

Risiko & Vorsorge

8. Jahrgang | Ausgabe 3-09 | 4,90 Euro

Fondspolizen

Ablaufmanagement

Berufsunfähigkeit

Alleinstellungsmerkmale in der BU

▶ **Makler-Wissen II**
Pflegeversicherung

▶ **Makler-Know-how II**
Krankenzusatzversicherung

▶ **Neuer Makler-Markt**
Geschlossene Fonds

▶ **Interview**
Skandia



Betonköpfe

Wer war zuerst da?

Das Produkt oder der Vertreter? Richtig, das Produkt! Und das suchte sich einen Weg zum Kunden. Der Vertreter war geboren. Er vertritt die Interessen des Produktherstellers beim Verbraucher. Also: Ohne Produkt kein Vertreter. Das gilt 1:1 auch für den Versicherungsmarkt. Und damit sind auch schon die Abhängigkeiten klar benannt. Drum herum gibt es dazu noch etwas Kosmetik. Ihr Name: König Kunde. Sozusagen eine Art Absatzschmierseife.

Heute haben wir in der Versicherungswirtschaft zwei Welten. Die alte Welt der reinen Absatzwirtschaft mit der Hymne „Wir decken um bis morgen früh und singen Neugeschäft fallera“ und die neue Welt der Beratung.

Die einen sorgen ohne nachzudenken dafür, dass die Produkte zügig vom Fließband unters Volk kommen, die anderen dafür, dass der Kunde erkennt, was er von diesen Produktfluten tatsächlich benötigt. Der Konflikt ist offenkundig.

Als nahezu übermächtige Feinde der hier skizzierten Absatzwirtschaft wurden die EU-Vermittler-Richtlinie und die VVG-Reform bekämpft. Was wurde nicht für Papier beschrieben, was wurde nicht die Politik bemüht, hier doch bitte, bitte Einhaltung zu gebieten.

Und nun?

Die Anfang 2008 in Kraft getretene VVG-Reform hat das traditionell sehr mäßige Ansehen der Versicherungsvertreter in der Öffentlichkeit verbessert und das Vertrauen der Verbraucher beim Versicherungsabschluss deutlich gestärkt.

Das dokumentiert uns der aktuelle „Kundenmonitor Assekuranz 2009“ des Marktforschungs- und Beratungsinstituts YouGovPsychonomics AG. Hierzu wurden fast 2.200 Bundesbürger ab 16 Jahren repräsentativ befragt.

Aha!

54 Prozent aller Entscheider in privaten Versicherungsangelegenheiten sagten, das neue Versicherungsvertragsgesetz habe ihr persönliches Bild von den Vermittlern verbessert. 48 Prozent zeigen zudem ein gestiegenes Vertrauen in ihnen persönlich bisher unbekannte Versicherungsvermittler. Die 18 Prozent aller Versicherungskunden, die seit Einführung des neuen Gesetzes bereits ein Beratungsgespräch in Anspruch genommen haben, äußerten sich sogar noch positiver: 62 Prozent registrieren für sich ein positiveres Vermittlerimage. Von dieser Gruppe zeigten sogar 56 Prozent mehr Vertrauen in ihnen persönlich noch nicht bekannte Vermittler.

Und: Als für die Abschlussbereitschaft der Kunden grundsätzlich dienliche Argumente wurden der Nachweis einer fachlichen Qualifikation sowie die von den Produktgebern geforderte frühzeitige schriftliche Ankündigung von Vertragsänderungen identifiziert. Der Erhalt eines Produktinformationsblatts (PIB) sowie das Beratungsprotokoll wurden ebenfalls als verkaufsfördernd bewertet.

Was lehrt uns das?

Die Versicherungswirtschaft musste erst vom Gesetzgeber zu ihrem Glück gezwungen werden. Wer seine Kunden tatsächlich kennt und ehrlich ernst nimmt, wäre schon viele Jahre und Strukturvertriebe vorher von ganz allein auf diese, nun vom Gesetzgeber zwangsverordneten einfachen vertrauensbildenden Maßnahmen gekommen.

Ein ähnliches Feld ist die Honorarberatung. Aktuell 240.000 registrierte Vermittler wurden und werden mit teils absurder Logik gegen eine Minderheit von vielleicht 1.500 Honorar-Beratern mobilisiert. Nun wird auch auf diesem Feld der Gesetzgeber aktiv. Dazu fällt einem nur noch der Satz von Gorbatschow betreffs der Betonköpfe in der DDR-Regierung ein „ Wer zu spät...“



Herzlichst
Ihr

Klaus Barde
Herausgeber

Impressum

Herausgeber:

Klaus Barde
Verlag:
BHM GmbH
Mitteldorfstraße12
37130 Gleichen bei Göttingen
Tel. 0 55 08-97 57 12
Fax: 0 55 08-97 57 20
info@bhm-marketing.de
www.promakler.de

Anzeigen:

Karin Klawunn
Tel. 05 51-5 85 11
Fax: 0551-4 363 2
Es gilt der Anzeigentarif „Finanz-Vertrieb“ vom 01. Dezember 2008

Redaktion:

Tel. 05 51-633 92 01
info@bhm-marketing.de

Bestellungen/Abonnements:

Birgit Pollter
Tel. 05 51-2 91 31 35
Fax. 05 51-2 91 31 52
info@bhm-marketing.de

Einzelbezugspreis:

4,90 € zzgl. 2,24 € Versand inkl. 7% MwSt.

Jahres-Abonnement:

26,10 € inkl. 7% MwSt. und Versand.

Erscheinungsweise:

Vierteljährlich.

Satz, Layout, Grafik:

Michaela Vormoor

Titelbild: photofey – Fotolia

Alle Rechte vorbehalten.

© BHM GmbH, Göttingen

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Herausgebers. Alle in Risiko & Vorsorge veröffentlichten Daten und Texte sind urheberrechtlich geschützt. Übersetzung, Nachdruck, Vervielfältigungen auf photomechanischem oder ähnlichem Wege oder im Magnettonverfahren sowie Vortrag, Funk- und Fernsehsendungen und Internetverbreitung nur mittels Genehmigung durch den Herausgeber. Die Rechte an der jeweiligen Rating-Systematik liegen ausschließlich bei den benannten Rating-Unternehmen.

Gerichtsstand ist Göttingen.

Für die seitens Dritter gelieferten Daten, Auswertungen sowie redaktionellen Beiträge übernimmt der Verlag keine Gewähr.

■ Editorial	3
-------------------	---

■ Info	6
--------------	---

■ Produkte	12
------------------	----

■ Fondspolizen

• Ablaufmanagement	14
• Interview: Skandia	20
• Kickbacks & Variable Annuities	22
• Fondspolizen mit Garantie	25
Autorenbeitrag: Allianz	26

■ Wohnriester	28
---------------------	----

• Wohnriester-Tarife	33
----------------------------	----

Interview: Rechtsanwalt Dirk Schwane

„Beratungs- und Dokumentationsverzicht“	34
---	----

■ Berufsunfähigkeit

Alleinstellungsmerkmale in der BU, Teil 1	36
• Gesundheitsfragen & Teleunderwriting	38
• Vorläufiger Versicherungsschutz	38
• Technisch einjährige Verträge	40
• Prämienanpassung	41
• Garantierte Rentensteigerung	41
• Individualvereinbarungen	42
• Beitragspause / Beitragsbefreiung	43
• Meldefrist im BU-Fall	46
• Leistung bei verspäteter Meldung	46
• Weltweite Deckung	46
• Tele-Claiming	46
• Leistungseinschluss bei Vorliegen schwerer Krankheiten	47
Autorenbeitrag: Stuttgarter	48

■ Makler Wissen II

Grundlagen der Pflegeversicherung / Die Tarifwelt

• Pflegerenten	51
• Pflegekostentarife	56
• Pflegegeldtarife	59

■ Makler Know-how II

Krankenzusatzversicherung

- Auslandsreisekrankenversicherung63
- Ausschlüsse im Überblick67
- Heilpraktiker & Naturheilverfahren72
- Krankenhaustagegeldtarife74

■ Rating

- Unfall Core-Rating76
- Hausrat80
- Jagd-Haftpflicht83
- Pferdehalter-Haftpflicht84
- Hundehalter-Haftpflicht86

■ Verbände/Pools

- VEMA e.G.89
- Conzept Service GmbH89
- VDH GmbH90
- Invers GmbH90
- Adressen91

■ Buchvorstellungen92

■ Fonds-Know-how

- Dachfonds-Ranking94
- Fonds-Garantien: Mehr Schein als Sein98

Neuer Maklermarkt: Geschlossene Fonds102

I. Grundsätzliches103

- Was ist ein Geschlossener Fonds?103
- Marktsegmente106

II. Umsetzung in der Beratung108

- Anlegereignung108
- Wichtige Risiken109
- Wie sichere ich meine Beratung ab?110
- Renditeaussichten111
- Fondsauswahl112
- Die Leistungsbilanz Geschlossener Fonds113

Risiko & Vorsorge, Ausgabe 4/09: Themen-Spektrum

- Alleinstellungsmerkmale in der BU, Teil 2
- Altersvorsorge für Geringverdiener
- Rechtsschutzversicherung für Selbständige
- Neue Makler-Märkte: Spezial Schiffsfonds
- Haftungsdach für Makler

Wissen ist Geld!

Fachzeitschriften – Fachbücher
für den qualifizierten Makler



PKV-Abschlusskosten: Erhebliche Steigerung

Gemäß dem Rechenschaftsbericht des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. erhöhten sich die Abschlussaufwendungen in 2008 um 7,1 Prozent. Das entspricht 170 Millionen Euro. Diese Vertriebskosten erhöhten sich damit insgesamt auf 2,55 Milliarden Euro. Die Einnahmeseite in der PKV ist 2008 um 2,9 Prozent (Vorjahr: 3,4 Prozent) oder 840 Millionen Euro auf 30,3 Milliarden Euro gestiegen. Die Leistungen für die Versicherten erhöhten sich um insgesamt 6,6 Prozent (Vorjahr: 5,9 Prozent). Das entspricht einer Steigerung von 1,24 Milliarden Euro auf 20,14 Milliarden Euro.

Delta Lloyd: Berufsunfähigkeit & Tele-Claiming



Delta Lloyd hat sein Serviceangebot in der Berufsunfähigkeit nach der Einführung des Tele-Underwritings um den Baustein Tele-Claiming erweitert. Im Rahmen dieses Services wird der Kunde im Fall der Berufsunfähigkeit telefonisch umfassend betreut.

Innerhalb von 24 Stunden nach Eingang des Antrags auf Berufsunfähigkeit wird der Kunde angerufen, um zu klären, wie seine aktuelle Situation ist und wie ihm am besten geholfen werden kann. Darauf aufbauend wird dann ein individueller Fragebogen erstellt, über den alle für die Regulierung notwendigen Details abgefragt werden, beispielsweise zum zuletzt ausgeübten Beruf und zum aktuellen Gesundheitszustand.

Bei der Beantwortung dieses Fragebogens kann der Kunde telefonische Unterstützung von Delta Lloyd in Anspruch nehmen; ebenso vom betreuenden Makler.

Nach Auswertung des Fragebogens werden Vorschläge für die möglichen Leistungen und Maßnahmen mit dem Kunden abgestimmt. Dabei werden dem Kunden unter anderem speziell auf ihn zugeschnittene Maßnahmen zur beruflichen oder medizinischen Rehabilitation angeboten.

Krankenvollversicherung: Debeka wieder vorn

Die Abschlusszahlen 2008 zeigen in der Krankenvollversicherung sehr unterschiedliche Ergebnisse. Signifikant: Die DKV verzeichnet zum dritten Mal in Folge ein hohes Minus. Bei den „kleinen“ Gesellschaften zeigten sich die Mecklenburgische mit zwölf Prozent sowie R+V, Universa und Provinzial Kranken Hannover mit einem Zuwachs von jeweils fast zehn Prozent besonders erfolgreich.

Die ersten 10 der privaten Krankenversicherer 2008 (Anzahl an Vollversicherten)

Gesellschaft	Bestand in 1.000 natürlichen Personen	Veränderung zu 2007 in natürlichen Personen / in Prozent
Debeka	2.072,9	23.550 / 1,1
DKV	788,4	-15.040 / -1,9
Allianz	724,0	-13.000 / -1,7
Axa	706,6	8.700 / +1,2
Signal	472,8*	-4.000 / < -1,0
Central	451,0	22.000 / 5,2
Bayerische Beamtenkrankenkasse	377,9	5.400 / 1,4
Continental	375,0	11.000 / 2,9
HUK-Coburg	345,2	11.680 / 3,5
Barmenia	311,4	-240 / -0,1

*vorläufige Zahlen; Quelle: Zeitschrift Versicherungswirtschaft, Ausgabe 9/2009

Aktienfonds-Sparpläne: Fondspolizen oft ohne jeden Wertzuwachs

Die Sparplanstatistik des Bundesverband Investment und Asset Management (BVI) gibt Aufschluss über die Renditestärke ausgewählter Anlagezeiträume. Hier handelt es sich um Sparpläne auf der Basis aktiv gemanagter Fonds. Bei Hinzunahme von Inflationskennziffern dokumentieren diese Zahlen ein noch erschreckenderes Bild. Ein Bild, welches sich adäquat in der Summe der Fondsgebundenen Produkte spiegelt. Für den Makler stellt sich die alte Frage: Wie sag ich es meinem Kunden? Hätten die Anleger in diesen Märkten mittels Exchange Traded Funds (ETFs) investiert, so hätten sich die Ergebnisse deutlich besser präsentiert.

Sparplanzahlen auf einen Blick

Fondsgruppe		10 Jahre eingezahlt: 2.000Euro	20 Jahre eingezahlt: 24.000 Euro	30 Jahre eingezahlt: 36.000 Euro
Aktienfonds Deutschland	Ergebnis in Euro	8.670	28.282	84.363
	in Prozent p.a.	-6,6%	1,6%	5,2%
Aktienfonds global	Ergebnis in Euro	7.809	26.471	69.967
	in Prozent p.a.	-8,8%	1,0%	4,1%
Euro Rentenfonds Langläufer	Ergebnis in Euro	14.235	39.247	88.759
	in Prozent p.a.	3,4%	4,7%	5,5%
Rentenfonds international Mittelläufer	Ergebnis in Euro	12.757	35.990	90.472
	in Prozent p.a.	1,2%	3,9%	5,6%
Mischfonds rentenbetont Euro	Ergebnis in Euro	11.766	44.565	129.300
	in Prozent p.a.	-0,4%	5,8%	7,5%
Mischfonds aktienbetont international	Ergebnis in Euro	9.766	26.945	89.452
	in Prozent p.a.	-4,3%	1,1%	5,5%
Offene Immobilienfonds	Ergebnis in Euro	13.790	36.005	78.718
	in Prozent p.a.	2,7%	3,9%	4,8%

Einzahlung pro Monat: 100 Euro, Ergebnisse berücksichtigen alle Kosten inklusive Ausgabeaufschlag, Angaben sind Durchschnittswerte der jeweiligen Fondsgruppe, Stand 31. März 2009, Quelle: BVI

**uniVersa:
viermal „hervorragend“**

Die staatlich geförderte Riester- und Rürup-Rentenversicherung der uniVersa erhielt von der Ratingagentur Franke & Bornberg jeweils die Höchstbewertung „hervorragend“. Sowohl die klassischen Tarife mit Garantiezins, wie auch die fondsgebundenen Varianten konnten im Test überzeugen. Bei der fondsgebundenen Riesterrente bietet die uniVersa ein „Drei-Topf-Modell“ mit Deckungsstock, Garantiefonds und freier Fondsanlage an. Bei der Rüruprente können aus bis zu 80 Topfonds fünf Anlagefavoriten oder ein aktiv gemanagtes Strategiedepot von Feri ausgewählt werden.

www.universa.de

**Nürnberger:
Herabgestuft**

Fitch Ratings hat die Finanzstärkeratings (Insurer Financial Strength, IFS) der Nürnberger Lebensversicherung AG (NLV), Nürnberger Allgemeine Versicherung AG (NAV) und der Nürnberger Krankenversicherung AG (NKV) auf „A“ von „A+“ herabgestuft.

Darüber hinaus hat Fitch auch das Emittentenausfallrating (Issuer Default Rating, IDR) der börsennotierten Holdinggesellschaft Nürnberger Beteiligungs-Aktiengesellschaft (NB) auf „BBB+“ von „A“ sowie das Rating der nachrangigen Fremdkapitalemission in Höhe von EUR 100 Mio. auf „BBB-“ (BBB minus) von „BBB+“ herabgestuft. Der Ausblick wurde jeweils auf negativ von stabil geändert.

Die Herabstufungen reflektieren erhebliche Verluste und Wertminderungen in den Kapitalanlagen aufgrund der extremen Schwankungen an den internationalen Kapitalmärkten. Die Volatilitäten haben das Kapitalanlageportfolio des Konzerns 2008 deutlich beeinträchtigt und werden dies 2009 vermutlich weiter tun. Darüber hinaus beurteilt die Agentur die für 2008 berichtete Rentabilität im Schaden- und Unfallgeschäft als leicht schwach. Die Stärken des Ratings sind die starke Kapitalposition der gesamten Nürnberger-Gruppe, das überdurchschnittliche Wachstum in der Lebensversicherung aufgrund einer starken Geschäftsposition und gut diversifizierter Vertriebskanäle, sowie die gute zugrunde liegende technische Rentabilität im Lebensgeschäft. www.fitchratings.de

Charta: Die besten Makler-Versicherer

Der Maklerverbund Charta* prämierte anlässlich der Maklermesse 2009 die jeweils drei bestplatzierten Unternehmen. Bewertet wurde nach neun Kriterien:

Produkte und Prämien / Leistungsabwicklung / Policierung / Extranet-Maklerportal / Image oder Ruf / Maklerbetreuung / Erreichbarkeit / Courtageabwicklung / Software-Angebote

Zudem wurden Mehrsparten-Versicherer ausgezeichnet. Diese Gesellschaften müssen in den drei Sparten Schaden, Leben und Kranken mit Maklern zusammen arbeiten, sind also keine Spezialversicherer.

Platz	Versicherer	Bewertung
Lebensversicherer		
1	Allianz	**** (sehr gut)
2	Interrisk	**** (sehr gut)
3	Skandia	**** (sehr gut)
Schadenversicherer		
1	Haftpflichtkasse Darmstadt	***** (hervorragend)
2	Itzehoer	***** (hervorragend)
3	Interrisk	**** (sehr gut)
Krankenversicherer		
1	Alte Oldenburger	**** (sehr gut)
2	Central	**** (sehr gut)
3	CSS	**** (sehr gut)
Rechtsschutzversicherer		
1	KS/Auxilia	***** (hervorragend)
2	Concordia	*** (gut)
3	Deurag	*** (gut)
Allsparten-Versicherer		
1	Allianz	
2	Barmenia	
3	BBV	

*Charta Börse für Versicherungen AG in Zusammenarbeit mit YouGovPsychonomics AG

Warnung: Riester-Kudellmodell

Die Online-Rechner diverser Versicherer und Finanzdienstleister sind in Sachen Riester-Rente nicht korrekt. Sie kommen teilweise zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen.

Die Analyse von Unternehmensberater Dr. Wolfgang Drols und Rechtsanwalt Dr. Johannes Fiala dokumentiert in der Ausgabe 6/2009 des Versicherungsmagazins hierzu etliche Beispiele.

Die erheblichen Unterschiede bei den gut 50 erhobenen Versicherungs-Gesellschaften und Finanzdienstleistern werden

durch mehrere Standardfehler verursacht. Vorrangig sind Erhebungsfehler, die durch das Auslassen wichtiger Eingabemöglichkeiten entstehen.

Zweitens kommt es zu Berechnungsfehlern, „meist aus Unkenntnis der gesetzlichen Vorgaben“, sagen die Autoren der Analyse.

Zudem ist die teils oberflächliche Pflege der Seiten signifikant. Somit ist die Gefahr gravierender Beratungsfehler für den Kunden gegeben.

www.gvv-fachverlage.de

► Vermittler-Richtlinie & VVG-Reform stärken Kunden-Vertrauen

Laut aktueller Studie des Marktforschungs-Instituts YouGovPsychonomics AG haben die Reformen zur Verbesserung des Vermittler-Images beigetragen.

77 Prozent der Verbraucher finden es gut, dass der Inhalt des Beratungsgesprächs protokolliert und von beiden Seiten unterschrieben wird. 74 Prozent sehen mehr Sicherheit und Verlässlichkeit durch eine umfassende Beratung gewährleistet. Und 71 Prozent glauben, dass nun die vorvertragliche Beratung durch die gesetzlichen Vorgaben besser wird.

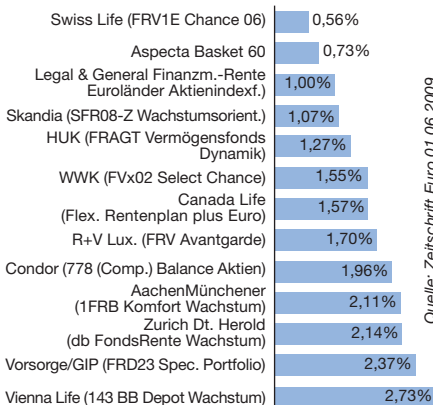
Die Themen Papierberge und zu lange Beratungsgespräche haben bei langem nicht das Gewicht, wie zu Beginn der Reformen gemutmaßt wurde. Die Stimmen halten sich hier die Waage.



54 Prozent der Befragten sagten, dass ihr persönliches Bild von Versicherungsvermittlern durch die gesetzlichen Vorgaben verbessert wurde. Und knapp die Hälfte der Befragten würde nun sogar auch fremden Vermittlern mehr Vertrauen schenken. www.psychonomics.de

Jährliche Effektivkosten von Fondsversicherungen

Basis: Mann, 30 Jahre, 30 Jahre Laufzeit, 150 Euro Monatsbeitrag



Endlich: AVAD-Auskunftsverfahren in bisheriger Anwendung unzulässig



Mit Urteil des Hanseatischen Oberlandesgerichts vom 06. Mai 2009 (Az. 5 U 155/08) wurde zweitinstanzlich und rechtskräftig festgestellt, dass Meldungen an den AVAD, soweit sie sich lediglich auf einen Verdacht beziehen, zu unterlassen sind.

Der Auskunftsstelle über Versicherungs-/Bausparkassenaußendienst und Versicherungsmakler in Deutschland e.V., kurz AVAD (www.avad.de), ist eine der Schufa vergleichbare Institution. Der AVAD dient den beteiligten Versicherungsunternehmen dazu, Informationen über Versicherungsvermittler auszutauschen. Dies betrifft die Aufnahme oder Beendigung der Zusammenarbeit von Unternehmen mit einem Vermittler wie auch Probleme bei Provisionen, Storno oder Straftaten.

Die Verfahrensregeln des AVAD sehen für die von einer nachteiligen Meldung betroffenen Vermittler bisher lediglich eine Widerspruchsmöglichkeit mit nachfolgender Sperrung der Eintragung vor. Eine Überprüfung des strittigen Sachverhalts war bisher nicht möglich.

Das AVAD-Verfahren erlangte eine erhebliche Aufwertung dadurch, dass die Aufsichtsbehörde BaFin mit Rundschreiben 9/2007 dieses Meldeverfahren als quasi verpflichtend für die Versicherungsunternehmen einsetzte. Dies stieß damals auf erhebliche Kritik, u.a. des AfW-Bundesverband Finanzdienstleistung.

Insbesondere stellt die dadurch quasi verpflichtende AVAD-Auskunft eine vom Gesetzgeber nicht gewollte Aufwertung eines privatrechtlichen Vereins dar, der mit der Einrichtung des Versicherungsvermittlerregisters hätte überflüssig werden können. Es wäre also nicht an der BaFin gewesen, hier das AVAD-Auskunftsverfahren verpflichtend zu machen, sondern am Gesetzgeber.

Hinzu kommt, dass der AVAD e.V. nicht der BaFin-Aufsicht unterliegt.

Das eine Aufsicht über die Arbeitsweise des AVAD e.V. jedoch erforderlich ist, zeigt das durch „Wirth-Rechtsanwälte“ für ein Versicherungsmaklerunternehmen erstrittene Urteil.

Im vorliegenden Fall hatte ein Ver-

sicherungsunternehmen eine AVAD-Meldung mit dem Inhalt „Verdacht der Urkundenfälschung“ vorgenommen. Dies führte unmittelbar dazu, dass mehrere andere Versicherer die Zusammenarbeit mit dem Maklerunternehmen aufkündigten, was für dieses zu erheblichen Einnahmeverlusten führte.

Das Gericht urteilte nun, dass eine derartige Eintragung im AVAD-Register nicht zulässig sei und strafbewehrt zu unterlassen sei.

Es vollzog eine ausführliche Abwägung zwischen den Interessen der Versicherungs- bzw. Vertriebsunternehmen möglichst frühzeitig vor Risiken der Zusammenarbeit gewarnt zu werden und dem Schutzbedürfnis des Vermittlers vor der Verbreitung negativer Werturteile.

Die Abwägung fiel klar zugunsten des Maklerunternehmens aus, sogar obwohl seitens der Staatsanwaltschaft ein Ermittlungsverfahren gegen einen Mitarbeiter betrieben wird. Dies wird seitens des Gerichts insbesondere damit begründet, dass staatsanwaltschaftliche Ermittlungen bereits bei den geringsten Verdachtsmomenten stattfinden. Dies jedoch zunächst unter Ausschluss der Öffentlichkeit, während die Meldung an den AVAD zu einer breiten Streuung des Verdachts unter den Mitgliedsunternehmen und sogar auch darüber hinaus in der ganzen Branche führt.

„Das AVAD-Verfahren gehört insgesamt auf den Prüfstand und dies nicht nur wegen der anstehenden Datenschutzgesetz-Änderungen. Die Versicherungsunternehmen sind nach diesem Urteil gehalten, nur sorgfältig recherchierte und nachweislich zutreffende Meldungen an den AVAD weiter zu leiten. Das betrifft auch die Frage einer angeblich noch ausstehenden Stornoforderung. Gleichzeitig ist die BaFin gefordert ihre Haltung zu dieser Institution zu überdenken und zumindest für eine wirksame Kontrolle unter Beachtung rechtsstaatlicher Grundsätze zu sorgen.“, so Rechtsanwalt Daniel Berger, welcher die Klägerin vertreten hat.

www.wirth-rechtsanwaelte.com

Die höchste Rentenleistung

Der Map-Report* untersuchte die Rentenleistungen von sofort beginnenden Rentenversicherungen gegen einen Einmalbeitrag von 50.000 Euro, die vor 20, 15 beziehungsweise zehn Jahren abgeschlossen wurden.**

Die höchsten Rentensummen

Laufzeit 1990-2009		Laufzeit 1995-2009		Laufzeit 2000-2009	
Anbieter	Summe	Anbieter	Summe	Anbieter	Summe
R+V	101.622	Debeka	71.661	Debeka	40.927
Iduna	101.511	Iduna	69.721	Neue Leben	39.426
Öffentl. Braunschweig	101.449	Generali	69.654	Europa	39.397
Familienfürsorge	100.792	Allianz	69.091	Ideal	39.336
Gothaer	99.775	Württ.	68.886	Allianz	39.103
Allianz	99.200	Condor	68.682	Württ.	39.048
Bayer. Beamten	97.368	Cosmos	68.501	HUK-Coburg	39.027
Karstadt Quelle	96.486	LVM	68.194	Ham.-Mannh.	38.963
Asstel	96.037	Continentale	68.011	Prov. Rheinl.	38.734
Württ.	95.388	Prov. Rheinl.	67.991	Generali	38.634
Markt	95.069	Markt	65.230	Markt	37.056
Letzter	87.369	Letzter	58.504	Letzter	33.636

* Insgesamt gezahlte Rente in Euro; Quelle: Map-Report 710-711

Der Map-Report Nr. 710-711 „Dritte empirische Analyse: Private Rentenversicherung“ ist als gedrucktes Heft für 75,00 Euro und als PDF-Datei für 65,00 Euro beim Verlag Manfred Poweleit per Fax unter 04139 7019 oder per E-Mail zu beziehen.

**Kunde: Journalist, Nichtraucher, Eintrittsalter 63 Jahre, sofort beginnende Leibrente mit zehnjähriger Rentengarantie ohne Rabatte, Einmalbeitrag 50.000 Euro.

Pro PKV-Basis-Tarif

Versicherungsberater Rüdiger Falken bricht eine Lanze für den Basis-Tarif. Dank der aktuellen höchstrichterlichen Rechtsprechung liegt sein Leitfaden* zu diesem Produkt genau im timing. Ein Studium des Textes lohnt sehr, da sich jeder Makler mit diesem Wissen aktuell bestens profilieren kann und im Beratungsgespräch zur PKV auch muss.

¹Aufgrund der enormen Vielfalt an Vollversicherungs-Tarifen kann es Abweichungen im Einzelfall geben
Quelle: Falken – Leitfaden und „Inside Kurz & Knapp, Die Umsetzung des GKV-WSG in der privaten Krankenversicherung“ (VersicherungsJournal 23.1.2009)
**Für PKV-Versicherte – Dichtung und Wahrheit in der neuen Welt der PKV – eine Entscheidungshilfe“, 10,- Euro, 55 Seiten, www.kanzlei-falken.de

Vor- und Nachteile des Basistarifs gegenüber typischen Krankenvoll-Versicherungen¹

Basistarif	Bereich/Leistung	Beschreibung
Vorteile	Anschluss-Heilbehandlung und Rehabilitation	
	Entziehungs-Maßnahmen	
	Gemischte Anstalten	Zustimmungspflicht des Versicherers entfällt
	Haushaltshilfe	
	Häusliche Krankenpflege	
	Hilfsmittel	Offener Hilfsmittelkatalog
	Kuren	Ambulante, stationäre, Mutter-/Vater-Kind-Kuren
	Mutterschaftsgeld	
	Psychotherapie	Keine Begrenzung der Zahl der Sitzungen
	Soziotherapie	
Nachteile	Vorsorge-Untersuchungen	
	Arzneimittel	Nur verschreibungspflichtige
	Arztwahl	Nur Kassenärzte
	Ausland	Nur eingeschränkte Leistungen
	Erstattungssatz Ärzte	1,8-facher Satz der GOÄ/ 2-facher Satz der GOZ
	Heilpraktiker, Naturheilverfahren	Nicht vorgesehen
	Kieferorthopädie	Außer für Kinder und Jugendliche keine Leistungen
	Sehhilfen	Außer bei schweren Sehstörungen keine
Zahnersatz	50 bis 65% eines befundbezogenen Festbetrags	

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

Alte Leipziger – Aspecta – Canada Life – Fingro – InterRisk – Nürnberger – Volkswohl Bund – WWK

Ablauf-Management bei Fondspolicen

Hier könnte dem Kunden durchaus mehr geboten werden.

Fondsgebundene Lebens- und Rentenversicherungen sind seit den 70er Jahren im Markt. Vorreiter waren Deutscher Herold, Nürnberger und Veritas. Während herkömmliche Kapitalbildende Produkte in Deutschland eine Aktienquote von 35 % nicht übersteigen dürfen, können fondsgebundene Verträge bis zu 100 % in Aktien investieren. Damit trägt der Versicherte im Zweifel in voller Höhe das Kapitalmarktrisiko. In der öffentlichen Kritik stehen die hohen Kosten fondsgebundener Produkte, nämlich sowohl für den Versicherungsmantel wie auch für das eigentliche Investment.

Autor: Stephan Witte

Die seit 2009 geltende Abgeltungssteuer wird als Vorteil gegenüber einer Direktanlage in Aktienfonds ins Feld geführt. Ein weiterer Vorteil kann ein unveränderlicher Rentenfaktor ohne Treuhänderklausel sein (z.B. FINGRO, InterRisk, NÜRNBERGER, WWK). Allerdings muss Kunden wie auch Vermittlern klar sein, dass nicht nur eine Garantie Rendite kostet sondern auch ein Rentenfaktor immer mit einem gewissen Sicherheitsabschlag angesetzt werden muss. Es kann daher nicht ausge-



geschlossen werden, dass ein Anbieter mit weichem Rentenfaktor auch bei höherer Lebenserwartung als ursprünglich kalkuliert, die bessere monatliche Rentenleistung erbringt.

Und ein weiteres grundsätzliches Problem fondsgebundener Produkte ist bis heute ungelöst: die sichere Vorhersage über die voraussichtlichen Ablaufleistungen (Kapital oder Rente) ist unmöglich. Einzelne Anbieter garantieren zumindest die Summe der eingezahlten Beiträge oder eine Mindestwertentwicklung der hinterlegten Fonds. Jede Prognose der Anbieter hat daher den Charakter eines Glücksspiels, zumal die ausgewiesenen Ablaufleistungen auf Basis einer realitätsfremden linearen Fondsperformance und fast immer ohne Berücksichtigung der tatsächlichen Fondskosten für das Management erfolgen.

Ein Lösungsweg wäre die Hochrechnung auf Basis des jeweiligen Vergleichsindex. Dazu müsste diese Hochrechnung stets alle bekannten Kosten berücksichtigen. Auffällig werden die Fehler in den Hochrechnungen der Versicherer, wenn zwei Fonds mit unterschiedlichen Verwaltungsgebühren oder aber ein Renten- und ein Aktienfonds in der Hochrechnung jeweils linear mit den gleichen 6, 8 oder 10 Prozent linearer Wertentwicklung ausgewiesen werden. Dass hier etwas nicht stimmen kann, sollten jedem Makler klar sein.

■ Der aktive Kunde

Die Angebotsvielfalt des Marktes richtet sich an zwei grundlegend verschiedene Kundentypen. Zum einen sind da jene, die eigenverantwortlich über ihre Anlage entscheiden wollen. Diesen wird in höchst unterschiedlicher Quantität wie Qualität eine Anzahl von Fonds zur Verfügung gestellt, um beispielsweise Trends wie BRIC oder grüne Investments darzustellen oder alternativ in bekannte Publikumsfonds (z.B. NÜRNBERGER) oder interne Fonds (z.B. Canada Life) zu investieren. Anders als Publikumsfonds, sind interne Fonds, die einige Gesellschaften auflagen, nicht frei handelbar. Von internen Fonds zu unterscheiden sind von einem Versicherer aufgelegte, jedoch am Markt frei handelbare Fonds.

Ein wichtiger Vorteil gegenüber einem Direktinvestment ist für die benannte Zielgruppe, dass schon mit geringen

Beiträgen in eine Vielzahl verschiedener Fonds investiert werden kann und so das Risiko weit gestreut wird. Nachteilig bei der Anlage in internen Fonds eines Versicherers ist, dass in diesem Fall alternativ zu einer Kapitalauszahlung bzw. Verrentung eine Übertragung von Fondsanteilen auf ein Kundendepot ausgeschlossen ist. Vielfach besteht ergänzend die Möglichkeit, die ausgewählten Investments während der Laufzeit zu switchen und / oder shiften; je nach Anbieter ein- oder mehrfach während eines Jahres und dies beitragsfrei oder gegen Gebühr.

■ Der passive Kunde

Auf der anderen Seite steht die weit größere Gruppe jener Kunden, die an einer eigenverantwortlichen Anlagepolitik nicht interessiert sind. Für diese bieten verschiedene Anbieter gemanagte Portfolios, meist in den Ausprägungen sicherheitsorientiert mit niedriger Aktienquote, ausgewogen mit einer Aktienquote um 50% und dynamisch bzw. chancenorientiert mit einer Aktienquote bis 100%. Aus Haftungsgründen entscheiden sich Makler gern für das Angebot einer gemanagten Anlage.

Fakt ist, dass gerade die Anlage in Aktienfonds langfristig eine festverzinsliche Anlage weit hinter sich lassen kann. Fakt ist aber auch, dass gerade bei kurzen Laufzeiten Fonds bisweilen anstatt hoher Gewinne auch satte Verluste einfahren können. Doch auch bei langen Laufzeiten kann nicht ausgeschlossen werden, dass ein Börsencrash in den letzten Jahren vor dem Vertragsablauf zu einem massiven Einbruch des angesparten Fondsguthabens führen kann.

Aus diesem Grund haben einige Anbieter recht früh Überlegungen angestellt, wie Verluste zum Ablauf weitestgehend vermieden werden können. Die Summe der Gesellschaften ist jedoch in diesem für den Kunden so überaus wichtigen Punkt erst sehr spät „zu Potte“ gekommen. Diese Marktentwicklung in Sachen Ablauf-Management konnte man in dem jährlichen RATING-Werk „Fonds-Policen-Atlas“ sehr gut beobachten.

■ Ablauf-Management

Das gebräuchlichste Ablauf-Management ist die starre Umschichtung von Aktien- in

Rentenfonds innerhalb der letzten 3 bis 5 Jahre vor Vertragsablauf. Dieses herkömmliche Modell nimmt keine Rücksicht darauf, ob zu Beginn des Ablauf-Managements gerade eine Hausse oder Baisse an den Börsen herrscht. So werden im negativen Fall überflüssiger Weise Verluste realisiert, statt ein oder zwei Jahren abzuwarten. Dann hat der Kunde eben „Pech“ gehabt.

ALTE LEIPZIGER

(Tarif: FR10, pm 2410 – 06.2009)

Voraussetzung für das Ablaufmanagement ist ein Mindestfondsguthaben von 10.000 Euro. Die Beantragung muss entweder mit dem Antrag oder bis spätestens 2 Jahre vor dem beantragten Rentenbeginn erfolgen. Während des Ablauf-Managements erfolgt eine schrittweise Übertragung der Fondsanteile der gewählten Aktienfonds bzw. Strategiefonds mit einem Aktienanteil von mehr als 50% in so genannte Sicherungsfonds, die aus risikoärmeren Anlageformen (z.B. Rentenfonds oder geldmarktnahe Fonds) ausgewählt werden; alle anderen Fonds aus dem Kundenportfolio werden beim Ablaufmanagement nicht berücksichtigt.

Mit Beantragung des Ablauf-Managements legt der Kunde einen so genannten Zielwert fest. Dieser gibt an, wie hoch der Anteil der Fonds, die dem Ablauf-Management unterliegen, im Verhältnis zum Gesamt-Portfolio zum Rentenbeginn sein soll. Rechtzeitig vor Beginn des Ablauf-Managements schlägt die ALTE LEIPZIGER einen oder mehrere Sicherungsfonds vor, in den/die umgeschichtet werden soll. Falls der Kunde dem Versicherer innerhalb einer angemessenen Frist keinen anderen der angebotenen Fonds zur Umschichtung benannt hat, wird das Guthaben in den von der ALTE LEIPZIGER vorgeschlagenen Sicherungsfonds übertragen. Ein bereits beantragtes Ablauf-Management kann jederzeit vor Beginn gekündigt werden. Es ist jedoch auch möglich, ein bereits laufendes Ablauf-Management unter Einhaltung einer Frist von mindestens 10 Tagen zum Beginn des Folgemonats zu kündigen. Auch nach einer Kündigung kann zu einem späteren Zeitpunkt ein erneuter Einschluss des Ablauf-Managements beantragt werden. Der Kunde hat das Recht, vor Beginn des Ablauf-Managements diesem zu widersprechen. Wenn dieser bei seinem Wider-

spruch keinen alternativen Beginn für das Ablauf-Management angegeben hat, wird ihm das Ablauf-Management im darauf folgenden Versicherungsjahr erneut angeboten. Ein erneutes Angebot entfällt, wenn ein endgültiger Widerspruch ausgesprochen wird.

Während des Ablauf-Managements kann der Kunde Übertragungen oder Auszahlungen einzelner Anteile vornehmen. Das Management entfällt, wenn der vom Kunden bestimmte Zielwert früher als vorgesehen erreicht oder unterschritten wird. Dann werden keine Fondsanteile mehr in den/die Sicherungsfonds übertragen. Sollte der Zielwert vor Rentenbeginn wieder überschritten werden, setzt das Ablauf-Management wieder ein.

Verschiebt sich der vereinbarte Rentenbeginn durch Ausübung der Verlängerungsoption nach hinten, so verschiebt sich der Beginn des Ablauf-Managements um den gleichen Zeitraum. Ein bereits angelaufenes Ablauf-Management wird bis zum späteren Rentenbeginn verlängert.

Aspecta

(Tarif: CROSSOVER.invest)

Eine individuelle Ermittlung des Kundenbedarfs findet seit 2003 bei der Aspecta im Rahmen der dortigen fondsgebundenen Lebens- und Rentenversicherungsprodukte statt. So heißt es etwa für die Investmentpolice CROSSOVER.invest wie folgt:

„Nach Ablauf der Hälfte der vereinbarten Beitragszahlungsdauer, jedoch frühestens nach sieben Jahren, haben Sie im Rahmen des dynamischen individuellen Ablaufmanagements die Möglichkeit, Ihr Vertragsguthaben oder Teile davon in risikoärmere Kapitalanlagen umzuschichten. Dadurch werden die Risiken einer Wertminderung der Kapitalanlagen aufgrund von Kursrückgängen in den letzten Jahren vor Beginn der flexiblen Leistungsphase reduziert. Die Teilnahme am dynamischen individuellen Ablaufmanagement ist unverbindlich, kann jederzeit unterbrochen und wieder aufgenommen werden. Für das Umschichten werden keine Gebühren sowie keine Ausgabeaufschläge erhoben.“ (Aspecta, Tarif 622 und 622E, AVB, Stand: 01 / 2009)

Anders als bei herkömmlichen Ablauf-Managements wird je nach geplantem Vertragsablauf, benötigtem vorzeitigem Zugriff auf einen Teil des vorhandenen Fondsguthabens und Lebensplanung für die Folgejahre auf die persönlichen Bedürfnisse der Kunden eingegangen.

Im Rahmen des dynamischen individuellen Ablauf-Managements der Aspecta wird der Kunde ab Mitte der Vertragslaufzeit regelmäßig angeschrieben und die persönlichen Anlageziele und individuelle Risikobereitschaft überprüft. Auf Basis dieser Angaben unterbreitet die Aspecta dem Kunden dann einen individuellen Vorschlag. Die Umschichtung der Fonds oder Anlageportfolios erfolgt ausschließlich nach Zustimmung des Kunden. Eine Anpassung des individuellen Ablauf-Managements erfolgt bei Bedarf regelmäßig bis zum Beginn der flexiblen Leistungsphase.

Das Ablauf-Management der Aspecta hebt sich positiv und deutlich von den üblichen Ablauf-Managements ab, die einfach nur ab einem bestimmten Stichtag statisch von Aktien in sicherere Anlagen umschichten.

Eine Besonderheit der Aspecta ist die „RENTE.invest“. Bei dieser Option hat der Kunde neben der Einmalzahlung oder Verrentung die Möglichkeit, auch in der Ablaufphase in Fonds investiert zu bleiben. Seine Rente wird ihm dann auf Basis von Fondsanteilen gezahlt. So kann der Kunde auch während der Rentenphase von den Chancen an den Kapitalmärkten profitieren und jederzeit seine Anlagestrategie ändern.

Canada Life

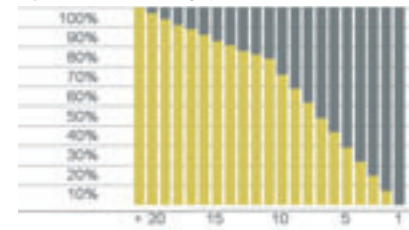
(Tarif: flexibler Rentenplan Plus, Stand 08.2008)

Damit Kunden, die sich für den Flexiblen Rentenplan plus von Canada Life entscheiden, nicht eigenverantwortlich darauf achten müssen, dass rechtzeitig vor Vertragsablauf von volatileren in schwankungsärmere Anlagen umgeschichtet wird, steht ihnen ein optionales Ablauf-Management zur Verfügung. Während der gesamten Aufschubzeit besteht die Möglichkeit, das Automatische Portfolio Management (APM) mit einer Frist von fünf Werktagen zur nächsten Beitragsfälligkeit zu vereinbaren.

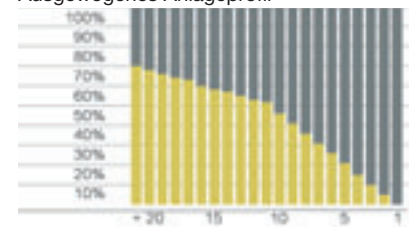
Innerhalb des APM stehen drei Anlageprofile zur Verfügung, die vom Anleger-

typus, bzw. von der Anlegermentalität abhängig sind. Je nach Restlaufzeit des Vertrags bis Rentenbeginn wird anhand eines Lebenszyklusmodells automatisch in weniger volatile Fonds umgeschichtet:

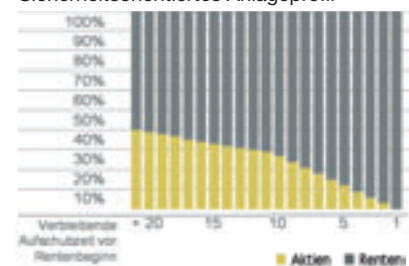
Dynamisches Anlageprofil



Ausgewogenes Anlageprofil



Sicherheitsorientiertes Anlageprofil



Canada Life beschreibt die besonderen Vorteile ihres Ablaufmodells wie folgt:

„Das APM ist auch nicht statisch, sondern ein aktiv gemanagtes Lebenszyklusmodell, das sich am Anlegertypus und der stichtagsbezogenen Restlaufzeit des Vertrags bis Rentenbeginn orientiert. Sowohl Fondsauswahl, als auch Asset-Mix sind variabel, bzw. dynamisch. Also eigentlich sogar wesentlich mehr als ein reines Ablaufmanagement gegen Rentenbeginn.“

Dass dies eine echte Hilfe für den Kunden, bzw. Vermittler ist, belegt die hohe Belegung der Verträge mit APM. Die überwiegende Anzahl der Verträge in Bestand und Neugeschäft wählt APM. Im Sinne einer flexiblen Vertragsgestaltung, kann das APM jederzeit wieder abgewählt oder wieder angewählt werden. Kosten für die Anwahl, bzw. zusätzliche Kosten für das APM selbst fallen nicht an. Auch die automatischen Umschichtungen inner-

Globalisierung und Welthandel wären ohne Schiffe undenkbar!

Können Sie sich die Welt ohne Schiffe vorstellen?

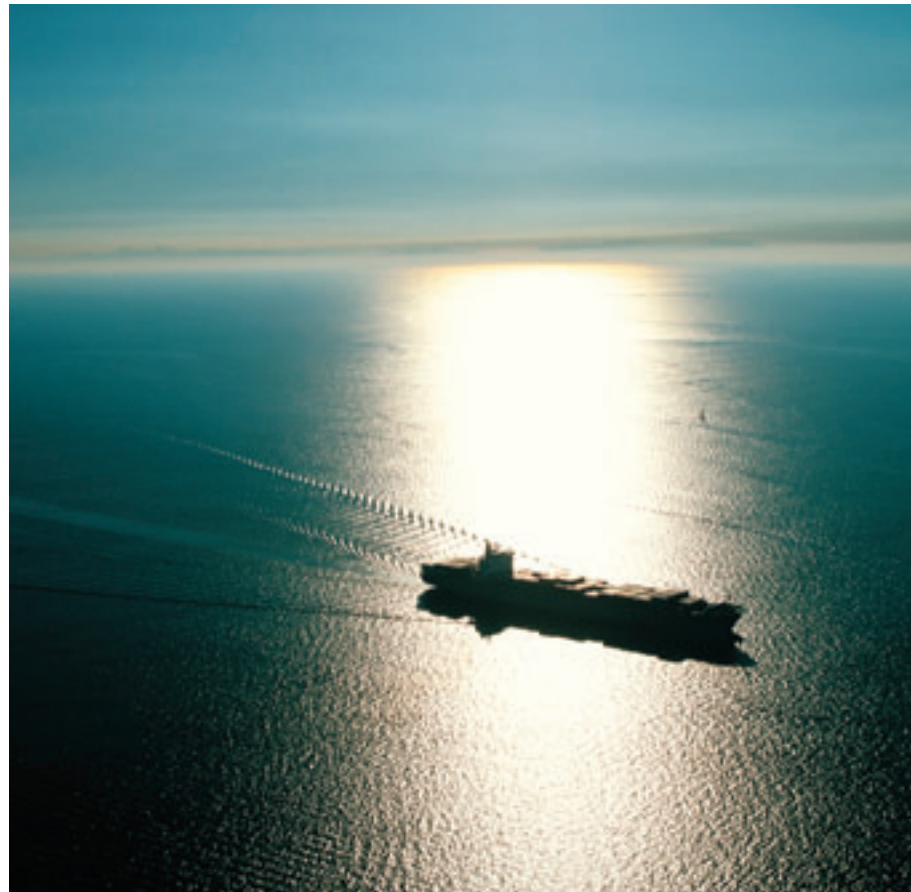
*„Gott muß ein Schiffseigner gewesen sein!
Erst platzierte er Rohstoffvorkommen weit
weg von den Orten, an denen sie gebraucht
werden und dann bedeckte er die Welt noch
zu 2/3 mit Wasser“.*

Erling Naes – norwegischer Reeder

Die Wasserstraßen der Weltmeere sind für alle Länder der Welt unverzichtbare Lebensadern. Immer noch werden 90% des Welthandels per Schiff abgewickelt.

Und was kaum jemand weiß: In Sachen „Schiffe“ gehört Deutschland zur Weltspitze. So werden über 70% aller weltweit in Fahrt gesetzten Containerschiffe von deutschen Reedern kontrolliert.

Schiffe sind und bleiben deshalb attraktive Kapitalanlagen. Wir von CASTOR Kapital haben uns seit vielen Jahren auf Schiffsbeteiligungen spezialisiert. Dabei können unsere Kunden aus einer breiten Palette von Beteiligungsmöglichkeiten wählen:



Sprechen Sie uns an: Wir beraten Sie gern und ausführlich.

CASTOR
KAPITAL
Emissionshaus für Schiffsbeteiligungen



■ *Weitgehend fehlt es in der Branche noch an ausreichend individualisierten Ablauf-Managementvarianten. Hier böte sich ein hochattraktives Profilierungsfeld. Wenn man denn wirklich wollte.*

halb des APMs erfolgen kostenfrei. Erwähnenswert ist bei Canada Life noch, dass zum Rentenbeginn nicht nur die Wahl zwischen verschiedenen Verrentungsvarianten, sondern im Rahmen der Open Market Option sogar die Wahl zwischen bis zu drei Verrentungsmodellen von Drittanbietern besteht.

FINGRO

(Tarif: FR09-2: FINGRO Rentenplan, Stand 01.2009)

Das prämieneutrale Ablaufmanagement bei der FINGRO kann auf Wunsch des Versicherungsnehmers nach vorheriger Ankündigung durch den Versicherer fünf Jahre vor dem geplanten Rentenbeginn in Anspruch genommen werden. Bei Inanspruchnahme wird das angesparte Fondsvermögen mechanisch in risikoärmere Anlagen umgeschichtet. Ein einmal gewähltes Ablauf-Management kann jederzeit deaktiviert werden. Eine erneute Reaktivierung ist dann nur gegen Gebühr möglich.

Ähnlich wie bei Canada Life besteht auch bei FINGRO die Möglichkeit, eine Open Market Option zu ziehen. Damit besteht für den Versicherten auch hier eine zusätzliche Sicherheit, sich für zukünftig existente Verrentungssysteme zu entscheiden, die vielleicht erst in 20 oder 30 Jahren erdacht werden. Das beschriebene Ablauf-Management gilt auch in den Tarifen FR09-1 und FR09-3.

InterRisk

(Tarif: B 901: fondsgebundene Rentenversicherung, Stand 01.2009)

Den Kunden der InterRisk wird fünf Jahre vor Ende der Aufschubzeit, frühestens

jedoch fünf Jahre nach Vertragsbeginn ein Angebot auf ein aktives Ablauf-Management gegeben, für das keine weiteren Kosten entstehen. Ziel ist es durch eine Inanspruchnahme „das Risiko einer Wertminderung aufgrund von Kursrückgängen durch eine Umschichtung des Fondsguthabens in risikoärmere Fonds zu verringern. Dadurch sollen die Risiken einer Wertminderung aufgrund von Fondspreiskrückgängen und Währungsschwankungen während der Dauer des Ablaufmanagements reduziert werden.“ Dabei ist es anders als üblich durchaus möglich, dass Ablauf-Management zwischendurch abzuwählen und anschließend wieder einzuschließen. Der Kunde erhält vom Versicherer eine jährliche Information zu den bisherigen Auswirkungen der aktiven Ablaufphase sowie der ergänzenden Optionen einer Aktivierung bzw. Deaktivierung. Bedingungsseitig werden keine Hinweise gegeben, wie genau das angestrebte Ziel erreicht werden soll.

Nürnberger

(NFR 2510*S, Stand 03.2009)

Bei den Doppel-Invest-Tarifen (dynamisches Garantiesicherungsverfahren in Verbindung mit einem Garantiefonds und freien Fonds) garantiert die Nürnberger im Erlebensfall, dass zum Ende der Versicherungs- bzw. Aufschubdauer (zum Beginn einer evtl. Abrufphase) mindestens die für die Hauptversicherung eingezahlten Beiträge zur Verfügung stehen. Voraussetzung für das Erreichen des Garantiewertes ist, dass vereinbarte Höhe und Dauer der Beitragszahlung eingehalten werden. Die Beitragserhaltungs-Garantie bezieht sich nur auf die zu Versicherungsbeginn vereinbarten Bei-

träge, nicht auf Erhöhungsbeiträge im Rahmen der dynamischen Erhöhung. Zusätzlich besteht durch die Wertentwicklung der Investmentanlage die Chance auf Wertzuwachs durch die Anlage in einem oder mehreren Investmentfonds bzw. -depots. Das Ablaufmanagement wird optional durch das Nürnberger Life-Cycle-Modell dargestellt. Zwei Jahre vor Beginn des letzten Drittels der Laufzeit des Life-Cycle-Modells wird das Guthaben aus dem vom Versicherungsnehmer gewählten Fondsdepot in ein renditeorientiertes Fondsdepot mit maximal 70% Aktienquote übertragen (2. Phase). Drei Jahre vor Ablauf des Life-Cycle-Modells erfolgt dann eine Umschichtung des renditeorientierten Fondsdepots in ein sicherheitsorientiertes Fondsdepot mit maximal 30% Aktienquote (3. Phase). In der 1. Phase erfolgt die Fondsanlage in den vom Versicherungsnehmer gewählten Fonds bzw. in das von ihm gewählte Fondsdepot.

Das Nürnberger Life-Cycle-Modell ist nur vereinbar, wenn der Anteil der Aktienfonds am gesamten vom Versicherungsnehmer gewählten Depot mindestens 80% beträgt. Das Life-Cycle-Modell ist ein terminorientiertes Ablauf- und Anlagemanagement für die Fondsanlage. Es läuft über die gesamte Vertragslaufzeit bis zum Ende der Versicherungsdauer bzw. bis zum Beginn der vereinbarten (flexiblen) Abrufphase.

Für das Life-Cycle-Modell fallen laut Versicherer keine Kosten an.

Beispiel: Bei einer Vertragslaufzeit von beispielsweise 30 Jahren, beginnt die erste Phase mit dem Vertragsbeginn und einer Aktienquote von mindestens 80%, die zweite Phase 12 Jahre vor Vertragsablauf mit einer Aktienquote von maximal 70% und die dritte Phase 3 Jahre vor Ablauf mit einer Aktienquote bis 30%. Bei einer Vertragslaufzeit von nur 12 Jahren beginnt die zweite Phase bereits nach 6 Jahren, die dritte Phase nach 9 Jahren.

Volkswahl Bund

(Tarif: FWR, Stand 02.2009)

Der Tarif FWR sieht ein dynamisches Wertsicherungskonzept nach Dreitopfmodell vor. Demnach wird die Garantie über eine Kombination aus klassischem Rechnungszins und Garantiefonds dargestellt, während das für die Beitragsgarantie nicht benötigte Vertrags-

guthaben, das so genannte freie Anteilsguthaben, in den vom Versicherungsnehmer gewählten Fonds angelegt wird. Mit dem Ablauf-Management werden die gutgeschriebenen Fondsanteile der gewählten Fonds bis zu 5 Jahre vor Ablauf der Ansparphase schrittweise in einen risikoarmen Geldmarktfonds übertragen. Im ersten Monat wird aus jedem der gewählten Fonds 1/60 (5 Jahre = 60 Monate Restlaufzeit) des Fondsguthabens umgeschichtet, im zweiten Monat 1/59, usw., bis im letzten Monat auch der verbliebene Rest übertragen wird. Die Sparbeiträge fließen weiter in die gewählten Fonds. Der Volkswahl Bund setzt sich vor Beginn des Ablauf-Managements schriftlich mit dem Versicherungsnehmer in Verbindung. Dieser hat dann die Wahl, das Ablauf-Management erst später beginnen zu lassen oder ganz darauf zu verzichten.

Das Ablauf-Management des Versicherers ist in diesem Sinne rein passiv und passt sich Kundenwünschen nur insofern an, als dass der Beginn verschoben werden kann. Eine aktive Anpassung an die individuelle Marktsituation findet hingegen nicht statt.

WWK

(FV02NT: Fondsgebundene Rentenversicherung, Stand: 01.04.2009)

Ein etwaiges Ablaufmanagement ist bei der WWK bereits bei Antragstellung zu beantragen. In diesem Fall erhält der Versicherungsnehmer frühestens zu Beginn des vierten Versicherungsjahres ein Angebot über die optionalen Varianten:

„In diesem Schreiben erfahren Sie auch alle Einzelheiten über die Abwicklung des Ablaufmanagements (z.B. Stichtage, Fonds). Für Neuanlagen im Rahmen des gewählten Ablaufmanagements werden keine Ausgabeaufschläge erhoben. Sämtliche Verwaltungsvorgänge innerhalb des Ablaufmanagements sind für Sie kostenfrei. Ihr vorhandenes Fondsguthaben wird hierbei in risikoärmere Fonds umgeschichtet. Dadurch sollen die Risiken einer Wertminderung auf Grund von Fondspreisrückgängen und Währungsschwankungen während der Dauer des Ablaufmanagements reduziert werden.“

Die bei Antragstellung gewählte Variante wird von der WWK automatisch aktiviert:

„Derzeit stehen zwei Varianten mit einer Laufzeit von 5 Jahren zur Verfügung. Das Ablaufmanagement „intervallabhängig“ schichtet in Abhängigkeit der Restlaufzeit (1/ Restlaufzeit in Monate) die entsprechenden Anteilseinheiten in risikoärmere Fonds um. Beim Ablaufmanagement „kapitalmarktorientiert“ werden die Ihrer Versicherung gutgeschriebenen Fondsanteile pro Monat in Abhängigkeit vom Wertzuwachs Ihrer Versicherung bestimmte Fondsanteile in einen Fonds mit geringer Schwankungsbreite umgeschichtet. D.h. nach hohen Zuwächsen im Vorjahr wird mehr Fondsguthaben umgeschichtet. Sie können sich aber auch jederzeit vor oder während der Durchführung des Ablaufmanagements für eine andere Variante entscheiden, die Aktivierung des Ablaufmanagements zu einem späteren Zeitpunkt verlangen oder der Aktivierung unsererseits widersprechen. Ferner können Sie eine bereits aktivierte Variante des Ablaufmanagements wechseln, unterbrechen oder beenden. Falls Sie bei Vertragsbeginn kein Ablaufmanagement vereinbart haben, können Sie auch nachträglich die Option „Ablaufmanagement“ vereinbaren. Der Einschluss des Ablaufmanagements ist maximal bis zum rechnungsmäßigen*) Alter 80 möglich und endet spätestens mit rechnungsmäßigen*) Alter 80.“

Fazit

Die überwiegende Zahl der dargestellten Ablauf-Managements erfolgt mehr oder minder statisch. Bei der WWK muss der Wunsch sogar schon im Rahmen der Antragsstellung erfolgen. Canada Life bietet mit dem Automatischen Portfolio Management die Möglichkeit, sich optional für ein automatisches Ablauf-Management zu entscheiden. Grundsätzlich muss er jedoch selbst aktiv werden, sofern das APM nicht bereits bei Antragsstellung vereinbart wurde. Die innovativsten Lösungen haben unter den beispielhaften Modellfällen die ALTE LEIPZIGER und Aspecta entwickelt. Weitgehend fehlt es in der Branche aber noch an ausreichend individualisierten Ablauf-Managementvarianten. Solche würden nicht nur dem Kunden die Entscheidung für eine bestimmte Versicherungslösung deutlich erleichtern, sondern auch dem Makler ein Stück Haftung abnehmen.

»HIN UND HER MACHT TASCHEN LEER.«

Diese bittere Erfahrung machen viele Privatanleger, die versuchen, durch ständige Portfolio-Umschichtungen einen als Benchmark gewählten Index zu übertreffen. Doch was ist die Alternative?

2. Auflage 2007
336 Seiten · € 29,90



„Risikomanagement von Vertragsbeginn an!“

Klaus Barde im Gespräch mit Hermann Schrögenauer, Vertriebsvorstand Skandia.



Ihr Haus ist seit 1991, dem Markteintritt in Deutschland, einer der Impulsgeber für fondsgebundene Policen. Zum Beispiel 1994 die ersten gemanagten Depots oder 1999 das 4P-Prinzip. Die Innovationen auf der Ebene des Kapitalanlageteils sind unstrittig. Welches intelligente Ablauf-Management bieten Sie Ihren Kunden? Immerhin haben wir nunmehr seit über dreißig Jahren Fondspolicen im Versicherungsvertrieb.

Wir haben bereits in den 90er Jahren mit unserer Ablauforientierten Investment Strategie (A.I.S.) eine Ablauforientierung angeboten, die über die letzten 5 Jahre der Vertragslaufzeit reine Aktienportfolios in ein konservatives Portfolio umschichtet. Wir haben dies auch immer als wichtigen Baustein gesehen und auch als solchen kommuniziert.

Wir glauben jedoch, dass ein Risikomanagement nicht erst in den letzten

Jahren stattfinden sollte, sondern von Vertragsbeginn an. Daher haben wir auch 2005 den Skandia Portfolio-Navigator auf den Markt gebracht, der genau das leistet.

Zum zweiten haben wir festgestellt, dass zum einen die Kapitalmärkte ständigen Entwicklungen unterliegen und zum anderen die Wissenschaft immer neue Forschungsergebnisse publiziert. Ein vertragsindividuelles Risikomanagementsystem inklusive Ablauforientierung sollte beides stets berücksichtigen. Eine Ablauforientierung, die heute vom Konzept starr fest gelegt ist und in den Versicherungsbedingungen ebenso starr festgeschrieben wird, kann dem nicht im wünschenswerten Maß gerecht werden. Daher bevorzugen wir den Skandia Portfolio-Navigator, der ständig weiterentwickelt wird.

Mit der Betonung eines vorbildlichen Ablauf-Managements könnte doch jeder Vertriebsmitarbeiter beim Kunden echte Punkte landen; oder nicht?

Absolut!

Zudem: Wenn dem deutschen Anleger ein so hohes Maß an Sicherheitsdenken zugeschrieben wird, dann empfiehlt sich doch der Produktbaustein Ablauf-Management geradezu als Beratungspluspunkt. Mehr jedenfalls als die Zusammenstellung einer großen Fondspalette, die Berater und Kunden gleichermaßen überfordert.

Wir denken, man soll das eine tun, das andere nicht lassen. Wir bieten hier neben unserer bereits erwähnten Ablauforientierung und dem Skandia Portfolio-Navigator auch den Skandia Euro Guaranteed 20XX an, einen Garantiefonds, in den der Kunde jederzeit switchen oder auch Teile seines Fondsvermögens switchen kann. Dieser Garantiefonds kann bis zu 100% in

Aktien investieren und wird gegen Ende seiner Laufzeit konservativer. Zum Ablauf wird der höchste Anteilspreis garantiert, den der Fonds jemals erreicht hat. Und zwar für alle Fondanteile, unabhängig davon, wann und zu welchem Kurs sie gekauft wurden.

Es gibt Kunden, die gerne selbst Einfluss auf die Fondsauswahl nehmen möchten. Diesen Kunden bieten wir eine sehr umfangreiche Fondsauswahl an, die hervorragende Diversifizierung ermöglicht und auch eine sehr breite Palette an sicherheitsorientierten Fonds umfasst. Selbstverständlich ermöglichen wir es den Kunden auch, Einzelfonds mit Garantiefonds und auch Gemanagten Portfolios mit Ablauforientierung zu kombinieren.

Die Skandia versucht, dem Thema Ablauf-Management mit dem „Skandia Portfolio-Navigator“ besser gerecht zu werden. Mit dem Einsatz dieses „Portfolio-Navigators“ wird dem Werterhalt und der Optimierung der individuellen Anlage im Rahmen der Fondspolice Rechnung getragen. Dem Kunden wird somit aktiv geholfen, sein langfristiges Anlageziel auch tatsächlich zu erreichen. Also ein Ablauf-Management in Kontinuität. Welche Art von Ablauf-Management hat der Skandia-Kunde zu erwarten, der diese Variante nicht wählt? Der Einsatz des „Portfolio-Navigators“ kostet jährlich immerhin 0,25% Rendite. Was der „Portfolio-Navigator“ konkret leistet, werden jedoch erst künftige echte back-tests ergeben. Und dann schreiben wir das Jahr 2026 und darüber hinaus.

Der Kunde, der sich ausschließlich für Einzelfonds entscheidet, möchte auch die Ablauforientierung selbst vornehmen. Für die Gemanagten Portfolios kostet unser A.I.S. übrigens nichts extra. Eine

Beimischung des Garantiefonds kostet ebenso keine Gebühren. Eine Gebühr von 0,25% p.a. für einen Portfolioservice, der modernste Techniken verwendet, die bisher institutionellen Großanlegern vorbehalten waren, finden wir übrigens außerordentlich günstig, insbesondere, wenn sie mit den sehr populären Dachfonds verglichen werden.

Wie gut der Skandia Portfolio-Navigator nach 20 Jahren gelaufen sein wird, weiß man in der Tat erst dann. Dies gilt allerdings für jeden Fonds, jedes gemanagte Portfolio und vor allem auch jede Ablauf-

orientierung. Optimierungsergebnisse haben gezeigt, dass eine pauschale Ablauforientierung, die alle Anleger über einen Kamm schert, einer komplett individuellen zwangsläufig unterlegen ist, wenn diese – wie der Skandia Portfolio-Navigator – modernste Methoden der Portfoliooptimierung verwendet und auch neue wissenschaftliche Erkenntnisse in ihre Funktionsweise integriert.

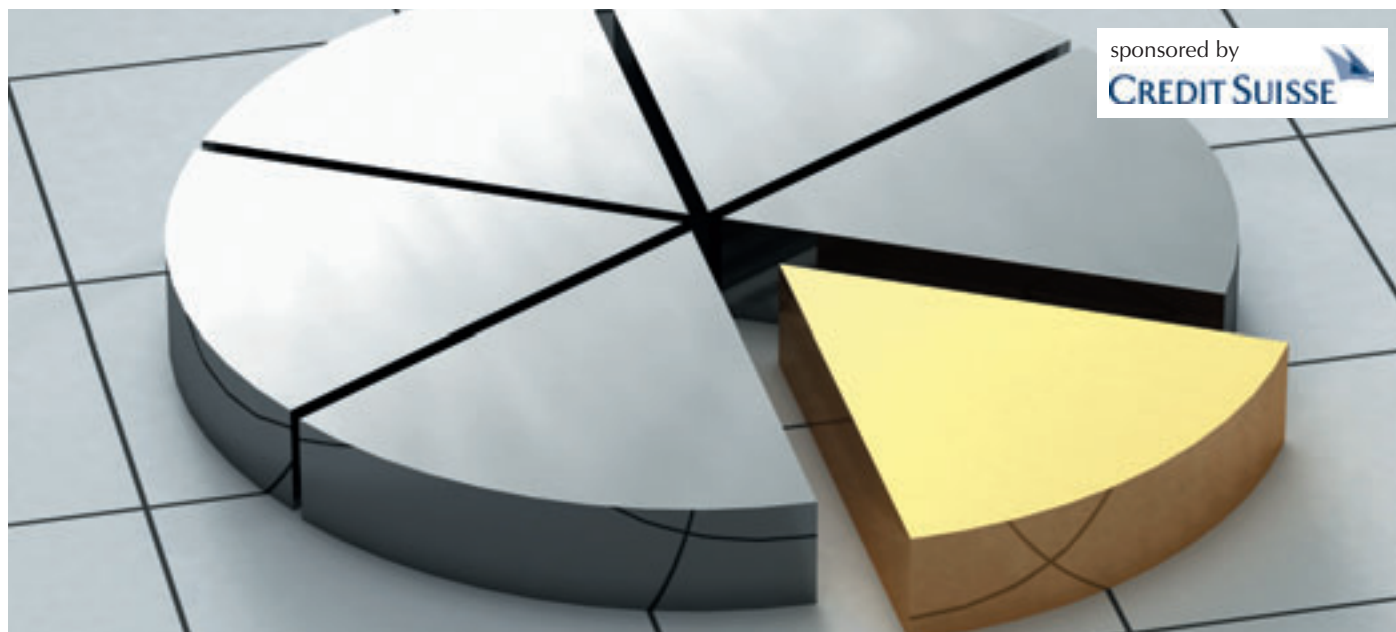
Sind von Ihrem Haus über alle Policen hinweg neue Parameter im Ablauf-Management zu erwarten?

Immer wieder und zwar innerhalb des Skandia Portfolio-Navigators. Denn allein stehend greifen Ablauforientierungen – wie gesagt – unserer Ansicht nach zu kurz. Ein solches Risikomanagement sollte über die gesamte Vertragslaufzeit arbeiten und sich flexibel an die sich ständig verändernden Märkte anpassen und den wissenschaftlichen Fortschritt gleich mit integrieren.

Heute die Zukunft treffen

HONORARBERATUNG KONGRESS & MESSE

4. Symposium der Honorarberatung
14. Oktober 2009 | Hermann Josef Abs Saal | Frankfurt
Workshops der teilnehmenden Aussteller am 13. Oktober



Wertpapier | Beteiligungen | Versicherungen | Betriebliche Altersversorgung | Finanzierungen

Anmelden: Honorarberaterkongress.de

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

Allianz – Axa – cominvest – DWS – Ergo – Standard Life – The Hartford – Union – Volkswohl Bund

Fondsgebundene immer komplexer

Offene Fragen bei Kickbacks & Variable Annuities



Kickbacks, was ist das? Erst höchstrichterliche Rechtsprechung hat die über Jahrzehnte erfolgte stillschweigende Vereinnahmung von Kickbacks an das Licht der Öffentlichkeit gebracht. Außer Honorar-Beratern interessierte sich niemand für diese am Kunden vorbei geleitete Einnahmequelle der Gesellschaften. Millionen Euro, die für die Kunden für immer verloren sind. Und der Makler, hat er jemals darüber nachgedacht?

Autor: Thorben S. Hagenau

Volkswahl Bund

Bisher haben gut 260.000 Personen einen Riestervertrag beim Volkswahl Bund abgeschlossen. Zum 01.01.2009 wurde der Vertrieb über wesentliche Neuerungen zur Riesterreife informiert:

- Fondsbasierte Anlage der Zulagen anstelle einer Anlage im klassischen Sicherungsvermögen
- Ab dem 6. Versicherungsjahr erhält der Kunde einen jährlichen Überschuss in Höhe von 0,65% des vorhandenen Fondsguthabens, der monatlich dem Vertrag gutgeschrieben wird. Dies führt laut Volkswahl Bund zu einer Erhöhung der prognostizierten Leistung um fast 10%. Dieser Kostenüberschuss wird auch in den Informationen zu den Überschussanteilen ausgewiesen

Laut Aussage des Versicherers werde mit diesem deklarierten Überschussatz von 0,65 % ein Großteil der Kickbacks an die Versicherungsnehmer zurückgeführt, die dem Volkswahl Bund als Ertrag seitens der Fondsgesellschaften zufließen. Der dem Kunden zufließende Satz erfolgt pauschal für alle Kunden und ist unabhängig vom konkret gewählten Fonds. „Als Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit haben wir in den vergangenen zehn Jahren durchschnittlich 97 Prozent unserer Überschüsse an die Versicherten weitergegeben.“

Zu den Überschüssen gehören auch die Kickbacks der Fondsgesellschaften. Daher haben bisher auch unsere „klassischen“ Kunden davon profitiert. Um eine verursachungsgerechtere Verteilung der Überschüsse zu erreichen, werden künftig die Kickbacks der Fondsgesellschaften explizit den Kunden Fondsbasierender Versicherungen zugeteilt. Das ist eine echte Besserstellung der Fondskunden.“ Simone Szydlak, Pressesprecherin des Volkswahl Bundes führt weiter aus, dass die erhöhte Performance nichts mit dem Garantieguthaben zu tun habe. „Sie wird in Prozent des Fondsguthabens berechnet. Bei unseren Fondsbasierenden Rentenprodukten werden die Garantien teilweise über den klassischen Deckungsstock dargestellt. Der klassische Deckungsstock wird in der

Modellrechnung nicht mit der angenommenen Wertentwicklung der Fondsanteile hochgerechnet, sondern mit unserer aktuell deklarierten laufenden Gesamtverzinsung von 4,75 Prozent.“

Kommentar:

Zusammengefasst erzielt der Volkswahl Bund also Kickbacks, die als Einnahmen dem Unternehmen zufließen und auch früher schon zugeflossen sind. Nach Unternehmensangaben hätten bisher pauschal alle Kunden davon in Form von Überschüssen profitiert.

Nunmehr sollen diese anteiligen Überschüsse genau den Kunden zukommen, denen diese Erträge zuzurechnen sind, nämlich den Kunden der fondsbasierender Versicherungen.

Dadurch werde es pauschal zu einer erhöhten Überschussbeteiligung von 0,65% des Fondsguthabens kommen. Dieser Teil der Überschussbeteiligung hat nach Unternehmensangaben einen derart geringen Anteil an den gesamten Kapitalerträgen, dass er keinen Einfluss auf die Höhe der Verzinsung klassischer Versicherungen habe. Im Endeffekt werden die Fondskunden also besser gestellt, alle anderen Kunden zunächst gleich gestellt.

Auch auf Nachfrage konnte nicht abschließend zufriedenstellend erklärt werden, wieso eine Besserstellung der Fondskunden nicht zu Lasten der anderen Kunden gehen solle und womit eine langfristig um 0,65% des Fondsguthabens erhöht kalkulierte Überschussbeteiligung für die Fondskunden gegenfinanziert werden soll. Die fermündlich geäußerte Annahme möglicherweise höherer Gewinne aus anderen Quellen als den Kickbacks wurde schriftlich nicht bestätigt.

Unklar muss bleiben, wie längerfristig eine Outperformance in den Kapital bildenden Produkten bzw. innerhalb des Garantieguthabens (klassischer Deckungsstock) auch bei Riesterpolicen realisiert werden soll.

Laut Klaus Heppelmann vom Volkswahl Bund, der auf dem „Versicherungsforum 2009“ des Maklerpools Jung, DMS & Cie. vom 16.01.2009, als Gastredner geladen war, betrug die Aktienquote des Volkswahl Bundes per 30.11.2008 nur noch rund 0,9% (statt 5-8% Marktwert), die Anlage in Fonds immerhin noch 10%, wobei nicht näher benannt wurde, ob damit z.B. Renten- oder Aktienfonds gemeint seien.

Alte Leipziger

Die Einbeziehung von Kickbacks und Überschüssen in die Ablaufleistungen der Angebotsberechnungen wird bereits von einigen Anbietern genutzt (z.B. in den Produkten mit Beitragsgarantie von Alte Leipziger).

Die Alte Leipziger berücksichtigt bei der Kalkulation ihrer fondsgebundenen Rentenversicherungen neben den beitragsabhängigen Kosten auch Kosten in Prozent des Fondsvermögens. Auf der anderen Seite profitieren die Kunden der Alte Leipziger – bereits seit Einführung der fondsgebundenen Versicherungen – von den Überschüssen, die aus den Kickbacks der im Anlagestock gehaltenen Fondsanteile entstehen. Um eine gerechtere Verteilung der Überschüsse zu gewährleisten, werden diese Überschüsse seit dem 01.01.2009 nicht mehr pauschal (2008: 0,48% des Fondsguthabens) sondern nach der individuellen Fondsauswahl festgelegt, je nach individueller Vereinbarung mit der Fondsgesellschaft (2009: bis zu 0,85% des Fondsguthabens). Diese Neuerung gilt auch für die Bestandskunden.

AXA

Einer der ersten Anbieter von Variable Annuities auf dem deutschen Markt war die französische Axa, die 2006 mit der „TwinStar“-Produktgeneration an den Start ging. Noch im Januar 2009 wurde auf dem „Versicherungsforum 2009“ von Jung, DMS & Cie. darauf hingewiesen, dass die dargestellten Garantien über moderne Kapitalmarktinstrumente dargestellt würden und die Garantiekosten individuell für jeden Kunden berechnet würden. Automatisch werde man die Chancen von wieder steigenden Märkten ausnutzen. Außerdem habe man als Axa langjährige Erfahrung in der Garantieabsicherung auch durch verschiedene Kapitalmarktkrisen – etwa die Technologieblase zu Anfang des Jahrtausends – sammeln können. Das Risikomanagement der Axa sei daher auch als „exzellent“ bewertet worden.

Aufgrund der Auswertung dieser Risikoanalyse informierte Axa die Presse über die Vertriebseinstellung des Produktes TwinStar Invest zum 01.05.2009. Weiterführen wolle man nur noch die

Kleinkrieg der Variable Annuities-Strategen:

Allianz schießt gegen DWS –
Erwartungen der Axa zu optimistisch?

Während die Allianz ihr Produkt nur für Einmalanlagen zur Verfügung stellt, müssen die laufenden Beiträge der Axa stets neu abgesichert werden. Allerdings musste auch der Marktführer Allianz laut Portfolio International vom 09. März 2009 die eigenen Garantiekosten von vorher 1,65% um über 12% auf 1,85% erhöhen. Dabei ändert sich die Höhe der Garantiekosten beständig als Folge der jeweiligen Marktlage.

Laut „Versicherungsforum 2009“ des Maklerpools Jung, DMS & Cie. vom 16.01.2009 sei bei Variable Annuities nur ein durchschnittlicher Renditeverlust durch die ausgesprochenen Garantien in Höhe von 0,4% und dies bei einer Aktienquote von 95% gegeben, im Vergleich von 1,20% Kosten für CPPI-Produkte und einer bei diesen durchschnittlichen Aktienquote von 70%. Vor dem Hintergrund der aktuellen Marktentwicklung erscheinen diese Aussagen zweifelhaft. Vor allem die höheren Garantiekosten haben schließlich konkrete Auswirkungen auf die tatsächliche Vertragsrendite, die zum Beispiel im Januar noch mit 7,35 % p.a. für TwinStar Invest (AXA) im Vergleich zu 5,5 % für CPPI-Garantiefonds angegeben wurden.

Unklar ist, weshalb die Allianz zum einen mit ihren neuen Produkten „Allianz Invest Alpha Balance“ und „Allianz Invest 4Life“ wirbt und gleichzeitig, beispielsweise auf Vertriebsschulungen, gegen das Wettbewerberprodukt der DWS argumentiert. Schließlich handelt es sich

bei Alpha Balance selbst um ein auf CPPI-basierendes Hybridmodell ohne Anlage in Garantiefonds - wenngleich mit einer deutlich niedrigeren anfänglichen Aktienquote von rund 50%.

Die Allianz führt gegen CPPI ins Feld, dass dieses Garantie-Modell in jedem vierten Fall eine Rendite unterhalb des Inflationsniveaus erwirtschaftete und ein Realverlust von bis zu 15% in 1 bis 2% aller Fälle eintrete, während bei Alpha Balance in ca. 2% aller Fälle ein Realverlust nur bis höchstens 5% möglich sei.

Den Nachteil von CPPI-Modellen erläutert die Allianz mit den hohen Kosten für das Umschichten: bei fallenden Märkten in sichere Anlagen, bei steigenden Märkten zurück in den Aktienmarkt. Immer wieder spielt die Allianz hier vor allem mit der Unschärfe des Begriffs „CPPI“. So werden in den Vergleichen der Allianz Garantiefonds mit immanenter CPPI-Mechanismus gezeigt, die in der Tat im aktuellen Marktumfeld stärker umschichten müssen.

Suggeriert wird damit, dass die Renditeerwartungen der neuen – ebenfalls auf CPPI-Mechanismen beruhenden – Garantiemodelle in Konkurrenzprodukten ebenfalls so schlecht abschneiden würden. Der Vermittler hat im Rahmen dieser Diskussion nur die Chance abzuwarten, um dann rückwirkend, gemeinsam mit dem Kunden die Ergebnisse zu rekapitulieren.

Mehr zu Garantie-Modellen erfahren Sie ab Seite 98.

Riestertarife aus der zweiten Schicht ebenso wie TwinStar Klassik. „Der TwinStar Klassik ermöglicht je nach Variante Aktienquoten zwischen 50 und 80% bei gleichzeitig sehr guter Garantieleistung. Bei der Variante des TwinStar Riester Invest, bei der wir ein auf Marktstandard liegendes Garantieniveau anbieten, sind weiterhin bis zu 100% Aktienquote möglich.“ Über die Höhe der aktuellen Aktienquote trifft das Unternehmen keine Aussage.

Ursula Roeben von der AXA Konzernkommunikation schreibt unter anderem hierzu: „Als der erfahrendste Anbieter von Variable Annuities in Deutschland und in der Welt haben wir bewiesen,

dass wir diese Produkte mit ihren außergewöhnlichen Garantien auch in Krisenzeiten erfolgreich managen können. Es ist insbesondere unser ausgezeichnetes Risikomanagement, das uns in die Lage versetzt, kontinuierlich die Auswirkungen von Kapitalmarktentwicklungen zu simulieren, zu bewerten und anhand der vorliegenden Ergebnisse fundierte und verantwortungsvolle Entscheidungen zu treffen.

Auf Basis genau dieses Prozesses haben wir uns kürzlich entschieden, eine Modellreihe unserer TwinStar Familie, den TwinStar Invest in der 1. und 3. Vorsorgesicht, für das Neugeschäft nicht mehr anzubieten.“

Standard Life, The Hartford, Ergo

Auch Standard Life, die ihren Markteintritt mit Variable Annuities bereits fest geplant hatten, haben die Einführung verschoben. Auch hier stellen die hohen Garantiekosten in den zurzeit höchst volatilen Märkten einen zu hohen Kostenfaktor dar, um profitabel agieren zu können. Gleiches gelte laut Pressemitteilung vom April 2009 für den amerikanischen Versicherer The Hartford Limited Deutschland, die nicht nur ihre Niederlassung in Frankfurt geschlossen, sondern auch ihren Verkaufsstart für Deutschland abgesehen und das Neugeschäft in Großbritannien und Japan eingestellt haben.

Portfolio International vom 09.03.2009 führt eine Berechnung von Fitch ins Feld, wonach die US-amerikanischen Versicherer in Folge ihres Geschäftes mit Variable Annuities einen zusätzlichen Kapital- und Reservierungsbedarf in Höhe von 15 Mrd. Euro aufbringen müssen.

Entgegen dem Trend hat die luxemburgische ERGO-Tochter Vorsorge Luxemburgische Lebensversicherung S.A. eine fondsgebundene Rentenversicherung namens Vorsorge Invest-Plus (V.I.P) angekündigt, die nur für Einmalanlagen zur Verfügung stehen wird, eine Laufzeit von 12 Jahren und eine Garantieverzinsung von 1% p.a. vorsieht. Dabei bezieht sich der Zinssatz nicht auf den Sparanteil, sondern tatsächlich auf den Bruttobeitrag, so dass nach Ablauf der Sparzeit bei Einmalanlage von 100.000 Euro ein Mindestguthaben in Höhe von 112.680 Euro zur Verfügung steht.

Union Investment

Wie bereits im „Rating-Sieger“ 01/2008, S. 20 berichtet, besteht bei den Riesterverträgen der Union das Risiko, dass Fondsguthaben vom Aktieninvestment in den Rentenfonds gewechselt wird und dort bis zum Ende der Vertragslaufzeit verbleibt. Bedingungsseitig ist eine flexible Umschichtung zurück in einen steigenden Aktienmarkt ausgeschlossen. Etwaige Verluste werden also durch den Wechsel in den Rentenfonds realisiert und dann, durch den Verbleib im Rentenfonds, zementiert. Genau dies ist bereits Ende 2008 geschehen und betrifft mehr als 20% aller Unionskunden mit einem Alter von 49 Jahren oder älter. Diese sind nun

dauerhaft allein in Rentenfonds investiert, ohne dass eine Rückkehr ins Aktieninvestment möglich wäre. Die Aktienquote kann sich lediglich durch etwaige Neueinzahlungen erhöhen, sofern diese in einem Marktumfeld erfolgen, welches eine erneute Aktienquote zulässt.

Im Vergleich zur UNION betrug die durchschnittliche Aktienquote des Wettbewerbers DWS über den gesamten Bestand per 26. Mai 2009 für ihr iCPI-Produkt „DWS RiesterRente Premium“ im Schnitt gut 90% (per April 2009: etwa 70%). Beim Neuabschluss eines Riester-

vertrages bei cominvest betrug die durchschnittliche Aktienquote auf Depotebene bei Abschluss zum 15.05.2009 und einer Vertragslaufzeit von 30 Jahren beitragsunabhängig ca. 56%.

Interessant ist auch die Information der DWS, wonach der DWS Akkumula seit 1975 im Rahmen eines Backtestings bei gleichen Kosten wie das gezillmerte Riesterrentenprodukt eine identische Rendite vor Steuern erzielt habe.

Bis Redaktionsschluss war es der DWS leider nicht möglich, vergleichbare Angaben für andere Zeiträume zu liefern.

Die Daten Der Sieger Die Treffer

„Wenn was geht, dann Fondspolizen mit Garantien.“

Wie in „Risiko & Vorsorge“ 4/08 berichtet, entsprechen derzeit Fondsgebundene mit Garantie dem Risiko-Profil der meisten Kunden. Was den Makler nicht davon entbindet, korrekt zu beraten. Bei einer Ausrichtung auf 30 Jahre Laufzeit sind die wahrscheinlichen Renditeverluste im Vergleich zu einem Produkt ohne Garantie erheblich.

Das nunmehr vorliegende „FLV-Update 2008“ von Towers Perrin zeigt die Fondspolice generell als Absatzsieger des vergangenen Jahres. Der Marktanteil stieg von 31,4 auf 31,8 Prozent.

Fondsgebundene Lebensversicherungen gegen laufenden Beitrag, die Garantien beinhalten, erhöhten ihren Anteil an allen fondsgebundenen Lebens- und Rentenversicherungen von 21,3 auf 39,3 Prozent.

Das die Finanzmarktkrise greift, zeigen die Daten für das vierte Quartal 2008. Der Absatz von Fondspolizen verlor 29,5 Prozent. Die „gefühlten Daten“ für das erste Halbjahr 2009 setzen diesen Trend deutlich fort.

Neuzugang Fondspolizen 2004-2008 in Millionen Euro (APE) *

Arten	2008	2007	2006	2005	2004
LV insgesamt	5.772	6.046	5.899	5.349	10.706
Veränderung**	-4,45	2,5	10,3	-50,0	51,8
Fondsgebundenes Geschäft insges.	1.839	1.898	1.431	1.177	2.384
Veränderung**	-3,1	32,6	21,5	-50,6	105,7
Marktanteil***	31,8	31,4	24,3	22,0	22,3
Fondsleben	43,2	86,3	80,7	184,6	923,6
Veränderung**	-49,9	6,9	-56,3	-80,0	86,6
Marktanteil***	0,8	1,4	1,4	3,5	8,6
Fondsrenten (o. Riester u. Basis)	1.018	1.029	914	819	1.441
Veränderung**	-1,1	12,5	11,7	-43,2	125,6
Marktanteil***	17,6	17,0	15,5	15,3	13,5
Riester-Renten	463,8	417,5	291,4	103,7	18,9
Veränderung**	11,1	43,3	181,0	448,7	-23,8
Marktanteil***	8,0	6,9	4,9	1,9	0,2
Basis-Renten	314,4	365,3	144,0	70,0	
Veränderung**	-13,9	153,6	105,8		
Marktanteil***	5,4	6,0	2,4	1,3	

* Annual Premium Equivalent = laufende Beiträge für ein Jahr plus 10 Prozent der Einmalbeiträge, wobei nur eingelöste Versicherungsscheine erfasst werden;
 ** in Prozent; *** in Prozent gemessen am APE der Lebensversicherung insgesamt; Quelle: Towers Perrin und Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.

Mit allen
Fonds-Daten
von A-Z und
nach Sektoren
geordnet

Garantiekonzepte in der Altersvorsorge

Garantien sind ein wesentliches Element der kapitalgedeckten Altersvorsorge. Sie ermöglichen Planungssicherheit und haben aus Kundensicht einen hohen Stellenwert.



Autor: Vorstandsvorsitzender
Dr. Maximilian Zimmerer, Allianz

Garantien in der klassischen Rentenversicherung – auch in Krisenzeiten sicher

Die deutschen Lebensversicherer als traditionelle Anbieter von Altersvorsorgeprodukten bieten in der klassischen Rentenversicherung umfassende Garantien. Diese enthalten eine garantierte Verzinsung (im Neugeschäft in Höhe von 2,25% pro Jahr auf das angelegte Kapital) sowie eine bereits zu Vertragsbeginn garantierte Rente. Zudem erhöhen die laufenden Überschussanteile, mit denen die Versicherungsnehmer jährlich an den Kapital-, Risiko- und Kostenüberschüssen beteiligt werden, die garantierten Leistungen, so dass diese sukzessive ansteigen. Diese Leistungsversprechen konnten die deutschen Lebensversicherer auch im schwierigen Jahr 2008 einlösen. Und noch erfreulicher: Gleichzeitig wurde die Überschussbeteiligung in der Branche nahezu stabil gehalten. Die deutsche Lebensversicherung beweist hohe Stabilität in turbulenten Zeiten.

Wettbewerb der Garantiekonzepte

Neben dem Garantiekonzept der klassischen Rentenversicherung sind in den letzten Jahren auf Basis einer stärkeren Renditeorientierung viele neue, kapitalmarktnahe Produkte entstanden.

Dabei stehen die Lebensversicherer in Konkurrenz zu Anbietern anderer Branchen – auch bei der staatlich geförderten Altersvorsorge. Dort hat der Gesetzgeber bei der Riesterförderung und der betrieblichen Altersversorgung eine Beitragsgarantie vorgeschrieben, d. h. zum Rentenbeginn muss mindestens die Summe der gezahlten Beiträge garantiert sein.

Im Wettbewerb der Anlage- und Garantiekonzepte bieten Fondsgesellschaften riestergeförderte Fondssparpläne an, die u. a. mit Aussicht auf eine höhere Rendite bei einer anfänglichen Aktienquote von 100% beworben werden.

Die Beitragsgarantie wird häufig über ein CPPI-Konzept (Constant Proportion Portfolio Insurance) dargestellt. Der Anbieter teilt die Fondsanlage des Kunden gedanklich in eine renditeorientierte (Aktiendachfonds) und eine sicherheitsorientierte Komponente (Geldmarkt- und Rentenfonds). Die Anlage soll primär in die renditeorientierte Komponente erfolgen. Wenn bei fallenden Märkten die Garantie gefährdet ist, wird in die sicherheitsorientierte Komponente umgeschichtet.

Der Charme des Ansatzes: In gut laufenden Märkten kann die avisierte hohe Aktienquote verbunden mit höheren Renditechancen realisiert werden. Der Nachteil: In fallenden oder schwankenden Märkten muss oft und prozyklisch die Aktienquote reduziert werden. In Extrem-

fällen kann es dazu kommen, dass die Kunden ganz in renten- und geldmarktnahe Papiere investiert sind und keine Neuinvestition mehr in Aktien möglich ist. Solche Marktphasen können bei CPPI-Konzepten dazu führen, dass häufig nur sehr geringe Renditen zwischen 0% und 2% erzielt werden können. Ein Realverlust ist die Folge, das heißt, nicht einmal die Inflationsrate wird erwirtschaftet. Höhere Renditechancen werden also erkaufte mit steigenden Risiken eines Realverlustes auf das eingesetzte Geld.

Lebensversicherer bieten in diesem Segment u. a. fondsgebundene Versicherungen mit Beitragsgarantie an.

Die Darstellung der Garantien erfolgt dabei unterschiedlich. So wird beispielsweise das Sicherungsvermögen der klassischen Produkte für die Garantieabsicherung genutzt und nur der dafür nicht benötigte Teil der Gesamtanlage in Fonds angelegt.

In einer Weiterentwicklung dieses Ansatzes ist das Zusammenspiel zwischen Sicherungsvermögen und Fondsanlage dynamisch: Die Gesamtanlage wird kundenindividuell aufgeteilt und je nach Marktlage umgeschichtet. In anderen Konzepten wird die Garantieabsicherung auf Garantiefonds „ausgelagert“, so dass sich ein komplexes Zusammenspiel von Sicherungsvermögen, Garantiefonds und freier Fondsanlage ergibt (Drei-Topf-Modell). Oder es wird das Kapital zu 100% in Fonds angelegt, die Garantieabsicherung erfolgt am Kapitalmarkt über derivative Instrumente. Dieses Modell liegt den Variable Annuities zugrunde.

Klar ist: Nicht jedes dieser Konzepte ist für jeden Anwendungsbereich effizient.

Rendite-Risiko-Profile zum Vergleich von Altersvorsorgelösungen

Offen ist, wie die Unterschiede der Produkte in der Kundenberatung transparent gemacht werden können.

Wesentlicher Vergleichsmaßstab sind heute die statisch berechneten Ablaufleistungen der Produkte. Dabei wird die Risikodimension, sprich welche Streuung der Rendite mit dem Anlagekonzept verbunden ist, nicht ausreichend berücksichtigt. Hier könnten Rendite-Risiko-Profile, die über Simulationen generiert werden, Kunden und Vermittlern helfen. Diese Profile sollten aufzeigen, wie sich ein Anlage- bzw. Garantiekonzept in unterschiedlichen Marktsituationen verhält und welche Ergebnisse inklusive aller Kosten sich in verschiedenen Szenarien ergeben.

Beim Vergleich der verschiedenen Produkte sollte der Kunde nicht nur die garantierte Mindestleistung kennen oder welche Leistung er erwarten darf, wenn die Aktienmärkte jedes Jahr kontinuierlich 8% erwirtschaften, sondern auch mit welcher Wahrscheinlichkeit seine Rendite zwischen 0 und 2%, 2 und 4% und 4 und 8% liegt.

So kann das eine Produkt z.B. in 20% der Fälle eine Rendite von 8% und mehr versprechen, dafür aber z.B. in 25% der Fälle nur eine Rendite unter der Inflationsrate erwarten lassen.

Bei dem anderen Produkt liegt der Renditeschwerpunkt zwischen 4 und 6%; andererseits wird die Rendite lediglich in wenigen Fällen unter der Inflationsrate liegen, aber nur in 10% der Fälle eine Rendite von 8% und mehr erwarten lassen.

Bei der Einführung ihres neuen Garantiekonzeptes Invest alpha-Balance verwendet Allianz Leben solche Profile, um die ausgewogenen Renditechancen bei gleichzeitig hoher Stabilität zu verdeutlichen. Der branchenübergreifende Einsatz von Rendite-Risiko-Profilen auf Basis plausibler und standardisierter Modellannahmen wäre ein großer Schritt in Richtung Transparenz und Vergleichbarkeit von Altersvorsorgelösungen.

Produktauswahl in der privaten Krankenversicherung aus Kundensicht



Private Krankenversicherungsprodukte und -tarife sind auf Grund der großen Bandbreite an unterschiedlichen Leistungsversprechen besonders schwer miteinander zu vergleichen.

Dieses Werk hilft dem Berater deutlich weiter.

Produktauswahl in der privaten Krankenversicherung aus Kundensicht

Von Dr. Christian Hofer

1. Auflage 2008 · XVI u.

189 Seiten · Kartoniert · DIN A 5

ISBN 978-3-89952-412-3

35 Euro inkl. 7% MwSt.

Index: Gesellschaften, die in diesem Beitrag erwähnt werden von A–Z:
Alte Leipziger – BHW – DWS – LBS – Schwäbisch Hall

Wohnriester – Bekanntes in neuem Gewand

Die Renditen von Wohnriester-Bausparverträgen liegen voraussichtlich deutlich unter der langfristigen Inflationsquote.



Zum 01.08.2008 ist das „Gesetz zur verbesserten Einbeziehung der selbstgenutzten Wohnimmobilie in die geförderte Altersvorsorge“ (Eigenheimrentengesetz – EigRentG) in Kraft getreten. Seit dem 1. November 2008 dürfen Banken, Bausparkassen und Versicherer aus diesem Gesetz abgeleitete „Wohnriesterverträge“ anbieten. Im Gesetz wird allerdings nicht explizit auf „Wohnriester“ abgestellt; vielmehr sieht der Gesetzgeber einfach eine neue Option vor, wonach eine Entnahme aus allen Arten von Riesterverträgen unter bestimmten Voraussetzungen für wohnwirtschaftliche Zwecke möglich ist. Das ist im Kern mit „Wohnriester“ gemeint.

Auto: Stephan Witte

Nach § 92a kann der Riester-Zulagenberechtigte nunmehr wahlweise bis zu 75 oder 100 Prozent des über einen Wohnriester- oder konventionellen Riestervertrag gebildeten Kapitals für die Anschaffung, Herstellung oder Entschuldung einer Wohnung oder den Erwerb von Geschäftsanteilen (Pflichtanteilen) an einer eingetragenen Genossenschaft für die Selbstnutzung einer Genossenschaftswohnung zu Beginn der Auszahlungsphase unmittelbar entnehmen. Eine begünstigte Wohnung muss entweder im eigenen Haus liegen, eine Eigentumswohnung sein oder die Genossenschaftswohnung einer eingetragenen Genossenschaft sein. Zudem muss dieses Objekt Lebensmittelpunkt des Zulageberechtigten sein, im Inland liegen, vom Zulageberechtigten zu eigenen Wohnzwecken als Hauptwohnsitz genutzt werden und nach dem 31.12.2007 gebaut oder gekauft worden sein. Alternativ kommt auch die Anschaffung eines eigentumsähnlichen oder lebenslangen Dauerwohnrechts nach § 33 des Wohnungseigentumsgesetzes gleich, sofern Vereinbarungen nach § 39 des Wohnungseigentumsgesetzes getroffen wurden. Im Sinne dieses Gesetzes stellt ein Anbau unzweifelhaft kein förderfähiges Wohneigentum dar, da es sich lediglich um die Erweiterung eines bereits bestehenden Wohneigentums handelt.

Wird ein bis dahin gefördertes Objekt verkauft, so muss nach § 92 a Absatz 3 Satz 1 innerhalb von vier Jahren in ein neues, selbst bewohntes Objekt – also kein Ferien- oder Mehrfamilienhaus – investiert oder die geförderte Summe in den zertifizierten Vertrag eines „normalen“ Riestervertrages überführt werden. Andernfalls müssen sämtliche Zulagen und staatlichen Förderungen zurückgeführt werden.

Fazit 1: Riesterguthaben kann nun bis in Höhe von 75 oder 100% zur Finanzierung von selbst bewohntem Wohneigentum im Inland genutzt werden, sofern bestimmte Vorgaben erfüllt werden. Anders als in der öffentlichen Wahrnehmung besteht Förderanspruch nicht nur für Bausparverträge. Auch der Neuabschluss eines Riestervertrages bei einer Bausparkasse ist nicht zwangsläufig nötig.

Der Übertrag von Riesterguthaben auf einen Drittanbieter ist in der Praxis nicht ganz unproblematisch, da der Gesetzgeber zwar vorschreibt, gefördertes Guthaben zur Übertragung freizugeben, nicht jedoch, dass der Dritte dieses Fremdstriesterguthaben auch annehmen muss. Daher sollte sich der handelnde Makler frühzeitig über die konkreten Möglichkeiten beim Zielanbieter informieren. Die meisten Bausparkassen verlangen für die Ausübung des Wechselrechts keine Gebühren. Eine Ausnahme ist beispielsweise die LBS Nord, die eine Wechselgebühr in Höhe von 100 Euro erhebt.

Grundsätzlich kann auch angespartes Guthaben aus einem Drittvertrag in das Wohnriesterkonto eines Bausparvertrages übertragen werden und dort vollständig zu Finanzierungszwecken eingesetzt werden. Doch auch bereits vor dem 01. Januar 2008 bestehende Riesterverträge (Riesterrentenversicherungen, Riestersparrpläne, Riestersparpläne) können übergangsweise genutzt werden, um damit Wohneigentum zu finanzieren. Allerdings muss dazu ein Mindestguthaben von 10.000 Euro vorhanden sein (§52 Absatz 24b Einkommensteuergesetz). Ab 2010 soll eine uneingeschränkte Entnahme in Höhe von wahlweise 75 oder 100% des vorhandenen Riesterguthabens möglich sein.

Fazit 2: auch ohne Neuabschluss eines Bausparvertrages zwecks Wohnriesterförderung ist eine wohnungswirtschaftliche Verwendung von Riesterguthaben bereits für Altverträge möglich. Der Neuabschluss eines Wohnriester-Bausparvertrages ist demnach auch bei Finanzierungsabsicht nicht zwingend notwendig.

■ Förderung

Gefördert werden Wohnriesterverträge wie andere Riesterverträge auch mit Grund- und Kinderzulagen sowie ggf. ergänzenden Steuerrückerstattungen. Die Höhe der Förderung wird nicht dadurch erhöht, dass ein Kunde mehr als einen Riestervertrag besitzt. Vielmehr kann ein Förderanspruch für unmittelbar zulagenberechtigte Personen höchstens für zwei, für mittelbar zulagenberechtigte Personen höchstens für einen Vertrag hergeleitet

werden. Die Anbieter müssen die geförderten Beiträge ihrer Kunden in einem speziellen Wohnförderkonto verbuchen. Dies gilt auch für unmittelbar zur Darlehenstilgung eingesetzte Tilgungsbeiträge und Riesterzulagen. Dabei werden die staatlichen Zulagen für Tilgungsbeiträge zu 100 Prozent zur Tilgung eingesetzt. Diese Möglichkeit besteht seit Einführung des Gesetzes auch für Bausparverträge. Kapital wird hier also zu einem erst niedrigen Zinssatz angespart und ab Beginn der Zuteilungsphase getilgt. Bei Versicherungen und Fondssparplänen kommt das Wohnförderkonto erst zum Einsatz, wenn ein Kunde tatsächlich Kapital entnimmt, andernfalls verbleibt das Kapital ganz normal im Depot, Fondsguthaben bzw. innerhalb des Deckungsstocks.

Ab Beginn der Auszahlungsphase zwischen dem vollendeten 60. und dem vollendeten 68. Lebensjahr ist Wohnriesterguthaben zu versteuern, während es in der Ansparphase wie für Riesterverträge allgemein üblich steuerfrei ist. Anders als für gewöhnliche Bausparverträge fällt demnach auch keine Abgeltungssteuer an.

Der auf dem Wohnförderkonto erfasste virtuelle Betrag ist bis zum Eintritt in den Ruhestand mit 2% jährlich zu verzinsen. Dieser Betrag ist Bemessensgrundlage für die nachgelagerte Besteuerung. Diese fällt auch dann an, wenn die Tilgung eines entsprechend zertifizierten Altersvorsorgevertrages bereits vor Rentenbeginn abgeschlossen ist. Dabei stehen dem Förderberechtigten zwei Varianten zur Verfügung:

- 1) Besteuerung des aufgelaufenen Förderguthabens inklusive der dazugehörigen Zinsen mit dem dann gültigen persönlichen Steuersatz unter Anrechnung eines Sofortrabatts von 30 Prozent
- 2) Rätierliche Steuerzahlung bis zum rechnerisch vollendeten 85. Lebensjahr, d.h. im Zweifel müssen die Erben für fehlende Raten aufkommen. Die monatliche Steuerrate berechnet sich anhand des gesamten Guthabens auf dem Wohnförderkonto geteilt durch die Monate von Beginn der Auszahlungsphase bis zum vollendeten 85. Lebensjahr.

Eine nachgelagerte Besteuerung ist auch die Folge einer förderschädlichen

Verwendung, so z.B. die dauerhafte Vermietung der bis dato selbst bewohnten Immobilie. In diesem Fall kommt nur die sofortige Versteuerung ohne Sofortrabatt von 30 Prozent in Frage. Im Zweifel geht eine nicht getilgte Steuerschuld in die Erbmasse der / des Hinterbliebenen mit ein.

Fazit 3: Auch das Wohnriesterkonto ist vollständig nachgelagert zu besteuern. Da jedoch bei Immobilienerwerb üblicherweise kein Kapital zur Verrentung zur Verfügung steht, wird ein virtuelles Konto gebildet und in zwei Varianten zur Besteuerung herangezogen.

■ Für welchen Kunden?

Seit Einführung der staatlich geförderten Riesterzulage auch für Bausparverträge überschlagen sich die Anbieter mit der Bewerbung ihrer Produkte. Dabei schießen einige die Marktteilnehmer zunächst überfordert zu sein. Vielfach wurden einfach altbekannte Tarife mit nur geringfügigen Modifikationen übernommen. Eine der grundlegendsten Änderungen war sicher die, die ansonsten gleiche Abschlussgebühr nunmehr auf 5 Jahre zu verteilen.

Als Zielgruppe gelten den Anbietern dabei vor allem Personen, die in einigen Jahren eine Finanzierung planen. Daher gingen vor allem die Niedrigzinstarife ins Rennen. Das heißt: niedrige Guthabenzinsung in der Ansparphase und im Gegenzug auch geringer Nominal- und Effektivzins in der Finanzierungsphase. Das Wohnriesterdarlehen ist spätestens bis zum Rentenbeginn vollständig zurückzuführen. Zu beachten ist, dass ein förderfähiger Darlehensvertrag bei Ehepartnern stets je wenigstens einen zertifizierten Riestervertrag beider Partner voraussetzt.

Eine wichtige Fragestellung in diesem Zusammenhang betrifft Kunden, die zunächst eine Finanzierung planen und sich zu einem späteren Zeitpunkt dagegen entscheiden. Für diese bestehen folgende Optionen:

- 1) Kündigung des Bausparvertrages mit Auszahlung des aufgelaufenen Sparguthabens. Aber Achtung: in diesem Fall sind alle Förderungen und

Steuervorteile an den Staat zurückzuführen.

- 2) Beitragsfreistellung oder Fortführung des Vertrages mit gleichem oder reduziertem Sparaufwand. Nachteil: nur minimale Verzinsung, praktisch immer unterhalb der von täglich verfügbarem Tagesgeld. Zwischen dem 60. und 68. Lebensjahr sind mindestens 70% des aufgelaufenen Bausparguthabens zu verrenten. Ansonsten sind Förderungen und Steuervorteile an den Staat zurückzuführen.
- 3) Übertrag des Wohnriesterguthabens auf einen „normalen“ Riestervertrag. Dieser kann zum Ablauf zu mindestens 70% verrentet und zu höchstens 30% kapitalisiert werden, ohne dass der Anspruch auf staatliche Förderung rückwirkend entfällt.

Bis zu einem Eigenbeitrag von 2.100 Euro jährlich einschließlich staatlicher Zulagen kann für Wohnriesterverträge keine Bausparprämien beantragt werden. Für darüber hinaus gezahlte Eigenbeträge gilt dies zwar nicht. Deren Zahlung führt aber in Praxis zu gehörigen Abwicklungsproblemen, da z. B. eine Teilung des Bausparvertrages bedingungsgemäß nicht möglich ist. Geförderte Wohnungsbauprämie müsste danach bis zum Renteneintritt in dem Bausparvertrag verbleiben. Auch der umgekehrte Fall ist für den Kunden wenig erstrebenswert. Will er den mit Wohnungsbauprämie geförderten Teil entnehmen, muss der ganze Bausparvertrag aufgehoben werden. Dies führt u. U. zum Verlust der Riesterförderung. Daher lassen beispielsweise die Alte Leipziger und die LBS Nord keinen Eingang von Wohnungsbauprämie auf einen Riestervertrag zu.

Anbieterabhängig ist es möglich, vermögenswirksame Leistungen dem Wohnriesterkonto gut zu schreiben. Dabei stellt sich allerdings ein vergleichbares Problem: Will ein Kunde nach Ablauf der Sperrfrist über sein VL-Guthaben verfügen, ist dies ebenfalls nur mittels Teilung möglich. Aus diesem Grund bieten u. a. die LBS Nord und die Alte Leipziger diese Hybridform nicht an und empfehlen sinnvoller Weise einen Vertrag für das VL-Sparen und einen für die Nutzung der Riesterförderung

Anders als bei herkömmlichen Bausparverträgen ist auch eine Übertragung des Sparguthabens auf einen Dritten nicht möglich.

Fazit 4: der Abschluss eines Wohnriestervertrages kann sich nur lohnen, wenn Kunden tatsächlich eine Finanzierung planen.

■ Kosten

Die Kosten von Bausparverträgen und Fondssparplänen sind stark unterschiedlich kalkuliert. Für Bausparverträge üblich ist eine Abschlussgebühr von 1% der Bausparsumme, welche auf 5 Jahre verteilt werden muss. Dazu kommen ggf. noch Kontoführungsgebühren.

Auf Basis einer Ansparzeit von 18 Jahren und einer Bausparsumme von 54.000 Euro entstehen bei der Alten Leipziger bis dahin Gesamtkosten in Höhe von 540 Euro, bei der LBS bei gleicher Bausparsumme von 756 Euro.

Bei dem gezillmerten Riesterfondssparplan RiesterRente Premium der DWS berechnen sich die Kosten auf Basis der Wertungssumme bei Vertragsabschluss, so dass die Kosten für jüngere Kunden tendenziell deutlich höher als für ältere Kunden ausfallen. Das erklärt auch die unterschiedlichen Renditen wie sie unten ausgewiesen sind.

Auf Basis eines Kunden mit Vertragsbeginn zum 01.04.2009 und Ablauf zum 01.05.2027 entstehen bei 1.946 Euro jährlicher Zahlung zzgl. Grundzulage Kosten in Höhe von 2.472 Euro, bei Vertragsablauf zum 01.05.2019 hingegen nur Kosten in Höhe von 1.431 Euro.

Die gleiche Kostenkalkulation gilt auch für die meisten Versicherungsverträge, allerdings sind hier die tatsächlichen Abschluss- und Vertriebskosten in der Regel noch deutlich höher als bei der DWS dargestellt.

Fazit 5: die untersuchten Bausparverträge weisen insgesamt deutlich niedrigere Kosten als die Riesterfondssparpläne und Versicherungen auf. Dies führt bei Versicherungen und Fondssparplänen zu deutlich niedrigeren Rückkaufswerten in den ersten Jahren und damit zu weniger Guthaben, das für eine Finanzierung effektiv zur Verfügung steht.

Während herkömmliche Bausparverträge auf VL-Basis meist eine Bausparsumme von 6 bis 10.000 Euro besitzen, ist für Wohnriesterverträge

Sie suchen die Börsenerleuchtung?

Wenn Sie denken, im deutschen Finanzinternet
passiert nichts mehr, dann kennen Sie
www.Boerse-Go.de noch nicht!

Das moderne Börsen- & Wirtschaftsmagazin!



- weltweite Börsengeschehen in Echtzeit
- Relevante Fakten
- alle Anlageregionen der Welt
- höchste Aktualität
- Insider News
- Innovative Web 2.0 Funktionalitäten wie z.B. Merktzettel,
Diskussions- und Umfragefunktionen
- Top-Analysen aus eigener Redaktion
- und alles wie immer kostenlos

BoerseGo.de
Ein Service der BörseGo AG

Surfen Sie auf **www.boerse-go.de** + RELAUNCH + NEU + RELAUNCH + NEU + RELAUNCH



■ *Mit dem Kunden locker über Wohnriester diskutieren? Das geht nicht! Sie brauchen handfestes Material. Nutzen Sie zum Beispiel diesen Beitrag, damit nicht Äpfel mit Birnen verglichen werden.*

aufgrund der zu erwartenden Finanzierungsabsicht eine deutlich höhere Bausparsumme realistisch.

Wer etwa bei der Alte Leipziger nur Anspruch auf Grundzulage hat und einen jährlichen Eigenbeitrag von 1.946 Euro (2.100 Euro abzgl. 154 Euro Grundzulage) selbst investiert, benötigt eine Bausparsumme von 51.400 Euro um nach 10 Jahren das Mindestsparguthaben zu erreichen. Die Vorsteuerrendite durch Sparzins und staatliche Förderung beträgt dabei 2,29% p.a. auf Basis eines Bausparguthabens von 22.081,85 Euro.

Mit einer Bausparsumme von 81.000 Euro wird das Mindestsparguthaben von 40% der Bausparsumme hingegen erst im 15. Jahr erreicht. Die Vorsteuerrendite nach 15 Jahren beträgt nur noch 2,01% p.a. bei einem Bausparguthaben von 34.343,71 Euro. Als langfristige Sparanlage sind Wohnriesterverträge daher in keinem Fall geeignet.

Nimmt man die LBS mit ihrem Tarif Classic WR (RV), so betragen die vergleichbaren Vorsteuerrenditen bei 53.000 Euro (10 Jahre) bzw. 81.000 Euro Bausparsumme (15 Jahre) 2,19% p.a. bzw. 1,71% p.a.

Sowohl bei Alte Leipziger als LBS liegen die erzielbaren Vorsteuerrenditen während der Ansparzeit ähnlich wie bei Sparbüchern und vielen anderen Anlageprodukten also jeweils deutlich unter dem langfristigen Inflationsniveau. Als (Altersvorsorge-)Sparplan für einen Single ohne Kinder ist Wohnriester also nicht geeignet.

Jahrzehnt	Inflationsspanne
1960er	1,6% / 1960 bis 3,1% / 1965
1970er	3,6% / 1970 bis 7,1% / 1973
1980er	2,0% / 1985 bis 6,3% / 1981
1990er	0,9% / 1998 bis 5,1% / 1992
2000er	1,1% / 2003 bis 2,6% / 2008

Quelle: <http://www.witte-financial-services.de/File/inflation.php>

■ Vergleichbarkeit

Nur schwer vergleichbar mit den Angeboten der Bausparkassen sind die Angebote der Versicherer wie auch der gezielte Riesterfondssparplan der DWS. Alle diese haben als Folge der Zillmerung speziell bei langen Vertragslaufzeiten anfänglich sehr niedrige, im Zweifel sogar negative Renditen. Sämtliche fondsgebundenen Produkte, ganz gleich ob als Hybrid, als Variable Annuity oder als echter Fondssparplan unterliegen einer hohen Volatilität. Das bedeutet, dass sie für eine Finanzierung höchst ungeeignet sind, da hohe Kosten und eine nicht kalkulierbare Ablaufleistung speziell bei kurzen Vertragslaufzeiten bis zum Beginn der Darlehensphase zu tragen sind. Weiter wird eine unmittelbare Vergleichbarkeit dadurch erschwert, dass verschiedene hohe Beitragshöhen sowie ein unterschiedliches Eintrittsalter und Rentenbeginn zu verschiedenen Beitragssummen und damit verschiedenen hohen laufenden Kosten führen.

Auch wenn das Gesetz theoretisch eine Teilentnahme von bis zu 75 Prozent des Bausparguthabens ermöglicht, ist dies baustartetechnisch derzeit nicht darstellbar. Daher ist zwar im Rahmen eines Riesterfondssparplans eine solche Teilentnahme zu Finanzierungszwecken möglich, bei Bausparverträgen jedoch nur alternativ eine Zuteilung in voller Höhe oder eine Vertragskündigung mit allen Konsequenzen.

Fazit 6: Als reine Sparanlage für Singles ohne Kinder sind Fondssparpläne trotz unsicherer Renditen vermutlich leistungsstärker als Bausparverträge; für eine Finanzierung gilt das Umgekehrte. Ein Vergleich ist natürlich mit vielen Unsicherheiten behaftet. Eines ist allerdings klar: Nur, wenn der Aktienmarkt wieder zu seiner ursprünglichen Stärke zurück findet, wird diese „Riesterform“ in den Augen des Marktes wieder eine gute Chance haben. Die Renditen von Wohnriester-

Bausparverträgen liegen voraussichtlich deutlich unter der langfristigen Inflationsquote.

In der eigentlichen Finanzierungsphase sollten zukünftige Bauherren auf einen niedrigen Zinssatz achten, denn im Zweifel kann sich gerade in Niedrigzinsphasen ein herkömmliches Annuitätendarlehen als zinsgünstiger erweisen. Mittlerweile bieten Banken und Bausparkassen spezielle Riesterdarlehen, doch noch ist die Marktabdeckung eher verhalten. Das führt dazu, dass die Zinssätze für Riesterdarlehen vielfach höher sind als die einer herkömmlichen Annuität, was aber durch staatliche Zulagen und Steuervorteile vielfach mehr als ausgeglichen werden kann. Als positives Beispiel können hier z.B. die Alte Leipziger und LBS Nord genannt werden, die riestergeförderte Kredite ohne Konditionsaufschläge anbieten und damit ihren Kunden nicht die Vorteile aus der staatlichen Förderung nehmen. Der Zulagenantrag wird in allen Fällen über das finanzierende Institut gestellt. Laut Finanztest 2/2009, S. 42 gäbe es für Hauseigentümer keine bessere Geldanlage als mit Hilfe von Zulagen und Eigenbeiträgen zu tilgen. Schwäbisch-Hall stellt heraus, dass Bausparverträge als einziges Riesterprodukt sowohl in der Anspar- als auch in der Tilgungsphase gefördert werden. Außerdem können Häuslebauer nach Abschluss einer Finanzierung bei Bedarf weiter in den Vertrag einzahlen und erhalten auch dann noch weiter staatliche Unterstützung.

Bei der Bewertung des Riester-Bausparens sei laut Schwäbisch-Hall ferner zu beachten, dass Riester-Banksparrpläne zwar eine höhere Sparrendite erzielen können, jedoch im Voraus keine Sicherheit für die Höhe und Dauer des Zinssatzes für das spätere Darlehen (insbesondere nicht für nachrangige Darlehen) gewährleisten können und außerdem keinesfalls flächendeckend in der Beratung angeboten werden. Das gleiche gelte auch für Riesterbausparverträge.

Gesamtfazit: Wohnriester lohnt sich für alle jene, die mit hoher staatlicher Förderung finanzieren möchten, ist aber unter Renditegesichtspunkten nicht geeignet für jene, die (vorrangig) für das Rentenalter sparen möchten.

	Alte Leipziger	BHW	LBS	LBS	LBS	LBS	LBS	LBS	LBS	Schwäbisch-Hall
Tarif	easy finanz Riester (Tarif B-Riester)	Förder maXX	Classic WR (RU)	Classic WR (RV)	Classic-Top Finanz WR (RF)	Classic-Mini WR (RM)	Fuchs WohnRente			
Mindestbausparsumme	3.000 €	8.000 €	10.000 €	10.000 €	50.000 €	10.000 €	10.000 €	10.000 €		
Regelsparbeitrag	4 ‰	3 ‰	4 ‰	4 ‰	4 ‰	4 ‰	4 ‰	4 ‰		
Guthabenzins	1,40%	1,00%	1%	1%	0,5%	1%	1%	1%		
Zinsberechnung:	taggenau	taggenau	taggenau	taggenau	taggenau	taggenau	taggenau	taggenau		
Zinsgutschrift:	am Ende jedes Kalenderjahres	am Ende jedes Kalenderjahres	am Ende jedes Kalenderjahres	am Ende jedes Kalenderjahres	am Ende jedes Kalenderjahres	am Ende jedes Kalenderjahres	am Ende jedes Kalenderjahres	am Ende jedes Kalenderjahres		
Mindestguthaben	40%	nicht erforderl.	40%	40%	40%	40%	40%	40%		25% - 50 % *)
Mindestsparzeit in Monaten	keine	keine	18	18	18	18	18	18		
nominater Darlehenszins	3,90%	DV 1: 1,90% DV 2: 2,90% DV 3: 3,75%	3,75%	3,75%	2,95%	1,95%	2,95%	2,95%		
effektiver Darlehenszins (nach PAngV)	zwischen 4,09 % und 4,17 % (bei Inanspruchnahme der Mehrzuteilung zwischen 4,08% und 4,16 %)	DV 1: 2,07%-2,62% DV 2: 3,09%-3,64% DV 3: 3,96%-4,51%	3,95%	4,04%	3,22%	2,28%	3,17% (ohne Wahlzuteilung)			
Darlehensgebühr	keine	keine	keine	keine	keine	keine	keine	keine		
Bereitstellungszinsen	ab dem 3. Monat 3 %	3% ab 4. Monatsersten"	2% ab 7. Monatsersten	2% ab 7. Monatsersten	2% ab 7. Monatsersten	2% ab 7. Monatsersten	2% ab 7. Monatsersten	2% ab 7. Monatsersten		
Abschlussgebühr (bezogen auf die Bausparsumme)	1% (verteilt über 5 Jahre)	1% (verteilt über 5 Jahre)	1%	1%	1%	1%	1%	1% (verteilt auf 5 Jahre)		
Verwaltungsgebühren	nein	12 Euro p.a.	12 Euro p.a.	12 Euro p.a.	12 Euro p.a.	12 Euro p.a.	12 Euro p.a.	12 Euro p.a.		
maximale Tilgungsdauer	20 Jahre, bei Mehrzuteilung 13 Jahre, 10 Monate	15 Jahre, 10 Monate	16 Jahre, 11 Monate	10 Jahre, 1 Monat	9 Jahre, 7 Monate	6 Jahre, 9 Monate	12 Jahre, 6 Monate (ohne Wahlzuteilung)	12 Jahre, 6 Monate (ohne Wahlzuteilung)		
monatlicher Zins- und Tilgungsbeitrag in % der Bausparsumme	min. 25 Euro (zwischen 3,617 und 5,615 %, bei Inanspruchnahme der Mehrzuteilung zwischen 7,068 und 11,635 %)	Wahlzuteilung tarifliche Regeltilgung 6‰	4 ‰	6 ‰	6 ‰	8 ‰	4 ‰	4 ‰		
Wechselgebühr bei Anbieterwechsel	nein	100 Euro	100 Euro	100 Euro	100 Euro	100 Euro	100 Euro	100 Euro		
Sonstige Besonderheiten	Mehrzuteilung: Darlehensanspruch bis 90 % der Bausparsumme	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein		*) bei Wahlzuteilung ab 25%, sonst 50%

„Die weitergehenden Pflichten des Maklers bleiben unberührt.“

Stephan Witte im Gespräch mit Rechtsanwalt Dirk Schwane, Gelsenkirchen, über die Grenzen eines Beratungs- und Dokumentationsverzichts.

Risiko & Vorsorge: Nach § 61 Absatz 2 VVG kann ein Versicherungsnehmer auf die Beratung oder die Dokumentation unter bestimmten Voraussetzungen verzichten. Dazu zwei Fragen: Bedeutet das, der VN muss von sich aus diese Alternative ansprechen? Darf der VN auch nur auf Beratung ODER Dokumentation verzichten?

Da § 61 Abs. 2 VVG eine weitreichende Einschränkung der gesetzlichen Pflichten des Vermittlers zu Lasten des Verbrauchers darstellt, ist diese Norm restriktiv auszulegen. Insoweit zeichnet der Verzicht den Vermittler nicht grundsätzlich von einer etwaigen Nachfragepflicht frei. Insbesondere stellt die bloße Nichtbeantwortung von Nachfragen keinen Verzicht dar. Insoweit muss der Kunde ausdrücklich seinen Verzicht erklären. Ebenso muss der Vermittler auch darauf hinweisen, wenn ein Produkt trotz Beratungsverzicht nicht den Wünschen des Kunden entspricht.

Rein tatsächlich muss dem Versicherungsnehmer in allen Konsequenzen dargelegt werden, was der Beratungsverzicht bedeutet. Die bloße Nennung der Rechtsfolgen reicht im Hinblick auf § 63 VVG nicht aus, da dem Versicherungsnehmer formelhafte Verwendungen untergeschoben werden und damit die Tragweite eines Verzichtes verborgen bleibt.

Es ist daher wichtig klar zu stellen, dass der Vermittler für jeden Fall einer tatsächlich erbrachten Beratung – unabhängig davon, ob ein Beratungsverzicht

erklärt wurde oder nicht – haftet. Es geht mithin nur um die Frage der Beweissituation.

Festzuhalten ist damit, dass der Versicherungsnehmer die Verzichtserklärung abgeben muss. Dies nach ausführlicher Belehrung über die Rechtsfolgen eines Verzichtes. Hieraus folgt natürlich, dass die Verzichtserklärung schriftlich und in einer gesonderten Erklärung erfolgen muss. Eine Aufnahme in die allgemeinen Geschäftsbedingungen ist mithin unwirksam.

Insoweit widerlaufen auch „massenhafte Erklärungen in vorgefertigter Form“ dem Gesetzestext.

Das Gesetz regelt nicht, dass es sich hier um eine Ausnahme handeln muss. Allerdings könnte man dies aus dem Wortlaut von § 61 Absatz 1 zumindest vermuten, dass es sich um eine Ausnahme handeln soll.

Der Beratungsverzicht stellt eine Ausnahme dar. Dies folgt schon aus der Erfordernis, der Form und des Inhaltes der Verzichtserklärung. Anzumerken ist auch noch die Diskussion, ob ein Verzicht auf die Beratung europarechtswidrig sein könnte. Nach der EU-Vermittlerrichtlinie ist ein genereller Beratungsverzicht des Kunden nicht möglich. Allein hieraus folgt schon die Ausnahmesituation der Regelung. Im Übrigen steht auch der Rechtsweg zum EuGH offen.

Steht dieses Recht auch einem Makler zu,

der ja schließlich die Interessen des Versicherungsnehmers gegenüber dem Versicherer vertreten soll?

Ein Verzicht ist möglich. Der Maklerauftrag begründet jedoch in der Regel ein Dauerschuldverhältnis, so dass eine regelmäßige Überprüfung immer wieder erforderlich ist. Aus der Gesetzesbegründung geht nicht hervor, welche Auswirkungen ein Beratungsverzicht vor dem Hintergrund des Sachwalterurteils hat, da der Maklervertrag, wie gesagt, in der Regel ein Dauerschuldverhältnis begründet. Die weitergehenden Pflichten des Versicherungsmaklers, die sich aus dem Sachwalterurteil und der damit verbundenen Sachwalter-Erstellung ergeben, bleiben also unberührt.

Sofern einem Makler das Recht auf Dokumentationsverzicht verwehrt sein sollte, wie hat sich ein Makler zu verhalten, wenn beispielsweise der Kunde a) droht, den Vertrag sonst bei einer anderen Person abzuschließen oder b) der Kunde sagt, dass er sich selbst schon eine abschließende Meinung gebildet habe, aber vom Anbieter darüber informiert wurde, dass ein bestimmtes Produkt nur über einen Makler abschließbar sei?

Ein Beratungsverzicht oder eine Dokumentation haben grundsätzlich auf die Pflichten eines Maklers keine Auswirkungen. Rein tatsächlich hat ein Verzicht oder eine Dokumentation nur Auswirkungen auf die Beweissituation.

„Massenhafte Erklärungen in vorgefertigter Form entsprechen nicht dem Gesetz.“

Vom Grundsatz her ist eher anzumerken, dass ein ordnungsgemäß ausgefüllter Beratungsbogen (Protokoll) eher zu bewerten ist als eine kostenlose Vermögens-Schaden-Haftpflichtversicherung. Wichtig ist nur, dass sich die Fachkompetenz des Vermittlers in diesem Protokoll widerspiegelt.

Eine fehlende Beratung stellt das größte Problem da. Der Kunde wählt einen Spezialisten für seine Versicherungssituation. Wenn die Angebote nicht dem erforderlichen Schutz genügen, besteht eine große Haftungsgefahr. Gerade deshalb, weil der Kunde nicht auf die Risiken hingewiesen wurde. Hier hilft nur eine ausführliche und spartenadäquate Darstellung der Risiken, die an sich die Qualität einer dokumentierten Beratung haben muss; denn nur so kann der Kunde seine Entscheidung überprüfen.

Wie muss ein zulässiger Beratungs- und Dokumentationsverzicht aussehen? Darf ein Makler den Text vorschreiben oder muss ihn der Kunde formulieren? Sofern der Kunde dies formulieren muss, was ist mit Kunden, die nur schlecht Deutsch lesen und / oder schreiben können?

Zur Vorformulierung vor dem Hintergrund des Einsortierens in den Bereich der allgemeinen Geschäftsbedingungen verweise ich auf die zuerst gestellten Fragen. Hinsichtlich der Musterverzichtserklärung kann hier nur mitgeteilt werden, dass der Kunde auf eine Beratung als auch auf eine Dokumentation der Beratung verzichten kann. Außerdem muss auf die Risiken eines Beratungsverzichts hingewiesen werden. Gleiches gilt für den Hinweis auf die Schadenersatznorm nach § 63 VVG. Hinsichtlich der Sprachkenntnisse ist wichtig, dass im Regressfall nachgewiesen werden kann, dass die Kunden die Erfordernisse verstanden haben.

Gibt es aus Ihrer Sicht Produkte, für die ein Verzicht eher zulässig erscheint als bei anderen?

Hinsichtlich der Produktalternativen zu einem Verzicht sollte meines Erachtens

eine restriktive Handhabung vorherrschend sein. Meines Erachtens gibt es keine Produkte, die grundsätzlich für einen Beratungsverzicht geeignet sind. Hierbei denke ich zum Beispiel an die Herausgabe eines grünen Nummernschildes für ein Motorrad. Was will der Makler auf die einfache Frage antworten, warum das Mofa nicht auch gegen Diebstahl oder sonstige Schäden versichert war; nachdem dieses zum Beispiel durch einen Brandschaden total beschädigt wurde? Das Argument, dass dies schon immer so war, hilft dann nicht weiter.

Wie hilfreich sind die Vordrucke von Verbänden (z.B. Arbeitskreis Vermittlerrichtlinie Dokumentation), Konzeptanbietern oder Versicherern?

Entscheidend ist nicht die äußere Form, sondern die inhaltliche Darstellung der Beratung. Protokolle sollen in diesem Zusammenhang keinen Schönheitswettbewerb von der Optik her gewinnen, sondern den Verwender vor Regressfällen schützen. Insoweit ist es entscheidend, mit welchen Informationen ein Beratungsprotokoll versehen wurde.

Gab es auf diesem Feld bereits Prozesse?

Prozesse hinsichtlich des Beratungsprotokolls sind mir derzeit nicht bekannt; zumindest liegt keine obergerichtliche Rechtsprechung vor. Dies ist auch auf Grund des noch jungen Inkrafttretens am 22.05.2007 nicht verwunderlich. Vielfältig sind jedoch die Streitigkeiten hinsichtlich des Umfangs der Maklerpflichten, die vielfach gleichgesetzt werden mit den Inhalten eines Beratungsprotokolls trotz Beratungsverzichts.

In welchen Fällen ist ein Beratungs- und/oder Dokumentationsverzicht überhaupt sinnvoll?

Ich mache es ganz einfach: ein Beratungsprotokoll ist immer sinnvoll! Es muss nur richtig ausgefüllt werden – es ist für den Makler mithin entscheidend, sein Handwerkszeug zu beherrschen. Fragen der Beweislast, die ein Beratungsprotokoll entschärfen könnte, spielen meistens im Zusammenhang mit Schadenersatzansprüchen eine relevante Rolle.

Ist es korrekt, dass der alleinige Verzicht auf eine Dokumentation den Makler nicht

davor bewahrt, im Zweifel vor Gericht dennoch eine Dokumentation beizubringen, der dann aber ggf. die Kundenunterschrift fehlt?

Wenn ein Kunde nur auf die Dokumentation verzichtet, hat im Zweifel der Vermittler ein Beweisproblem hinsichtlich der durchgeführten Beratung. Daher sollte in einem solchen Fall die Zeit dafür gegeben sein, dass der Vermittler den Kunden schriftlich auf die Risiken bzw. Lücken der gewählten Absicherungsform hinweist.

Der Vermittler haftet für jeden Fall einer tatsächlich erbrachten Beratung – unabhängig davon, ob ein Beratungsverzicht erklärt wurde oder nicht!

Die Pflichten des Maklers gehen weiter als ein Beratungsverzicht oder eine Beratungsdokumentation. Dies allein schon aus Gründen des Sachverwalterurteils. Insoweit muss der Makler im Prozess – um den Vorwurf einer fehlerhaften oder nicht durchgeführten Beratung zu entkräften – den Beweis einer ordnungsgemäßen und korrekten Beratung führen. Hierfür stehen dem Makler die allgemeinen Beweismittel der Zivilprozessordnung zur Verfügung.

Was sind die größten Fehler, die Ihnen bisher im Rahmen einer vorhandenen Dokumentation bekannt geworden sind?

Es gibt nichts, was es nicht gibt, ist die zutreffende Antwort. Bereits während der kurzen Zeit des Beratungsprotokolls macht sich ein wahrer Wildwuchs breit.

Problematisch ist, wenn durch dieses Protokoll Gedankenlosigkeit oder fehlende Fachkompetenz nachgewiesen werden.

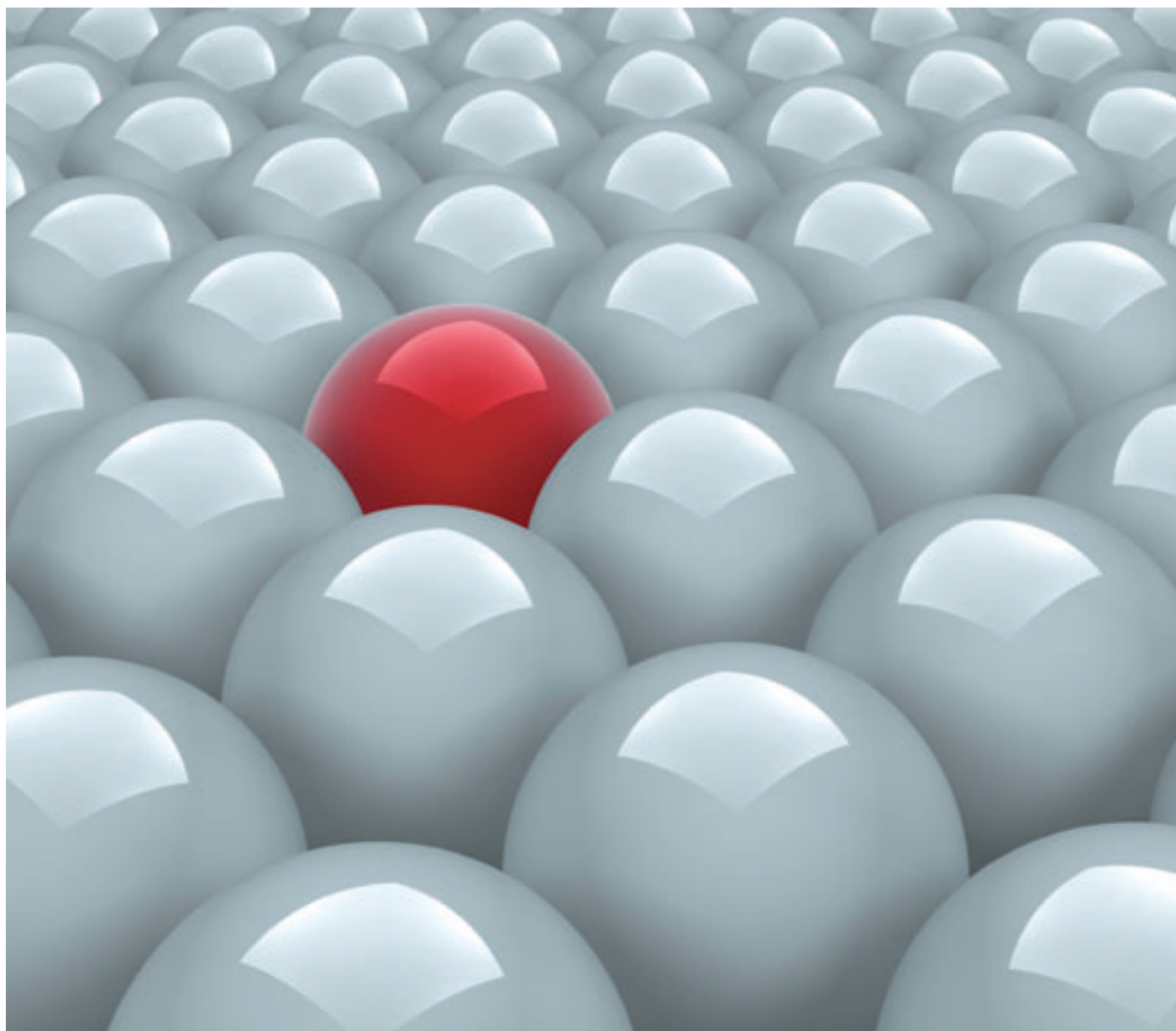
Typische Fehler sind immer wieder die falschen Hinweise zu einer Krankentagegeldversicherung und zur Berufsunfähigkeitsversicherung bei Selbstständigen; Umfang und Ende einer Beamten-Dienstunfähigkeitsklausel; Mitwirkungsanteile oder die Thematik der Eigenbewegung in der Unfallversicherung. Selbst die Selbstmordklausel in der Risiko-Lebensversicherung bereitet teilweise erhebliche Probleme.

Neue Serie

Alleinstellungsmerkmale in der BU

Teil 1

„Risiko & Vorsorge“ differenziert die BU-Tarifwelt



Tarifübersicht**Diese Tarife wurden vollständig erfasst:**

- Allianz (selbständige BerufsunfähigkeitsPolice E 365, Stand 12.2008)
- Allianz (selbständige BerufsunfähigkeitsPolice Plus E 365, Stand 12.2008)¹
- Alte Leipziger (pm 2300 – 01.2009; pm 2310 – 01.2009: BV 10 und BV 11)
- Condor (R 47, Stand 10.2008 (1.6): BUZ „Comfort“)
- Delta Lloyd (Formular MB438, Stand 01.2008)
- Dialog (ABsBU, Stand 01.2009: SBU-start)
- Dialog (ABsBU, Stand 01.2009: SBU-professional)
- Generali (GRA 0200 01.2009: SBU 09)
- Hamburg-Mannheimer (TOP-BUZ, Stand 05.2008)
- HDI-Gerling (LV_AVB_BV.0802, ERL-BU (LV_ERLBU.0801): EGO)²
- InterRisk (B 92, Stand 01.2009: Berufsunfähigkeitsversicherung „TopLine“)
- LV 1871 (Golden BU, L-B 1507/04.09 / m, L-B1509/04.09 / m)
- Nürnberger (IBU2500C+B+PR+SH, Stand 09.2008)
- Swiss Life (AVB_EV_BUZ_2009_01: Swiss Life BUZ, Stand 01.2009)
- VHV (SBUP09V: BU-Exklusiv)
- Volkswohl Bund (BED.SBU.0109: SBU)

Ergänzend und unvollständig erfasst wurden diese Tarife:

- Axa (21007164 (12.08) C 2.57.120: Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung der Berufsgruppen 1+ bis 3 und K sowie der Heilberufe)
- BBV: L9807, Stand 03/2008: BU mit erweiterten Leistungen, L9808; Stand 03/2008: Basis-BU; L9836, Stand 03/2008: BUZ mit erweiterten Leistungen; L9832, Stand 03/2008: Basis-BUZ
- Continentale (Berufsunfähigkeits-Police BU-Vorsorge Premium; Tarifbezeichnung B1, B1-G, Bedingungsstand: 1.1.2009)
- CosmosDirekt (LA 1013 A (11.08): Comfort-Schutz, Stand 11.2008)
- DANV (TOP-IZ, Stand 05.2008)
- DBV (BV, Stand 04.2008)
- Debeka (BUZ-B 01/2009)
- Fingro (FC08-2 und FC08-3 Deutschland, 215133 – Stand 04.2009: Fingro Vorsorgeplan – Fondsgebundene Risikoabsicherung)
- Gothaer (FC08-2 und FC08-3 Deutschland, 215133 – Stand 04.2009: Gothaer Perikon – Fondsgebundene Risikoabsicherung mit BU-Baustein)
- Gothaer BUZ Fonds (Druckstück 215204 – 01.09, Version 09.02.2009)
- Hamburger Lebensversicherung AG
- Münchener Verein (DUZ / Premium BUZ 04.2009)
- Neue BBV: N9707, Stand 03/2008: BU mit erweiterten Leistungen; N9708, Stand 03/2008: Basis-BU; N9736, Stand 03/2008: BUZ mit erweiterten Leistungen; N9732, Stand 03/2008: Basis-BUZ
- Nürnberger (IBU 2500, Stand 01.2008; BUZ 2008, Stand 08.2008; BUZ 2008 C, Stand 08.2008)
- Nürnberger KMU (C-Tarife + KT mit übergangslosem Versicherungsschutz)
- Signal Iduna (Comfort BUV, Fassung 10.2008)
- Signal Iduna (Premium BUV, Fassung 10.2008)
- uniVersa (B 08, Stand 04.2009 mit DU-Klausel)
- Versicherungskammer Bayern (Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung Optimal, Stand: 15.12.2008 – Bedingungsnummer 15 71 81)
- WWK (BS02 NT: Complete)
- WWK (b-BS 02 NT / S3 AVB b-BS02NT V20080701: selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung Basis)
- Zurich-Deutscher Herold (AVB SBU, Stand 01.2008; BUZ, Stand 01.2008; AVB SBU, Stand 04.2009; BUZ, Stand 04.2009)

Benannt werden ferner:

- trixi@ informationssystem GmbH
- Rechtsanwalt Dirk Schwane

¹ Der Versicherer hat die Angaben zu seinem Tarif nicht überprüft, da derzeit keine Kapazitäten frei sind.

² Der Versicherer hat die Angaben zu seinem Tarif nicht überprüft, da derzeit keine Kapazitäten frei sind. Ein neuer Tarif wird zum 01.07.2009 eingeführt.

Autor: Stephan Witte

Die Angebote zur Berufsunfähigkeit haben sich seit der Deregulierung des Versicherungsmarktes weit auseinander entwickelt. Eine echte Vergleichbarkeit verschiedener Bedingungswerke ist für den Makler nur schwer möglich. Die Differenzierung der Tarife, um im Vertrieb mit Alleinstellungsmerkmalen zu punkten, hat das Problem zudem verstärkt.

„Risiko & Vorsorge“ wird in mehreren Folgen wesentliche Alleinstellungsmerkmale, Tarifunterschiede und Leistungsmerkmale anhand bedingungsseitig besonders relevanter Punkte darzustellen. Insgesamt werden 63 Differenzierungsmerkmale angesprochen. Aufgrund der steten Fortentwicklung in diesem Segment und der Vielfalt der Produkte ist nicht auszuschließen, dass bereits nach Veröffentlichung neue Tarife mit abweichenden Leistungen vorliegen.*

Gesundheitsfragen und Teleunderwriting

Zur Beantragung eines Berufsunfähigkeitsschutzes gehört die umfassende und wahrheitsgemäße Beantwortung der Gesundheitsfragen. Aus diesem Grund ist nicht wenigen Versicherungswilligen die Möglichkeit verwehrt, sich entweder ohne Zuschlag oder gar Ausschlüsse zu versichern. Auch eine vollständige Ablehnung eines VN ist keine Ausnahme. Für den Maklermarkt kommen Angebote ohne Gesundheitsprüfung nicht ernsthaft in Frage. Sie würden mit hoher Wahrscheinlichkeit dazu führen, dass ein Anbieter alle schlechten Risiken auf sich vereinen würde.

„Berufsunfähigkeitsschutz mit stark vereinfachter Gesundheitsprüfung“ wird mit eingeschränkter Versicherungssumme unter bestimmten Voraussetzungen angeboten über www.easyBU.de. Für alle Berufe der Berufsgruppen 1 und 2 sowie vereinzelt in Berufsgruppe 3 wird hier für Personen bis Eintrittsalter 35 Jahre eine monatliche Berufsunfähigkeitsrente bis 750 Euro mit vereinfachter Gesundheits-

prüfung angeboten. Es wird lediglich gefragt, ob im vergangenen Jahr länger als 14 Tage am Stück eine Arbeitsunfähigkeit und aktuell ein GdB, eine MdE oder Wehrdienstbeschädigung (WDB) vorliegt oder beantragt ist. Weiterhin, ob anderweitig gleichartige Versicherungen bestehen.

In einem zweiten Konzept können Kollektive von mindestens 10 Personen einen Vertrag ohne Eintrittsalterbeschränkung abschließen, sofern in der Vergangenheit keine Krebserkrankung, psychische Erkrankung, Diabetes oder HIV-Infektion diagnostiziert wurde und die zu versichernde Person zum Zeitpunkt der Antragsstellung ihren Beruf uneingeschränkt ausüben kann.

Die **Delta Lloyd** hat Anfang 2007 als erster Versicherer in Deutschland das so genannte *Tele-Underwriting* eingeführt. Darunter versteht man ein Telefoninterview, in dem entsprechend geschulte Interviewer die Antragsfragen mit dem zu Versicherenden durchgehen und daraufhin über Annahme, Zuschläge, Ausschlüsse oder Ablehnung entscheiden. Zwischenzeitlich sind auch **Canada Life** und die **WWK** hierin gefolgt.

Überzeugendes Argument für das Tele-Underwriting sei für Makler die Haftungsfrage, so Delta Lloyd: „Denn wenn die Gesundheitsfragen per Tele-Underwriting beantwortet werden, geht die Haftung vollständig auf die Versicherungsgesellschaft über. Das Angebot wird größtenteils bei Kunden genutzt, bei denen schwere Krankheitsbilder vorliegen oder eine Versicherbarkeit fraglich ist. Dennoch konnten 36 Prozent der Anträge nach dem Tele-Underwriting normal angenommen werden, 53 Prozent mit einer Erschwernis. Zurückgestellt oder abgelehnt wurden trotz des hohen Anteils an schwierigen Fällen nur 10 Prozent. Insgesamt hat Delta Lloyd nur eine Ablehnungsquote von etwa einem Prozent und liegt damit deutlich unter dem Marktdurchschnitt.“

Vorläufiger Versicherungsschutz

Vorläufiger Versicherungsschutz besteht sowohl im Rahmen des Antrags- sowie Invitatio-Modells nur, wenn eine entsprechende Vereinbarung getroffen ist oder eine entsprechende Zusage des Versicherers vorliegt. Geregelt sind die Voraussetzungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in §§ 49 bis 52 VVG

als eigenständiger Vertrag zwischen Versicherungsnehmer und Versicherer, für den nach § 51 VVG ggf. sogar eine Prämie erhoben werden darf.

Die vorläufige Deckung endet nach § 52 VVG-2008 spätestens dann, wenn der Versicherungsnehmer einen gleichartigen Vertrag bei diesem oder einem Drittanbieter besitzt, aus dem er einen entsprechenden auch vorläufigen Versicherungsschutz herleiten könnte. Daraus folgt, dass bei Beantragung von mehr als einem Vertrag durch den Agenten oder Makler ein vorläufiger Versicherungsschutz für den Antragsteller ausgeschlossen ist und de facto eine in der Regel ungewollte Versicherungslücke entstehen könnte. Hinzu kommt, dass nach § 52 (2) VVG-2008 für den Versicherungsnehmer eine vorvertragliche Obliegenheit besteht, auf eine etwaig bereits bestehende vorläufige Deckung bei einem anderen Versicherer ungefragt hinzuweisen und diese unverzüglich zu melden.

Nicht alle diesbezüglich untersuchten Versicherer sehen ausdrücklich vorläufigen Versicherungsschutz vor, so etwa **Allianz** oder **VHV**. Bei **HDI-Gerling** gilt ein solcher nach B Ziffer 12 nur, wenn dieser ausdrücklich vereinbart wurde. Damit wird hier nur der Inhalt von § 49 VVG wiedergegeben, weshalb auch für die vorgenannten Anbieter nicht automatisch eine vorläufige Deckung angenommen werden kann. Die **Hamburg-Mannheimer** bietet einzig das Invitatio-Modell zur Antragsstellung und nicht ausdrücklich vorläufigen Versicherungsschutz.

Präzise Regelungen finden sich u.a. bei **Alte Leipziger**, **Condor**, **Delta Lloyd**, **Dialog**, **FINGRO**, **Gothaer**, **InterRisk**, **LV 1871**, **Nürnberger** und **Volkswohl Bund**.

So heißt es bei **Condor** (BUZ Comfort), dass ab Antragseingang, frühestens jedoch zum beantragten Vertragsbeginn eine vorläufige Deckung bis maximal 12.000 Euro Jahresrente bestehe. „Ist die Berufsunfähigkeit während des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten, werden Leistungen nur fällig, wenn Sie uns die Berufsunfähigkeit innerhalb von 3 Monaten seit ihrem Eintritt anzeigen [...] Durch eine Karenzzeit wird diese Frist nicht verlängert. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung bezieht sich nicht auf eventuell von Ihnen geleistete Sonderzahlungen.“

Bei der **Alte Leipziger** werden die Voraussetzungen für den vorläufigen

Achtung: BU trifft schon jeden 4.



Die Stuttgarter BU – heißer Tipp selbst bei Burnout

BU bleibt ein Mega-Markt und die Stuttgarter hat das mehrfach ausgezeichnete Konzept BU PLUS. Mit berufsgruppenoptimierter Kalkulation, Nachversicherungsoption und der innovativen BU PLUS *life*. Zum Beispiel mit doppelter Rente in den ersten 36 Leistungsmonaten. Und dazu gibt es FondsPlus als Investment-Option. Da kann wirklich nichts anbrennen.

www.stuttgarter.de



die Stuttgarter

Alles Gute für die Zukunft

Versicherungsschutz auf dem Antragsformular ausgewiesen. Demnach besteht dieser grundsätzlich unabhängig, ob Antragsmodell oder Invitativmodell gewählt wurde. Einzige Voraussetzung: Einzugsermächtigung liegt vor, bzw. der Einlösebeitrag ist bereits gezahlt (Siehe Antragsformular und § 1 Abs. 4 der Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz.) „Aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes zahlen wir im Todesfall einschließlich der Leistungen aus einer Unfall-Zusatzversicherung höchstens 180.000 EUR. Bei Berufsunfähigkeit betragen die jährliche Berufsunfähigkeitsrente und die einmalige Leistung jeweils höchstens 21.000 EUR; die Beitragsbefreiung gilt höchstens für einen jährlichen Betrag von 18.000 EUR. Diese Begrenzungen gelten auch dann, wenn höhere Leistungen beantragt bzw. in der Angebotsanforderung gewählt oder mehrere Anträge/Angebotsanforderungen auf das Leben derselben Person bei uns gestellt worden sind.“

Auch **Delta Lloyd** gewährt ihren Kunden abweichend einen vorläufigen Versicherungsschutz sowohl nach dem Antragswie auch dem Invitativmodell bis in Höhe einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente von 6.000 Euro (insgesamt jedoch höchstens 100.000 Euro). Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt „mit dem Tag, an dem der Antrag bzw. die Versicherungsanfrage bei uns eingeht, spätestens jedoch mit dem Tag nach der Unterzeichnung des Antrages bzw. der Versicherungsanfrage.“

Einen vorläufigen Versicherungsschutz nach beiden Modellen sieht auch **Swiss Life** vor. Dabei beträgt die Höchstrente bei Berufsunfähigkeit 13.200 Euro jährlich. Die Prämienbefreiung gilt für eine Erlebens- bzw. Todesfallleistung von jeweils höchstens 100.000 Euro. Der Versicherungsschutz nach dem Invitativmodell beginnt mir dem Zeitpunkt, „an dem die Versicherungsanfrage bei unserer Niederlassung oder einer unserer Geschäftsstellen eingeht“. Im Antragsmodell beginnt dieser „mit dem Zeitpunkt, an dem der Antrag bei unserer Niederlassung oder einer unserer Geschäftsstellen eingeht“. Im Ergebnis beginnt der vorläufige Versicherungsschutz in beiden Fällen mit Eingang der Unterlagen (Antrag oder Anfrage) beim Versicherer.

Der vorläufige Versicherungsschutz bei der **Dialog** findet sich im Antragsformular und besteht bis zu einer BU-Jahresrente von 18.000 Euro.

Im Tarif **BUZ Fonds der Gothaer** ist der vorläufige Versicherungsschutz auf eine jährliche Berufsunfähigkeitsrente von 12.000 Euro begrenzt, die Beitragsbefreiung auf 6.000 Euro. Für Leistungen aus der Dread Disease beträgt die Höchsterstattung im Rahmen der vorläufigen Deckung 50.000 Euro, die Todesfallleistung 100.000 Euro.

Die **InterRisk** gewährt vorläufige Deckung bis in Höhe von 18.000 Euro jährlicher BU-Rente. „Die Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente und die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur beanspruchen, wenn uns die Berufsunfähigkeit innerhalb eines Jahres nach ihrem Eintritt angezeigt worden ist.“

Bei der **Nürnberger (IBU2500C)** schließlich beginnt der vorläufige Versicherungsschutz frühestens ab Antragsstellung, frühestens zum beantragten Versicherungsbeginn und gilt bis in Höhe von maximal 12.000 Euro jährlicher BU-Rente bzw. 12.000 Euro Leistung aus der Schnell-Hilfe. „Sofern uns Berufs-/Schul-/Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsausfall, Pflegebedürftigkeit oder die schwere Erkrankung im Sinne der SchnellHilfe-Kapital-Zusatzversicherung oder der SchnellHilfe-Renten-Zusatzversicherung der versicherten Person(en) nicht innerhalb von 3 Monaten seit ihrem Eintritt angezeigt wird, sind wir leistungsfrei.“

Bei der **LV 1871** beträgt die maximale vorläufige Deckung 13.200 Euro BU-Rente p.a. Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt nach § 3 Nr. 1 mit dem Tag, an dem der Antrag oder die Versicherungsanfrage des Versicherungsnehmers beim Versicherer eingeht, spätestens jedoch mit dem 3. Tag nach der Unterzeichnung des Antrages oder der Versicherungsanfrage. Hiernach besteht also ausdrücklich auch Versicherungsschutz nach dem Invitativmodell. Die Meldefrist für den Leistungsfall beträgt 3 Monate.

Der vorläufige Versicherungsschutz beim **Volkswohl Bund** ist auf 1.000 Euro monatliche BU-Rente und eine Beitragsbefreiung in Höhe von 250 Euro monatlich beschränkt. Eingeschlossen ist auch die für das erste Jahr versicherte Todesfallleistung.

Gothaer und **FINGRO** beschränken ihre vorläufige Deckung auf eine jährliche Berufsunfähigkeitsrente von 12.000 Euro und die Leistung bei schwerer Krankheit auf 50.000 Euro.

Bei der **Generali** gibt es in § 3 einen Hinweis auf die Möglichkeit eines vorläufigen

Versicherungsschutzes, ohne dass dieser hier jedoch näher beschrieben würde.

Technisch einjährige Verträge

Üblicherweise bilden Berufsunfähigkeitsversicherer Alterungsrückstellungen. Da junge Leute statistisch betrachtet seltener berufsunfähig werden, zahlen diese in den ersten Jahren einen deutlich zu hohen Beitrag in Relation zum tatsächlichen Risiko, während ältere Personen aus den Rückstellungen in jungen Jahren stabile Prämien durch Risikoausgleich erleben. Um auch für Berufsanfänger einen bezahlbaren Versicherungsschutz zu ermöglichen, bietet die **Dialog** mit dem Tarif **SBU-start** als Alternative zum herkömmlich kalkulierten **SBU-professional** einen vollwertigen Versicherungsschutz auf Risikobasis an. Sofern vereinbart, ist ein Wechsel in den Standardtarif ohne erneute Gesundheitsprüfung innerhalb der ersten 6 Versicherungsjahre und jeweils zur Hauptfälligkeit, spätestens jedoch zum vollendeten 40. Lebensjahr möglich. In diesem Fall ist nachträglich auch der Einschluss der zuschlagspflichtigen Optionen „Nachversicherungsgarantie“ und „Rentendynamik im Leistungsfall“ möglich. Im Rahmen technisch einjährig kalkulierter Tarife zahlt die **Dialog** auch ihre Provision nur ratierlich aus. Mit erneuter Gesundheitsprüfung ist ein Wechsel in den Tarif **SBU-professional** auch ohne ausdrückliche Vereinbarung der Wechseloption möglich, sofern eine Versicherbarkeit im Sinne der **Dialog**-Annahmerichtlinien gegeben ist. Laut **Dialog** ist „SBU-start [...] ein kostengünstiges Einsteigerprodukt ohne große Extras und auch nicht für das ganze Berufsleben gemacht. Wir empfehlen dem Kunden den Wechsel und geben ihm hierzu jederzeit die Möglichkeit.“

Keine technisch einjährigen Verträge bieten u.a. **Allianz**, **Alte Leipziger**, **Condor**, **DANV**, **Hamburg-Mannheimer**, **HDI-Gerling**, **InterRisk**, **LV 1871**, **Nürnberger**, **Swiss Life**, **VHV** und **Volkswohl Bund**.

Eine Kalkulation auf Risikobasis nur während der ersten Jahre bietet **HDI-Gerling** mit seinem Einsteigertarif **Ego Young**. Dafür wird für die ersten 10 Jahre ein niedriger Einstiegsbeitrag berechnet. Sofern mindestens 5 Jahre vor Ablauf dieser Zeit ein Antrag auf Optionsausübung erfolgt, kann die Vertragsdauer bis zum tatsächlichen Rentenalter ohne

erneute Gesundheitsprüfung verlängert werden. Allerdings erfolgt die Nachversicherung dann zu den dann gültigen Tarifen und Bedingungen.

Ähnlich funktioniert der Einsteigertarif BU smart der Generali. Auch hier gilt in den ersten 10 Jahren ein reduzierter Einstiegsbeitrag von anfänglich 40% der Normalprämie. Die nächste Prämienanpassung erfolgt nach dem 5. Jahr. Allerdings besteht nicht nur voller Versicherungsschutz von Anfang an, sondern der Umstieg in die normale Tarifikalkulation erfolgt nach Ablauf von 10 Jahren ohne zusätzliche Beantragung und erfolgt dann nach gewähltem Endalter und Beruf.

Die LV 1871 bietet unter der Bezeichnung „Startoption“ ebenfalls einen Berufsunfähigkeitsschutz mit reduzierten Beiträgen in den ersten 5 Jahren an. Diese Option kann auch verlängert werden: „Sie können, spätestens einen Monat, nachdem der erhöhte Folgebetrag erstmals fällig geworden ist, verlangen, dass für weitere fünf Jahre ein gegenüber dem versicherten Folgebetrag verringerter Beitrag zu zahlen ist, soweit das rechnungsgemäße Alter der versicherten Person 40 Jahre nicht überschreitet und die Restlaufzeit noch mindestens 20 Jahre beträgt. Der neue verringerte Beitrag wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik errechnet.“

Ein spezielles BU-Vergleichstool hat die Alte Leipziger für ihre Vermittler entwickelt. In diesem Tool ist ebenso die Fondsrente „ALfonds“ mit integrierten Sicherheitsbausteinen enthalten: „Gerade für junge Kunden mit günstiger Berufsgruppe ein unschlagbares Produkt. Rentenversicherung plus BUZ ist bei dieser Kombination oftmals günstiger als eine SBU. Wir können als einzigste Gesellschaft in unserer Angebotssoftware „BU-optimiert“ rechnen. Das bedeutet:

Der Kunde zahlt nur so viel in ALfonds, wie wir für die Finanzierung des technisch einjährig kalkulierten Beitrages benötigen. Die integrierte BUZ wird aus dem Fondsvermögen finanziert. Der Kunde erhält hiermit einen sehr kostengünstigen BU-Schutz, obwohl er zusätzlich Kapital aufbaut. [...]

Stirbt der Versicherte vor Rentenbeginn, ist ein Mindesttodesfallschutz von 101% des am Todestag vorhandenen Fondsguthabens garantiert. Darüber hinaus kann der Versicherte eine Todesfallsumme von mindestens 10.000 Euro integrieren. Dabei ist bis zu einer Todesfallsumme von

50.000 Euro (bei einer Wartezeit von drei Jahren) keine Risikoprüfung erforderlich. Bei Tod wird das Maximum aus Todesfallsumme und Mindesttodesfallschutz ausgezahlt.

Des Weiteren kann ein Berufsunfähigkeitsschutz integriert werden. [...] Als Reaktion auf die Anhebung des Rentenalters in der Gesetzlichen Rentenversicherung ist der BU-Schutz auch bis zum Schlussalter 67 möglich.

Für die integrierten Sicherheitsbausteine wird kein separater Beitrag erhoben. Die notwendigen Risiko- und Kostenbeiträge werden monatlich dem Fondsvermögen entnommen. Dabei wird für den Abzug immer das aktuelle Alter zugrunde gelegt. Da in den ersten Jahren der Risikobeitrag erheblich niedriger ist, fließt ein deutlich höherer Beitragsteil in die Fondsanlage und erhöht das Fondsvermögen entsprechend frühzeitig.

Die integrierten Sicherheitsbausteine können jederzeit der entsprechenden Lebenssituation angepasst werden. Die Kündigung einzelner Leistungen führt nicht zu einem Stornoabzug.“

Wird bedingungsgemäß auf eine Prämienanpassung nach § 163 VVG verzichtet?

Der § 163 VVG übernimmt im neuen Versicherungsvertragsgesetz weitestgehend die Funktionsweise des alten § 172 VVG, allerdings ist er in seiner Wirkung weit weniger ambivalent für die Versicherten zu betrachten, da er nach dem Willen des Gesetzgebers ausdrücklich nicht mehr zum Nachteil des Versicherten zur Anwendung kommen darf. Eine ausführliche Betrachtung hierzu siehe „Risiko & Vorsorge“ 4/2008 auf den Seiten 54 und 59.

Die meisten Versicherer machen von ihrem Prämienanpassungsrecht unter den engen Voraussetzungen des VVG Gebrauch, so etwa Allianz, Axa, Generali, Hamburg-Mannheimer, HDI-Gerling, InterRisk, LV 1871, Nürnberger, VHV oder Volkswohl Bund.

Auf das Recht zur Prämienanpassung nach § 163 VVG verzichten u.a. Alte Leipziger, BBV, Condor, Neue BBV und Swiss Life, während der Verzicht bei der Dialog optional gegen Zuschlag eingekauft werden kann.

Garantierte Rentensteigerung im BU-Leistungsfall

Wenn eine Berufsunfähigkeit schon in jungen Jahren eintritt, ist eine anfänglich vereinbarte Rente trotz Erhöhung der Leistung durch nicht garantierte Überschüsse nicht auf Dauer ausreichend. Schuld daran ist die Inflation, die langfristig die ursprünglich vereinbarte Rentenhöhe entwertet.

Auf Grundlage von 2 bzw. 3% jährlicher Geldentwertung ist selbst eine Berufsunfähigkeitsrente von 2.000 Euro in 20 Jahren nur noch 1.335,22 Euro bzw. 1.087,58 Euro wert und deckt damit nur noch einen Bruchteil des ursprünglichen Geldwertes.

Auch wenn der Wortlaut der Bedingungen nicht immer ganz eindeutig ist, verfahren doch alle untersuchten Anbieter einheitlich.

Auf Grundlage einer anfänglich vereinbarten Rentenhöhe von 1.000 Euro und 3% garantierter Rentendynamik gestaltet sich der konkrete Verlauf im Leistungsfall jeweils beispielhaft wie folgt:

Jahr 1	1.000	Euro
Jahr 2	1.030	Euro
Jahr 3	1.060,90	Euro
Jahr 4	1.092,73	Euro
Jahr 5	1.125,51	Euro
Jahr 6	1.159,27	Euro
Jahr 7	1.194,05	Euro
Jahr 8	1.229,87	Euro
Jahr 9	1.266,77	Euro
Jahr 10	1.304,77	Euro

Konkret betrifft dies die Berufsunfähigkeitstarife von Allianz, Alte Leipziger, BBV, Condor, Continentale, Delta Lloyd, Dialog (SBU-professional), Gothaer, LV 1871, Neue BBV und Volkswohl Bund

Die Höhe der zuschlagspflichtigen Dynamisierung beträgt je nach Anbieter 1% (Zurich-Deutscher Herold), 1 bis 2% (BBV, Neue BBV), 1 bis 3% (Allianz, Alte Leipziger, Continentale, DBV, Generali, Gothaer, LV 1871, Volkswohl Bund) bzw. 1 bis 5% (Condor, Delta Lloyd, Dialog).

Zu beachten sind tarifabhängige Besonderheiten. So sind etwa bei der Alte Leipziger Leistungsstaffel und Karenzzeit bei Wahl der garantierten Rentenstaffel ausgeschlossen.

Keine der Höhe nach garantierte Dynamisierung von BU-Renten gibt es u.a. bei

Axa, Dialog (SBU-start), Hamburg-Mannheimer, HDI-Gerling, InterRisk, Nürnberger oder VHV.

Allerdings besteht bei der Dialog die Möglichkeit, unter bestimmten Voraussetzungen in den Tarif SBU-professional zu wechseln und sich somit eine Wechseloption zu sichern.

Einige Anbieter bieten lediglich (z.B. Münchener Verein) oder als zusätzliche Option (z.B. LV 1871) eine fortgesetzte Dynamisierung der Hauptversicherungsleistungen im BU-Leistungsfall an. Explizit heißt es hierzu beim Münchener Verein in den Bedingungen unter § 2 Option D:

„Sofern dynamische Erhöhungen des Beitrages und der Versicherungsleistungen vereinbart sind, kann vereinbart werden, dass sich auch nach Eintritt der Berufsunfähigkeit Beiträge und Leistungen der Hauptversicherung und etwaiger Zusatzversicherungen (mit Ausnahme der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung) in dem festgelegten Umfang erhöhen und die Beitragszahlung für diese Erhöhungen während der Dauer der Berufsunfähigkeit entfällt (siehe auch Teil III: Besondere Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (dynamische Anpassung)).“

Bei der LV 1871 findet sich die vergleichbare Regelung in § 5 Nr 4 der besonderen Bedingungen für die Zusatzversicherung, die echte BU-Leistungsdynamik in der Tariffinformation L-R2001/04.09, ohne echte bedingungsseitige Regelung im Antrag sowie im Versorgungsvorschlag. Das Produktinformationsblatt verweist lediglich darauf, dass beispielsweise die garantierte Rente im Leistungsfall laut Vereinbarung um jährlich 3% steigt. Es ist damit von einem Zinseszinsseffekt wie oben beschrieben auszugehen. Die allgemein zugänglichen Bedingungen sehen keine Regelung vor.

Unabhängig von einer Dynamik der Berufsunfähigkeitsversicherung im Leistungsfall, setzt sich für gewöhnlich eine bis dahin vereinbarte Vertragsdynamik der Hauptversicherung auch noch nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit fort. Einige Versicherer wie beispielsweise Swiss Life bieten alternativ eine Dynamik von Haupt, Trägerversicherung oder beidem zusammen an. Damit ist auch eine Beitragsfreistellung hinsichtlich der Dynamikanteile möglich.

Die Turbodynamik der Axa

Bei der AXA-BU besteht mit dem Überschussystem Turbodynamik eine zurzeit um 2 Prozentpunkte höhere Steigerung der Berufsunfähigkeitsrente im Leistungsfall. Während der Anwartschaftszeit erfolgt eine Sofortverrechnung der Überschüsse mit dem Beitrag, jedoch zu geringeren Sätzen als beim originären System Beitragsverrechnung. Im Versorgungsvorschlag heißt es hierzu wie folgt:

„Die Überschussbeteiligung der Berufsunfähigkeitsversicherung wird dazu verwendet, den Tarifbeitrag zu reduzieren und die jährliche Dynamik der BU-Rente zu erhöhen. Zur Zeit vermindert sich der jährliche Gesamtbeitrag um [...] EUR“

Weiter heißt es in den eigentlichen Bedingungen wie folgt:

„Turbodynamik: Die Überschussanteile werden mit dem Beitrag der Versicherung verrechnet, so dass sich ein geringerer zu zahlender Beitrag ergibt. Der Beitragsverrechnungssatz wird in diesem System reduziert. Dafür erhöht sich der Steigerungssatz der dynamischen Gewinnrente für fällige Berufsunfähigkeitsrenten, sofern bei der letzten Beitragszahlung Überschüsse in Form eines Beitragsverrechnungssatzes gewährt wurden. Diese Möglichkeit haben Sie nicht bei einer Versicherung mit abgekürzter Beitragszahlung oder/und nicht bei Eingruppierung in Berufsgruppe 4 sowie nicht bei der Berufsunfähigkeitsversicherung zur Zulagenrente.“

Individualvereinbarungen

Einige hundert Makler und der erste Großpool (maxPool) schwören auf die so genannte „Individualvereinbarung“ („iv“). Derzeit nehmen nur die Versicherer Alte Leipziger, HDI-Gerling, LV 1871, Nürnberger (incl. KMU), Nürnberger Beamten und Swiss Life an diesem Modell teil und sind bereit, ihre Antworten rechtsverbindlich zu zeichnen, während die Arag und die Signal Iduna daran zwar teilnehmen, die iv aber nicht zeichnen. Die Abstimmung und das Einpflegen weiterer Versicherungsunternehmen und Tarife wird nach den umfassenden Änderungen in VVG, bei Schülern, Azubis und

Studenten das gesamte Jahr 2009 andauern. Insgesamt wurden in einer öffentlichen Ausschreibung von trixi®, dem Konzeptionär der Idee einer Individualvereinbarung, in Kooperation mit der Redaktion des ARD „Ratgeber Geld“ / Bayerischer Rundfunk alle Versicherer in Deutschland um ihre Klarstellungen gebeten. Damit sei nach Ansicht von Rechtsexperten das Kriterium einer „hinreichenden Zahl von am Markt angebotenen Tarifen“ als Angebotsgrundlage erfüllt.

Dass heute nur wenige Versicherer Individualvereinbarungen zeichnen, statt wie ursprünglich 48 und unmittelbar vor der VVG-Reform noch 22 Versicherer, hat vielfältige Gründe. Insbesondere liegt das daran, dass 100 Haupt- und 300 Nebenfragen rechtsverbindlich mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten sind. In Ausnahmefällen kann auch eine „Nicht-Eindeutige Ja-Nein-Antwort“ gegeben werden. Laut trixi beträgt die Prozessquote seit Einführung der Individualvereinbarung 1995 0%. Die 0%-Quote gilt auch für außergerichtliche Abklärungen. Es ist kein Fall bekannt, bei dem im Zusammenhang mit Leistungsfragen der „iv“ jemals ein anwaltschaftlicher Schriftverkehr stattgefunden hätte.

Gemäß dem trixi-Modell erhalten Versicherungswillige vor Vertragsabschluss rechtsverbindliche Erläuterungen, wie bestimmte Bedingungsregelungen zu verstehen sind. Daneben werden auch nicht allgemein zugängliche Tariffinformationen und interne Arbeitsanweisungen mit berücksichtigt. Im Leistungsfall gilt für den Versicherten stets die vorteilhaftere Variante aus der „Individualvereinbarung“ und zugrundeliegenden Bedingungen. Nach Ansicht von trixi® sei eine rechtssichere Beratung allein auf Basis der Versicherungsbedingungen nicht möglich, weil in den unterschiedlichen Bedingungen einerseits eine Vielzahl von unterschiedlich auslegbaren Begriffen, Definitionen, Hinweisen oder Erläuterungen verwendet werden, die millionenfach ausgelegt werden können. Andererseits fehlen in den Bedingungen – bezogen auf die „iv“ – bis zu 10% der Leistungskriterien. Diese werden erst über die Sondervereinbarung der „iv“ rechtsverbindlicher Bestandteil der Police. Deshalb sei die iv-individualvereinbarung® die für alle Beteiligten generell sicherste Variante. Auch das VU hat Vorteile: Streitigkeiten um Auslegungen mit dem VN werden

ebenso vermieden wie negative Presseberichte. Die Qualität der Anträge ist hoch, die Stornogefahr ist gering (sinkt etwa um die Hälfte).

Im Rahmen einer Abschlussprüfung für Fachinformatiker (Mai/Juni 2009) wurde zudem eine BU-Ampel auf der Basis der „iv“ entwickelt.

Laut „Erfinder“ trixi® steht die „BU-Ampel“ (= BU-Tariffinder) ab dem 30.6.2009 Maklern/Beratern zur Verfügung. Über 3 Filter (Rechtsverbindlichkeit, berufsspezifische Fragen, K.O.-Fragen) werden wichtige Leistungskriterien zum Versicherungsschutz abgefragt. Die „BU-Ampel“ filtert dann automatisch die Tarife aus dem Vergleich heraus, über die eine bedarfsgerechte Beratung nicht möglich ist. Die Selektion der Tarife ist für den Anwender transparent und damit auch für ein Gericht nachvollziehbar. Dem Berater und VN wird so eine gesicherte Rechtsposition verschafft.

Die Projektarbeit einer Deutschen Universität kommt zu dem Schluss, dass kein anderes Rating auch nur vergleichsweise so haftungssicher für den Vermittler sei wie die trixi-individualvereinbarung. Gleichzeitig hat der einzelne Versicherungsnehmer damit einen direkten Rechtsanspruch gegenüber dem Versicherer. Mehr zum Thema Individualvereinbarung finden Sie im Internet unter www.individualvereinbarung.de.

Ist eine Beitragspause / Beitragsbefreiung bei Aufrechterhaltung des vollen Versicherungsschutzes bedingungsgemäß möglich?

In sehr vielen Fällen bedeuten vorübergehende finanzielle Engpässe, z.B. durch länger andauernde Arbeitslosigkeit, noch immer den Verlust des Versicherungsschutzes, da die Beiträge für eine Berufsunfähigkeitsversicherung dann nicht mehr aufgebracht werden können. Immer häufiger werden tarifliche Regelungen, nach denen Beiträge gestundet oder Verträge vorübergehend beitragsfrei gestellt werden dürfen. Problematisch ist, dass in all diesen Fällen für gewöhnlich kein Versicherungsschutz besteht und eine Reaktivierung meist nur dann möglich ist, wenn noch keine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Vorübergehende Beitragspausen ohne Verlust des Versicherungsschutzes sind die Ausnahme und in verschiedener

Ausprägung zu finden beispielsweise bei **Alte Leipziger, BBV, Condor, LV 1871, Münchener Verein, Neue BBV, Nürnberger, Swiss Life, VHV oder Volkswahl Bund**.

Bei **BBV** und **Neue BBV** besteht auf Basis der Allgemeinen Versicherungsbedingungen folgende Möglichkeit, eine Beitragspause unter Aufrechterhaltung des vollen Versicherungsschutzes zu vereinbaren:

„Sie haben das Recht auf Antrag, unter Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes, für eine Übergangszeit von 6 Monaten eine Beitragsstundung zu erhalten. Dieser Antrag kann frühestens nach 6 Monaten seit Vertragsbeginn gestellt werden. Nach Vereinbarung können Sie gestundete Beiträge in einem Betrag oder innerhalb eines Zeitraumes von 12 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten zinslos nachzahlen. Alternativ können Sie beantragen, dass ein eventuell vorhandenes Überschussguthaben um die nicht gezahlten Beiträge reduziert wird.“

Die bedingungsgemäßen Voraussetzungen beim **Münchener Verein** sind abweichend in § 12 AVB Premium-BUZ wie folgt definiert:

„§ 12 Welche Möglichkeiten haben Sie im Fall von Zahlungsschwierigkeiten?
(1) Wenn Sie die Beiträge für Ihre Zusatzversicherung für mindestens 36 Monate vollständig bezahlt haben, können Sie verlangen, die Beitragszahlung für eine Dauer von bis zu 24 Monaten, bei Elternzeit des Versicherungsnehmers für eine Dauer von bis zu 36 Monaten, bei unveränderter Leistung aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung auszusetzen (Beitragspause), sofern kein Policendarlehen gewährt wurde. Die Elternzeit ist uns nachzuweisen.
(2) Während der Beitragspause stunden wir Ihnen die Beiträge. Mit Ablauf der Stundung sind die nicht gezahlten Beiträge zuzüglich Stundungszinsen in Höhe des Verzugszinssatzes gemäß § 288 Absatz 1 BGB in einem Betrag nachzuzahlen, wobei wir im Falle der Stundung im Zusammenhang mit einer Elternzeit auf die Stundungszinsen verzichten. Auf Antrag können anstatt der Nachzahlung die versicherten Garantieleistungen herabgesetzt oder ein etwaig vorhandenes Überschussguthaben ver-

rechnet werden. Nehmen Sie die Beitragszahlung mit Ablauf der Stundung nicht wieder auf, wandelt sich die Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung um. In diesem Fall findet § 9 Absatz 8 bis 10 entsprechend Anwendung.

(3) Im Leistungsfall bzw. bei Kündigung der Zusatzversicherung während der Beitragspause werden die gestundeten Beiträge von der auszahlenden Leistung abgezogen.“

Vorteilhaft ist die Klarstellung des unveränderten Versicherungsschutzes nach Satz 1, allerdings schränkt Satz 2 den Vorteil stark ein, da eine Stundung meist nur deshalb in Anspruch genommen werden dürfte, weil ein Versicherungsnehmer eben knapp bei Kasse ist. Daher wird vielfach eine anschließende Reduzierung von Versicherungsleistungen die Folge sein. Eine andere Gestaltung gilt bei der **Condor (BUZ Comfort)** in § 11 Nr. 4:

„Besteht Ihre Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zu einer fondsgebundenen Rentenversicherung (außer Tarif 773) können Sie frühestens nach Ablauf des ersten Versicherungsjahres mit Frist von einem Monat zur nächsten Beitragsfälligkeit die Beitragszahlung bis zu 36 Monaten unter Beibehaltung der vereinbarten Todesfall-Leistung vor Rentenbeginn ruhen lassen (Beitragspause). Während der Beitragspause werden die Beiträge für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung sowie Kosten und Risikobeiträge dem Anteilguthaben entnommen. Eine Beitragspause ist nur unter den in § 9 der Allgemeinen Versicherungs-Bedingungen geregelten Voraussetzungen möglich. Eine eingeschlossene Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bleibt während der Beitragspause in vollem Leistungsumfang bestehen. Tritt der Leistungsfall in der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ein, endet die Beitragspause spätestens nach einer eventuell vereinbarten Karenzzeit und die Beiträge werden wie vereinbart von uns übernommen. Zu den Einzelheiten vergleiche § 9 der Allgemeinen Versicherungs-Bedingungen.“

Die **Gothaer** führt zum 01.07.2009 folgende Regelung neu ein:

„Hat sich die versicherte Berufsunfähigkeitsrente aufgrund der Zahlungsunterbrechung gemäß Absatz 1 oder einer

Beitragsfreistellung gemäß Absatz 3 reduziert können Sie innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Zahlungsunterbrechung bzw. der Beitragsfreistellung eine selbständige Berufs-unfähigkeitsversicherung ohne Gesundheitsprüfung beantragen, sofern zum Zeitpunkt Ihres Antrags keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit anerkannt oder festgestellt sind. Diese selbständige Berufs-unfähigkeitsversicherung dient dazu, Ihren ursprünglich vereinbarten Berufs-unfähigkeitschutz während der Zahlungsunterbrechung bzw. Beitragsfreistellung aufrechtzuerhalten. Daher können Sie die selbständige Berufs-unfähigkeitsversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung nur für die Dauer der Zahlungsunterbrechung bzw. bei Beitragsfreistellung für die ursprünglich vereinbarte Versicherungsdauer beantragen. Zudem darf die Höhe der versicherten Berufs-unfähigkeitsrente der selbständigen Berufs-unfähigkeitsversicherung maximal so hoch sein wie die vor Zahlungsunterbrechung bzw. Beitragsfreistellung erreichte Berufs-unfähigkeitsrente abzüglich der reduzierten Berufs-unfähigkeitsrente aus dem bestehenden Vertrag.

Wir werden Ihren Antrag annehmen,

a. sofern wir zu diesem Zeitpunkt einen selbständigen Berufs-unfähigkeitsversicherung-Tarif anbieten, dessen Leistungsumfang den des bisherigen Vertrags nicht übersteigt,

b. und sofern die versicherten Leistungen der neuen Versicherung zusätzlich der voraussichtlichen Überschussbeteiligung im Versicherungsfall, zusammen mit dem reduzierten Versicherungsschutz aus dem bestehenden Vertrag, in Höhe und Dauer nicht über denen vor Beginn der Zahlungsunterbrechung bzw. Beitragsfreistellung liegen,

c. und sofern die Zahlungsunterbrechung bzw. Beitragsfreistellung während einer Arbeitslosigkeit, Elternzeit gem. § 15 ff BEEG oder Pflegezeit gem. § 3 PflegeZG vorgenommen wird, welche uns nachgewiesen wird.

Vereinbarte Leistungsbeschränkungen bzw. Risikozuschläge des ursprünglichen Vertrages gelten auch für den neuen Vertrag."

Problematisch ist nur, dass nach Absatz a) das Risiko besteht, dass die Gothaer

einzelne Bedingungen oder sogar den Tarif als Ganzes so weit verbessert, dass der Lücken füllende Berufs-unfähigkeitschutz bedingungsseitig nicht möglich ist. Führt man sich die Entwicklung der Sparte während der letzten 15 Jahre vor Augen, so kann wohl mit Sicherheit von deutlich leistungsstärkeren Bedingungen gesprochen werden.

Beim **Volkswahl Bund** ist ein ausreichend hohes Deckungskapital, z.B. aus den Überschussystemen „Fondsansammlung“ oder „verzinsliche Ansammlung“ Voraussetzung für die Beitragspause. Bei der VHV heißt es in § 15 der SBU Exklusiv abweichend wie folgt:

„Sind die Beiträge für mindestens drei Jahre gezahlt worden,

- *geben wir Ihnen nach Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung die Garantie, dass Ihre Versicherung bis zu 6 Monate danach ohne Gesundheitsprüfung wiederhergestellt werden kann,*
- *können Sie einmal während der Vertragslaufzeit bei Arbeitslosigkeit eine zinslose Stundung oder Teilstundung für die Dauer von bis zu 6 Monaten beantragen. Eine zinslose Stundung oder Teilstundung für die Dauer von bis zu 6 Monaten können Sie auch in dem Zeitraum beantragen, in dem Sie Elterngeld beziehen.“*

Die **Nürnberger** sieht in ihren Tarifen IBU und IBC die Ansammlung von Investmentguthaben vor. Dieses dient auch zur Finanzierung einer möglichen Beitragspause nach § 5 Nr. 5 und 6:

„(5) Bei Zahlungsschwierigkeiten können Sie beantragen, dass die Beiträge für die Versicherung aus den Fondsanteilen entnommen werden, solange deren Wert hierfür ausreicht.

(6) Sie können für den Zeitraum von maximal 18 Monaten eine Stundung oder Teilstundung der Beiträge unter Aufrechterhaltung des vereinbarten Versicherungsschutzes verlangen, wenn der Vertrag bereits drei Jahre besteht. Hierfür fallen Stundungszinsen an. Die Höhe der Stundungszinsen richtet sich nach unseren zum Beginn der Stundung gültigen Zinssätzen.

Die gestundeten Beiträge einschließlich der darauf entfallenden Stundungszinsen können Sie nach Ablauf des Stundungszeitraums

*- in einem Betrag nachentrichten oder
- innerhalb eines Zeitraums von 24 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten nachzahlen oder
- mit den Fondsanteilen verrechnen, sofern deren Wert hierfür ausreicht.
Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich.“*

Beim **Volkswahl Bund** (SBU) sind die Voraussetzungen für die Beitragspause in § 8 Nr. 5 geregelt:

„Bei Vereinbarung des Überschuss-systems verzinsliche Ansammlung oder Fondsansammlung (siehe § 4 Abs. 2 Buchst. b, Nr. 3 und 4) können Sie einen Antrag auf Verrechnung der fälligen Beiträge mit dem vorhandenen Überschussguthaben bzw. Fondsguthaben stellen. Der Antrag kann frühestens drei Jahre nach Vertragsbeginn gestellt werden und zu diesem Zeitpunkt muss das vorhandene Überschussguthaben mindestens das 1,5fache eines Jahresbeitrags betragen. Nach Prüfung Ihres Antrags erhalten Sie von uns eine Mitteilung, ob und in welcher Form wir Ihrem Antrag entsprechen können. Während der Beitragsaussetzung bleibt der Versicherungsschutz in vollem Umfang bestehen; evtl. vereinbarte planmäßige Erhöhungen von Beitrag und Leistung finden nicht statt.“

Alternativ ist eine Beitragsaussetzung für einen Zeitraum bis 12 Monate ohne Versicherungsschutz und mit anschließend ggf. erhöhter Prämie aufgrund des dann höheren Alters möglich.

Nach § 5 Nr. 5 ist bei der **LV 1871** (Golden BU) folgende Regelung vorgesehen:

„Sie können verlangen, dass die Beitragszahlung für Ihre Versicherung für die Dauer von maximal sechs Monaten unter Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes ausgesetzt wird (Stundung). Voraussetzung für den Anspruch auf die Stundung ist, dass der Vertrag seit mindestens einem Jahr besteht bzw. seit der letzten Stundung mindestens ein Jahr vergangen ist.

Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich.

Nach Ablauf der Stundung können Sie die gestundeten Beiträge entweder in

einem Betrag nachentrichten oder auf die restliche Beitragszahlungsdauer Ihres Vertrages umlegen lassen.“

Ziffer 6.1.2 von **Swiss Life (BUZ)** regelt die dortigen Voraussetzungen:

„Sie können für den Zeitraum von höchstens 12 Monaten eine Stundung oder Teilstundung der fälligen Prämien unter Aufrechterhaltung des vereinbarten Versicherungsschutzes schriftlich verlangen, sofern die Hauptversicherung bereits den Rückkaufswert in Höhe der zu stundenden Prämien aufweist. Hierfür fallen Stundungszinsen an. Die Höhe der Stundungszinsen richtet sich nach unseren zum Beginn der Stundung gültigen Zinssätzen. Die gestundeten Prämien einschließlich der darauf entfallenden Stundungszinsen können Sie nach Ablauf des Stundungszeitraums

- In einer Prämien entrichten
- Durch eine Vertragsänderung verrechnen, so dass keine Nachzahlung erforderlich ist“

Stark tarifabhängig sind die Regelungen bei der **Hamburg-Mannheimer**:

„Wenn Sie unabhängig von einem Antrag auf BU-Leistungen hinsichtlich der Beiträge in Zahlungsschwierigkeiten geraten und den Versicherungsschutz gegen eine Berufsunfähigkeit aufrecht erhalten wollen, können Sie bei einer Kapitallebens- oder einer Rentenversicherung mit BUZ für den Zeitraum vom einem Jahr die Beitragszahlung auf den Risikobeitrag beschränken.

Außerdem besteht die Möglichkeit, die Beitragszahlungen für die nächsten 3 Monate durch eine Beitragsüberbrückung auszugleichen. Ferner können Sie eine Lebens- oder eine Rentenversicherung mit einer BUZ auch beitragsfrei stellen. Die Berufsunfähigkeitsrente bemisst sich dann an der beitragsfreien Versicherungssumme bzw. an der beitragsfreien Rente, sofern die Mindestversicherungssumme bzw. die Mindestrente erreicht ist. Eine beitragsfreie Versicherung kann innerhalb von 18 Monaten ohne Gesundheitsprüfung wieder als beitragspflichtiger Vertrag in Kraft gesetzt werden. Bei der Inanspruchnahme einer dieser Überbrückungsmöglichkeiten wird der Zeitraum, für den keine oder nur anteilige Beiträge entrichtet worden sind, durch eine

Vertragsänderung ausgeglichen. Dadurch ergeben sich gegenüber dem bisherigen Vertragszustand ggf. Änderungen des Beitrages, der Versicherungssumme oder des Ablauftermins.“

Bei der **Alte Leipziger** besteht nach § 5 der Allgemeinen Bedingungen die Möglichkeit einer Beitragsaussetzung durch Stundung, wobei allerdings Stundungszinsen anfallen und eine verspätete Rückzahlung der gestundeten Beiträge verständlicherweise zum Erlöschen des Versicherungsschutzes führt:

„(6) Sie haben die Möglichkeit, eine Stundung oder Teilstundung der Beiträge gegen Zahlung von Stundungszinsen für maximal 24 Monate zu verlangen. Hierfür ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich. Voraussetzung für eine Stundung oder Teilstundung ist, dass die Beiträge für das erste Versicherungsjahr vollständig gezahlt wurden.

Die Stundung ist zinslos, wenn Sie uns anhand eines Bescheids oder Leistungsnachweises eines gesetzlichen Sozialversicherungsträgers oder Versorgungswerks nachweisen, dass Sie

- arbeitslos sind,
- sich in der gesetzlichen Elternzeit befinden,
- erwerbsgemindert oder pflegebedürftig sind.

Wenn die genannten Anlässe enden, müssen Sie uns dies anzeigen. Eine weitere Stundung ist wieder zinspflichtig. Die Nachzahlung der gestundeten Beiträge und ggf. nicht gezahlter Stundungszinsen erfolgt in einem Betrag am Ende des vereinbarten Stundungszeitraums. Sie haben aber auch die Möglichkeit, innerhalb eines Zeitraums von 24 Monaten die gestundeten Beiträge zuzüglich Zinsen in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten zu entrichten. Wenn Sie nicht innerhalb eines Monats nach Erhalt unserer Mitteilung mit der vereinbarten Rückzahlung der gestundeten Beiträge beginnen, setzen wir die Versicherungsleistungen nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik herab, sofern ein ausreichendes Deckungskapital vorhanden ist. Anderenfalls erlischt diese Versicherung. Die genauen Regelungen für die Rückzahlung ergeben sich aus dem individuellen Stundungsangebot, welches wir Ihnen unterbreiten. Eine erneute

Stundung ist frühestens nach vollständigem Ausgleich der gestundeten Beiträge und ggf. nicht gezahlter Stundungszinsen möglich.

(7) Bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung werden wir Beitragsrückstände verrechnen.“

Keine vorübergehenden Beitragspausen bei Aufrechterhaltung des vollen Versicherungsschutzes gibt es z.B. bei der **Allianz**, **Dialog** oder **HDI-Gerling**. Bei **Delta Lloyd** ist dies jedoch nicht ganz eindeutig. Hier werden in § 22 Nr. 5 diverse Optionen benannt, um vorübergehende Engpässe durch Beitragsstundung oder Verrechnung von Fondsguthaben zu überbrücken. Dies ist demnach je nach konkreter Option erstmals nach Ablauf von einem Jahr (Umstellung von Überschussystem Fondsansammlung oder Leistungsbasis in Beitragsverrechnung) bzw. frühestens nach drei Jahren (Verrechnung der Beitragszahlung durch vorhandenes Fondsguthaben in Höhe mindestens eines Jahresbeitrages, Stundung bis zu 12 Monate nach bestimmten Ereignissen) möglich. Dabei wird keine Stellung bezogen, inwiefern im Falle eines Leistungsfalles Versicherungsschutz bestünde. Allerdings wird in Satz 6 davon gesprochen, dass eine Reaktivierung des Schutzes nach Arbeitslosigkeit-, Mutterschafts- oder Vaterschaftsurlaub voraussetzt, dass noch keine Berufsunfähigkeit vorliege. Eine Klarstellung im Rahmen der Bedingungen wäre hier sehr wünschenswert, auch wenn der Anbieter uneingeschränkten Versicherungsschutz auf Nachfrage eindeutig bejaht. Rechtsanwalt Dirk Schwane aus Gelsenkirchen (www.dirkschwane.de) sieht dabei allerdings das Problem, dass im Falle der Nichtrückzahlung die Versichertengemeinschaft belastet wird. Die Beiträge müssen also abschließend aus dem jeweiligen Vertrag finanziert werden.

Auch die **InterRisk** weist darauf hin, dass nach B92 § 7 Nr. 7 eine Stundung bei Fortbestehen des Versicherungsschutzes gelte. Allerdings fehlt es in den Bedingungen an einer entsprechenden Klarstellung, so dass diese Tatsache nur implizit gilt. Der konkrete Wortlaut lautet wie folgt:

„Sie können verlangen, dass die Beiträge bis zu 6 Monate gestundet werden, wenn seit Beginn der Versicherung 12 Monate vergangen sind und die Beiträge für

das erste Versicherungsjahr vollständig gezahlt wurden. Hierfür fallen Stundungszinsen an. Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich. Nach Vereinbarung können Sie die nicht gezahlten Beiträge und Stundungszinsen in einem Betrag oder innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten nachzahlen.“

Meldefrist für den Eintritt der Berufsunfähigkeit

Für gewöhnlich hat die Meldung einer vorliegenden Berufsunfähigkeit beim Versicherer unverzüglich zu erfolgen. Dies gilt schon im eigenen Interesse des Versicherten, da gesetzliche Verjährungsfristen auch für Leistungen aus einem Berufsunfähigkeitsvertrag zum Tragen kommen. Ausdrücklich auf eine Meldefrist verzichteten Berufsunfähigkeitsversicherer nur selten. So heißt es bei der **Condor** in § 1 Nr. 10, dass eine Anmeldefrist nicht vereinbart sei. Die überwiegende Zahl der Versicherer schreibt zwar in den Bedingungen, dass „zum Nachweis des Versicherungsfalls [...] unverzüglich auf Kosten des Anspruchserhebenden [die vereinbarten] Unterlagen einzureichen“ sind, eine konkrete Meldefrist für die Mitteilung des eigentlichen Leistungsfalles wird jedoch nicht benannt, ebenso wenig wie Sanktionen für eine verspätete Meldung. Es bleibt jedoch festzuhalten, dass einige Anbieter ihre Leistungen bei verspäteter Meldung nicht rückwirkend erbringen. Auf die Hochleistungstarife von **Allianz**, **Alte Leipziger**, **BBV**, **Dialog**, **Generali**, **Hamburg-Mannheimer**, **HDI-Gerling**, **InterRisk**, **LV 1871**, **Neue BBV**, **Nürnberger**, **Swiss Life**, **VHV** oder **Volkswohl Bund** trifft dies jedoch nicht zu. Eine bedingungsseitige Klarstellung wäre jedoch wünschenswert.

Ab wann erfolgt die Leistung bei verspäteter Meldung des Eintritts der Berufsunfähigkeit?

Bei den meisten hochwertigen BU-Tarifen erfolgt die Leistung bei bedingungs-gemäßer Berufsunfähigkeit rückwirkend zum Beginn des Leistungseintritts, nicht jedoch vor dem Ablauf etwaig vereinbarter Karenzzeiten. Dies gilt u.a. für **Allianz (Plus)**, **Alte Leipziger**, **BBV**, **Condor**,

Dialog, **Hamburg-Mannheimer (TOP-BUZ)**, **HDI-Gerling**, **InterRisk**, **LV 1871**, **Münchener Verein**, **Neue BBV**, **Nürnberger**, **Swiss Life** oder **Volkswohl Bund**.

Allerdings gibt es noch immer Versicherer, die bei verspäteter Meldung, welche vom Versicherungsnehmer verschuldet ist, erst ab diesem Zeitpunkt leisten. Wer sich beispielsweise bei der **LV 1871** nicht für die **Golden BU**, sondern für die **Classic BU** entscheidet, sollte seine Berufsunfähigkeit schnellstmöglich melden, da eine rückwirkende Leistung sonst erst mit Beginn des Monats der Mitteilung erfolgt. Dies gilt jedoch auch für die Basisprodukte vieler Wettbewerber, so dass die hier beispielhaft benannte **LV 1871** keine Sonderstellung einnimmt. Bei der **VHV** (Exklusiv) sowie bei der **WWK** (Basis) wird bei verspäteter Meldung die Leistung höchstens drei Jahre rückwirkend erbracht. Bei Verzicht auf die Plus-Deckung besteht in der selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice der **Allianz** (SBV 2) nach § 3 Abs. 1 folgende Regelung für den benannten Sachverhalt:

„In diesem Fall entsteht der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Berufs-unfähigkeitsrente mit Ablauf des 6. Monats. Wird nach einer Anerkennung unserer Leistungspflicht bei der Nachprüfung gemäß § 18 festgestellt, dass inzwischen eine Berufsunfähigkeit von voraussichtlich insgesamt mindestens 3 Jahren im Sinne von a) bzw. b) vorliegt, werden wir die Versicherungsleistungen gemäß § 1 auch für die ersten 6 Monate erbringen.“

Die **Hamburg-Mannheimer** erbringt in ihrer BUV sowie in ihrer Basis-BUZ abweichend die Leistungen erst ab dem 7. Monat einer bedingungs-gemäßen Berufs-unfähigkeit.

Da sich durchaus noch andere Regelungen am Markt befinden, macht eine diesbezügliche Überprüfung durch den Makler großen Sinn. Grundsätzlich sollten Versicherte im eigenen Interesse auf eine verspätete Meldung verzichten, da andernfalls das Bestehen einer Berufsunfähigkeit für die Vergangenheit nicht mit hinreichender Sicherheit nachgewiesen werden kann. Daher ist die bedingungsseitige Klarstellung der **Condor** (Comfort) durchaus begrüßenswert:

„Eine Anmeldefrist ist nicht vereinbart. Sie sind auch nicht verpflichtet, den Eintritt der Berufsunfähigkeit unverzüg-

lich anzuzeigen. Werden Ansprüche jedoch so verspätet angemeldet, dass der Eintritt der Berufsunfähigkeit für die Vergangenheit nicht mehr nachweisbar ist (z.B. weil Unterlagen nicht mehr beigebracht werden können), so kann der Anspruch auf Versicherungsleistungen bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen frühestens mit Beginn des Monats entstehen, für den entsprechende Nachweise vorgelegt werden [...] Der Anspruch auf Beitragsbefreiung bezieht sich nicht auf eventuell von Ihnen geleistete Sonderzahlungen. Sofern die Berufsunfähigkeit vor Ablauf der Versicherungsdauer eingetreten ist, können Ansprüche auch dann noch geprüft und anerkannt werden, wenn sie erst später geltend gemacht werden.“

Weltweite Deckung

Ein weltweiter Versicherungsschutz ist im Rahmen der Berufsunfähigkeitsversicherung zwischenzeitlich Standard geworden. Abweichende Regelungen können im Einzelfall vereinbart werden, worauf etwa **Gothaer** und **Fingro** hinweisen. Besonders oft dürfte dies der Fall sein, wenn eine versicherte Person eine außereuropäische Nationalität hat. Während die weltweite Deckung bei **HDI-Gerling** nur implizit herzuleiten ist, gilt sie bei **Allianz**, **Alte Leipziger**, **BBV**, **Condor**, **Delta Lloyd**, **Dialog**, **Fingro**, **Generali**, **Gothaer**, **Hamburg-Mannheimer**, **InterRisk**, **LV 1871**, **Neue BBV**, **Nürnberger**, **Swiss Life**, **VHV** oder **Volkswohl Bund** ausdrücklich als vereinbart.

Tele-Claiming

Seit April 2009 hat **Delta Lloyd** das Angebot im Bereich der Berufsunfähigkeitsabsicherung zusätzlich um das Tele-Claiming ergänzt: „Im Rahmen dieses neuen Services wird der Kunde im Fall der Berufsunfähigkeit telefonisch sehr umfassend betreut, um ihn in dieser schwierigen Situation zu unterstützen und ihm möglichst schnell zu helfen.“

Innerhalb von 24 Stunden nach Eingang des Antrags auf Berufsunfähigkeit wird der Kunde angerufen, um zu klären, wie seine aktuelle Situation ist und wie ihm am besten geholfen werden kann. Darauf aufbauend wird dann ein individueller Fragebogen erstellt, über den alle für die

Regulierung notwendigen Details abgefragt werden, beispielsweise zum zuletzt ausgeübten Beruf und zum aktuellen Gesundheitszustand.

Bei der Beantwortung dieses Fragebogens kann der Kunde telefonische Unterstützung von Delta Lloyd in Anspruch nehmen oder sich von seinem betreuenden Makler helfen lassen. Nach Auswertung des Fragebogens werden dann Vorschläge für die möglichen Leistungen und Maßnahmen mit dem Kunden abgestimmt. In den meisten Fällen geschieht auch das telefonisch, bei Bedarf aber auch im Rahmen einer Außenregulierung vor Ort. Dabei werden dem Kunden unter anderem speziell auf ihn zugeschnittene Maßnahmen zur beruflichen oder medizinischen Rehabilitation angeboten. Betreuende Makler werden selbstverständlich über alle Schritte informiert. Die ersten Resonanzen auf dieses neue Angebot sind bei Maklern und Kunden sehr positiv. Die Kunden schätzen die umfassende Hilfestellung, die Makler werden an entscheidenden Stellen entlastet.“ Ein weiteres Alleinstellungsmerkmal aus dem Hause Delta Lloyd ist die umfassende Unterstützung beim Thema Berufsunfähigkeit und zwar schon bevor es überhaupt zum Fall der Fälle gekommen ist. Unter dem Stichwort „Präventionsservice Berufsunfähigkeit“ kann jeder Kunde, der eine Berufsunfähigkeitspolice bei Delta Lloyd abgeschlossen hat, bis zu zwölf Stunden psychologische Beratung in Anspruch nehmen. Gründe, mit einem Experten zu sprechen, gibt es viele: Probleme in der Partnerschaft, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, Dauerstress und das Gefühl, ausgebrannt zu sein, sind nur einige Beispiele. Diese Beratung ist für den Kunden kostenlos, sie ist im Rahmen der Gewinnbeteiligung Teil seiner Versicherung. Selbstverständlich unterliegt alles, was zwischen dem Berater und dem Kunden besprochen wurde, der ärztlichen Schweigepflicht. Delta Lloyd erhält darüber keinerlei Informationen.

Einschluss von Leistungen auch bei Vorliegen bestimmter schwerer Krankheiten

Der Eintritt einer schweren Krankheit führt fast zwangsläufig zu Einschränkungen der Lebensqualität und regelmäßig zu einer mehr oder minder langen Arbeits-

unfähigkeit. Da jedoch weder eine schwere Erkrankung noch eine reine Arbeitsunfähigkeit automatisch eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen begründen, sehen die **Delta Lloyd** (MB 438, Stand 01.2008), **Dialog** („Dread Disease“), **FINGRO** („Fingro Vorsorgeplan“) die **Gothaer** („Gothaer Perikon“) und die **Nürnberger** („Schnellhilfe SH“) unabhängig vom Vorliegen einer bedingungs-gemäßen Berufsunfähigkeit eine Versicherungsleistung auch als Folge von z.B. Krebs oder Herzinfarkt vor. Die **Dialog** und **Nürnberger** gewähren die Versicherungsleistung nur gegen Zuschlag auf die Grundprämie, während sie bei der **Delta Lloyd** bereits Teil des Grundpakets ist. Bei der **Gothaer** und **FINGRO** handelt es sich bei der Absicherung gegen schwere Krankheiten abweichend um die Hauptversicherung, zu der ein Berufsunfähigkeitsschutz als ergänzende Zusatzversicherung abgeschlossen werden kann.

Versicherte schwere Krankheiten sind bei der **Dialog** gegen Zuschlag im Tarif SBU-professional Krebs, Herzinfarkt, Schlaganfall und Multiple Sklerose. Die Leistung erfolgt in 6 Monatsrenten, unabhängig vom Vorliegen einer bedingungs-gemäßen Berufsunfähigkeit. Werden Leistungen aus der Dread Disease erbracht, so erfolgt eine Leistung wegen Berufsunfähigkeit frühestens ab dem 7. Monat.

Die **Nürnberger** erbringt die versicherte Leistung gegen Zuschlag bis maximal in Höhe von 30.000 Euro. Zu unterscheiden sind die Krankheiten Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs, gutartiger Gehirntumor und Nierenversagen mit einer Karenzzeit von 30 Tagen ab Diagnose und Nierenversagen. Bei letzterem begründet sich der Leistungsanspruch mit der ersten Dialysebehandlung bzw. einer Nierentransplantation.

Bei **Delta Lloyd** gehören zu den versicherten schweren Krankheiten Krebs (maligne Tumore), koronare Bypassoperation, Kardiomyopathie, Schlaganfall (Gehirnschlag, Apoplexie), Nierenversagen, Unfall mit Querschnittslähmung sowie Unfall mit Schädel-Hirn-Trauma. Die Leistung erfolgt in Höhe der versicherten Berufsunfähigkeitsrente für bis zu 6 Monate im voraus, längstens jedoch bis zum Ende der vereinbarten BU-Leistungsdauer. Allgemein besteht der Leistungsanspruch ab erstmaliger Diagnose, bei Nierenversagen jedoch erst ab Beginn der Dialysebehandlung oder erfolgreicher Operation mit Nierentransplantation.

Fingro/Gothaer bieten eine selbstständige Dread Disease-Versicherung an, die bei Eintritt einer der definierten schweren Krankheiten nach einer Karenzzeit von 28 Tagen seit der ärztlichen Diagnose leistet (mit abweichender Regelung bei Nierenversagen, s.u.). Insgesamt sind das 46 konkret benannte Krankheitsbilder. Optional ist dazu ein BU- oder Invaliditäts-Baustein wählbar. Es wird der jeweils höhere Wert von Versicherungssumme bzw. 101% des Fondsvermögens ausgezahlt. Analog zur **Nürnberger** beginnt die Karenzzeit bei Nierenversagen bedingungs-gemäß abweichend erst ab der ersten Dialysebehandlung bzw. Nierentransplantation. Die maximal mögliche Versicherungssumme für den Dread-Disease-Baustein beträgt 100.000 Euro für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr, für Personen ab 15 Jahren 1.000.000 Euro. Höhere Versicherungssummen sind in Einzelfällen möglich.

Weitere Informationen zum Thema finden sich in „Risiko & Vorsorge“ 1/2009 (Seiten 34 bis 44).

Nicht versicherbar im Rahmen einer selbstständigen oder ergänzenden Berufsunfähigkeitsversicherungen ist eine Dread-Disease-Komponente u.a. bei **Allianz**, **Alte Leipziger**, **Condor**, **Dialog (SBU-start)**, **Hamburg-Mannheimer**, **HDI-Gerling**, **InterRisk**, **LV 1871**, **Swiss Life**, **VHV** oder **Volkswohl Bund**.

*Obwohl diese Übersicht mit großer Sorgfalt erstellt wurde, kann nicht ausgeschlossen werden, dass in einzelnen Punkten Fehler unterlaufen sind. Insbesondere gilt dies für juristische Bewertungen, zu denen im Zweifel nur verbindlicher Aufschluss über eine gültige Individualvereinbarung mit dem betroffenen Anbieter oder über eine anwaltliche Beratung möglich ist. Nicht umsonst gibt es kaum ein anderes Versicherungsprodukt, das so sehr durch jeweils aktuelle Rechtsprechung geprägt ist.

Wenn im Text Versicherer ohne nähere Tarifangabe namentlich benannt sind, bezieht sich die Nennung stets auf die eingangs benannten Tarife. Diese sind überwiegend die Hochleistungstarife der benannten Anbieter. Nicht weiter berücksichtigt werden hier beispielsweise die temporären Berufsunfähigkeitsprodukte von **Aspecta** oder **Volkswohl Bund**.

„Risiko & Vorsorge“
Ausgabe 4/09
wird diese Serie fortsetzen.

Volkskrankheit: Berufsunfähigkeit

Stuttgarter setzt mit BU PLUS *life* auf schnelle Rückkehr ins Berufsleben

Niemand denkt gerne daran, aber treffen kann sie jeden: Berufsunfähigkeit.

Die finanziellen Folgen können mitunter gravierende Einschnitte im Leben bedeuten; denn für die meisten Menschen ist ein regelmäßiges Einkommen aus einer beruflichen Tätigkeit notwendig, um den gewohnten Lebensstandard aufrecht zu erhalten. Aktuell besitzen circa 80 Prozent der Deutschen keine private Absicherung ihres Arbeitspotenzials – und das, obwohl der Verlust der Arbeitskraft ein ernstzunehmendes Existenzrisiko darstellt.



Autor: Sascha Albiez,
Hauptabteilungsleiter
Marketing der Stuttgarter
Versicherungsgruppe



Die Zahlen sprechen für sich: Bereits jeder Vierte wird im Laufe seines Arbeitslebens berufsunfähig und kann seiner erlernten Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr nachgehen. Unfälle sind dabei mit einem Anteil von unter drei Prozent nur selten die Ursache: Über 90 Prozent der Leistungsfälle lassen sich auf Krankheiten zurückführen.

Insbesondere psychische Leiden wie Burn-out haben durch wachsende Belastungen im Berufsalltag zugenommen. Um den erreichten Lebensstandard auch im BU-Fall aufrecht erhalten zu können, sollte eine Deckung von circa 60 Prozent des letzten Bruttoeinkommens gewährleistet sein. Da seit der Rentenreform im Jahre 2001 nur noch eine gesetzliche Minimalabsicherung gewährleistet wird, sollte jeder Arbeitnehmer die entstehende Lücke zwischen der gesetzlichen Erwerbsminderungsrente und dem tatsächlichen Bedarf durch eine qualitativ umfassende und bedarfsgerechte private Vorsorgelösung decken.

Das Risiko BU bedarfsgenau absichern

Vor diesem Hintergrund erfreut sich die Berufsunfähigkeitsversicherung zunehmender Beliebtheit: Die jüngsten Marktdaten zum BU-Neuzugang im ersten Quartal 2009 zeigen laut GDV einen Zuwachs von 6,0 Prozent. Und die Nachfrage nach professionellen Produkten zur persönlichen Invaliditätsabsicherung steigt stetig weiter an.

Qualität hat ihren Preis

Doch guter BU-Schutz hat auch seinen Preis: Der Vertrieb sieht sich daher häufig einem Interessenausgleich zwischen angemessener Versorgungshöhe auf der einen Seite und dem bestmöglichen Leistungsniveau auf der anderen Seite gegenübergestellt. Darum sind Versicherer aufgefordert, neue Lösungen für die spezifischen Bedürfnisse unterschiedlicher Zielgruppen zu erarbeiten. Aktuell finden sich am Markt verschiedene Produktkonzepte, mit denen Anbieter versuchen, diesen Ansprüchen zu genügen. Einige Versicherer schicken als preisgünstige Alternative zur Komfort-BU eine sogenannte Basis-BU ins Rennen. Dieses Produkt setzt mit abgespeckten Bedingungen auf eine günstigere Preiskalkulation, dafür müssen

Kunden aber meist Kürzungen im Leistungsumfang in Kauf nehmen: Teils kommt hier noch die abstrakte Verweisung zur Anwendung oder es gilt ein verlängerter Prognosezeitraum. Das Konzept der „temporären BU“ hingegen baut auf eine zeitlich begrenzte BU-Leistung, die später in eine EU-Absicherung übergeht. So kann an der Preisschraube gedreht werden, allerdings müssen Kunden auch hier Abstriche in der Leistung hinnehmen. Einen neuen Weg geht die Stuttgarter mit der Produktvariante BU PLUS life, bei deren Produktentwicklung ein bestmögliches Leistungs-niveau und attraktives Pricing als Bestimmungskriterien maßgebend waren.

Das Stuttgarter life-Konzept: an realen Bedürfnissen ausgerichtet

Die Stuttgarter hat auf diese Entwicklung reagiert und auf Basis des Premium-Produktes BU PLUS eine moderne und innovative Produktvariante, die BU PLUS life, am Markt etabliert.

Der Zusatz life ist dabei Programm: Das Produkt besticht durch ein bezahlbares Konzept bedarfsgerechter finanzieller Vorsorge, ohne an den Bedingungen des Komfort-Schutzes der BU PLUS zu drehen. Die preisgünstigere Alternative richtet den Fokus vielmehr darauf, dem Versicherungsnehmer nach dem BU-Fall eine finanzielle Absicherung für eine möglichst schnelle berufliche Reintegration zu bieten.

Ausgangspunkt dieses lebensnahen Konzeptes sind Ergebnisse aus der täglichen Regulierungspraxis. Sie belegen, dass immer mehr Menschen nach überstandener schwerer Krankheit – und gegebenenfalls entsprechender beruflicher Umschulung – wieder in das Arbeitsleben zurückkehren. Und zwar nicht allein aus finanziellen Gründen, sondern insbesondere auch deshalb, weil die Eigenmotivation nach einem erfüllten Berufsleben sehr hoch ist. Hier setzt das Konzept der BU PLUS life an: Innerhalb der ersten 36 Leistungsmonate der BU, also wenn Reha- oder Umschulungsmaßnahmen stattfinden, sieht sie eine doppelte Rentenzahlung vor. Genau in der Zeit also, in der erfahrungsgemäß die finanzielle Unterstützung benötigt wird. Besteht auch nach Ablauf der 36 Monate weiterhin eine Berufsunfähigkeit, so wird die versicherte (einfache) Rente gezahlt. Im Vergleich zur BU PLUS Prämie mit konstanter BU-Rente beträgt die Prä-

mienersparnis für das life-Vorsorgekonzept über alle Berufsgruppen hinweg circa 33 Prozent. Die BU PLUS life ist damit bedarfsgerecht und erfüllt auch in Bezug auf die Bezahlbarkeit die Erwartungen der Kunden. Und mit der Überschusserhöhung zum 1. Januar 2009 ist der Tarif in einem noch attraktiveren Preissegment positioniert.

Produktmerkmale der BU PLUS life

Was passiert aber, wenn beispielsweise nach einer Umschulung bei Weitem nicht mehr das Niveau des Bruttoeinkommens erreicht wird, das vor dem BU-Leistungsfall erzielt wurde?

In den transparenten Regelungen des Stuttgarter Bedingungswerks wird neben dem Verzicht auf die abstrakte Verweisung auch die konkrete Verweisung ausgeschlossen, wenn Einbußen von mehr als 20 Prozent des durchschnittlichen Arbeitseinkommens zu verzeichnen sind. In diesem Fall würde die vereinbarte Rente auch bei einem konkreten Hinzuverdienst bis maximal zum vereinbarten Vertragsende gezahlt. Darüber hinaus sieht die BU PLUS life eine einmalige Wiedereingliederungshilfe von bis zu 10.000 Euro vor, die bei einer erfolgreichen Umschulung und einer Rückkehr in das Berufsleben ausgezahlt wird.

Zusätzlich ermöglicht eine Nachversicherungsgarantie, den Schutz auch ohne Gesundheitsprüfung auf die veränderten persönlichen Lebensbedingungen anzupassen; Gefahr erhöhende Veränderungen in Beruf und Freizeit müssen nach Vertragsabschluss nicht mehr angezeigt werden.

Das Urteil von Presse und Ratingagenturen

Dass das Stuttgarter BU-Konzept überzeugt, belegen zahlreiche unabhängige Medien und Ratingagenturen. So verlieh das Magazin Cash der Stuttgarter bereits kurz nach Verkaufsstart den „Financial Advisors Award“ für die „Innovativste BU 2006“. Von den Ratingagenturen Franke & Bornberg sowie Morgen und Morgen erhielt die Stuttgarter BU konsequent die bestmöglichen Bewertungen. Das Konzept begeisterte selbst Stiftung Warentest: Beim jüngsten BU-Rating bekam es dafür das Testurteil „sehr gut“.

Kurzum: Die Stuttgarter antwortet mit einem attraktiven und innovativen BU-Angebot auf die Bedürfnisse des Marktes.

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

Allianz – Arag – AXA – BBV – Central – Continentale – Delta Lloyd – Deutscher Ring – DEVK – DKV – Generali – Gothaer – Ideal – Inter – Hallesche – Hanse-Merkur – LKH – Mannheimer – Münchener Verein – Neue Leben – Nürnberger – Signal Iduna – Union Krankenversicherung – uniVersa, – Volkswohl Bund

Makler-Wissen II: Grundlagen der Pflegeversicherung – Die Tarifwelt

Wie in der Ausgabe 2/09 von „Risiko & Vorsorge“ umfangreich dargestellt, gibt es mehrere Möglichkeiten, die trotz der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung weiterhin erheblichen Pflegelücken zu schließen. Alternativ sind dies Pflegerentenversicherungen, Pflegetagegelder und Pflegekostenversicherungen. Die Berufsunfähigkeitsversicherung sowie funktionelle Invaliditätsabsicherungen bieten meist nur Versicherungsschutz während des aktiven Erwerbslebens.



Pflegerenten

Von Thorben S. Hagenau

Ein wichtiger Unterschied ist, ob Versicherer die *Einstufung des Pflegefalls* nach einem Punktsystem (ADL = Activities of Daily Living) oder analog der gesetzlichen Einstufung nach SGB erbringen. So besteht etwa bei der **Delta Lloyd, Deutscher Ring, IDEAL, Neue Leben, SIGNAL IDUNA** und dem **Volkswohl Bund** das Recht auf eine wahlweise Einstufung, wobei die jeweils für den Versicherten günstigere Bewertung Anwendung findet, während die **Generali** einzig und allein auf ADL abstellt. Dabei gelten etwa beim **Volkswohl Bund** ausdrücklich der Regelungen der §§ 14 und 15 SGB XI in der Fassung vom 15.12.2008. Zu beachten sind auch Sonderregelungen wie sie etwa bei der **SIGNAL IDUNA** gelten. Nach § 2 I Nr. 1 gilt für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr abweichend keine Pflegebedürftigkeit als Folge von Hilfebedürftigkeit bei den Grundfähigkeiten (z.B. An- und Auskleiden, Zubettgehen oder Einnehmen von Mahlzeiten oder Getränken). Da der Versicherer Kinder bereits ab 2 Jahren versichert und insbesondere Kleinkinder Hilfe in den benannten Fällen benötigen, ist die beschriebene Einschränkung versicherungsseitig erforderlich gewesen. Es stellt sich natürlich die Frage, ob der Zeitraum bis zum 12. Lebensjahr wirklich notwendig gewesen wäre.

Überraschend ist der zum 01.01.2008 eingeführte Tarif NP 2500 der **Nürnberger**, der den Vorgängertarif von 2004 abgelöst hat. Hier ist nach § 2 (7) einzig die gesetzliche Pflegedefinition vom 27.12.2003 maßgeblich, die bereits seit dem 14.06.2007 veraltet ist. Inhaltlich entsprechen jedoch die §§ 14 (1) und 61 (2) des SGB XI in der Fassung vom 27.12.2003 nahezu wortgleich dem § 61 (1 und 2) des SGB XI in der Fassung vom 22.12.2008.

Auch bei der **Neue Leben** ist es ungewöhnlich, dass eine Pflegedefinition mit Stand 07.09.2007 zugrunde gelegt wird, was aber auch nicht weiter von Nachteil sein muss. Aus Sicht der **Nürnberger** stellt es einen Vorteil für die Versicherten dar, dass auf einen fixen Gesetzesstand verwiesen wird. Allerdings

stellt sich die Frage, ob eine Gesetzesänderung nachträglich überhaupt zum Nachteil der Versicherten wirksam werden könnte. Dies ist nach Ansicht des Autors auszuschließen.

Nicht selbstverständlich ist ein bedingungsgemäßer Hinweis auf die gesetzliche Schadenminderungspflicht. Hier agiert die **SIGNAL IDUNA** vorbildlich, wenn sie diese in § 10 Nr. 5 ausdrücklich thematisiert:

„Die versicherte Person ist verpflichtet, geeignete Hilfsmittel (z. B. Sehhilfe, Prothese) zu verwenden und zumutbare Heilbehandlungen vorzunehmen bzw. vornehmen zu lassen, die eine wesentliche Besserung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung erwarten lassen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind. Heilbehandlungen, die mit einem operativen Eingriff verbunden sind, sehen wir in diesem Zusammenhang als nicht zumutbar an.“

Ähnlich heißt es auch in B 5.6 der RingPflegerente:

„Im Rahmen der allgemeinen gesetzlichen Schadenminderungspflicht ist die versicherte Person verpflichtet, zumutbare Anordnungen zu befolgen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt nach gewissenhaftem Ermessen trifft, um die Heilung zu fördern oder die Pflegebedürftigkeit zu mindern. Zumutbar sind dabei Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und sichere

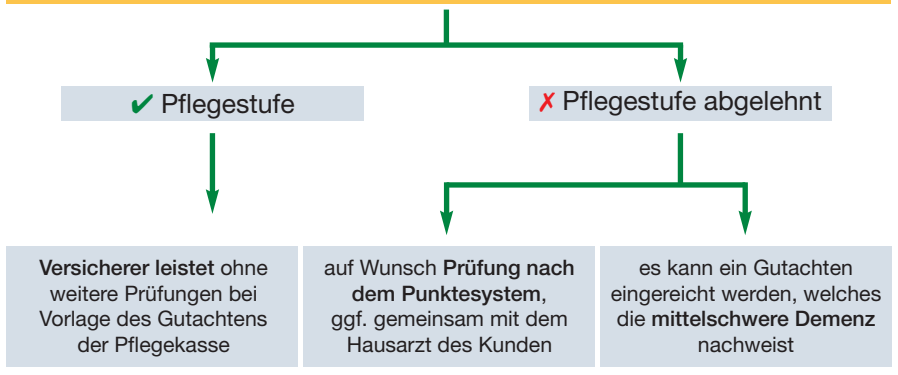
Aussicht auf Besserung des Gesundheitszustands bieten. Zumutbar ist zum Beispiel die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z.B. das Tragen von Prothesen). Lässt die versicherte Person darüber hinausgehende ärztlich angeordnete, insbesondere operative Behandlungsmaßnahmen zur Heilung oder Minderung der Pflegebedürftigkeit nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistung allerdings nicht entgegen.“

§ 12 Nr. 4 des **Volkswohl Bundes** orientiert sich an den dortigen Bedingungen zur Berufsunfähigkeitsversicherung und wurde erst mit der aktuellen Tarifgeneration mit Stand 04.2009 eingeführt:

„Lässt die versicherte Person operative Behandlungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Pflegebedürftigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen dieser Versicherung nicht entgegen. Sie ist allerdings aufgrund der allgemeinen gesetzlichen Schadenminderungspflicht verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten. Zumutbar sind dabei Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die außerdem Aussicht auf zumindest Besserung (bis zur Leistungsgrenze) bieten. Hierbei handelt es sich um Maßnahmen wie z. B. die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z.B. Tragen von Prothesen, Verwendung von Seh- und Hörhilfen).“

Leistungsfallprüfung am Beispiel der IDEAL

Versicherungsnehmer beantragt eine gesetzliche Pflegestufe
Begutachtung durch Medizinischen Dienst (MdK) bzw. Medic Proof und Einstufung ist erfolgt



Weniger vorbildlich heißt es bei der **Nürnberger** im Tarif NP 2500 in § 5 (3) wie folgt:

„Anordnungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt nach gewissenhaftem Ermessen trifft, um die Heilung zu fördern oder die Pflegebedürftigkeit zu mindern, sind zu befolgen. Die Anordnungen müssen sich jedoch im Rahmen des Zumutbaren halten.“

Zu Recht weist die **Nürnberger** darauf hin, dass die gesetzliche Schadenminderungspflicht auch dann zu beachten ist, wenn ein entsprechender Hinweis in den

Versicherungsbedingungen nicht benannt wird. Der Verzicht auf eine entsprechende Klarstellung in den Bedingungswerken von **Delta Lloyd, Ideal** oder stellt daher keine Besserstellung dar.

■ Rückkaufswerte

Der bei den meisten Tarifen übliche Aufbau eines Rückkaufswertes in der Pflegerentenversicherung (siehe „Risiko & Vorsorge“ 2/2009, S. 32-34) kann sich für Versicherte als nachteilig erweisen, wenn eine solche Kündigung wegen Bezug von

Arbeitslosengeld II von der Agentur für Arbeit verpflichtend gemacht wird und ein Verwertungsausschluss nach § 167 VVG zur Erlangung eines Pfändungsschutzes nicht mehr möglich sein sollte. Maßgeblich in diesem Zusammenhang ist § 12 SGB II. Hiernach sind alle verwertbaren Vermögensgegenstände als Vermögen zu berücksichtigen. Der § 12 Abs. 3 SGB II beschreibt abschließend alles, was nicht als Vermögen zu berücksichtigen ist. Im Bereich der Versicherungen sind lediglich die Rüruprente nach § 10 Abs. 1 Nr. 2b EStG und die Riesterrente explizit ausgeschlossen. Von einer Verwertung (und danach Anrechnung) kann demnach nur abgesehen werden, wenn die Freibeträge nach § 12 Abs. 2 SGB II noch nicht ausgeschöpft sind oder eine Verwertung nach § 12 Abs. 3 Nr. 6 SGB II eine besondere Härte bedeuten würde. Interessant ist nicht nur vor diesem Hintergrund die Option, im Rahmen der Pflegerentenversicherung der SIGNAL IDUNA sich jederzeit vorhandenes Fondsguthaben auszahlen lassen zu können, während der eigentliche Versicherungsvertrag weiter läuft.

Eine Verwertung scheidet als unwirtschaftlich aus, wenn der Rückkaufswert weniger als 90% der eingezahlten Beiträge beträgt. Dies werde nach Auskunft der IDEAL Lebensversicherung a.G. bei Pflegerenten mit laufender Beitragszahlung fast immer zutreffen, da vom Deckungskapital (nicht Sparkapital!) die Risikobeiträge, Kosten und der Stornoabzug abgezogen würden. Damit greife folglich § 12 Abs. 3 Nr. 6 SGB II. Wenn ein Kunde Leistungen zur Grundsicherung nach SGB II beantragt, wird er praktisch nicht mehr in der Lage sein, die Beiträge zu den Versicherungen zu leisten. Tut er es doch, wird das zuständige Amt ihm die Grundsicherung um diesen Betrag kürzen. Tut er es nicht, verliert er den Versicherungsschutz. Bei Pflegerenten hat er gegebenenfalls die Möglichkeit, die Versicherung beitragsfrei zu stellen und den Versicherungsschutz (zumindest teilweise) aufrecht zu erhalten.

Bei der Generali im Tarif PFO 09 (Option auf Pflegerentenversicherung in mindestens 12 Jahren) kann eine Pflegerentenoption mit laufender Beitragszahlung auch selbständig ohne die Trägerversicherung nach § 8 (2) gekündigt werden. Dabei wird dann der nach § 169 VVG berechnete Rückkaufswert fällig.

Nicht alle Versicherer verfahren jedoch auf gleiche Art und Weise mit dem Rück-

Beispielhafte Pflegerentertarife in der Übersicht

Versicherer	Tarif	Leistung in Pflegestufe bzw. Pflegestaffel I / II / III		
		Vollstationäre Pflege	Teilstationäre Pflege	Häusliche Pflege
Deutscher Ring	RingPflegeRente Elementar PV	0 / 0 / 100%**	0 / 0 / 100%**	0 / 0 / 100%**
	RingPflegeRente Komfort PVZ	0 / 50 ** / 100% **	0 / 50 ** / 100% **	0 / 50 ** / 100%**
Delta Lloyd ****	PFA-Plus	33 / 67 / 100%	33 / 67 / 100%	33 / 67 / 100%
	PFA-Plus mit Option	33 / 133 / 200%	33 / 67 / 100%	33 / 67 / 100%
	PFL-Plus	33 / 67 / 100%	33 / 67 / 100%	33 / 67 / 100%
	PFL-Plus mit Option	33 / 130 / 200%	33 / 67 / 100%	33 / 67 / 100%
	PFL	0 / 100 / 200%	0 / 100 / 200%	0 / 100 / 200%
Generali	3 D-Pflegevorsorge mit Option auf späteren Abschluss einer Selbständigen Pflegerentenversicherung ohne Gesundheitsprüfung (Tarif PFO 09)*	Ab Optionsausübung: 50 / 75 / 100%	Ab Optionsausübung: 50 / 75 / 100%	Ab Optionsausübung: 50 / 75 / 100%
	Pflegerentenzusatzversicherung (Tarif PRZ 09)	50 ** / 75 ** / 100% **	50 ** / 75 ** / 100% **	50 ** / 75 ** / 100% **
Ideal	Basis	0 / 0 / 100%	0 / 0 / 100%	0 / 0 / 100%
	Klassik	0** / 50** / 100%**	0** / 50** / 100%**	0** / 50** / 100%**
	Exklusiv	25 ** / 50** / 100%**	25 ** / 50 ** / 100%**	25** / 50** / 100%**
Nürnberger	NP 2500	0 / 0 / 100% **	0 / 0 / 100% **	0 / 0 / 100% **
Nürnberger	PRZ2008	40/70/100	40/70/100	40/70/100
SIGNAL IDUNA	PflegeEXKLUSIV	30** / 70** / 100**	30** / 70** / 100**	30** / 70** / 100**
	PflegePREMIUM	50** / 100** / 100**	50** / 100** / 100**	50** / 100** / 100**
Volkswohl Bund ***	Pflegerente Basis	0 ** / 0** / 100%**	0 ** / 0** / 100%**	0** / 0** / 100%**
	Pflegerente Komfort	0 ** / 50** / 100%**	0 ** / 50** / 100%**	0** / 50** / 100%**
	Pflegerente Exklusiv	50** / 75** / 100%**	50** / 75** / 100%**	50** / 75** / 100%**

* Zu dem im Versicherungsschein festgelegten Optionstermin in frühestens 12 Jahren kann eine zu diesem Zeitpunkt beginnende, dann von der Generali angebotene sofort beginnende Pflegerentenversicherung nach der dann für die Pflegerenten-Option gültigen Pflegerentertarif gegen Einmalbeitrag abgeschlossen werden. Eine Garantie, dass das angesparte Vertragsguthaben ausreicht, um die Pflegerentenoption auszufinanzieren, wird nicht gegeben. Bis in Höhe der im Versicherungsschein vereinbarten Höhe können Versicherte die durch Einmalbeitrag ausfinanzierte Leistung durch laufende monatliche Zuzahlungen aufstocken. Die dargestellten Versicherungsleistungen selbst bleiben garantiert. Da die Einteilung in die drei Pflegestufen nach ADL und nicht nach SGB erfolgt, ist der Tarif von gesetzlichen Änderungen der Pflegedefinition unabhängig. Versicherungsschutz im Pflegefall besteht erst ab Ausübung der Pflegeoption.

** Beitragsbefreiung

*** die volle Beitragsbefreiung gilt jeweils ab 4 Pflegepunkten. Die Pflegestaffeln des Volkswohl Bundes sind nur bedingt mit denen der Wettbewerber vergleichbar, da die Pflegestufe / Pflegeklasse I beispielsweise meist schon ab 3 Pflegepunkten erreicht wird. Achtung: Teil 1 des Beitrages hat noch die Pflegerentenvariation 01.2009 betrachtet, in diesem Beitrag ist bereits die neue Produktgeneration 04.2009 berücksichtigt.

**** für einen fairen Vergleich der Delta Lloyd mit den Wettbewerbern müsste eigentlich auch hier die Pflegestufe III stets mit 100 % gleichgesetzt werden. Dann wären die Leistungen im Tarif PFL statt 0 / 100 / 200 % faktisch nur 0 / 50 / 100 %.

kaufwert. So entfällt bei der Nürnberger (NP 2500) und beim Volkswohl Bund (Tarife: PflegeRente Basis, PflegeRente Komfort, PflegeRente Exklusiv) ab dem vollendeten 85. Lebensjahr der Anspruch

auf Auszahlung eines Rückkaufwertes, während beim Deutschen Ring (Tarife: PV, PVE, PVZ, PVZE) ab dem vollendeten 80. Lebensjahr jede Kündigung zur beitragsfreien Weiterversicherung führt. Erreicht

jedoch die beitragsfreie Pflegerente den Mindestbetrag nicht, wird der Anrechnungsbetrag ausgezahlt.

Musterberechnungen für eine monatliche garantierte Pflegerente von 1.500 Euro

	Delta Lloyd	Delta Lloyd	Delta Lloyd	Deutscher Ring	Deutscher Ring	Ideal	Ideal	SIGNAL IDUNA	SIGNAL IDUNA	Volkswohl Bund	Volkswohl Bund
	PFL	PFL-Plus	PFA	RingPflegeRente (PV)	RingPflegeRente Elementar (PV)	Ideal PflegeRente Exklusiv ohne Sofortleistung und ohne Todesfallleistung	Ideal PflegeRente Exklusiv mit Sofortleistung und mit Todesfallleistung	Pflege EXKLUSIV	Pflege PREMIUM	Pflege Vorsorge Exklusiv	Pflege Vorsorge
maximale Beitragszahlungsdauer	Endalter 90, max. jedoch 50 Jahre	Endalter 90, max. jedoch 50 Jahre	Endalter 75, max. jedoch 50 Jahre *	lebenslang	lebenslang	lebenslang	lebenslang	Endalter 85	Endalter 85	lebenslang	Endalter 85
Überschussverwendung	Verzinsliche Ansammlung	Verzinsliche Ansammlung	Verzinsliche Ansammlung	Bonusrente	Bonusrente	Bonusrente	Bonusrente	Bonusrente	Bonusrente	Bonusrente	Bonusrente
Monatsbeitrag (Junge, 10 Jahre)	nicht möglich	nicht möglich	nicht möglich	nicht möglich	nicht möglich	nicht möglich	nicht möglich	30,31 EUR möglich	39,88 EUR	nicht möglich	nicht möglich
Monatsbeitrag (Mädchen, 10 Jahre)	nicht möglich	nicht möglich	nicht möglich	nicht möglich	nicht möglich	nicht möglich	nicht möglich	41,92 EUR	53,30 EUR	nicht möglich	nicht möglich
Monatsbeitrag (Mann, 20 Jahre)	24,60 **)	32,49	30,41	nicht möglich	nicht möglich	nicht möglich	nicht möglich	38,48 EUR	50,96 EUR	46,07 EUR	46,47 EUR
Monatsbeitrag (Frau, 20 Jahre)	40,46	49,5	45,75	nicht möglich	nicht möglich	nicht möglich	nicht möglich	53,92 EUR	69,06 EUR	64,29 EUR	64,75 EUR
Monatsbeitrag (Mann, 30 Jahre)	29,37	39,23	38,02	nicht möglich	nicht möglich	nicht möglich	nicht möglich	50,34 EUR	66,87 EUR	60,90 EUR	61,60 EUR
Monatsbeitrag (Frau, 30 Jahre)	49,54	60,66	58,61	nicht möglich	nicht möglich	nicht möglich	nicht möglich	71,55 EUR	91,98 EUR	85,98 EUR	86,81 EUR
Monatsbeitrag (Mann, 40 Jahre)	38,22	51,55	52,3	40,65 EUR	67,20 EUR	63,84 EUR	80,72 EUR	68,59 EUR	91,83 EUR	83,78 EUR	85,08 EUR
Monatsbeitrag (Frau, 40 Jahre)	65,01	80,04	82,64	55,20 EUR	91,65 EUR	91,01 EUR	106,72 EUR	98,70 EUR	127,56 EUR	119,62 EUR	121,22 EUR
Monatsbeitrag (Mann, 50 Jahre)	54,03	73,33	78,59	52,80 EUR	93,15 EUR	91,13 EUR	115,56 EUR	97,76 EUR	131,77 EUR	120,33 EUR	122,99 EUR
Monatsbeitrag (Frau, 50 Jahre)	92,87	114,55	126,97	72,00 EUR	127,20 EUR	130,17 EUR	152,81 EUR	142,54 EUR	184,81 EUR	173,06 EUR	176,42 EUR
Monatsbeitrag (Mann, 60 Jahre)	84,49	114,98	138,72	71,70 EUR	138,00 EUR	136,94 EUR	174,57 EUR	150,96 EUR	204,77 EUR	188,73 EUR	195,40 EUR
Monatsbeitrag (Frau, 60 Jahre)	144,33	178,07	230,37	100,95 EUR	187,80 EUR	199,25 EUR	234,23 EUR	221,47 EUR	288,55 EUR	273,53 EUR	282,15 EUR

*) Versicherungsschutz ab Alter 75 **) Mindestbeitragsrate 25,00 EUR

Die hier ausgewiesenen Prämienhöhen werden schon in Kürze überholt sein, da eine neue Pflegetafel mit der Bezeichnung DAV 2008P feststeht. Seit dem 01.01.2009 besteht bereits die Verpflichtung, nach DAV 2008P zu reservieren. Diese Tafel wurde am 04.12.2008 als Richtlinie verabschiedet und wird demnach von allen Versicherern früher oder später umgesetzt werden müssen – sofern dies noch nicht geschehen ist.

■ Leistungsparameter

- Wartezeiten
- Mehrfachleistung
- Pflegeplatz-Garantie
- Geltungsbereich

Wichtige Leistungsunterschiede sind unter anderem der Verzicht auf Wartezeiten (z.B. Tarife PFL und PFL-PLUS der Delta Lloyd; PV, PVE, PVZ und

PVZE des Deutschen Rings; PflegeRente Basis, PflegeRente Klassik und PflegeRente Exklusiv der IDEAL; PR2, PR3, PR4, PR4T der Neue Leben, NP 2500 der Nürnberger, PflegeEXKLUSIV und PflegePREMIUM der SIGNAL IDUNA; Pflegerente Basis, Pflegerente Komfort und Pflegerente Exklusiv des Volkswohl Bundes), eine Mehrfachleistung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit (z.B. PV und PVE des Deutschen Rings; bei erst-

maligem Eintritt in die Pflegestufe III Zahlung der 6fachen Pflegerente inkl. Überschüssen; PVZ und PVZE des Deutschen Rings; bei erstmaligem Eintritt in die Pflegestufen II oder III Zahlung der 6fachen Pflegerente inkl. Überschüssen; IDEAL: gegen Zuschlag in allen Tarifen Zahlung der 6fachen Pflegerente der jeweiligen Tarifstufe mit Nachzahlung der Differenz bei Höherstufung in eine höhere Pflegestufe; Neue Leben in allen Tarifen

Zahlung der 6fachen Pflegerente in Höhe der jeweiligen Pflegestufe, mindestens jedoch in Höhe von 50% der versicherten Pflegerente; PflegeEXLUSIV bzw. PflegePREMIUM der **SIGNAL IDUNA**: Zahlung der 3- bzw. 6fachen Pflegerente; **Volkswahl Bund**: gegen Zuschlag in allen Tarifen Zahlung der 6fachen Monatsrente) oder Garantie auf einen Pflegeplatz (siehe „Risiko & Vorsorge“ 2/2009, S. 35).

Ein anderer wichtiger Unterschied ist der örtliche Geltungsbereich. Gerade ältere Tarife setzen voraus, dass der Pflegefall in Deutschland eintritt und der Vertrag gegebenenfalls sogar erlischt, wenn der Wohnsitz mehr als vorübergehend ins Ausland verlegt wird. Eine weltweite Deckung ist die absolute Ausnahme und gilt etwa bei der **SIGNAL IDUNA**. Im Tarif PflegePREMIUM kann verlangt werden, „dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden“ und der Versicherer in diesem Fall „die Untersuchungskosten sowie die Reise- und Aufenthaltskosten“ übernimmt, von „den Reisekosten [...] jedoch höchstens die Kosten der Bahnfahrt 2. Klasse bzw. die Flugkosten für Flüge in der Economyklasse“. Die Übernachtungskosten werden höchstens bis in Höhe von 75 Euro je Übernachtung getragen. Die Kostenübernahme für Reise- und Übernachtungskosten gilt nicht im Tarif PflegeEXLUSIV.

Nach § 2 Nr. 6 des Tarifes PRZ 09 der **Generali** besteht ausdrücklich weltweiter Versicherungsschutz ohne weitere Einschränkungen, im Tarif PFO 09 kann ein weltweiter Versicherungsschutz auch ohne ausdrückliche Nennung hergeleitet werden. Nach § 5 Nr. 2 des Tarifes PRZ 09 übernimmt die Generali Untersuchungs-, Reise- und Unterbringungskosten weltweit, Reise- und Untersuchungskosten insofern diese „üblich und angemessen sind“ und nach vorheriger Rücksprache mit dem Versicherer.

Auch bei der **Nürnberger** im Tarif NP 2500 gilt eine weltweite Deckung, allerdings „ruht der Anspruch auf Pflegerente in den Kalendermonaten, in denen die versicherte Person während des vollen Monats außerhalb der Länder der Europäischen Union gepflegt wird. Dies gilt nicht, wenn der Aufenthalt in diesen Ländern nicht länger als sechs volle Kalendermonate andauert oder wir einer längeren Pflege im Ausland zugestimmt haben. Auch wenn der Anspruch auf

Pflegerente ruht, besteht dennoch Befreiung von der Beitragszahlungspflicht“.

Beim **Deutschen Ring** gilt weltweiter Schutz ohne zeitliche Begrenzung, allerdings ruht der „Anspruch auf Pflegerente [...] in den Kalendermonaten, in denen die versicherte Person während des vollen Monats außerhalb der EU, der Schweiz oder Norwegens gepflegt wird. Dies gilt nicht, wenn der Aufenthalt nicht länger als 6 volle Kalendermonate andauert oder der Versicherer einer längeren Pflege im Ausland zugestimmt hat. Geltungsbereich bei der **Neue Leben** ist die Europäische Union einschließlich der Schweiz und Norwegens. Darüber hinaus besteht weltweiter Versicherungsschutz für längstens 6 Monate, wobei die Neue Leben die Durchführung ärztlicher Untersuchungen innerhalb Deutschlands verlangen darf. Reise- und Aufenthaltskosten gehen in so einem Fall zu Lasten des Versicherten. Ohne ausdrückliche schriftliche Vereinbarung erlischt der Vertrag nach Ablauf dieser Frist.

Ähnliches gilt für die Produkte aus dem Hause **IDEAL**: unbegrenzter Auslandsaufenthalt innerhalb der Europäischen Union, der Schweiz und Norwegens, darüber hinaus für durchgehende Auslandsaufenthalte bis 6 Monate. Im Einzelfall kann individuell (d.h. nicht für jeden garantiert!) geprüft werden, ob ein weltweiter Versicherungsschutz von mehr als 6 Monaten möglich ist. Im Normalfall erlischt der Vertrag nach einem Auslandsaufenthalt außerhalb der genannten Länder (z.B. während eines beruflich bedingten Aufenthaltes in den USA oder China) nach 6 Monaten. Der vertraglich vereinbarte Rückkaufwert wird fällig. Nach Aussage des Versicherers seien westliche Industrieländer nach individueller Prüfung versicherbar.

■ Demenz

Auch die Voraussetzungen für das Erreichen von Leistungen wegen Demenz aus privaten Pflegerentenversicherungen sind nicht einheitlich. Bei **Delta Lloyd** ist ein Schweregrad von mindestens 5 (mittelschwere kognitive Leistungseinbußen), ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS) mit den Graden GDS 1 bis GDS 7 erforderlich. Dann erfolgt eine Zahlung von 100% oder 200% (Tarife: aufgeschobene Pflegerentenversicherung, PFL-PLUS) bzw. 100%

(Tarif: PFL) der versicherten Monatsrente analog Pflegestufe II. Seit April 2009 gilt auch beim Volkswahl Bund nach § 2 (7) unzweifelhaft ein Schweregrad von mindestens 5 als Voraussetzung für eine Versicherungsleistung wegen Autonomieverlust durch Demenz. Während die Leistung im Komforttarif in Höhe von Pflegestufe II (50%) erbracht wird, beträgt sie im Tarif Exklusiv analog zu Pflegestufe III 100% der vereinbarten Leistung.

Ein GDS von 5 umfasst nach Reisberg unter anderem Schwierigkeiten bei der Auswahl der Kleidung, Schlafstörungen und Verwirrtheit. Schaut man sich die Definition unter <http://www.meduniwien.ac.at/Neurologie/gedamb/diag/diag20a.htm> weiter an, so kommt es auch darauf an, dass ein Patient ohne fremde Hilfe nicht mehr zurechtkomme und sich beispielsweise nicht mehr an seine Adresse oder langjährige Telefonnummer erinnere. Häufig ist auch Desorientierung zu Zeit oder Ort.

Eine Leistung von 70% oder gar 100% der versicherten Rentenleistung gibt es bei der **SIGNAL IDUNA** in den Tarifen EXKLUSIV bzw. PREMIUM ab einem Schweregrad von 5, der auch hier alternativ als „mittelschwere oder schwere Hirnleistungsstörungen“ umschrieben wird.

Die **Neue Leben** leistet für demenzbedingte Hirnleistungsstörungen, die in erheblichem oder höherem Maße vorliegen – u.a. weniger als 50% der erreichbaren Punkte im Hirnleistungstest – in Höhe von 50% der versicherten Monatsrente (Tarife: PR 3, PR 4, PR4T) analog Pflegestufe II. Dies entspricht einem Schweregrad von 5, eine ausdrückliche Klarstellung fehlt jedoch.

In der RingPflegeRente Komfort (Tarife: PVZ, PVZE) des **Deutschen Rings** ist erneut ein Schweregrad von 5 Leistungsvoraussetzung. Es erfolgt eine Leistung nach Pflegestufe II in Höhe von 50% der ungekürzten versicherten Leistung.

Eine Mitversicherung von Demenz gilt auch in den Tarifen PFO 09 und PRZ 09 der **Generali**. Hier erfolgt generell eine Einstufung in Pflegestufe II mit 75%iger Rentenleistung. Gegen ärztlichen Nachweis ist auch Pflegestufe III mit 100% möglich. Hier wird analog zur Neue Leben auf eine „mittelschwere oder schwere Demenz“, konkret jedoch auch auf Schweregrad 5 abgestellt.

Die gleiche Leistung erfolgt auch bei der **IDEAL** in den Tarifen PflegeRente Klassik

und PflegeRente Exklusiv, nur dass hier 50% der Pflegestufe II entsprechen.

Generell keine Leistung auch bei Demenz sieht die **Nürnberg** mit ihrer Pflegerente vor, es sei denn, dass diese Teil einer gesetzlichen Pflegestufe zum Stand 27.12.2003 war.

Die üblichen Arten der Pflegefallabsicherung haben einen grundsätzlichen Nachteil: sie sehen keinen Versicherungsschutz für bereits bei Antragstellung pflegebedürftige Personen vor.

Eine Lösung bietet hier die von der Hannover Rück entwickelten „Vorzugsrente“, vertrieben in Deutschland durch die DSP Deutsche-Senior-Partner AG. Risikoträger ist die Liechtensteinische Quantum Leben. Es handelt sich im Kern um eine sofort beginnende Rente gegen Einmalbeitrag. Dabei wird davon ausgegangen, dass pflegebedürftige oder anderweitig kranke Personen eine vergleichsweise geringere Lebenserwartung als gesunde Menschen haben. Deshalb wird eine deutlich höhere Rentenleistung erbracht als wenn Versicherte eine klassische deutsche Rentenversicherung gegen Einmalbeitrag abschließen würden.

Wer als Mann heute 65 Jahre alt ist und einmalig 100.000 Euro investiert, würde als gesunder Nichtraucher eine garantierte jährliche Rente von 6.327 Euro erhalten, als Raucher von immerhin 7.336 Euro und bei Vorliegen einer schweren Erkrankung sogar 12.427 Euro. Entsprechende Verträge werden angeboten für Personen zwischen 60 und 75 Jahren, auf Direktionsanfrage auch für solche zwischen 50 und 60 bzw. 75 und 85 Jahren, die jeweils den überwiegenden Teil ihres bisherigen Lebens den Hauptwohnsitz in Deutschland hatten. Der Einmalbeitrag kann zwischen 15.000 und 250.000 Euro liegen. Auf Anfrage können ggf. auch höhere Beiträge verrechnet werden. Sollte sich der Gesundheitszustand nach Rentenbeginn verbessern oder verschlechtern, so ändert dies nichts an der vereinbarten Rentenhöhe. Mehr Informationen finden sich im Internet unter http://www.dsp-ag.de/html/pro/pro_020.html.

■ Ein Hauch von Berufsunfähigkeit

Ein Wermutstropfen ist das bedingungsseitige Recht der Neuen Leben, ein oder mehrere zeitlich befristete Anerkenntnisse von bis zu 18 Monaten auszusprechen. Damit ist Tür und Tor geöffnet, um

wiederholt eine Beweislastumkehr zu Lasten des Versicherten zu verursachen. Hier liegt unter Analogie zu § 173 (2) VVG-2008 ein Verstoß gegen die äquivalenten Regelungen zur Berufsunfähigkeitsversicherung vor. Auch fehlt in den Bedingungen eine Klarstellung, wann ein zeitlich befristetes Anerkenntnis zulässig ist und welchem Zweck es dient. Da das VVG sich in § 172 (2) nur auf die Berufsunfähigkeitsversicherung bezieht, sieht die **Neue Leben** hier keine zutreffende Analogie und damit auch keinen Verstoß.

Eine deutliche Anlehnung an die üblichen Berufsunfähigkeitsversicherungen findet sich hingegen bei der **SIGNAL IDUNA**. Hier sind zeitlich befristete Anerkenntnisse bis zu 12 Monaten zulässig, allerdings fehlt auch hier eine Begründung, wann solche zulässig sein sollen und welchem Zweck sie dienen.

Allgemein bekannt sollte sein, dass Pflegerentenversicherer nach erstmaligem Anerkenntnis einer Pflegestufe deren Fortbestehen regelmäßig nachprüfen dürfen.

Das besondere an den Pflegerententartarten der PR3, PR4 und PR4T der **Neue Leben** ist, dass der Anspruch auf Zahlung unbefristet ist, sofern die Rentenleistung für einen Zeitraum von mindestens 18 Monaten erbracht wurde.

■ Höchst unterschiedliche Nachversicherungsgarantien

Eine Dynamisierung der Leistungen ist bei der **Neue Leben** nur im Rahmen einer optionalen Dynamik zwischen 3 und 10% p.a. bis maximal Endalter 85 vorgesehen. Darüber hinaus findet eine planmäßige Erhöhung der Versicherungsleistungen nur in Form einer Bonusrente statt. Eine Nachversicherungsgarantie innerhalb von 6 Monaten ist in § 23 zwar gegeben, ist aber verhältnismäßig schwach und endet spätestens nach Inanspruchnahme von Pflegeleistungen. Voraussetzungen sind entweder Tod oder Pflegebedürftigkeit des Ehe- oder Lebenspartners. Die Erhöhung ist auf maximal 20% der versicherten Rente in Pflegestufe III beschränkt und in der Höhe auf 3.000 Euro im Monat.

Auch beim **Deutschen Ring** kann eine Dynamisierung der Beiträge und somit auch der Leistungen vorgenommen werden. Dieses ist bis 5 Jahren vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer, max. bis zum Alter 65, in Höhe von jährlich 5% des

Vorjahresbeitrages, mindestens jedoch um 3 Euro, möglich.

Neben einer Dynamisierung ist bei der **SIGNAL IDUNA** auch eine so genannte „Ausbaugarantie“ nach Eintritt bestimmter Ereignisse möglich, um den Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Wie im Rahmen der Berufsunfähigkeitsversicherung üblich, ist hierzu eine Frist von 6 Monaten üblich. Zudem darf alle 5 Jahre zum Jahrestag des Versicherungsbeginns eine Erhöhung mit vereinfachter Gesundheitsprüfung verlangt werden, sofern der entsprechende Antrag drei Monate vorher beim Anbieter eingeht. Eine Erhöhung ist bis auf die doppelte Leistung des Ursprungsvertrages, höchstens um 3.000 Euro jährlich, möglich und muss jährlich mindestens 600 Euro betragen. Alle Pflegerenten zusammen, die ein Versicherter besitzt, dürfen eine Jahresrente von 24.000 Euro (Personen unter 16 Jahren) bzw. 48.000 Euro (Personen ab 16 Jahren) nicht übersteigen. Mit der Vollendung des 60. Lebensjahres erlischt das Recht auf weiteren Ausbau des Versicherungsschutzes.

Seit Mai 2009 bietet auch der **Volkswohl Bund** im Rahmen seiner Pflegerente eine Nachversicherungsgarantie an. Diese knüpft im Wesentlichen an die Voraussetzungen in der SBU des Versicherers an. Demnach setzt sie den Eintritt bestimmter Ereignisse (Heirat, Geburt oder Adoption eines Kindes, Karrieresprung) voraus und muss innerhalb von 6 Monaten nach dem Eintritt des betreffenden Ereignisses in Anspruch genommen werden. Durch die Option darf die versicherte Pflegerente auf nicht über 2.500 Euro monatlich ansteigen, pro Ereignis nicht um mehr als 20% der davor versicherten Pflegerentenhöhe. Im Rahmen der Nachversicherung gelten die dann gültigen Tarife und Bedingungen, während sich etwaige Prämienzuschläge oder Leistungsausschlüsse am Urvertrag orientieren. Bedeutsam ist das Recht des Versicherungsnehmers auf Erhöhung der versicherten Rente ohne erneute Gesundheitsprüfung nach § 18 (6) auch dann, wenn die bisher gewährte Überschussbeteiligung sinken sollte und in der Folge die insgesamt versicherte Pflegerentenhöhe sinken sollte. Allerdings ist diese Option nur zulässig, wenn noch keine Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit erbracht wurden und bei Optionseintritt keine Pflegebedürftigkeit vorliegt.

Pflegekostentarife

Bei den Leistungen wird sehr oft unterschieden, ob diese durch Angehörige, ambulant durch professionelle Pflegekräfte, teilstationär oder stationär erbracht werden. Eine echte Vergleichbarkeit von Tarifen wird jedoch durch die teilweise stark unterschiedliche Erstattungspraxis deutlich erschwert.

So werden etwa bei der **Arag** je nach Tarif die Leistungen aus gesetzlicher oder privater Pflegepflichtversicherung um 20% (Tarif: 681) bis 200% (Tarif: 680) erhöht; dies gilt auch für ein eventuelles Pflegegeld.

Bei der **Axa** im Tarif EHP wird die Erstattung technischer Hilfsmittel nicht nur von der Art der Pflege (ambulante oder teilstationäre Pflege) abhängig gemacht, sondern auch noch von dem Jahr der Erstattung – Grund hierfür ist die entsprechende gesetzliche Staffelung mit Erhöhung der Leistungen zum 01.01.2010 und 01.01.2012. Der Erstattungshöchstsatz beträgt zwischen 10% (Tarif: EHP 10) und 150% (Tarif: EHP 150) der gesetzlichen Leistungen für häusliche Pflege durch professionelle Pflegekräfte sowie für teilstationäre Pflege und ein Pflegegeld bei häuslicher Pflege durch Angehörige und sonstige ehrenamtliche Helfer. Leistungen für vollstationäre Pflege sind im Tarif EHP nicht vorgesehen. Dafür empfiehlt sich als Ergänzung die Aufstockung durch den Tarif ESP, der stationäre Leistungen zwischen 10% (Tarif: ESP 10) und 150% (Tarif: ESP 150) – unabhängig von der Pflegestufe – erbringt und auch Kosten für Unterbringung und Verpflegung abdecken hilft. Entsprechend der gesetzlichen Staffelung mit Erhöhung der Leistungen zum 01.01.2010 und 01.01.2012 gilt dies auch für diesen Tarif.

Die **DKV** sattelt bei den Hauptleistungen grundsätzlich weitere 50% auf die heutigen Leistungen aus gesetzlicher/privater Pflegeversicherung „oben drauf“, wie sich aus den jeweils gewählten Beträgen ergibt; grundsätzlich deshalb, weil dies bei den Hauptleistungen immer geschieht, bei

den Pflegehilfsmitteln und den Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen nach Ziffer 4 jedoch nur teilweise zutrifft. Eine Anpassung an zukünftige gesetzliche Leistungserhöhungen ist kein ausdrücklicher Bestandteil der Bedingungen, sei jedoch von der Tariflogik vorgegeben und würde in der Praxis auch so umgesetzt.

Die **Gothaer** erstattet in ihrem Tarif P3 nach Vorleistung der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung die verbliebenen Restkosten für häusliche Pflege, teilstationäre Pflege und stationäre Pflege. Leistungen für vollstationäre Kurzzeitpflege oder eine Ersatzpflegekraft, wenn der pflegende Angehörige verhindert ist, werden anders als in der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung nicht übernommen. Nicht erstattungsfähig ist auch die häusliche Pflege durch Angehörige ohne pflegerische Fachkenntnisse, da hier schwer ein Kostennachweis zu erbringen sei. Für die übernommenen Leistungen gelten folgenden Begrenzungen: Die Leistungen betragen in der Pflegestufe I höchstens 12.276 EUR, in der Pflegestufe II höchstens 15.348 EUR und in der Pflegestufe III höchstens 18.408 EUR pro Jahr. Können bei stationärer Pflege die Pflegeleistungen nicht gesondert von den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung nachgewiesen werden, so werden 65% der Gesamtkosten dem Pflegebereich zugerechnet. Ist nachweislich kein Anspruch bei einem anderen Kostenträger (d.h. gesetzliche oder private Pflegepflichtversicherung) feststellbar, so werden bei Vorlage der Originalrechnungen nur 50% der erstattungsfähigen Kosten ersetzt.

Nach Wahl des Versicherungsnehmers steht alternativ zur Kostenerstattung von Pflegeleistungen durch Pflegefachpersonal ein Pflegegeld bei häuslicher Pflege zur Verfügung, dessen Höhe von der Pflegestufe abhängig ist. Es beträgt in der Pflegestufe I 10,25 Euro, in der Pflegestufe II 20,50 Euro und in der Pflegestufe III 25,60 Euro pro Kalendertag.

Neben dem Pflegegeld sind bei häuslicher Pflege Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel und technische Hilfsmittel (in einfacher serienmäßiger Ausstattung) bis 2.557 Euro je Kalenderjahr bzw. Aufwendungen

zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes bei erstmaliger Feststellung der Pflegestufen II und III bis 5.113 Euro innerhalb von 12 Monaten (allerdings nur nach vorheriger Genehmigung durch den Versicherer) erstattungsfähig. Das Pflegegeld wird auf die Jahreshöchstbeträge angerechnet.

Auch die **Continentale** erbringt ihre Leistung in Abhängigkeit von den Leistungen der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung, z.B. in Höhe von 100% nach dem Tarif PZ 10 oder in Höhe von 50% nach PZ 5. Anders als bei **Axa**, **Gothaer** oder **DKV** ist bei der **Arag** im Rahmen der teilstationären Pflege auch reine Laienpflege erstattungsfähig. Dies gilt auch bei der **Continentale**, sofern die Pflegepflichtversicherung eine Vorleistung erbringt. Die **Axa** zahlt in ihrem Tarif EHP bei Laienpflege ein Tagegeld. Die zuvor genannten Versicherer erbringen ihre Leistung nur, wenn der Aufenthalt in staatlich anerkannten oder öffentlichen Tagespflegeeinrichtungen erfolgt oder die Pflege ausschließlich durch pflegerisch geschulte Kräfte oder sowohl durch Pflege-Fachkräfte als auch Angehörige bzw. sonstige ehrenamtliche Helfer erbracht wird. Bei der **Mannheimer** gibt es bei teilstationärer Laienpflege höchstens ein Zusatzpflegegeld, sofern auch die Pflegepflichtversicherung ein Pflegegeld erbringen würde.

Die **Mannheimer** übernimmt mit ihrem Tarif HUMANIS ZP 06 nach Vorleistung der privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherungsträger alle Kosten bis in Höhe von 80%. Dies sollte nicht mit einer Erstattung von 80% des Rechnungsbetrages verwechselt werden. Bei Restkosten von beispielsweise 1.500 Euro entspricht dies einem Tagessatz von 40 Euro. Nimmt man jedoch monatliche Gesamtkosten in Höhe von 3.600 Euro für 4 Stunden professionelle Pflege am Tag an, von denen die gesetzliche Pflegeversicherung 980 Euro übernimmt, so übernimmt die **Mannheimer** zusätzlich 1.900 Euro (= 52,78% des Rechnungsbetrages). Daraus ergeben sich Restkosten von 720 Euro für die Versicherer. Ein Tarif, der analog 100% des von der Pflegepflichtversicherung gezahlten Betrages übernehmen würde, übernehme hingegen nur 980 Euro, so dass Restkosten in Höhe von 1.640 Euro übrig blieben.

Problematisch ist es bei der **Mannheimer** wie auch bei anderen Versicherern,

wenn keine Vorleistung der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung beansprucht werden kann, etwa weil die entsprechenden Wartezeiten noch nicht erfüllt sind oder der Anspruch nach § 34 SGB XI ruhen sollte. Bei einem Kollaps der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung, würde beispielhaft bei der Mannheimer bis zu einer Neuregelung im Sinne des § 24 Nr. 1 AVB jeder Leistungsanspruch fortfallen.

Auch der **Gothaer** steht es nach § 4 Nr. 1.2 AVB frei, bei Änderungen der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung oder einer gesetzlichen Neudefinition der Pflegestufen auch für diesen Tarif die Leistungen zu ändern. Das bedeutet nach dem Wortlaut des Tarifes jedoch keinen automatischen Anspruch auf eine Leistungsanpassung an einen neuen gesetzlichen Standard. Grundsätzlich unterscheiden sich die beiden Regelungen also nicht voneinander.

Im Tarif PEK der **DKV** werden Leistungen in Abhängigkeit von der Art der Pflege erbracht. Diese betragen monatlich beispielhaft bei:

Häuslicher Pflege durch Angehörige oder bei nicht erforderlicher vollstationärer Pflege (bei erforderlicher: 337,50 €/Monat für alle Stufen)	Teilstationäre Pflege in einem Pflegeheim
Pflegestufe I	
107,50 € / Monat	210,00 € / Monat
Pflegestufe II	
210,00 € / Monat	490,00 € / Monat
Pflegestufe III	
337,50 € / Monat	735,00 € / Monat

Beim **Volkswahl Bund** bewirkt eine Änderung der gesetzlichen Pflegedefinition keine Leistungsänderung, da die gesetzliche Pflegedefinition sich unverändert am Stand 2008 orientiert und alternativ eine Bewertung nach ADL zur Verfügung steht. Allerdings findet sich in § 2 (5) folgende Regelung:

„Wenn wir einen Pflegerenten-Tarif anbieten, der die neue Gesetzeslage berücksichtigt, haben Sie die Möglichkeit, Ihren bestehenden Vertrag ohne erneute Gesundheitsprüfung auf denjenigen neuen Tarif umzustellen, welcher bezüglich des Leistungsumfanges dem Ihres bestehenden Vertrags am näch-

sten kommt. Diese Umstellungsmöglichkeit besteht nicht, sofern für die versicherte Person bereits Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung oder einer privaten Pflegeversicherung beantragt worden sind, die versicherte Person schwerbehindert ist oder ein Antrag auf Anerkennung der Schwerbehinderung gestellt worden ist.“

Während die **Mannheimer** in ihrem Tarif ZP 06 insgesamt 80% des Rechnungsbetrages abzüglich der Vorleistung der Pflegepflichtversicherung erbringt, sieht die **HALLESCHE** mit ihrem Tarif PHN eine andere Art prozentualer Leistungen vor.

Diese unterscheiden sich analog den meisten Wettbewerbern in häusliche Pflege, teilstationäre und stationäre Pflege. Die konkrete Erstattung ist zudem abhängig von der durch ADL bestimmten Pflegestufe: min. 3 Pflegepunkte für die Pflegestufe I, min. 4 Punkte für die Pflegestufe II, min. 5 Punkte für die Pflegestufe III und min. 6 Punkte für die Pflegestufe IV. In Abhängigkeit von der Pflegestufe ergibt sich eine Bemessungsgrundlage von 25%, 50%, 75% bzw. 100% des versicherten Pflegegeldsatzes. Dabei steht für pflegespezifische technische Hilfsmittel in der häuslichen Pflege durch Angehörige sowie in der teilstationären Pflege höchstens die 40fache Bemessungsgrundlage zur Verfügung. Bezogen auf den so ermittelten Prozentsatz ergeben sich beispielhaft im Tarif PHN 50 unten aufgeführte monatliche Leistungen.

Die Definition des Pflegefalls ist bei den meisten Pflegekostentarifen an der Einstufung des SGB orientiert, weshalb eine Leistung nur bei Vorliegen einer gesetzlichen Pflegestufe erfolgt. Damit besteht bei Demenz vielfach kein oder nur ein geringer Versicherungsschutz.

Diese Lücke hat beispielsweise die Mannheimer schon 2006 erkannt, wes-

halb nach § 9 Mannheimer VB 2009 Pflegekostenzusatz ZP06 ein vorgezogenes Betreuungsgeld bei Demenz mindestens mittleren Grades vorgesehen ist. Eine Leistung erfolgt, solange die versicherte Person in der Pflege-Pflichtversicherung noch nicht als pflegebedürftig anerkannt, wird bis zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit in der Pflege-Pflichtversicherung.

Das Betreuungsgeld wird in Höhe des Pflegegeldes gezahlt, das von der Pflegepflichtversicherung zu zahlen wäre, wenn die versicherte Person Anspruch auf ein Pflegegeld bei häuslicher Pflege durch Familienangehörige aus Pflegestufe 1 hätte.

Bei **Arag**, **Continentale**, **DKV** und **Gothaer** werden Demenzleistungen nur dann erbracht, wenn auch gesetzlich eine Pflegeleistung als Folge von Demenz erbracht werden muss. Bedingungsseitig wird das Demenzrisiko jeweils nicht angesprochen.

Nicht am SGB orientiert ist der Tarif PHN der **HALLESCHE**. Hier wird abweichend nach einem eigenen Punktesystem (ADL) gearbeitet, weshalb eine Leistung auch dann erfolgt, wenn eine Vorleistung der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung ausscheidet. Damit besteht eine faktische Unabhängigkeit des Tarifes von gesetzlichen Änderungen.

Wichtig für die Beratungsdokumentation ist hingegen der Hinweis, dass eine Einstufung als Pflegefall nach der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung demnach nicht gleichbedeutend mit einem Leistungsanspruch an das Pflegeprodukt der **HALLESCHE** ist.

Alle im Text erwähnten Versicherer verzichten auf das ordentliche Kündigungsrecht in den ersten drei Jahren nach Abschluss; ein Verzicht auf das außerordentliche Kündigungsrecht wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung oder Prämienverzug ist damit nicht verbunden.

HALLESCHE: Tarif PHN 50

	Pflegestufe			
	I	II	III	IV
Ambulante Pflege durch Angehörige:	112,50 €	225,00 €	337,50 €	450,00 €
Häusliche Pflege durch Pflegekräfte:	300,00 €	600,00 €	900,00 €	1.200,00 €
Teilstationäre Pflege:	300,00 €	600,00 €	900,00 €	1.200,00 €
Vollstationäre Pflege:	375,00 €	750,00 €	1.125,00 €	1.500,00 €
pflegespezifische technische Hilfsmittel	500,00 €	1.000,00 €	1.500,00 €	2.000,00 €

■ Geltungsbereich

Auch für Pflegekostentarife besteht ein meist nur räumlich eingeschränkter Geltungsbereich.

So erstreckt sich der Versicherungsschutz bei den **Axa**-Tarifen EHP/ESP auf die Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Dies gilt auch bei der **Mannheimer** im Tarif HUMANIS ZP 06.

Verzieht jemand nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ins Ausland, so bleibt der Versicherungsschutz bei der **Mannheimer** und der **DKV** erhalten. Bei Verzug außerhalb der europäischen Wirtschaftszone vor Eintritt des Leistungsfalles endet der Versicherungsschutz. Ein Hinweis auf die Möglichkeit einer abweichenden Regelung im Einzelfall ist in § 3 Nr. 2 nicht zu finden. Allgemein gilt für Pflege im Ausland, dass nur Anspruch auf ein pauschales Auslandspflegegeld in Höhe des Pflegegeldes nach § 37 Abs. 1 SGB XI besteht, das die Pflegepflichtversicherung hiernach bei häuslicher Pflege der versicherten Person in Deutschland erbringen würde. Voraussetzung für die pauschale Pflegegeldzahlung im Ausland ist, dass auch aus der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung Leistungen für häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege erbracht werden. Übernehmen Familienangehörige oder sonstige Personen die Pflege zu Hause wird ein Zusatzpflegegeld geleistet, dessen Höhe von der jeweiligen Pflegestufe abhängig ist. Die übliche Erstattung von 80% des Rechnungsbetrages gilt nur für Berufspflegekräfte in Deutschland. Auch werden nach § 8 der Bedingungen Vorleistungen

für andere Leistungsarten aus ZP 06 auf den Höchsterstattungssatz von 50.000 Euro p.a. angerechnet. Werden in einem Jahr beispielsweise je 20.000 Euro für häusliche Pflege sowie für stationäre Pflege, zusammen also 40.000 Euro, erbracht, so wurde der Jahreshöchstbetrag von 50.000 Euro noch nicht ausgeschöpft. Tatsächlich stehen noch weitere 10.000 Euro im Rahmen der tariflichen Leistungen zur Verfügung.

Auch bei der **Continental** und der **DKV** endet das Versicherungsverhältnis, wenn eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, verlegt; es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Bei der **DKV** kann Tarif PEK alternativ auch in Anwartschaft gestellt werden.

Bei der **Gothaer** im Tarif P3 werden Pflegeleistungen nach § 1 Nr. 11 innerhalb Deutschlands erbracht. Außerhalb der Bundesrepublik werden in den EU- und EWR-Staaten Aufwendungen für Pflege in Höhe der in Deutschland anfallenden Kosten ersetzt. Kein Versicherungsschutz besteht nach § 5 Nr. 1 c) für Pflegefälle im Ausland und zwar auch dann, wenn sich versicherte Personen im Ausland aufhalten. Anders als bei der **Mannheimer** endet der Versicherungsschutz jedoch nicht bei Verzug ins Ausland.

Die **Arag** sieht Versicherungsschutz gemäß § 1 Teil I Nr. 11 für Deutschland vor. Im Ausland werden nach Nr. 11 Leistungen in der Höhe erbracht wie sie auch in Deutschland erbracht würden,

räumlich begrenzt jedoch auf die EU- und EWR-Staaten sowie nach § 1 Teil II die Schweiz. Der Versicherungsvertrag endet bei dauerhafter Verlegung in ein Ausland außerhalb des benannten Geltungsbereiches, wobei dauerhaft nicht näher definiert wurde. Im Einzelfall kann das Vertragsverhältnis nach Absprache mit dem Versicherer über diesen Zeitraum hinaus fortgesetzt werden.

■ Inflationsausgleich

Wie bereits in „Risiko & Vorsorge 2/2009“, S. 35 beschrieben, sollte das Thema Inflationsausgleich nicht übersehen werden. Eine automatische Dynamik bietet die **Mannheimer**, da in deren Tarif nach Vorleistung der Pflege-Pflichtversicherung immer 80% der verbleibenden Kosten erstattet werden, allerdings ist die Höchsterstattung auf 50.000 Euro je Person und Jahr beschränkt, was einer maximalen monatlichen Erstattung von 4.166,67 Euro entspricht und gegenwärtig als mehr als ausreichend zu betrachten ist. Nach § 12 Nr. 3 ist jedoch unter bestimmten Umständen zusätzlich noch eine Erhöhung dieser Maximierung vorgesehen.

Auch die Tarife von **Axa**, **DKV** und **HALLESCHE** sehen bedingungsgemäße Optionen zum Inflationsausgleich vor. Bei der **HALLESCHE** steht diese Optionen beispielsweise Personen vor dem vollendeten 55. Lebensjahr alle 5 Jahre zur Verfügung und dies ohne erneute Gesundheitsprüfung oder Wartezeiten.

Ein kleines Highlight am Rande bietet die **Gothaer** in ihrem Tarif P3. Hier heißt es

Versicherungsfähigkeit und Monatsprämien im Überblick

Gesellschaft	Tarif	Stand	Eintrittsalter	Prämie m / w (5 Jahre)	Prämie m / w (35 Jahre)	Prämie m / w (55 Jahre)
ARAG	681	01.2009	0-65 Jahre **	0,44 €	2,67 € / 4,92 €	7,00 € / 12,36 €
ARAG	685	01.2009	0-65 Jahre **	2,20 €	13,35 € / 24,60 €	35,00 € / 61,80 €
ARAG	680	01.2009	0-65 Jahre **	4,40 €	26,70 € / 49,20 €	70,00 € / 123,60 €
AXA	EHP 100, ESP 100	05.2008	0-70 Jahre**	2,50 €	18,20 € / 29,10 €	41,70 € / 69,00 €
Continental	PZ 10	01.01.2009	0-75 Jahre **	2,20 €	15,40 € / 27,40 €	35,20 € / 61,30 €
DKV	PEK	07.2008	0-80 Jahre	0,66 €	5,32 € / 10,28 €	12,59 € / 22,00 €
Gothaer	P3	01.01.2009	0-67 Jahre **	2,53 €	14,01 € / 24,64 €	33,03 € / 54,40 €
Hallesche	PHN 50	01.01.2009	0-65 Jahre **	4,50 €	19,10 € / 31,10 €	48,10 € / 76,50 €
LKH	PEV 100	01.2009	0-60 Jahre*	2,10 €	18,40 € / 34,60 €	45,00 € / 81,60 €
Mannheimer	HUMANIS ZP 06	01.2009	0-60 Jahre	5,47 €	22,05 € / 33,61 €	45,41 € / 77,80 €

* obwohl der Tarif nur bis zum 60. Lebensjahr angeboten wird, besteht keine bedingungsgemäße Eintrittsalterbeschränkung

** gemäß Angebotssystem. Auf Anfrage ohne Altersbegrenzung

in § 15 Nr. 3.1, dass Lebenspartner und Ehepartner nach rechtsgültiger Scheidung von Ehe oder Lebenspartnerschaft das Recht haben, ihren jeweiligen Vertrag als selbstverständigen Vertrag fortzusetzen. Dies gilt auch dann, wenn die Partner lediglich dauernd getrennt leben sollten.

Zusätzliche Nachweispflicht ist unüblich

Normalerweise reicht es bei Pflegetagegeld- und Pflegekostenversicherungen aus, den Nachweis zu erbringen, dass eine Leistung aus der privaten oder gesetzlichen Pflegepflichtversicherung erfolgt. Dies gilt jedoch nicht für alle Versicherer. So sollte etwa im Tarif P3 der **Gothaer** gemäß § 4 Nr. 2.1 AB / PV 2009 der Versicherungsnehmer spätestens alle drei Monate auf eigene Kosten den Fortbestand der Pflegebedürftigkeit durch ärztliche Bescheinigungen nachweisen. Gleiches gilt für den Pflegetagegeldtarif PT der **Gothaer**. Der zusätzliche Nachweis werde von der **Gothaer** in der Praxis allerdings nicht eingefordert. Tatsächlich reiche der Nachweis aus der privaten bzw. gesetzlichen Pflegeversicherung aus.

Zwischen den Welten: die Pflegekostenversicherung der LKH

Der Pflegekostentarif der LKH stellt ein Bindglied zwischen Pflegetagegeld- und Pflegekostenversicherung dar. Auf Grund-

lage der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung erhöhen sich die Leistungen um 20% (PEV 20) bis 200% (PEV 200). Daraus ergibt sich zwangsläufig, dass Leistungen bei Demenz dann erbracht werden, wenn auch aus der gesetzlichen oder privaten Pflegepflicht Leistungen resultieren. Damit erspart sich die LKH eine eigenständige Prüfung, da der Entscheid von MDK bzw. MedicProof einzige Bewilligungsgrundlage ist. Wie es sonst für Pflegetagegeldtarife üblich ist, steht das Geld aus dem Tarif PEV frei verfügbar, statt wie bei Pflegekostenversicherungen zweckgebunden eingesetzt werden zu müssen. Da die gesetzliche Leistung bei häuslicher Pflege durch Angehörige nur ein geringeres Pflegegeld vorsieht, gilt analog eine reduzierte Leistung auch für den PEV.

Ohne Vorleistung der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung würden auch Versicherte der LKH leer ausgehen. Eine reine Änderung der gesetzlichen Leistungen würde jedoch lediglich zu einer Prämienmodifikation führen:

„Werden die Leistungen oder Beiträge der privaten Pflegepflichtversicherung geändert, so werden die Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.“

Wenig vorteilhaft ist, dass keine Erhöhung der privaten Pflegeleistungen erfolgt, wenn von staatlicher Seite keine

Erhöhungen oder sogar Kürzungen vorgenommen werden. So erfolgte etwa für die gesetzliche Pflegepflichtversicherung von 01.01.1995 bis 01.07.2008 effektiv keine Anpassung der Leistung, während die kumulierte Inflation von 1995 bis 2007 insgesamt 21,46 % betrug, was einem Wertverlust von gut einem Fünftel entspricht. Durch die Pflegereform von 2008 kam es zwar zu einer Erhöhung der gesetzlichen Pflegeleistungen. Diese fiel jedoch eher bescheiden aus. Betrachtet man etwa den Zeitraum von 1995 bis 2012 für häusliche Pflegeleistungen in der Pflegestufe I, so ergibt sich eine durchschnittliche Anpassung von 0,94% p.a. Bezogen auf das Pflegegeld in Pflegestufe III betrug die Anpassung sogar nur 0,30% p.a. Von einem Inflationsausgleich kann hier also nicht gesprochen werden.

Anders als in der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung ersetzt die LKH nicht die Kosten für technische Hilfsmittel (z.B. verstellbare Pflegebetten), wie es sonst üblich ist. Der Tarif PEV sieht eine Wartezeit von 3 Jahren vor. Der Versicherungsschutz nach § 1 Nr. 12 bezieht sich ausschließlich auf Pflege in Deutschland. Der Versicherungsschutz entfällt nach § 2 Nr. 1c), „solange sich versicherte Personen in Staaten aufhalten, die nicht Mitgliedsstaaten der Europäischen Union oder Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden“.

Pflegetagegeldtarife

Der Pflegefall wird in Pflegetagegeldtarifen fast immer analog privater oder gesetzlicher Pflegeversicherung (MDK bei gesetzlich bzw. Medicproof bei privat Versicherten) eingestuft. Entsprechend ist also eine Einstufung nach Pflegestufe I, II oder III möglich. Gerade jüngere Tarife, die nach der Pflegereform vom 01.07.2008 entstanden sind, sehen darüber hinaus eine Leistung auch in der „Pfleigestufe 0“ vor, d.h. bei besonderen Einschränkungen der allgemeinen Alltagskompetenz (Demenz) nach § 45b

SGB XI. In solchen Fällen zahlt die Pflichtversorgung ein monatliches Betreuungsgeld, das zwischen 100 oder 200 Euro betragen kann.

Eng an die gesetzliche Definition angelehnt ist die neue Tarifgeneration der **Signal Iduna**, auch wenn nicht explizit auf die gesetzliche Einstufung abgestellt wird. Dies kann dazu führen, dass der Gesetzgeber zwar einer Pflegeeinstufung zustimmt, die **Signal** jedoch durch ihren Gutachter zu einem abweichenden Ergebnis kommt. Möglich ist auch, dass

Versicherte erst die Leistung von MDK oder Medicproof abwarten, um dann festzustellen, dass ihr Leistungsanspruch bei der **Signal** dann erst ab dem Monat der Meldung erfolgt. Abweichend wird im Zusammenhang mit Demenz auf die oben skizzierte gesetzliche Regelung als Anspruchsgrundlage abgestellt. Bei einem Tagessatz von beispielsweise 50 Euro zahlt der Versicherer ein zusätzliches Betreuungsgeld von bis zu 100 Euro¹.

Gegenteilig ist die Gestaltung in der **MÜNCHENER VEREIN** Krankenversicherung in ihrem Tarif 425. In diesem wird bei Demenz mittleren Grades ein vorgezogenes Betreuungsgeld in Höhe des Pflegegeldes der Pflegestufe I (derzeit 415

¹ Pro 1 Euro versichertem Tagessatz 1% des Anspruchs auf zusätzliche Betreuungsleistung aus der SPV bzw. PPV. Dieser beträgt regelmäßig 1.200 Euro p.a., in besonderen Härtefällen 2.400 Euro p.a.

in § 15 Nr. 3.1, dass Lebenspartner und Ehepartner nach rechtsgültiger Scheidung von Ehe oder Lebenspartnerschaft das Recht haben, ihren jeweiligen Vertrag als selbstverständigen Vertrag fortzusetzen. Dies gilt auch dann, wenn die Partner lediglich dauernd getrennt leben sollten.

Zusätzliche Nachweispflicht ist unüblich

Normalerweise reicht es bei Pflegetagegeld- und Pflegekostenversicherungen aus, den Nachweis zu erbringen, dass eine Leistung aus der privaten oder gesetzlichen Pflegepflichtversicherung erfolgt. Dies gilt jedoch nicht für alle Versicherer. So sollte etwa im Tarif P3 der **Gothaer** gemäß § 4 Nr. 2.1 AB / PV 2009 der Versicherungsnehmer spätestens alle drei Monate auf eigene Kosten den Fortbestand der Pflegebedürftigkeit durch ärztliche Bescheinigungen nachweisen. Gleiches gilt für den Pflegetagegeldtarif PT der **Gothaer**. Der zusätzliche Nachweis werde von der **Gothaer** in der Praxis allerdings nicht eingefordert. Tatsächlich reiche der Nachweis aus der privaten bzw. gesetzlichen Pflegeversicherung aus.

Zwischen den Welten: die Pflegekostenversicherung der LKH

Der Pflegekostentarif der LKH stellt ein Bindglied zwischen Pflegetagegeld- und Pflegekostenversicherung dar. Auf Grund-

lage der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung erhöhen sich die Leistungen um 20% (PEV 20) bis 200% (PEV 200). Daraus ergibt sich zwangsläufig, dass Leistungen bei Demenz dann erbracht werden, wenn auch aus der gesetzlichen oder privaten Pflegepflicht Leistungen resultieren. Damit erspart sich die LKH eine eigenständige Prüfung, da der Entscheid von MDK bzw. MedicProof einzige Bewilligungsgrundlage ist. Wie es sonst für Pflegetagegeldtarife üblich ist, steht das Geld aus dem Tarif PEV frei verfügbar, statt wie bei Pflegekostenversicherungen zweckgebunden eingesetzt werden zu müssen. Da die gesetzliche Leistung bei häuslicher Pflege durch Angehörige nur ein geringeres Pflegegeld vorsieht, gilt analog eine reduzierte Leistung auch für den PEV.

Ohne Vorleistung der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung würden auch Versicherte der LKH leer ausgehen. Eine reine Änderung der gesetzlichen Leistungen würde jedoch lediglich zu einer Prämienmodifikation führen:

„Werden die Leistungen oder Beiträge der privaten Pflegepflichtversicherung geändert, so werden die Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.“

Wenig vorteilhaft ist, dass keine Erhöhung der privaten Pflegeleistungen erfolgt, wenn von staatlicher Seite keine

Erhöhungen oder sogar Kürzungen vorgenommen werden. So erfolgte etwa für die gesetzliche Pflegepflichtversicherung von 01.01.1995 bis 01.07.2008 effektiv keine Anpassung der Leistung, während die kumulierte Inflation von 1995 bis 2007 insgesamt 21,46 % betrug, was einem Wertverlust von gut einem Fünftel entspricht. Durch die Pflegereform von 2008 kam es zwar zu einer Erhöhung der gesetzlichen Pflegeleistungen. Diese fiel jedoch eher bescheiden aus. Betrachtet man etwa den Zeitraum von 1995 bis 2012 für häusliche Pflegeleistungen in der Pflegestufe I, so ergibt sich eine durchschnittliche Anpassung von 0,94% p.a. Bezogen auf das Pflegegeld in Pflegestufe III betrug die Anpassung sogar nur 0,30% p.a. Von einem Inflationsausgleich kann hier also nicht gesprochen werden.

Anders als in der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung ersetzt die LKH nicht die Kosten für technische Hilfsmittel (z.B. verstellbare Pflegebetten), wie es sonst üblich ist. Der Tarif PEV sieht eine Wartezeit von 3 Jahren vor. Der Versicherungsschutz nach § 1 Nr. 12 bezieht sich ausschließlich auf Pflege in Deutschland. Der Versicherungsschutz entfällt nach § 2 Nr. 1c), „solange sich versicherte Personen in Staaten aufhalten, die nicht Mitgliedsstaaten der Europäischen Union oder Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden“.

Pflegetagegeldtarife

Der Pflegefall wird in Pflegetagegeldtarifen fast immer analog privater oder gesetzlicher Pflegeversicherung (MDK bei gesetzlich bzw. Medicproof bei privat Versicherten) eingestuft. Entsprechend ist also eine Einstufung nach Pflegestufe I, II oder III möglich. Gerade jüngere Tarife, die nach der Pflegereform vom 01.07.2008 entstanden sind, sehen darüber hinaus eine Leistung auch in der „Pfleigestufe 0“ vor, d.h. bei besonderen Einschränkungen der allgemeinen Alltagskompetenz (Demenz) nach § 45b

SGB XI. In solchen Fällen zahlt die Pflichtversorgung ein monatliches Betreuungsgeld, das zwischen 100 oder 200 Euro betragen kann.

Eng an die gesetzliche Definition angelehnt ist die neue Tarifgeneration der **Signal Iduna**, auch wenn nicht explizit auf die gesetzliche Einstufung abgestellt wird. Dies kann dazu führen, dass der Gesetzgeber zwar einer Pflegeeinstufung zustimmt, die **Signal** jedoch durch ihren Gutachter zu einem abweichenden Ergebnis kommt. Möglich ist auch, dass

Versicherte erst die Leistung von MDK oder Medicproof abwarten, um dann festzustellen, dass ihr Leistungsanspruch bei der **Signal** dann erst ab dem Monat der Meldung erfolgt. Abweichend wird im Zusammenhang mit Demenz auf die oben skizzierte gesetzliche Regelung als Anspruchsgrundlage abgestellt. Bei einem Tagessatz von beispielsweise 50 Euro zahlt der Versicherer ein zusätzliches Betreuungsgeld von bis zu 100 Euro¹.

Gegenteilig ist die Gestaltung in der **MÜNCHENER VEREIN** Krankenversicherung in ihrem Tarif 425. In diesem wird bei Demenz mittleren Grades ein vorgezogenes Betreuungsgeld in Höhe des Pflegegeldes der Pflegestufe I (derzeit 415

¹ Pro 1 Euro versichertem Tagessatz 1% des Anspruchs auf zusätzliche Betreuungsleistung aus der SPV bzw. PPV. Dieser beträgt regelmäßig 1.200 Euro p.a., in besonderen Härtefällen 2.400 Euro p.a.

Euro) solange gezahlt, bis die Person in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung als pflegebedürftig anerkannt wird.

Eine Einstufung nach Activities of Daily Life (ADL) wie es bei vielen Pflegeversicherungen (optional) möglich ist, ist im Rahmen der Pfl egetagegeldversicherung unüblich.

Noch immer leisten viele Pfl egetagegeldtarife nur bei Pflege innerhalb Deutschlands. Andere haben den Geltungsbereich auf die Länder des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) und die Schweiz oder zusätzlich die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union ausgeweitet z.B. DKV (PET, PT3: EU und EWR). Weltweiter Versicherungsschutz besteht meist gar nicht oder nur für Zeiträume bis etwa 6 Wochen im Jahr. Im Tarif PTG DYN der AXA besteht Versicherungsschutz so lange fort wie die versicherte Person aus medizinischen Gründen die Rückreise nicht ohne Gefährdung der Gesundheit antreten kann. Die DKV lässt den Fortbestand allerdings auch hier mit einer besonderen Vereinbarung zu.

Vielfach unterscheiden Versicherer noch immer in der Leistungshöhe zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflege. Auch wird die Leistung teilweise eingeschränkt, wenn Angehörige oder Bekannte die Pflege übernehmen.

So erfolgt im Tarif PTA der Hanse Merkur oder im Tarif PET der DKV eine Leistung beispielsweise dann nach den Erstattungssätzen für stationäre Pflege, wenn der Pflegebedürftige vollstationär gepflegt wird, obwohl dies nicht erforderlich ist. Dies gilt auch, wenn häusliche bzw. teilstationäre Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann. Ob vollstationäre Pflege erforderlich ist, ergibt sich aus den entsprechenden Richtlinien der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Einige Anbieter sehen bei erstmaligem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit eine erhöhte Leistung vor. Bei der DKV beträgt diese das 120fache des Tagessatzes (Tarif PT3) bei erstmaligem Eintritt in Pflegestufe III, bei der Signal Iduna (Pflege Top) in diesem Fall dem 90fachen, bei PflegeOPTIMAL und PflegePREMIUM der Union Krankenversicherung / Bayerischen Beamtenkrankenkasse das 60fache und bei der Halleschen (Olga Plus) dem 90fachen Tagessatz. Bei den

oben genannten Anbietern besteht jeweils nur einmalig während der gesamten Vertragslaufzeit Anspruch auf diese Mehrleistung.

■ Ausschlüsse & Haftung

Die leistungsstärksten Anbieter unterscheiden sich nur wenig in ihren Ausschlüssen voneinander, allerdings sehen Kranken- und Lebensversicherer nahezu immer eine andere Palette von Gründen für eine Leistungsverweigerung vor.

Demnach sind übliche Ausschlüsse vorsätzliche Pflegebedürftigkeit, Pflegebedürftigkeit für laufende Fälle während eines stationären Krankenhausaufenthaltes (Krankenhausklausel) sowie Pflegebedürftigkeit, die durch Kriegsereignisse verursacht wird oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind. Nur teilweise als Ausschluss zählt der Pflegefall als Folge einer Suchterkrankung, während die in Pflegerentertarifen übliche ABC-Klausel für Pfl egetagegeldversicherer unüblich ist. Versicherungsschutz auch bei Sucht sehen beispielsweise Continentale (PTK/10/10) sowie Signal Iduna (Pflege Top) vor.

Zusätzliche Ausschlüsse gelten im Tarif Pflege Top der Signal Iduna auch für unfallbedingte Pflegebedürftigkeit, wobei weitestgehend die für diese Sparten üblichen Ausschlüsse zur Anwendung kommen. Besonders erwähnenswert bleiben folgende Abweichungen: Infektionskrankheiten als Folge von Zeckenbissen sind abweichend von der allgemeinen Regelung eingeschlossen. Gleiches gilt für Bewusstseinsstörungen als Führer eines Kfz bis zu einem Blutalkoholgehalt von bis 0,8 Promille, in allen anderen Fällen von bis zu 1,3 Promille. Außerdem besteht kein Versicherungsschutz für unfallbedingte Pflegebedürftigkeit, wenn diese als Berufssportler oder bei der Ausübung von Sport in der Weise, dass die versicherte Person überwiegend damit den Lebensunterhalt verdient, verursacht werden.

Deutlich erklärungsbedürftiger und somit im Zweifel von hoher Haftungsbranz ist der neue Tarif Pflege Unfall der Signal Iduna. Mit Ausnahme der zusätzlichen Leistung bei Demenz entspricht er zwar weitestgehend dem Toptarif, schließt jedoch jede nicht unfallbedingte Pflegebedürftigkeit aus. Damit wird es nur

vergleichsweise sehr selten zu einem echten Leistungsfall kommen.

■ Krankenhausklausel

Zur Krankenhausklausel (s.o.) sehen einige Versicherer abweichend verbesserte Regelungen vor.

So wird bei der Continentale (PTK/10/10) abweichend 75% des versicherten Pfl egetagegeldes fällig. Union Krankenversicherung/Bayerische Beamtenkrankenkasse (PflegeKOMPAKT, PflegeOPTIMAL und PflegePREMIUM) leistet abweichend für die Dauer der ersten vier Wochen einer vollstationären Behandlung, die Signal Iduna (Pflege Plus) für die ersten 4 Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme, sofern Anspruch auf Pflegegeld in der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung besteht, die AXA (PTG DYN) sieht hier keinerlei Einschränkungen vor.

■ Inflationsausgleich

Noch immer gibt es Pfl egetagegelder ohne Inflationsausgleich. Zunehmend jedoch wird Versicherten die Möglichkeit gegeben, versicherte Leistungen wenigstens bis zum Eintritt des Versicherungsfalles zu dynamisieren.

So ist bei der Continentale (PTK 10/10) ab dem vollendeten 21. Lebensjahr alle 2 Jahre eine automatische Beitragsanpassung ohne erneute Gesundheitsprüfung um jeweils 5% möglich.

Die Gothaer (Tarife PT2 / PT3) dynamisiert die vereinbarte Leistung automatisch alle 3 Jahre um 10% (min. um 5 Euro, maximal auf 100 Euro insgesamt).

Bei der Halleschen (Olga Plus) und der Signal Iduna (Pflege Top) ist alle 3 Jahre zum 01.07. eine Dynamisierung um 10% möglich.

Bei PTA der HanseMerkur und PET, PT3 der DKV findet ein jährlicher Vergleich der durchschnittlichen Pflegekosten bzw. des Verbraucherindex (DKV) mit denen/dem, die/der der letzten Leistungsanpassung zugrunde lagen, statt. Ergibt sich dabei eine Steigerung von mehr als 10%, so wird der vereinbarte Tagessatz ohne Risikoprüfung und erneute Wartezeiten der Kostenentwicklung angepasst und um min. 5 Euro (DKV) angepasst (ggf.: solange ein Höchstsatz nicht überschritten wird). Für den erhöhten Beitrag

gelten bei der Hanse-Merkur analog vereinbarte Besondere Bedingungen und Risikozuschläge. Wird die Dynamik zweimal hintereinander abgelehnt, so erlischt das Recht bei der Hanse Merkur, bei der DKV dagegen nicht.

Ausgewählte Tarife (z.B. PTK 10/10 der **Continentale**, PET und PT 3 der **DKV**, Olga Plus der **Halleschen**, PTA der **HanseMerkur** oder Pflege Top der **Signal Iduna**) sehen eine Erhöhung auch im Pflegefall selbst vor.

Meldepflicht

Üblich ist noch immer eine unverzügliche Meldepflicht über die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit (z.B. PTK der **Continentale**, PTG DYN der **AXA**, Olga Plus der **Halleschen** oder Pflege Top der **Signal Iduna**).

Der Tarif PTA der **HanseMerkur** sieht bei stationärer Pflege eine verbindliche Meldefrist von 10 Tagen für die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit vor.

Bei der **Halleschen** muss zwar die Meldung unverzüglich erfolgen, allerdings wird eine Leistung rückwirkend bis zu Beginn des Monats nach Antragstellung erbracht.

Die **AXA** sieht zwar wie beschrieben eine unverzügliche Meldung vor, allerdings ist für das Ausfüllen des Fragebogens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit eine Frist von 42 Tagen ausreichend.

Tarifwechsel

Positiv für den Kunden sind die Regelungen von z.B. **Hallesche** (Olga Plus) und **HanseMerkur** (PTA), wo etwaige Verbesserungen der gesetzlichen Pflegedefinition automatisch auch für den Bestand gelten.

Ebenfalls positiv ist das Angebot der **Signal Iduna** (Pflege Top); der Versicherer garantiert ein Recht auf Umstellung in neue Tarife zur Ergänzung der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung, die in Reaktion auf in Kraft tretende Reformen der Leistungen in der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung vom Versicherer eingeführt werden. Das Recht kann nur innerhalb von drei Monaten nach Einführung des neuen Tarifs ausgeübt werden. Eine Gesundheitsprüfung ist nicht erforderlich. Der Versicherungsnehmer werde rechtzeitig vom Versicherer über die Einführung des neuen Tarifs informiert. Das Optionsrecht

erlischt nach Eintritt des Pflegefalls oder bei Vertragsabschluss nach dem vollendeten 60. Lebensjahr.

Die **MÜNCHENER VEREIN** Krankenversicherung bietet in den Tarifen 420 und 423 eine ähnliche Garantie. Diese erfolgt über eine spezielle bis zum 31.12.2012 gültige Garantieerklärung:

„Wenn der Gesetzgeber im Rahmen der Reform der sozialen Pflegeversicherung Leistungen ändert und/oder die private Absicherung von Pflegekostenrisiken vorsieht oder fördert, garantiert der **MÜNCHENER VEREIN** allen in den Tarifen 420 und 423 versicherten Kunden die Wechselmöglichkeit in entsprechend neu geschaffene Pflegeergänzungstarife. Ihr

gewünschter Wechsel erfolgt dann innerhalb eines halben Jahres nach Inkrafttreten der Reform ohne Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten.“

Eine vergleichbare Option bietet auch die **Allianz** mit ihrer Pflege-PrivatGarantie für die PTZ-Bestandskunden. Wenn der Gesetzgeber im Rahmen von Reformen der sozialen Pflegeversicherung Leistungselemente der Pflegeversicherung ändert und die Allianz bis 31.12.2012 einen neuen Zusatztarif mit Pflegeleistungen zur Ausübung des Optionsrechts bekannt geben, kann der Kunde ohne erneute Gesundheitsprüfung in diesen Tarif wechseln.

Ausgewählte Pflegetagegeldtarife mit laufender Beitragszahlung im Überblick

Anbieter	Tarif	Demenz	Leistungen je nach Pflegestufe		
			I	II	III
Allianz ***	PZT	----	25%	50%	100%
Arag	69	----	100% (S)	100% (S)	100% (S)
AXA	PTG DYN	----	40%*	70%*	100%*
Bayer. BeamtenKK (W+)	PflegePREMIUM	----	30%*	60%*	100%*
Central (W)	EPTN 1	----	25% A / 100%	65% A / 100%	100%
Continentale	PTK ****	----	100%	100%	100%
Continentale	PTE	----	---	---	100%
Deutscher Ring (W)	PTG 1	----	30% A / 100%	65% A / 100%	100%
DEVK	PT	----	25% A / 100%	65% A / 100%	100%
DKV	PET	----	25% A / 100%	50% A / 100%	75% / 100%**
Gothaer (W)	PTG	----	35%	70%*	100%*
Hallesche	OlgaPlus	----	30%	70%	100%*
Hanse Merkur (W)	PTA	----	25% A / 100%	50% A / 100%	100%
Inter (W)	PT I, PT II, PT III	----	100%	100%	100%
Münchener Verein	420	ja	33%	67%	100%
Nürnberger	PT	----	---	70%	100%
Signal Iduna	Pflege UNFALL	----	30% (U)	70% (U)	100% (U)*
Signal Iduna	Pflege START	ja	30% (U)	70% (U)	100%*
Signal Iduna	Pflege PLUS	ja	30% (U)	70%	100%*
Signal Iduna	Pflege TOP	ja	30%	70%	100%*
Union Krankenv. (W+)	PflegePREMIUM	----	30%*	60%*	100%*
uniVersa	PT-Komfort	----	---	---	100%
uniVersa	PT-Premium	----	40%	60%	100 oder 150%

Quelle: eigene Recherchen

* Beitragsbefreiung im Leistungsfall; ** ambulant leistet die DKV nur in besonderen Härtefällen, die weit über den durchschnittlichen Pflegeaufwand der Pflegestufe III hinausgehen zu 100 % des versicherten Tagessatzes sonst zu 75 %, stationär grundsätzlich 100 %; *** erfolgt die häusliche Pflege nicht durch Pflegefachkräfte, sondern ausschließlich durch sonstige Pflegepersonen, vermindern sich die tariflichen Leistungen jeweils um 50 %; **** für die ambulante und vollstationäre Pflege können unterschiedliche Tagegeldhöhen vereinbart werden. Eine Leistung der vereinbarten Tagessätze erfolgt in allen Pflegestufen immer zu 100 %; (A) bei ambulanter Pflege gilt nur die reduzierte Leistung; (S) Leistung nur bei vollstationärer Pflege. Wird vollstationäre Pflege gewählt, obwohl diese nicht notwendig ist, so reduziert sich die Leistung in Pflegestufe I und II auf 50 %; (U) Leistung wird nur bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit erbracht; (W) Wartezeit von 3 Jahren. Die Wartezeit entfällt bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit. (W+) wie W, allerdings entfällt die Wartezeit für die Einmalzahlung bei erstmaligem Eintritt in eine der Pflegestufen. Demenz: bedingungsseitig geregelte Leistungserbringung auch bei Demenz unabhängig vom gleichzeitigen Vorliegen einer Pflegestufe nach SGB XI, also de facto schon ab „Pflegestufe 0“.

DIE OPTIMALE ANLAGE-STRATEGIE

Nahezu täglich werden wir dazu aufgefordert, stärker Privatvermögen zu bilden – von Politikern, den Medien oder unserem Finanzberater. Aber wie funktionieren die Finanzmärkte eigentlich? Wissen wir, was wir tun, wenn wir eine Aktie kaufen oder eine Versicherung abschließen? Und: Tun wir das Richtige?



2007 · 228 Seiten · Gebunden
€[D] 24,90/€[A] 25,60/sFr 44,00 (UVP)
ISBN 978-3-593-38247-0

Sie finden unser
Gesamtprogramm auf
www.campus.de

campus
Frankfurt · New York

■ Pflegeversicherung

■ Beitragsbefreiung im Pflegefall

Einige Versicherer verzichten ab einer bestimmten Pflegestufe analog des Standards in der Berufsunfähigkeitsversicherung auf die Prämienzahlung. Eine solche Beitragsfreistellung ist sicher ein gutes Verkaufsargument, lässt sich aber genauso gut durch schon anfänglich höhere Pflegeleistungen absichern. Grundsätzlich ist es allerdings vorteilhafter, entsprechend hohe Leistungen abzusichern als erst nach einem Anbieter zu suchen, der in allen drei Pflegestufen eine Beitragsbefreiung vorsieht.

■ Problem Optionstarife

Zahlreiche Tarife wie etwa der Tarif PT-Komfort der uniVersa bieten ein so genanntes Optionsrecht bis Eintrittsalter 55 auf Wechsel in die nächst höhere Tarifstufe ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten. Dabei ist der Wechsel in den Premiumtarif zu folgenden Stichtagen möglich: der Monatserste nach Ablauf von 5 bzw. 10 Jahren sowie der Erste des Monats, in dem der Versicherungsnehmer das 50. Lebensjahr vollendet hat. Vom Optionsrecht muss spätestens zwei Monate vor dem Stichtag Gebrauch gemacht werden. Damit kann die Option spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres in Anspruch genommen werden. Dies gilt implizit also auch für jene, die zum Zeitpunkt der Umstellung bereits pflegebedürftig nach Pflegestufe I oder II sein sollten.

Problematisch sind in diesem Zusammenhang zum einen die starren Fristen, zum anderen das Haftungsrisiko für den Vermittler, falls der Kunde vor Eintritt des Optionsrechtes zum Pflegefall nach Pflegestufe I oder II werden sollte. Da der Eintritt des Pflegefalls nicht vorhersehbar ist und auch schon in jungen Jahren erfolgen kann, ist die Entscheidung für einen nur eingeschränkten Schutz, um in jungen Jahren Prämien zu sparen, nicht empfehlenswert. Dies gilt auch dann, wenn man beispielsweise damit kalkuliert, dass mit 50 die Kinder aus dem Haus, beide Elternteile wieder arbeiten könnten und die Schulden für eine Immobilienfinanzierung abbezahlt seien. Hinzu kommt, dass Versicherten klar sein muss, dass bei Inanspruchnahme des Optionsrechtes nicht die heute benannten Prämien gelten werden, sondern diejenigen für das

spätere Eintrittsalter. Auf Grundlage der heutigen Prämienkalkulation bedeutet dies etwa für einen heute 20jährigen der mit Erreichen des 50. Lebensjahres von der Komfort- in die Exklusivdeckung wechseln möchte und ein Pflegetagegeld in Höhe von 50 Euro versichert hat einen Prämienanstieg von 3,60 Euro auf 39,00 Euro monatlich statt einer anfänglichen Prämie von 8,50 Euro für einen Abschluss schon heute. Für eine Frau lauten die entsprechenden Prämien 5,10 Euro, 12,30 Euro mit 20 Jahren bzw. 62,50 Euro monatlich mit 50 Jahren.

Eine wichtige Haftungsentlastung besteht bei der uniVersa darin, dass sowohl Kunde als auch Vermittler rechtzeitig zu den Stichtagen für die Inanspruchnahme der Option schriftlich informiert werden. Bedingungsseitig ist diese Zusage der Gesellschaft leider nicht verankert und somit auch nicht einklagbar.

Ähnlich problematisch sind die Optionsrechte in den aktuellen Pflegetagegeldtarifen von Hallesche oder Signal Iduna. Auch sie bergen die Gefahr, dass an eine Umstellung erst dann gedacht wird, wenn es schon längst zu spät ist. Selbst eine noch so wasserdichte Kommunikation kann nicht ausschließen, dass später der Makler in Regress genommen wird, da er den Kunden nicht regelmäßig über seine Umstellungsrechte informiert hat. Hier wäre eine automatische Tarifumstellung mit Widerspruchsmöglichkeit gegebenenfalls vorteilhafter. Alternativ wäre auch sinnvoll, die Kunden jährlich zur Hauptfälligkeit über alle möglichen Optionen zu informieren und die Meldefrist grundsätzlich auf die Zeit zwischen zwei Hauptfälligkeiten zu verankern.



**Grundlagen der
Pflegeversicherung
Teil I**

Risiko & Vorsorge · Ausgabe 2/09
Bestellungen:
info@bhm-marketing.de
4,90 Euro zzgl. Versand
inkl. 7% MwSt.

Index Teil I und Teil II: Gesellschaften, die in diesem Beitrag erwähnt werden von A–Z:

ADAC – Allianz – Arag – Axa – Barmenia – Central – Continentale – CSS – Deutscher Ring – DKV – Gothaer – HanseMerkur – Mannheimer – Mondial Assistance International AG – Nürnberger – Signal Iduna – uniVersa – Württembergische – Würzburger

Makler Know-how II

Private Krankenzusatzversicherungen

In der letzten Ausgabe von Risiko & Vorsorge wurden stationäre Ergänzungs- sowie Zahnzusatztarife näher unter die Lupe genommen. Ähnlich groß sind die Unterschiede bei Auslandsreisekrankenversicherungen, Tarifen für die Inanspruchnahme naturheilkundlicher oder heilpraktischer Leistungen, aber auch bei Krankenhaustagegeldtarifen. Laut „Zahlenbericht der PKV“ wurden für das Geschäftsjahr 2007 über 20.009.400 Personen mit privater Krankenzusatzversicherung gezählt. An den Beitragseinnahmen hatten Zusatzversicherungen für GKV-Versicherte einen Anteil von 12,6%, solche für Krankentagegeld, Krankenhaustagegeld und Pflegezusatz einen Anteil von 6,8%.

Auslandsreisekrankenversicherung

Hierzu benannte Tarife und Versicherer:

- ADAC (ADAC-Auslands-Krankenschutz Basis, Stand 30.03.2009;
- ADAC-Auslands-Krankenschutz Exklusiv, Stand 30.03.2009),
- Allianz (R 30, Stand 04.2009; R 31, Stand 04.2009),
- Axa (Care Travel, Stand 07.2008),
- Barmenia (RS, Stand 07.2008),
- Gothaer (MediTravel, Stand 01.2009),
- HanseMerkur (VB-KV 2009: RKJ),
- Nürnberger (AVB KV054_001_012008, Stand 12.2008),
- Signal Iduna (01K und 02 K, Stand 07.2008),
- Würzburger (Travel Secure, Stand 01.2009)



Von Stephan Witte

Die Urlaubsreisesaison hat begonnen. Wie in jedem Jahr besteht Bedarf, unvorhergesehene ärztliche Behandlungskosten im Ausland abzusichern. Besonders kostenintensiv sind dabei die Kosten für einen ärztlich angeordneten Krankentransport, da diese Kosten in keinem Fall von den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern übernommen werden.

Doch auch für privat Versicherte macht der Abschluss einer Auslandsreisekrankenversicherung durchaus Sinn, da diese fast immer ohne bedingungsgemäßen Selbstbehalt abgeschlossen werden kann.

Damit bleibt der private Vollschutz auch bei einem versicherten Leistungsfall im Ausland schadenfrei, was ggf. zu einer Beitragsrückerstattung wegen Leistungsfreiheit führen kann.



Bei der Versicherung mit Auslandsreisekrankenversicherungen sind insbesondere zwei Zielgruppen zu unterscheiden:

- 1) Deutsche im Ausland mit ständigem Wohnsitz innerhalb Deutschlands
- 2) Ausländer in Deutschland mit ständigem Wohnsitz im Ausland

Fast jeder Versicherer bietet für Variante 1 vielfältige Angebote für Reisedauern bis 6 oder 8 Wochen. Längere Reisedauern werden nicht von allen Marktteilnehmern angeboten, Tarife für Variante 2 vielfach gar nicht. Dabei weisen die einzelnen Versicherer zum Teil deutliche Preis- und Leistungsunterschiede auf. Vielfach gelten abweichend niedrigere oder höhere Prämien für Personen unter 18 bzw. über 60/65 Jahren. Üblich ist es, dass die Standardtarife nach Variante 1 ohne Gesundheitsprüfung und ohne Selbstbehalt abgeschlossen werden können.

Die Leistungen der einzelnen Anbieter unterscheiden sich in vielen Punkten, von denen hier beispielhaft einige wenige ausgeführt werden sollen.

Im besonderen Fokus des Interesses stehen meist die Kosten für den medizinisch notwendigen oder zumindest sinnvollen Krankenrücktransport aus dem Ausland. Schließlich kann ein solcher leicht eine exorbitante Höhe erreichen. Genau die Kranken Transporte, vor allem die per Flugzeug, sind heutzutage oft das Teuerste. Ein paar Beispiele: Mallorca-Hamburg: rund 10.000 Euro, Rückflug aus der Karibik bis zu 60.000 Euro und ein Rücktransport aus Australien oder Asien schnell bis zu 100.000 Euro. Wer da nicht abgesichert ist, ist im schlimmsten Fall ruiniert. Die Tarife unterscheiden sich zum einen in der Höhe, zum anderen auch darin, wie die Anbieter die konkreten Voraussetzungen definieren.

Während der ADAC, HanseMerkur oder die Würzburger einen Krankenrücktransport aus dem Ausland schon dann als zulässig erachten, wenn dieser „medizinisch sinnvoll und vertretbar“ ist, setzen Barmenia, Nürnberger und Signal Iduna voraus, dass er darüber hinaus „medizinisch notwendig“ ist, was mit der

Formulierung bei Axa und Gothaer „medizinisch erforderlich“ vergleichbar ist. Der ADAC sieht diese Unterscheidung im Wortlaut sehr kritisch: „Das Zauberwort in den Versicherungsbedingungen heißt beim Krankenrücktransport »medizinisch sinnvoll und vertretbar«. Nur wer einen Auslandskrankenenschutz mit diesem Passus hat, hat auch eine realistische Chance, im Notfall auch wirklich nach Hause gebracht zu werden. Denn »medizinisch notwendig« sind heutzutage Rücktransporte selbst aus exotischen Urlaubsländern kaum mehr.“ Dabei gehöre der Krankenrücktransport seit jeher zu den Kernleistungen des ADAC. „Im Jahr 2008 haben wir über 16 200 Patienten in einer Klinik an ihrem Wohnort zurückgebracht. Denn unsere Philosophie ist: Wer sich im Beisein seines Partners und seiner Kinder auskuriert, wer mit Ärzten seines Vertrauens in seiner Heimatsprache reden kann und von Freunden und Verwandten besucht werden kann, der wird einfach schneller gesund.“

Verbraucherfreundlich ist es, wenn die Notwendigkeit für einen Krankenrücktransport aus dem Ausland schon dann anerkannt wird, wenn der Krankenhausaufenthalt voraussichtlich wenigstens 14 Tage andauern wird, so beispielsweise die Regelungen bei ADAC, Allianz, Barmenia, Gothaer oder HanseMerkur.

Eine weitere Voraussetzung, die die Anbieter voneinander unterscheidet ist, ob der Transport allein durch den behandelnden Arzt im Ausland angeordnet werden kann (z.B. Axa, Barmenia, Gothaer, HanseMerkur, Nürnberger, Signal Iduna) bzw. erst eine Abstimmung zwischen dem Gesellschaftsarzt oder dem Vertragsarzt der Notrufzentrale des Versicherers (z.B. ADAC, Allianz, Würzburger) mit dem behandelnden Arzt erforderlich ist. Vorteilhaft für Versicherte ist es, wenn ein Konsens zwischen Gesellschaftsarzt und behandelndem Arzt keine Voraussetzung für den Rücktransport aus dem Ausland ist (z.B. Nürnberger). So heißt es etwa beim ADAC in den Tarifen Basis und Exklusiv wie folgt:

„§ 16 Wann führen wir einen Krankenrücktransport durch?

1. Es ist eine akute, unerwartete Erkrankung oder eine Verletzung im Ausland eingetreten. Ist ein Rücktransport zu einem Krankenhaus an Ihrem Wohnsitz in Deutschland oder zu einem anderen geeigneten Krankenhaus in Deutschland nach Abstimmung des ADAC-Arztes

mit dem behandelnden Arzt medizinisch sinnvoll und vertretbar (z.B. Dauer des Krankenhausaufenthaltes im Ausland länger als 14 Tage), so wird der Transport vom ADAC-Arzt angeordnet.

2. Der ADAC-Arzt entscheidet über den Transportzeitpunkt, das geeignete Transportmittel und die Betreuung während des Transportes. Wir führen den Transport selbst durch oder veranlassen ihn.

3. Wir übernehmen die Kosten des von uns durchgeführten oder veranlassten Transportes einschließlich der von uns oder von Behörden angeordneten Betreuung.“

Diese Regelung bedeutet, dass nicht der behandelnde Arzt, sondern der Arzt des Versicherers im Konsens mit dem behandelnden Arzt bestimmt, wann ein Krankenrücktransport aus dem Ausland medizinisch sinnvoll und vertretbar sei. Weitere Folge von § 16 ist, dass ein Versicherter nicht eigenständig oder auf Veranlassung der ihn behandelnden Ärzte in vertretbarem Umfang einen Krankenrücktransport aus dem Ausland veranlassen darf. Positiv ist allerdings, dass der Rücktransport nicht erst bei medizinischer Notwendigkeit veranlasst werden kann. Letzteres ist jedoch eine Voraussetzung bei der **Signal Iduna**. Hier heißt es im Tarif 01 K bzw. 02 K in § 2 IV 2 folgendermaßen:

„Rückführungskosten bei schwerer Erkrankung bzw. Unfall. Für eine aus medizinischen Gründen notwendige und ärztlich angeordnete Rückführung der versicherten Person (nicht der Begleitperson) an deren ständigen Wohnsitz oder – sofern wegen der Arzt der Erkrankung oder Verletzung erforderlich – an einen anderen Ort innerhalb der Bundesrepublik Deutschland werden Mehrkosten erstattet, die durch die vom Arzt angeordnete Art des Rücktransportes entstehen. Voraussetzung für eine Kostenübernahme ist jedoch, dass unverzüglich eine Kontaktaufnahme mit dem 24-Stunden-Notfall-Telefon des Versicherers erfolgt und der Rücktransport durch diesen organisiert wird. Medizinisch notwendig ist eine Rückführung dann, wenn am Aufenthaltsort im Ausland oder in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Versorgung nicht möglich ist und deshalb eine weitere Gesundheits-

schädigung befürchtet werden muss. Sofern sich der Versicherte im Ausland in einem Krankenhaus in stationärer Behandlung befindet, können auch bei nicht ausreichend begründete [sic!] Notwendigkeit des Rücktransports die Mehrkosten dann erstattet werden, wenn wegen der Schwere der Erkrankung in unmittelbarem Anschluss an die Rückführung eine stationäre Weiterbehandlung im Inland notwendig ist.“

Anders als beim ADAC besteht hier keine Verpflichtung, sich der Einschätzung des Versicherers unterzuordnen, da allgemein von einer „ärztlich angeordneten Rückführung“ gesprochen wird. Problematisch bleibt allerdings, dass erst der Versicherer telefonisch erreicht werden muss und dieser den Rücktransport organisieren muss. Sicher ist dies im Zweifel sinnvoll, da dem Anbieter eine bessere Kenntnis über eine preiswerte Rückfuhrmöglichkeit zuzurechnen ist, allerdings ist nicht immer gesagt, dass Versicherer mit 24-h-Hotline tatsächlich stets erreichbar sind. Gegenteilige Erfahrungen sind auch schon bekannt geworden. Nicht zufriedenstellend ist auch der Passus „in zumutbarer Entfernung“. Dieser Begriff ist schwammig; nicht zwangsläufig verstehen Versicherer und Versicherungsnehmer das Gleiche darunter. Eine Präzisierung wäre daher wünschenswert. Auch die tarifliche Regelung der Allianz in ihren Tarifen R 30 und R 31 vermag nicht zu überzeugen, auch wenn hier anstelle des Arztes des Versicherers eine Abstimmung mit dem Vertragsarzt der Notrufzentrale erforderlich ist:

„Ersatz der durch einen Rücktransport der versicherten Person entstandenen Kosten
– für einen medizinisch notwendigen Rücktransport
– oder, wenn nach Abstimmung des Vertragsarztes unserer Notrufzentrale mit dem behandelnden Arzt die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage übersteigen würde. Der Rücktransport muss an den ständigen, vor Beginn der Reise vorhandenen Wohnsitz oder in das von dort nächst erreichbare Krankenhaus erfolgen. Hierbei ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, falls medizinische Gründe nicht entgegenstehen.“

Der Verweis darauf, dass ein nicht ortsansässiger Vertragsarzt des Versicherers die medizinische Notwendigkeit festzustellen hat, ist wenig verbraucherfreundlich. Dies wird jedoch durch die Maßgabe der 14-Tage-Frist kundenfreundlich relativiert.

Das vorherige Einverständnis des Versicherers ist bei der Axa nicht zwangsweise vorgeschrieben:

„Die Kosten eines Rücktransportes werden erstattet, wenn dieser aus medizinischen Gründen erforderlich ist, ärztlich angeordnet wurde und der Versicherer vorab eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.“

Im Tarif RS der Barmenia lautet die bedingungsseitige Regelung in § 4 wie folgt:

„(3) Bei einem medizinisch notwendigen Rücktransport wegen Krankheit oder Unfallfolge aus dem Ausland an den ständigen Wohnsitz oder in ein dem ständigen Wohnsitz nächstgelegenes geeignetes Krankenhaus werden für einen

a) Rettungsflug (Krankentransport mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug) die um die üblichen Fahrtkosten verminderten notwendigen Aufwendungen in voller Höhe ersetzt. Voraussetzung dafür ist, dass nach ärztlicher Bescheinigung der Rettungsflug die einzige Möglichkeit ist, das Leben schwer erkrankter oder verletzter versicherter Personen zu retten oder von einem nach der Richtlinie für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt wird;

b) Sonstigen Krankentransport einer versicherten Person die notwendigen Kosten, soweit sie die üblichen Fahrtkosten übersteigen, bis zu einem Höchstsatz ersetzt, der den fünffachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person entspricht. Mehrkosten können zum Beispiel verursacht werden durch Benutzung eines schnelleren Transportmittels; Inanspruchnahme einer teureren Beförderungsklasse, wenn eine Buchung in eine niedrigere Klasse nicht möglich war; Benutzung von mehr als einem Platz, wenn die versicherte Person liegend transportiert werden muss; Transport mit Spezialfahrzeugen; Fahrtkosten für medizinisch geschultes Begleitpersonal.

Die Aufwendungen nach § 4 Abs. 3 b) werden auch ersetzt, wenn
– die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten für den Rücktransport übersteigen oder
– wenn nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage übersteigt.“

Sehr präzise regelt die Barmenia hier die Anspruchsvoraussetzungen und sogar die Höhe der Kosten die für einen Krankentrücktransport aus dem Ausland nach Deutschland übernommen werden. Diese Festlegung auf bestimmte Höchsterstattungen kann kritisch sein. Nimmt man einmal an, dass ein einfacher Linienflug von Bangkok in Thailand nach Hamburg oder Hannover in der Hauptsaison etwa 800 Euro in der zweiten und um die 3.000 Euro in der ersten Klasse kostet, so besteht nach § 4 b) für einen nicht lebensbedrohlichen Krankentrücktransport aus dem Ausland eine Kostenübernahme höchstens bis in Höhe von 15.000 Euro. Bei realen Kosten von leicht über 100.000 Euro ist der Kunde damit nicht wirklich bedient. Hier wäre ein Tarif ohne konkrete Kostenbeschränkung vermutlich besser. Positiv ist in Absatz 3 a), dass allein die Bescheinigung des Arztes die Leistungspflicht begründen kann und nicht erst Rücksprache mit dem Versicherer zu führen ist. Das ist sehr kundenfreundlich. Anders als die Barmenia verlangt die HanseMercur (RKJ) keine medizinische Notwendigkeit, sondern die Sinnhaftigkeit eines Rücktransportes, auch wenn hier leider nach § Nr. 8 d) auch keine Entscheidung unabhängig vom Gesellschaftsarzt des Versicherers getroffen werden darf:

§ 8 (5): „Er ersetzt bei Eintritt des Versicherungsfalles im Ausland Aufwendungen für

[...] b) medizinisch sinnvollen, ärztlich angeordneten Rücktransport der versicherten Person in das dem Wohnort der versicherten Person nächstgelegene geeignete Krankenhaus“

[...]

„Der Versicherer ersetzt die Mehrkosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person, sofern eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt wird:

a) Der Rücktransport wird vom behandelnden Arzt im Aufenthaltsland verordnet und ist medizinisch sinnvoll und vertretbar. Die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransportes erfolgt durch einen beratenden Arzt des Versicherers in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt im Aufenthaltsland;

b) Nach der Prognose des behandelnden Arztes übersteigt die Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich noch 14 Tage;

c) Die voraussichtlichen Kosten der weiteren Heilbehandlung im Ausland übersteigen die Kosten für den Rücktransport.

Der Versicherer übernimmt auch die Kosten für eine mitversicherte Begleitperson, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.“

Im Gegensatz zur Barmenia werden hier jedoch keine Hinweise gegeben, in welcher Höhe Kosten als angemessen zu betrachten sind. Die Angemessenheit ärztlicher Gebühren ist ohnehin stets ein möglicher Streitpunkt zwischen Versicherern und Versicherten. Speziell für Ortsfremde sind diese kaum überprüfbar. Wer etwa in Vietnam unterwegs ist, muss als Ausländer „regulär“ fast überall mehr zahlen. Selbst touristische Sehenswürdigkeiten sehen vielfach separate Eingänge und Gebühren für Vietnamesen und Ausländer vor. Vor diesem Hintergrund darf die folgende Formulierung aus dem Hause **HanseMerkur** (RKJ) mit Vorsicht genossen werden:

§ 5 Nr. 5: „Der Versicherer erstattet die während des Auslandsaufenthaltes in der amtlichen Währung des Aufenthaltslandes entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlung. Im Ausland steht der versicherten Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland gesetzlich anerkannten und zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei, sofern diese nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte – sofern vorhanden – oder nach den ortsüblichen Gebühren berechnen.“

Als ortsüblich dürfen sicher die Gebühren für Einheimische betrachtet werden. Ein einfacher Arztbesuch in Vietnam – außerhalb der großen Touristenzentren – mag

für ca. 100.000 Dong (ca. 5 Euro) abgerechnet werden, für einen deutschen Besucher wären aber auch 200.000 bis 300.000 Dong (ca. 10–15 Euro) nichts Ungewöhnliches; und dies bei identischer Leistung! Hierzu bezieht die **HanseMerkur** wie folgt Stellung:

„Wir sehen hier eigentlich einen sehr kundenfreundlichen Versicherungsschutz. Wenn ortsüblicherweise für Touristen mehr verlangt wird als für Einheimische, müssen und werden wir auch diese Gebühren akzeptieren.“

■ Ausschlüsse

Ein weiterer Punkt von großer Bedeutung sind die vertraglich geregelten Ausschlüsse der einzelnen Anbieter. Grundsätzlich setzt die Leistungspflicht in der Auslandsreisekrankenversicherung voraus, dass die Erkrankung, Verletzung oder der Todesfall während der versicherten Reisedauer akut und unerwartet eintreten.

Diese Anspruchsvoraussetzung von z.B. ADAC, Axa oder Signal Iduna ist ohne nähere Präzisierung unzufriedenstellend, da sie einen großen Ermessensspielraum für den Anbieter besitzt. Auch der Hinweis der Gothaer in § 1 Nr. 1 des Tarifes Medi Travel auf einen „unvorhergesehenen“ Leistungsfall ist nicht anders zu werten. Am besten ist es bei einem solchen Bedingungsmerkmal, sich die Reisefähigkeit und das Fehlen einer Behandlungsbedürftigkeit vorab vom Hausarzt bescheinigen zu lassen. Allerdings nützt eine solche Bescheinigung nur dann etwas, wenn sie objektiv nachprüfbar und auch fachlich korrekt ist. Ein reines Gefälligkeitsattest ist wenig nutzbringend. Laut ADAC haben Versicherungsnehmer mit der Regelung des Ausschlusses auf die zu erwartende Behandlungsbedürftigkeit gute Karten, da es hier zahlreiche Gerichtsentscheidungen gäbe, die in aller Regel sehr verbraucherfreundlich ausgefallen seien.

Eine Klarstellung, wenn auch nicht in jedem Fall eine Besserstellung bietet die **Barmenia**:

„Keine Leistungspflicht besteht für die in den letzten drei Monaten vor Antritt der jeweiligen Reise behandelten Krankheiten einschließlich ihrer Folgen und Unfallfolgen, soweit...“

Es folgen die Punkte 1 und 2 der auf Seite 67 folgenden Ausschlüsse, wodurch eine klare Abgrenzung mitversicherter Krankheiten und Gebrechen (z.B. ein vor einem Jahr eingesetzter Herzschrittmacher mit letzter Kontrolle vor 4 Monaten ist versichert) zu nicht versicherten Tatbeständen (z.B. die dauernd medikamentös behandlungsbedürftige Neurodermitis, ein entsprechend gut mit Medikamenten eingestellter Bluthochdruck, eine koronare Herzerkrankung oder Diabetes jeweils mit Dauermedikation) getroffen wird. Wer weder unter einer Dauermedikation leidet noch in den letzten drei Monaten vor Reiseantritt einen Arzttermin hatte, profitiert von der klaren Regelung der Barmenia, andere Personen stellen sich vielfach mit der unklaren Formulierung des Wettbewerbs besser.

■ Nachweispflichten

Bei allen Versicherern gilt schließlich, dass die im Ausland aufgelaufenen Behandlungskosten in einem vertretbaren Rahmen und die jeweiligen Erstattungswünsche plausibel begründet werden müssen. Den Nachweis der Notwendigkeit einer Behandlung im Ausland hat stets der Versicherte zu erbringen. Selbstverständlich steht es dem Anbieter frei, dies zu hinterfragen. Dabei ist ein Versicherer nicht dazu verpflichtet, ärztliche Unterlagen in der Landessprache oder eine nicht vereidigte Übersetzung zu akzeptieren, auch wenn dies vielfach geschieht. Im Zweifel hat der Versicherte daher die Unterlagen auf Deutsch oder wenigstens auf Englisch beizubringen.

- Bewahren Sie Flugtickets und andere Reisebelege auf. Werden Flugtickets bar bezahlt, achten Sie auf einen Nachweis darüber, dass es dieses Geld auch „gab“ (auch hier wird mitunter nachgefragt!)
- sorgen Sie frühzeitig für Nachweise des vorhandenen bzw. verauslagten Geldes durch Zollquittungen, Bankbelege oder andere vor Ort übliche Formen der Beglaubigung
- machen Sie Fotos von örtlichen medizinischen Einrichtungen
- bestehen Sie auf Rechnungen möglichst in deutscher oder englischer Sprache und achten Sie darauf, dass diese die Name und Anschrift der Einrichtung, den Namen der behandelnden Ärzte, die Steuernummer des

Ausschlüsse im Überblick

Bitte beachten Sie, dass die folgende Aufstellung von Ausschlüssen weder hinsichtlich der aufgenommenen Formulierungen noch Gesellschaften abschließend ist. Vielmehr wurden lediglich die Ausschlüsse von ADAC, Allianz, Axa, Barmenia, Gothaer, HanseMerkur und Signal Iduna erfasst. Wörtlich oder sinngemäß ausgeschlossen sind demnach:

- (1) „Behandlungen, bei denen bei Reisebeginn feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde“, z.B. ADAC, Allianz, Axa, Barmenia, Gothaer, HanseMerkur, Signal Iduna
- (2) „Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren“, z.B. ADAC, Allianz, Axa, Barmenia, Gothaer, HanseMerkur, Signal Iduna
- (3) „kosmetische Behandlung oder Schönheitsoperationen“, z.B. ADAC
- (4) „bei der Tages-Reisekrankenversicherung für Behandlungen anlässlich einer beruflichen Tätigkeit im Ausland, wenn die Krankheiten und Folgen sowie Unfallfolgen in den letzten 6 Monaten vor Reiseantritt behandelt wurde“, z.B. Signal Iduna
- (5) „für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folge sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen“, z.B. ADAC, Allianz, Axa, Gothaer, HanseMerkur, Signal Iduna
- (6) „für Krankheiten und deren Folgen, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an inneren Unruhen verursacht wurden“, z.B. Allianz, Barmenia, Gothaer, HanseMerkur; bei der Axa abweichend Teilnahme anstatt „aktiver Teilnahme“ an den inneren Unruhen
- (7) „Gefahren des Krieges, Bürgerkrieges oder kriegsähnlicher Ereignisse und solche, die sich unabhängig vom Kriegszustand aus der feindlichen Verwendung von Kriegswerkzeugen sowie aus dem Vorhandensein von Kriegswerkzeugen als Folge einer dieser Gefahren ergeben“, z.B. Signal Iduna
- (8) „für Erkrankungen, für Verletzungen und für Todesfälle, die durch Kernenergie, Kriegsereignisse oder innere Unruhen verursacht wurden“, z.B. ADAC
- (9) „Streik, Aussperrung, Arbeitsunruhen, terroristischen oder politischen Gewalttätigkeiten, unabhängig von der Zahl der daran beteiligten Personen, Aufruhr und sonstigen bürgerlichen Unruhen“, z.B. Signal Iduna
- (10) „Gefahren der Beschlagnahme, Entziehung oder sonstiger Eingriffe von hoher Hand“, z.B. Signal Iduna
- (11) „aus der Verwendung von chemischen, biologischen, biochemischen Substanzen oder elektromagnetischen Wellen als Waffen mit gemeingefährlicher Wirkung, und zwar ohne Rücksicht auf sonstige mitwirkende Ursachen“, z.B. Signal Iduna
- (12) „Gefahren der Kernenergie oder sonstiger ionisierender Strahlung“, z.B. Signal Iduna
- (13) „für Behandlung seelischer und geistiger Störungen und Erkrankungen sowie für Psychotherapie“, z.B. ADAC, Allianz, Axa, Gothaer, Signal Iduna; sinngleich: „für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung“, z.B. HanseMerkur
- (14) „für Hypnose“, z.B. ADAC, Allianz, Axa, Signal Iduna
- (15) „für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen; Kostenersatz wird aber insoweit geleistet, als ärztliche Hilfe bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt notwendig ist“, z.B. sinngemäß Gothaer oder wörtlich Axa und Signal Iduna
- (16) „für Zahnersatz einschließlich Kieferorthopädie“, z.B. Signal Iduna; bei Axa zusätzlich Ausschluss von Kronen
- (17) „für Zahnersatz, Zahnsanierungen, Zahnkronen, Inlays und kieferorthopädische Behandlung“, z.B. Gothaer
- (18) „für kieferorthopädische Maßnahmen, Zahnersatz, Zahnkronen, Provisorien und die damit zusammenhängenden Behandlungen“, z.B. ADAC
- (19) „für Neuanfertigungen von Inlays, Zahnersatz einschließlich Kronen, Teilkronen und Implantaten sowie für funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie). Dies gilt auch für die mit diesen Aufwendungen in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen und verordneten Arzneimittel; Kieferorthopädie“, z.B. Allianz; ähnlich, aber auch für bereits Vorhandenes: „für Zahnersatz, Stützabbauelemente, Einlagefüllungen, Überkronungen, kieferorthopädische Behandlungen, prophylaktische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und implantatologische Zahnleistungen“, z.B. HanseMerkur
- (20) „für Heilmittel (z.B. Massagen, Bänder, Fango, Krankengymnastik) und für Anschaffung und Reparatur von Hilfsmitteln (z.B. Sehhilfen, Prothesen, Krankenfahrstühle, Hörgeräte)“, z.B. Signal Iduna
- (21) „für Prothesen“, z.B. ADAC
- (22) „für Hilfsmittel“, z.B. ADAC (abweichend kein Ausschluss für Gehhilfen), Allianz, Axa
- (23) „für Hilfsmittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind, sofern sie nicht allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen“, z.B. HanseMerkur
- (24) „für ärztliche Gutachten“, z.B. ADAC
- (25) „für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen“, z.B. Allianz, Axa, Gothaer, Signal Iduna. Bei der Barmenia nur soweit es sich um Notfallbehandlung handelt oder „bei Behandlung wegen eines während es Aufenthaltes in einer derartigen Krankenanstalt akut eingetretenen Erkrankung, die nicht mit dem eigentlichen Behandlungszweck zusammenhängt und stationäre Krankenhausbehandlung erfordert. Dies gilt für die notwendige Behandlungsdauer der akuten Erkrankung“. Versicherungsschutz besteht hier abweichend auch, wenn kein anderes Krankenhaus für die stationäre Akutversorgung vorhanden ist.
- (26) „für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen, es sei denn, dass diese Behandlungen im Anschluss an eine versicherte, vollstationäre Krankenhausbehandlung wegen eines schweren Schlaganfalles, schweren Herzinfarktes oder einer schweren Skeletterkrankung (Bandscheiben-OP, Hüftendoprothese) erfolgen, zur Verkürzung des Aufenthaltes im Akutkrankenhaus dienen und Leistungen vor Behandlungsbeginn vom Versicherer schriftlich zugesagt wurden“, z.B. HanseMerkur
- (27) „für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen“, z.B. ADAC
- (28) „für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen oder eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird“, z.B. Allianz, Axa, Gothaer, HanseMerkur, Signal Iduna
- (29) „für Immunisierungsmaßnahmen“, z.B. HanseMerkur
- (30) „für Behandlungen wegen Störungen und/oder Schäden der Fortpflanzungsorgane“, z.B. HanseMerkur; ähnlich Axa: „Für behandlungen wegen Sterilität und künstliche Befruchtung“
- (31) „für Selbstmord, Selbstmordversuche und Folgen“, z.B. ADAC, HanseMerkur
- (32) „für Vorsorgeuntersuchungen“, z.B. HanseMerkur
- (33) „für Organspenden und deren Folgen“, z.B. HanseMerkur
- (34) „für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder; Sachkosten werden erstattet“, z.B. ADAC, Allianz, Axa, HanseMerkur, Signal Iduna; Gothaer: hier ohne Erstattung der Sachkosten
- (35) „für Behandlungen durch Personen, mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet“, z.B. HanseMerkur
- (36) „für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung“, z.B. Allianz, Axa, Signal Iduna; sinngleich: „für eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung“, z.B. HanseMerkur
- (37) „wenn Sie Berufssportler sind, für Verletzungen, die durch die aktive Teilnahme an Sportwettkämpfen und dem dazugehörigen Training verursacht wurden“, z.B. ADAC
- (38) „für vorsätzlich herbeigeführte oder auf der missbräuchlichen Verwendung von Medikamenten, Drogen, Alkohol oder Sucht beruhenden Erkrankungen und Verletzungen und deren Folgen. Ebenso ausgeschlossen sind Unfälle, die Ihnen dadurch zustoßen, dass Sie vorsätzlich eine Straftat ausführen oder versuchen“, z.B. ADAC
- (39) „Geburten nach der 30. Schwangerschaftswoche“, z.B. ADAC

- Krankenhauses, Namen und Geburtsdatum aller ärztliche behandelten versicherten Person, genaue Beschreibung von Beschwerden, Diagnosen und Behandlungen, ggf. EKG-Befunde, Bluttestergebnisse etc. enthalten. Bei Zahnbehandlungen sind auch die genauen Bezeichnungen der entsprechenden Zähne zu verzeichnen.
- e) weisen Sie ausländische Kunden darauf hin, als Anschrift in keinem Fall die Anschrift im Reiseland, sondern die Anschrift des ständigen Wohnsitzes in Deutschland zu benennen.
 - f) Medikamente müssen stets ärztlich verschrieben und aus einer Apotheke bezogen werden, also nicht von einem „preiswerten“ Markt im Reiseland
 - g) melden Sie Ihre Ansprüche zeitnahe nach der Rückreise bzw. dem Beginn einer Krankenhausbehandlung im Ausland an, da hier tarif- und anbieterabhängige Fristen gewahrt werden müssen. So beträgt die Frist bei der Gothaer im Tarif MediTravel beispielsweise 10 Tage für einen Krankenhausaufenthalt, in allen anderen Fällen bis 3 Monate nach Ablauf der Versicherung. Die Frist der Barmenia im Tarif RS beträgt abweichend 3 Monate nach beendeter Heilbehandlung bzw. nach Rück- oder Überführung oder Bestattung.
 - h) Prüfen Sie unbedingt, dass die in der Arztrechnung angegebene Diagnose und Therapie zusammenpassen.

■ Medizinisch sinnvoll

Bitte beachten Sie, dass inoffiziell bei Reisen von Ausländern in ihr Heimatland eher davon ausgegangen wird, dass Verwandtschaft und Sprachkenntnisse Versicherungsbetrug begünstigen. Allein daher werden teure Leistungsfälle mitunter etwas genauer geprüft als es bei einem Deutschen der Fall wäre.

Wichtig ist grundsätzlich auch, dass ein Versicherer nur für die Behandlung von Krankheiten oder Unfallfolgen aufkommt, die als medizinisch sinnvoll erscheinen. Im Detail unterscheiden sich hier jedoch die Formulierungen. So heißt es beispielsweise bei der **Signal Iduna** in § 2 III wie folgt:

„...nach in der Bundesrepublik Deutschland oder im Aufenthaltsland wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten und Krankengeschichten führen.“

Nicht immer ist jedoch selbst innerhalb Deutschlands klar, welche Behandlungsmethoden zur Anwendung zulässig sind. So musste erst das Bundessozialgericht mit Entscheidung vom 6. Mai 2009 entscheiden, dass die Kosten für eine Protonenbehandlung wegen Brustkrebs nicht auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt werden dürfe (Az: B 6 A 1/08 R). Das hatte das Bundesgesundheitsministerium zuvor anders gesehen.

Ähnliche Streitigkeiten mag auch der Tarif MediTravel der **Gothaer** mit § 3 (6) zur Folge haben:

„Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistung auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.“

Speziell in exotischen Reiseländern wie Vietnam oder Botswana mag es Behandlungsmethoden geben, die dort als üblich, aber eben nicht als schulmedizinisch anerkannt gelten.

Positiv ist allerdings, dass ein vergleichbarer Erfolg bei vergleichbaren Kosten durchaus eine Kostenerstattung begründen mag. Im Sinne der Risikobegrenzung des Versicherers kann daher nichts Grundsätzliches gegen diese Regelung gesagt werden.

Nahezu wortgleich findet sich dieselbe Passage bei der **Allianz** in Ziffer A 2.1.1 (3).

Bei der **Barmenia** gibt es keine vergleichbare Einschränkung im Tarif RS. Stattdessen wird hier nur darauf abgestellt, dass beanspruchte Leistungen jeweils ärztlich verordnet wurden.

Im Detail unterscheiden sich auch die hier beispielhaft benannten Kostenpositionen von ADAC, Allianz, Axa, Barmenia, Gothaer, HanseMerkur und Signal Iduna teilweise erheblich voneinander:

- Ersatzkrankenhaustagegeld anstelle von Kostenersatz für einen stationären Krankenhausaufenthalt von 25 Euro / Tag (Axa, HanseMerkur, Signal Iduna), von 26 Euro/Tag (Gothaer), von 30 Euro (Barmenia; bei Rooming-In der Eltern zu einem unter 14jährigen Kind wird diese Position verdoppelt), von 50 Euro / Tag (Hanse Merkur; allerdings nur unter sehr engen in § 5 Nr. 4 geregelten Voraussetzungen)

- Zusätzliches Krankenhaustagegeld ohne Kostennachweis für einen stationären Krankenhausaufenthalt von 15,00 Euro (Barmenia; bei Rooming-In der Eltern zu einem unter 14jährigen Kind wird diese Position verdoppelt) oder in Höhe von 25 Euro bei ambulanten Behandlungen, unabhängig von der Zahl der Erkrankungen oder Behandlungen (Hanse Merkur); beim ADAC (Exklusiv) wird bei vollstationärer Unterbringung im Krankenhaus ein Krankenhaustagegeld von 30 Euro pro Tag, höchstens jedoch für 30 Tage erbracht. Dieses wird auch dann fortgezahlt, wenn die Weiterbehandlung in einem deutschen Krankenhaus erfolgt.

- Bei ununterbrochener vollstationärer Krankenhausbehandlung von mehr als 30 Tagen wird ab dem 31. Tag eine erste Übergangsleistung in Höhe von 1.000 Euro, ab dem 53. Tag eine weitere Übergangsleistung in Höhe von 2.000 Euro gezahlt, auch wenn der Versicherte unmittelbar nach einem Krankenrücktransport in einem Krankenhaus in Deutschland weiterbehandelt wird (ADAC Exklusiv)

- Sofortleistung bei einem schweren Herzinfarkt oder Schlaganfall oder eine anderen tariflich aufgeführten schweren Verletzung mit kompliziertem Verlauf im Ausland in Höhe von 5.000 Euro, z.B. ADAX Exklusiv

- Telefon- und Taxikosten bis 50 Euro (Signal Iduna); beim ADAC nur Telefonkosten bis 52 Euro. Die Axa übernimmt die Taxikosten zum Arzt ohne Höchstsatz, wenn am Aufenthaltsort kein Arzt praktiziert. Keine Kosten für Telefon und / oder Taxi übernehmen beispielsweise die Allianz, Barmenia, Gothaer oder Würzburger.

- Kostenübernahmegarantie gegenüber dem Krankenhaus bis 10.000 Euro (Allianz), 12.500 Euro (Signal Iduna) bzw. bis 13.000 Euro (ADAC); keine bedingungsseitige Garantie, z.B. Axa, Barmenia, Gothaer, HanseMerkur oder Würzburger.

- Überführungskosten aus dem Ausland nach Deutschland bis 10.000 Euro (Axa, HanseMerkur, Signal Iduna, Würzburger), bis zu den fünffachen Kosten eines Linienfluges erster Klasse im Linienverkehr für diese Person (Barmenia) oder ohne Begrenzung (ADAC, Allianz; Gothaer: alternativ pauschales Sterbegeld von 1.000 Euro)
- Bestattungskosten im Ausland bis 5.200 Euro (ADAC), bis 10.000 Euro (Allianz, DKV, HanseMerkur, Signal Iduna, Würzburger), bis zu den fünffachen Kosten eines Linienfluges erster Klasse im Linienverkehr für diese Person (Barmenia) oder ohne Begrenzung (Gothaer; alternativ pauschales Sterbegeld von 1.000 Euro)
- Kostenübernahme für einen medizinisch notwendigen bzw. (je nach Anbieter) medizinisch sinnvollen Krankenrücktransport aus dem Ausland ohne Begrenzung (ADAC, Axa, Allianz, Barmenia, Gothaer, HanseMerkur, Signal Iduna, Würzburger)
- Im Zusammenhang mit der Kostenübernahme für einen medizinisch notwendigen Krankenrücktransport aus dem Ausland werden auch die Kosten für eine medizinisch notwendige Begleitperson übernommen oder für eine andere Begleitperson, die beim Versicherer Auslandsreisenschutz für einen medizinisch notwendigen Krankenrücktransport aus dem Ausland unterhält (Gothaer). Bei der Barmenia werden diese Kosten, soweit sie die üblichen Fahrtkosten übersteigen, erstattet bis in Höhe der fünffachen Kosten eines Linienfluges erster Klasse im Linienverkehr für diese Person). Für die HanseMerkur gilt: „Der Versicherer übernimmt auch die Kosten für eine mitversicherte Begleitperson, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist“, beim ADAC werden die Kosten einer Begleitperson nur übernommen, sofern diese behördlich angeordnet ist; keine Leistungen bei Allianz, Axa, Signal Iduna oder Würzburger.
- Such- und Bergungskosten bis 2.500 Euro (Gothaer) bzw. bis 2.600 Euro (ADAC), keine Kostenübernahme u.a. bei Allianz, Axa, Barmenia, HanseMerkur, Signal Iduna oder Würzburger.

■ Leistungspflicht

Grundsätzlich besteht die Leistungspflicht des Versicherers nur während der

vereinbarten Reisedauer. In Einzelfällen ist aber eine Rückreise zum vorgesehenen Zeitpunkt innerhalb dieser Frist aus medizinischen Gründen nicht möglich. Hier sollten entsprechende Klarstellungen von Versichererseite zum Schutz des Kunden greifen. So heißt es beispielsweise bei der **Barmenia** im Tarif RS:

§ 7 (2): „Ist die Rückreise bis zur Beendigung des Versicherungsschutzes aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über diesen Zeitraum hinaus, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung der Gesundheit antreten kann.“

Sinngemäß vergleichbar heißt es auch bei der **Gothaer** im Tarif MediTravel nach § 3 Nr. 9 oder wie folgt bei der **Signal Iduna** im Tarif 01 K bzw. 02 K nach § 1 (3):

„Sofern ein Rücktransport bis zum Ende der versicherten Reise bzw. bis zum Ende der bei Jahresversicherungen tariflich festgelegten maximalen Versicherungsdauer je Reise nicht möglich ist, erstattet die SIGNAL IDUNA die Kosten der Heilbehandlung bis zum Tag der Transportfähigkeit.“

Alle drei Regelungen lassen allerdings unklar, ob nach Wiederherstellung der Transportfähigkeit auch die Kosten für den Krankenrücktransport weiter mitversichert sind. Geringfügig besser erscheint hier die Formulierung von Gothaer und Signal Iduna, da immerhin noch der Tag einer möglichen Abreise mit allen dazugehörigen Kosten als mitversichert gelten muss.

Bei der **Allianz** verlängert sich der Versicherungsschutz über die versicherte Höchstreisedauer von 6 Wochen (42 Tagen) ohne zeitliche Begrenzung, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist. Das ist verbraucherfreundlich. Wörtlich heißt es im Tarif unter Ziffer A 1.3 (2) wie folgt:

„Muss eine im Ausland begonnene Behandlung im Zeitpunkt des Ablaufes des Versicherungsschutzes fortgesetzt werden, leisten wir für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über die in Absatz (1) genannten 6 Wochen hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.“

Vorbildlich ist hier die Regelung der **HanseMerkur** (AKJ) nach § 5 Nr. 11:

„Erfordert eine Erkrankung während des Auslandsaufenthaltes über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht im Rahmen dieser Bedingungen Leistungspflicht (einschl. eines dann evtl. notwendig werdenden Rücktransportes) bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit.“

Eine ähnlich vorbildliche Regelung hat **Würzburger** nach Ziffer 7.2. ihrer Bedingungen, die die Leistungspflicht bis die Rückreise medizinisch vertretbar antreten werden kann:

„Ist die Rückreise innerhalb des Zeitraums, für den Versicherungsschutz besteht, aus medizinischen Gründen nicht möglich, so verlängert sich die Leistungsdauer solange bis die versicherte Person die Rückreise medizinisch vertretbar antreten kann.“

Einige Tarife sehen anders als üblich auch einen bedingungsgemäßen Selbstbehalt vor. Dieser beträgt beispielsweise im Tarif 01 K bzw. 02 K nach § 2 VIII der Signal Iduna 20 % des erstattungsfähigen Schadens, mindestens jedoch 25 Euro pro Person.

Gerade wer häufig verreist, sollte sich auch davor schützen, dass der Versicherer nach einem Schaden den Vertrag mit dem Kunden einseitig kündigen kann. So heißt es etwa beim **ADAC** in § 10 Absatz 1 im Basistarif wie folgt:

„Nach dem Schadenfall können Sie oder wir den Vertrag schriftlich kündigen.“

Sinngemäß gilt gleiches in der Exklusivdeckung im Rahmen von § 6 Absatz. 2 a). Außerdem endet ein solcher Vertrag zum Ende des jeweiligen Versicherungsjahres, sofern dann keine ADAC-Mitgliedschaft (mehr) besteht. Auch die Allianz (R 30 und R 31), Barmenia (RS), Gothaer (MediTravel) oder HanseMerkur (RKJ) behalten sich nach jeweils ein eigenes Kündigungsrecht vor. Hier kann eine Kündigung jedoch unabhängig vom Vorliegen eines konkreten Schadenfalles mit dreimonatiger Frist zum Ende des

jeweiligen Versicherungsjahres ausgesprochen werden. Dabei ist zu beachten, dass nicht alle Versicherer eine einjährige Mindestvertragslaufzeit vorsehen. So beträgt diese anders als bei ADAC, Barmenia oder HanseMerkur abweichend z.B. 2 Jahre bei der Gothaer im Tarif MediTravel. Auch sind Kalender- und Versicherungsjahr nicht bei allen Anbietern identisch.

■ Versicherungsschutz

Oft sind nur private Reisen versichert oder wie bei der Barmenia im Tarif RS nur gegen Zuschlag (z.B. bei Erwachsenen vom 18. bis zum vollendeten 60. Lebensjahr für Reisen von 8 Wochen für 13,80 Euro pro Person anstelle von 9 Euro). Bei der HanseMerkur (AKJ) sind zwar private und geschäftliche Reisen versichert, letztere allerdings nicht wie

sonst bis 56 Tagen, sondern nur bis zu höchstens 10 Tagen am Stück. Die Allianz trifft hier keine Unterscheidung.

Zu beachten sind auch besondere Bestimmungen wie beispielsweise Ziffer A 1.2 bei der Allianz im Tarif R 31 für Familien. Versicherungsschutz besteht nur bzw. kann nur beantragt werden, wenn gleichzeitig mindestens ein Vertrag bei der Allianz oder einem Kooperationspartner der Allianz-Gruppe besteht. In der Praxis wurde dieses Erfordernis in der Vergangenheit oft praktisch weder geprüft noch war dies für die Annahme erforderlich. Diese Einschränkung gilt nicht für den Singletarif R 30.

Ein besonderes Highlight bietet die Barmenia im Tarif RS mit ihrem § 4a. Hiernach werden nicht nur im Ausland Leistungen erbracht, sondern unter Umständen auch innerhalb Deutschlands, sofern es sich um Urlaubsreisen mit mehr als einer Übernachtung handelt:

„(1) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in einem mindestens 50 km vom ständigen Wohnsitz entfernt liegenden Krankenhaus, das die Voraussetzungen nach § 4 Abs. 8 erfüllt,

a) zahlt der Versicherer für jeden Tag der stationären Heilbehandlung ein Krankenhausstagegeld von 30,00 EUR ohne Kostennachweis,

b) übernimmt der Versicherer die Transportkosten für die Verlegung aus diesem Krankenhaus in ein Krankenhaus am ständigen Wohnsitz bis zu 600,00 EUR.

(2) Stirbt die versicherte Person in der Bundesrepublik Deutschland, so werden die Kosten für die Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz bis zu 600,00 EUR übernommen.“

Tarife für längere Auslandsreisen

Hierzu benannte Tarife und Versicherer:

- Allianz (Tarif: R 77, Stand 04.2009),
- Axa (Tarif: Care Travel, Stand 07.2008),
- Barmenia (Tarif: RK, Stand 07.2008),
- DKV (Tarif: AS 12, Stand 06.2008),
- Gothaer,
- Nürnberger,
- Signal Iduna (Tarif: 01K und 02 K, Stand 07.2008),
- Würzburger

Während die üblichen Reisedauern von 4 bis 8 Wochen selbst für eine Familie zwischen etwa 10 und 30 Euro im Jahr kosten, kann ein längerer Auslandsaufenthalt deutlich teurer werden und wird auch nicht von allen Gesellschaften angeboten. Eine beispielhafte Reisedauer von 160 Tagen ab dem 25.07.2009 bis zum 01.01.2010 kostet für eine 1973 geborene Mutter mit ihrem minderjährigen Sohn für eine private Reise in ein Land außerhalb von USA, Kanada oder Mexiko zusammen beispielhaft wie in oben stehender Tabelle.

Für Personen ab 65 Jahren gibt es bei der Signal Iduna den Tarif 02 K mit einem Beitragssatz von 1,00 Euro für die ersten 30 Tage einer Reise und anschließend 3,80 Euro täglich bis einschließlich zur maximalen Reisedauer von 365 Tagen. Bei Reisen nach Nord-, Mittel-,

• Gothaer (Tarif: AVL N2):	187,62 Euro *
• ADAC (Tarif: ADAC-Auslands-Krankenschutz Langzeit; Selbstbehalt: 50 Euro je Schadenfall)	252,00 Euro **
• Würzburger (Tarif: AVB-AR 2009)	305,90 Euro
• Axa (Tarif: Care Travel):	306,00 Euro
• Gothaer (Tarif: AVL N1):	375,25 Euro *
• Signal Iduna (Tarif: 01 K; Selbstbehalt: 20 %, min. 25 Euro):	414,00 Euro
• Allianz (Tarif: R 77; Selbstbehalt: 50 Euro je Schadenfall):	448,00 Euro
• DKV (Tarif: AS12):	661,50 Euro
• Barmenia (Tarif: RK):	805,60 Euro

* der Tarif AVL N1 steht in der Vollversicherung als Auslandsreisekrankenversicherung zur Verfügung, der Tarif AVL N2 als Zusatzversicherung zur GKV. Innerhalb Europas gelten reduzierte Tarifprämien von 234,53 Euro (AVL N2) bzw. 117,27 Euro (AVL N1).

** für ADAC-Mitglieder gilt eine verminderte Prämie von 210 Euro.

Südamerika oder in die Karibik gilt bei der DKV eine mehr als doppelt so hohe Prämie, für die Beispielreise von 6 Kalendermonaten in Höhe von 1.662,60 Euro. Für einen Vater mit seiner Tochter wären hier nur 1.104,60 Euro zu zahlen gewesen, bei der Würzburger 1.067,90 Euro.

Kein Angebot für diesen Reisezeitraum bietet beispielhaft die Nürnberger.

Anders als beim Angebot der Axa ist bei der Barmenia eine nachträgliche Vertragsverlängerung ausgeschlossen. Nachteilig bei Allianz und Signal Iduna ist der Selbstbehalt im Leistungsfall. Eine „normale“ medizinische Behandlung in Vietnam für eine Millionen Dong würde bei der Allianz unter den Selbstbehalt von 50 Euro fallen. Bei der Signal ist nachteilig die

fehlende Maximierung des Selbstbehaltes. Sollte ein längerer Krankenhausaufenthalt beispielsweise 3.000 Euro kosten, so müsste der Versicherte hier 600 Euro selbst zahlen.

Zu beachten ist bei der DKV auch eine spezielle Wartezeit von 8 Monaten für Entbindung, Psychotherapie, Zahnersatz, Zahnkronen, Einlagefüllungen, Kieferorthopädie, funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen. Im konkreten Fall beträgt die Reisezeit aber lediglich knapp 6 Monate, würde also vollständig in diese Wartezeit fallen. Bei den Wettbewerbern gibt es zwar keine entsprechende Wartezeit, allerdings wird dafür höchstens provisorischer Zahnersatz übernommen.

Psychotherapie und Kieferorthopädie können sonst allgemein als ausgeschlossen betrachtet werden, während Entbindung als Folge einer Schwangerschaft z.B. bei der Barmenia (Tarif: RK) nicht ausgeschlossen ist, bei der Allianz im Tarif R 77 ist eine Entbindung nur dann versichert, wenn diese bei Reiseantritt nicht vorhersehbar war (z.B. Frühgeburt, notfallbedingter Schwangerschaftsabbruch). Dies gilt auch für etwaige Schwangerschaftsbeschwerden. Allerdings gilt auch bei der Barmenia – zumindest implizit –, dass eine Entbindung bei plangemäßigem Verlauf der Reise nicht in die Reisezeit fallen darf.

Incoming-Versicherungen

Hierzu benannte Tarife und Versicherer:

- Allianz
(Tarif: R 78, Stand 04.2009),
- ADAC
(Tarif: Incoming-Versicherung, Stand 01.2008),
- Axa,
- Central,
- Deutscher Ring,
- DKV
(Tarife: AS 2 B/S, Stand 10.2008; AS 4B/S, Stand 07.2008),
- Gothaer,
- Hallesche,
- HanseMerkur
(Tarif: AG),
- Mondial Assistance International AG
(Tarif: Incoming-Krankenversicherung, Stand 11.2008),
- Nürnberger,
- Signal Iduna

Die meisten bisher betrachteten Punkte gelten sinngleich auch für Auslandsreiseversicherungen, die von Ausländern abgeschlossen werden können, die eine Einreise nach Deutschland planen (sog. Incoming-Versicherungen).

Praktisch ist die Zahl der Versicherer, die solche Anbieter jedoch stark eingeschränkt.

Keine Angebote für diese Zielgruppe machen beispielsweise die Gothaer, Nürnberger oder Signal Iduna. Andere Anbieter wollen nur Versicherte bis zu einem bestimmten Höchst Eintrittsalter. Beispielhaft wurde im März 2009 bei verschiedenen Versicherern für einen

1922 geborenen vietnamesischen Mann angefragt, der ab Juli 2009 für 3 Monate eine Einreise nach Deutschland plant.

Von der Axa fehlt bis heute eine Antwort. Für die Central, den Deutschen Ring, die Hallesche sowie die HanseMerkur war das Eintrittsalter zu hoch, während die DKV ein Angebot nur mit Gesundheitsfragen anbieten wollte, wenngleich der Tarif AS 2 B/S im Antrag gar keine Gesundheitsfragen vorsieht. Der Tarif AS 2 B/S lässt sich wahlweise als Basisdeckung (AS 2 B) oder umfassender Schutz („Superstufe“ AS 2 S) abschließen. Dabei entspricht die Superstufe in Teilen einer privaten Krankenvollversicherung mit Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer und beinhaltet sogar Leistungen für Psychotherapie. Der Beitrag ist geschlechts- und altersabhängig verschieden.

Die Allianz würde über den Tarif R 78 für Reisen bis 93 Tagen Schutz für 1,65 Euro (= 90 * 1,65 = 148,50 Euro) am Tag anbieten. Allerdings würde für jeden Unfall und jede Krankheit im Ausland ein Selbstbehalt von 50 Euro in Abzug gebracht. Die Mondial Assistance International AG (bis 14.11.08 ELVIA Reiseversicherungs-Gesellschaft AG) würde ebenfalls Versicherungsschutz bieten und zwar ohne Selbstbehalt, allerdings eine Prämie von 270 Euro in Rechnung stellen. Der Abschluss wäre hier noch bis 2 Tage nach Einreise ohne Gesundheitsfragen möglich. Für Kunden unter 65 Jahren würde nur der halbe Betrag in Rechnung gestellt werden.

Beim ADAC ist ebenfalls Versicherungsschutz für Ausländer, die nach Deutschland wollen, möglich. Für Personen ab 66 Jahren und einer Reisedauer von bis zu 3 Monaten kostet dies monatlich 296 Euro statt 97 Euro monatlich für jüngere Semester. Als vereinbart gilt im Schadenfall ein Selbstbehalt von je 50 Euro.

Die DKV bietet mit dem Tarif AS 4B/S auch Versicherungsschutz für Reisen zwischen 12 und 60 Monaten. Voraussetzung für die Antragsstellung ist hier die Beantwortung umfassender Gesundheitsfragen. Problematisch bei diesem Angebot ist jedoch, dass Ausländer meist nicht ausreichend der deutschen Sprache mächtig sind, um die benötigten Angaben zum Gesundheitszustand mit ausreichender Sicherheit wahrheitsgemäß zu beantworten. Damit ist dieser Tarif nur sehr bedingt praxistauglich.

Weitere Reise-Versicherungen

Hierzu benannte Tarife und Versicherer:

- Barmenia (Tarife: RK, Stand 08.2008; RS, Stand 07.2008),
- Mondial Assistance International AG
(Tarif: Incoming-Krankenversicherung, Stand 11.2008),
- Signal Iduna (Reisepolice 100, Stand 07.2008; Reise-Rücktrittskostenversicherung, Stand 07.2008)

Wenn Kunden zum Thema Auslandsreisekrankenversicherung beraten werden, sollte wenigstens am Rande auch die Angebote auf beispielsweise Reiserücktrittskostenversicherung, Reisegepäckversicherung, Reiseabbruchversicherung oder Umbuchungsgebührenversicherung angesprochen werden.

Dabei stehen insbesondere **Reisegepäckversicherungen** schon seit Jahren in der Kritik von Verbraucherschützern, da die Voraussetzungen für eine Leistung bei Gepäckdiebstahl von Versichererseite sehr eng gesehen werden. Teilweise wurde eine Leistung wegen grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles schon deshalb verneint, weil ein Versicherter sein Gepäck für einen kleinen Moment unbeobachtet zwischen seinen Beinen stehen gelassen hatte. Obwohl das neue Versicherungsvertragsgesetz anstelle einer Leistungsfreiheit nur noch eine Quotelung vorsieht, scheint die Prämie in keinem fairen Verhältnis zur zugesagten Leistung zu stehen. Auch die Höhe der Versicherungssummen und die maximale Versicherungsdauer unterscheiden sich teilweise beträchtlich. Während bei der Signal Iduna nur Reisen bis 30 Tagen (verlängerbar auf 60 Tage) mit einer maximalen Versicherungssumme von 6.000 Euro versichert werden können, bietet beispielsweise die Barmenia Versicherungsschutz zwischen 1.500 und 5.000 Euro, dies jedoch auch für eine lange Reise von etwa 6 Monaten.

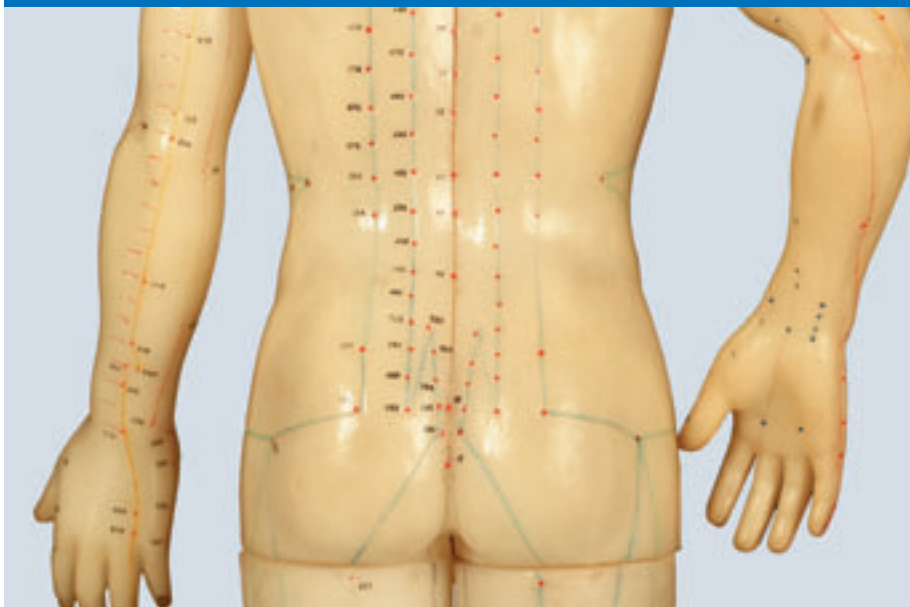
Eine **Reiserücktrittskostenversicherung** ist allgemein nur bei sehr teuren Reisen zu empfehlen, allerdings sollten auch hier die jeweils geltenden Ausschlüsse genau gelesen werden. Die Prämienhöhe hängt vom Reisepreis ab. Meist kann sie nur innerhalb einer bestimmten Frist nach Buchung bzw. höchstens bis zu einem bestimmten Zeitpunkt vor Reiseantritt gebucht werden. So muss der Versiche-

rungsabschluss bei der Signal Iduna bei Buchung, spätestens jedoch 14 Tage nach Erhalt der Reisebestätigung vorgenommen werden. Bei kurzfristiger Reisebuchung (zwischen 28 und 15 Tagen vor Reisebeginn), muss der Abschluss bis spätestens 14 Tage vor Reisebeginn möglich. Im Falle einer Buchung ab 14 Tagen vor Reisebeginn ist der Versicherungsabschluss nur am Buchungstag selbst möglich. Die Prämienhöhe lässt sich mitunter durch die Vereinbarung eines Selbstbehaltes deutlich senken und variiert stark von Anbieter zu Anbieter.

Die von einigen Versicherern wie der Barmenia, HanseMercur oder Signal Iduna angebotenen **Reiseunfall- oder Reisehaftpflichtversicherungen** sind Ausschnittsdeckungen, von denen grundsätzlich nur abgeraten werden kann. Sofern Ausländer nach Deutschland kommen und dort keinen Haftpflichtversicherungsschutz besitzen, macht gerade eine temporäre Haftpflichtdeckung natürlich durchaus Sinn, auch wenn ein umfassender weltweiter Schutz stets vorzuziehen ist. Eine Kostenübernahme für medizinisch notwendige Krankenrücktransporte ist gelegentlich auch in Autoschutzbriefen eingeschlossen, während Bergungskosten in nahezu jeder Unfallversicherung zwischen etwa 5.000 und 150.000 Euro eingeschlossen sind.

Bei der Mondial Assistance International AG wird eine Incoming-Versicherung für ausländische Besucher in Deutschland angeboten, die folgende Produkte beinhaltet: Incoming-Krankenschutz, Reise-Krankenversicherung, Kranken-Rücktransport, Reise-Assistance sowie eine Reisehaftpflichtversicherung, letztere mit einer Deckungssumme bis 500.000 Euro für Personen- und Sachschäden. Für Personen unter 65 Jahren kostet eine Reisedauer bis 31 Tagen nach diesem Tarif 45 Euro, darüber 90 Euro, eine Reisedauer bis 62 Tagen 80 bzw. 160 Euro und ein Reisedauer bis 93 Tagen 135 bzw. 270 Euro.

Versicherungsschutz für die Inanspruchnahme von Heilpraktikern und Naturheilverfahren



Hierzu benannte Tarife und Versicherer:

- Arag (Tarif: 282, Stand 01.2009),
- Barmenia (Tarif: AN, Stand 01.2009),
- CSS (Tarif: CSS.flexi Heilpraktiker, Stand 06.2007),
- DKV (Tarif: AM 8, Stand 01.2009),
- Gothaer (Tarif: MediNatura, Stand 01.2009),
- Signal Iduna (Tarif: GE-PLUS, Stand 01.2009),
- uniVersa (Tarif: EZ, Stand 01.2009),
- Württembergische (Tarif: EG, Stand 01.2009)

Heilpraktiker erbringen heilkundliche Leistungen ohne als Ärzte approbiert zu sein. Trotz nicht zwingend vorgeschriebener Berufsausbildung, unterliegen sie gesetzlich geregelten Zugangsvoraussetzungen. Letztere dienen vor allem dazu, Schäden an den Patienten als Folge mangelnder anatomischer und heilkundlicher Kenntnisse zu vermeiden. Überwiegend werden in der Praxis Methoden der Natur- und Alternativmedizin angewandt. Typische Verfahren sind z.B. Homöopathie, Chiropraktik, Aromatherapie, Akupunktur, Kinesiologie, traditionelle chinesische Medizin oder Hypnose. Insgesamt ist das Spektrum jedoch sehr vielfältig und wenig homogen. Inwiefern heilkundliche Leistungen den Methoden der Schulmedizin überlegen sind, kann nicht pauschal beantwortet werden.

rungsabschluss bei der Signal Iduna bei Buchung, spätestens jedoch 14 Tage nach Erhalt der Reisebestätigung vorgenommen werden. Bei kurzfristiger Reisebuchung (zwischen 28 und 15 Tagen vor Reisebeginn), muss der Abschluss bis spätestens 14 Tage vor Reisebeginn möglich. Im Falle einer Buchung ab 14 Tagen vor Reisebeginn ist der Versicherungsabschluss nur am Buchungstag selbst möglich. Die Prämienhöhe lässt sich mitunter durch die Vereinbarung eines Selbstbehaltes deutlich senken und variiert stark von Anbieter zu Anbieter.

Die von einigen Versicherern wie der Barmenia, HanseMercur oder Signal Iduna angebotenen **Reiseunfall- oder Reisehaftpflichtversicherungen** sind Ausschnittsdeckungen, von denen grundsätzlich nur abgeraten werden kann. Sofern Ausländer nach Deutschland kommen und dort keinen Haftpflichtversicherungsschutz besitzen, macht gerade eine temporäre Haftpflichtdeckung natürlich durchaus Sinn, auch wenn ein umfassender weltweiter Schutz stets vorzuziehen ist. Eine Kostenübernahme für medizinisch notwendige Krankenrücktransporte ist gelegentlich auch in Autoschutzbriefen eingeschlossen, während Bergungskosten in nahezu jeder Unfallversicherung zwischen etwa 5.000 und 150.000 Euro eingeschlossen sind.

Bei der Mondial Assistance International AG wird eine Incoming-Versicherung für ausländische Besucher in Deutschland angeboten, die folgende Produkte beinhaltet: Incoming-Krankenschutz, Reise-Krankenversicherung, Kranken-Rücktransport, Reise-Assistance sowie eine Reisehaftpflichtversicherung, letztere mit einer Deckungssumme bis 500.000 Euro für Personen- und Sachschäden. Für Personen unter 65 Jahren kostet eine Reisedauer bis 31 Tagen nach diesem Tarif 45 Euro, darüber 90 Euro, eine Reisedauer bis 62 Tagen 80 bzw. 160 Euro und ein Reisedauer bis 93 Tagen 135 bzw. 270 Euro.

Versicherungsschutz für die Inanspruchnahme von Heilpraktikern und Naturheilverfahren



Hierzu benannte Tarife und Versicherer:

- Arag (Tarif: 282, Stand 01.2009),
- Barmenia (Tarif: AN, Stand 01.2009),
- CSS (Tarif: CSS.flexi Heilpraktiker, Stand 06.2007),
- DKV (Tarif: AM 8, Stand 01.2009),
- Gothaer (Tarif: MediNatura, Stand 01.2009),
- Signal Iduna (Tarif: GE-PLUS, Stand 01.2009),
- uniVersa (Tarif: EZ, Stand 01.2009),
- Württembergische (Tarif: EG, Stand 01.2009)

Heilpraktiker erbringen heilkundliche Leistungen ohne als Ärzte approbiert zu sein. Trotz nicht zwingend vorgeschriebener Berufsausbildung, unterliegen sie gesetzlich geregelten Zugangsvoraussetzungen. Letztere dienen vor allem dazu, Schäden an den Patienten als Folge mangelnder anatomischer und heilkundlicher Kenntnisse zu vermeiden. Überwiegend werden in der Praxis Methoden der Natur- und Alternativmedizin angewandt. Typische Verfahren sind z.B. Homöopathie, Chiropraktik, Aromatherapie, Akupunktur, Kinesiologie, traditionelle chinesische Medizin oder Hypnose. Insgesamt ist das Spektrum jedoch sehr vielfältig und wenig homogen. Inwiefern heilkundliche Leistungen den Methoden der Schulmedizin überlegen sind, kann nicht pauschal beantwortet werden.

In der Regel rechnen Heilpraktiker nach der GebüH 85 (Gebührenordnung der Heilpraktiker in der Fassung von 1985) ab. Dieses gilt nach § 612 BGB bei fehlender Vereinbarung grundsätzlich als Abrechnungsgrundlage, allerdings können Heilpraktiker mit gegenseitigem Einverständnis auch deutlich von der GebüH 85 abweichen. Insbesondere eine Abweichung nach oben ist nicht ungewöhnlich, da die Gebührenordnung seit 1985 unverändert blieb. Daher berechnen nicht wenige Heilpraktiker ihre Leistungen auf Grundlage der GOÄ (Gebührenordnung der Ärzte).

Eine Kassenleistung kann nur in jenen Fällen vorliegen, wo der behandelnde Heilpraktiker gleichzeitig eine Approbation als Arzt besitzt und nach der GOÄ abrechnet. Die Erstanamnese ist allerdings grundsätzlich keine gesetzliche Leistung, auch werden nur sehr wenige mögliche Leistungen als Kassenleistung anerkannt.

Damit müssen Leistungen eines Heilpraktikers von Kassenpatienten fast immer aus eigener Tasche finanziert werden, es sei denn es besteht eine ergänzende Krankenzusatzversicherung. Diese übernimmt vielfach nur die Kosten für eine Liste abschließend aufgeführter Verfahren. Sehr viel umfassender sind Tarife, die ergänzend auf Basis des Hufelandverzeichnisses abrechnen. Dieses weist eine große Zahl alternativer Heilmethoden auf, die auch von der Schulmedizin anerkannt sind und wird regelmäßig aktualisiert. Damit wird auch der Leistungsumfang von Tarifen, die nach dem Hufelandverzeichnis abrechnen, beständig aktualisiert. Für den Heilpraktiker bietet das Hufelandverzeichnis den Vorteil, für eine sehr große Zahl möglicher Verfahren analog der GOÄ eine einheitliche Abrechnungsgrundlage zu besitzen, welche nicht in der GOÄ und auch nicht in der GebüH 85 aufgeführt sind.

Aus Gründen des Umfangs dieses Artikels werden hier nur beispielhaft einige wenige Tarife aufgeführt, die auch für die Kosten einer heilpraktischen Behandlung aufkommen. Neben der rein ausschnittweisen Tarifbetrachtung ist zu beachten, dass nicht jeder der benannten Tarife für sich allein abgeschlossen werden kann. Tarife, die ausschließlich auf diesen Bereich beschränkt sind, sind dem Autor nicht bekannt.

• **Arag (Tarif: 282, Stand 01.2009):** im Rahmen der geltenden Gebühr zu 50% des Rechnungsbetrages bis max.

260 Euro je Versicherungsjahr unter Anrechnung möglicher Vorleistungen der GKV. Erstattungsfähig sind auch die in diesem Zusammenhang verordneten Medikamente, Heil- und Verbandmittel.

• **Barmenia (Tarif: AN, Stand 01.2009):** bis 80 % des Rechnungsbetrages (max. 1.000 Euro p.a.) für nicht unter die Leistungspflicht der GKV fallende naturheilkundliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im Hufelandverzeichnis mit Stand 2005 oder in der gültigen GebüH aufgeführt sind. Erstattungsfähig sind auch die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel. Gebühren für die Behandlung durch Heilpraktiker sind bis zum Höchstsatz der GebüH erstattungsfähig. Als Naturheilverfahren definiert sind sämtliche Positionen der jeweils gültigen GebüH sowie die in der Liste des Versicherers ergänzend aufgeführten erstattungsfähigen Naturheilverfahren (u.a. Akupunktur, Akupressur, Ayurveda, Elementartherapie, Gasgemischinjektionen, Kristallographie, Spagyrik und traditionelle chinesische Medizin).

• **CSS (Tarif: CSS.flexi Heilpraktiker, Stand 06.2007):**

bei Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ und Heilpraktikern beträgt die Höchsterstattung 80% einschließlich verordneter Heil- und Verbandmittel (max. 1.250 Euro je Kalenderjahr; in den ersten 24 Monaten max. 600 Euro). Rechnungen von Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ werden bis zum Höchstsatz GOÄ erstattet, von Heilpraktikern bis zum Höchstsatz der gültigen GebüH bzw. jeweils bis zu den Höchstsätzen der im Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren genannten Gebührenziffern und Höchsterstattungsbeträge. Als Naturheilverfahren definiert sind sämtliche Positionen der jeweils gültigen GebüH sowie die in der Liste des Versicherers ergänzend aufgeführten erstattungsfähigen Naturheilverfahren (u.a. Akupunktur, Akupressur, Ayurveda, Elementartherapie, Gasgemischinjektionen, Kristallographie, Spagyrik und traditionelle chinesische Medizin).

• **DKV (Tarif: AM 8, Stand 01.2009):** im Rahmen der GebüH 85 (höchstens jedoch bis in Höhe der Regelhöchstsätze der GOÄ) bis 80% des Rechnungsbetrages.

• **Gothaer (Tarif: MediNatura, Stand 01.01.2009):**

zu 100% (im ersten Kalenderjahr bis 500 Euro, im zweiten Kalenderjahr bis 1.000 Euro, danach bis 2.000 Euro p.a.) für Heilpraktikerbehandlung im Rahmen der GebüH einschließlich der verordneten Arzneimittel sowie für Naturheilverfahren durch Ärzte nach dem Hufelandverzeichnis – beides in der jeweils gültigen Fassung.

• **Signal Iduna (Tarif: GE-PLUS, Stand 01.2009):**

im Rahmen der GebüH 85 zu 80% des Rechnungsbetrages bis max. 550 Euro pro Kalenderjahr für wissenschaftlich anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Rahmen der GebüH 85 sowie wissenschaftlich anerkannte Arzneimittel. Darüber hinaus wird geleistet für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Beispielformal nennt der Tarif Schmerzakupunktur, Homöopathie, Pythotherapie, Neuraltherapie, Eigenbluttherapie, anthroposophische Medizin, Atemtherapie, Chiropraktik, osteopathische Behandlung, Schröpftherapie und physikalische Verfahren (Bewegungstherapie, Massagen, Elektrophysiotherapie, Hydrotherapie, Thermotherapie).

• **uniVersa (Tarif: EZ, Stand 01.2009):**

im Rahmen der gültigen GebüH. Ist ein Gebührenrahmen benannt, so wird höchstens der untere Erstattungssatz übernommen. Erstattungsfähig sind auch Heilmittel nach Methoden der Naturheilkunde und der besonderen Therapieeinrichtungen (homöopathische, phytotherapeutische, anthroposophische Mittel) und Arzneimittel, sofern diese ärztlich verordnet, nicht jedoch verschreibungspflichtig sind und auch nicht von der GKV übernommen werden. Außerdem müssen diese entweder in der GebüH aufgeführt sein oder von einer der Mitglieds-gesellschaften der Hufelandgesellschaft für Gesamtmedizin e.V. anerkannt sein.

• **Württembergische (Tarif: EG, Stand 01.2009):**

im Rahmen der gültigen GebüH zu 50% des Rechnungsbetrages bis max. 2.500 Euro p.a. Erstattungsfähig sind auch die im Rahmen der Behandlung verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel.

Krankenhaustagegeldtarife



Hierzu benannte Tarife und Versicherer:

- Allianz (Tarif: 451, Stand 01.2009),
- Axa (KHT 1 und KHT 2, Stand 09.2008; KHTE, Stand 01.2008),
- Continentale (Tarif: SII, Stand 01.2009),
- Deutscher Ring (Tarif: H, Stand 01.2002),
- Gothaer (Tarif: K, Stand 01.2009),
- HanseMerkur (KH, Stand 02.2009),
- Mannheimer (Tarif: TSU, Stand 01.2009),
- uniVersa (Tarif: KSKT, Stand 01.2008)

Voraussetzung für die Zahlung eines versicherten Krankenhaustagegeldes ist regelmäßig eine medizinisch notwendige stationäre Unterbringung. Analog zu § 4 Abs. 9 MB / KT gibt es einen Ausschluss für die stationäre Behandlung in gemischten Anstalten, nämlich nach § 5 Nr. 1 d) und e) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung wie auch für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger sowie für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. „Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird“.

Zu beachten ist also dieselbe Empfehlung wie bereits an anderer Stelle zum Krankentagegeld, nämlich eine vorherige schriftliche Rücksprache mit dem Versicherer und am besten auch mit dem Krankenhaus, inwiefern die geplante Institution unter die Ausschlussbestimmung fällt. Zusätzlich sollte mit Arzt und Versicherer geprüft werden, ob eine Einweisung in ein solches Institut dem Erfordernis der medizinischen Notwendigkeit entspricht, da es auch hier regelmäßig zu Streitigkeiten kommt. Dabei ist stets auf die konkrete Annahme der medizinischen Vertretbarkeit im konkreten Einzelfall und nicht auf Vergleichsfälle aus der Rechtsprechung zu verweisen. Weitere Ausschlüsse sind nach den Musterbedingungen ebenfalls in § 5 geregelt, unterscheiden sich aber im Detail von Anbieter zu Anbieter und Tarif zu Tarif.

Ein Kostennachweis ist nicht erforderlich, verständlicherweise aber ein Nachweis über Art und Dauer der stationären Behandlung. Die Leistung wird üblicherweise unbegrenzt erbracht, solange die stationäre Unterbringung vorliegt. Sie wird anders als beim Krankentagegeld auch dann nicht eingestellt, wenn anstelle einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit eine Berufsunfähigkeit vorliegt. Der Anspruch entfällt beispielsweise bei der Allianz, Continentale, Deutscher Ring, HanseMerkur oder Mannheimer im Rahmen einer nur teilstationären Unterbringung (weniger als 24 h andauernder stationärer Aufenthalt), die Gothaer er-

bringt in diesem Fall die Hälfte des vereinbarten Tagessatzes. Gleiches gilt in den Tarifen KHT 1 und KHT 2 der Axa, allerdings wird klargestellt, dass ambulante Entbindung und Operationen, auch wenn sie im Krankenhaus durchgeführt werden, nicht als teilstationäre Behandlungen gelten.

Die Allianz erbringt die volle Leistung auch in Bundeswehrkrankenhäusern, im Sanitätsbereich jedoch nur zur Hälfte, während die Gothaer diese Reduzierung erst ab einem Aufenthalt von mehr als sieben Tagen für die dann folgenden Tage vorsieht.

Bei einer stationären Psychotherapie beträgt die Höchstleistungsdauer bei der HanseMerkur 25 Tage pro Kalenderjahr. In ihrem Tarif KHTE zahlt die Axa bei ärztlicher Einweisung in einen Sanitätsbereich oder eine diesem gleichstehende Einrichtung erst nach einem ununterbrochenen Aufenthalt von mindestens sieben Tagen für jeden folgenden Tag, bei Psychotherapie in einem tariflich zulässigen Krankenhaus höchstens für 30 Behandlungstage im Kalenderjahr. Die uniVersa sieht eine Erhöhung der Versicherungsleistung um 50% vor, sofern eine vollstationäre Krankenhausbehandlung höchstens 7 Tage dauert und nicht aus anderen Gründen bereits Anspruch auf eine erhöhte Leistung bestand.

Der Leistungsanspruch auf Krankenhaustagegeld besteht üblicherweise auch im Falle einer Entbindung im Krankenhaus. Anders als beispielweise bei der Allianz oder Mannheimer, kann bei der Gothaer wahlweise eine Pauschalleistung in Höhe von vier Tagessätzen verlangt werden, bei der uniVersa bei einem Aufenthalt von bis zu 10 Tagen eine Pauschale von 10 Tagessätzen.

Es gelten die im Rahmen von Krankenzusatzversicherungen üblichen Wartezeiten von 3 bzw. 8 Monaten nach § 3 Nr. 2 der MB / KK 2009. Diese entfallen in der Regel nur bei Unfall. Davon wird nur selten abgewichen, so beispielsweise bei der HanseMerkur:

„Die allgemeine Wartezeit entfällt zusätzlich bei folgenden akuten Infektionskrankheiten: Röteln, Masern, Windpocken, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Ziegenpeter (Mumps), spinale Kinderlähmung, epidemische Genickstarre, Ruhr, Paratyphus, Typhus, Flecktyphus, Cholera, Pocken, Wechselfieber und Rückfallfieber.“

Weiter gilt:

„Die besondere Wartezeit für Zahnbehandlung, Zahnersatz (Zahnprothetik, Stützähne, Brücken, Überkronungen sowie Implantate) und Kieferorthopädie verkürzt sich auf 6 Monate.“

Die **Continentale** verzichtet auf Anrechnung von Wartezeiten, wenn entsprechende Atteste innerhalb von 14 Tagen nach Antragsstellung auf einem vorgeschriebenen Formular vorliegen.

Nur wenige Anbieter leisten ein Krankenhaustagegeld auch bei stationären Kuren (s.o.). Dazu gehören beispielsweise die **Continentale**, **Deutscher Ring**, **Gothaer** und **uniVersa**. Bei der **Gothaer** heißt es in A Nr. 5 der Tarifbedingungen dazu wie folgt:

„Bei einem Kuraufenthalt innerhalb von zwei Monaten nach einer mindestens 10 Tage dauernden Krankenhausbehandlung wird für jeden Tag des Kuraufenthaltes, längstens für 28 Tage, die Hälfte des versicherten Krankenhaustagegeldes bezahlt.“

Der Wortlaut der **Continentale** liest sich abweichend wie folgt:

„Bei stationären Kuren wird das vereinbarte Krankenhaustagegeld für höchstens 28 Tage innerhalb von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren zu 25% gezahlt. Die Notwendigkeit der stationären Kur muss vor Behandlungsbeginn durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden und die Behandlung in einer ärztlich geleiteten Anstalt mit ausreichenden Einrichtungen für die Durchführung von Kuren erfolgen.“

Ein drittes Beispiel für ergänzende Leistungen bietet hier der **Deutsche Ring**:

„Bei einem Kuraufenthalt im Anschluß an eine Krankenhausbehandlung besteht Anspruch auf die Hälfte des versicherten Krankenhaustagegeldes bis zu einer Dauer von 28 Tagen.“

Voraussetzung für die Leistung ist, daß eine Kurbehandlung nach Beendigung eines mindestens 10 Tage dauernden Krankenhausaufenthaltes innerhalb von 2 Monaten begonnen wird, von dem behandelnden Arzt des Krankenhauses aus medizinischen Gründen verordnet worden ist und nachweislich unter ärztlicher Kontrolle durchgeführt wird.“

Bei der **uniVersa** wird das Krankenhaustagegeld bei Aufenthalt in einer Kuranstalt oder in einem Sanatorium höchstens für 23 Tage innerhalb von drei Kalenderjahren gezahlt. Geleistet wird auch für eine vollstationäre RehaMaßnahme oder Anschlussheilbehandlung eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers. Für Personen ab dem vollendeten 40. bis zum vollendeten 65. Lebensjahr besteht in diesem Zusammenhang nur Anspruch auf 50%, ab dem 65. Lebensjahr auf 25% der versicherten Leistung.

Die **Mannheimer** erbringt bei unfallbedingter stationärer Heilbehandlung im Sinne von § 8 der Tarifbestimmungen den doppelten Tagessatz, sofern die Heilbehandlung spätestens vor Ablauf von zwei Jahren nach Eintritt des Unfalls begonnen hat. Auch die **Axa** sieht mit ihrem Tarif KHT 1 eine erhöhte Leistung bei unfallbedingter stationärer Einweisung vor, allerdings wird nur die Leistung der ersten fünf Tage verdoppelt.

Teil der Beratungsdokumentation sollten die Einschränkungen im Rahmen der weltweiten Deckung sein. Auf Basis von § 1 (4) MB/KK 2009 besteht Versicherungsschutz bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt innerhalb Europas ohne zeitliche Begrenzung, im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung für höchstens einen Monat. „Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.“

Anstatt auf eine Gefährdung der Gesundheit stellt die **Continentale** auf Einschränkungen der Transportfähigkeit ab:

„Bei der **Continentale** gilt bedingungs-gemäß: In Erweiterung des § 1 (4) MB/KK 2009 wird der Versicherungsschutz – sofern ein Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden muss – so lange gewährt, wie die versicherte Person die Rückreise wegen Transportunfähigkeit nicht antreten kann.“

Bei der **Allianz** besteht abweichend zur Verbandsempfehlung für höchstens zwei Monate Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland. Versicherte

bei der **HanseMerkur** profitieren von folgender Besserstellung:

„Ab Beginn des 2. Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland verringern sich die tariflichen Leistungen um ein Drittel, wenn nicht vor der Ausreise etwas anderes vereinbart wurde. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, so wird der volle Versicherungsschutz so lange gewährt, bis die versicherte Person die Rückreise ohne Gefährdung der Gesundheit antreten kann.“

Zudem gelten auch die außereuropäischen Teile der Türkei und Russlands zum regulären Geltungsbereich dieses Tarifs.

Zu beachten ist, dass vielfach ein weiteres Krankenhaustagegeld nur nach vorheriger Einwilligung des bisherigen Versicherers abgeschlossen werden darf, so beispielsweise bei der **Allianz**, aber auch nach § 9 Nr. 6 der MB/KK 2009. Außerdem steht dem Versicherer im Rahmen der nicht substitutiven Krankenhaustagegeldversicherung nach § 14 (2) MB/KK 2009 ein Kündigungsrecht während der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres zu.

Ein Krankenhaustagegeld von 50 Euro für eine 30jährigen kostet im Schnitt um die 10 bis 12 Euro monatlich, für einen 50jährigen etwa 20 bis 25 Euro. Insgesamt unterscheidet sich die Prämienhöhe von Männern und Frauen nur geringfügig.



Risiko & Vorsorge · Ausgabe 2/09
Bestellungen:
info@bhm-marketing.de
4,90 Euro zzgl. Versand
inkl. 7% MwSt.

Unfall-Core-Rating



- Kinder
- Erwachsene

Basis: 321 geprüfte Tarife (allgemein)
56 geprüfte Tarife (Heilberufe)

Wertung: **WFS 1-3**

Stand: 29.05.2009

In den vergangenen Jahren wurde der Leistungskatalog privater Unfallversicherungen deutlich erweitert. Für Kunden und Vermittler stellt sich dadurch zunehmend das Problem, welche dieser Einschlüsse im konkreten Leistungsfall wirklich wichtig sind. Nur wenige Leistungsmerkmale entscheiden in den allermeisten Fällen darüber, ob und in welcher Höhe eine Versicherungsleistung erfolgt. Entscheidend sind in erster Linie die Bausteine Unfallbegriff (z.B. Mitversicherung auch von Eigenbewegungen), Invaliditätsgrundsumme, Progression und Unfallrente. Wesentliche Unterschiede gibt es bei diesen vor allem in Bezug auf die Höhe und Art der Anrechnung eines Mitwirkungsanteils bei Krankheiten oder Gebrechen (anbieterabhängig Kürzung des Invaliditätsgrades oder der Leistung), Mitversicherung/ Ausschluss von Bewusstseinsstörungen sowie Invalidität als Folge

einer Infektion wie z.B. eines Zeckenbisses. Oft kommt es zu Auseinandersetzungen rund um das Thema Meldefristen, weshalb auch die Meldefristen für die Anmeldung des Invaliditätsfalles sowie die ärztliche Feststellung derselben in die Bewertung mit aufgenommen wurden.

Extras wie Unfallkrankentagegeld, Unfallkrankentagegeld und beitragsfreie Leistungen wie Bergungskosten und Übernahme kosmetischer Operationskosten sind im Einzelfall sicher wichtig, sollten aber nur zweitrangig über die Auswahl des geeigneten Versicherungstarifes entscheiden. Sie wurden daher nicht bewertet. Besonders wichtig erscheint hier ein Einschluss von unfallbedingtem Zahnersatz, was aber im Rahmen dieses Ratings ebenfalls unbewertet bleibt. Eine ausreichend hohe Invaliditätsgrundsumme (mindestens 100.000 Euro) sollten die Mindestabsicherung darstellen.



Bewertet wurden 321 Unfallversicherungstarife von 72 Versicherern bzw. Konzeptanbietern, die für Versicherungswillige allgemein zur Verfügung stehen sowie 56 Tarife von 22 Versicherern, die nur für Angehörige von Heilberufen abschließbar sind. Dabei wurden beide Gruppen separat bewertet. Weiter wurden Tarife für Erwachsene und Kinder bis sowie über 14 Jahren unterschieden. Nicht separat bewertet wurden Tarife nur für Senioren. Bewertet wurden die folgenden Leistungsbereiche:

- Regelungen zur Invaliditätsleistung
- Regelungen zur Unfallrente

Konkrete Empfehlungen der Versicherer können sehr stark variieren. Die InterRisk etwa empfiehlt eine Absicherung des 6- bis 8-fachen Bruttojahreseinkommens als Leistung bei Vollinvalidität (Tarife ohne Progression) bzw. dem vierfachen Bruttojahreseinkommens (Tarife mit Progressionsstaffel).

Rating-Systematik

Bewertet wurden 316 Unfallversicherungstarife von 70 Versicherern für alle Berufe sowie 56 Unfallversicherungstarife von 22 Versicherern für Angehörige von Heilberufen. Nicht berücksichtigt wurden spezielle Tarife nur für Senioren. Grundlage für das Rating waren insgesamt 9 Corekriterien. Diese umfassen die besonders praxisrelevanten Punkte, in denen sich die Angebote voneinander unterscheiden:

Leistungen:

- Definition des Unfallbegriffes hinsichtlich erhöhter Kraftanstrengung und Eigenbewegungen
- Verwendete Progressionstabelle
- Gliedertaxe
- Leistungsumfang einer etwaigen Unfallrente
- Einschränkungen der Invaliditäts- und Unfallrentenleistung abhängig von sportlicher oder beruflicher

Betätigung im Schadenfall

- Kürzung aufgrund von Krankheiten und Gebrechen (Mitwirkungsanteil) auf Basis der Leistung oder des Prozentsatzes vom Invaliditätsgrad
- Versicherungsschutz bei Bewusstseinsstörungen (z.B. Alkohol, Medikamente, Epilepsie)
- Invalidität als Folge einer Infektion (z.B. durch Zecken, Tetanus, Malaria)
- Obliegenheiten: Meldefristen bei Tod und Invalidität

Die einzelnen Bedingungen wurden bewertet mit einem Faktor von -4 bis 16 Punkten. Dabei stellt 16 Punkte die jeweils für den Verbraucher vorteilhafteste Regelung dar. 12, 8 und 4 Punkte stehen für den jeweils zweiten, dritten bzw. vierten Platz. Jede Regelung, die besser als GDV-Standard, aber schlechter als die drittbeste Individuallösung ist, erhält pauschal 2 Punkte. Die Standardregelung ent-

sprechend GDV-Empfehlung erhält keine Punkte. Dies gilt auch für die unstrittige Klarstellung, dass der Verlust der Sehkraft auf beiden Augen 100 % Invalidität bedeutet. Ist eine Leistung schlechter als Standard, so führt dies zu vier Punkten Abzug. Jedes Kriterium wurde mit einem Faktor zwischen 1 und 3 gewichtet. Da einzig und allein Corekriterien zum Tragen kommen, wurden die Leistungskriterien mit Ausnahme der Infektionsklausel mit dem Faktor 3, die Infektionsklausel und die Meldefristen mit dem Faktor 2 gewichtet. Für Kinder bis 14 Jahren gilt abweichend ein Faktor 1 für die Bewusstseinsklausel.

Note	Bedeutung
• WFS 1 (Gold)	mind. 80% der erreichten Höchstpunktzahl
• WFS 2 (Silber)	mind. 70% der erreichten Höchstpunktzahl
• WFS 3 (Bronze)	mind. 60% der erreichten Höchstpunktzahl

Ergebnisse Invaliditätsleistung, Stand 29.05.2009

Erwachsene, ohne Progression



- **InterRisk i-MAX** (AUB 2008-i-MAX, Stand 02/2009)
- **Haftpflichtkasse Darmstadt** (AUB 2007, Stand 01.01.2009: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz)



- **DBV-Winterthur** (BPU Extra 2007: BOXplus Extra. Bedingungen für die Unfallversicherung; Stand 1/2008)
- **InterRisk XXL** (AUB 2008-XXL, Stand 02/2009)



- **Konzept & Marketing** (U4 advanced, Stand 01.01.2008; U4 complete, Stand 09/2007)

Erwachsene, mit 500% Progression



- **InterRisk i-MAX** mit / ohne Plus-Progression (AUB 2008-i-MAX, Stand 02/2009), **InterRisk XXL** mit Plus-Progression (AUB 2008-XXL, Stand 02/2009)



- **Haftpflichtkasse Darmstadt** (AUB 2007, Stand 01.01.2009: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz)
- **Swiss Life Partner GmbH (SLP)** (AUB 2008, Stand 01.04.2009: Primus Plus) mit Premium-Progression



- **InterRisk** (AUB 2008-XXL, Stand 02/2009 ohne Plus-Progression; AUB 2008-XL, Stand 02/2009 mit Plus-Progression)
- **Konzept & Marketing** (U4 complete, Stand 01/2008)

Kinder ab 14, ohne Progression



- **InterRisk i-MAX** (AUB 2008-i-MAX, Stand 02/2009)
- **Haftpflichtkasse Darmstadt** (AUB 2007, Stand 01.01.2009: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz)



- **DBV-Winterthur** (BPU Extra 2007: BOXplus Extra. Bedingungen für die Unfallversicherung; Stand 1/2008)
- **InterRisk XXL** (AUB 2008-XXL, Stand 02/2009)



- **Konzept & Marketing** (U4 advanced, Stand 01.01.2008; U4 complete, Stand 09/2007)

Kinder ab 14, mit 500% Progression



- **InterRisk i-MAX** mit / ohne Plus-Progression (AUB 2008-i-MAX, Stand 02/2009), **InterRisk XXL** mit Plus-Progression (AUB 2008-XXL, Stand 02/2009)



- **Haftpflichtkasse Darmstadt** (AUB 2007, Stand 01.01.2009: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz)



- **InterRisk** (AUB 2008-XXL, Stand 02/2009 ohne Plus-Progression; AUB 2008-XL, Stand 02/2009 mit Plus-Progression)
- **Konzept & Marketing** (U4 complete, Stand 01/2008)

Kinder bis 14, ohne Progression



- **InterRisk i-MAX** (AUB-i-MAX 2008, Stand 02/2009)
- **Haftpflichtkasse Darmstadt** (AUB 2007, Stand 01.01.2009: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz)



nicht vergeben



nicht vergeben

Kinder bis 14, mit 500% Progression



- **InterRisk i-MAX** mit / ohne Plus-Progression (AUB 2008-i-MAX, Stand 02/2009), **InterRisk XXL** mit Plus-Progression (AUB 2008-XXL, Stand 02/2009)



- **Haftpflichtkasse Darmstadt** – (AUB 2007, Stand 01.01.2009: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz)



- **InterRisk** (AUB 2008-XXL, Stand 02.2009 ohne Plus-Progression; AUB 2008-XL, Stand 02.2009 mit Plus-Progression)
- **Swiss Life Partner GmbH (SLP)** (AUB 2008, Stand 01.04.2009: Primus Plus) MIT PREMIUM-PROGRESSION

Ergebnisse Invaliditätsleistung Stand 29.05.2009

Heilberufe, ohne Progression



- **InterRisk** (Tarif: i-MAX mit verbesserter Gliedertaxe für Heilberufe: AUB 2008-i-MAX, Stand 02/2009; Tarif: XXL mit verbesserter Gliedertaxe für Heilberufe, XXL für Heilberufe: AUB 2008-XXL, Stand 02/2009)

Versicherbare Berufe: Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Heilpraktiker
Höchstversicherungssumme: 150.000 Euro (mit Dynamik) / 300.000 Euro (ohne Dynamik)

- **Konzept & Marketing** (U4 complete für Heilberufe, Stand 01/2008)
Versicherbare Berufe: Ärzte, Apotheker, Apothekenpersonal, Arzthelfer, Dentallaboranten, Heilpraktiker, Kieferorthopäden, Krankenpfleger, Krankenschwestern, Laboranten, Physiotherapeuten, Rettungssanitäter, Studenten der Medizin oder Pharmazie, Veterinäre, Zahnärzte, Zahnarzthelfer.
Höchstversicherungssumme: 600.000 Euro Grundinvalidität

Heilberufe, mit 225% Progression



- **Konzept & Marketing** (U4 complete für Heilberufe, Stand 01/2008)
Versicherbare Berufe: Ärzte, Apotheker, Apothekenpersonal, Arzthelfer, Dentallaboranten, Heilpraktiker, Kieferorthopäden, Krankenpfleger, Krankenschwestern, Laboranten, Physiotherapeuten, Rettungssanitäter, Studenten der Medizin oder Pharmazie, Veterinäre, Zahnärzte, Zahnarzthelfer
Höchstversicherungssumme: 250.000 Euro Grundinvalidität

Heilberufe, mit 350% Progression



- **Konzept & Marketing** (U4 complete für Heilberufe, Stand 01/2008)
Versicherbare Berufe: Ärzte, Apotheker, Apothekenpersonal, Arzthelfer, Dentallaboranten, Heilpraktiker, Kieferorthopäden, Krankenpfleger, Krankenschwestern, Laboranten, Physiotherapeuten, Rettungssanitäter, Studenten der Medizin oder Pharmazie, Veterinäre, Zahnärzte, Zahnarzthelfer
Höchstversicherungssumme: 160.000 Euro Grundinvalidität

Heilberufe, mit 500% Progression



- **Konzept & Marketing** (U4 complete für Heilberufe, Stand 01/2008)
Versicherbare Berufe: Heilpraktiker, Kieferorthopäden, Krankenpfleger, Krankenschwestern, Laboranten, Physiotherapeuten, Rettungssanitäter, Studenten der Medizin oder Pharmazie, Veterinäre, Zahnärzte, Zahnarzthelfer
Höchstversicherungssumme: 110.000 Euro Grundinvalidität

Heilberufe, mit 600% Progression



- **Janitos** (Best Selection für Mediziner; Stand 01.01.2008)
Versicherberufe: nur Human- und Zahnmediziner
Höchstversicherungssumme: 150.000 Euro Invaliditätsgrundsumme

Ergebnisse Unfallrente Stand 29.05.2009

Unfallrente, Erwachsene



- **InterRisk** (AUB 2008-i-MAX mit dynamex 3+ oder dynamex 2, Stand 02/2009)



nicht vergeben



- **InterRisk** (AUB 2008-XXL mit dynamex 3+ oder dynamex 2, Stand 02/2009)

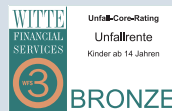
Unfallrente, Kinder ab 14



- **InterRisk** (Tarif: AUB 2008-i-MAX mit dynamex 3+ oder dynamex 2, Stand 02/2009)



- **InterRisk** (Tarif: AUB 2008-XXL mit dynamex 3+ oder dynamex 2, Stand 02/2009)



nicht vergeben

Unfallrente, Kinder bis 14



- **InterRisk** (AUB 2008 i-MAX mit dynamex 3+ oder dynamex 2, Stand 02/2009)
- **maxPool** (AUB 2008: max 2007, Stand 2008-01-04 – Unfallrente mit Rentendynamik)



- **InterRisk** (AUB 2008-XXL mit dynamex 3+ oder dynamex 2, Stand 02/2009; AUB 2008-XL mit dynamex 3+, Stand 02/2009)



- **InterRisk** (AUB 2008-XL mit dynamex 2, Stand 02/2009)
- **maxPool** (AUB 2008: max 2007, Stand 2008-01-04 – Unfallrente ohne Rentendynamik)

Alle empfehlenswerten Alt- und Neutarife für Unfallrenten (Mindestkriterien erfüllt)

- Condor (AUB 2007, Stand 05/2007: Comfort): Kinder bis 10 Jahre, Erwachsene; (AUB 2008, Stand 01/2008: Comfort): Kinder bis 14 Jahre, Erwachsene
- DBV-Winterthur (BPU Extra 2007: BOXplus Extra. Bedingungen für die Unfallversicherung, Stand 1/2008): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Domcura (AUB 2008, Stand 01.08.2008 mit / ohne Dread Disease im Einzelfall je ACE, BBV, Generali oder Münchener Verein; AUB 2008, Stand 01.08.2008: mit / ohne Dread Disease im Einzelfall je ACE, BBV, Generali oder Münchener Verein): Kinder bis 14 Jahre, Kinder ab 14 Jahre, Erwachsene
- Ideal (BB-IUR_2007A: UnfallRente Exklusiv): nur Erwachsene
- Inter Risk (Tarife: dynamex 2, dynamex 3+ in Kombination mit den Tarifen AUB 2008: XL, XXL, i-MAX, Stand 02/2009): Kinder bis 14 Jahre, Kinder ab 14 Jahre, Erwachsene
- Konzept & Marketing (U4 advanced: Invalidenrente, Stand 01.01.2008): Kinder bis 14 Jahre, Kinder ab 14 Jahre, Erwachsene
- maxPool (AUB 2006: max2007-Unfallrente mit und ohne Dynamisierung; AUB 2008: max 2007, Stand 2008-01-04 – Unfallrente mit und ohne Dynamisierung): Kinder bis 14 Jahre, Erwachsene
- Rhion (AUB 2008, Stand 01.10.2008: Standard; AUB 2008, Stand 01.10.2008: Plus): Kinder bis 14 Jahre, Erwachsene
- ZEUS Unfallversicherung (AUB 01.2008, progressive Unfall-Rente PLUS): Kinder bis 14 Jahre, Erwachsene

Alle empfehlenswerten Alt- und Neutarife für Invaliditätsleistung (Mindestkriterien erfüllt)

- Ammerländer (AUB 2001, Stand 01/2007: Exklusiv-Schutz; AUB 2008, Stand 01/2008, Unfall-Exklusiv-Schutz, Stand 07/2008): Kinder bis 14 Jahren, Erwachsene
- Aspecta (AUB 99: UP): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahre, Erwachsene
- Basler (AUB 2004: GSR TopSchutz): Kinder bis 14 Jahren, Erwachsene
- ConceptIF (AUB 2004, Stand 10/2006: ConceptIF Premium; AUB 2004, Stand 10/2007: ConceptIF Premium): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Condor (AUB 2007, Stand 05/2007: Comfort): Kinder bis 10 Jahren, Erwachsene; (AUB 2008, Stand 01/2008: Comfort): Kinder bis 14 Jahren, Erwachsene
- DBV-Winterthur (BPU Extra 2007: BOX plus Extra. Bedingungen für die Unfallversicherung, Stand 1/2008): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Domcura (AUB 2005: im Einzelfall je Generali, BBV oder Münchener Verein; AUB 2008, Stand 01.02.2008, Ergänzungen zu den AUB 2008: Basistarif; AUB 2008, Stand 01.02.2008, Stand 01.02.2008, Top-Schutz: im Einzelfall je BBV, Generali, Gothaer oder Münchener Verein): Kinder bis 14 Jahren, Erwachsene, Heilberufe; (AUB 2008, Stand 01.08.2008 mit/ohne Dread Disease: im Einzelfall je ACE, BBV, Generali oder Münchener Verein); AUB 2008, Stand 01.08.2008: Top-Schutz mit/ohne Dread Disease: im Einzelfall je ACE, BBV, Generali oder Münchener Verein): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Heilberufe
- Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 99: Top 2005 Plus; AUB 2007: Top 2005 Plus, Stand 01.2008, gültig 01.01.2008 bis 30.06.2008; AUB 2007: Top2005 Plus, Stand 07/2008; AUB 2007, Stand 01.01.2009: Unfallversicherung VARIO – Leistungsschutz Vollschutz; AUB 2007, Stand 01.01.2009: Unfallversicherung VARIO – Leistungsschutz Komfortschutz Plus): Kinder bis 14 Jahren, Erwachsene
- Interlloyd (AUB 2005: Premium-Unfall 2005 für Personen bis zum vollendeten 60. Lebensjahr): Kinder bis 14 Jahren, Erwachsene, Heilberufe
- Inter Risk (AUB 2008: XL, XXL, i-MAX, Stand 02/2009): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Heilberufe
- Janitos (Stand 01.04.2006: Balance, Best Selection – Gliedertaxe Bein, Best Selection – Gliedertaxe Hand, Best Selection – Gliedertaxe Sinnesorgane; Stand 01.01.2008: Balance, Best Selection – Gliedertaxe Bein, Best Selection – Gliedertaxe Hand, Best Selection – Gliedertaxe Sinnesorgane, Best Selection für Mediziner): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Heilberufe
- KAB Versicherungsmakler: Das Rheinische Versicherungskontor (AUB 2004, Sonderbedingungen KAB: KAB-Premium), Gruppenunfallversicherung: Kinder bis 10 Jahre, Erwachsene
- Konzept & Marketing (AUB 2006: U4 advanced, Stand 01.2006; U4 advanced, Stand 01.01.2008; U4 complete, Stand 09/2007): Kinder bis 14 Jahre, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Heilberufe
- maxPool (AUB 2006: max 2007; AUB 2008: max 2007, Stand 2008-01-04): Kinder bis 14 Jahren, Erwachsene; (maxPuR2006 mit maxPrompt): Erwachsene (Seniorentarif mit 20% Integralfranchise)
- Münchener Verein (MV-AUB 2008 Basis, Erweiterungen zu den MV-AUB 2008 Basis: UNIKAT KOMFORT; MV-AUB 2008 Basis, Erweiterungen zu den MV-AUB 2008 Basis: UNIKAT EXKLUSIV): Kinder bis 12 bzw. 14 Jahre, Erwachsene
- Rhion (AUB 2008, Stand 01.10.2008: Standard; AUB 2008, Stand 1.10.2008: Plus): Kinder bis 14 Jahre, Erwachsene
- Swiss Life Partner GmbH GmbH (AUB 2005 SLP Medi, UV-V-010106; AUB 2005 SLP Maxi, UV-V-010106; AUB 2008 SLP Medi, UV-AUB-010108, Stand 01.01.2008; AUB 2008 SLP Maxi, UV-AUB-010108, Stand 01.01.2008; AUB 2008, Stand 01.04.2009: Primus Plus mit PREMIUM-PROGRESSION; AUB 2008, Stand 01.04.2009: Primus mit PREMIUM-PROGRESSION): Kinder bis 14 Jahren, Erwachsene
- VHV (AUB 2006: Exklusiv 2006; AUB 2008: Exklusiv 2006 - Fassung 2008, Stand 10/2007; AUB 2008, Exklusiv 2006 - Fassung 2008, Stand 07/2008): Kinder bis 14 Jahren, Erwachsene
- Volkswohl Bund (AUB 2008, Fassung Oktober 2007: Unfall Easy KomfortPlus)
- WÜBA (AUB 2006: UB 06; UB 06: Unfall Active Lady Secure Active, Stand 01.01.2008; UB 06: Unfall Family Secure Active, Stand 01.01.2008): Kinder bis 14 Jahren, Erwachsene
- WÜBAnet (UB 06: Unfall Active WÜBAnet, Stand 01.01.2008): Kinder bis 14 Jahren, Erwachsene
- ZEUS Unfallversicherung (AUB 01.2008): Kinder bis 14 Jahre, Erwachsene

Wichtiger Hinweis: obwohl die Daten, die zu diesem Rating geführt haben, mit höchster Sorgfalt erfasst wurden, können mögliche Fehler bei der Erfassung dennoch nicht ausgeschlossen werden. Diese können Auswirkungen auf das ermittelte Ergebnis haben. Obwohl in die einzelnen Punkte viel Zeit investiert wurde, ist doch ein gewisses Maß an Subjektivität bei der Gewichtung nicht zu vermeiden. Auch dieses Rating kann daher keinen Ersatz für ein ausführliches Studium von Versicherungsbedingungen sein, soll aber zumindest Hilfestellung bei der Auswahl möglicher geeigneter Tarife bieten.

► Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien finden Sie unter www.witte-financial-services.de

Hausratversicherungs-Rating

Tarife mit Versicherungsschutz mit einer Versicherungssumme von 60.000 und 150.000 Euro



Basis:	81 geprüfte Tarife mit Grunddeckung (Basis) 81 geprüfte Tarife mit erweiterter Deckung (Komfort)
Wertung:	WFS 1-3
Stand:	31.05.2009



Analysiert wurden Hausratversicherungen ohne Berücksichtigung eines möglichen Ein schlusses von Glasschäden mit den Versicherungssummen 60.000 und 150.000 Euro. Bewertet wurden zum einen Tarife ohne jeden Zuschlag (Basis), zum anderen solche mit den üblichen Zusatzeinschlüssen, z.B. Elementar schadendeckung oder einfacher Diebstahl von Fahrrädern (Komfort).

Bewertet wurden die folgenden Leistungsbereiche:

- Leistungsarten und etwaige Sublimits
- Versicherte Gefahren und deren Leistungsumfang
- Innovationsklauseln und Mindeststandard-Garantien
- von den Musterbedingungen (AHB Januar 2008) abweichende Obliegenheiten

Note	Bedeutung
• WFS 1 (Gold)	mind. 80% der erreichten Höchstpunktzahl
• WFS 2 (Silber)	mind. 70% der erreichten Höchstpunktzahl
• WFS 3 (Bronze)	mind. 60% der erreichten Höchstpunktzahl

Jeder Tarif, der wenigstens 40% der erreichbaren Gesamtpunktzahl erlangt hat und die oben genannten Mindestanforderungen erfüllt hat, ist grundsätzlich als „empfehlenswert“ zu werten und sticht deutlich aus der Masse der Wettbewerber hervor. Eine Detailbe trachtung bleibt jedoch auch weiterhin anzuraten.

Rating-Systematik: Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien siehe www.witte-financial-services.de

Rating-Systematik

Bewertet wurden Hausratversicherungstarife von 32 Versicherern bzw. Konzeptanbietern. Insgesamt wurden dabei 81 Tarife berücksichtigt. Grundlage für das Rating waren insgesamt 67 Leistungskriterien. Diese umfassen die wesentlichen Punkte, in denen sich die Angebote voneinander unterscheiden: u.a. Überspannungsschäden durch Blitz, Implotions- und Kurzschlusschäden, einfacher Diebstahl von Fahrrädern, Verzicht auf die Einrede der grob fahrlässigen Herbeiführung des Versicherungsfalles, Innovationsklauseln oder Versicherungsschutz für unbenannte Gefahren. Bewertet wurde auch, ob der Anbieter die Mindeststandards von GDV sowie Arbeitskreis Vermittlerrichtlinie garantiert. Dabei bleibt festzuhalten, dass auch die Garantiezusage von Mindeststandards keine Gewähr dafür bietet, dass diese bedingungsseitig auch eingehalten werden. Im Einzelfall sind für den Kunden nachteilige Abweichungen trotz Garantiezusage möglich, wobei Versicherte aber zumindest die Möglichkeit erhalten, im Falle einer Ablehnung die GDV-Mindeststandards einzufordern.

Manche Einschlüsse wie Schäden als Folge von Vandalismus nach einem Einbruch/Diebstahl oder Versicherungsschutz für Wasser aus Aquarien und Wasserbetten wurden nicht gesondert bewertet, da sie mittlerweile allgemein üblich sind und bei leistungsstarken Tarifen ohnehin zum Versicherungsumfang gehören.

Die einzelnen Bedingungen wurden von Witte Financial Services bewertet mit einem Faktor von -4 bis 16 Punkten. Dabei stellt 16 Punkte die jeweils für den Verbraucher vorteilhafteste Regelung dar. 12, 8 und 4 Punkte stehen für den jeweils zweiten, dritten bzw. vierten Platz.

Jede Regelung, die besser als GDV-Standard, aber schlechter als die viertbeste Individuallösung ist, erhält pauschal 2 Punkte.

Abweichende Regelungen gelten für Schlechterstellungen gegenüber der Verbandsempfehlung Januar 2008 oder den Empfehlungen des Arbeitskreises Vermittlerrichtlinie:

Ist eine Regelung schlechter als GDV-Standard und schlechter als die Empfehlung des Arbeitskreises Vermittlerrichtlinie oder eine Deckungssumme

schlechter als die Empfehlung des Arbeitskreises Vermittlerrichtlinie, bedeutet dies einen Abzug von 4 Punkten

Ist eine bedingungsseitige Regelung schlechter als die Empfehlung des Arbeitskreises Vermittlerrichtlinie, aber besser als GDV-Standard, bedeutet dies eine Bewertung mit 2 Punkten.

Gleiches gilt für Tarife mit nicht ausdrücklich vom Arbeitskreis empfohlenen Einschlüssen mit Selbstbehalten und Sublimits.

Sieht der GDV nicht ausdrücklich einen konkreten Prozentsatz vor (z.B. für Transportkosten oder Vorsorgedeckung) und ist die tarifliche Regelung schlechter als jene des Arbeitskreises Vermittlerrichtlinie Dokumentation, so bedeutet dies einen Abzug von 4 Punkten.

Sehen weder GDV noch Arbeitskreis eine feste Mindestleistung vor, so wurden von Fall zu Fall eigene Mindeststandards festgelegt.

Ist eine bedingungsseitige Regelung abweichend zwar schlechter als GDV-Standard, aber besser als ein Ausschluss, bedeutet dies eine Bewertung mit 0 Punkten (gilt entsprechend nicht für empfohlene Deckungssummen).

Hausratversicherung: Bedingungsrating Basis

► Wichtiger Hinweis: Tarife mit und Tarife ohne generellen Selbstbehalt wurden aus Vergleichszwecken separat bewertet. Im konkreten Vergleich betrifft dies die Allgefahrendeckung von Helvetia, HDI-Gerlin und Hiscox, die grundsätzlich nicht ohne einen Selbstbehalt unter 150 Euro (Hiscox), 250 Euro (Helvetia) bzw. 500 Euro (HDI-Gerling) angeboten wird.

Hausrat-Rating
Hausratversicherung
Basis
60,000 Euro
GOLD

Hausrat-Rating
Hausratversicherung
Basis
60,000 Euro
SILBER

Hausrat-Rating
Hausratversicherung
Basis
60,000 Euro
BRONZE

weitere
empfehlenswerte Tarife

Basis 60.000 Euro

HDI-Gerling (Normaltarif Hausratversicherung - Wohnfläche - Stand 01.01.2009: VHB 2008 Exclusive 50 (Tarif für die Versicherung von Hausrat in Einfamilienhäusern und Wohnungen in Zwei- und Mehrfamilienhäusern; nur für Haushalte bis 250 qm Wohnfläche))	Konzept & Marketing (Tarif: allsafe select A2, AT 2008, Stand 01.2008) VHV (VHB 2009, BBH Klassik-Garant - Juni 2009, BWE 2008 - Privat) für Personen ab 50 Jahren	Haftpflichtkasse Darmstadt (Hausrat Plus. Verbraucher-informationen Stand 07/2008 (VHB 2008), Zusatzbedingungen zur Hausratversicherung Summentarif - gültig ab 01.11.2008) NV-Versicherung (VHB 2008, Stand 01.2008, BBH Hausrat Premium - 05/2009, BWHE HausratElementar 2.0 - 05/2009) VHV (VHB 2009, BBH Klassik-Garant - Juni 2009, BWE 2008 - Privat) für Personen bis 50 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> • Ammerländer (Tarif: VHB 2008, Stand 01.07.2008: Exklusiv) • BBV (Tarif: BBV-Hausrat-Komfortschutz 2008, VHB 2008, Stand 01.01.2008) • Condor (Tarif: Komfort, VHB 2008 - Wohnflächentarif*) • Gothaer (Tarif: Hausratversicherung HausratTop inklusive Plusdeckung, VHB 2008, Stand 01.2009) • Häger (Tarif: Häger Hausrat-Versicherungsbedingungen HHV Kompakt 2008, Klauseln für die Häger-Hausratversicherung HHV Kompakt 2008: HHV Kompakt 2008, Stand 01.2009) • HDI-Gerling (Normaltarif Hausratversicherung - Wohnfläche - Stand 01.01.2009: VHB 2008 Exclusive (Tarif für die Versicherung von Hausrat in Einfamilienhäusern und Wohnungen in Zwei- und Mehrfamilienhäusern; nur für Haushalte bis 250 qm Wohnfläche), (Normaltarif Hausratversicherung - Wohnfläche - Stand 01.01.2009: VHB 2008 Exclusive 50 (Tarif für die Versicherung von Hausrat in Einfamilienhäusern und Wohnungen in Zwei- und Mehrfamilienhäusern; nur für Haushalte bis 250 qm Wohnfläche)) • Janitos (Tarif: Balance, VHB 2008, Stand 01.01.2008) • NV-Versicherungen (VHB 2008, Stand 01.2008, BBH HausratMaXX 4.0 - 05/2009, BWHE HausratElementar 2.0 - 05/2009)
InterRisk (Tarif: XXL, ABS 2008, VHB 2008-XXL, Stand 07/2008)			
Janitos (Tarif: Best Selection, VHB 2008, Stand 01.01.2008)			
Konzept & Marketing (Tarif: allsafe Tarif select Z1, AT 2008, Stand 01.2008)			
VHV (VHB 2009, BBH Klassik-Garant - Juni 2009, Baustein Exklusiv - Juni 2009, BWE 2008 - Privat)			

Hausrat-Rating
Hausratversicherung
Basis
150,000 Euro
GOLD

Hausrat-Rating
Hausratversicherung
Basis
150,000 Euro
SILBER

Hausrat-Rating
Hausratversicherung
Basis
150,000 Euro
BRONZE

weitere
empfehlenswerte Tarife

Basis 150.000 Euro

Helvetia (Tarif: All-Risk Versicherung für Hausrat, Stand 01.07.2008)	HDI-Gerling (Normaltarif Hausratversicherung - Wohnfläche - Stand 01.01.2009: VHB 2008 Exclusive 50 (Tarif für die Versicherung von Hausrat in Einfamilienhäusern und Wohnungen in Zwei- und Mehrfamilienhäusern; nur für Haushalte bis 250 qm Wohnfläche))	BBV (Tarif: BBV-Hausrat-Komfortschutz 2008, VHB 2008, Stand 01.01.2008) Generali (Tarif: KomfortPlus-Schutz, VHB 2002, Stand 01.2008) NV-Versicherung (VHB 2008, Stand 01.2008, BBH Hausrat Premium - 05/2009, BWHE HausratElementar 2.0 - 05/2009)	<ul style="list-style-type: none"> • Ammerländer (Tarif: VHB 2008, Stand 01.07.2008: Exklusiv) • Condor (Tarif: Komfort, VHB 2008 - Wohnflächentarif*) • Gothaer (Tarif: Hausratversicherung HausratTop inklusive Plusdeckung, VHB 2008, Stand 01.2009) • Haftpflichtkasse Darmstadt (Hausrat Plus. Verbraucherinformationen Stand 07/2008 (VHB 2008), Zusatzbedingungen zur Hausratversicherung Summentarif - gültig ab 01.11.2008) • Häger (Tarif: Häger Hausrat-Versicherungsbedingungen HHV Kompakt 2008, Klauseln für die Häger-Hausratversicherung HHV Kompakt 2008: HHV Kompakt 2008, Stand 01.2009) • HDI-Gerling (Normaltarif Hausratversicherung - Wohnfläche - Stand 01.01.2009: VHB 2008 Exclusive (Tarif für die Versicherung von Hausrat in Einfamilienhäusern und Wohnungen in Zwei- und Mehrfamilienhäusern; nur für Haushalte bis 250 qm Wohnfläche), (Normaltarif Hausratversicherung - Wohnfläche - Stand 01.01.2009: VHB 2008 Exclusive 50 (Tarif für die Versicherung von Hausrat in Einfamilienhäusern und Wohnungen in Zwei- und Mehrfamilienhäusern; nur für Haushalte bis 250 qm Wohnfläche)) • HUK-Coburg (VHB 2008, Stand 01.08.2008, HUK-Überschwemmungsschadenversicherung, Stand 01.08.2008, Besondere Bedingungen für die Versicherung weiterer Elementarschäden in der Hausratversicherung (BEH), Stand 01.08.2008: Hausratversicherung Classic Plus)^[1] • Janitos (Tarif: Balance, VHB 2008, Stand 01.01.2008) • NV-Versicherung (VHB 2008, Stand 01.2008, BBH HausratSpa 4.0 - 05/2009, BWHE HausratElementar 2.0 - 05/2009), (VHB 2008, Stand 01.2008, BBH HausratMaXX 4.0 - 05/2009, BWHE HausratElementar 2.0 - 05/2009) • Volkswohl Bund (VHB 2008, Stand 01.2008; Besondere Bedingungen für die Hausratversicherung KomfortPlus - Fassung Januar 2008: Komfort Plus)
Hiscox (Tarif: Haus & Kunst, Haus & Kunst, Bedingungen 01.2008) **			
InterRisk (Tarif: XXL, ABS 2008, VHB 2008-XXL, Stand 07/2008)			
Janitos (Tarif: Best Selection, VHB 2008, Stand 01.01.2008)	Konzept & Marketing (Tarif: allsafe select A2, AT 2008, Stand 01.2008)		
Konzept & Marketing (Tarif: allsafe Tarif select Z1, AT 2008, Stand 01.2008)	VHV (VHB 2009, BBH Klassik-Garant - Juni 2009, BWE 2008 - Privat; Personen ab 50 Jahren)	VHV (VHB 2009, BBH Klassik-Garant - Juni 2009, BWE 2008 - Privat; Personen unter 50 Jahren)	
VHV (VHB 2009, BBH Klassik-Garant - Juni 2009, Baustein Exklusiv - Juni 2009, BWE 2008 - Privat)			

[1] Bei der HUK-Coburg kann eine Elementarschadendeckung nur beim Vertreter, nicht jedoch über das Internet beantragt werden.

Hausratversicherung: Bedingungsrating Komfort

► Wichtiger Hinweis: Tarife mit und Tarife ohne generellen Selbstbehalt wurden aus Vergleichszwecken separat bewertet. Im konkreten Vergleich betrifft dies die Allgefahrendeckung von Helvetia, HDI-Gerlin und Hiscox, die grundsätzlich nicht ohne einen Selbstbehalt unter 150 Euro (Hiscox), 250 Euro (Helvetia) bzw. 500 Euro (HDI-Gerling) angeboten wird.

 <p>Hausrat-Rating Hausratversicherung Komfort 60.000 Euro GOLD</p>	 <p>Hausrat-Rating Hausratversicherung Komfort 60.000 Euro SILBER</p>	 <p>Hausrat-Rating Hausratversicherung Komfort 60.000 Euro BRONZE</p>
--	---	---

weitere empfehlenswerte Tarife

Komfort 60.000 Euro		
<p>HDI-Gerling (Normaltarif Hausratversicherung - Wohnfläche - Stand 01.01.2009: VHB 2008 Exclusive 50 (Tarif für die Versicherung von Hausrat in Einfamilienhäusern und Wohnungen in Zwei- und Mehrfamilienhäusern; nur für Haushalte bis 250 qm Wohnfläche))</p> <p>InterRisk (Tarif: XXL, ABS 2008, VHB 2008-XXL, Stand 07/2008)</p> <p>Janitos (Tarif: Best Selection, VHB 2008, Stand 01.01.2008)</p> <p>Konzept & Marketing (Tarif: allsafe select A2, AT 2008, Stand 01.2008), (Tarif: allsafe Tarif select Z1, AT 2008, Stand 01.2008)</p> <p>VHV (VHB 2009, BBH Klassik-Garant - Juni 2009, Baustein Exklusiv - Juni 2009, BWE 2008 - Privat)</p>	nicht vergeben	<p>Condor (Tarif: Komfort, VHB 2008 - Wohnflächentarif*)</p> <p>Gothaer (Tarif: Hausratversicherung HausratTop inklusive Plusdeckung, VHB 2008, Stand 01.2009)</p> <p>Haftpflichtkasse Darmstadt (Tarif: Hausrat Plus. Verbraucherinformationen Stand 07/2008 (VHB 2008), Zusatzbedingungen zur Hausratversicherung Summentarif - gültig ab 01.11.2008)</p> <p>NV-Versicherung (VHB 2008, Stand 01.2008, BBH Hausrat Premium - 05/2009, BWHE HausratElementar 2.0 - 05/2009)</p> <p>VHV (VHB 2009, BBH Klassik-Garant - Juni 2009, BWE 2008 - Privat)</p>
<p>• Ammerländer (Tarif: VHB 2008, Stand 01.07.2008: Exklusiv) • BBV (Tarif: BBV-Hausrat-Komfortschutz 2008, VHB 2008, Stand 01.01.2008) • Häger (Tarif: Häger Hausrat-Versicherungsbedingungen HHV Kompakt 2008, Klauseln für die Häger-Hausratversicherung HHV Kompakt 2008: HHV Kompakt 2008, Stand 01.2009) • HDI-Gerling (Normaltarif Hausratversicherung - Wohnfläche - Stand 01.01.2009: VHB 2008 Exclusive (Tarif für die Versicherung von Hausrat in Einfamilienhäusern und Wohnungen in Zwei- und Mehrfamilienhäusern; nur für Haushalte bis 250 qm Wohnfläche)), (Normaltarif Hausratversicherung - Wohnfläche - Stand 01.01.2009: VHB 2008 Exclusive 50 (Tarif für die Versicherung von Hausrat in Einfamilienhäusern und Wohnungen in Zwei- und Mehrfamilienhäusern; nur für Haushalte bis 250 qm Wohnfläche)) • NV-Versicherung (VHB 2008, Stand 01.2008, BBH HausratSpar 4.0 - 05/2009, BWHE HausratElementar 2.0 - 05/2009), (VHB 2008, Stand 01.2008, BBH HausratMaXX 4.0 - 05/2009, BWHE HausratElementar 2.0 - 05/2009)</p>		

 <p>Hausrat-Rating Hausratversicherung Komfort 150.000 Euro GOLD</p>	 <p>Hausrat-Rating Hausratversicherung Komfort 150.000 Euro SILBER</p>	 <p>Hausrat-Rating Hausratversicherung Komfort 150.000 Euro BRONZE</p>
---	--	--

weitere empfehlenswerte Tarife

Komfort 150.000 Euro		
<p>Helvetia (Tarif: All-Risk Versicherung für Hausrat, Stand 01.07.2008)</p> <p>HDI-Gerling (Normaltarif Hausratversicherung - Wohnfläche - Stand 01.01.2009: VHB 2008 Exclusive 50 (Tarif für die Versicherung von Hausrat in Einfamilienhäusern und Wohnungen in Zwei- und Mehrfamilienhäusern; nur für Haushalte bis 250 qm Wohnfläche))</p> <p>Hiscox (Tarif: Haus & Kunst, Haus & Kunst, Bedingungen 01.2008) **</p> <p>InterRisk (Tarif: XXL, ABS 2008, VHB 2008-XXL, Stand 07/2008)</p> <p>Janitos (Tarif: Best Selection, VHB 2008, Stand 01.01.2008)</p> <p>Konzept & Marketing (Tarif: allsafe select A2, AT 2008, Stand 01.2008), (Tarif: allsafe Tarif select Z1, AT 2008, Stand 01.2008)</p> <p>VHV (VHB 2009, BBH Klassik-Garant - Juni 2009, Baustein Exklusiv - Juni 2009, BWE 2008 - Privat)</p>	<p>Generali (Tarif: KomfortPlus-Schutz, VHB 2002, Stand 01.2008)</p> <p>VHV (VHB 2009, BBH Klassik-Garant - Juni 2009, BWE 2008 - Privat; Personen ab 50 Jahren), (VHB 2009, BBH Klassik-Garant - Juni 2009, BWE 2008 - Privat; Personen unter 50 Jahren)</p>	<p>Condor (Tarif: Komfort, VHB 2008 - Wohnflächentarif*)</p> <p>Gothaer (Tarif: Hausratversicherung HausratTop inklusive Plusdeckung, VHB 2008, Stand 01.2009)</p> <p>Haftpflichtkasse Darmstadt (Tarif: Hausrat Plus. Verbraucherinformationen Stand 07/2008 (VHB 2008), Zusatzbedingungen zur Hausratversicherung Summentarif - gültig ab 01.11.2008)</p> <p>NV-Versicherung (VHB 2008, Stand 01.2008, BBH Hausrat Premium - 05/2009, BWHE HausratElementar 2.0 - 05/2009)</p>
<p>• Ammerländer (Tarif: VHB 2008, Stand 01.07.2008: Exklusiv) • BBV (Tarif: BBV-Hausrat-Komfortschutz 2008, VHB 2008, Stand 01.01.2008) • Generali (Tarif: KomfortPlus-Schutz, VHB 2002, Stand 01.2008) • Häger (Tarif: Häger Hausrat-Versicherungsbedingungen HHV Kompakt 2008, Klauseln für die Häger-Hausratversicherung HHV Kompakt 2008: HHV Kompakt 2008, Stand 01.2009) • HDI-Gerling (Normaltarif Hausratversicherung - Wohnfläche - Stand 01.01.2009: VHB 2008 Exclusive (Tarif für die Versicherung von Hausrat in Einfamilienhäusern und Wohnungen in Zwei- und Mehrfamilienhäusern; nur für Haushalte bis 250 qm Wohnfläche)), (Normaltarif Hausratversicherung - Wohnfläche - Stand 01.01.2009: VHB 2008 Exclusive 50 (Tarif für die Versicherung von Hausrat in Einfamilienhäusern und Wohnungen in Zwei- und Mehrfamilienhäusern; nur für Haushalte bis 250 qm Wohnfläche)) • NV-Versicherung (VHB 2008, Stand 01.2008, BBH HausratSpar 4.0 - 05/2009, BWHE HausratElementar 2.0 - 05/2009), (VHB 2008, Stand 01.2008, BBH HausratMaXX 4.0 - 05/2009, BWHE HausratElementar 2.0 - 05/2009)</p>		

* Die Condor bietet wie viele andere Gesellschaften auch sowohl einen Wohnflächen- als auch einen Versicherungssummentarif an. Getestet wurde hier nur der Wohnflächentarif. Getestet wurde hier nur der Wohnflächentarif.

** Der Hausrattarif von Hiscox wird seit 12/2008 für Neugeschäft nur noch mit einer Mindestversicherungssumme von 250.000 Euro angeboten. Der neue Tarif „Home by Hiscox“ für Versicherungssummen ab 75.000 Euro wurde bisher noch nicht bewertet.

Wichtiger Hinweis: obwohl die Daten, die zu diesem Rating geführt haben, mit höchster Sorgfalt erfasst wurden, können mögliche Fehler bei der Erfassung dennoch nicht ausgeschlossen werden. Diese können Auswirkungen auf das ermittelte Ergebnis haben. Obwohl in die einzelnen Punkte viel Zeit investiert wurde, ist doch ein gewisses Maß an Subjektivität bei der Gewichtung nicht zu vermeiden. Auch dieses Rating kann daher keinen Ersatz für ein ausführliches Studium von Versicherungsbedingungen sein, soll aber zumindest Hilfestellung bei der Auswahl möglicher geeigneter Tarife bieten.

Jagdhaftpflichtversicherungen für Jäger und Förster



■ *Jagdhaftpflichtversicherungen für Jäger, Jagdpächter, Jagdherren (Jagdveranstalter), Förster, Forstbeamte, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner*

Basis: 144 geprüfte Tarife

Wertung: WFS 1-3

Stand: 22.05.2009

Rating-Systematik: Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien siehe www.witte-financial-services.de

2008 gingen in Deutschland etwa 354.000 Menschen als Jäger oder Förster auf die Jagd, in den meisten Fällen mit einem oder mehreren Jagdhunden, davon waren 286.811 im DJV gemeldet. Aus der Jagdausübung ergibt sich eine Zahl von etwa 7.000 Schäden mit einem jährlichen Schadenaufwand von rund 5 bis 6 Millionen Euro – Regulierungskosten einmal außen vor. Die durchschnittliche Schadenhöhe beträgt etwa 900 Euro. Dabei nehmen Haftpflichtschäden durch Jagdhunde einen Anteil von etwa 75% an der reinen Schadenzahl und 50% an der Schadenhöhe ein. Zu den typischen Haftpflichtfällen, die im Rahmen der Jagdausübung regelmäßig verursacht werden, gehören unter anderem:

- Ausbüchsen eines Jagdhundes bei der Bewegungsjagd (z.B. Drück- oder Treibjagd) auf die Autobahn. Folge: Unfall mit mehreren beteiligten Fahrzeugen.
- Beim Reinigen der Büchse wird versehentlich ein Haushaltsmitglied angeschossen.
- Ein Schuss mit der Waffe trifft versehentlich auf einen Stein. Es kommt zu einem Querschläger, der einen der an-

wesenden Mitjäger schwer verletzt.

- Das vom Jäger zum Verkauf angebotene Wildbret ist nicht einwandfrei. Der davon betroffene Chirurg muss wegen Lebensmittelvergiftung ins Krankenhaus. Dieser macht Schadenersatzansprüche wegen Personenschaden (Produkthaftung) und entgangenen Einkommens (Vermögensschaden) geltend.
- Bei der Jagd überschreitet ein Jäger versehentlich die Grenze seines Jagdreviers. Beim Benutzen seiner Waffe kommt es damit zu einem nicht erlaubten Gebrauch.
- Der Hund des Försters springt plötzlich in den offen stehenden Pkw. Auf dem Sitz liegt eine geladene und nicht gesicherte Schrotflinte. Es löst sich dadurch ein Schuss, der das Auto durchschlägt und einen dahinter stehenden Jäger mit mehreren Geschossen trifft.
- Nach dem Tod des Versicherungsnehmers wird ein durch den Wald streifender Fußgänger von einem umstürzenden Hochsitz geschädigt. Es haftet die Witwe des Verstorbenen.
- Versicherungsnehmer unterlässt es, die Allgemeinheit vor den Gefahren einer Treibjagd zu warnen.

Info Analysiert wurden 144 Jagdhaftpflichtversicherungstarife von 29 Versicherern. Bewertet wurden die folgenden Leistungsbereiche:

- Versicherungssumme und etwaige Sublimits
- Versicherte Gefahren und deren Leistungsumfang
- von den Musterbedingungen (AHB 01/2008) abweichende Obliegenheiten

Note	Bedeutung
WFS 1 (Gold):	mindestens 80 % der erreichten Höchstpunktzahl
WFS 2 (Silber):	mindestens 70 % der erreichten Höchstpunktzahl
WFS 3 (Bronze):	mindestens 60 % der erreichten Höchstpunktzahl

Wer in Deutschland auf die Jagd gehen will, muss der zuständigen Jagdbehörde alle ein bis drei Jahre zum 31. März eine neue Versicherungsbestätigung vorlegen. Grundsätzlich gilt die gesetzliche Mindestdeckungssumme nach §17 Bundesjagdgesetz von 500.000 Euro für Personen- und 50.000 Euro für Sachschäden. Jagd- und Versicherungsjahr beginnen stets am 01.04. eines Jahres. Stichtag für die Kündigung ist demnach der 31. Dezember des Vorjahres.

Bedingungsrating → WFS 1 (Gold) für Jagdhaftpflichtversicherung



Jagd-Haftpflichtversicherung für Jäger und Förster

Gothaer Allgemeine Versicherung AG

- AHB A 100 – Stand 01.2008, BBR A 120 Stand 04.2008, Klauseln 144 und 149: „TOP-Jagd-Haftpflichtversicherung“
- Tarif mit 6 Millionen Euro Deckungssumme

pauschal für Sach- und Personenschäden sowie 100.000 Euro für Vermögensschäden

- AHB A 100 – Stand 01.2008, BBR A 120 Stand 04.2008, Klausel 149: „Top-Jagd-Haftpflichtversicherung“
- Tarif mit 6 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Sach- und

Personenschäden sowie 100.000 Euro für Vermögensschäden
Versicherter Personenkreis: der Versicherungsnehmer als Jäger, Jagdpächter und Jagdherr bzw. als Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner.

LVM Landwirtschaftlicher Versicherungsverein Münster a.G.

- AHB, Fassung 4/2008. Bedingungen und Risikobeschreibung für die Jagd-Haftpflichtversicherung [Fassung 01/2009]
- Tarif mit 5 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen- und Sachschäden sowie 100.000 Euro für Vermögensschäden



Jagd-Haftpflichtversicherung für Jäger und Förster

Gothaer Allgemeine Versicherung AG

- AHB A 100 – Stand 01.2008, BBR A 120 Stand 04.2008, Klausel 144
- Tarife mit 3 und 6 Millionen Euro Deckungssumme

pauschal für Sach- und Personenschäden sowie 100.000 Euro für Vermögensschäden

Versicherter Personenkreis: der Versicherungsnehmer als Jäger, Jagdpächter und Jagdherr bzw. als Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner

Pferdehalterhaftpflichtversicherungen



- für nicht gewerbliche Besitzer von Pferden, Kleinpferden, Ponys, Eseln und Maultieren
- selbstständige Policen oder in Verbindung mit Privathaftpflicht

Basis: 243 geprüfte Tarife

Wertung: WFS 1-3

Stand: 25.05.2009

Rating-Systematik: Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien siehe www.witte-financial-services.de

Info Analysiert wurden 243 Pferdehalterhaftpflichtversicherungen von 55 Versicherern bzw. Konzeptanbietern, die entweder als selbständige Police oder in Verbindung mit einer Privathaftpflichtversicherung abgeschlossen werden können. Bewertet wurden die folgenden Leistungsbereiche:

- Versicherungssumme und etwaige Sublimits
- Versicherte Gefahren und deren Leistungsumfang
- Innovationsklauseln und Mindeststandard-Garantien
- von den Musterbedingungen (AHB Januar 2008) abweichende Obliegenheiten

Note	Bedeutung
WFS 1 (Gold):	mindestens 80 % der erreichten Höchstpunktzahl
WFS 2 (Silber):	mindestens 70 % der erreichten Höchstpunktzahl
WFS 3 (Bronze):	mindestens 60 % der erreichten Höchstpunktzahl

Bedingungsrating (aufgeführt sind nur auf die AHB 2008 aktualisierte Tarife)



Pferdehalterhaftpflichtversicherung bei bestehender Privathaftpflicht

Haftpflichtkasse Darmstadt

(AHB 01.01.2009, Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Tierhalter-Haftpflichtversicherung, Stand 01.01.2009 in Kombination mit PHV Vario oder PHV Status) für 10 Mio. Euro pauschal (P, S, V). Mietsachschadendeckung: ---

Janitos

(AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: Best Selection in Verbindung mit Privathaftpflicht Balance oder Best Selection) für 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V). Mietsachschadendeckung: Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 7,5 bzw. 15 Mio. Euro, Schäden an mobilen Einrichtungsgegenständen / Inventar in Hotels, gemieteten Ferienhäusern/-wohnungen bis 30.000 Euro mit 100 Euro SB, Beschädigung von zu privaten Zwecken gemieteten Stallungen, Reithallen und Weiden bis 10.000 Euro mit 250 Euro SB

maxPool

- (Exklusiv (AHB - Fassung Januar 2008, VBS H 2 306 01.2008; Besondere Bedingungen, Risikobeschreibungen und Erläuterungen für die Haftpflichtversicherung der Tierhalter aus privater Tierhaltung maxpool Exklusiv Fassung Februar 2009, VBS H 2 2214mp 02.2009)) mit 10 Mio. Euro pauschal (P, S) und 1 Mio. Euro (V), maximal jedoch 8 Mio. Euro je geschädigter Person. Mietsachschadendeckung: 10.000.000 Euro für Schäden an Räumen und Gebäuden; 5.000 Euro für Schäden an gemieteten oder geliehenen Pferdetransportanhängern (20% SB, min. 100 €, max. 500 € je Schadenfall; bei Schadenfreiheitsklasse S 8 bis S 12 gilt ein genereller SB von 500 Euro je Schadenfall); 10.000 Euro für Mietsachschäden an Stallungen, Reithallen, Weiden, Boxen und Koppeln inkl. Koppelzäunen (20 % SB, min. 100 €, max. 2.000 € je Schadenfall; bei Schadenfreiheitsklasse S 8 bis S 12 gilt ein genereller SB von 500 Euro je Schadenfall); Mietsachschäden an sonstigen gemieteten oder geliehenen Sachen bis zu 5.000 Euro (10 % SB, min. 100 Euro, max. 500 Euro)
- (Exklusiv (AHB - Fassung Januar 2008, VBS H 2 306 01.2008; Besondere Bedingungen, Risikobeschreibungen und Erläuterungen für die Haftpflichtversicherung der Tierhalter aus privater Tierhaltung maxpool exklusiv Fassung September 2008 VBS H 2 2214MP 09.2008)) mit 10 Mio. Euro pauschal (P, S) und 1 Mio. Euro (V), maximal jedoch 8 Mio. Euro je geschädigter Person, Mietsachschadendeckung: s.o.

Haftpflichtkasse Darmstadt

(AHB 01.01.2009, Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Tierhalter-Haftpflichtversicherung, Stand 01.01.2009 in Kombination mit PHV Vario oder PHV Status) für 5 Mio. Euro pauschal (P, S, V) Mietsachschadendeckung: ---

Janitos

(AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: Balance in Kombination mit Privathaftpflicht Balance oder Best Selection) für 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V). Mietsachschadendeckung: Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 15 Mio. Euro

maxPool

- (Basis 1 (AHB - Fassung Januar 2008, VBS H 2 306 01.2008; Besondere Bedingungen, Risikobeschreibungen und Erläuterungen für die Haftpflichtversicherung der Tierhalter aus privater Tierhaltung maxpool Fassung Februar 2009 VBS H 2 2213mp 02.2009) für 5 Mio. Euro pauschal (P, S) und 250.000 Euro (V), Mietsachschadendeckung: 300.000 Euro für Schäden an Räumen und Gebäuden; 5.000 Euro für Schäden an gemieteten oder geliehenen Pferdetransportanhängern (20% SB, min. 100 €, max. 2.000 € je Schadenfall; bei Schadenfreiheitsklasse S 8 bis S 12 gilt ein genereller SB von 500 Euro je Schadenfall); 10.000 Euro für Mietsachschäden an Stallungen, Reithallen, Weiden, Boxen und Koppeln inkl. Koppelzäunen (20 % SB, min. 100 €, max. 2.000 € je Schadenfall; bei Schadenfreiheitsklasse S 8 bis S 12 gilt ein genereller SB von 500 Euro je Schadenfall)
- (Basis 2 (AHB - Fassung Januar 2008, VBS H 2 306 01.2008; Besondere Bedingungen, Risikobeschreibungen und Erläuterungen für die Haftpflichtversicherung der Tierhalter aus privater Tierhaltung maxpool Fassung Februar 2009 VBS H 2 2213mp 02.2009) mit 10 Mio. Euro pauschal (P, S) und 250.000 Euro (V), maximal jedoch 8 Mio. Euro je geschädigter Person. Mietsachschadendeckung: 300.000 Euro für Schäden an Räumen und Gebäuden; 5.000 Euro für Schäden an gemieteten oder geliehenen Pferdetransportanhängern (20% SB, min. 100 €, max. 2.000 € je Schadenfall; bei Schadenfreiheitsklasse S 8 bis S 12 gilt ein genereller SB von 500 Euro je Schadenfall); 10.000 Euro für Mietsachschäden an Stallungen, Reithallen, Weiden, Boxen und Koppeln inkl. Koppelzäunen (20 % SB, min. 100 €, max. 2.000 € je Schadenfall; bei Schadenfreiheitsklasse S 8 bis S 12 gilt ein genereller SB von 500 Euro je Schadenfall).

Bedingungsrating (aufgeführt sind nur auf die AHB 2008 aktualisierte Tarife)**Selbstständige Pferdehalterhaftpflichtversicherung****Janitos**

(AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: Best Selection) für 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V).
Mietsachschadendeckung: Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 7,5 bzw. 15 Mio. Euro, Schäden an mobilen Einrichtungsgegenständen / Inventar in Hotels, gemieteten Ferienhäusern / -wohnungen bis 30.000 Euro mit 100 Euro SB, Beschädigung von zu privaten Zwecken gemieteten Stallungen, Reithallen und Weiden bis 10.000 Euro mit 250 Euro SB

Konzept & Marketing

(allsafe Tarif select Z1, AT 2008, Stand 01/2008) für 6 Mio. Euro pauschal (P, S, V)
Mietsachschadendeckung: gegen Zuschlag sind Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 1 Mio. Euro, Schäden an Mobilien und Pferdetransportanhängern bis 5.000 € mit 10% SB (min. 150 Euro), Schäden an unbeweglichen Sachen wie zum Beispiel an gemieteten Stallungen, Reithallen, Weidezäunen bis 1 Mio. Euro mitversichert.

maxPool

- (Exklusiv (AHB - Fassung Januar 2008, VBS H 2 306 01.2008; Besondere Bedingungen, Risikobeschreibungen und Erläuterungen für die Haftpflichtversicherung der Tierhalter aus privater Tierhaltung maxpool Exklusiv Fassung Februar 2009, VBS H 2 2214mp 02.2009)) mit 10 Mio. Euro pauschal (P, S) und 1 Mio. Euro (V), maximal jedoch 8 Mio. Euro je geschädigter Person
Mietsachschadendeckung: 10.000.000 Euro für Schäden an Räumen und Gebäuden; 5.000 Euro für Schäden an gemieteten oder geliehenen Pferdetransportanhängern (20% SB, min. 100 €, max. 500 € je Schadenfall; bei Schadenfreiheitsklasse S 8 bis S 12 gilt ein genereller SB von 500 Euro je Schadenfall); 10.000 Euro für Mietsachschäden an Stallungen, Reithallen, Weiden, Boxen und Koppeln inkl. Koppelzäunen (20% SB, min. 100 €, max. 2.000 € je Schadenfall; bei Schadenfreiheitsklasse S 8 bis S 12 gilt ein genereller SB von 500 Euro je Schadenfall); Mietsachschäden an sonstigen gemieteten oder geliehenen Sachen bis zu 5.000 Euro (10 % SB, min. 100 Euro, max. 500 Euro)
- (Basis 1 (AHB - Fassung Januar 2008, VBS H 2 306 01.2008; Besondere Bedingungen, Risikobeschreibungen und Erläuterungen für die Haftpflichtversicherung der Tierhalter aus privater Tierhaltung maxpool Fassung Februar 2009 VBS H 2 2213mp 02.2009) für 5 Mio. Euro pauschal (P, S) und 250.000 Euro (V)
Mietsachschadendeckung: 300.000 Euro für Schäden an Räumen und Gebäuden; 5.000 Euro für Schäden an gemieteten oder geliehenen Pferdetransportanhängern (20 % SB, min. 100 €, max. 2.000 € je Schadenfall; bei Schadenfreiheitsklasse S 8 bis S 12 gilt ein genereller SB von 500 Euro je Schadenfall); 10.000 Euro für Mietsachschäden an Stallungen, Reithallen, Weiden, Boxen und Koppeln inkl. Koppelzäunen (20 % SB, min. 100 €, max. 2.000 € je Schadenfall; bei Schadenfreiheitsklasse S 8 bis S 12 gilt ein genereller SB von 500 Euro je Schadenfall)
- (Basis 2 (AHB - Fassung Januar 2008, VBS H 2 306 01.2008; Besondere Bedingungen, Risikobeschreibungen und Erläuterungen für die Haftpflichtversicherung der Tierhalter aus privater Tierhaltung maxpool Fassung Februar 2009 VBS H 2 2213mp 02.2009) mit 10 Mio. Euro pauschal (P, S) und 250.000 Euro (V), maximal jedoch 8 Mio. Euro je geschädigter Person
Mietsachschadendeckung: 300.000 Euro für Schäden an Räumen und Gebäuden; 5.000 Euro für Schäden an gemieteten oder geliehenen Pferdetransportanhängern (20 % SB, min. 100 €, max. 2.000 € je Schadenfall; bei Schadenfreiheitsklasse S 8 bis S 12 gilt ein genereller SB von 500 Euro je Schadenfall); 10.000 Euro für Mietsachschäden an Stallungen, Reithallen, Weiden, Boxen und Koppeln inkl. Koppelzäunen (20 % SB, min. 100 €, max. 2.000 € je Schadenfall; bei Schadenfreiheitsklasse S 8 bis S 12 gilt ein genereller SB von 500 Euro je Schadenfall)

Konzept & Marketing

(allsafe Tarif select Z1, AT 2008, Stand 01/2008) für 6 Mio. Euro pauschal (P, S, V)
Mietsachschadendeckung: gegen Zuschlag sind Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 1 Mio. Euro, Schäden an Mobilien und Pferdetransportanhängern bis 5.000 Euro mit 10 % SB (min. 150 Euro), Schäden an unbeweglichen Sachen wie zum Beispiel an gemieteten Stallungen, Reithallen, Weidezäunen bis 1 Mio. Euro mitversichert

maxPool

- MaxPool (EXKLUSIV (AHB - Fassung Januar 2008, VBS H 2 306 01.2008; Besondere Bedingungen, Risikobeschreibungen und Erläuterungen für die Haftpflichtversicherung der Tierhalter aus privater Tierhaltung maxPool Exklusiv Fassung September 2008 VBS H 2 2214MP 09.2008)) mit 10 Mio. Euro pauschal (P, S) und 1 Mio. Euro (V), maximal jedoch 8 Mio. Euro je geschädigter Person
Mietsachschadendeckung: 10.000.000 Euro für Schäden an Räumen und Gebäuden; 5.000 Euro für Schäden an gemieteten oder geliehenen Pferdetransportanhängern (20 % SB, min. 100 Euro, max. 500 Euro je Schadenfall; bei Schadenfreiheitsklasse S 8 bis S 12 gilt ein genereller SB von 500 Euro je Schadenfall); 10.000 Euro für Mietsachschäden an Stallungen, Reithallen, Weiden, Boxen und Koppeln inkl. Koppelzäunen (20 % SB, min. 100 Euro, max. 2.000 Euro je Schadenfall; bei Schadenfreiheitsklasse S 8 bis S 12 gilt ein genereller SB von 500 Euro je Schadenfall); Mietsachschäden an sonstigen gemieteten oder geliehenen Sachen bis zu 5.000 Euro (10 % SB, min. 100 Euro, max. 500 Euro)

Haftpflichtkasse Darmstadt

(AHB 01.01.2009, Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Tierhalter-Haftpflichtversicherung, Stand 01.2009)
für 5 und 10 Mio. Euro pauschal (P, S, V).
Mietsachschadendeckung: ---

Janitos

(AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: Balance) für 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V)
Mietsachschadendeckung: Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 15 Mio. Euro

maxPool

- (BASIS 1 (AHB - Fassung Januar 2008, VBS H 2 306 01.2008; Besondere Bedingungen, Risikobeschreibungen und Erläuterungen für die Haftpflichtversicherung der Tierhalter aus privater Tierhaltung maxpool Fassung Januar 2008 VBS H 2 2213MP 01.2008)) für 5 Mio. Euro pauschal (P, S) und 250.000 Euro (V)
Mietsachschadendeckung: 300.000 Euro für Schäden an Räumen und Gebäuden; 5.000 Euro für Schäden an gemieteten oder geliehenen Pferdetransportanhängern (20 % SB, min. 100 Euro, max. 2.000 Euro je Schadenfall; bei Schadenfreiheitsklasse S 8 bis S 12 gilt ein genereller SB von 500 Euro je Schadenfall); 10.000 Euro für Mietsachschäden an Stallungen, Reithallen, Weiden, Boxen und Koppeln inkl. Koppelzäunen (20 % SB, min. 100 Euro, max. 2.000 Euro je Schadenfall; bei Schadenfreiheitsklasse S 8 bis S 12 gilt ein genereller SB von 500 Euro je Schadenfall)
- (BASIS 2 (AHB - FASSUNG JANUAR 2008, VBS H 2 306 01.2008; Besondere Bedingungen, Risikobeschreibungen und Erläuterungen für die Haftpflichtversicherung der Tierhalter aus privater Tierhaltung MAXPOOL Fassung Januar 2008 VBS H 2 2213MP 01.2008)) mit 10 Mio. Euro pauschal (P, S) und 250.000 Euro (V), maximal jedoch 8 Mio. Euro je geschädigter Person
Mietsachschadendeckung: s.o.

Hundehalterhaftpflichtversicherungen



- Für Besitzer von Kampf-, Zwinger- und sonstigen privat gehaltenen Hunden
- Selbstständige Hundehalterhaftpflicht oder in Verbindung mit einer Privathaftpflicht

Basis: 234 geprüfte Tarife

Wertung: **WSF 1-3**

Stand: 25.05.2009

Nach unterschiedlichen Schätzungen leben etwa fünf Millionen Hunde in Deutschland, davon nach einer Studie des Deutschen Städtetages (Stand: 1997) alleine rund 95.000 Vierbeiner in Berlin. Zu den typischen Haftpflichtfällen, die mit der Gefährdungshaftung von Hunden im Zusammenhang stehen, gehören neben den „normalen“ Sachschäden durch kratzende Hunde vor allem: Personenschäden, Hund beißt Hund, Hund gegen Auto, Eingreifen in einen Hundekampf.

Rating-Systematik: Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien siehe www.witte-financial-services.de

Rating-Systematik

Bewertet wurden Hundehalterhaftpflichtversicherungstarife von 56 Versicherern bzw. Konzeptanbietern. Insgesamt wurden dabei 234 Tarife berücksichtigt. Grundlage für das Rating waren insgesamt 48 Leistungskriterien, die alle wesentlichen Leistungskriterien der Assekuranz umfassend darstellen.

Die einzelnen Bedingungen wurden von Witte Financial Services bewertet mit einem Faktor von -4 bis 16 Punkten. Dabei stellt 16 Punkte die jeweils für den Verbraucher vorteilhafteste Regelung dar. 12, 8 und 4 Punkte stehen für den jeweils zweiten, dritten bzw. vierten Platz. Jede Regelung, die besser als GDV-Standard, aber schlechter als die viertbeste Individuallösung ist, erhält pauschal 2 Punkte. Grundsätzlich wurden gleichwertige explizite Einschlüsse besser als implizite bewertet.

Abweichende Regelungen gelten für Schlechterstellungen gegenüber der Verbandsempfehlung Januar 2008 oder den Empfehlungen des Arbeitskreises Vermittlerrichtlinie:

- Ist eine Regelung schlechter als GDV-Standard und schlechter als die Empfehlung des Arbeitskreises Vermittlerrichtlinie oder eine Deckungssumme schlechter als die Empfehlung des Arbeitskreises Vermittlerrichtlinie, bedeutet dies einen Abzug von 4 Punkten
- Ist eine bedingungsseitige Regelung (gilt entsprechend nicht für empfohlene Deckungssummen) schlechter als die

Empfehlung des Arbeitskreises Vermittlerrichtlinie, aber besser als GDV-Standard, bedeutet dies eine Bewertung mit 2 Punkten (dies gilt demzufolge auch für vom Arbeitskreis nicht ausdrücklich empfohlene Einschlüsse mit Selbstbehalten oder Sublimits)

- Ist eine bedingungsseitige Regelung abweichend zwar schlechter als GDV-Standard, aber besser als ein Ausschluss, bedeutet dies eine Bewertung mit 0 Punkten (gilt entsprechend nicht für empfohlene Deckungssummen)
- Sieht der GDV keine Regelung vor, so gelten die Empfehlungen des Arbeitskreises Vermittlerrichtlinie als Vergleichsmaßstab

Jedes Kriterium wurde mit einem Faktor zwischen 1 und 3 gewichtet, wobei die Ausfalldeckung in der selbständigen Hundehalterhaftpflicht zusammenfassend als ein Kriterium gewertet wurde.

Im Sinne des Verbraucherinteresses wurden sowohl für die selbständige Hundehalterhaftpflicht wie auch für die Kombination aus Privat- und Hundehalterhaftpflichtversicherung bestimmte K.O.-Kriterien festgelegt, die das Erreichen der drei Rating-Stufen verhindern:

Bedingungsrating

(selbständige Hundehalterhaftpflicht):

- Deckungssumme für Sach- und Personenschäden mindestens drei Millionen Euro, für Vermögensschäden von mindestens 50.000 Euro
- Deckungssumme für Mietsachschäden an Immobilien mindestens 300.000 Euro



Analysiert wurden Hundehalterhaftpflichtversicherungen, die entweder als selbstständige Police oder in Verbindung mit einer Privathaftpflichtversicherung abgeschlossen werden können. Bewertet wurden die folgenden Leistungsbe-
reiche:

- Versicherungssumme und etwaige Sublimits
- Versicherte Gefahren und deren Leistungsumfang
- Innovationsklauseln und Mindeststandard-Garantien
- von den Musterbedingungen (AHB Januar 2008) abweichende Obliegenheiten




Note	Bedeutung
WFS 1 (Gold):	mindestens 80 % der erreichten Höchstpunktzahl
WFS 2 (Silber):	mindestens 70 % der erreichten Höchstpunktzahl
WFS 3 (Bronze):	mindestens 60 % der erreichten Höchstpunktzahl




Bedingungsrating

(Hundehalterhaftpflicht bei bestehender Privathaftpflichtversicherung):




- K.O.-Kriterien wie oben
- Zusätzlich: Forderungsausfalldeckung, die auch die Gefahren als Hundehüter und -halter abdeckt und das ohne Einschränkung auf bestimmte Hunderasen
- Mitversicherung des Hütens fremder Hunde im Rahmen der Privathaftpflicht




Bedingungsrating Hundehalterhaftpflichtversicherungen

Selbstständige Hundehalterhaftpflichtversicherung ohne PHV, außer Kampfhunde					
 Hundehalter-Haftpflichtversicherung Selbstständige THV Alle Hunde 1 GOLD	Janitos (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: Best Selection) mit 7,5 und 15 Mio. Euro	 Hundehalter-Haftpflichtversicherung Selbstständige THV Alle Hunde 2 SILBER	Janitos (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: Balance) mit 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V)	 Hundehalter-Haftpflichtversicherung Selbstständige THV Alle Hunde 3 BRONZE	Janitos (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: Balance) mit 7,5 Mio. Euro pauschal (P, S, V)
pauschal (P, S, V), Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 7,5 bzw. 15 Mio. Euro sowie bis 30.000 Euro für Mietsachschäden an mobilen Einrichtungsgegenständen / Inventar in Hotels, gemieteten Ferienwohnungen / -häusern mit 100 Euro Selbstbehalt maxPool (Exklusiv (AHB - Fassung Januar 2008, VBS H 2 306 01.2008; Besondere Bedingungen, Risikobeschreibungen und Erläuterungen für die Haftpflichtversicherung der Tierhalter aus privater Tierhaltung maxpool Exklusiv Fassung Februar 2009, VBS H 2 2214mp 02.2009)) mit 10 Mio. Euro (P, S), 1.000.000 Euro (V), 10 Mio. Euro für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden sowie Mietsachschäden an Mobilien bis 5.000 Euro mit 10 % SB (min. 100 Euro, max. 500 Euro); unter bestimmten Umständen gilt im Rahmen des Schadenfreiheitssystems ein SB von 500 Euro		und Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 15 Mio. Euro.		und Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 7,5 Mio. Euro maxPool (Basis 2 (AHB - Fassung Januar 2008, VBS H 2 306 01.2008; Besondere Bedingungen, Risikobeschreibungen und Erläuterungen für die Haftpflichtversicherung der Tierhalter aus privater Tierhaltung maxpool Fassung Februar 2009 VBS H 2 2213mp 02.2009)) mit 10 Mio. Euro (P, S), 250.000 Euro (V) und 300.000 Euro für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden.	

Selbstständige Hundehalterhaftpflichtversicherung mit PHV, außer Kampfhunde					
 Hundehalter-Haftpflichtversicherung Alle Hunde +Private Haftpflicht 1 GOLD	Janitos (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: Best Selection in Verbindung mit	 Hundehalter-Haftpflichtversicherung Alle Hunde +Private Haftpflicht 2 SILBER	Janitos (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: Balance in Verbindung mit	 Hundehalter-Haftpflichtversicherung Alle Hunde +Private Haftpflicht 3 BRONZE	Haftpflichtkasse Darmstadt AHB 01.01.2009, Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur
Privathaftpflicht Balance oder Best Selection) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V), Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 7,5 bzw. 15 Mio. Euro sowie bis 30.000 Euro für Mietsachschäden an mobilen Einrichtungsgegenständen / Inventar in Hotels, gemieteten Ferienwohnungen / -häusern mit 100 Euro Selbstbehalt maxPool (Exklusiv (AHB - Fassung Januar 2008, VBS H 2 306 01.2008; Besondere Bedingungen, Risikobeschreibungen und Erläuterungen für die Haftpflichtversicherung der Tierhalter aus privater Tierhaltung maxpool Exklusiv Fassung Februar 2009, VBS H 2 2214mp 02.2009)) mit 10 Mio. Euro (P, S), 1.000.000 Euro (V), 10 Mio. Euro für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden sowie Mietsachschäden an Mobilien bis 5.000 Euro mit 10 % SB (min. 100 Euro, max. 500 Euro); unter bestimmten Umständen gilt im Rahmen des Schadenfreiheitssystems ein SB von 500 Euro		Balance oder Best Selection) mit 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V) und Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 15 Mio. Euro		Tierhalter-Haftpflichtversicherung, Stand 01.01.2009 in Kombination mit PHV Vario oder PHV Status) mit 10 Mio. Euro (P, S, V) und 1 Mio. Euro für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden Janitos (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: Balance in Verbindung mit Privathaftpflicht Balance oder Best Selection) mit 7,5 Mio. Euro pauschal (P, S, V) und Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 7,5 Mio. Euro maxPool (Exklusiv (AHB - Fassung Januar 2008, VBS H 2 306 01.2008; Besondere Bedingungen, Risikobeschreibungen und Erläuterungen für die Haftpflichtversicherung der Tierhalter aus privater Tierhaltung maxpool Exklusiv Fassung September 2008 VBS H 2 2214mp 09.2008)) mit 10 Mio. Euro (P, S), 1.000.000 Euro (V), 10 Mio. Euro für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden sowie Mietsachschäden an Mobilien bis 5.000 Euro mit 10 % SB (min. 100 Euro, max. 500 Euro); unter bestimmten Umständen gilt im Rahmen des Schadenfreiheitssystems ein SB von 500 Euro	

Bedingungsrating Hundehalterhaftpflichtversicherungen

Selbstständige Hundehalterhaftpflichtversicherung ohne PHV, Kampfhunde					
 <p>Hundehalter-Haftpflichtversicherung Selbstständige THV Kampfhunde</p> <p>GOLD</p> <p>ConceptIF (AHB 2008, BB THV Fassung 01/2008) mit 10 Mio. Euro (P, S, V) und 300.000 Euro für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden</p>	<p>Axa (AHB 2008, BB THV Fassung 01/2008) mit 10 Mio. Euro (P, S, V) und 300.000 Euro für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden</p>	 <p>Hundehalter-Haftpflichtversicherung Selbstständige THV Kampfhunde</p> <p>SILBER</p>	<p>nicht vergeben</p>	 <p>Hundehalter-Haftpflichtversicherung Selbstständige THV Kampfhunde</p> <p>BRONZE</p>	<p>Barmenia * (AHB (Stand 01.01.2008), Spezielle Bedingungen zur Tierhalter-Haftpflichtversicherung [Komfort]) mit 5 Mio. Euro (P, S), 500.000 Euro (V) sowie 5 Mio. Euro für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden</p> <p>maxPool (Basis 3 (AHB - Fassung Januar 2008, VBS H 2 306 01.2008; Besondere Bedingungen, Risikobeschreibungen und Erläuterungen für die Haftpflichtversicherung der Tierhalter aus privater Tierhaltung maxpool Fassung Januar 2008 VBS H 2 2213mp 01.2008)) mit 3 Mio. Euro (P, S), 250.000 Euro (V) sowie 300.000 Euro für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden</p>

Selbstständige Hundehalterhaftpflichtversicherung mit PHV, Kampfhunde					
 <p>Hundehalter-Haftpflichtversicherung Kampfhunde +Private Haftpflicht</p> <p>GOLD</p> <p>ConceptIF (AHB 2008, BB THV Fassung 01/2008 in Verbindung mit Privathaftpflicht Konzept Plus) mit 10 Mio. Euro (P, S, V) und 300.000 Euro für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden</p> <p>maxPool (Basis 3 (AHB - Fassung Januar 2008, VBS H 2 306 01.2008; Besondere Bedingungen, Risikobeschreibungen und Erläuterungen für die Haftpflichtversicherung der Tierhalter aus privater Tierhaltung maxpool Fassung Februar 2009 VBS H 2 2213mp 02.2009)) mit 3 Mio. Euro (P, S), 250.000 Euro (V) und 300.000 Euro für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden</p>	<p>Axa AHB 2008, BB THV Fassung 01/2008 in Verbindung mit Privathaftpflicht) mit 10 Mio. Euro (P, S, V) und 300.000 Euro für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden</p>	 <p>Hundehalter-Haftpflichtversicherung Kampfhunde +Private Haftpflicht</p> <p>SILBER</p>	<p>Nicht vergeben</p>	 <p>Hundehalter-Haftpflichtversicherung Kampfhunde +Private Haftpflicht</p> <p>BRONZE</p>	<p>Nicht vergeben</p>

VEMA-Technologie: Höhere Erträge

Der Makler ist stets auf der Suche nach noch schnelleren und effizienteren Arbeitsabläufen für das bessere Handling seiner Kundendaten. Die VEMA e.G. hat Lösungen entwickelt, die diesen Ansprüchen gerecht werden.

Entsprechend gut nehmen Makler das VEMA-Angebot im Bereich Workflow-Management an. Es steht für eine bessere, schnellere und günstigere Betreuung der Kunden. Der Workflow ist nicht nur eine Softwarelösung, sondern vor allem eine unternehmensweite Strategie.

Die Hilfe-Tools der VEMA e.G. unterstützen nicht nur bei der Kundenberatung. Sie sorgen durch die einfache Einbindung von Beratungsunterlagen auch für eine rechtlich einwandfreie Beratung und Dokumentation.

Durch die Nutzung der hierzu entsprechenden VEMA-Technologie ist die Makler-Arbeit sehr effizient. Ob der Makler sich über seinen Browser, über die für VEMA-Partner kostenfreie Software VEMAconnect oder über eine VEMA-Schnittstelle in das VEMA-Extranet einwählt, die Inhalte sind immer nur einen Klick weiter. Über 500 Produktinformationen, die Produktauswahl mit einfach zu bedienenden Rechnern und ausgewählte Sparteninformationen sowie die hinterlegten Verkaufsunterlagen sind mit allen notwendigen Dokumenten und Ansprechpartnern verknüpft. Zudem bietet das Konzept des VEMA-Workflows auch den Zugang zu internen und externen Vergleichsrechnern und die Nutzung von Web-Services der Versicherer.

■ Privatkundenrechner

Die Kundenverwaltung im VEMA – Extranet ist extrem einfach und zeitsparend gehalten. So gelangt man mit einem einfachen Anklicken zum VEMA-Beratungskonzept. „Aber auch die VEMA-Risikoerfassung mit entsprechenden Fragebögen sowie dem einfachen und sicheren Datentransfer auf Abwicklungsplattformen mit externen Rechnern macht das Arbeiten effizient“, so Vema-Geschäftsführer Andreas Brunner. „Pro-

fessionelle Angebote, Protokollierung und individualisierte Unterlagen sparen dem Makler Zeit und lassen ihn gleichzeitig den gesetzlichen Vorgaben genügen.“

„Gerade im Privatkundenbereich stehen Aufwand und Ertrag der Makler heute nicht mehr in Relation“, betont Brunner. Daher hat das VEMA-Team einen eigenen Privatkundenrechner entwickelt, der allen VEMA-Partnern kostenlos zur Verfügung steht. Der Privatkundenrechner bietet dem Makler in wenigen Arbeitsschritten auf zwei Seiten das Angebot, die Deckungsnote sowie die rechtlich verlangte Dokumentation der Produktauswahl. Damit bleibt mehr Zeit, sich den Kernaufgaben Neukundengewinnung und Kundenpflege zu widmen.

■ VEMA-Akademie

Mit der Nutzung von VEMA-Technologien ist der Makler im Bereich des Produktmanagements, der qualifizierten Beratungs- und Angebotsunterlagen sowie der schlanken Geschäftsabwicklung optimal gerüstet. „Damit der Makler diese Leistungsfähigkeit voll nutzen kann, haben wir Seminare entwickelt und bieten diese im Rahmen der VEMA-Akademie unseren Partnerbetrieben an“, erläutert Andreas Jäger, verantwortlich für die VEMA-Akademie. Im Rahmen der Basisseminare erhalten die Teilnehmer einen kompletten Überblick über das Leistungsspektrum und erlernen die praktische Anwendung im Tagesgeschäft. In Fachseminaren werden Produktdetails in einzelnen Sparten erarbeitet und erläutert. Ergänzend bietet die VEMA-Akademie Fachtagungen zu grundlegenden Neuigkeiten und aktuellen Themen an. In Vorbereitung sind Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich Unternehmensführung und Personalwirtschaft, Risk Management sowie Vertrieb und Akquise. Jäger: „So erhalten die Teilnehmer nicht nur ein Dienstleistungspaket aus einem Guss, sondern erfüllen zugleich auch ihre Weiterbildungspflicht.“

Informationen über die entsprechenden Hilfe-Tools des VEMA-Workflow-Konzeptes und über das Weiterbildungsangebot der VEMA-Akademie erhalten Interessierte unter www.vema-eg.de

Conzepta Service GmbH: Mehr als nur Produkte

Produkte alleine bringen noch keinen unternehmerischen Erfolg! Die Conzepta will daher auch die unternehmerische Seite der Maklertätigkeit stärken. Hierzu werden drei Strategieguppen angeboten.

• Strategieguppe I

– *Marketing und Kundenbindung* –

Mit Unterstützung der Unternehmensberatung „ArndtConsulting“ bieten wir Ihnen hier eine praxisorientierte Strategieguppe:

- für eine effektivere Kundenansprache,
- Erhöhung der Cross-Selling-Quote
- eine bessere Kundenzufriedenheit im Bestand

• Strategieguppe II

– *Betriebswirtschaft und Personalentwicklung* –

Mit Unterstützung der Unternehmensberatung „Institut Ritter“ erhalten Sie hier wichtige Informationen rund um die Themen

- kostenoptimierte Personalentwicklung Innen- und Aussendienst
- Nutzung aller Förderprogramme
- Steueroptimierung für den Betrieb

• Strategieguppe III

– *bAV* –

Mit Unterstützung der Unternehmensberatung „Blue Value“ wird die Thematik „bAV“ professionell vorbereitet und begleitet:

- Nutzung der Exklusiv-Plattform „F@bian“
- Auffrischen von Fachwissen
- Kundenansprache, richtige Firmenbetreuung ...

Die CONZEPTA Service GmbH wurde 1994 als Maklerverbund gegründet. Er zählt über 570 eigenständige Versicherungsmaklerfirmen (Stand 03/09).

www.conzepta.com

VDH: 65% der Verbraucher akzeptieren Honorarberatung

Argumente pro Provision verfälschen laut Verbund Deutscher Honorarberater die Marktfakten

Je nach Interessenlage werden die vorliegenden Marktstudien zur Thematik „Akzeptanz der Honorar-Beratung aus Verbrauchersicht“ nach Erfahrung des VDH nur in Auszügen zitiert.

Als Kern-Argumente contra Honorar-Beratung werden dabei ins Feld geführt:

1. Der Kunde ist nicht bereit, Honorare zu bezahlen
2. Der Kunde kann sich kein Honorar leisten
3. Es gibt zu wenig Produkte

Auf den ersten Blick seien diese Argumente zu einhundert Prozent glaubwürdig. Alle Marktteilnehmer, vorrangig die Versicherungswirtschaft, hätten den Verbraucher über ein Jahrhundert lang so „konditioniert“, dass er jedwede Finanz-Dienstleistung zwangsläufig als „umsonst“ begreift. Wie soll der Kunde bei einer Umfrage zum Thema Honorar-Beratung antworten, wenn dieses Modell nur unzureichend bekannt ist. Hierzu bedürfte es einer vorherigen Aufklärung.

Die Äußerungen führender Vertreter der Versicherungswirtschaft wie auch der Finanzberater offenbaren laut VDH jedoch, dass man unsicher ist, ob die bisherige „Kundenerziehung“ auch in Zukunft durchzuhalten sein wird.

Immerhin konnte der Verbraucher sich seit Jahrzehnten enorme Provisionszahlungen an den Vertrieb leisten. Provisionen, die jedwede Vergütung mittels Honorar weit überschreiten und zudem zu erheblichen Renditeeinbußen führen. Volkswirtschaftlich betrachtet, ein klar messbarer Schaden. Warum soll sich der Verbraucher, vor diesem Hintergrund, nun angeblich kein Honorar leisten können?

Wegen dieser und etlicher anderer Ungereimtheiten in der Argumentation maßgeblicher Marktteilnehmer hat der Verbund Deutscher Honorarberater die Studien der letzten 2 Jahre zur „Akzeptanz der Honorar-Beratung aus Verbrauchersicht“ (u.a. von Psychonomics, Simon, Kucher & Partner, Steinbeis Hochschule und investors marketing) ausgewertet.

Das Ergebnis:

- 16% der Deutschen kennen den Begriff Honorar-Beratung.

- 65 % dieser Gruppe finden das Modell der Honorar-Beratung gut.
- 84% kennen das Modell der Honorar-Beratung nicht.

Bei der Relation von 250.000 geschätzten Provisionsberatern zu 1.500 Honorar-Beratern sieht der VDH diese Ergebnisse weit überproportional positiv für die Honorar-Beratung. Sobald der Verbraucher das Modell der Honorar-Beratung detailliert erkenne, sei er zu überwiegender Mehrheit bereit, dieses zu bevorzugen. Und dies decke sich mit der neun-jährigen Erfahrung des VDH. Der Verbraucher wünscht sich ein aufwandsbezogenes, auf seine Bedürfnisse zugeschnittenes Beratungs-Honorar. Der Vermittler will eine produktbezogene Vergütung.

■ Honorar-Produkte gibt es genug

Der Verbund Deutscher Honorarberater folgert hieraus: Die Anbieterseite will das Provisionsmodell um jeden Preis über die Runden retten. „Das Modell der

Abwrackprämie wird in diesem Markt schon seit dem ersten Tag gefahren. Kündige deine alte Police, nimm meine neue. Und in drei Jahren bringe ich dir die nächste. Das ganze nennt man dann Vertrieb. Wer bei diesem Spiel bisher der Verlierer war, ist eindeutig“, so VDH-Geschäftsführer Dieter Rauch. Und: „Der Verbund Deutscher Honorarberater stellt Honorar-Beratern allein auf der Versicherungsseite ein Angebot von dutzenden Honorar-Tarifen von über dreißig Versicherern zur Verfügung. An Produkten ist demnach kein Mangel.

Wer auf der Produktschiene argumentiert, denkt in den Maßstäben eines Verdrängungsmarktes und nicht pro Verbraucher. Bei der Honorar-Beratung geht es nicht um das kurzfristige Geschäft, sondern um Lebensertragswerte. Die einzige Rechtfertigung für die ungehemmte Marktflutung mit Produkten besteht darin, sich selbst mit dem Ausstoß von immer wieder gleichen aber unterschiedlich etikettierten Produkten am Leben zu erhalten.“ www.vdh24.de

Invers GmbH: Mehrfachagenten & Maklerpools

Vertreter verschiedener Industrie- und Handelskammern und des Deutschen Industrie- und Handelskammertages bestätigen die Rechtsauffassung der INVERS Versicherungsvermittlungs GmbH sowie des Rechtsanwalts Lutz Harbig, wonach ein Mehrfachagent ordnungswidrig handelt, wenn er Versicherungsvermittlungsleistungen zu Gunsten eines Maklerpools erbringt.

In einem Aufsatz, veröffentlicht in „Gewerbearchiv“ (Gildebuchverlag GmbH & Co.KG: GewArch 2009, 137-143), legen Vertreter verschiedener IHKs und des Deutschen Industrie- und Handelskammertages ihre Auffassung zur Zulässigkeit der Zusammenarbeit von Mehrfachagenten mit Maklern dar. Sie vertreten den Standpunkt, dass bei einer solchen Zusammenarbeit der Mehrfachagent ordnungswidrig handelt.

Im entsprechenden Aufsatz heißt es wörtlich: „Ein „Ab-und-zu-Makler“ ist aber gesetzlich in keinem Fall vorgesehen.“

Danach gehen die Autoren davon aus, dass die makelnde Tätigkeit eines Versicherungsververtreters dem Willen des Gesetzgebers widerspricht. Wird ein Versicherungsvertreter dennoch vermittelnd für einen Makler tätig, so tut er dies ohne die erforderliche Erlaubnis und ohne den erforderlichen Eintrag im Vermittlerregister. Wörtlich führen die Autoren aus: „Beides stellt eine Ordnungswidrigkeit dar und entspricht weder dem geforderten Verbraucherschutz noch der notwendigen Transparenz.“ Mit dieser Auffassung erteilen die namhaften Vertreter der Handelskammern der verschiedentlich vertretenen Ansicht, dass Mehrfachagenten weiterhin mit Versicherungsmaklerpools zusammenarbeiten können, eine Absage. Infolgedessen kommen die Autoren zu dem Ergebnis: „...dass auch die Zusammenarbeit eines Versicherungsververtreters mit einem Makler oder einem Maklerpool unzulässig ist, ...“
Kontakt: rechtsanwalt@harbig.info

AFS GmbH
Eisenacher Landstr. 15 · 99986 Oberdorla
Tel.: 03601-75800 · Fax: 03601-758025
info@vl-fonds.de · www.vl-fonds.de

AfW - Bundesverband
Finanzdienstleistung e.V.
Ackerstr. 3 · 10115 Berlin
Tel.: 030-20454403 · Fax: 030-20634759
wirth@afw-verband.de

AMEXPool AG
Am Schafstein 2 (Industriegebiet West)
79379 Müllheim
Tel.: 07631-3640-0 · Fax: 07631-3640-20
info@amex-online.de · www.amex-online.de

AMZ MaklerService
Flurstr. 35 · 86562 Berg im Gau
Tel.: 08454-914430 · Fax: 08454-9144311
kontakt@amz-maklerservice.de
www.amz-maklerservice.de

Apella Maklerverbund
Friedrich-Engels-Ring 50
17033 Neubrandenburg
Tel.: 0395-5719090 · Fax: 0395-5719097
info@apella.de · www.apella.de

ASKUMA AG
Prager Ring 4 -12 · 66482 Zweibrücken
Tel.: 06332-7916-80 · Fax: 06332-791689
kontakt@askuma.de · www.askuma.de

BCA AG
Siemensstr. 27 · 61352 Bad Homburg
Tel.: 06172-495510 · Fax: 06172-495550
willkommen@bca.de · www.bca.de

blau direkt GmbH & Co. KG
Fackenburg Allee 11 · 23554 Lübeck
Tel.: 0451-87201-151 · Fax: 0451-87201-251
info@blaudirekt.de · www.blaudirekt.de

CARAT Fonds Service AG
Südliche Ringstr. 61 · 63225 Langen
Tel.: 06103-83 35 60 · Fax: 06103-94 64 42
strobel@carat-ag.de · www.carat-ag.de

CHARTA
Steinstraße 31 · 40210 Düsseldorf
Tel.: 0211-864390 · Fax: 0211-8643998
info@charta.de · www.charta.de

ConceptIF AG
Friedrich-Ebert-Damm 160 A · 22047 Hamburg
Tel.: 040-696970660 · Fax: 040-696970661
info@conceptif.de · www.conceptif.de

CONSENSUS GmbH
Miesners Hof 1 · 27377 Scheeßel
Tel.: 04263-911400 · Fax: 04263-9114040
info@consensus.de · www.consensus.de

ConceptA Service GmbH
Sternstraße 25 · 35066 Frankenberg
Tel.: 06451-7234 0 · Fax: 06451-7234 20
info@concepta.com · www.concepta.com

degenia Versicherungsdienst AG
Brückes 63a · 55543 Bad Kreuznach
Tel.: 0671-840030 · Fax: 0671-8400329
info@degenia.de
www.degenia.de

FinanzDock
Kaistraße 2 · 40221 Düsseldorf
Tel.: 0211-95717 0 · Fax: 0211-95717 111
zentrale@finanzdock.com
www.finanzdock.com

FinanceScout24 AG - Hamburg
Steinstraße 7 · D - 20095 Hamburg
Fax: 040 - 30 707 109
info@financescout24.de
www.financescout24.de

FONDSNET
Steinstr. 33 · 50374 Erftstadt
Tel.: 02235-956610 · Fax: 02235-956611
info@fondsnet.de · www.fondsnet.de

forum Partner-GmbH
Kieler Straße 357-359 · 22525 Hamburg
Tel.: 040-547773-20 · Fax: 040-547773-51
contact@forumpartner.de
www.forumpartner.de

GSR Maklerverbund e.K.
Gottesackerstr. 11 · 85221 Dachau b. M.
Tel.: 08131-3190-0 · Fax: 08131-3190-20 /-30
GSR.Maklerverbund@gsr.de · www.gsr.de

Inno-Finance Makler-Service GmbH
Greifenberger Str. 14
86938 Schondorf a. Ammersee
Tel.: 08192-9330330 · Fax: 08192-93303340
info@innofinance.de · www.innofinance.de

INVERS GmbH
Bahnhofstr. 65 · 04158 Leipzig
Tel.: 0341 5256 200 · Fax: 0341 5256 201
kontakt@invers-gruppe.de
www.invers-gruppe.de

Jung, DMS & Cie. AG
Postfach 13 02 55 · 65090 Wiesbaden
Tel.: 0611-33 53 000 · Fax: 0611-33 53 355
info@jungdms.de · www.jungdms.de

KOMM Investment &
Anlagenvermittlungs GmbH
Sigmaringer Str. 49 · 70567 Stuttgart (Möhr.)
Tel.: 0711-718 636-0 · Fax: 0711-718 636-22
kontakt@komminvestment.de
www.komminvestment.de

Konzept & Marketing GmbH
Podbielskistr. 333 · 30659 Hannover
Tel.: 0551-640540 · Fax: 0551-64054444
marketing@k-m.info · www.k-m.info

maxPool Servicegesellschaft für
Finanzdienstleister mbH
Hamburger Str. 205 · 22083 Hamburg
Tel.: 040-29 99 40-0 · Fax: 040-29 99 40-600
info@maxpool.de · www.maxpool.de

Monad GmbH
Martin-Moser-Str. 27 · 84503 Altötting
Tel.: 08671-96 41 0 · Fax: 08671-96 41 15
info@monad.de · www.monad.de

MWF Makler & Wirtschaftsforum
82239 Alling bei München
Tel.: 08141-37 80-0 · Fax: 08141-37 80-99
info@mwf.de · www.mwf.de

Netfonds GmbH
Süderstr. 30 · 20097 Hamburg
Tel.: 040-8222670 · Fax: 040-822267100
info@netfonds.de · www.netfonds.de

Neue Vermögen AG
Gewerbepark Kaserne 5 · 83278 Traunstein
Tel.: 0861-7086-10 · Fax: 0861-7086-111
willkommen@neue-vermoegen.de
www.neue-vermoegen.de

Parity AG
Kaiser-Wilhelm-Ring 13 · 50672 Köln
Tel.: 0221-94 99 57 0 · Fax: 0221-94 99 57 57
info@parity-ag.de · www.parity-ag.de

Plansecur Management GmbH & Co.
Marketing und Service KG
Druseltalstraße 150 · D-34131 Kassel
Tel.: 0561-935 51 50 · Fax: 0561-935 51 70
service@plansecur.de · www.plansecur.de

[pma:]
Finanz- und Versicherungsmakler GmbH
Münsterstr. 111 · 48155 Münster
Tel.: 0251-700 17-0 · Fax: 0251-700 17-111
info@pma.de · www.pma.de

SERVICE-POOL für Finanzdienstleister
Justus-von-Liebig-Weg 2 · 31848 Bad Münder
Tel.: 05042-5070-70 · Fax: 05042-5070-80
info@inovesta.de · www.inovesta.de

Top Ten Investment-Vermittlungs AG
Pirckheimerstraße 68 · 90408 Nürnberg
Tel.: 0911-180 1000 · Fax: 0911-180 1023
zentrale@topten-ag.de · www.topten-ag.de

VDH GmbH
Verbund Deutscher Honorarberater
Emailfabrikstraße 12 · 92224 Amberg
Tel.: 09621-78825-0 · Fax: 09621-78825-20
info@vdh24.de · www.vdh24.de

Verband Deutscher Versicherungsmakler e.V.
20457 Hamburg, Cremon 33
Tel.: 040-36 98 20-0 · Fax: 040-36 98 20-22
www.vdvm.de

WIFO GmbH
Verbund unabhängiger Versicherungsmakler
Gewerbering 15 · D-76287 Rheinstetten
Tel.: 0 72 42-9 30-0 · Fax: 0 72 42-9 30-1 00
info@wifo.com · www.wifo.com

VSAV e. V.
Birkenweg 5 · 74193 Schwaigern-Niederhofen
Tel.: 0 71 38-96 07 90 · Fax: 0 71 38-96 07 20
E-Mail: info@vsav.de

2 x Wörterbuch der Versicherung

Deutsch-Englisch / Englisch-Deutsch

Kein Muss für den Makler im Privatkundengeschäft



Die beiden Wörterbücher enthalten jeweils 20.000 bzw. 25.000 Einträge zum Wortschatz von Policen und Korrespondenzen zwischen Versicherern, Versicherungsnehmern und Versicherungsvermittlern sowie Einträge zu diversen Schaden und Personenversicherungen. Der Klappentext des Verlages erhebt den Anspruch, alle wesentlichen Sparten der benannten Kategorien erfasst zu haben.

Diesen Anspruch gilt es zu überprüfen.

Der Begriff Dread Disease ist zum Beispiel weder in der Deutsch-Englischen noch in der Englisch-Deutschen Variante zu finden. Gleiches gilt für eine funktionelle Invaliditätsversicherung oder auch die Wohngebäudeversicherung.

Von 22 abgefragten Begriffen aus den Sachversicherungssparten wie auf dem Feld der Personenversicherung ließen sich jedoch 90% ohne größere Probleme finden und damit vom Deutschen ins Englische übersetzen.

Mängel im Detail

Weniger positiv fällt die Bilanz aus, wenn man für ausgewählte Sparten detaillierte Begrifflichkeiten sucht. So dürfte man im Rahmen der Unfallversicherung u.a. folgende Begriffe erwarten: Invaliditätsleistung, Progression, Mitwirkungsanteil, erhöhte Kraftanstrengung und Eigenbewegung.

Im Zusammenhang mit Kfz-Versicherungen sollten zu finden sein u.a. Rabatterter, Rabattschutz, Fahrerschutz oder Fahrerunfallversicherung, Schadenfreiheitsrabatt und Mallorcadeckung.

Diesem Anspruch wird der Deutsch-Englische Teil leider nicht gerecht. Statt „Progression“ finden sich immerhin „Pro-

gressionssatz“, „progressive Invaliditätsstaffel“ sowie „progressive Staffel“. Die restlichen Begriffe zur Unfallversicherung fehlen gänzlich. Nicht viel anders sieht es mit der Kfz-Versicherung aus; mit Ausnahme des Schadenfreiheitsrabatts lässt das Wörterbuch den Suchenden auch hier im Regen stehen.

Schade ist es allerdings, wenn bei der Übersetzung vom Englischen ins Deutsche ein Begriff wie „variable annuity“ mit „dynamische Rente, veränderliche Rente“ übersetzt wird, was sicher wenig zum näheren Verständnis beiträgt. Hier wäre es wünschenswert bei diesen und ähnlichen Begriffen etwas zur Bedeutung beizutragen, da die Übersetzung sonst im Zweifel ohne Wert bleibt.

Hilfreich wäre in der Einleitung auch ein Hinweis zur Sortierung der Begriffe gewesen. So sucht man etwa den Eintrag „all risks cover“ (Allgefahrendeckung) zunächst zwischen „alloy of mercury Quecksilberlegierung, Amalgam“ und „allurement Verlockung; anziehende Gegenstände; Lockmittel, Reiz“, statt zwischen „alkaline salt Alkalisalz“ und „allegation Behauptung; Aussage, Anführung; Beschuldigung, Vorwurf“.

Fazit

Für den Makler im Privatkundengeschäft sind die beiden Wörterbücher trotz zahlreicher hinterlegter Begriffe weniger geeignet. Zielgruppe sind wohl eher Makler im Industrie- und Rückversicherungsgeschäft sowie Versicherer im Rahmen ihrer Korrespondenz mit ausländischen Töchtern und sonstigen Geschäftspartnern.

Friedhelm G. Nickel und Monika Fortmann:
„Wörterbuch der Versicherung. Dictionary of Insurance Terms. Deutsch-Englisch.“
Karlsruhe² (Verlag Versicherungswirtschaft),
2009, 488 Seiten; Ladenpreis: 48,00 Euro
ISBN: 978-3-89952-434-5

Friedhelm G. Nickel und Monika Fortmann:
„Wörterbuch der Versicherung. Dictionary of Insurance Terms. Englisch-Deutsch.“
Karlsruhe³ (Verlag Versicherungswirtschaft),
2009, 645 Seiten; Ladenpreis: 48,00 Euro
ISBN: 978-3-89952-435-2

Berufsunfähigkeitsversicherung

Fundiertes Standardwerk



Die zweite Auflage dieses Standardwerks zur Berufsunfähigkeitsversicherung berücksichtigt die Reform des Versicherungsgesetzes. Dabei wurde besonderes Gewicht auf die voll-

ständige Erfassung der obergerichtlichen Rechtsprechung seit dem Erscheinen der Erstauflage vor nahezu 15 Jahren gelegt. Ausführlich berücksichtigt wurde auch die AGB-Kontrolle formularvertraglicher Klauseln, welche im Versicherungsrecht eine immer größere Bedeutung gewonnen haben.

Mit der Neuauflage wird allen mit dem Thema befassten Parteien umfassendes Material an die Hand gegeben, was vom Vertrieb (z.B. Umgang mit Ratings, Dokumentationspflichten), über den Leistungsfall (z.B. Beurteilung von Berufsunfähigkeit in Abhängigkeit von bedingungsseitigen Formulierungen und beruflichem Status) bis zu einem eventuellen Rechtsstreit (z.B. Abwehr und Durchsetzung von Rechtsansprüchen sowie Kostenberechnung) so gut wie alle wichtigen Punkte abarbeitet. Für die Praxis wurden außerdem diverse Schaubilder und Checklisten sowie Rechtsprechungsübersichten eingefügt. Am Rande wird auch auf alternative Formen der Arbeitskraftabsicherung (z.B. Unfallversicherung oder Dread Disease) eingegangen.

Vorrangige Zielgruppe sind Versicherungsunternehmen, Richter, Rechtsanwälte, Verbände und Vereinigungen der Versicherungsbranche, aber auch Versicherungsmakler und -vertreter.

Fazit:

Ein Muss für jeden ernsthaft am Thema Berufsunfähigkeit Interessierten.

W. Voit / K.-J. Neuhaus:
„Berufsunfähigkeitsversicherung.“
München (C.H. Beck), 2., völlig neu bearbeitete Auflage 2009. XXII,
689 Seiten; Ladenpreis: 98,- Euro;
ISBN: 978 3 406 566325

Absolut Lesenswert:**Beratungspflichten von Versicherern und Vermittlern****Haftungsreduzierung durch fundierten theoretischen Überbau**

Im ersten Teil der Abhandlung untersucht Professor Dr. Christian Armbrüster die Beratungspflichten von Versicherern und Vermittlern im Rahmen der §§ 6, 61 VVG, wobei er auch die Unterscheidung zwischen Aufklärungs- und Beratungspflicht herausarbeitet. So bestehe zwar für Vermittler die Pflicht, ihren Rat schriftlich zu dokumentieren, nicht jedoch den Kunden im engeren Sinne über das zu vermittelnde Produkt zu beraten. Dazu heißt es: „Beratung geht über Aufklärung hinaus. Sie umfasst nämlich nicht nur eine auf die Bedürfnisse des konkreten Versicherungsnehmers ausgerichtete Information, sondern darüber hinaus eine konkrete Handlungsempfehlung (= These 1). Bei einer Aufklärungspflicht handelt es sich hingegen lediglich um eine Unterrichtungspflicht, die zwar auf die konkreten Verhältnisse des Versicherungsnehmers bezogen ist und sich darin von einer abstrakten Information unterscheidet, bei der aber die Erteilung eines Rates fehlt.“

Starke Differenzierung der Beratungsthematik

Insgesamt stellt Armbrüster im Rahmen seiner Abhandlung 12 Thesen auf und geht dabei unter anderem ein auf den Unterschied zwischen geschuldeter Aufklärung und umfassender Beratung, den Umfang eines Beratungsanlasses, das Verhältnis zwischen Produktinformation und Beratungsanlass, die Möglichkeit eines Beratungsverzichts, die Initiativlast auf Seiten des Versicherers vor- und nur im Ausnahmefall nach Vertragsabschluss und die Besonderheiten einer etwaigen Beratungspflicht bei Verträgen über Fernabsatz.

Auf Seite 7 stellt der Autor die These auf, dass „Fehlvorstellungen über den Deckungsumfang [...] zu den personenbezogenen Anlässen für Beratung“ ge-

hören und schreibt dazu im Vorfeld wie folgt: „Es wurde schon dargelegt, dass die Schwierigkeit, die Versicherung zu beurteilen, am Maßstab eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers zu beurteilen ist. Liegen Kenntnisse und intellektuelle Fähigkeiten des konkreten Vertragsinteressenten darüber, so bleibt ihm nur die Verzichtsmöglichkeit; liegen sie umgekehrt darunter, so gibt dies einen eigenständigen – nicht produkt-, sondern personenbezogenen – Anlass zur Beratung.“ Damit erscheint der Beratungsverzicht unter bestimmten Umständen das Mittel der Wahl zu sein. In diesem Zusammenhang sollte man jedoch auch die Betrachtungen zu These 10 sorgfältig lesen (S. 21-25), wonach „allein eine hohe Verzichtquote noch nicht als Misstand angesehen werden“ könne, „sondern allenfalls als ein Indiz für die Ausübung von Druck.

Getrennte Zahlung von Beratungsleistung und Prämie

Brisant erscheint auch die These auf S. 8, wonach ein Vermittler einem Interessenten im Zweifel von bestimmten Produkten abraten solle, obwohl es doch „primär“ darum gehe, Deckungslücken zu verhindern. Damit werde, so Armbrüster, ein weitreichender Eingriff in die Privatautonomie vorgenommen, der in der sonstigen privaten Wirtschaft nicht vorgesehen ist.

Spannend sind die Betrachtungen zum Verhältnis zwischen dem Umfang der geschuldeten Prämie eines Vertrages sowie der damit für den Vermittler erzielbaren Provision (Proportionalitätsregel). Daraus ergibt sich These 7, wonach es darauf ankommen müsse, „ob ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer mit dem Kenntnisstand und in der (wirtschaftlichen und familiären) Situation des Kunden die Beratungsleistung auch dann zu bezahlen bereit wäre, wenn sie neben der Prämie separat berechnet würde“. Davon unbenommen ist die Option einer zwar überobligatorischen Beratungsdienstleistung des Vermittlers, die dennoch zutreffend zu sein hat (S. 13-17).

Von Interesse ist auch These 9, wonach ein Versicherer seinen Versicherten erneut eine anlassbezogene Beratung schulde, wenn ein Makler seine Betreuung eines konkreten von ihm vermittelten Vertrages einstellt (S. 20).

Makler, Spartenmakler, Mehrfachagent

In dem zweiten, kürzeren Teil des Heftes, geht Dr. Frank Baumann den praktischen

Auswirkungen der Beratungspflichten des Vermittlers nach. Zunächst stellt er fest, dass ein flächendeckender Gebrauch von Verzichtserklärungen nicht festzustellen ist. Dafür allerdings hätten viele Mehrfachagenten ihre Beratungsgrundlage eingeschränkt. In diesem Zusammenhang geht Baumann auch dem Problem Pool/Mehrfachvertreter im Gegensatz zu Pool/Makler nach. Konkret hätten einige Pools eigene Mehrfachvertretungen gegründet, um das gesetzliche Dilemma in der praktischen Zusammenarbeit mit Mehrfachvertretern zu umgehen. Baumann zufolge könne jemand auch dann als Makler tätig sein, wenn er seine Beratungsgrundlage ständig auf eine bestimmte Auswahl beschränke, „denn auch der in der Begründung zu § 60 VVG ausdrücklich erwähnte Spartenmakler erbringt seine volle Maklerleistung gegenüber seinem Kunden, selbst wenn er sich in die Beratungsgrundlage in bestimmten Segmenten ständig auf bestimmte Produktanbieter beschränkt. Entscheidend ist vielmehr, dass Transparenz für den Kunden hergestellt wird, wenn der Kunde über die Beschränkung der Beratungsgrundlage aufgeklärt wird.“ (S. 36)

Baumann geht weiter der Frage nach, in welchem Umfang Kunden tatsächlich über die umfangreichen neuen Beratungspflichten und vor allem das deutliche Mehr an Papier positiv reagieren. Faktisch könne ein Zuviel an Beratung nicht nur verwirren, sondern sogar ungewünscht sein.

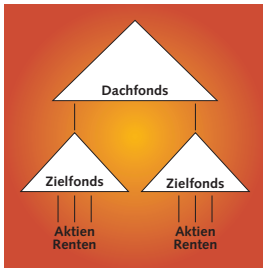
Kritisch hinterfragt wird auch die gesetzlich vorgenommene Unterscheidung zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherern im Zusammenhang mit dem Fernabsatz (S. 38-39).

Fazit

Die Lektüre des Beitrages von Armbrüster ist überaus lohnenswert für alle Makler, die ein Interesse nicht nur am praktischen Verkauf, sondern auch an einer Haftungsreduzierung durch fundierten theoretischen Überbau haben.

Christian Armbrüster: „Aktuelle Rechtsfragen der Beratungspflichten von Versicherern und Vermittlern (§§ 6, 61 VVG).“ und Frank Baumann: „Die praktischen Auswirkungen der Beratungspflichten des Vermittlers.“ Karlsruhe (Verlag Versicherungswirtschaft), 2009 (Vorträge, gehalten auf dem 26. Münsterischen Versicherungstag am 22. November 2008; Münsteraner Reihe Band 110), 43 Seiten; Ladenpreis: 12,90 Euro, ISBN 978-3-89952-446-8

Dachfonds-Ranking



- *Schwerpunkt Aktienfonds*
- *Schwerpunkt Rentenfonds*
- *Dachfonds ausgewogen*
- *Dachfonds flexibel*

Basis: 995 Dachfonds

Wertung:

Stand: 12.06.2009

Beim Thema Dachfonds spitzen immer mehr Berater die Ohren. Warum? Nach einem schwachen Start ist es diesem Anlageinstrument gelungen, sich immer weiter zu verbessern.

Heute stehen Aktien-Dachfonds mit internationaler Ausrichtung im Durchschnitt sogar besser da, als der Durchschnitt des Fonds-Sektors „Aktien Global“.

Dachfonds sind seit 1998 in Deutschland zugelassen. Im Gegensatz zu den Wertpapierfonds, die in Aktien und Rentenpapieren investieren, legt ein Dachfonds in Fonds an. Diese, vom Dachfondsmanager ausgewählten Fonds, werden Zielfonds genannt.

Die Vorteile für den Anleger: Der erste Filter für Sicherheit und Wertsteigerung liegt in der Wertpapierauswahl des Fondsmanagers eines Zielfonds.

Als zweiter Filter handelt der wiederum diese Fonds bewertende und selektierende Dachfondsmanager. Dank seiner Streuung des Anlagerisikos bzw. der Performance-Chancen auf mehrere Spitzenfonds, erhöht der Dachfondsmanager die langfristigen Erfolgsaussichten für das angelegte Kapital. Damit erhält der Verbraucher Zugriff auf eine der modernsten Formen der Vermögensverwaltung. Sparpläne ab bereits 50 Euro machen das stetige Investieren in Dachfonds leicht.

Risiko: Auch im Dachfondsmanagement gibt es große Köhner und große Versager. Insbesondere zum Start dieser Fonds wurde teilweise sehr schlecht gearbeitet.

Achten Sie bei der Beratung darauf, dass „Ihr“ Dachfondsmanager tatsächlich eine aktive Zielfondsauswahl betreibt. Wählt er für seinen Dachfonds nur Fonds aus, die dem Angebot des eigenen Hauses entstammen, z.B. nur UNION-Fonds, dann sollten Sie diese Einfallslosigkeit nicht unterstützen!

Haftungstechnisch betrachtet ist der Dachfonds für den Makler eine Entlastung!

Die Rating-Systematik

Das *fondsmeter*@Ranking der Financial Webworks GmbH baut auf der risiko-adjustierten Rendite, der so genannten Risk Adjusted Performance (RAP) auf. Diese zweidimensionale Kennzahl errechnet sich aus der erzielten Wertentwicklung (Performance) und dem dabei eingegangenen Risiko (Volatilität).

Werden zwei Fonds mit derselben positiven Wertentwicklung verglichen, erhält der Fonds mit dem geringeren in Kauf genommenen Risiko eine bessere (höhere) RAP-Kennzahl. Umgekehrt beim Vergleich von zwei Fonds mit derselben negativen Wertentwicklung: Hier erzielt der Fonds mit dem höher eingegangenen Risiko die bessere (höhere) RAP-Kennzahl.

Die Auszeichnungen der Fonds im Namen des *fondsmeter*@Ranking werden monatlich vergeben. Hierfür werden verschiedene Betrachtungszeiträume (1 Jahr = short-term, 3 Jahre = mid-term, 5 Jahre = long-term) herangezogen. Je höher die RAP-Kennzahl eines be-

trachteten Fonds ist, umso besser schneidet er innerhalb des ausgewählten Sektors ab.

Zur schnelleren Orientierung erhalten die Fonds mit den besten RAP-Kennzahlen innerhalb ihres Sektors eine dreifach gestaffelte Auszeichnung mit PLUS-Symbolen. Je nach Betrachtungszeitraum kommen hierfür unterschiedliche Farben (1 Jahr = rot, 3 Jahre = blau, 5 Jahre = grün) zur Anwendung. Die im Heft verwendeten Daten beziehen sich auf den 3-jährigen Beobachtungszeitraum.

fondsmeter®
Mid Term Ranking

TRIPLE PLUS: für die ersten 10% ihres Sektors (>= 90% bis 100%)

DOUBLE PLUS: für die zweiten 10% ihres Sektors (>= 80% und < 90%)

SINGLE PLUS: für die dritten 10% ihres Sektors (>= 70% und < 80%)

keine Auszeichnung: für die restlichen 70% ihres Sektors (0% bis < 70%)



Voraussetzungen für eine Berücksichtigung

1. Der Financial Webworks GmbH müssen die entsprechenden Daten in der erforderlichen Qualität vorliegen.
2. Der jeweilige Fonds muss mindestens drei Jahre alt sein.
3. Der Sektor, dem der Fonds von der Financial Webworks GmbH in die Datenbank *fondsweb*@ zugeordnet wird, muss mindestens 20 Fonds umfassen.

Wichtige Hinweise! Die Berechnung der RAP-Kennzahl(en) basiert ausschließlich auf Vergangenheitsdaten. Die zukünftige Wertentwicklung eines Fonds kann nicht vorhergesagt werden.

Schwerpunkt Aktienfonds Welt

(Produkte, die vorrangig in Aktienfonds investieren)

Basis: 378 Dachfonds, mindestens 3 Jahre im Markt, Performance-Stand: 12.06.2009

Produkt	Gesellschaft	ISIN	per 1 Jahr	per 2 Jahre	per 3 Jahre	RAP 3 Jahre	fondsmeter® ○○○ Mid Term Ranking
RAM Dynamisch	DWS Investment S.A	LU0093746393	7,86	2,99	23,12	6,93	○○○
FTC Gideon I	Erste Sparinvest KAG	AT0000499785	2,00	-5,55	12,11	4,10	○○○
Multi Invest Spezial OP R	Oppenheim Asset Mgmt Serv. S.a.r.l.	LU0225963817	0,43	-4,01	7,96	1,93	○○○
HSBC Trinkaus Asien Top Invest	HSBC Trinkaus Investment Mgrs S.A.	LU0048805013	-17,40	-28,35	-3,35	1,49	○○○
ARIQON Trend	C-Quadrat KAG AG	AT0000720172	3,20	-13,07	6,56	0,64	○○○
All Trends (T)	Schöllerbank Invest AG	AT0000746581	-19,72	-26,93	-5,22	0,47	○○○
RSI International OP	Oppenheim KAG	DE0005315121	-1,14	-19,35	1,28	0,01	○○○
IAMF - Triple P Active Portfolio	MK Luxinvest S.A.	LU0237589626	-2,12	-5,85	4,94	-0,45	○○○
Top Ten Classic	Oppenheim Asset Mgmt Serv. S.à.r.l.	LU0099590506	-4,14	-12,57	0,97	-0,62	○○○
Wallberg Manager Select	IPConcept Fund Management S.A	LU0111456637	-22,81	-19,13	-6,71	-0,85	○○○
Monega Chance	Monega KAG	DE0005321079	-25,47	-33,04	-13,33	-1,35	○○○
Special Opportunities OP	Oppenheim Asset Mgmt Serv. S.à.r.l.	LU0099601980	-8,69	-21,53	-4,88	-1,39	○○○
IAMF - Stabilitäts Portfolio	MK Luxinvest S.A.	LU0206715210	-2,63	-8,10	2,70	-1,43	○○○
Acasis New Themes Plus UI	Universal-Investment GmbH	DE0005320311	-14,90	-27,46	-12,09	-1,77	○○○
Carmignac Profil Reactif 75	Carmignac Gestion	FR0010148999	-12,45	-14,89	-1,14	-1,83	○○○
Gerling Portfolio Top Select	AmpegaGerling Investment GmbH	DE0009847335	-37,23	-43,97	-24,03	-1,95	○○○
Multi Invest OP R	Oppenheim Asset Mgmt Serv. S.a.r.l.	LU0103598305	-0,67	-4,70	4,72	-1,96	○○○
Fonds Direkt Sicav - Skyline Dynamik	Fonds Direkt SICAV	LU0100002038	-22,95	-29,62	-11,68	-2,07	○○○
CondorTrends-Universal	Universal-Investment GmbH	LU0112269492	-31,98	-38,21	-18,46	-2,34	○○○

Schwerpunkt Rentenfonds Welt

(Produkte, die vorrangig in Rentenfonds investieren)

Basis: 209 Dachfonds, mindestens 3 Jahre im Markt, Performance-Stand: 12.06.2009

Produkt	Gesellschaft	ISIN	per 1 Jahr	per 2 Jahre	per 3 Jahre	RAP 3 Jahre	fondsmeter® Mid Term Ranking
VERITAS ERTRAG	Veritas Investment Trust GmbH	DE0009763375	11,10	9,32	15,22	7,24	○○○
ARIQON Konservativ (T)	C-Quadrat KAG AG	AT0000615836	6,74	6,10	15,93	6,22	○○○
RAM Konservativ	DWS Investment S.A.	LU0093745825	9,18	6,03	14,12	3,87	○○○
Berenberg-Select Income-Universal-Fonds A	Universal-Investment GmbH	DE0002016441	3,35	6,59	11,64	2,93	○○○
A2A DEFENSIV	Veritas Investment Trust GmbH	DE0005561666	8,90	6,07	9,77	2,12	○○○
AXA Portfolio 6	AXA Investment Managers Dt. GmbH	DE0009789529	13,82	7,97	3,55	2,09	○○○
C-QUADRAT ARTS Total Return Bd (T)	C-Quadrat KAG AG	AT0000634720	6,56	4,51	6,81	0,15	○○○
Carmignac Profil Reactif 50	Carmignac Gestion	FR0010149203	-4,24	-4,74	4,71	-0,44	○○○
Sauren Global Defensiv A	Sauren Fonds-Select SICAV	LU0163675910	-0,77	1,10	7,78	-0,48	○○○

Schwerpunkt ausgewogen Welt

(Hier wird ein Teil des Anlagekapitals in Aktienfonds und ein Teil in Rentenfonds investiert.

Zudem wird auch die Anlage in offene Immobilienfonds und Geldmarktfonds praktiziert)

Basis: 133 Dachfonds, mindestens 3 Jahre im Markt, Performance-Stand: 12.06.2009

Produkt	Gesellschaft	ISIN	per 1 Jahr	per 2 Jahre	per 3 Jahre	RAP 3 Jahre	fondsmeter® Mid Term Ranking
RAM Wachstum	DWS Investment S.A.	LU0093746120	11,11	4,52	17,13	4,97	○○○
C-QUADRAT ARTS Total Return Balanced (T) EUR	C-Quadrat KAG AG	AT0000634704	6,74	3,11	12,83	3,11	○○○
VERITAS BALANCE	Veritas Investment Trust GmbH	DE0009763383	10,33	2,23	10,24	2,58	○○○
HI Bankhaus Donner Wachstum	Hansainvest	DE0005321327	3,93	-4,15	6,42	-1,43	○○○
MultiManager Fonds 3	KAS Investment Servicing GmbH	DE0007013609	-15,30	-24,39	-15,00	-2,12	○○○
siemens/portfolio.three	Allianz Invest KAG	AT0000781588	-8,75	-12,28	-3,54	-2,27	○○○

Schwerpunkt flexibel Welt

(Dachfonds mit sehr breitem Anlagehorizont und einem Mix der Anlagestile)

Basis: 279 Dachfonds, mindestens 3 Jahre im Markt, Performance-Stand: 12.06.2009

Produkt	Gesellschaft	ISIN	per 1 Jahr	per 2 Jahre	per 3 Jahre	RAP 3 Jahre	fondsmeter® ○○○ Mid Term Ranking
C-QUADRAT ARTS Total Return Global - AMI A	C-Quadrat KAG AG	DE000A0F5G98	9,41	2,75	20,99	5,38	○○○
C-QUADRAT ARTS Total Return Dynamic (T)	C-Quadrat KAG AG	AT0000634738	4,97	-4,81	12,60	3,50	○○○
smart-invest - HELIOS AR A	Axxion S.A.	LU0227003679	3,33	-3,12	10,37	2,89	○○○
Multi Opportunities II	DWS Investment S.A.	LU0148742835	-1,56	-5,65	12,86	2,73	○○○
David Fund - One	IP Concept Fund Management S.A.	LU0201915898	5,71	-4,08	5,16	0,55	○○○
ASS-Global	Veritas Investment Trust GmbH	DE0005561625	-7,29	-18,66	-0,98	0,43	○○○

Anzeige

Argumente pro Dachfonds



Mit seinen drei Kapiteln „Produkt“, „Management“ und „Verkauf“, liefert dieses Werk eine ebenso umfassende, wie praxisnahe Hilfe für den Fonds-Vertrieb. Neben der Vermittlung von hochkarätigem Fachwissen werden auch konkrete Beispiele für das Verkaufsgespräch und die Umsatzplanung gegeben.



Der gelernte Bankkaufmann und studierte Betriebswirt *Wolfgang Sauer* war langjährig im Poolgeschäft tätig und über vier Jahre als Vertriebs-Chef für die BNP Paribas Asset Management GmbH verantwortlich.



Klaus Barde, Geschäftsführer der Gesellschaft für Finanzmarketing, ist Herausgeber vieler anerkannter Finanzfachtitel. Er hat sich zudem als unabhängiger Vertriebstrainer für Fondsberater profiliert.

Überzeugen Sie sich!

Erhältlich unter www.promakler.de

Mit Garantie! Mehr Schein als Sein



Ertappt: Kein Garantiepaket ohne Mitesser. Und die nagen an der Rendite.



Autor: Dr. Joachim Brunne,
yourCONSULT Honorarberatung GmbH
jb@yourconsult-honorarberatung.de

In unsicheren und turbulenten Börsenzeiten erfreuen sich Garantiefonds besonderer Beliebtheit. Denn Aussagen wie „Rendite ohne Risiko“ oder eine „Geld-zurück-Garantie“, kombiniert mit einem Versprechen auf hohe Gewinnchancen, wenn es an den Börsen aufwärts geht, suggerieren den Anlegern die „eierlegende Wollmilchsau“. Aber aufgepasst – hier ist mehr Schein als Sein. Schauen wir uns daher die Garantiefonds etwas näher an.

Die Gesellschaften haben aktienorientierte und rentenorientierte Garantiefonds als offene und laufzeitbegrenzte (Laufzeitfonds) Varianten im Angebot. Letztere haben eine definierte Laufzeit von i. d. R. drei bis sechs Jahren. Es sind aber auch Produkte mit längeren Laufzeiten erhältlich. Die ausgelobten Garantien werden nur am Ende der festgelegten Laufzeit eingelöst. Während der Laufzeit hat die Garantieerklärung keine Gültigkeit. Wenn also vorzeitig Anteile verkauft werden, muss der Anleger u.U. auch mit Verlusten rechnen. Die Gesellschaften bieten diese Fonds mit einer mehrwöchigen Zeichnungsfrist zum Kauf an. Anschließend

„Garantiefonds werden von den jeweiligen Gesellschaften so konstruiert, dass diese selbst kein Risiko tragen. Die Bereitstellung von Garantien ist keine besondere Leistung oder Können einer Gesellschaft.“

werden diese geschlossen.

Bei der offenen Variante können die Anleger jederzeit Anteile erwerben und verkaufen. Im Gegensatz zu den Laufzeitfonds werden hier keine langfristigen Garantieverprechen gegeben, da die Gesellschaft nur bei den geschlossenen Garantiefonds genau weiß, welche Kapitalsumme zum Stichtag abzusichern ist und demnach den Sicherungsmechanismus konkret ausrichten kann. Die offenen Fonds geben eine jährliche Anteilspreisgarantie. Diese Garantie bezieht sich dabei auf den Anteilspreis zu Jahresbeginn und beinhaltet, dass der Anleger bei Verkauf zum Jahresende nicht mehr als z.B. 5%, 10% oder 20% vom Jahresanfangspreis verliert. Wie bei den Laufzeitfonds wird auch hier nur eine Garantie zu einem bestimmten Stichtag gegeben.

Was in der Zwischenzeit passiert, bleibt unberücksichtigt.

■ Garantie & Inflation

Die „Geld-zurück-Garantie“ bzw. Kapitalgarantie ist für viele Anleger das wichtigste Überzeugungsargument für den Kauf eines Garantiefonds. Aber leider ist die „Geld-zurück-Garantie“ kein gutes Geschäft, da diese einen realen Verlust bedeutet. Denn die Kapitalgarantie bezieht sich lediglich auf den nominal einbezahlten und nicht auf den inflationsbereinigten Betrag. Wie gravierend dieser oft unterschätzte Unterschied ist, zeigen folgende Betrachtungen:

Wenn heute 20.000 € in einen Garantiefonds investiert werden und nach 10 Jahren nur das eingesetzte Kapital zurück erhalten wird, dann ist dies unter der Annahme einer Inflation von 2% p.a. nach heutiger Kaufkraft nur noch 16.407 € wert. Dies entspricht einem realen Verlust von 18%. Noch größer wird der Effekt, wenn die „Geld-zurück-Garantie“ nach einer sehr langen Zeit greift. So erhöht sich der reale Verlust nach 25 Jahren auf 39% (heutige Kaufkraft: 12.191 €). Wird eine „nur“ um 0,5% höhere Inflation an-

genommen (2,5% p.a.), dann ist dieser Verlust schon auf 46% angewachsen (heutige Kaufkraft: 10.788 €). Die Inflation kann durchaus zu einem der größten Kapitalvernichter gezählt werden, sie ist vielleicht sogar der größte überhaupt.

Oft übersehen wird auch, dass in der Kapitalgarantie der Ausgabeaufschlag nicht berücksichtigt wird. Die Aussage „Sie können mit Garantiefonds kein Geld verlieren“, ist also auch schon nominal betrachtet nicht richtig!

Neben der Kapitalgarantie wurden in der Vergangenheit auch andere Formen, wie beispielsweise „Garantie eines maximalen Risikos“, „Garantie auf ein Mindestergebnis“, „Garantie einer Risikobegrenzung“ angeboten. Eine andere Garantieform ist die „Höchststandsgarantie“. Hier ändert sich die Garantie. Wenn der Fondspreis klettert, dann wird eine höhere Garantie festgesetzt, die auch dann gilt, wenn der Fondspreis wieder sinkt.

■ So einfach: Garantieprodukt im Eigenbau

Das Grundprinzip eines Garantieproduktes ist einfach und wird an folgenden Beispielrechnungen deutlich: Wir konstruieren uns selbst ein Garantieprodukt und wollen 20.000 € über 5 Jahre mit einer Kapitalgarantie anlegen. Im ersten Schritt wird die Sicherheitsanlage betrachtet, die uns die Kapitalgarantie sichern soll, d.h. wir müssen berechnen, welche Summe bei gegebener Rendite darin investiert werden muss, damit nach 5 Jahren wieder 20.000 € zur Verfügung stehen. Mit einem Festgeld zu 4% p.a. sind dazu 16.438 € notwendig. Die übrigen 3.562 € bilden dann das Risikokapital. Dieses kann in Aktien, Aktienindizes o.ä. angelegt werden. Selbst bei einem Totalverlust der Risikoanlage erhalten wir das eingesetzte Kapital nach 5 Jahren durch die Festgeldanlage wieder zurück. Werden mit der Risikoanlage aber z.B. 8% p.a. (nach Kosten) erwirtschaftet, so resultiert daraus ein Kapital von 5.234 €. Das Gesamtergebnis von 25.234 € entspricht dann einer Rendite von 4,76% p.a. und 26,17% kumuliert – und das bei 100%iger Kapitalgarantie.

„Die Aussage „Sie können mit Garantiefonds kein Geld verlieren“, ist auch nominal betrachtet nicht richtig!“

Hier wird auch deutlich, dass höhere Zinsen für ein Garantieprodukt besser sind als niedrige Zinsen. Denn, je niedriger der Zins ist, desto mehr muss zur Garantiesicherung in die risikoarme Anlage investiert werden und desto kleiner fällt das Risikobudget aus, mit dem an steigenden Märkten partizipiert werden soll.

Die Ertragschancen in obigem Beispiel können weiter erhöht werden, in dem wir nun von der Annahme ausgehen, dass die Risikoanlage nach 5 Jahren max. 50% verlieren wird. Die Kapitalgarantie muss dann so konstruiert werden, dass zum Laufzeitende die Summe aus dem Festgeld und dem Risikobudget (inkl. 50% Verlust) die eingezahlten 20.000 € bildet. Also werden 13.954 € als Festgeld zu 4% angelegt und mit 6.046 € steht uns jetzt ein größeres Risikobudget zur Verfügung. Nach 5 Jahren erhalten wir 16.977 € aus dem Tagesgeld und 3.023 € (6.046 € / 2) aus der Risikoanlage zurück. Die Kapitalgarantie ist in diesem Beispiel nur für einen bestimmten Korridor bzw. bis zu einer Untergrenze gegeben, da ab einem Verlust > 50% auch hier nominale Verluste auftreten. Werden aber auch hier 8% p.a. mit der Risikoanlage erwirtschaftet, so ist das Gesamtergebnis 25.861 € (8.884 € + 16.977 €); d.h. 5,27% p.a. und 29,3% kumuliert. Durch die Erhöhung des Risikobudgets haben wir letztendlich die Partizipationsrate erhöht, also die Quote, mit der der Garantiefonds am Wertzuwachs der zugrunde liegenden Aktien, Indizes o.ä. beteiligt ist.

■ Achtung: Partizipationsrate!

Eine Partizipationsrate von 100% bedeutet, dass die Anlage z.B. komplett im Aktienmarkt investiert ist und der Fonds die Aufwärtsbewegung des Marktes vollständig nachvollzieht. Wenn der zugrunde liegende Markt um 20% steigt, dann steigt auch der Wert des Garantiefonds um 20%. Bei einer Partizipationsrate von 50% wären dies dagegen nur 10%. Die Partizipationsrate ist daher auch ein wichtiges Kriterium zur Beurteilung von Garantiefonds. Je niedriger die Partizipationsrate ist, desto weniger nimmt der Garantiefonds an steigenden Märkten teil und desto größer ist dann auch der entgangene Gewinn im Vergleich zu einem reinen Aktienfonds.

Hier sei angemerkt, dass sich eine Partizipationsrate von 100% auch auf

einen Durchschnitt der erzielten Gewinne beziehen kann („Asiatische Option“). Bei der Endabrechnung zur Endfälligkeit wird dann nicht der Wert der zugrunde liegenden Aktien oder Indizes herangezogen, sondern ein Durchschnitt der Kursstände, die an verschiedenen Stichtagen ermittelt werden.

„Ein ungünstiges Marktumfeld für Garantiefonds sind niedrige Zinsen und eine hohe Volatilität.“

Beispiel: Auflegung eines Produktes bei einem DAX-Stand von 5.000 Punkten. Nach 5 Jahren steht zu Laufzeitende der DAX bei 8.000. Eine Partizipationsrate von 100% mit Asiatischer Option (z.B. Berechnung an 5 Stichtagen: 1. Termin: 4.400; 2. Termin: 4.800; 3. Termin: 5.500; 4. Termin: 6.000 und 5. Termin: 8.000), würde den Durchschnitt, hier 5.740 und nicht den Endwert 8.000 zugrunde legen, was einen Wertzuwachs von lediglich 15% vs. 60% (ohne asiatische Option) bedeutet. In diesem Beispiel wäre sogar jede Partizipationsrate ohne Option schon ab 25% besser (Grundlage bei 25%: 5.750). Die Stichtagsmethode kann aber dann die bessere Bewertungsmethode sein, wenn zu Beginn stetige Kurssteigerungen und zum Schluss ein drastischer Einbruch vorliegen würde.

Ebenfalls werden auch Produkte mit Begrenzungen der möglichen Kursgewinne bis zu einem festgelegten Höchststand angeboten (sog. Cap). Ein solcher Fonds nimmt ab diesem Höchststand nicht mehr an weiteren positiven Wertentwicklungen teil.

■ **Garantieversprechen & Absicherungsstrategien/CPPI**

Die Gesellschaften lösen ihre Garantieversprechen ein, in dem sie unterschiedliche Absicherungsstrategien zugrunde legen. Diese werden unter dem Begriff „Portfolio Insurance“ zusammengefasst, wobei zwischen statischen und dynamischen Portfolio-Insurance-Strategien differenziert wird. Ziel aller Wertsicherungskonzepte ist, dass der Anleger an den steigenden Marktbewegungen partizipiert und gleichzeitig die Verluste begrenzt werden.

Bei den statischen Strategien wird die zum Ausgangspunkt gewählte Portfoliostruktur nicht oder nur einmal während

des Planungszeitraumes verändert. Praktizierte Absicherungsstrategien sind:

- Stopp-Loss Strategie – bei Erreichen eines bestimmten Kurses wird das Wertpapier verkauft
- Protective-Put-Strategie – es werden gleichzeitig Wertpapier und Put gekauft, wobei das Wertpapier dem Put als Underlying zugrunde liegt. Der Put dient somit als Absicherung des Wertpapiers und man hofft, dass die Kursgewinne der Aktien höher sein werden als die Prämien für die Put-Käufe
- Portfolio Insurance mit Calls – Festzinsanlagen, wie z.B. Zerobonds, werden als sichere Anlage zur Kapitalabsicherung eingesetzt, während mit Calls an steigenden Märkten (Hebeleffekt) partizipiert werden soll

Die dynamischen Strategien sind dadurch charakterisiert, dass im Planungszeitraum eine fortlaufende Anpassung der Portfoliostruktur immer dann stattfindet, wenn Marktänderungen diese erforderlich machen. Ein bekanntes Konzept ist die Constant-Proportion-Portfolio-Insurance Strategie (CPPI). Diese wurde in den 80er Jahren für die Absicherungsbedürfnisse amerikanischer Pensionsfonds, die einen bestimmten Mindestwert nicht unterschreiten wollten, entwickelt. Steigen die Märkte, so wird der Aktienanteil (= Wertsteigerungskomponente) aufgebaut, während in fallenden Märkten der risikofreie Anteil (= Kapitalerhaltungskomponente) aufgebaut wird.

Das CPPI ist somit trendfolgend und agiert prozyklisch (Momentum-Strategie). Besonders nachteilig können sich bei den dynamischen Strategien wie CPPI die jeweiligen Portfolio-Anpassungen auswirken, da mit jeder Umschichtung auch Transaktionskosten verbunden sind, was u.U. zu einer sehr hohen Kostenbelastung führt. In Abhängigkeit von der Wertentwicklung der Wertsteigerungskomponente kann es auch bei CPPI zu einem „Cash-Out-Event“ kommen, d.h. es gibt Szenarien bzw. Marktsituationen bei denen eine Allokation von 100% in risikofreien Anlagen vorliegt und der Anleger nicht mehr an steigenden Märkten partizipiert.

Ein ungünstiges Marktumfeld für Garantiefonds sind niedrige Zinsen und eine hohe Volatilität. Niedrige Zinsen bedingen, wie schon gesehen, ein geringes Risikobudget (niedrige Partizipationsrate) und bei hohen Volatilitäten sind auch die Preise für Terminmarktinstrumente sehr

hoch. Ein solches Umfeld lag auch Ende 2008 vor und war der Grund dafür, dass einige schon angekündigte Garantieprodukte nicht auf den Markt gebracht wurden.

■ **Kein „free lunch“ – Garantien kosten**

Die moderne Kapitalmarkttheorie zeigt, dass das unsystematische Risiko (investmentspezifische bzw. unternehmensindividuelle Risiko) durch Diversifikation beseitigt werden kann. Dies ist für das systematische Risiko (= Marktrisiko) leider nicht möglich und ist somit auch der Grund dafür, dass die Übernahme dieser Risiken mit höheren Renditen belohnt wird.

Der Markt honoriert nur das Tragen von Risiken, die nicht wegdiversifiziert werden können. Aber gerade dieses systematische Risiko wollen die Portfolio Insurance Strategien reduzieren bzw. beseitigen. Demzufolge kann das nicht zum Nulltarif geschehen – es gibt kein „free lunch“, also mehr Rendite ohne zusätzliches Risiko. Die banale aber dennoch wichtige Erkenntnis, dass Rendite unweigerlich mit Risiko verknüpft ist, kann daher nicht oft genug wiederholt und betont werden. Ein Garantiefonds hat die Absicherung als primäres Ziel und nicht die Erzielung von (hohen) Renditen. Dies ist zwangsläufig mit zusätzlichen Kosten in Abhängigkeit von der gewählten Absicherungsstrategie verbunden. Diese Kosten betragen meist zwischen ca. 0,4%-1,0%.

Je mehr Kapitalgarantie gegeben wird, desto niedriger ist die Partizipationsrate. Oder anders: Je mehr Sicherheit und Garantien in ein Fondsprodukt gepackt werden, desto mehr nähert sich ein solches Produkt bzgl. seiner Charakteristik einer Geldmarktanlage – auch hinsichtlich seiner zu erwartenden Rendite. Daraus resultiert wiederum die ungünstige Konstellation, dass hohe Garantiefondskosten geringen Asset-Renditen gegenüberstehen, was die Rendite nach Kosten erheblich reduziert und durchaus zu negativen Renditen führen kann.

Und hier sind wir an einem weiteren wichtigen Punkt, der von vielen Anlegern unterschätzt oder erst gar nicht berücksichtigt wird – die Kosten. Denn das einzige was zählt ist das, was zum Schluss beim Anleger ankommt, und nicht Performanceangaben, die die Kosten nicht berücksichtigen und die der

Anleger nicht in der Tasche spürt. Denn er ist das letzte Glied in der Wertschöpfungskette und bekommt das, was übrig bleibt, nach dem alle anderen verdient und abgeschöpft haben. Daher sollte der Anleger großen Wert darauf legen, wie viele Institutionen in welcher Höhe an seinem ursprünglich Verdienten (= Rendite) Anteil haben.

„Ein Garantiefonds hat die Absicherung als primäres Ziel und nicht die Erzielung von (hohen) Renditen.“

Die Garantiefonds zeichnen sich neben den bekannten Kostenpositionen wie Ausgabeaufschläge (meist 5%), jährliche Managementgebühren (TER: ca. 1,5% p.a.), Transaktionskosten (Anmerkung: Ø US-amerikanischer Aktienfonds: 1,44% p.a.) und Depotgebühren noch zusätzlich durch Garantiekosten (entgangener Gewinn, Opportunitätskosten – ca. 0,4% bis 1% p.a.) und u.U. durch Strafgebühren bei vorzeitiger Anteilsrückgabe (bis 2%) aus. Wenn wir kurz zu unserem Eigenbau-Beispiel zurückkehren und überlegen, was ein Garantiefonds mit diesen oder ähnlichen Kostenpositionen an Rendite erzielen muss, damit überhaupt nur der sichere Festgeldzins von 4% für den Anleger resultiert, dann befinden wir uns im Bereich von langfristigen Erwartungsrenditen für Aktienmärkte.

Oder anders betrachtet: Was kann der Anleger überhaupt von einem Garantiefonds erwarten, der überwiegend in sicheren Anlageformen wie Geldmarkt, Rentenpapiere o.ä. investiert ist, wenn z.B. von den 4% oder 5% Asset-Renditen die Kosten des Garantiefonds noch abgezogen werden müssen? Wenn diese Input-Renditen zudem niedriger ausfallen, dann wird es noch dramatischer.

Auf der anderen Seite sind für den risikoreichen Anteil dann aber auch schon zweistellige Renditen vor Kosten notwendig, um eine Rendite von 8% nach Kosten erzielen zu können.

Kosten sind nur für den Anleger schädlich! Und in Zeiten niedriger Zinsen und Renditen machen sich Kosten noch stärker negativ bemerkbar.

■ **ETFs als Alternative**

Mit den passiven Exchange-Traded Funds (ETF) stehen dem Anleger ideale Vehikel

sowohl für risikoarme Assets als auch für risikoreiche Assets zur Verfügung, mit denen die Kostenquote effizient reduziert und entsprechend der eigene Anlageerfolg erhöht wird.

Wenn unsere vorherigen Kosten-Rendite-Überlegungen nun auch für ETFs – ohne Ausgabeaufschlag, geringeren Managementgebühren (TER: 0,15 bis 0,75% p.a.), erheblich geringeren Transaktionskosten (= passives Investment) sowie ohne zusätzliche „Garantiekosten“ durchgeführt werden, dann wird der Vorteil der ETFs mehr als deutlich.

Die Beachtung und Berücksichtigung der modernen Portfoliotheorie (MPT), der Efficient- Market-Theorie und anderen wissenschaftlichen Erkenntnissen bieten eine sehr gute Basis zur Erstellung und Optimierung einer Anlagestrategie und demaskieren viele (Werbe-)Aussagen der Finanzindustrie.

„Das einzige was zählt ist das, was zum Schluss beim Anleger ankommt, und nicht Performanceangaben, die die Kosten nicht berücksichtigen und die der Anleger nicht in der Tasche spürt. Er ist das letzte Glied in der Wertschöpfungskette und bekommt das, was übrig bleibt.“

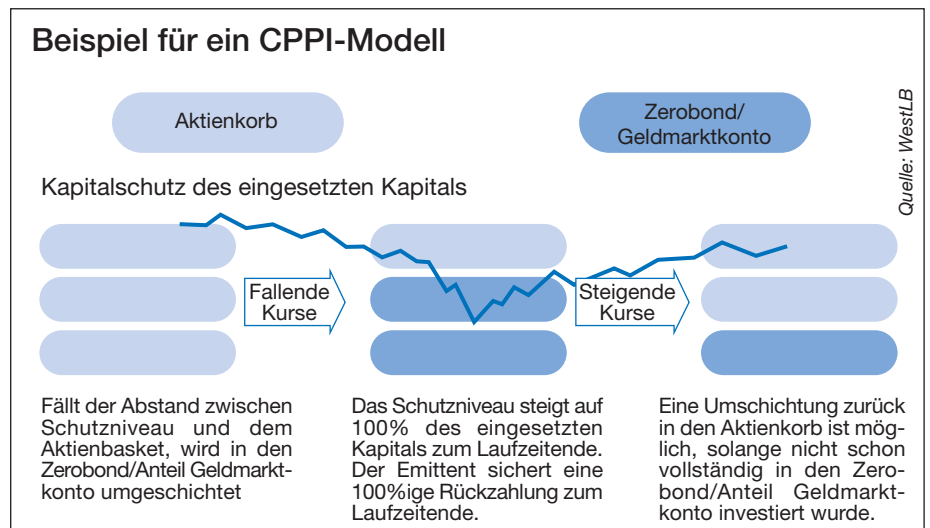
So wissen wir, dass das Risiko und die Rendite eines Portfolios zu über 90% auf die Asset-Allokation zurückzuführen ist und nicht auf die Auswahl der Einzeltitel. Eine weitere und wichtige Kenntnis ist das „Rendite-Nullsummengesetz“, welches besagt, dass vor Kosten schon 50% Underperformer mathematisch notwendig

sind. Es können somit nie mehr als 50% über dem Marktdurchschnitt liegen, unabhängig davon, ob es sich um Profis oder Privatanleger handelt, denn diese zusammen sind der Markt. Nach Kosten wird die Gruppe der Underperformer größer. In machen Märkten ist sie sogar größer als 95%. Dies unterstreicht die Bedeutung der Kosten.

Demzufolge sollte der Anleger, entsprechend seiner Risikoneigung und Risikoertragsfähigkeit, besser ein breit diversifiziertes Portfolio mit passiven und kostengünstigen ETFs anstreben, als z.B. einen teureren Garantiefonds zu wählen. Garantiefonds werden von den jeweiligen Gesellschaften so konstruiert, dass diese selbst kein Risiko tragen. Die Bereitstellung von Garantien ist keine besondere Leistung oder Können einer Gesellschaft. Einfache finanzmathematische Berechnungen und ein regelmäßiges automatisiertes Produktcontrolling sorgen dafür, dass die Gesellschaften die ausgelobten Garantien jederzeit im Blick haben und auch einlösen können und somit jegliches Risiko für sich verhindern.

■ **Fazit**

Eins ist immer garantiert: Die Gesellschaften wollen auch mit Garantiefonds Geld verdienen. Wenn jemand ein Risiko trägt, dann ist es ausschließlich der Anleger selbst. Er verzichtet auf einen (großen) Teil der Kursgewinne, wenn die Märkte steigen. Im „worst case“ erhält er seine Einlage (abzgl. Ausgabeaufschlag) zurück und generiert damit (hohe) reale Verluste.



Neue Makler-Märkte I

Geschlossene Fonds



Vielen Maklern fehlt für den Markt der Geschlossenen Fonds das notwendige Basis-Wissen. Um das bisher oft unerfreuliche Versicherungs-Geschäft zum Jahresende zu verbessern, spielen jedoch etliche Marktteilnehmer mit dem Gedanken, die Ernte im Herbst 2009 mit Beteiligungsgeschäft aufzubessern. Und das mit gutem Gewissen, denn heute ist die Summe der Akteure auf diesem Feld frei vom Grauschleier vergangener Jahrzehnte.

Mit diesem Fachbeitrag aus hochqualifizierter Feder trägt „Risiko & Vorsorge“ den wachsenden Anfragen der Maklerschaft auf diesem Feld Rechnung.

Die Reihe wird mit „Risiko & Vorsorge“ 4/ 2009 fortgesetzt.



Autor: Ralf Soboll,
Castor Kapital, Hamburg

I. Grundsätzliches

1. Was ist ein Geschlossener Fonds?

1.1. Definition und Aufgabe

Anders als zum Beispiel für Wertpapiere (wie Aktien oder Investmentfonds), existiert für geschlossene Fonds – zumindest bisher – keine gesetzliche Definition. Um Geschlossene Fonds dennoch bestimmen zu können und um zu wissen, wann man von einer geschlossene Beteiligung spricht, kann man auf typische Merkmale zurückgreifen, die im wirtschaftlichen Sinne auf alle geschlossenen Beteiligungen zutreffen. Die wichtigsten Charakteristika eines typischen „Geschlossenen Fonds“ sind nachstehend aufgeführt

Geschlossene Fonds dienen im Allgemeinen der Finanzierung klar definierter unternehmerischer Projekte mit festgelegten Investitionsobjekten und werden meist als Personengesellschaften konzipiert. Die häufigste Gesellschaftsform ist dabei die der Kommanditgesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH & Co. KG).

Unternehmen unterschiedlichster Branchen nutzen so die Möglichkeiten der geschlossenen Fonds zur Finanzierung umfangreicher Investitionsprojekte. Private Investoren erhalten wiederum die Möglichkeit, sich mit bereits verhältnismäßig kleinen Beträgen an renditeträchtigen Investitionsprojekten zu beteiligen, die – ohne dieses Anlagevehikel „Geschlossener Fonds“ – nur Großanlegern zugänglich wären.

Im Verlaufe eines festgelegten Platzierungszeitraumes werden die Kommanditanteile der Gesellschaft dann öffentlich als Publikumsfonds oder – im kleineren Kreise – als sogenanntes Private-Placement zum Erwerb angeboten. Die Mindesthöhe der Beteiligungsbeträge ist abhängig von den Vorgaben des Fondsinitiators und dem anzuschaffenden Wirtschaftsgut. Sie liegen bei Publikumsfonds in der Regel zwischen 5.000 und 25.000 Euro, zzgl. Agio. Bei Private-Placements betragen die Mindestbeteiligungssummen meist mehr als 200.000 EUR.

Der Investor bzw. Gesellschafter beteiligt sich mit einem festen Betrag an der Kommanditgesellschaft (Kommanditeinlage). Die Anlagedauer ist langfristig

und hängt zum Beispiel von der wirtschaftlichen Nutzungsdauer des Wirtschaftsgutes oder aber vom geplanten Verkaufszeitpunkt oder sonstiger Exitstrategien ab. Für die Beteiligung des einzelnen Investors regelt ein für alle Gesellschafter identischer Gesellschaftervertrag die Rechte und Pflichten untereinander. Dieser Vertrag kann vom einzelnen Anleger nur akzeptiert, nicht aber verändert werden.

Zur Anschaffung und Betreibung des oder der jeweilig vorgesehenen unternehmerischen Projekte und deren Investitionsobjekten, wird ein entsprechender Kapitalbedarf kalkuliert. Bei Auflegung des Fonds wird deshalb ein festgelegtes Fondsvolumen und die benötigte Eigenkapitalquote vorgegeben. Sobald diese erreicht ist, also das Eigenkapital vollständig gezeichnet (eingeworben) wurde, sind keine weiteren Zeichnungen mehr möglich und der Fonds wird geschlossen. Die Gesamteinlage der Kapitalanleger wird dabei nicht zu hundert Prozent für das geplante Investment verwendet. Vielmehr werden davon auch auftretende Nebenkosten gedeckt, wie die Konzeptionskosten, Marketing- und Vertriebskosten der Fondsgesellschaft, Verkaufsprovisionen, Steuerberatung, Prospekterstellungskosten, Finanzierungsnebenkosten, Treuhänder und weitere. Diese Nebenkosten werden als Weichkosten bezeichnet. Der Anteil der Weichkosten am gesamten Fondsvolumen liegt meist bei etwa fünf bis fünfzehn Prozent. Weichkosten reduzieren den wirtschaftlichen Ertrag des Fonds und verringern die Substanzquote.

Neben dem Eigenkapital der Gesellschafter wird üblicherweise Fremdkapital eingesetzt, um eine höhere Eigenkapitalrendite zu erreichen. Die Fremdkapitalquote liegt – abhängig vom Investitionsobjekt üblicherweise zwischen 30–70 %.

Geschlossene Fonds galten früher vorwiegend als Abschreibungsmodelle und wurden deshalb fast ausschließlich von gut verdienendem Klientel als Steuersparmodelle zur Senkung ihrer Einkommenssteuer genutzt. Da bis Ende 2005 Verluste aus Beteiligungen an diesen Fonds einkommenssteuerlich geltend

Inhalt

I. Grundsätzliches

1. Was ist ein Geschlossener Fonds?
 - 1.1. Definition und Aufgabe
 - 1.2. Rechtliche Einordnung und Stellung des Gesellschafters
 - 1.3. Steuerliche Aspekte
 - 1.4. Abgrenzung
2. Marktsegmente und Bereiche

II. Umsetzung in die Beratung

1. Anlegereignung
 - 1.1. Welcher Fonds passt zu welchem Anleger?
2. Wichtige Risiken
 - 2.1. Allgemeine Risiken
 - 2.2. Risiken in der Investitionsphase
 - 2.3. Risiken in der Betriebsphase
 - 2.4. Risiken in der Veräußerungsphase
3. Wie sichere ich die Beratung ab?
 - 3.1. Wie lässt sich ein Geschlossener Fonds beurteilen?
 - 3.1.1. Der Verkaufsprospekt
 - 3.1.2. Der Prospektprüfungsbericht
 - 3.1.3. Die Leistungsbilanz
 - 3.1.4. Das Beratungsprotokoll
 - 3.1.5. Der Geschäftsbericht
 - 3.1.6. Externe Informationen und Analysen
4. Wie sind die Renditeaussichten?
 - 4.1. Wie funktioniert der Kapitalrückfluss?
5. Wie finde ich die richtigen Fonds für meine Kunden?

gemacht werden konnten, waren bis dahin für Investitionsentscheidungen der Investoren hauptsächlich Steuer- und nicht Renditeaspekte ausschlaggebend.

Nachdem diese Abzugsmöglichkeiten praktisch vollständig beseitigt wurden, hat sich die Anlageklasse „Geschlossener Fonds“ durch verschiedene konzeptionelle Veränderungen bis heute zu einem rein renditeorientierten Anlageinstrument „gemausert“ und hat seitdem bei dem breiten Anlegerpublikum deutlich an Bedeutung gewonnen. Der Einstieg der Banken und Sparkassen in den Vertrieb von „Geschlossenen Fonds“ hat stark zu dieser Entwicklung beigetragen. Ermöglicht und geebnet wurde dies auch durch eine Reihe von gesetzlichen Regulierungen und Bestimmungen, die den „Geschlossenen Fonds“ heute in den Augen vieler Marktbeobachter und Kritiker zu einer der transparentesten Anlageformen am Finanzmarkt gemacht haben.

1.2. Rechtliche Einordnung

Ein geschlossener Fonds ist kein Wertpapier im Sinne des Kreditwesengesetzes und unterliegt somit grundsätzlich keiner öffentlichen Aufsicht.

Zur vorherigen Information und Aufklärung des Anlegers über Art, rechtliche Ausgestaltung sowie wirtschaftliche und steuerliche Bedingungen der Beteiligung muss jedoch seit dem 1. Juli 2005 bei Publikumsfonds ein Emissionsprospekt (Verkaufprospekt), erstellt werden.

Gemäß des so genannten „Verkaufprospektgesetzes“ (VerkProspG) unterliegen seit diesem Zeitpunkt alle Beteiligungsformen der formellen Prüfung durch die „Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)“ und alle Verkaufprospekte sind auf Grundlage der erlassenen Verordnung über „Vermögensanlagen-Verkaufprospekte“ (VermVerk ProspV) vom 16. Dezember 2004 zu erstellen.

Bevor in Deutschland ein Geschlossener Fonds als Kapitalanlage zum öffentlichen Vertrieb zugelassen wird, muss der Verkaufprospekt von der BaFin auf vollständige Angaben überprüft werden.

Die inhaltliche Richtigkeit der im Prospekt gemachten Angaben ist allerdings nicht Gegenstand der Prüfung durch die BaFin.

Neben den Auflagen bezüglich Umfang und Inhalt des Verkaufprospektes sind bis zum heutigen Zeitpunkt keine weiteren

besonderen genehmigungspflichtigen Voraussetzungen vorhanden und es gibt keine staatliche Kontrolle bzw. Überwachung der Geldanlage. Es ist jedoch zu erwarten, dass unter dem Eindruck der derzeitigen Finanzkrise, die bereits angekündigten Finanzmarkt-Regulierungen auch den Bereich der Geschlossenen Fonds erreichen werden.

Der Anleger beteiligt sich mit seiner Zeichnungssumme an einer Beteiligungsgesellschaft, die meist in Form einer GmbH & Co KG organisiert und im Handelsregister eingetragen ist. Der Beitritt erfolgt in der Regel mit Annahme der Beitrittserklärung durch eine Fondsgesellschaft bzw. eine diese vertretende Treuhänderin.

Die Beteiligung erfolgt entweder mittelbar, unter Begründung eines Treuhandverhältnisses, oder durch die direkte Stellung eines unmittelbar beteiligten, selbst im Handelsregister eingetragenen Kommanditisten.

Die Investoren treten mit ihrem Kapital einer Kommanditgesellschaft als Kommanditisten bei und sind auf Grund der handelsrechtlichen Bestimmungen und den steuerlichen Grundsätzen an dem Unternehmen beteiligt.

Neben diesen rechtlichen Grundlagen wird das Verhältnis der Initiatoren und Anleger wesentlich durch den Gesellschaftsvertrag bestimmt. Im Verkaufsprospekt werden die sich hieraus ergebenden Rechte und Pflichten näher erläutert.

Eine Kommanditgesellschaft besteht aus zwei Arten von Gesellschaftern: den oder die persönlich haftenden Gesellschafter (Komplementäre), die unbeschränkt mit ihrem ganzen Vermögen für die Verbindlichkeiten der Gesellschaft haften, und den oder die Kommanditisten, die nur maximal in Höhe ihres Anlage- oder Beteiligungsbetrages – der Kommanditeinlage – haften. Die Höhe der Beteiligung des Kommanditisten wird als Haftungsbeschränkung im Handelsregister eingetragen.

Genau wie der Komplementär ist der Kommanditist grundsätzlich ein stimmberechtigter Gesellschafter und als solcher am Vermögen der Kommanditgesellschaft beteiligt. Der Anteil am Vermögen der Kommanditgesellschaft hängt von der Höhe der jeweiligen Beteiligung ab. Aus dem gesellschaftsrechtlichen Verhältnis entsteht für den Kommanditisten die Pflicht zur Erbringung der Einlage, mit der er gewisse Gesellschaf-

terrechte, d.h. Vermögens-, Informations- und Kontrollrechte erwirbt. Teilweise Abweichungen von diesen Grundsätzen können im Gesellschaftsvertrag vereinbart werden. Sie sind im Verkaufsprospekt detailliert zu beschreiben

Sowohl aufgrund ihrer mangelhaften Vergleichbarkeit und Individualität, als auch aufgrund ihres damit begrenzten Handelsvolumens, sind die Anteile Geschlossener Fonds wenig liquide. Dies auch deshalb, weil die Anleger keinen Anspruch auf Rücknahme ihrer Anteile durch die Fondsgesellschaft während der Laufzeit haben. Eine börsenähnliche offizielle und neutrale Stelle für den Verkauf gebrauchter Anteile von geschlossenen Fonds gibt es nicht. Ein Börsenhandel oder eine tägliche Preisfeststellung mit verbundener Rückgabemöglichkeit an einen Initiator wie beispielsweise bei Wertpapieren kann konstruktionsbedingt nicht existieren.

Der Kurswert eines Anteils richtet sich im freien, vorzeitigen Verkauf im Allgemeinen nicht nach dem realen, anteiligen Wert am Fondsvermögen, sondern ist der freien Preisbildung unterworfen.

Auf den wenigen Marktplätzen werden die Anteile häufig nur mit nicht unerheblichen Auf- oder Abschlägen im Hinblick auf ihren Inventarwert gehandelt.

Der Markt ist offen und der Anleger hat die Wahl zwischen mehreren Alternativen:

■ *Eigeninitiative*

Der Anleger kann selbst aktiv werden und seine Anteile am Kapitalmarkt anbieten. Die Gefahr – vor allem bei Zeitdruck – unter Wert zu verkaufen, ist groß.

■ *Fondsgesellschaft als „Schwarzes Brett“*

Für den Anleger bequemer ist die Variante über die eigene Fondsgesellschaft oder deren Treuhänder. Viele seriöse Anbieter helfen kostenlos beim Vermitteln innerhalb des Fonds; sie unterstützen für aussteigewillige Anleger die Suche nach geeigneten Käufern. Diese Variante ist oftmals sowohl die billigste, als auch die fairste Methode, da die Preisfindung unter anderen Gesellschaftern desselben Fonds auf gleichem Wissensstand über die Entwicklung und Performance des Fonds herbei geführt wird.

■ *Fondsinitiatoren als Vermittler*

Für den Anleger ebenfalls bequem ist die Variante über den Fondsinitiator. Viele

Anbieter helfen beim Vermitteln innerhalb ihres gesamten Kundenstammes. Sie suchen für aussteigewillige Anleger geeignete Käufer. Diese Variante ist oftmals die teuerste, da sich der Initiator seine aktiven Dienste völlig zu Recht bezahlen lässt. Dafür stehen die Chancen auf Erfolg besser, da ein Initiator oftmals breite Kontakte zu kaufwilligen Anlegern hat.

■ Zweitmarktfonds

Manche Initiatoren, wie HFS, kaufen Anteile für geschlossene Zweitmarktfonds. Hier kann ein verkaufswilliger Anleger seine Fonds anbieten.

■ Neutrale Marktplätze

Die Struktur der geschlossenen Fonds lässt einen Börsenhandel oder eine regelmäßige Preisfestlegung mit der Möglichkeit einer Rückgabe an den Fondinitiator im Gegensatz zu beispielsweise Investmentfonds nicht zu. Neutrale Plattformen, die versuchen einen börsenähnlichen Zweitmarkt zu organisieren etablieren sich seit Jahren mit wachsendem Erfolg am Markt. Beispiele sind die Börsen Hamburg-Hannover und Berlin-Bremen.

1.3. Steuerliche Aspekte

Der eigentliche Grund für die Anlage in Geschlossenen Fonds war jahrzehntelang die Verringerung bzw. Stundung der steuerlichen Belastungen. Die Rendite war oftmals für viele Anleger nebensächlich. In den ersten 1-3 Jahren der Beteiligungsdauer wurden deshalb die geschlossenen Fonds mit hohen Verlusten konzipiert, um den Investoren steuerliche Verlustzuweisungen zu ermöglichen, durch welche sie ihre Steuerlast teilweise extrem senken konnten.

Verstärkt seit 1998 und endgültig mit Wirkung ab 01.01.2006 hat die Bundesregierung allerdings die Beschränkung der Verlustrechnung im Sinne der typischen Steuerstundungsmodelle beschlossen. Dieses Gesetz sieht vor, dass Verluste aus den so genannten Steuersparfonds nur noch mit späteren Erträgen aus derselben Einkunftsquelle verrechnet werden können.

Betroffen werden durch diese gesetzliche Bestimmung vor allem Verluste aus gewerblichen Teilnehmungsmodellen. Durch die Schaffung des neuen §15b im Einkommensteuergesetz, der funktionell den bisherigen §2b EStG ersetzt, wird



■ Die goldenen Zeiten der Steuersparbeteiligungen sind in der Bundesrepublik seit 01.01.2006 endgültig vorbei. Nunmehr zählt allein, ob die Anlage von ihrer Substanz her das Potenzial für starke Renditen beinhaltet.

festgelegt, dass bei allen Steuersparmodellen mit mehr als zehn Prozent Anfangsverlust im Verhältnis zum Eigenkapital, die Verluste nur noch mit späteren positiven Einkünften aus derselben Einkunftsquelle verrechnet werden können.

Bei Investitionen in ausländische Beteiligungen ändert sich durch die neue Regelung wenig, da die Besteuerung meistens im Land der Beteiligung stattfindet und zum Vorteil der Investoren dem jeweiligen Doppelbesteuerungsabkommen mit der Bundesrepublik unterliegt. Die Einkünfte daraus unterliegen dabei allerdings in jedem Fall dem Progressionsvorbehalt. So kann auch weiterhin von den meist günstigeren Auslandsregelungen profitiert werden.

1.4. Abgrenzung

► Was unterscheidet geschlossene von offenen Fonds?

Während bei geschlossenen Fonds die Investitionssumme feststeht und die Anleger meist nur in eine begrenzte Anzahl von Objekten investieren, können offene Fonds unbegrenzt Gelder einsammeln und dafür zum Beispiel ganz verschiedene Anlagen erwerben.

Auch in Bezug auf die Mindestanlage-summe und die Haltedauer gibt es große Unterschiede. Während sich Anleger an offenen Fonds mit Einmalanlagen und mit Sparplänen mit monatlichen Einzahlungen bereits mit geringen Beträgen beteiligen und die Anteile auch täglich verkaufen

können, liegt die Einstiegssumme bei geschlossenen Fonds oft deutlich höher. Üblicherweise zwischen 5.000–25.000 EUR.

Das Kapital ist bei geschlossenen Fonds grundsätzlich deutlich länger gebunden als bei offenen Fonds – im Allgemeinen länger als 10 Jahre. Ein vorzeitiger Ausstieg bzw. Verkauf eines Teils oder der gesamten Beteiligungssumme ist nur erschwert möglich, obwohl die Etablierung von Zweitmärkten, den An- und Verkauf „gebrauchter“ oder besser von second-hand Anteilen Geschlossener Fonds, in den letzten Jahren zunehmend erleichtert.

Ein weiterer konzeptioneller Unterschied ergibt sich daraus, dass sich die Kassenhaltung bei geschlossenen Fonds auf die operativ zu erwartenden Kosten und eine Liquiditätsreserve beschränkt. Anders als das bei offenen Fonds der Fall ist, benötigen Geschlossene Fonds keine größere Reserve an liquiden Mitteln, um jederzeit kündigungswillige Anleger auszahlen zu können. Da die Barreserve im Fonds somit in der Regel wesentlich niedriger ist als bei offenen Fonds, wird die Rendite nicht durch einen zu großen Anteil an verhältnismäßig niedrig verzinsten Geldmarktanlagen belastet.

Zusammenfassung Charakteristika geschlossener Fonds

Zusammenfassend können die nachstehenden Eigenschaften und Kriterien als typisch für Geschlossene Fonds bezeichnet werden:

Merkmal/Kriterium	Offener Fonds bzw. Wertpapier	Geschlossener Fonds
Anzahl der Investoren	Unbegrenzt	Begrenzt durch Fondsvolumen. Ist die Summe eingesammelt, sind weitere Beteiligungen nicht mehr möglich.
Platzierungsdauer	Unbegrenzt	Festgelegte Platzierungsdauer
Laufzeit	Grundsätzlich unbegrenzt nach Vorstellungen des Anlegers	Laufzeit ist festgelegt, die Mehrheit der Gesellschafter kann den vorzeitigen Verkauf des oder der Fondsobjekte beschließen
Fondserwerb	Einrichten eines Depot bei einer Bank oder Fondsgesellschaft	Zeichnung eines Kommanditanteils per Beitrittserklärung
Anteilspreise	Tägliche bis wöchentliche Preisstellung	Variable, nicht geregelt
Verfügbarkeit, Anteilsverkauf	Täglich	Nur eingeschränkt möglich
Streuung	Breite Streuung durch großes Portfolio	In der Regel nur ein bis drei Objekte, zunehmend aber auch Dachfonds
Mindestbeteiligung	Ab 100 Euro zuzüglich Agios von bis zu 5 %	Üblicherweise ab mindestens 5.000 Euro zuzüglich eines meist fünfprozentigen Agios
Veräußerbarkeit der Anteile	In der Regel täglich und unproblematisch möglich	Verkauf nur möglich, wenn sich ein Käufer findet. Der Zweitmarkt verbessert sich, ist aber noch im Aufbau.
Rechtsvorschriften	Rechtlich genau geregelt durch das Investmentgesetz, Kontrolle durch das Bundesamt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)	Nur wenige Gesetzesvorschriften, eine Genehmigung des Prospekts durch die BaFin ist erst seit 1. Juli 2005 Pflicht. Diese prüft aber nur rein formell.
Steuervorteile	Keine	Bis zum Herbst 2005 konnten Anleger hohe Anfangsverluste steuerlich geltend machen und mit positiven Einkünften verrechnen. Dies ist nun nur noch innerhalb der Anlage selbst möglich. Bei Schiffsfonds fast steuerfreie Auszahlungen durch Anwendung der Tonnagesteuerbesteuerung
Einkunftsart in der Steuererklärung	Einkünfte aus Kapitalvermögen	Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung oder aus Gewerbebetrieb

- Ein Geschlossener Fonds dient der Finanzierung eines oder mehrerer, genau definierter, Objekte bzw. Projekte.
- Der Anleger wird bei einem Geschlossenen Fonds Gesellschafter einer Personengesellschaft, üblicherweise Kommanditist einer KG oder GmbH & Co. KG
- Es handelt sich um eine Anlageklasse mit exakt festgelegtem Investitionsvolumen. Im Gegensatz zu offenen Fonds im Sinne des Kreditwesengesetzes können also bei entsprechender Nachfrage nicht einfach weitere Fondsanteile herausgegeben werden.
- Das benötigte Eigenkapital und das aufzunehmende Fremdkapital werden anhand eines genau festgelegten Investitions- und Finanzierungsplans unter Einbeziehung einer externen Mittelverwendungskontrolle für die vorgesehenen Investitionen eingesetzt.
- Für die Beteiligung des einzelnen Anlegers existiert ein vordefinierter Gesellschaftervertrag, der vom einzelnen Anleger nur akzeptiert, nicht aber verändert werden kann.

- Außer bei nur unter bestimmten Bedingungen möglichen Private-Placements, muss ein Verkaufsprospekt vorliegen, der nach formeller – nicht inhaltlicher – Prüfung von der BaFin die Genehmigung zum öffentlichen Vertrieb erhält.

Eine Beteiligung, die alle diese Merkmale aufweist, wird als geschlossener Fonds bezeichnet. Je nach Konzeption und Ausgestaltung müssen jedoch im Einzelfall nicht alle dieser Merkmale zutreffen. So stehen zum Beispiel bei den so genannten Blind Pools oder Projektentwicklungsfonds die Investitionsobjekte zum Zeitpunkt des Platzierungsbeginns noch nicht fest. Auch das Emissionsvolumen kann bei einer solchen Konzeption nicht im Voraus exakt festgelegt werden.

Von Seiten der Finanzämter und Steuerbehörden gibt es keine gesetzlich vorgeschriebenen Spezifikationen, die ein geschlossener Fonds erfüllen muss, um von den Finanzbehörden als solcher ein-

gestuft zu werden. Anhand langjähriger Praxis lässt sich aber festhalten, dass von steuerlicher Seite immer dann von einem geschlossenen Fonds gesprochen werden kann, wenn folgende Charakteristika erfüllt sind:

- Es handelt sich um eine Personengesellschaft
- Es existiert ein vorgefertigtes Vertragswerk (Gesellschaftervertrag), welches für alle Anleger einheitlich und nur einheitlich von den Gesellschaftern veränderbar ist
- Es gibt mehrere Anleger (Gesellschafter), die sich durch ihre Einlage an der Personengesellschaft beteiligen
- Es liegt ein klar definiertes Geschäftsmodell vor bzw. es werden exakt festgelegte Investitionsobjekte identifiziert, für die die platzierten Gelder verwendet werden sollen.

2. Marktsegmente und Bereiche

Geschlossene Fonds führten bis Ende der 90ziger Jahre eine – etwas anrühige – Nischenfunktion als Verlustzuweisungsmodelle mit denen einkommensstarke Bürger ihre hohen Steuerbelastungen senken konnten. Seit ihrer Wandlung zur renditeorientierten Beteiligung – weg vom Steuermodell – haben Geschlossene Fonds, flankiert von anlegerschützenden Gesetzen, ihr Nischendasein beendet und sind zu einer anerkannten von einem breiteren Anlegerpublikum nachgefragten Anlageklasse aufgestiegen. Der breitflächige Einstieg der Banken in den Vertrieb von Geschlossenen Fonds hat dabei stark zur Akzeptanz dieser Anlageklasse beigetragen.

Die Vielfalt der dabei eingesetzten Anlageobjekte ist in den letzten Jahren stark gestiegen. Während in den 80ziger und 90ziger Jahren vor allem Immobilien und Schiffsbeteiligungen die Anlageangebote dominierten, werden heute von der Immobilie über Patente, Erneuerbare Energien bis hin zu Spiele-, Kunst- und Weinfonds nahezu alle denkbaren Investitions- und Konsumgüter über geschlossene Fonds finanziert. Man kann dabei die verschiedenen Bereiche in folgende Gruppen unterteilen:

■ Immobilienfonds

Das größte Segment stellen Immobilienfonds dar. Die Mehrzahl der Fonds investiert das eingesammelte Kapital in

bereits fertig gebaute und vermietete Immobilien im In- und Ausland. Das Fondsmanagement kümmert sich dabei nur um die Vermietung und die Instandhaltung der Immobilie, um diese am Ende der Laufzeit wieder zu verkaufen. Nachdem jahrzehntelang die Anlage in Büroimmobilien die Angebote dominierte, gerieten in letzten Jahren auch mehr und mehr Wohnimmobilien in den Focus der Initiatoren.

Zudem versuchen manche Anbieter an der gesamten Wertschöpfungskette zu partizipieren und finanzieren komplette Projektentwicklungen von der Baulandentwicklung über die Erstellung, Nutzung und Verkauf der jeweiligen Immobilie. Dies ist eine deutlich risikoreichere Variante der Immobilienanlage. Man kann Immobilienfonds wie folgt untergliedern:

- Immobilienfonds Deutschland
- Immobilienfonds Ausland
- Logistikimmobilien (Pflegeheime, Krankenhäuser, Altenheime)
- Wohn- und Büroimmobilien
- Projektentwicklungsfonds

■ *Mobilienfonds*

– **Schiffsbeteiligungen:** Geschlossene Schiffsfonds stellen traditionell den größten Bereich innerhalb der Mobilienangebote dar. Diese investieren das Geld in Containerschiffe, Tanker, Massengut- oder Mehrzweckfrachter. Durch die so genannte Tonnagesteuer haben Anleger hier – im Gegensatz zu allen anderen geschlossenen Fondsarten – noch einen großen steuerlichen Vorteil: Die Erträge aus der Beteiligung werden durch die Anwendung der so genannte „Tonnagesteuer“ pauschal mit einem sehr geringen Prozentsatz besteuert. So sind die Erträge aus Schiffsfonds für Anleger fast steuerfrei.

– **Flugzeugfonds:** Seit letztem Jahr findet man zunehmend Flugzeuge als Investitionsobjekte von Geschlossenen Fonds wieder. In der Regel sind diese als Leasingfonds konzipiert, ebenso wie Eisenbahnfonds und Containerfonds.

■ *Private-Equity-Fonds*

Verschiedene Varianten sind üblich: reine Private-Equity-Fonds investieren in bereits etablierte Unternehmungen. Die risikoreicheren Venture-Capital-Fonds investieren dagegen die Anlegergelder in Unternehmen in der Gründungsphase.

Eine weniger risikoreiche Alternative in diesem Segment sind breit gestreute Dachfonds.

■ *Erneuerbare Energien (New Energy)*

Klimawandel und Energiebedarf sind in den letzten Jahren verstärkt in das Bewusstsein der Öffentlichkeit geraten und gehören zu den wohl wichtigsten Problemkreisen des 21. Jahrhunderts. Die anerkannte Notwendigkeit von Investitionen in diese Bereiche hat natürlich auch vor Geschlossenen Fonds nicht halt gemacht und so können Anleger derzeit zwischen verschiedensten Arten von Fonds mit der Focussierung auf Erneuerbare Energien wählen.

- Biogas und Biodiesel
- Windkraftanlagen (In- und Ausland, Off-shore Anlagen)
- Solaranlagen
- Geothermie

■ *Lebensversicherungsfonds*

In diesem Anlagebereich investieren Anleger in Lebensversicherungspolice von Versicherten, die vor Vertragsablauf aus ihren Verträgen aussteigen wollen oder müssen. Die Fonds kaufen entweder amerikanische, deutsche oder britische gebrauchte Versicherungspolice auf. Die Arten der Polices in den verschiedenen Ländern sind dabei sehr unterschiedlich. In Deutschland und Großbritannien nehmen Initiatoren vorwiegend Kapitallebensversicherungen in Zahlung, in den USA fast ausschließlich Risikopolice. Die Auszahlung erfolgt dabei erst nach dem Tod des Versicherten.

■ *Medienfonds*

Hierunter fallen Beteiligungen an internationalen Film- und Fernsehproduktionen, Filmrechten oder an Computerspielen (so genannte Gamefonds).

■ *Infrastrukturfonds*

Seit 2007 gewinnen Infrastrukturfonds zunehmend die Aufmerksamkeit des Anlegerpublikums. Unter Infrastruktur versteht man öffentliche Einrichtungen und Versorgungsnetze, die innerhalb eines Landes oder einer bestimmten Region von Privathaushalten und Unternehmen genutzt werden können. Dazu zählen also zum Beispiel Autobahnen, Tunnel, Brücken, Flug- und Seehäfen, Strom-, Schienen- und Telekommunikationsnetze, Krankenhäuser, Klär- und Abfalleinrichtungen oder Satelliten.

Angesichts des stetig steigenden Kapitalbedarfs für die Instandhaltung, Modernisierung und Erschaffung von

Infrastruktureinrichtungen und der nicht nur in Deutschland wachsenden Geldknappheit der staatlichen Institutionen, wird immer mehr versucht, Privatanleger für Infrastrukturprojekte zu gewinnen. Mit Infrastrukturfonds wird somit in einen Markt mit langfristig steigender Nachfrage investiert

■ *Exoten- und Spezialfonds*

Hierunter subsumieren sich alle Fondsangebote mit Anlagen in kleinere, nicht beliebig vermehrbare Güter und Dienstleistungen. Im Grunde kann dabei alles in Form von geschlossenen Fonds verkauft werden. So befinden sich z.B. neben Patentfonds auch Kunst-, Wein-, Kaviar-, und Prozesskostenfonds auf dem Markt.

■ *Rohstoff- und Ernährungsfonds*

Im Rahmen des steigenden allgemeinen Umweltbewusstseins und der Erkenntnis schwindender Rohstoffressourcen werden auch zunehmend Fonds mit Rohstoffen und Naturprodukten aufgelegt. Hierzu zählen Holz, Wasser- und Ölfonds, wie auch Plantagen etc.

■ *Zweitmarktfonds*

Mit wachsender Bedeutung und steigendem Anteil der geschlossenen Fonds am Markt für Finanzprodukte, wächst naturgemäß die Anzahl verkaufswilliger Anleger, die – aus verschiedenen privaten und wirtschaftlichen Gründen – ihre Beteiligungen vor Ablauf der geplanten Laufzeit wieder verkaufen wollen oder müssen.

Die Fonds nehmen sich dieses Bedürfnisses an und finanzieren nicht in neue Projekte, sondern kaufen verkaufswilligen Anlegern deren gebrauchte Anteile geschlossener Fonds aller Art ab.

Das Prinzip ist relativ einfach: es wird versucht, so günstig wie möglich an Anteile geschlossener Fonds zu gelangen, die von Anlegern verkauft werden wollen oder müssen.

Da ein Ausstieg aus geschlossenen Fonds konzeptionsgemäß während der Laufzeit nicht vorgesehen bzw. möglich ist, stellt diese Fondskonzeption für finanzbedürftige Anleger eine gute Lösung bzw. Alternative dar.

So kommen dann Fonds oftmals an Fondsanteile anderer geschlossener Fonds zu Preisen, die um einiges unter dem tatsächlichen Wert der Beteiligung liegen und gute Renditeaussichten bieten.

II. Umsetzung in der Beratung

1. Anlegereignung: Für welche Anleger eignen sich Geschlossene Fonds?

Jede Anlageentscheidung ist durch persönliche Präferenzen, unterschiedliches Risiko-Chancen-Bewusstsein und individuelle Einkommens- und Vermögensverhältnisse geprägt. Somit gibt es für ein Produkt wie einen Geschlossenen Fonds keine allgemein gültige Anlegereignung. Die Verantwortung gegenüber zukünftigen Gesellschaftern dieser Beteiligungsform gebietet es dem Berater aber gesondert darauf hinzuweisen, dass ein Geschlossener Fonds aufgrund seines unternehmerischen Charakters, trotz aller Chancen, keine Gewähr auf gleichmäßige Erträge und den angestrebten wirtschaftlichen Erfolg bietet.

Trotz aller Vorsicht, Sorgfalt und Erfahrung der verantwortlich Handelnden, können überraschende und schwerwiegende wirtschaftliche Entwicklungen zu Verlusten, im Extremfall sogar zum Totalverlust des eingesetzten Kapitals führen.

Die Höhe der Beteiligung an Geschlossenen Fonds sollte deshalb in einem vernünftigen Verhältnis zu den derzeitigen und absehbaren Einkommens- und Vermögensverhältnissen eines Gesellschafters stehen. Es sollten keine Mittel angelegt werden, über die kurzfristig wieder verfügt werden soll bzw. mit deren Erlösen oder Rückführung anderweitige finanzielle Verpflichtungen erfüllt werden müssen.

Andererseits stellt ein Geschlossener Fonds für den anspruchsvollen, renditeorientierten Anleger, mit mittel- bis langfristiger Anlageperspektive, eine hochinteressante Alternative zu den garantierten und verhältnismäßig sicheren, aber nach Inflation und Steuern oft unbefriedigend niedrig rentierenden Banken- und Versicherungsprodukten dar. Hohe Auszahlungen sollen der Ausgleich für das höhere Risiko dieser Beteiligungsform sein. Geschlossene Fonds eignen sich besonders gut als Baustein eines diversifizierten Vermögens und für Anleger, die wissen und akzeptieren, dass gerade die mittel- bis langfristige Bindung der Gesellschafter die Grundlage für den

Erfolg eines Geschlossenen Fonds darstellt. Um zu prüfen, ob die jeweils vorliegenden Anlageofferten der Anlagementalität der potentiellen Kunden entsprechen, muss der Berater sich grundsätzlich ausreichend Zeit nehmen, um den oder die betreffenden Emissionsprospekte, insbesondere die Risikohinweise im Überblick, zu lesen und zu verstehen.

1.1 Welcher Fonds passt zu welchem Anleger?

Zunächst soll an dieser Stelle ein deutlich positives Plädoyer für Geschlossene Fonds ausgesprochen werden:

Viele wirkliche Vorteile und – paradoxerweise – ein scheinbarer Nachteil sprechen aus Sicht des Autors für die Anlageklasse „Geschlossene Fonds“:

1. Konkrete Objektbestimmung: das Investitionsgut ist klar definiert – die dafür benötigten Mittel sind in einem Investitions- und Finanzplan fest vorgegeben
2. Gute Renditeaussichten
3. Lange Laufzeit: Eine Anlage ohne wertpapierähnliche, kurzfristige Verfügbarkeit und damit ohne „Investors-Relation-Kurzlebigkeit“ ist ein Segen für die wirtschaftliche Entwicklung eines Investitionsobjektes. Damit ist der „Spekulation“ mit und über kurzzeitige Wertveränderungen von Anteilen an Geschlossenen Fonds größtenteils der Boden entzogen. Hier dominiert die Ausrichtung der mittel- und langfristigen Objektentwicklung zu Gunsten des Gesamterfolges die Geschäftspolitik. Kurzfristiger Aktionismus und „Kurspflege“-Management zu Gunsten kurzfristiger Spekulationserfolge Einzelner ist nicht Zielsetzung bei typischen Anlegern Geschlossener Fonds. Die wirtschaftlichen Entscheidungen werden „projektbezogen und ergebnisorientiert“ getroffen und nicht „marketingorientiert“.
4. transparente Anlageform: Obwohl Geschlossene Fonds noch immer von manchen Kritikern despektierlich und

abwertend als Teil des „Grauen Kapitalmarktes“ bezeichnet werden, haben in den letzten Jahren eine Reihe von anlegerschützenden Gesetzen und begleitenden Anforderungen (Prospektprüfung nach IDW-Richtlinien, Leistungsbilanz, formelle Prospektprüfung durch die BaFin, Beratungsanforderungen) den Geschlossenen Fonds in der heutigen Form zu einer der transparentesten Anlageformen – aus Sicht des Autors noch vor Wertpapieranlagen – gemacht.

Trotz dieser grundsätzlichen Vorteile eignet sich natürlich nicht jeder Fonds für jedes Kundenportfolio. Selbst wenn ein Fonds zum Kundenprofil bzw. zu dessen Vermögensstruktur passen würde, kann die Vermittlung verkehrt sein, wenn z. B. bereits ein ausreichender Anteil des Portfolios mit Aktien, Immobilien (bzw. allgemein: Sachwerten) und unternehmerischen Beteiligungen bestückt ist.

Da zudem die Angebotspalette bei geschlossenen Fonds riesig ist und nicht jedes Produkt in das Vermögensportfolio des Anlegers passt, müssen sich Berater wie auch Anleger selbst vor einer Investitionsentscheidung verschiedene Fragen stellen:

– Wie passt die Risikostruktur eines Fonds zur Risikoneigung des Anlegers?
Ein stark sicherheitsorientierter Anleger sollte nicht in eine hochspekulative Projektentwicklung oder einen Kunstfonds investieren.

– Wie setzt sich die Gesamtvermögensstruktur des Anlegers zusammen?
Die Gesamtvermögensstruktur muss aus Liquiditätsgründen sowohl ein ausgewogenes Verhältnis von kurz-, mittel- und langfristigen Vermögensanlagen umfassen, als auch Anlagen mit unterschiedlichem Risikoprofil. Dieses Verhältnis darf nicht durch eine zusätzliche Fondsbeteiligung einseitig verschoben werden. Geschlossene Fonds sollten grundsätzlich nicht mehr als zehn bis 20 Prozent ausmachen, denn sie sind immer eine risikobehaftete unternehmerische Beteiligung, die nur schwer zu veräußern ist.

So kann das eingezahlte Geld oder zumindest Teile davon verloren gehen – selbst wenn das Produkt vom Anbieter seriös prospektiert wurde und der Berater den Fonds sorgfältig ausgewählt hatte.

Die Beteiligung darf den Anleger nicht in Liquiditätsprobleme bringen. Er darf

zum Beispiel nicht anderweitige finanzielle Verpflichtungen mit Ausschüttungen, die auch ausfallen können, begleichen müssen.

– Ist das Vermögen gut diversifiziert?

Viele Anleger investieren über Fonds vor allem in Beteiligungen mit persönlichem, beruflichem oder örtlichem Bezug. So bauen sie aber stückweise ein eher zufällig zusammengestelltes Portfolio mit hoher Korrelation der Vermögenswerte auf. Vernünftiger wäre es, zum Beispiel neben deutschen Immobilien auch in Auslandsimmobilien oder in Schiffe zu investieren, um das Risiko besser zu streuen.

2. Wichtige Risiken Geschlossener Fonds

Das Anleger bei Geschlossenen Fonds große Chancen auf überdurchschnittliche Renditen haben, wurde in der Vergangenheit in vielen Fällen eindrucksvoll bewiesen und steht außer Zweifel. Sowohl der Berater, als auch der Anleger dürfen jedoch die Kehrseite der Chancen, nämlich die Risiken nicht außer Acht lassen. Der Anleger muss wissentlich bereit sein, eine unternehmerische Beteiligung mit den damit verbundenen Risiken einzugehen. Im Verlauf der Anlage kann es zu erheblichen Abweichungen von den im Prospekt prognostizierten Ergebnissen kommen. Dies gilt insbesondere dann, wenn sich mehrere Einflussfaktoren gleichzeitig negativ entwickeln. Der Anleger muss sich bewusst sein, dass die wirtschaftliche Entwicklung über die gesamte Laufzeit der Beteiligung nicht genau vorhergesagt, sondern nur prognostiziert werden kann.

Die folgende Übersicht soll Ihnen einen Überblick über die wesentlichen rechtlichen und wirtschaftlichen Risiken Geschlossener Fonds geben. Dabei kann man zur besseren Übersichtlichkeit vier Bereiche abgrenzen:

1. Allgemeine Risiken
2. Risiken in der Investitionsphase
3. Risiken in der Betriebsphase
4. Risiken in der Veräußerungsphase

Nachstehend eine Übersicht und Zuordnung der wichtigsten Risiken bei Geschlossenen Fonds ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

2.1. Allgemeine Risiken

■ *Verlust der steuerlichen Vorteile*

Obwohl die meisten Steuervorteile der Geschlossenen Fonds vom Gesetzgeber abgeschafft wurden, gibt es noch immer Veränderungspotential, das zum Nachteil der Fonds verändert werden könnte. Bei Schiffsfonds bietet die derzeitige vorteilhafte Besteuerungsmethode, die allgemein als „Tonnagesteuer“ bekannt ist, immer wieder Anlass zur Befürchtung, der Gesetzgeber könnte diese Form der Besteuerung zum Nachteil der zukünftigen Schiffsfonds verändern oder gar abschaffen.

■ *Totalverlustrisiko*

Das Maximalrisiko eines Anlegers besteht aus dem Totalverlust der geleisteten Einlage (inkl. Agio) zuzüglich eventuell zu leistenden Steuerzahlungen (z. Bsp. als Folge der pauschalen Gewinnermittlung nach der Tonnage bei Schiffsfonds), denen keine Einnahmen oder Steuererstattungen gegenüberstehen, zuzüglich einer eventuell in Anspruch genommenen persönlichen Anteilsfinanzierung und dem Risiko einer Nichtanerkennung der deutschen Haftungsbeschränkung für Kommanditisten im Ausland.

Dazu gibt es für geschlossene Fonds keinen Einlagensicherungsfonds wie für Bankeinlagen. Bei Pflichtverstößen oder Fehlern der Fondsmanager haftet meist nur deren Eigenkapital. Gleichwohl ist das Totalverlustrisiko in vielen Bereichen eher theoretischer Natur (bspw. bei betrügerischen Absichten).

■ *Haftung und Verlust*

Mangelnder wirtschaftlicher Erfolg kann, je nach Rechtsform des Fonds, zu einer Nachschusspflicht führen. Das gilt vor allem für die GbR-Fonds, von denen der Autor grundsätzlich abrät. Bei den inzwischen üblichen KG-Fonds, in denen sich der Anleger als Kommanditist beteiligt, haftet er „nur“ mit seiner Einlage. Hier kann jedoch die Haftung für erhaltene, aber durch den Fonds nicht erwirtschaftete Auszahlungen wiederaufleben (§ 172 HGB). Sollte eine Gesellschaft insolvent werden, könnten die bis zu diesem Zeitpunkt erhaltenen Auszahlungen maximal bis zur Höhe des Fehlbetrages zur Hafteinlage zurückgefordert werden. Ein GbR-Gesellschafter hingegen ist Vollhafter, der im Zweifelsfall mit seinem gesamten Vermögen haftbar

gemacht werden kann. Zudem besteht das Risiko, dass mit dem Betrieb des Investitionsobjektes Dritte im Ausland geschädigt werden und der zur Deckung des Schadens bestehende Versicherungsschutz versagt wird, nicht ausreicht oder der Sachverhalt nicht versicherbar ist. Es ist in solchen Fällen möglich, dass ausländische Gerichte die Haftungsbeschränkung der Kommanditisten nach deutschem Recht nicht anerkennen.

■ *Mangelnde Fungibilität*

Grundsätzlich ist die Veräußerung von einzelnen Anteilen jederzeit möglich. Derzeit existiert jedoch noch kein geregelter und liquider Zweitmarkt für den Verkauf von Anteilen Geschlossener Fonds. Somit ist der Verkauf von Anteilen vor der Auflösung des Fonds nur möglich, wenn man selbst einen Käufer dafür findet. Der Preis orientiert sich, wie immer, an Angebot und Nachfrage.

■ *Interessenkonflikte auf Seiten der Initiatoren*

Es gibt eine Reihe von Fondsbeteiligungen, bei denen der Initiator der Komplementär der Fondsgesellschaft als auch Mietgarant ist. Bei Schiffsbeteiligungen sind so manchmal Reeder, Charterer, Treuhänder und Emissionshaus identisch oder gehören der selben Unternehmensgruppe an. Diese Konstruktion bringt einerseits nachvollziehbare Vorteile mit sich, wie zum Beispiel hohe Kostenersparnisse – andererseits entstehen automatisch Interessenskonflikte.

Auch wenn – wie üblicherweise der Fall – der Initiator/Emissionshaus gleichzeitig Treuhänder ist, können Interessenskonflikte entstehen. Hier kommt es stark auf die vorgeschriebenen Verhaltensweisen bei z. B. Abstimmungen an. Darf der Initiator nur weisungsgebunden abstimmen oder kann er – bei der vielfach zu beobachtenden Gesellschafterlethargie – deren Stimmen nach eigenem Gusto verwenden, wenn diese – wie üblich – weder zu Gesellschafterversammlungen erscheinen noch Weisungen abgeben?

■ *Mangelnde persönliche Eignung der Geschäftsführung*

Der Anleger sollte sich zudem im Klaren darüber sein, dass er der Geschäftsführung des Fonds seine Ersparnisse in der Regel über viele Jahre anvertraut. Hat die Geschäftsführung daher nicht die erforderliche Qualifikation und Erfahrung,

kann es zu Verlusten kommen.

■ *Gesellschaftsrechtliche Risiken*

Mehrheitsentscheidungen der Gesellschafter, die nicht im Interesse und nach dem Willen einzelner Gesellschafter getroffen werden, können sich negativ auf deren persönliche Finanzplanungen auswirken.

■ *Vertragserfüllungs- / Managementrisiko*

Es kann möglich sein, dass Vertragspartner, wie z.B. die Platzierungsgaranten, ihre Verpflichtungen nicht erfüllen oder dass die bei einzelnen Vertragspartnern eingesetzten Verantwortlichen wirtschaftliche Fehlentscheidungen treffen, die sich negativ auf die prognostizierten Ergebnisse auswirken. Im schlechtesten Fall kann es durch den Ausfall von Vertragspartnern oder Fehlentscheidungen des Managements zu dem Verlust der Einnahmen oder zum Totalverlust der Anlageobjekte kommen.

■ *Mittelverwendung*

Ohne Abschluss eines Mittelverwendungsvertrages mit einer unabhängigen Wirtschaftsprüfungsgesellschaft ist grundsätzlich eine Mittelfehlverwendung möglich. Zusätzlich können nicht fristgerechte Mittelfreigaben u. U. zu rechtlichen oder wirtschaftlichen Nachteilen führen.

■ *Mehrkostenrisiko*

Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass Kostenpositionen höher ausfallen als kalkuliert. Dadurch kann zusätzlicher Finanzierungsbedarf entstehen.

■ *Kumulierte Risiken*

Treten mehrere Einzelrisiken gleichzeitig auf, kann die Kumulation von Risiken zu verstärkten negativen Auswirkungen führen. Damit kann nicht ausgeschlossen werden, dass es zu einem Totalverlust der Einlage kommt.

2.2 Risiken der Investitionsphase

Finanzierungs- und Platzierungsrisiko mit Rückabwicklung

Für den Fall, dass das Eigenkapital verspätet eingezahlt wird oder der vereinbarte Zinssatz die Annahmen übersteigt, besteht die Gefahr höherer Zwischenfinanzierungskosten. Für den Fall, dass die Gesellschaften Tilgungs-

oder/und Zinszahlungen an die Bank nicht leisten können, kann es zu einer Verwertung der Anlageobjekte, durch die finanzierende Bank kommen.

Ein Platzierungsrisiko besteht für den Fall, dass das benötigte Eigenkapital nicht bzw. nicht vollständig eingeworben werden kann. Sollte die Platzierungsgarantie in Anspruch genommen werden, kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Platzierungsgaranten ihren Verpflichtungen nicht nachkommen. Im schlechtesten Fall könnte es zu einer Rückabwicklung der Gesellschaften kommen, die im Rahmen einer Liquidation erfolgen würde. Somit hätte der Anleger einen anteiligen Anspruch an etwaigen Liquidationsüberschüssen, nicht aber auf Rückzahlung seines eingezahlten Kapitals.

■ *Übergabe- / Übernahmerisiko*

Die Gesellschaften tragen grundsätzlich Folgerisiken aus der Übergabe/Übernahme der Anlageobjekte. Hierzu zählt die Übergabe/Übernahme mit verdeckten Mängeln. Dies kann zu Mindereinnahmen oder zu höheren Ausgaben führen.

2.3. Risiken der Betriebsphase

■ *Behörden und internationale Bestimmungen*

Für den Nachweis und den Verlauf eines ordnungsgemäßen Betriebes der Anlageobjekte können u. U. in- und ausländische Genehmigungen und Zulassungen erforderlich sein. Liegen diese nicht vor oder werden gegebenenfalls widerrufen, kann es zu Einnahmeausfällen kommen.

■ *Zinsen*

Aufgrund sich verändernder Marktverhältnisse können sich die Zinsvereinbarungen für Hypothekendarlehen ungünstiger entwickeln als im Prospekt angenommen. Dies würde das Ergebnis negativ beeinflussen.

■ *Auszahlungen*

Die Höhe der Auszahlungen hängt von der wirtschaftlichen Entwicklung ab und kann in wirtschaftlichen Krisenzeiten niedriger als prospektiert sein oder ganz entfallen.

■ *Wechselkurse*

Sollte im Verlauf der Beteiligung keine vollständige Währungskongruenz von Einnahmen und Ausgaben bestehen, besteht insoweit ein Wechselkursrisiko.

2.4. Risiken der Veräußerungsphase

■ *Veräußerungserlös*

Die erzielbaren Verkaufserlöse hängen von der Marktlage, dem Zustand der Anlageobjekte und u. U. den dann gültigen Wechselkursen ab, sofern der Verkauf nicht in Euro erfolgt. Es besteht somit das Risiko, dass ein geringerer Veräußerungserlös erzielt werden kann als prospektiert, im äußersten Fall können die Objekte unverkäuflich sein.

3. Wie sichere ich meine Beratung ab?

3.1. Wie lässt sich ein Angebot beurteilen?

Ein Fondsangebot zu beurteilen ist oftmals auch für versierte Berater schwierig, da die Modelle zunehmend komplexer und fachspezifischer werden. Ohne Berücksichtigung externer Berater und Institutionen ist die Wahrscheinlichkeit eines Fehlgriffs hoch. Folgende Punkte sollten deshalb beachtet werden:

3.1.1. Verkaufsprospekt

Im Prospekt wird das Geschäftsmodell beschrieben. Zentraler Punkte dabei: die Objekte, in die investiert wird und die realistische Erzielung der darin beschriebenen Einnahme- und Verkaufsszenarien und die im Laufe der Zeit anfallenden Betriebs- und Instandhaltungskosten. Im Falle eines Immobilienfonds sind dies die Gebäude, die Mietsituation und die Mieter. Bei Schiffsfonds sind es die Qualität und der Preis des Schiffes, die Höhe der nachhaltig erzielbaren Charraten und die Bonität des Charterers. Außerdem enthält der Prospekt Informationen zur Finanzierung sowie zu den steuerlichen und rechtlichen Grundlagen. Da es für einen Laien im Allgemeinen am Anfang schwierig ist, die Konzeption zu verstehen, kann hier der Berater zeigen und belegen, wie wichtig und nützlich er für seine Kunden ist. Die Genehmigung der BaFin zum öffentlichen Vertrieb des Fonds ist in jedem Falle zu prüfen.

3.1.2. Prospektprüfungsbericht eines Wirtschaftsprüfers

Um die Haftung für Fehlberatung auf Grund von Prospektfehlern (die der

Berater oft selbst mit hohem Fachwissen nicht erkennen kann) zu vermeiden oder stark zu begrenzen, sollte heutzutage kein Berater mehr einen Geschlossenen Fonds verkaufen, ohne zuvor einen beanstandungsfreien Prospektprüfungsbericht eines externen Wirtschaftsprüfers zu dem jeweiligen Fonds in Händen zu halten.

3.1.3. Leistungsbilanz:

Es gibt (noch) keinen verbindlichen Standard für die Erstellung einer Leistungsbilanz. Es hat sich aber ein Marktkonsensus auf Basis des einst von Heinz Gerlach entwickelten DFI-Leistungsbilanzstandards heraus kristallisiert. Dieser veröffentlicht in seinem Online-Medium „Direkter Anlegerschutz“ welche Initiatoren eine vollständige Leistungsbilanz veröffentlichen. Die Leistungsbilanz wird zu Recht als Visitenkarte eines Initiators bezeichnet. Sie stellt Erfolge und Misserfolge eines Initiators gegenüber. Der Anleger erkennt, ob ein Initiator seine in der Vergangenheit abgegebenen Versprechen gehalten hat oder nicht. Interessenten sollten daher immer beim Initiator nach einer Leistungsbilanz fragen.

Wir möchten an dieser Stelle auf den diesbezüglichen Artikel von Jamestown-Geschäftsführer Markus Derkum im Anschluss an diesen Beitrag verweisen.

JAMESTOWN, ein Initiator von US-Immobilienfonds, gilt seit Jahren als die Gesellschaft mit der besten Leistungsbilanz aller Anbieter von Geschlossenen Fonds in Deutschland.

3.1.4. Beratungsprotokoll

Noch gibt es weder eine Pflicht noch einen gültigen Standard für Beratungsprotokolle. Wir sind sicher, dass sich dies in der nächsten Zeit ändern wird. Spätestens wenn wirklich (was rechtlich äußerst bedenklich wäre) eine Beweislastumkehr in der Beratung von Finanzprodukten eingeführt werden sollte (also der Berater beweisen muss, dass er richtig beraten hat), wird ein Beratungsprotokoll unabdingbar für Berater werden.

3.1.5. Geschäftsbericht:

Auch der jährliche Geschäftsbericht hilft bei einer Einschätzung (vor allem bei

Erwerb von Zweitmarktanteilen). Er liefert unter anderem aktuelle Informationen über die Investitionsobjekte und darüber, ob die Mittel wie geplant verwendet wurden; außerdem sollte er offenlegen, wie sich die wirtschaftlichen und steuerlichen Ergebnisse der Beteiligung entwickeln.

3.1.6. Externe Informationen

Über den Zweitmarkt:

Da es keinen geregelten Zweitmarkt gibt, sollte sich der Berater für den Kunden vor Abschluss beim Initiator informieren, ob und wie dieser seinen Fondsanteil vor Ablaufende veräußern kann.

Ratingagenturen

Es gibt eine Reihe von Analysehäusern, die – gefragt oder ungefragt – ihre Meinung zu Anlageangeboten feilbieten. Dazu gehören u.a. Scope (Berlin), TKL (Hamburg), Checkanalysen Appel (Hamburg), Feri Trust (Bad Homburg), kmi (Düsseldorf), GuB (Hamburg), Fondstelegramm (Rosenheim/Berlin). Meist geben mehrere Ratingagenturen oder Analysehäuser ihre Beurteilung zu einem Fonds ab. Sofern mindestens drei übereinstimmend positiv berichtet haben, kann/sollte man diese Urteile in die Beratung einfließen lassen.

Weitere Informationsquellen sind Steuerberater, Rechtsanwälte, die Internetseite des Initiators, Fachzeitschriften, Informations- und Branchendienste.

4. Wie sind die Renditeaussichten?

Für die Investoren der geschlossenen Fonds geht es um die Erzielung von Erträgen – die zum Einen als jährliche Ausschüttungen ausbezahlt werden und/oder als Abschlusszahlung nach der Veräußerung des oder der Anlageobjekte den Anlegern zufließt. Die Beteiligungssumme inkl. Agio muss durch die Gesamterträge überschritten werden.

Wenn nach Renditeaussichten gefragt wird, stellt sich zunächst die Frage: Welche Rendite ist gemeint? Die Rendite nach der internen Zinsfuß-Methode (IRR) oder die durchschnittliche Auszahlungsrendite? Die Eigenkapitalrendite? Vor oder nach Steuern?

Die IRR-Rendite ist zwar eine international anerkannte Messzahl, aber in

ihrer Vergleichbarkeit auf Grund der Wiederanlageprämissen nicht vergleichbar mit den IRR-Renditen anderer Anlageofferten und somit gerade bei Anlegerschützern höchst umstritten. Die durchschnittliche Auszahlungsrendite errechnet sich aus der Summe aller Auszahlungen abzüglich des Kapitaleinsatzes geteilt durch die Laufzeit. Diese Methode berücksichtigt dafür nicht die Dauer der Kapitalbindung über die Jahre der Anlage. Wenn also eine Anlageentscheidung zwischen mehreren Produkten auf Grund der Rendite getroffen wird, muss man nicht nur wissen, ob die Risiken der verglichenen Produkte identisch sind, sondern auch, ob die Renditenberechnungen überhaupt vergleichbar sind.

Unbestritten ist, dass die jeweiligen Renditeaussichten bei Geschlossenen Fonds in der Regel höher sind als bei geldwerten Anlagen, wie Sparguth, Anleihen o. ä. So sind Renditen von 6%–8% pro Jahr nach Steuern bei geschlossenen Beteiligungen keine Seltenheit und bieten damit langfristig betrachtet einen soliden Wertzuwachs.

4.1. Wie funktioniert der Kapitalrückfluss?

■ Auszahlungen

Anleger erhalten im Regelfall jährliche Auszahlungen aus den Geschlossenen Fonds. Sie ergeben sich aus den erwirtschafteten Überschüssen, also aus der Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben. Diese Auszahlungen stellen aber nur die zur Verfügung stehenden liquiden Mittel dar – nicht den Gewinn. Die Einnahmen entstehen z. B. bei Immobilien aus monatlichen Mieterträgen, bei Schiffen durch die Chartererträge oder durch Leasingraten bei Containern. Außerdem entstehen Einkünfte zu einem geringen Teil aus Zinseinnahmen der Barmittel. Zu den Ausgaben zählen vor allem Zinszahlungen und Tilgungen für Darlehen, Betriebskosten, das Bilden von Rücklagen für Instandhaltungen, Renovierungen oder Erneuerungen, Vergütungen für Behörden, Treuhänder und Geschäftsführer.

Ein sinnvoller Vergleich der prognostizierten Ausschüttungen verschiedener Fonds ist schwer möglich, da die Konzeptionen und Fondsprioritäten unterschiedlich gesetzt werden. Manche Initiatoren rechnen ihre Fonds künstlich schön, zum Beispiel bei den angenommenen



Das muss auch
der Makler wissen.
Die große Know-how
Zeitschrift für den
ETF-Markt.

Bestellen Sie die ersten 5
Ausgaben 2008/2009 zum

Sonderpreis
von nur 20,- Euro inkl.
7% MwSt zzgl. Versand

bei
info@bhm-marketing.de

BHM | Fachmedien Verlag

■ Geschlossene Fonds

Mietsteigerungen bei Immobilien durch eine hohe Inflationsrate oder Schiffsfonds durch die Annahme zu hoher Anschlusschartern bzw. zu niedriger Betriebskosten. Private-Equity-Fonds haben meist keine nennenswerten Ausschüttungen, da erst am Ende der Laufzeit durch den Verkauf der Unternehmen die Gewinne realisiert werden.

■ Renditeprognosen

Das Herzstück eines Prospekts ist die vom Initiator kalkulierte Prognoserechnung. Sie schätzt, wie sich der Fonds in den Jahren bis zur geplanten Auflösung entwickelt.

Kritiker der Rechnungen halten sie für wertlos, da die Prognose nie hundertprozentig eintreffen kann. Die Kritik ist ungerecht und deutlich überzogen: Mit realistischen und konservativen Annahmen haben die Prospektprognosen durchaus Aussagekraft. Dann können Anleger und Berater die Prognose richtig einschätzen.

Es gibt dabei eine Reihe von Einflussfaktoren auf die Konzeption von Fonds – die so genannten Stellschrauben. Am Beispiel eines Schiffsfonds finden Sie nachstehend die aus unserer Sicht bei der Konzeption wichtigsten „Stellschrauben“

1. Charraten (Annahme der Anschlusscharter nach Auslauf der Erstbeschäftigung)
2. Betriebskosten (Absolute Höhe und Steigerung in Folgejahren)
3. Wechselkurs (bei Schiffen ist der USD die Hauptwährung – welche Kursentwicklung wird prognostiziert?)
4. Wiederverkaufserlös (bei einem Sachwert wie dem Schiff ist die Annahme des Wiederverkaufserlöses oft entscheidend für eine attraktive Rendite)
5. Zinsannahmen (wie Wechselkurse unvorhersehbar)
6. Befrachtungskommission (kann zwischen 1,25% und 7,5% der Charterrate betragen)
7. Einsatztage (mit wie vielen Betriebs-tagen wird kalkuliert? 365 Tage oder 355 Tage p.a.?)
8. EK/FK-Verhältnis (je höher die FK-Quote, desto höher die Renditeaus-sichten bei ordnungsgemäßem Verlauf – dafür steigt mit der FK-Quote das allgemeine Anlagerisiko erheblich)
9. Hypothekelaufzeit
10. Zinsertrag auf Liquidität

Ein Blick auf die Liquiditätsreserven, die das Sicherheitspolster des Fonds darstellen, ist aussagefähig. Konservativ planende Initiatoren legen mindestens zwei Prozent der Investition zurück.

5. Wie finde ich den richtigen Fonds für meine Kunden?

Es gibt keinen Königsweg bei der Auswahl des „richtigen“ Fonds.

Grundvoraussetzung für die sach- und bedarfsgerechte Auswahl von Geschlossenen Fonds ist ein umfassendes, allgemeines ökonomisches Fachwissen.

Darüber hinaus sollte auch grundlegendes Wissen über die einzelnen Bereiche Geschlossener Fonds vorliegen. Wer nicht weiß, wie sich die Betriebskosten bei Schiffen zusammensetzen oder nicht weiß, was eine Befrachtungskommission ist, sollte die Finger von der Vermittlung und Beratung von Schiffsfonds lassen.

Neben Fachwissen muss bekannt sein, was der Kunde unter Risiko versteht und wie viel Risiko der Anleger zu tragen bereit ist. Risikoneigungen und Anlageprioritäten des Kunden sind die Grundlage der Anlageempfehlung. Gesunder Menschenverstand, Fairness und die Hinzuziehung externe Analysen und Fondsbesprechungen sind weitere Voraussetzungen für eine gute und erfolgreiche Beratung.

Doch Vorsicht! Verlassen Sie sich nie auf die Qualität einer Ratingagentur oder eines Analysten allein. Auch Analysten sind keine eierlegenden Wollmilchsäue, die alles und jeden analysieren können. Oft genug überschätzen oder verschätzen sich diese genauso wie die von diesen kritisierten Initiatoren. Gerade die großen Ratingagenturen arbeiten meist mit vorgefertigten Rastern, Mustern und Kennzahlen, in die nicht jedes individuelle Fondskonzept hineingepresst werden kann. Daraus sind schon die abstrusesten Urteile entstanden.

Außerdem sind auch bei einigen Analysten, Kritikern und Presseorganen nicht alle Seilschaften, Intentionen, Abhängigkeiten und Interessenkonflikte bis hin zu bewusst „wettbewerbsorientierten“ Gefälligkeitsanalysen für jeden erkennbar.

Besser ist es, sich nicht auf eine Besprechung aus einem Hause zu verlassen, sondern drei bis vier externe Beurteilungen zu Rate zu ziehen.

Leistungsbilanzen geschlossener Fonds: Ausweis für Transparenz und Qualität

Was sie leisten, was sie aussagen, wie sie Berater und Anleger unterstützen



Autor: Markus Derkum,
Jamestown Geschäftsführer

Wer sich mit der Auswahl eines geschlossenen Fonds beschäftigt, nimmt dafür zumeist einen entsprechenden Verkaufsprospekt zur Hand. Dieser soll das jeweilige Investment – z.B. Immobilien – detailliert mit seinen Chancen und Risiken beschreiben und alle wesentlichen Informationen zur Ergebniserwartung sowie zum Zielmarkt und den Verträgen mit Mietern, Partnern und Dienstleistern liefern. Das Problem: Die Daten des Fondsprospekts sagen nur bedingt etwas über die Erfahrung des Fondsmanagements und damit über einen ganz wesentlichen Faktor für den Erfolg einer Investition aus. Ausführlichere Informationen dazu liefert jedoch die Leistungsbilanz des Anbieters. Sie gibt Aufschluss darüber, welche Ergebnisse das Management bislang in den noch laufenden beziehungsweise bereits wieder aufgelösten Fonds erreicht hat. Die Leistungsbilanz ist daher ein wichtiges Instrument für Anleger und Berater, wenn es um die Entscheidung für eine Investition in einen neuen geschlossenen Fonds dieses Anbieters geht. Auch wenn vergangene Ergebnisse keine Garantie für zukünftige Erfolge sind, vertrauen Anleger und Berater lieber

einem Management, das seine Leistungsfähigkeit über einen längeren Zeitraum bereits erwiesen hat.

■ Soll-/Ist-Vergleich

Grundlage einer jeden Leistungsbilanz ist der so genannte Soll-Ist-Vergleich. Er stellt die ursprünglich im Prospekt prognostizierten Werte denen gegenüber, die tatsächlich erreicht wurden. Diese Angaben werden in der Regel unterteilt in Investitionsphase, Betriebsphase, also die Zeit der laufenden Bewirtschaftung des Fonds, sowie die Ergebnisse bereits aufgelöster Fonds.

Auf Basis des Soll-/Ist-Vergleichs können Leistungsbilanzen sehr gut einen Eindruck davon vermitteln, wie zutreffend die Prognosen des Anbieters in der Vergangenheit waren: Entwickeln sich die Fonds prognosegemäß, heißt das, der Anbieter hat solide kalkuliert und den jeweiligen Markt sowie die Entwicklung des Investitionsobjektes zutreffend beurteilt. Er ist also entsprechend erfahren und legt seiner Kalkulation realistische Werte zugrunde. Weichen die tatsächlich erreichten Werte in vielen Fällen negativ von den in Aussicht gestellten ab, neigt der Anbieter offenbar dazu, künftige Entwicklungen oder seine Fähigkeiten zu positiv zu beurteilen. Dies ist natürlich kein Kaufsignal für ein neues Angebot dieses Managements.

Anders sieht es aus, wenn eine Leistungsbilanz nur sehr vereinzelt negative Soll-Ist-Abweichungen, im Übrigen aber eingehaltene Prognosen zeigt. Geschlossene Fonds, die nun einmal unternehmerischen Beteiligungen sind, können erhebliche negative Ergebnisabweichungen aufweisen, wenn sich Märkte überraschend deutlich schlechter entwickeln als dies zum Zeitpunkt der Prospektierung vorhergesagt werden konnte. Über die grundsätzlichen Risiken von Planunter-

schreitungen informiert zwar in der Regel der Verkaufsprospekt umfassend. In der Leistungsbilanz eines seriösen Anbieters werden jedoch die Ursachen negativer Ergebnisabweichungen eingehend erläutert und dargelegt, welche Maßnahmen das Management ergriffen hat, um die Ertragslage des Fonds zu verbessern.

Im besten Fall kalkuliert ein Anbieter regelmäßig so vorsichtig, dass er seine Vorgaben nicht nur erfüllt, sondern oft übertrifft. In dem Fall zeigt die Leistungsbilanz häufige Planüberschreitungen mit Ist-Werten über den Soll-Werten. Wenn eine solche Leistungsbilanz darüber hinaus einen langen Betrachtungszeitraum zeigt, das Management also schon über viele Jahre konservativ prospektiert und gut gewirtschaftet hat, ist eine solide und vertrauensbildende Grundlage für eine Investition in neue Fonds geschaffen.

■ Ausschüttung nicht gleich Rendite

Wer sich mit einer Leistungsbilanz auseinandersetzt, sollte zwei wichtige Regeln beachten. Erstens: Die Ausschüttung eines Fonds ist nicht mit einer „Rendite-kennziffer“ gleichzusetzen. Denn ob sich eine Investition tatsächlich gelohnt hat, steht erst fest, wenn die Fondsobjekte verkauft sind und der Verkaufserlös an die Anleger ausgezahlt ist. Daher gilt zweitens: Auf die Gesamtbetrachtung einschließlich der abschließenden Veräußerung kommt es an. Auch wenn die laufenden Ausschüttungen einen wesentlichen Beitrag zur Rendite leisten, kann die Gesamtrendite sehr unbefriedigend ausfallen, wenn der Verkaufserlös deutlich hinter den Prognosewerten zurück bleibt und möglicherweise gar nicht mehr das ursprünglich eingezahlte Eigenkapital zurückgezahlt werden kann. Umgekehrt kann ein Anleger bei entsprechend hohem Veräußerungserlös selbst dann eine attraktive Gesamtrendite erzielen, wenn

die Ausschüttungen zwischenzeitlich einmal niedriger ausfallen als erwartet – beispielsweise aufgrund eines schwierigen Vermietungsmarktes. Kurz gesagt: Im richtigen Timing für die Auflösung eines Fonds zeigt sich die eigentliche Qualität des Managements. Dabei kann der „richtige“ Zeitpunkt sowohl deutlich vor dem geplanten Ende der Laufzeit liegen, als auch danach. Hierin kommt eine besondere Stärke des geschlossenen Fonds zum Ausdruck: Die Flexibilität, aktiv auf günstige Marktbedingungen zu reagieren. Wer sie erfolgreich nutzt, wird die entsprechenden Erfolge auch in seiner Leistungsbilanz dokumentieren können.

■ Standards für Qualität und Transparenz

Grundsätzlich ist das Vorliegen einer Leistungsbilanz auch geeignet, seriöse von unseriösen Anbietern zu unterscheiden. Wer den Vergleich mit der eigenen Prognose scheut und daher keine Leistungsbilanz vorlegt, verweigert die für ein vertrauensvolles Verhältnis zum Anleger notwendige Transparenz. Das sollten Anleger ebenso wie Berater immer kritisch sehen. Neben der Frage, ob eine Leistungsbilanz vorliegt, ist es auch wichtig, ob diese qualitativen Mindestanforderungen genügt. Bislang fehlten entsprechende Rahmenbedingungen für die Erstellung von Leistungsbilanzen. Daher hat es sich der „VGF Verband Geschlossene Fonds e.V.“, in dem die überwiegende Mehrheit der Anbieter geschlossener Fonds organisiert ist, zur Aufgabe gemacht, Grundsätze und Leitlinien für die Erstellung von Leistungsbilanzen zu entwickeln. Neben der Pflicht, eine jährliche Leistungsbilanz zu erstellen, haben sich die Mitglieder des VGF darauf verständigt, eine ganze Reihe von Anforderungen zu erfüllen. (Übersicht siehe Grafik „Grundsätze zur Erstellung von Leistungsbilanzen“). Diese Leitlinien zielen auf die Vollständigkeit, Klarheit, Richtigkeit und Aktualität von Leistungsbilanzen ab und tragen so wesentlich dazu bei, dass Anleger und Berater alle wichtigen Informationen erhalten und die Leistungsbilanzen verschiedener Anbieter miteinander vergleichen können. JAMESTOWN unterstützt die Verbandsarbeit seit einigen Jahren in verantwortlicher Position und wirkt gemeinsam mit den Mitgliedsunternehmen des VGF aktiv an der Weiterentwicklung der Leistungsbilanzstandards mit.

Worüber Leistungsbilanzen u.a.

Auskunft geben

1 // Angaben zu laufenden Fonds

Angaben zum Fonds

- > Firmenname und Rechtsform (ohne HR-Nummer)
- > Emissionsjahr
- > Komplementär/ Fondsverwalter/ Treuhänder
- > Garantgeber
- > Investitionsgegenstand und -art
- > Evtl. Rückabwicklung

Soll-/Ist-Vergleich, d.h. erzielte wirtschaftliche Ergebnisse gegenüber Prospektangaben

- > Investitionsphase
 - | Gesamtinvestition Agio
 - | Eigenkapital ohne Agio
 - | Platzierungsgarantien
 - | Fremdkapital brutto
- > Angaben zur Bewirtschaftungs-/ Betriebsphase
 - | Berichtsjahr Soll / Ist
 - | Kumulierte Werte Soll / Ist
 - | Einnahmen / Erlöse
 - | Tilgung
 - | Liquiditätsergebnis / Betriebsergebnis
 - | Auszahlungen absoluter Betrag / in % des Eigenkapitals ohne Agio
 - | Ausgaben ohne Tilgung
 - | Liquiditätsreserve
 - | Stand des Fremdkapitals
 - | Steuerliches Ergebnis

2 // Angaben zu aufgelösten Fonds

- Erläuterung / Beschreibung Fonds
- Fondsvolumen in Eigen- und Fremdkapital
- Ende des Zeichnungszeitraums
- Jahr der Auflösung
- Auszahlung kumuliert Soll-/Ist-Vergleich
- Steuerliches Ergebnis

Grundsätze zur Erstellung von Leistungsbilanzen für geschlossene Fonds

1 // Pflicht zur Erstellung von Leistungsbilanzen

2 // Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Darstellung

3 // Vollständigkeit der Darstellung

4 // Wahrheit und Richtigkeit der Darstellung

5 // Aktualität der Darstellung und fristgerechte Veröffentlichung der Leistungsbilanz

Quelle: VGF