

Kritische Detailanalyse des letzten BU-Vergleichs aus dem Hause Finanztest (Heft 07.2011)

Martin Seichter, Versicherungsmakler, ist spezialisiert auf die Beratung zur Arbeitskraftabsicherung u.a. BU, hält Fachseminare im Bereich Arbeitskraftabsicherung und ist fachlich der Hauptverantwortliche für die Analysesoftware "LevelnineBU". Die Ergebnisse von Stiftung Warentest, die für viele Endverbraucher eine maßgebliche Orientierungshilfe darstellen, nahm der Spezialist den BU-Vergleich vom Finanztest im Detail kritisch unter die Lupe.

Verantwortung lautet die Devise

Die Komplexität des Themas Berufsunfähigkeitsversicherung und das für Laien kaum noch überschaubare Marktangebot zwingt Verbraucher und Vermittler gleichermaßen, Produktvergleiche für die Entscheidungsfindung und in Folge bei der Vorbereitung eines Vertragsabschlusses zu Rate zu ziehen. Die Verantwortung bei Versicherungsvergleichen für die Vollständigkeit und Qualität der Ergebnisse ist somit enorm. Dieser Anspruch wird von Ilse Aigner und dem Verbraucherschutzministerium immer mehr gefordert. Gesellschaften, Rating-Agenturen und Vergleichssoftwareanbieter sind angehalten, Transparenz auf einem höchstmöglichen Niveau zu bieten, damit Fehlentscheidungen bei der Wahl des persönlich „richtigen“ Versicherungsprodukts minimiert werden und vorsorgewillige Kunden nicht auf Versicherungsangebote hereinfließen, die dem Anspruch einer individuell optimierten Versicherungslösung nicht gerecht werden können.

Transparenz - leider nicht überall

Aufgrund der besonderen Öffentlichkeitswirksamkeit der Vergleiche aus dem Hause Finanztest / Stiftung Warentest auf Endkunden (u. a. auch über Verbraucherzentralen) wäre es somit von essentieller Bedeutung, die Bewertungsgrundlagen für diese Empfehlungen offenzulegen und zu erklären und so auch zu ermöglichen, die Bewertungsunterschiede zu anderen Produktvergleichen herauszuarbeiten. Somit wurde Finanztest angeschrieben und um Offenlegung der Details der Bewertungssystematik ihres BU-Vergleiches gebeten.

Am 24. August traf die Antwort ein, dass dem Wunsch nicht nachgekommen werden kann, Zitat: "da die Stiftung Warentest der Öffentlichkeit grundsätzlich nur die jeweils im Abschnitt "Ausgewählt * Geprüft * Bewertet" dargelegten Informationen zur Verfügung stellt. Den Abschnitt "Ausgewählt * Geprüft * Bewertet" finden Sie für die aktuelle Untersuchung auf Seite 63 in Finanztest 7/2011. Wir bitten um Verständnis.

Diese Vorgehensweise bedauere ich sehr, denn die Kritik an den BU-Vergleichen von Stiftung Warentest / Finanztest ist nicht neu (siehe z. B. „Im Testen nichts Neues“ in der Zeitschrift „Performance“ aus dem Jahr 2005) und auch der Test aus dem Heft 7/2011 wurde bereits mehrfach öffentlich moniert, allerdings fehlte in der Regel eine fachlich fundierte Begründung der Kritikpunkte.

Meine fachliche Analyse des BU-Vergleichs erfolgt (aufgrund der Informationspolitik von Finanztest) nur auf Basis der im Heft Finanztest 7/2011 veröffentlichten Daten und den eigenen langjähriger Erfahrungen im Markt und den daraus resultierenden Marktkenntnissen.

Inhalt auf dem Prüfstand

Finanztest ist einer von diversen Anbietern, die BU-Tarife nach einer eigenen Bewertungssystematik vergleichen und die Ergebnisse in der Presse veröffentlichen. Da diese Vergleiche unabhängig von der konkreten Bedarfssituation und ohne Berücksichtigung der individuellen Anforderungen des Kunden an den Versicherungsschutz erfolgen, kann das Vergleichsergebnis nicht für eine Abschlussempfehlung geeignet sein. Finanztest spricht aber auf der Grundlage seiner Vergleichsergebnisse konkrete Abschlussempfehlungen aus, an denen sich der Endverbraucher orientieren soll.

Bei der inhaltlichen Untersuchung der Testergebnisse und den uns zugänglichen Informationen zu der von Finanztest angewendeten Bewertungssystematik stießen wir insbesondere in folgenden Punkten auf zum Teil sehr kritisch zu beurteilende System- und Detailfehler:

- Vermischung von eigenständigen Bewertungsbereichen zu einem Gesamtergebnis.
- Unvollständigkeit der Bewertungssystematik („Ausblendung“ wichtiger Leistungsbereiche aus dem Vergleich), wie zum Beispiel: keine Bewertung der Regelungen zum versicherten Beruf, zur Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten in der Beitragszahlungsphase, zur Anwartschaftsdynamik (bewertet wird stattdessen die ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie, die i. d. R. erheblich höhere Risiken für den Versicherten birgt).
- Fehlerhaftigkeit und Falschaussagen in den dargestellten Leistungsbereichen und bewerteten Produkten, insbesondere bei den Regelungen zur ereignisabhängigen Nachversicherungsoption, zum Verzicht auf eine abstrakte Verweisung sowie zu Sonderleistungen und speziellen Ausschlüssen.

Fazit: Der von Finanztest in Heft 7/2011 veröffentlichte BU-Vergleich hält unserer Auffassung nach dem hohen Anspruch des Hauses Stiftung Warentest / Finanztest, den Verbraucher vor Fehlentscheidungen schützen zu wollen, nicht stand, ganz im Gegenteil: Die Vergleichsergebnisse des BU-Vergleiches können unkundige Endverbraucher „zielsicher“ in die Irre führen.

Fehlende Transparenz und Fachkenntnis? - Der BU-Vergleich von Finanztest (Heft Juli 2011)

Die Wirkung von Vergleichsergebnissen der Zeitschriften „Stiftung Warentest“ und „Finanztest“ auf das Kaufverhalten ist landläufig bekannt. Verbraucherzentralen, Medien und nicht zuletzt die Endverbraucher übernehmen (i. d. R. ungeprüft) die Vergleichsergebnisse von der Stiftung im Vertrauen darauf, dass diese sauber und umfassend recherchiert sind und keine Informationen enthalten, die eine Fehlentscheidung beim Produktkauf fördern oder billigend in Kauf nehmen. Der aktuelle Vergleich der Stiftung zum Thema Berufsunfähigkeitsversicherungsschutz im Heft 7/2011 hält diesem Anspruch nur auf den ersten Blick stand. Geht man in die Details, offenbaren sich Fehler, die die Finanztester bei einer Beratung durch einen Vermittler sicherlich mit „mangelhaft“ bewerten würden.

Der erste Teil dieses Artikels zeigt an drei Beispielen die Fehlerhaftigkeit des Vergleiches in den Bereichen:

- Unvollständigkeit der Bewertungssystematik
- Fehlerhafte Aussagen in den dargestellten Leistungsbereichen

Lückenhafte Bewertungssystematiken in BU-Vergleichen finden sich natürlich nicht nur bei Finanztest. So begrenzen z. B. auch alle einschlägigen Produktratings die von ihnen bewerteten Leistungskriterien. Der Unterschied besteht darin, dass bei der Stiftung (im Gegensatz zu maßgeblichen BU-Ratingagenturen) der Warnhinweis, dass das Vergleichsergebnis nicht für die individuelle Kundenberatung/-entscheidung geeignet ist, fehlt. Sehr schwierig erscheint mir die Empfehlung für die Verwendung der im Internet kostenpflichtig bereitgestellten „BU-Checkliste“ zur Selbstprüfung der Angebote durch den abschlusswilligen Endverbraucher. Damit wird den Verbrauchern, die sich für gesund halten, suggeriert, dass man eine BU-Versicherung im Do-it-yourself-Verfahren auf der Grundlage der Vergleichsergebnisse der Stiftung prüfen und abwickeln kann. Gleichermäßen wird auf Seite 60 des Heftes darauf hingewiesen, dass Verbraucher mit Vorerkrankungen einen Versicherungsmakler oder -berater einschalten sollten. Allerdings fehlt der Hinweis auf die notwendige Fachkompetenz jedes in diesem Bereich tätigen Vermittlers. Ferner zeigt sich, dass der Fragenkatalog der „BU-Checkliste“ umfangreicher ist als die im Vergleich in Heft 7/2011 zugrundeliegenden Daten und das dort beschriebene Bewertungsverfahren.

Teil 1

A. Vorbemerkung:

Die Stiftung hat auch im Jahr 2011 die teilnehmenden Versicherer per Fragebogen zur Qualität der von ihnen angebotenen Produkte befragt und erzeugt (offensichtlich nur aus einem Teil der so erlangten Informationen) in Ihrem BU-Vergleich ein Gesamturteil, in das die Qualität der Versicherungsbedingungen zu 70 Prozent, der Anträge zu 20 Prozent und der Endaltersbegrenzungen zu 10 Prozent einfließt. Diese Vorgehensweise ist möglich und legitim. Ob sie sachgerecht ist, muss näher betrachtet werden:

Die Kundenfreundlichkeit der Antragsfragen (z. B. Rückfragezeitraum) ist nur für die Kunden wichtig, die erfragte Risiken (z. B. Vorerkrankungen) in den maßgeblichen Zeiträumen haben und daher bei Antragstellung angeben müssen. Ist das nicht der Fall oder z. B. bei Vorerkrankungen auf ausgeheilte Bagatellerkrankungen begrenzt, ist die Antragsqualität für die Produktauswahl des Kunden zweitrangig.

Auch die Bewertung der Begrenzung des maximal zulässigen Endalters der BU-Versicherungsdauer ist problematisch, da sie auf die abgefragten 27 Berufe begrenzt ist und somit nur eine Tendenz der Annahmepolitik der Anbieter aufzeigt. Außerdem ist die Untersuchung dieses Merkmals nur für die Kunden wichtig, die den Versicherungsschutz für einen längeren Zeitraum tatsächlich benötigen. Die pauschale Empfehlung der Stiftung, den BU-Schutz immer (wenn möglich) auf das 67. Lebensjahr abzuschließen, zeugt von einer sehr begrenzten Betrachtungsweise, die wohl aus dem Zeitalter des Produktverkaufs stammen und an einer optimalen Gestaltung des Versicherungsschutzes in vielen Fällen vorbeigehen dürfte. Die von den Versicherern verlangte Mehrprämie bei Verlängerung der Versicherungsdauer z. B. von 65 auf 67 Jahre kostet den Kunden (je nach Berufsgruppe, Eintrittsalter und Anbieter) zwischen ca. 15 bis 30 Prozent mehr an Prämie.

Bei Einbettung der BU-Beratung in eine konzeptionelle Kundenberatung zu allen biometrischen Risiken (inklusive Altersversorgung) ist die Absicherung des BU-Risikos nur bis zum Beginn einer auskömmlichen Altersversorgung (z. B. ab 65 Jahre) notwendig. Der so eingesparte Mehrbeitrag für den BU-Schutz kann und sollte zur Erhöhung der Altersversorgung oder zum Kauf eines besseren und ggf. teureren BU-Versicherungsschutzes verwendet werden. Aus den oben genannten Gründen wäre eine Separierung der Bewertung der Antragsqualität und der Endaltersbegrenzungen durch die Stiftung wesentlich zielführender.

Vollständigkeit unerlässlich

Wie bei allen Ratings und Vergleichen hängt der Nutzen des Vergleichsergebnisses von der Qualität und der Vollständigkeit der gestellten Fragen ab. Professionelle Vergleichsprogramme stellen mehr als 300 Fragen, um die Detailqualität einer BU-Versicherung zu ermitteln. Die Stiftung arbeitet in ihrer BU-Checkliste mit 22 Fragen und im veröffentlichten Vergleich mit neun Bewertungskriterien zur Bedingungsqualität. Dass damit kaum eine Chance besteht, die zum Teil schwerwiegenden Unterschiede zumindest in den erfragten Leistungsbereichen aus den Antworten der Versicherer zu entnehmen und dem Leser aufzuzeigen, überrascht nicht wirklich. Fraglich ist jedoch, warum die Anzahl der Fragen so stark limitiert ist und ob mit diesen Fragen die Qualität der beschriebenen Produkte adäquat dargestellt werden kann.

Interessant zeigt sich auch der Beitragsvergleich. Obwohl die Stiftung korrekt sowohl die Netto- als auch die Bruttoprämien im Vergleich pro Angebot darstellt, sucht man (auch im Kleingedruckten) den Warnhinweis, dass Überschüsse nicht garantiert sind und vom Versicherer i. d. R. jährlich einseitig neu festgesetzt (und damit auch reduziert) werden können, vergebens. Ein Fehler, der bei Versicherern und Vermittlern zu Recht bemängelt würde.

Unter „preiswert“ rangieren möglicherweise doch Nettoprämien, die den Lesern auch empfohlen werden (siehe auch unter „unser Rat“). Hier werden u. a. Angebote der HUK-COBURG / HUK24 (für die verglichenen Modellberechnungen) als „besonders preiswert“, jedoch ohne weitere Differenzierung gelobt. Betrachtet man korrekterweise vorrangig die Bruttoprämien, gehören beide Angebote beim Berechnungsbeispiel Diplomkauffrau/-mann zu den teuersten des dargestellten Marktes.

B. Beispiel für die Unvollständigkeit der von der Stiftung im veröffentlichten BU-Vergleich verwendeten Bewertungssystematik („Ausblendung“ ganzer Leistungsbereiche) im Bedingungsvergleich

Von der Stiftung wurden (laut Erläuterungen auf Seite 63 des Heftes 7/2011) folgende Leistungsbereiche in den Bedingungsvergleich einbezogen:

- Verzicht auf abstrakte Verweisung*
- Sechs-Monats-Prognose*
- Rückwirkende Leistung in den ersten 6 Monaten* (bei Nichtstellung der Prognose)
- Rückwirkende Leistung für mindestens 3 Jahre* (bei verspäteter Meldung)
- Stundungsrecht* (während der Leistungsprüfung)
- Befristete Anerkennnisse*

- Verzicht auf § 19 Abs. 3 und 4 VVG* (bei „schuldloser“ Anzeigepflichtverletzung)
- Weltweite Geltung*
- Nachversicherungsgarantie
- (ohne Bewertung) Sonderleistungen und spezielle Ausschlüsse

*Auf eine Darstellung pro Angebot wurde von der Stiftung in der Tabelle verzichtet, da die Kriterien von den meisten Anbietern weitgehend erfüllt wurden. Wie die Stiftung diese Kriterien in Ihrem Urteil zur Bedingungs-qualität gewichtet oder ob sie doch noch andere Unterschiede berücksichtigt, bleibt leider im Dunkeln.

1. Keine Bewertung der Regelungen zum versicherten Beruf

Ein Anspruch auf Leistungen aus einer Berufsunfähigkeits(zusatz)versicherung (nach dem Standardsystem = 100 % Leistung ab 50 % Berufsunfähigkeit) besteht nur, wenn vom Anspruchsteller nachgewiesen werden kann, dass bei der versicherten Person bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit im versicherten Beruf zu mindestens 50 % besteht. Ist das nicht der Fall, prüft der Versicherer die von der Stiftung untersuchte Möglichkeit einer Verweisung gar nicht mehr.

Warum dieser für die Qualität einer BU-Versicherung zentrale Punkt nicht in der Bewertungssystematik der Stiftung auftaucht, bleibt wohl das Geheimnis der Tester. Nun könnte man argumentieren (siehe Einleitung zur „BU-Checkliste“), dass durch § 172 (2) VVG gesetzlich geregelt ist, dass immer der zuletzt ausgeübte Beruf unter Versicherungsschutz steht und es insofern keine Unterschiede in den Versicherungsbedingungen der Anbieter geben kann. Der Gesetzgeber hat aber (in § 175 VVG) eindeutig bestimmt, dass es dem Versicherer nicht untersagt ist, von den Regelungen des § 172, auch zum Nachteil des Kunden, abzuweichen. Dass die Versicherer von dieser Möglichkeit Gebrauch machen, kann z. B. bei fast allen Anbietern der „Siegergruppe“ des Stiftungsvergleichs nachgelesen werden, wenn der Versicherungsfall nach Ausscheiden aus dem Berufsleben (z. B. während einer lang andauernden Arbeitslosigkeit, während eines Vollzeitweitzstudiums oder während der Dauer der privat übernommenen Vollzeitpflege von Angehörigen) eintritt. Dann steht (nach einer Schonfrist von i. d. R. drei Jahren) im schlimmsten Fall nur noch (irgend)eine zumutbare Tätigkeit unter Versicherungsschutz. Aber auch bei Eintritt der Berufsunfähigkeit vor Ausscheiden aus dem Berufsleben gibt es in diesem Bereich Unterschiede zwischen den Anbietern, die von der Stiftung in ihrem Vergleich ignoriert werden.

Ein möglicher schwerwiegender Nachteil, den jeder Kunde vor Vertragsabschluss wissen und berücksichtigen sollte.

2. Keine Bewertung der Regelungen zur Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten in der Beitragszahlungsphase (vor Eintritt des Versicherungsfalls)

Die Möglichkeit der Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten vor Eintritt des Versicherungsfalls (ohne Beitragszahlung bei vollem Versicherungsschutz) wird aufgrund der unregelmäßigen Erwerbsbiographien immer wichtiger. Ein temporärer finanzieller Engpass kann jeden treffen (z. B. bei Arbeitslosigkeit, Scheidung). Nur eine tatsächlich wirksame vertraglich vereinbarte Regelung (z. B. Stundung ab dem 2. Vertragsjahr für bis zu 24 Monate mit der Möglichkeit der ratierlichen Nachzahlung der gestundeten Beiträge nach Ablauf der Stundung) schützt den Kunden vor dem (ggf. dauerhaften) Verlust seines Versicherungsschutzes.

Auch diese Regelungen sucht man im aktuellen BU-Vergleich der Stiftung leider vergebens, obwohl diese Informationen von den Versicherern abgefragt wurden. Keiner der von Finanztest unter „unser Rat“ extra empfohlenen Versicherer (AachenerMünchener sowie HUK-COBURG/HUK24) bieten hier eine wirklich sinnvolle Lösung (im Sinne des Verbraucherschutzes – wie oben beschrieben).

3. Bewertung der Regelungen zu den Nachversicherungsoptionen statt zur Anwartschaftsdynamik

Erhöhungsoptionen dienen dazu, den benötigten Versicherungsschutz an den sich ändernden Bedarf des Kunden (ohne erneute Risikoprüfung) anpassen zu können. Insbesondere sollten dadurch auch Kaufkraftverluste der Versorgung durch Inflation ausgeglichen werden. Die Stiftung stellt seit Jahren die Notwendigkeit der Vereinbarung von (ereignisabhängigen) Nachversicherungsoptionen heraus und bewertet diese auch in ihrem aktuellen Vergleich.

Eine Analyse der Kritikpunkte in diesem Teilbereich erfolgt in Abschnitt C 1. Die dabei dem Leser angebotenen Informationen sind (wie die gesamte Detailbewertung) intransparent und geben viel Spielraum für Spekulationen, was wohl gemeint ist. Problematisch ist die Entscheidung der Stiftung, die Nachversicherungsoption als einzige Erhöhungsoption in den Vergleich einfließen zu lassen. Ob die Möglichkeit der Nutzung einer Nachversicherung tatsächlich besteht, hängt von vielen Unwägbarkeiten in der beruflichen Entwicklung des Kunden und von diversen Einzelbeschränkungen in den Gesamtregelungen der Anbieter (z. B. versicherte Ereignisse, Antragsfrist, erreichtes Alter, zulässige Gesamtrentenhöhe und Angemessenheit der Gesamtversorgung) ab, die im Zeitpunkt der gewünschten Nachversicherung auf die versicherte Person zutreffen und von ihr erfüllt werden müssen. Damit ist die Nutzbarkeit für den Kunden ungewiss und wird in vielen Fällen nicht möglich sein. Die Empfehlung einer Nachversicherung ist nur dann sinnvoll und notwendig, wenn bei Abschluss des Ursprungsvertrages keine ausreichende Versorgung abgeschlossen wurde bzw. ein sprunghafter Mehrbedarf abzusehen ist und der sich daraus ergebende, benötigte zusätzliche Versicherungsschutz über eine Nachversicherung auch tatsächlich darstellbar ist. Nachversicherungsoptionen sollten aber grundsätzlich nur als zusätzliche Erhöhungsoption betrachtet und empfohlen werden. Die viel wichtigere und i. d. R. auch (für den Kunden) bessere Lösung zur Erhöhung des Versicherungsschutzes ist die Anwartschaftsdynamik (Erhöhung von Beitrag und Leistung ohne erneute Gesundheitsprüfung vor Eintritt des Versicherungsfalls), da die Risiken dieser Regelungen (bei guten Produkten) wesentlich geringer sind. So erfolgt die Erhöhung im Rahmen des Dynamikrechtes (nach Wahl des Kunden) kontinuierlich und i. d. R. im Ursprungsvertrag und nicht, wie bei fast allen Nachversicherungsoptionen, durch Abschluss eines Neuvertrages beim gleichen Anbieter (in ungewisser Qualität).

Durch die vollständige Ausblendung der Regelungen zur Anwartschaftsdynamik aus dem aktuellen Vergleich besteht die Gefahr, dass der Endverbraucher der offensichtlichen Einschätzung der Stiftung folgt und die für ihn wesentlich wertvollere Erhöhungsoption für unwichtig erachtet und daher nicht abschließt. Das ist umso unverständlicher, da die Stiftung (wenn auch sehr eingeschränkt) auch diesen Leistungsbereich bei den Anbietern abfragt und eine (wenn auch nur pauschale) Frage dazu Bestandteil der „BU-Checkliste“ ist.

C. Beispiele für Fehlerhaftigkeit der von der Stiftung bewerteten Leistungsaussagen im Bedingungsvergleich bzw. in den weiteren dargestellten Leistungskriterien

1. Regelungen zur ereignisabhängigen Nachversicherungsoption

Die im Folgenden genannte Aufzählung der Unterschiede und der nicht erfüllenden Gesellschaften ist nur beispielhaft und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Selbst, wenn man die sehr eingeschränkten Qualitätsanforderungen der Stiftung als ausreichend hinnehmen würde, zeigt der Vergleich der Stiftung wichtige Unterschiede bei Tarifen, die angeblich alle Anforderungen der Stiftung in diesem Bereich vollständig erfüllen, nicht auf. So ist z. B. bei der HUK-COBURG / HUK24 und bei der Dialog die Nachversicherung aufgrund Einkommenserhöhung für Selbständige nicht möglich. Durch das Weglassen des Kriteriums „max. über Nachversicherung versicherbare Gesamtrente“ in der Vergleichsbewertung fehlt dem Leser die Information, dass z. B. bei der AachenerMünchener, Generali und beim Volkswohlbund nur 2.000 EUR mtl. BU-Rente (inkl. dynamisierten Ursprungsvertrag und aller Nachversicherungen) zulässig sind. Das führt bei dem von der Stiftung gewählten Prämienbeispiel „Diplomkauffrau/-mann“ dazu, dass bei den zuvor genannten Anbietern ab Vertragsbeginn das Recht zur ereignisabhängigen Nachversicherung ausgeschlossen ist / nicht mehr besteht. Nicht aufgezeigt wird außerdem, dass z. B. bei der AachenerMünchener, der HUK-COBURG / HUK24 und der Dialog das Recht auf weitere ereignisabhängige Nachversicherungen dauerhaft erlischt, wenn der Versicherungsfall temporär eintritt. Da das mehr als 50 % aller Leistungsfälle betrifft, handelt es sich um eine wichtige Einschränkung, die der Kunde vor Vertragsabschluss kennen und berücksichtigen sollte. Der Hinweis, dass die Versicherer im Rahmen der Nachversicherungsoption auf eine erneute Gesundheitsprüfung verzichten, ist korrekt, könnte aber den Leser zu der Fehleinschätzung verleiten, dass sein bestehender Versicherungsschutz anteilig zu den bisherigen Konditionen erhöht wird. Das ist bei keinem Versicherer so, da bei der Prämienberechnung der Nachversicherung immer das aktuelle Eintrittsalter zugrunde gelegt wird. Die Mehrzahl der BU-Versicherer (z. B. auch AachenerMünchener, Generali oder Condor) führen die Nachversicherung durch Neuabschluss eines zusätzlichen Vertrages aus.

Damit bekommt der Kunde einen Vertrag aus der dann aktuellen Tarifgeneration mit ggf. anderen (schlechteren) Vertragsbedingungen und (ungünstigeren) Rechnungsgrundlagen. Besonders unangenehm (und ggf. teuer) wird es für Kunden, wenn der Versicherer bei der Prämienberechnung für die Nachversicherung auch noch den dann aktuell ausgeübten (ggf. teureren) Beruf und neu hinzugekommene zuschlagspflichtige Freizeitrisiken berücksichtigen kann. Das wäre nach dem Bedingungswortlaut z. B. bei der AachenerMünchener, der Generali und dem Volkswohlbund möglich.

Die von der Stiftung zu diesem Punkt bewerteten Detailkriterien führen den Leser möglicherweise zu einem alles andere als für ihn optimalen Tarif.

2. Altersunabhängiger Verzicht auf abstrakte Verweisung

Die Forderung der Stiftung nach „altersunabhängigem Verzicht auf abstrakte Verweisung“ ist (aufgrund der Unwägbarkeiten in der Berufsbiographie) grundsätzlich gerechtfertigt, suggeriert dem Leser aber, da keine weiteren einschränkenden Hinweise vorhanden sind, dass diese Forderung von den Anbietern auch erfüllt wird. Das ist nicht der Fall und gilt bei den meisten Versicherern / Tarifen nur dann, wenn der Versicherungsfall vor Ausscheiden aus dem Berufsleben eintritt. Tritt die Berufsunfähigkeit dagegen nach Ausscheiden aus dem Berufsleben ein (z. B. während einer länger andauernden Arbeitslosigkeit, während eines Vollzeitstudiums oder während der Dauer der privat übernommenen Vollzeitpflege von Angehörigen), ändern viele Versicherer nicht nur die in Abschnitt B1 beschriebene Regelung zum versicherten Beruf negativ ab, sondern haben dann gleichzeitig auch das Recht zur abstrakten Verweisung. Ist der Kunde davon betroffen, könnte es zu bösen Überraschungen kommen, wenn die sonst üblichen Einschränkungen des Verweisungsrechts (Wahrung der Ausbildung und Erfahrung und der bisherigen Lebensstellung) nicht mehr auf die zuletzt (vor Ausscheiden) ausgeübte Erwerbstätigkeit abstellen. Im schlimmsten Fall besteht dann im Ergebnis nur noch bei nachgewiesener 50 %iger Erwerbsunfähigkeit ein Leistungsanspruch. Von den „Testsiegern“ bietet hier die Generali die für den Kunden schlechteste Regelung an. Aber auch die Regelungen der AachenerMünchener sind an dieser Stelle nicht optimal.

Von einer uneingeschränkten Erfüllung dieses Kriteriums bei den meisten Versicherern kann also keine Rede sein.

3. Sonderleistungen und spezielle Ausschlüsse (ohne Berücksichtigung im Bedingungsvergleich)

Mindestens genauso spannend wie die oben genannten Punkte sind die Aussagen der Stiftung zu Sonderleistungen und speziellen Ausschlüssen. Auch dazu einige Beispiele:

- a) Abkürzung „LR“: Dass die Dialog im bewerteten Tarif (4/2011) eine lebenslange BU-Rente anbietet, wird wohl ein Druckfehler sein.
- b) Abkürzung „DU“: Angeblich soll über die so gekennzeichneten Tarife eine „Dienstunfähigkeit für Beamte (Dienstunfähigkeit aus medizinischen Gründen entspricht Berufsunfähigkeit)“ versichert sein. Wer nach einer solchen Klausel sucht und sich nach den Informationen der Stiftung richtet, wird im Leistungsfall ggf. böse überrascht. Da im Vergleich nicht differenziert wird, könnte man zu dem Schluss kommen, dass das Angebot für alle Beamtengruppen (Beamte auf Widerruf, Probe und Lebenszeit) sowohl für die allgemeine Dienstunfähigkeit (z. B. Lehrer, Verwaltungsbeamte, Richter) als auch für die spezielle Dienstunfähigkeit (uniformierte Beamte) gilt. Dass das nicht so ist, sollen folgende Beispiele zeigen:
 - Condor und WWK: Die angebotene Dienstunfähigkeitsklausel umfasst nur die allgemeine Dienstunfähigkeit und gilt nur für Beamte auf Lebenszeit
 - Debeka: Das im Vergleich aufgeführte Bedingungsmerk (BLV 59) hat keine Dienstunfähigkeitsklausel und ist für Beamte nicht abschließbar. Beamte können sich bei der Debeka nur über das Bedingungsmerk (BLV 20) unter Einschluss des Dienstunfähigkeitsrisikos versichern, dessen Grundqualität aber wesentlich schlechter ist als bei dem von der Stiftung bewerteten Tarif.
- c) Die Stiftung weist darauf hin, dass sie nur „unübliche Ausschlüsse“ in der Spalte „spezielle Ausschlüsse“ ausweist. Welche Ausschlüsse sind unüblich und welche üblich? Keiner weiß, ob und wenn, wodurch er berufsunfähig wird! Auch wenn die bisher üblichen Ausschlüsse (z. B. Straftaten, Krieg, Strahlen, innere Unruhen) in der aktuellen Leistungspraxis nur eine untergeordnete Rolle gespielt haben, ist es fahrlässig, den Kunden über die Risiken eines Ausschlusses nicht zu informieren. Das soll an drei Beispielen deutlich gemacht werden:

→ Fast alle Versicherer schließen Strahlen durch Kernenergie aus dem Berufsunfähigkeitsschutz aus, wenn es deswegen zum Einsatz einer Katastrophenschutzbehörde gekommen ist. Als Strahlenopfer des Atomunfalls in Fukushima hätte der Versicherte keinen Anspruch auf Leistung, wenn er in einem solchen Tarif versichert wäre.

→ Die Mehrzahl der Versicherer schließt u. a. die vorsätzliche Freisetzung von z. B. chemischen Stoffen aus dem Berufsunfähigkeitsschutz aus, wenn dadurch eine Vielzahl von Menschen gefährdet wird. Als Opfer eines Terroraktes (z. B. Sprengstoffanschlag, Vergiftung der Wasserversorgung einer Stadt) hätte der Versicherte keinen Anspruch auf Leistung, wenn er in einem solchen Tarif versichert wäre.

→ Die HUK-COBURG / HUK24 (einer der Testsieger bei der Stiftung) bietet dem Kunden noch ein weiteres „Highlight“. Standardmäßig und berechtigterweise ist in allen Berufsunfähigkeitsversicherungen u. a. Berufsunfähigkeit infolge der vorsätzlichen Begehung von Straftaten (Verbrechen und Vergehen) durch die versicherte Person ausgeschlossen. Die HUK ist hier „großzügiger“ und schließt BU infolge „vorsätzlich vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person begangene widerrechtliche Handlungen“ aus. Damit sind auch vorsätzlich begangene Ordnungswidrigkeiten nicht vom BU-Versicherungsschutz umfasst.

Das fehlerhafte Verständnis der Stiftung zu diesem Punkt wird auch in der Fußzeile Nr. 3 deutlich. Der Volkswohlbund schränkt den Straftatenausschluss eigentlich zum Vorteil des Kunden ein, indem er Vergehen im Straßenverkehr (außer unter Drogen und unter einem Blutalkoholgehalt von mehr als 1,1 ‰) mitversichert. Die Stiftung stellt dieses aber als „unüblichen Ausschluss“ dar, wodurch dem Leser des BU-Vergleiches ein Nachteil suggeriert wird! Zwei Versicherer (Alte Leipziger und Stuttgarter) grenzen ihren Straftatenausschluss noch weiter ein. Sie versichern (außer bei vorsätzlicher Herbeiführung des Versicherungsfalles) Verkehrsdelikte grundsätzlich mit.

Den Hinweis auf diese im konkreten Leistungsfall ggf. entscheidenden Einschränkungen und Erweiterungen sucht man, obwohl der Stiftung diese Informationen vorgelegen haben sollten, vergebens.

Fazit:

Die Fragesystematik des BU-Vergleiches der Stiftung ist seit Jahren leider extrem lückenhaft und führt dazu, dass die Bewertung der Leistungspunkte teilweise fehlerhaft dargestellt wird. Der Vergleich hält somit dem hohen Anspruch der Stiftung, den Verbraucher vor Fehlentscheidungen schützen zu wollen, nicht stand. Aufgrund der beispielhaft aufgezeigten Mängel besteht sogar die Gefahr, dass der Endverbraucher dadurch zu einer Fehlentscheidung geführt wird, da die Stiftung ja sogar zum Abschluss bestimmter Tarife rät. Würden diese Ergebnisse von einem Versicherungsmakler als maßgebliche Entscheidungshilfe eingesetzt, wäre das Haftungspotenzial für den Makler enorm.