

Index: Gesellschaften, die in diesem Beitrag erwähnt werden von A–Z:

Aachen Münchener – Allianz – Axa – Barmenia – Basler Securitas – BGV – Bruderhilfe
PAX-Familienfürsorge – Deutscher Ring – DEVK – Ergo – Gothaer – HUK-Coburg – maxpool –
Nürnberger – R+V – uniVersa – Westfälische Provinzial – Versicherungskammer Bayern – WGV

3-teilige Serie

Invaliditätsabsicherung für Kinder, Teil 2

Wer seine Maklerpflichten ernst nimmt, berät seine Kunden möglichst umfassend. Dazu gehört auch eine Absicherung etwaiger Kinder gegen Invalidität, wengleich zunächst eine grundlegende Versicherung der Eltern angeraten erscheint; schließlich nützt das beste Versorgungskonzept für die lieben Kleinen nichts, wenn die Eltern als „Versorger“ ihrer Aufgabe als Beitragszahler nicht mehr nachkommen können – sei es aufgrund von Arbeitslosigkeit, Arbeitsunfähigkeit, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder gar Tod.



Autor: Stephan Witte

Grundlegend bestehen die meisten Kinderinvaliditätsprodukte aus den AUB, die in den besonderen Bedingungen um den Eintritt der Leistungspflicht auch im Krankheitsfall erweitert wurden. Sofern nicht das eigentliche Kinderinvaliditätsprodukt als Zusatzversicherung (KIZ) konzipiert ist, entfallen in der Regel die für eine Unfallversicherung typischen Invaliditätsleistungen. Teilweise wird auch bei unfallbedingter Invalidität auf eine Gliedertaxe zur Bemessung des Invaliditätsgrades verzichtet (z.B. maxpool). Um dem mitversicherten Krankheitsrisiko gerecht zu werden, entfallen in den KIZ 2010-Musterbedingungen des

GDV die üblichen Einschränkungen für die Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen. Eine entsprechende Umsetzung gilt auch bei den meisten untersuchten Versicherern, allerdings wird bei **maxpool** folgendes klargestellt:

„Haben nach Beendigung der Kinder-Invaliditätsabsicherung eingetretene Erkrankungen an der Invalidität mitgewirkt, wird der Invaliditätsgrad entsprechend deren Mitwirkungsanteil gekürzt.“

Dies ist allerdings kein Nachteil, da es um Mitwirkungseinschränkungen nach

Vertragsende geht. Eine ähnliche Regelung gilt nach Ziffer 2.1.1.5 auch bei der **Barmenia**.

Nachteilig ist allerdings, dass Ziffer 3 AUB bei maxpool im Rahmen der „Zusatzbedingungen, die für diese Kinderinvaliditätsversicherung gelten“, nicht ausgeschlossen wird. Damit führt jede Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen an den Unfallfolgen, die 25% überschreitet, zu einer Kürzung des Prozentsatzes vom Invaliditätsgrad. Sofern eine Invalidität von mindestens 50% allein unfallbedingt ermittelt werden kann, treten die Folgen von Ziffer 3 AUB glücklicherweise nicht ein.

Eine vergleichbare Regelung gilt nach § 9 auch bei der **DEVK**. Auch beträgt der relevante Mitwirkungsanteil 25%, ab dem eine Kürzung bei unfallbedingter Invalidität erfolgt.

Vorteilhaft bei Barmenia und maxpool ist abweichend von den unverbindlichen Musterbedingungen des GDV, dass mehrere zeitlich und ursächlich voneinander unabhängige Unfälle und Krankheiten, die eine GdB von mindestens 50 (Barmenia) bzw. einen Invaliditätsgrad von mindestens 50% (maxpool) bei der Bemessung der Invalidität so betrachtet werden, als wären sie zeitgleich eingetreten.

Abzüglich einer etwaigen vorvertraglichen Vorinvalidität würden allerdings auch die Mitbewerber ab einem GdB von 50 oder mehr in Leistung treten müssen; die Bedingungen schreiben schließlich nirgends vor, dass ein einzelner Unfall oder eine einzelne Krankheit den erforderlichen GdB verursacht haben muss. Da kein Anbieter auf sein ordentliches Kündigungsrecht verzichtet – anders als etwa fast alle aktuellen Funktionsinvaliditätsversicherungen – ist diese Klarstellung nur ein teilweiser Vorteil für die versicherten Personen.

Neben den Bedingungen von maxpool unterscheiden sich auch die Bedingungen der DEVK grundsätzlich von allen Wettbewerben. Die Voraussetzungen für den Versicherungsfall werden hier wie folgt beschrieben:

I. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Unfällen und Krankheiten die beim Versicherten während der Wirksamkeit des Vertrages eintreten. [...]

V. Als Krankheit gilt eine durch äußere oder innere Ursachen bedingte dauerhafte organische Störung der normalen körperlichen und psychischen Funktionen. Nicht hierunter fallen affektive und funktionelle Störungen. Als Krankheit gelten auch Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen, Strahlen, Impfungen und ärztliche Kunstfehler.“

Weiter wird in den Bedingungen geregelt, dass anstelle eines GdB von 50 eine krankheitsbedingte Invalidität von mindestens 25% vorliegen muss.

Bei einer unfallbedingten Invalidität entfällt eine Franchise; es entsteht bereits ab dem ersten Prozent ein Anspruch auf Kapitalbetrag aus der verein-

barten Versicherungssumme. Die vereinbarten Leistungen werden ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 90% verdoppelt.

Sowohl bei unfallbedingter als auch bei krankheitsbedingter Invalidität wird von der DEVK eine einmalige Kapitalleistung in Abhängigkeit vom festgestellten Invaliditätsgrad erbracht. Nimmt man die maximal mögliche Grundinvalidität von 200.000 Euro und einen Invaliditätsgrad von 25%, 50% bzw. 100% an, so bedeutet dies eine einmalige Leistung in Höhe von 50.000, 100.000 bzw. 400.000 Euro. Dabei ist eine mehr als 50%ige Invalidität ausgesprochen selten und weit schwerer zugesprochen zu bekommen als ein GdB von 50. Dazu kommt, dass diese Kapitalleistungen einen weit geringeren Rentenbarwert ausmachen als eine monatliche Rentenleistung von beispielsweise 1.000 Euro. Das Kind muss aber im Zweifel lebenslang von dieser einmaligen Versicherungsleistung leben.

Daher sind Kapitalleistungen höchstens sinnvoll als Ergänzung zu einer lebenslangen Rente wegen Unfalls oder Krankheit, können allerdings auch im Bedarfsfall für kostenintensive Therapien und Behandlungsmethoden in Anspruch genommen werden.

Die **Nürnberger** sieht im Invaliditätsschutz bei Krankheit einen idealen Zusatzschutz für ab dem 10. Lebensmonat versicherbare Kinder:

„Natürlich greift bei einer schweren Erkrankung auch der Sozialstaat den Eltern behinderter Kinder mit finanziellen Leistungen unter die Arme. Aber bei einer schweren Behinderung decken die staatlichen Sozialleistungen oft nicht die Kosten. Oft werden Therapieformen, die sich als hilfreich erweisen würden, nicht bezahlt. Selbst der von den Pflegekassen gewährte Höchstbetrag von 2557 EUR für Umbaumaßnahmen reicht oft nicht aus, um Haus oder Wohnung behindertengerecht zu gestalten. Der Bund der Versicherten empfiehlt gerade deshalb, eine Police mit Kapitalzahlung zu wählen. Er empfiehlt eine Absicherung von rund 100.000 EUR Einmalzahlung oder auch höher. Großer Vorteil: Diese Absicherung ist steuerfrei und kann nicht zurückgefordert werden, selbst wenn die Behinderung nur vorübergehend ist.“

■ Leistungseintritt

Für die versicherte Person von besonderem Interesse ist der bedingungsgemäße Leistungseintritt. **Ergo** und **Gothaer** beispielsweise behalten sich vor, nach Zugang aller angeforderten Unterlagen und Ermächtigungen erst innerhalb einer Frist von drei Monaten in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang ein Anspruch anerkannt wird. Selbst ein unzweifelhafter Leistungsfall muss demnach nicht sofort, sondern nur binnen von 3 Monaten entschieden werden. Da ist beispielsweise die **HUK-Coburg** mit einer Frist von nur 1 Monat bzw. 3 Monaten bei Kapitalleistung im Rahmen von Ziffer 8.1 ihres Tarifes KIDS zumindest etwas verbraucherfreundlicher.

Ohne klare Regelung ist beispielsweise das Junior Zukunftskonzept der **Aachen Münchener**. Hier heißt es in § 15 (1) der AVB KIV wie folgt:

„Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform, ob und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen.“

Die Musterbedingungen des GDV regeln den Eintritt der Leistungspflicht nach Ziffer 9.1. analog zu beispielsweise Ergo und Gothaer mit 3-Monats-Frist.

■ Problematische Ausschlussbestimmungen

Psychische Einschränkungen

Problematisch sind auch die vielfach vorhandenen Ausschlussbestimmungen für psychische Einschränkungen (z.B. **Allianz, Basler Securitas, BGV, Bruderhilfe – PAX Familienfürsorge, DEVK, Ergo, Gothaer, HUK-Coburg, maxpool, Nürnberger, Westfälische Provinzial, Versicherungskammer Bayern, WGV**). Gemäß Ziffer 6.2 der KIZ 2010 lautet der Ausschluss wie folgt:

*6 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
Versicherungsschutz besteht nicht für Invalidität, die ganz oder überwiegend eingetreten ist aufgrund [...] 6.2 von Neurosen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie von Psychosen oder Oligophrenie.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Beeinträchtigung durch einen*

Unfall oder eine Erkrankung mit hirnorganischen Schäden oder durch eine Vergiftung oder Infektion verursacht wurde, die während der Wirksamkeit des Vertrages eingetreten ist.

Unter Oligophrenie ist in diesem Zusammenhang eine „geistige Behinderung, Schwachsinn“ zu verstehen. Diese Formulierung nutzen beispielsweise Basler Securitas, BGV, Ergo, Gothaer, maxpool, Nürnberger, Westfälische Provinzial sowie WGV.

Leicht abweichend spricht die Barmenia anstelle von Oligophrenie von „Intelligenzminderung“, worunter allerdings das Gleiche verstanden werden kann. Eine weitere leichte Abweichung gegenüber dem GDV-Standard sieht die Versicherungskammer Bayern vor, da hier kein Ausschluss für Oligophrenie oder einen entsprechenden Ersatzbegriff vorgesehen ist.

Zur Folge haben die beschriebenen Ausschlussvarianten, dass beispielsweise kein Versicherungsschutz für Angstpsychosen, Ess-Störungen oder bei Autismus bestehen würde. Wer sich hier auf die Verbandsempfehlung beruft, sollte zumindest eingestehen, dass die Musterbedingungen des GDV an dieser Stelle nicht besonders kundenfreundlich sind.

Stark vom GDV abweichende Ausschlüsse gelten bei der **DEVK**. Ausgeschlossen sind demnach

„Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Geisteskrankheit, Schwachsinn, Psychosen, Neurosen, psychische Reaktionen, sowie epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn nachgewiesen wird, dass diese Störungen oder Anfälle durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall oder durch eine Krankheit verursacht waren, für die nach den übrigen vertraglichen Bestimmungen Versicherungsschutz besteht.“

Damit orientiert sich die DEVK sehr stark an üblichen Ausschlüssen im Rahmen einer Unfallversicherung. Ähnlich sehen die Formulierungen bei der **Bruderhilfe – PAX Familienfürsorge** und **HUK-Coburg** aus. Ausgeschlossen sind hier nach

„Geistesstörungen, Geisteskrankheit, Psychosen, Neurosen und psychische Reaktionen;

Wir leisten jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass sie unmittelbar durch eine hirnorganische Schädigung verursacht sind, die das versicherte Kind während der Dauer dieser Versicherung verletzungs- oder krankheitsbedingt erlitten hat und für deren Folgen nach allen sonstigen Bestimmungen dieses Vertrages Versicherungsschutz besteht.“

Keinen Ausschluss im Bereich der Psyche sieht allein die **R+V** vor.

Angeborene Behinderungen

Als einzige Anbieter sehen trotz anderslautender Rechtsprechung die **Basler Securitas** sowie die **BGV** einen Ausschluss auch für angeborene Behinderungen vor, hier zitiert nach dem Wortlaut der BGV:

„Wartezeit bei angeborenen Krankheiten

Für angeborene Krankheiten gilt eine Karenzzeit (Wartezeit) von einem Jahr ab Versicherungsbeginn oder eine Karenzzeit (Wartezeit) bis zu dem Zeitpunkt, an dem alle Vorsorgeuntersuchungen (U) bis einschließlich der Untersuchung U 6 durchgeführt wurden. Dies bedeutet, angeborene Krankheiten, sind auch dann vom Versicherungsschutz ausgenommen, wenn sie bei Vertragsschluss noch nicht bekannt oder erkennbar waren und innerhalb der oben genannten Karenzzeit behandelt oder diagnostiziert wurden. Dies sind angeborene Fehlbildungen (Abnormalitäten) an inneren und äußeren Organen, genetischen Erkrankungen (Erbgutveränderungen) und Neugeborenenkrankheiten. Der Versicherungsschutz gilt auch dann als ausgeschlossen, wenn innerhalb der Karenzzeit diejenigen ärztlichen Befunde erhoben wurden, auf denen die Diagnose maßgeblich basiert.“

Bereits mit Urteil vom 26.09.2007 entschied der BGH darüber, dass Versicherungsschutz auch bei angeborenen Krankheiten bestehen müsse (Az.: IV ZR 252/06).¹ Ausgenommen davon sind lediglich Erkrankungen, die bereits vor Vertragsabschluss zu einer bestehenden

>> Zur Folge haben die beschriebenen Ausschlussvarianten, dass beispielsweise kein Versicherungsschutz für Angstpsychosen, Ess-Störungen oder bei Autismus bestehen würde. <<

Invalidität geführt haben, für den Kunden damit mithin einen überraschenden Ausschluss bedeuten. Entsprechend sieht auch der GDV keine entsprechende Einschränkung mehr vor. Die Richter begründeten dies damals damit, dass die meisten Kinderinvaliditätsversicherungen ohnehin erst nach Vollendung des ersten vollendeten Lebensjahres abgeschlossen werden können und Eltern sonst nach Treu und Glauben über die Maßen benachteiligt werden könnten. Auch seien sich viele Mediziner in der Praxis nicht immer einig darüber, wann genau eine Krankheit als „angeboren“ zu bewerten sei. Zudem bleiben angeborene Krankheiten oft jahrelang unbemerkt und kommen erst durch Zufall heraus. Speziell gilt dies für genetische Vorschädigungen an Leber, Nieren oder anderen Organen.

Da die BGV Versicherungsschutz als einziger Wettbewerber bereits ab dem ersten Tag bietet, könnte die benannte Ausschlussklausel im konkreten Fall durchaus als wirksam angesehen werden. In der Praxis wird hier aber wohl ein Gericht zu entscheiden haben.

Der Versicherer selbst sieht in ihrer Regelung sogar einen besonderen Vorteil gegenüber vielen Wettbewerbern:

„Dies ist kein genereller Ausschluss für angeborene Krankheiten, sondern bedeutet, dass angeborene Krankheiten erst ab einem Jahr nach Vertragsabschluss mitversichert sind oder ab dem Zeitpunkt, an dem alle Vorsorgeuntersuchungen bis einschließlich der Untersuchung U6 durchgeführt wurden. Für Unfälle oder nicht angeborene Krankheiten hätte die versicherte Person sofort Versicherungsschutz. Hierdurch werden lediglich angeborene Krankheiten vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, die innerhalb der Karenzzeit (max. 1 Jahr nach Vertragsabschluss oder bis zur Vorsorgeuntersuchung U6) bzw. vor dem Versicherungsbeginn diagnostiziert oder behandelt wurden. Andere Versicherer versichern die Kinder erst ab dem 1. Lebensjahr oder später, bei uns hat die

versicherte Person die Chance, bereits ab der Geburt gegen Unfälle und nicht angeborene Krankheiten bzw. angeborene Krankheiten ab der Vorsorgeuntersuchung U6 (ca. ab 10. Lebensmonat) zu versichern. Durch die Karenzzeit sollen angeborene Krankheiten vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sein, die bereits diagnostiziert oder behandelt werden. Andere Versicherer schließen dies auch aus, jedoch in anderer Formulierung. Versicherer, die erst ab dem 1. Lebensjahr versichern, schließen dann nicht nur angeborene Krankheiten aus, sondern alle Krankheiten, die vor dem 1. Lebensjahr eingetreten sind.“

Bei der **Basler Securitas** wurde eine ähnliche Regelung getroffen, so dass auch hier Versicherungsschutz für alle Krankheiten besteht, die ab Versicherungsbeginn während des ersten Jahres auftreten und nicht als angeboren bewertet werden:

„3.3 Für angeborene Krankheiten gilt eine Karenzzeit (Wartezeit) von einem Jahr ab Geburt. Das heißt, wir leisten dann, wenn eine angeborene Krankheit frühestens nach Vollendung des 1. Lebensjahres diagnostiziert wurde und vorher nicht bekannt oder erkennbar war.

Angeborene Krankheiten sind Fehlbildungen (Abnormalitäten) an inneren und äußeren Organen, genetische Erkrankungen (Erbgutveränderungen) und Neugeborenenkrankheiten (Erkrankungen des Neugeborenen) die bei der Geburt entstanden sind, vorhanden (angeboren) waren oder die sich innerhalb des ersten Lebensmonats entwickeln.“

Als Verbesserung gegenüber den alten Bedingungen des **Deutschen Rings** gilt als Karenzzeit nun nicht mehr „1 Jahr nach Vertragsabschluss“, sondern „1 Jahr nach Geburt“. Damit besteht Versicherungsschutz für angeborene Krankheiten, die nach dem 1. Geburtstag auftreten bzw. erstmals „entdeckt“ werden. Streit könnte es in solchen Fällen nur dann geben, wenn zwar bereits gewisse Symptome auf eine angeborene Erkrankung hingewiesen haben, diese aber als solche nicht erkannt worden ist. Im Zweifel dürfte die Beweislast für die Kenntnis des Versicherungsnehmers beim Versicherer liegen.

Nach Ansicht von Thomas Wedrich, Abteilung Öffentlichkeitsarbeit der Basler Securitas, untersage „das BGH-Urteil nicht grundsätzlich den Ausschluss angeborener Krankheiten. In dem seinerzeit verhandelten Fall war für die angeborenen Krankheiten kein Ausschlusszeitraum definiert. So wurde bei einem erst im 3. Lebensjahr abgeschlossenen Vertrag eine Leistung für eine angeborene Krankheit abgelehnt. Wir haben unseren bisher definierten Ausschluss juristisch prüfen lassen; dabei wurde dieser für rechtlich einwandfrei befunden.“

Der Versicherer betont in diesem Zusammenhang als Vorteil den sehr frühen Versicherungsschutz bereits ab der 6. Lebenswoche.

Sieht man einmal von den Antragsfragen der einzelnen Wettbewerber ab, so wird das Thema „angeborene Krankheiten“ zumindest in manchen Bedingungenwerken näher ausgeführt. So heißt es beispielsweise bei **maxpool**:

„Für eine Vorinvalidität, die bereits zur Zeit der Nachfrage nach diesem Versicherungsschutz bestand, kann eine Leistung nicht beansprucht werden. Versicherungsschutz besteht jedoch für angeborene Krankheiten, von denen Sie bei Vertragsschluss noch keine Kenntnis hatten.“

Eine auf Ähnliches abzielende Regelung gilt bei der **Westfälischen Provinzial**:

„Nicht versichert sind Kinder, bei denen bei Vertragsbeginn bereits eine Schwerbehinderung mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 vorgelegen hat. Dies gilt auch, wenn die Invalidität bereits vor Vertragsbeginn bestanden hat, aber erst während der Wirksamkeit des Vertrages durch Bescheid festgestellt wird.“

Mit ähnlichem Wortlaut findet sich dies auch bei der **WGV**, sinngemäß ebenso bei der **Basler Securitas**. Eine ähnliche Klarstellung sieht **Ergo** vor:

„Wird eine vor Vertragsbeginn bekannte Erkrankung bzw. Invalidität erst während der Wirksamkeit des Vertrages als Invalidität nach Ziffer 2.1 durch Bescheid festgestellt, erlischt der Vertrag rückwirkend ab Beginn; bereits gezahlte Beiträge zahlen wir zurück.“

Die **DEVK** benennt einen Ausschluss für

„Krankheiten, Behinderungen, Geburtsschäden und sonstige Anomalien, die bereits vor der Wirksamkeit des Vertrags ärztlich festgestellt waren oder die sich während der Laufzeit des Vertrags verschlimmert oder zu Folgekrankheiten geführt haben, sofern der Versicherer diese Krankheiten nicht ausdrücklich durch Aufnahme in den Versicherungsschein mitversichert hat.“

Zunächst liest sich diese Passage wie eine Klarstellung. Durch das Wörtchen „oder“ werden jedoch auch solche Anomalien vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, die zwar vor der Wirksamkeit des Vertrages nicht ärztlich festgestellt waren, aber sich im Laufe der Vertragslaufzeit verschlimmert oder zu Folgekrankheiten geführt haben und dadurch erstmals festgestellt werden. Damit erscheint dieser Ausschluss, der sich aus dem benannten Teilsatz ergeben, als rechtsunwirksam.

Eine deutliche Klarstellung zur Anrechnung einer Vorinvalidität vor Vertragsbeginn findet sich bei **maxpool**:

„Leistungsfähigkeit, die bereits bei Stellung des Antrages dieser Kinder-Invaliditätsabsicherung bestanden haben (Vorschädigungen), besteht kein Anspruch auf Leistung.

Der Grad der Vorschädigung wird nach den unter Ziffer 4 beschriebenen Bemessungsgrundsätzen festgesetzt und bei der Leistungsberechnung von der ärztlich festgestellten Gesamtschädigung, die maximal 100% betragen kann, abgezogen. Liegt der nach Abzug der Vorschädigung verbleibende Invaliditätsgrad unter 50%, besteht kein Anspruch auf Leistung.

d) Haben nach Beendigung der Kinder-Invaliditätsabsicherung eingetretene Erkrankungen an der Invalidität mitgewirkt, wird der Invaliditätsgrad entsprechend deren Mitwirkungsanteil gekürzt.

e) Ziffer 2 der AUB findet keine Anwendung.“

Auch **Bruderhilfe – PAX Familienfürsorge** und **HUK-Coburg** schreiben ausdrücklich in den **AVB KIDS 2010**:

„4.7 Für Beeinträchtigungen der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, die bereits vor Beginn dieser Versicherung bestanden haben (Vorschädigungen), besteht kein Anspruch auf Leistung. Der Grad der Vorschädigung wird nach den Bemessungsgrundsätzen in Ziff. 3 festgesetzt und bei der Leistungsberechnung von der ärztlich festgestellten Gesamtschädigung, die maximal 100% betragen kann, abgezogen. Liegt der nach Abzug der Vorschädigung verbleibende Grad unter 25%, werden wir nicht leisten.“

Bei der **Basler Securitas** heißt es abweichend:

„Liegt der nach Abzug einer Vorschädigung verbleibende Grad der Dauerschädigung unter 50%, leisten wir nicht.“

Weitere Ausschlussbestimmungen

Weitere Ausschlussbestimmungen betreffen unter anderem eine Invalidität als Folge einer vorsätzlich ausgeführten oder versuchten Straftat, mittelbar oder unmittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse sowie aufgrund unmittelbarer Einwirkung von Kernenergie sowie eine Invalidität durch vorsätzliche Schädigung des versicherten Kindes durch den Versicherungsnehmer oder eine sorgeberechtigte Person. Sofern ein Kind das 10. Lebensjahr vollendet hat, ist weiter üblich ein Ausschluss für eine Invalidität verursacht infolge von Trunkenheit oder suchterzeugenden Mitteln.

Deutlich von der Norm abweichend ist ein Ausschluss der DEVK nach § 4 VI, wonach kein Versicherungsschutz für „Erworbene Immunschwächekrankheit (AIDS)“ bestehe. Nicht unter die versicherte Krankheitsdefinition fallen nach § 2 V „affektive und funktionelle Störungen“. Ebenfalls ungewöhnlich ist der vom Versicherer formulierte Ausschluss für Nahrungsmittelvergiftungen oder der Ausschluss für Unfälle bei der Ausübung von Sport gegen Entgelt, wenn die Ausübung zeitmäßig wie ein Beruf ausgeübt wird und dem überwiegenden Lebensunterhalt dient. Implizit ergibt sich aus § 2 III und IV ein Ausschluss für eine Invalidität als Folge eines durch Eigenbewegung verursachten Unfalles. Dieser zuletzt benannte Ausschluss gilt allerdings

Eingeschränkte Versicherbarkeit in der Kinderinvaliditätsversicherung

Die meisten Kinderinvaliditätsversicherungen sehen Versicherungsschutz frühestens ab dem vollendeten 1. Lebensjahr vor. Positive Ausnahmen sind beispielsweise Basler Securitas, BGV, Barmenia und maxpool bei denen eine Versicherbarkeit tarifabhängig bereits ab dem 1. Tag bzw. der vollendeten 6. Woche besteht. Als Folge lassen sich bei den meisten Wettbewerbern angeborene Krankheiten und oft auch psychische Störungen gar nicht oder nur eingeschränkt versichern. Noch immer gibt es zudem Versicherer, die in ihren Anträgen nach „Erbkrankheiten der Eltern“ fragen.

Wer auch dieses Risiko minimieren möchte, schließt nach Meinung von Stefan Taschner von der uniVersa am besten eine leistungsstarke private Krankenvoll- oder Zusatzversicherung für sich selbst ab. Kommen dann Kinder zur Welt, so können die Eltern ein entsprechendes Nachversicherungsrecht in Anspruch nehmen und ihr Kind innerhalb von zwei Monaten ab Geburt ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten rückwirkend ab Geburt nach dem Tarif der Eltern mitversichern. Interessant ist diese Lösung auch im Rahmen der Pflagegeldversicherung.

Beispielsweise kommen rund ein Prozent aller Neugeborenen mit einem Herzfehler zur Welt.² Bestehen für ei-

nen Elternteil eine stationäre Ergänzungs- sowie Pflegezusatzversicherung, so kann im Rahmen der Mitversicherung ab Geburt eine Spezialklinik mit Chefarztbehandlung aufgesucht werden. Die Mehrkosten, die von der GKV nicht erstattungsfähig sind (Klinikwahl, besondere Unterbringung und Chefarzt) sind über die Zusatzversicherung gedeckt. Bei Pflegebedürftigkeit kann das Pflagegeld frei verwendet werden, so etwas für ambulante und häusliche Pflege, für zusätzliche Hilfsmittel oder als Einkommensersatz, wenn die Pflege durch Angehörige oder von den Eltern erbracht wird.

Anders als eine Kinderinvaliditätsversicherung können Kranken- und Pflegezusatzversicherungen ein Leben lang erhalten bleiben, ohne dass es dafür einer speziellen Nachversicherungsgarantie bedarf. Der Beitrag wird mit Erreichen des 16. oder 18. Lebensjahres (meist) einmalig in den niedrigsten Erwachsenenbetrag umgestellt. Anschließend bleibt das günstige Eintrittsalter erhalten und dies, ohne dass sich etwas am vereinbarten Versicherungsschutz ändert. Sieht der vereinbarte Pflegeergänzungstarif dynamische Leistungserhöhungen auch noch nach Eintritt des Leistungsfalles vor, so bleibt der Geldwert der vereinbarten Versicherungsleistung auf Wunsch sogar lebenslang einigermaßen wertstabil.

auch für alle Wettbewerber, bei denen sich der Unfallbaustein an der GDV-Empfehlung orientiert.

Scheinbar widersprüchlich sind bei der DEVK die Ausschlussbestimmungen im Zusammenhang mit Strahlenunfällen und Heilmaßnahmen. Zwar gelten diese nicht als versicherter Unfall, dafür jedoch als versicherte Krankheit. Das gilt ausdrücklich auch für ärztliche Kunstfehler und Impfschäden. Damit wird die Leistung erst ab einer krankheitsbedingten Invalidität von mindestens 25 % (Integralfranchise) erbracht.

Üblich ist ein Ausschluss für Krankheiten durch den Gebrauch suchterzeugender Mittel gemäß Ziffer 6.3 der GDV-Musterbedingungen. Bei der Basler Securitas, Ergo, Nürnberger und der WGV entfällt dieser Ausschluss, sofern

das Kind zum Schadenzeitpunkt das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, bei der Barmenia sogar bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres.

¹ Siehe ausführlicher http://www.anwalt.de/rechtstipps/invaliditaetsversicherung-muss-trotz-angeborener-krankheit-leisten_001404.html

² Siehe <http://www.gesundheit.de/krankheiten/herz/herzfehler/angeborene-herzfehler>

Teil III dieser Serie finden Sie in Risiko & Vorsorge 1/2013. Erscheinungstermin: Dezember 2012