gehabt?

Bisher wurden keine Auffälligkeiten bzw. besondere Abweichungen im Vergleich zu anderen Krankenversicherungstarifarten festgestellt.

### Weshalb sollten Makler den Versicherungsschutz für Ihre Kunden über Ihr Unternehmen abschließen? Welche besonderen Vorteile bieten Sie Ihren Versicherten?

- Flexible und individuelle Absicherung für jeden Pflegegrad: Der Kunde entscheidet selbst, welche Geldleistung er bei ambulanter bzw. stationärer Pflege erhalten möchte, d.h. keine prozentuale Festlegung der tariflichen Leistungen im ambulanten und stationären Bereich und eine individuelle Unterscheidung der Pflegegelder je Pflegegrad
- Leistungsdynamik ohne Endalter, auch im Leistungsfall
- Beitragsbefreiung ab Pflegegrad 2
- Mit der Anwartschaftsversicherung sichert sich der Kunde das Recht, den Versicherungsschutz zu einem späteren Zeitpunkt zu erweitern – ohne neue Gesundheitsprüfung.
  - Der Optionstarif ist bis zum 60. Lebensjahr abschließbar.
  - Die Option kann zum 30., 35., 40., ... und letztmalig zum 65. Lebensjahr ausgeübt werden. Voraussetzung ist, dass noch keine Pflegebedürftigkeit besteht.
- Unternehmensstärken: Top Auszeichnungen (zum dritten Mal in Folge hat die SDK 2016 den Deutschen Fairnesspreis erhalten; zum fünften Mal in Folge zeichnet Focus Money die SDK als fairsten privaten Krankenversicherer aus, sehr niedrige BaFin-Beschwerdequote, stabile Beitragspolitik, hohe Empfehlungsbereitschaft, hervorragende Unternehmenskennzahlen)

### Ab wann können Ihre neuen Tarife abgeschlossen werden?

Die Tarife können ab sofort beantragt werden. Frühestmöglicher Versicherungsbeginn ist der 01.01.2017.

### Bieten Sie Versicherungsschutz ohne Gesundheitsfragen bzw. mit vereinfachten Gesundheitsfragen für die Pflegegeldversicherung an? Falls ja: wie lauten diese?

Bei Beantragung einer ergänzenden Pflegekrankenversicherung (Ausnahme Tarif PZ/PZM) sind vom Antragsteller zwei Gesundheitsfragen zu beantworten. Wird eine Frage mit „ja“ beantwortet, ist ein Vertragsabschluss für die betreffende Person leider nicht möglich. Für die mit „\*“ gekennzeichneten Erkrankungen kann jedoch geprüft werden, ob dennoch Versicherungsschutz angeboten werden kann.

1. Besteht bereits Pflegebedürftigkeit (auch wenn noch nicht ärztlich festgestellt), Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung oder wurden jemals Anträge auf Leistungen aus einer privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherung bzw. Anträge auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung gestellt?

2. Besteht oder bestand innerhalb der letzten 5 Jahre eine der folgenden Erkrankungen? Gehirnblutung, Hirntumor, Hirnleistungsstörungen, Parkinson, Alzheimer, Demenz, Creutzfeld-Jakob, Osteoporose\*, Amyotrophische Lateralsklerose, Muskelatrophie, Muskeldystrophie, Knochenmarkinsuffizienz (Aplastische Anämie), Sarkoidose\*, Kinderlähmung, Querschnittslähmung, Fehlbildungen\*, Down-Syndrom, Chorea Huntington, Multiple Sklerose, Arteriosklerose / Arterienverkalkung, Koronare Herzkrankheit (z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Bypass-Operation, Ischämie), Schlaganfall, Leberzirrhose, Leberfibrose, chronische Hepatitis, chronische Nierenerkrankungen\*, Krebs, Diabetes mellitus („Zucker“), psychische Erkrankungen\*, HIV-Infektion, rheumatische Erkrankungen, Morbus Bechterew, Lungenemphysem, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Koma, Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit

Risiko & Vorsorge dankt für das Interview.

# 11 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 Dezember 2016 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, hat in den vergangenen Jahren sehr oft die InterRisk gezeigt. So wird etwa seit Ende März 2011 im XXL-Tarif vollständig auf einen Ausschluss für Bewusstseinsstörungen verzichtet. Da ein Gold in der Unfallsparte unverändert neben dem Erfüllen der Mindeststandards auch 80 Prozent oder mehr der Höchstpunktzahl bedeutet, vergrößert sich stetig der Abstand zu den früher hoch gerateten Tarifen. Denken Sie einfach mal an Eigenbewegungen. Diese waren noch vor wenigen Jahren außer bei maxPool und InterRisk nahezu nirgends mitversichert, heutzutage finden sie sich bei einer Reihe von Unfallversicherern in den jeweiligen Hochleistungstarifen. Der vollständige Verzicht auf Kürzung der Leistung wegen Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen wurde erstmals zum April 2010 von der VHV eingeführt und hat bereits mehrere Nachahmer gefunden.

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 wurden in der Vergangenheit ebenfalls dynamische Leistungsratings durchgeführt. Seit April 2010 wurden stattdessen die Mindeststandards neu definiert und vor allem stark ausgeweitet. Dies hat den Vorteil, dass ein Makler oder Kunde bei Entscheidung für einen mit Gold oder Silber gerateten Anbieter genau weiß, welche Leistungen mindestens erbracht werden. In beiden Sparten waren die tatsächlichen Innovationen der vergangenen Jahren – abgesehen von einer sich ausweitenden Mietsachsachschadendeckung – eher gering. Gleichzeitig

hat nahezu jeder Reiter oder Hundebesitzer einen ähnlichen Mindestanspruch, so dass es hier Sinn machte, feste Standards zu definieren anstatt weiter dem dynamischen Ansatz zu folgen. Gleiches gilt für die Pflagegeld- bzw. Pflegegeldversicherung.

Für die Privathaftpflichtversicherung würde sich abweichend ein dynamisches Leistungsrating durchaus anbieten. Dagegen sprachen jedoch zum einen, dass auch hier besonders hohe Mindeststandards im Sinne einer umfassenden Existenzabsicherung vorrangig sicher zu stellen waren, zum anderen der reine Arbeitsaufwand. Die Vielzahl möglicher Kriterien würde nicht nur eine rechtliche Bewertung voraussetzen, welche Leistungseinschlüsse tatsächlich eine Besserstellung gegenüber einer fehlenden Klarstellung bedeuten würde; vor allem aber wäre ein Aufwand von leicht 5 bis 6 Stunden nötig, um auch nur einen einzigen Tarif hinreichend ausführlich für einen vergleichende Bewertung zu erfassen. Dies wurde als impraktikabel verworfen, zumal bereits die Definition der im Heft benannten Mindeststandards eine gute Selektion ermöglichte. 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, dass 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 grundsätzlich 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 2016 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.

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	108	983	03.12.2016
Hundealterhaftpflichtversicherung	nein	89	547	04.12.2016
Pferdealterhaftpflichtversicherung	nein	86	495	23.09.2016
Hausratversicherung	nein	76	565	22.09.2016
Wohngebäudeversicherung	nein	75	449	22.09.2016
Jagdhaftpflichtversicherung	ja	63	528	12.10.2016
Unfallversicherung	ja	99 (27)*	1.326 (360)*	16.12.2016
stationäre Krankenzusatzversicherung	ja	38	109	20.12.2016
Pflegetagegeld / Pflegegeld	nein	32	379	10.12.2016
Pflegebahrversicherungen	ja	16	16	09.12.2016
Funktionsinvaliditätsversicherung	ja	16 Unfall /6 Leben	145 Unfall/71 Leben	20.12.2016

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

### Aktuell mit „Gold“ bewertete Tarife in den Sach- und Haftpflichtsparten, Stand: 16.12.2016

#### 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 05.2015)
- **Konzept & Marketing** (allsafe home – die Hausratversicherung, Stand 05.2016)

#### Wohngebäude

- **Konzept & Marketing** (allsafe casa – die Eigenheimversicherung, Stand 05.2016)
- **Konzept & Marketing** (allsafe domo – die Wohngebäudeversicherung, Stand 05.2016)

#### 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 06.2016) mit 20 Mio. Euro Deckung
- **Konzept & Marketing** (prime, Stand 06.2016) mit 50 Mio. Euro Deckung
- **Konzept & Marketing** (perfect, Stand 06.2016) 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
- **VHV** (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 07.2014) mit 50 Mio. Euro Deckung
- **VHV** (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv und Baustein Best-Leistungs-Garantie, Stand 07.2014) 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 01.01.2016) 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

#### Pferdehalterhaftpflicht

- **ConceptIF** (ConceptIF complete best advice, Stand 22.09.2015) mit 20 Mio. Euro Deckung
- **Haftpflichtkasse Darmstadt** (Komfort PLUS, Stand 01.01.2016) 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 07.2014) mit 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-Hunde-Unfallversicherung) mit 6, 10 und 15 Mio. Euro Deckung
- **Inter** (Premium, Stand 11.2016) mit 10 Mio. Euro Deckung

Die ungekürzten Ergebnisse finden Sie in „Risiko & Vorsorge“ 2/2016 sowie aktualisiert in der kommenden Ausgabe 1/2017.

# Rating Stationäre Krankenzusatztarife



- 1- und 2-Bettzimmertarife
- 2-Bettzimmertarife

<b>Basis:</b>	Tarife im Test: 109 stationäre Ergänzungs- und Optionstarife Anbieter im Test: 38
<b>Wertung:</b>	Gold, Silber, Bronze
<b>Stand:</b>	20.12.2016

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 Aus-

land. Da der Versicherte damit aus dem gesetzlichen Krankenversicherungssystem heraus fällt, 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 Ein-

schlüsse 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 Älterwerden 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

Beitragsveränderungen der Tarifkombinationen SE 1 + SEK bzw. SE 2 + SEK

Beispiel für einen 43-jährigen Mann								
Tarifkombination	01.01.2004	01.01.2005	01.01.2006	01.01.2007	01.01.2008	01.01.2009	01.01.2010	Vergleich 2004 zu 2010
SE 1 + SEK	66,52	61,31	58,34	58,34	57,50	57,50	57,50	-13,56
SE 2 + SEK	59,57	53,40	50,87	50,87	50,03	50,03	50,03	-16,01
Beispiel für eine 43-jährige Frau								
Tarifkombination	01.01.2004	01.01.2005	01.01.2006	01.01.2007	01.01.2008	01.01.2009	01.01.2010	Vergleich 2004 zu 2010
SE 1 + SEK	64,60	58,47	54,43	54,43	54,08	54,08	57,78	-10,56
SE 2 + SEK	56,53	49,74	46,66	46,66	46,04	46,04	48,20	-14,74

für beide Kalkulationsverfahren: dagegen helfen auch Alterungsrückstellungen nichts.

Dass Beitragserhöhungen bei Tarifen mit Alterungsrückstellungen nicht zwangsläufig sein müssen, zeigt zumindest für den Kurzfristvergleich recht eindrucksvoll das Tarifwerk der Gothaer (siehe Tabelle oben).

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 Prämien einsparungen 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 An-

bieter 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 sicher stellen, 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-Bettzimmer tarife  
25 bis 55 Jahre  
(ohne Klinik-Tarife)  
**54,61 €**

2-Bettzimmer tarife  
25 bis 55 Jahre  
(ohne Klinik-Tarife)  
**38,92 €**

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.

Nimmt man den Vergleich aus „Risiko & Vorsorge“ 4/2009, S. 55 als Maßstab, so ist die Durchschnittsprämie bei den 31 bis 55jährigen für Männer um ca. 32%, bei den Frauen um gut 19% niedriger. Bezogen auf die Vergleichsgruppen der 31 bis 90jährigen Männer und Frauen waren die Vergleichsprämie im Mittel um ca. 13% bzw. ca. 6% teurer. Die Bewertungen des Prämienniveaus von Tarifen ohne Alterungsrückstellungen erfolgten daher für den Vergleich bisher mit einem pauschalen

Aufschlag von 15% (Männer) und 5% (Frauen).

Aufgrund des Unisexurteils sind Prämien ab dem 21.12.2012 geschlechtsneutral zu kalkulieren. Vor diesem Hintergrund wurde die Berechnung des Zuschlages einer erneuten Überprüfung unterzogen, da das generelle Prämienniveau sich durch die Umsetzung des Urteils insbesondere bei herkömmlich kalkulierten Tarifen erheblich erhöht hat.

Im Vergleich zu Tarifen ohne Alterungsrückstellungen erscheint nunmehr ein Zuschlag von 45% als geeignet, um eine hinreichende Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Dieser Zuschlag errechnete sich aus dem Vergleich von Neugeschäftstarifen bei Kalkulation auf Basis der Lebensversicherung im Vergleich zu Tarifen auf Risikobasis und ist in den oben ausgewiesenen Durchschnittsprämien für die bereits erfassten Tarifen einberechnet.

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/Bedeutung (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/Bedeutung (Prämienniveau)

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

### Note/Bedeutung (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

Einzelrating Bedingungen		
Gesellschaft	1- und 2-Bettzimmer tarife	Wertung
Barmenia	TopS, Stand 01.2013	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Bedingungen <b>GOLD</b>
Allianz	Ambulante OP Krankenhaus + Krankenhaus Best, Stand 01.2013	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Bedingungen <b>SILBER</b>
Axa	Komfort Start-U, Stand 12.2014**	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Bedingungen <b>SILBER</b>
	Komfort-U, Stand 04.2014	
UniVersa	uni-SZ, Stand 01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Bedingungen <b>SILBER</b>
Hallesche	CSAW.1, Stand 01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Bedingungen <b>BRONZE</b>
Inter	INTER QualiMed Z® Stationär Tarif S1, Stand 01.2013*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Bedingungen <b>BRONZE</b>






## Rating Stationäre Krankenzusatztarife







Einzelrating Bedingungen		
Gesellschaft	2-Bettzimmertarife	Wertung
<b>Advigon</b>	privat stationär, Baustein privarzt spezial, Stand 10.2015*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>GOLD</b>
<b>Allianz</b>	Ambulante OP Krankenhaus + Krankenhaus Plus, Stand 01.2013	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>GOLD</b>
<b>Alte Oldenburger</b>	K 50, Stand 01.2013	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>GOLD</b>
<b>Arag</b>	262, Stand 05.2016	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>GOLD</b>
<b>BBKK</b>	KlinikPRIVAT2, Stand 01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>GOLD</b>
<b>Continentale</b>	SG2, Stand 01.2016	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>GOLD</b>
<b>Die Bayerische</b>	V.I.P. stationär Komfort, Stand 05.2014*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>GOLD</b>
<b>DKV</b>	KGZ2, Stand 07.2015	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>GOLD</b>
<b>Hallesche</b>	CSAW.2, Stand 01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>GOLD</b>
<b>Inter</b>	INTER QualiMed Z® Stationär Tarif S2, Stand 01.2013	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>GOLD</b>
<b>Signal Iduna</b>	KlinikTOP, Stand 01.2013; KlinikTOP1pur, Stand 01.2013	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>GOLD</b>
<b>Union</b>	KlinikPRIVAT/2, Stand 01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>GOLD</b>
<b>uniVersa</b>	uni-SZ II, Stand 01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>GOLD</b>
	uni-SZ II plus, Stand 10.2016	
<b>Concordia</b>	SZ2 und SZ PLUS, Stand 01.2013	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>SILBER</b>
<b>Gothaer</b>	MediClinic2, Stand 01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>BRONZE</b>





## Rating Stationäre Krankenzusatztarife

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: . . . <b>GOLD</b>
Die Bayerische	V.I.P stationär Prestige, Stand 01.05.2014*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: . . . <b>GOLD</b>
Hanse-Merkur	PSG, Stand 01.01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: . . . <b>GOLD</b>
HUK-Coburg	SZ, Stand 01.2013	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: . . . <b>GOLD</b>
Inter	INTER QualiMed Z® Stationär Tarif S1, Stand 01.2013*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: . . . <b>GOLD</b>
Janitos	JA Stationär Plus, Stand 01.2013*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: . . . <b>GOLD</b>
LKH	S400E, Stand 03.2013	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: . . . <b>GOLD</b>
Provinzial Hannover	KHPu, KHPUu, Stand 01.2013	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: . . . <b>GOLD</b>
Axa	Komfort-U, Stand 04.2014	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: . . . <b>SILBER</b>
Barmenia	S+, Stand 01.2013	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: . . . <b>BRONZE</b>
Concordia	SZ1, Stand 01.2013	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: . . . <b>BRONZE</b>
Gesellschaft	2-Bettzimmertarife	Wertung
Inter	INTER QualiMed Z® Stationär Tarif S2, Stand 01.2013*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: . . . <b>GOLD</b>
	Nicht vergeben	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: . . . <b>SILBER</b>
Arag	262, Stand 01.05.2016	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: . . . <b>BRONZE</b>

## Rating Stationäre Krankenzusatztarife


Einzelrating Prämienniveau für das Eintrittsalter 25 bis 55 Jahre		
Gesellschaft	2-Bettzimmertarife	Wertung
Concordia	Tarif: SZ 2, Stand 01.2013	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: ... <b>BRONZE</b>
Die Bayerische	V.I.P. stationär Komfort, Stand 01.05.2014)*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: ... <b>BRONZE</b>
uniVersa	SZII, Stand 01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: ... <b>BRONZE</b>

Preis- / Leistungsniveau		
Gesellschaft	1- und 2-Bettzimmertarife	Wertung
Axa	Komfort-U, Stand 04.2014	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungsniveau: ... <b>GOLD</b>
Barmenia	Top S, Stand 01.2013	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungsniveau: ... <b>GOLD</b>
Die Bayerische	V.I.P. stationär Prestige, Stand 01.05.2014)*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungsniveau: ... <b>GOLD</b>
Inter	INTER QualiMed Z® Stationär Tarif S1, Stand 01.2013*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungsniveau: ... <b>GOLD</b>
Advigon	privat stationär, Baustein komfort premium, Stand 10.2015*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungsniveau: ... <b>SILBER</b>
Janitos	JA stationär plus, Stand 01.2013*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungsniveau: ... <b>SILBER</b>

	Nicht vergeben	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungsniveau: ... <b>BRONZE</b>
Gesellschaft	2-Bettzimmertarife	Wertung
Arag	262, Stand 01.05.2016	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungsniveau: ... <b>GOLD</b>
Die Bayerische	V.I.P. stationär Komfort, Stand 01.05.2014)*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungsniveau: ... <b>GOLD</b>
Inter	INTER QualiMed Z® Stationär Tarif S1, Stand 01.2013*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungsniveau: ... <b>GOLD</b>
	Nicht vergeben	



## Rating Stationäre Krankenzusatztarife

Preis- / Leistungsniveau		
Gesellschaft	2-Bettzimmertarife	Wertung
	Nicht vergeben	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungslevel <b>SILBER</b>
<b>Concordia</b>	SZ2 und SZ PLUS, Stand 01.2013	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungslevel <b>BRONZE</b>
<b>Gothaer</b>	MediClinic2, Stand 01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungslevel <b>BRONZE</b>

*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 tritt 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.

Bislang orientierte sich die Einstufung der Pflegebedürftigen in Pflegestufen an dem statistisch durchschnittlichen Zeit-aufwand für einzelne Pflegeverrich-tungen. Nunmehr soll sich die Einstufung daran orientieren, wie selbstständig der Einzelne trotz Pflegebedürftigkeit in sei-ner täglichen Lebensführung ist. Je nach dem Grad dieser Selbstständigkeit wer-den Punkte vergeben. Durch die neue Unterteilung in fünf Pflegegrade soll die Bewertung der konkreten Pflegebedür-ftigkeit deutlich individueller erfolgen und dabei körperliche, geistige und psy-chische Beeinträchtigungen gleichwertig berücksichtigen. Insbesondere soll nun-mehr Demenzen besser gerecht werden können, die körperlich oft kaum beeinträchtigt sind und von der bisherigen Pflegedefinition daher nur unzureichend erfasst werden konnten. Dementielle Er-krankungen werden daher nun in allen Pflegegraden mitberücksichtigt.

Zukünftig sollen sowohl Versicherte und Pflegebedürftige durch eine vereinfachte Bürokratie entlastet werden. Wer bereits als pflegebedürftig anerkannt ist, soll automatisch in das neue System über-geleitet werden. In der Regel soll die Überleitung die Pflegebedürftigen min-destens gleich gut oder besser stellen. Ähnliches soll gelten für Menschen, die bereits bis Ende dieses Jahres einen Antrag auf Pflegeleistungen stellten und nach dem bisherigen Begutachtungs-verfahren eingestuft wurden: siehe Ta-belle oben.

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

Anders als bisher gilt ab 2017 ein einheitlicher Eigenanteil bei stationärer Pflege, da zuvor viele Pflegebedürftige aus Sorge 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 beson-dere Vereinbarungen mit der zuständigen Pflegekasse voraussetzten, werden nun deutlich vereinfacht und ohne zusätz-lichen bürokratischen Aufwand erbracht.

Um neu eingeführte Leistungen finanzia-ren zu können, wird der Beitragssatz zur gesetzlichen Pflegepflichtversicherung um 0,2 Prozentpunkte auf nunmehr 2,55 Prozent für Personen mit Kindern bzw. 2,8 Prozent für Kinderlose erhöht. Gep-lant 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 betragen 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).<sup>1</sup>

Orientiert man sich an den bislang be-kannten statistisch verbleibenden Kosten für Pflegebedürftige nach Vorleistung der gesetzlichen oder privaten Pflegepflicht-versicherung, so bleibt festzuhalten, dass auch diese Pflegereform die Probleme nicht lösen kann und somit höchstens eine „Teilkasko“ darstellt. Berücksichtigt man einen pflegeeinrichtungsabhängigen Eigenanteil in den Pflegegraden 2 bis 5 von in der Regel mindestens 600 Euro für die Bewohner von Alten- und Pflege-heimen und, dass keine automatische Anpassung der benannten Geld- und Sachleistungen vorgesehen ist, so muss die gesetzliche Pflegeversicherung wei-terhin als „Teilkasko“ angesehen werden.

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

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:** 09.12.2016

**Hinweise:** Für dieses Rating wurden alle bekannten Anbieter von Pflegebahrtarifen um aktuelle Unterlagen gebeten. Aufgrund der aktuellen Pflegereform zum 01.01.2017 wurden nur solche Tarife für dieses Rating berücksichtigt, zu denen bei Redaktionsschluss bereits die neuen Verbraucherinformationen und Prämiensätze vorlagen.

Bei einigen Unternehmen befanden sich diese noch in Überarbeitung, so dass entweder keine oder nur unvollständige Informationen zur Verfügung gestellt werden konnten, andere haben zwar bereits die ratingrelevanten Daten zur Verfügung gestellt, doch konnten Angaben aufgrund fehlender Verbraucherinformationen nicht verifiziert werden.

Ausdrücklich verweigert wurde die Zusendung von Unterlagen für eine Bewertung von den Unternehmen HUK-Coburg 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 PflegeproAlle 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 Versicherten unbürokratisch bis zum 31.03. des Folgejahres beantragt und kann auch nur für insgesamt einen Vertrag gewährt werden.

Versicherungsleistungen sind nach § 127 SGB XI Absatz 4 in allen 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.

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 Gesundheitszu-

stand 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 Leistungsfalles 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](https://www.destatis.de/DE/Presse-Service/Presse/Pressemitteilungen/2013/01/PD13_018_611.html;jsessionid=7C4A612AD1171C80D1EC3215B13E3596.cae2)



Pflegebahrtarife

	ALTE OLDENBURGER	Axa / DBV	Barmenia	Baye-rische Beamten-krankenkasse	Central	Debeka	DEVK	DKV	ERGO Direkt	Envivas	Hallesche	Nürnberg-er	Provinzial Kranken-versicherung Hannover	R+V	SDK	SDK*	Union Kranken-versicherung
Tarif	Pflege Bahr	GEPV	Förder-Pflege (DFPV)	Förder-Pflege	central. pflege	EPG	DEVK-Förder-pflege	Kombi-Med Förder-Pflege (KFP)	FÖRDER-PFLEGE-SCHUTZ (GEPV)	Pflege Aktiv	FÖRDER-bar	NPV	VGH Pflege-Bahr	R+V-Pflege Förder-Bahr (PKB)	PZ	PZM*	Förder-Pflege
Wartezeitverzicht	nein (5 Jahre)	nein (5 Jahre) Die Wartezeit entfällt bei gleichzeitigem Abschluss mit Tarif VARIO	nein (5 Jahre)	nein (5 Jahre) Die Wartezeit entfällt bei gleichzeitigem / späterem Abschluss eines der beiden Tarife PflegePRIVAT Premium / PflegePRIVAT Premium Plus Außerdem muss ein Neuabschluss / eine Tagessatzerhöhung in den Tarifen PflegePRIVAT erfolgen.	nein (5 Jahre)	nein (5 Jahre)	nein (5 Jahre)	nein (5 Jahre)	nein (5 Jahre) Die Wartezeit entfällt bei gleichzeitigem Abschluss der Tarife PZ1, PZ2 bzw. PZ3 (ab 2017 für das Neugeschäft geschlossen)	nein (5 Jahre)	generell nein (5 Jahre), mit Gesundheitsprüfung ja	nein (5 Jahre) Die Wartezeit entfällt bei gleichzeitigem Abschluss der Tarife PTF und / oder PTS					
abweichend Wartezeitverzicht bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja
bedingungsseitige Definition des Unfallbegriffs	nein	nicht zutreffend	nein	nein	nein	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nicht zutreffend	nein	nein	nein	nein
Dynamikoption (falls ja: alle 3 Jahre)	nein	nein	ja 10%, max. in Höhe der allg. Inflationsrate	nein	ja (max. 10%)	ja	ja	nein**	nein	ja (max. 10%)	nein	nein	nein	ja (max. 10%)	nein	nein	nein
Dynamikoption ohne Höchstalter	nicht zutreffend	nicht zutreffend	ja	nicht zutreffend	ja	ja	ja	nicht zutreffend**	nicht zutreffend	ja	nicht zutreffend	nicht zutreffend	nicht zutreffend	ja	nicht zutreffend	nicht zutreffend	nicht zutreffend
Dynamik auch nach Eintritt des Leistungsfalls	nicht zutreffend	nicht zutreffend	ja	nicht zutreffend	ja	nein	ja	nicht zutreffend**	nicht zutreffend	ja	nicht zutreffend	nicht zutreffend	nicht zutreffend	nein	nicht zutreffend	nicht zutreffend	nicht zutreffend
Eintrittsalter: 20 Jahre	1.704,00 €	840,00 €	1.145,03 €	1.410,00 €	1.980,00 €	842,70 €	1.140,00 €	1.515,30 €	1.260,50 €	1.980,00 €	1.800,00 €	1.740,00 €	1.704,00 €	1.013,40 €	1.240,00 €	1.430,00 €	1.410,00 €
Eintrittsalter: 30 Jahre	1.177,50 €	670,00 €	761,42 €	1.020,00 €	1.980,00 €	641,03 €	750,00 €	905,40 €	1.013,51 €	1.980,00 €	1.230,00 €	1.140,00 €	1.177,50 €	716,70 €	970,00 €	1.080,00 €	1.020,00 €
Eintrittsalter: 40 Jahre	792,00 €	600,00 €	600,00 €	690,00 €	1.980,00 €	600,00 €	600,00 €	600,00 €	731,71 €	1.980,00 €	810,00 €	750,00 €	792,00 €	600,00 €	720,00 €	780,00 €	690,00 €
Eintrittsalter: 50 Jahre	600,00 €	600,00 €	600,00 €	600,00 €	1.980,00 €	600,00 €	600,00 €	600,00 €	600,00 €	1.980,00 €	600,00 €	600,00 €	600,00 €	600,00 €	600,00 €	600,00 €	600,00 €

## Rating Pflegebahr

	ALTE OLDENBURGER	Axa / DBV	Barmenia	Baye-rische Beamten-kranken-kasse	Central	Debeka	DEVK	DKV	ERGO Direkt	Envivas	Hallesche	Nürn-berger	Provincial Kranken-versiche-rung Hannover	R+V	SDK	SDK*	Union Kranken-versiche-rung
Tarif	Pflege Bahr	GEPV	Förder-Pflege (DFPV)	Förder-Pflege	central. pflege	EPG	DEVK-Förder-pflege	Kombi-Med Förder-Pflege (KFP)	FÖRDER-PFLEGE-SCHUTZ (GEPV)	Pflege Aktiv	FÖRDER-bar	NPV	VGH Pflege-Bahr	R+V-Pflege Förder-Bahr (PKB)	PZ	PZM*	Förder-Pflege
Eintritts-alter: 60 Jahre	600,00 €	600,00 €	600,00 €	600,00 €	1.980,00 €	600,00 €	600,00 €	600,00 €	600,00 €	1.980,00 €	600,00 €	600,00 €	600,00 €	600,00 €	600,00 €	600,00 €	600,00 €
Eintritts-alter: 70 Jahre	600,00 €	600,00 €	600,00 €	600,00 €	1.980,00 €	600,00 €	600,00 €	600,00 €	600,00 €	1.980,00 €	600,00 €	600,00 €	600,00 €	600,00 €	600,00 €	600,00 €	600,00 €
Pflege-grad 5	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Pflege-grad 4	40%	85%	80%	70%	40%	90%	75%	40%	40%	60%	50%	40%	40%	100%	50%	50%	70%
Pflege-grad 3	30%	45%	60%	40%	30%	65%	50%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	70%	30%	30%	40%
Pflege-grad 2	20%	35%	30%	20%	20%	30%	25%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	30%	20%	20%	20%
Pflege-grad 1	10%	10%	10%	10%	10%	15%	15%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%
Eintritts-alter: 20 Jahre	15,00 €	15,12 €	15,00 €	15,04 €	15,74 €	15,00 €	15,20 €	21,11 €	15,00 €	18,68 €	15,00 €	15,08 €	15,00 €	15,00 €	15,00 €	15,02 €	15,04 €
Eintritts-alter: 30 Jahre	15,00 €	15,08 €	15,00 €	15,30 €	21,38 €	15,00 €	15,25 €	20,19 €	15,00 €	26,37 €	15,17 €	15,16 €	15,00 €	15,00 €	15,04 €	15,01 €	15,30 €
Eintritts-alter: 40 Jahre	15,00 €	18,00 €	17,70 €	15,41 €	32,74 €	19,02 €	17,80 €	20,00 €	15,00 €	39,30 €	15,39 €	15,00 €	15,00 €	18,72 €	15,12 €	15,13 €	15,41 €
Eintritts-alter: 50 Jahre	17,24 €	25,50 €	27,24 €	20,00 €	50,95 €	26,82 €	27,00 €	29,58 €	18,00 €	59,57 €	17,60 €	18,32 €	17,24 €	28,80 €	18,06 €	17,10 €	20,00 €
Eintritts-alter: 60 Jahre	27,32 €	38,76 €	43,86 €	31,60 €	81,58 €	40,02 €	42,60 €	44,50 €	27,84 €	93,13 €	28,40 €	29,40 €	27,32 €	46,04 €	27,60 €	26,64 €	31,60 €
Eintritts-alter: 70 Jahre	47,40 €	64,80 €	75,78 €	54,00 €	137,71 €	64,80 €	70,20 €	75,76 €	46,50 €	154,31 €	49,60 €	50,44 €	47,40 €	79,00 €	46,08 €	45,12 €	54,00 €

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

\*\* Im Tarif PZM können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die selbst oder im Rahmen der Familienhilfe bei der mhplus Betriebskrankenkasse versichert sind. Der Versicherte hat die Beendigung des Versicherungsverhältnisses mit der mhplus Betriebskrankenkasse dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Alle Angaben mit Stand 01.01.2017

## I. Leistungsrating



**WFS 1 (Gold) für die geförderte  
Pflegetagegeld- 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  
Pflegetagegeld- 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

<b>Basis:</b>	Tarife und Tarifkombinationen im Test: 379 Anbieter im Test: 31
<b>Wertung:</b>	Gold, Silber, Bronze
<b>Stand:</b>	10.12.2016

### 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

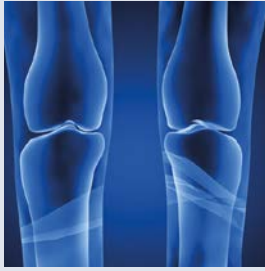
Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherungen: Bedingungsrating				
Gesellschaft	Tarif	Maximal versicherbares Pflegegeld	Pflegegrad	Wertung
<b>Bayerische Beamtenkrankenkasse</b>	AVB/EPV-VT - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (Unisex), Stand: 01.01.2017; Tarif 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	 <b>GOLD</b> Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung
<b>Union Krankenversicherung</b>	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	 <b>GOLD</b> Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung
<b>AXA</b>	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	 <b>SILBER</b> Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung
<b>Bayerische Beamtenkrankenkasse</b>	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	 <b>SILBER</b> Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung
<b>Hallesche</b>	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	 <b>SILBER</b> 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	 <b>SILBER</b> Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung
<b>Union Krankenversicherung</b>	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	 <b>SILBER</b> Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung
<b>Vigo</b>	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	 <b>SILBER</b> 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	 <b>SILBER</b> 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	 <b>SILBER</b> Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung
<b>Central</b>	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	 <b>BRONZE</b> Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung

## 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, 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, vollstationär Pflegegrad 1: bis 900 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär	 Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung <b>BRONZE</b>
	MB/EPV 2017, Tarif PT – Düsseldorfer Pflegegeld: 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, vollstationär Pflegegrad 1: bis 900 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär	 Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung <b>BRONZE</b>
	MB/EPV 2017, Tarif PT – Düsseldorfer Pflegegeld: 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, vollstationär Pflegegrad 1: bis 900 Euro häuslich, teilstationär, vollstationär	 Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung <b>BRONZE</b>



# Rating Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV Unfall)



■ FIV als Unfallversicherung

<b>Basis:</b>	FIV als Unfallversicherung: 145 Tarife 16 Anbieter im Test
<b>Wertung:</b>	Gold, Silber, Bronze
<b>Stand:</b>	20.12.2016

# Rating Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV Leben)



■ FIV als Lebensversicherung

<b>Basis:</b>	FIV als Lebensversicherung: 71 Tarife 6 Anbieter im Test
<b>Wertung:</b>	Gold, Silber, Bronze
<b>Stand:</b>	20.12.2016

## 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.<sup>1</sup> 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.

<sup>1</sup> 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, Barmeria, 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 Sparkassenversicherung, 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 einziger verkaufsoffener Anbieter wird von Janitos seit dem 01.12.2012 als sechste Leistungsart neben einer Krebsrente auch eine Dread-Disease-Rente angeboten, von der Signal Iduna in ihren mittlerweile geschlossenen Tarifen Kapitalleistungen bei einem Grad der Behinderung von mindestens 50 bzw. Einmalleistungen bei bestimmten schweren Krankheiten. Swiss Life Partner sieht im Existenzschutz Plus zusätz-

liche Leistung bei Tod der versicherten Person vor, sofern bei Tod auf Grund einer Krebserkrankung des Stadiums/ Grades IV, Organrente, Grundfähigkeitenrente, 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.

### 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
- prämienneutrale 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 Un-

fall- 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 150 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 142 bis 149; Gesamtgewichtung: 2%)  
(*Leistungsvoraussetzungen, Pflegerentenbeginn, 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 Versicherer noch deutlich geringer zu bewerten, doch dürfte die Mitversicherung des Verlustes des Sehsinns 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](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. 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.

## Aktuelle Marktentwicklungen

Ab dem 01.01.2017 wird **Cardea Life** die Produktlinie CARDEA.life einstellen und die Tarife – ansonsten unverändert – unter der einheitlichen Marke **Prisma-Life** anbieten. Dies betrifft unter anderem auch die bewertete Funktionsinvaliditätsversicherung und auch die Tarifvarianten mit BU plusEco und ohne BU. Der Tarif wird ab dem 1.1.2017 unter dem Namen Prisma MultiSafe angeboten. Da die Verbraucherinformationen erst nach Fertigstellung der Ratingergebnisse zur Kenntnis gebracht wurden, wurden diese hier nicht weiter berücksichtigt.

Änderungen im Hause **Allianz** betreffen seit Juli 2016 die nunmehr optional wählbare Krebsrente sowie die Erweiterungen der Grundfähigkeiten um „Gebrauch einer Hand“, „Heben/Tragen“, „Greifen/Halten“, „Schreiben“, „Sitzen“ und „Stehen“. Weitere Änderungen sind

eher rudimentärer Natur.

Im Juni 2016 wurde die Existenzschutzversicherung der Axa grundlegend überarbeitet. Unter anderem gilt nun als neue Höchstversicherungsdauer die Vollendung des 67. anstelle des 65. Lebensjahres. Mit Ausnahme einer möglicherweise weiterhin lebenslangen Pflegerente im Erwachsenentarif sind nunmehr allerdings alle Leistungen auf die Vollendung des 67. Lebensjahres begrenzt, die Krebsleistungen auf 12 Monate (Grad / Stadium II) bzw. 60 Monate (Grad / Stadium III und IV). Im Rahmen der Organrente gab es eine Reihe Modifizierungen, davon vieles Verschlechterungen. Dafür wurde die Grundfähigkeitenrente in sehr vielen Punkten deutlich verbessert.










Janitos hat seine Multi-Rente bereits im April 2016 aktualisiert. Hier wurde der Schwellenwert für die Prämienanpassungsklausel von bisher 10 auf nunmehr

5 Prozent reduziert (Ziffer 7.3). Im Rahmen der Dread-Disease-Rente wurde ein Ausschluss für Knochenmarkstransplantationen neu aufgenommen (Ziffer 5.3.7). In der Organrente wurde im Zusammenhang mit der Absicherung des Herzkrankheitenrisikos der Verweis auf die Herz-Thorax-Ratio gestrichen. Im Rahmen der Pflegerente schließlich wurde der Verweis auf die bis Ende 2016 geltenden Pflegestufen gestrichen und durch eine SGB-unabhängige Definition ersetzt. Abschließend wurde noch die Reaktivierungsklausel präzisiert.

Für die Tarifgenerationen 2008 und 2009 der Multi-Rente hat die Janitos am 20.12.2016 eine Prämienanpassung für die Bisex-Erwachsenentarife angekündigt. Für die Altтарife findet auch eine Bedingungsänderung zur Anpassung an das Zweite Pflegestärkungsgesetz statt.

## 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) <b>GOLD</b>
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) <b>GOLD</b>
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) <b>GOLD</b>
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) <b>GOLD</b>
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) <b>SILBER</b>
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) <b>SILBER</b>
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) <b>SILBER</b>
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) <b>SILBER</b>
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) <b>BRONZE</b>

**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 189 bis 194; Gesamtgewichtung: 3%)  
(*Kapitalsofortleistungen bei erstmaligem Eintritt des Leistungsfalls, Kapitalleistungen bei schweren Operationen, Mitversicherung von Rehakosten etc.*)
- IV. Nachversicherungsgarantien (Fragen 195 bis 203; 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 150 bis 188; Gesamtgewichtung: 7%) \*

(weitere versicherte Krankheiten und deren Leistungsvoraussetzungen)

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

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

- XI. Leistungen der Pflegerente (Fragen 142 bis 149; 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 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. In Deutschland überleben 50% aller männlichen und 59% aller weiblichen Patienten eine Krebsdiagnose länger als 5 Jahre. Mehr zur Überlebensrate bei verschiedenen Krebsarten finden Sie im Internet unter [http://www.internisten-im-netz.de/de\\_prognose\\_1235.html](http://www.internisten-im-netz.de/de_prognose_1235.html).

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


### Abstufung der Bewertungen

Da Versicherer den Leistungsumfang ihrer Produkte naturgemäß nicht einheitlich definieren, gibt es hier auch Abstufungen in der Bewertung einzelner vertraglicher Leistungen. In der Regel gilt dabei, dass die jeweils beste versicherte Leistung mit 16 Punkten, 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 Alttarife, 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
CARDEA.life	CARDEA safety first BU plusExzellent Aktueller Bedingungsstand: 01.2013	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) <b>GOLD</b>
CARDEA.life	CARDEA safety first mit BU plusEco Aktueller Bedingungsstand: 01.2013	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) <b>GOLD</b>
<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 Motorrads:</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>		
CARDEA.life	CARDEA safety first Aktueller Bedingungsstand: 01.2013	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) <b>GOLD</b>
<p><i>Produktdetails:</i> Leistungen siehe oben, allerdings ohne Leistung und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit</p>		
Swiss Life	Swiss Life Vitalschutz Premium mit Swiss Life Schwere-Krankheiten-Option Aktueller Bedingungsstand: 10.2015	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) <b>SILBER</b>
Swiss Life	Swiss Life Vitalschutz Komfort mit Swiss Life Schwere-Krankheiten-Option Aktueller Bedingungsstand: 10.2015	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) <b>SILBER</b>
<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>Höchst Eintrittsalter:</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 übersteigenden 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 Motorrads:</i> ja</p>		
Volkswohl Bund	Existenz-Versicherung (SKV+) mit Erste-Hilfe-Baustein und ohne Sofortrabatt Aktueller Bedingungsstand: 01.2014	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) <b>SILBER</b>
Volkswohl Bund	Existenz-Versicherung (SKV) mit Erste-Hilfe-Baustein und ohne Sofortrabatt Aktueller Bedingungsstand: 01.2014	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) <b>SILBER</b>
Volkswohl Bund	Existenz-Versicherung (SKV+) mit Erste-Hilfe-Baustein und mit Sofortrabatt Aktueller Bedingungsstand: 01.2014	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) <b>SILBER</b>
Volkswohl Bund	Existenz-Versicherung (SKV) mit Erste-Hilfe-Baustein und mit Sofortrabatt Aktueller Bedingungsstand: 01.2014	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) <b>SILBER</b>

## Rating Funktionsinvaliditätsversicherungen

Bedingungsrating FIV als Lebensversicherung		
Gesellschaft	Tarif	Wertung
<p><i>Produktdetails: Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja (Grundfähigkeiten, Pflegebedürftigkeit) / Mindesteintrittsalter: 18 Jahre (Versicherungsnehmer), 15 Jahre (versicherte Person) / Höchsteintrittsalter: nicht zutreffend (Versicherungsnehmer), 52 Jahre (versicherte Person) / versicherbare monatliche Rentenhöhe bei Antragsstellung: 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 Volkswohl Bund und dessen Wettbewerbern das Nettoeinkommen bzw. die 1.500 Euro-Grenze nicht überschreiten) / Anwartschaftsdynamik: optional (keine oder gemäß Verbraucherpreisindex, min. um 2,5% p.a.) / lebenslange Krebsrente: nein (Einmalleistung von 12 Monatsrenten im Rahmen des optionales Erste-Hilfe-Bausteins) / Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja / Für den Vertrag geltendes Recht: Recht der Bundesrepublik Deutschland / Aufsichtsrecht: zuständig ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Bereich Versicherungen) / Gesetzlicher Insolvenzschutzfonds: ja (Protector Lebensversicherungs-AG)</i></p>		
Allianz	KörperSchutzPolice E230 mit Dread-Disease-Baustein Aktueller Bedingungsstand: 06.2016	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) <b>BRONZE</b>
Allianz	KörperSchutzPolice E230 mit Dread-Disease-Baustein und mit Pflegezusatzrente Aktueller Bedingungsstand: 06.2016	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) <b>BRONZE</b>
<p><i>Produktdetails: Anwartschaftsdynamik: optional (keine oder 3% p.a.) / Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja (Grundfähigkeiten, Pflegebedürftigkeit) / Mindesteintrittsalter: 18 Jahre (Versicherungsnehmer), 15 Jahre (versicherte Person) / Höchsteintrittsalter: nicht zutreffend (Versicherungsnehmer), 54 Jahre (versicherte Person) / versicherbare monatliche Rentenhöhe bei Antragsstellung: zwischen 50 und 5.000 Euro monatlich (max. 80% des Nettoeinkommens zum Zeitpunkt der Antragsstellung. Im Rahmen einer späteren Nachversicherungsoption maximal 70% des Nettoeinkommens) / lebenslange Krebsrente: nein (Einmalleistung von 12 Monatsrente) / Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja / Für den Vertrag geltendes Recht: Recht der Bundesrepublik Deutschland / Aufsichtsrecht: zuständig ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Bereich Versicherungen) / Gesetzlicher Insolvenzschutzfonds: ja (Protector Lebensversicherungs-AG)</i></p>		
Nürnberger	NÜRNBERGER HandwerkerSchutz (Baustein 1: Grundunfähigkeitsversicherung, Baustein 2: Krankheits-Schutz sowie Baustein 3: UnfallSchutz – Unfall-Berufsunfähigkeitsrente) Aktueller Bedingungsstand: 01.2015	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) <b>BRONZE</b>
<p><i>Produktdetails: Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: 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 / Mindesteintrittsalter: 15 Jahre / Höchsteintrittsalter: 67 Jahre (in manchen Berufen abweichend 62 Jahre) / versicherbare monatliche Rentenhöhe bei Antragsstellung: zwischen 50 und 5.000 Euro monatlich für die Kombination aus Grundfähigkeiten- 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 / Anwartschaftsdynamik: 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) / lebenslange Krebsrente: nein (Einmalleistung zwischen 5.000 und 30.000 Euro) / Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja</i></p>		
Swiss Life	Swiss Life Vitalschutz mit Swiss Life Schwere-Krankheiten-Option Aktueller Bedingungsstand: 10.2015	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) <b>BRONZE</b>
Swiss Life	Swiss Life Vitalschutz mit Swiss Life care-Option-plus und mit Swiss Life Schwere-Krankheiten-Option Aktueller Bedingungsstand: 10.2015	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) <b>BRONZE</b>
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) <b>BRONZE</b>
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) <b>BRONZE</b>
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) <b>BRONZE</b>

## 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 Bedingungswand: 10.2015	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) <b>BRONZE</b>
Swiss Life	Swiss Life Vitalschutz Premium mit Swiss Life care-Option-plus, Swiss Life Anschluss-Option und mit Swiss Life Schwere-Krankheiten-Option Aktueller Bedingungswand: 10.2015	 Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) <b>BRONZE</b>

*Produktdetails: Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls:* Beitragsbefreiung nur der monatlichen Renten bei definierter Grundunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit sowie gegen Zuschlag eingeschlossener Pflegezusatzversicherung, nicht bei Dread Disease / *Mindesteintrittsalter:* 15 Jahre / *Höchstesintrittsalter:* 52 Jahre / *versicherbare monatliche Rentenhöhe bei Antragsstellung:* 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 übersteigenden 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 / *Anwartschaftsdynamik:* 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 / *lebenslange Krebsrente:* nein (Einmalleistung zwischen 12 und 36 Grundfähigkeitsrenten) / *Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades:* ja

**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: 1.326 Tarife (allgemein)  
360 Tarife (Heilberufe)  
Anbieter im Test: 99 für alle Berufe bzw.  
27 für Angehörige von Heilberufen

**Wertung:**

Gold, Silber, Bronze

**Stand:**

16.12.2016

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.<sup>1</sup>

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.<sup>2</sup>

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 121 Einzelfragen. Diese umfassen die besonders praxisrelevanten Punkte, in denen sich die Angebote voneinander unterscheiden:

- Garantien: GDV-Standard, Standard Arbeitskreis Beratungsprozesse (früher: Arbeitskreis EU-Vermittlerrichtlinie Dokumentation), 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 aufgrund 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% 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](http://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













<sup>1</sup> Dto., S. 22

<sup>2</sup> 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
<b>Adcuri</b>	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 <b>GOLD</b>
<b>Barmenia</b>	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 <b>GOLD</b>
<b>Haftpflichtkasse Darmstadt</b>	AUB 2014, Stand 01/2016: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz mit Hilfe-Paket	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression <b>GOLD</b>
<b>HanseMerkur</b>	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 <b>GOLD</b>
	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 <b>GOLD</b>
<b>InterRisk</b>	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 <b>GOLD</b>
	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015	
<b>VHV</b>	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 ohne Progression <b>GOLD</b>
	Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 01.07.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression <b>GOLD</b>
<b>Adcuri</b>	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 <b>SILBER</b>
<b>Barmenia</b>	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 <b>SILBER</b>
<b>Hannoversche Leben</b>	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 <b>SILBER</b>
<b>HanseMerkur</b>	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 <b>SILBER</b>

Tarife für Kinder bis 14 Jahren ohne Progression		
Gesellschaft	Tarif	Wertung
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 <b>SILBER</b>
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	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression <b>SILBER</b>
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]	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre ohne Progression <b>BRONZE</b>
Tarife für Kinder bis 14 Jahren mit 500% Progression		
Gesellschaft	Tarif	Wertung
Haftpflichtkasse Darmstadt	AUB 2014, Stand 01/2016: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz mit Hilfe-Paket	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre 500% Progression <b>GOLD</b>
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 bis 14 Jahre 500% Progression <b>GOLD</b>
	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 bis 14 Jahre 500% Progression <b>GOLD</b>
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 bis 14 Jahre 500% Progression <b>GOLD</b>
Haftpflichtkasse Darmstadt	Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2014, Stand 01/2016: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz ohne Hilfe-Paket)	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre 500% Progression <b>SILBER</b>
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)	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre 500% Progression <b>SILBER</b>
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 2	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre 500% Progression <b>SILBER</b>
	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 <b>SILBER</b>
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 <b>SILBER</b>






## Rating Unfallversicherungen










<b>InterRisk</b>	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 <b>SILBER</b>
<b>VHV</b>	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 <b>SILBER</b>
	Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 01.07.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre 500% Progression <b>SILBER</b>
	Nicht vergeben	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder bis 14 Jahre 500% Progression <b>BRONZE</b>
Unfallrententariife für Kinder bis 14 Jahren		
Gesellschaft	Tarif	Wertung
<b>InterRisk</b>	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 <b>GOLD</b>
	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 <b>GOLD</b>
<b>InterRisk</b>	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 <b>SILBER</b>
	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 <b>SILBER</b>
<b>InterRisk</b>	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 <b>BRONZE</b>
	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 <b>BRONZE</b>

Tarife für Kinder ab 14 Jahren ohne Progression		
Gesellschaft	Tarif	Wertung
<b>Adcuri</b>	Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit individueller Gliedertaxe in maximaler Ausprägung, Stand 04.2015	 <b>WITTE</b> <small>FINANCIAL SERVICES</small> Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression <b>GOLD</b>
<b>Barmenia</b>	Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit individueller Gliedertaxe in maximaler Ausprägung, Stand 04.2015	 <b>WITTE</b> <small>FINANCIAL SERVICES</small> Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression <b>GOLD</b>
<b>Haftpflichtkasse Darmstadt</b>	AUB 2014, Stand 01/2016: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz mit und ohne Hilfspaket	 <b>WITTE</b> <small>FINANCIAL SERVICES</small> Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression <b>GOLD</b>
<b>HanseMerkur</b>	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	 <b>WITTE</b> <small>FINANCIAL SERVICES</small> Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression <b>GOLD</b>
	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	 <b>WITTE</b> <small>FINANCIAL SERVICES</small> Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression <b>GOLD</b>
<b>InterRisk</b>	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015	 <b>WITTE</b> <small>FINANCIAL SERVICES</small> Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression <b>GOLD</b>
	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 06.2015 mit PlusTaxe, Stand 06.2015	 <b>WITTE</b> <small>FINANCIAL SERVICES</small> Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression <b>GOLD</b>
<b>VHV</b>	Klassik-Garant mit Bausteinen Exklusiv, Easy Care, Luftfahrtrisiko, Krankenhauszusatz, Schmerzensgeld PLUS und Krebs-Soforthilfe, Stand 01.07.2015	 <b>WITTE</b> <small>FINANCIAL SERVICES</small> Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression <b>GOLD</b>
	Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 01.07.2015	 <b>WITTE</b> <small>FINANCIAL SERVICES</small> Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression <b>GOLD</b>
<b>Adcuri</b>	Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015	 <b>WITTE</b> <small>FINANCIAL SERVICES</small> Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression <b>SILBER</b>
<b>Barmenia</b>	Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015	 <b>WITTE</b> <small>FINANCIAL SERVICES</small> Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression <b>SILBER</b>
<b>Hannoversche Leben</b>	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	 <b>WITTE</b> <small>FINANCIAL SERVICES</small> Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression <b>SILBER</b>
<b>HanseMerkur</b>	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	 <b>WITTE</b> <small>FINANCIAL SERVICES</small> Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression <b>SILBER</b>





## Rating Unfallversicherungen

<b>HanseMerkur</b>	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	 <small>Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression</small> <b>SILBER</b>
<b>Swiss Life Partner</b>	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 ab 14 Jahren ohne Progression</small> <b>SILBER</b>
<b>Interloyd</b>	Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2013); Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung „Premium“, Stand 12.2012	 <small>Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren ohne Progression</small> <b>BRONZE</b>







### Tarife für Kinder ab 14 Jahren mit 500% Progression

Gesellschaft	Tarif	Wertung
<b>Haftpflichtkasse Darmstadt</b>	AUB 2014, Stand 01/2016: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz mit Hilfe-Paket	 <small>Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren 500% Progression</small> <b>GOLD</b>
<b>InterRisk</b>	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 ab 14 Jahren 500% Progression</small> <b>GOLD</b>
	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 ab 14 Jahren 500% Progression</small> <b>GOLD</b>
<b>Swiss Life Partner</b>	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 ab 14 Jahren 500% Progression</small> <b>GOLD</b>
<b>Haftpflichtkasse Darmstadt</b>	AUB 2014, Stand 01/2016: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz ohne Hilfe-Paket	 <small>Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren 500% Progression</small> <b>SILBER</b>
<b>Hannoversche Leben</b>	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 ab 14 Jahren 500% Progression</small> <b>SILBER</b>
<b>HanseMerkur</b>	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	 <small>Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren 500% Progression</small> <b>SILBER</b>
	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	 <small>Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren 500% Progression</small> <b>SILBER</b>
<b>InterRisk</b>	Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 06.2015 mit MaxiTaxe, Stand 06.2015 und ohne PlusProgression 500%	 <small>Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren 500% Progression</small> <b>SILBER</b>

## Rating Unfallversicherungen


<b>InterRisk</b>	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 Kinder ab 14 Jahren 500% Progression <b>SILBER</b>
<b>VHV</b>	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 500% Progression <b>SILBER</b>
	Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 01.07.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren 500% Progression <b>SILBER</b>
	Nicht vergeben	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Kinder ab 14 Jahren 500% Progression <b>BRONZE</b>

### Unfallrententariife für Kinder ab 14 Jahren














Gesellschaft	Tarif	Wertung
<b>InterRisk</b>	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 ab 14 Jahren <b>GOLD</b>
	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 ab 14 Jahren <b>GOLD</b>
<b>InterRisk</b>	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 ab 14 Jahren <b>SILBER</b>
	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 ab 14 Jahren <b>SILBER</b>
<b>InterRisk</b>	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 ab 14 Jahren <b>BRONZE</b>
	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 ab 14 Jahren <b>BRONZE</b>










## Rating Unfallversicherungen

Tarife ohne Progression für Erwachsene (für Personen von 18 bis 60 Jahren ohne spezielle Berufsklauseln)		
Gesellschaft	Tarif	Wertung
<b>Adcuri</b>	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 <b>GOLD</b>
<b>Barmenia</b>	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 <b>GOLD</b>
<b>Haftpflichtkasse Darmstadt</b>	AUB 2014, Stand 01/2016: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz mit und ohne Hilfe-Paket	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression <b>GOLD</b>
<b>HanseMerkur</b>	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 <b>GOLD</b>
	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 <b>GOLD</b>
<b>InterRisk</b>	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 <b>GOLD</b>
	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 <b>GOLD</b>
<b>VHV</b>	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 <b>GOLD</b>
	Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 01.07.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression <b>GOLD</b>
<b>Adcuri</b>	Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression <b>SILBER</b>
<b>Barmenia</b>	Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression <b>SILBER</b>
<b>Hannoversche Leben</b>	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 <b>SILBER</b>
<b>HanseMerkur</b>	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 <b>SILBER</b>













## Rating Unfallversicherungen

<b>Swiss Life Partner</b>	(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 <b>SILBER</b>
	Nicht vergeben	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene ohne Progression <b>BRONZE</b>
Tarife mit 500% Progression für Erwachsene (für Personen von 18 bis 60 Jahren ohne spezielle Berufsklauseln)		
Gesellschaft	Tarif	Wertung
<b>Haftpflichtkasse Darmstadt</b>	AUB 2014, Stand 01/2016: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz mit Hilfe-Paket	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene 500% Progression <b>GOLD</b>
<b>InterRisk</b>	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 <b>GOLD</b>
	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 <b>GOLD</b>
<b>Swiss Life Partner</b>	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 <b>GOLD</b>
<b>Haftpflichtkasse Darmstadt</b>	AUB 2014, Stand 01/2016: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz ohne Hilfe-Paket	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene 500% Progression <b>SILBER</b>
<b>Hannoversche Leben</b>	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 <b>SILBER</b>
<b>HanseMerkur</b>	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 <b>SILBER</b>
	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 <b>SILBER</b>
<b>InterRisk</b>	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 <b>SILBER</b>
	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 <b>SILBER</b>
<b>VHV</b>	Klassik-Garant mit Bausteinen Exklusiv, Easy Care, Luftfahrtrisiko, Krankenhauszusatz, Schmerzensgeld PLUS und Krebs-Soforthilfe, Stand 01.07.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene 500% Progression <b>SILBER</b>

## Rating Unfallversicherungen













<b>VHV</b>	Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 01.07.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene 500% Progression <b>SILBER</b>
	Nicht vergeben	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Erwachsene 500% Progression <b>BRONZE</b>
Unfallrententariife für Erwachsene (für Personen von 18 bis 60 Jahren ohne spezielle Berufsklauseln)		
Gesellschaft	Tarif	Wertung
<b>InterRisk</b>	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 <b>GOLD</b>
	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 <b>GOLD</b>
<b>InterRisk</b>	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 <b>SILBER</b>
	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 <b>SILBER</b>
	Nicht vergeben	 Unfall-Core-Rating Unfallrente Erwachsene <b>BRONZE</b>

## Rating Unfallversicherungen




Tarife ohne Progression für Senioren ab dem vollendeten 60. Lebensjahr ohne spezielle Berufsklauseln		
Gesellschaft	Tarif	Wertung
<b>Adcuri</b>	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 <b>GOLD</b>
<b>Barmenia</b>	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 <b>GOLD</b>
<b>HanseMerkur</b>	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 <b>GOLD</b>
<b>InterRisk</b>	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 <b>GOLD</b>
	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 <b>GOLD</b>
<b>VHV</b>	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 <b>GOLD</b>
	Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 01.07.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren ohne Progression <b>GOLD</b>
<b>Adcuri</b>	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 <b>SILBER</b>
<b>Barmenia</b>	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 <b>SILBER</b>
<b>Hannoversche Leben</b>	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 <b>SILBER</b>
<b>HanseMerkur</b>	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 <b>SILBER</b>
	Nicht vergeben	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren ohne Progression <b>BRONZE</b>



## 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 <b>GOLD</b>
	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 <b>GOLD</b>
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 <b>SILBER</b>
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 <b>SILBER</b>
	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 <b>SILBER</b>
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 <b>SILBER</b>
	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 <b>SILBER</b>
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 <b>SILBER</b>
	Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 01.07.2015	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren 500% Progression <b>SILBER</b>
	Nicht vergeben	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Senioren 500% Progression <b>BRONZE</b>
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 <b>GOLD</b>
	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 <b>GOLD</b>




## Rating Unfallversicherungen

<b>InterRisk</b>	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 <b>SILBER</b>
	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 <b>SILBER</b>
	Nicht vergeben	 Unfall-Core-Rating Unfallrente Senior <b>BRONZE</b>






### Tarife ohne Progression für Angehörige von Heilberufen

Gesellschaft	Tarif	Wertung
<b>InterRisk</b>	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 <b>GOLD</b>
<b>VHV</b>	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 <b>GOLD</b>
	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 <b>GOLD</b>
	Nicht vergeben	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Heilberufe ohne Progression <b>SILBER</b>
	Nicht vergeben	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Heilberufe ohne Progression <b>BRONZE</b>

### Tarife mit 225% Progression für Angehörige von Heilberufen

Gesellschaft	Tarif	Wertung
<b>InterRisk</b>	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 <b>GOLD</b>
<b>InterRisk</b>	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 <b>SILBER</b>
<b>VHV</b>	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 <b>SILBER</b>

## 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	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Heilberufe 225% Progression <b>SILBER</b>
	Nicht vergeben	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Heilberufe 225% Progression <b>BRONZE</b>
<b>Tarife mit 500% Progression für Angehörige von Heilberufen</b>		
<b>Gesellschaft</b>	<b>Tarif</b>	<b>Wertung</b>
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	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Heilberufe 500% Progression <b>GOLD</b>
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	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Heilberufe 500% Progression <b>SILBER</b>
	Nicht vergeben	 Unfall-Core-Rating Invaliditätsleistung Heilberufe 500% Progression <b>BRONZE</b>