



Der Philip Wenzel BU-Leitfaden

3. Auflage

Fonds Finanz

Der Philip Wenzel BU-Leitfaden

Fonds Finanz

Vorwort

Als Anwalt hat man den Ruf, man könne sich nicht festlegen und würde auf jede Frage mit „Es kommt drauf an!“ antworten. Dabei müssten doch zumindest Versicherungsvermittler verstehen, dass jeder Fall anders liegt und alles individuell zu betrachten ist. Genau so liest sich das auch im neuen BU-Leitfaden von Philip. Für jeden Kunden gibt es verschiedene Lösungen, die sich an dessen individuellem Bedarf und an dessen Wünschen und Bedürfnissen orientieren. Es gibt keine pauschalen Antworten.

Und genau das verlangt ja auch das Versicherungsvertragsgesetz, nach dem der Vermittler dem Kunden eine angemessene Beratung schuldet, in der der Bedarf ermittelt und die Wünsche und Bedürfnisse erfragt werden.

Also, eigentlich schreibt Philip nur, was eh das Gesetz verlangt. Aber bei ihm fällt es auch einem Anwalt leichter, einfach weiterzulesen.

Und neben den wichtigen Kapiteln zu Haftung, Datenschutz und Dokumentation schreibt er auch viel aus der Praxis und gibt vertriebliche Tipps zur Kundengewinnung, zur BU-Beratung, aber auch zum korrekten Einsatz der Produkte zur Arbeitskraftabsicherung, die es neben der BU-Versicherung ja auch noch gibt.

Wenn du dich an den Ablauf, den Philip in seinem Leitfaden skizziert, hältst und alles entsprechend dokumentierst, dann ist es für mich und meine Kollegen von der Kanzlei Wirth in den meisten Fällen sicher deutlich einfacher, den Fall für euch zu gewinnen. In der Regel dürfte es nicht einmal dazu kommen, aber ihr wisst ja, wie es ist ... Im Einzelfall kommt's halt immer drauf an!

Euer

Tobias Strübing
Spezialisierte Fachanwältin für Versicherungsrecht
Wirth-Rechtsanwältinnen



Inhaltsverzeichnis

Der Philip Wenzel BU-Leitfaden

1. Erfolgreich beraten und erfolgreich verkaufen	8
1.1 Das Ding mit der Haftung	8
1.2 Das Ding mit dem Datenschutz	9
2. Womit alles beginnt	11
2.1 Die Gesundheitsfragen	15
2.1.1 Was tun mit der Krankenakte?	17
2.1.2 Verkürzte Antragsfragen	23
Exkurs: BUV in der bAV	24
2.1.3 Die spontane Anzeigepflicht und die eingebrachte Berufsunfähigkeit	30
2.1.4 Wenn du weißt, was geht, ist die Beratung einfach ...	32
2.1.5 An dieser Stelle noch mal die Sache mit der Haftung	33
2.2 Bedarf richtig ermitteln	36
2.2.1 Die gesetzlichen Ansprüche	38
2.2.1.1 Arbeitsunfähigkeit (AU)	39
Exkurs: Besonderheit bei Selbstständigen	40
2.2.1.2 Erwerbsminderung (EMI)	43
2.2.1.3 Unterschiedliche Beurteilung des Gesundheitszustands	47
2.2.1.4 Die Umschulung und ALG I	48
2.2.2 Die konkrete Bedarfsermittlung	49
2.2.3 Bedarf bei EU und bei BU	50
Exkurs: Statistiken zur BU und zur Erwerbsminderung	51
Exkurs: „Was kostet eine BUV?“	54
2.2.4 Die Besteuerung der BU-Rente	55
2.2.5 Die ausgabenorientierte Beratung	58
2.2.5.1 Meine lebenslangen Ausgaben	60
2.2.5.2 Die Absicherung der Ausgaben für die Kinder	62
2.2.5.2.1 Die Absicherungshöhe ist (fast) immer wichtiger als die Laufzeit	63
2.2.5.3 Die Immobilie und die Berufsunfähigkeitsversicherung	65
2.2.5.3.1 Die Nachversicherungsgarantie beim Immobilienwerb	65

2.2.5.3.2	Die Dread Disease und die Pflegeversicherung fürs Haus	66
2.3	Wünsche und Bedürfnisse bei der Ausgaben-Absicherung	67
2.3.1	Versicherungslösungen für meine Kunden	68
2.3.1.1	Die Berufsunfähigkeitsversicherung	69
2.3.1.1.1	Was kann ich im Leistungsfall beachten?	70
2.3.1.1.2	Für wen ist die Berufsunfähigkeitsversicherung die beste Lösung?	73
2.3.1.1.3	Welche Berufsunfähigkeitsversicherung ist die beste der Welt?	75
2.3.1.1.4	Viel Lärm um nichts	78
2.3.1.1.4.1	Die Infektionsklausel	78
2.3.1.1.4.2	Verzicht auf konkrete Verweisung	79
2.3.1.1.4.3	Der einfache Kräfteverfall	80
2.3.1.1.4.4	Die Teilzeit-Klausel	82
2.3.1.1.4.5	Die DU-Klausel	84
2.3.1.1.4.5.1	Die spezielle DU-Klausel	88
2.3.1.1.4.5.2	Die Teil-DU-Klausel	88
Exkurs:	Muss es ein Beamten-Versicherer sein? Oder ein Spezialist für Ärzte oder Anwälte?	91
2.3.1.1.4.6	Schüler-, Studenten- und Azubi-Klauseln	93
2.3.1.1.4.7	Verzicht auf § 163 VVG	95
2.3.1.1.4.8	Verzicht auf befristetes Anerkenntnis	97
2.3.1.1.4.9	Garantierte Leistungsdynamik	98
2.3.1.1.4.10	Die weltweite Geltung und die Mitwirkungspflichten	100
2.3.1.1.5	Mehr als nice-to-have	101
2.3.1.1.5.1	Die AU-Klausel	101
2.3.1.1.5.2	Die Krebs- und Rollstuhl-Klausel	102
2.3.1.1.5.3	Leistungsauslöser Pflegebedürftigkeit und Erwerbsminderung	103
2.3.1.1.5.4	Verzicht auf Umorganisation	104
2.3.1.1.5.5	Umorganisations- und Reha-Hilfe	105
2.3.1.1.5.6	Ereignisunabhängige NVG	105

2.3.1.1.6	Womit kann ich die Berufsunfähigkeitsversicherung sinnvoll kombinieren?	106
2.3.1.1.6.1	BUV und EUV	107
2.3.1.1.6.2	BUV und GFV	108
2.3.1.1.6.3	BUV und DD	109
2.3.1.2	Die Erwerbsunfähigkeitsversicherung	111
2.3.1.2.1	Kombinieren ist immer erlaubt	112
2.3.1.3	Die Grundfähigkeitsversicherung	115
2.3.1.3.1	Die Grundfähigkeitsversicherung bei psychischen Vorerkrankungen	117
2.3.1.3.2	Wie kann ich die einzelnen Tarife der Grundfähigkeitsversicherung vergleichen?	119
2.3.1.3.3	Wie kann ich die Grundfähigkeitsversicherung zu einer Alternative zur Einkommensabsicherung machen?	120
2.3.1.3.4	Wie kann ich die Grundfähigkeitsversicherung sinnvoll kombinieren?	122
2.3.1.3.5	Kann eine Grundfähigkeitsversicherung eine Unfallversicherung ersetzen?	123
2.3.1.4	Das Pflegetagegeld	124
2.3.1.5	Die Dread Disease	125
2.3.1.6	Die Multi-Risk-Versicherung	126
2.3.1.7	Die Unfallversicherung	127
2.3.2	Immer den Kunden fragen, was er will	128
2.3.3	Eine Lösung, viele Produkte	130
2.4	Wie bekomme ich genügend Budget für eine vernünftige Absicherung?	131
2.4.1	Vergleich mit der gesetzlichen Absicherung	132
2.4.2	Die Ausgabenabsicherung als Investition verstehen	133
2.5	Billig ist billig ist billig	135
	Vertrieblicher Exkurs: Warum jeder, der eine BUV hat, auch eine Altersvorsorge braucht... ..	136

2.6 Die Einwände	137
2.6.1 „Ich brauch keine BUV!“	137
2.6.2 „Ich arbeite aber im Büro und da kann mir nichts passieren ...“	139
2.6.3 „Aber dann können die verlangen, dass ich als Pförtner arbeiten muss ...“	140
2.6.4 „Aber die leisten eh nie!“	141
2.6.5 „Ich muss mir das noch überlegen!“	142
2.6.6 „Ich hab gerade keine Zeit für sowas!“	143
2.7 Die Dokumentation	143
2.8 Einvertrags-Kunden zu Vollkunden machen	147
3. Unterm Strich	149

Der Philip Wenzel BU-Leitfaden

1. Erfolgreich beraten und erfolgreich verkaufen

Ich will in diesem Leitfaden kurz und knapp beantworten, was ein Vermittler tun muss, um relativ haftungssicher und erfolgreich verkaufen zu können. Dabei ist mir aber das Verkaufen am wichtigsten. Ich kann nämlich ziemlich gut jeder Haftung entgehen, wenn ich einfach nix verkaufe. Aber selbst hier muss ich vorsichtig sein ... Denn hat die Kundenbeziehung einmal begonnen, gibt es kein Zurück mehr. Um das kurz zu klären, wird es jetzt ein paar Zeilen langweilig. Sorry. Ist aber wichtig. Es geht um Haftung ...

1.1 Das Ding mit der Haftung

Ok ... Ich will niemandem Angst machen. Die Haftung sollte nicht unseren Alltag bestimmen. Dafür gibt es Anwälte. Also, für so Themen wie „Haftung“. Die Anwälte sollten nicht unseren Alltag bestimmen. Das Risiko der Haftung lässt sich aber in ein paar Schritten leicht begrenzen:

Wichtig ist, dass wir zu Beginn die Erstinformation und Datenschutzerklärung übermitteln. Und dann sollten wir im eigenen Interesse möglichst schnell die Vollmacht unterzeichnen lassen und einen Maklervertrag vereinbaren. Darin kann ich alle Rechte und Pflichten regeln. Im Detail soll uns das nicht interessieren. Aber für diejenigen unter euch, die sich z. B. auf die Berufsunfähigkeitsversicherung spezialisiert haben, ist wichtig, dass ihr eurem Kunden im Vertrag klarmacht, dass ihr euch nur um die BUV kümmert und sonst um nix.

Wenn sowas nicht geregelt ist, dann muss ich meinen Kunden auch über andere Risiken aufklären und Bedarf und Bedürfnis ermitteln. Wie schrecklich das ist, dürft ihr euch selbst ausmalen. Denkt dabei mal an einen Kunden, der nur ne Kfz-Haftpflicht bei euch hat und ihr den Maklervertrag nicht eingeschränkt habt. Wenn der Kunde mal BU wird und er einen cleveren Anwalt findet, könnte das ein Problem werden, sofern ihr nirgends dokumentiert habt, dass er keine BUV wollte. Denn dann würdet ihr dafür haften, keine BU-Versicherung verkauft zu haben, obwohl der Bedarf leider bei fast allen Menschen offensichtlich ist.

Also kümmert euch besser darum ...

Die Fonds Finanz stellt den Maklervertrag deshalb in unterschiedlichen Varianten zur Verfügung: Spartenein- und Spartenausschluss sowie umfassend. Passend zu jeder Kundensituation.

Umgekehrt kann es ein Problem sein, wenn ihr keine Datenschutzerklärung habt. Dann dürft ihr den Kunden eigentlich nicht proaktiv zu anderen Sparten informieren. Sonst könntet ihr abgemahnt werden wegen unerlaubter Kontaktaufnahme.

1.2 Das Ding mit dem Datenschutz

Ich will mich auch hier nicht zu lange aufhalten und nicht zu sehr ins Detail gehen. Aber grundsätzlich ist klar, dass wir schon vor der Vermittlung einer Berufsunfähigkeitsversicherung mit ein paar von den sensibelsten Daten überhaupt zu tun haben. Und das sind finanzielle und medizinische Daten.

Und wie ein Arzt besser nicht die Patientenakte vom letzten Patienten im Vorzimmer liegen lassen sollte, sollten auch wir darauf achten, dass unsere Kunden nie Einsicht in die Daten anderer Kunden haben. So weit, so analog ...

Digital wird die Sache noch eine ganze Spur schwieriger. Denn es gibt sowas wie Cyberkriminalität halt wirklich. Und auch da gibt es ein paar große Haie, die versuchen, sich in eine Bank zu hacken, aber es gibt auch ein paar kleinere, die versuchen werden, deine Kundendaten zu klauen oder einfach zu verschlüsseln, um dich damit zu erpressen.

Denn du gibst dir ja sogar Mühe, um online als Versicherungsvermittler gefunden zu werden. Deshalb finden die dich dann logischerweise auch ...

Das wird sich mit einer guten Software, regelmäßiger Wartung und regelmäßigen und vor allem auch gut durchkonzeptionierten Back-up-Systemen erschweren lassen. Aber komplett verhindern kannst du es am Ende nicht ... Beim Back-up empfiehlt es sich, dass du 2–3 Datenträger für eine tägliche Sicherung benutzt, 2–3 nur einmal die Woche und am besten 5–6 Stück, die du einmal im Monat benutzt. Denn in der Regel wird ein Virus oder sowas in der Art nicht sofort erkannt und auch nicht immer sofort aktiviert. Wenn du jetzt einen einzigen Datenträger hast, auf dem du täglich sicherst, dann ist der auch hinüber, weil das Virus da dann halt auch schon drauf ist.

Mach da am besten mal ne Schulung, damit du weißt, was die neuesten Betrügereien sind, warum du manche Dateien von Kunden oder Interessenten an keinem PC, der in deinem Netzwerk ist, öffnen solltest und was es mit Ransomware und Fake-President auf sich hat.

Du solltest auch unbedingt mit dem Kunden klären, auf welchem Weg er dir vor allem empfindliche Gesundheitsdaten schicken will. Eine E-Mail ist unter Umständen leicht abzufangen, aber per Post ist umständlich und wenn wir ehrlich sind, auch nur deshalb sicherer als E-Mails, weil sich keiner mehr die Mühe macht, mal wieder einfach ne Postkutsche zu überfallen.

Hier gibt es die Möglichkeit, die E-Mails zu verschlüsseln oder mit einer Cloud zu arbeiten. Wobei eine Cloud halt auch wieder unbedingt ihre Server in Europa oder noch besser in Deutschland stehen haben sollte.

Und wenn du auf Social Media aktiv bist, sollte eben auch klar sein, dass du keine Bilder aus deinem Büro postest, auf denen man Kundendaten oder überhaupt Kunden sehen kann. Darüber hinaus solltest du auf Bildrechte und die Vorgaben der einzelnen Plattformen achten.

KI ist auch immer mehr ein Thema. Hier ist wichtig, dass du, wenn du Kundendaten mit Hilfe von KI ver- oder bearbeitest, den Kunden darüber informierst. Außerdem sollten auch hier die Daten zu keiner Zeit auf einem außereuropäischen Server liegen.

Wichtig ist beim Datenschutz, dass du den Kunden in der Datenschutzerklärung schon darüber aufklärst, was du alles mit seinen Daten machst. Darüber hinaus musst du sicherstellen, dass du dich an alle Fristen zur Löschung hältst.

Hier ist aber wichtig, dass alle Daten zu einer BU-Vermittlung dauerhaft gespeichert werden sollten, damit du im Leistungsfall nachweisen kannst, dass du bedarfsgerecht beraten und vermittelt hast.

Aber das ist alles nicht meine Kernkompetenz. Nimm das Thema ernst und informiere dich hier unbedingt bei Fachleuten.

[Die Fonds Finanz stellt eine Datenschutzerklärung zur Verfügung, die exakt auf die Bedürfnisse des Maklers zugeschnitten ist.](#)

Na ja, es ist halt kompliziert, sobald es irgendwie juristisch wird.

Ich halte mich, was das erfolgreiche Verkaufen von Versicherungen anbelangt, an zwei Regeln. Die zweite Regel lautet: „Sei nicht saudumm!“ Damit lässt sich an sich das gesamte Haftungsthema regeln. Die Fonds Finanz hat Vorlagen, die ich nutzen kann. Es tut nicht weh, die an die erste E-Mail anzuhängen. Schon ist das Thema zum größten Teil erledigt. Klar, es kann immer passieren, dass ich verklagt werde. Kunden, die gegen unsere Empfehlung keine Versicherung gemacht haben, sind im Leistungsfall am Arsch. Da gibt es dann keine Freunde mehr. Es wird alles versucht, um irgendwie die Existenz zu retten. Aber das ist für uns kein Grund zur Panik. Wenn ich nicht saudumm war, kann mir auch vor Gericht nichts Schlimmes passieren. Wenn es nicht saudumm läuft ...

Deswegen müssen wir aber nicht verzweifeln. Darum lautet meine erste Regel: „Sei mutig!“ Lieber mal was versucht und gescheitert, als es überhaupt nicht erst versuchen.

Und wenn ich es dann noch schaffe, den Bedarf richtig zu ermitteln, die Wünsche und Bedürfnisse des Kunden zu erfragen und die passenden Produkte zu finden, kann eigentlich überhaupt nichts mehr schiefgehen. Denn zufriedene Kunden klagen eher selten.

2. Womit alles beginnt

Zuallererst brauch ich einen Kunden, den ich versichern kann. Es ließe sich sicherlich ein ganzes Buch über Neukundenakquise und Bestandskundenbetreuung schreiben. Und das haben auch schon eine ganze Menge Menschen gemacht. Ich persönlich lebe von der Empfehlung, der Internetseite und Social Media. Wenn ihr Probleme habt, neue Kunden zu gewinnen, dann empfehle ich euch, es als Erstes über die sozialen Medien, also Facebook oder Instagram, und wenn ihr unter 30 Jahre alt seid, TikTok zu versuchen. Wer Firmenkunden sucht, kann mal Xing oder LinkedIn versuchen, wobei Xing auf dem Weg ist, so ne Art StudiVZ zu werden. Also, quasi die Entsprechung einer Geisterstadt als Plattform.

Die Fonds Finanz bietet zur richtigen Nutzung von Social Media Schulungen an mit Leuten, die das besser können als ich.

Oder wenn du keine Zeit für eine Schulung hast, dann kannst du dir auch einfach Leads über die Fonds Finanz holen. Ein Lead ist ein Interessent. Also jemand, der sich im Internet z. B. zum Thema Berufsunfähigkeitsversicherung informiert hat. Wenn du den jetzt in diesem Moment, wo er sich für

das Thema interessiert, anschreibst oder anrufst, dann ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass er einen Termin mit dir machen will. Denkst du nicht?

Und die Kosten sind bei der BU-Versicherung ungefähr so, dass du gerade noch Gewinn machst, wenn einer von 20 Leads abschließt. Und das kriegst du schon hin. Ich glaub an dich!

- ☞ Kundengewinnung leichtgemacht
Neukunden mit Social Media:
[www.fondsfinanz.de/vertriebsunterstuetzung/
marketing-fuer-makler](http://www.fondsfinanz.de/vertriebsunterstuetzung/marketing-fuer-makler)



- ☞ Vollumfängliche und komfortable
Neukundenberatung – mit nur einem Tool,
über alle Sparten hinweg und unter Berücksichtigung aller bestehender Versicherungen
mit dem softfair VersicherungsLotsen:
www.fondsfinanz.de/versicherungslotse



- ☞ Online zum Kunden:
www.fondsfinanz.de/online-zum-kunden



Eine oder zwei Ideen würde ich an der Stelle aber doch gern mal teilen.

Wir gehen an der Stelle mal davon aus, dass du schon Kunden hast und auch ein kleines Werbebudget. Da momentan alle auf das Internet setzen, würde ich offline gehen. Plakatwerbung ist sehr günstig und Bandenwerbung bekommst du praktisch hinterhergeschmissen.

Der Fehler, den die meisten bei Plakat- oder Bandenwerbung machen, ist, dass entweder die eigene Marke oder ein Produkt beworben wird. Das interessiert selbstverständlich keine Sau. „Philip Wenzel ist ein toller Typ!“ ist etwa so spannend wie „Die neue BU-Versicherung der Pfefferminzia!“.

Wenn du aber Bandenwerbung bei einem Fußballverein im Dorf kaufst und auf die Bande „6.000 Euro bei Kreuzbandriss! Ab der F-Jugend!“ schreibst und darunter nur die Landingpage www.kreuzbandriss-fc-hinterarsching.de oder wie der Verein halt heißt oder nur den Ortsnamen oder, wenn du das gern groß aufziehen willst, einfach nur www.kreuzband-versicherung.de oder sowas ...

Auf der Landingpage erklärst du dann, dass Kinder ab 3 Jahren eine Versicherung abschließen können, die 1.000 Euro monatlich an Rente zahlt, wenn sie sich für mindestens 6 Monate nicht mehr hinknien können. Jedes Jahr reißen sich 20.000–30.000 vorwiegend jugendliche Menschen in Deutschland das Kreuzband. Mittlerweile ist das gut operabel, aber auch, wenn man schnell wieder laufen kann, kann man sich in der Regel 6 Monate nicht vollständig hinknien.

Wenn du magst, kannst du noch schreiben, dass diese Versicherung auch noch eine BU-Option enthält.



Den Vergleich aller BU-Optionen
findest du übrigens hier:

www.fondsfinanz.de/vermittlerunterstuetzung-bu



Gemeint ist eine Grundfähigkeitsversicherung, die selbstverständlich noch bei vielen anderen verlorenen Grundfähigkeiten leisten würde. Aber das kannst du ja im Beratungsgespräch erklären ...

Das funktioniert sicher auch mit anderer Offline-Werbung. Wichtig ist, dass du nicht dich oder ein Produkt in den Vordergrund stellst, sondern ein Problem (Viele Fußballer reißen sich das Kreuzband) und eine Lösung (Mit 6.000 Euro kannst du dir eine super Behandlung leisten oder ein Elternteil kann am Anfang der Verletzung immer wieder frei nehmen, um das Kind zu den Behandlungen zu bringen).

Eine andere Offline-Idee funktioniert ganz gut, wenn du dir eine Zielgruppe aufbauen willst. An sich geht es mit jeder Zielgruppe, aber mit Studenten geht es besonders gut, weil die noch kein Geld verdienen, weshalb schon kleine finanzielle Anreize funktionieren. Und Studenten sind keine schlechte Zielgruppe, weil sie als Akademiker später mal gut verdienen und in der BU-Versicherung eine höhere Rente benötigen. Aber auch in anderen Sparten sollte das interessant sein.

Wenn du einem Studenten in der Beratung erklärst, dass es bei ihm sinnvoll sein kann, 2 Verträge abzuschließen, weil er dann später eine höhere Rente über die Nachversicherungsgarantie (NVG) nutzen kann und auch pro Ereignis schneller eine höhere Rente erreichen kann, dann sollte das für ihn interessant sein und deine Beratung in seinen Augen aufwerten.

Kleiner Einschub, weil das vielleicht nicht jedem klar ist ... Die meisten Nachversicherungsgarantien sind pro Versicherer auf 3.000 Euro Rente insgesamt und 500 Euro pro Ereignis begrenzt. Wenn ein Student maximal 2.000 Euro Rente versichert, kann er nur noch um 1.000 Euro erhöhen und bräuchte dazu eine ereignisunabhängige und eine ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie.

Bei zwei Verträgen kann um 2×3.000 Euro, also 6.000 Euro insgesamt und 1.000 Euro pro Ereignis erhöht werden. Der Student startet also mit zwei Verträgen je 1.000 Euro und kann nach dem Studium eine ereignisunabhängige NVG ziehen und eine ereignisabhängige, weil er einen Beruf beginnt. Er kann sehr schnell um 2.000 Euro auf 4.000 Euro ohne erneute Risikoprüfung erhöhen. Und er hat immer noch die Möglichkeit, um weitere 2.000 Euro ohne Risikoprüfung zu erhöhen.

Wichtig ist, dass ihr hier prüft, ob der Tarif die NVG zusätzlich prozentual begrenzt. Das wäre doof. Aber das könnt ihr in ASCORE nachsehen.

Ich weiß, dass es durchaus auch einzelne Tarife gibt, die über einmalige Erhöhungen nach dem Studium z. B. eine Verdopplung der Rente ermöglichen oder über eine Karrieregarantie auf bis zu 72.000 Euro Jahresrente gehen. Aber mir geht es hier um die Story.

Mit diesem Konzept beweist ihr eine Kompetenz. Wenn ihr einfach nen passenden Tarif auswählt, dann beweist ihr nur, dass ihr den passenden Tarif finden könnt. Und das ist nicht beeindruckend, sondern einfach das Mindeste, was ein Kunde erwarten darf.

Wenn ihr den Studenten mit eurer Kompetenz begeistert habt, dann könnt ihr ihn fragen, ob er mit euch eine Tippgebervereinbarung abschließen will. Lasst diese unbedingt anwaltlich prüfen, damit die auch sauber ist. Aber wenn das klar geht, dann habt ihr jetzt einen Studenten, der euch im besten Fall weitere Studenten bringt, bei denen ihr das ganze Spiel wieder von vorne beginnen könnt. So dringt ihr ohne großen Aufwand tiefer in eine coole Zielgruppe ein.

Aber das soll es an der Stelle mit Akquise-Tipps von mir gewesen sein, denn an sich kann ich eher Beratung ganz gut. Ab jetzt geht es nur noch um Beratung. Und mein Beratungssystem ist so außergewöhnlich, dass ich Kollegen kenne, die schon Mitarbeiter gewinnen konnten, weil sie mein System so geil fanden. Nicht meine Worte, aber ich find es schon auch geil.

Um 100 % ehrlich zu sein, war das nur ein einziger Kollege, der mir das einmal erzählt hat. Aber trotzdem ...

Deswegen steige ich jetzt also ein, wo der Kontakt schon da ist. Und um aus dem Interessenten einen Kunden zu machen, muss ich zunächst wissen, ob ich ihn überhaupt versichern kann. Deswegen fülle ich als Allererstes mit dem Kunden die Gesundheitsfragen aus. Oder schicke sie ihm zu, damit er sie in Ruhe ausfüllen kann. Denn wenn der Kunde keine Zeit hat, sich an seinen vergangenen Gesundheitszustand zu erinnern, weil die [Antragsfragen zu schnell vorgelesen wurden](#), dann kann das wieder für den Vermittler ein Problem werden. Deshalb sollte man dem Kunden nachweislich Zeit geben, alles selbst zu lesen.

2.1 Die Gesundheitsfragen

Das erscheint euch vielleicht doof, weil Gesundheitsfragen nerven und ich den Kunden schon an dieser Stelle verlieren könnte. Deswegen erkläre ich meinen Kunden auch immer, warum ich das schon jetzt mache.

Der Grund ist simpel. Ich sage dem Kunden, dass wir zwei der wichtigsten Dinge erst zu schätzen wissen, wenn wir sie nicht mehr haben: Gesundheit und Zeit.

Ich bin kein Arzt, also kann ich für deine Gesundheit nicht viel tun, lieber Kunde. Aber ich kann versuchen, dir so viel Zeit wie nur möglich zu schenken.

Deshalb möchte ich schon vorher alle Daten abfragen, die ich brauche, um die Versicherbarkeit zu prüfen. So können wir vermeiden, dass ich dir lang und breit erkläre, was warum in welchem Umfang für dich wie wichtig ist, und am Ende kannst du überhaupt keine Versicherung abschließen.

Außerdem bekommen wir vom Versicherer schneller ein Ergebnis, wenn wir schon alle Daten zusammenhaben und diese sauber aufgearbeitet sind.

Das leuchtet den allermeisten Kunden auch sofort ein. Normalerweise finden die das sogar sehr gut. Weil sie eben auch ihre Zeit nicht gestohlen haben.

☞ Alle Informationen zur Risikovorabfrage unter:
www.fondsfinanz.de/risikovorabfrage



Eine andere Erklärung, die genauso richtig ist, geht folgendermaßen: Lieber Kunde, du hast doch sicher schon mal eine Autowerbung gesehen, in der es heißt, das Auto gibt es ab 12.500 Euro oder so. Wenn du dann im Autohaus bist und dir dein Auto zusammenstellst, kostet es am Ende aber 20.000 Euro. Das nervt. Und so will ich dir keine BU-Versicherung verkaufen. Bei mir gibt es keine Lockangebote. Ich will, dass du von Beginn an weißt, was es für dich kostet. Denn es kann durchaus sein, dass der Kunde aufgrund einer Vorerkrankung den einen oder anderen Ausschluss kassiert oder die Versicherung durch einen Zuschlag teurer wird.

Funktioniert genauso. Für mich persönlich ist Zeit wichtiger. Deshalb nehm ich eher die erste Variante. Aber die zweite funktioniert auch. Kannst du ja mal ausprobieren, womit du dich wohler fühlst.

Außerdem schaffen wir eine stärkere Verbindlichkeit. Wenn der Kunde sich schon mal die Mühe gemacht hat, für mich die Gesundheitsfragen auszufüllen, dann wird er weniger wahrscheinlich wechseln. Denn er hat schon Zeit in die Beratung mit mir investiert und die soll sich auch rentieren.

So, und wenn ich zum Kunden ehrlich bin, dann muss ich zu euch auch ehrlich sein. Mir geht es hier selbstverständlich auch darum, Zeit zu sparen. Aber ein anderer Punkt ist für mich viel interessanter.

Denn in den Gesundheitsfragen geht es so gut wie nie glatt. Mein Vater hat mir zu meinem 30. Geburtstag gesagt, dass man ab 30 nicht mehr gesund, sondern nur noch falsch untersucht ist. Das spiegelt sich in den meisten Fragebögen, die ich so zurückbekomme, wider. Irgendwas ist immer.

Übrigens ist es, wie oben schon erwähnt, auch für eure Haftung besser, wenn ihr schon vor dem eigentlichen Beratungstermin die Gesundheitsfragen klärt. So [kann der Kunde nie behaupten, er hätte keine Zeit gehabt nachzudenken, weshalb er etwas vergessen hätte anzugeben.](#)

Apropos Haftung: Viele Kollegen und auch Anwälte empfehlen, sich vom Kunden die Krankenakte oder den Auszug der Krankenkasse oder der kassenärztlichen Vereinigung übermitteln zu lassen. Ich persönlich weise den Kunden in Textform darauf hin, dass er sich, wenn er sich nicht sicher ist, was er hatte oder was der Arzt abgerechnet hat, am besten beim Arzt informiert oder die Krankenkasse oder kassenärztliche Vereinigung anschreiben soll. Wenn er das dann nicht macht, ist das in Ordnung für mich.

Das hat auch wieder mehrere Gründe. Der erste ist rein wirtschaftlich. Es kostet irre viel Zeit, derlei Akten durchzuarbeiten. Da ich nicht Medizin studiert habe, muss ich auch ne ganze Menge Begriffe googeln. Mittlerweile bleibt schon einiges hängen. Aber wenn dann wieder ein Faktor-V-Leiden auftaucht, weiß ich grob, dass es nur schwierig versicherbar ist und dass es irgendwas mit Kardiologie zu tun hat. Eine Blutgerinnungsstörung. Homozygot und Heterozygot. Eins davon ist schlimmer als das andere. Mehr weiß ich aber jetzt auch nicht.

Und damit kommen wir zum zweiten Punkt. Ich bin einfach kein Mediziner und auch kein Risikoprüfer. Ich hab nur eine grobe Ahnung, was ich davon jetzt angeben muss und was nicht. Am Ende würde ich einfach alles angeben, auf die Gefahr hin, dass der Versicherer was erfährt, wonach er überhaupt nicht gefragt hat. Und das wäre ja auch doof.

Dummerweise halten mich viele für einen Experten, weshalb bei mir die Kunden in den allermeisten Fällen von selbst draufkommen und mir ihre Krankenakte vorlegen, damit ich mir das mal ansehe.

2.1.1 Was tun mit der Krankenakte?

Und nicht selten ist es so, dass in der Akte dann tatsächlich irgendeine Erkrankung als chronisch fortgeführt wird, die nur einmal aufgetreten ist, oder dass irgendwo mal eine F-Diagnose steht. Und alle Diagnosen, denen nach dem ICD-10-Code ein F voransteht, haben was mit der Psyche zu tun. Das sind ganz häufig das Erschöpfungssyndrom oder die Anpassungsstörung. Komischerweise halten Frauenärzte häufig ein Aufklärungsgespräch zu einer lebensverändernden Krankheit. Wenn ich dann die Kundin darauf anspreche, weiß sie von nix.

Was muss ich dann tun, wenn ich diese Krankenakte vorliegen habe? Na ja, wenn ich sie schon mal habe, muss ich mit dem Kunden durchgehen, was davon er tatsächlich hatte und was eher nicht.

Bei den Erkrankungen, die es überhaupt nicht gibt, handelt es sich meist um Gefälligkeitsdiagnosen. Der Kunde fühlt sich nicht gut und sitzt eh schon mitten unter einem Arbeitstag beim Arzt. Also braucht er eine Krankschreibung. Da nix gebrochen ist und auch sonst alles passt, schreibt der Arzt eine leichte psychische Erkrankung auf. Eben zum Beispiel ein Erschöpfungssyndrom.

Damit tut er dem Kunden einen Gefallen. Denn der kann ein paar Tage zu Hause chillen und sich erholen. Das stört ja auch keinen. Gut, streng genommen ist

es Sozialversicherungsbetrug. Aber ansonsten wird es halt erst zum Problem, wenn der Patient eine Berufsunfähigkeitsversicherung haben möchte.

Eher seltener sind es Abrechnungsdiagnosen. In diesem Fall ist der Arzt durchaus von krimineller Energie getrieben. Am Quartalsende setzt er sich hin und schreibt bei seinen Patienten was rein, um abrechnen zu können. Oder er macht aus dem Schnupfen eine chronische Nasenschleimhautentzündung. Tatsächlich gibt es mittlerweile Software zur „Abrechnungsoptimierung“ ...

Ich denke aber, dass das in etwa so verbreitet ist wie absichtliche Falschberatung unter Versicherungsvermittlern. Von außen betrachtet, macht das jeder. Aber tatsächlich sind es nur ein paar schwarze Schafe.

Auf den ersten Blick kann es uns egal sein, warum jetzt das Erschöpfungssyndrom in der Akte steht. Wir müssen es erklären. Aber wenn der Arzt aus Gefälligkeit abrechnet, ist er nett und kooperativ. Dann kommt es auch schon mal vor, dass eine Diagnose revidiert wird.

Wenn ein Arzt sich ertappt fühlt, wird er eher nicht kooperieren. Oft haben Ärzte aber allgemein keine Zeit für unbezahlte Arbeit. Dafür gibt es ja uns ... Sollte der Arzt tatsächlich seine Diagnose von damals revidieren, dann ist das aber auch nicht unbedingt hilfreich. Der Risikoprüfer kann dann entscheiden, ob der Arzt damals gelogen hat oder ob er jetzt lügt.

Auch hier hilft es, mutig zu sein und den Versicherer zu fragen, wie wir nun weiter vorgehen sollen. Da vor allem psychische Erkrankungen für den Versicherungsschutz äußerst relevant sind, will der Versicherer hier meist kein unnötiges Risiko eingehen.

Uns Vermittlern bliebe also die unangenehme Aufgabe, dem Kunden zu erklären, dass der Versicherer ihn nicht versichern will, obwohl er doch eigentlich kerngesund ist.

Und darin liegt schon das große Missverständnis. Der Kunde hält sich für gesund, weil der Arzt ihm sagt, dass er gesund ist. Für den Arzt bist du aber halt dann gesund, wenn du im Moment nicht behandelt werden musst.

Der Versicherer hingegen prüft, ob die Vorerkrankungen innerhalb der Vertragslaufzeit das Risiko erhöhen, berufsunfähig zu werden. Und wenn der Vertrag mit 27 Jahren abgeschlossen wird, läuft er noch ganze 40 Jahre. Da

kann eine Knieverletzung, die im Alltag momentan keinerlei Beschwerden verursacht, in 20 Jahren zu einer Arthrose führen.

Deshalb sind die Risikoprüfer auch so streng. Weil sie nur ein einziges Mal prüfen dürfen und dann entscheiden, was die nächsten 40 Jahre passiert.

Wenn du das so dem Kunden erklärst, dann versteht er vermutlich auch, warum die Risikoprüfung teilweise sehr, sehr streng ist.

Blöd ist für die Risikoprüfer auch, dass die Diagnosen alleine selten ausreichen, um eine Einschätzung abzugeben. Der Kunde muss auch erklären, seit wann er behandlungs- und beschwerdefrei ist. Und wenn er das nicht ist, wie ihn die Beschwerden im Alltag und ganz besonders im beruflichen Alltag einschränken.

Und Kunden neigen dazu, die Einschränkungen und auch die Diagnosen zu bagatellisieren. Die Rückenschmerzen sind nicht schlimm, man geht nur zu der Massage, weil es halt angenehm ist, und mit siebenmal Sport die Woche merkt man so gut wie nix. Und die psychische Diagnose sei eh falsch, man hatte nur nen blöden Chef oder die Frau hat einen verlassen. Oder es war überhaupt nix, man wollte nur ein paar Tage freihaben.

Und wenn der Versicherer die Erklärung akzeptiert, dann ist ja erstmal auch alles gut. Blöd ist nur, dass die meisten Kunden dann im Leistungsfall nicht mehr bagatellisieren, sondern im Gegenteil eher noch übertreiben. Da hatte man dann schon seit Jahren unerträgliche Rückenschmerzen und die Depression sei schon seit der Kindheit kaum zu ertragen.

Das führt dann dazu, dass der Versicherer, obwohl es beim Vertragsabschluss keine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gab, jetzt trotzdem eine VVA geltend machen kann, weil die Beschwerden laut Arztbericht in den Abfragezeitraum hineinfallen.

Also macht euren Kunden klar, dass sie jetzt bei den Antragsfragen nicht unter- und später im Leistungsfall nicht übertreiben sollen. Beides führt vielleicht irgendwann zu Problemen.

Es gilt, wie oben schon geschrieben, die erste Regel: Seid mutig und redet ganz offen mit dem Risikoprüfer. Dann lässt sich oft mehr geradebiegen, als man für möglich halten mag. In einem extremen Fall hatte ich mal

101 Seiten Gefälligkeitsdiagnosen rund um eine Kinderwunschbehandlung. Die Krankenkasse übernimmt ja nur die Hälfte der Kosten. Die andere Hälfte hat sich der Arzt einfach über ein paar erfundene oder übertriebene Diagnosen geholt. So muss z. B. immer ein Test gemacht werden, ob eine Blutgerinnungsstörung vorliegt. Der Test wird aber nur gezahlt, wenn tatsächlich eine Blutgerinnungsstörung vorliegt. Also hatte die Patientin eben eine Blutgerinnungsstörung.

Am Ende konnten wir mit einer persönlichen Stellungnahme sehr unbürokratisch alles glattziehen. Denn auch der Risikoprüfer hat gemerkt, dass trotz der Blutgerinnungsstörung die Behandlung fortgeführt wurde. Außerdem wurden die vielen zum Teil schweren Diagnosen weder behandelt noch an anderer Stelle aufgeführt.

Wenn ich das nicht vor Antragstellung löse und es im Leistungsfall aufploppt, wird der Versicherer wahrscheinlich nicht so kooperativ sein. Denn jetzt geht es darum, ob er zahlen muss oder nicht. Bevor ich den Versicherungsschutz beantrage, geht es darum, ob die Versicherungsgesellschaft Beiträge bekommt oder nicht.

Ganz andere Ausgangslage.

Grundsätzlich macht die Akte aber in meinen Augen mehr Probleme, als dass sie helfen würde. Im besten Fall steht in der Akte etwas, dass der Kunde tatsächlich vergessen hat, das aber nicht so schlimm ist, dass es deshalb eine schlechtere Annahme durch den Versicherer gäbe. Dann kann es da im Leistungsfall keinen Ärger geben. Denn schlimme Erkrankungen, die nicht folgenlos ausheilen, vergisst man nicht.

Im schlimmsten Fall steht so viel in der Akte, von dem der Kunde nichts wissen konnte, sodass der Versicherer lieber wegen des Gesamtbilds ablehnt oder eine Bearbeitung im Rahmen einer anonymen Voranfrage verweigert, weil der Aufwand zu hoch wäre.

Im Leistungsfall kann der Versicherer nicht viel wegen Abrechnungsdiagnosen unternehmen, da er ja beweisen muss, dass dein Kunde davon wusste. „Positive Kenntnis“ heißt das in Juristendeutsch. Und das ist nur dann möglich, wenn er wegen der Erkrankung im Krankenhaus war, Medikamente verschrieben bekam, zu einem Facharzt überwiesen wurde oder krankgeschrieben wurde. In jedem Fall merkst du, wenn du im Krankenhaus bist, Medikamente nimmst, zu einem Facharzt gehst oder nicht zur

Arbeit gehst. Da sollte dir auch die gesundheitliche Einschränkung, die dahintersteht, bekannt sein.

Wenn aber der Frauenarzt eine depressive Episode abrechnet und du nicht weiter dazu behandelt wirst, musst du davon nichts wissen.

Trotzdem kann es sein, dass die Versicherungsgesellschaft bei einer Abrechnungsdiagnose mal ihr Glück vor Gericht versucht. Das ist dann ärgerlich, aber die Chancen stehen gut, dass dein Kunde gewinnt.

Das [OLG Dresden hat am 06.12.2022](#) zugunsten einer Kundin entschieden, die fünf probatorische Sitzungen bei einem Psychotherapeuten nicht angegeben hatte, weil bei dieser Untersuchung festgestellt wurde, dass sie nur gewöhnliches Lampenfieber und keine Prüfungsangst habe. Somit habe es keinen Krankheitswert und müsse nicht angegeben werden.

Das bedeutet sicher nicht, dass ich keine Untersuchungen mehr angeben muss. Vor allem, wenn ich Beschwerden habe und in keiner Untersuchung festgestellt werden kann, was das Problem sein könnte, dann muss das unbedingt angegeben werden. Für den Versicherer ist das durchaus ein Thema, weil die Beschwerden am Ende ja irgendeinen Grund haben müssen. Und wenn man den nicht kennt, dann ist zu befürchten, dass die Beschwerden in den kommenden 10–20 Jahren wiederkommen.

Ich denke aber, dass man aus dem Urteil ableiten kann, wenn Untersuchungen, die für mich keinen Krankheitswert haben, nicht anzugeben sind, dass Untersuchungsergebnisse, die mir nicht bekannt sind und die keine Behandlung nach sich ziehen, auch nicht anzugeben sind. Klingt doch logisch, oder?

Außerdem steht in dem Urteil, dass man keine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht annehmen kann, wenn vorhandene Unterlagen nicht eingesehen wurden. Wie schon seit Längerem bekannt ist, müssen die Antragsfragen nur mit angemessener Anstrengung des Gedächtnisses beantwortet werden.

Apropos „Ich geb einfach überhaupt nix an, muss ja nur 10 Jahre gut gehen...“. Es gibt ja das Urteil des [Bundesgerichtshofes vom 25.11.2015](#). Hier ging eine Witwe vor Gericht, weil ihr Mann, der an Parkinson verstarb, seit April 2002 eine Berufsunfähigkeitsversicherung hatte und die Witwe im Januar 2012 rückwirkend zu Juli 2008 Leistung beantragt, wo sie angab, dass ihr

Mann schon seit 1990 an Parkinson litt. Der Versicherer prüfte und focht im Juli 2012 wegen Arglist an und verweigerte die Leistung. Zum Zeitpunkt der Anfechtung waren die 10 Jahre schon rum und der Versicherer musste leisten, weil die Verjährung von Arglist nach 10 Jahren eingetreten ist. Bis dahin war unklar, ob der [§ 21 \(3\) VVG](#) so zu lesen sei, dass der Eintritt des Versicherungsfalls auch bei Arglist die Verjährung hemmt. Das Urteil hat dies mit Hinweis auf [§ 123](#) bzw. [§ 124 \(3\) BGB](#) aber eindeutig verneint.

Einer BU-Versicherung ohne Gesundheitsfragen steht also nichts mehr im Weg? Na ja ... Ich würde nicht raten, sowas zu kalkulieren, da zu vermuten ist, dass nach 10 Jahren überdurchschnittlich viele Leistungsfälle eintreten. Die ersten 10 Jahre laufen aber sicher super ...

Und für Vermittler ist das auch kein Freischein für Betrug. Denn gewerblicher Betrug nach [§ 263 StGB](#) wird mit bis zu 5 Jahren Gefängnis geahndet und die Verjährung beginnt zu laufen, wenn der Betrug abgeschlossen ist. So lange aber eine Provision fließt, läuft der Betrug noch. Ist also nicht zu empfehlen. So steht es im [§ 78a StGB](#).

Außerdem hat der BGH am 23.10.2024 ein Urteil des OLG Braunschweigs (Beschluss 11 U 316/21 vom 11.10.2023) nicht zur Revision zugelassen, in dem der Leistungsfall in der BU-Versicherung absichtlich erst 3 Tage nach Ablauf der 10-Jahres-Frist eingereicht wurde, um eine Anfechtung zu verhindern. Die Leistung wurde hier mit Verweis auf Treu und Glauben ([§ 242 BGB](#)) abgelehnt. Zu Recht, wie ich finde.

Auch möchte ich an der Stelle darauf hinweisen, dass es nicht möglich ist, einen Versicherungsbetrug durchzuziehen und sich davon durch eine Beratungsdokumentation zu enthaften. Wenn ein Kunde oder Interessent Falschangaben machen oder Angaben weglassen will und ich als Vermittler davon weiß, gibt es für mich keine legale Möglichkeit, das Geschäft einzureichen. Das muss der Interessent dann alleine machen.

Und ganz grundsätzlich ist es eben so, dass der Kunde dann, wenn er nicht mehr arbeiten kann und unbedingt Geld braucht, keine Rücksicht mehr auf seinen Vermittler nehmen wird. Deshalb ist es auch so clever, die Gesundheitsprüfung schon vor der eigentlichen Beratung zu machen. Denn dann wird mir jeder Richter glauben, dass der Kunde alle Möglichkeiten hatte, sich an Vorerkrankungen zu erinnern oder Informationen über seine Vorerkrankungen einzuholen.

Wenn er das nicht gemacht hat, ist das die Schuld des Kunden und nicht meine.

Am besten ist es übrigens, wenn ich eine Vorerkrankung überhaupt nicht angeben muss, weil der Versicherer nicht danach fragt. Immer mehr Versicherungsgesellschaften haben besondere Antragsfragen für Leute, die 30 Jahre oder jünger sind. Manche verkürzen den Abfragezeitraum für jedes Alter.

☞ In ASCORE findest du alle Anträge hierzu und du findest einen Marktvergleich aller verkürzten Antragsfragen unter:
www.fondsfinanz.de/vermittlerunterstuetzung-bu



Ob du eine Vorerkrankung von vor vier Jahren angeben musst oder weglassen kannst, könnte für deinen Kunden den Unterschied zwischen einer glatten Annahme und einer Ablehnung machen.

Auf ASCORE kannst du außerdem nachsehen, welcher Versicherer nicht nach Beschwerden, sondern nur nach Behandlungen und Untersuchungen fragt oder für welche Gesellschaft der Konsum von Drogen erst relevant ist, wenn deswegen beraten oder behandelt wurde.

Ganz ohne Witz: ASCORE sollte unbedingt ein Bestandteil deines Prozesses werden, wenn du die Gesundheitsfragen bearbeitest.

2.1.2 Verkürzte Antragsfragen

Aber zurück zu den Antragsfragen. Auch bei verkürzten Anträgen und sogar bei Gesundheitserklärungen ist Vorsicht geboten. Eine Gesundheitserklärung unterscheidet sich von Antragsfragen in der Regel dadurch, dass du „nur“ bestätigen musst, dass du derzeit gesund bist, und dann folgt meistens eine abgeschlossene Aufzählung von Krankheiten.

Fies ist es aber, wenn die versicherte Person hier z. B. bestätigen muss, dass sie im Moment „voll arbeitsfähig“ ist. Das bedeutet, dass sie zu 100 % arbeitsfähig ist. Wenn gerade eine Therapie läuft, dann dürfte das in der Regel nicht der Fall sein. Und auch wenn kürzlich erst eine Krankheit ausgeheilt ist oder ich krankgeschrieben war, könnte es ein Hinweis darauf sein, dass die versicherte Person derzeit nicht voll arbeitsfähig ist.

Genau das war das Problem, als ein Versicherter nicht angegeben hat, dass er an Multipler Sklerose leidet. Er hat das nicht angegeben, weil es nicht

abgefragt wurde. Der Versicherer hat aber vor Gericht gewonnen, weil nicht davon auszugehen war, dass er zu 100 % arbeitsfähig war.

Und auch wenn in Anträgen angegeben ist, dass z. B. Magen-Darm-Krankheiten nicht angegeben werden müssen, dann freut euch nicht zu früh. In allen Fällen wird hier ergänzt, dass die Krankheit folgenlos ausgeheilt sein muss oder nur akut aufgetreten sein darf. Morbus Crohn ist also schon anzugeben.

Dennoch ist eine Gesundheitserklärung meistens weniger streng als vollständige Antragsfragen. Und in der betrieblichen Altersversorgung gibt es oft auch eine sogenannte Dienstobliegenheitserklärung. Hier muss normalerweise der Arbeitgeber bestätigen, dass die versicherte Person in den letzten 2 Jahren keine 14 Tage krankgeschrieben war oder Ähnliches. Der große Vorteil ist, dass der Arbeitgeber ja quasi auf Aktenbasis entscheidet und so eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kaum möglich ist.

Exkurs: BUV in der bAV

Die Berufsunfähigkeitsversicherung über die bAV abzuschließen, hat irgendwie nen schlechten Ruf. Ich denke, das liegt zu 90 % daran, dass 90 % der Vermittler die BUV nicht aktiv in der bAV vermitteln, sondern das immer wieder als Konkurrenz-Produkt auf den Tisch kommt.

Ich möchte hier mal einigermaßen wertfrei aufzählen, was die Vor- und was die Nachteile sind. Zuerst die Nachteile:

Was mir persönlich nicht so gut gefällt, ist die hohe Anzahl an Beteiligten an dem Vertrag. Der Versicherungsnehmer ist der Arbeitgeber, die versicherte Person ist der Arbeitnehmer und dann gibt es noch einen Vermittler und einen Versicherer. Das kann es bei einem Vertrag in der dritten Schicht schon auch mal so ähnlich geben, aber da verfolgen in der Regel alle ähnliche Interessen. Außerdem ist es in der bAV oft so, dass Vermittler mit Versicherern Sonderkonzepte verhandelt haben.

Und deshalb muss der Vertrag unrabattiert und vom Netto bezahlt oder einfach gekündigt werden,

- **wenn der Arbeitgeber sich nen neuen Vermittler sucht, der mit Sicherheit eigene Verträge platzieren will;**

- wenn der Arbeitnehmer sich eine neue Arbeit sucht; bAV ist vielleicht portabel, aber halt nicht in der Form einer BUV;
- wenn der Vermittler mit einem anderen Versicherer ein besseres Konzept vereinbart hat;
- wenn – und das kommt sicher selten vor, aber ist schon passiert – der Versicherer das Konzept mit dem Vermittler kündigt, weil die Schadenquote zu hoch ist.

Ein zweiter Grund ist, dass BU-Versicherung in der bAV vielleicht zu 10 % Versicherungswissen und zu 90 % Arbeitsrecht ist. Ich persönlich fühle mich da regelmäßig maximal überfordert, weshalb ich hier immer mit Spezialisten zusammenarbeiten würde. Pension Benefits wäre hier meine Wahl. Denn wir „normalen“ Vermittler denken immer an die versicherte Person als unseren Kunden. Hier ist unser Kunde aber der Arbeitgeber. Und unsere Aufgabe ist es, ihn so gut es geht zu entlasten und möglichst keinen Aufwand zu verursachen. Das fängt schon damit an, dass eine fehlerhafte Versorgungszusage dazu führen kann, dass der Arbeitgeber die BU-Rente aus den Firmenvermögen zahlen muss, weil eine eigene BU-Definition nicht mit der des Versicherers übereinstimmt.

Darüber hinaus gibt es vermutlich hunderte rechtliche Fallstricke. Aber für alle gibt es eine Lösung und die lautet wie immer „Einfach mit Profis zusammenarbeiten“.

Der dritte Grund ist, dass ich nur bedingt Einfluss auf die Ausgestaltung des Vertrags habe. Das betrifft in wenigen Fällen auch die Laufzeit, aber in den allermeisten Fällen gibt es strenge Grenzen in der Rentenhöhe. Interessiert mich am Ende aber tatsächlich recht wenig, vor allem weil es ja an sich ein super Argument ist, z. B. eine bestehende BU-Versicherung nicht zu kündigen, sondern nur mit der bAV zu ergänzen.

Umgekehrt kann ich einem Bestandskunden, der die BUV nur mit Ausschlussklausel bekommt, auch empfehlen, das Angebot seiner Firma wahrzunehmen und eine Berufsunfähigkeitsversicherung mit verkürzter Gesundheitsprüfung zu machen. Den restlichen Bedarf können wir dann über die BU-Versicherung mit Ausschlussklausel machen oder, wenn es sinnvoll ist, über eine Grundfähigkeitsversicherung.

Und der vierte Grund ist vermutlich der bekannteste ... Wenn der Kunde bei einer BUV in der bAV mit den Beträgen Steuern spart, dann muss er die später zurückzahlen. Deshalb ist die BU-Rente aus der bAV voll zu versteu-

ern und voll sozialversicherungspflichtig. Aber in der Regel ist die Ersparnis prozentual größer und außerdem kann der Kunde hier mal wirklich Steuern sparen. Während in der betrieblichen Altersvorsorge oder auch in der Schicht 1 die Steuern immer nur gestundet werden, weil die Rente mit 67 ja mit der größten Wahrscheinlichkeit eintritt, besteht bei der BUV die Möglichkeit, dass ich Steuern spare. Und das in drei von vier Fällen. Denn nur jeder Vierte wird BU. Ob ich am Ende was spare, wenn ich nur einzahle und niemals die Leistung erhalte, sei mal dahingestellt ... Aber würde ich die Steuerersparnis in eine höhere Rente investieren, dann käme in den meisten Fällen am Ende immer noch eine höhere Netto-Rente heraus als in der BUV in der dritten Schicht mit gleichem Zahlbeitrag.

Der viereinhalbte Grund wäre, dass die versicherte Person nicht mehr genügend Geld für die betriebliche Altersvorsorge übrig hat.

Bei den Vorteilen gäbe es dann eben die Steuerersparnis beim Beitrag und für alle, die akquisestark sind, bedeutet ein Kunde, der über den Arbeitgeber eine BUV in der bAV machen könnte, einen Gesprächsanlass mit einem Geschäftsführer.

Der größte Vorteil ist aber der vereinfachte Antrag, der über ein größeres Kollektiv möglich ist. Und hier gibt es eben vereinfachte Gesundheitsfragen in jeder Variante, bis hin zu einer Dienstobliegenheitserklärung (DOE), bei der der Arbeitgeber nur bestätigen muss, dass sein Arbeitnehmer in den letzten zwei Jahren keine 14 Tage am Stück krankgeschrieben war und ob ein Grad der Behinderung vorliegt. Der Arbeitgeber kann das die Personalabteilung ausfüllen lassen und eine arglistige Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht ist in der Regel ausgeschlossen.

Anders ist das bei Gesundheitserklärungen, die die versicherte Person selbst abgeben würde. Aber dazu hab ich oben schon was geschrieben und schreibe ich gleich unten noch ein bisschen mehr. Jetzt noch schnell zwei vertriebliche Tipps, um einem Arbeitgeber die BUV in der bAV schmackhaft zu machen.

Vertriebliche Ansprache wäre neben der bekannten Mitarbeiterbindung in meinen Augen noch viel mehr, dass ein handwerklicher Angestellter, der BU ist, sich mit der BU-Rente eine Umschulung oder Fortbildung leisten kann und dann dem Unternehmen erhalten bleibt. Und es gibt vermutlich keine bessere Führungskraft als die, die den Betrieb auch von der anderen Seite her kennt.

Ein zweiter Grund für den Arbeitgeber wären all die handwerklichen Mitarbeiter, die schon etwas älter sind und gesundheitlich bereits einige Einschränkungen haben, aber aus finanziellen Gründen nicht aufhören können. Auch hier wäre es möglich, dass sie BU-Rente beantragen, aber dann mit der Hälfte der Arbeitszeit weiter beschäftigt bleiben.

An dieser Stelle noch ein Wort zu den betrieblichen BU-Renten auf Sachversicherungs-Basis. Wenn eine Versicherung 250.000 Euro monatliche Rente günstiger als eine BUV nach Art der Lebensversicherung und fast ohne Gesundheitsfragen anbieten kann, dann stellt sich die Frage, welche Möglichkeiten der Versicherer auf der anderen Seite hat, um bei einer Fehlkalkulation anzupassen. Na ja, und hier kann halt der Beitrag angepasst werden, bis keiner mehr die Prämie zahlt.

Das ist kein schlechtes Produkt, aber es ist keine BU-Versicherung. Und wenn ich auf die Absicherung bis zum 67. Lebensjahr angewiesen bin, dann ist es einfach zu unsicher. Wer nur für die kommenden 5–10 Jahre einen Schutz braucht, der kann gern auf sowas zurückgreifen.

Und bevor wir jetzt mit den vereinfachten Gesundheitsfragen und Gesundheitserklärungen weitermachen, nur noch schnell der Hinweis zur BU-Versicherung in der Basis-Rente. Wie auch in der Schicht II gibt es in der Schicht I Voraussetzungen, die eine Rente erfüllen muss, damit die steuerlichen Vorteile geltend gemacht werden können. Deshalb hat eine BUV in Schicht I oder II nie die krassen Zusatzbausteine wie in Schicht III. Das betrifft in erster Linie die AU-Klausel, Dread-Disease-Bausteine, aber auch Zusatzleistungen wie Wiedereingliederungs- oder Reha-Leistungen.

Und da eine Berufsunfähigkeitsversicherung in Schicht I immer eine Rentenversicherung mit BU-Zusatzversicherung ist, ist hier auch wichtig, dass immer mehr als 50 % der Beiträge auf die Altersvorsorge entfallen müssen. Je handwerklicher der Beruf, desto teurer wird es also.

Vorteil ist hier die Steuerersparnis bzw. Steuerstundung. Nachteil ist die Kombination mit der Altersversorgung. Und ich hab hier in der Regel keine vereinfachte Gesundheitsprüfung.

Und damit zurück zum eigentlichen Thema:

Ich will das Thema der Gesundheitsfragen mal zusammenfassen. Ich sehe es als Aufgabe des Versicherungsmaklers an, die Gesundheitsfragen zu

finden, die am besten zu den Vorerkrankungen des Kunden passen. Wenn es einen Antrag gibt, der nur 3 Jahre nach psychischen Vorerkrankungen fragt, dann sollte ich das im Hinterkopf behalten. Und wenn es einen Versicherer gibt, der nicht nach akuten oder ausgeheilten Magen-Darm-Erkrankungen fragt, dann ebenso.

Mir sollte aber klar sein, dass ich auch hier genau lesen muss. Wenn eine Magen-Darm-Erkrankung z. B. chronisch ist, dann ist sie nicht akut und muss angegeben werden.

Ich persönlich hab ein großes Problem damit, wenn nicht nach Beschwerden gefragt wird, weil ich es an sich supergefährlich für die Kunden finde, wenn sie bis Vertragsschluss nicht zum Arzt gehen, um die Gesundheitsfragen richtig beantworten zu können. Und ich würde mich auch nicht gut fühlen, wenn jemand zwar schon unter großen Schmerzen leidet oder ein psychisches Problem im Raum steht, er aber schnell noch eine BU-Versicherung abschließen will. Denn grundsätzlich kommt ein Versicherungsvertrag nur dann gültig zustande, wenn bei Vertragsschluss keine der beiden Parteien von der Verwirklichung des Risikos weiß.

Wenn jemand Beschwerden hat, dann muss er deswegen nicht gleich BU werden, aber ich hoffe, zumindest ein paar von euch verstehen, was ich meine.

Auf der anderen Seite stellt der Versicherer seine Fragen mit Absicht so und der Tarif muss eben auch genau so kalkuliert sein, dass er das ertragen kann ...

Meine Empfehlung bleibt: Beträgt nicht, aber sucht die Antragsfragen, die am besten zu eurem Kunden passen! Und wenn ihr Risikovorabfragen macht, dann bagatellisiert nicht. Klar wollt ihr, dass euer Kunde die BUV bekommt, aber wenn ihr alles verharmlost, dann ist das am Ende eben auch nicht richtig und kann im Leistungsfall dann schon auch wie eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht ausgelegt werden. Wenn ihr da nen guten Anwalt habt, dann kann der auf eine Nachfrageobliegenheit des Versicherers pochen, aber auch das hat seine Grenzen.

Viel wichtiger ist, dass ihr dem Risikoprüfer alles so erklärt, dass er eine Entscheidung fällen kann. Eigentlich genauso wie beim Kunden. Oder in der Schule in Deutsch bei der Inhaltsangabe. Da hat der Lehrer doch auch immer gesagt, dass jemand, der den Text nicht kennt, wissen muss, was drinsteht, wenn er eure Inhaltsangabe gelesen hat.

Und wenn der Kunde mal Asthma diagnostiziert bekommen hat und ein Spray besitzt, dann wäre wichtig zu wissen, wie oft er es benutzt. Wenn ihr da dann „Bei Bedarf“ schreibt, dann ist das in der Bandbreite von „12 mal täglich“ bis „zuletzt 1997“.

Grundsätzlich solltet ihr alles aufschreiben, was Auskunft darüber gibt, seit wann eine Vorerkrankung folgenlos ausgeheilt ist oder welche Einschränkungen heute noch vorliegen. Es kann ja auch sein, dass eine bestehende Erkrankung ohne jeden Einfluss auf den beruflichen Alltag ist. Und wenn das so ist, dann solltet ihr das auch so weitergeben. Dann argumentiert der Versicherer vermutlich, dass es dann ja egal sein, wenn es ausgeschlossen ist. Und oft ist das auch tatsächlich der Fall. Denn die Beweislast für eine Ausschlussklausel liegt beim Versicherer. Und da dürfen die nicht einfach so behaupten, dass die psychischen Probleme mit den ausgeschlossenen Knieschmerzen zu tun haben oder der ausgeschlossene Rücken für das Kribbeln in der Hand verantwortlich ist. Das muss eindeutig medizinisch bewiesen werden. Und das ist nicht leicht.

Wichtig ist, dass ihr unter drei Ausschlussklauseln bleibt. Denn da erfolgt bei vielen Versicherern schon eine Ablehnung.

Und dass ein Zuschlag in der Regel besser als ein Ausschluss ist, ist auch klar, oder? Denn wichtiger ist, dass es versichert ist. Meine persönliche Ausnahme sind hier Hobbies. Denn der Zuschlag bleibt bis zum Vertragsende, auch wenn ich später eh keine gefährlichen Hobbies mehr ausüben werde, wenn ich mal Kinder habe oder einfach über 30 bin. Ok, das ist vielleicht ein wenig übertrieben, aber ich denke nicht, dass ich bis 67 Downhill Mountainbike fahren werde, oder?

Bei einem Zuschlag solltest du aber wissen, dass die Berechnung nicht über den Netto-Beitrag läuft, sondern meistens über den Brutto-Beitrag. Wenn der Kunde brutto 100 Euro zahlen müsste, aber netto nur 70 Euro, dann müsste er mit einem Zuschlag von 50 % insgesamt 120 Euro zahlen und nicht 105 Euro.

Mittlerweile gibt es aber auch viele andere, komplexere Systeme, die z. B. auch die Berufsgruppe berücksichtigen. Wichtig ist, dass du dem Kunden nur sagst, dass es einen Zuschlag gibt und die Höhe muss der Versicherer erst berechnen. Denn es ist schon sehr schwierig, einen Zuschlag für ein Hobby oder sowas zu verkaufen. Aber richtig schwierig wird es, wenn du von 105 Euro redest und am Ende werden es 120 Euro im Monat ...

Apropos Hobbies: Wusstest du, dass z. B. freiwillige Feuerwehr und Fußballspielen deshalb kein Problem in den Voranfragen sind, weil jeder dafür den Zuschlag zahlt? Da es so viele sind, ist es so sinnvoller. Würde jemand hier einen Ausschluss setzen oder einen Zuschlag verlangen, dann würde sich halt eine riesige Zielgruppe einfach woanders versichern.

Und Zuschläge sind der PKV superleicht nach [§ 41 VVG](#) wieder zu löschen. In der Lebensversicherung greift hier [§ 158 VVG](#) und der ist nicht so bekannt und deshalb wird er auch nicht sehr oft benutzt. Aber hier fehlt es in der Regel an einer „ausdrücklichen Vereinbarung“. Und ich kann mir das auch nur schwierig im Nachweis vorstellen. Sowohl bei Hobbies als auch beim BMI, der ja auch immer wieder mal zu einem Zuschlag führt ... Wie soll ich beweisen, dass ich mit dem Hobby dauerhaft aufgehört habe? Und beim BMI wäre die Frage, wie lange ich den BMI halten muss, bis der Zuschlag wegfallen würde.

Bei Ausschlüssen bieten mittlerweile die meisten BU-Versicherer eine Überprüfung in einem, zwei oder drei Jahren an. Das ist vertrieblich super, aber es ist nur das Recht auf eine Überprüfung. Es ist nicht gesagt, dass der Ausschluss auch wirklich rausgenommen wird, wenn es die letzten Jahre keine Beschwerden mehr gab.

Ach ja ... Und komplett ohne Gesundheitsfragen gibt es derzeit nur bei Beitragsbefreiungen bis zu 250 Euro, die eine Wartezeit von 3 Jahren beinhalten. Auch als Einzeltarif. Du kannst also für einen Fondssparplan eine BUZ-Beitragsbefreiung hinzubuchen. Aber auch hier gibt es zwei Dinge zu beachten: die spontane Anzeigepflicht und die eingebrachte BU.

2.1.3 Die spontane Anzeigepflicht und die eingebrachte Berufsunfähigkeit

Die spontane Anzeigepflicht gibt es eigentlich seit der VVG-Novelle von 2008 nicht mehr. Denn seitdem musst du nur beantworten, was der Versicherer in Textform fragt.

Davon gibt es selbstverständlich Ausnahmen. Die Grundlage hierfür ist die [Bundestagsdrucksache 16/3945 zur VVG-Novelle](#). In BT-Drucksachen erklären Experten dem Bundestag, was mit dem neuen Gesetz gemeint ist. Und hier steht, dass jemand, der arglistig handelt, auch anzugeben hat, was der Versicherer nur mündlich oder überhaupt nicht abfragt (S. 64 in den Anmerkungen zu § 19, Absatz 1). Das ist selbstverständlich unpraktikabel, weil der arglistig Handelnde ja durch das Verschweigen überhaupt erst zum arglistig Handelnden wird ...

Eine spontane Anzeigepflicht entsteht aber erst, wenn ein Umstand superoffensichtlich gefahrenerheblich ist und dabei gleichzeitig so außergewöhnlich, dass der Versicherer nicht danach fragen kann. Und da gibt es bei der Berufsunfähigkeitsversicherung nicht viel, da es keine Krankheiten gibt, die ein BU-Risiko darstellen, aber so außergewöhnlich sind, dass sie von normalen Gesundheitsfragen nicht erfasst werden können. Ich denke da eher z. B. an vorausgegangene Straftaten. Ein verurteilter Versicherungsbetrüger dürfte im Leistungsfall Probleme bekommen, weil der Versicherer durchaus geltend machen könnte, dass er keine BUV angeboten hätte, wenn er das gewusst hätte. Und es ist so außergewöhnlich, dass man nicht sinnvollerweise im Antrag danach fragen könnte.

Oder Mark Chapman, der 1980 John Lennon erschossen hat, und seitdem freiwillig im Gefängnis bleibt, weil er in Freiheit vermutlich nicht lange überleben würde, müsste das bei einer Risikolebensversicherung spontan angeben, obwohl im Antrag nicht danach gefragt wurde.

Es ist also eher unwahrscheinlich, dass so etwas mal passiert. Aber genau dafür wäre die spontane Anzeigepflicht noch da. Wenn etwas ungewöhnlich, aber offensichtlich gefahrenrelevant ist.

Daneben gibt es noch die eingebrachte BU, die immer wieder mal vorkommt. In diesem Fall wird oft das brennende Haus bemüht. Tatsächlich wäre ein intaktes Haus aber auch dann nicht versicherbar, wenn es noch unversehrt in einem brennenden Wald steht.

Für die BUV bedeutet das, dass ein Kunde, der gerade wegen Mobbing freigestellt ist, auch keinen Vertrag abschließen kann, der nicht danach fragt oder der auch komplett auf Gesundheitsfragen verzichtet. Denn eine Versicherung kommt nur dann zustande, wenn keine der beiden Parteien von der Verwirklichung des Risikos weiß. Das hab ich schon öfter geschrieben, aber es ist halt einfach so. Der Kunde darf es nicht wissen, weil das dann klassischer Versicherungsbetrug ist, und der Versicherer nicht, weil er dann die Prämie so kalkulieren kann, dass er immer gewinnt.

Die Grauzone zwischen der eingebrachten BU und einem clever genutzten verkürzten Abfragezeitraum ist also nicht unbedingt trennscharf.

Aber uns sollte auch klar sein, dass der Versicherer bei verkürzten Antragsfragen absichtlich einige Fragen weglässt oder den Zeitraum verkürzt, damit er mehr Geschäft zeichnen kann. Für diesen Risikohunger sollte er

immer dann gradestehen, wenn die Krankheit bei durchschnittlichen Gesundheitsfragen anzugeben wäre.

Und das sollte auch so vor Gericht entschieden werden. Bei den bisherigen Urteilen zur spontanen Anzeigepflicht ging es überhaupt nicht um die spontane Anzeigepflicht. In einem Fall hätte die Multiple Sklerose nicht angegeben werden müssen, was auch ok war. Der Versicherer hat aber, wie oben schon beschrieben, zu Recht bezweifelt, dass er zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses „voll arbeitsfähig“ war. Und im anderen Fall ging es auch um eine schwere neurologische Erkrankung, die nicht anzugeben war. Aber es traten zu dem Zeitpunkt schon Kniebeschwerden auf, die unter der Frage nach dem Bewegungsapparat angabepflichtig gewesen wären.

Was ich sagen will: Wer betrügt, ist am Ende in der Regel dran. Wer einfach die beste Lösung für seinen Kunden sucht, kann sie in verkürzten Gesundheitsfragen finden. Wir müssen den Antrag aber wirklich von vorne bis hinten mit allen Fußnoten durchlesen.

☞ Informationen zur Risikovorabfrage unter:
www.fondsfinanz.de/risikovorabfrage



2.1.4 Wenn du weißt, was geht, ist die Beratung einfach

Für mich ist der wichtigste Vorteil, die Gesundheitsfragen vor der Beratung zu stellen, aber der, dass ich weiß, welche Lösungen überhaupt infrage kommen. So kann ich von Beginn an die Beratung in die richtige Richtung lenken. Es ist nämlich nicht nur Zeitverschwendung, dem Kunden die Vorteile einer Berufsunfähigkeitsversicherung zu erklären, wenn es aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr sinnvoll möglich ist. Ich verbrenne damit auch jede andere Lösung.

Mal angenommen, ein Autoverkäufer zeigt uns die beste Ausstattung für unser Traumauto. Wir sind begeistert. Wir wussten nicht mal, dass ein Auto so was kann. Doch dann erfahren wir, dass es diese Ausstattung nicht in Deutschland gibt oder wir uns das nicht leisten können.

Wie würden wir uns dann fühlen, wenn er uns eine schlechtere Lösung anbietet?

Und so muss sich auch der Kunde fühlen, dem wir von der Berufsunfähigkeitsversicherung erzählen, aber dann für eine Grundfähigkeitsversicherung begeistern müssen, weil er wegen seiner Vorerkrankungen sonst nichts bekommt.

Wenn wir aber vorher schon wissen, was der Kunde bekommen kann, können wir uns auf die Vorteile dieser machbaren Lösung konzentrieren.

Und wir können uns sicher alle darauf einigen, dass eine Erwerbsunfähigkeitsversicherung besser ist als keine Berufsunfähigkeitsversicherung. Manche mögen sagen, dass er dann aber trotzdem am Arsch ist, wenn der Kunde nur BU ist und noch nicht EU. Das ist klar. Aber ohne BU-Versicherung wäre er das auch. Sogar, wenn er EU ist oder eine Grundfähigkeit verliert. Er hat ja überhaupt keinen Schutz.

☞ Informationen hierzu unter:
www.fondsfinanz.de/einkommenssicherung



2.1.5 An dieser Stelle noch mal die Sache mit der Haftung ...

Haftung entsteht da, wo ein Schaden entsteht. Wenn ich dem Kunden sage, er muss seine Drogenprobleme nicht angeben, dann wird er im Leistungsfall keine Leistung bekommen. Das ist eine klassische Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht. Da ich meinen Kunden falsch beraten habe, hafte ich. Aber ich hafte nicht für die entgangene Rente. Hätten wir die Drogenprobleme angegeben, wäre die Versicherung nicht zustande gekommen. Ich hafte also nur für die gezahlten Beiträge. Das ist der tatsächlich entstandene Schaden. Teuer wird es erst, wenn es zu der Zeit einen Versicherer gegeben hätte, der nicht nach Drogen gefragt hat.

Und tatsächlich gibt es Versicherer, die nach Drogenkonsum fragen, aber auch solche, die nach Behandlungen wegen Drogenkonsums fragen. Und das ist ein Unterschied, den du über ASCORE rausfinden kannst.

Ok. Wenn wir das verstanden haben, wird uns klar, was das Schlimmste ist: einem Kunden, dem die Berufsunfähigkeitsversicherung zu teuer ist, überhaupt nichts zu verkaufen. Denn dann hafte ich, wenn er erwerbsunfähig wird, weil die EUV günstiger gewesen wäre. Ich hafte, wenn er eine Grundfähigkeit verliert oder sogar, wenn er einen Unfall hat.

Der Kunde hat mich beauftragt, seinen Bedarf zu decken. Also muss ich das tun. So gut es eben geht. Und wenn die beste Lösung nicht geht oder er sie nicht will, muss ich die nächstbeste anbieten. Und am besten dokumentieren, dass ich es angeboten habe. Und noch mehr dokumentieren, wenn er etwas nicht haben will.

Eine Dokumentation muss grundsätzlich nicht unterschrieben werden, um gültig zu sein. Wenn der Kunde aber nichts will, dann lass ich ihn immer unterschreiben. Einmal aus Haftungsgründen, aber auch, weil dann die Chance besteht, dass der Kunde noch mal schlau wird.

Denn selbstverständlich sage ich ihm, dass er unterschreiben muss, weil mir kein Richter der Welt glaubt, dass er so doof war, keine Versicherung abzuschließen.

☞ Ein Muster für eine Dokumentation zur Arbeitskraftabsicherung findest du unter:
www.fondsfinanz.de/vermittlerunterstuetzung-bu.



Ganz kurz an dieser Stelle ein paar Punkte zur Dokumentation, weil du es vielleicht nicht durchhältst, bis zum Ende durchzulesen, wo das ausführlich drankommt. Aber weil das Thema wichtig ist, erzähl ich dir jetzt schon mal die wichtigsten Punkte:

Die wichtigsten Punkte bei einer Dokumentation sind der Beratungsanlass, die Anwesenden, die Dauer des Termins, die Bedarfsermittlung, die Wünsche und Bedürfnisse des Kunden, deine Empfehlung und die Begründung der Empfehlung und dann die Entscheidung des Kunden.

Der Beratungsanlass ist wichtig, weil er grob den Rahmen steckt. Wenn da steht, der Anlass ist der Abschluss einer Absicherung des Einkommens oder – noch besser – der Ausgaben, dann bist du bei der Auswahl nicht auf die Berufsunfähigkeitsversicherung beschränkt. Und wenn der Kunde im Leistungsfall meint, er hätte lieber ein Produkt mit Verzicht auf die konkrete Verweisung abgeschlossen, dann wärst du auch fein raus, weil „Einkommensabsicherung“ impliziert, dass du eine Absicherung hast, die leistet, wenn du KEIN Einkommen erzielen kannst. Der Verzicht auf konkrete Verweisung würde ja bedeuten, dass du eine Rente bekommst, OBWOHL du ein Einkommen erzielen kannst.

Wenn du die Anwesenden angibst, kann der Kunde vor Gericht nicht einfach irgendwelche Zeugen benennen, die angeblich bei dem Beratungsgespräch dabei waren.

Die Dauer des Termins gibt eventuell Aufschluss darüber, wie gründlich die Beratung war.

Die Bedarfsermittlung sollte klar sein. Das machen wir gleich ausführlich. Wünsche und Bedürfnisse sind aber ebenso wichtig. Denn vielleicht will der Kunde ja überhaupt nicht seinen Lebensstandard absichern, sondern nur seine Existenz, weil er bereit ist, einige Risiken selbst zu tragen.

Zu seinem Bedarf und vor allem zu seinen Wünschen empfehlst du einige Tarife, die in Frage kommen und begründest, warum du z. B. einen Tarif gewählt hast, der teurer als andere ist. Die Begründung könnte dann sein, dass der Kunde Angst davor hat, dass der Versicherer im Leistungsfall 1.000 Gutachten einfordert, um den Leistungsfall in die Länge zu ziehen. Deshalb hast du einen Tarif gewählt, der bis zu 5 Monate die Rente zahlen würde, wenn er einen eigenen Arztbericht oder ein Gutachten anfordert.

Wenn du Einzelheiten zu den Tarifen wissen willst, kannst du das ziemlich einfach in ASCORE nachlesen.

Eine schlechte Begründung ist in meinen Augen übrigens, wenn du einen Tarif empfehlst, weil das Unternehmen finanziell so gut dasteht. Wie vorhin schon geschrieben, besteht so ein Vertrag auch mal 30 Jahre. Und ich persönlich hab keine Ahnung, wie die Gesellschaften die nächsten 10 Jahre überstehen. Wenn dann deine Empfehlung Insolvenz anmelden muss, dann haftest du für deine Empfehlung. Also empfehle nichts für die Zukunft ... Das gilt übrigens auch für Prozess- oder Leistungsquoten. Zum einen ist auch hier nicht klar, wie sich das entwickelt und wie die Quoten dann sind, wenn in 15 Jahren der Leistungsfall eintritt. Zum anderen sind diese Quoten auch komplett egal, wenn dein Kunde zu den wenigen Prozent gehört, die vor Gericht landen.

Ich würde aber umgekehrt schon von Gesellschaften abraten, die schon jetzt finanziell schlecht dastehen und schlechte Prozess- oder Leistungsquoten haben.

Die Entscheidung des Kunden würde ich auch immer aufschreiben. Vor allem dann, wenn er von deiner Empfehlung abweicht.

Mit Wirth Rechtsanwälte bietet die Fonds Finanz einen Partner, der sich für Makler in rechtlichen Fragen einsetzt.



Informationen zur Haftung unter:

www.fondsfinanz.de/haftungsrisiken-minimieren



☞ VVG-konforme Vergleiche, Angebote sowie eine Beratungsdokumentation unter:
www.fondsfinanz.de/leben-modul



2.2 Bedarf richtig ermitteln

Wir reden von Bedarf decken, haben ihn aber noch nicht mal richtig ermittelt. Die Bedarfsermittlung ist ein absolutes Muss. Nicht nur, weil die Beratung sonst ziemlich planlos ablaufen würde, sondern auch, weil es das Versicherungsvertragsgesetz so vorsieht. Wir müssen drei Dinge erledigen. Den Bedarf ermitteln, nach den Wünschen und Bedürfnissen fragen und, ganz wichtig, angemessen beraten. Kein Mensch verlangt von uns, dass wir den Kunden zum Fachwirt ausbilden. Wir müssen ihn angemessen beraten. Und das ist erledigt, wenn er versteht, was er da kauft. Ich kann auch kein Auto reparieren und hab nur grob eine Ahnung, wie ein Motor funktioniert, obwohl ich schon ein paarmal bei einem Autokauf beraten wurde.

Der ExistenzSchutz-Finder von Softfair ermittelt, wo beim Kunden ggf. Absicherungslücken bestehen und zeigt verschiedene biometrische Absicherungen auf.

☞ Analyseprogramm „Existenzschutzfinder“
nutzen unter:
www.fondsfinanz.de/leben-modul



Einen schnellen Überblick zu Vorerkrankungen und Hobbies liefert der Fonds Finanz Krankheitscheck. Erkrankung oder Hobby eingeben und direkt eine Tendenz für BU, EU, GFV und DD erhalten.

Aber mal der Reihe nach. Den Bedarf bei Berufsunfähigkeit ermitteln 95 % von uns ganz einfach. Sag mir dein Einkommen, und ich sag dir deinen Bedarf. An dieser einen Zahl wird der Bedarf ermittelt. Da stecken aber zwei halbe und ein ganzer Fehler drin. Die halben Fehler zuerst.

Jeder von uns wirbt damit, dass seine Beratung so individuell ist wie ein Daumenabdruck. Bei der Bedarfsermittlung gehen wir aber nach einer einfachen Formel vor? Das passt nicht. Individuell ist was anderes. Dazu kommen wir später.

Der zweite halbe Fehler ist eine Definitionssache. Ich bin der Meinung, dass nur das Notwendige versichert werden muss. Ich muss nicht meinen

Lebensstandard absichern, sondern meine Existenz. Jeder, der seinen Lebensstandard absichert, zahlt mehr Geld als notwendig wäre, um nur das Nötigste zu versichern. Logisch. Und unterm Strich werden dann doch statistisch gesehen 75 % unserer Kunden nicht BU. Also ist es wirtschaftlich unsinnig, etwas abzusichern, das nicht unbedingt notwendig ist.

Ich stelle meinen Kunden die Frage, ob sie ihren Lebensstandard absichern möchten oder nur das Nötigste. Meistens fragen die Kunden nach. Dann erkläre ich das, und der Kunde entscheidet, was er haben will. Das ist ok für mich. Die individuelle Bedarfsermittlung ist ja auch für mich aufwendiger. Wenn er das nicht will, hab ich mehr verdient und weniger Arbeit.

Geiler ist es aber schon, es richtig zu machen. Und der Kunde ist in der Regel auch ziemlich begeistert.

Der wirkliche Fehler daran ist aber folgender: Wenn ich den Bedarf ans Einkommen hänge, geht der Bedarf logischerweise immer bis 67. Denn bis dahin verdiene ich mein Arbeitseinkommen.

Das ist aber zu kurz gedacht. Denn mit 67 tritt ein Leistungsfall ein, der viel, viel wahrscheinlicher ist als eine Berufsunfähigkeit. Ich gehe in Rente. Und auf einen Schlag fehlt mir über die Hälfte meines Einkommens. Die Ausgaben bleiben aber gleich. Das hätte ich mal früher lösen müssen. Deswegen interessiert mich das Einkommen des Kunden nur, um zu prüfen, ob er die Rente auch in der gewünschten Höhe versichern kann, weil das Verhältnis von Einkommen und Rente für die BU-Gesellschaften finanziell angemessen erscheint. Aber für die eigentliche Bedarfsermittlung interessieren mich nur die Ausgaben. Deshalb heißt das Beratungskonzept auch ausgabenorientierte Beratung.

Mit den Tools von VorFina können der ganzheitliche Beratungsansatz (auch nach DIN-Norm) verfolgt und professionell Versorgungslücken aufgezeigt werden.

☞ Ganzheitlich beraten unter:
www.fondsfinanz.de/vorfina



Doch zuerst sollten wir die gesetzlichen Ansprüche klären, um zu sehen, wann der Kunde welche Lücken hat.

2.2.1 Die gesetzlichen Ansprüche

In der Beratung interessiert es nur die wenigsten Kunden im Detail, wie die gesetzlichen Versorgungsansprüche berechnet werden oder wer genau diese leistet. Ingenieure mal ausgenommen. Du als Vermittler solltest es aber schon wissen, weshalb sie hier in gebotener Kürze erklärt werden.

Es schadet nie, mehr zu wissen, als der Kunde wissen will. Es schadet nur, dem Kunden mehr zu erzählen, als er wissen will. Die Regel lautet: Niemals den Kunden langweilen.

Auf die Unfallversicherung über die Berufsgenossenschaften möchte ich nur am Rande eingehen. Statistisch gesehen ist der Arbeits- oder Wegeunfall eher selten. Invalidität aufgrund eines Unfalles ist generell nicht häufig und nicht einmal ein Drittel aller Unfälle geschieht während der Arbeitszeit. Die Versorgung ist in der Höhe vermutlich gerade deshalb sehr gut. Das führt zu zwei Schlussfolgerungen:

1. Wenn es hier zu keiner großen Lücke kommt, müssen wir das Risiko auch nicht absichern.
2. Beim Kunden könnte durch die relativ hohe Absicherung der Eindruck entstehen, dass er auch insgesamt ausreichend abgesichert ist.

Ich würde das in einem Beratungsgespräch zur Berufsunfähigkeits-Absicherung einfach nicht thematisieren. Auch der gesetzliche Hinterbliebenenschutz durch die Witwen- und Waisenrente muss in meinen Augen nicht angesprochen werden.

Neben Arbeitsunfall und Tod gibt es aber noch ein paar biometrische Risiken, die ich im Folgenden mal mit aktuellen Zahlen vorstellen möchte. Es geht hier um die finanziellen Risiken der Arbeitsunfähigkeit, der Erwerbsminderung, der Pflegebedürftigkeit und der Langlebigkeit. Diese Punkte sind in der Beratung zur Absicherung der Arbeitskraft sicherlich von größerer Bedeutung.

Die Regelung zur gesetzlichen BU kann hier im Übrigen ebenso vernachlässigt werden, da sie nur für vor dem 02.01.1961 Geborene gilt. In dieser Jahrgangsstufe ist ein Neuabschluss einer BUV eher die Ausnahme und wird in den nächsten Jahren naturgemäß auch immer seltener werden.

2.2.1.1 Arbeitsunfähigkeit (AU)

Das erste Risiko, das deine Kunden treffen kann, ist nach der theoretischen Definition das der AU. Der Begriff ist im Sozialgesetzbuch nicht näher bestimmt, allerdings ist im § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 SGB V festgelegt, dass ein Bundesausschuss den Begriff zu definieren hat. In der [Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der AU und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 SGB V](#) findet sich im § 2 Abs. 1 die folgende Definition: „Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn Versicherte auf Grund von Krankheit ihre zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen können.“ Diese gesetzliche Definition stellt den Versicherten deutlich besser als die der privaten Krankentagegeld-Versicherer (KTG-Versicherer). In den [MB/KT 2009](#) heißt es im § 1 Abs. 3: „Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.“ Der Versicherte darf den Beruf „in keiner Weise“ ausüben. Also überhaupt nicht. Er muss zu 100 % arbeitsunfähig sein. Und wer irgendeiner Erwerbstätigkeit nachgeht, unabhängig von der Zeit, ist auch nicht AU.

Einzelne Tarife weichen von dieser Definition positiv ab, aber die große Mehrheit tut das nicht.

Wichtig ist in beiden Definitionen zweierlei: AU ist vorübergehend und bezieht sich auf meinen Beruf. Darauf werden wir an späterer Stelle zurückkommen.

Der gesetzlich Versicherte erhält kein Krankentagegeld (KTG), sondern Krankengeld, und zwar ab dem 43. Tag der Krankschreibung. Das Krankengeld entspricht nach [§ 47 SGB V](#) dem kleineren Wert von 70 % des Brutto- oder maximal 90 % des Netto-Gehalts. Es ist grundsätzlich steuerfrei, unterliegt aber dem Progressionsvorbehalt. Das bedeutet, es wird dem zu versteuernden Einkommen hinzugerechnet, was dazu führen kann, dass man in einen höheren Steuersatz fällt.

Allerdings werden weiterhin Beiträge zur Sozialversicherung fällig, weshalb die Versorgungslücke im Schnitt zwischen 20–25 % liegt. Liegt der Verdienst des Kunden über der Beitragsbemessungsgrenze, wird diese Lücke selbstverständlich deutlich größer.

Die ersten 42 Tage hat der Arbeitnehmer Anspruch auf Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber. Das bedeutet, dass das Gehalt in voller Höhe weiterbezahlt wird.

Es ist durchaus möglich, im Arbeitsvertrag individuell von dieser Regelung positiv abzuweichen und auch einen längeren Zeitraum für die Lohnfortzahlung zu vereinbaren. Je wichtiger die Stelle, desto bemühter ist selbstverständlich auch der Arbeitgeber, eine attraktive Versorgung anzubieten.

Der Anspruch des Angestellten besteht nach den 42 Tagen Lohnfortzahlung für weitere 72 Wochen. Doch schon früher werden die gesetzlichen Krankenkassen prüfen lassen, ob diese Krankheit tatsächlich noch voraussichtlich vorübergehend ist oder nicht schon voraussichtlich dauerhaft. Wäre das nämlich der Fall, würde die Krankengeldleistung eingestellt werden.

Doch bevor wir zu der Prüfung auf Erwerbsminderung durch die deutsche Rentenversicherung kommen, ein kurzer Exkurs zu den Selbstständigen.

Exkurs: Besonderheit bei Selbstständigen

An dieser Stelle wird deutlich, dass das biometrische Risiko einer vorübergehenden Krankheit von mehreren Wochen für Selbstständige eine größere Bedrohung darstellt als für den gesetzlich Versicherten. Logischerweise, weil der Selbstständige sich nicht selbst seinen Lohn fortzahlen kann. Und außerdem ist die Definition in der privaten Krankenversicherung theoretisch schwieriger zu erreichen als in der gesetzlichen.

Deswegen muss dieses Risiko in der Beratung von Selbstständigen unbedingt angesprochen werden. Hier gibt es an den Schnittstellen zur BUV und vor allem im Zusammenspiel mit einer Arbeitsunfähigkeits-Klausel einiges zu beachten, doch dazu später mehr.

Grundsätzlich ist es möglich, Arbeitsunfähigkeit ab dem ersten Tag abzusichern. Die erhöhte Wahrscheinlichkeit der Verwirklichung des Risikos ist aber an der Prämie sehr deutlich abzulesen. Hier muss genau untersucht werden, ab wann dem Selbstständigen ein Bedarf entstünde.

Wäre das wirklich schon ab dem ersten Tag, dann gilt es generell zu prüfen, ob die Selbstständigkeit tatsächlich für den Kunden der richtige Weg ist. Denn das würde ja auch bedeuten, dass jeder Urlaub die Existenz gefährden würde.

Normalerweise kann ein Selbstständiger aber seine unternehmerischen Risiken gut abschätzen, weshalb es auch sinnvoll sein kann, über finanzielle Rücklagen einige Risiken abzufangen. Wenn ein Unternehmen einen Monat ohne Einnahmen überleben kann, dann kann der Chef mal in den Urlaub fahren, eine Grippewelle überstanden werden oder auf eine gesetzliche Auflage reagiert werden.

Je höher die Rücklage, umso besser. Je mehr Risiken selbst getragen werden können, desto weniger Versicherungen braucht man. Und das ist ja grundsätzlich nichts Schlechtes. Auch für Vermittler. Denn ein Kunde, der finanziell stabil ist, ist weniger stornoanfällig.

Außerdem gehört es für mich zu einer umfassenden Risikoanalyse, dass auch geklärt wird, welche Versicherung nicht zwingend notwendig ist.

Vertrieblich interessant ist bei einem Selbstständigen aber, dass er, weil er ja keine Ansprüche von Seiten des Staats zu erwarten hat, auch nix in die gesetzliche Absicherung investiert. Der Angestellte zahlt (für Rente 9,3 %, Krankenversicherung 7,3 % plus einen Zusatzbeitrag, der auch mal über 2,5 % liegen kann, die Pflegeversicherung liegt je nach Anzahl der Kinder und Bundesland zwischen 0,7 %–2,8 %) insgesamt ca. 20 % von seinem Brutto. Arbeitslosenversicherung können wir hier vernachlässigen, weil das nicht umfassend privat versicherbar ist.

Und die gesetzliche Absicherung ist alles andere als perfekt, was wir auf den kommenden Seiten sehen werden.

Wenn der Selbstständige nun bereit ist, ebenfalls um die 20 % von seinem Gewinn vor Steuern zu investieren, dürfte uns eine recht gute Absicherung der Ausgaben bei allen biometrischen Risiken gelingen.

Im Übrigen gibt es für die Absicherung der Betriebsausgaben andere Deckungsmöglichkeiten, da diese über ein KTG nicht erfasst sind. Ist aber dann Sachversicherung, also bin ich da nicht der richtige Ansprechpartner.

In der privaten Absicherung des Einkommens würde ich bei handwerklichen Selbstständigen die Kombination eines Krankentagegelds und einer Erwerbsunfähigkeits-Versicherung empfehlen.

Der erste Grund wäre, dass bei Handwerkern eine BU-Versicherung sehr teuer ist, da es immer mehr Berufsgruppen gibt. Und immer, wenn es für

Akademiker günstiger wird, muss es für andere Berufsgruppen, nämlich körperliche Berufe, teurer werden. Bei dem KTG und einer EU-Versicherung gibt es zwischen einer und vielleicht mal acht Berufsgruppen. Somit ist der Handwerker in einem größeren und für ihn günstigeren Kollektiv. Der Akademiker wäre aus diesem Grund in der Erwerbsunfähigkeits-Versicherung sogar teurer zu versichern als in der BUV. Und das ist doch Quatsch, oder? Aber der Handwerker gewinnt hier mal aus dem System heraus. Und das ist gut.

Der zweite Grund ist die sogenannte Umorganisation in der BU-Versicherung. Kennt ihr alle. Aber euer Kunde nicht. Und im Zweifel hat er es im Leistungsfall vergessen. Noch blöder wäre, wenn er sich noch erinnert, dass sein Tarif auf abstrakte Verweisung verzichtet, aber jetzt will ihn der Versicherer zur Umorganisation zwingen. Und tatsächlich hat nicht jeder Versicherer geregelt, ob er die abstrakte oder die konkrete Umorganisation prüft.

Wie auch immer ... Eine Umorganisation könnte im Zweifel auch bedeuten, einen behindertengerechten Arbeitsplatz einzurichten. Die Erwerbsunfähigkeits-Versicherung prüft aber nur den allgemeinen Arbeitsmarkt. Dazu gehören behindertengerechte, Schon- und Nischenarbeitsplätze nicht. Wenn es doof läuft, würde also die BUV umorganisieren und die EUV einfach leisten. Ist aber bissi konstruiert. Geb ich zu.

Aber viel schlimmer als dieses konstruierte Beispiel ist, dass der Kunde im Leistungsfall nicht nur die BU nachweisen müsste, sondern eben auch, dass sein Arbeitsplatz nicht umzuorganisieren ist. Das ist ebenfalls Teil der Beweislast. Als wäre der BU-Nachweis nicht schon schlimm genug ...

Und der dritte Grund ist, dass ein Selbstständiger in der Regel eh auch mit Kopf unterm Arm in die Arbeit gehen würde, weshalb er die BU-Rente erst in Anspruch nehmen würde, wenn er dann schon erwerbsunfähig ist. Wieso also für etwas zahlen, das der Selbstständige eh nicht in Anspruch nehmen würde?

Bei Selbstständigen mit einem Bürojob überwiegt wieder der Vorteil, dass die BU-Versicherung auch dann leistet, wenn ich kein sinnvolles Arbeitsergebnis mehr erzielen kann, weil ich in mehr als der Hälfte meiner Tätigkeiten eingeschränkt bin, während die EU-Versicherung immer nur darauf abstellt, ob ich weniger als drei Stunden arbeiten kann, unabhängig davon, ob das Arbeitsergebnis sinnvoll ist oder nicht. Und eine Umorganisation

dürfte eh nicht möglich sein. Aber ich sollte es erklären, weil der Beweis, dass es nicht geht, ja immer noch beim Kunden liegt.

Oder ich wähle einen Versicherer aus, der auf die Umorganisation komplett oder zumindest bei Akademikern verzichtet.

Außerdem sollten Selbstständige immer über den Abschluss einer Dread Disease nachdenken. Diese leistet zwar keine Rente, aber ich kann nach einem überstandenen Herzinfarkt oder Krebs die Arbeit etwas langsamer angehen und mit der Einmalleistung aus der Dread Disease die Lücke so lange füllen, bis ich wieder 100 % fit bin.

Aber zurück zu den Angestellten ...

2.2.1.2 Erwerbsminderung (EMI)

Wie oben schon geschrieben, bekommt der Angestellte 42 Tage seinen Lohn weitergezahlt. Wenn er danach immer noch vorübergehend arbeitsunfähig ist, leistet die Krankenkasse das Krankengeld.

Wäre der Zustand voraussichtlich dauerhaft, würde die gesetzliche Rentenversicherung prüfen, ob eine Erwerbsminderung vorliegt. Dabei prüft sie nach [§ 43 SGB VI](#):

„Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.“

Die Krankheit muss also nun voraussichtlich dauerhaft sein („auf nicht absehbare Zeit“) und es besteht kein Bezug mehr zu dem vorher ausgeübten Beruf, sondern es wird sich auf die üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes bezogen.

Schon- und Nischenarbeitsplätze, wie z. B. der viel zitierte Pförtner, sowie behindertengerechte Arbeitsplätze gehören dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausdrücklich nicht an. Das prominenteste Beispiel der Verweisbarkeit in der gesetzlichen Erwerbsminderungsrente ist also generell eher falsch als richtig. Für die abstrakte Verweisung in der BUV könnte das Beispiel allerdings greifen, wenn durch den tatsächlich ausgeübten Beruf die Verweisungsvoraussetzungen erfüllt wären. Darauf wird später nochmals eingegangen.

Könnte jemand also seinen Beruf als Schreiner wegen einer fortgeschrittenen Muskeldystrophie nicht mehr ausüben, dann könnte er vielleicht noch mehr als drei Stunden täglich als Museumswächter, Pförtner oder Filmvorführer arbeiten. In diesem Fall wäre jedoch zu prüfen, inwieweit diese Berufe zum allgemeinen Arbeitsmarkt gehören. Zumindest für den Pförtner ist dies, wie bereits beschrieben, mit hoher Wahrscheinlichkeit zu verneinen, da die Pforten in diesem Land meist innerbetrieblich besetzt werden, um eine Frühverrentung des Mitarbeiters zu vermeiden. Aber als Museumswächter wäre es halt möglich.

Wer noch zwischen drei und sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann, ist teilweise erwerbsgemindert und erhält die halbe Erwerbsminderungsrente.

Sofern er innerhalb eines Jahres keine Anstellung bekommt, in der er drei bis höchstens sechs Stunden arbeiten könnte, spricht man vom verschlossenen Arbeitsmarkt. In diesem Fall würde der teilweise Erwerbsgeminderte dennoch die volle Erwerbsminderungsrente erhalten.

Der Eintritt des verschlossenen Arbeitsmarktes ist einigermaßen wahrscheinlich, da nur in den seltensten Fällen ein Arbeitgeber eine Vollzeitstelle in zwei Halbtagsstellen teilen wird. Vor allem, wenn der Bewerber schwer vorerkrankt ist.

Der verschlossene Arbeitsmarkt ist übrigens auch der Grund, warum in allen Bedingungen zur privaten Berufsunfähigkeitsversicherung, die als Leistungsauslöser die volle Erwerbsminderung gelten lassen, steht, dass die volle Erwerbsminderung allein aus gesundheitlichen Gründen eingetreten sein muss.

Im Jahr 2023 bezogen 1.761.252 Menschen eine Erwerbsminderungsrente. Während 2000 noch 25,4 % wegen des Bewegungsapparats und 24,2 % wegen psychischer Störungen die Rente bezogen, sind es in 2022 noch 11,1 % wegen des Bewegungsapparates und 42,3 % wegen psychischer Störungen. Bei der Erwerbsminderungsrente fällt es deutlich extremer aus als in der BU-Versicherung, da ein Handwerker mit körperlichen Einschränkungen ja durchaus zu 50 % außerstande sein kann, seinen zuletzt in gesunden Tagen ausgeübten Beruf auszuüben, aber gleichzeitig noch mehr als 6 Stunden in einem Bürojob arbeiten kann.

Trotzdem ist diese Tendenz schon eindeutig.

Das überzeugt vermutlich nicht die, die davon überzeugt sind, dass sie selbst niemals psychische Probleme haben können, aber es sollte für viele verdeutlichen, dass eine Erwerbsunfähigkeits-Versicherung gegenüber der Grundfähigkeits-Versicherung den Vorteil hat, dass psychische Erkrankungen vollumfänglich mitversichert sind. Und es sind jedes Jahr ca. 180.000 Neuzugänge, die die volle Erwerbsminderungsrente bekommen.

Die Rentenhöhe errechnet sich gemäß [§ 64 SGB VI](#) aus den Entgeltpunkten mal dem Zugangsfaktor mal dem Rentenartfaktor mal dem aktuellen Rentenwert. Die folgenden Erläuterungen geben nur einen Überblick, da im Rahmen dieses Leitfadens nicht vertiefend darauf eingegangen werden soll. Zum Eigenstudium eignen sich die genannten Paragraphen des SGB VI.

Entgeltpunkte nach [§ 66 SGB VI](#)

Entgeltpunkte erhält man für jedes Jahr, das man gearbeitet hat oder für Anrechnungs- oder Ersatzzeiten, wie z. B. Elternzeit. Die Höhe bemisst sich aus dem Verhältnis des Einkommens zum Durchschnittsverdienst (2024: 45.358 Euro p. a.) aller Versicherten. Verdient jemand genau im Durchschnitt, erhält er für jedes Jahr, das er gearbeitet hat, genau einen Punkt. Da die erreichbaren Entgeltpunkte pro Jahr auf die geltende Beitragsbemessungsgrenze (2024: 90.600 Euro) begrenzt werden, kann er maximal 2,0515 Entgeltpunkte erhalten. Für einen Entgeltpunkt gibt es in 2024 39,32 Euro. Wo das dann immer aktuell steht, findet ihr unten.

Im Falle der Erwerbsminderung werden ihm Entgeltpunkte bis zum 62. Lebensjahr zugeschrieben, die er hätte erreichen können, um vor allem in jungen Jahren eine Unterversorgung zu vermeiden.

Allein aus diesen Zahlen ergibt sich, dass die EMI-Rente nur eine Grundversorgung darstellt. Angenommen, jemand verdient 45 Jahre jeden Monat über 7.550 Euro, dann hätte er am Ende Anspruch auf eine Rente in Höhe von 3.538, 80 Euro. Mir ist klar, dass das eine Milchmädchenrechnung ist und das im Detail nicht funktioniert, weil die Zahl der Entgeltpunkte und der Beitragsbemessungsgrenze sich jedes Jahr ändert. Aber was beim Kunden ankommen soll, ist, dass er viel weniger bekommen wird, als er denkt. Wer verdient schon 45 Jahre über 7.550 Euro?

Der Zugangsfaktor nach [§ 77 SGB VI](#)

Die Rentenformel nach § 64 SGB VI gilt ebenso für die Altersrente, weshalb der sogenannte Zugangsfaktor integriert wurde. Durch ihn wird ein frühzeitiger Renteneintritt mit einem Abschlag von 0,3 % pro Monat bestraft. Bei Erwerbsminderung ist dieser auf 10,8 % begrenzt. Der Zugangsfaktor liegt also für alle, die bis zum 62. Lebensjahr erwerbsunfähig werden, bei 0,892.

Wer aber über seinen Renteneintritt hinaus arbeitet, bekommt pro Monat 0,5 % gutgeschrieben. Pro Jahr also 6 %. Der Typ von vorhin, der 45 Jahre lang über 7.550 Euro verdient hat, würde knapp 47 % seines letzten Lohns an Rente erhalten. Würde er nicht mit 67 in Rente gehen, sondern noch 9 Jahre bis zum 76. Lebensjahr weiterarbeiten, erhielte er tatsächlich ein bisschen mehr als 100 % seines letzten Gehalts an Rente. Ist aber eher ein theoretisches Modell. Vor allem für körperlich Tätige.

Rentenartfaktor nach [§ 67 SGB VI](#)

Der Rentenartfaktor ist für die Rente wegen voller Erwerbsminderung 1 und für die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung 0,5.

Der aktuelle Rentenwert nach [§ 68 SGB VI](#).

Der Rentenwert gilt seit 2023 für Ost und West gleich. In 2024 liegt er bei 39,32 Euro.

Ich rechne mal ein Beispiel. Der Einfachheit halber verdient unser Mustermann jedes Jahr seit seinem Berufseintritt durchschnittlich (derzeit ca. 3.779,84 Euro mtl.) und erhält einen Entgeltpunkt pro Jahr. Er arbeitet seit seinem 20. Lebensjahr und wird mit 45 voll erwerbsgemindert. Mit Zurechnungszeit hat er sich also 42 Entgeltpunkte verdient. Daraus ergibt sich nach der Rentenformel eine Rente von:

$$42 \times 0,892 \times 1 \times 39,32 \text{ Euro} = 1.473,08 \text{ Euro.}$$

Die hier ermittelte volle Erwerbsminderung geht in etwa in gleicher Höhe in die Altersrente über, denn die Formel ist die gleiche. Darauf sollte der Kunde unbedingt hingewiesen werden. Mit 67 ist man quasi erwerbsgemindert von Alters wegen.

Vertrieblich lässt sich an dieser Stelle sehr gut auf die Notwendigkeit einer ausreichenden Altersversorgung hinweisen und anmerken, dass eine Rentenversicherung idealerweise mit einer Beitragsbefreiung bei BU aus-

gestattet sein sollte, damit die Altersversorgung in jedem Fall gewährleistet bleibt. Denn ohne Gehalt zahle ich nicht mehr in die gesetzliche Altersversorgung ein, was die gesetzliche Rente entsprechend mindert. Und für die private Altersversorgung werde ich auch nur begrenzte Mittel zur Verfügung haben.

Wer so konsequent ist, dass er seine BU-Rente dann auch zum Teil für die Altersvorsorge verwendet, muss selbstverständlich keine Beitragsbefreiung vereinbaren. Er kann die Beiträge zur Altersvorsorge einfach in die Höhe seiner BU-Rente einkalkulieren. Aber wer ist schon so konsequent, wenn das Geld zum Leben knapp wird?

Der Vorteil an einer Erhöhung der BU-Rente im Vergleich zur BUZ-Beitragsbefreiung ist, dass ich nicht auf eine Rentenversicherung als Altersversorgung angewiesen bin.

Denn die Rentenversicherung bleibt zwar nach wie vor die einzige Möglichkeit, ein garantiert lebenslanges Einkommen abzusichern, aber wie überall sonst auch kommt es auf die Mischung an. Und vor allem dann, wenn unsere Kunden „zu spät“ mit der Altersversorgung beginnen, kann es sinnvoll sein, das Risiko zu erhöhen und in eine Immobilie zu investieren, die dann im Alter ein regelmäßiges Einkommen generiert. Oder wenn der Kunde noch sehr jung ist, kann ein Aktiendepot in Kombination mit einer Basis-Rente auch mal Sinn ergeben.

Wie immer kommt es auf den Einzelfall an.

Aber wir waren noch nicht fertig mit den Besonderheiten der gesetzlichen Versorgung.

2.2.1.3 Unterschiedliche Beurteilung des Gesundheitszustands

Wie schon erwähnt, prüfen die Krankenkassen, ob eine vorübergehende Krankheit vorliegt, und die Rentenversicherung, ob die Erwerbsminderung (EM) voraussichtlich dauerhaft ist. Da jede für sich prüft und eigene Interessen verfolgt, ist es durchaus möglich, dass die Beurteilungen des Zustands verschieden sind.

Stellt die Krankenkasse die Leistung ein, weil die Krankheit ihrer Meinung nach dauerhaft ist, löst das noch lange keine Leistungspflicht bei der Rentenversicherung aus. Es kann also auch sein, dass keine der staatlichen

Absicherungen greift. Ebenso kann es passieren, dass die Krankenkassen eine Rehabilitationsmaßnahme für erfolgversprechend halten. Dafür wäre dann die gesetzliche Rentenversicherung zuständig.

Käme diese aber zu dem Schluss, dass die Krankenkassen noch nicht alle anderen Maßnahmen zur Genesung des Erkrankten ausgeschöpft haben, wird der Patient wieder an die Krankenkassen zurückverwiesen. Hier wäre man vermutlich nach wie vor der Meinung, dass der Patient Rehabilitationsmaßnahmen benötigt.

Im schlimmsten Fall führt eine Uneinigkeit der beiden Träger zu einer Zwangsverrentung, was besonders bei psychischen Erkrankungen recht häufig vorkommt, da gerade hier bei vielen Krankheitsbildern der Erfolg von Medikamenten nicht eindeutig bestimmbar ist.

Der finanzielle Nachteil entsteht dadurch, dass eine Rente wegen EMI einen maximalen Abschlag von 10,8 % bekommen kann und dieser sich an dem 65. Lebensjahr orientiert, während der Abschlag bei der Altersrente auch höher sein kann und sich am Renteneintrittsalter (derzeit 67) orientiert.

2.2.1.4 Die Umschulung und ALG I

Jenseits aller Leistungen von Krankenkasse und Rentenversicherung gibt es noch die Bundesagentur für Arbeit. Und die zahlt mir auch Geld. Zum Beispiel, wenn eine Umschulung möglich ist. In diesem Fall erhält der Kinderlose 68 % und der Umschüler mit Kind 75 % seines letzten Einkommens. Die Grundlage für die Berechnung sind, warum auch immer, 80 % vom Brutto. Warum man nicht 54,4 % und 60 % schreiben kann, weiß ich nicht.

Der neue Arbeitgeber darf bis zu 525 Euro während der Ausbildung hinzuzahlen.

Auf diese Lücke sollte der Kunde ebenfalls aufmerksam gemacht werden. Denn grundsätzlich sollte ja der Wille zur Selbsthilfe unterstützt werden. Eine Berufsunfähigkeit verdammt einen ja nicht grundsätzlich zum Nichtstun. Sonst gäbe es als Extraleistung ein Netflix-Abo.

Der Kunde kann wieder gesund werden oder eben umschulen. Das ist sogar sehr häufig der Fall. Erst ab dem 50. Lebensjahr geht die Reaktivierung der Leistungsfälle deutlich zurück.

Und wenn eine Umschulung nicht möglich ist, dann gibt es eben 60 % für Kinderlose oder 67 % für Eltern. Die Grundlage ist wieder 80 % vom Brutto. Das ist dann Arbeitslosengeld I. Bis zum 50. Lebensjahr gibt es das für 12 Monate. Zwischen dem 50. und 58. Lebensjahr steigt der Anspruch auf 24 Monate an.

Auch wenn das ALG I nicht besonders hoch ist, sollte ich es dennoch beantragen. Denn so kann ich die Sozialversicherungsabgabe auf meine BU-Rente vermeiden. Doch dazu später mehr.

2.2.2 Die konkrete Bedarfsermittlung

Die Versorgungslücke bei vorübergehenden Krankheiten liegt also, wie oben gesehen, bei ca. 20–25 % und bei einer vollständigen Erwerbsminderung bei etwa 60 % im Verhältnis zum bisherigen Netto-Gehalt. Bei einer Krankenschreibung hätte ein Angestellter nach dem 42. Tag nur dann ein finanzielles Problem, wenn seine Lebensführung derart gestaltet ist, dass er am Monatsende seinen gesamten Lohn aufgebraucht hat und er auch unter Ausreizung aller Möglichkeiten nicht die fehlenden 20–25 % an irgendeiner Stelle im Haushalt einsparen könnte. Das kann bei der Finanzierung einer Immobilie durchaus mal der Fall sein. Da ein KTG aber verhältnismäßig günstig einzukaufen ist, wird diese Lücke des Öfteren auch geschlossen, obwohl sie in den meisten Fällen nicht als existenzielles Risiko einzustufen ist.

Und an dieser Stelle will ich nochmal betonen, dass es durchaus sinnvoll sein kann, nur die Fälle abzusichern, die die Existenz gefährden können. Wenn ich mir nur 3 Monatsgehälter auf die Seite spare, könnte ich damit 12 Monate das Krankengeld auf 100 % aufstocken. Denn 25 % sind ein Viertel und vier Viertel ein Ganzes. Also können 3 Monatsgehälter 12 mal 25 % auffüllen.

Außerdem bin ich flexibler, wenn ich 3–6 Monatsgehälter auf der Seite habe. Ich kann das Geld auch für die kaputte Waschmaschine ausgeben oder den neuen Zahn.

Apropos Zahn ... Viele Kunden wollen ja eine Zahnzusatzversicherung. Aber da geht es ja selbst im schlimmsten Fall nicht um die Existenz. Die gesetzliche Krankenkasse würde sich schon drum kümmern. Nicht gut, aber sie würde sich drum kümmern.

Wer ein Implantat will, der muss es sich halt leisten. Und im schlimmsten Fall gibt es ein All-on-4-Implantat, bei dem alle Zähne eines Kiefers auf

vier Implantate gesetzt werden. Kostet zwischen 8.000 und 16.000 Euro pro Kiefer. Die Kasse zahlt 500 Euro dazu, was das Kraut nun auch nicht fett macht ...

Wenn ich es schaffe, 3–6 Monatsgehälter auf die Seite zu packen, dann kann ich das mit einem kleinen Kredit auch selbst schaffen. Ich muss es nicht zwingend versichern. Denn nur unter uns: Eine Zahnzusatz-Versicherung erscheint nur deshalb so wichtig, weil das Risiko sich sehr wahrscheinlich irgendwann in irgendeiner Form verwirklicht. Jeder kennt jemanden mit Implantat. Und die waren alle teuer. Aber wenn ich ein paar Jahre monatlich 20 Euro zahle, dann kann ich in der Zeit auch was auf die Seite legen ... Und im Schnitt gewinnt der Versicherer. Sonst würden sich die Tarife nicht tragen. Und die BaFin sie nicht zulassen ...

Das heißt jetzt nicht, dass niemand mehr eine Zahnzusatz-Versicherung verkaufen soll. Aber am Ende ist das eher keine richtige Versicherung, die ein existenzielles Risiko versichert, sondern eher ein zweckgebundenes Ansparen.

So ähnlich ist es auch mit dem Krankentagegeld. Und wie schon geschrieben: Wenn ich Geld auf der Seite habe, kann ich es für alle möglichen Zwecke verwenden.

Anders verhält es sich mit dem Risiko der Arbeitsunfähigkeit bei dem Selbstständigen, der schon bei vorübergehenden Krankheiten eventuell empfindliche Einkommenseinbußen hinnehmen muss. Denn der Selbstständige bekommt ja keine Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber und auch kein gesetzliches Krankengeld. Hier ist der Abschluss eines privaten KTG obligatorisch. Es sollte aber genau ermittelt werden, nach welchem Zeitraum eine Krankheit existenzgefährdend wäre, da eine Absicherung ab dem ersten Tag selbstverständlich um ein Vielfaches teurer ist als ein Schutz ab dem 43. Tag.

Wann nun eine Lücke aber wirklich abzusichern ist und vor allem in welcher Qualität, hängt zum einen von den persönlichen Ausgaben ab und davon, wie wichtig einem diese Ausgaben sind.

2.2.3 Bedarf bei EU und bei BU

Während der Bedarf einer finanziellen Absicherung der AU aufgrund der relativ geringen Lücke von 20–25 % noch diskutabel ist, ist die Absicherung einer Einkommenslücke von 60 % bei EU bzw. Erwerbsminderung

unstrittig. Es ist allein die Höhe der Absicherung zu besprechen. Dabei ist zu bedenken, dass die Lücke nur dann 60 % beträgt, wenn eine volle Erwerbsminderung vorliegt. Für den immerhin nicht ganz unwahrscheinlichen Fall, dass nur eine BU vorliegt und noch keine Erwerbsminderung, besteht eine deutlich größere Lücke.

	AU	BU	EU
Auslöser	100 % AU	50 % BU	3 h tägl. arbeiten
Dauer	Vorübergehend	Dauerhaft (6 Monate)	Dauerhaft (6 Monate)
Bezug	Ausgeübter Beruf	Ausgeübter Beruf	Allgemeiner Arbeitsmarkt

Rechnet der Vermittler bei der Beratung zur BUV die staatliche Leistung bei Erwerbsminderung mit ein, hat der Kunde zwar eine BUV, aber er hat nur dann die Lücke geschlossen, wenn er keine drei Stunden täglich mehr in irgendeinem Beruf am allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten kann, also erwerbsunfähig bzw. erwerbsgemindert ist. Da die BU-Rente auf Bürgergeld angerechnet würde, ist sie vermutlich niemals ausreichend, um den Lebensstandard zu halten, wenn man nicht zeitgleich auch erwerbsgemindert ist. Allerdings kann mit ihr eine Umschulung finanziert werden und die versicherte Person kann im neuen Job Fuß fassen, da die BU-Rente weiterbezahlt wird, bis das Gehalt im neuen Job mindestens 80 % des Gehalts im letzten Job vor der BU beträgt. Die Existenz ließe sich so also durchaus absichern.

Exkurs: Statistiken zur BU und zur Erwerbsminderung

Das Statistik-Material zur BU ist aus einigen Gründen mit Vorsicht zu genießen. Bei vielen ermittelten Werten ist unklar, ob sie sich auf die private BUV beziehen, auf die seit dem 01.01.2001 grundsätzlich weggefallene gesetzliche BUV oder gar auf die Erwerbsminderungsrente.

Darüber hinaus sind alle Zahlen zur Eintrittswahrscheinlichkeit einer BU nur wenig aussagekräftig und untertrieben, wie mit einigem Recht anzunehmen ist. Alle statistischen Erhebungen, die sich aktuell mit der Eintrittswahrscheinlichkeit einer BU beschäftigen, beobachten Versicherte,

die mit 65 Jahren in Altersrente gehen. Da die Wahrscheinlichkeit einer BU mit zunehmendem Alter exponentiell ansteigt, ist damit zu rechnen, dass das Risiko für Versicherte, die erst mit 67 Anspruch auf Altersrente haben, noch höher ist als die derzeit immer wieder angeführten 25 %.

Neuere Zahlen gehen davon aus, dass der heutige Berufsanfänger mit einer Wahrscheinlichkeit von 43 % bis zum Eintritt der Altersrente mit 67 einmal berufsunfähig gewesen sein wird. Dieser Statistik ist, der Ehrlichkeit halber, nicht eindeutig zu entnehmen, ob „berufsunfähig“ auch mindestens den Zeitraum von sechs Monaten impliziert.

Ein wichtiger Faktor ist auch, ob es sich dabei um die Allgemeinheit handelt oder ob hier nur die Menschen geprüft wurden, die tatsächlich eine BUV besitzen. Denn es ist anzunehmen, dass die Zahl derer, die eine Gesundheitsprüfung überstanden haben, eher seltener BU werden als der Rest. Dadurch dürften diejenigen, die eine BU-Versicherung haben, eher deutlich seltener als zu 25 % BU werden.

Und die Zahlen des GDV (Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft) sind halt auch irgendwie mit Vorsicht zu genießen, weil es der Interessenverband derer ist, die die Versicherung gegen das zu bewertende Risiko verkaufen.

Einigermaßen belastbare Zahlen gibt es zur gesetzlichen Erwerbsminderungsrente. Nach den Daten der Deutschen Rentenversicherung gab es im Jahr 2022 338.014 Anträge auf eine Erwerbsminderungsrente. Davon wurden 172.832 bewilligt. Diese enorme Zahl alleine widerlegt schon die Geringschätzung, die unter Vermittlern dem Produkt der Erwerbsunfähigkeitsversicherung (EUV) entgegengebracht wird. 87,4 % dieser Fälle sind volle Erwerbsminderungen und würden auch in der privaten Versicherung in den meisten Tarifen eine Leistung auslösen.

Anscheinend tendiert der menschliche Körper im Allgemeinen eher dazu, entweder ganz oder gar nicht zu funktionieren. Gefühlsmäßig würde man ja wohl eher davon ausgehen, dass es prozentual mehr Versicherte gibt, die nur in einem geringen Maß ihre Erwerbsfähigkeit verloren haben.

2018 gab es 16.764 bewilligte Anträge auf halbe EMI und 67.205 auf volle Erwerbsminderung. Hier spiegelt sich die Verteilung in etwa wider. Im Bestand sind es 48.889 halbe und 628.148 volle. Der Unterschied ist also noch extremer. Das erklärt sich aber recht einfach: Nach einem Jahr der

halben EMI greift der oben schon erwähnte verschlossene Arbeitsmarkt und es wird die volle EMI-Rente gezahlt.

Der durchschnittliche Antragsteller der Erwerbsminderungsrente ist 51 Jahre alt. 42,3 % aller Neuzugänge sind psychisch bedingt.

Auch in der BUV sind die meisten Leistungsfälle psychisch bedingt, allerdings nicht in dieser extremen Ausprägung. Das hängt damit zusammen, dass körperlich bedingte Unfähigkeit, seinen Beruf auszuüben, logischerweise berufsspezifisch ist und in der Definition der Erwerbsminderung keine Rolle spielt. Wer hingegen aufgrund psychischer Probleme seinen Beruf nicht mehr ausüben kann, wird in der Regel auch außerstande sein, irgendeine Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes auszuüben. Ausnahmen dürften Fälle von Phobien sein, die stark mit dem Arbeitsplatz verknüpft sind, z. B. Klaustrophobie oder die Vorstellung, der Chef sei vom Teufel besessen.

Betrachten wir die Anzahl der Anträge und unterstellen, dass sich nur derjenige die Mühe macht, einen Antrag zu stellen, der derzeit nicht in der Lage ist, seinen Beruf auszuüben, hatten wir also 338.014 Berufsunfähige im Jahr 2022. Diese Zahl dürfte man wohl um die Anträge bereinigen, die den geforderten Prognosezeitraum der privaten BUV noch nicht erfüllen würden. Nimmt man nun die 87,4 % der 172.832 bewilligten Anträge in 2022, erhält man 151.055 Erwerbsgeminderte, die mit großer Wahrscheinlichkeit auch nach Definition der privaten EUV eine Leistung erhielten. Setzt man diese beiden Gruppen in ein Verhältnis, dann sind ca. 45 % derer, die aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage sind, ihren Beruf auszuüben bzw. das von sich behaupten, tatsächlich erwerbsunfähig.

Diese Zahl müsste man noch um die „Neuzugänge“ bereinigen, die bisher zwar nur teilweise erwerbsgemindert sind, aber aufgrund des verschlossenen Arbeitsmarktes jetzt die volle Rente beziehen. Dazu liegen aber keine zuverlässigen Zahlen vor und ich bin auch nicht mal sicher, ob diese Fälle hier mit einbezogen werden.

Dennoch sind aber selbst in dieser großzügigen Auslegung fast 50 % aller BU-Fälle auch erwerbsunfähig. Diese kleine Zahlenspielerei entbehrt zwar jeder Wissenschaftlichkeit, aber sie deckt sich mit dem Ergebnis einer GenRe-Studie, die das Verhältnis von privater BU-Rente zu privater EU-Rente untersucht hat. Demnach sind bei Akademikern und kaufmännisch Tätigen 70 % aller Berufsunfähigen auch gleichzeitig erwerbsunfähig und im handwerklichen Bereich immerhin noch 50 %. Wenn man

etwas darüber nachdenkt, erscheint es immer mehr plausibel.

Es ist schon merkwürdig, warum wir Vermittler so selten zur EU-Versicherung greifen, obwohl die Ersparnis gegenüber der BU-Versicherung bei Handwerkern oft deutlich höher ist als 50 %.

Exkurs: „Was kostet eine BUV?“

Uns ist vollkommen klar, dass die Kosten einer BUV vom Eintrittsalter, dem Beruf, der Laufzeit, Vorerkrankungen und Hobbies, der Rentenhöhe und auch von verschiedenen Bausteinen abhängen können. Aber die Kunden wollen das halt immer gern wissen.

Ich hab mal ne Formel erfunden, die einigermaßen hinhaut, aber leider etwas erklärungsbedürftig ist.

Für einen Akademiker gilt:

Summe der gezahlten Beiträge bis 67 = 1,5x Jahresrente

Für den schwer körperlich arbeitenden Handwerker gilt:

Summe der gezahlten Beiträge bis 67 = 4,5x Jahresrente

Ein Akademiker zahlt also für 1.000 Euro monatlicher Rente ungefähr 18.000 Euro über die gesamte Vertragslaufzeit, wenn der Vertrag bis 67 abgeschlossen ist. Wenn der Vertrag mit 30 Jahren abgeschlossen wird, zahlt er monatlich ungefähr 40 Euro.

Umgekehrt müsste er nur länger als 1,5 Jahre BU sein, damit der Vertrag „Rendite“ abwirft.

Ein Dachdecker zahlt 3x so viel bzw. muss 3x so lange BU sein.

Dazwischen finden sich dann alle anderen Berufe.

Wenn der Vertrag viele Klauseln hat und es einen individuellen Zuschlag gibt, dann wird es teurer, und wenn der Vertrag nur bis 60 läuft, kostet alles nur die Hälfte.

Aber Pi mal Daumen kann man damit eine erste Einschätzung geben. Wie immer ist sowas im Allgemeinen zwar richtig, aber im Einzelfall immer falsch.

Aber zurück zur Schnittmenge zwischen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit.

Interessant ist hier auch, dass Vermittler den Nutzen der BUV sehr stark in Bezug auf Leistung bei psychischen Erkrankungen argumentieren. Die hohe Schnittmenge zwischen BUV und EU-Rente hängt sicherlich auch damit zusammen, dass es bei einer psychischen Erkrankung unerheblich ist, was der Beruf ist. Denn wenn die versicherte Person morgens wegen Depressionen im Bett bleibt, ist es egal, in welche Arbeit sie nicht geht.

Unter diesem Gesichtspunkt sollte es an sich leichter fallen, die EUV als ernstzunehmendes Ausweichprodukt zu akzeptieren.

Noch interessanter wird die Erwerbsunfähigkeits-Versicherung, wenn wir bedenken, dass es hier noch keine derart ausufernde Berufsgruppendifferenzierung gibt wie in der BU-Versicherung. Durch die größeren Kollektive ist die EUV also für handwerkliche Berufe nochmal günstiger. Und tatsächlich zahlt ein Akademiker für eine EU- mehr als für eine BU-Versicherung, weil er in der EUV für ein größeres Kollektiv den Ausgleich zahlt. Wenn sich ein Kunde über soziale Gerechtigkeit triggern lässt, ist die Erwerbsunfähigkeits-Versicherung keine schlechte Idee.

Und für den Handwerker wird die EU-Versicherung durch die immer weiter voranschreitende Verkleinerung der Kollektive in der BU-Versicherung zumindest wirtschaftlich immer attraktiver.

Diese Zahlen und Gedankenspiele sind für den Vermittler durchaus interessant, es verbietet sich aber dennoch – und zwar im Kundensinne – bei der Bedarfsermittlung eine gesetzliche Leistung mit einzuberechnen, da man in diesem Fall nur noch bei einer vollständigen Erwerbsminderung den Bedarf ausreichend gedeckt hätte und nicht schon bei BU. Ausnahmen gibt es selbstverständlich auch hier. Doch dazu später mehr.

2.2.4 Die Besteuerung der BU-Rente

Spricht man mit dem Kunden über seinen Bedarf und die benötigte Höhe der Rente, muss auch die Besteuerung der BU-Rente angesprochen werden. Diese wird nach [§ 55 EStDV](#) berechnet. Demnach ist der zu versteuernde Ertragsanteil umso höher, je länger die Restlaufzeit des Vertrages ist. Je früher jemand also berufsunfähig wird, umso mehr greift der Fiskus zu.

Bei einer Vertragsdauer bis zum 67. Lebensjahr liegt der Ertragsanteil eines 20-Jährigen bei 43 % und der eines 30-Jährigen immerhin noch bei 36 %.

Als grobe Faustformel kann man sich merken, dass der Prozentsatz immer die verbleibenden Jahre der Rentendauer beträgt, wobei man bei jüngeren Kunden noch 3–4 Jahre abziehen und bei über 30-Jährigen immer noch ein Jahr hinzufügen kann. Dieser Teil der Rente muss also mit dem persönlichen Steuersatz versteuert werden.

Es dürfte allein mit der Rente wegen BU in den allermeisten Fällen schwierig sein, den Steuerfreibetrag von derzeit 11.784 Euro im Jahr, was ca. 982 Euro im Monat entspricht, zu erreichen. Erhält der Versicherte allerdings weitere Bezüge, ist es aber möglich, weshalb der Vermittler darauf hinweisen sollte.

Das dürfte grundsätzlich der Fall sein, wenn man mit dem Partner steuerlich gemeinsam veranlagt ist. Dann sind die Freibeträge zwar auch doppelt so hoch, aber das Einkommen eines Partners sollte in der Regel die Freibeträge schon ausreichen.

Es gibt derzeit 3 Anbieter mit einer lebenslangen Leistung, wenn der Leistungsfall bis zum 67. Lebensjahr andauert und für eine bestimmte Zeit vorher schon bestand.

In diesem Fall müssen wir davon ausgehen, dass die Versteuerung ganz normal nach [§ 22 bb\) Einkommensteuergesetz](#) erfolgt. Also wie bei der Altersrente. Ein 30-Jähriger müsste 44 % der Rente mit dem persönlichen Steuersatz versteuern, der 20-Jährige sogar 50 %.

Da die Leistung aber erst in eine lebenslange Rente umgewandelt wird, wenn die ursprüngliche Leistungsdauer erreicht wird, da die Voraussetzung dafür ja erst mit 67 erreicht ist, kann es auch dazu kommen, dass die Versteuerung sinkt. Denn der 67-Jährige bringt nur 17 % in die Versteuerung ein.

Neben der Versteuerung gibt es noch die Sozialversicherung. Zwar sind die Renten der Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeits-Versicherung grundsätzlich in der 3. Schicht nicht sozialversicherungspflichtige Einnahmen, aber wenn ich nur berufsunfähig bin, dann habe ich keinen Job und keinen Anspruch auf eine gesetzliche Leistung.

Aus diesem Grund muss ich mich freiwillig gesetzlich versichern. Und wenn ich freiwillig gesetzlich versichert bin, dann ist jedes Einkommen sozialversicherungspflichtig.

Um das zu verhindern, sollte die versicherte Person unbedingt zunächst Arbeitslosengeld I beantragen. Solange das bezogen wird, übernimmt die Bundesagentur für Arbeit die Abgabe und ich bin gesetzlich pflichtversichert.

Danach sollte ich mich bei der Bundesagentur für Arbeit um eine Umschulung bemühen. Wenn diese möglich ist, bleibe ich in dieser Zeit ebenfalls versichert und die Rente bleibt abgabefrei.

Sollte das Arbeitsamt aber zu dem Ergebnis kommen, dass wegen der gesundheitlichen Einschränkung keine Umschulung möglich ist, dann ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass ich in keinem Beruf am allgemeinen Arbeitsmarkt länger als 3–6 Stunden am Tag arbeiten kann. Zumindest eine halbe Erwerbsminderungsrente sollte möglich sein.

Je länger ich versuche, eine gesetzliche Leistung zu beziehen, umso länger bleibt die BU-Rente frei von Sozialabgaben.

Wer verheiratet ist und seinem Partner zu 100 % vertraut, kann auch noch auf Trick 17 zugreifen. Es ist nämlich möglich, vor Beantragung der Rente die Versicherungsnehmereigenschaft und das Bezugsrecht zu ändern. Dann erhält der Lebenspartner die BU-Rente und ich kann mich, weil ich keine Einnahmen habe, bei ihm familienversichern.

In diesem Fall dürfte eine Steuer auf die Rente fällig werden, aber das kann niemals so schlimm sein wie die Sozialabgaben.

2.2.5 Die ausgabenorientierte Beratung



Nachdem wir jetzt alle Aspekte der gesetzlichen Versorgung inkl. der zu tätigen Abgaben besprochen haben, können wir wieder zur Beratung zurückkehren.

Weshalb spreche ich lieber von Ausgabenabsicherung als von der Einkommensabsicherung? Mein Arbeitseinkommen habe ich in der Regel nur bis 67. Aber Ausgaben habe ich mein Leben lang. Deshalb besteht eine gute Ausgabenabsicherung nicht nur aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung.

Auch eine Rentenversicherung oder eine vermietete Immobilie kann in der Beratung verkauft werden. Denn die lebenslangen Ausgaben kann ich über eine BU-Versicherung nicht sinnvoll decken. Die Rente kommt. Egal, ob ich BU bin oder nicht. Man könnte sogar sagen, dass einer von vier Menschen aus gesundheitlichen Gründen BU wird und die anderen drei werden mit 67 dann BU wegen Alters.

Das klingt erstmal doof, aber die Lücke im Einkommen, die der Kunde dann hat, ist ja genau die gleiche.

Also rede ich mit dem Kunden über seine Ausgaben. Wofür gibt unser Musterkunde sein Geld aus? Sagen wir, er ist 30 Jahre alt, verheiratet und hat ein Kind. Ein zweites ist unterwegs, das Haus gerade im Bau. Er hat Ausgaben für seine Kinder, sein Haus und für sich.

An dieser Stelle werden viele auch die Ausgaben für die Ehefrau oder den Ehemann aufführen. Da müssen wir dann aber unbedingt reagieren. Jeder braucht seine eigene Ausgaben-Absicherung. Es reicht nicht aus, dass nur der Hauptverdiener versichert ist. Das hat wieder drei Gründe.

Zunächst mal habe ich als Ehepaar mehr Spielraum, um meine steigenden Ausgaben über Nachversicherungsgarantien zu decken. Die meisten Versicherungsgesellschaften deckeln auf 2.500 Euro, manche auf 3.000 Euro, wieder andere verdoppeln und ganz andere erlauben, um einen festen Wert, z. B. 1.500 Euro zu erhöhen, egal, wie hoch die ursprüngliche Rente war. Wer es genau wissen will, kann bei ASCORE nachschauen, wer aktuell wie viel anbietet. In der neuen Version kann ich auch sehen, wer eine ereignisunabhängige Nachversicherung anbietet und wie oft diese gezogen werden darf. Die ereignisunabhängige NVG ist für mich die einzig wichtige. Denn hier weiß ich genau, wann die versicherte Person diese ziehen kann. Und wenn ich gern auch mal Geld verdienen will, dann leg ich mir eine Wiedervorlage 6 Monate vor diesen Termin, um dann den Kunden zu erinnern.

ASCORE taucht sehr vertieft in die Bedingungswerke der Versicherer ein und analysiert auf einfache und verständliche Weise die Vorgaben des Versicherers.



Hier geht's zu ASCORE:

www.fondsfinanz.de/ascor



Diese Begrenzungen und die ereignisunabhängigen Nachversicherungsgarantien gelten pro Vertrag. Haben der Ehemann und die Ehefrau einen eigenen Vertrag, hab ich doppelt so viel Spielraum. Logisch. Die Eltern können also bei Geburt eines Kindes nicht nur einmal um 500 Euro erhöhen, sondern zweimal.

Außerdem bin ich flexibler. Wenn die Frau Karriere macht, kann sie die Rente erhöhen. Und wenn der Ehemann in Elternzeit geht, kann er eine Beitragspause veranlassen. Oder einer schult um, macht den Meister oder ändert sonst irgendwas. Dann kann ich den entsprechenden Vertrag prüfen lassen.

Hinzu kommt, dass in einer Partnerschaft sich die Berufsunfähigkeit des einen immer auch auf das Einkommen des anderen auswirken wird. Wenn ich nicht nur ein Arschloch bin, werde ich nicht mehr so viel geschäftlich

unterwegs sein, wenn mein Partner schon seit Längerem krank zu Hause ist. Ich kümmere mich um meinen Partner und werde deswegen weniger arbeiten oder weniger Aufträge annehmen.

Der letzte Grund liegt irgendwie auf der Hand, aber keiner will es so genau wissen. Die Hälfte aller Ehen wird geschieden. Und wenn es meine nicht ist, muss es die vom Kunden sein. Je später, desto schlimmer ist es für die Absicherung. Wenn ich erst mit 45 mit der Altersvorsorge beginne, wird das deutlich teurer. Und auch die BU-Versicherung kostet monatlich umso mehr, je später ich einsteige. Mal ganz abgesehen davon, dass ich dann vielleicht schon zu krank bin.

Das sind drei sehr gute Gründe, um beide Lebensgefährten gegen Berufsunfähigkeit und Altersarmut zu versichern.

2.2.5.1 Meine lebenslangen Ausgaben

Oder sagen wir nicht Altersarmut. Sagen wir: Wir sichern die Ausgaben ein Leben lang ab. Im ersten Teil gegen Berufsunfähigkeit, im zweiten gegen – na ja – die zu niedrige gesetzliche Rente.

Denn wenn der Kunde feststellt, dass er selbst jeden Monat Ausgaben hat, die nur er selbst verursacht, dann erkennt er sicher auch, dass er diese Ausgaben für immer hat. Der ermittelte Bedarf für die BU-Absicherung muss dann in gleicher Höhe monatlich aus der Rentenversicherung kommen.

Nur nebenbei: In meinen Augen muss es keine Rentenversicherung sein. Auch eine vermietete Immobilie oder Aktien können ein lebenslanges Einkommen sicherstellen. Alles hat seine Vor- und Nachteile. Ich als Vermittler sollte aber alle Möglichkeiten anbieten können. Oder wenigstens jemanden kennen, der sich damit auskennt.

Denn gerade die Rentenversicherung hat nicht gerade den besten Ruf. Deswegen möchte vielleicht der eine oder andere Kunde sein Geld lieber nicht hier investieren. Und bevor ich diesen Kunden dann an die Bank verliere, ist es doch besser, er bleibt mein Kunde ohne Rentenversicherung, aber mit Immobilie. Oder Aktien. Darauf können wir uns doch hoffentlich einigen, oder?

In meinen Augen ist es super, wenn ich ein Produkt vermittele, hinter dem ich stehen kann. Aber ich würde auch Produkte verkaufen, hinter denen ich nicht zu 100 % stehe.

Bevor ihr mich hasst, will ich das mal kurz erklären. Oder fragen: Hand aufs Herz: Wer von euch würde die Hand dafür ins Feuer legen, dass nicht irgendein vermittelter Versicherer in Zukunft mal durchdreht, Fehler macht und pleitegeht? Ein Restrisiko bleibt immer.

Ich persönlich habe damit kein Problem. Denn in erster Linie verkaufe ich mich und meine Beratung und Betreuung. Und da ist es für den Kunden auch besser, wenn er ein Produkt, das ich selber vielleicht nicht machen würde, bei mir hat, als bei jemand anderem. Klar auch für meinen Geldbeutel. Aber mir geht es da echt um den Kunden. Wenn er schon ein Produkt hat, das in meinen Augen Gefahren birgt, sollte er doch bestmöglich betreut sein. Und das ist halt bei mir. Oder bei euch.

Die lebenslange Absicherung der Ausgaben kann also vielseitig sein. Von der Rentenversicherung bis zur Immobilie ist alles möglich.

Bei Lebenspartnern wird es in der Regel so sein, dass einer von beiden sich auf Haushalt, Kindererziehung usw. konzentriert, während der andere Partner Karriere macht. Das führt dann dazu, dass der Partner, der zu Hause bleibt oder halbtags arbeitet, bei Beförderungen außen vor bleibt und weniger in die gesetzliche Rente einbezahlt.

Wenn sich beide wirklich lieben, dann sollte der Partner, der Karriere macht, einen Teil seines Geldes in die Altersversorgung des Partners stecken, um diese Nachteile auszugleichen. Sollten beide bis zum Tod zusammenbleiben, dann ist nix passiert. Sollten sie sich vorher trennen, wäre es nur fair, wenn die Zeit, die der eine Partner in die Familie investiert hat, belohnt würde.

Und für uns ist es jenseits aller Romantik halt auch ein guter vertrieblicher Impuls. Denn die Ungerechtigkeit ist hier spürbar und, sofern sich die beiden Partner lieben, sollte das auch tatsächlich im Interesse beider Partner sein.

Ein spannender Ansatz hierfür ist die Renteninformation. Partner A muss mindestens so viel privat vorsorgen, dass er seine gesetzliche Rente auf die Höhe der gesetzlichen Rente von Partner B ergänzt.



Mit der ASCORE-Analyse LV-, PKV- und Sachprodukte auswerten:
www.fondsfinanz.de/ascore



2.2.5.2 Die Absicherung der Ausgaben für die Kinder

Ein anderer Ausgabenblock sind die Kinder. Das klingt jetzt ein wenig herzlos. Aber Bedarfsermittlung ist nun mal objektiv und sehr rational. Und es ist nun mal so, dass Kinder Geld kosten. Wie viel, hängt ganz davon ab, wie lieb du sie hast. Nein, Spaß! Es gibt hier viele Faktoren. Schon eine Lebensmittelallergie kann die Kosten in die Höhe treiben. Und wenn die Tochter ein Pferd will, dann kann es schnell eskalieren. Aber darum geht es erst mal nicht.

Was ein oder in diesem Beispiel zwei Kinder monatlich kosten, kann der Kunde mal im Kopf überschlagen oder vom Kontoauszug ableiten. Das ist dann auch wieder der objektive Bedarf. An dieser Stelle will ich mal wieder etwas abschweifen ... Die große Macht der ausgabenorientierten Absicherung besteht ja darin, dass alles so objektiv ist. Wenn der Kunde mir sagt, dass die Kinder monatlich 1.500 Euro kosten, dann ist das so. Da kann ich nicht nur 1.000 Euro absichern. Denn sonst müsste ich im Jahr 6.000 Euro vom Ersparten drauflegen. Und wie lange kann das gut gehen? Wie viel Geld liegt auf der Seite?

Ist der Bedarf einmal ermittelt, muss er auch gedeckt werden. Nehme ich das Gehalt, um den Bedarf zu ermitteln, kann der Kunde immer behaupten, dass er so viel nicht braucht. Und das kann ja auch stimmen. Ich hab ja nicht gefragt, was er ausgibt ...

Aber zurück zum Thema ... Die Höhe der Ausgaben für die Kinder ist fix. Sie ist quasi in Beton gegossen. Da gibt es nix zu rütteln. Jetzt geht es aber um die Laufzeit. Wie lange verursachen Kinder denn Ausgaben? Ein Leben lang? Ich denke nicht. Irgendwann, so zumindest der Plan, werden die Kinder ihr eigenes Geld verdienen. Dann gibt es noch bissi was zu Weihnachten und zum Geburtstag. Aber das war's.

Also muss ich den Kunden fragen, ob er dumme oder schlaue Kinder hat. Oder vielleicht besser, ob es realistisch ist, dass die Kinder studieren oder ob sie wohl eher eine Lehre machen werden. In einem Fall verdienen die Kinder bereits mit 16, im anderen eher mit 25 Geld. Aber selbst wenn wir den Kindern die Möglichkeit lassen wollen, dass sie ihren Doktor machen ... Mit 30 werden die meisten Kinder ihr eigenes Geld verdienen. Dann sind sie keine Ausgabe mehr für mich.

Mit den Tools von VorFina bildet ihr ganzheitliche Beratungsansätze (auch nach DIN-Norm) ab und zeigt professionell Versorgungslücken des Kunden auf.

☞ Ganzheitlich beraten unter:

www.fondsfinanz.de/vorfina



Unser Musterkunde hier ist 30, bekommt gerade das zweite Kind. Er ist also 60, wenn das zweite Kind 30 Jahre alt ist. Es gibt in meinen Augen keinen wirklich guten Grund, warum er die Ausgaben der Kinder länger als bis 60 abschließen sollte. An sich sind hier schon gut 5 Jahre Puffer eingebaut. Denn ein Doktor ist nicht unbedingt üblich, und ein Doktorand verdient schon Geld. Aber ein bisschen Puffer geht immer. Darf der Kunde entscheiden.

☞ Zu den LV-Spezialvergleichen:

www.fondsfinanz.de/lv-spezialvergleiche



2.2.5.2.1 Die Absicherungshöhe ist (fast) immer wichtiger als die Laufzeit

Der Vorteil für den Kunden: Eine Berufsunfähigkeitsversicherung bis 60 kostet ungefähr die Hälfte einer BU-Versicherung bis 67. Je nach Beruf ist die Ersparnis mal mehr, mal weniger. Aber so ungefähr kann man sich das mal merken. Das würde bedeuten, dass der Handwerker, der 180 Euro für die Ausgaben der Kinder zahlen müsste, mit 90 Euro davonkommt, wenn wir diese Ausgaben bedarfsgerecht nur bis zum 30. Lebensjahr der Kinder absichern. Das wären ihm seine Kinder wahrscheinlich wert.

Ihr merkt schon auch, dass wir hier sehr objektiv argumentieren und ganz rational den Bedarf ermitteln, aber tatsächlich diese langweilige Absicherung emotional aufladen. Es geht um die Kinder. Die Ausgaben, die die Kinder verursachen, streng genommen. Aber im Kopf bleibt: 90 Euro, damit ich immer alles bezahlen kann, was meine Kinder brauchen.

Das ist halt Psychologie. Das ist nicht gemein. Wir wollen ja nur, dass unser Kunde all seine Ausgaben bedarfsgerecht absichert.

An dieser Stelle kommt oft der Einwand, dass man ja nie wisse, was passiert. Es könne ja auch passieren, dass noch ein Kind mit 50 nachkommt. Oder ein Kind pflegebedürftig wird und ein Leben lang finanziell unterstützt werden muss. Das ist beides richtig. Die Kinder können auch tatsächlich eine Lehre machen, und ich hab die Ausgaben schon mit 50 nicht mehr. Alles ist möglich.

Ich würde den Kunden fragen, ob er sich vorstellen kann, noch mit 40 Kinder zu bekommen, denn dann müssten wir die Versicherung bis 67 ziehen. Kostet dann das Doppelte. Und wenn er es sich vorstellen kann, darf er entscheiden, ob er das Risiko tragen will, zwischen 60 und 67 alles aus eigener Tasche zahlen zu müssen.

Was wir aber eher selten oder am besten nie machen sollten, ist die Absicherung bis zum Endalter 67 zu verlängern, aber, damit es bezahlbar bleibt, die Rentenleistung zu halbieren.

Für mich persönlich ist es so gut wie nie eine Lösung, an der Höhe zu schrauben. Ich würde fast immer die Laufzeit reduzieren. Denn wenn ich in der Höhe nicht ausreichend abgesichert bin, habe ich im Leistungsfall IMMER ein Problem. Egal, wann es passiert. Und selbst dann, wenn der Versicherer ohne Probleme leistet.

Stellen wir uns das mal vor. Der Kunde ruft beim Versicherer an und sagt, er sei BU. Der Leistungsprüfer sagt dann „Perfekt! Glaub ich dir ungeprüft! Wir überweisen ab dem nächsten Monatsersten!“ Und tatsächlich werden die versicherten 750 Euro überwiesen. Aber weil das nicht ausreicht, muss der Kunde jeden Monat 750 Euro vom Ersparten nehmen und ist nach einem Jahr pleite. Er muss Bürgergeld beantragen, aber die 750 Euro werden angerechnet.

Sorry, aber das ist scheiße. Ich bin echt eher dafür, an der Laufzeit zu sparen. Wenn ich die letzten 7 Jahre weglassen, habe ich immer noch die Möglichkeit, bis dahin genügend auf der Seite zu haben oder viele Ausgaben nicht mehr in der geplanten Höhe zu haben. Und wenn ich zwischen 40 und 50 berufsunfähig werde, ist es finanziell eh ok.

Die durchschnittliche Dauer einer Berufsunfähigkeit liegt bei ca. 4 Jahren. Erst ab einem Alter von etwa 50 wird die Berufsunfähigkeit 12 Jahre und länger dauern. Weil dann keiner mehr Lust auf eine Umschulung hat, nehme ich an. Und selbst wenn ich umschulen würde, gäbe es vermutlich kaum Arbeitgeber, die einen 50-jährigen Umschüler mit Vorerkrankung einstellen würden.

Aber auch hier gilt: Ich erkläre beide Alternativen, weniger Laufzeit oder weniger Rente, und lass dann ihn entscheiden.

2.2.5.3 Die Immobilie und die Berufsunfähigkeitsversicherung

Wenn jemand ein Haus kauft, denken wir zunächst mal an die Wohngebäude- und die Risikolebensversicherung. Aber auch ein Haus verursacht laufende Ausgaben, die wir mit unserem Arbeitseinkommen bezahlen. Und diese Ausgaben sichert eine Berufsunfähigkeitsversicherung am besten ab.

Auch hier ist es ein Leichtes, die Höhe zu ermitteln. Auch die Laufzeit geht recht einfach. Ich bin bei der Immobilie aber lieber etwas vorsichtiger und würde auf die Laufzeit der Finanzierung noch ein paar Jahre aufschlagen. Denn wir neigen dazu, uns zu überschätzen, was unsere finanzielle Stärke betrifft. Ich denke, die wenigsten bauen nebenher noch ein Polster auf, um die Restschuld dann abzulösen. Darüber sollten wir mit dem Kunden auch reden. Selbst wenn die Finanzierung nicht wir gemacht haben.

2.2.5.3.1 Die Nachversicherungsgarantie beim Immobilienerwerb

An die Laufzeit der Finanzierung sollten wir auch denken, wenn einer unserer Kunden einen bestehenden Vertrag über eine Nachversicherungsgarantie bei Immobilienerwerb erhöhen will. Denn der Versicherer schickt uns ein Angebot mit der ursprünglichen Laufzeit. Das ist vielleicht zu teuer. Oder nicht bedarfsgerecht. Auf jeden Fall entsteht dann aber das Problem, dass der Kunde das Erhöhungsangebot mit seinem ursprünglichen Vertrag vergleichen kann und wir erklären müssen, welchen Einfluss das neue Eintrittsalter auf die Prämie hat. Die wenigsten sehen sofort ein, dass der neue Vertrag im Verhältnis viel teurer ist, weil sie 6 Jahre älter sind. Klärt also mit der Versicherungsgesellschaft, ob in dem Tarif die Nachversicherung ein neuer Vertrag ist, der mit einer kürzeren Laufzeit abgeschlossen werden kann. Wenn das geht, kann ich die Erhöhung an die Laufzeit der Finanzierung anpassen.

Und wenn die Laufzeit kürzer ist, ist auch der Beitrag niedriger. Der Kunde kann nicht mehr vergleichen, und es gibt keine unnötige Diskussion.

Nur nebenbei: Ich muss immer noch bei einigen Versicherern bei der Nachversicherungsgarantie den neuen Beruf angeben, denn sie verzichten nur auf die Gesundheitsprüfung und nicht auf die Risikoprüfung. Wenn ich weiß, dass ein Schüler später Sprengmeister werden will, sollte ich darauf achten. Denn sonst kann es sein, dass die Nachversicherungsgarantie deutlich teurer ist als der ursprüngliche Vertrag.

Welcher Tarif auf die Risikoprüfung verzichtet, kannst du in ASCORE leicht ablesen.

☞ Mit der ASCORE-Analyse LV-, PKV- und Sachprodukte auswerten:
www.fondsfinanz.de/ascore



2.2.5.3.2 Die Dread Disease und die Pflegeversicherung fürs Haus

Zwei weitere Produkte sollte ich bei einem Immobilienerwerb unbedingt anbieten: eine Dread Disease und eine Pflegeversicherung.

Die Dread Disease ist eigentlich logisch. Es ist eine Risikolebensversicherung, die nicht bei Tod, sondern bei schwerer Krankheit zahlt. Dafür wurde sie gemacht. Als Ersatz einer BU-Versicherung ist sie an sich nicht geeignet. Denn Summen von 1 Million Euro bei einer Laufzeit bis 67 sind recht teuer. Aber Summen um die 300.000 Euro bis zum Endalter 60 sind machbar. Die Dread Disease kostet ungefähr zehnmal so viel wie die RLV. Selbst wenn das dem Kunden zu teuer ist, sollte ich sie mal anbieten. Dann erscheint die Risikolebensversicherung gleich viel günstiger, und ich habe kein Problem, hier die bedarfsgerechte Höhe und Laufzeit zu verkaufen und bei Lebenspartnern zwei Verträge über Kreuz anzubieten, um Erbschaftssteuer zu vermeiden.

Denn oft wird nur die Finanzierung abgesichert. Es ist aber sicherlich sinnvoll, ein Jahresgehalt obendrauf zu packen, damit die Familie sich nach dem Tod neu aufstellen kann.

☞ Informationen zum Fonds Finanz
Spezialvergleich Dread Disease unter:
www.fondsfinanz.de/lv-spezialvergleiche



Was die Dread Disease ist und wie ich sie sonst mit einbaue, kommt später noch ausführlich.

Auch eine Pflegeversicherung anzubieten, ist sinnvoll bei einem Immobilienerwerb. Zum einen, weil Pflegebedürftigkeit ja tatsächlich auch mein Haus bedroht, und auch, weil kein Kunde es so richtig geil findet, über seine eigene Pflegebedürftigkeit nachzudenken. Wenn ich aber das Haus gegen Pflegebedürftigkeit absichere, ist es das Haus, das pflegebedürftig wird. Idiotisch, aber so funktionieren wir nun mal.

Ich sage also meinem Kunden, dass das Haus in der Wohngebäudeversicherung gegen Feuer, ED, Leitungswasser, Sturm und Hagel, Elementarschäden und unbenannte Gefahren versichert ist. Kann eigentlich nix mehr passieren. Und trotzdem ist mit 75 das Haus wahrscheinlich weg. Zumindest ist die Chance 50:50. Warum? Weil bei Pflegebedürftigkeit die Immobilie verwertet wird, wenn ich kein Geld mehr hab. Wollen wir das nicht besser gleich mit absichern? Und ja, die Immobilie gehört zum Schonvermögen, wenn der Partner des Pflegebedürftigen darin wohnen bleibt. Aber die Größe der Immobilie muss angemessen sein. Und was das ist, kommt auf den Einzelfall an. Ein Haus über 130qm ist aber sicher nicht mehr angemessen, weshalb dann das Haus mit dem Teil, der die 130qm übersteigt, verwertet werden würde.

Darüber kann ich dann mit dem Kunden vernünftig reden, weil er sich nicht vor dem Gedanken versperren muss, pflegebedürftig zu werden. Es ist ja das Haus, das wir davor bewahren wollen.

Ist nur ne Idee. Mal klappt's, mal nicht.



Informationen zum Fonds Finanz
Spartenvergleich Pflegerente unter:
www.fondsfinanz.de/lv-spezialvergleiche



2.3 Wünsche und Bedürfnisse bei der Ausgaben-Absicherung

So. Jetzt haben wir den Bedarf in Höhe und Laufzeit ermittelt. Und zwar in unserem Beispiel für die Ausgaben, die ich verursache, die meine Kinder verursachen und die meine Immobilie verursacht.

Jetzt stellt sich die Frage, wie ich das Ganze absichern soll. Bisher war für uns ja immer klar, dass es eine Berufsunfähigkeitsversicherung sein muss. Alles andere ist ein Beratungsfehler.

Das stimmt aber eben nicht. Wir klären auf, und der Kunde entscheidet. Wie schon gesagt: Wir alle behaupten immer, unsere Beratung sei individuell. Wenn das wirklich so sein soll, dann müssen wir den Kunden fragen, was er will. Und dann einfach zuhören.

Denn wenn wir es mal nüchtern betrachten, ist die Berufsunfähigkeitsversicherung schon ein ziemlicher Bolide. Und der taugt halt auch nix als Stadtauto.

Ich skizziere dem Kunden immer, was passieren würde, wenn er krank würde und nicht mehr arbeiten könnte. Was das genau ist und wann die Ansprüche entstehen, findest du oben in dem Kapitel „Die gesetzlichen Ansprüche“.

Ich denke mal, diese Grafik hier kann helfen, den „normalen“ Ablauf darzustellen.



Aber nochmal in aller Kürze:

Bei einem Angestellten zahlt der Arbeitgeber 6 Wochen das Gehalt weiter, wenn ich aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr arbeiten kann. Danach zahlt die Krankenkasse bis zu 72 Wochen das Krankengeld in Höhe von ca. 75 % vom Netto.

Nach den 72 Wochen gibt es erst Geld von der Deutschen Rentenversicherung, wenn ich überhaupt nicht mehr arbeiten kann. Und das ist eigentlich auch immer zu wenig. Wer kann schon von 40 % seines Einkommens leben?

2.3.1 Versicherungslösungen für meine Kunden

Ich versuche es zu vermeiden, mit meinem Kunden über Versicherungsprodukte zu reden. Es ist immer besser, Lösungen anzubieten. Also eine Versicherung, die dir dann ein Ersatzgehalt zahlt, wenn du aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr arbeiten kannst. Oder eine, die dir eine Rente zahlt, wenn du deinen Job nur noch zur Hälfte schaffst. An sich ist es egal,

wie du es formulierst. Hauptsache ist, du sprichst nicht von einer Berufsunfähigkeitsversicherung. Denn davon haben zwar die wenigsten Interessenten eine Ahnung, aber verdammt viele Vorurteile haben sie. Deshalb würde ich die Produkte erst später nennen.

Ich selbst muss allerdings alle Produkte und die meisten Tarife am Markt kennen. Und auch wissen, was in den Bedingungen steht. Aber niemand kann mich zwingen, darüber zu reden. Und das sollte ich auch nicht. Das ist ziemlich ungeil. Es interessiert nur die wenigsten Kunden. Ingenieure und Beamte vielleicht, würde ich mal klischeehaft sagen.

Damit die Hintergründe klar sind, erkläre ich mal kurz, welche Produkte ich wann und wie als Lösung einsetze.

2.3.1.1 Die Berufsunfähigkeitsversicherung

Für den Kunden ist das eine Versicherung, die dann leistet, wenn er aus gesundheitlichen Gründen für mindestens sechs Monate nur noch zur Hälfte in seinem Beruf arbeiten kann.

Das macht die BUV mit einigem Abstand zur sinnvollsten Lösung, um einen dauerhaften Ausfall des Einkommens abzusichern. Sie leistet, wenn ich meinen Beruf aus gesundheitlichen Gründen nur noch zur Hälfte ausüben kann. MEINEN Beruf! So, wie ich das jeden Tag mache. Der Versicherer darf von mir keine Umschulung verlangen, darf mir nicht die Leistung verweigern, weil ich was anderes arbeiten könnte, und darf auch sonst nix, außer mir so lange Geld zahlen, bis ich wieder gesund genug bin oder einen neuen Job habe.

Doch selbst wenn ich wieder Geld verdiene, muss ich mindestens 80 % von dem verdienen, was ich vorher verdient habe, der neue Beruf darf mich weder über- noch unterfordern, und auch das Ansehen muss vergleichbar sein. Über die konkrete Verweisung ließe sich alleine schon ein Buch schreiben. Aber in der Praxis ist es eigentlich fast immer so, dass jeder BU-Fall froh ist, wenn er wieder selbst Geld verdienen kann und nicht mehr auf die Rente aus der BUV angewiesen ist, weshalb ich hier nur kurz auf ein paar Beispiele eingehen will, wann ein Versicherer nicht konkret verweisen kann, auch wenn wir alle hier es vermutlich schon ok fänden, wenn er es machen würde.

Mal angenommen, der Kunde war vorher Maurer. Er wird BU und beginnt eine Umschulung zum Bankkaufmann. Als er fertig ist, würde er mehr als

vorher verdienen, weshalb er nicht mehr Vollzeit arbeitet, um unter den 80 % des alten Einkommens zu bleiben.

Der Versicherer muss weiter die Rente zahlen, auch wenn die versicherte Person absichtlich weniger arbeitet.

Und nehmen wir einen Chirurgen, der BU ist. Als Gutachter verdient er, weil er sehr fleißig ist, schnell mehr Geld als vorher. Trotzdem darf der Versicherer ihn nicht verweisen, weil das Ansehen eines Gutachters eher nicht gut ist, während das eines Halbgottes in Weiß schon eher gut ist.

Auch jenseits der konkreten Verweisung gibt es Fälle, die ungerecht wirken, aber halt so sind, wie sie sind. Nehmen wir mal eine städtische Angestellte, die jeden Morgen aus der Poststelle ihre Akten holt, die sie dann in ihr Büro trägt, um sie dort den ganzen Tag zu bearbeiten. Aufgrund einer Knieverletzung kann sie nicht mehr Treppen steigen, ohne sich am Geländer festzuhalten. Deshalb kann sie die Akten nicht mehr in ihr Büro bringen.

Da sie angestellt ist, ist sie nicht weisungsbefugt und darf niemanden damit beauftragen, ihr die Akten zu tragen. Und da sie ohne Akten in ihrem Büro kein sinnvolles Arbeitsergebnis erzielen kann, ist sie BU. Der Versicherer muss leisten. Selbst dann, wenn sie normal weiterarbeitet, weil ein netter Mitarbeiter ihr jeden Morgen die Akten ins Büro trägt. Das nennt sich Überobligation durch Dritte oder wohlwollendes Verhalten von Kollegen. Der Versicherer muss so tun, als würde das nicht passieren.

Wie wir sehen, ist die BU-Versicherung also durchaus mächtiger als der durchschnittliche Kunde es vermuten würde.

Aber obwohl das Produkt so mächtig ist, ist das Verhältnis der Kunden zur Berufsunfähigkeitsversicherung schizophren. Das liegt daran, dass die Kunden auf den Verbraucherschutz hören. Denn einerseits sagt der Verbraucherschutz, dass jeder eine braucht. Andererseits sagt der Verbraucherschutz aber auch, dass die BUV nie, nie, nie leistet. Da muss der Verbraucher ja verrückt werden. Wieso sollte ich etwas brauchen, das mich Geld kostet, dann aber nie geleistet wird?

2.3.1.1.1 Was kann ich im Leistungsfall beachten?

Tatsächlich sind die Leistungsquoten aber je nach Versicherer um die 80 %. Und viele Probleme entstehen dann, wenn der Kunde versucht, ganz allein

die Leistung zu beantragen. Und das ist auch logisch. Wenn ich irgendwas mache, von dem ich keine Ahnung habe, wird das auch nix. Wer käme auf die Idee, sein Auto selbst zu reparieren nach einem Tutorial auf YouTube? Und wenn es dann kaputt ist, meckere ich über den Autohersteller ... Das klingt bescheuert, aber genau das passiert bei der BU-Versicherung. Aber zurück zum Thema ...

Im Leistungsfall geht es grob gesagt um 3 Dinge:

1. Eine gesundheitliche Einschränkung muss nachgewiesen werden.
2. Ich muss dem Risikoprüfer meine beruflichen Tätigkeiten, so wie ich sie zuletzt in gesunden Tagen ausgeübt habe, nachvollziehbar darstellen.
3. Ich muss beweisen, dass ich wegen der gesundheitlichen Einschränkung nur noch die Hälfte an Zeit arbeiten kann oder ein sinnvolles Arbeitsergebnis nicht mehr möglich ist.

Die gesundheitliche Einschränkung ist leicht nachzuweisen. Auch psychische Erkrankungen lassen sich mittlerweile recht gut objektiv darstellen. Hier sollte es in den seltensten Fällen ein Problem geben. Wenn ich länger als 6 Monate eine gesundheitliche Einschränkung habe, dann habe ich in der Regel auch eine handfeste Diagnose.

Manchmal kann es sein, dass in den ersten 6 Monaten kein Termin bei einem Facharzt zu bekommen ist. Das ist dann erstmal doof, aber es ist in der Regel ausreichend, wenn ein Hausarzt die Diagnose stellt und die Beschwerden ausreichend beschreibt. In manchen Fällen kann der Versicherer sicher auch helfen, einen Facharzt zu finden.

Die sogenannte Tätigkeitsbeschreibung ist schon eher ein Problem. In der Regel bekommt man hierfür von der Versicherungsgesellschaft ein Formular, das helfen soll. Das tut es aber eher nicht. Die durchschnittliche versicherte Person hat Probleme damit, die Tätigkeiten in eine „Stundenplan-Form“ zu bringen, also anzugeben, wie viele Stunden am Tag im Stehen, wie viele im Sitzen gearbeitet wird, wie viel unter Zeitdruck oder anderem Stress usw.

Hinzu kommt, dass die versicherte Person ja angeben muss, wie sie in gesunden Tagen gearbeitet hat. Gerade bei Einschränkungen des Bewegungsapparats kann es aber sein, dass man seinen beruflichen Alltag nach und nach an die Einschränkungen angepasst hat.

Am sinnvollsten ist es tatsächlich, hier den Antragservice der Fonds Finanz zu nutzen. Dann hilft dir die Kanzlei Wirth den Leistungsantrag richtig auszufüllen.

Die achten dann auch darauf, dass nicht nur der Zusammenhang zwischen der gesundheitlichen Einschränkung und der Einschränkung im Arbeitsalltag dargestellt wird, sondern auch der Einfluss auf das Arbeitsergebnis.

Nehmen wir mal als Beispiel die städtische Angestellte von vorhin. In der Tätigkeitsbeschreibung in Form eines Stundenplans stünde bei ihr, dass sie 2 Minuten Akten tragen muss, eine Minute Treppensteigen und dann 8 Stunden Bildschirmarbeit im Sitzen. Wegen der Kniebeschwerden kann sie die Treppen nur eingeschränkt benutzen. Von 50 % Einschränkung kann bei einer quantitativen Betrachtung der Zeit nicht die Rede sein.

Der große Vorteil der Berufsunfähigkeitsversicherung besteht aber ja darin, dass mein Beruf versichert ist, so wie ich ihn in gesunden Tagen ausgeübt habe.

Deswegen muss ich dem Versicherer auch eine Beschreibung abliefern, was ich den ganzen Tag auf der Arbeit so getrieben habe. Wenn ich das nicht mache, kann der Versicherer zwar bestätigen, dass ich eine Krankheit oder Körperverletzung habe. Aber er kann nicht einschätzen, zu wie viel Prozent ich in meinem Beruf eingeschränkt bin. Deswegen kann er keine BU feststellen.

Neben diesen Fällen gibt es sicherlich auch Fälle, wo sich der Versicherer in der Person des Risikoprüfers einfach saudumm anstellt. Das ist sicherlich selten Absicht. Aber das sind halt auch nur Menschen mit Fehlern. Und manchmal kann da auch eine Stallorder vorliegen. Denn wenn der Versicherer nicht leistet, spart er sich eine Menge Geld.

Das dürften aber wirklich die absoluten Ausnahmen sein. Wegen des schlechten Rufs ist die Branche sehr bemüht, den Kunden zu unterstützen, damit er sein Geld bekommt.

Trotzdem sind wir Vermittler angehalten, hier tatkräftig zu unterstützen. Und manchmal helfen wir dem Kunden auch am meisten, wenn wir uns eingestehen, dass uns im Leistungsfall die Erfahrung fehlt, und wir an kompetente Berater oder Anwälte verweisen.



Exklusiver, kostenfreier Leistungsservice
der Kanzlei Wirth:
www.fondsfinanz.de/bu-leistungsservice



2.3.1.1.2 Für wen ist die Berufsunfähigkeitsversicherung die beste Lösung?

Die Leistungsfähigkeit der BU-Versicherung hängt davon ab, wie kompliziert mein Beruf ist. Je schneller eine Krankheit oder eine Körperverletzung dazu führen kann, dass ich nur noch zur Hälfte arbeiten kann, desto besser ist eine BUV geeignet, um mein Einkommen abzusichern. Dummerweise wissen das auch die Versicherer. Deshalb kostet die Versicherung auch für körperlich Tätige mehr als für Bürokräfte. Das hat mit einer erhöhten Unfallgefahr nur wenig zu tun. Wie wir alle wissen, sind unter 10 % der Leistungsfälle in der Berufsunfähigkeitsversicherung auf Unfälle zurückzuführen und wir wissen auch, dass die meisten Unfälle im Haushalt passieren. Arbeitsunfälle sind also nicht das Thema.

Der Sprengmeister ist also nicht deshalb so teuer oder oft auch überhaupt nicht versicherbar, weil sein Job so gefährlich wäre. Denken wir das mal zu Ende. Ein Sprengmeister, der einen Fehler macht, ist nicht BU. Der ist vermutlich eher tot. Aber die psychische Belastung ist enorm. Er hat vermutlich ständig Angst, einen Fehler zu machen, weil er eben nicht sterben will. Ein anderes Beispiel ist der Uhrmacher im Vergleich zu einem normalen Bürojob. Die Verletzungsgefahr dürfte in beiden Berufen etwa gleich hoch sein, sofern der Uhrmacher nicht Kirchturmuhren einbaut. Aber ein Uhrmacher, der chronisch zittert, ist BU, während die Person im Büro noch uneingeschränkt arbeiten kann.

Die Berufe, die die BUV am ehesten bräuchten, zahlen also am meisten Geld. Das ist auch ok. Aber leider haben die Versicherer immer mehr versucht, günstige Risiken zu versichern. Also Berufe, die eher selten berufsunfähig werden. Und dummerweise haben vor allem wir Versicherungsmakler den Markt nach dem günstigsten Versicherer abgesucht. Deshalb hat der nächste Versicherer noch mal die Berufsgruppen unterteilt, um den akademischen Nichtraucher, der 100 % im Büro arbeitet, noch günstiger zu versichern.

Wenn ich nun aber eine Durchschnittsprämie habe und von dieser auf der einen Seite abweiche, muss ich das auch auf der anderen Seite machen. Deswegen muss für jede Berufsgruppe, die günstiger wird, eine andere

teurer werden. Das ist logisch. Denn das Kollektiv ist nun nicht mehr so gemischt wie vorher.

Das führt zu dem heutigen Zustand. Die Berufsgruppen, die die Berufsunfähigkeitsversicherung am ehesten bräuchten, können sie sich nicht leisten. Außerdem ist die BUV bei hart körperlich Arbeitenden einfach wirtschaftlich nicht besonders sinnvoll. Ich kaufe mit der BU-Versicherung ja den Schutz, eben nicht umschulen zu müssen, ein. Für viel Geld. Im Leistungsfall könnten aber genau die handwerklichen Berufe am einfachsten umschulen, um wieder Geld zu verdienen.

Also ist die BUV hier tatsächlich nicht die sinnvollste Lösung. Zwar die leistungsstärkste, aber eben nicht die sinnvollste. Es wäre, als würde man sich einen Ferrari als Stadtauto kaufen. Das klingt zwar cool, aber wenn ich eh nur 50 km/h fahren darf, ist es halt sinnlos. Aber cool.

Die BUV ist am sinnvollsten für die kaufmännischen Berufe. Denn psychische Erkrankungen sind voll mitversichert, und diese fallen in diesen Berufsgruppen auch stärker ins Gewicht. Auch wäre hier eine sinnvolle Umschulung schwieriger. Und zu guter Letzt profitieren diese Berufe auch noch von der Berufsgruppendifferenzierung.

Besonders Akademiker sind in den letzten Jahren so schnell günstiger geworden, dass es sich fast jährlich lohnt, die Beiträge zu überprüfen. Das ist kein Witz. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass ein Ingenieur heute günstiger zu versichern ist, wenn der Vertrag nur weniger als 10 Jahre alt ist. Wichtig ist dabei, dass er noch komplett gesund ist. Das sollte klar sein.

Nicht nur, weil eine Umdeckung von einem Tarif in einen neuen immer mit einigem Haftungspotential einhergeht, sondern auch, weil das Risiko mit zunehmendem Alter steigt, dass die versicherte Person innerhalb der ersten 10 Jahre BU wird und dann die Versicherungsgesellschaft überhaupt erst eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht geltend machen kann.

2.3.1.1.3 Welche Berufsunfähigkeitsversicherung ist die beste der Welt?

Die Frage nach der besten BUV bekomme ich fast täglich gestellt. Der Experte antwortet darauf:

Es kommt darauf an. Denn es gibt ein paar Feinheiten, die ich je nach Beruf oder den individuellen Wünschen beachten muss. Diese Feinheiten kann ich aber in ASCORE überprüfen.



Hier geht's zu ASCORE:

www.fondsfinanz.de/ascor



Aber mal ganz grundsätzlich: Es gibt heutzutage kaum noch richtig schlechte Bedingungen. Das Niveau ist insgesamt sehr hoch. Deshalb ist es auch verständlich, wenn so viele Versicherer Bestnoten haben.

Ich erklär das mal kurz:

Worauf kommt es denn bei einer BUV überhaupt an? Ich denke doch mal, dass sie im Leistungsfall leistet, oder? Darauf können wir uns sicherlich verständigen.

Na, und im Leistungsfall prüft der Versicherer immer das Gleiche. Als Erstes prüft er, ob die Beiträge alle gezahlt wurden. Dann prüft er auf vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung. Das kann beides böse enden, hat aber nix mit den Bedingungen zu tun.

Bei den Bedingungen geht es dann nur darum, ob BU vorliegt und der Prognosezeitraum von 6 Monaten erfüllt wird. Das ist in der Regel nicht der Fall. Denn kaum ein Arzt wird eine Krankheit auf 6 Monate im Voraus als unabänderlich prognostizieren. Deshalb ist die sogenannte Fiktion oder auch fingierter Prognosezeitraum mit der wichtigste Bedingungspunkt. Da steht dann, dass BU auch dann dauerhaft vorliegt, wenn der Zustand, der zur Berufsunfähigkeit führt, bereits seit 6 Monaten bestanden hat. Nach 6 Monaten wird der dauerhafte Zustand fingiert bzw. fiktiv angenommen. Der Leistungsanspruch besteht rückwirkend zum Eintritt der BU.

Den fiktiven Prognosezeitraum von 6 Monaten hat so gut wie jeder Versicherer. Selbst die, die einen Prognosezeitraum von 18 Monaten oder länger haben, haben eine Fiktion von 6 Monaten.

Seit einiger Zeit gibt es in manchen Bedingungen eine Integralfranchise. Nach 6 Monaten wird ab dem 7. Monat geleistet. Wenn die 18 Monate erreicht sind, werden die ersten 6 Monate nachgezahlt. Das findet sich bisher aber nur, wenn es bei einem Anbieter zweierlei Tarifvarianten gibt. Eine gute und eine noch bessere. Diese eben beschriebene Variante findet man dann in dem nicht ganz so guten Tarif. Aber jeder Premium-Tarif hat eine Fiktion und einen Prognosezeitraum von 6 Monaten. Und mittlerweile heißen tatsächlich schon die leistungsschwächeren Tarife „Exklusiv“ und manchmal ist „Premium“ die unterste Stufe. Da ist es dann aber oft so, dass schon die einfachste Tarif-Variante wirklich top ist und dann bei „Plus“ die AU-Klausel dazu oder was es halt sonst so gibt ... Na ja ... Zurück zum Thema.

Ist der Prognosezeitraum erfüllt und es könnte eine dauerhafte BU vorliegen, prüft der Versicherer, ob irgendwelche Meldefristen verpasst wurden. Die allermeisten Tarife verzichten auf jegliche Meldefristen. In den meisten Tarifen finden sich 3 Jahre. Diese Meldefrist hat aber an sich nix damit zu tun, bis wann du deine Ansprüche geltend machen kannst. Wenn ein Versicherer nicht ausdrücklich schreibt, dass z. B. nach 3 Jahren nicht mehr rückwirkend geleistet wird, sondern nur noch die bestehende BU reguliert werden kann, dann gibt es keine Meldefrist.

Trotzdem ist es mir lieber, wenn eine Versicherungsgesellschaft explizit auf die Meldefrist verzichtet oder schreibt, dass die Ansprüche unbegrenzt rückwirkend geltend gemacht werden können. Denn sollte mal ein Fall vor Gericht kommen, dann gibt es nicht so viele Anwälte, die sich mit Berufsunfähigkeit richtig gut auskennen. Und viele davon arbeiten für den Versicherer. Sollte dich also der Anwalt aus deinem Dorf vertreten, dann könnte es sein, dass er nicht so viel Ahnung von BU hat wie die Anwälte des Versicherers. Und dann ist es auf jeden Fall besser, wenn er nur die Bedingungen durchlesen muss, um dich gut vor Gericht vertreten zu können.

Denn sonst könnte es schon auch passieren, dass die Anwälte des Versicherers einfach behaupten, die Ansprüche seien nach 3 Jahren verjährt, obwohl sie es nicht sind.

Vielleicht klingt das jetzt ein wenig übertrieben von mir. Vor allem, weil ja auch drei Jahre ganz schön lang sind. Allerdings kommt es immer wieder vor, dass gerade bei psychischen Erkrankungen die Krankheitseinsicht so lange dauert, dass die Meldung erst nach mehr als 3 Jahren erfolgt. Also: Keine Frist ist immer besser als eine Frist.

Danach werden individuelle Ausschlüsse geprüft. Wenn der Rücken ausgeschlossen wurde und jetzt die Wirbelsäule für den Leistungsfall verantwortlich ist, gibt es kein Geld. Das hat aber wieder nix mit den Bedingungen zu tun.

Apropos Ausschlussklauseln: Die Beweislast, ob ein Ausschluss greift oder nicht, liegt, wie oben schon mal beschrieben, immer beim Versicherer. Er kann nicht einfach behaupten, dass die psychische Erkrankung von den Knieschmerzen kommt und er nicht leisten muss, weil die Knie ausgeschlossen sind. Oder wenn nur das linke Knie ausgeschlossen ist, kann der Versicherer nicht einfach beim rechten Knie nicht leisten, weil er durch das kaputte linke Knie eine Fehlhaltung vermutet und die Mehrbelastung des rechten Knies am Ende zur BU führte. Er muss die Fehlhaltung und die Mehrbelastung ursächlich auf das kaputte linke Knie zurückführen können.

Und das ist in der Regel nicht so einfach.

☞ Exklusiver, kostenfreier Leistungsservice
der Kanzlei Wirth:
www.fondsfinanz.de/bu-leistungsservice



Zu guter Letzt prüft der Versicherer, ob die 50 % BU-Grad erreicht sind. Und nur sehr wenige Tarife bieten eine Staffelung von 25 %–75 % an. Deshalb gibt es nicht genügend Leistungsfälle, um zu prüfen, ob diese Staffelung einen Vorteil oder einen Nachteil bietet. Es gibt Zahlen der Anbieter einer 75-%-Staffel, aber die sind halt parteiisch. Und ich kann selbst unter angemessener Anstrengung meines Gehirns keinen Fall konstruieren, der das entscheiden könnte. Mal ist es super, schon früh ein bisschen Geld zu bekommen, mal ist es furchterlich, trotz der 50 % noch nicht die volle Rente zu erhalten.

Ein großer Nachteil bei Staffelungen hängt aber mit der Beweislast zusammen. Und dass der Kunde selbst entscheiden muss, ob er jetzt einen Antrag stellen will oder lieber noch ein bisschen wartet.

Wir hatten ja schon das Thema, dass der Kunde im Leistungsfall beweisen muss, dass er BU ist. Das ist bei einer Staffelregelung auch so. Ich beantrage also BU, wenn ich zu 25 % BU bin. Ich könnte aber auch noch warten, ob sich mein Zustand verschlechtert und dann gleich 40 % BU beantragen. Wenn ich in dieser Zeit dann wieder gesünder werde, ist das auch doof.

Und wenn ich mal BU beantragt habe und sich mein Gesundheitszustand verschlechtert, beantrage ich erneut BU. Die Beweislast liegt wieder bei mir. Das ist echt blöd.

Aber z. B. bei Selbstständigen, die eh mit dem Kopf unterm Arm arbeiten, kann eine 100%-BU-Rente erst ab 75 % schon auch mal sinnvoll sein. Kommt halt drauf an, wie hoch die Beitragsersparnis ist.

Und nur noch mal als Erinnerung: Die 50 % beziehen sich nicht nur auf die Zeit, sondern eben auch auf das Arbeitsergebnis. Es geht eher selten darum, ob ein Bäcker statt acht Stunden nur noch vier Stunden arbeiten kann. Es geht meistens darum, ob er statt 1.000 Brötchen nur noch 500 backen kann.

Also, das waren die wichtigen Punkte aus den Bedingungen: Fiktion, Meldefrist und 50%-Regel. Hat jeder. Aus dem Rest der Bedingungen kann ich herauslesen, ob der Versicherer versucht, sich ein Hintertürchen offen zu halten oder ob er sein Leistungsversprechen ernst meint. Aber so richtig greifbar ist das nicht. Trotzdem bekommt man mit der Zeit ein Gespür dafür, welche Bedingungen auch einem Laien-Anwalt vor Gericht helfen würden und welche eher keine Hilfe sein wollen.

Und noch schlimmer ist, dass ein Versicherer, dem wir unterstellen, im Leistungsfall nicht leisten zu wollen, ja auch einfach Dinge behaupten kann, die nicht mal in den Bedingungen stehen, um nicht leisten zu müssen.

Am Ende bleibt die fachkundige Unterstützung im Leistungsfall das wichtigste, was wir für einen Kunden tun können. Bedingungen sind oft nur Schall und Rauch, auch bekannt als Marketing ...

2.3.1.1.4 Viel Lärm um nichts

Als Philip Wenzel, bescheidener BU-Ministrant und missverstandener Experte, bin ich fast täglich gezwungen, mich hirnlosen und rein hypothetischen Bedingungsdiskussionen zu stellen. Ich will mal ein paar der populärsten Diskussionen hier zeigen.

2.3.1.1.4.1 Die Infektionsklausel

Die Infektionsklausel ist an sich reines Marketing. Das ist mittlerweile recht einhellig bekannt. Nur nebenbei: Dass eine Klausel eher Marketing

ist, kannst du dir immer dann denken, wenn sie ohne Mehrbeitrag von vielen Versicherern einfach in die neuen Bedingungen geschrieben wird.

So war das auch bei der Infektionsklausel. Erst gab es sie für medizinische Berufe und dann recht bald für alle. Aber es gibt halt theoretisch keinen Fall, wo jemand Leistung aus der Infektionsklausel bekommt und nicht auch gleichzeitig BU ist. Denn der Krankheitsbegriff in der BU-Versicherung umfasst schon Infektionen. Es geht nämlich nicht darum, dass dich die Krankheit selbst in deiner Berufsfähigkeit einschränkt. Es ist ausreichend, wenn sie eine Weiterarbeit praktisch unmöglich macht. Und wenn ich bei meiner Arbeit andere infizieren könnte, ist ganz sicher kein sinnvolles Arbeitsergebnis möglich.

Es wäre ja auch ausreichend, wenn ich wegen einer Verletzung oder Krankheit so entsetzt bin, dass niemand mehr bei mir einkaufen will. Ich muss nicht zu 50 % in der Arbeitszeit eingeschränkt sein. Wie schon oben geschrieben reicht es aus, wenn ich kein sinnvolles Arbeitsergebnis mehr erzielen kann.

Die Infektionsklausel ist aber dennoch bei Ärzten oder Gastronomen sehr beliebt und gibt ein gutes Gefühl. Und das ist ja auch ok. Die Infektionsklausel ist wie ein gut erzogener Hund. Sie tut nix.

Aber wohlwollend muss ich schon eingestehen, dass der Nachweis einfacher wäre. Also, wenn tatsächlich mal eine Behörde ein sechsmonatiges Arbeitsverbot ausspricht, dann ist der Nachweis blitzschnell geführt. Ich spare mir, mühevoll die BU zu beweisen.

2.3.1.1.4.2 Verzicht auf konkrete Verweisung

Der Verzicht auf die konkrete Verweisung ist das neue Ding. Haben bisher zwei Versicherer in den Bedingungen stehen.

Selbstverständlich ist es für den Kunden super, wenn er wieder wo anders anfängt zu arbeiten und die konkrete Verweisung nicht geprüft wird. Wie oben schon erwähnt, ist eine konkrete Verweisung nur möglich, wenn das soziale Ansehen das gleiche ist, die Einkommenseinbuße unter 20 % liegt und der neue Beruf mich weder über- noch unterfordert.

Die finanzielle Einbuße lässt sich leicht prüfen und hier hat es der Versicherer echt schwer, aus der Leistung rauszukommen. Selbst wenn der

Kunde absichtlich in Teilzeit arbeitet, um das Gehalt unter den 80 % des alten Einkommens zu halten, muss der Versicherer weiter leisten.

Aber egal ... Die Frage ist ja vielmehr, ob jemand eine BU-Rente braucht, wenn er in einem neuen Job wieder mehr als 80 % seines alten Einkommens erzielen kann.

Ich denke mal, bei Akademikern spielt das keine Rolle, aber die Handwerker dürften durch diese Klausel deutlich teurer werden. Denn es ist durchaus denkbar, dass ein Schreiner durch eine Handverletzung nie wieder als Schreiner arbeiten kann, aber nach einer Umschulung in einem Bürojob nach einiger Zeit auch mehr als vorher verdient.

Mit dem Verzicht auf konkrete Verweisung muss der Versicherer hier bis zum vereinbarten Endalter die Rente bezahlen. Und das mit Dynamik.

Mir gefällt nicht, dass die handwerklichen Berufe immer mehr aus der Berufsunfähigkeitsversicherung gedrängt werden. Und mir gefällt nicht, dass wir mit dieser Klausel zum ersten Mal eine Leistung haben, die überhaupt nichts mit dem eigentlichen Gedanken einer BU-Versicherung zu tun hat.

Dass es nichts mit dem eigentlichen Gedanken einer BUV zu tun hat, ist auf der anderen Seite aber auch wieder gut. Denn wenn wir in der Beratungsdokumentation stehen haben, dass der Beratungsanlass die Vermittlung einer Absicherung bei Berufsunfähigkeit oder die Beratung zur Arbeitskraftabsicherung ist, dann umfasst das ja nur Fälle, in denen die Arbeitskraft oder Berufsfähigkeit verloren geht. Wir schulden keine Beratung zu einer Absicherung für den Fall, dass man ganz normal arbeiten kann.

Deshalb kann es kein Haftungsfall sein, wenn wir nicht zu dieser Besonderheit beraten, obwohl der Kunde selbstverständlich mehr Rente bekommt, wenn er nicht verwiesen werden kann.

2.3.1.1.4.3 Der einfache Kräfteverfall

Beim Kräfteverfall gibt es immer mehr, die in den Bedingungen auf den Zusatz „mehr als altersentsprechend“ verzichten. Manche mutigen Versicherer schreiben schon den „einfachen Kräfteverfall“ in die AVB. Das könnte vielleicht gefährlich werden. Für den Versicherer.

In meinen Augen ist der einzige Vorteil des einfachen Kräfteverfalls gegenüber dem mehr als altersentsprechenden der, dass ich als Kunde im Leistungsfall nicht nachweisen muss, dass mein Kräfteverfall mehr als altersentsprechend ist. Denn altersentsprechend meint nicht den Vergleich mit den Menschen meiner Berufsgruppe. Das wäre schon schwierig genug. Es meint den Vergleich mit der Allgemeinheit. Und da fehlt es mir halt normalerweise an der Datengrundlage.

Aber trotzdem: Auch der Verzicht auf die Formulierung „mehr als altersentsprechend“ kann in meinen Augen nur ein Marketinggag sein. Denn wäre mein Kräfteverfall der normale, der meinem Alter entspricht, und kann ich deswegen nicht mehr arbeiten, muss zeitgleich jeder andere in meinem Alter und meinem Beruf auch berufsunfähig sein. Das kann nicht gut für das Kollektiv sein. So etwas würde kein Aktuar kalkulieren.

Wäre nur ich berufsunfähig, wäre mein Kräfteverfall entsprechend auch wieder mehr als altersentsprechend.

Aber manche Experten, die ich sehr respektiere, argumentieren, dass der Versicherer sehr wohl wissen müsse, dass er hier zum Vorteil des Kunden vom Leitbild des [§ 172 VVG](#) abweicht. Deshalb müsse er auch den Leistungsfall gegen sich gelten lassen. Und deswegen ist es ein Vorteil.

Das mag alles auch richtig sein, aber es scheitert an der Praxisrelevanz. Mir fiel auch bei längerem Nachdenken kein Leistungsfall ein, der durch einfachen Kräfteverfall bedingt wäre. Das wäre nur möglich, wenn ein Versicherer ein Risiko komplett falsch einschätzen würde. Aber es versichert halt niemand Hochleistungssportler bis 67.

Und wenn ich einen Schüler versichere, der dann später Hochleistungssportler wird, wären der Leistungsfall und der anschließende Prozess sehr interessant zu beobachten. Es gäbe für beide Seiten sehr gute Argumente. Ist ein 1.-Liga-Profi dann BU, wenn er wegen altersentsprechendem Kräfteverfall in die 2. Liga muss? Ist er BU, wenn er mehr als 50 % auf der Bank sitzt?

Und behält ein Profisportler eine BU-Versicherung, die ihm vielleicht mal 1.000 Euro im Monat zahlt oder kündigt er sie einfach, weil die Rentenhöhe eh nicht bedarfsgerecht ist?

Na ja, aber auch hier gilt: Es tut nicht weh.

☞ Informationen zum Spezialvergleich
zur Schüler-BU unter:
www.fondsfinanz.de/bu-spezialvergleich



2.3.1.1.4.4 Die Teilzeit-Klausel

Von der Teilzeit-Klausel gibt es derzeit grob drei Varianten, von der eine aber am Ende wirklich nur einen klarstellenden Charakter hat. Und das ist die, die die Teilzeit mit der unentgeltlichen Arbeit zu Hause auffüllt, wenn die versicherte Person wegen Pflege von Angehörigen oder wegen Elternzeit in Teilzeit arbeitet. Das kann vor allem bei Akademikern mit Bürojobs leichter zu einem Anerkenntnis führen, als wenn der letzte Job auf Vollzeit hochgerechnet würde.

Das ist immer so. Das müsste nicht in den Bedingungen stehen. Freut mich trotzdem, wenn es drinsteht, weil dann auch ein weniger versierter Anwalt mithilfe der Bedingungen eine erfolgreiche Verteidigungsstrategie entwickeln könnte.

Die zweite Form der Teilzeit-Klausel entspricht auch dem für gewöhnlich angewandten Fall, ist aber nicht auf Pflege und Elternzeit beschränkt. Hier wird der Beruf des Hausmannes, der ja bei den meisten Gesellschaften versicherbar ist, im Leistungsfall mitgeprüft. Die Arbeitszeit wird also mit diesen Tätigkeiten aufgefüllt.

Das wird logischerweise bei akademischen und kaufmännischen Berufen für die versicherte Person von Vorteil sein. Das Problem ist dabei aber schon auch, dass nicht so einfach zu definieren ist, was ein Hausmann so tut. Es kommt dabei auch auf die Wohnsituation an.

Ich persönlich würde sagen, die Tätigkeiten als Hausmann beginnen da, wo ich es nicht nur für mich mache. Das kann in einer Partnerschaft oder einer Familie sein, aber ich würde auch den Kehrdienst im Treppenhaus eines Mehrfamilienhauses bei einem Single dazuzählen.

Ich stell mir hier den Leistungsfall echt schwierig vor, da der Beruf ja irgendwie auch Gestaltungsmöglichkeiten bietet, auf die ich aktiv einwirken kann. Dafür gibt es auf der anderen Seite kein Geld dafür. Aber auch so ist es sicher nicht so leicht, die zuletzt ausgeübten Tätigkeiten nachzuweisen. Wie kann ich beweisen, dass ich jede Woche einmal die Treppe putze oder dass es mir wichtig ist, dass immer auch hinter dem Schrank sauber ist?

Aber grundsätzlich wäre das wohl auch in einem gewöhnlichen Leistungsfall so, dass die Teilzeit-Tätigkeiten mit denen des Hausmannes aufgefüllt würden.

Für alle Handwerker wäre es da aber wieder besser, wenn nicht die hausmännischen Tätigkeiten herangezogen würden, sondern die Arbeitszeit auf 8 Stunden hochgerechnet würde.

Für diese Fälle kommt dann die dritte Variante einer Teilzeit-Klausel ins Spiel. Hier werden die Tätigkeiten im Teilzeit-Job einfach mathematisch verlängert, bis daraus dann acht Stunden pro Tag werden.

In Elternzeit kann das aber auch für Handwerker doof sein, weil ein Baby auch mal 24 Stunden täglich aufmerksam betreut werden muss, weshalb eine Berufsunfähigkeit schon bei kleinen Einschränkungen argumentierbar wäre.

Ein anderes Problem für die Versicherungsgesellschaft wäre, wenn Tätigkeiten hochgerechnet würden, die in Teil- und Vollzeit gleichlang durchgeführt werden, weil es eben Schlüssel-Tätigkeiten sind. Wenn diese Kern-tätigkeit dann aber ein normaler Mensch nicht doppelt so lange ausüben kann, weil es zu anstrengend oder gefährlich wäre, wäre er dann BU? Extremes Beispiel wäre ein Perlentaucher, der halt nicht doppelt so lang unter Wasser sein kann. Aber auch Arbeit mit Röntgenstrahlung oder Ähnlichem hat hier Sicherheitsstandards.

Am Ende wird es in der dritten Variante schon ziemlich abstrakt, was zu verschiedenen Auslegungen führen kann.

Warum also nicht einfach den zuletzt in gesunden Tagen ausgeübten Beruf nehmen, wie es auch nach dem vollständigen Ausscheiden aus dem Berufsleben der Fall ist?

Denn grundsätzlich ist der zuletzt in gesunden Tagen ausgeübte Beruf in seinen Tätigkeiten nur dann zu prüfen, wenn er freiwillig ausgeübt wird, auf Dauer angelegt ist und den Lebensstandard prägt.

Da z. B. die Pflege von Angehörigen nicht in diesem Sinne freiwillig ist und es vermutlich auch nicht auf Dauer angelegt ist, da der Verlauf einer Pflegebedürftigkeit in vielen Fällen mit dem Tod endet, dessen Eintritt in den allermeisten Fällen nicht vorhersehbar ist, kann es sich bei dieser Teilzeit auch nicht um den zu prüfenden Beruf handeln.

Eine versicherungsnahe Auslegung definiert „dauerhaft“ mit 6 Monaten. Ich vermute mal, dass die Herleitung etwa so aussieht, dass in der Prognose der BU „dauerhaft“ mit 6 Monaten definiert ist, weshalb das hier genauso gelten müsse. An dieser Stelle muss es in meinen Augen aber individueller zu sehen sein.

Eine Elternzeit ist in der Regel freiwillig, aber eher selten auf Dauer ausgelegt und wird am Ende nicht unbedingt den Lebensstandard zu sehr prägen, sofern man das Kind in einer Partnerschaft großzieht. Auch hier könnte als zuletzt ausgeübter Beruf der vor der Elternzeit herangezogen werden.

Und in der Corona-Zeit war niemand freiwillig im Home-Office oder in Kurzarbeit.

Wenn also nichts in den Bedingungen zu Teilzeit geregelt ist, dann wird individuell betrachtet, welche Lösung hier sinnvoll sein kann.

Das kann bei Akademikern die Berücksichtigung der hausmännischen Tätigkeiten sein und bei Handwerkern eher die Betrachtung des zuletzt in gesunden Tagen in Vollzeit ausgeübten Berufs. Eben das, was hier besser passt.

Wenn eine Teilzeit-Klausel das schon vorher festlegt, dann kann das mal passen, aber in manchen Fällen kann es auch überhaupt nicht passen.

Zu guter Letzt müssen wir uns auch noch vor Augen führen, dass die 50 % nur in wenigen Fällen über die Zeit definiert sind, sondern in der Regel über das Arbeitsergebnis. Und hier ist es meistens so, dass die Einschränkung unabhängig von der Zeit vorliegt.

Deshalb ist die Teilzeit-Klausel in jeder Form am Ende einfach nur nett zu haben und genauso oft eine Erleichterung, wie es auch mal den Leistungsfall erschweren kann.

2.3.1.1.4.5 Die DU-Klausel

Wenn ich gegen die Dienstunfähigkeitsklausel argumentiere, gibt es meist sehr starken Gegenwind. Ich würde Beamten auch eine DU-Klausel anbieten.

Ich als Vermittler profitiere ja auch, wenn nicht sogar am meisten, von der DU-Klausel, wenn es eine echte DU-Klausel ist. Dann muss ich im

Leistungsfall keine Krankheit nachweisen, einen Tätigkeitskatalog erstellen und beweisen, dass der Kunde zur Hälfte in seinen Tätigkeiten eingeschränkt ist. Ich muss nur die Versetzung in den Ruhestand mit einem amtsärztlichen Zeugnis einreichen, und das war es dann auch schon. Diese Versetzung stellt eine unwiderlegliche Vermutung dar. Der Versicherer hat kein eigenes Prüfrecht mehr. Selbst wenn er beweisen könnte, dass der Dienstherr sich täuscht, muss die Rente bezahlt werden.

Ich hab vor einiger Zeit den Begriff der „fast echten“ DU-Klausel eingeführt. Das betrifft alle Tarife, die bei einer Ruhestandsversetzung wegen DU leisten, die „ausschließlich“ aus gesundheitlichen oder medizinischen Gründen zustande kommt. In diesem Fall dürfte der Versicherer theoretisch prüfen, ob es andere Gründe gibt. Das könnten disziplinarische, wirtschaftliche oder auch altersbedingte Gründe sein.

Das kommt in der Praxis nicht oder nur sehr selten vor, aber „ausschließlich“ bedeutet zu 100 %, weshalb schon ein Prozent anderer Gründe ausreichen würde, um hier die Leistung zu verweigern.

Noch schwieriger ist der Nachweis bei einer unechten DU-Klausel. In dieser steht geschrieben, dass der Beamte aus gesundheitlichen Gründen in den Ruhestand versetzt werden UND dienstunfähig sein muss. Es muss beides vorliegen. Die Versetzung allein reicht nicht mehr aus. Der Beamte muss auch noch DU sein. Die Ruhestandsversetzung beweist das nicht ausreichend. Der Versicherer darf selbst prüfen. Wichtig ist, dass der Nachweis erstmal derselbe wie bei der echten DU-Klausel ist. Mit Einreichung der Ruhestandsversetzung und dem amtsärztlichen Zeugnis ist der Nachweis erbracht. Es kommt zur Beweislastumkehr. Aber der Versicherer hat jetzt die Möglichkeit zu beweisen, dass ich in einem anderen Amt einsetzbar wäre.

Nur nebenbei: Wenn die DU-Klausel auch bei Entlassung leistet, gilt sie nicht nur für Beamte auf Lebenszeit, sondern auch für solche auf Widerruf und Probe. In diesem Fall muss nicht die Ruhestandsversetzung, sondern die Entlassungsurkunde eingereicht werden.

Welcher Tarif eine echte, welcher eine fast echte und welcher eine unechte DU-Klausel hat, steht im Marktvergleich zu den DU-Klauseln auf der Vermittlerunterstützungsseite.



Zum Marktvergleich:

www.fondsfinanz.de/vermittlerunterstuetzung-bu



Wenn nun tatsächlich Dienstunfähigkeit vorliegt, dann liegt auch Berufsunfähigkeit vor. Zumindest in der Theorie. Denn der Auslöser zur DU ist deutlich schwieriger zu erreichen als der der Berufsunfähigkeit.

Das liegt an zwei Dingen: Erstens ist die Fiktion in der DU nicht ausreichend. Im [§ 26 Beamtenstatusgesetz](#) (für Länderbeamte) oder eben [§ 44 Bundesbeamtengesetz](#) (für Bundesbeamte) steht, dass ich innerhalb von 6 Monaten 3 Monate DU gewesen sein muss UND zusätzlich auch in den kommenden 6 Monaten keine Aussicht bestehen darf, wieder voll dienstfähig zu werden. Die Amtsärzte sind da aber nicht so zimperlich und attestieren auch psychisch erkrankten Beamten, dass die Depressionen nicht mehr weggehen werden.

Im Übrigen liegt die Quote der psychisch Erkrankten bei Beamten zwischen 50 % und 60 %. Das lass ich mal ganz wertfrei so stehen.

Der zweite Punkt, der bei der DU-Definition schlechter ist als bei der BUV, ist die Verweisung. Um eine DU zu vermeiden, kann mich der Dienstherr zwingen, an einer Umschulung teilzunehmen und mich dann konkret verweisen. Das ist keine abstrakte Verweisung, aber der Beamte kann zur konkreten Verweisung gezwungen werden. Das gibt es in den BU-Bedingungen nicht. Das wäre auch nicht zu verkaufen. Stellt euch das mal vor!

Und es ist auch egal, ob das Ansehen das gleiche ist. Es muss nur im gleichen Bundesland sein, wenn es sich um einen Länderbeamten handelt. Ein Lehrer könnte zum Beispiel gezwungen werden, im Forstamt zu arbeiten. Das hört sich krass an, aber das passiert tatsächlich.

Was wiederum in der Regel nicht geht, ist eine Verweisung vom Lehrer ins Sekretariat der Schule. Lehrer sind meistens Länderbeamte und im Sekretariat arbeiten Kommunalbeamte.

Aber wir können festhalten, dass ein Beamter nicht nur bereits 6 Monate (oder halt 3 Monate innerhalb von 6 Monaten) zur Hälfte außerstande sein muss, in seinem Beruf, so wie er zuletzt in gesunden Tagen ausgestaltet war, zu arbeiten. Es reicht also nicht aus, einfach BU zu sein. Er muss zusätzlich noch die kommenden 6 Monate nicht wieder voll dienstfähig werden und er darf in keinem anderen Amt innerhalb des Bereichs seines Dienstherrn eine Verwendung finden. Diese neue Verwendung darf auch ein geringeres soziales Ansehen haben und er kann zu einer Ausbildung dazu gezwungen werden. Nur das Einkommen muss gleichwertig sein.

Ich betone das so stark, damit echt allen klar ist, dass eine Dienstunfähigkeit niemals ohne Vorliegen einer Berufsunfähigkeit bestehen kann. In der Praxis mag es schon passieren. Aber dann hält sich der Dienstherr halt nicht 100 % an die Regeln. Oder der BU-Versicherer leistet nicht, obwohl eigentlich eine BU vorliegt ... Kann auch mal passieren.

Dennoch ist die DU-Klausel momentan sinnvoll. Denn der Dienstherr zahlt dem Beamten die volle Besoldung, bis dieser in den Ruhestand versetzt wird.

Tatsächlich ist es in vielen Ländergesetzen so geregelt, dass der Dienstherr den Beamten auch dann in den Ruhestand wegen Dienstunfähigkeit versetzen kann, wenn dieser sich der Untersuchung entzieht. Wenn der Amtsarzt es also nicht feststellen kann, darf der Dienstherr dennoch von DU ausgehen und ihn in den Ruhestand versetzen. Denn nur so kann er sich Geld sparen, wenn ein Beamter nicht mehr arbeiten kann, aber volle Besoldung während einer Krankschreibung erhalten muss.

Solange das so ist, wird die Dienstunfähigkeit auch weiterhin immer schnell mal ausgesprochen, obwohl vielleicht nicht alle Voraussetzungen erfüllt sind.

Aber die DU-Klausel hängt sich an ein Gesetz. Sollte sich das mal ändern oder der Dienstherr eine andere Möglichkeit haben, die Besoldung von kranken Beamten zu kürzen, greift die BUV vielleicht mal regelmäßig vor der DU-Klausel.

Deswegen ist es wichtig, dass der Versicherer die BU-Definition nicht durch die DU-Klausel ersetzt, sondern beides nebeneinander bestehen bleibt. Das ist bei den meisten Anbietern der Fall.



Zum Marktvergleich der DU-Klausel:

www.fondsfinanz.de/vermittlerunterstuetzung-bu



Übrigens: Wenn der Beamte dienstunfähig ist, kannst du auch mal prüfen, ob es nicht lustig wäre, einfach BU zu beantragen. Die Nachteile wären, dass die Beantragung und die Nachprüfungen schwieriger wären. Der Vorteil wäre aber, dass eine BU-Rente ab dem Zeitpunkt gezahlt wird, wo die BU eingetreten ist. In den meisten Fällen zum Monatsersten des Folge-monats. Die Rente wegen DU wird gezahlt ab dem Zeitpunkt der Ruhestandsversetzung.

Das kann also auch mal bedeuten, dass es eine BU-Rente 12 Monate rückwirkend geben könnte.

Bedarfsgerecht ist das selbstverständlich nicht. Die Rente wegen DU setzt genau in dem Monat ein, wo die Besoldung auf das Ruhegehalt fällt.

Aber in manchen Fällen kann es dem Beamten helfen und die Mühe wert sein. Nur so für den Hinterkopf ...

2.3.1.1.4.5.1 Die spezielle DU-Klausel

Eine spezielle DU-Klausel ist in meinen Augen komplett überflüssig. Denn wer den besonderen Anforderungen an seinen Dienst nicht mehr genügt, ist berufsunfähig. Vielleicht nicht nach der zeitlichen Definition. Aber ein sinnvolles Arbeitsergebnis ist nicht mehr möglich.

Nehmen wir den Streifenpolizisten, der wegen Diabetes keine Waffe mehr tragen darf. Er kann zwar noch alles machen, aber er darf halt keine Waffe mehr tragen, weil er bei Unterzucker leicht entwapfnet werden könnte. Hier ist kein sinnvolles Arbeitsergebnis mehr möglich, weil ein Streifenpolizist im Notfall Passanten beschützen und Kriminelle unschädlich machen muss. Und das geht ohne Waffe halt nicht. Also wäre er BU.

In den meisten Fällen würde er in den Innendienst versetzt werden. Da würde eine spezielle DU-Klausel aber auch nicht leisten. Sie würde nur dann leisten, wenn der Beamte wegen spezieller Dienstunfähigkeit in den Ruhestand versetzt werden würde.

Sollte übrigens in der DU-Klausel nicht ausdrücklich auf die allgemeine Dienstunfähigkeit verwiesen werden, dann ist eine spezielle DU automatisch mitversichert. Aber das findest du auch im [Marktvergleich der DU-Klauseln](#).

2.3.1.1.4.5.2 Die Teil-DU-Klausel

Bevor ich hier auf die Teil-DU-Klausel eingehe, würde ich gern mal etwas genauer auf die Ansprüche eines Beamten bei Dienstunfähigkeit eingehen.

Es gibt den Beamten auf Widerruf, den Beamten auf Probe und den Beamten auf Lebenszeit.

Der Beamte auf Widerruf ist sowas wie ein Azubi. Bei den Lehrern ist das der Referendar.

Wenn er wegen einer Krankheit oder einem Freizeitunfall dienstunfähig wird, hat er keinerlei Ansprüche. Er würde entlassen werden und rückwirkend gesetzlich versichert werden. Und normalerweise dürfte die Wartezeit für die gesetzliche Versicherung nicht erfüllt sein, weshalb es hier nur den Anspruch auf die volle Erwerbsminderungsrente gäbe, wenn das erste Ausbildungsjahr bereits abgeschlossen ist. Einen Anspruch auf die halbe Erwerbsminderungsrente gäbe es nicht.

Das wäre nicht so toll.

Bei einer Dienstbeschädigung, die vergleichbar mit einer Berufskrankheit ist, oder einem Dienstunfall hat der Beamte Anspruch auf einen sogenannten Unterhaltsbeitrag, der bis zum Renteneintrittsalter bezahlt werden würde, sofern eine Erwerbsunfähigkeit von mindestens 25 % vorliegt.

Die Erwerbsunfähigkeit ist mit der Minderung der Erwerbsfähigkeit vergleichbar.

Bei 100 % Erwerbsunfähigkeit gibt es 66,7 % der ruhegehaltsfähigen Dienstbezüge. Ruhegehaltsfähig sind in der Regel alle Bezüge, die der Beamte dauerhaft erhält. Das ist z. B. die Grundbesoldung, die Familienzulage 1, die man ab der Heirat erhält (was irgendwie sehr romantisch ist) und Amtszulagen.

Die Mindestversorgung beträgt aber 75 % von der Endstufe aus A4. Und das sind derzeit ca. 2.000 Euro.

Der Beamte auf Probe hat in Ausnahmefällen nach [§ 15 Beamtenversorgungsgesetz](#) einen Anspruch auf einen Unterhaltsbeitrag in Höhe des Ruhegehalts, wenn er wegen einer Krankheit oder eines Freizeitunfalls DU wird.

In dem Paragraphen steht, dass auf Antrag der Unterhaltsbeitrag bewilligt werden kann. Es muss also nix bewilligt werden. Darauf kann sich der Beamte auf Probe also nicht verlassen.

Er würde aber auch entlassen werden und rückwirkend gesetzlich versichert. Genau wie der Beamte auf Widerruf.

Bei einer Dienstbeschädigung oder einem Dienstunfall hat er Anspruch auf ein Unfallruhegehalt. Bei der Dienstbeschädigung in Höhe eines Ruhegehalts. Also zwischen 35 %–71,75 % der ruhegehaltsfähigen Besoldung.

Die Höhe der Prozentzahl bemisst sich nach den ruhegehaltsfähigen Dienstjahren. Dazu gehören die tatsächlichen Dienstjahre, 2/3 Anrechnungszeit der Jahre bis zum 60. Lebensjahr (in Bayern und Thüringen bis zum 62. Lebensjahr) und Studienzeiten bis zu 855 Tagen oder Ausbildung bis zu 1095 Tagen. Diese Zeit in Jahren wird dann mal 1,79375 % genommen und schon hat man die Prozentzahl. Das Maximum liegt bei 40 Jahren und das ergibt dann die 71,75 %.

Beim Dienstunfall liegt das Unfallruhegehalt zwischen 66,7 % und, je nach Bundesland, 71,75 % oder 75 %. Die Anrechnungszeit beträgt nur 1/3, aber dafür werden 20 % Punkte pauschal aufgeschlagen. Und die Berechnungsgrundlage sind hier nicht die ruhegehaltsfähigen Bezüge im Moment, sondern die, die man sich bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze hätte verdienen können.

Ein Beamter auf Lebenszeit, der bereits die Wartezeit von 5 Jahren erfüllt hat, kann nicht mehr entlassen werden. Er hat auch bei einer DU wegen Krankheit oder Freizeitunfall Anspruch auf ein Ruhegehalt.

Die Wartezeit beginnt mit der Verbeamtung auf Widerruf. In manchen Fällen kann die Ausbildungszeit in einem anderen Beruf dazugezählt werden, wenn diese Ausbildung notwendig war, um später verbeamtet werden zu können.

Und sollte ein Beamter noch Ansprüche aus einem Angestelltenverhältnis erhalten, dann darf er diese parallel beziehen, sofern er insgesamt nicht über 71,75 % seiner ruhegehaltsfähigen Bezüge erhält.

Sollte der Beamte zuletzt in Teilzeit gearbeitet haben, wird bei einer Dienstunfähigkeit immer die Vollzeit-Besoldung bei der Berechnung des Ruhegehalts herangezogen. Es kann also sein, dass ein Beamter, der sich 71,75 % nach 40 Jahren verdient hat und dann die letzten Jahre in Teilzeit arbeitet, dann ein höheres Ruhegehalt erhält als seine letzte Besoldung.

Die Mindestversorgung eines Beamten liegt derzeit bei 35 % der letzten Besoldung oder ca. 1.800 Euro. Er erhält, was von beidem höher ist.

Kommen wir aber wieder zurück zur Teil-DU-Klausel. Im Gesetz heißt es „begrenzte Dienstfähigkeit“. Sollte ein Beamter aus gesundheitlichen Gründen nur in Teilzeit arbeiten können, erhält er einen Zuschlag in Höhe von 50 % des Unterschieds zwischen der alten und der neuen Besoldung. Wenn er also 50 % in Teilzeit geht, dann liegt der Unterschied zwischen den 100 %, die er vorher erhalten hat, und den 50 %, die er jetzt erhält, bei 50 %. Die Hälfte von 50 % sind 25 % und so hoch ist dann der Zuschlag. Wenn ein Beamter aus gesundheitlichen Gründen in 50 % Teilzeit arbeitet, erhält er 75 % seiner Besoldung.

Die Regelung gilt für den Bund und alle Bundesländer außer Hessen. In Hessen beträgt der Zuschlag 35 %, aber nach 5 Dienstjahren gibt es 5 % dazu, nach 10 Jahren dann 10 %, nach 15 Jahren 15 % und nach 20 Dienstjahren gibt es 20 % Zuschlag, was dann insgesamt zu 55 % des Unterschiedsbetrags führt.

Ich bin mir nicht sicher, ob eine zusätzliche Versorgung hier dauerhaft notwendig ist. Wenn wir wollen und der Beamte sich den Stress geben will, dann könnten wir in diesem Fall auch einfach BU beantragen, weil er ja tatsächlich nur noch 50 % in seinem zuletzt ausgeübten Beruf arbeitet.

Ich denke also, eine Teil-DU-Klausel ist nicht zwingend notwendig, aber wenn der Kunde sich das leisten will, dann tut es selbstverständlich nicht weh.

☞ Informationen zum passenden DU-Schutz
für den Kunden unter:
www.fondsfinanz.de/lv-spezialvergleiche



☞ Informationen zum Thema
Dienstunfähigkeit unter:
www.fondsfinanz.de/dienstunfaehigkeit



Exkurs: Muss es ein Beamten-Versicherer sein? Oder ein Spezialist für Ärzte oder Anwälte?

Apropos „Schadet nix, aber hilft auch wenig“: Es gibt ja bei den Beamten durchaus ein paar Versicherungsgesellschaften, die den Begriff „Beamte“ im Namen haben. Sind die dann besser?

Ich würde mal sagen, dass ich da nicht pauschal antworten möchte, weil es da auch gute und schlechte gibt ... Es ist schon mal nicht schlecht, wenn

ein Unternehmen schon seit Längerem Beamte versichert. Das hat in der Regel keinen Einfluss auf harte Fakten wie die Bedingungen, aber die Maklerbetreuer und Key-Accounter haben halt oft wirklich wertvolle Erfahrungen, die schon helfen können.

Das gilt auch für Tochterunternehmen, die dann auf Anwälte oder Ärzte spezialisiert sind. Auch hier ist es so, dass die Soft-Skills, also z. B. die Expertise in dem Unternehmen zu dieser Zielgruppe schon höher sein kann als bei anderen, aber die Produkte an sich sind nicht besser als andere.

Das liegt z. B. daran, dass ein Verzicht auf konkrete Verweisung bei Ärzten und Anwälten keine große Rolle spielt, da diese Berufe nur in absoluten Ausnahmefällen verwiesen werden können.

Und oft wird die Überprüfung der Ablehnung im Leistungsfall durch einen Ärztebeirat oder Ärzteausschuss aufgeführt. Hierzu frage ich mich ganz einfach, wie das funktionieren soll. Also, erstens werden das die Ärzte nicht kostenlos machen. Und wenn die regelmäßig tagen und das mehrere Ärzte sind, dann dürfte das sehr kostspielig sein. Ist es aber nicht, weshalb ich eher denke, dass die mal tagen, wenn eh ein Ärztekongress ist oder sie sich zwei Mal im Jahr per Online-Schaltung treffen. Wie das finanziell machbar sein soll, dass die nach jedem Antrag innerhalb von 6 Wochen eine Empfehlung aussprechen sollen, kann ich mir nicht so richtig erklären ...

Und unabhängig davon, wie oft dieser Ärztebeirat überhaupt tagt, stellt sich die Frage, was die da überprüfen wollen. Da es Ärzte sind, denke ich mal, dass sie die medizinische Entscheidung überprüfen. Ob dann aber aufgrund der gesundheitlichen Einschränkung eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen vorliegt, kann der Ärzteausschuss genauso gut einschätzen, wie die Vollversammlung des Bayerischen Gurkenzüchterverbandes.

Uuuuund sollte dieser Beirat tatsächlich befugt sein, die Entscheidung des Versicherers zu revidieren, dann ist das für die doch sicher eine ziemliche Zwickmühle ... Der einzige, der diesen Beirat bezahlt, ist der auf Ärzte spezialisierte Versicherer. Ich nehme mal an, dass die auch die Ärzte auswählen, die da drinsitzen. Zumindest heißt es in den AVB, dass es ein Beirat der Gesellschaft ist.

Na ja, am Ende spricht der Beirat eine Empfehlung aus und der Versicherer muss sich nicht daran halten.

Für mich sind die Bedingungen wichtiger als der Name der Versicherung. Vertrieblich ist es aber schon so, dass sich Beamte bei einem Beamten- und Ärzte bei einem Ärzte-Versicherer wohler fühlen ...

2.3.1.1.4.6 Schüler-, Studenten- und Azubi-Klauseln

Grundsätzlich gilt immer: Die BU-Definition ist ganz hervorragend, weshalb es hier keiner eigenen Definitionen bedarf. Im Zweifel wird es eher unfreiwillig schlechter. Nicht selten passiert es bei der Schüler-, Studenten- oder Azubi-Klausel, dass die Fiktion fehlt. Also der Passus, der sagt, dass BU auch dann dauerhaft für die Zukunft vorliegt, wenn die versicherte Person bereits 6 Monate BU war. Ich muss dann nicht mehr nachweisen, dass es noch 6 Monate in die Zukunft bestehen wird. In der Praxis wird normal reguliert, weil es ja nur ein Versehen war. Aber theoretisch wäre es für Schüler oder eben Studenten und Azubis schwieriger, die BU nachzuweisen.

Bei Schülern ist es außerdem nicht selten so, dass definiert wird, Schüler müssten außerstande sein, an einem regulären Unterricht teilzunehmen. Sowas wie irregulären Unterricht gibt es aber nicht. Jeder Unterricht, der sich am Lehrplan orientiert und am Ende zu einem Abschluss führen kann, ist regulär. Wir erinnern uns an Homeschooling während der Pandemie. Das war auch regulärer Unterricht.

Am Ende muss bei einer guten Schüler-Klausel unbedingt definiert sein, dass es um den schulischen Alltag geht, so wie er zuletzt ausgestaltet war. Und dazu gehört auch der Schulweg. Zumindest der Heimweg. Denn in der BU-Versicherung spielt die Wegefähigkeit an sich keine Rolle. Der Schüler muss aber in der Schule arbeiten und zu Hause die Hausaufgaben machen. Also ist der Heimweg eine „Dienstreise“ und somit eh versichert.

Es gäbe ein paar Probleme, die man über eine Klausel lösen könnte, die aber im Zweifel eh individuell zu entscheiden sind, weil es keine Massen von Leistungsfällen betreffen dürfte. Ein solcher Fall, der theoretisch spannend diskutiert werden kann, aber praktisch keine Relevanz hat, wäre die eingebrachte BU bei Schülern. Es wäre durchaus denkbar, dass ein Kind mit Rollstuhl in seiner Schule am Unterricht teilnehmen kann, das aber nach einem Umzug der Eltern in der neuen Schule nicht mehr möglich ist. Darf hier der Versicherer auf die alte Schule prüfen, weil die neue Schule noch nicht herangezogen werden darf? Ich bin ja auch nicht BU in einem Beruf, in dem ich keinen einzigen Tag arbeiten konnte. Es gibt

aber eine Schulpflicht und ein Gebiet, das vorgibt, wer in welche Schule zu gehen hat.

Sehr theoretisch. Hab ich ja schon vorher gesagt. Auch die Lebensstellung ohne Einkommen ist was Besonderes bei Schülern. Hier ist nicht komplett klar, wann eine konkrete Verweisung greifen würde. Könnte ein Realschüler auf eine behindertengerechte Ausbildung verwiesen werden? Vermutlich nicht. Aber was ist, wenn er damit dann später einen Beruf des allgemeinen Arbeitsmarktes ergreift? Na ja ... Auch eher theoretisch.

Aber ich denke, dass man schon gut sehen kann, dass wir uns ersparen können, hier tief einzutauchen, da die meisten Fälle bei Schülern vorübergehend sein dürften oder auf der anderen Seite so schlimm, dass die Überlebenswahrscheinlichkeit stark eingeschränkt ist oder zumindest sicher eine Erwerbsminderung vorläge.

Eine wichtigere Klausel für Schüler wäre eher die Nachversicherungsgarantie ohne erneute Risikoprüfung. Wenn der BU-Versicherer nicht nur auf die Gesundheits-, sondern auch auf die Risikoprüfung verzichtet, müssen der neue Job, der BMI, Hobbies und das Rauchverhalten nicht angegeben werden. Sollte ich also einen Schüler in der Realschule versichern, von dem klar ist, dass er Schreiner wird und die Schreinerei seiner Eltern übernimmt, dann wäre das wichtig, damit spätere Nachversicherungen nicht unverhältnismäßig teuer werden.

Und die NVG sollte keine prozentuale Begrenzung beinhalten. Wenn ich bei einem Schüler nur 500 Euro Rente versichere, mit dem Versprechen, dass er später auf 4.000 Euro erhöhen kann, dann würde eine Begrenzung auf 100 % der ursprünglichen Rente dem Spaß bei 1.000 Euro Rente ein Ende setzen. Wer die NVG wie geregelt hat, kannst du bei ASCORE nachlesen.

Bei Studenten und Azubis bräuchte man an sich auch keine extra Klausel, denn das Ziel beider Ausbildungen ist ja der Eintritt ins Berufsleben. Das muss in der Leistungsprüfung auch berücksichtigt werden. Denn es ist komplett sinnlos, eine Ausbildung zu beenden, wenn schon klar ist, dass man in dem Zielberuf BU sein wird.

Aber bei den Studenten und Azubis gibt es oft eine Klausel, die klarstellt, dass ab der zweiten Hälfte der Ausbildung oder des Studiums bei einer konkreten Verweisung nicht die Lebensstellung als Student oder Azubi geprüft würde, sondern die, die in der Regel mit dem Studium oder der

Ausbildung erreicht wird. Und das ist schon cool. Denn als Student schläft man in einer WG auf Europaletten und isst Reis mit Thunfisch aus der Dose. Da wäre so ziemlich alles dann im sozialen Ansehen und vom Gehalt her höher.

Zusammenfassend sehe ich bei Schülerklauseln keinen Vorteil, aber die explizite Darstellung der konkreten Verweisung bei Studenten und Azubis ist sicherlich hilfreich im Leistungsfall.

2.3.1.1.4.7 Verzicht auf § 163 VVG

An dem Verzicht auf § 163 VVG kann man ganz gut sehen, wie sich die Stimmung drehen kann. So vor gut 10 Jahren hat fast jeder Tarif auf den § 163 VVG verzichtet, aber mittlerweile ist er wieder fast überall drin.

Und das ist auch ok. Denn er ist an sich nicht so wichtig.

Aber was macht der [§ 163 VVG](#) überhaupt? Im [§ 163](#) des Versicherungsvertragsgesetzes steht grob drin, dass der Versicherer die Beiträge angemessen erhöhen darf, wenn sich die Kalkulation als unzureichend herausstellt aus Gründen, die der Versicherer nicht zu verantworten hat.

Also, mal angenommen, es gebe eine Pandemie und dadurch würden alle BU werden, dann dürfte der Versicherer vermutlich die Prämie anheben.

Davor hat er aber auch schon die Möglichkeit, den Netto-Beitrag bis zum Brutto anzuheben. Und dazu muss er niemanden fragen. Das kann er einfach so machen. Gibt dann nen Shitstorm, aber er darf es machen.

Die Spanne zwischen Brutto- und Netto-Beitrag liegt je nach Versicherer zwischen 25 %-100 %. Und das ist schon ne Menge Spielraum. Diese Spanne nennt man auch den Brutto-Netto-Spread. Je höher der Spread, desto größer die Möglichkeiten, bei einer falschen Kalkulation auch mal einfach den Zahlbeitrag anzuheben.

Der Unterschied zwischen dem Brutto- und dem Netto-Beitrag entsteht übrigens durch die Überschussverwendung „Beitragsverrechnung“. Das bedeutet, solange die Überschüsse stabil bleiben, bleibt auch der Brutto-Netto-Spread stabil. Und außerdem heißt das, dass der Versicherer bei einem großen Spread auch mit ner Menge Überschüsse rechnet. Und die müssen erstmal erwirtschaftet werden.

Wenn die Zinsen sinken, kann das einen Tarif auch mal unter Druck setzen. Im Moment geht's ja wieder nach oben, also scheint das schlimmste überstanden zu sein.

Nebenbei: Wenn mich jemand fragt, wie ich einen Tarif auswählen würde, dann gibt es vor den Bedingungen für mich drei Kriterien.

1. Passt der Brutto-Netto-Spread? Irgendwas unter 50 % wäre toll.
2. Ist der Tarif bei jedem Beruf unter den günstigsten Anbietern zu finden?
3. Hat der Versicherer viele Aktionen mit vereinfachten Gesundheitsprüfungen laufen?

Wenn alle drei Kriterien erfüllt sind, dann lass ich lieber die Finger davon. Mittlerweile gibt es aber kaum noch breit gestreute Aktionen, bei denen nicht nach dem BMI oder gefährlichen Hobbies gefragt wird. In den meisten Fällen sind die Aktionen begrenzt auf ein Ereignis, wie z. B. Immobilienerwerb, oder auf eine Gruppe, wie z. B. Ingenieure oder Ärzte.

Aber zurück zum Thema:

Jeder Versicherer kann ohne Probleme den Zahlbeitrag (Nettobeitrag) bis zum Risikobeitrag (Bruttobeitrag) anpassen. Sollte irgendwas passieren, das ein gewissenhafter Aktuar nicht hat kommen sehen können, dann kann der Versicherer durch den § 163 VVG auch den Brutto-Beitrag anheben.

Und wenn der Tarif auf die Anpassung nach § 163 verzichtet, dann gibt es immer noch den [§ 314 des Versicherungsaufsichtsgesetzes](#). Hier steht, dass die BaFin alles Erforderliche anordnen kann, damit das Unternehmen solvent bleibt. Dazu gehört z. B. auch die Herabsetzung von Versicherungsleistungen.

Am Ende kann ich mir also aussuchen, ob im schlimmsten Fall die Leistung gekürzt wird oder ob es vorher die Möglichkeit gibt, durch mehr Beitrag alles am Laufen zu halten.

Der Verzicht auf den § 163 VVG dürfte für die Gesellschaft ziemlich teuer sein, aber der Mehrwert für den Kunden ist mir nicht 100 % klar. Es kann auch nach hinten losgehen.

Im Übrigen haben wir während der Pandemie beobachten können, dass kein BU-Versicherer den Netto-Beitrag angepasst hat oder sich auf den § 163 berufen hat, obwohl das in dieser Phase für die meisten wohl eher Merkmals Schuld gewesen wäre und nicht die der Versicherungsmathematiker. Das muss ja irgendwie auch bedeuten, dass die Kalkulation im Bestand immer noch ganz gut aufgeht.

2.3.1.1.4.8 Verzicht auf befristetes Anerkenntnis

Ganz ähnlich ist es mit dem Verzicht auf ein befristetes Anerkenntnis. Grundsätzlich bedeutet ein befristetes Anerkenntnis, dass der Versicherer sich nicht mehr von seinem Anerkenntnis der Rentenansprüche durch ein Nachprüfungsverfahren lösen muss. Nach Ablauf der Frist endet die Rentenzahlung. Wenn die versicherte Person weiterhin eine BU-Rente haben will, dann beginnt die Erstprüfung wieder bei null. Die Beweislast liegt wieder voll beim Kunden.

Da der Versicherer mit einem befristeten Anerkenntnis weniger Risiko eingeht, wäre es perfekt, um BU-Fälle zu regulieren, die zum Zeitpunkt der Beantragung schon wieder ausgeheilt oder so gut wie ausgeheilt sind. Brustkrebs wäre in den meisten Fällen ein Beispiel. Gott sei Dank ist hier sehr oft nach 12–18 Monaten wieder alles im Lot. Während einer Chemo hat die versicherte Person aber weder die Zeit noch die Nerven, um sich komplett der Antragsstellung zu widmen. Die Versicherungsgesellschaft muss aber auf eine umfassende Prüfung bestehen, weil sie nicht riskieren will, dass sie sich erst spät von einem unbefristeten Anerkenntnis lösen kann.

In diesem Fall wäre es schon schön, wenn es die Möglichkeit für ein befristetes Anerkenntnis gäbe.

Und tatsächlich sind ja die Krebs-, Rollstuhl- und vermutlich auch die AU-Klausel aus dem Gedanken geboren, dass der Kunde ohne große Prüfung eine befristete Leistung erhalten kann. Bei der Krebs- und Rollstuhl-Klausel reicht ein medizinischer Nachweis aus und bei der AU-Klausel ist die Krankenschreibung in der Regel schon eine unwiderlegliche Vermutung.

Für mich ist das befristete Anerkenntnis nicht nur schlecht, aber ich sehe schon auch, dass es sein kann, dass ein Versicherer, der Böses im Sinn hat, jahrelang ein befristetes Anerkenntnis nach dem anderen ausspricht und der Kunde jedes Mal wieder den Nachweis führen muss. Ich kann diese Angst durchaus verstehen. Aber wie für jede Angst gibt es auch hierfür

keinen Grund. Denn in [§ 173 VVG](#) ist geregelt, dass eine Befristung eh nur einmalig ausgesprochen werden kann.

Also, auch ohne einen Verzicht auf ein befristetes Anerkenntnis kann der Versicherer nicht einfach tun und lassen, was er will. Dafür gibt es ja Gesetze.

2.3.1.1.4.9 Garantierte Leistungsdynamik

Hier muss ich immer an Tom Parker, den Manager von Elvis Presley, denken. Der hat nämlich „I hate Elvis“-Sticker verkauft, um auch mit den Menschen Geld zu verdienen, die er über die Musik von Elvis nicht erreichen kann. Und sowas Ähnliches haben sich die Versicherer vermutlich auch bei der garantierten Leistungsdynamik gedacht.

Ich glaube nämlich, die garantierte Leistungsdynamik ist aus dem grundsätzlichen Misstrauen der Menschen gegenüber Versicherern entstanden. Denn es gibt bei jedem Versicherer, der mit einem Brutto- und einem Netto-Beitrag kalkuliert, eine Erhöhung der Rente im Leistungsfall. Ist ja auch logisch. Bis zum Leistungsfall werden die Überschüsse verwendet, um den Beitrag niedrig zu halten. Wenn der Beitrag im Leistungsfall vom Versicherer übernommen wird, hätte der Kunde ja nix mehr davon. Also werden die Überschüsse jetzt dazu verwendet, die Rentenhöhe jedes Jahr zu erhöhen. Ist aber nicht garantiert. Und da denken dann halt viele: „Na dann wird es auch nix geben ...“

Stimmt aber rückblickend nicht. Aber egal ... Fakt ist, dass es bei den allermeisten Versicherungstarifen möglich ist, eine garantierte Leistungsdynamik zu vereinbaren. In meinen Augen ist das aber nicht unbedingt notwendig. Also für den Kunden. Für uns bedeutet mehr Beitrag ja immer auch mehr Provision. Aber darum geht es uns ja hoffentlich nicht, oder?

Es ist nämlich so, dass 1 % an garantierter Leistungsdynamik etwa 5 % Mehrbeitrag kosten. Eigentlich sogar mehr, aber ich hab jetzt nicht bei jedem Tarif nachgerechnet und will auf keinen Fall übertreiben. Aber schon bei 5 % wird klar, dass es sich nur selten lohnen dürfte.

Nehmen wir einen Vertrag, in dem es für 100 Euro Beitrag 2.000 Euro Rente gibt. Für die 5 %, also dann 105 Euro Beitrag bekomme ich entweder 1 % Leistungsdynamik oder 2.100 Euro Rente.

Entscheidet sich der Kunde für die Leistungsdynamik, bekommt er im ersten Jahr 24.000 Euro Rente, im zweiten 24.240 Euro, im dritten dann 24.482,40 Euro,

im vierten Jahr 24.727,22 Euro, im fünften Jahr 24.974,50 Euro, im sechsten Jahr 25.224,25 Euro und im siebten Jahr dann 25.476,49 Euro.

Erst im 6. Jahr bekommt der Kunde eine höhere Rente. Aber wenn wir alles zusammenzählen, dann sind das 173.125,13 Euro. Ohne Dynamik, aber grundsätzlich höherer Rente bekommt er 7 Jahre 25.200 Euro, was insgesamt 176.400 Euro ergibt. Da ein BU-Leistungsfall statistisch gesehen je nach Zusammensetzung des Kollektivs zwischen 3–7 Jahre dauert, gibt es wirtschaftliche Gründe, lieber keine garantierte Leistungsdynamik zu vereinbaren.

Ich kann aber durchaus verstehen, wenn Kunden trotzdem für 1 % bezahlen wollen. Es gibt einem ein gutes Gefühl von Sicherheit für den schlimmsten Fall.

Die Beitragsdynamik halte ich wiederum für ziemlich sinnvoll, um die Inflation auszugleichen oder um eine Absicherung, die bei Vertragsschluss aus welchem Grund auch immer niedriger gewählt wurde, über die Zeit immer weiter zu steigern.

Außerdem wird hier in der Regel die finanzielle Angemessenheit erst ab 4.000 Euro Rente überhaupt geprüft.

Ich persönlich würde zu der Beitragsdynamik auch noch ein paar Takte erklären. Denn bei 3 % Beitragsdynamik steigt nicht auch die Rente um 3 %. Es wird für 3 % neuer Versicherungsschutz eingekauft. Und zwar zu den dann geltenden Konditionen. Und dazu gehört das neue, höhere Eintrittsalter. Deshalb bekommt der Kunde für die 3 % Beitragsdynamik auch jedes Jahr ein bisschen weniger. Irgendwann ist die Erhöhung dann wirtschaftlich nicht mehr sinnvoll, weshalb man die Dynamik dann auch aussetzen kann, bis einem, vielleicht aus gesundheitlichen Gründen, die Erhöhung wieder wichtiger ist.

Und da die Dynamik mit den Jahren immer teurer einzukaufen ist, empfehle ich meinen Kunden auch immer die höchstmögliche Dynamik mitzunehmen und dann lieber früher mal ne Pause zu machen. Dann kommt der Kunde insgesamt günstiger auf die gleiche Rente, weil sie mit 5 % logischerweise schneller steigt und der Kunde die Dynamik jünger und damit günstiger einkauft. Die 3-%-Dynamik müsste für die gleiche Rente länger erhöht werden und der Kunde wäre dann auch schon älter, was die Beiträge teurer macht.

Logisch, oder?

2.3.1.1.4.10 Die weltweite Geltung und die Mitwirkungspflichten

Es gibt durchaus Versicherer, die die weltweite Geltung in den Ausschlüssen wieder einschränken, indem humanitäre Hilfseinsätze nicht versichert sind. Das ist schade, aber etwa 99 % aller Kunden schnurz. Darauf muss ich dann achten, wenn ich jemanden von Ärzte ohne Grenzen als Kunden habe. Muss der Vermittler halt wissen. Mich stört es aber, wenn der Punkt, der für einen Bruchteil der Kunden von Bedeutung ist, dann im Rating als genauso wichtig bewertet wird wie ein Punkt, der für jeden relevant ist.

Bei den Mitwirkungspflichten ist es ganz ähnlich. Das haben die einen besser, die anderen schlechter geregelt. Grundsätzlich gilt hier aber [§ 242 BGB](#). Treu und Glauben. Ich muss als Versicherter alles Zumutbare tun, um den Leistungsfall zu verhindern. Also z. B. versuchen, wieder gesund zu werden. Operationen darf keiner verlangen. Manche verlangen Diäten, andere nicht.

Und es gibt keinen Versicherer, der in den Bedingungen stehen hat, dass ein Gesellschaftsarzt ohne Begründung irgendwas behaupten oder eine Behandlung verlangen darf und das dann bindend wäre. Es gibt mittlerweile sogar im Gegenteil einen Versicherer, der bis zu 5 Monate lang die Rente zahlen würde, wenn er eine weitere Untersuchung durch einen Arzt verlangt, der von der Gesellschaft beauftragt wird. So kann nicht der Eindruck entstehen, die BU-Versicherung würde die Leistung in die Länge ziehen wollen.

Ich überlege da grundsätzlich, wie ich reagieren würde, wenn ich Leistungsfall wäre. Der Doktor schlägt mir eine Diät vor, mit der ich wieder gesund werden könnte. Und ich mach die dann nicht, weil ich meine BU-Rente nicht verlieren will? Ich bin fest davon überzeugt, dass jeder BU-Fall am liebsten wieder gesund wäre. Und wenn es etwas gibt, das dazu beitragen könnte, dann würde das wohl auch jeder tun.

Zu all diesen Beispielen gibt es unter Experten kontroverse Meinungen. Jede davon ist argumentativ vertretbar. Ich bin da immer ganz pragmatisch. Wenn etwas nicht praxisrelevant ist, ist mir die Zeit zu schade, um darüber zu diskutieren.

Ich muss halt in den Ausnahmefällen, wie z. B. Ärzte ohne Grenzen, auf ein paar Dinge mehr achten. Oder bei ASCORE nachschauen.



Hier geht's zu ASCORE:

www.fondsfinanz.de/ascore



Aber bei 99 % der Kunden kann mir das alles einigermaßen egal sein. Ist nur meine Meinung. Darf gern jeder eine andere haben und jedem Kunden die unterschiedlichen Definitionen der Weltgeltung erklären.

2.3.1.1.5 Mehr als nice-to-have

Es gibt auch einige Klauseln und Bedingungspunkte, die ein bisschen mehr als nice-to-have sind. Ich fasse als Erstes mal alle zusammen, die einen vereinfachten Zugang zur Leistung bedeuten. Das wären die AU-Klausel, die Rollstuhl-Klausel, die Krebs-Klausel, Pflegebedürftigkeit als Leistungsauslöser und Erwerbsminderung als Leistungsauslöser. Ehrlich gesagt, würde die DU-Klausel hier schon auch gut passen, aber weil sie halt nicht soooo wichtig ist, wie alle denken und nur Beamte sie brauchen, hab ich sie schon oben besprochen.

2.3.1.1.5.1 Die AU-Klausel

Die AU-Klausel sollte die bekannteste sein. Sie leistet, wenn die versicherte Person für mindestens 6 Monate arbeitsunfähig war. Ich hab die Klauseln mal in drei Generationen unterteilt, wobei die erste Generation bei Arbeitsunfähigkeit leistet, aber eine Krankschreibung zumindest nicht bedingungsgemäß als Nachweis einer Arbeitsunfähigkeit ausreicht. Solche AU-Klauseln gibt es aber heute nicht mehr.

Heute gibt es nur noch die zweite und dritte Generation. In der zweiten Generation reicht der „gelbe Schein“ als Nachweis aus, aber der Nachweis muss zusätzlich zur BU-Prüfung erfolgen. Das ist irgendwie auch sinnvoll. Denn eine Leistung wegen AU ist immer zeitlich begrenzt auf irgendwas zwischen 18 und 48 Monaten. Die Leistung wegen BU ist aber in der Regel unbefristet. Deshalb sollte jeder auch unbedingt gleichzeitig zur AU-Leistung BU beantragen. Denn, das haben wir oben schon ausführlich beschrieben, ein unbefristetes Anerkenntnis hat den Vorteil für die versicherte Person, dass der Versicherer sich nur durch ein Nachprüfungsverfahren von der Leistung lösen kann. Und dabei hat der Versicherer die Beweislast.

Wenn die gleichzeitige Beantragung aber in den Bedingungen steht, dann wäre eine Missachtung irgendwie auch ein Verstoß gegen eine Mitwir-

kungspflicht und der Versicherer könnte die Leistung so lange verweigern, bis diese Pflicht erfüllt ist.

Deshalb kann ich bei der dritten Generation der AU-Klauseln die Leistung wegen Krankschreibung unabhängig von einem BU-Antrag beantragen. Ich sollte es trotzdem machen, aber es ist viel besser, wenn ich es nicht muss. Nehmen wir eine versicherte Person, die mit Depressionen zu kämpfen hat. Da ist das Einreichen von Krankschreibungen durchaus noch machbar, aber ein kompletter BU-Antrag dürfte die versicherte Person in diesem Moment ziemlich sicher überfordern. Das ist der Vorteil einer AU-Klausel. Je akademischer der Beruf, desto wahrscheinlicher ist eine psychische Erkrankung als Auslöser, desto sinnvoller ist eine AU-Klausel.

2.3.1.1.5.2 Die Krebs- und Rollstuhl-Klausel

Seit einiger Zeit gibt es die Krebs-Klauseln. Mittlerweile leisten einige Klauseln auch bei anderen schweren Erkrankungen, aber für mich ist „Krebs-Klausel“ als Name ziemlich griffig.

Der Vorteil ist auch hier, dass ich keinen kompletten BU-Nachweis führen muss, sondern dass ein medizinischer Nachweis der Erkrankung ausreicht. Auch hier ist die Leistung zeitlich auf meistens 18 Monate begrenzt. Es ließe sich vermutlich qualitativ bewerten, welche Klausel medizinisch schneller zu erreichen ist, aber ich bin kein Mediziner und so wichtig ist die Klausel halt eben auch nicht, dass man sich wegen ihr für den einen oder anderen Tarif entscheiden sollte.

Auch die Rollstuhl-Klausel leistet nicht nur, wenn die versicherte Person auf einen Rollstuhl angewiesen ist. Oft wird auch bei Taubheit und Blindheit geleistet. Auch hier gehe ich in der Regel davon aus, dass die versicherte Person gleichzeitig auch BU ist. Aber der Nachweis ist einfacher.

Ach ja ... Ihr kennt das doch sicher auch, dass jemand sagt, er könnte auch im Rollstuhl arbeiten. Das mag durchaus sein. Die BU-Versicherung wird aber trotzdem leisten. Zunächst mal am Anfang. Mir fällt ehrlich nichts ein, was an einem Samstag passieren könnte, das mich in den Rollstuhl bringt, aber auf der anderen Seite so harmlos ist, dass ich am Montag dann einfach im Rollstuhl zur Arbeit gehe. Da ist vermutlich ein Krankenhausaufenthalt und eine Reha dazwischen. Nicht unwahrscheinlich, dass das 6 Monate andauert.

Die Rollstuhl-Klausel ist, egal, wie viele Grundfähigkeiten am Ende versichert sind, auch nur ein vereinfachter Zugang zu einer temporären Leistung.

2.3.1.1.5.3 Leistungsauslöser Pflegebedürftigkeit und Erwerbsminderung

Anders ist das bei der Leistung wegen Pflegebedürftigkeit. Hier gibt es keine zeitliche Begrenzung. Aber es gibt den Unterschied zwischen ADL und SGB. Mit ADL sind die Activities of Daily Living gemeint. Also alltägliche Aktivitäten. Eine Art Grundfähigkeiten. Dazu gehören in den meisten Fällen das Aufstehen und Zubettgehen, Sich-Waschen, das Anziehen, Auf-Klo-Gehen und das Essen. Mal sind es mehr ADL, mal weniger. Mal muss ich außerstande sein, eine von vier ADL auszuüben, mal sind es vier von neun. Und manchmal heißt es, man müsse bei einer der ADL mehr als 90 Minuten täglich Hilfe benötigen. Ich weiß nicht, ob ich so lange aufs Klo gehe, aber ok ...

ADL finde ich persönlich nicht so toll, weil hier wieder der Versicherer prüft, ob die ADL verloren sind oder nicht.

Besser gefällt mir die Regelung, dass die BU-Versicherung leistet, wenn der Pflegegrad 2 nach SGB XI vorliegt. Denn dann prüft der medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK). Also Stand jetzt. Denn wir hatten bei den Pflegestufen ja schon den Fall, dass die auf Pflegegrade geändert wurden. Was, wenn in den Bedingungen jetzt steht, es wird nach Pflegegrad 2 gemäß [§§ 14 und 15 SGB XI](#) in der Fassung vom 18.07.2017 geleistet, und der MDK prüft aber nach dem SGB XI in der Fassung vom 31.02.2027?

Naja, aber solange das nicht der Fall ist, haben wir auch hier einen vereinfachten Zugang. Vor allem weil bei einer Pflegebedürftigkeit die versicherte Person selbst in vielen Fällen außerstande sein dürfte, einen ordentlichen BU-Leistungsantrag ohne Hilfe zu stellen.

Die Leistung bei voller Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung hat genau das gleiche Problem. Da glaub ich aber nicht, dass sich so schnell was ändert ... Naja, egal ... Aber die Versicherer sehen hier eher eine Gefahr als bei der Pflegebedürftigkeit. Deshalb werden hier immer noch weitere Kriterien verlangt. In der Regel muss es eine volle Erwerbsminderung allein aus medizinischen Gründen sein. Der Weg über den verschlossenen Arbeitsmarkt ist also nicht möglich. Außerdem muss oft die Restlaufzeit mindestens noch 10 Jahre betragen oder man darf nicht älter oder muss älter als 50 Jahre alt sein.

Vielleicht schwingt hier die Angst mit, dass die geburtenstarken Jahrgänge möglicherweise früher und mit geringeren Abzügen in die Rente eintreten wollen und das dann über die Altersrente nicht möglich ist. Sowas wie eine Pensionierungswelle wie bei den Postbeamten ist ja wohl eher nicht zu erwarten.

Trotzdem ist es den Aktuaren der Versicherungsgesellschaften sehr unangenehm, sich an die Entscheidung einer anderen Prüfung zu hängen. Deshalb kostet die AU- und die DU-Klausel Geld. Im Umkehrschluss kann die Abwesenheit von Angst bei der Infektionsklausel und der Leistung bei Pflegebedürftigkeit nur bedeuten, dass diese Leistungsfälle nicht in relevanter Anzahl zu erwarten sind.

Und jetzt kommen ein paar Bedingungspunkte, die mir ziemlich gut gefallen und die auch gut zum Sinn einer BU-Versicherung passen.

2.3.1.1.5.4 Verzicht auf Umorganisation

Noch ziemlich frisch ist der Verzicht auf Umorganisation. Zwar kommt eine Umorganisation bei Akademikern mit Bürojob eh kaum in Frage und unter 10 Mitarbeitern sollte es ebenfalls schwierig sein, umzuorganisieren, aber der größte Vorteil des Verzichts ist, dass du es nicht mal mehr nachweisen musst. Wie oben schon mal geschrieben, muss die versicherte Person im Leistungsfall nachweisen, dass eine Umorganisation nicht möglich ist. Und das ist sooooo kacke. Mal ehrlich. Der BU-Nachweis ist schon schlimm genug. Und jetzt noch das?

Hinzukommt, dass dein Kunde im Zweifel sogar ein wenig angefressen ist, weil du doch in der Beratung gesagt hast, dass der Tarif auf die abstrakte Verweisung verzichtet. Und ich glaube nicht, dass der Kunde den Unterschied begriffen hat ...

Am Rande ist übrigens interessant, dass es bei den allermeisten Versicherern tatsächlich um eine theoretische Möglichkeit zur Umorganisation geht, also eine „abstrakte“ Umorganisation. Nur die wenigsten weisen explizit darauf hin, dass sie nur dann die Leistung einstellen würden, wenn tatsächlich konkret umorganisiert wurde.

Und das wäre für mich am Ende auch ok. Die meisten Selbstständigen wollen ja umorganisieren, um weiter in der Firma arbeiten zu können.

2.3.1.1.5.5 Umorganisations- und Reha-Hilfe

Die Umorganisations-Hilfe kann bis zu 30.000 Euro beantragen. Damit lässt sich einiges umbauen. Sowas gefällt mir deshalb so gut, weil es nicht nur Geld ist, sondern die Hilfe zu einem selbstbestimmten Leben. Der Versicherer hilft zwar selbstverständlich auch, weil er am Ende keine Rente mehr zahlen will, aber nur die wenigsten Menschen würden lieber ohne Aufgabe eine BU-Rente beziehen, als weiter in ihrer eigenen Firma arbeiten zu können.

Ganz ähnlich ist es mit der Reha-Hilfe. Mittlerweile unterstützen viele BU-Versicherungen bei der gesundheitlichen Rehabilitation und der beruflichen Reintegration. Das finde ich auch cool, weil ich eben auch annehme, dass jeder gern wieder gesund wäre oder wieder einen Job findet, den er mit seiner Vorerkrankung ausüben kann.

Und viele BU-Versicherungen zahlen auch noch Geld, wenn die versicherte Person eine Reha macht. Oder sie zahlen einen Reha-Manager bis zu 10.000 Euro. Das ist zwar alles kein Geld auf der Bank, aber es hilft halt, wieder komplett selbstständig am Leben teilzunehmen.

Und all das als zusätzliche Leistung. Wenn du lieber einfach die Rente willst, kann dich niemand zwingen, eine Reha zu machen.

2.3.1.1.5.6 Ereignisunabhängige NVG

Vertrieblich und für den Kunden gleichermaßen wichtig ist die ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie (NVG). Bei den meisten Tarifen besteht die Möglichkeit, innerhalb der ersten 5 Jahre einmalig oder mehrmals, ohne ein bestimmtes Ereignis die Rentenhöhe zu erhöhen. Warum ist das für uns und den Kunden so wichtig? Weil wir den ganzen Tag an Versicherungen denken, der Kunde aber in der Regel erst, wenn es zu spät ist. Sollte er also heiraten oder ein Kind bekommen, dann dürfte mit das Letzte, woran er denkt, die Nachversicherungsgarantie in seiner Berufsunfähigkeitsversicherung sein, die er vor ein paar Jahren abgeschlossen hat. Für die ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie können wir uns eine Wiedervorlage legen und dann eine E-Mail schicken oder anrufen. Die Wahrscheinlichkeit, dass die alte Rentenhöhe noch ausreicht, ist gering. Und auch der Aufwand ist gering. Lass dir ein Angebot vom Versicherer rechnen, der Kunde unterschreibt und fertig.

So einfach ist es aber nur, wenn der Tarif auf die Risikoprüfung und nicht nur auf die Gesundheitsprüfung verzichtet. Zum Risiko gehört auch das Rauchverhalten, der BMI und der Beruf. So kann es durchaus sein, dass die NVG deutlich teurer wird als der ursprüngliche Tarif.

Wenn ihr wissen wollt, wer auf die Risikoprüfung verzichtet und bei wem die ereignisunabhängige NVG mehrmals zu ziehen ist, dann könnt ihr das auf ASCORE nachlesen.

2.3.1.1.6 Womit kann ich die Berufsunfähigkeitsversicherung sinnvoll kombinieren?

An sich lässt sich die BUV mit jedem anderen Produkt kombinieren. Beim Krankentagegeld gibt es ein paar Fallstricke, weil ich nicht beide Leistungen gleichzeitig beziehen kann und im schlimmsten Fall die Leistung des KTG an den Versicherer zurückzahlen müsste. Über das Thema Übergang von KTG zur BUV ließe sich ein Tagesworkshop halten. Ich will das hier nur in aller Kürze anreißen, damit du es mal gehört hast. In § 15 b) der [Musterbedingungen für die Krankentagegeldversicherung](#) steht, dass das Versicherungsverhältnis bei Berufsunfähigkeit spätestens nach 3 Monaten endet, wenn zum Eintritt der BU schon Arbeitsunfähigkeit bestanden hat. Und das dürfte in der Regel der Fall sein.

Wenn du also ein KTG hast und es leistet ab dem 43. Tag und es wird 3 Monate nachgehaftet, dann wird es nach ca. 4,5 Monaten doof. Denn die BU-Versicherung leistet rückwirkend zum Monatsersten nach dem Eintritt des Leistungsfalls. Im dümmsten Fall wird die versicherte Person am 01.01. BU. Dann gibt es rückwirkend Leistung ab dem 01. Februar. Das KTG leistet ab dem 43. Tag der Krankschreibung. Wenn die am 01.01. begonnen hat (obwohl da Feiertag ist, ich weiß), dann gäbe es ab dem 12.02. das KTG. Da das KTG 3 Monate länger gezahlt werden muss, gäbe es bis zum 12.05. die Leistung vom KTG. Jetzt kommt es darauf an, wie lange die Prüfung des Leistungsfalls in der BU-Versicherung dauert und um wie viel Euro die Leistung im KTG höher abgeschlossen ist als in der BUV. Denn KTG ist in der Regel günstiger, also werden hier gern auch mal 2.500 Euro „Tagegeld im Monat“ abgeschlossen und bei der BUV dann nur 1.000 Euro BU-Rente.

Angenommen, die Leistungsprüfung arbeitet perfekt und nach 6 Monaten wird rückwirkend geleistet. Macht dann 6.000 Euro aus der BU-Rente, aber 1,5 Monate muss ich KTG zurückzahlen, was 3.250 Euro macht. In dem Bei-

spiel mach ich noch ein Plus von 2.750 Euro. Wenn der Leistungsfall aber nur 2 Monate länger dauert, wird es schon knapp.

Die Lösung für den Kunden ist aber einfach. Wenn alles in gleicher Höhe abgeschlossen ist, passiert im schlimmsten Fall einfach nix. Er zahlt genau den Betrag zurück, den er neu erhält, bzw. in der Regel bekommt er was raus, weil ja 3 Monate tatsächlich beides gezahlt werden würde. Und nur mal nebenbei: Es ergibt einfach überhaupt keinen Sinn, wenn jemand bei einer kurzfristigen Krankschreibung mehr Geld benötigt als bei einer dauerhaften Berufsunfähigkeit.

Aber alle anderen Produkte gingen ohne Probleme. Also ohne irgendwelche rechtlichen Probleme.

2.3.1.1.6.1 BUV und EUV

Eine BU-Versicherung mit einer Erwerbsunfähigkeitsversicherung zu kombinieren, ist eigentlich immer sinnvoll. Und es kommt oft den Wünschen und Bedürfnissen des Kunden entgegen. Und damit meine ich jetzt nicht, dass die Ausgaben für die Kinder am besten abgesichert werden sollen, während die Ausgaben für mich über eine EUV ausreichend abgesichert sind. Das geht selbstverständlich immer. Ich meine, dass die Ausgaben für z. B. mich selbst gestaffelt werden.

Angenommen, der Kunde hat Ausgaben in Höhe von 2.000 Euro für sich selbst. Außerdem hat er jetzt schon etwa 10.000 Euro auf der Seite. Um Geld zu sparen, sichert er 1.000 Euro über eine BU-Versicherung und 1.000 Euro über eine EU-Versicherung ab.

Die 1.000 Euro bei Berufsunfähigkeit würden locker ausreichen, um die Lücke bei einer Umschulung zu decken. Und wenn er aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr umschulen kann, dann kann er auch in keinem Beruf am allgemeinen Arbeitsmarkt drei Stunden arbeiten. Er würde dann die BU-Rente und die EU-Rente erhalten. Und vermutlich auch noch die Erwerbsminderungsrente.

Diese Kombination lohnt sich bei jedem Kunden, der für die BUV mehr zahlt als für die EUV und idealerweise noch über ein paar Rücklagen verfügt, um eine Umschulung mitfinanzieren zu können.

☞ Informationen zum Fonds Finanz
Spezialvergleich
Erwerbsunfähigkeitsversicherung unter:
www.fondsfinanz.de/lv-spezialvergleiche



☞ Informationen zur
Erwerbsunfähigkeit unter:
www.fondsfinanz.de/erwerbsunfaehigkeit



Mehr unter ASCORE:
www.fondsfinanz.de/ascore



2.3.1.1.6.2 BUV und GFV

Eine Kombination von Berufsunfähigkeitsversicherung und Grundfähigkeitsversicherung ist auch oft sinnvoll.

Ich kann mir da zwei Dinge vorstellen. Das eine klingt ein wenig bescheuert, aber an sich passt es. Es geht um Akademiker, die Haus und Garten haben. So Typen wie ich. Die den ganzen Tag im Büro hocken und es spannend finden, im Garten zu werkeln. Und auch im Haus noch so einiges selbst reparieren. So Typen wie Stephan Peters.

Mit der BUV decke ich alle Ausgaben, die ich jetzt so habe. Mit einer GFV könnte ich alle Ausgaben decken, die mir entstehen würden, wenn ich aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr im Garten arbeiten könnte. Der Rasen muss trotzdem gemäht werden, die Bäume geschnitten, das Obst geerntet. Ich brauch dann immer wieder einen Gärtner oder einfach jemanden, der den Rasen mäht. Deswegen sollte ich eine Grundfähigkeitsversicherung in Höhe dieser Kosten abschließen.

Mit einiger Erklärung kann ich diese beiden Produkte genauso staffeln wie oben bei der Erwerbsunfähigkeitsversicherung. Ist manchmal noch günstiger, ist aber auch riskant, weil die GF-Versicherung überhaupt keinen Bezug zu meinem Beruf oder auch nur dem Arbeitsmarkt hat. Wie genau die Grundfähigkeitsversicherung überhaupt mein Einkommen absichern kann, steht weiter unten bei der GFV.

☞ Informationen zum Thema
Grundfähigkeit unter:
www.fondsfinanz.de/grundfaehigkeit



☞ Mehr erfahren unter ASCORE:
www.fondsfinanz.de/ascore



☞ GFV-Produktprofi werden unter:
www.fondsfinanz.de/lv-spezialvergleiche



☞ Leistungsstarke und
preiswerte Tarife unter:
www.fondsfinanz.de/leben-modul



2.3.1.1.6.3 BUV und DD

Die Berufsunfähigkeitsversicherung lässt sich auch hervorragend durch eine Dread Disease ergänzen. Das ist zwar echt teuer, aber wer es sich leisten kann ...

Der Vorteil an dieser Kombination besteht darin, dass ich schneller an mein Geld komme. Eine schwere Krankheit verlangt zunächst mal viel Aufmerksamkeit. Ich bin dann zwar auch in den allermeisten Fällen berufsunfähig, aber die Beantragung ist halt deutlich komplexer. Ich muss die Krankheit nachweisen, den Tätigkeitskatalog erstellen und beweisen, dass ich von diesen Tätigkeiten nur noch die Hälfte ausüben kann oder ein sinnvolles Arbeitsergebnis eben nicht mehr möglich ist. Wenn ich gerade mit einer schweren Krankheit kämpfe, hab ich da wahrscheinlich nur so mittelviel Bock drauf.

Bei der DD muss ich nur die schwere Krankheit im Sinne der Bedingungen nachweisen. Das kann schon auch mal schwierig werden, aber in der Regel ist es einfacher als der Leistungsantrag in der BUV. Und am Ende ist es ja nicht mal meine Aufgabe oder die des Kunden. Das werden in der Regel Ärzte und Fachärzte nachweisen.

Auch bei komplexen Berufsbildern, wie dem Geschäftsführer oder dem Hausmann, kann eine Schwere-Krankheiten-Versicherung sinnvoll sein.

Denn auch hier wäre der Nachweis einer BU nicht immer einfach, weil die Tätigkeitsbeschreibung noch komplizierter wäre.

Trotzdem kann die DD nur eine Ergänzung sein. Denn es leuchtet einfach nicht ein, wieso ich bei bestimmten schweren Krankheiten Geld brauche und bei psychischen Problemen oder anderen Erkrankungen, die nicht versichert sind, nicht.

Das ist schon bei der GFV schwierig herzuleiten. Allerdings ist hier ja auch die Einschränkung der Auslöser, womit die Krankheit wieder eher egal ist. Bei allen Kombinationen muss ich mir im Klaren sein, dass es trotz allem Lücken geben kann. In meinen Augen sind aber Lücken, die ich verstanden habe, eher sinnvoll als zu große Schnittmengen, um jede Lücke zu vermeiden.

Denn die Beiträge zahle ich jeden Monat. Garantiert. Und wenn wir mal glauben wollen, dass auch bei den Versicherten, die es durch die Gesundheitsprüfung geschafft haben, die Eintrittswahrscheinlichkeit einer BU bei 25 % liegt, dann zahlen immer noch 75 % einfach so ihre Beiträge. Da ist eine Lücke wirtschaftlich sinnvoller als eine Überversicherung.

Aber wie schon öfter geschrieben: Ich erkläre nur. Der Kunde darf entscheiden, was ihn besser schlafen lässt.

☞ Zum DD-Profi werden unter:
www.fondsfinanz.de/lv-spezialvergleiche



☞ Informationen zum
Thema Dread Disease unter:
www.fondsfinanz.de/dread-disease



☞ ASCORE stellt objektiv die relevanten
Bedingungskriterien der Dread Disease
gegenüber. Schaut gerne mal rein:
www.fondsfinanz.de/ascore



2.3.1.2 Die Erwerbsunfähigkeitsversicherung

Die Erwerbsunfähigkeitsversicherung gilt vielen als hässliche Schwester der BUV. Außerdem dient sie in vielen Beratungen als abschreckendes Beispiel für eine schlechte Versicherung. Denn hier bekomme ich erst mein Geld, wenn ich am allgemeinen Arbeitsmarkt keine drei Stunden mehr arbeiten kann.

Ich will aber mal positiv an die Sache rangehen. Die EUV leistet, wie die schöne Schwester auch, bei Krankheit, Körperverletzung und mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall. Es ist völlig egal, was für eine Krankheit das ist. Kann auch eine psychische Erkrankung sein. Das Coronavirus. Oder Schmerzen. Oder eine somatoforme Erkrankung. Oder eine Kombination. Ganz egal. Wenn ich aus medizinischen Gründen keine 3 Stunden mehr arbeiten kann, bekomme ich die versicherte Rente.

Das ist schon mal nicht schlecht. Trotzdem bleibt es eine Versicherung für den schlimmsten Fall. Wenn ich aber nicht meinen Lebensstandard absichern möchte, sondern nur den schlimmsten Fall? Es gibt auch Leute, die ihr Haus nicht gegen Elementarschäden absichern, wie ihr vielleicht wisst.

DAS ist die Erwerbsunfähigkeitsversicherung. Eine Versicherung gegen Feuer, Leitungswasser, Einbruchdiebstahl und Sturm/Hagel. Kein Grund, gleich durchzudrehen. Es ist nur ein anderes Risikobewusstsein.

Ebenfalls positiv ist, dass es hier noch nicht so viele Berufsgruppen gibt. Das hat lustigerweise zur Folge, dass Akademiker in der Berufsunfähigkeitsversicherung günstiger sind als in der EUV. Noch besser ist aber, dass Handwerker hier teilweise nur ein Drittel der Prämien der BUV zahlen.

Und in meinen Augen ist es eben immer besser, die richtige Höhe meiner Ausgaben abzusichern. Wenn ich das mit der EU-Versicherung kann, bei der BU-Versicherung aber jeden Monat zwei Drittel der Ausgaben vom Ersparten gezahlt werden müssten, dann sollte sich mein Kunde besser für die Erwerbsunfähigkeitsversicherung entscheiden. Ist aber seine Entscheidung.

Ich würde dem Kunden halt sagen, dass er bei der EUV das Risiko einer Umschulung selbst trägt. Solange er noch irgendwas arbeiten könnte, dann muss er das auch tun. Er bekommt erst dann Geld, wenn nichts mehr geht.

Und wenn wir davon ausgehen, dass gut ein Drittel aller Leistungsfälle in der BU-Versicherung psychische Erkrankungen sind, dann müssen wir konsequenterweise auch zugeben, dass es mindestens eine Schnittmenge von einem Drittel gibt. Tatsächlich gibt es aber auch noch schwere Krankheiten, wie z. B. Krebs, MS oder Parkinson, die zumindest vorübergehend zu einer Erwerbsunfähigkeit führen. Die Schnittmenge liegt bei Handwerkern für eine dauerhafte Berufsunfähigkeit bei gut 50 %, bei Akademikern eher bei 70 %.

Und wenn der Kunde bei einer Absicherung, die halb so gut ist, zwei Drittel an Beiträgen sparen kann, dann ist das eine Überlegung wert.

In meinen Augen ist es in fast jedem Fall besser, wenn der Handwerker sich für 80 Euro die 1.800 Euro versichert, die er braucht, als wenn er für 80 Euro 600 Euro Rente in einer BU-Versicherung bezahlt. Im Leistungsfall bekommt er dann zwar Geld, aber es fehlen jeden Monat 1.200 Euro. Das mag während einer Umschulung gut gehen, aber im schlimmsten Fall zögert er nur den Bürgergeld-Bezug hinaus.

☞ Informationen zum Fonds Finanz
Spezialvergleich
Erwerbsunfähigkeitsversicherung unter:
www.fondsfinanz.de/lv-spezialvergleiche



☞ Informationen zur
Erwerbsunfähigkeitsversicherung unter:
www.fondsfinanz.de/erwerbsunfaehigkeit



☞ ASCORE stellt objektiv die relevanten
Bedingungskriterien der EU gegenüber.
Schaut gerne mal rein:
www.fondsfinanz.de/ascore



2.3.1.2.1 Kombinieren ist immer erlaubt

In der ausgabenorientierten Beratung ist es immer möglich zu kombinieren. So kann ich die Ausgaben für meine Kinder mit einer BUV abdecken, aber die Ausgaben für mich mit einer EUV, weil ich da eher bereit wäre, ein größeres Risiko selbst zu tragen.

Sehr spannend finde ich auch, eine EU-Versicherung mit einem Krankentagegeld zu kombinieren. So habe ich privat die staatliche Absicherung abgebildet. Das KTG zahlt, wenn ich vorübergehend arbeitsunfähig bin. Also wenn ich krankgeschrieben bin. Das private KTG leistet aber unbegrenzt. Auch über die 72 Wochen, die ein gesetzliches Krankengeld leisten würde, hinaus.

Wichtig ist, dass ich sofort Geld bekäme, wenn eine finanzielle Lücke entsteht. Wenn ich umschulen muss, reicht das vollkommen aus. Wenn ich aber von Beginn an mit großer Wahrscheinlichkeit überhaupt nicht mehr arbeiten kann, leistet die Erwerbsunfähigkeitsversicherung. Und anders als bei der Berufsunfähigkeitsversicherung gibt es hier keine unangenehmen Berührungspunkte oder Rückforderungen.

In § 15 der [Musterbedingungen der Krankentagegeldversicherer](#) steht ja geschrieben, dass der Versicherungsschutz bei Eintritt einer Berufsunfähigkeit endet. Deshalb kann ich nie beide Leistungen gleichzeitig beziehen. Und würde der BU-Versicherer rückwirkend anerkennen, muss ich die erhaltene Leistung aus dem KTG an den Versicherer zurückzahlen. Das kann sehr unangenehm werden.

Bei einer Erwerbsunfähigkeitsversicherung könnte ich mir vorstellen, dass ein gleichzeitiger Bezug möglich ist. Zwar heißt es im oben genannten § 15 der MB-KT, dass BU eine 50-%-ige Erwerbsunfähigkeit ist, allerdings ist diese Definition eben völlig anders als die der EU-Versicherung.

Haben wir also eine psychische Erkrankung, die mehr als 6 Monate andauert, führt diese in den meisten Fällen dazu, dass ich in keinem Beruf am allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten kann. Wahrscheinlich nicht einmal eine Stunde täglich.

Und krankgeschrieben wäre ich in dieser Zeit ebenfalls. Ich würde also höchstwahrscheinlich rückwirkend Leistung aus der EUV erhalten und müsste nichts an meinen KTG-Versicherer zurückzahlen.

Selbstverständlich steht es dem Anbieter des Krankentagegeldes frei, nach der Definition der Musterbedingungen zu prüfen, ob eine Berufsunfähigkeit vorliegt. Aber die Beweislast liegt hier halt dann auch beim Versicherer, weshalb ich mir nicht vorstellen kann, dass da jemand Lust darauf hat.

Diese Kombination ist für Handwerker auch deswegen sehr interessant, weil es auch in der Krankentagegeldversicherung noch nicht viele Berufsgruppen gibt. Ihr könnt da mal rumprobieren, aber schon bei nicht ganz so teuren Berufsgruppen, wie z. B. dem Physiotherapeuten, gibt es Fälle, wo die Kombination aus KTG und EUV günstiger ist als eine Berufsunfähigkeitsversicherung.

Auch eine Kombination mit der Dread Disease ist denkbar.

Mir gefällt daran, dass ich sehr gut für den schlimmsten Fall abgesichert bin. Nämlich dann, wenn ich wirklich nicht mehr arbeiten kann und wenn ich eine wirklich schwere Krankheit habe.

Und da die Dread Disease auf einmal einen ganzen Haufen Geld zahlt, kann ich bei einer schweren Krankheit mir eine teure Behandlung im Ausland leisten. Und wenn die Karten wirklich nicht gut stehen, kann ich noch alle finanziellen Dinge für meine Familie regeln.

Ich trage das Risiko einer Umschulung und auch die Kosten bei nicht so schlimmen Krankheiten selbst. Aber viele versichern das Auto auch nur in der Haftpflicht und tragen das Risiko, rückwärts in ne Mauer zu fahren, halt selbst. So ist es ja eigentlich auch mit der Arbeitskraft und der Gesundheit. Umschulung und leichtere Erkrankungen kann ich vielleicht selbst finanziell stemmen. Aber bei Erwerbsunfähigkeit und schweren Krankheiten greift dann die Versicherung.

Und es ist selbstverständlich nochmal günstiger, wenn ich zu einer Berufsgruppe gehöre, die in der BU-Versicherung schon besonders teuer ist. Denn sowohl in der EUV als auch in der DD gibt es nur wenige Berufsgruppen.

Außerdem leistet die EUV ja bei psychischen Problemen und gleicht damit einen der größten Nachteile der Dread Disease aus.

☞ Informationen zum Fonds Finanz
Spezialvergleich Krankentagegeld für
GKV-Versicherte Angestellte und
Selbstständige unter:
www.fondsfinanz.de/lv-spezialvergleiche



2.3.1.3 Die Grundfähigkeitsversicherung

Die Grundfähigkeitsversicherung ist für die einen eine willkommene Alternative zur Berufsunfähigkeitsversicherung, für die anderen eine Haftungsfrage. Ich bin ja der Meinung, dass ein Produkt keine Haftung auslösen kann. Das kann nur ungenaue oder falsche Beratung und ungenaue und falsche Dokumentation.

Die GF-Versicherung ist schwierig einzuordnen. Sie ist einerseits eine Art Dread Disease, die nicht bei Eintritt einer Krankheit leistet, sondern erst bei schwerwiegenden Folgen einer Erkrankung. Andererseits ist sie so ähnlich wie eine Berufsunfähigkeitsversicherung, die im Leistungsfall keine Tätigkeitsbeschreibung von meinem zuletzt in gesunden Tagen ausgeübten Beruf verlangt, sondern einfach auf die in den Bedingungen festgeschriebenen Fähigkeiten prüft.

Sie ist also sowohl keine als auch eine Alternative zur BUV. Denn einerseits hat sie eindeutig nichts mit meinem Beruf zu tun, aber andererseits ist sie im Leistungsfall so ähnlich, dass sich eine Schnittmenge zum Beruf konstruieren ließe. Zu diesem Thema habe ich schon so viel geschrieben, dass sich damit ein ganzes Buch füllen ließe. Ich will mich hier aber trotzdem kurz fassen.

Grundsätzlich sind in der GFV die Sinne Sehen, Hören und Sprechen versichert. Manche Tarife leisten auch, wenn der Geruchs- und Geschmackssinn verloren geht, was für Köche spannend sein dürfte, aber auch für einen Feuerwehrmann, der ein Gasleck riechen können muss, wichtig ist.

Dazu kommen noch die Fähigkeiten Arme- und Hände-Gebrauchen, Beine-Gebrauchen, Stehen oder Sitzen und Knien und Bücken. Alle anderen Fähigkeiten wie Heben und Tragen, Schreiben oder Treppensteigen bilden an sich nur Teilaspekte ab. Manche Versicherer unterteilen noch genauer, um ein paar Auslöser mehr im Prospekt stehen zu haben.

Grundsätzlich lässt sich aus allen Grundfähigkeiten eine Matrix erstellen, die auf der einen Achse die Hände, die Arme und den Bewegungsapparat angibt, und auf der anderen Achse die Kraft, Ausdauer und Beweglichkeit prüft.

Nehmen wir z. B. den Auslöser Knien und Bücken, dann wird damit die Beweglichkeit des Bewegungsapparats geprüft. Beim Auslöser Heben und Tragen wird die Kraft der Hand stärker geprüft, als beim Auslöser Greifen und Halten, der eher die Ausdauer der Hand testet.

Durch diese Matrix wird dann auch deutlich, dass viele Auslöser große Schnittmengen haben oder überhaupt nur zur Veranschaulichung oder zur Zielgruppenansprache dienen.

Neben den Grundfähigkeiten gibt es mittlerweile immer mehr Fertigkeiten, also etwas, das ich mir beibringen musste, während ich Grundfähigkeiten quasi per Geburt habe.

Dazu gehört z. B. das Fahrrad- und das Autofahren. Interessant ist, dass dadurch die versicherten Sinne überflüssig werden. Denn der Auslöser Sehen leistet erst, wenn ich nur noch 5 % Restsehschärfe habe. Aber schon bei 50 % würde ich meinen Führerschein verlieren.

Deswegen ist der Führerscheinverlust einer der mächtigsten Auslöser.

Viele Anbieter haben auch berufsbezogene Fertigkeiten im Programm. Dazu zählen die LKW-Klausel, die Leistung bei Lärmexposition und auch die Schutzfunktion der Haut. Alle beziehen sich auf Testverfahren, die von der Berufsgenossenschaft regelmäßig oder bei Bedarf durchgeführt werden und stellen somit einen Bezug zum Beruf her. Anders als bei der Berufsunfähigkeitsversicherung wird aber nicht der zuletzt ausgeübte Beruf geprüft, sondern ob die versicherte Person noch fahrtauglich ist oder ob die Haut weiterhin den Belastungen durch die Arbeit ausgesetzt werden kann.

Im Übrigen ist auch die Infektionsklausel in der GF-Versicherung anders zu bewerten, da auch sie einen direkten Bezug zwischen meiner Arbeit und der Versicherungsleistung herstellt. Während sie in der BUV keinen wirklichen Mehrwert hat, sondern nur einen vereinfachten Zugang zur Leistung ermöglicht, würde eine Infektion in der GFV nur dann eine Leistung auslösen, wenn dadurch eine Grundfähigkeit eingeschränkt wäre. Die Infektionsklausel leistet aber schon bei einem Arbeitsverbot.

Da die Infektionsklausel deshalb auch wirklich Geld kostet, ist sie bei manchen Anbietern zeitlich auf wenige Monate begrenzt.

Weitere Fähigkeiten sind der Gleichgewichtssinn, der Intellekt und das eigenverantwortliche Handeln. Die beiden Letzteren sind deswegen interessant, weil hier auch psychische Erkrankungen mitversichert sind. Es ist also keineswegs so, dass psychische Erkrankungen nicht zur Leistung führen würden. Allerdings ist die Hürde erheblich höher als in der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung.

Mein Intellekt muss derart beeinträchtigt sein, dass ich nachweislich bei Tests zu den schlechtesten 10 % gehöre. Oder mein eigenverantwortliches Handeln muss so eingeschränkt sein, dass mir ein gerichtlicher Betreuer bestellt wird.

Das ist beides nicht unmöglich, aber schon ziemlich heftig.

Es gibt auch optionale Zusatzbausteine, die psychische Erkrankungen mitversichern. Hier gibt es zwei Arten. Die einen versichern Schizophrenie und schwere Depression, die andere Variante leistet, wenn ich aufgrund einer psychischen Erkrankung voll erwerbsgemindert bin. Letztere Variante ist deutlich leistungsstärker, da hier fast alle psychischen Erkrankungen mitversichert sind. Aber es greifen hier viele Ausschlüsse für Suchterkrankungen.

Insgesamt erwecken die „Psyche-Klauseln“ in der Grundfähigkeitsversicherung eher ein falsches Gefühl von Sicherheit. Wenn ich psychische Erkrankungen umfänglich mitversichern will, sollte ich den AU-Baustein vereinbaren, der bei einer Krankschreibung von 6 Monaten leistet und selbstverständlich psychische Erkrankungen einschließt.

2.3.1.3.1 Die Grundfähigkeitsversicherung bei psychischen Vorerkrankungen

Psychische Erkrankungen über einen Baustein miteinzuschließen, ist nicht nur weniger sinnvoll als es den Anschein hat, es ist auch relativ teuer. Interessanter ist es, den Baustein nicht zu wählen. Dann fällt bei diesen Tarifen auch die Frage nach psychischen Vorerkrankungen weg. So wären alle psychischen Vorerkrankungen sofort versicherbar, wo keine Medikamente notwendig waren.

☞ Informationen zum Fonds Finanz
Spezialvergleich zur
Grundfähigkeitenversicherung unter:
www.fondsfinanz.de/lv-spezialvergleiche



Sobald Medikamente im Spiel waren, muss das auch angegeben werden. Manchmal haben diese Medikamente ziemlich starke Nebenwirkungen, weshalb der Verlust einer Grundfähigkeit wahrscheinlicher wird. Oft ziehen sie psychische Erkrankungen, aber auch Folgeerkrankungen nach sich oder begünstigen diese. Der Fachmann oder Klugscheißer spricht hier von Komorbidität.

Aber in vielen Fällen kann ich Versicherungsschutz anbieten. Und wenn 5 Jahre vorbei sind, spricht nichts dagegen zu versuchen, den Kunden doch in der Berufsunfähigkeitsversicherung unterzukriegen.

Allerdings fragen die meisten Gesellschaften auch dann nach psychischen Vorerkrankungen, wenn die BU-Option oder die AU-Klausel vereinbart werden soll. Zur BU-Option hab ich auch einen Marktvergleich erstellt, den ihr auf der Seite www.fondsfinanz.de/vermittlerunterstuetzung-bu finden könnt. Die BU-Option ermöglicht einen Wechsel von der GF- in die BU-Versicherung. Aber meistens nur zu einem bestimmten Ereignis und erst nach Ablauf einer Wartezeit von fünf Jahren. Und die versicherte Person darf auch nicht schwerkrank sein. Es ist also nicht ganz so einfach, wie man das bei einer Option erwarten dürfte. Aber lest mal den Marktvergleich. Der wird auch immer aktuell gehalten.

Das größte Missverständnis, das wir alle vermeiden sollten, besteht darin, dass die aufgezählten Grundfähigkeiten beispielhaft seien. Das sind sie nicht. Wenn ein Versicherer leistet, sobald ich nicht mehr eine Flasche schließen und wieder öffnen kann, dann leistet er nur bei dieser Einschränkung der Hand. Er leistet nicht, wenn mir drei Finger fehlen oder ich zu schwach bin, um mit einem Strick einen Flaschenzug zu bedienen. Es muss die Drehbewegung des Handgelenks eingeschränkt sein. Dann wird geleistet.

Andererseits dürfen wir nicht glauben, dass ich in der Leistungsprüfung tatsächlich eine Flasche zu- und aufdrehen muss. Der Risikoprüfer prüft anhand der Unterlagen, ob die Einschränkung plausibel ist. In der Risikoprüfung zur BUV muss ich ja auch nicht vorarbeiten, um meine Einschränkung nachzuweisen.

Wichtig ist, dass der Kunde versteht, was im Leistungsfall geprüft wird. Wenn du einem Heizungsbauer, der Heizungsteile mit einem Gewicht von 250 kg über Treppen in den Keller tragen muss, sagst, dass der Tarif bei Heben und Tragen leistet, dann wird er begeistert sein. In den Bedingungen steht aber fünf Kilo fünf Meter weit tragen. Auf einer ebenen Fläche. Das wird der Heizungsbauer dann eher weniger cool finden.

Wir müssen in der Beratung unbedingt die Vorstellung des Kunden mit dem, was wirklich im Leistungsfall geprüft wird, in Einklang bringen. Denn sonst gibt es im Leistungsfall Ärger, weil der Kunde denkt, er habe eine Grundfähigkeit verloren, es aber bedingungsgemäß nicht der Fall ist.

2.3.1.3.2 Wie kann ich die einzelnen Tarife der Grundfähigkeitsversicherung vergleichen?

Kurz gesagt: sehr schwierig. Eigentlich unmöglich. Vor allem objektiv. Ich kann zwar durch die oben genannte Matrix mit der Hand, dem Arm und dem Bewegungsapparat auf der einen Achse und Beweglichkeit, Kraft und Ausdauer auf der anderen Achse die einzelnen Auslöser miteinander vergleichen, aber das sagt ja immer noch nichts darüber, welcher Tarif der beste ist. Denn jeder Tarif hat eine andere Anzahl und Aufteilung von Grundfähigkeiten und Fertigkeiten. Und die Wichtigkeit der einzelnen Auslöser variiert, je nachdem, was ich mit der Versicherung vorhabe.

Grundsätzlich kann ich die GFV nämlich auf drei Arten verstehen. Als ein Schmerzensgeld, als eine Art Kostenerstattungstarif oder als Alternative zur Einkommensabsicherung.

Sehe ich sie als eine Art Schmerzensgeld, müsste ich mir überlegen, was mich am meisten nerven würde. Wenn ich nicht mehr sehen kann oder wenn ich nicht mehr hören kann. Oder ob ich meine Hände oder meine Beine nicht mehr gebrauchen kann. Dann könnte ich die Tarife suchen, die jeweils die für mich am wichtigsten Grundfähigkeiten oder Sinne am besten versichert hat. Vertrieblich sollte ich hier den Kunden nach seinen Hobbies fragen. Wenn er z. B. Golf spielt, dann wird es ihn nerven, wenn er nicht mehr Schwung holen kann, weil er den Arm nicht mehr auf Schulterhöhe heben kann, oder den Ball nicht mehr aus dem Loch holen kann, weil er sich nicht mehr knien oder bücken kann. Und wenn er Imker ist, dann wird es ihn nerven, wenn er keine Rähmchen mehr ziehen kann, weil er die Fingerfertigkeit verloren hat.

Überleg dir einfach mal, welche Grundfähigkeiten bei welchen Hobbies gebraucht werden und dann vergleichst du das mit den Auslösern in der GFV.

Wenn ich alle Kosten gedeckt haben will, die mir beim Verlust einer Grundfähigkeit entstehen, muss ich mir überlegen, welcher Verlust die höchsten Kosten nach sich ziehen würde. Könnte ich die Hände nicht mehr gebrauchen, bräuchte ich Hilfe, wenn ich mal wieder die Wohnung streichen müsste. Könnte ich mich nicht mehr bücken, müsste ich einen Gärtner anstellen. Und ohne die Grundfähigkeit Treppensteigen müsste ich einen Treppenlift kaufen.

Auch hier kann ich dann die teuersten Grundfähigkeiten untereinander vergleichen. Wir können aber auch die Kosten betrachten, die entstehen,

weil du deine Einschränkung medizinisch oder technisch ausgleichen willst. Dann ist die GFV eine Art Krankentagegeld, das nur bei schweren Einschränkungen zahlt. Oder eine Krankenzusatzversicherung, die dir Geld zahlt, mit dem du dann machen darfst, was du willst und du dann alles bezahlen kannst, was die gesetzliche oder auch die private Krankenversicherung nicht zahlen würde.

Objektiv sind nur zwei Dinge zu bewerten. Der Prognosezeitraum von 6 Monaten ist immer besser als 12 Monate. Das ist mittlerweile aber ein bisschen wie mit der abstrakten Verweisung ... Es gibt keine neuen Premium-Tarife, die einen Prognosezeitraum von 12 Monaten hätten.

Anders ist es bei den zugelassenen Hilfsmitteln. 400 Meter gehen mit oder ohne Unterarmstützen ist nach wie vor ein sehr großer Unterschied. Und ebenso große Unterschiede gibt es hier auch noch bei den einzelnen Tarifen.

2.3.1.3.3 Wie kann ich die Grundfähigkeitsversicherung zu einer Alternative zur Einkommensabsicherung machen?

Am anspruchsvollsten ist aber sicherlich, die Grundfähigkeitsversicherung als Alternative zur Einkommenssicherung zu sehen.

Am einfachsten ist es, eine GF-Versicherung inkl. einer AU-Klausel abzuschließen. Denn dann würde geleistet werden, wenn ich 6 Monate arbeitsunfähig wäre, also meine Arbeit, mit der ich ein Einkommen erziele, nicht mehr ausüben könnte. Und das dann für 18 oder 24 Monate. Somit wäre ein Bezug zum Beruf hergestellt und die versicherte Person hat keine finanziellen Probleme für die kommende Zeit.

Allerdings sollte hier möglichst schnell eine Umschulung eingeleitet werden. Denn nach den 24 Monaten gibt es dann wieder erst was, wenn eine Grundfähigkeit verloren gegangen oder eingeschränkt ist.

Wenn die Grundfähigkeitsversicherung insgesamt zu einer Alternative zu einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung gestaltet werden soll, dann ist es leider deutlich komplizierter. In diesem Fall muss ich meine Tätigkeitsbeschreibung, wie ich sie im BU-Leistungsfall bräuchte, mithilfe der versicherten Grundfähigkeiten erstellen.

Denn der Leistungsfall in der Grundfähigkeitsversicherung unterscheidet sich von dem in der Berufsunfähigkeitsversicherung dadurch, dass ich

keine Tätigkeitsbeschreibung erstellen muss, um eine BU nachzuweisen. Die „Tätigkeiten“ sind die versicherten Grundfähigkeiten. Daraus lässt sich logischerweise ableiten, dass ein Vergleich meiner Tätigkeiten an einem durchschnittlichen Arbeitstag mit den versicherten Grundfähigkeiten am Ende zu einer groben Vergleichbarkeit beider Produkte führt.

Ich würde also aufschreiben, wie viel am Tag ich in meinem Job gehen muss, wie lange stehen, wie viel sitzen und wie viel knien und bücken. Wenn ich jeden Tag 800 Meter gehen muss, wäre ich BU, wenn ich nur noch 400 Meter gehen könnte. Das deckt sich mit dem Auslöser der GF-Versicherung. Hier betrüge die Schnittmenge also 100 %. So kann ich dann alle Fähigkeiten und Fertigkeiten durchgehen. Alles ganz grob und ohne jeden Anspruch einer Wissenschaftlichkeit. Es geht hier nur um eine Veranschaulichung.

Für einen Fliesenleger wären dann das Knien und Bücken sehr wichtig. Für den Schreiner der Gebrauch der Hände und das Heben und Tragen.

Dann kann ich ganz grob abschätzen, wie viel Prozent von meiner tatsächlichen Tätigkeit durch den Leistungsauslöser abgedeckt wären. Der Fliesenleger muss beispielsweise ca. 6 Stunden am Tag knien. Der Leistungsauslöser in der Grundfähigkeitsversicherung leistet aber erst, wenn ich mich nicht mal mehr einmal am Tag hinknien und wieder erheben kann. Es ist offensichtlich, dass es einfacher erreicht ist, sich keine 3 Stunden, also 50 % von 6 Stunden, mehr hinzuknien, als nur einmal. Dennoch wird es Erkrankungen und Verletzungen geben, auf die sofort beides zutrifft.

Aber sagen wir mal, dieser Auslöser würde 15 % von der Leistungsstärke der BUV erfassen. Andere Auslöser decken sich bzw. würden vielleicht sogar vor der Berufsunfähigkeitsversicherung leisten. Am Ende habe ich dann eine Prozentzahl. Sagen wir, sie liegt bei 40 %.

Wenn nun die Grundfähigkeitsversicherung weniger als 40 % von einer BU-Versicherung kostet, dann wäre es zumindest wirtschaftlich sinnvoll, über eine GFV anstatt über eine Berufsunfähigkeitsversicherung nachzudenken.

Ganz wichtig ist hier, dass ich meinem Kunden klarmache, dass es keinen Zusammenhang zwischen meinem Beruf oder meinem Einkommen und der Versicherung gibt. Es wäre reiner Zufall, wenn ich nicht mehr arbeiten könnte und meine GF-Versicherung gleichzeitig leisten würde. Der konst-

ruierte Zusammenhang ist nur eine Hilfestellung, um einen Wirkungsgrad grob zu ermitteln.

Wenn wir den Wirkungsgrad ermitteln, muss uns klar sein, dass es prozentual immer weniger Leistungsfälle wegen psychischer Erkrankungen gibt, je körperlicher der Beruf wird. Das liegt nicht daran, dass die Leistungsfälle wegen psychischer Erkrankungen weniger werden. Aber die Leistungsfälle wegen körperlicher Einschränkungen werden mehr. Und das ist das Verrückte an einer prozentualen Betrachtung.

Bei handwerklichen Berufen liegt der Anteil psychischer Erkrankungen bei etwa 15 %, etwa gleichauf mit Unfällen. Der größte Teil fällt auf den Bewegungsapparat.

Trotzdem kann es schon mal passieren, dass ein Kunde den Schutz einer Grundfähigkeitsversicherung als zu dürrtig empfindet. Das ist ok. Dann muss ich halt kombinieren.

2.3.1.3.4 Wie kann ich die Grundfähigkeitsversicherung sinnvoll kombinieren?

In meinen Augen ist die GFV, wie oben schon beschrieben, ganz hervorragend mit allen anderen Produkten kombinierbar. Es gibt keine zu große Schnittmenge mit BUV und EUV. Und auch mit dem KTG funktioniert es.

Mit der Dread Disease würde ich nicht kombinieren. Denn eigentlich sichern beide das Gleiche ab. Nur leistet die eine Versicherung auf einmal viel Geld, wenn eine Krankheit eintritt, und die andere zahlt monatlich Geld, wenn eine Krankheit zu einer Einschränkung führt.

Die Dread Disease war früher mal sinnvoll, weil ich einen Haufen Geld absichern konnte. Und wenn ich den dann bei 9 % anlege, kann ich von den Zinsen leben.

Heute ist es umgekehrt sinnvoller. Wenn ich mich gegen schwere Krankheiten mit einer Grundfähigkeitsversicherung absichere, kann ich mit meiner Rente einen Kredit bedienen, falls ich schnell mal einen Haufen Geld brauche.

Deshalb kombiniere ich lieber mit der GFV. Die Dread Disease an sich ist ja nicht verkehrt. Ich kann damit Kinder schon ab einem Jahr für wenig Geld gegen die schwersten Krankheiten absichern. In der Ausgabenabsicherung

spielt es nur bei der Absicherung der Immobilie oder als Ergänzung zu einer Berufsunfähigkeitsversicherung oder einer Erwerbsunfähigkeitsversicherung eine Rolle.

Witzigerweise bieten einige Anbieter der GF-Versicherung auch einen DD-Baustein an. Na ja, tut nicht weh, tut aber auch sonst nicht viel.

2.3.1.3.5 Kann eine Grundfähigkeitsversicherung eine Unfallversicherung ersetzen?

Ein sehr spannender Gedanke ist es, alle Unfallversicherungen durch Grundfähigkeitsversicherungen zu ersetzen. Mir gefiele das so, weil ich von Unfall-Versicherung wenig Ahnung habe, die Gliedertaxen nerven und Meldefristen auch.

Mir fielen spontan auch nicht viele Fälle ein, in denen ein Bedarf entstünde und die UV leisten würde, die GFV aber nicht.

Damit wir uns nicht falsch verstehen ... Mir fallen viele Fälle ein, wo eine Unfallversicherung leistet, aber die GFV nicht. Ich würde in diesen Fällen aber auch keinen Bedarf sehen ... Wenn ich mir die Bänder im Sprunggelenk verletze und am Ende ne Invalidität von 5 % bleibt, dann zahlt die UV halt Geld, aber ich sehe nicht, dass ich die 5.000 Euro dann brauchen würde, um mir besondere Schuhe zu kaufen, um mein Sprunggelenk wieder beweglicher zu machen. Und das vor allem, weil es solche Schuhe halt nicht gibt ...

Bedarf sehe ich, wenn die versicherte Person durch einen Unfall dauerhaft in irgendeiner Fähigkeit oder Fertigkeit eingeschränkt bleibt. Und da würde eine Grundfähigkeitsversicherung per Definition eben auch leisten.

Die GF-Versicherung kann also alles, was eine Unfallversicherung auch könnte. Außer vielleicht Bergungskosten und kosmetische Operationen. Aber wie schon gesagt: Mit einer GFV könnte ich durchaus auch größere Kredite bedienen, falls ich sofort sehr viel Geld bräuchte.

Ich würde das in Zukunft einfach immer parallel anbieten, und der Kunde darf dann entscheiden, was er will. Wie immer, eigentlich ...



Informationen zum Fonds Finanz
Spezialbereich Grundfähigkeit unter:
www.fondsfinanz.de/grundfaehigkeit



☞ ASCORE stellt objektiv die relevanten
Bedingungskriterien gegenüber.
Schaut gerne mal rein:
www.fondsfinanz.de/ascore



2.3.1.4 Das Pflegegeld

Und wenn wir mal ganz ehrlich sind, ist ein Pflegegeld eigentlich nur eine Grundfähigkeitsversicherung für eine ältere Zielgruppe. Oder die GFV ist das PTG für Hipster.

Das Pflegegeld zahlt in der Regel je nach Pflegegrad den vereinbarten Tagessatz. Bei stationärer Pflege kann oft ein anderer Satz vereinbart werden, was auch sinnvoll ist.

Es gibt ein paar Gallier da draußen, die behaupten, dass das Pflegegeld bei Akademikern schneller leisten würde als die BU-Versicherung. Und da ich immer große Sympathien für Minderheiten und deren Meinungen habe, werde ich da nicht mal widersprechen. Es lassen sich durchaus Fälle konstruieren, wo das zutrifft.

Aber der Produktaufbau sieht halt keinen Zusammenhang zwischen meinem Beruf und dem Leistungsfall vor, weshalb ich auch immer wieder Fälle erdenken kann, wo die BUV früher leistet als das PTG. Und bei der BUV kann ich immer davon ausgehen, dass die Rente gezahlt wird, wenn ich aus gesundheitlichen Gründen in meinem Arbeitsergebnis zur Hälfte eingeschränkt bin.

Beim PTG kann es sein, dass ich noch arbeiten kann und das Tagesgeld beziehe. Es kann aber auch sein, dass ich schon lange kein Einkommen mehr erzielen kann, aber die Voraussetzungen für das PTG noch nicht erfüllt sind.

Das größte Problem dürfte sein, dass der medizinische Dienst der Krankenkassen vor allem bei jungen Menschen versuchen wird, alle Möglichkeiten der Behandlung oder Rehabilitation auszuschöpfen, bevor ein Pflegegrad vergeben wird.

Aber als Ergänzung oder statt einer Grundfähigkeitsversicherung kann das Pflegegeld schon mal funktionieren.

Insgesamt finde ich solche Gedankenspiele immer interessant, aber das war es dann auch schon.

Im Übrigen hab ich einen Tarif in der Schublade, der eine Art BU-Versicherung auf Grundlage der Krankenversicherung ist. Mir gefällt, wie günstig der Tarif zu kalkulieren ist. Aber es ist halt schwierig, die Anpassungsmöglichkeiten für die kommenden 40 Jahre Vertragslaufzeit sinnvoll und wirksam einzuschränken.

2.3.1.5 Die Dread Disease

Wie jetzt vielleicht schon einige gemerkt haben, funktioniert es mit der DD nicht so einfach, das Einkommen bzw. meine monatlichen Ausgaben abzusichern.

Die Schwere-Krankheiten-Absicherung funktioniert in meinen Augen hauptsächlich als Alternative zur Krankenkostenversicherung. Wenn du eine schwere Krankheit hast, kannst du mit 100.000 Euro sicherlich die eine oder andere Behandlung durch einen Spezialisten finanzieren. Der darf dann auch in den USA praktizieren. Kann dir egal sein. Du musst ja nicht prüfen, ob es in den Bedingungen mitversichert ist.

Du kannst deine gesundheitliche Einschränkung aber auch technisch ausgleichen, wenn das notwendig und möglich ist. Und du kannst im Job mit den Rücklagen erstmal kürzertreten, sofern du überhaupt noch arbeiten kannst.

Aus diesem Grund sollte auch jeder, der es sich leisten kann und will, so eine Versicherung haben. Aber das Einkommen lässt sich damit nur arg zufällig absichern.

Da darf dann auch gern jeder seine eigene Meinung dazu haben. Ich persönlich würde die DD nur ergänzend, nie ersetzend anbieten.

Eine Kombination ist auch hier denkbar. Mit den anderen Versicherungen wurde das schon oben ausgeführt. Aber auch mit einem Krankentagegeld ist das keine schlechte Idee.

Denn das Krankentagegeld zahlt schnell, wenn ich auch mal wegen einer nicht so schweren Krankheit für längere Zeit krankgeschrieben bin. Und die Dread Disease zahlt auf einmal viel Geld, wenn ich eine wirklich schlimme Krankheit habe.

☞ Informationen zum Dread Disease
Spezialvergleich unter:
www.fondsfinanz.de/lv-spezialvergleiche



☞ Informationen zum Fonds Finanz
Spezialbereich Dread Disease unter:
www.fondsfinanz.de/dread-disease



☞ ASCORE stellt objektiv die relevanten
Bedungskriterien gegenüber.
Schaut gerne mal rein:
www.fondsfinanz.de/ascore



2.3.1.6 Die Multi-Risk-Versicherung

Ich könnte mir sehr gut vorstellen, dass diese Versicherung ein paar Vertriebsvorständen auf einer Après-Ski-Party so gegen drei Uhr morgens eingefallen ist. Das sieht ja auf dem Papier ganz geil aus. Es gibt eine monatliche Rente, wenn ich einen Unfall habe, eine Grundfähigkeit verliere, bei Organversagen, Krebs und Pflegebedürftigkeit.

Eine BUV leistet nur bei Berufsunfähigkeit. Das hört sich nicht so geil an.

Wenn ich aber genauer in die Bedingungen sehe, dann muss ich mindestens drei Grundfähigkeiten verlieren, um Leistung zu erhalten, und bei Krebs wird erst ab Stadium IV ein Leben lang geleistet, was an sich schon ziemlich zynisch ist, find ich.

Die Multi-Risk ist an sich nichts weiter als eine Unfallrente mit ein paar Zusatzbausteinen, die die Leistung aufmotzen.

Nicht zu verwechseln mit der Grundfähigkeitsversicherung, die zusätzlich einen DD-Baustein hat. Das gibt es ja auch. Manche nennen das: Multi-Risk nach Art der Lebensversicherung kalkuliert. Ich nenne das GFV mit Zusatzbaustein.

Die Multi-Risk auf Unfallbasis ist kein Produkt, das wir alternativ anbieten. Ich persönlich würde es auch nicht kombinieren. Die Multi-Risk ist dann eine gute Lösung, wenn alle anderen Produkte aus gesundheitlichen Gründen nicht gehen oder dem Kunden viel zu teuer sind.

Wichtig ist, dass wir hier in der Beratung vor allem aufzählen, was die Versicherung alles nicht kann. Denn sonst erwecken wir tatsächlich den Eindruck, es sei eine Grundfähigkeitsversicherung mit Unfallleistung und Dread-Disease-Baustein. Ist es aber nicht.

Der Kunde muss verstanden haben, dass wir hier nur den alleraller schlimmsten Fall abdecken können. Tatsächlich liegt die restliche Lebenserwartung bei einem Leistungsfall in der Multi-Risk-Versicherung bei gerade mal 7 Jahren im Schnitt.

Das Produkt ist aber nicht deswegen bei mir unten durch, sondern weil das Marketing dazu so weit von der Realität entfernt ist.

Zum Glück hat die Euphorie um dieses Produkt in den letzten Jahren stark abgenommen. Es wurden schon länger keine neuen Tarife mehr entwickelt. Und mittlerweile bin ich nicht mal mehr sicher, ob es überhaupt noch mehr als einen einzigen abschließbaren Tarif gibt.

2.3.1.7 Die Unfallversicherung

Bei manchen Kollegen ist die erste und einzige Alternative zur Berufsunfähigkeitsversicherung die Unfallversicherung. Das ist selbstverständlich Blödsinn. Allerdings ist die Unfallversicherung das einzige der bisher aufgelisteten Produkte, die ich ohne Gesundheitsfragen abschließen kann. Ausgenommen sind BUZ-Betragsbefreiungen bis 250 Euro mit 3 Jahren Wartezeit.

Wenn also gar nichts geht, dann sollte ich dem Kunden immerhin eine Unfallversicherung anbieten. Dann auch mit Unfallrente, um die laufenden Ausgaben abzudecken. Denn auch eine Unfallversicherung ist besser als keine Berufsunfähigkeitsversicherung.

Spannend ist auch die Unfallversicherung nach dem Haftpflichtprinzip. Diese Versicherung tut bei einem Unfall so, als wäre sie schuld an meinem Unfall. Deswegen kommt sie für alle entstandenen Kosten auf. Sie haftet auch für Einkommensausfälle, für Krankheitskosten, aber eben auch für die entgangenen Entgeltpunkte in der Deutschen Rentenversicherung durch die Einkommensausfälle.

Eine sehr interessante Möglichkeit, um wenigstens nach einem Unfall sehr gut abgesichert zu sein. Derzeit gibt es aber nur 3 Anbieter dieser

Versicherung: Unfall Individual der Bayerischen, Gleichgewicht von Prokundo (Volkswohl Bund) und Unfall Existenz Versicherung der Ostangler.

☞ Informationen zum Fonds Finanz
Spezialbereich Unfallversicherung unter:
www.fondsfinanz.de/unfallversicherung



2.3.2 Immer den Kunden fragen, was er will

Meinem Kunden erkläre ich in den seltensten Fällen tatsächlich eines oder mehrere dieser Produkte. Das interessiert die nicht im Detail.

Das muss ich als Vermittler aber im Detail wissen. Und das muss ich auch prüfen. Ist genau wie beim Auto. Ich muss nicht den Motor reparieren können, um damit zu fahren. Aber der Experte sollte das können. Deswegen muss mein Kunde auch nicht über alle Bedingungspunkte im Detail Bescheid wissen. Das muss nur ich.

ASCORE taucht sehr vertieft in die Bedingungswerke der Versicherer ein und analysiert auf einfache und verständliche Weise die Vorgaben des Versicherers.

☞ Hier geht's zu ASCORE:
www.fondsfinanz.de/ascore



Ich frage ganz einfach, wie er sich eine Absicherung vorstellt. Was soll wann und wie lange geleistet werden. Das ist oft sehr interessant. Die meisten wollen eine Art Unfallversicherung, die leistet, wenn ich nicht mehr arbeiten kann.

Dass auch bei psychischen Erkrankungen geleistet wird und der Versicherer uns nicht auf einen anderen Beruf verweisen darf, ist für die meisten schon ein ziemliches Highlight.

Wenn der Kunde keine rechte Vorstellung hat, frage ich nur, ob er die Ausgaben für sich, seine Kinder oder sein Haus – ich frage tatsächlich jede Ausgabe einzeln ab – sehr gut, gut oder anders abgesichert haben möchte. Die Ausgaben für die Kinder möchte in der Regel jeder sehr gut abgesichert haben. Dann sage ich dem Kunden, dass diese Versicherung bereits dann leistet, wenn er in seinem Beruf aus gesundheitlichen Gründen nur noch zur Hälfte arbeiten kann.

Bei der guten Absicherung müsste ich umschulen. Denn ich bekomme erst mein Geld, wenn ich aus gesundheitlichen Gründen nur noch drei Stunden oder weniger am allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten könnte.

Bei den anderen Lösungen gibt es keinen direkten Zusammenhang mehr zu meinem oder irgendeinem Job. Und psychische Erkrankungen sind nicht mehr voll umfänglich versichert.

Damit weiß der Kunde eigentlich schon mal ganz gut über alles Bescheid, was ich euch die letzten Seiten so breit und lang im Detail erklärt habe.

Auf dieser Grundlage kann er schon mal eine erste Entscheidung treffen. Bei der Unterscheidung der Tarife kommt es dann halt drauf an, was für diesen Kunden wichtig ist.

Wer keine Lust hat, sich hier alle Bedingungen mal anzutun und sich ne Excel anzulegen, sollte einfach ASCORE nutzen. Ich weiß, ich wiederhole mich hier, aber das Tool erspart dir im Zweifel echt ne Menge Arbeit ...



Hier geht's zu ASCORE:

www.fondsfinanz.de/ascore



Denn bei ASCORE kannst du den Bedingungspunkt, der dich interessiert, eingeben, und das Programm zeigt die Tarife an, die den Punkt beinhalten.

Am wichtigsten ist aber zunächst mal die beste Annahme. Erst dann kommen die Bedingungen. Kein Tarif ist so viel besser, dass ich ihn nehmen sollte, obwohl ich bei diesem Versicherer einen Ausschluss für die Wirbelsäule habe.

Selbstverständlich gibt es hier auch Ausnahmen. Einen Ausschluss für Allergien oder den Knöchel kann ein Büroangestellter vermutlich noch verkräften. Wir als Vermittler müssen dann aber richtig gut dokumentieren. Denn ein Ausschluss ist eine Leistungseinschränkung. Da muss ich dann schon erklären, warum der Kunde das so hinnimmt, obwohl er bei einem anderen Versicherer diese Einschränkung nicht hätte.

Na ja, halt einfach den Kopf während der gesamten Beratungszeit anlassen und euch kann nicht viel passieren. Immer, wenn der Kunde von der bestmöglichen Lösung abweicht, muss ich das noch mehr dokumentieren.

Und den Kunden fragen, was ihm lieber ist. Wir sollten uns eher als eine Art Wikipedia für den Kunden verstehen. Er bekommt von uns alle Infos, die er braucht, um für sich eine vernünftige Entscheidung treffen zu können.

Das ist übrigens auch immer meine Frage, wenn ich merke, dass der Kunde kaufen will. Dann wäre es ja bescheuert, wenn ich ihn noch stundenlang zuquatsche, bis er endlich nicht mehr kaufen will, sondern sich das Ganze nochmal überlegen will ...

Nein. Wenn der Kunde mir das Kaufsignal gibt, dann stelle ich nur noch eine letzte Frage: „Gibt es noch irgendwelche Informationen, die Sie von mir brauchen, um für sich eine gute Entscheidung zu treffen?“ Habe ich das Kaufsignal richtig gedeutet, dann verneint der Kunde das. Ich notiere mir in der Dokumentation, dass ich alle wichtigen Informationen gegeben habe und der Kunde keine mehr für nötig hielt, und bereite den Antrag vor. Wenn ich was missverstanden habe, sagt der Kunde mir, was er noch wissen will. Dann bekommt er eben noch diese oder jene Info. Und dann bereite ich den Antrag vor.

2.3.3 Eine Lösung, viele Produkte

Wenn ich die Wünsche und Bedürfnisse des Kunden ernst nehme, kann es am Ende passieren, dass er eine BUV für die Ausgaben seiner Kinder will, eine zweite BUV mit anderer Laufzeit in Kombination mit einer DD für das Haus, eine EUV mit einem KTG und eine Rentenversicherung für die Ausgaben, die er ein Leben lang hat. Das sind ne Menge Anträge. Da wäre es doch viel leichter, einfach nur eine BU-Versicherung bis Endalter 67 zu machen.

Ja, klar wäre es das. Aber das wäre eben nicht individuell.

Und tatsächlich ist es doch so, dass der Markt recht grausam ist. Zwar heißt es immer wieder, dass es noch so viel Potenzial gibt und zwei Drittel der Kunden noch nicht versichert sind. Ich habe aber manchmal das Gefühl, dass ein Drittel zu krank ist für eine Absicherung, ein Drittel es sich einfach nicht leisten kann, und ein Drittel schon eine Absicherung hat.

Die meisten Kollegen tummeln sich in dem blutigen Gewässer derer, die bereits eine Absicherung haben, und sparen dem Kunden 5 Euro im Monat. Ohne groß den Bedarf zu ermitteln. Einfach die Daten vom alten Vertrag abgeschrieben, und gut ist es.

Wir sind mit der ausgabenorientierten Beratung schon mal imstande, die 30 %, die sich die Absicherung über eine BUV nicht leisten können, zu erreichen. Da ist wenig Konkurrenz unterwegs.

Aber mir macht an der ausgabenorientierten Beratung am meisten die Vorstellung Spaß, wenn einer der umdeckungswütigen Kollegen kommt und in den Ordner meines Kunden schaut. Sofern es ihm nicht von vornherein zu blöd ist, sich die Arbeit zu machen, wird mein Kunde sich sicherlich noch erinnern, dass wir alles individuell in Höhe und Laufzeit ermittelt haben.

Da ist es unwahrscheinlich, dass der Kollege aus dem Fußballverein oder der Typ von der Bank, der sonst den Kredit nicht so günstig macht, einen Fuß in die Tür bekommt.

Und wenn doch, dann deckt er vielleicht die BUV um, aber lässt den Rest, wie er ist.

Wir reden ja bei Aktien immer davon, wie wichtig Mischung und Streuung sind. Aber wenn es um unseren Bestand geht, setzen wir in der Arbeitskraftabsicherung immer auf das gleiche Produkt? Das ist nicht sinnvoll! Je mehr verschiedene Produkte ich verkaufe, desto sicherer mein Bestand. Bei den letzten Zeilen denken sich sicherlich einige von euch, dass der Kunde niemals so viele Produkte machen wird. Wie soll er denn alles bezahlen?

Gut, unterm Strich ist es selten viel teurer als eine Berufsunfähigkeitsversicherung in richtiger Höhe und Laufzeit. Aber das Argument ist valide.

2.4 Wie bekomme ich genügend Budget für eine vernünftige Absicherung?

Denn normalerweise hat der Kunde, bevor er zu uns kommt, vielleicht schon eine Unfallversicherung, die bisher die Eltern bezahlt haben. 100 Euro im Jahr. Viel teurer kann eine BU-Versicherung doch nicht sein, oder? Die Berufsunfähigkeitsversicherung ist aber teurer. Und sauwichtig. Das erkennt aber keiner.

Es ist nämlich nicht so, dass die Leute kein Geld hätten. Aber ein Auto ist wichtiger. Und ein Smartphone und der Smart-Fernseher. Oder was es sonst noch an smarten Produkten gibt ...

Wir müssen es also schaffen, dem Kunden klarzumachen, was wir hier verkaufen. Und warum es so sauwichtig ist. Dann spielt der Preis keine allzu große Rolle mehr.

Ich habe dazu zwei Ansätze, um den Kunden zu zeigen, worum es geht. Der erste Ansatz ist ziemlich effektiv, was daran liegt, dass wir nicht Prozentrechnen können und auch nur ungern Fehler zugeben.



Ganzheitliche Beratungs-Software von VorFina:

www.fondsfinanz.de/vorfina



2.4.1 Vergleich mit der gesetzlichen Absicherung

Ich frage den Kunden immer, ob er weiß, was er an gesetzlicher Rente im Alter und bei Erwerbsminderung erwarten kann. Wenn er das bejaht, stelle ich ihm sofort die nächste Frage. Wenn der das verneint, erkläre ich es ihm kurz wie oben dargestellt und stelle dann diese Frage: „Wie hoch würdest du die Qualität der gesetzlichen Versorgung im Alter oder bei Erwerbsminderung auf einer Skala von 1–10 einschätzen?“ Ich hatte hier noch keine Wertung höher als 5. Denn kaum jemand kann mit einer Gehaltseinbuße von 60 % oder mehr leben.

Und sollte jemand tatsächlich den Schutz mit einer 7–10 bewerten, dann würde ich nachhaken, ob er damit die Qualität oder die Höhe der Rente bewertet. Erst wenn er dann auch noch behauptet, die Höhe wäre ausreichend, kann ich ihm ne Immobilie zur Vermietung verkaufen. Oder sonst was. Denn offensichtlich hat der Kunde 60 % seines Einkommens zur freien Verfügung.

Und wenn er damit nur die Qualität bewertet, ist das ein idealer Kunde für eine Erwerbsunfähigkeitsversicherung. Das würde ich dann entsprechend dokumentieren.

Aber gehen wir zurück zu den „normalen“ Kunden, die irgendwo zwischen 3–5 liegen. Ich lass mir dann noch mal bestätigen, dass sie die staatliche Absicherung also eher als nicht so toll bewerten würden.

Als Nächstes frage ich dann, ob sie wissen, wie viel sie jeden Monat dafür zahlen. Da kommen in der Regel zwei Antworten. Die einen sagen: „Hä? Nix!“ Und die anderen, sogar die meisten sagen: „18,6 %!“ Und da haben

sie zwar nicht Recht, aber sie sind ziemlich nah dran. 9,30 % für die Rentenversicherung, für die Pflegeversicherung zwischen 0,7 %–1,7 % und nochmal 0,6 % für Kinderlose und Krankenversicherung sind 7,3 % plus den Zusatzbeitrag, der auch mal bei 2 % liegen kann. Das sind knapp 20 %.

„Du zahlst also ca. 20 % von deinem Gehalt jeden Monat, um eine Absicherung zu haben, die du nicht mal so richtig toll findest.

– Dramatische Pause – Wie viel Prozent wäre es dir denn Wert, wenn ich es für dich perfekt lösen würde?“

Na ja, und weil wir nicht rechnen können und eben noch abgenickt haben, dass wir für eine Scheiß-Lösung 20 % zahlen, muss ich für die perfekte Lösung an sich mehr zahlen. Wer 20 % für ne 5 zahlt, muss 40 % für eine 10 zahlen. So wäre die logische Schlussfolgerung.

Jeder weiß aber, dass das sehr viel wäre, weshalb das zumindest bei mir noch nie jemand gesagt hat. Die Mutigen hauen hier 20 % raus. Aber das passiert selten. Die Überlegten sagen 15 %, aber die meisten sagen 10 %. Bei einem Einkommen von 2.500 Euro liegt unser Budget jetzt also bei 250 Euro.

Das würde ich an dieser Stelle kurz bestätigen: „Du sagst also, dass ich 250 Euro monatlich bekomme, um das für dich perfekt zu lösen? Ich glaube, dass wir am Ende nicht so viel brauchen, aber lass gleich mal loslegen.“

Wichtig ist, dass ich die Zahl mal nenne und gleichzeitig sage, dass wir vermutlich nicht so viel brauchen werden. Dann ist die Zahl mal im Raum. Und niemand wird an der Stelle sagen „Sorry, aber ich kann keine 10 % umrechnen!“. Jetzt überwiegt die Hoffnung, dass es am Ende keine 250 Euro werden.

So schaffe ich es in der Regel, die Ausgaben bis zum 67. perfekt abzusichern, und es bleibt noch was übrig für die lebenslange Ausgabenabsicherung.

2.4.2 Die Ausgabenabsicherung als Investition verstehen

Die zweite Geschichte gefällt mir so gut, weil sie so einfach ist. Da sind keine Prozente, und keiner muss rechnen. Der Kunde lernt hier nur, dass die BU-Versicherung eine Investition in absolute Sicherheit ist. Die Geschichte geht folgendermaßen:

Stell dir vor, du hast deinen Traumjob gefunden. Alles ist, wie du dir es vorgestellt hast.

Der Chef kommt und sagt, wie er sich freut, dass du bald anfängst. Dann stellt er dir die beiden Gehaltsmodelle in der Firma vor.

Die Arbeit ist komplett die gleiche.

Dein Gehalt beträgt entweder 3.250 Euro, aber wenn du aus gesundheitlichen Gründen nur noch zur Hälfte arbeiten kannst oder überhaupt nicht mehr arbeiten kannst, wird dein Gehalt bis zum 67. Lebensjahr weitergezahlt.

Oder du bekommst 3.500 Euro, aber wenn du krank wirst, bekommst du nix mehr.

Welches Gehaltsmodell würdest du wählen?“

Die Antwort sollte klar sein. Alle nehmen die erste Variante. Also ist die Absicherung 250 Euro wert.

Für die reine Absicherung der Ausgaben bis 67 brauche ich selten 250 Euro. Aber ich hab dann noch was, um mit der Altersvorsorge zu beginnen. Und das ist halt auch sehr wichtig. Egal, ob mit Versicherung, Aktien oder Immobilien. Probiert da gern mal rum. Wenn jemand 4.500 Euro verdient, dann könnt ihr als Beispiele auch mal 4.500 Euro und 4.150 Euro versuchen.

Der Kunde hat aber nicht nur verstanden, was eine BU-Versicherung eigentlich macht, er hat auch verstanden, was ihm die Lösung wert ist. Die Lösung! Nicht die Versicherung ...

2.5 Billig ist billig ist billig

Wenn ich jetzt bei meinem Kunden für die beste Annahme seines Gesundheitszustandes und seiner Hobbies gesorgt habe, den Bedarf ermittelt und die Wünsche und Bedürfnisse mit den passenden Produkten hinterlegt und die besten Tarife der jeweiligen Produkte für meinen Kunden ausgesucht habe, geht es jetzt trotzdem um den Preis.

Und da muss ich halt einfach in Softfair rechnen.

☞ Leistungsstarke und preiswerte Tarife unter:
www.fondsfinanz.de/leben-modul



Wenn hier dann ein ganz anderer Tarif an erster Stelle steht, als die, die ich nach den Bedingungen ausgesucht habe, muss ich halt mit dem Kunden durchgehen, was ihm wichtiger ist. Der Preis oder die besten Bedingungen.

Es ist in meinen Augen aber auch ok, wenn ich dem Kunden nur die zwei oder drei günstigsten Tarife zeige, die eben eine gute Annahme anbieten und gute Bedingungen haben. Der Autohändler zeigt mir auch nicht den Mini, wenn ich einen Kombi brauche.

Sollte der Beitrag dem Kunden zu teuer sein, ist es für mich, wie schon gesagt, nie eine Option, die Rentenhöhe zu senken. Denn dann habe ich im Leistungsfall immer Probleme. Mir fehlt immer Geld.

Dann eher noch die Laufzeit oder das Produkt ändern. Aber in beiden Fällen muss ich dem Kunden eben auch erklären, welche Risiken er dadurch wieder selbst trägt. Und dann darf der Kunde selbst entscheiden.

Oft kann ich aber auch durch eine Tätigkeitsbeschreibung Geld sparen. Und hier steckt der Teufel auch oft im Detail. Denn die Einstufung erfolgt durch ein ziemlich starres Raster. So ist es bei den meisten Versicherern so, dass eine Bürotätigkeit mit 70 % auch mal nur die Hälfte kosten kann, wenn die Bürotätigkeit eher bei 75 % läge. Denn bei 75 % wird bei vielen BU-Versicherern auf eine bessere Berufsgruppe umgestellt. Das sollte immer genau geprüft werden. Ich darf da nicht lügen. Aber genau prüfen darf ich schon. Außerdem hilft eine Tätigkeitsbeschreibung auch oft bei handwerklichen Berufen.

Denn auch hier macht der Fortschritt nicht halt. Viele saugefährliche Arbeiten erledigen mittlerweile Maschinen. Ein Dreher steht heute z. B. nicht mehr selbst an der Maschine. In vielen Betrieben spannt er das Werkstück ein, schließt die Maschine zu, setzt sich an den PC und gibt ein, wie das Stück bearbeitet werden soll.

Das könnte auch hier eine Berufsgruppe ausmachen.

Und zu guter Letzt solltet ihr immer prüfen, ob es mehrere Bezeichnungen für ein und denselben Beruf gibt. Der Assekuranzmakler ist bisweilen besser eingestuft als der Versicherungsmakler. Warum, weiß kein Mensch. Der Kindergärtner ist ein Überbegriff für Kindererzieher und Kinderpfleger. Eigentlich gibt es diese Berufsbezeichnung seit den 60er-Jahren nicht mehr. Der Kindergärtner ist aber deutlich günstiger als der Kinderpfleger. Die Berufsgruppendifferenzierung ist ne üble Sache. Aber wir sollten trotzdem die Vorteile für unsere Kunden nutzen. Solange wir nicht lügen, ist alles ok.

Vertrieblicher Exkurs: Warum jeder, der eine BUV hat, auch eine Altersvorsorge braucht ...

Nachdem wir jetzt ne ganze Menge gelernt haben, das halt oft auch nur nett zu wissen ist, aber im beruflichen Alltag nichts bringt, würde ich hier nochmal einen vertrieblichen Exkurs einfügen, bevor wir in eine Einwandsbehandlung, oder besser, eine Einwandsvorwegnahme einsteigen.

Wir haben ja weiter oben gelernt, dass der Rentenartfaktor bei voller Erwerbsminderung der gleiche ist wie bei der Altersrente. Wann immer also ein Kunde für sich verstanden hat, dass er die Lücke bei Berufsunfähigkeit schließen muss, wird er auch verstehen, dass er sie im Alter schließen muss. Denn die Chance, vor 67 BU zu werden, liegt bei 25 %. Gut 15 % aller Menschen sterben vor dem Renteneintritt, aber da wir davon ausgehen dürfen, dass das viel weniger Menschen betrifft, die eine Gesundheitsprüfung in der BU-Versicherung überstanden haben, können wir diese Zahl auch vernachlässigen. Am Ende ist es auch irrelevant ... Entweder wirst du vor 67 BU oder du wirst mit 67 BU wegen Alters. Die Lücke haben wir schon berechnet, also fehlt dir mit 67 die Summe x.

Es ist dann euch überlassen, ob die Lücke mit einer Rentenversicherung, Aktien, ETF oder Immobilien geschlossen wird. Aber an sich darf es nicht mehr passieren, dass ein Kunde nur eine BU-Versicherung ohne eine Altersversorgung abschließt.

Und umgekehrt geht das auch. Wenn du mit einem Kunden die Altersversorgung machst, dann muss auch der Weg dorthin gesichert werden. In meinen Augen hat die Berufsunfähigkeitsversicherung Priorität. Denn du weißt nie, wann es passiert, weshalb es sehr schwierig ist, das Problem mit eigenem Geld zu lösen. Je früher es passiert, desto weniger hast du bis dahin gespart, aber umso mehr brauchst du, wenn du dauerhaft BU bist.

Auf den Punkt gebracht ist die Wahrscheinlichkeit, morgen BU zu werden vermutlich deutlich unter einem Prozentpunkt anzusiedeln. Sie ist aber nicht null! Die Wahrscheinlichkeit, morgen 67 Jahre alt zu sein, ist für unsere Kunden aber in der Regel einfach nur null. Deshalb lieber erst die BU-Versicherung klären und dann die Altersvorsorge anschließen als umgekehrt. Ist aber am Ende vermutlich eine Geschmackssache.

2.6 Die Einwände

Es ist in den meisten Fällen eh schwierig, den Kunden davon zu überzeugen, dass eine Absicherung der Arbeitskraft sinnvoll ist. Und meistens ist es schwierig, weil wir versuchen, das Gefühl des Kunden mit Fakten zu überzeugen. Aber das passt halt einfach nicht zusammen. Wir müssen Gefühle mit Gefühlen überzeugen und Fakten mit Daten. Ich hab da schon einiges gehört, weshalb ich hier mal ein paar der häufigsten Einwände vorstellen möchte und wie man ihnen begegnen kann.

2.6.1 „Ich brauch keine BUV!“

Ok, da muss ich mich immer ein wenig zusammenreißen. Aber dieser sehr dumme Einwand hat in der Regel mehrere Gründe:

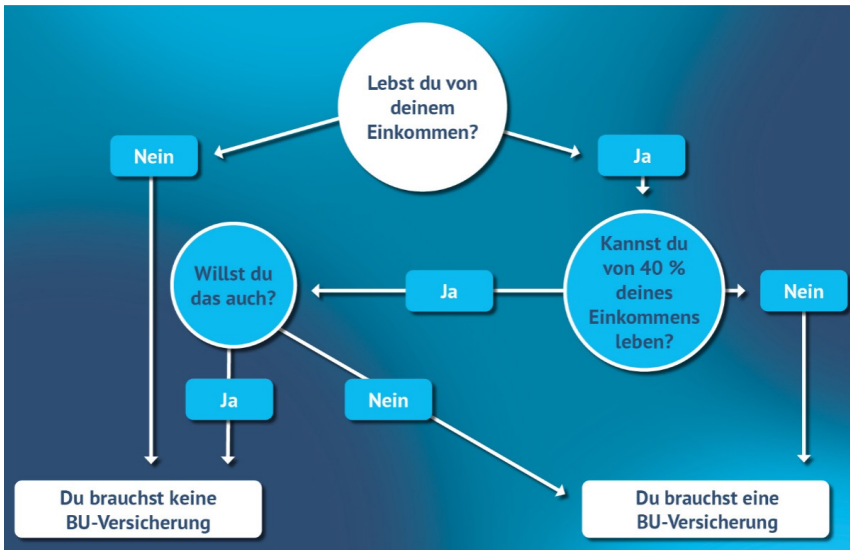
1. Die meisten Menschen verwechseln ihre eigenen Erfahrungen mit dem, wie Dinge halt in echt funktionieren. Da wir je nach Wohnort täglich oder zumindest wöchentlich einen Sanitärer fahren sehen oder hören und wir damit einen Unfall assoziieren, ist eine Unfallversicherung für die meisten sehr wichtig. Ich bezweifle mal, dass es sich bei den meisten Einsätzen eines Sanitätswagens am Ende um einen bedingungsgemäß versicherten Unfall handelt, der zu einer nennenswerten Leistung führen würde, aber darum geht es gerade nicht. Eine Berufsunfähigkeit ist leise. Und selbst der Betroffene definiert sich in Gesprächen nicht als BU, sondern als krank. Deshalb halten die Menschen eine BU-Versicherung für unwichtig, weil sie zwar kranke Leute kennen, die nicht mehr arbeiten können, aber niemanden, der BU ist.

2. Wenn du jung und gesund bist, gehst du davon aus, dass sich das nie ändern wird.
3. Außerdem liest man immer in der Zeitung, wie gut es Bürgergeld-Empfängern geht. Was soll also schon passieren im schlimmsten Fall?

Grundsätzlich würde ich hier schon mal erwähnen, dass ein Risiko, das sich in einem von vier Fällen verwirklicht, eine ziemliche Bedrohung ist. Wenn du einen kostenlosen Urlaub bekommst, aber eins von vier Flugzeugen stürzt ab, dann würdest du vermutlich auch lieber verzichten.

Aber es ist unterm Strich komplett egal, wie die Statistik ist. Wenn das Risiko nicht null ist, musst du es versichern, wenn du die Folgen nicht alleine tragen kannst. Und das ist bei einer BU-Versicherung dann der Fall, wenn du kein Millionär bist, der von Immobilien oder Aktien leben kann oder wenn Bürgergeld sich für dich wirklich nicht so schlimm anhört.

Am Ende reicht die Frage „Kannst du von 40 % deines Einkommens leben?“.



Wer das nicht bejahen kann, muss sich absichern, weil die gesetzliche Absicherung nicht ausreichen wird.

2.6.2 „Ich arbeite aber im Büro und da kann mir nichts passieren ...“

Dahinter stecken auch wieder mehrere Missverständnisse. Zum einen denken viele Menschen, die im Büro arbeiten, eine BU-Versicherung würde für sie das gleiche kosten wie für einen Handwerker. Das ist aber, wie wir alle wissen, Quatsch.

Die Hauptaufgabe der Versicherungsgesellschaften ist es, Risiken zu kalkulieren. Das machen die schon seit hundert Jahren. Deshalb wissen sie, dass eine Kfz-Versicherung für ein Auto, das „nur“ 100.000 Euro kostet, ja auch teurer ist als die Wohngebäude-Versicherung für ein Haus, das 500.000 Euro kostet. Und warum ist das so? Na ja, weil das Risiko für ein Auto, kaputt zu gehen, größer ist. Liegt zum einen daran, dass die meisten Häuser stabiler sind und vor allem daran, dass sich Autos mehr bewegen ...

Genauso ist es bei den unterschiedlichen Berufen. Und das sehen unsere Hobby-Aktuarien halt auch wieder ein bisschen falsch ... Denn ein Beruf ist nicht dann riskant im Sinne der Berufsunfähigkeitsversicherung, wenn er ein hohes Verletzungsrisiko birgt, sondern dann, wenn schon leichte Einschränkungen zu einer BU führen können.

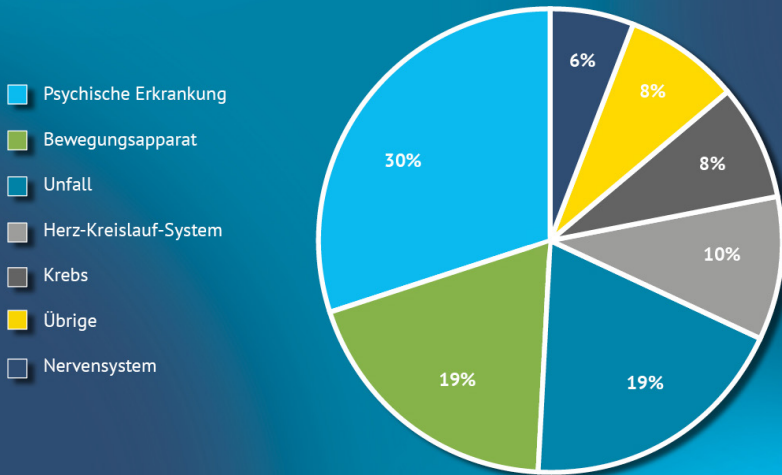
Der Sprengmeister ist nicht deshalb teuer oder nicht versicherbar, weil der Sprengstoff explodieren könnte. Sollte das passieren, wird eher die Risiko-LV greifen, statt der BU-Versicherung. Aber die psychische Belastung ist enorm.

Und eine Bürokraft hat vermutlich ein ähnlich geringes Verletzungsrisiko wie der Uhrmacher. Trotzdem ist der Uhrmacher teurer, weil er bei einem leichten Tremor in der Hand schon BU wäre, aber die Bürokraft noch nicht.

Abschließend gibt es noch eine große Anzahl von Krankheiten, die unabhängig vom Beruf zu einer BU führen. Bei einer Depression ist es egal, in welchen Beruf du nicht gehen kannst, weil du es nicht aus dem Haus schaffst und auch während einer Chemo bist du vermutlich für mindestens sechs Monate außerstande, ein sinnvolles Arbeitsergebnis zu erzielen. Und alleine diese beiden Krankheitsbilder machen fast 50 % aller Leistungsfälle aus.

Da ein Akademiker nur etwa ein Drittel an Beitrag für eine BUV im Vergleich zu einem schwer körperlichen Beruf zahlt, ist die Entscheidung für Akademiker auch wirtschaftlich überaus sinnvoll.

Ursachen für Berufsunfähigkeit laut GDV



2.6.3 „Aber dann können die verlangen, dass ich als Pförtner arbeiten muss ...“

Ganz kurz: nein! Nicht mal, wenn es ein alter Vertrag mit abstrakter Verweisung wäre. Denn auch bei der abstrakten Verweisung gelten grundsätzlich die Regeln der konkreten Verweisung. Der neue Beruf muss ähnlich hoch bezahlt werden, muss dem gleichen sozialen Ansehen entsprechen und darf weder über- noch unterfordern.

Aber die konkrete Verweisung gibt es ja noch in den meisten Tarifen. Ich hab hier schon ein paar Beispiele genannt, die zeigen, wie unfassbar schwierig es für den Versicherer ist, wieder aus der Leistung zu kommen.

Du kannst deinem Kunden aber einfach sagen, dass du, sofern du tatsächlich einen neuen Job hast, der Versicherer erst dann die Leistung einstellen darf, wenn du 80 % oder mehr im Vergleich zu deinem alten Job verdienst. Der Kunde darf dann auch in der Leistungsabteilung anrufen und die müssen ihm dann auf den Cent genau ausrechnen, wie viel er verdienen darf, um weiter seine BU-Rente zu bekommen.

Oder was das gleiche Ansehen betrifft, darf z. B. ein gelernter Maler nicht auf den Job in einem Malerfachhandel verwiesen werden. Selbst wenn er da mehr verdienen würde. Denn das Ansehen ist schlechter als vorher.

2.6.4 „Aber die leisten eh nie!“

Wenn du den Leitfaden wirklich bis hierhin gelesen hast, dann sollte dir auch klar sein, dass das nicht stimmt. Und tatsächlich wird ja in 80 % der Fälle geleistet. Interessiert aber keinen, wenn er im Zweifel zu den 20 % gehört.

Deshalb erzähl ich immer eine Geschichte.

In der Geschichte geht es um mich. Ich konnte ehrlich gesagt noch nie ein Auto reparieren. Wenn ich es tun würde, wäre ziemlich klar, dass das Auto danach nicht mehr fährt. Egal, ob es vorher noch gefahren ist.

Das liegt aber nicht an dem Auto oder der bösen Autoindustrie, sondern an mir. Klar ... Früher, als man durch einen Automotor noch die Straße sehen konnte, konnte ich auch mal nen Schlauch auswechseln, aber mittlerweile sind Autos leistungsstärker und deshalb kompakter und komplexer.

Es liegt also an mir. Ich brauche einen Experten für Automotoren. Und wenn der das macht, dann funktioniert danach das Auto wieder.

Bei einer BU-Rente ist es ganz genau so. Wenn sich ein Experte um den BU-Antrag kümmert, dann wird der Versicherer auch leisten. Wieso sollte es hier einfacher sein und ohne Experten gehen?

Aber, wie wir ja schon wissen, gibt es den Antragservice der Fonds Finanz, der hier unterstützen kann!

Es kann also schon sein, dass Versicherer mal nicht leisten, aber halt nicht bei uns. Denn wir wissen, was wir tun.

An der Stelle kann man dann auch gern nochmal erklären, dass im Leistungsfall an sich nur ein Arzt eine gesundheitliche Einschränkung bestätigen muss, wir mit dem Kunden zusammen eine Tätigkeitsbeschreibung erstellen und wir dann beweisen müssen, dass diese Tätigkeiten wegen der Einschränkung mit keinem sinnvollen Arbeitsergebnis mehr ausgeführt werden können bzw. eine Einschränkung von mindestens 50 % des Arbeitsergebnisses vorliegt.

Du kannst hier aber auch den Schwung des Kunden aufnehmen und ihn darin bekräftigen. Jeder 5. Leistungsfall wird nicht gezahlt. Wenn dir das viel vorkommt, dann müsste dir das Risiko, BU zu werden, noch viel mehr Angst machen, weil das jeden Vierten trifft.

Und im Leistungsfall können wir 2 Dinge tun:

Du kannst für immer mein Kunde bleiben, weil ich mich im Leistungsfall auskenne und mich auf den Leistungsfall-Service der Fonds Finanz verlassen kann.

Oder wir nehmen einen Tarif, der einfach mal 10 %-20 % teurer ist als die günstigste BU-Versicherung. Denn ein günstiger Tarif muss im Leistungsfall sparen. Wenn der Leistungsfallprüfer dir helfen könnte, wird er das im Zweifel nicht machen, weil die Aktionäre und Teilhaber es sicher besser finden, wenn du keine Zusage auf eine Rente in Höhe von insgesamt 250.000 Euro oder mehr bekommst.

Wenn der Tarif von vorherein teurer ist, dann ist damit ein Spielraum im Leistungsfall einkalkuliert. Sollte hier der Leistungsfallprüfer merken, dass du dich in deiner Argumentation verrennst, dann hat er hier eher die Möglichkeit, dir unter die Arme zu greifen und dich in die richtige Richtung zu stupsen, damit du die richtigen Unterlagen einreichst.

Die Erklärung ist sehr logisch und am Ende funktioniert es ja auch wirklich so, aber es gibt keine Garantie, dass ein teurerer Tarif auch eher leisten würde.

Am Ende sieht der Kunde aber, dass du seine Bedenken ernst nimmst, und macht den günstigsten Tarif und bleibt dein Kunde für immer. Was ja auch ok ist.

2.6.5 „Ich muss mir das noch überlegen!“

Versteh ich irgendwie. Aber andererseits ... Was soll in der Zeit, die der Kunde überlegt, passieren? Ich bin vermutlich der größte Experte zu dem Thema, den der Kunde kennt. Und das gilt jetzt nicht nur für mich, sondern für jeden von uns.

Wenn der Kunde also noch jemanden in die Entscheidung miteinbeziehen will, dann ist das ok. Aber sollte es hier Fragen geben, dann kann die vermutlich niemand besser beantworten als ich.

Und je länger der Kunde überlegt, desto mehr merkt er, dass sich ein Leben ohne BU-Versicherung auch ok anfühlt. Eine BUV musst du aber haben, bevor etwas passiert ...

2.6.6 „Ich hab gerade keine Zeit für sowas!“

Kann ich auch verstehen, aber:

1. Je jünger, desto geringer der monatliche Beitrag.
2. Je jünger, desto gesünder bist du vermutlich auch.
3. Auch alle Hobbies und Reisen, die du später mal machen willst, sind egal, wenn der Vertrag nur schon besteht. Du kannst sogar das Rauchen anfangen, was sich aber gesundheitlich eher nicht lohnt.
4. Und je früher du abschließt, um so früher sind die 10 Jahre rum und im Leistungsfall prüft der Versicherer keine Akte mehr, die den Leistungsfall verkomplizieren könnte.

An dieser Stelle nochmal der Hinweis, dass Betrug nie ok ist. Wir als Vermittler sind deshalb auch nach 10 Jahren nicht aus der Haftung für sowas, da bei Betrug nach [§ 263 Strafgesetzbuch](#) die Verjährung erst beginnt, wenn wir keine Provision mehr für den Vertrag erhalten.

Das Argument „Das ist mir zu teuer!“ kommt nicht, wenn ihr die Geschichte von oben erzählt habt. Ihr könnt aber auch ganz knapp sagen, dass eine BU-Versicherung spottbillig ist im Vergleich zu einer BU ohne Versicherung.

2.7 Die Dokumentation

Das Beste an der ausgabenorientierten Beratung ist in meinen Augen, dass wir alles dokumentiert haben, wenn wir nur das Ergebnis der Bedarfsermittlung aufschreiben. Wir haben dokumentiert, welche Ausgaben der Kunde wofür hat und wie lange. Und wir haben dokumentiert, warum er sie mit welchem Produkt absichern möchte. Zum Beispiel mit einer Erwerbsunfähigkeitsversicherung, weil für ihn eine Umschulung kein Problem wäre. Oder weil er das staatliche Absicherungssystem mit 10 bewertet hat.

Und auch bei den Laufzeiten wissen wir, dass die BU-Versicherung bis 58 reicht, weil dann alle Kinder über 25 sind und selbst verdienen.

Am Ende machen wir die Dokumentation ja nur, damit wir mal vor Gericht kein Problem bekommen. Diese Dokumentation zeigt unserem Kunden aber zusätzlich, warum er sich damals so entschieden hat. Und da die Beratung und die Doku so individuell sind, wird uns wahrscheinlich auch der Richter glauben. Denn auch ein Richter ist ein Mensch in einer Robe.

Wenn ich ihm nicht total unsympathisch bin, wird er mir glauben, dass der Kunde die Laufzeiten selbst gewählt hat, wenn ich in der Dokumentation die Namen der Kinder aufzähle oder zumindest drinsteht, dass die Laufzeit so gewählt wurde, um die Ausgaben der Kinder so lange abzudecken, bis sie selbst Geld verdienen.

In meinen Augen ist eine solche Dokumentation auch hilfreicher als 20 Seiten superrechtssicherer Ausdruck am Ende eines jeden Angebots, das wir erstellen. Denn das superrechtssichere 20-Seiten-Dokument liest am Ende kein Kunde dieser Welt durch. Wenn du aber eine kurze und knappe Doku in einem Fließtext hast, dann ist das nicht zu lang und der Kunde versteht, wer anwesend war, welcher Bedarf ermittelt wurde, welche Wünsche er hatte, was deine Empfehlung war und wie du sie begründet hast.

Ich würde am Ende beides machen. Der Ausdruck kommt eh automatisch mit. Aber ich würde mir auch Notizen machen und die beifügen.

Und wichtig ist auch, dass die Beratungsdokumentation kein Beratungsprotokoll ist. Wäre es ein Protokoll, dann müsste sie die Anforderungen an ein Protokoll erfüllen. Ich müsste also ganz genau und in zeitlicher Reihenfolge protokollieren, wann ich was erklärt habe, wann ich was gefragt habe und was der Kunde darauf geantwortet hat. Das macht niemand. Deswegen wäre das ein Formfehler und das Protokoll somit ungültig. Ich stünde vor Gericht also ohne jeden Beweis da, dass ich überhaupt beraten habe.

Aber das lässt sich dadurch vermeiden, dass wir von einer Beratungsdokumentation sprechen und nirgends Protokoll steht. Ein guter Anwalt kriegt das vermutlich auch so geregelt, aber ich würde den Stress einfach vermeiden wollen. Und es geht ja auch einfach ...

Und wenn du die Dokumentation aus den Beratungshilfen von der Vermittlerunterstützungsseite nimmst, dann geht alles ganz einfach, weil du nur zusammenfasst, was in der Beratung eh besprochen wurde. Und du kannst nichts vergessen, was wichtig ist.

Wenn du aufschreibst, wer anwesend war, dann kann der Kunde nicht einfach vor Gericht behaupten, dass noch ein Zeuge dabei war. Und wenn der Beratungsanlass die Vermittlung einer Absicherung bei Berufsunfähigkeit war, dann umfasst das keine Leistungen, die er bekommen würde, wenn er noch nicht oder nicht mehr BU ist. Hier kann dir also auch nichts passieren, wenn du nicht zu der neuesten Zusatzleistung am Markt berätst. Das musst du nur, wenn der Kunde ausdrücklich den Wunsch geäußert hat.

Deshalb ist es auch wichtig, die Wünsche und Bedürfnisse zu dokumentieren. Sollte der Kunde keine Absicherung seines Lebensstandards wünschen, sondern nur genügend Geld wollen, um zusammen mit der Erwerbsminderungsrente dann eine Wohnung auf dem Land mieten zu können, dann ist das ok. Ich würde dann darauf hinweisen, dass es die volle EMI-Rente erst dann gibt, wenn der Kunde in keinem Beruf am allgemeinen Arbeitsmarkt mehr als 3 Stunden arbeiten kann und auch dokumentieren, dass ich darauf hingewiesen habe. Aber wenn der Kunde dann immer noch die niedrigere Rentenhöhe will, weil er umschulen würde, bis er nicht mehr kann und seine Wohnung in der Stadt gegen eine günstigere auf dem Land tauschen würde, dann ist es nicht meine Aufgabe, ihn davon abzuhalten. Ich dokumentiere seinen Plan und damit ist für mich alles ok.

Dokumentiere ich das nicht und der Fall geht vor Gericht, wird es schwierig, zu beweisen, dass der Kunde alles so wollte, wie gekauft, sofern die Wünsche und das Bedürfnis vom eigentlichen Bedarf abweichen.

An der Stelle will ich noch mal festhalten, dass die Dokumentation umso wichtiger wird, je mehr der Kunde vom eigentlich ermittelten Bedarf abweichen will. Denn genau diese Lücken wären im Zweifel dann der Schaden, der dem Kunden entstünde. Und wie ihr vielleicht nicht vergessen habt, haften wir immer da, wo ein Schaden entsteht. Wie lange der Termin gedauert hat, kann darüber entscheiden, ob dir der Richter abkauft, dass du ausführlich beraten hast und wenn du dokumentierst, dass eine Versicherungsgesellschaft eine bessere Annahme bietet, dann weiß der Richter auch, dass du eine Voranfrage gemacht hast und der Kunde sich ausreichend mit den Antragsfragen beschäftigen konnte.

Aber selbst, wenn es nicht zum Äußersten kommen muss, kann die Dokumentation auch für dich hilfreich sein. Zum Beispiel dann, wenn ein Mitbewerber irgendwie an deinen Kunden kommt und dann behauptet, die BU-Versicherung müsse bis 67 gehen oder 60 % vom Brutto betragen oder eine Erwerbsunfähigkeitsversicherung sei die falsche Wahl. In diesen Fäl-

len ist es hilfreich, wenn in der Beratungsdokumentation eine sinnvolle und verständliche Begründung für deine Empfehlung steht, die der Kunde dann deinem Mitbewerber erklären kann.

Und „Bestes Preis-Leistungs-Verhältnis“ ist zwar an sich eine gute Begründung, aber nicht sehr individuell. Da würde ich eher schreiben, dass der Versicherer die bestmögliche Annahme bietet und der Tarif sich so gestalten lässt, dass er am besten zu den Wünschen und Bedürfnissen des Kunden passt. Und da dann halt 1–2 Beispiele, was dem Kunden bei einer Versicherung wichtig war. Auf jeden Fall muss der Kunde nachvollziehen können, warum damals dieser Versicherer mit diesem Tarif und mit dieser Rentenhöhe und Laufzeit gewählt wurde.

Es kann dann zwar immer noch sein, dass dein Kunde den Vertrag in gleicher Ausgestaltung wo anders billiger abschließt, aber er hat nicht das Vertrauen in deine Kompetenz verloren.

Umgekehrt könntest du mit jedem Kunden eines Mitbewerbers um ein Snickers wetten, dass du weißt, wie er beraten wurde. Und zwar lief das folgendermaßen ab:

Der Berater erzählt, wie schlecht die gesetzliche Rente ist und dass man bei der BUV aufpassen muss, dass keine abstrakte Verweisung versichert ist, sondern immer geleistet wird, wenn man im zuletzt in gesunden Tagen ausgeübten Beruf zu 50 % BU ist.

Dann sagt er dir, dass du eine BU-Versicherung in Höhe von 60 % vom Brutto bis Endalter 67 und 5 % Beitragsdynamik brauchst.

So läuft das in 99 % der Beratung ab, also wird der Kunde zugeben müssen, dass es so oder zumindest so ähnlich war. Wenn er wissen will, warum du das weißt, musst du nur noch sagen, dass du dir das so gedacht hast: Der Kunde wurde überhaupt nicht beraten. Ihm wurde nur was verkauft.

Und mit dem Satz sollte das Vertrauen weg sein. Wenn der Kunde mal wirklich beraten werden will, mit echter Bedarfsermittlung und auch ein paar Fragen nach seinen Wünschen und Bedürfnissen, dann kann er das ja bei dir bekommen.



Angebote, Vergleiche und VVG-konforme
Beratungsunterlagen unter:
www.fondsfinanz.de/leben-modul



2.8 Ein-Vertrags-Kunden zu Vollkunden machen

Zu guter Letzt noch ein Vertriebstipp mit der ausgabenorientierten Beratung für Bestandskunden.

Ich persönlich bin ja ein großer Fan davon, im Bestand zu arbeiten. Das ist sehr einfach. Ich habe schon Daten, der Kunde hat schon Vertrauen. Das sind beste Voraussetzungen.

Und die ausgabenorientierte Beratung bietet auch hier einen sehr guten Ansatz bei allen Kunden, die noch nicht Vollkunde sind. Denn sogar der Ein-Vertrags-Kunde hat bei mir wenigstens einen Vertrag. Zumindest in diesem Bereich vertraut er mir.

Nehmen wir mal an, er hat ein Auto bei mir versichert. Das wäre eine fürchterliche Entscheidung, weil ich von so was keine Ahnung habe, aber ihr wisst, was ich meine. Nehmen wir also rein hypothetisch an, der Kunde hat sein Auto bei mir versichert.

Dann könnte ich ihn anschreiben oder besser noch anrufen, weil ich dann direkt starten kann. In dem Telefonat kann ich ihm dann sagen, dass ich ja alle Ausgaben, die so rund ums Auto bei Unfall oder Diebstahl entstehen könnten, perfekt für ihn abgesichert habe. Ich bin mir aber sicher, dass er nicht nur für sein Auto Ausgaben hat.

Und dann versichere ich ihm, dass ich ihm heute nix verkaufen will. Er ist ja sicherlich schon gut versichert. Ich glaube nur, dass seine Ausgaben nicht richtig untersucht sind und er deshalb zu viel zahlt. Und ich will auch überhaupt nicht wissen, wie viel er ausgibt. Das muss er mir nicht sagen, wenn er nicht will. Ich will nur wissen, ob er Ausgaben für seine Kinder oder für seine Immobilie hat.

Idealerweise mach ich das selbstverständlich bei Kunden, die Kinder oder ein Haus haben. Logisch.

Na ja, und dann frage ich eben, wie lange er denkt, dass es dauern wird, bis seine Kinder Geld verdienen und er nicht mehr für sie zahlen muss. Das wird in der Regel wieder so bis 60 rum sein. Da sage ich ihm dann, dass ich für ihn hoffe, dass er diese Ausgaben dann auch nur bis dahin abgesichert hat. Denn eine BU-Versicherung bis 67 kostet das Doppelte von einer bis 60. Das hat ihm sein Vermittler hoffentlich gesagt, oder?

Und sicherlich hat er ihn auch gefragt, wie er versichert sein will. Ob er umschulen würde, oder ob er für die Absicherung dieses Risikos lieber was zahlen würde.

An irgendeiner Stelle wird der Kunde sagen, dass er das noch nicht gehört hat oder dass das interessant sei. Oder er zeigt uns sonst irgendwie, dass er irgendwie das Gefühl hat, wir hätten das ganz gut drauf, wovon wir da reden.

Dann sage ich ihm, dass ich ihm versprochen habe, dass ich ihm heute nichts verkaufen will. Und ich halte mein Wort. Aber ich würde ihm gern eine kostenlose Bedarfsermittlung schenken, an welchem Tag und zu welcher Zeit in der Woche passt es denn grundsätzlich am besten?

Der Rest ist dann a gmahe Wiesn, sagt der Bayer. Ob ihr dann alles umdeckt oder nur da ergänzt, wo es sinnvoll ist, ist dann wieder eure Sache.

Apropos „Umdecken“: Ich bin da weder Fan noch Feind. Dir muss aber klar sein, dass ein bestehender Vertrag mindestens gleichwertig ersetzt werden muss in den Punkten, die dem Kunden wichtig sind. Und idealerweise decke ich die Lücken des neuen Vertrags auf und lasse den Kunden gegenzeichnen, dass diese ihm hier nicht so wichtig sind. Denn alles, was jetzt schlechter wird, kann zu einer Haftung führen.

Deswegen sollte eine Umdeckung immer so ablaufen:

1. Bedarf ermitteln etc.
2. Die Antragsfragen supergenau beantworten.
3. Die Vor- und Nachteile des Alt- und Neu-Tarifs darstellen.
4. Alles genau dokumentieren.
5. Den neuen Vertrag mit Beginn in zwei Monaten abschließen.
6. Den alten Vertrag fristgerecht kündigen.

Denk immer an den „Kollegen“, der einen Altvertrag gekündigt hat, weil er es billiger kann. Nach der Kündigung kam raus, dass er Brutto und Netto verwechselt hat und der neue Vertrag jetzt jeden Monat teurer ist. Außer-

dem wird im neuen Vertrag der Rücken ausgeschlossen. Also muss er jetzt monatlich die Differenz zahlen. Und sollte der Kunde wegen Rückens BU werden, dann kann er vermutlich seinen Laden schließen, weil er dann die BU-Rente übernehmen muss.

Dieser Typ willst du nicht sein ...



Effiziente Bedarfsanalyse unter:

www.fondsfinanz.de/vorfinz



3. Unterm Strich

Es bleibt selbstverständlich jedem vorbehalten, alles scheiße zu finden, was ich geschrieben habe. Ich erwarte auch überhaupt nicht, dass ihr alles sofort total super findet. Ich nehm mich da nicht aus. Ich beginne vermutlich morgen damit, mich über ein paar Sachen, die ich vergessen habe, zu ärgern oder würde ein paar andere Formulierungen ändern wollen oder mehr ins Detail gehen oder was auch immer ... Ehrlich gesagt bin ich jetzt schon nicht mehr so sicher ...

Aber ich hoffe, es waren ein paar Dinge dabei, die euch im Alltag weiterhelfen.

Ich will noch mal kurz meine Vorgehensweise zusammenfassen und immer kurz begründen. Ihr übernehmt, was euch hilft, und lasst den Rest so, wie ihr es jetzt schon erfolgreich macht.

1. Gesundheitszustand prüfen

Ich lass mir gleich am Anfang alle Vorerkrankungen und risikorelevanten Hobbies geben und prüfe dann anonym, ob und wie der Kunde versicherbar ist. Das spart wertvolle Zeit. Und ich kann meine Beratung von Beginn an darauf ausrichten, dass er z. B. eine Grundfähigkeitsversicherung bekommt, weil BUV und EUV wegen psychischer Vorerkrankung nicht gehen.

2. Bedarfsermittlung

Hier gibt es zwei Wege: den klassischen nenne ich Absicherung des Lebensstandards. Ich sichere das Einkommen so hoch und lang wie möglich ab. Das ist ok. Teuer für den Kunden, aber er ist damit auf jeden Fall auf der sicheren Seite. Da aber der Preis immer häufiger eine Rolle spielt, sichere ich die Existenz ab. Nur die nötigsten Ausgaben werden abgesichert, und zwar immer nur so lange, wie ich sie tatsächlich habe. Das ist individuell und durch den Bezug der Ausgaben auf die Kinder oder das Haus wird

das ganze Thema auch emotional aufgewertet. An dieser Stelle würde ich auch das Budget abfragen. Denn ich weiß zwar, wie viel der Kunde verdient und wie viel er ausgibt. Aber ich weiß nicht, wie viel er in die Absicherung investieren will.

3. Wünsche und Bedürfnisse

Wir haben eine Menge Produkte. Zum Glück verlangt das VVG nur, dass ich den Kunden angemessen berate. Ich muss nicht jedes Produkt erklären. Aber ich muss den Kunden nach seinen Wünschen und Bedürfnissen fragen. Ich muss fragen, wie er abgesichert sein will. Und dazu finde ich dann das passende Produkt und den passenden Tarif. Wenn ich dokumentiert habe, dass der Versicherer laut Wunsch des Kunden kein Tier im Logo haben darf, dann ist das am Ende auch nicht mein Problem.

4. Angebote rechnen und vorstellen

Da gibt es nicht viel zu sagen. Außer vielleicht, dass wir immer darauf achten müssen, ob das Berufsbild zu den tatsächlichen Tätigkeiten passt. Vielleicht können wir über eine Tätigkeitsbeschreibung eine bessere Berufsgruppe erreichen.

5. Dokumentation

Dokumentiert, was ihr erfasst habt, was ihr erklärt habt, aber vor allem, was der Kunde trotz eurer Empfehlung nicht haben will.

6. Beginn der Kundenbetreuung

Wenn wir dann den Kunden versichert haben, halte ich es für sinnvoll, ihm nach einer Woche noch mal eine E-Mail zu schreiben, in der wir ihm zu seiner Entscheidung beglückwünschen. Da hilft es auch, mal zu zeigen, wie viele Eulenaugen der Tarif hat, für den er sich entschieden hat. Denn der Kunde hat emotional gekauft. Jetzt braucht er eine rationale Bestätigung, dass seine Entscheidung gut war. Da hilft die Auszeichnung eines Vergleichers. Außerdem sollten wir auch bestätigen, dass er nicht nur einen guten Tarif gekauft hat, sondern auch unsere kompetente Begleitung in allen Versicherungsfragen. Hier auch mal den Leistungsservice anbringen. Das kann der Unterschied zur Konkurrenz sein.

Und wenn ich ganz ehrlich bin, dann ist es am Ende nicht so entscheidend, welcher Tarif es wird. Viel wichtiger ist, dass ich meinen Kunden ehrlich und individuell beraten habe und ihn bis zum Leistungsfall kompetent begleite.

Das war es dann so im Groben. Wenn ihr irgendwas nicht verstanden habt, dann liegt das an euch. Nee, Spaß. Dann meldet euch einfach bei mir. Ihr findet mich ja sicher auf Facebook oder Instagram.

Bis dahin!

Liebe Grüße

Philip Wenzel

P.S.: Wenn du irgendwelche Begriffe in diesem Leitfaden nicht kennst und sie auch nicht erklärt werden, dann findest du sehr sicher eine Erklärung in meinem [WikiBUdia](#).

In diesem Buch wurde an vielen Stellen auf Tools der Fonds Finanz hingewiesen. Die Fonds Finanz verfügt aber ungefähr über 10 mal so viele Tools. All diese Tools findet ihr in einer Tooltour unter:

www.fondsfinanz.de/tooltour



Ihr kennt die Fonds Finanz noch nicht oder habt noch keinen Zugang auf die Fonds Finanz Plattform? Dann testet die Fonds Finanz kostenfrei und unverbindlich unter:

www.fondsfinanz.de/testen



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Autors sowie der Fonds Finanz unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die vom Autor zusammengestellten Empfehlungen basieren auf dessen Erfahrungswerten und können daher als erste Richtlinien für Vermittler dienen. Sie sind jedoch nicht auf jeden Einzelfall übertragbar und ersetzen selbstverständlich keine Beratung durch einen Rechtsanwalt.

3. Auflage 2025

Autor: Philip Wenzel

Herausgeber: Fonds Finanz Maklerservice GmbH,
Riesstraße 25, 80992 München

Satz: Typosatz W. Namisla GmbH, Thomas-Wimmer-Ring 12, 80538 München
Fonds Finanz Maklerservice GmbH

Philip Wenzel ist einer der wohl bekanntesten Experten für Arbeitskraftabsicherung in Deutschland. Der gelernte Fachwirt für Versicherungen und Finanzen (IHK) betreut alle Themen rund um die Absicherung gesundheitsbedingter beruflicher Veränderungen. Ob Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Grundfähigkeit, Dread Disease oder Pflege: Philip Wenzel entwickelt für seine Kund*innen individuelle, bedarfsgerechte Lösungen für ein Leben in finanzieller Selbstbestimmung. Seine jahrelange Expertise und umfassenden Erfahrungen hat er in bislang über 500 Fachartikeln, Dossiers und seinem „Leitfaden für den Vertrieb von Berufsunfähigkeitsversicherungen“ niedergeschrieben. Philip Wenzel lebt mit seiner Frau und seinen beiden Töchtern in Kemnath in der Oberpfalz.

Fonds Finanz Maklerservice GmbH

Die Fonds Finanz Maklerservice GmbH ist der größte Allfinanz-Maklerpool in Deutschland. Mit mehr als 500 Produktpartnern ist das Unternehmen in allen Bereichen der Versicherungs- und Finanzdienstleistung zu Hause. Über 31.000 freie Vermittler profitieren von umfassender, vielfach ausgezeichnete und kostenfreier Vertriebsunterstützung in den Sparten Leben, Kranken, Sach, Investment, Sachwerte, Immobilien, Bankprodukte und Baufinanzierung. Fachliche Kompetenz, professionelle Technik und innovative Ideen bilden die Basis für den gemeinsamen Erfolg. Mit 490 Mitarbeitenden in der Zentrale in München sowie 380 Regionaldirektoren ist die Fonds Finanz deutschlandweit tätig. Das Unternehmen wurde 1996 gegründet. Geschäftsführer sind Norbert Porazik und Christine Schönteich.