

Versandt: 25.11.25 21:38 Uhr

Sehr geehrter Herr ,

als Versicherungsmakler mit klarer Spezialisierung auf die Pflegeabsicherung und einem Geschäftsmodell, das überwiegend auf Kooperationen beruht, ist die APKV einer meiner bevorzugten Partner – auch für die Absicherung von Kindern. Das Pflegeitagegeld der Allianz habe ich auch vielen meiner Maklerkollegen empfohlen und viele meiner Maklerkollegen haben Ihr PTG gerne auch deshalb vermittelt – denn damit konnte man bislang wirklich nichts falsch machen.

Gerade weil mir die Allianz (mein Ausbildungsbetrieb) und die existenziellen Absicherungsmöglichkeiten für die Kunden am Herzen liegt, wende ich mich mit einem dringenden Anliegen direkt an Sie. Die aktuell geplante und schon teilweise stattgefundene Neufassung der Gesundheitsfragen für das Pflegeitagegeld droht, dieses Kernprodukt für meine Kunden für den kompletten qualifizierten Maklervertrieb faktisch unvermittelbar zu machen.

Vorab: Ich begrüße ausdrücklich, dass die bisherigen Antragsfragen überarbeitet werden. Die Risikoprüfung war an einigen Stellen zu offen; eine Verschärfung zur Stabilisierung des Kollektivs ist aus kaufmännischer Sicht nachvollziehbar und im Interesse unserer gemeinsamen Kunden.

Das Problem liegt nicht im „ob“, sondern im „wie“: Die mir vorliegenden neuen Gesundheitsfragen (über den Direktabschlusslinks) sind in Teilen sprachlich und fachlich so weit und unbestimmt gefasst, dass sie für einen Laien – und sogar für uns Profis – nicht rechtssicher und ehrlich beantwortbar sind. Damit entstehen erhebliche Haftungsrisiken für Vermittler und eine hohe Gefahr vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzungen selbst bei den Kunden, die besonders aufmerksam Gesundheitsfragen beantworten.

Aus der Diskussion mit zahlreichen Maklerkollegen möchte ich einige besonders kritische Punkte hervorheben:

1. Abfrage von bloßem „Verdacht“

Ein unbestätigter Verdacht ist medizinisch keine Diagnose. Die Frage nach „Verdacht auf Erkrankungen“ ist deutlich zu unbestimmt.

Ein Kunde kann weder wissen, welche Verdachtsmomente in der Akte vermerkt sind, noch kann er jeden früher geäußerten vagen Arztkommentar rechtlich einordnen.

Es ist sogar unklar ob der Verdacht ärztlich, therapeutisch oder sogar rein vom Laien aufgestellt wurde.

Damit wird die Schwelle zur Anzeigepflicht so niedrig gesetzt, dass praktisch jeder Antrag angreifbar wird – was dem Grundsatz von Treu und Glauben aus meiner Sicht widerspricht.

2. „Verhaltensauffälligkeiten“ statt klarer medizinischer Diagnosen

Der Begriff „Verhaltensauffälligkeiten“ ist umgangssprachlich, nicht medizinisch definiert.

Ist ein lebhaftes Kind bereits anzugeben?

Ohne Bezug zu F-Diagnosen / ICD-Codes bleibt nur eine subjektive Einschätzung des Kunden – und damit ein erhebliches Konfliktpotenzial im Leistungsfall.

Leistungsfälle im Pflegebereich beinhalten in aller Regel auch eine psychische Belastungsreaktion – auf die Einschränkungen, welche zum Pflegegrad führen.

3. „Unfall mit dauerhaften Folgen“ in pauschaler Form

Die pauschale Abfrage von Unfällen mit „dauerhaften Folgen“ kann dazu führen, dass völlig irrelevante Sachverhalte anzugeben wären.

Beispiel aus der Praxis: Ein Kind läuft gegen eine Wand, behält eine Narbe im Gesicht, ist aber ansonsten gesund. Formal wäre dies ein Unfall mit dauerhafter Folge, ohne jeglichen Bezug zum Pflegerisiko.

Wird so etwas nicht angegeben, könnte dies im Ernstfall als VVA gewertet werden – eine aus meiner Sicht unzumutbare Unsicherheit.

Ein Abstellen auf Unfälle mit Invalidität wäre hier eventuell ein Alternative?

4. Medizinische Unschärfen und rechtlich sensible Bereiche

Formulierungen wie „chronische ODER degenerative Wirbelsäulenerkrankungen“ vermischen unterschiedliche Sachverhalte, was weder medizinisch exakt noch laienverständlich ist. Hier könnte man rein sprachlich sogar sagen: eine Wirbelsäulenerkrankung die chronisch und degenerativ ist, ist nicht anzugeben. Der „/“ von früher war da sogar günstiger für die Allianz.

5. „Bewegungseinschränkungen“ ohne jede Konkretisierung

Ohne Definition (z. B. Grad laut Gliedertaxe oder amtlich anerkannte Behinderung) ist der Begriff extrem weit: Von der leichten Alterssteifigkeit bis zur schweren Behinderung fällt theoretisch alles darunter. Auch hier ist die Gefahr groß, dass entweder zu viel oder zu wenig angegeben wird – beides problematisch. Überzogen könnte man hier sogar den Verdacht auf einen Muskelkater als angabepflichtig ansehen.

Konsequenzen für Vertrieb, Kunden und Allianz

Seriöse Makler geraten in ein Dilemma: Weisen wir auf jede mögliche Auslegung hin, wird kaum noch ein Kunde den Antrag unterschreiben. Tun wir es nicht, droht im Leistungsfall der Vorwurf unzureichender Aufklärung. Leider beides zu recht.

Für die Allianz entstehen vermeidbare rechtliche Risiken und ein Reputationsschaden, wenn Leistungsablehnungen später mit schwer verständlichen oder überraschenden Antragsfragen begründet werden. Und wenn es in der Leistungsablehnung nicht zu Problemen kommt, dann ist dies nicht aufgrund rechtlicher Gründe so sondern eine kulante Regulierung – etwas worauf man sich als Makler nicht verlassen kann.

Am Ende leidet das Neugeschäft: Kein verantwortungsbewusster Makler wird seine Kunden bewusst in eine solche Haftungsfalle führen.

Mein konstruktiver Vorschlag

Wir brauchen Antragsfragen, die strenger selektieren als bisher, aber zugleich:

- klar auf diagnostizierte und behandelte Erkrankungen abstellen,
- für einen durchschnittlichen Kunden verständlich sind und mit einem ehrlichen „Ja/Nein“ beantwortet werden können,
- auf medizinisch und juristisch belastbaren Begriffen beruhen,
- und das künftige Pflegerisiko sachgerecht abbilden, ohne jedes theoretische Risiko zu erfassen.

Daher meine dringende Bitte:

Stoppen Sie den Rollout der derzeit geplanten Fragen in dieser Form!

Lassen Sie die Fragen gemeinsam mit Praktikern aus Vertrieb/Maklerschaft, Underwriting, Medizin und Rechtsabteilung überarbeiten.

Entwickeln Sie auf dieser Basis strengere, aber faire Gesundheitsfragen, die sowohl Ihr legitimes Interesse an einer besseren Risikoselektion als auch die Anforderungen an Transparenz, Kundenverständnis und Beratungsrechtssicherheit erfüllen.

Ich stehe Ihnen sehr gerne für einen kurzfristigen Austausch – telefonisch oder per Teams – sowie für konkrete Formulierungsvorschläge zur Verfügung und kann auf Wunsch auch strukturiertes Feedback aus meinem Maklernetzwerk einbringen. Mein Ziel ist es, die Allianz weiterhin als erste Empfehlung im Bereich Pflegeabsicherung platzieren zu können. Nicht nur bei meinen Kunden, sondern auch als Pflegeexperte, der auch in diversen Netzwerken z.B. dem Young Makler Netzwerk einer der wenigen Meinungsführung im kompletten Markt für die Pflegeabsicherung ist.

Herzlichen Dank für Ihre Zeit und Ihre Offenheit für dieses Feedback. Über eine kurze zeitnahe Rückmeldung würde ich mich sehr freuen.

PS: der fairnesshalber möchte ich bereits ankündigen, dass ich zu den neuen Antragsfragen einen entsprechenden Artikel verfassen werde und dieser ggf. auch in den entsprechenden Fachmedien publiziert wird. Um die E-Mail nicht zulange werden zu lassen, habe ich einige Kritikpunkte an den neuen Antragsfragen nicht erwähnt.

Mit freundlichen Grüßen aus Mittelfranken

Christian Steffen Fröhlich

Versicherungsmakler

Betriebswirt (B.A.)

Versicherungs- und Finanzanlagenfachmann (IHK)