

**Die Vorsorgelösung:
Der ErnstfallSchutz**

Tarifbesprechung
aus dem Portfolio
der Nürnberger
Lebensversicherung



Die Dread-Disease- oder Schwere-Krankheiten-Versicherung hat als alternatives Vorsorgeinstrument zur Absicherung der Arbeitskraft in den letzten Jahren die zunehmende Akzeptanz der Vermittler gewinnen können. Während im Versicherungsfall mit den Rentenleistungen aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung, und dies gilt gleichermaßen für die Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsversicherung, ein Einkommensersatz sichergestellt wird, greifen diese Versicherungslösungen für die Absicherung von Kapitalverbindlichkeiten regelmäßig zu kurz.

Für eine Ablösung von Immobilien- und Investitionsdarlehen, von erforderlichen Zahlungen für eine vorzeitige Aufhebung von gewerblichen Miet- und Leasingverträgen, aber auch für Abfindungsleistungen an Arbeitnehmer oder eine medizinische Behandlung auf Privatpatientenbasis sind rentenförmige Leistungszahlungen nahezu immer unzureichend. Diese Versorgungslücke lässt sich mit einer Dread-Disease-Versicherung schließen.

Aktuell werden Versicherungslösungen für eine Absicherung von schweren Krankheiten von sechs Lebensversicherern auf dem deutschen Versicherungsmarkt angeboten. Mit diesem Beitrag soll der Tarif ErnstfallSchutz der Nürnberger Lebensversicherung auf der Grundlage ausgewählter Tarifmerkmale einer kritischen Betrachtung unterzogen werden:

Alleinstellungsmerkmal „Second-Event-Klausel“

Die Nürnberger Lebensversicherung hat sich mit den Tarifen ErnstfallSchutz Comfort (NES2800C) und Premium (NES2800P) im Versicherungsmarkt positioniert. Nachdem die Messlatte durch andere Anbieter bereits hoch aufgelegt wurde, stellt sich die Frage nach einer objektiven Abgrenzung gegenüber dem Wettbewerb. Sofern sich der Kunde für die Tarifvariante Premium entscheidet, kann die Nürnberger mit einer „Second-Event-Klausel“ punkten.

Während nach den Versicherungsbedingungen anderer Gesellschaften das Vertragsverhältnis für die Absicherung schwerer Krankheiten nach Auszahlung der vollen Versicherungssumme im Leistungsfall endet, wird der Versicherungsvertrag bei der Nürnberger fortgeführt und es besteht nach Ablauf einer Wartezeit von sechs Monaten ein teilweise eingeschränkter, fortlaufender Versicherungsschutz.

In ihren Versicherungsbedingungen unterscheidet die Nürnberger für den ErnstfallSchutz Premium sieben Risiko- oder Krankheitsgruppen. Nach der Auszahlung der Versicherungssumme im Leistungsfall werden alle Krankheiten der Risikogruppe, zu der die den ersten Versicherungsfall begründende Erkrankung gehört, aus dem Versicherungsschutz ausgeschlossen.

So besteht beispielsweise nach einem Herzinfarkt der versicherten Person kein Versicherungsschutz für einen Schlaganfall, eine Herzklappen- oder Bypass-Operation, da diese Erkrankungen bzw. Behandlungen in der Risikogruppe Erkrankungen des Herzens und des Herz-Kreislauf-Systems gelistet werden.

Würde die versicherte Person allerdings an Krebs oder an Multipler Sklerose erkranken, würde nochmals ein Anspruch auf Auszahlung der vollen Versicherungssumme bestehen. ▶



Für die Beurteilung eines Dread-Disease-Tarifs ist die Anzahl der versicherten Risiken nur ein unzureichendes Kriterium. Eine Bewertung der Leistungsvoraussetzungen ist zwingend erforderlich.

Transparente Leistungsvoraussetzungen in den AVB?

Während sich der Anspruch auf die Auszahlung einer Berufsunfähigkeitsrente mit den Einschränkungen der beruflichen Leistungsfähigkeit infolge einer Erkrankung, eines Unfalls oder eines Kräfteverfalls begründet, setzt die Leistungsbegründung in der Dread-Disease-Versicherung bereits auf dem Nachweis des Primäreignisses auf.

In einigen Versicherungsbedingungen werden die Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch des Versicherungsnehmers – euphemistisch ausgedrückt – sehr vage umschrieben. Fordert beispielsweise ein Versicherer nach einem Schlaganfall der versicherten Person den Nachweis von neurologischen Ausfallerscheinungen ohne die Benennung eines Zeitraums für deren Beurteilung, so kann im Versicherungsfall über die Auslegung dieser Vertragsklausel engagiert diskutiert werden.

An dieser Stelle muss somit die Frage gestellt werden, wann genau ein leistungspflichtiger Versicherungsfall vorliegt. So kann sich der Leistungsanspruch des Versicherungsnehmers mit dem Nachweis einer versicherten Krankheit, mit dem Beginn oder dem Abschluss der medizinischen Behandlung, aber auch erst mit der ärztlichen Bescheinigung der Langzeitfolgen einer Erkrankung begründen. In diesem Zusammenhang muss auch berücksichtigt werden, dass in immer kürzeren Intervallen neue Diagnose- und Behandlungsverfahren entwickelt werden. Transparente Versicherungsbedingungen sind somit zwingend für die Dread-Disease-Versicherung geboten.

In den Versicherungsbedingungen für den Tarif ErnstfallSchutz fällt angenehm auf, dass die Nürnberger die Leistungsvoraussetzungen sehr kurz und verständlich gefasst hat. Dies soll exemplarisch am Beispiel des versicherten Risikos Krebs erläutert werden.

So verzichtet der Versicherer gänzlich auf eine Umschreibung der versicherten bzw. nicht versicherten Tumoren basierend auf der TNM-Klassifikation, das heißt, es muss keine definierte Tumorgroße, ein Befall von Lymphknoten oder eine Ausbildung von Metastasen nachgewiesen werden. Vielmehr begründet sich der Leistungsanspruch mit dem Nachweis eines malignen Tumors und dessen Behandlungsbedürftigkeit.

Die Liste der nicht versicherten Risiken ist dabei erfreulich kurz und beschränkt sich auf Frühformen von Krebs, prä-maligne Tumore, das heißt Gewebeveränderungen, die nur eine Vorstufe für eine maligne Entartung aufweisen, sowie Hautkrebs. Versichert ist jedoch der schwarze Hautkrebs, das maligne Melanom.

Für die Bemessung der Versicherungsleistung sind ausnahmslos die erforderlichen Therapieformen entscheidend. Sofern sich die versicherte Person einer Operation sowie einer flankierenden Chemo- oder Strahlentherapie unterziehen muss, besteht ein Anspruch auf Auszahlung der Versicherungssumme. Dieser Anspruch begründet sich gleichermaßen mit einer chemotherapeutischen oder, im Fall eines inoperablen Tumors, einer strahlentherapeutischen Behandlung.

Sofern ein Tumor chirurgisch vollständig entfernt werden kann, und eine Vor- oder Nachbehandlung mit einer Chemo- oder Strahlentherapie nicht erforderlich ist, besteht ein Anspruch auf Teilleistung in Höhe von 50 Prozent der Versicherungssumme, maximal von 25.000 Euro.

Herzinfarkt oder Herzinfarkt?

In den meisten Fällen werden die Betroffenen von einem Herzinfarkt überrascht. Stechende Schmerzen in der Brust, Schweißausbrüche und Panikattacken zählen zu den klinischen Symptomen eines Herzinfarkts. Aufgrund einer mangelhaften Durchblutung und in der Folge einer unzureichenden Versorgung des Herzmuskels mit Sauerstoff kommt es zu einer Schädigung eines Herzmuskelareals.

Mit einer EKG-Untersuchung des Patienten, der Bestimmung herzspezifischer Enzyme und bildgebenden Verfahren kann dann die Diagnose Herzinfarkt bestätigt werden. Allerdings können die typischen Veränderungen im EKG nicht in allen Fällen nachgewiesen werden und es liegt dann ein sogenannter NSTEMI-Herzinfarkt vor. Während einige Versicherer eine Leistungszahlung für einen NSTEMI-Herzinfarkt gänzlich ausschließen, räumt die Nürnberger auch für diesen Fall dem Grunde nach einen Leistungsanspruch ein.

Beurteilung und Einstufung einer Pflegebedürftigkeit

Die dauerhaften Folgen eines Herzinfarkts werden maßgeblich vom Umfang des betroffenen Herzmuskelareals und dem Zeitraum bis zur Einleitung der medizinischen Behandlung des Patienten beeinflusst. Eine dauerhafte Beeinträchtigung der Funktion des Herzens kann beispielsweise mit der Ejektionsfraktion gemessen werden. Hierfür wird der Anteil des in der linken Herzkammer befindlichen Blutes bestimmt, der bei einer Kontraktion des Herzens ausgestoßen wird. Sofern die Auswurfleistung des Herzens für die Dauer von mindestens drei Monaten auf einen Wert kleiner 45 Prozent absinkt, besteht ein Anspruch auf die Auszahlung der vollen Versicherungssumme. Für den Fall, dass dieser Nachweis nicht erbracht werden kann, kommt eine Teilleistung in Höhe von 50 Prozent der Versicherungssumme, jedoch maximal von 25.000 Euro zur Auszahlung.

Warten auf die Spenderniere ...

Im Dezember 2016 warteten in Deutschland 10.129 Patienten (Quelle: Eurotransplant) auf ein oder mehrere Spenderorgane. Für eine erfolgreiche Organtransplantation muss nicht nur ein geeignetes Spenderorgan gefunden, sondern auch ein geeigneter Empfänger ermittelt werden. Während im Jahr 2016 in Deutschland 731 von 1125 gelisteten Patienten mit einer Spenderleber versorgt werden konnten, finden sich bei anderen lebenswichtigen Organen abweichende Versorgungszahlen. So erhielten in 2016 nur zehn Prozent der auf der Eurotransplant-Warteliste erfassten Patienten eine Spenderlunge und bei dem am häufigsten transplantierten Organ, der Niere, konnten nur 18,3 Prozent der Patienten auf eine verbesserte Lebensqualität mit einem Spenderorgan hoffen.

Nachdem eine Organtransplantation regelmäßig eine längere Wartezeit voraussetzt, im Fall einer Niere sind es aktuell sechs bis sieben Jahre, sollte bereits die Aufnahme in eine Warteliste und nicht erst die Transplantation eines Spenderorgans einen leistungspflichtigen Versicherungsfall begründen. Auch der Verzicht auf eine Wartezeit und die verpflichtende Auszahlung der vollen Versicherungssumme sollten bei einem Dread-Disease-Tarif der Premiumklasse in jedem Fall gewährleistet sein; diese Bewertungskriterien werden von der Nürnberger Lebensversicherung vollinhaltlich erfüllt.

Für die Beurteilung und Einstufung einer leistungspflichtigen Pflegebedürftigkeit steht neben der sozialrechtlichen auch die Möglichkeit einer Bewertung auf der Grundlage defizitärer Alltagsaktivitäten zur Verfügung. Der in den AVB regelmäßig benannte Katalog der Activities of Daily Living (ADL) umfasst bei den meisten Gesellschaften sechs Kriterien, die auf eine Prüfung der Mobilität und der Selbstständigkeit bzw. deren Einschränkung im Alltag abstellen.

Nachdem der Gesetzgeber mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz mit Wirkung zum 1.1.2017 den Begriff der Pflegebedürftigkeit neu definiert und einen Paradigmenwechsel bei der Beurteilung und Einstufung der Pflegebedürftigkeit der Versicherten vollzogen hatte, können die sozialrechtlichen Leistungsvoraussetzungen mit dem alten ADL-Katalog nur bedingt nachgezeichnet werden.

Hinsichtlich der Anpassung der Versicherungsbedingungen an den seit 1.1.2017 gültigen Begriff der Pflegebedürftigkeit, die neuen Begutachungskriterien und Pflegegrade sind die meisten Anbieter von Vorsorgeverträgen zur Absicherung der Arbeitskraft gleichermaßen gefordert. Nach den AVB der Nürnberger Lebensversicherung liegt eine leistungspflichtige Pflegebedürftigkeit vor, wenn bei mindestens drei der sechs alten ADL-Kriterien Defizite der versicherten Person vor der Vollendung des 67. Lebensjahres nachgewiesen werden können. In diesem Zusammenhang muss positiv hervorgehoben werden, dass der Versicherer einen Beurteilungszeitraum von nur drei Monaten benennt und das Risiko einer demenziellen Erkrankung des Typs Alzheimer vor Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person ebenfalls als versichertes Risiko listet.

Eine zeitliche bis zum vollendeten 67. Lebensjahr befristete Absicherung des Pflegefallrisikos zeichnet allerdings mit Blick auf die Alterskorrelation der Pflegefälle in Deutschland die Bedarfssituation nur bedingt nach, sodass eine flankierende, lebenslange Absicherung des Pflegefallrisikos jedem Versicherungskunden anzuraten ist. ■

Ein Beitrag von Alexander Schrehardt, Geschäftsführer der Consilium Beratungsgesellschaft für betriebliche Altersvorsorge mbH.