

## Berufsunfähigkeit

### Vorgaben

### Fragenerläuterung

-- Ratingfrage --	
R01: Rückwirkende Leistung bei verspäteter Meldung	Der Anspruch auf die Versicherungsleistungen entsteht in der Regel mit dem Ablauf des Monats, in dem der Versicherungsfall eingetreten ist. (Würden Karenzzeiten vereinbart, erst nach Ablauf der Karenzzeit). Die Meldung des Versicherungsfalles sollte umgehend erfolgen, da bei verspäteter Meldung unter Umständen ein Leistungsanspruch erst mit dem Beginn des Monats der Mitteilung entstehen kann. Verspätete Meldungen (z.B. weil eine eingetretene Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zunächst für eine akute, vorübergehende Erkrankung gehalten wurde) können also zu Leistungseinbußen führen. Alle Versicherer, die das Bedingungsrating in diesem Punkt "mindestens eingeschränkt erfüllen", leisten mindestens drei Jahre rückwirkend, wenn der Versicherte den Versicherungsfall verspätet anmeldet und beweisen kann, dass während dieses Zeitraums tatsächlich ununterbrochen Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit im Sinne der Bedingungen bestanden hat. (Gewichtung: sehr wichtig; Mindestkriterium für 5 Punkte)
R02: Prognosezeitraum 6 Monate	Ursprünglich mußte der Versicherte "voraussichtlich dauernd" außerstande sein, seinen Beruf (oder einen Vergleichsberuf) weiter auszuüben. Dies ist eine der in der Definition des Begriffs "Berufsunfähigkeit" genannten Voraussetzungen. Da es im Einzelfall sehr schwierig sein kann, eine ärztliche Prognose abzugeben, die dem Begriff "voraussichtlich dauernd" genügt, verkürzen viele Versicherer den Prognosezeitraum auf "voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen". Grundsätzlich gilt es allerdings in allen Fällen, in denen keine sichere Zukunftsprognose möglich ist, auch als Berufsunfähigkeit, wenn eine Berufsunfähigkeit mindestens sechs Monate lang ununterbrochen bestanden hat und dieser Zustand andauert. Bei einem Prognosezeitraum von (nur) 6 Monaten ist zu beachten, daß hier schon langwierige Krankheiten (komplizierte Beinbrüche, Komplikationen bei Schwangerschaften o.ä.) zur Leistung führen können, die im eigentlichen Sinne keine BU sind. Daher wird für die Höchstwertung nur noch eine eingeschränkte Erfüllung dieser Frage gefordert. Analog gilt diese Regelung auch für die Feststellung einer Pflegebedürftigkeit. (Gewichtung BU: sehr wichtig; Mindestkriterium für 5 Punkte) (Gewichtung Pflege: wichtig; Mindestkriterium für 5 Punkte)
R03: 6 Monate Leistungsfall = Leistung von Beginn an	Nach sechsmonatiger ununterbrochener Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit, die als solche nicht von Beginn an erkennbar war, gilt die "Fortdauer dieses Zustandes" als Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit. Die Rente wird also in diesem Fall ab dem siebten Monat gezahlt. Viele Versicherer leisten in diesen Fällen rückwirkend, zahlen somit "von Beginn an". Dies ist bei allen Versicherern der Fall, die in diesem Punkt das Rating "voll erfüllen". (Gewichtung BU: sehr wichtig; Mindestkriterium für 5 Punkte) (Gewichtung Pflege: wichtig; kein Mindestkriterium)
R04: Verzicht auf abstrakte Verweisung	Der Versicherer hat grundsätzlich ein Verweisungsrecht im Berufsunfähigkeitsfall. Die Definition des BU-Begriffs verlangt, dass der Versicherte außerstande sein muss, "seinen Beruf ... oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund seiner Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und seiner bisherigen Lebensstellung entspricht." Die Bedingung "bisherige Lebensstellung" verhindert, dass der Versicherer auf eine Tätigkeit verweisen kann, die einen erheblichen sozialen Abstieg oder deutlich geringeres Einkommen mit sich bringt. Die Formulierung "Kenntnisse und Fähigkeiten" ist bei einigen Versicherern durch die Worte "Ausbildung und Erfahrung" ersetzt. Problematisch ist eine derartige Verweisung deshalb, weil der Versicherte in der Regel in dem Verweisungsberuf gar keinen Arbeitsplatz hat, die Verweisung also rein abstrakt auf ein zwar existierendes, aber nicht konkret vorhandenes Berufsbild erfolgt. Sehr viele Versicherer bieten Bedingungen an, in denen sie auf das Recht auf abstrakte Verweisung verzichten. Es wird dann nur geprüft, ob der Versicherte die gesundheitlichen Voraussetzungen für den BU-Zustand erfüllt und ggf. ob er nicht schon eine Tätigkeit konkret ausübt, auf die er verwiesen werden kann. Der Verweisungsverzicht ist insbesondere von Bedeutung bei Berufen, die über eine geringe Spezialisierung und ein nicht sehr hohes Sozialprestige verfügen. Der reine (abstrakte) Verweisungsverzicht ist weiterhin die zentrale Frage des Teilratings BU-Bedingungen. Weitere in diesem Zusammenhang ebenfalls relevante Sachverhalte, wie die Definition der Lebensstellung oder des Berufs, werden in eigenen Ratingfragen analysiert und bewertet. (Gewichtung: sehr wichtig; Mindestkriterium für 5 Punkte)
R05: Verzicht auf unübliche Einschränkungen	Manche Bedingungswerke sehen Leistungsausschlüsse oder Mitwirkungspflichten vor, die normalerweise nicht angewendet werden. So schließen manche Versicherer ganze Krankheitszweige vom Versicherungsschutz aus. Deshalb zeichnen sich derartige Klauseln durch einen völlig überraschenden Charakter aus. Diese Frage hat somit einen allgemeinen Charakter und greift auf alle Sachverhalte zu, die in den Bedingungen aufgeführt oder eben nicht aufgeführt sind. (Gewichtung: sehr wichtig; Mindestkriterium für 3 Punkte)
R06: Verzicht auf § 19 VVG bei unversch. Anzeigepflichtverl.	Stellt sich im Laufe des Vertragsverhältnisses heraus, daß bereits bei Vertragsbeginn ein erhöhtes Risiko vorlag, das dem Versicherer nicht bekannt war, weil der Versicherungsnehmer die gestellten Antragsfragen nicht korrekt beantwortet hat, kann der Versicherer je nach Schwere des Verschuldens vom Vertrag zurücktreten, den Vertrag kündigen oder nur anpassen. Würde die Anzeigepflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten (§ 19 Abs. 2 VVG). Wenn die Anzeigepflicht einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt wurde, kann der Versicherer den Vertrag gemäß § 19 Abs. 3 VVG kündigen. Hätte der Versicherer den Vertrag zu anderen Bedingungen angenommen, hat er gemäß § 19 Abs. 4 VVG nur das Recht zur Vertragsanpassung. Alle Versicherer, die dieses Kriterium "voll erfüllen", verzichten über die gesetzlichen Regelungen hinaus auf ihr Recht auf Kündigung und Vertragsanpassung, wenn der Versicherungsnehmer die vorvertragliche Anzeigepflicht unverschuldet verletzt hat. (Gewichtung BU: sehr wichtig; Mindestkriterium für 5 Punkte) (Gewichtung Pflege: wichtig; kein Mindestkriterium)
R07: Verzug ins Ausland	Während eines normalen Urlaubsaufenthalts (meist bis 6 Monate) besteht weltweiter Versicherungsschutz. Bei einigen Versicherern besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherte auf Dauer oder über einen längeren Zeitraum ins Ausland verzieht. Ein europaweiter Versicherungsschutz wird mit "eingeschränkt erfüllt", ein weltweiter Versicherungsschutz mit "voll erfüllt" bewertet. Sowohl die Beitragszahlungsphase als auch die Leistungsphase müssen weltweit sein. (Gewichtung: sehr wichtig; Mindestkriterium für 5 Punkte)
R08: Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall	Gemäß der gesetzlichen Berufsunfähigkeitsdefinition im § 172 Abs. 2 VVG ist berufsunfähig, wer "... infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall" seinen Beruf nicht mehr ausüben kann. Der Gesetzgeber stellt mit dieser Definition klar, dass die Ursache der Berufsunfähigkeit nicht in normgerechten Altersbeschwerden liegen kann. Vor der VVG-Reform lautete die marktübliche Regelung "Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall", wobei der Gesetzgeber auch hier den Kräfteverfall als "ein Nachlassen der körperlichen oder geistigen Kräfte oder die Minderung der Belastbarkeit über den altersentsprechenden Zustand hinaus" definierte. Zwischen diesen beiden Definitionen besteht kein ratingrelevanter Unterschied, daher wird das Kriterium in beiden Fällen als "voll erfüllt" bewertet. Kritisch zu sehen ist hier ein Wegfall einer der drei genannten Ursachen, oder weitere Einschränkungen z.B. auf allgemein medizinisch anerkannte Krankheiten. (Gewichtung wichtig; Mindestkriterium für 5 Punkte) ### Bei dieser Frage geht es um den zentralen Sachverhalt, aufgrund welcher Ursache die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, damit der Versicherer leisten muß. In den meisten Fällen finden sich die drei Ursachen Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall ohne weitere Erläuterung oder Einschränkung. Kritisch zu sehen ist hier insbesondere ein Wegfall einer der drei genannten Ursachen. (Gewichtung wichtig; Mindestkriterium für 5 Punkte).
R09: Beitragsstundung bis zur endgültigen Entscheidung	Grundsätzlich müssen die Beiträge bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht weitergezahlt werden. Wird die Leistungspflicht anerkannt, werden die zuviel gezahlten Beiträge erstattet. Die meisten Versicherer sind bereit, bei Leistungsanmeldung die Beiträge auf Antrag während der Dauer der Leistungsprüfung zu stunden. (Gewichtung BU: wichtig; Mindestkriterium für 5 Punkte) (Gewichtung Pflege: weniger wichtig; kein Mindestkriterium)

## Berufsunfähigkeit

### Vorgaben

R10: Verzicht auf abstrakte Verweisung bei der Nachprüfung	Grundsätzlich kann der Versicherer bei der Nachprüfung der Berufsunfähigkeit die gleichen Sachverhalte prüfen, die er bei der Erstprüfung untersucht hat. Dies ist in erster Linie die Frage, ob Berufsunfähigkeit überhaupt (noch) besteht, also die Frage nach dem Gesundheitszustand. Darüber hinaus kann er die Frage der Verweisbarkeit erneut prüfen; allerdings nur dann, wenn er sie bei der Erstprüfung ebenfalls prüfen konnte. Viele Versicherer, die auf die abstrakte Verweisung verzichten, haben dies auch bei den Regelungen zur Nachprüfung dokumentiert. Bei anderen Versicherern ergibt sich der Verzicht auf eine erneute Verweisungsprüfung nicht aus dem Bedingungstext zur Nachprüfung, sondern nur konkludent aus dem ursprünglichen Verweisungsverzicht. (Gewichtung: wichtig; Mindestkriterium für 5 Punkte)
R11: Verzicht auf Umorganisation bei weisungsgebundenen MA	Weisungsgebundene Mitarbeiter können üblicherweise ihr Tätigkeitsfeld nicht selbst umgestalten. Daher sollte im Rahmen der BU-Versicherungen bei der Leistungsprüfung bei weisungsgebundenen Mitarbeitern keine Umorganisation des Arbeitsplatzes verlangt werden. Umorganisation bedeutet, dass vom Versicherer geprüft wird, inwieweit durch eine Veränderung am Arbeitsplatz die ausgeübte Tätigkeit soweit verändert werden kann, dass der Versicherte im neuen Tätigkeitsfeld nicht mehr berufsunfähig ist. (Gewichtung: wichtig; Mindestkriterium für 5 Punkte)
R12: Zuletzt ausgeübter Beruf	Bei dieser Frage geht es darum, ob der Versicherer das Recht besitzt, mehr als einen Beruf im Leistungsfall zu prüfen. Je mehr Berufe geprüft werden können, desto wahrscheinlicher ist es, dass der Versicherte den BU-Grad zum Leistungserhalt nicht erfüllt. In einigen Bedingungen ist eine "Mißbrauchsklausel" eingefügt, die den Fall abwehren soll, dass ein Versicherter mutwillig einen "schlechteren" Beruf annimmt, um in diesem eher berufsunfähig zu werden. (Bsp. Ein Pflörtner, der Rückenprobleme hat, wird körperlich tätiger Getränkeausfahrer). Allerdings ergab die M&M-Leistungsprüfer-Befragung, die im Zusammenhang mit der Erstellung dieses Ratings durchgeführt wurde, keinerlei Anhaltspunkte, dass ein solcher Fall jemals eingetreten wäre. Dennoch führt diese "Mißbrauchsklausel" nicht zu einer Abwertung, sondern zu einer eingeschränkten Erfüllung, wenn o.g. Fall in dieser Form spezifiziert ist. Die Prüfung des vorherigen Berufs bei jeder Art von Berufswechsel (innerhalb von 24 Monaten ohne weitere Erläuterungen) führt zu der Bewertung "nicht erfüllt". (Gewichtung: wichtig; kein Mindestkriterium)
R13: Zumutbare ärztliche Anweisungen	Nach dem Grundsatz von Treu und Glauben (§ 242 BGB) ist der Versicherungsnehmer zur Minderung des Schadens verpflichtet und soweit für ihn zumutbar, Maßnahmen zu ergreifen, die zu einer Minderung seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung führen. Bei dieser Frage geht es um die Zumutbarkeit von ärztlichen Anordnungen, d.h. was der Versicherte selbst tun muss, um die Gesundheit zu verbessern bzw. die Berufsunfähigkeit oder den Grad der Pflegebedürftigkeit zu mindern. Während die meisten Versicherer in den vergangenen Jahren auf die Arztanordnungsklausel verzichteten, sind in den neueren Bedingungen nun die Mitwirkungspflichten oft genau spezifiziert. Werden diese nicht befolgt, kann der Versicherer die Leistung solange verweigern, bis der Versicherte die ärztlichen Anweisungen befolgt. Ein Entfall dieser Klausel ist positiv zu sehen, ebenso eine ausführliche Darstellung der Mitwirkungspflichten, d.h. diese müssen gefahrlos, ohne besondere Schmerzen und mit sicherer Aussicht auf Erfolg definiert sein. Kritisch in diesem Zusammenhang sind Mitwirkungspflichten zu sehen, die über normale orthopädische oder andere Heil- und Hilfsmittel hinausgehen, wie Diäten oder Suchtentzug. (Gewichtung: wichtig; kein Mindestkriterium)
R14: Überbrückungsmöglichkeiten	Bei diesem Kriterium geht es um kundenfreundliche Regelungen, den Versicherungsschutz aufrecht zu erhalten, wenn finanzielle Probleme auftreten. Positiv sind Beitragsstundungen o.ä. zu betrachten. (Gewichtung BU: wichtig; kein Mindestkriterium) (Gewichtung Pflege: weniger wichtig; kein Mindestkriterium)
R15: Nachversicherung bei Heirat und Geburt/Adoption	Nachversicherungsgarantien, d.h. die Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung, bei bestimmten besonderen Ereignissen sind positiv zu betrachten. In dieser Frage werden die Möglichkeiten der Erhöhung der Versicherungsleistungen bei familiären Veränderungen betrachtet. (Gewichtung BU: wichtig; kein Mindestkriterium) (Gewichtung Pflege: weniger wichtig; kein Mindestkriterium)
R16: Nachversicherung bei weiteren Ereignissen	Außerhalb familiärer Veränderungen können weitere wichtige Ereignisse es erfordern, einen erhöhten Versicherungsschutz nachzuversichern, so z.B. Volljährigkeit, Immobilienerwerb, erstmaliges Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze oder die Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit. (Gewichtung BU: wichtig; kein Mindestkriterium) (Gewichtung Pflege: weniger wichtig; kein Mindestkriterium)
R17: Nachversicherung bei Überschusssystem Bonusrente	Bietet der Versicherer das Überschusssystem Bonus an, so stellt sich die Frage, was passiert, wenn der Bonus aufgrund einer Überschussenkung vermindert wird, der Bedarf des Versicherten allerdings auf die garantierte Rente plus Bonusrente ausgerichtet war. Daher sollte hier eine Nachversicherung ohne eine erneute Gesundheitsprüfung in Höhe der durch Überschussenkung reduzierten Bonusrente möglich sein. (Gewichtung: weniger wichtig; kein Mindestkriterium)
R18: Definition der "bisherigen Lebensstellung"	Bei der Frage nach der "bisherigen Lebensstellung" geht es darum, inwieweit eine konkrete Tätigkeit ausgeübt werden kann, ohne dass der Versicherer den Versicherten verweisen kann. Nach der derzeitigen Rechtsprechung ist diese Lebensstellung sowohl wirtschaftlich (Einkommenshöhe) als auch sozial (Wertschätzung) zu sehen. Wenn diese beiden Punkte in den Bedingungen aufgeführt sind, wird diese Frage als "voll erfüllt" gewertet. (Gewichtung: weniger wichtig; kein Mindestkriterium)
R19: Hinweis auf Umorganisation bei Selbständigen	Im Rahmen der Berufsunfähigkeitsversicherungen gilt für Selbständige bei der Leistungsprüfung im Gegensatz zu weisungsgebundenen Mitarbeitern die Tatsache, dass eine zumutbare Umorganisation des Arbeitsplatzes durchgeführt werden muss. Dies bedeutet, dass vom Versicherer geprüft wird, inwieweit durch eine Veränderung am Arbeitsplatz die ausgeübte Tätigkeit soweit verändert werden kann, dass der Selbständige im neuen Tätigkeitsfeld nicht mehr berufsunfähig ist. Die Zumutbarkeit bedeutet nun, inwieweit diese Umorganisation so durchgeführt werden kann, dass dem Versicherten keine Einbußen in finanzieller Hinsicht entstehen, er keine hohen Kapitalmittel hierfür aufwenden muss oder das verbleibende Tätigkeitsfeld mit zu hohen Beschränkungen auferlegt ist. (Gewichtung: weniger wichtig; kein Mindestkriterium)
R20: Altersabhängiger Verzicht auf abstrakte Verweisung	Wenn der Versicherer nicht ausdrücklich darauf verzichtet hat, hat er ein Verweisungsrecht im BU-Fall. Einige Versicherer verzichten bei älteren Versicherten darauf, dieses Verweisungsrecht abstrakt auszuüben, also auf einen Beruf zu verweisen, der zur Zeit vom Versicherten nicht ausgeübt wird, aber ausgeübt werden könnte. Der Versicherer prüft statt dessen ab dem jeweils angegebenen Alter nur, ob bereits konkret eine andere Tätigkeit, auf die er verweisen kann, tatsächlich ausgeübt wird. Ist dies der Fall, kann der Versicherte auf diese Tätigkeit, die er bereits ausübt, verwiesen werden. (Gewichtung: weniger wichtig; kein Mindestkriterium)
R21: Vorübergehendes Ausscheiden aus dem Beruf	Beim vorübergehenden Ausscheiden aus dem Berufsleben (z.B. Elternzeit) wird eventuell eine Tätigkeit ausgeübt, die mit dem vorherigen Berufsbild nichts mehr zu tun hat und nur zeitweise vorgesehen ist. Somit sollte bei der BU-Prüfung der zuletzt ausgeübte Beruf - vor der Unterbrechung - geprüft werden. (Gewichtung: weniger wichtig; kein Mindestkriterium)
R22: Einmalzahlung im Leistungsfall	Im Fall der Leistungsanerkennung ist es oftmals notwendig, organisatorische Maßnahmen zu treffen, um das "neue Leben" entsprechend zu gestalten. Hier kann für den Versicherten ein nicht unerheblicher kostenmäßiger Aufwand entstehen. Manche Bedingungen sehen hier eine einmalige Zahlung bei Anerkennung der Leistungspflicht vor. Da diese natürlich entsprechend mit eingepreist sein muss, muss diese Anfangshilfe/Übergangshilfe/Einmalzahlung u.U. gegen entsprechenden Mehrbeitrag mitversichert werden. (Gewichtung: weniger wichtig; kein Mindestkriterium)
R23: Umwandlung in beitragsfreie Versicherung	Aufgrund wirtschaftlicher Zwänge kann der Versicherte Probleme bekommen, seinen Versicherungsschutz aufrecht zu erhalten. Für diesen Fall sollte der Versicherer kundenfreundliche Regelungen bereitstellen. (Gewichtung: weniger wichtig; kein Mindestkriterium)
R24: Regelung für Nachzahlung gestundeter Beiträge	Beantragt der Versicherungsnehmer eine Versicherungsleistung und wird diese abgelehnt, so sollten seitens des Versicherers entsprechende kundenfreundliche Regelungen angeboten werden, so dass der Versicherungsnehmer nicht alle Beiträge, die er während der Leistungsprüfung nicht weitergezahlt hatte, auf einen Schlag zurückzahlen muss. (Gewichtung: weniger wichtig; kein Mindestkriterium)

## Berufsunfähigkeit

### Vorgaben

R25: Hinweis auf Dauer des Rücktrittsrechts	Das Versicherungsvertragsgesetz verpflichtet den Kunden, die im Antrag gestellten Gesundheitsfragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten, damit der Versicherer sich ein Bild von dem zu übernehmenden Risiko machen kann. Stellt sich später heraus, dass die Antworten unzutreffend oder (z.B. aus Vergesslichkeit) nicht vollständig waren, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Gemäß § 21 Absatz 3 VVG erlöschen die Rücktrittsrechte des Versicherers nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre. Alle Versicherer erhalten hier eine Wertung "voll erfüllt", wenn sie den Versicherungsnehmer in ihren Bedingungen auf die Dauer dieses Rücktrittsrechts hinweisen. (Gewichtung: weniger wichtig; kein Mindestkriterium)
R26: Information über den Stand der Leistungsprüfung	Aufgrund der Komplexität der Prüfung eines Leistungsfall, bei dem eventuell auch Ärzte und/oder Gutachter eingeschaltet sind, die diese Fälle oft nicht mit höchster Priorität bearbeiten, kann keine sinnvolle Zeitabschätzung für die Gesamtdauer des Vorganges der Leistungsprüfung angegeben werden. Dennoch sollte der Versicherer gerade bei solch langwierigen Prozessen den Versicherten regelmäßig - und von sich aus - über den Bearbeitungsstatus informieren. (Gewichtung: weniger wichtig; kein Mindestkriterium)
R27: Verzicht auf Untersuchungen im Inland	Wenn der Versicherte sich im Ausland aufhält, stellt sich die Frage, ob ärztliche Untersuchungen im Ausland akzeptiert werden oder ob der Versicherte verpflichtet wird, diese Untersuchungen im Inland durchführen zu lassen. Wenn letzteres gefordert wird, stellt sich außerdem die Frage, wer die hierfür anfallenden Reisekosten aufbringt. Trägt der Versicherer bedingungsgemäß diese Kosten, wird das Ratingkriterium voll erfüllt. (Gewichtung BU: weniger wichtig; kein Mindestkriterium) (Gewichtung Pflege: wichtig; kein Mindestkriterium)
R28: Meldepflicht bei gesundheitlichen Verbesserungen	Der Versicherte, der berufsunfähig bzw. pflegebedürftig ist, sollte gesundheitliche Verbesserungen, die eventuell den Leistungsgrad reduzieren, dem Versicherer melden. Allerdings sind Fälle denkbar, bei denen dem Versicherten nicht klar ist, daß die gesundheitliche Verbesserung dazu führt, daß der Leistungsgrad nicht mehr erreicht wird, und der Versicherer die Leistung einstellen kann. In diesem Fall stellt sich die Frage, ob der Versicherte dann die nicht gezahlten Beiträge zurückzahlen muss. Auf der anderen Seite gilt, dass der Versicherer im Zuge der Nachprüfung jederzeit den Gesundheitszustand des Versicherten überprüfen kann. (Gewichtung: weniger wichtig; kein Mindestkriterium)
-- Ambivalente Frage --	
A01: Verzicht auf Beitragsanpassung nach § 163 VVG	Diese Frage bezieht sich auf § 163 VVG (Versicherungsvertragsgesetz). Zusätzlich regeln manche Versicherer dies in den Bedingungen durch Verwendung einer Beitragsanpassungsklausel. Der § 163 VVG regelt, dass Lebensversicherungsunternehmen für Berufsunfähigkeits- und Pflegeerententartarife bei schlechtem Schadenverlauf die Beiträge unter Einhaltung bestimmter Prozeduren erhöhen können. Dies gilt auch für die Zusatzversicherung. Einige Versicherer weisen durch eine Klausel in ihren Tarifbedingungen auf dieses Recht ausdrücklich hin. Nach dem Gesetz und/oder der Klausel hat der Versicherer das Recht, auch für bestehende Verträge nach Überprüfung durch einen unabhängigen Treuhänder den Beitrag anzupassen, wenn sich eine - nicht nur vorübergehende - Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber der ursprünglichen Kalkulation ergibt. Bei diesen Unternehmen sind also weder eventuelle Nettbeiträge (durch Verrechnung von Gewinnanteilen) noch Brutto-Tarifbeiträge für die gesamte Vertragsdauer garantiert. Manche Versicherer erklären nun in ihren Bedingungen oder an anderer Stelle, dass sie auf ihr Recht nach § 163 VVG verzichten. Zumindest die im Versicherungsschein ausgewiesenen Tarifbeiträge sind somit bei diesen Versicherern für die Vertragsdauer garantiert. Der Verzicht dieser Klausel wird kontrovers diskutiert. Die Klausel darf nur bei heute nicht erkennbaren Veränderungen im Leistungsbedarf angewendet werden, nicht aber, wenn ein Versicherungsunternehmen nachweislich mit Dumping-Prämien arbeitet. Der Verzicht des Versicherers auf diese Klausel schützt also den einzelnen Versicherten davor, dass bei Auftreten heute nicht erkennbarer Risiken seine Beiträge unbezahlbar werden. Dafür geht er - so die gegenteilige Argumentation - in diesen Fällen das Risiko ein, dass er seinen Versicherungsschutz gänzlich verliert, wenn der Versicherer nämlich deshalb zahlungsunfähig wird, weil er keine Möglichkeit mehr hat, die erhöhten unvorhersehbaren Kosten auf die Versicherten umzulegen. Aus diesen Gründen wird diese Frage als ambivalent eingestuft.
A02: Verzicht auf konkrete Verweisung	Bei einem konkreten Verweisungsverzicht verzichtet der Versicherer auf jegliche Verweisung. Im Gegensatz zum abstrakten Verweisungsverzicht kann der Versicherte damit auch nicht verwiesen werden, wenn er eine Tätigkeit konkret ausübt. Es sind Fälle denkbar, bei denen der Versicherte in seinem alten Beruf berufsunfähig wird und einen eventuell höher bezahlten anderen Beruf ausübt, sich also besser stellt, und der Versicherer dennoch seine Leistung erbringen muss. Aufgrund der inhärenten Gefahr des Missbrauchs und der potentiellen Bestandsgefährdung beinhaltet die eigentlich extrem kundenfreundliche Regelung (für den Kunden, der berufsunfähig wird) einen ambivalenten Charakter, d.h. kann Vor- oder Nachteil bedeuten.
A03: Verzicht auf zeitlich befristetes Anerkenntnis	Viele Versicherer verzichten in ihren Bedingungen ausdrücklich auf eine zeitliche Befristung der Leistungsanerkennung bei der Erstprüfung. Jedoch darf gemäß § 173 VVG das Anerkenntnis nur einmal zeitlich befristet werden und ist bis zum Ablauf der Frist bindend. Allerdings kann es in gewissen Fällen auch sinnvoll und für die versicherte Person positiv sein, eine zeitliche Befristung auszusprechen. Daher wird diese Frage als ambivalent eingestuft.
A04: Gesetzliche EU = BU	Wenn der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung einem Versicherten allein aus medizinischen Gründen eine Erwerbsminderungsrente anerkannt hat, sollte im Regelfall aufgrund der schärferen Definition eine Berufsunfähigkeit vorliegen. Allerdings gibt der Versicherer in diesem Fall die Leistungsprüfung aus der Hand und kann eventuell politischen Interessen ausgeliefert sein. Daher wird diese Frage als ambivalent eingestuft.
A05: Dauerhaftes Ausscheiden aus dem Beruf	Wenn der Versicherte für eine längere Zeit aus dem Berufsleben ausgeschieden ist, stellt sich die Frage, welcher Beruf auf die Berufsunfähigkeit geprüft werden soll. Die Frage wird als ambivalent eingestuft, da es je nach Ausgestaltung der tatsächlich letzten Tätigkeit für den Versicherten gut oder schlecht sein kann, wenn in den Bedingungen eine Spezifikation des zu prüfenden Berufs angegeben ist.
A06: DU-Klausel	Einige Bedingungswerke weisen Besonderheiten für Beamte aus. Diese erhalten eigene Klauseln für die Definition der Berufsunfähigkeit. Diese besagen, dass bei Beamten die Versetzung bzw. Entlassung in den Ruhestand wegen allgemeiner Dienstunfähigkeit gleichbedeutend mit der Berufsunfähigkeit ist, d.h. der Versicherer leistet, wenn der Dienstherr den Beamten dienstunfähig (DU) erklärt. Bei der Ausgestaltung der DU-Klausel ist von Interesse, ob auf die DU aus gesundheitlichen Gründen hingewiesen wird und damit der Versicherer eventuell ein Recht der eigenen Prüfung besitzt. Die Frage wird als ambivalente Frage eingestuft, da mit der DU-Klausel der Versicherer das Recht der Prüfung aus der Hand gibt.
A07: Nachversicherung bei Abschluß der Berufsausbildung	Nachversicherungsgarantien nach Abschluß der Berufsausbildung sind naturgemäß nicht für alle Berufe von Interesse, daher wird diese Frage als ambivalent eingestuft.
A08: Infektionsklausel	Einige Bedingungswerke enthalten eine Infektionsklausel, in der geregelt wird, dass ein behördliches Tätigkeitsverbot bei bestimmten Berufsgruppen als Berufsunfähigkeit gilt. In der Regel sollte ein behördliches Tätigkeitsverbot aufgrund von Infektionen auch ohne Infektionsklausel zu einer Berufsunfähigkeit führen. Da davon auch nur bestimmte Berufsgruppen betroffen sind, wird diese Frage als ambivalent eingestuft.
-- Verzicht auf Leistungsausschluß --	
L01: Innere Unruhen	Zu den grundsätzlichen Leistungsausschlüssen zählen innere Unruhen. Viele Versicherer gewähren aber dann eine Rentenleistung, wenn der Leistungsfall durch innere Unruhen, an denen der Versicherte nicht auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat, verursacht wurde.
L02: Kriegsereignisse im Ausland	Zu den grundsätzlichen Leistungsausschlüssen zählen Kriegsereignisse. Viele Versicherer gewähren aber dann eine Rentenleistung, wenn der Leistungsfall durch Kriegsereignisse im Ausland, an denen der Versicherte nicht aktiv beteiligt war, verursacht wurde.
L03: Vergehen im Straßenverkehr	Alle Versicherer leisten auch dann, wenn der Leistungsfall durch fahrlässige Verstöße, z.B. im Straßenverkehr, verursacht wurde. Bei vorsätzlicher Ausführung oder dem strafbaren Versuch eines Verbrechens verweigern die Versicherer in der Regel die Leistung. Tarife mit einem "voll erfüllt" leisten explizit auch bei grob fahrlässigen Verstößen oder bei jeglichen Verstößen im Straßenverkehr.

## Berufsunfähigkeit

### Vorgaben

L04: Fahrtveranstaltungen mit Kfz	"Beteiligungen an Fahrtveranstaltungen mit Kraftfahrzeugen, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, und die dazu gehörenden Übungsfahrten" gelten als nicht versichert. Viele Versicherer verzichten auf diesen Leistungsausschluss.
L05: Luffahrten	Bei einem Leistungsfall, der durch eine "Luffahrt" verursacht wurde, wird bisweilen nur geleistet, wenn die Luffahrt gemäß den Bestimmungen der Luffahrerklausel stattgefunden hat. Diese Klausel gewährt faktisch nur dann Versicherungsschutz, wenn die Luffahrt in Passagierflugzeugen stattgefunden hat, bei denen der Versicherte nicht als Besatzungsmitglied unterwegs war. Viele Versicherer verzichten auf die Luffahrerklausel oder haben sie entsprechend erweitert. Sie versichern somit auch Luffahrten in Segelflugzeugen und anderen Fluggeräten (wie Paragliding etc.). Grundsätzlich gilt: Werden diese "Luffahrten" aber bereits bei Antragstellung betrieben, müssen sie meist im Antrag angegeben werden. Ggf. ist dann ein Zuschlag erforderlich.
L06: Strahlen	Bei "normalen" Strahlenunfällen leisten nahezu alle Versicherer. Sind diese Strahlen allerdings aufgrund einer Ursache, die viele Menschen betrifft und den Einsatz des Katastrophenschutzes o.ä. erfordert, verursacht, wird oft ein Leistungsausschluss verhängt.
L07: ABC-Stoffe	Zu den grundsätzlichen Leistungsausschlüssen zählt im Zusammenhang mit den Geschehnissen zum 11. September 2001 nun der Leistungsfall, der durch den Einsatz von ABC-Waffen ausgelöst wurde, mit terroristischem Hintergrund.
-- Tariffinformation --	
T01: Wiedereingliederungshilfe bei Reaktivierung	Wenn eine Berufsunfähigkeit dadurch endet, dass der Versicherte wieder in seinen Beruf zurückkehrt oder - sofern möglich - auf einen anderen Beruf verwiesen wird, zahlen einige Versicherer Wiedereingliederungshilfen, meist in Höhe von einigen Monatsrenten. Analog gilt diese Regelung bei Pflegerentenzahlungen und -tarifen, wenn sich durch gesundheitliche Verbesserungen der Umfang der Pflegebedürftigkeit so gemindert hat, dass die Leistungspflicht entfällt.
T02: Staffelregelung des BU-Grades	Normalerweise wird eine Versicherungsleistung erst erbracht, wenn eine mindestens 50%-ige Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Ist dies der Fall, werden 100% der versicherten BU-Leistung fällig (also Beitragsbefreiung und Rente, falls mitversichert). Einige Versicherer bieten statt dessen die Wahl einer Staffelleistung an. Bereits ab einem BU-Grad von 25% (oder 33%) erfolgt eine Leistung entsprechend dem Grad der Berufsunfähigkeit. Bei 50%-iger BU wird also die Hälfte der Versicherungsleistung erbracht. Die volle Leistung wird bei diesem System erst ab einem BU-Grad von 75% (alternativ 66%) fällig.
T03: Karenzzeiten	Einige Versicherer bieten die Vereinbarung von Karenzzeiten im BU/Pflege-Bereich an. Karenzzeiten sind Wartezeiten (leistungsfreie Zeiten) während denen noch keine Leistung gewährt wird. Erst nach Ablauf der Karenzzeit wird die versicherte Rente ausgezahlt. Karenzzeiten führen zu Prämienersparnissen. Die Vereinbarung von Karenzzeiten kann sinnvoll sein, wenn in den ersten Monaten eines Leistungsfalls noch Leistungen aus anderen Quellen zur Verfügung stehen.
T04: Lebenslange BU-Rente	Die Berufsunfähigkeitsversicherung endet i.d.R. spätestens mit dem 67. Lebensjahr. Manche Versicherer bieten einen Tarif an, welcher die Versicherung einer lebenslangen BU-Rente vorsieht.
T05: Beitragsdynamik der versicherten Leistungen	Aufgrund der Inflation oder beruflicher und damit einkommensmäßiger Verbesserungen kann es sinnvoll sein, eine Dynamik bei den Leistungen mit zu versichern. Der Beitrag der Versicherung erhöht sich um den vereinbarten Prozentsatz und bewirkt damit eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne eine erneute Gesundheitsprüfung. Oftmals wird die Dynamik nur bei kapitalbildenden Versicherungen angeboten (Bewertung "eingeschränkt erfüllt"). Die Wertung "voll erfüllt" wird vergeben, wenn die Dynamik bei allen Versicherungen abschließbar ist, für die diese Absicherungsvariante angeboten wird.
T06: Garantierte Rentendynamik im Leistungsfall	Im Leistungsfall steigt die versicherte Rente nur durch die mögliche Gewinnbeteiligung des Versicherers. Um die Kaufkraft der Leistung zu sichern, müsste der Inflationsschutz mindestens ausgeglichen werden. Da die Gewinnbeteiligung eine unsichere Größe ist und in den letzten Jahren bei den meisten Versicherern unter der Inflationsrate lag, gewinnt die garantierte Rentendynamik eine immer größere Bedeutung. Einige Versicherer bieten gegen entsprechenden Mehrbeitrag an, im Leistungsfall die Rente im Rahmen eines bei Versicherungsbeginn vereinbarten Prozentsatzes zu erhöhen.
T07: Beitragsfreie Dynamisierung der Hauptversicherung	Ist für den Haupttarif eine dynamische Anpassung von Leistungen und Beiträgen vereinbart, so endet diese Dynamik, wenn die Berufsunfähigkeit eintritt. Todesfallschutz und Erlebensfall-Leistungen steigen also nur noch durch die mögliche Gewinnbeteiligung des Versicherers. Einige Versicherer bieten gegen entsprechenden Mehrbeitrag an, im BU-Leistungsfall den Haupttarif im Rahmen eines bei Versicherungsbeginn vereinbarten Prozentsatzes beitragsfrei zu erhöhen. Von Bedeutung ist dies insbesondere für Versicherte, für die eine Dynamisierung der Beiträge zum Erreichen des Versorgungsziels unabdingbar notwendig ist. Tritt Berufsunfähigkeit in frühen Jahren ein, kann die Versorgung nämlich nicht mehr ausgebaut werden.