

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

Aachen Münchener – Allianz – ALTE LEIPZIGER – Barmenia – Condor – DWS – Generali – Gothaer – HDI-Gerling – ITA – LV 1871 – Moneymaxx – Münchener Verein – NÜRNBERGER – Postbank Versicherung – SIGNAL IDUNA – Standard Life – Volkswohl Bund – Zurich

Eine Überprüfung der Inhalte durch HDI-Gerling war aus Kapazitätsgründen nicht möglich. Keine Verifikation bis zum Redaktionsschluss erfolgte auch durch die Allianz, Standard Life sowie den Volkswohl Bund.

## 2011: Das Jahr der Direktversicherung



Eine betriebliche Altersversorgung durch Entgeltumwandlung ist grundsätzlich für alle Arbeitnehmer von Interesse.

Autor: Thorben S. Hagenau

Nach wie vor ist die voraussichtliche Versorgungslücke der meisten Deutschen zum Rentenbeginn erheblich. Speziell für Alleinerziehende und Migranten ist sogar von einer vergleichsweise noch höheren Unterversorgung auszugehen. Um diese Misere für alle Bevölkerungsgruppen zu entschärfen, wurde im Jahre 2001 das Altersvermögensgesetz reformiert und gesetzlich geregelt, dass mit dem Wirksamwerden zum 01.01.2002 ein Arbeitnehmer einen individualrechtlichen Anspruch gegenüber seinem Arbeitgeber auf Entgeltumwandlung hat. Dieser ist im Betriebsrentengesetz (§ 1a BetrAVG) geregelt. Der Anspruch ist der Höhe nach begrenzt auf 4% der Beitragsbemessungsgrenze

(West) in der allgemeinen Rentenversicherung. Im Jahr 2011 sind das bis zu 2.640 EUR im Jahr. Dabei obliegt es dem Arbeitgeber zu entscheiden, welcher Tarif bei welchem Risikoträger abgeschlossen werden darf. Die Haftung für die Wahl eines geeigneten Tarifs und Risikoträgers liegt dabei grundsätzlich beim Arbeitgeber. Dabei sind jedoch die Interessen des Arbeitnehmers und des Arbeitgebers in angemessener Weise zu berücksichtigen. Eine etwaige Haftung des Versicherers gegenüber dem Arbeitgeber oder eine Regressmöglichkeit des Arbeitgebers beim Makler bleibt natürlich unbenommen.

### ■ Tarifvertragliche Besonderheiten

Zu beachten ist, dass viele Firmen tarifvertraglich gebunden sind, so dass die Wahl des Anbieters, des Tarifs oder so-

gar eines Arbeitgeberzuschusses verbindlich geregelt sein können. Bei tarifvertraglichen Regelungen ist unter anderem zu beachten, inwiefern eine Öffnungsklausel auch eine Umwandlung vermögenswirksamer Leistungen in eine betriebliche Altersvorsorge zulässt. Mitunter ist ein einheitliches Rentenbeginnalter für alle Versicherten in einem Tarifvertrag festgelegt, dies muss dies nicht in jedem Einzelfall zutreffen. Nach § 17 Betriebsrentengesetz ist es möglich, dass als Folge tarifvertraglicher Regelungen keine Entgeltumwandlung möglich ist. In der Praxis ist dies jedoch eher die Ausnahme.

Das Gesetz regelt weiter, dass der Arbeitnehmer seinen Anspruch bei bereits bestehender betrieblicher Altersvorsorge im Betrieb nur hinsichtlich einer Pensionskasse oder eines Pensions-

fonds geltend machen kann. Sofern der Arbeitgeber keinen dieser Durchführungswege anbietet, kann der Arbeitnehmer die Entgeltumwandlung in Form einer Direktversicherung verlangen (§ 1a Abs. 1 Satz 3 BetrAVG). Dieses Anrecht gilt auch für geringfügig Beschäftigte, die ihren Rechtsanspruch geltend machen, sofern sie auf ihre Versicherungsfreiheit verzichtet haben.

Sofern ein Unternehmen eine arbeitgeberfinanzierte Direktversicherung anbietet, kann es nicht willkürlich einzelne Arbeitnehmer von diesem Privileg ausnehmen oder schlechter stellen. Vielmehr müssen Unterschiede in Art und Höhe der Versorgung objektiven Kriterien entsprechen. Solche können zum Beispiel mit der Dauer der Betriebszugehörigkeit oder der Stellung im Betrieb verbunden sein.

Entgeltumwandlung bedeutet, dass ein freiwillig einen Teil seines Bruttolohnes nicht auszahlen lässt und diesen stattdessen in eine betriebliche Altersvorsorge einbringt. Besonders verbreitet als Versorgungsform ist hierbei die arbeitnehmerfinanzierte Direktversicherung. Eine Entgeltumwandlung kann nur vorgenommen werden, sofern sozialversicherungspflichtiges Entgelt bezogen wird, nicht also während Mutterschutz, Elternzeit etc. Außerdem steht der Anspruch auf Entgeltumwandlung für tarifgebundene Arbeitnehmer unter einem Tarifvorbehalt. Das bedeutet, die Umwandlung von tariflichen Lohnbestandteilen ist nur zulässig, wenn der Tarifvertrag dies vorsieht oder zulässt. Die Umwandlung außertariflicher Lohnbestandteile ist jederzeit zulässig.

Für 2011 wird allerdings nach einer langen Durststrecke erstmals wieder mit steigenden Löhnen und Gehältern gerechnet und damit auch mit einer verstärkten Investition in die betriebliche Altersversorgung. Soweit die Prognosen der beiden Geschäftsführer der Gesellschaft für betriebliche Altersversorgung, Thomas Henseler und Thomas Kaufmann. Ihre Prognose stützen die beiden auf eigene Berechnungen und auf eine jüngst veröffentlichte Umfrage von Handelsblatt/Finance Today. Ihr zufolge halten 64 Prozent der Arbeitnehmer die Forderungen der Gewerkschaften nach mehr Einkommen für gerechtfertigt. Fast 30 Prozent der Befragten wollen diese Gehaltssteigerungen in eine bessere Altersvorsorge investieren.

Folgt man den aktuellen Trends am Maklermarkt, so spricht vieles dafür, dass diese Gehaltssteigerungen den Eingang in eine Basis- oder Riesterrente finden werden. Eine andere Sichtweise vertritt hier Thomas Kaufmann:

*„Erfahrungsgemäß investieren die Deutschen mehr Geld in die bAV als in die Riester-Rente. Darauf deuten Zahlen des Statistischen Bundesamtes und der Zulagenstelle für Altersvermögen hin. Im Jahr 2008 investierten die Deutschen rund 7 Mrd. Euro in die sogenannte Entgeltumwandlung der bAV. Hierbei lassen Arbeitnehmer Gehaltsbestandteile mit staatlicher Förderung in einen Altersvorsorgevertrag fließen. Hingegen zeigen Daten der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen, dass Riester-Sparer 2008 lediglich knapp 4 Mrd. aus eigener Tasche in ihre Verträge einzahlten. Die Lebensversicherung als klassische Form der privaten Altersvorsorge steckt in der Krise. Deswegen erwarten wir für 2011 einen deutlichen Anstieg der Investitionen in die bAV.“*

In der Tat profitieren Arbeitnehmer erheblich von einer Investition in eine betriebliche Altersversorgung, da hier der „Nettoeffekt“ deutlich zum Tragen kommt. Ein Beispiel soll dieses verdeutlichen.

#### Beispiel 1

Arbeitnehmer, ledig, Steuerklasse: I / 0, kirchensteuerpflichtig in Niedersachsen

Brutto:	3.000,00 Euro	3.000,00 Euro
Lohnsteuer:	473,58 €	433,00 €
Solidaritätszuschlag:	26,04 €	23,81 €
Kirchensteuer:	42,62 €	38,97 €
Krankenversicherung:	246,00 €	233,70 €
Rentenversicherung:	298,50 €	283,58 €
Arbeitslosenversicherung:	45,00 €	42,75 €
Pflegepflichtversicherung:	36,75 €	34,91 €
Direktversicherung:	–	150,00 €
Nettoauszahlung:	1.831,51 €	1.759,28 €
Nettoaufwand für DV:		72,23 €

#### Top-Direktversicherer

Bei der Analyse\* der Direktversicherungstarife von über 50 Anbietern erhielt die Debeka (ABAR-BA Tarif A1) die beste Bewertung bei klassischen Tarifen mit beitragsorientierter Leistungszusage.

\*Institut für Vorsorge und Finanzplanung (IVFP), 2010

In diesem Beispiel gelingt eine monatliche Investition in eine betriebliche Altersversorgung im Durchführungsweg Direktversicherung mit einem monatlichen Aufwand von nur 72,23 Euro. Dafür gelangen jedoch die vollen 150 Euro Entgeltumwandlung in die Altersvorsorge, was einer Ersparnis von 77,77 Euro gegenüber einer Investition in Schicht 3 entspricht. Der Vorteil begründet sich insbesondere darin, dass die Investition in die Altersvorsorge nicht aus versteuertem, sondern aus noch unbesteuertem Einkommen erfolgt sowie in einer Ersparnis aus Sozialversicherungsbeiträgen. Da heute auf eine Besteuerung verzichtet wird, erfolgt diese nachgelagert erst im Rentenbezug.

#### ■ Geltende Höchstgrenzen

Im Rahmen einer Direktversicherung sind nach § 3 Nr. 63 EStG für Arbeitnehmer bis zu 4% der Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung (BGG) steuerfrei. Im Jahr 2011 entspricht dies einem Betrag von 2.640 Euro im Jahr bzw. 220 Euro monatlich. Zusätzlich sind auch weitere 1.800 Euro jährlich steuerfrei, sofern noch keine pauschal versteuerte Direktversicherung oder Pensionskasse nach § 40b EStG bespart werden sollte und die Zusage nach dem 31.12.2004 erteilt wurde. Besteht hingegen eine Zusage nach § 40b EStG, wird aber nicht bespart, so stehen 1.800 Euro jährlich abweichend dennoch zur Verfügung. Zu beachten ist, dass dieser Festbetrag der Sozialversicherungspflicht unterliegt. Einige vertragliche Regelungen wie sie etwa die ALTE LEIPZIGER, die LV 1871, die NÜRNBERGER oder die SIGNAL IDUNA für Direktversicherungen anbieten, ermöglichen eine automatische Anpassung zu jedem Jahresbeginn an den für dieses Jahr geltenden Höchstbetrag entsprechend § 3 Nr. 63 Satz 1 EStG.

In einem zweiten Beispiel wird bei vergleichbarer Fallkonstellation eine Entgeltumwandlung für eine verheiratete Person dargestellt:

**Beispiel 2**

Arbeitnehmer, verheiratet, Steuerklasse: III / 2, Kirchensteuerpflichtig in Niedersachsen

Brutto:	3.000,00 Euro	3.000,00 Euro
Lohnsteuer:	240,50 €	208,66 €
Solidaritätszuschlag:	0,00 €	0,00 €
Kirchensteuer:	0,30 €	0,30 €
Krankenversicherung:	246,00 €	233,70 €
Rentenversicherung:	298,50 €	283,58 €
Arbeitslosenversicherung:	45,00 €	42,75 €
Pflegepflichtversicherung:	29,25 €	27,79 €
Direktversicherung:	-	150,00 €
Nettoauszahlung:	2.140,45 €	2.053,22 €
Nettoaufwand für DV:		87,23 €

Der Nettoaufwand in diesem Beispiel beträgt 87,23 Euro, was einem effektiven Vorteil gegenüber einer privaten Altersvorsorge von noch immer 62,77 Euro bedeutet.

Oft profitieren Arbeitnehmer noch dazu durch einen Arbeitgeberzuschuss, wenn Arbeitnehmer eine Lohnumwandlung in Anspruch nehmen. Dies liegt daran, dass nicht nur der Arbeitnehmer, sondern auch der Arbeitgeber von der Bruttolohnumwandlung profitiert. In beiden Fällen verringern sich die Personalkosten für den Arbeitgeber von 3.604,05 Euro auf 3.573,86 Euro um insgesamt 30,19 Euro. Ein Arbeitgeberzuschuss von beispielsweise 10 bis 20 Prozent ist daher in vielen Firmen nichts Ungewöhnliches. Allerdings ist es erwähnenswert, dass Arbeitgeber nicht nur von den beschriebenen Einsparungen bei den Personalkosten profitieren, sondern auch davon, dass Arbeitgeberzuschüsse zur betrieblichen Altersversorgung ebenso wie Zuschüsse zu den vermögenswirksamen Leistungen im Jahr, in dem die Beiträge gezahlt wurden, als Betriebsausgaben geltend gemacht werden können. Das Zuflussjahrprinzip gilt auch dann, wenn die Aufwendungen durch Einmalzahlungen entrichtet wurden.

Vielfach bezieht sich dieser Arbeitgeberzuschuss auch auf eine Umwand-

lung des Arbeitgeberanteils zu den vermögenswirksamen Leistungen. Nimmt man das zweite Beispiel als Grundlage, so könnte die Darstellung wie folgt aussehen:

**Beispiel 3**

Arbeitnehmer, verheiratet, Steuerklasse: III / 2, Kirchensteuerpflichtig in Niedersachsen

Brutto:	3.000,00 Euro	3.026,59 Euro
	+26,59 € VL	
Lohnsteuer:	246,33 €	205,83 €
Solidaritätszuschlag:	0,00 €	0,00 €
Kirchensteuer:	0,55 €	0,30 €
Krankenversicherung:	248,18 €	232,60 €
Rentenversicherung:	301,15 €	282,24 €
Arbeitslosenversicherung:	45,40 €	42,55 €
Pflegepflichtversicherung:	29,51 €	27,66 €
Direktversicherung:	-	150,00 + 40,00 €
Vermögenswirksame Leistungen:	40,00 €	-
Nettoauszahlung:	2.115,47 €	2.045,41 €
Nettoaufwand für DV:		110,06 €

In diesem Beispiel gelangen also satte 190 Euro in die Altersvorsorge. Dafür entfällt die freie Verfügbarkeit der vermögenswirksamen Leistungen nach 7 Jahren, was je nach Alter des Arbeitnehmers einem Liquiditätsnachteil entsprechen kann. Das Nettoeinkommen hat sich allerdings nur um 70,06 Euro reduziert.

Da auch vermögenswirksame Leistungen lohnsteuerpflichtig sind, bedeutet ein Arbeitgeberzuschuss von 26,59 Euro keinen entsprechenden Nettzuschuss. Gleiches gilt für den Arbeitnehmeranteil zu den hier beispielhaft dargestellten 40 Euro Bausparaufwand.

Aufgrund der Einsparpotentiale für Arbeitnehmer und Arbeitgeber wirken Lohn erhöhungen bei damit verbundener Investition in eine Direktversicherung motivierend für die jeweilige Belegschaft und begünstigen eine stärkere Bindung an das Unternehmen. Auch für die Akquisition neuer Mitarbeiter kann es von Vorteil sein, wenn ein Arbeitgeber seinen Mitarbeitern eine leistungsstarke Direktversicherung anbietet.

**■ Direktversicherung erste Wahl**

Im Rahmen einer betrieblichen Altersversorgung ist eine Direktversicherung für viele Arbeitgeber erste Wahl. Dies liegt zum einen daran, dass es sich um einen schon lange bekannten Durchführungsweg handelt und fast jeder Versicherer ein entsprechendes Angebot offerieren kann. Zudem ist die Direktversicherung der Durchführungsweg, den ein Arbeitnehmer von seinem Chef verlangen kann, sofern keine andere Alternative zur Verfügung steht. Vorteilhaft ist auch, dass die Beitragspflicht zum Pensions-Sicherungs-Verein VVaG (PSV) grundsätzlich durch vertragliche Gestaltung vermieden werden kann sofern der Versorgungsberechtigte das unwiderrufliche Bezugsrecht inne hat und die Direktversicherung weder abgetreten noch beliehen ist. Da Direktversicherungen anders als einige Pensionskassen<sup>1</sup> als Pflichtmitglieder generell dem Protektor zugehörig sind (siehe „Risiko & Vorsorge“ 2/2010, S. 26-28), auf der anderen Seite jedoch keine PSV-Beiträge zahlen müssen, sind sie unter Sicherheitsaspekten für Kunden besonders interessant. Unter Haftungsgesichtspunkten ist sowohl für Direktversicherungen wie auch für die (deregulierten) Pensionskassen der Lebensversicherer eine Nachschusspflicht des Arbeitgebers nahezu ausgeschlossen, da beide Produktarten derzeit noch mit einem maximalen Rechnungszins von derzeit 2,25 % p.a. hinterlegt sind, der von den jeweiligen Versicherern garantiert wird. Dieser Rechnungszins gilt auch für die am Markt angebotenen statischen Zweitopfhybride (z.B. Postbank Versicherung oder Volkswohl Bund) sowie eingeschränkt (d.h. bezogen auf den Deckungsstock des Versicherers) für die dynamischen Zwei- und Dreitopfhybride (z.B. Aachen Münchener, ALTE LEIPZIGER, Barmenia, Condor, Generali, Gothaer, HDI-Gerling, LV 1871, Moneymaxx, Münchener Verein, NÜRNBERGER, SIGNAL IDUNA oder Volkswohl Bund).

Anders als bei den dynamischen Dreitopfhybriden steht bei dynamischen Zweitopfhybriden (z.B. Barmenia, Gothaer, Aachen Münchener) häufig keine freie Fondsanlage für den Kunden zur Verfügung. Stattdessen existieren in solchen Produkten üblicherweise nur Deckungsstock und Wertsicherungsfonds. Eine spezielle Variante, die zum Teil auch eine freie Fondsanlage ermöglicht, wird von der Barmenia angeboten:

*„Ziel ist es, den Beitragserhalt zu Rentenbeginn so weit wie möglich über die Garantiefonds DWS FlexPension zu erreichen. Ist die Höchststandsgarantie der Garantiefonds DWS FlexPension nicht ausreichend hoch, bilden wir gerade so viel konventionelles Deckungskapital, dass der Beitragserhalt zu Rentenbeginn gewährleistet ist. Sofern die Höchststandsgarantie der Garantiefonds steigt, werden wir nicht mehr benötigtes konventionelles Deckungskapital wieder auflösen und die entsprechenden Beträge in die Garantiefonds investieren. Sollten nach kompletter Auflösung des konventionellen Deckungskapitals die Höchststandsgarantie der Garantiefonds höher sein, als dies für den Beitragserhalt zu Rentenbeginn notwendig ist, stehen auch Mittel für eine freie Fondsanlage zur Verfügung. Die Barmenia DirektRente Invest kennt also auch die drei Töpfe konventionelles Deckungskapital, Garantiefonds und freie Fondsanlage sowie ein dynamisches Umschichtungsverfahren in Abhängigkeit von der Kursentwicklung und der Entwicklung der Höchststandsgarantie der Garantiefonds. Anders als bei den dynamischen Dreitopfhybriden sind aber höchstens zwei Töpfe gleichzeitig gefüllt, so dass es sich bei der Barmenia DirektRente Invest um einen dynamischen Zweitopfhybrid mit der Möglichkeit einer freien Fondsanlage handelt.“*

Von der Zurich wird das DWS-Modell I-CPPI (Individual-Constant Proportion Portfolio Insurance) angeboten. Die Zurich betont: „I-CPPI ist kein Hybrid, sondern eine 100%tige Fondslösung. Hybride investieren in Fonds und Deckungsstock, I-CPPI investiert in gemischte Dachfonds und Rentenfonds. I-CPPI ist genauso wie die dynamischen Zwei- und Dreitopfhybride eine dynamische Wertsicherungsstrategie.“

Mit dem von der Versicherungsaufsicht vorgegebenen Höchstrechnungszins wird eine Deckungsrückstellung berechnet, d. h. eine Passiv Position; der Deckungsstock ist eine Aktivposition, der die Passivpositionen finanzieren

muss. Die Erlebensfalleistung des Zurich Produktes bAV direkt Garant Premium hat weder einen konventionellen Deckungsstock noch wird sie mit einem Rechnungszins kalkuliert. Die Mindestleistung wird durch die Kapitalanlagestrategie der DWS erreicht, die auf diese Mindestleistung auch eine Garantie abgibt. Als Fondsgesellschaft unterliegt die DWS nicht der Versicherungsaufsicht, sondern muss ihre Garantien nach aktuellen Kapitalmarktkonditionen bedecken und ist an keinen Rechnungszins gebunden.

### ■ Die Tarifwelt in der Direktversicherung

Jede Direktversicherung besitzt einen konventionellen Deckungsstock mit einem aktuellen Höchstrechnungszins von 2,25% p.a, wobei die konkrete Ausgestaltung der Anlage stark voneinander unterschieden sein kann.

Zunächst einmal gibt es die altbekannten Direktversicherungen mit konventioneller Kapitalanlage. Diese erfolgt vollständig im festverzinslichen Deckungsstock und wird mit dem vereinbarten Rechnungszins verzinst. Die Aktienquote ist dabei auf 35% beschränkt, wobei nicht selten eine tatsächliche Investition in Aktien selbst 10% weit unterschreitet.

Eine zweite Variante stellt der Konzepttarif der NÜRNBERGER dar. Hier wird der Rechnungszins freiwillig auf 1,5% beschränkt. Damit sind die ausgewiesenen Garantien zwar niedrig. Im Gegenzug wird jedoch eine deutlich höhere Anlage in risikoreichen Investments (DAX-Titeln) ermöglicht. Auf Sicht der vergangenen sechzehn Jahre konnte damit die durchschnittliche Rendite konventioneller Tarife weit übertroffen werden.

Der Urform noch sehr nahe sind auch konventionelle Tarife, bei denen nur der Überschuss in Investmentfonds anstatt festverzinslich investiert wird. In den vergangenen Jahren sind diese Lösungen jedoch immer mehr von den im Folgenden beschriebenen Hybridmodellen verdrängt worden.

Seit einigen Jahren gibt es als nächste Kategorie die so genannten starren Zweitopfhybriden. Hier fließt nur soviel Geld in den klassischen Deckungsstock wie es zur Darstellung der endfälligen Garantie benötigt wird. Das restliche Kapital wird frei in den vom Kunden ge-

wünschten Fonds investiert. Tatsächlich lässt dieses Modell eine nur geringe Aktienquote zu.

Bei den teildynamischen Zweitopfhybriden wird das freie Fondsvermögen durch einen so genannten Wertsicherungsfonds ersetzt. Damit hat der Kunde zwar keine Möglichkeit mehr zur individuellen Ausgestaltung seiner Anlagestrategie, dafür kann der Versicherer jedoch flexibel zwischen Deckungsstock und Wertsicherungsfonds (Garantiefonds) hin und her switchen, um damit eine insgesamt möglichst hohe Aktienquote zu realisieren.

Eine weitere Anlagevariante sind so genannte dynamische Dreitopfhybride. Hier enthält der erste Topf den klassischen Deckungsstock, der zweite Topf den Wertsicherungsfonds und der dritte Topf steht schließlich für die freie Fondsanlage zur Verfügung. Zielsetzung ist es, nach Möglichkeit nur im zweiten und dritten Topf investiert zu sein und damit eine möglichst hohe Aktienquote zu ermöglichen. Naturgemäß ist ein vollständiges Investment in Aktien auf Basis realer Börsenverläufe sehr unwahrscheinlich, zumal der Garantie- oder Wertsicherungsfonds dazu eingesetzt wird, erhebliche Börsenschwankungen weitgehend abzufedern. Üblich sind wahlweise Höchststandsgarantien oder eine Garantie, dass der Kurswert zum Ende des Vormonats nicht unter 80% fallen kann. Nimmt man beispielsweise drei Monate mit stark fallenden Kursen von 100 auf 70 auf 40 an, so würde die 80%-Garantie zu einem Kurswert von 100 auf 80 auf 64 führen. Das hier sinkende Garantieniveau bezieht sich zwar auf den Wertsicherungsfonds, nicht jedoch auf die vertraglich vereinbarte Mindestgarantie, die ein Kunde erhält.

Unterzieht man diese Modelle einer so genannten „Monte-Carlo-Simulation“, bei der die Deckungskapitalentwicklung in 10.000 möglichen Marktverläufen untersucht wird, ergeben sich deutliche Renditevorteile der dynamischen 3-Topf-Hybridmodelle. Garantieerzeugungskosten sind dort also am niedrigsten.

### ■ Funktionsweise einer Direktversicherung

Der Arbeitgeber schließt als Versicherungsnehmer für seinen Mitarbeiter einen Vertrag mit einem Lebensversicherer ab. Versicherte Person und Bezugsberechtigter ist der Arbeitnehmer. Üblich

<sup>1</sup> Pensionskassen können freiwillig eine Mitgliedschaft im Protektor beantragen. Beispielsweise ist die SIGNAL IDUNA Pensionskasse freiwilliges Mitglied bei Protektor.

sind Rentenversicherungen (Lebensversicherungen nur nach dem alten § 40b EStG, heute unüblich), seltener auch Berufsunfähigkeitsversicherungen. Denkbar ist jedoch auch die Gestaltung mit Riesterförderung gemäß § 10a EStG. Dies ist jedoch nicht sinnvoll, wenn der Arbeitnehmer gesetzlich krankenversichert ist und innerhalb der Beitragbemessungsgrenze verdient. Er müsste dann im Alter Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge zahlen, obwohl er die Beiträge voll verarbeitet hat. Durch diese Doppel-Verbeitragung sinkt die Netto-rendite spürbar.

Mit dem Arbeitgeber als Versicherungsnehmer steht auch der Makler zunächst einmal in der Verpflichtung, den Arbeitgeber umfassend über die Vor- und Nachteile nicht nur der Durchführungswege, sondern auch der Tarifvarianten zu beraten.

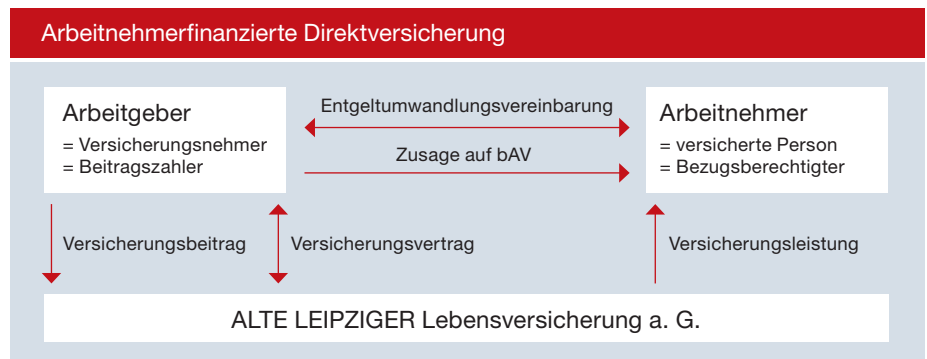
Obwohl der vertragliche Rentenbeginn aus steuerlichen Gründen nicht vor dem vollendeten 60. Lebensjahr liegen darf, sind abgekürzte Beitragszahlungsdauern ebenfalls möglich. Insbesondere gilt dies im Rahmen einer arbeitgeberfinanzierten Versorgung. Nicht ungewöhnlich ist auch, dass der Arbeitgeber nach Ablauf der ursprünglichen Beitragszahlungsfrist erneut entscheidet, ob er die Beitragszahlung abschließen oder fortführen möchte. In Frage kommt auch eine variable Beitragshöhe (gegebenenfalls mit langjährig zugesagtem Sockelbeitrag) in Abhängigkeit vom Unternehmensgewinn in den einzelnen Jahren. Damit soll eine langjährige Beitragszahlungsverpflichtung bzw. eine überhöhte Belastung in wirtschaftlich schwachen Zeiten vermieden werden.

Tarifabhängig wird neben dem 60, 65. oder 67. Lebensjahr auch ein Rentenbeginn zum 75. oder gar 80. Lebensjahr angeboten. Inwiefern dies sinnvoll ist, ist jedoch Ermessenssache, denn eigentlich soll eine betriebliche Altersversorgung die gesetzliche Rentenlücke reduzieren helfen.

In der Regel kann die Betriebsrente auch vorzeitig in Anspruch genommen werden, sofern der Arbeitnehmer einen Rentenbescheid vorlegen kann. Manche Anbieter wie die NÜRNBERGER verlängern auch die Beitragszahlungsdauer (ohne erneute Abschlusskosten), wenn der Beginn der gesetzlichen Rente hinausgeschoben wird.

Aus Haftungsgründen werden in der Regel nur beitragsorientierte Leistungs-

Die Funktionsweise einer Direktversicherung am Beispiel der ALTE LEIPZIGER



zusagen erteilt. Damit sind etwaige Rentenanwartschaften auf die durch Beiträge finanzierten Leistungen beschränkt. Wird also eine Beitragszahlung vorzeitig eingestellt, so gilt ähnlich wie bei Schicht-3-Produkten nur ein Anspruch auf die bis dahin aufgebaute beitragsfreie Summe. Daher sollte darauf geachtet werden, dass entweder auf eine beitragsfreie Mindestrente verzichtet wird oder diese Mindestrente wenigstens schon nach ein oder zwei Jahren erreicht werden kann.

Inwiefern ein Einbringen auch von Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsleistungen in eine betriebliche Altersversorgung Sinn macht, ist umstritten. Vorteilhaft ist sicher der deutlich geringere finanzielle Aufwand für etwa eine selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung. Da der Arbeitgeber jedoch Versicherungsnehmer ist, stellt sich die Frage, ob dieser im Leistungsfall wirklich Kenntnis von persönlichen Angaben zum Gesundheitszustand der versicherten Person erlangen sollte, nur weil er die Obliegenheit zum Erbringen der Anspruchsvoraussetzungen für eine Rentenleistung oder auch nur eine Beitragsfreistellung bei Berufsunfähigkeit hat. Schließlich geht der Vertrag erst auf einen Arbeitnehmer über, wenn fest steht, dass dieser das Unternehmen verlassen hat. Der Leistungsfall soll aber ggf. schon vorab gemeldet werden, zumal ja bei Berufsunfähigkeit auch eine Restarbeitsfähigkeit vorhanden sein darf. In der Praxis wende man sich laut Auskunft eines hierzu befragten Versicherers daher direkt an den Arbeitnehmer als versicherte Person, so dass der Arbeitgeber nichts (Neues) über den Gesundheitszustand seines (ehemaligen) Mitarbeiters erfahren muss.

Während auf die Nachteile später noch detaillierter eingegangen werden soll, ist

festzuhalten, dass der Anspruch auf Versicherungsleistungen aus einer Entgeltumwandlung sofort dem Arbeitnehmer gehören, während für arbeitgeberfinanzierte Leistungen bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen sind, bevor eine gesetzliche Unverfallbarkeit eintritt. Verwaltungstechnisch ist eine Direktversicherung eine Lösung mit minimalem administrativem Aufwand für ein Unternehmen. Darüber hinaus spricht dafür, dass die gesetzlichen Vorgaben an das Angebot einer betrieblichen Altersversorgung in jedem Unternehmen erfüllt werden können.

Ab Eintritt der gesetzlichen Unverfallbarkeit ist eine Direktversicherung insolvenzversicherungspflichtig.

Bei einer arbeitgeberfinanzierten Variante kann dies vermieden werden, wenn ein unwiderrufliches Bezugsrecht besteht und der Vertrag weder abgetreten noch verpfändet oder beliehen ist. Diese Voraussetzungen sind in der Praxis regelmäßig erfüllt, so dass eine Insolvenzsicherungspflicht nur noch besteht, wenn die Direktversicherung durch den Arbeitgeber beliehen wird (siehe unten). Laut SIGNAL IDUNA sei es die Regel, Direktversicherungen mit einem unwiderruflichen Bezugsrecht auszustatten, so dass grundsätzlich keine Insolvenzpflcht besteht.

**■ Unverfallbarkeit im Rahmen der arbeitgeberfinanzierten Direktversicherung**

Allein bei arbeitgeberfinanzierten Verträgen kommt es abweichend auf das Vorliegen der gesetzlichen Unverfallbarkeit an. Diese liegt vor, wenn bei einer nach dem 31.12.2008 erteilten arbeitgeberfinanzierten Versorgung der Arbeitnehmer bei Ausscheiden mindestens 25 Jahre alt ist und die Zusage seit mindestens 5

Jahren besteht. Wurde die Zusage vor dem 01.01.2009 gegeben, so ist es für die gesetzliche Unverfallbarkeit erforderlich, dass der Arbeitnehmer bei Ausscheiden mindestens 30 Jahre alt ist und die Zusage seit mindestens 5 Jahren bestanden hat. Die Anwartschaft bleibt auch dann erhalten, wenn die Zusage seit dem 01.01.2009 mindestens 5 Jahre bestanden hat und der Versorgungsberechtigte bei Ausscheiden mindestens 25 Jahre alt ist. Abweichend kürzere Fristen obliegen der Gestaltung des Arbeitgebers.

Wenn ein Vertrag wegen fehlender gesetzlicher Unverfallbarkeit bei Ausscheiden des Arbeitnehmers beim bisherigen Arbeitgeber verbleibt, so entscheidet dieser für sich, ob er sich den Rückkaufswert auszahlen lässt, mit den Beitragszahlungen für andere Versicherungen verrechnen lässt oder dem ausscheidenden Mitarbeiter den Vertrag mitgibt. Dabei hat er allerdings den Gleichbehandlungsgrundsatz zu beachten.

Ist ein Vertrag noch nicht unverfallbar und der Arbeitnehmer noch nicht ausgeschieden, so kann ein Arbeitgeber diesen auch zur Überwindung vorübergehender Liquiditätspässe beleihen oder sogar zur Kreditabsicherung an eine Bank abtreten. Wurde jedoch ein unwiderrufliches Bezugsrecht zu Gunsten des Arbeitnehmers vereinbart, so entfällt dieser Handlungsspielraum für den Arbeitgeber. Denkbar wäre hier höchstens, dass der Arbeitnehmer freiwillig auf sein unwiderrufliches Bezugsrecht verzichtet. Dazu dürfte es aber üblicherweise keine Veranlassung geben. Schließlich macht es wenig Sinn, ein Policendarlehen des Arbeitgebers mit einer späteren Kapitalzahlung zu verrechnen, die eigentlich dem Arbeitnehmer zusteht. Außerdem sind für den beleihenden Teil eines bereits gesetzlich unverfallbaren Vertrages vom Arbeitgeber PSV-Beiträge zu zahlen, was es sicher zu vermeiden gilt.

Auch findet im Rahmen einer Direktversicherungsversorgung keine Bilanzberührung statt. Für den Arbeitgeber bedeutet dies einen sicheren Hafen im Fall einer späteren Unternehmensveräußerung, da anders als im Rahmen einer Pensionszusage keine Bilanzrückstellungen zu bilden sind. Aufgrund der Abbildung der späteren Versorgungsleistung durch einen Lebensversicherer, muss dieser im Rentenbezug die

Leistungen erbringen, so dass tatsächlich eine Auslagerung der Versorgungsrisiken stattfindet.

Wahlweise kann die bezugsberechtigte Person im Rahmen einer Direktversicherungslösung zum Ablauf einer lebenslangen Rentenleistung (Leibrente) beanspruchen oder sich für eine Kapitalauszahlung entscheiden. Grundsätzlich ist jedoch eine Rentenzahlung vorgesehen. Im Fall einer Kapitalisierung darf diese bis zu 30 Prozent oder 100 Prozent betragen. Oft wird jedoch falsch kolportiert, dass eine Kapitalisierung von mehr als 30 Prozent nicht möglich sei. Tatsächlich ist sogar ein Auszahlplan mit anschließender Restverrentung möglich (Rentengarantiezeit). Diese Regelungen sind nachzulesen im jährlich aktualisierten BMF-Schreiben zur steuerlichen Förderung der privaten Altersvorsorge und betrieblichen Altersversorgung (letzter Stand: 31.03.2010 Rz 272).

Zu beachten sind die wenigen Fälle, in denen die Versicherungsleistungen aus einer Direktversicherung abweichend zur Regel nicht direkt vom Versicherer an den Arbeitnehmer, sondern an den Arbeitgeber fließen. In diesem Fall löst dies – auch bei nur teilweise Kapitalzufluss im Rahmen von geteilten Bezugsrechten – eine Steuerpflicht für den Arbeitgeber aus. Inwiefern sich diese dann auch tatsächlich auswirkt, hängt davon ab, ob Leistungen aktiviert wurden und ob ein Unternehmen bilanziert.

#### ■ Mitnahme der Versicherungsleistungen

Anders als im Rahmen einer U-Kassen-Versorgung besteht im Rahmen einer Direktversicherung, die Möglichkeit zur versicherungsvertraglichen Lösung mit Mitgabe der Direktversicherung d.h. Fortführung der Beitragszahlung durch den Arbeitnehmer bei Ausscheiden aus dem Unternehmen oder alternativ Fortführung des Vertrages bei einem anderen Arbeitgeber. Voraussetzung für die versicherungsvertragliche Lösung ist es, dass alle Überschussanteile von Beginn an zur Erhöhung der Leistungen verwendet wurden und Überschüsse nicht etwa bar ausgezahlt wurden.

Von der versicherungsvertraglichen Lösung zu unterscheiden ist der Begriff der Portabilität. Dieser steht laut NÜRNBERGER für den Deckungskapitalübertrag von Anbieter A nach Anbieter B im Fall eines Arbeitgeberwechsels.

VOLKSWOHL BUND  
VERSICHERUNGEN

Jetzt  
informieren!

## BU Perfect Start



## Rente PLUS mit Pflegeschutz



[www.volkswohl-bund.de](http://www.volkswohl-bund.de)

Scheidet ein Arbeitnehmer aus dem Unternehmen aus, so wird dieser anstelle des Arbeitgebers zum neuen Versicherungsnehmer einer durch Entgeltumwandlung finanzierten Direktversicherung. Durch den Arbeitnehmer finanzierte Verträge sind sofort gesetzlich unverfallbar. Allerdings muss der Arbeitgeber den ausscheidenden Mitarbeiter innerhalb von drei Monaten über die Möglichkeit der Mitnahme informieren. Erfolgt keine Mitgabe, weil der Arbeitgeber eine solche gemäß versicherungsvertraglichem Verfahrens versäumt hat, so wird der Vertrag beitragsfrei beim bisherigen Arbeitgeber und dem Versicherer fortgeführt. Der Arbeitgeber haftet dann gegebenenfalls für den Differenzanspruch des Arbeitnehmers aus dem nicht fortgeführten Vertragsverhältnis (z.B. im Fall einer Berufsunfähigkeit im vierten Monat ohne vorherige Mitgabe des Vertrages an den Arbeitnehmer). Schließlich hätte letzterer den Vertrag unter Beibehaltung des vollen Versicherungsschutzes fortführen können. Arbeitnehmer hat das Recht der Fortsetzung der Versicherung mit eigenen Beiträgen, auch wenn der Arbeitgeber Versicherungsnehmer bleibt (Vgl. § 1b Abs. 5 Nr. 2 BetrAVG). Dabei ist die steuerliche Förderung nicht ausschlaggebend. Wird zum Rentenbeginn noch nicht der Mindestbetrag von 1% der Bezugsgröße nach § 18 SGB IV erreicht, so wird zum Rentenbeginn nur eine Abfindung – nicht zu verwechseln mit dem Rückkaufswert – ausbezahlt. In diesem Zusammenhang ist auf die kontrovers geführte Zillmerdiskussion einzugehen.

#### ■ Umstrittene Verteilung der Abschlusskosten

2007 gelangte das LAG München zu der Ansicht, dass die Zillmerung von Verträgen im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung als ein Verstoß gegen das Wertgleichheitsgebot (§ 1 Abs. 2 Nr. 3 BetrAVG) angesehen werden könne. Eine entsprechende Revision wurde von der Klägerin zurückgezogen. Eine Das Urteil des LAG München wurde nie höchststrichtlich bestätigt. Stattdessen wurde am 15.09.2009 die Revision eines ähnlichen Falles vom LAG Köln v. 13.08.2008 zurückgewiesen. Allerdings hat das BAG in einem Grundsatzurteil deutlich gemacht, dass viel dafür spreche, dass die in der Versicherungsbranche übliche Verteilung der Abschlusskosten

auf mindestens die ersten fünf Vertragsjahre, keine unangemessene Benachteiligung des Arbeitnehmers im Sinne von § 307 Abs. 1 BGB bedeute. Mittlerweile geht die Branche auch vor dem Hintergrund der neu ergangenen Regelungen des VVG davon aus, dass eine Zillmerung ab fünf Jahren in jedem Fall auch im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung zulässig sei, zumal gilt dies dann, wenn entsprechend des BGH-Urteils vom 12.10.2005 bei Kündigung oder Beitragsfreistellung mindestens die Hälfte des ungezillmerten Deckungskapitals zur Verfügung stünde. Ausführlicher zusammengefasst wird diese Diskussion im Buch „Das Neue VVG kompakt. Ein Handbuch für die Rechtspraxis“ von Sven Marlow und Udo Spuhl (Verlag Versicherungswirtschaft, 2010, 4. Auflage, insbesondere S. 498-513). Mark Ortmann vom ITA - Institut für Transparenz in der Altersvorsorge GmbH - sieht keine großen Auswirkungen auf die betriebliche Altersvorsorge durch die jüngste Zillmerungsdiskussion: „Jetzt herrscht Klarheit, dass wir mit den VVG-Regeln auch in der bAV gut arbeiten können. Dennoch sehe ich einen gewissen Trend hin zur Reduzierung der Abschlusskosten und Erhöhung der laufenden Vergütung.“

Ein wichtiger Punkt bei der Bewertung von Versicherungsprodukten ist sicher auch die real erzielbare Rendite nach Kosten. Laut Ortmann werde die Vergleichbarkeit zukünftig immer besser, da nunmehr die ersten Anbieter eine Reduktion in Yield (RIY) ausweisen: „Momentan sind das Allianz, Standard Life, Volkswohl Bund und DWS. Ansonsten kann der Kunde die Reduktion in Yield selbst berechnen, z.B. mit dem Rechner unter [www.ita-online.info](http://www.ita-online.info). Ohne Reduktion in Yield: keine Chance. Ich nenne die Reduktion in Yield übrigens Effektivkosten.“ Unter diesen Anbietern steht die DWS als Investmentgesellschaft natürlich nicht für eine Direktversicherungslösung zur Verfügung.

#### ■ Kein Licht ohne Schatten

Trotz der sonst so großen Vorteile einer Direktversicherungslösung sind jedoch auch gewisse Nachteile erwähnenswert. In erster Linie sind dies reduzierte Beiträge in die Arbeitslosen- und Rentenversicherung und damit geringere Ansprüche auf Arbeitslosengeld und gesetzliche Altersrente. Dies liegt daran,

dass sich diese Leistungen auf das Bruttoeinkommen eines Arbeitnehmers beziehen und dieses durch eine Entgeltumwandlung reduziert wird.

Zu beraten sind jedoch auch die Folgen der nachgelagerten Besteuerung gemäß § 22 Abs. 5 EStG, die auch Leistungen aus einer möglicherweise ergänzenden Berufsunfähigkeits- oder Hinterbliebenenvorsorge betreffen. Die Steuern fallen allerdings jeweils nur an, wenn die im Jahr des Zuflusses geltenden Freibeträge überschritten werden. Die Besteuerung erfolgt in so einem Fall mit dem dann für die jeweilige Person geltenden Steuersatz. Meist ist dieser allerdings geringer als im aktiven Erwerbsleben.

Gerade für Personen, bei denen zwischen Vertragsbeginn und Rentenbeginn nur noch wenige Jahre liegen, realisiert sich ein zusätzlicher Gewinn daraus, dass die Steuer- und Sozialversicherungersparnis sofort besteht, in der kurzen Laufzeit aber nur eine geringe Kapitalleistung entstehen kann, die überhaupt einer nachgelagerten Besteuerung unterworfen werden könnte.

Rentenleistungen, die auf nicht geförderten Beiträgen beruhen, also solche, die 4% BBG bzw. gegebenenfalls zuzüglich 1.800 Euro übersteigen, sind nur mit dem Ertragsanteil zu besteuern.

Für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung besteht für Leistungen der betrieblichen Altersversorgung grundsätzlich Beitragspflicht zur Krankenversicherung der Rentner sowie zur Pflegeversicherung. Gemäß § 229 SGB V handelt es sich um Versorgungsbezüge aus einem Arbeitsverhältnis, so dass für sie der volle allgemeine Beitragssatz zur Kranken- und Pflegeversicherung zu entrichten ist. Im Fall einer Kapitalisierung gilt 1/120 der Leistung als monatlicher Zahlbetrag der Versorgungsbezüge, längstens jedoch für zehn Jahre.

Angenommen, die Kapitalauszahlung betrage 100.000 Euro, so ist für zehn Jahre lang der allgemeine Krankenversicherungsbeitrag auf monatlich 833,33 Euro zu zahlen. Beträgt dieser beispielhaft für den Zeitraum von 120 Monaten jeweils genau 15%, so wären insgesamt 15.000 Euro bzw. 125 Euro monatlich an Beiträgen zu entrichten. Eine Möglichkeit zur Einmalzahlung ist nicht vorgesehen.

Gemäß § 229 SGB V lösen Leistungen aus einer bAV keine Sozialversicherungspflicht aus, soweit eine Untergrenze nicht

erreicht ist. Erreichen alle bAV-Leistungen zusammen nicht 1/20 der monatlichen Bezugsgröße (2011: 127,75 Euro Monatsrente), so sind keine Leistungen zu verbeitragen. Privat krankenversicherte haben hier einen deutlichen Vorteil, da sie nie Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge auf Versorgungsleistungen zahlen müssen.

Wird eine Direktversicherung nach Ausscheiden aus dem Berufsleben privat finanziert fortgesetzt, so unterliegen die ab diesem Zeitpunkt privat finanzierten Leistungen nicht der Kranken- und Pflegeversicherungspflicht. Dies hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) mit Urteil vom 28.09.2010 entschieden. Voraussetzung dafür ist, dass die privat finanzierten Beiträge nach der Beendigung des Arbeitsverhältnisses an die Versicherung geleistet worden sind und die Versicherungsnehmereigenschaft auf die versicherte Person übertragen wurde. Der konkrete Fall wurde daher vom BVerfG an das Bundessozialgericht (BSG) zurückgewiesen, um ihn dort neu zu entscheiden. Als Folge müssen Versicherungsunternehmen zukünftig nur noch den betrieblich finanzierten Teil der Leistungen an die Krankenkasse melden. Darauf weist die Generali in einer Fachinformation vom 31.01.2011 hin: „Zu Unrecht gezahlte Beiträge werden – wohl unter Beachtung der vierjährigen Verjährungsfrist – von der Krankenkasse direkt an den Versorgungsempfänger zurückerstattet. Der Versicherer muss hierfür eine Korrekturmeldung erstellen.

Erstattungsanträge können bereits an die Krankenkassen gestellt werden. Das genaue Prozedere der Beitragsrückerstattung wird jedoch derzeit vom GKV Spitzenverband erarbeitet, weshalb u. a. die größten deutschen Krankenkassen bis zur abschließenden Klärung noch keine Erstattungen vornehmen.

Betriebsrentner, die Direktversicherungen (Urteil bezieht sich nur auf Direktversicherungen, laut GKV-Spitzenverband keine Übertragung auf Pensionskassen) privat weitergeführt haben, sollten deshalb vorsorglich Widerspruch gegen künftige und vergangene Bescheide einlegen, um die Verjährung eines eventuellen Erstattungsanspruchs zu verhindern.“

Im Todesfall ist zu beachten, dass Leistungen aus einer betrieblichen Altersvorsorge nicht so frei vererbt werden können wie es bei Schicht-3-Produkten üblich ist.

Vielmehr besteht ein Bezugsrecht in nachstehender Reihenfolge nur für versorgungsberechtigte Hinterbliebene, also:

- den überlebenden Ehegatten mit dem die versicherte Person bei Tod verheiratet war
- den Lebenspartner, mit dem der Versicherte zum Zeitpunkt seines Todes in einer gemäß § 1 LPartG eingetragenen Partnerschaft gelebt hat
- den Lebensgefährte des nicht verheirateten Versicherten, mit dem dieser zum Zeitpunkt seines Todes in einer auf Dauer angelegten eheähnlichen Gemeinschaft gelebt hat und den dieser vor seinem Tod dem Versicherer in Schriftform benannt hat
- die Kinder des Versicherten im Sinne von § 32 Abs. 3, Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 bis 3 und Abs. 5 EStG, maximal aber bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres
- sonstige Erben des Versorgungsberechtigten. Hier ist die Todesfalleistung auf 8.000 Euro beschränkt

Auf eine wichtige Besonderheit macht Andreas Buttler in seiner „Einführung in die betriebliche Altersversorgung“ aufmerksam:

*„Auch die Einräumung eines teilweisen oder gespaltenen Bezugsrechtes zu Gunsten des Arbeitnehmers ist möglich. So ist es denkbar, dass der Arbeitnehmer nur die garantierten Leistungen aus der Versicherung bekommen soll und der Arbeitgeber die Überschüsse erhält. Auch ein Bezugsrecht des Arbeitnehmers für den Todesfall des Arbeitnehmers kommt in der Praxis gelegentlich vor, z.B. wenn der Arbeitnehmer unverheiratet ist. Ein teilweises oder gespaltenes Bezugsrecht wirkt sich allerdings auf die steuerliche Behandlung der Versicherung beim Arbeitgeber aus.“ (S. 135)*

Bei gespaltenem Bezugsrecht muss der dem Arbeitgeber zustehende Teil der Versicherungsleistung in dessen Bilanz aktiviert werden. Ausführlicher dazu bei Buttler. S. 136-137.

Üblich ist es, dass Überschüsse ab Rentenbeginn zur Erhöhung der Versicherungsleistung verwendet werden. Für den Arbeitgeber entfällt damit die Verpflichtung zur regelmäßigen Rentenanpassung. Dennoch sollten sich Arbeitgeber und Arbeitnehmer gerade bei fondsgebundenen

Varianten auch mit der Höhe des zugesagten Rentenfaktors beschäftigen und prüfen, inwiefern dieser uneingeschränkt oder mit Treuhänderklausel nur eingeschränkt garantiert ist. Je nach Anbieter kann sich der Rentenfaktor auf das gesamte Fondsvermögen oder auch nur auf das Garantieguthaben beziehen. Natürlich ist erstere Lösung vorzuziehen.

### ■ Kollektivlösungen

Häufig wird eine betriebliche Altersversorgung im Rahmen von Kollektivtarifen zu vergünstigten Konditionen angeboten, doch sind auch einzelvertragliche Lösungen möglich. Ein Arbeitgeber kann sich sogar dafür entscheiden, jedem Arbeitnehmer frei die Wahl eines geeigneten Versicherers zu überlassen. Da er jedoch die Haftung gegenüber dem Arbeitnehmer zu erfüllen hat, ist hiervon abzuraten.

Sofern ein Kollektivvertrag gewählt wird, sind die Kollektivvoraussetzungen des jeweiligen Anbieters zu beachten. Obwohl es Kollektive gibt, die nur einen einzigen Mitarbeiter erfordern, ist in der Regel eine Mindestzahl von Arbeitnehmern erforderlich. So unterscheidet beispielsweise die ALTE LEIPZIGER zwischen Kleinkollektiven (5 bis 9 Personen) und Kollektiven (ab 10 Personen).

Kollektivlösungen bieten sich etwa dann an, wenn biometrische Leistungen mit vereinfachter Gesundheitsprüfung abgesichert werden sollen. Die Vereinfachung kann hierbei von einer Dienstobliegenheitserklärung (z.B. ALTE LEIPZIGER, NÜRNBERGER) über Kurzfragebögen bis hin zur individuellen Gesundheitsprüfung reichen. Kriterien hierfür sind Art und Höhe der versicherten Leistungen, Größe des Kollektivs und Finanzierungsart (Arbeitgeberfinanziert/Entgeltumwandlung).

Im Rahmen einer Dienstobliegenheitserklärung erklärt der Arbeitgeber, dass die zu versichernde Person zum Zeitpunkt der Antragsstellung ihren Dienst voll versieht, teilweise aber auch dass der Arbeitnehmer in den letzten x Jahren vor Antragsstellung nicht länger als y Tage am Stück krank geschrieben war. Denkbar ist auch die Forderung, dass der Arbeitnehmer vom gleichen Versicherer noch nicht wegen Berufsunfähigkeitsschutz abgelehnt wurde.

### ■ Exemplarische Produktvarianten

Beispielhaft sollen im Folgenden einige Produktangebote näher dargestellt wer-



den, die aus dem einen oder anderen Grund besonders interessant erscheinen. Die **ALTE LEIPZIGER** beispielsweise bietet ihren Kunden alternativ folgende Direktversicherungslösungen an:

- fondsgebundene Direktversicherung ALfondsBAV (FR20) mit / ohne Berufsunfähigkeitszusatzversicherung (BZ11)
- konventionelle Rentenversicherung (RV10, RV25, RV30) mit / ohne Berufsunfähigkeitszusatzversicherung (BZ10), Hinterbliebenenzusatzversicherung (HZ10) und Waisenrentenzusatzversicherung (WZ10)
- Pensionsrentenversicherung (PV10, PV20)
- Berufsunfähigkeitsversicherung (BV10)
- Liquidationsdirektversicherung (diverse der oben benannten Tarife, je nach Ausgestaltung)

Die fondsgebundene Direktversicherung der ALTE LEIPZIGER funktioniert auf Basis eines dynamischen Dreitopfhybrids mit monatlicher Anpassung des Anlagemixes. Die ALTE LEIPZIGER verspricht zum Vertragsablauf ein zur Verrentung zur Verfügung stehendes Guthaben, welches die Summe der eingezahlten Beiträge übersteigt. Als Wertsicherungsfonds steht der AL DWS Global Aktiv+ zur Verfügung. Dieser garantiert, dass jeweils immer mindestens 80% des Vormonatsstandes vom Fondsvermögen vorhanden sind. Übertrifft das Guthaben im Wertsicherungsfonds die Beitragsgarantie, so kann der Kunde dieses frei in alle Fonds der ALfonds-Familie (außer dem Garantiefonds-konzept) als freies Fondsvermögen investieren. Kann die Beitragsgarantie nicht (mehr) über den Wertsicherungsfonds dargestellt werden, so erfolgt die Anlage entsprechend im konventionellen Deckungsstock. So ist trotz Fondsanlage jederzeit gewährleistet, dass zu Rentenbeginn die Garantierente gezahlt werden kann. Aus entstehenden Überschüssen wird eine zusätzliche Rente gebildet.

Aus Haftungssicht ist es sinnvoll für den Arbeitgeber, darauf zu achten, dass der Versicherte eine „harte“ Beitragsgarantie ausspricht (z.B. NÜRNBERGER), die dann auch durch den Sicherungsfonds der privaten Versicherungswirtschaft (Protektor) gesichert ist.

Grundsätzlich kann die Beitragshöhe hier jährlich angepasst werden. Damit besteht eine grundlegende Flexibilität in

der Beitragszahlung. Inwiefern dies sinnvoll im Zusammenhang mit der Absicherung auch biometrischer Risiken ist, soll hier dahingestellt bleiben.

Ein Einschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung ist bei der ALTE LEIPZIGER möglich und durchaus interessant, wenn man bedenkt, dass eine ausreichend bemessende Absicherung so in vielen Fällen erst finanzierbar ist. Nachteilig ist die volle Besteuerung von BU-Renten anstelle einer Besteuerung mit dem Ertragsanteil wie sie normalerweise üblich ist. Dabei ist jedoch zu beachten, dass eine Besteuerung das Übersteigen der jeweiligen Freigrenzen voraussetzt und nur der individuelle Steuersatz anzusetzen ist.

Nachteilig ist auch, dass das Prämienniveau beim Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis wieder auf den normalen Beitrag ohne Nettoeffekt ansteigt und damit vielfach ggf. gar nicht mehr zahlbar ist. In letzterem Punkt stellt sich aber eine ähnliche Problemstellung bei jedem Arbeitslosen. Auch betrifft dies nicht nur die Absicherung für den Fall der Berufsunfähigkeit, sondern auch jede privat fortgeführte Direktversicherung, aber auch prinzipiell jede private Altersvorsorge.

Anders als bei herkömmlichen Berufsunfähigkeitsversicherungen ist aus steuerrechtlichen Gründen eine Einmalzahlung bei erstmaliger Berufsunfähigkeit nicht zulässig. Aus ähnlichen Gründen kommen auch nur die Überschussarten „Bonusrente“, „verzinsliche Ansammlung“ und „Fondsansammlung“ in Frage, während ein Beitragssofortrabatt ausscheidet.

Das Angebot auf „Pensionsrentenversicherung“ sieht Leistungen in Form von Alters-, Berufsunfähigkeits-, Witwen- / Witwer- und Waisenrenten vor. Die Kalkulation der Hinterbliebenenrentenleistungen erfolgt kollektiv, d.h. ohne Be-

rücksichtigung des tatsächlichen Familienstandes. Damit ist die Kenntnis desselben auch nicht erforderlich. Dafür werden bei der Beitragskalkulation Wahrscheinlichkeiten, in bestimmten Altern verheiratet zu sein, sowie durchschnittliche Altersunterschiede zwischen Ehepartnern berücksichtigt. Ein genereller Ausschluss ist nur für den gesamten Rahmenvertrag möglich, d.h. wenn für keine der versicherten Personen Witwen-/Witwer- oder Waisenrente gewünscht wird. Dabei können Pensionsrentenversicherungen generell nur für Kollektive abgeschlossen werden. Der Rückkauf einer Versicherung ist grundsätzlich nicht möglich, jedoch eine Beitragsfreistellung.

Bei der **LV 1871** stehen also für die Direktversicherung die fondsgebundene Performer Rente (FRV) sowie die klassischen Rententartarife RT1/RT2 zur Verfügung. Auch eine selbstständige Berufsunfähigkeitsrente wird als Direktversicherungslösung angeboten. Auf Wunsch kann bis zu einem Jahresbeitrag von 3.000 Euro auf eine Gesundheitsprüfung in der Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeitsversicherung verzichtet werden. Dafür muss die versicherte Person jedoch eine Wartezeit von drei Jahren in Kauf nehmen. Diese entfällt nur bei unfallbedingter Berufsunfähigkeit. Sofern auch eine Berufsfähigkeitsrente vereinbart werden soll, ist ein Verzicht auf Gesundheitsprüfung nicht möglich. Die Mindestvertragslaufzeit darf zwölf Jahre nicht unterschreiten.

In der Discover level 2 Betriebsrente von **MONEYMAXX** steht für die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit eine vereinfachte Gesundheitsprüfung zur Verfügung - ohne Wartezeit. Bei einem Beitrag bis max. 4% der BBG – bezogen auf Hauptversicherung und Zusatzversicherung – sind lediglich zwei Risikofragen zu beantworten:

**Risikofragen versicherte Person – bei Beantragung einer Beitragsübernahme bei BU oder EU bis 220 EUR Monatsbeitrag.**

1. Sind Sie in der Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z.B. Tauchen, Kampfsport, Bergsport, Sportfliegen, Drachen-, Gleitschirmfliegen, Ultraleichtflug, Fallschirmspringen, Motorsport, Teilnahme an Wettfahrten)? Ja  Nein

Art der Gefahren

2. Erhalten oder erhielten bzw. beantrag(t)en Sie in den letzten 5 Jahren eine Rente oder Abfindung wegen Berufsunfähigkeit/ Erwerbsunfähigkeit/ Erwerbsminderung/ Pflegebedürftigkeit/ Dienstunfähigkeit oder körperlichen Schäden (ggf. Rentenbescheid- abschrift – Begründungsteil mit Versehrtenstufe – beifügen) und/oder besitzen oder beantrag(t)en Sie einen Ausweis nach dem Behindertenrecht? Ja  Nein

Wird bei der LV 1871 eine Hinterbliebenenleistung eingeschlossen, so wird den Hinterbliebenen bei Tod des Arbeitnehmers die vereinbarte Summe in Form einer monatlichen Rente ausgezahlt. Die Option steht allerdings nur bei konventionellen Tarifen, nicht jedoch im Rahmen der Fondsanlage zur Verfügung.

Besonders interessant zum Ausgleich des Inflationsrisikos ist der optionale Einschluss einer garantierten Rentensteigerung ab Rentenbeginn. Dies bedeutet zusätzlich zu den nicht garantierten Überschüssen eine garantierte jährliche Rentenanpassung ab Rentenbeginn.

Grundsätzlich können auch Minijobber von betrieblicher Altersvorsorge profitieren. Dabei ist zu beachten, dass durch die Vergütung von Mehrarbeit in dieser Form ein existierender (tariflicher) Mindestlohn nicht unterschritten werden darf. Außerdem muss bei Vorliegen eines zweiten Arbeitsverhältnisses zwingend eine Unterstützungskassenlösung verwendet werden, während Direktversicherungen nur für das erste Arbeitsverhältnis erlaubt sind. Grundsätzlich kann dabei jeder Versicherer so genannte „Minijobrenten“ anbieten. Besondere Tarife sind dazu nicht notwendig, worauf beispielsweise Nürnberger und MONEY-MAXX hinweisen. Vertriebllich gibt es jedoch Anbieter, die hierzu spezielle Konzepte entwickelt haben, um ihren Vermittlern den Verkauf zu vereinfachen. Einer hiervon ist die LV 1871.

Ziel dabei ist es, Minijobbern die Gestaltung einer betrieblichen Altersvorsorge zu ermöglichen, ohne damit ihre monatlichen Nettoeinkünfte zu beschneiden. Das Prinzip ist ganz einfach: Der Minijobber erhöht seine Arbeitszeit beispielhaft von 40 auf 50 Stunden im Monat. Dadurch erhöht sich sein Gehalt – abhängig vom Stundenlohn – von heute 400 auf 500 Euro. Dieser Bruttobeitrag wird jedoch sofort wieder um 100 Euro für eine Direktversicherung aus Entgeltumwandlung reduziert, so dass das sozialversicherungspflichtige Gehalt weiterhin 400 Euro beträgt. Die pauschalen Abgaben des Arbeitgebers bleiben in beiden Fällen mit 120 Euro gleich, während die monatlichen Betriebsausgaben von 520 auf 620 Euro steigen. Zugleich sinken jedoch die Lohnkosten pro Stunde von vorher 13 Euro auf nunmehr 12,40 Euro (= 620 Euro geteilt durch 50 Stunden).

Der Arbeitgeber profitiert also von geringeren Lohnkosten und einer engeren Mitarbeiterbindung; der Minijobber von einer zunächst zwar geringen, aber dennoch sich aufbauenden ergänzenden Altersrente.

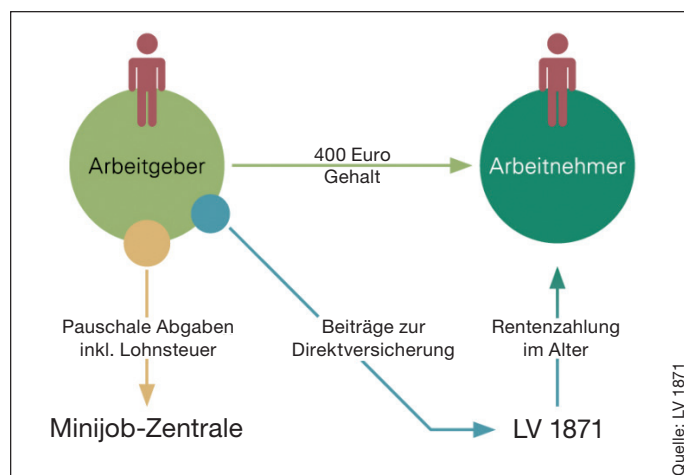
Die Cleverness-Police wiederum wurde gestaltet, um Arbeitnehmern die Möglichkeit zu bieten, ihre vermögenswirksamen Leistungen möglichst einfach mit einer Direktversicherung zu kombinieren. Dabei wird der steuerliche Vorteil bei der Umwandlung von vermögenswirksamen Leistungen in betriebliche Altersvorsorge im Vergleich zu einer herkömmlichen Anlage wie einem Bausparvertrag oder einem Fonds aufgezeigt.

Grundsätzlich handelt es sich um eine normale Direktversicherung, die vertriebsfreundlich für die Partner der LV 1871 aufbereitet wurde, um vermögenswirksame Leistungen besser in die betriebliche Altersversorgung zu integrieren.

In der fondsgebundenen Anlage kommt der Tarifaufgestaltung, abhängig von der Zusageform besondere Bedeutung zu. Bei der LV 1871 können unterschiedliche Garantien im Erlebensfall ausgesprochen werden. Grundsätzlich wird eine Beitragserhaltungsgarantie ausgesprochen. Maximal ist damit der Rechnungszins von zurzeit 2,25% p.a. garantiert. Diese „maximale Garantie“ wird durch die nicht garantierten Überschüsse aus der Investmentanlage erhöht:

*„Die Teile des Beitrages, die nicht zur Deckung der Kosten verwendet werden, dienen dem Aufbau der garantierten Erlebensfalleistung. Sämtliche Überschüsse werden jedoch in dem oder den von Ihnen gewählten Investmentfonds angelegt.“*

Im Rahmen dieser Garantievариante ist zum Ende der Vertragslaufzeit gerade bei kurzen Laufzeiten oder ungünstigem Börsenverlauf nicht notwendigerweise die Rückzahlung der eingezahlten Beiträge garantiert. Ein Resthaftungsrisiko



für den Arbeitgeber verbleibt also. Neben der maximalen Garantie gibt es auch die Möglichkeit einen „Beitragserhalt zu 100%“ zu vereinbaren. In diesem Fall steht zum Vertragsablauf mindestens die Summe der bis dahin eingezahlten Beiträge zur Verfügung.

Zur Wahl stehen neben der maximalen Garantie und dem vollständigen Beitragserhalt auch ein individueller Beitragserhalt zwischen null und unter 100% zur Verfügung. In der Praxis wird laut LV 1871 die Leistung, die mit „Maximale Garantie“ erzielt werden kann, höher als die Leistung sein, die bei Wahl des individuellen Beitragserhalts zu 100% erzielt werden kann.

Um Fondsüberschüsse teilweise oder vollständig zu sichern, gibt es die so genannte „Lock-in-Funktion. Damit verbunden ist jedoch nicht zwangsweise eine Beitragsrückgewähr zum Ablauf und damit auch kein Schutz gegen eine mögliche Nachschusspflicht.

Sinnvoll ist bei der LV 1871 die Wahl einer beitragsorientierten anstelle einer optional möglichen leistungsorientierten Zusage, um unnötige Haftungsrisiken zu vermeiden. Weiter sollte der individuelle Beitragserhalt zu 100% vereinbart werden, um eine Nachschusspflicht des Arbeitgebers zu umgehen.

Vorteilhaft ist, dass Zuzahlungen ab 500 Euro bei der LV 1871 auch während der Vertragslaufzeit möglich sind.

Die **NÜRNBERGER** hat den Start ins neue Jahr 2011 mit einem Paukenschlag eröffnet und ihren neuen Tarif **NÜRNBERGER OptimumGarant** vorgestellt. Wie beim bereits seit vielen Jahren bestehenden Konzepttarif handelt es sich hier um einen Spezialtarif für die Verwen-

**Zurich: garantiegestütztes bAV-Produkt**

Die Zurich Gruppe Deutschland bietet eine Direktversicherung in der betrieblichen Altersvorsorge in der Verbindung mit einem DWS Investment-/Garantiemodell an. Bei der bAV Direktgarant Premium, die als Beitragszusage mit Mindestleistung angeboten wird, profitiert der Kunde dank der Ausgestaltung als Direktversicherungsprodukt insbesondere von Vorteilen bei Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen.

Bei diesem Produkt wird die Beitragsgarantie nicht erst bei Ablauf, sondern bereits bei vorzeitigem Rentenübergang ab dem 63. Lebensjahr aktiv. Dank eines computergestützten Analyseinstruments wird tagesaktuell die Entwicklung an den Kapitalmärkten überprüft. Kunden profitieren, indem das Anlageportfolio des individuellen Kundendepots bei gleichzeitiger Sicherstellung der Beitragsgarantie immer auf den größtmöglichen Ertrag ausgerichtet wird. [www.zurich.de](http://www.zurich.de)

dung in der betrieblichen Altersvorsorge, der ohne Stornoabschlag kalkuliert wurde. Damit soll die Voraussetzung für jederzeitige, beliebig lange Beitragspausen geschaffen werden. Der Tarif steht offen für die Durchführungswege Direktversicherung und Pensionskasse. In seiner Funktionsweise handelt es sich um ein dynamisches Dreitopfhybridmodell mit einem Rechnungszins von 2,25% p.a. Bei der NÜRNBERGER nennt sich das Garantierzeugungsmodell abweichend „Garantie-Sicherungsverfahren Doppel-Invest“. Besonderheit ist die Kapitalsicherung mit dem Life-Cycle-Modell oder alternativ einer zusätzlichen Wertsicherung von 80 oder 100% eines monatlich erreichten Höchststandes vom Vertragswert. Diese zusätzliche Wertsicherung kann monatlich hinzu-, aber auch wieder abgewählt werden.

Schon zu Vertragsbeginn gibt es einen uneingeschränkt garantierten Rentenfaktor auf das gesamte Ablaufkapital ohne Treuhänderklausel. Um Maklern und Arbeitgebern gleichermaßen Sicherheit zu bieten, wird der Tarif nur in Form einer beitragsorientierten Leistungs-zusage angeboten.

Als Wertsicherungsfonds stehen vier Garantiefonds zur Auswahl: Garant Dy-

namit IT, NÜRNBERGER Garantiefonds, HSBC GLOBAL EMERGING MARKETS PROTECT 80 DYNAMIK sowie DWS Garant 80 FPI. Die beiden letztgenannten sind neu hinzugekommen und haben eine monatliche Sicherungsperiode. Für die freie Kapitalanlage kann zwischen allen Einzelfonds der NÜRNBERGER sowie den vorhandenen gemanagten Depots gewählt werden.

Mindestbeitrag sind 25 Euro im Monat. Während der Vertragslaufzeit sind Zahlungen ab 250 Euro möglich. Bei Tod vor Rentenbeginn erhalten die Hinterbliebenen das Fondsguthaben, mindestens die gezahlten Beiträge zurück. Nach Rentenbeginn ist eine Mindestrentenlaufzeit (Rentengarantiezeit bis zu 20 Jahre) einschließbar.

Ebenfalls neu seit Januar 2011 bietet nun auch die NÜRNBERGER im Rahmen der Direktversicherung eine selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung mit derzeit 33,3% Bonusrente an.

Wie bisher kann man bei diesem Tarif durch Wahl der Comfort-Variante einen Verzicht auf abstrakte Verweisung einschließen. Diese ist jedoch durch die vertraglich vereinbarte 24-Monats-Klausel eingeschränkt. Möglich ist der Einschluss einer garantierten Dynamik im Leistungsfall. Natürlich kann der Tarif bei Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis privat fortgeführt werden. Eine Besonderheit stellt dabei die Garantie dar, bei Absenkung der Überschussbeteiligung die garantierte BU-Rente in gleichem Maße heraufzusetzen und die ursprüngliche Gesamtrente wiederherzustellen. Eine Gesundheitsprüfung erfolgt dabei nicht. Weiterhin hat die NÜRNBERGER die Beiträge für alle Berufsgruppen zum 01.01.2011 um durchschnittlich 10% gesenkt.

Weiterhin verfügbar ist bei der NÜRNBERGER seit nunmehr 16 Jahren auch der Konzept-Tarif. Dieser investiert zu 70% in Rentenpapiere und zu 30% in Aktien aus dem DAX. Damit verbunden ist automatisch ein antizyklisches Anlageverhalten, da bei sinkenden Aktienkursen systembedingt Aktien nachgekauft werden müssen, damit weiterhin die Aktienquote von 30% gewährleistet ist. Eine weitere Besonderheit ist der garantierte Rechnungszins von nur 1,5%, so dass ein größerer Spielraum für die Investition in Aktienwerte besteht.

Kostentechnisch interessant ist das Management der Kapitalanlage im eigenen Deckungsstock, da damit sehr ge-

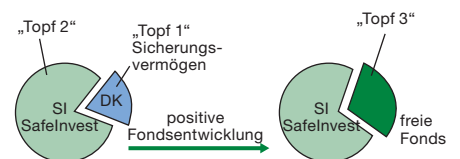
ringe Kapitalanlagekosten anfallen. Der Tarif sieht weder eine Mindestrentenhöhe noch Stornoabschläge vor. Der Mindestbeitrag liegt mit 10 Euro sehr niedrig. Zahlungen während der Vertragslaufzeit sind bereits ab Beginn möglich. Optional können garantierte Rentensteigerungen ab Rentenbeginn zwischen 0,5% und 3% p.a. sowie eine Hinterbliebenenrente eingeschlossen werden.

**Die Gesamtverzinsung des Konzepttarifs im zeitlichen Verlauf**

1996:	8,16%	2004:	9,40%
1997:	13,30%	2005:	8,00%
1998:	24,30%	2006:	13,10%
1999:	10,50%	2007:	7,10%
2000:	1,20%	2008:	10,50%
2001:	9,00%	2009:	-7,20%
2002:	-9,70%	2010:	6,20%
2003:	-6,10%	2011:	6,20%

Quelle: interne Präsentation aus dem Hause Nürnberger

Die SIGNAL IDUNA bietet für die Direktversicherung mit ihrem Produkt SIGGI - SIGNAL IDUNA Global Garant Invest ein Fondsprodukt der neuesten Generation als Anlageoption. Das Konzept für das Altersvorsorgeprodukt SIGGI (SIGNAL IDUNA Global Garant Invest) basiert auf einer volldynamischen Kombination von drei verschiedenen „Anlagetöpfen“. Das Guthaben des ersten Topfes wird konventionell im Sicherungsvermögen der IDUNA Leben angelegt. Der zweite Topf investiert in einen von der konzerneigenen Kapitalanlagegesellschaft HANSAINVEST neu aufgelegten Wertsicherungsfonds – den SI SafelInvest. Das Vermögen aus dem dritten Topf kann nach individuellem Kundenwunsch auf eine große Auswahl fremder und konzerneigener Investmentfonds verteilt werden.



(Darstellung des „3-Topf-Modells“)

Für jeden Kunden wird monatlich die Aufteilung seines Guthabens und seiner Beiträge auf die drei Töpfe individuell ermittelt und optimiert. Das Ziel dieser volldynamischen Anlagestrategie ist, stets in einem möglichst hohen Maße in

renditeträchtige Fonds zu investieren. Bei positiver Börsenentwicklung wird der „sichere“ erste Topf nach und nach aufgelöst, so dass die Kundengelder dann komplett im Wertsicherungsfonds SI SafelInvest (Topf 2) und in den freien Investmentfonds (Topf 3) angelegt sind. Bei den freien Investmentfonds stehen neben hauseigenen Fonds auch namhafte Fremdfonds zur Auswahl, wie z. B. Threadneedle, Templeton, DWS, JPMorgan, Fidelity, C-Quadrat, First Private oder Carmignac. Wie andere dynamische 3-Topf-Hybride auch, bietet SIGGI im Vergleich zu den herkömmlichen Hybridprodukten eine wesentlich höhere Chance, die gesteckten Anlageziele bei gleicher Garantie auch zu erreichen.

Der Kunde kann bei SIGGI die Garantie während der Laufzeit erhöhen und zwar bis auf den Stand seines Guthabens, d.h. ggf. auch über die Summe der gezahlten Beiträge hinaus. Damit wird ihm ermöglicht, vorhandenes Vertragsguthaben im Laufe der Zeit zu sichern. Auf diese Art kann der Kunde die Höhe der Garantie seinem persönlichen Sicherheitsbedürfnis anpassen. Zudem besteht innerhalb der letzten fünf Jahre vor Rentenbeginn die Möglichkeit, dass die versicherte Person im Fall von Entgeltumwandlung ein Ablaufmanagement in Anspruch nimmt.

In den Vertrag eingeschlossen werden können Versorgungsbausteine, wie z. B. für den Hinterbliebenenschutz oder die finanzielle Absicherung bei Berufs- und Erwerbsunfähigkeit. Bei der Beitragszahlung sind Regelbeiträge, Einmalbeiträge und Zuzahlungen problemlos möglich.

Den Zeitpunkt der Rentenzahlung kann bei Entgeltumwandlung die versicherte Person um bis zu sieben Jahre nach seinen individuellen Wünschen vorziehen oder hinausschieben.

Zum Rentenbeginn wird das Vertragsguthaben nach Wahl des Kunden konventionell oder fondsgebunden verrentet. Die Rentenhöhe ergibt sich aus dem garantierten Rentenfaktor und dem vorhandenen Vertragsguthaben. Bei der Fondsrente verbleibt ein Teil des Kapitals im Wertsicherungsfonds SI SafelInvest. Der Kunde hat somit die Möglichkeit, auch im Rentenbezug an den Wertentwicklungen der Kapital- und Aktienmärkte zu partizipieren. Die Rente bleibt garantiert gleich oder steigt. Kursgewinne aus dem Fonds führen zu Rentenerhöhungen.

SIGGI wird im Rahmen der bAV in den Durchführungswegen Direktversicherung und Pensionskasse sowie als Rückdeckungsversicherung für unmittelbare Versorgungszusagen angeboten.

In den Durchführungswege Direktversicherung und Pensionskasse ist SIGGI wahlweise für die arbeitsrechtliche Zusageart „beitragsorientierte Leistungszusage“ (2,25%-Garantieverzinsung auf die Nettobeiträge) oder „Beitragszusage mit Mindestleistung“ (100 % Bruttobeitragsgarantie) einsetzbar. Im Rahmen der Direktversicherung ist die Förderung nach § 3 Nr. 63 EStG und nach §§ 10a, 82 ff. EStG (Riester) möglich.

Fazit: Eine betriebliche Altersversorgung durch Entgeltumwandlung ist grundsätzlich für alle Arbeitnehmer von Interesse. Besonders davon profitieren Personen mit hoher Steuerbelastung. Die Einbindung von vermögenswirksamen Leistungen ist nur dann sinnvoll, wenn die Generierung kurz- bis mittelfristige Liquidität unerheblich ist. Inwiefern das Einbinden von Berufsunfähigkeitsleistungen als Direktversicherung empfehlenswert ist, ist nicht eindeutig zu entscheiden. Hier sollten Vor- und Nachteile klar abgewogen werden. Wer schon bald das Unternehmen verlassen möchte, sollte gegebenenfalls besser beim neuen Arbeitgeber seinen Vertrag gestalten.

Arbeitgeber profitieren durch eine Reduzierung der Betriebsausgaben und das Erfüllen gesetzlicher Vorgaben. Sie sollten in jedem Fall auf tarifliche Besonderheiten der gewählten Tarife sowie etwaige tarifvertragliche Vorgaben achten. Es ist wenig sinnvoll, den Arbeitnehmer den gewünschten Tarif auswählen zu lassen, da die Haftung für die konkrete Ausgestaltung von Verträgen überwiegend beim Arbeitgeber liegt.

Eine arbeitgeberfinanzierte Direktversicherung ist vor allem ein probates Mittel zur Mitarbeiterbindung.

#### Literaturempfehlung



Buttler, Andreas:  
„Einführung in die betriebliche Altersversorgung mit allen Änderungen durch das BMF-Schreiben vom 5.2.2008“ Karlsruhe5 (Verlag Versicherungswirtschaft), 2008

# »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



Komplett überarbeitet und aktualisiert

## Serie

# Alleinstellungsmerkmale bei Riester-Tarifen, Teil 4

Große Marktübersicht zu den wesentlichen Tarifmerkmalen und deren Unterscheidung im Wettbewerb



### Inhalt Teil 4

• Überschussbeteiligung, Wertsicherung und Garantien.....	25
• Rentengarantiezeit.....	27
• Vertragslaufzeiten & Mindestbeiträge.....	28
• Insolvenzschutz.....	29
• Anbieterwechsel.....	29
• Beitragsreduzierung.....	30
• Beitragsfreistellung.....	32
• Stornokosten.....	35
• Beitragserhöhung & Zuzahlung.....	37
• Wohnriester.....	41

**Inhalt Teil 3:** Beispielhafte Anbieter mit konventioneller Anlage im Rentenbezug, Beispielhafte Anbieter mit Hybrid-Anlage im Rentenbezug, Beispielhafte Anbieter mit Investment im Rentenbezug, Beispielhafte Anbieter mit gleichbleibend garantierten Renten (voll garantiert), Beispielhafte Anbieter mit optional garantierter Rentensteigerung im Leistungsfall.

**Inhalt Teil 2:** Beispielhafte Anbieter mit einem garantierten Rentenfaktor, Maximale Rentengarantiezeiten, Beitragserhaltungsgarantie & mehr, Beispielhafte Varianten von Ablaufmanagements.

**Inhalt Teil 1:** Riester-Banksparpläne, Riester-Bausparverträge, Konventionelle Riester-Renten, Riester & Fonds, Variable Annuities, Modelle von Investmentgesellschaften, Garantie & Rendite.

► (Artikel kostenlos als pdf nachbestellen: [info@bhm-marketing.de](mailto:info@bhm-marketing.de))

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

Allianz – Alte Leipziger – Axa – Condor – Continentale – DekaBank – DWS – Generali – Gothaer – HDI-Gerling – Heidelberger Leben – Helvetia – Iduna – ITA – LV 1871 – MONEYMAXX – Nürnberger – Skandia – Stuttgarter – Swiss Life – Versicherungskammer Bayern – Volkswohl Bund – WWK – Zurich

Die Axa hat den Text ausdrücklich nicht verifiziert. Ausgenommen davon, die Tabelle auf S. 6. Bis zum Redaktionsschluss fehlte eine Rückmeldung aus dem Hause Helvetia.

Autor: Stephan Witte

In Teil 1, 2 und 3 dieser Serie wurde auf die verschiedenen Produkt- und Verrentungsvarianten von Riesterprodukten ebenso eingegangen wie auf die Auswirkungen von Kickbacks auf die Kalkulation. Auch auf die Kostenproblematik wurde ausführlicher eingegangen. Für die Vermittlung von Riesterprodukten sind jedoch auch eine Reihe anderer Punkte von großer Bedeutung. Wenn Sie alle vier Teile dieser Serie für Ihre Kundenberatung nutzen möchten, so können Sie diese als PDF unter [info@bhm-marketing.de](mailto:info@bhm-marketing.de) kostenfrei bestellen.

**Überschussbeteiligung, Wertsicherung und Garantien**

Einige Versicherer sind zwischenzeitlich dazu übergegangen, die Gewinnbeteiligung an ihre Kunden überwiegend als Schlussüberschuss ausweisen. Wer dann vorzeitig den Anbieter wechselt, verliert im Zweifel all seine Ansprüche, ist also auf Gedeih und Verderb dem einmal gewählten Vertrag ausgeliefert. Hochrechnungen der Anbieter werden aber auch durch nicht garantierte Treueboni oder besonders hohe Überschusszuweisungen geschönt. Fallen diese Überschüsse in späteren Jahren dann niedriger als bisher aus oder reduzieren sich die heute deklarierten Treueboni, so bleibt von den scheinbaren Traumrenditen gegebenenfalls nur noch wenig übrig.

Auch eine Vergleichbarkeit zwischen verschiedenen Anbietern wird durch solche Maßnahmen von Seiten der Versicherer sehr stark erschwert. Je nach

Anbieter	Tarif
Allianz	• (Zukunftsrente Klassik (RiesterRente) E 80, Stand 12.2008)
	• (E 83: Zukunftsrente IndexSelect, Stand 12.2009)
	• (E 202: Zukunftsrente Invest alpha-Balance, Stand 06.2009)
Alte Leipziger	• (FiskAL (Tarif RV50), Stand 01.2009)
	• (ALfonds <sup>Riester</sup> (Tarif FR50), Stand 06.2009)
Axa	• (TwinStar Riester-Rente Klassik+ (IRG1), Stand 12.2008)
	• (TwinStar Riester-Rente Klassik+ (IRG2), Stand 12.2008)
	• (TwinStar Riester-Rente Invest (IRF1), Stand 12.2009)
	• (TwinStar Riester-Rente Invest (IRF2), Stand 12.2009)
Condor	• (Congenial riester garant Stand 06.2010)
Continentale	• (VR 3: VorsorgePlusPlan, Stand 01.09.2010)
DekaBank	• (Deka-ZukunftsPlan, Stand 04.2010)
	• (Deka-BonusRente, Stand 04.2010)
DWS	• (RiesterRente Premium, Stand 02.2009)
	• (TopRente Balance, Stand 01.2010)
	• (TopRente Dynamik, Stand 01.2010)
Generali	• (RiesterRente RA 09, Stand 07.2009)
	• (Riesterrente Fonds IA 09, Stand 01.2009)
Gothaer	• (MRRC1: Gothaer ErgänzungsVorsorge Classic, Stand 07.2009)
	• (MRRF1: Gothaer ErgänzungsVorsorge Fonds, Stand 07.2009)
	• (MRRF2: Gothaer ErgänzungsVorsorge ReFlex, Stand 07.2009)
	• (MRRC1: Gothaer ErgänzungsVorsorge Classic, Stand 10.2010)
	• (MRRF1: Gothaer ErgänzungsVorsorge Fonds, Stand 10.2010)
	• (MRRF2: Gothaer ErgänzungsVorsorge ReFlex, Stand 10.2010)
HDI-Gerling	• (TwoTrust Riesterrente (FRWA 09), Stand 01.2010)
Heidelberger Leben	• (FörderPerformer Rente, Stand 04/2010)
IDUNA	• (Riester-Rente (NR), Stand 10.2009)
	• (SIGGI Riester Rente, Fassung 10.2009)
LV 1871	• (Fondsgebundene RieStar-Rentenversicherung, Stand 04.2009)
MONEYMAXX	• (MONEYMAXX Discover level 2 – Riesterrente – Tarif RRIX, Stand 07.2009)
Nürnberger	• (NR2507 NÜRNBERGER ZulagenRente mit Zulagen- oder Verrechnungsmodell, Stand 07.2009)
	• (NFR2507 NÜRNBERGER Fondsgebundene ZulagenRente mit Zulagen- oder Verrechnungsmodell, Stand 07.2009)
	• (NFR2507S NÜRNBERGER Fondsgebundene ZulagenRente Doppel-Invest mit Zulagen- oder Verrechnungsmodell, Stand 07.2009)
Skandia	• (SRR08: Skandia Riester-Rente, Stand 04.2009)
Stuttgarter	• (RiesterRente classic (Tarif 35 - Tarifgeneration 2009), Stand 07.2010)
Swiss Life	• Swiss Life Riester-Rente FRV, Stand 09.2010
	• Swiss Life Riester-Rente, Stand 09.2010
Versicherungskammer Bayern	• (Rentenversicherung als Altersvorsorgevertrag, Stand: 15.03.2010, Besondere Bedingungen für die fondsgebundene Überschussbeteiligung bei einer Rentenversicherung als Altersvorsorgevertrag, Stand 15.12.2008 – RiesterRente)
	• (Fondsgebundene Rentenversicherung als Altersvorsorgevertrag, Stand: 15.12.2008 – RiesterRente Invest)
Volkswohl Bund	• (ASR SAFE, Stand 01.2010)
	• (AFR: SAFE Invest Extra, Stand 01.2010)
	• (AFR: SAFE Invest Step, Stand 01.2010)
	• (AWR: Invest Extra, Stand 01.2010)
WWK	• (RR01M/F NT: WWK Premium FörderRente protect, Stand 01.11.2009)
Zurich	• (Förder Rentinvest, Stand 04.2009)
	• (Förder Rentinvest DWS Premium, Stand 04.2009)

Anbieter werden zudem mögliche Zula- gen eingerechnet, ohne dass hier ein einheitliches System erkennbar ist. Ein fairer Wettbewerbervergleich setzt iden- tische Parameter zur Hochrechnung vo- raus. Derzeit bedeutet der Versuch, Transparenz in den Markt zu bringen, einen „Kampf gegen Windmühlen“.

Gerne wird unterstellt, dass die Höhe der Überschussbeteiligung für Anbieter von fondsgebundenen Riesterverträgen keine Rolle spiele. Dies ist leider ein Irr- glaube. Angenommen ein Zweitopfhy- brid legt zu einem Zeitpunkt x zu 50% im Deckungsstock und zu 50% in einem ausgewählten Aktienfonds an, so stellt sich die Gesamtverzinsung beispielhaft wie folgt dar (siehe Tabelle unten):

Nimmt man weiter an, dass bei lang andauernder Kapitalmarktschwäche selbst Dreitopfmodelle nicht vollständig in Wertsicherungsfonds bzw. festver- zinsliche Anlage investiert sein können, wird sicher vieles deutlicher. Insbeson- dere erschließt sich hieraus, dass eine Gesamtverzinsung von 9% p.a. sehr utopisch ist. Dies wird noch klarer, wenn man sich vor Augen hält, dass Fondsma- nagement, Versicherer wie auch Vermitt- ler von irgendwas leben wollen und eine langfristig hohe Verzinsung des De- ckungsstocks entsprechende Zinsen am Kapitalmarkt voraussetzt. Auch ist eine durchgehende Aktienquote von 50 Pro- zent oder mehr für Zwei- oder Dreitopf- modelle insgesamt höchst unwahr- scheinlich und praktisch nur unter La- borbedingungen bei linear konstanter Wertentwicklung zu erwarten.

Wenn beispielsweise die Nürnberger schreibt, dass ihre Kunden von „Fonds- quoten bis zu 100%“ profitieren können, wenn sie sich für das „Sicherungs- verfahren Doppel-Invest“ entscheiden, ist dies leicht irreführend. Natürlich stimmt es, dass eine vollständige Anlage im Wertsicherungsfonds oder im Wertsich- erungsfonds und dem freien Fonds-

**Kritische Gedanken aus dem Hause DWS:**

„Wir haben uns spaßeshalber mal an- geschaut, was aus einem handelsüb- lichen Dreitopfhybrid wird, wenn der Garantiezins in 9 bis 15 Monaten auf 1,75% gesenkt wird. In dem Fall sind Sie in den ersten 5 Jahren durchgehend im Deckungs- stock und in den Folgejahren haben Sie gelegentliche Beimischungen des Ga- rantiefonds. Der dritte Topf wird in selbst in den optimistischeren Szenari- en praktisch nicht mehr gefüllt, denn

die 1,75% genügen gerade mal so, um die Renditeminderung durch Vertriebs- kosten, Biometrie und Verwaltungsko- sten zu decken und dabei erwarten wir durch Solvency II ja noch höhere Ei- genkapitalkosten. Jetzt ist die Frage, was ein Versicherer macht, der mo- mentan fast ausschließlich von klas- sischen Verträgen gegen EB und Hy- bridprodukten gegen laufenden Beitrag lebt? Nur mit BU und Risiko-Leben wird's dann eng.“

vermögen möglich ist. Der unbedarfte Leser glaubt aber leicht, dass eine 100%ige Anlage in Aktienfonds möglich sei, da sehr viele Versicherungsnehmer die falsche Vorstellung haben, wonach jeder Fonds ein Aktienfonds sei. Liest man die Werbeaussagen etwas genauer, findet sich hier auch der folgende Hin- weis zum Nürnberger Garantiefonds:

*„Er hat eine wesentlich höhere Aktien- quote als herkömmliche Garantiefonds und wird nach dem CPPI-Verfahren gemanagt.“<sup>1</sup>*

Damit ist klar, dass der Garantiefonds zwar eine höhere Aktienquote als Wett- bewerberprodukte haben soll, nicht je- doch vollständig in Aktien investiert ist. Die Nürnberger selbst sieht dies nicht als irreführend an.

Die Condor weist darauf hin, dass die Aktienquote bei Wertsicherungsfonds, die auf monatlicher Basis agieren, höher sei als bei einer jährlichen Absicherungs- periode. Entscheidend ist, dass der Wertsicherungsfonds in seiner Entwick- lung den Märkten folgt.

Bei stark fallenden Märkten muss selbst ein iCPPI-Produkt wie die DWS RiesterRente Premium vorübergehend teilweise in Rentenfonds umschichten,

um die endfällige Garantie darstellen zu können. Dieser Effekt verstärkt sich bei kurzen Laufzeiten, während mit zuneh- mender Restvertragslaufzeit eine nahezu durchgehende Investition im Aktien- dachfonds zu beobachten ist. Auf Basis vom Anbieter ausgewählter Musterkun- den, die seit Produktaufgabe auf jeder Roadshow beispielhaft gezeigt werden, lag die minimale Investition in Aktien bei 30jähriger Restlaufzeit zum Tiefststand der internationalen Aktienmärkte am 31.03.2009 bei 66%, bei 25jähriger Rest- laufzeit zum gleichen Zeitpunkt bei 49% und bei 20jähriger Restlaufzeit bei 40%. Im Vergleich zu den Zwei- oder Dreitopf- hybriden der Versicherungswirtschaft sind dies sehr beachtliche Aktienquoten. Dies liegt nicht nur an den deutlich ge- ringeren Kosten von Riesterfondsspar- plänen gegenüber den Versicherern des Maklermarktes, sondern auch am lei- stungsfähigeren Garantiemechanismus. Das besondere am Garantiemodell: be- reits wenige Monate nach den Tiefststän- den im März 2009 konnte das I-CPPI- Modell der DWS die Aktienquoten wieder deutlich hochfahren. Bereits seit Januar 2010 lag die Aktienquote über alle Ri- esterverträge im Bestand der DWS wieder bei über 90%. Beispielhaft im ersten Jahr der Vertragslaufzeit mit Stand 31.12.2009 kann die tatsächliche Aktien- quote bei Dreitopfhybriden bei unter einem Prozent und der Anteil am Wertsich- erungsfonds bei unter 30% liegen. Nimmt man Zweitopfhybride aus den Jahren 2002 und 2003 mit Vertragslauf- zeiten von jeweils 30 Jahren, so lag der Anteil des freien Fondsvermögens per 31.12.2008 bzw. 31.12.2008 in konkreten

Fondsverzinsung / Verzinsung des Deckungsstocks	2,25% + 0% Überschuss	2,25% + 0,5% Überschuss	2,25% + 1,0% Überschuss	2,25% + 1,5% Überschuss	2,25% + 2,0% Überschuss
-1%	0,63%	0,88%	1,13%	1,38%	1,63%
1%	1,63%	1,88%	2,13%	2,38%	2,63%
3%	2,63%	2,88%	3,13%	3,38%	3,63%
5%	3,63%	3,88%	4,13%	4,38%	4,63%
7%	4,63%	4,88%	5,13%	5,38%	5,63%
9%	5,63%	5,88%	6,13%	6,38%	6,63%

<sup>1</sup> Druckstück GN001074\_201002 „Ihre Chance auf mehr Rendite.“

Fällen bei gerade einmal fast 45% bzw. 52%. Inwiefern diese Zahlen die Erwartungshaltung bei Vertragsbeginn erfüllen, darf dahin gestellt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine große Fondspalette für das freie Fondsvermögen zwar durchaus zu begrüßen, kann aber im Zweifel irreführend sein, da eine überwiegende Rendite als Folge der gewählten Investments suggeriert wird. Fakt ist lediglich, dass ein renditestarker Aktienfonds sowohl bei konventionellen Hybridmodellen mit Fondsüberschuss wie auch bei Dreitopfhybriden die zu erwartende Rendite maßgeblich erhöhen kann, nicht jedoch allein oder auch stets überwiegend für diese verantwortlich ist. Wesentlich entscheidender ist ein hoher Aktienanteil innerhalb des gewählten Modells.

Obwohl natürlich die Möglichkeit eine Rolle spielen kann, während der Laufzeit Fondsvermögen zu switchen und zu shiften, ist dies doch gegenüber dem zugrunde liegenden Garantiemodell und den hinterlegten Kosten vergleichsweise zu vernachlässigen. Gleiches gilt für die Möglichkeit, die manche Anbieter zur Verfügung stellen, nämlich im Rahmen des freien Fondsvermögens nicht nur einen, sondern gleich mehrere Fonds gleichzeitig zu besparen. Entscheidend kann es jedoch sein, dass zumindest für den Fall eines nicht automatisierten Ablaufmanagements auch Renten-, Geldmarkt- oder Garantiefonds zur Verfügung stehen.

Wer einen Riestervertrag abschließt, möchte unter Umständen auch im Todesfall eine möglichst hohe Summe auf den zertifizierten Riestervertrag seines Ehepartners übertragen können oder als Single zumindest sicher stellen, dass eine maximal mögliche Leistung auch bei förderschädlicher Verwendung zur Auszahlung kommt. Grundsätzlich gilt für den Todesfall, dass sämtliche Erträge zu versteuern sind sowie alle Zulagen und Steuervergünstigungen an den Staat zurückzuführen. Besonders tragisch ist dies sicher für „echte Huckepackverträge“ (Nullverträge), die alleine aus Zulagen finanziert wurden. Eine schädliche Verwendung und damit eine Rückzahlungspflicht liegt nicht vor, wenn das Vertragsguthaben z.B. auf den Ehepartner übertragen wird.

Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben kann der Rückkaufswert (die Summe der eingezahlten Beiträge, das gebildete Deckungskapital zuzüglich ei-

Moneymaxx gibt zu bedenken:

*„Der Vergleich des ersten Jahres bei einer Versicherungslösung mit dem durchschnittlichen Bestand eines Fondssparplans lässt einige Spezifika außer Acht. Während Versicherer während der Laufzeit die Garantie der Rente herausbilden müssen, muss der Fondssparplan-Anbieter diese erst zum Ablauf einkaufen. Die zukünftigen Kosten dieser Absicherung, Rentengarantien etc. werden von der KAG nicht in die Anlage eingespeist, anders als beim Versicherungsprodukt liegt hier das volle Risiko beim Kunden.“*

ner Beteiligung an den Bewertungsreserven, das Fondsguthaben bei Riesterfondssparplänen) abzüglich Zulagen frei vererbt werden. Dabei ist zu bedenken, dass bei einigen Anbietern (z.B. bei der Bayern Versicherung / Versicherungskammer Bayern in den Tarifen RiesterRente oder RiesterRente Invest) bei Tod in der Aufschubzeit eine Kapitalrückgewähr bei Tod ausgeschlossen werden kann. Im Zweifel erlischt der Vertrag also bei Tod ohne irgendeine Leistung.

Alternativ kann das Vertragsguthaben einschließlich Zulagen auf einen zertifizierten Altersvorgevertrag des Ehegatten übertragen werden oder an den Ehegatten oder die kindergeldberechtigten Kinder förderunschädlich als Hinterbliebenrente verrentet werden. In diesem Fall ist mindestens die Höhe der eingezahlten Beiträge und Zulagen garantiert.

Bei Riesterfondssparplänen (z.B. Deka, DWS) kann das nicht für die Verrentung über einen Versicherungsträger ab dem vollendeten 85. Lebensjahr reservierte Fondsguthaben entsprechend den gesetzlichen Vorgaben, ausgezahlt werden. Dies gilt, sofern die Verrentungsphase bereits begonnen hat. Bei Tod vor Beginn des Rentenbezugs wird das vorhandene Fondsguthaben uneingeschränkt entsprechend den gesetzlichen Vorgaben vererbt.

### ■ Rentengarantiezeit

Bei Tod nach Rentenbezug garantieren die meisten Versicherer eine mehr oder minder lange Rentengarantiezeit. Wurde bei der Axa im Tarif TwinStar Invest die GarantieRente gewählt, wird die Summe der gezahlten Beiträge und der zugeflos-

senen Zulagen abzüglich der bereits gezahlten Renten ausgezahlt. Wurde die InvestmentRente gewählt, wird das bei Rentenbeginn vorhandene Investmentguthaben abzüglich der bereits gezahlten Renten ausgezahlt. Im VorsorgePlusPlan (VR3) der Continentale wird bei Vereinbarung einer Kapitalrückgewähr das Verrentungskapital abzüglich der bereits gezahlten Renten zur Auszahlung gebracht, wobei die Überschüsse nach Rentenbeginn nicht abgezogen werden. Bei Tod vor Rentenbeginn besteht die Todesfalleistung aus dem zum Todestag vorhandenen Investmentguthaben und dem Garantieguthaben. Ähnliches gilt bei der Bayern Versicherung / Versicherungskammer Bayern (RiesterRente oder RiesterRente Invest): Wurde eine Kapitalrückgewähr vereinbart und die versicherte Person verstirbt vor Beginn der Auszahlungsphase, so zahlt der Versicherer den zu Beginn der Auszahlungsphase vorhandenen Wert des Deckungskapitals abzüglich der bis zum Tod gezahlten, bei Beginn der Auszahlungsphase ermittelten garantierten Rente.

Bei Tod im Rentenbezug gibt es neben der klassischen Rentengarantiezeit eine Besonderheit, die speziell bei Riesterfondssparplänen und Riesterbankspargplänen greift. Ab dem Rentenbeginn beginnt ein Kapitalauszahlplan. Spätestens ab der Vollendung des 85. Lebensjahres müssen die Anbieter eine lebenslange garantierte Rente über einen Versicherer darstellen. Hierzu wird ein Teil des Geldes als Beitrag in eine aufgeschobene Rentenversicherung investiert, während das Gros des Kapitals verteilt auf den Zeitraum vom Rentenbeginn bis zum 85. Lebensjahr in gleichen monatlichen Raten ausgezahlt wird. Gegebenenfalls erhöhen sich diese verbindlichen Leistungen noch durch die Auszahlung von nicht garantierten Investmentüberschüssen.

Im Todesfall vor dem vollendeten 85. Lebensjahr kommt das noch nicht aufgebrauchte Fondsvermögen zur Auszahlung an die Erben. Dies begründet eine schädliche Verwendung mit Rückzahlung aller Steuervorteile und Zulagen, sofern das Guthaben nicht auf einen zertifizierten Riestervertrag des Ehepartners übertragen wird. Vorgenanntes gilt sinngemäß auch für die Auszahlung eines Riesterbankspargplanes oder Riesterbausparvertrages. Bei Rückzahlung der Riester-Förderung im Kündigungs-



oder Todesfall bleibt jedoch der Wertzuwachs auf die bis dahin angelegten Zulagen erhalten. Die DekaBank weist darauf hin, dass dieser je nach Laufzeit und Wertentwicklung den nominalen Zulagenbetrag auch übersteigen könne.

Bei Riesterbausparverträgen ist abweichend keine Verrentung innerhalb des Produktes vorgesehen. Stattdessen ist hier zum Rentenbeginn ein Produkt- und Anbieterwechsel erforderlich.

Beim Vertragsabschluss sind neben Kostenquote und vorteilhaften Regelungen im Rentenbezug auch noch andere Besonderheiten zu beachten. So sehen viele Tarife eine bestimmte Mindestvertragslaufzeit, einen Mindestbeitrag oder andere Besonderheiten vor.

### ■ Sonderfall: Nationalität

Ein generelles Problem stellt sich für Personen mit US-amerikanischer Staatsbürgerschaft. Für diese kommt der Abschluss von Riesterfondssparplänen nicht in Frage. Vielmehr sind sie gezwungen, entweder Riesterbanksparpläne, Riesterbausparverträge oder Riesterversicherungen abzuschließen. Leider wird auf dieses Problem üblicherweise nicht hingewiesen. Wer also beispielsweise bei der DWS eine DWS RiesterRente Premium für einen Amerikaner abschließen möchte, wird den Antrag zurückbekommen, kann aber beispielsweise einen Riesterrentenvertrag oder Riesterbanksparplan bei Volkswohl Bund oder Volksbank Peine e.G. erhalten.

### ■ Vertragslaufzeiten & Mindestbeiträge

Auch die Kombination aus Mindestbeitragssumme und kurzer Vertragslaufzeit kann zu Problemen führen. Wer etwa mit 50 Jahren noch einen Riestervertrag beim Volkswohl Bund zum Rentenbeginn mit 67 Jahren abschließen möchte, muss mindestens 25 Euro monatlich zahlen, während eine zehn Jahre jüngere Person mit 10 Euro im Monat auskommt.

#### Beispielhafte Mindestvertragslaufzeit bei verschiedenen Anbietern

**Condor** (Congenial riester garant Stand 01.06.2010: 8 Jahre), **DWS** (DWS RiesterRente Premium, Stand 02.2009: 7 Jahre; DWS TopRente Balance, Stand 01.2010: 7 Jahre; DWS TopRente Dynamik, Stand 01.2010: 20 Jahre), **Nürnberg** (NR2507 NÜRNBERGER ZulagenRente mit Zulagen- oder Verrechnungsmodell, Stand 07.2009: 15 Jahre; NFR2507 NÜRNBERGER Fondsgebundene ZulagenRente mit Zulagen- oder Verrechnungsmodell, Stand 07.2009: 15 Jahre; NFR2507S NÜRNBERGER Fondsgebundene ZulagenRente Doppel-Invest mit Zulagen- oder Verrechnungsmodell, Stand 07.2009: 15 Jahre), **Volkswohl Bund** (AFR: Safe Invest Extra, Stand 01.2010: 5 Jahre; ASR: Safe Invest mit Anlage der Überschüsse in Fonds, Stand 01.2010: 5 Jahre; ASR: Klassische Riester-Rentenversicherung Safe, Stand 01.2010: 5 Jahre; AWR: Invest Extra, Stand 01.2010: 5 Jahre)

Bei den Mindestbeiträgen sollten Kunden und Makler darauf achten, dass eine Reihe von Anbietern bei unterjähriger Zahlweise einen Ratenzahlungszuschlag ausweisen, ohne jedoch für diesen einen Effektivzins anzugeben. Nimmt man einen Ratenzuschlag von 5%, so bedeutet dies bezogen auf ein Jahr einen Effektivzins von 11,35%. Dies kann problematisch sein. Siehe hierzu das BGH-Urteil vom 29.07.2009 (AZ. I ZR 22/07).

#### Beispielhafte Mindestbeiträge bei verschiedenen Anbietern

**Allianz** (Zukunftrente Klassik (RiesterRente) E 80, Stand 12.2008: mindestens 60 Euro jährlich; E 83: Zukunftrente IndexSelect, Stand 12.2009: min-

destens 60 Euro jährlich; E 202: Zukunftrente Invest alpha-Balance, Stand 06.2009: mindestens 60 Euro jährlich), **Alte Leipziger** (ALfonds<sup>Riester</sup> (Tarif FR50), Stand 06.2009: mindestens 25 Euro pro Beitragsrate. Für Ehegatten sind auch reine Zulagenverträge möglich), **Axa** (IRG 1: TwinStar Klassik, Stand 12.2008: Der Mindesteigenbeitrag liegt bei 5 Euro monatlich für unmittelbar Förderberechtigte bzw. 0 Euro für mittelbar Förderberechtigte; IRG1: TwinStar Klassik+, Stand 12.2008: siehe IRG1; IRF 1: TwinStar Invest, Stand 12.2009: siehe IRG1; IRF 2: TwinStar Invest, Stand 12.2009: siehe IRG1), **Condor** (Congenial riester garant Stand 01.06.2010: 25 Euro pro Monat), **DWS** (RiesterRente Premium, Stand 02.2009: kein Mindestbeitrag erforderlich, jedoch wird ein Mindestbeitrag von 25 Euro monatlich empfohlen; TopRente Dynamik und Balance, jeweils Stand 01.2010: kein Mindestbeitrag erforderlich), **Gothaer** (MRRF1: Gothaer ErgänzungsVorsorge Fonds, Stand 07.2009 und 10.2010: mindestens 5 Euro pro Monat, alternativ auch reiner Zulagenvertrag; MRRF2: Gothaer ErgänzungsVorsorge ReFlex, Stand 07.2009 und 10.2010: mindestens 15 Euro pro Monat, alternativ auch reiner Zulagenvertrag; MRRF1: Gothaer ErgänzungsVorsorge Classic, Stand 07.2009 und 10.2010: mindestens 5 Euro pro Monat, alternativ auch reiner Zulagenvertrag), **LV 1871** (Fondsgebundene RieStar-Rentenversicherung, Stand 04.2009: Für unmittelbar Förderberechtigte ab 25 Jahren Laufzeit 120 Euro jährlich, ab 20 Jahren Laufzeit 180 Euro, ab 10 Jahren Laufzeit 300 Euro, unter 10 Jahren Laufzeit 420 Euro bis 900 Euro. Für mittelbar Förderberechtigte ab 10 Jahren Laufzeit 30 Euro pro Jahr), **Nürnberg** (NR2507 NÜRNBERGER ZulagenRente mit Zulagen- oder Verrechnungsmodell, Stand 07.2009: 10 Euro monatlich oder 120 Euro jährlich; NFR2507 NÜRNBERGER Fondsgebundene ZulagenRente mit Zulagen- oder Verrechnungsmodell, Stand 07.2009: 10 Euro monatlich oder 120 Euro jährlich; NFR2507S NÜRNBERGER Fondsgebundene ZulagenRente Doppel-Invest mit Zulagen- oder Verrechnungsmodell, Stand 07.2009: 10 Euro monatlich oder 120 Euro jährlich), **Bayern Versicherung / Versi-**

**berungskammer Bayern** (Fondsgebundene Rentenversicherung als Altersvorsorgevertrag, Stand: 15.12.2008 – RiesterRente Invest: 5 Euro; Rentenversicherung als Altersvorsorgevertrag, Stand: 15.03.2010, Besondere Bedingungen für die fondsgebundene Überschussbeteiligung bei einer Rentenversicherung als Altersvorsorgevertrag, Stand 15.12.2008 – RiesterRente: 5 Euro), **Volkswahl Bund** (AFR: Safe Invest Extra, Stand 01.2010: je nach Aufschiebzeit zwischen 10 Euro monatlich bei einer Aufschiebzeit von mindestens 25 Jahren bis 75 Euro monatlich bei einer Aufschiebzeit von 5 Jahren. Reine Anhängselverträge zu einem Hauptvertrag ab 30 Euro monatlich, Nullverträge ohne Hauptvertrag beim Volkswahl Bund nur innerhalb der Grenzen von 10 bis 75 Euro monatlich; ASR: Safe Invest mit Anlage der Überschüsse in Fonds, Stand 01.2010: siehe AFR Safe Invest Extra; ASR: Klassische Riester-Rentenversicherung Safe, Stand 01.2010: siehe AFR Safe Invest Extra; AWR: Invest Extra, Stand 01.2010: siehe AFR Safe Invest Extra), **WWK** (RR01M/F NT: WWK Premium FörderRente protect, Stand 01.11.2009: 10 Euro monatlich bzw. 120 Euro jährlich), **Zurich** (FörderRenteinvest DWS Premium, Stand 04.2009: 10 Euro monatlich bzw. 120 Euro jährlich; FörderRenteinvest, Stand 04.2009: 10 Euro monatlich bzw. 120 Euro jährlich)

### ■ Insolvenzschutz

Einige Kunden werden auch wissen wollen, ob der von Ihnen gewählte Anbieter Mitglied im Protektor oder einer anderen Sicherungseinrichtung ist. Dies trifft verständlicherweise nur auf Versicherer, nicht jedoch auf Fondsgesellschaften, Banksparpläne oder Bausparverträge zu. Bei den für Makler besonders interessanten Riesterfondssparplänen erfolgt der Insolvenzschutz durch die Deklaration des Riester Guthabens als Sondervermögen. Im Rahmen von fondsgebundenen Riesterverträgen ist nur der Teil des Guthabens, der in Fonds angelegt ist, als Sondervermögen gegen Insolvenz besonders geschützt.

Es bleibt festzuhalten, dass alle deutschen Versicherer dem Protektor angehören, nicht jedoch alle ausländischen

Versicherer. Während etwa die Skandia ebenfalls dem Sicherungsfonds zugehörig ist, gibt es keinen besonderen Insolvenzschutz für das Vertragsguthaben in den TwinStar-Produkten der Axa. Aufgrund der vom deutschen Staat durchgeführten Zertifizierung auch ausländischer Riesterprodukte könnte man hier höchstens annehmen, dass im Worst Case eben auch dieser Staat für die im Rahmen einer Zertifizierung erforderlichen Mindestgarantien einstehen würde. Einen rechtsverbindlichen Anspruch hierauf wird aber wohl kein Versicherungsnehmer herleiten können.

### ■ Anbieterwechsel

Gerade bei Riesterverträgen kann auch eine mögliche Übertragung des Guthabens von einem auf einen anderen Anbieter eine große Rolle spielen. Hier sollte also darauf geachtet werden, dass die mit dem Übertrag verbundenen Kosten nicht unnötig hoch sind und auch sonst auf hohe Stornoabzüge bei Beitragsreduzierung (Teilstorno) oder Beitragsfreistellung verzichtet wird.

#### Beispielhafte Gebühren für einen Anbieterwechsel

**Allianz** (Zukunftsrente Klassik (RiesterRente) E 80, Stand 12.2008: 100 Euro bei Übertrag auf einen Wettbewerber, 50 Euro bei Übertrag auf einen anderen Tarif innerhalb der Allianz; E 83: Zukunftsrente IndexSelect, Stand 12.2009: 100 Euro bei Übertrag auf einen Wettbewerber, 50 Euro bei Übertrag auf einen anderen Tarif innerhalb der Allianz; E 202: Zukunftsrente Invest alpha-Balance, Stand 06.2009: 100 Euro bei Übertrag auf einen Wettbewerber, 50 Euro bei Übertrag auf einen anderen Tarif innerhalb der Allianz), **Alte Leipziger** (FiskAL (Tarif RV50), Stand 01.2009: keine zusätzlichen Kosten; FR50: ALfonds Riester – Fondsgebundene Riester-Rentenversicherung mit flexiblen Hybridkonzept, Stand 06.2009: keine zusätzlichen Kosten), **Bayern Versicherung / Versicherungskammer Bayern** (Fondsgebundene Rentenversicherung als Altersvorsorgevertrag, Stand: 15.12.2008 – RiesterRente Invest: 100 Euro; Rentenversicherung als Altersvorsorgevertrag, Stand: 15.03.2010, Besondere Bedin-

gungen für die fondsgebundene Überschussbeteiligung bei einer Rentenversicherung als Altersvorsorgevertrag, Stand 15.12.2008 – RiesterRente: 100 Euro), **Deka** (BonusRente und ZukunftsPlan, Stand 04.2010: 50 Euro), **DWS** (RiesterRente Premium, Stand 02.2009: 51,30 Euro; DWS TopRente Balance und Dynamik, Stand 01.2010: 51,30 Euro), **Gothaer** (MRRF1: Gothaer ErgänzungsVorsorge Fonds, Stand 07.2009 und 10.2010: 100 Euro; MRRF2: Gothaer ErgänzungsVorsorge ReFlex, Stand 07.2009 und 10.2010: 100 Euro; MRRC1: Gothaer ErgänzungsVorsorge Classic, Stand 07.2009 und 10.2010: 100 Euro), **LV 1871** (Fondsgebundene RieStar-Rentenversicherung, Stand 04.2009: 100 Euro, sofern die versicherte Person nicht nachweisen kann, dass die tatsächlichen Kosten wesentlich niedriger zu beziffern sind), **Nürnberger** (NR2507 NÜRNBERGER ZulagenRente mit Zulagen- oder Verrechnungsmodell, Stand 07.2009: 50 Euro; NFR2507 NÜRNBERGER Fondsgebundene ZulagenRente mit Zulagen- oder Verrechnungsmodell, Stand 07.2009: 50 Euro; NFR2507S NÜRNBERGER Fondsgebundene ZulagenRente Doppel-Invest mit Zulagen- oder Verrechnungsmodell, Stand 07.2009: 50 Euro), **Swiss Life** (Swiss Life Riester-Rente FRV, Stand 09.2010: 80 Euro; Swiss Life RiesterRente, Stand 09.2010: 80 Euro), **Volkswahl Bund** (AWR: Fondsgebundene Riester-Rentenversicherung mit dynamischen Wertsicherungskonzept, Stand 01.2010: Im Falle der Kündigung entstehen Kosten in Höhe von 50 Euro zuzüglich eines Abzugs in Prozent des Garantieguthabens. Dieser beträgt im ersten Versicherungsjahr 0,5% multipliziert mit der um 10 verminderten Aufschiebzeit in vollen Jahren; maximal jedoch 20%. Beispiel: Bei einer Aufschiebzeit von 25 Jahren ergibt sich für das erste Versicherungsjahr ein Abzug von  $0,5\% \times 15 = 7,5\%$ . In den Folgejahren vermindert sich der Abzug jährlich um 0,5%-Punkte), **WWK** (RR01M/F NT: WWK Premium FörderRente protect, Stand 01.11.2009: 1,00% des bis zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Gesamtguthabens, mindestens 50 Euro, höchstens 200 Euro), **Zurich** (FörderRenteinvest DWS Premium, Stand 04.2009: Kosten in Höhe von 5% des Fonds-Deckungskapitals, min. 10 Euro, maximal 100 Euro)

Beim Thema Anbieterwechsel ist zu beachten, dass zwar alle Anbieter verpflichtet sind, gebildetes Riester Guthaben auf einen Wettbewerber zu übertragen, dieser jedoch keine Pflicht hat, den Übertrag auch anzunehmen. Einige Anbieter berechnen beim Empfang von Guthaben des alten Anbieters nochmals Gebühren für den Geldeingang, entweder als Vertriebs- oder Verwaltungskosten. Effektiv wird der Kunde also gleich mehrfach mit Kosten bestraft (für den Abschluss, den Wechsel und für den Übertrag). Auch ist zu beachten, dass die Beitragserhaltungsgarantie sich nur auf die beim Übertrag eingegangenen Beträge und Zulagen bezieht, nicht jedoch auf die im vorhergehenden Vertrag bereits eingezahlten Leistungen. Mehr zu diesem Thema finden Sie beispielsweise in „Rating-Sieger“ 02/2007, S. 20 bis 21.

### ■ Beitragsreduzierung

Oft möchten Kunden jedoch einfach als Folge eines gesunkenen Einkommens oder einer gestiegenen finanziellen Belastung die bestehenden Riesterverträge lediglich im Beitrag reduzieren und weder kündigen noch auf einen Drittanbieter übertragen. In diesem Fall bleibt trotz ggf. unnötig gezahlter Abschluss- und Vertriebskosten die endfällige Garantie uneingeschränkt erhalten. Die Beitragserhaltungsgarantie umfasst die bis zur vorzeitigen Beitragsfreistellung gezahlten Beiträge und die zugeflossenen gezahlten staatlichen Zulagen. Mit den hier dargestellten Regelungen zur Teilkündigung geht es ausdrücklich nicht um eine teilweise Auszahlung von Vertragsguthaben, es sei denn dieses wurde im Einzelfall wie bei der DWS als zusätzliche Alternative entsprechend klargestellt.

#### Beispielhafte Regelungen im Fall einer dauerhaften Beitragsreduzierung (Teilkündigung)

**Alte Leipziger** (ALfonds<sup>Riester</sup> (Tarif FR50), Stand 06.2009: eine Beitragsreduzierung ist jederzeit mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Kalendervierteljahres möglich. Es muss ein Betrag von mindestens 300 Euro jährlich verbleiben; FiskAL (Tarif RV50), Stand 01.2009: eine Beitragsreduzierung ist möglich. Als Folge reduzieren sich die Versicherungsleistungen. Es

muss ein Mindestbeitrag von 25 Euro fortbestehen), **Axa** (IRF 1: TwinStar Invest, Stand 12.2009: eine Beitragsreduzierung ist schriftlich mit einer Frist von einem Monat zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode möglich. Der Beitrag für die Versicherung muss sich aber auf mindestens 60 Euro jährlich belaufen. Als Folge wird die Versicherung teilweise ruhend gestellt. Für die Herabsetzung des Beitrages werden keine Stornogebühren erhoben. Eine spätere Wiederinkraftsetzung ist nicht möglich, eine Beitragserhöhung schon; IRF 2: TwinStar Invest, Stand 12.2009: siehe IRF1), **Condor** (Congenial riester garant Stand 01.06.2010): Eine Beitragsfreistellung ist ganz oder teilweise zum Ende jeder Versicherungsperiode ohne Abzüge möglich), **Continentale** (VR3: VorsorgePlusPlan, Stand 01.09.2010: Bedingungsseitig geregelt ist nur die Möglichkeit einer vollständigen Beitragsfreistellung, deren Anwendung hier implizit angenommen werden kann: eine Unterbrechung ist jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode möglich. Das verbleibende Fondsguthaben nimmt bis zum Ende der Ansparphase weiterhin an der Wertentfaltung der gewählten Investmentfonds teil. Voraussetzung für eine Wiederinkraftsetzung ist eine Mitteilung an den Versicherer. Ansonsten ist jederzeit eine Wiederaufnahme der Zahlung möglich. Die Fortsetzung erfolgt mit den bei Vertragsabschluss gültigen Rechnungsgrundlagen. Laut Versicherer sei jedoch abweichend auch eine nur teilweise Beitragsreduzierung bis zu den tariflichen Mindestbeiträgen möglich), **Deka** (BonusRente und ZukunftsPlan, Stand 04.2010: Beitragsreduzierung und –erhöhung jederzeit möglich, kein Mindestbeitrag erforderlich, keine Abschlusskosten, da Ausgabeentgelt nur für die tatsächlich eingezahlten Beträge anfällt), **DWS** (RiesterRente Premium, Stand 02.2009: Einmal jährlich möglich. Bei einer Reduzierung innerhalb der ersten 5 Jahre der Vertragslaufzeit reduzieren sich die Abschlusskosten entsprechend. Voraussetzung für eine nur teilweise Kündigung ist, dass noch ein Mindestguthaben von 2.000 Euro im Vertrag verbleibt. Diese Regelung gilt für echte Teilentnahmen von ungefördertem Kapital. Eine Beitragsredu-

ktion im engeren Sinne ohne gleichzeitige Kapitalauszahlung ist ohne jedes Limit möglich. Dabei ist kein Mindestguthaben zu beachten), **Generali** (Riesterrente Fonds IA09, Stand 01.2009: jederzeit zum Schluss der laufenden Zahlungsperiode auf einen Mindestbeitrag von 10 Euro monatlich bzw. 120 Euro jährlich. Die Versicherung wird teilweise beitragsfrei gestellt. Per 01.2010 wurde dieser Mindestbeitrag auf 5 Euro monatlich bzw. 60 Euro jährlich geändert. Es wurde jedoch bisher versäumt, dies in den AVB anzupassen), **Gothaer** (MRR1: Gothaer ErgänzungsVorsorge Classic, Stand 07.2009 und 10.2010: jederzeit mit Frist von zwei Wochen zum nächsten Monatsersten. Die garantierten Leistungen reduzieren sich entsprechend. Kosten sind mit der Beitragsänderung nicht verbunden; MRRF1: Gothaer ErgänzungsVorsorge Fonds, Stand 07.2009 und 10.2010: siehe MRR1; MRRF2: Gothaer ErgänzungsVorsorge ReFlex, Stand 07.2009 und 10.2010: siehe MRR1), **Heidelberger Leben** (FörderPerformer Rente, Stand 04.2010: jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode. Es muss ein Beitrag von mindestens 300 Euro jährlich verbleiben. Als Folge kommt es zu einer teilweisen Beitragsfreistellung mit anteiligem Stornoabzug), **HDI-Gerling** (TwoTrust Riesterrente (FRWA 09), Stand 01.2010: Dem Versicherer muss innerhalb eines Monats ein Antrag auf teilweise Beitragsfreistellung bzw. Ruhstellung zugehen. Als Folge reduzieren sich die garantierten Leistungen. Eine Wiederinkraftsetzung ist durch Fortführung der vereinbarten Beiträge wieder möglich. Dabei kann ein nicht näher spezifizierter Abzug erhoben werden), **Iduna** (NR: Riester-Rente mit Anlage der Überschüsse in Fonds, Stand 10.2009: jederzeit zum Schluss der Versicherungsperiode schriftlich möglich. Als Folge wird die Versicherung teilweise beitragsfrei gestellt), **LV 1871** (Fondsgebundene RieStar-Rentenversicherung, Stand 04.2009: die Höhe der Stornokosten beträgt 4% auf die eingezahlten Beiträge, Zulagen und Zuzahlungen in den ersten beiden Dritteln der Vertragslaufzeit, danach erfolgt eine Reduzierung bis zum Ende der Vertragslaufzeit. Im Rahmen einer flexiblen Altersgrenze ab Alter 60 und

zugleich einer Restlaufzeit von höchstens fünf Jahren erfolgt kein Abzug. Bei teilweiser Kündigung wird der Abzug entsprechend herabgesetzt) **MONEYMAXX** (MONEYMAXX Discover level 2 – Riesterrente – Tarif RRIX, Stand 07.2009: der Mindestbeitrag im Fall einer Beitragsreduzierung beträgt 60 Euro jährlich bzw. 10 Euro monatlich. Zudem wird das Vertragsguthaben bei einer Beitragsreduzierung vor dem vollendeten 60. Lebensjahr um 25 Euro gekürzt), **Stuttgarter** (RiesterRente classic (Tarif 35 - Tarifgeneration 2009), Stand 07.2009: jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode möglich auf einen verbleibenden Betrag von nicht unter 60 Euro jährlich. Als Folge wird die Versicherung teilweise beitragsfrei gestellt und es erfolgt ein Stornoabzug. Der Abzug entfällt, wenn die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet hat und die restliche Beitragszahlungsdauer höchstens 7 Jahre beträgt. Die nicht gezahlten Beiträge können in einem Betrag oder innerhalb eines Zeitraumes von 24 Monaten nachgezahlt werden. Es können auch höhere laufende Beiträge bis zum Ende der Beitragszahlungsdauer vereinbart werden. Alternativ kann beantragt werden, dass ein ggf. vorhandenes Überschussguthaben um die nicht gezahlten Beiträge reduziert wird oder die garantierten Leistungen entsprechend reduziert werden), **Swiss Life** (FRV-HYR1: Swiss Life Riester-Rente FRV, Stand 09.2010: schriftlich mit Frist von einem Monat zur darauf folgenden Prämienfälligkeit ist eine Beitragsfreistellung auf min. 10 Euro monatlich bzw. 60 Euro jährlich möglich. Als Folge wird die Versicherung teilweise ruhend gestellt und der Versicherungsschutz entsprechend reduziert. Es erfolgt ein Stornoabzug), **Bayern Versicherung / Versicherungskammer Bayern** (Fondsgebundene Rentenversicherung als Altersvorsorgevertrag, Stand: 15.12.2008 – RiesterRente Invest: Nach § 165 VVG kann der VN seine Versicherung vor Rentenbeginn jederzeit ruhen lassen (Beitragsfreistellung). Wenn der VN in einem Kalenderjahr also keine Beiträge gezahlt hat, ruht die Versicherung. Die Beitragsfreistellung der Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. Der Wert des Deckungskapitals nach Beitragsfreistellung erreicht

erst nach einem bestimmten Zeitraum die Summe der eingezahlten Beiträge, da aus diesen auch Abschluss- und Vertriebskosten sowie Kosten für die Verwaltung des gebildeten Kapitals finanziert werden. Den aktuellen Wert des Deckungskapitals nach Beitragsfreistellung teilt der Versicherer auf Anfrage mit. Die Versicherung kann jederzeit durch Fortsetzung der Beitragszahlung wieder in Kraft setzen. Die Beitragserhaltungsgarantie gemäß § 1 Absatz 4 gilt entsprechend. Die Neufestsetzung des Beitrags und die Herabsetzung der Versicherungsleistungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Herabsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt. Bei beitragsfreien Versicherungen ist der Versicherer zur Herabsetzung der Versicherungsleistung berechtigt; Rentenversicherung als Altersvorsorgevertrag, Stand: 15.03.2010, Besondere Bedingungen für die fondsgebundene Überschussbeteiligung bei einer Rentenversicherung als Altersvorsorgevertrag, Stand 15.12.2008 – RiesterRente: Nach § 165 VVG kann der VN vor Rentenbeginn jederzeit schriftlich mitteilen, dass er seine Versicherung zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode ruhen lassen möchten (Beitragsfreistellung). In diesem Fall setzt der Versicherer die vereinbarte Rente auf eine beitragsfreie Rente herab, die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Zugrundelegung des Rückkaufwertes für den Schluss der Versicherungsperiode errechnet wird, bis zu der die Beiträge gezahlt wurden. Anstelle einer vollständigen Befreiung von der Beitragszahlungspflicht kann auch eine teilweise Beitragsbefreiung verlangt werden. In diesem Fall setzt der Versicherer die vereinbarte Rente unter Berücksichtigung des verbleibenden Beitrags und des aus der Versicherung zur Verfügung stehenden Rückkaufwertes gemäß den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode herab. Sowohl die vollständige als auch die teilweise Beitragsfreistellung der Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. Der für die Bildung einer beitragsfreien Rente zur Verfügung stehende



## Know-how für Makler

Risiko & Vorsorge  
 Vierteljährlich aktualisierte Sicherheit in Produkt- und Haftungsfragen!



 [www.promakler.de](http://www.promakler.de)  
 [info@bhm-marketing.de](mailto:info@bhm-marketing.de)  
 **BHM Verlag GmbH**  
**Mitteldorfstr. 12**  
**37130 Gleichien**

Betrag erreicht erst nach einem bestimmten Zeitraum die Summe der gezahlten Beiträge, da aus diesen auch Abschluss- und Vertriebskosten sowie Kosten für die Verwaltung des gebildeten Kapitals finanziert werden. Nähere Informationen zur beitragsfreien Rente und ihrer Höhe können dem Versicherungsschein entnommen werden. Bei teilweiser Beitragsfreistellung hängt die Höhe der herabgesetzten Rente von der Höhe des verbleibenden Beitrags und vom Zeitpunkt der Vertragsumstellung ab. Sofern der VN eine teilweise Beitragsfreistellung wünscht, wird dem VN die Höhe der herabgesetzten Rente auf Anfrage mitgeteilt. Eine teilweise Beitragsfreistellung kann nur verlangt werden, wenn der verbleibende Beitrag den Mindestbetrag von 5 Euro monatlich nicht unterschreitet. Die Versicherung kann jederzeit durch Fortsetzung der Zahlung der laufenden Beiträge wieder in Kraft gesetzt werden. Die Wiederherstellung des Versicherungsschutzes errechnet sich nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Berücksichtigung des am Wiederherstellungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alters, der restlichen Laufzeit bis zum vereinbarten Rentenbeginn und den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation. Die Garantie gemäß § 1 Absatz 5 gilt entsprechend), **Volkswohl Bund** (AWR: Fondsgebundene Riester-Rentenversicherung mit dynamischen Wertsicherungskonzept, Stand 01.2010: eine Beitragsreduzierung ist jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode möglich. Es muss ein Betrag von mindestens 150 Euro verbleiben. Als Folge wird die Versicherung teilweise beitragsfrei gestellt; AFR: Fondsgebundene Riester-Rentenversicherung Safe Invest Extra, Stand 01.2010: eine Beitragsreduzierung ist jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode möglich. Es muss ein Betrag von mindestens 150 Euro verbleiben. Als Folge wird die Versicherung teilweise beitragsfrei gestellt), **Zurich** (Förder Rentinvest DWS Premium, Stand 04.2009: eine Beitragsreduzierung ist jederzeit möglich. Die Beitragszahlung kann in ursprünglicher Höhe fortgesetzt werden, wenn die Höchstgrenze von 2.000 Euro pro Jahr inklusive Zulagen eingehalten wird. Die zum Ver-

tragsbeginn vereinbarten Rechnungsgrundlagen bleiben unverändert. Beiträge können in den genannten Grenzen nachgezahlt werden. Innerhalb der letzten 9 Jahre kann die Wiederaufnahme der Beitragszahlungen abgelehnt werden; Förder Rentinvest, Stand 04.2009: eine Beitragsreduzierung ist jederzeit möglich. Die Beitragszahlung kann in ursprünglicher Höhe fortgesetzt werden, wenn die Höchstgrenze von 2.000 Euro inkl. Zulagen pro Jahr eingehalten wird. Die zum Vertragsbeginn vereinbarten Rechnungsgrundlagen bleiben unverändert. Beiträge können in den genannten Grenzen nachgezahlt werden. Innerhalb der letzten 9 Jahre kann die Wiederaufnahme der Beitragszahlungen abgelehnt werden)

### ■ Beitragsfreistellung

Ebenfalls nicht ungewöhnlich ist, dass Kunden ihre Verträge nicht nur im Beitrag reduzieren wollen, sondern vorübergehend oder nur zeitweise vollständig beitragsfrei stellen wollen.

#### Beispielhafte Regelungen zur vorübergehenden Unterbrechung der Beitragszahlung gemäß § 1 (1) Nr. 10 a) AltZertG

**Alte Leipziger** (ALfonds<sup>Riester</sup> (Tarif FR50), Stand 06.2009: jederzeit schriftlich zum Ende des laufenden Beitragszahlungsabschnittes möglich. Dabei wird die garantierte Rente auf eine beitragsfreie Rente herabgesetzt. Die Versicherung kann jederzeit durch Fortsetzung der Beitragszahlung wieder in Kraft gesetzt werden. Es besteht die Möglichkeit, die während der beitragsfreien Zeit nicht gezahlten Beiträge ganz oder teilweise in einem Betrag bis zur Höhe des Sondersausgaben-Höchstbetrags gemäß § 10a Absatz 1 EStG sowie alternativ über einen individuell bestimmten Zeitraum durch erhöhte laufende Beiträge nachzuzahlen; FiskAL (Tarif RV50), Stand 01.2009: jederzeit zum Ende des laufenden Beitragszahlungsabschnittes ist eine vorübergehende Beitragsfreistellung möglich. Eine Stornogebühr wird dafür nicht erhoben. Die Versicherung kann jederzeit durch Fortsetzung der Beitragsfreistellung wieder in Kraft gesetzt

werden. Die Beitragsgarantie gilt entsprechend. Es besteht die Möglichkeit, die während der beitragsfreien Zeit nicht gezahlten Beiträge ganz oder teilweise in einem Betrag bis zur Höhe des Sondersausgaben-Höchstbetrags gemäß § 10a EStG nachzuzahlen. Im Fall einer Beitragsfreistellung betragen die Verwaltungskosten in der verbliebenen beitragsfreien Aufschubzeit in jedem Jahr 2,5% der beitragsfreien garantierten Rente), **Axa** (IRF 1: TwinStar Invest, Stand 12.2009: eine vorübergehende Beitragsunterbrechung ist schriftlich mit einer Frist von einem Monat zum Schluss der laufenden Beitragszahlungsperiode möglich. Dabei reduzieren sich auch die Garantieleistungen entsprechend. Der Kunde kann verlangen, dass er rückständige Beiträge nachzahlen darf. Dies bedeutet effektiv eine Beitragsreaktivierung; IRF 2: TwinStar Invest, Stand 12.2009: siehe IRF1), **Condor** (Congenial riester garant Stand 01.06.2010: Eine Beitragsfreistellung ist ganz oder teilweise zum Ende jeder Versicherungsperiode ohne Abzüge möglich. „Sie können Ihre Versicherung mit einer Frist von einem Monat zum Schluss einer Versicherungsperiode durch schriftliche Mitteilung an uns und Fortsetzung der Beitragszahlung wieder in Kraft setzen. Die Wiederinkraftsetzung führt zu einer Neuberechnung des Garantiekapitals zum Rentenbeginn. Zusätzlich zur Wiederinkraftsetzung können Sie für Ihre fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantieleistung Sonderzahlungen zur Erhöhung des Vertragsguthabens gemäß § 4 Absatz 10 leisten. [...] Zum Beginn einer Beitragsfreistellung können Sie bereits festlegen, dass Ihre Versicherung zu einem bestimmten Zeitpunkt wieder in Kraft gesetzt werden soll. Nach dem von Ihnen festgelegten Ende der Beitragspause wird die Versicherung automatisch beitragspflichtig fortgeführt.“), **Deka** (Bonus-Rente und ZukunftsPlan, Stand 04.2010: Ruhephasen sind jederzeit ohne Ankündigungsfrist und in der Dauer unbegrenzt möglich, **DWS** (RiesterRente Premium, Stand 02.2009: vorübergehende Ruhephasen sind jederzeit möglich, sofern der Beginn mindestens 10 Tage vorher durch schriftliche Erklärung angekündigt wird. Eine Zahlungseinstellung wird als Ruhelas-

sen behandelt), **Generali** (Riesterrente Fonds IA09, Stand 01.2009: Die Beiträge müssen vorher mindestens 2 Jahre vollständig gezahlt worden sein. Für einen vollständigen Zahlungsaufschub müssen die Beiträge zusätzlich mindestens für einen Zeitraum von 1/12 der Beitragszahlungsdauer vollständig gezahlt worden sein. Der Zahlungsaufschub ist insgesamt für höchstens 36 Monate der Vertragsdauer und kann auf mehrere Teilzeiträume verteilt werden. Der Versicherungsschutz bleibt vollständig erhalten. Der Zahlungsaufschub ist nur zinslos bei nachgewiesener Arbeitslosigkeit, Elternzeit, Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit der Pflegestufen 2 und 3. Eine befristete Beitragsfreistellung ist jederzeit zum Schluss der vereinbarten laufenden Zahlungsperiode möglich, höchstens jedoch für einen Zeitraum von 5 Jahren. Die versicherten Leistungen und Garantiewerte werden nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu berechnet, die Beitrags-erhaltungsgarantie gilt entsprechend. Auf schriftlichen Antrag ist eine Wiederaufnahme der Beitragszahlung möglich. Nach einer Beitragsfreistellung kann innerhalb der nächsten 5 Jahre zum Beginn einer Zahlungsperiode schriftlich beantragt werden, die Beitragszahlung bis zur ursprünglichen Höhe wieder aufzunehmen), **Gothaer** (MRRC1: Gothaer Ergänzungsvorsorge Classic, Stand 07.2009 und 10.2010: jederzeit mit Frist von 2 Wochen. Der Vertrag wird für diese Zeit beitragsfrei gestellt. Die Beitragszahlung kann jederzeit mit Frist von 2 Wochen wieder aufgenommen werden. Die garantierten Leistungen reduzieren sich entsprechend. Kosten sind mit der Beitragsänderung nicht verbunden; MRRF1: Gothaer Ergänzungsvorsorge Fonds, Stand 07.2009 und 10.2010: siehe MRRC1; MRRF2: Gothaer Ergänzungsvorsorge ReFlex, Stand 07.2009 und 10.2010: siehe MRRC1), **Heidelberger Leben** (FörderPerformer Rente, Stand 04.2010: jederzeit zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, maximal jedoch bis zum vereinbarten Rentenbeginn. Als Folge der Beitragsfreistellung erfolgen ein Abzug vom Anteilsguthaben sowie ein Stornoabzug in Höhe von 150 Euro. Bei nur teilweiser Beitragsfreistellung wird auch der Stornoabzug

nur anteilig erhoben. Kann der Kunde nachweisen, dass der Abzug wesentlich weniger zu beziffern wäre, reduziert er sich entsprechend. Die Wiederaufnahme der Zahlung kann jederzeit durch Fortsetzung der Beitragszahlung erfolgen. Nach der Wiederinkraftsetzung werden die bei Vertragsbeginn zugrunde gelegten Rechnungsgrundlagen verwendet), **HDI-Gerling** (Two-Trust Riesterrente (FRWA 09), Stand 01.2010: mit Meldefrist von einem Monat ist nach einer Mindestvertragslaufzeit von 5 Jahren eine Prämienpause bis zu 24 Monate möglich. Abweichend beträgt die maximale Pause bei Elternzeit 36 Monate. Während der ganzen Vertragslaufzeit sind höchstens zwei Prämienpausen zulässig, weitere nur bei Elternzeit. Als Folge von Prämienpausen reduzieren sich die garantierten Leistungen. Dabei werden die Kosten weiter dem Vertragsguthaben entnommen. Eine Wiederinkraftsetzung ist mit Frist von einem Monat zur nächsten Prämienfälligkeit möglich), **Iduna** (SIG-GI Riester Rente, Fassung 10.2009: die Beitragszahlung kann für einen festen Zeitraum von höchstens 3 Jahren ausgesetzt werden (Beitragspause). Während der Beitragspause entfällt die Beitragsrückgewähr, d.h. bei Tod während der Beitragspause wird der Geldwert des Vertragsguthabens ausgezahlt. Alternativ ist auch eine länger andauernde vorübergehende Beitragsunterbrechung vor dem vereinbarten Rentenbeginn zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres schriftlich möglich. Sofern Ratenzahlungen vereinbart sind, sind auch diese innerhalb des Versicherungsjahres mit einer Frist von 14 Tagen zum Schluss eines jeden Beitragszahlungsabschnittes möglich. Durch eine solche Beitragsfreistellung reduzieren sich die garantierten Leistungen. Die Beitragszahlung zu beitragsfreien Verträgen kann jederzeit neu begonnen werden), **LV 1871** (Fondsgebundene RieStar-Rentenversicherung, Stand 04.2009: der Vertrag kann jederzeit ohne Mahnung ruhen gelassen werden. Eine Beitragszahlung kann jederzeit wieder neu aufgenommen werden. Wird der rückständige Beitrag bis zum Jahresende nicht in Form eines Einmalbeitrages nachgezahlt, so wird nach Auskunft des Versicherers erst dann ggf. das Provisions-

konto des betreuenden Vermittlers belastet), **MONEYMAXX** (MONEYMAXX Discover level 2 – Riesterrente – Tarif RRIX, Stand 07.2009: zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode ist jederzeit eine Beitragsfreistellung möglich. Erfolgt diese vor dem vollendeten 60. Lebensjahr erfolgt ein Abzug von 25 Euro. Kann der Kunde nachweisen, dass tatsächlich ein geringerer Abzug gerechtfertigt wäre, reduziert sich dessen Höhe. Die Beitragszahlung kann jederzeit wieder aufgenommen werden. Die nicht gezahlten Beiträge können durch Einmalzahlung oder in Form erhöhter laufender Beiträge zurück gezahlt werden), **Stuttgarter** (RiesterRente classic (Tarif 35 – Tarifgeneration 2009), Stand 07.2009: jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode ist eine vorübergehende Unterbrechung der Beitragszahlung möglich. Die Versicherungsleistungen reduzieren sich entsprechend. Die Versicherung kann jederzeit durch Wiederaufnahme der Beitragszahlung in Kraft gesetzt werden. Die Wiederinkraftsetzung erfolgt in den ersten drei Jahren mit den für den Vertrag geltenden Rechnungsgrundlagen), **Swiss Life** (FRVHYR1: Swiss Life Riesterrente FRV, Stand 09.2010: nach schriftlicher Vereinbarung mit dem Versicherer ist eine Stundung von maximal 12 Monaten unter Beibehaltung des vollen Versicherungsschutzes möglich. Es fallen Stundungszinsen an, die sich nach den zum Zeitpunkt der Stundung gültigen Zinssätzen berechnen. Die gestundeten Beiträge und Zinsen können nach Ablauf des Stundungszeitraumes mit einer Nachzahlung beglichen, mit dem vorhandenen Fondsguthaben verrechnet, durch eine Laufzeitverlängerung unter Beachtung der tariflichen Grenzen oder durch eine Erhöhung der Beiträge ausgeglichen werden. Voraussetzung für eine Stundung ist, dass die Hauptversicherung bereits den Vertragswert der gestundeten Beiträge aufweist. Wird die prämienfreie Zeit nicht ausgeglichen, sondern die ursprünglich vereinbarte Prämie weiterhin gezahlt, verringern sich die Leistungen gemäß den versicherungsmathematischen Regeln der Tarifkalkulation des Vertrages. Der Wunsch zur Wiederaufnahme der Beitragszahlung muss beim Versicherer unter Angabe des ge-

wünschten Wiederinkraftsetzungstermins schriftlich angemeldet werden; Swiss Life Riester-Rente, Stand 09.2010: nach schriftlicher Vereinbarung mit dem Versicherer ist eine Stundung von maximal 12 Monaten unter Beibehaltung des vollen Versicherungsschutzes möglich. Es fallen Stundungszinsen an, die sich nach den zum Zeitpunkt der Stundung gültigen Zinssätzen berechnen. Die gestundeten Beiträge und Zinsen können nach Ablauf des Stundungszeitraumes mit einer Nachzahlung beglichen, mit dem vorhandenen Rückkaufwert verrechnet, durch eine Laufzeitverlängerung unter Beachtung der tariflichen Grenzen oder durch eine Erhöhung der Beiträge ausgeglichen werden. Voraussetzung für eine Stundung ist, dass die Hauptversicherung bereits den Vertragswert der gestundeten Beiträge aufweist. Wird die prämienfreie Zeit nicht ausgeglichen, sondern die ursprünglich vereinbarte Prämie weiterhin gezahlt, verringern sich die Leistungen gemäß den versicherungsmathematischen Regeln der Tarifkalkulation des Vertrages. Der Wunsch zur Wiederaufnahme der Beitragszahlung muss beim Versicherer unter Angabe des gewünschten Wiederinkraftsetzungstermins schriftlich angemeldet werden), **Volkswahl Bund** (AWR: Fondsgebundene Riester-Rentenversicherung mit dynamischen Wertesicherungskonzept, Stand 01.2010: eine vorübergehende Beitragsunterbrechung ist jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode möglich. Die Beitragszahlung kann jederzeit wieder aufgenommen werden. Die Fortsetzung der Beitragszahlung erfolgt nach dem dann gültigen Tarif. Es erfolgt ein Abzug in Höhe von 50 Euro, sofern der Kunde nicht der Höhe nach geringere Kosten nachweisen kann; AFR: Fondsgebundene Riester-Rentenversicherung Safe Invest Extra, Stand 01.2010: siehe AWR), **Zurich** (Förder Rentinvest DWS Premium, Stand 04.2009: eine vorübergehende Beitragsunterbrechung ist jederzeit möglich, ohne dass sich etwas an den vereinbarten Rechnungsgrundlagen ändert. Bis 9 Jahre vor Einsetzen der Rentenzahlung ist eine Fortsetzung der Beitragszahlung möglich. Der Versicherer ist berechtigt, die Wiederaufnahme der Beitragszahlung innerhalb

der letzten neun Jahre abzulehnen, wenn für diese Beiträge die Beitragsgarantie zum Rentenzahlungsbeginn nicht mehr sichergestellt werden kann. Im Fall einer Wiederinkraftsetzung ist dem Versicherer eine erneute Lastschriftzugsermächtigung zu erteilen oder eine neue Vereinbarung über die Beitragszahlung zu treffen. Es besteht die Möglichkeit, die nicht gezahlten Beiträge über eine entsprechende Zuzahlung unter Berücksichtigung von Höchstgrenzen auszugleichen; Förder Rentinvest, Stand 04.2009: siehe Förder Rentinvest DWS Premium)

Eine dauerhafte Beitragsfreistellung kann in vielen Fällen eine kostengünstige Alternative zum Übertrag des Vertragsguthabens auf einen vermeintlich renditestärkeren Wettbewerber sein. Schließlich bleibt die endfällige Beitragsgarantie auch bei vollständiger Kündigung unverändert erhalten.

### Beispielhafte Regelungen zur dauerhaften Beitragsfreistellung

**Alte Leipziger** (ALfonds<sup>Riester</sup> (Tarif FR50), Stand 06.2009: schriftlich jederzeit zum Ende des laufenden Beitragszahlungsabschnittes, ohne dass dafür eine Stornogebühr anfällt. Die Beitragsfreistellung kann jederzeit durch Wiederaufnahme der Beitragszahlung beendet werden; FiskAL (Tarif RV50), Stand 01.2009: eine dauerhafte Beitragsfreistellung kann jederzeit zum Ende des laufenden Beitragszahlungsabschnittes beantragt werden. Die versicherte Rente wird auf eine beitragsfreie Rente nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zum Ende des Kalendervierteljahres, zu dem die Versicherung gekündigt wird, herabgesetzt. Eine Stornogebühr wird nicht erhoben, allerdings betragen die Verwaltungskosten in diesem Fall in der verbliebenen beitragsfreien Aufschubzeit in jedem Jahr 2,5% der beitragsfreien garantierten Rente. Die Beitragsfreistellung kann jederzeit durch Wiederaufnahme der Beitragszahlung beendet werden), **Axa** (IRF 1: TwinStar Invest, Stand 12.2009: mit einer Frist von einem Monat zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode ist eine dauerhafte

Beitragsfreistellung möglich. Die vereinbarte Rente wird als Folge auf eine beitragsfreie GarantieRente herabgesetzt. Die weiterhin entstehenden Kosten für Verwaltung und Risikobeiträge werden monatlich dem Investmentguthaben entnommen. Stornokosten werden für eine Beitragsfreistellung ausdrücklich nicht erhoben; IRF 2: TwinStar Invest, Stand 12.2009: siehe IRF1), **Condor** (Congenial riester garant Stand 01.06.2010: Eine Beitragsfreistellung ist ganz oder teilweise zum Ende jeder Versicherungsperiode ohne Abzüge möglich), **Continental** (VR3: VorsorgePlusPlan, Stand 01.09.2010: eine dauerhafte Beitragsfreistellung ist jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode möglich. Das verbleibende Fondsguthaben nimmt bis zum Ende der Ansparphase weiterhin an der Wertentwicklung der gewählten Investmentfonds teil. Eine Wiederinkraftsetzung in beitragspflichtiger Form ist jederzeit möglich), **Deka** (BonusRente und ZukunftsPlan, Stand 04.2010: Ruhephasen sind jederzeit ohne Ankündigungsfrist und in der Dauer unbegrenzt möglich, das Ausgabeentgelt fällt nur für die tatsächlich eingezahlten Beträge an), **DWS** (RiesterRente Premium, Stand 02.2009: vorübergehende Ruhephasen sind jederzeit möglich, sofern der Beginn mindestens 10 Tage vorher durch schriftliche Erklärung angekündigt wird. Eine Zahlungseinstellung wird als Ruhenlassen behandelt), **Generali** (Riesterrente Fonds IA09, Stand 01.2009: schriftlich zum Ende der vereinbarten laufenden Beitragszahlungsperiode. Das beitragsfrei versicherte Guthaben erreicht dann zum Beginn der Ablaufphase mindestens die in der individuellen Kundeninformation ausgewiesenen Garantiewerte; Riesterrente, Stand 04.2010: schriftlich zum Ende der vereinbarten laufenden Beitragszahlungsperiode. Das beitragsfrei versicherte Guthaben erreicht dann zum Beginn der Ablaufphase mindestens die in der individuellen Kundeninformation ausgewiesenen Garantiewerte. Für beitragsfrei gestellte Versicherungen betragen die Verwaltungskosten 1,20% der versicherten Monatsrente monatlich während der beitragsfreien Zeit), **Gothaer** (MRR1: Gothaer ErgänzungsVorsorge Classic, Stand 07.2009 und 10.2010:

eine dauerhafte Beitragsfreistellung ist jederzeit mit Frist von zwei Wochen möglich. Die garantierten Leistungen reduzieren sich entsprechend. Kosten sind mit der Beitragsänderung nicht verbunden. Die Beitragszahlung kann vor Beginn der Rentenzahlung jederzeit wieder aufgenommen werden; MRRF1: Gothaer Ergänzungsvorsorge Fonds, Stand 07.2009 und 10.2010: siehe MRRC1; MRRF2: Gothaer Ergänzungsvorsorge ReFlex, Stand 07.2009 und 10.2010: siehe MRRC1), **Heidelberger Leben** (FörderPerformer Rente, Stand 04.2010: jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode kann die Versicherung beitragsfrei gestellt werden. Es erfolgt ein Stornoabzug in Höhe von 150 Euro), **HDI-Gerling** (TwoTrust Riesterrente (FRWA 09), Stand 01.2010: eine dauerhafte Beitragsfreistellung kann jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode beantragt werden sowie innerhalb der laufenden Versicherungsperiode mit Frist von einem Monat zum Ende eines jeden Monats. Die Mindestlaufzeit für die Beitragsfreistellung beträgt 1 Jahr. Dabei verringern sich die garantierten Leistungen. Es kann ein Abzug vereinbart werden. Eine Wiederinkraftsetzung der Prämienzahlung ist unter bestimmten Voraussetzungen möglich), **Iduna** (SIGGI Riester Rente, Fassung 10.2009: eine dauerhafte Beitragsfreistellung ist jederzeit vor dem vereinbarten Rentenbeginn zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres schriftlich möglich, bei Vereinbarungen von Ratenzahlungen auch innerhalb des Versicherungsjahres mit einer Frist von 14 Tagen zum Schluss eines jeden Beitragszahlungsabschnittes. Als Folge entfällt die Beitragsrückgewähr, d.h. bei Tod ab dem Zeitpunkt der Beitragsfreistellung wird ausschließlich der Geldwert des Vertragsguthabens ausgezahlt. Die Dauer einer ggf. vereinbarten Rentengarantiezeit bleibt erhalten. Der Rückkaufswert wird nicht durch einen Stornoabzug gekürzt. Eine Wiederaufnahme der Zahlung ist jederzeit möglich; NR: Riester-Rente, Stand 10.2009: jederzeit schriftlich zum Schluss der Versicherungsperiode möglich. Der für die Bildung der beitragsfreien Rente zur Verfügung stehende Betrag ist der Rückkaufswert. Der Rückkaufswert wird

nicht durch einen Stornoabzug gekürzt. Eine Wiederaufnahme der Zahlung ist jederzeit möglich), **LV 1871** (Fondsgebundene RieStar-Rentenversicherung, Stand 04.2009: die Herabsetzung auf eine beitragsfreie Rente ist jederzeit möglich. Ein Vertrag gilt dann als beitragsfrei, wenn länger als 12 Monate keine Eigenbeiträge zugeflossen sind. Für die Verwaltung des gebildeten Kapitals fallen bei beitragsfreien Verträgen zu Beginn jedes Kalendermonats Kosten in Höhe von 0,02497% des Fonds-Deckungskapitals und des Garantieguthabens an. Die Wiederaufnahme der Beitragszahlung ist jederzeit möglich. Die beitragsfreie Zeit kann durch Nachzahlung der Beiträge in Form von Zuzahlungen ausgeglichen werden), **MONEYMAXX** (MONEYMAXX Discover level 2 – Riesterrente – Tarif RRIX, Stand 07.2009: es erfolgt ein Abzug von 25 Euro bei Beitragsfreistellung. Der Abzug entfällt, wenn die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt das 60. Lebensjahr bereits vollendet hat. Für beitragsfreie Verträge betragen die Verwaltungskosten monatlich 0,4% des Vertragsvermögens), **Stuttgarter** (RiesterRente classic (Tarif 35 - Tarifgeneration 2009), Stand 07.2009: jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode ist eine dauerhafte Beitragsfreistellung möglich. Die Versicherungsleistungen reduzieren sich entsprechend. Die Versicherung kann jederzeit durch Wiederaufnahme der Beitragszahlung wieder in Kraft gesetzt werden. Die Wiederinkraftsetzung erfolgt in den ersten drei Jahren mit den für den Vertrag geltenden Rechnungsgrundlagen. Für beitragsfreie Versicherungen betragen die Verwaltungskosten jährlich 2% der beitragsfreien Jahresrente), **Swiss Life** (FRVHYR1: Swiss Life Riester-Rente FRV, Stand 09.2010: Eine dauerhafte Prämienbefreiung muss schriftlich mit Frist von einem Monat zur darauf folgenden Prämienfälligkeit erfolgen. Der Versicherungsschutz reduziert sich als Folge entsprechend. Es wird ein Stornoabzug vorgenommen. Dieser beträgt 0,05% des Deckungskapitals zum Prämienfreistellungszeitpunkt für jedes Jahr der Restlaufzeit (einschließlich einer vereinbarten Abrufphase). Der Abzug entfällt bei Beitragsfreistellung nach dem vollendeten 60. Lebensjahr oder im Fall

einer „Kündigung einer außerplanmäßig prämienfrei gestellten Versicherung.“ Eine Wiederaufnahme der Beitragszahlung ist jederzeit möglich; Swiss Life Riester-Rente, Stand 09.2010: siehe Swiss Life Riester-Rente FRV), **Volkswahl Bund** (AWR: Fondsgebundene Riester-Rentenversicherung mit dynamischen Wertsicherungskonzept, Stand 01.2010: eine dauerhafte Beitragsfreistellung ist jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode möglich. Es erfolgt ein Abzug von 50 Euro; AFR: Fondsgebundene Riester-Rentenversicherung Safe Invest Extra, Stand 01.2010: eine dauerhafte Beitragsfreistellung ist jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode möglich. Es erfolgt ein Abzug von 50 Euro), **Zurich** (Förder Rentinvest DWS Premium, Stand 04.2009: im Fall einer dauerhaften Beitragsfreistellung wird eine beitragsfreie Rente gebildet. Die anfallenden Kosten werden aus dem Vertragsguthaben entnommen; Förder Rentinvest, Stand 04.2009: siehe Förder Rentinvest DWS Premium)

### ■ Stornokosten

Möchte ein Kunde seinen Vertrag vollständig kündigen, so ist er an möglichst geringen Stornokosten interessiert. Dies trifft leider auf die wenigsten am Markt befindlichen Tarife zu. Zu beachten ist, dass die Kündigung echter Nullverträge meist ohne Auszahlung erfolgt, da der Anspruch auf den Erhalt der Zulagen bei förderschädlicher Verwendung entfällt. In diesem Fall kann der Kunde höchstens den Wertzuwachs auf die staatlichen Zulagen behalten.

### Beispielhafte Stornogebühren verschiedener Anbieter

**Alte Leipziger** (ALfonds<sup>Riester</sup> (Tarif FR50), Stand 06.2009: es werden keine Stornogebühren erhoben; FiskAL (Tarif RV50), Stand 01.2009: siehe ALfonds-Riester), **Axa** (IRF 1: TwinStar Invest, Stand 12.2009: bei Kündigung wird ein angemessener Stornoabzug in Abzug gebracht. Dieser ist dem Versicherungsschein zu entnehmen. Hinweise zur Kalkulation des Stornoabzugs finden sich in § 6 Nr. 3 der Bedingungen;



IRF 2: TwinStar Invest, Stand 12.2009: siehe IRF1), **Condor** (Congenial riester garant Stand 01.06.2010: keine Stornogebühr bei Beitragsfreistellungen, bei Kündigungen wird ein von der Restlaufzeit abhängiger Storno fällig: „Zur Berechnung des Auszahlungsbetrages erfolgt von dem so ermittelten Vertragsguthaben ein prozentualer Abzug. Der Prozentsatz des Abzuges ergibt sich aus der Multiplikation der zum Zeitpunkt der vorzeitigen Vertragsbeendigung bei Vertragsfortführung verbleibenden Aufschubzeit mit 7 % dividiert durch die bei Vertragsabschluss vereinbarte Aufschubzeit. Der Abzug wird nicht vorgenommen, wenn zum Termin der Auszahlung des Rückkaufswertes die versicherte Person mindestens das 60. Lebensjahr erreicht hat und der ursprünglich vereinbarte Beginn der Rentenzahlung maximal 8 Jahre aussteht.“), **Continentale** (VR3: VorsorgePlusPlan, Stand 01.09.2010: die Stornogebühr beträgt pauschal 25 Euro), **Deka** (BonusRente und ZukunftsPlan, Stand 04.2010: Entgelt bei schädlicher Verwendung sind 50 Euro), **DWS** (DWS RiesterRente Premium, Stand 02.2009: Entgelt bei schädlicher Verwendung sind 0,5% des Depotgegenwertes, mindestens jedoch 51,30 Euro. Gemäß Preisverzeichnis der DWS mit Stand 12.2009 gilt eine Obergrenze von 500,00 Euro; DWS TopRente Balance und Dynamik, Stand 01.2010: Entgelt bei schädlicher Verwendung sind 0,5% des Depotgegenwertes, mindestens jedoch 51,30 Euro, maximal 500 Euro), **Generali** (Riesterrente Fonds IA09, Stand 01.2009: der Stornoabzug beträgt pauschal 100 Euro), **Gothaer** (MRRC1: Gothaer ErgänzungsVorsorge Classic, Stand 07.2009 und 10.2010: die Stornokosten werden von den im Vertrag ausgewiesenen Rückkaufswerten in Abzug gebracht und variieren mit dem Jahr der Kündigung sowohl absolut als auch prozentual. Der Stornoabzug wird in absoluter Höhe im Versicherungsschein und im Rahmen der jährlichen Wertmitteilung ausgewiesen; MRRF1: Gothaer ErgänzungsVorsorge Fonds, Stand 07.2009 und 10.2010: siehe MRRC1. Der Stornoabzug erfolgt abweichend bezogen auf das Fondsguthaben; MRRF2: Gothaer ErgänzungsVorsorge ReFlex, Stand 07.2009 und 10.2010: siehe

MRRF1), **Heidelberger Leben** (Förder-Performer Rente, Stand 04.2010: bei vollständiger Kündigung erfolgt ein Stornoabzug von 150 Euro, bei teilweiser Kündigung erfolgt der Abzug anteilig), **HDI-Gerling** (TwoTrust Riesterrente (FRWA 09), Stand 01.2010: Stornogebühren fallen in den ersten 30 Jahren der Vertragslaufzeit an. Zum Zeitpunkt der Kündigung bereits vollständig zurückgelegte Versicherungsjahre werden nicht mitgezählt. Der Abzug beträgt 0,4% des Vertragsguthabens. In der Ablaufphase wird auf den Abzug verzichtet), **Iduna** (SIGGI Riester Rente, Fassung 10.2009: die Stornogebühr beträgt pauschal 50 Euro; NR: RiesterRente, Stand 10.2009: pauschal 50 Euro), **LV 1871** (Fondsgebundene RieStar-Rentenversicherung, Stand 04.2009: die Höhe der Stornokosten beträgt 4% auf die eingezahlten Beiträge, Zulagen und Zuzahlungen in den ersten beiden Dritteln der Vertragslaufzeit, danach erfolgt eine Reduzierung bis zum Ende der Vertragslaufzeit. Im Rahmen einer flexiblen Altersgrenze ab Alter 60 und zugleich einer Restlaufzeit von höchstens fünf Jahren erfolgt kein Abzug), **MONEYMAXX** (MONEYMAXX Discover level 2 – Riesterrente – Tarif RRIX, Stand 07.2009: Höhe in Abhängigkeit von der Vertragslaufzeit. Bei einer Kündigung vor dem vollendeten 60. Lebensjahr pauschal 100 Euro), **Nürnberger** (NFR2507S NÜRNBERGER Fondsgebundene ZulagenRente Doppel-Invest mit Zulagen- oder Verrechnungsmodell, Stand 07.2009: Sofern die restliche Aufschubdauer bis zum vereinbarten Rentenbeginn mindestens 10 Jahre beträgt, wird bei beitragspflichtigen Versicherungen ein Abzug von 2,5% der Summe der bis zum Kündigungstermin gezahlten Beiträge erhoben und bei vorzeitig beitragsfrei gestellten Versicherungen einen Abzug von 2,5% des vorhandenen Werts des Deckungskapitals. Für kürzere Restaufschubdauern sinkt der Abzug bei beitragspflichtigen und vorzeitig beitragsfrei gestellten Versicherungen monatlich von 2,5% der jeweiligen Bezugsgröße bei einer Restaufschubdauer von 10 Jahren auf 0% der jeweiligen Bezugsgröße zum vereinbarten Rentenbeginn. 9 Jahre vor dem vereinbarten Rentenbeginn beträgt der Abzug beispielsweise 2,25%, 8 Jahre

vor dem vereinbarten Rentenbeginn beträgt der Abzug 2,0%, 7 Jahre vor dem vereinbarten Rentenbeginn beträgt er 1,75% usw. Für Sonderzahlungen beträgt der Abzug 0,5% des genannten Deckungskapitals, sofern die restliche Aufschubdauer bis zum vereinbarten Rentenbeginn mindestens 10 Jahre beträgt. Für kürzere Restaufschubdauern sinkt der Abzug monatlich von 0,5% bei einer Restaufschubdauer von 10 Jahren auf 0% zum vereinbarten Rentenbeginn. 9 Jahre vor dem vereinbarten Rentenbeginn beträgt der Abzug beispielsweise 0,45%, 8 Jahre vor dem vereinbarten Rentenbeginn beträgt der Abzug 0,4%, 7 Jahre vor dem vereinbarten Rentenbeginn beträgt er 0,35% usw. Der Abzug entfällt ab dem Jahrestag des Versicherungsbeginns, zu dem die versicherte Person erstmals das Alter von 55 Jahren überschritten hat und die Restlaufzeit bis zum Rentenbeginn höchstens noch 10 Jahre beträgt), **Stuttgarter** (RiesterRente classic (Tarif 35 - Tarifgeneration 2009), Stand 07.2009: Abzug in Höhe von 0,5% des Deckungskapitals multipliziert mit der um 10 Jahre verminderten restlichen Aufschubzeit des Vertrages, zuzüglich 100 Euro. Der Abzug entfällt, wenn die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet hat und die restliche Beitragszahlungsdauer höchstens 7 Jahre beträgt), **Swiss Life** (FRVHYR1: Swiss Life Riester-Rente FRV, Stand 09.2010: der Abzug beträgt für den Investmentteil 0,025% für jedes Jahr der Restlaufzeit des Geldwertes des Fondsguthabens. Der Abzug für den Garantieteil beträgt 0,05% des Deckungskapitals für jedes Jahr der Restlaufzeit. Der Abzug wird bis zum Rentenbeginn erhoben, sofern die versicherte Person das rechnungsmäßige Endalter von 60 Jahren noch nicht erreicht hat; Swiss Life Riester-Rente, Stand 09.2010: Der Abzug beträgt 0,05% des Deckungskapitals für jedes Jahr der Restlaufzeit. Der Abzug wird bis zum Rentenbeginn erhoben, sofern die versicherte Person das rechnungsmäßige Endalter von 60 Jahren noch nicht erreicht hat), **Volkswahl Bund** (AWR: Fondsgebundene Riester-Rentenversicherung mit dynamischen Wertsicherungskonzept, Stand 01.2010: der Stornoabzug beträgt 50 Euro zzgl. eines Abzugs in Prozent des

Garantieguthabens. Dieser beträgt im ersten Versicherungsjahr 0,5% multipliziert mit der um 10 verminderten Aufschubzeit in vollen Jahren, maximal jedoch 20%. Bei einer Aufschubzeit von 25 Jahren ergibt sich für das erste Versicherungsjahr ein Abzug von  $0,5\% \times 15 = 7,5\%$ . In den Folgejahren vermindert sich der Abzug jährlich um 0,5%-Punkte; AFR: Fondsgebundene Riester-Rentenversicherung Safe Invest Extra, Stand 01.2010: siehe AWR), **Zurich** (Förder Rentinvest DWS Premium, Stand 04.2009: Abzug in Höhe von 5% des Fondsdeckungskapitals, mindestens 10 Euro, maximal 100 Euro; Förder Rentinvest, Stand 04.2009: Abzug in Höhe von 5% des Fondsdeckungskapitals, mindestens 10 Euro, maximal 100 Euro)

### ■ Beitragserhöhung & Zuzahlung

Auch ein Blick auf sonstige Kostenpositionen kann durchaus sinnvoll sein, auch wenn die Kosten für einen Bezugsrechtswechsel oder Lastschriftrückläufer für die Tarifauswahl nicht entscheidend sein sollten. Vorbildlich ist die Alte Leipziger, die weder Kosten für die Entnahme von Kapital für Wohnriester, für Änderungen des Bezugsrechts, Beitragserhöhungen oder -reduzierungen vorsieht.

Denkbar ist es auch, dass ein Kunde zwar bei Vertragsbeginn nur geringe Einnahmen zur freien Verfügung hat, später jedoch erhöhen möchte. Hierzu kann es von Interesse sein, alternativ eine Dynamik mit dem Anbieter vereinbaren zu können, Beiträge während der Vertragslaufzeit zu erhöhen oder einmalige Zuzahlungen während der Vertragslaufzeit leisten zu dürfen. Sehr uneinheitlich werden für Zuzahlungen die jeweils aktuellen oder die bei Vertragsbeginn gültigen Rechnungsgrundlagen zugrunde gelegt.

### Beispielhafte Anbieter mit der Möglichkeit auf dauerhafte Beitragserhöhung während der Vertragslaufzeit

**Alte Leipziger** (ALfonds<sup>Riester</sup> (Tarif FR50), Stand 06.2009: Erhöhungen werden angesprochen, allerdings ohne konkrete bedingungsseitige Regelung; FiskAL (Tarif RV50), Stand 01.2009: siehe ALfondsRiester), **Axa** (IRF 1:

TwinStar Invest, Stand 12.2009: Bis zum Beginn der Rentenwahlphase kann der Versicherungsnehmer einmal pro Kalenderjahr seinen Eigenbeitrag erhöhen. Dies bedarf eines vom Versicherungsnehmer zu stellenden und vom Versicherer anzunehmenden Antrages, d. h. auf Beitragserhöhungen besteht kein Rechtsanspruch. Die Erhöhungen des Eigenbeitrages bewirken eine Erhöhung des im Investmentvermögen anzulegenden Sparbeitrages und aller garantierten Versicherungsleistungen. Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Eigenbeiträge. Es gelten die Rechnungsgrundlagen zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung. Die Beiträge können über die Grenze von 2.100 Euro jährlich hinaus erhöht werden; IRF 2: TwinStar Invest, Stand 12.2009: siehe IRF1), **Condor** (Congenial riester garant Stand 01.06.2010: Der Beitrag darf zu Beginn jeder Versicherungsperiode bis zur steuerlichen Höchstgrenze angehoben werden. Für die Anhebung gelten in der Regel die Rechnungsgrundlagen vom Vertragsabschluss: „Für die Berechnung der sich aus dem Basis-Garantiekapital einer Beitragserhöhung ergebenden garantierten Rente werden die in § 2 Absatz 10 genannten Rechnungsgrundlagen verwendet, soweit die Summe der auf der jeweiligen Beitragserhöhung beruhenden Beiträge zusammen mit der Summe der zu Vertragsbeginn oder aufgrund bisheriger Beitragserhöhungen oder Dynamikerhöhungen (vergleiche § 4 Absatz 13) zu entrichtenden Beiträge, den bisher entrichteten Sonderzahlungen (vergleiche § 4 Absatz 10) und dem Vertrag bisher zugeflossenen Zulagen einen Betrag von 2.100 Euro multipliziert mit der Beitragszahlungsdauer des Vertrages in Jahren nicht übersteigt. Die in § 2 Absatz 10 genannten Rechnungsgrundlagen gelten jedoch auch dann, wenn die Rechnungsgrundlagen der Deckungsrückstellung einer konventionellen Rentenversicherung nach Tarif 728 zwischen dem Versicherungsbeginn Ihrer Versicherung und dem Zeitpunkt der jeweiligen Beitragserhöhung unverändert geblieben sind. Soweit die genannten Voraussetzungen nicht vorliegen, sind wir berechtigt andere unabhängig vom Geschlecht berechnete, mindestens jedoch die in § 2 Absatz 11



**Die Besten wissen einfach mehr!**

### „Geprüfter Honorarberater“ mit Hochschulzertifikat

Zum 1. April 2011 starten die nächsten Teilnehmer beim IFH Institut für Honorarberatung ([www.wissensforum-honorarberatung.de/](http://www.wissensforum-honorarberatung.de/)) mit ihrer Fortbildung. Diese hat sich als erste ihrer Art überhaupt zu einem Branchenstandard entwickelt.

In Kooperation mit der Steinbeis-Hochschule, Berlin ([www.steinbeis-hochschule.de/](http://www.steinbeis-hochschule.de/)) erwerben die Teilnehmer dabei neben dem Abschluss „Geprüfter Honorarberater (IFH)“ auch das Hochschulzertifikat zum „Certified Fee Based Financial Advisor“.

Sie sind damit fachlich bestens aufgestellt für einen erfolgreichen Start in die ausschließlich verbraucherorientierte, echte Honorarberatung.

### ■ Kontakt & Anmeldung

TUTOR-CONSULT GmbH  
Knut Einfeldt  
Krokamp 29  
24539 Neumünster  
Tel.: 04321/98467-0  
[info@tutor-consult.de](mailto:info@tutor-consult.de)

genannten Rechnungsgrundlagen anzuwenden.“), **Deka** (BonusRente und ZukunftsPlan, Stand 04.2010: Erhöhungen sind jederzeit in beliebiger Höhe auch über den Riester-Höchstbeitrag (2.100 EUR inkl. Zulagen) hinaus möglich), **DWS** (RiesterRente Premium, Stand 02.2009: bis zur Förderhöchstgrenze von 2.100 Euro inkl. Zulagen möglich. Erhöhungen sind jederzeit möglich, allerdings sind Zuzahlungen in den letzten 5 Jahren vor Rentenbeginn auf die jeweils aktuellen Förderhöchstgrenzen limitiert. Damit soll sichergestellt werden, dass die durch die Vertriebskosten gerissene Lücke bis zum Rentenbeginn wieder geschlossen werden kann, wenn ein Kunde spontan zuzahlt. Es werden 5% Abschluss- und Vertriebsgebühren jeder Zuzahlung einbehalten), **Generali** (Riesterrente Fonds IA09, Stand 01.2009: Der Versicherungsnehmer hat das Recht, seine laufenden Beiträge und damit seinen Versicherungsschutz einmal im Versicherungsjahr zu erhöhen. Dies muss mit einer Frist von einem Monat zum nächsten Monatsersten schriftlich beantragt werden. Bei laufender Beitragszahlung können die laufenden Beiträge innerhalb des Kalenderjahres auch rückwirkend erhöht werden; die entsprechenden Fondsanteile werden jedoch zum Kurs des nächsten Monatsersten gekauft. Für die Erhöhungen gelten die Rechnungsgrundlagen des ursprünglichen Vertrages. Erhöhungen sind nicht mehr möglich, wenn der jährliche Beitragsaufwand 2.400 Euro erreicht hat. Dieser Betrag kann von vom Versicherer bei einer Erhöhung des Sonderausgabenabzug-Höchstbetrages gemäß § 10a des Einkommensteuergesetzes (EStG) verändert werden. Die Beitragserhöhung ist bis 3 Jahre vor Rentenbeginn oder 3 Jahre vor Beginn der Ablaufphase möglich), **Gothaer** (MRRC1: Gothaer ErgänzungsVorsorge Classic, Stand 07.2009 und 10.2010: die vereinbarte Beitragshöhe kann jederzeit mit einer Frist von zwei Wochen geändert werden; MRRF1: Gothaer ErgänzungsVorsorge Fonds, Stand 07.2009 und 10.2010: siehe MRRC1; MRRF2: Gothaer ErgänzungsVorsorge ReFlex, Stand 07.2009 und 10.2010: siehe MRRC1), HDI-Gerling (TwoTrust Riesterrente (FRWA 09), Stand 01.2010: eine dauerhafte Bei-

tragserhöhung kann jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode beantragt werden sowie innerhalb der laufenden Versicherungsperiode mit Frist von einem Monat zum Ende eines jeden Monats), **Bayern Versicherung / Versicherungskammer Bayern** (Fondsgebundene Rentenversicherung als Altersvorsorgevertrag, Stand: 15.12.2008 – RiesterRente Invest: Erhöhungen sind implizit möglich, sofern die tariflichen Höchstgrenzen nicht überschritten werden. In den letzten drei Versicherungsjahren vor Beginn der Abrufphase und während der Abrufphase betragen die gesamten Beiträge höchstens 30% der bis zum Ende des vorangegangenen Versicherungsjahres insgesamt in den Vertrag eingezahlten Beiträge. Auf jeden Fall kann ein jährlicher Beitrag – ohne Zulagen – bis zur Höhe des maximal förderfähigen Beitrages nach § 10a EStG gezahlt werden; Rentenversicherung als Altersvorsorgevertrag, Stand: 15.03.2010, Besondere Bedingungen für die fondsgebundene Überschussbeteiligung bei einer Rentenversicherung als Altersvorsorgevertrag, Stand 15.12.2008 – RiesterRente Invest)

### Beispielhafte Anbieter mit Zahlungsmöglichkeiten während der Vertragslaufzeit

**Alte Leipziger** (ALfonds<sup>Riester</sup> (Tarif FR50), Stand 06.2009: Zuzahlungen sind einmal pro Jahr möglich, begrenzt auf die Höhe des Sonderausgaben-Höchstbetrags gemäß § 10a Absatz 1 EStG. Der gezahlte Betrag wird nach Abzug der darauf entfallenen Kostenanteile zuzüglich einer Verzinsung von 2,25% p.a. für den vollen Monat, in dem der Zahlungseingang erfolgt, zum Stichtag dem Vertragsguthaben zugeführt und bewirkt eine Erhöhung des Vertragsguthabens bzw. der Beitrags-erhaltungsgarantie; FiskAL (Tarif RV50), Stand 01.2009: Neben den laufenden Beiträgen kann der Versicherungsnehmer einmal pro Jahr eine Sonderzahlung bis zur Höhe des Sonderausgaben-Höchstbetrags gemäß § 10a EStG leisten. Die Sonderzahlung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen, die sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Al-

ter, der restlichen Laufzeit bis zum vereinbarten Rentenbeginn und dem bei Abschluss des Vertrages gültigen Tarif errechnet. Für Sonderzahlungen fallen bei einer Aufschubzeit von mehr als zehn Jahren einmalige Vertriebs- und Abschlusskosten in Höhe von 4% des Einmalbeitrages an, bei Aufschubzeiten bis 10 Jahren von 0,4% des Einmalbeitrages pro Jahr der Aufschubzeit. Zusätzlich fallen Verwaltungskosten während der Aufschubzeit von einmalig 5% der Einmalbeitrages bei einer Aufschubzeiten von 15 Jahren oder mehr bzw. 0,3333% pro Jahr der Aufschubzeit bei Aufschubzeiten von weniger als 15 Jahren an), **Axa** (IRF 1: TwinStar Invest, Stand 12.2009: Innerhalb der Aufschubzeit, bis längstens zum Beginn der Rentenwahlphase, kann der Versicherungsnehmer einmal pro Kalenderjahr Zuzahlungen von bis zu 2.000,- Euro leisten. Die Zuzahlungen bewirken eine Erhöhung des Investmentvermögens, das der Berechnung der InvestmentRente zugrunde gelegt wird, sowie eine Erhöhung der GarantieRente und der Todesfalleistung. Für die Bearbeitung von Zuzahlungen erhebt der Versicherer eine Gebühr. Die Gebühr wird von der Zuzahlung abgezogen. Der Differenzbetrag wird abzüglich der in § 10 Absatz 3a genannten Kosten in Anteileneinheiten umgerechnet und zugleich für die Kalkulation der GarantieRente verwandt. Die Erhöhung der GarantieRente und der Todesfalleistung wird mit den hierfür zu Vertragsbeginn vereinbarten Rechnungsgrundlagen Zins, Risikobeiträge und Kosten kalkuliert. Für die Sterblichkeit werden geschlechtsunabhängige Sterbetafeln auf Basis der für das Neugeschäft gültigen Sterbetafeln abgeleitet; IRF 2: TwinStar Invest, Stand 12.2009: siehe IRF1), **Condor** (Congenial riester garant Stand 01.06.2010: Eine Zuzahlung ist jederzeit bis zu den steuerlichen Höchstgrenzen möglich. Für die Zuzahlung gelten in der Regel die Rechnungsgrundlagen vom Vertragsabschluss. Siehe oben), **Continental** (VR3: VorsorgePlusPlan, Stand 01.09.2010: Sonderzahlungen werden mit den bei Abschluss des Vertrages geltenden Rechnungsgrundlagen wie ein laufender Beitrag verwendet. Dabei dürfen die im Kalenderjahr geleisteten Beiträge insgesamt – einschließlich laufender Bei-

träge – die Höchstgrenzen für die staatliche Förderung nicht überschreiten. Der schriftliche Antrag auf Sonderzahlung muss vom Versicherer bestätigt werden), **Deka** (ZukunftsPlan, Stand 04.2010: Einmalzahlungen sind jederzeit in beliebiger Höhe auch über den Riester-Höchstbeitrag (2.100 EUR inkl. Zulagen) hinaus möglich, BonusRente Stand 04.2010: Einmalzahlungen sind nicht zulässig, Ausnahme: Bestandsübernahmen aufgrund Anbieterwechsel), **DWS** (RiesterRente Premium, Stand 02.2009: grundsätzlich ohne Limitierung. Abweichend in den letzten 5 Jahren vor Rentenbeginn nur bis zur derzeitigen Förderhöchstgrenze von 2.100 Euro inkl. Zulagen möglich. Einmalige Zahlungen sind jederzeit bis höchstens 5 Jahre vor Beginn der Auszahlungsphase möglich. Es werden 5% Abschluss- und Vertriebsgebühren einbehalten), **Gothaer** (MRRC1: Gothaer ErgänzungsVorsorge Classic, Stand 07.2009 und 10.2010: die Summe aller Beitragszahlungen im Kalenderjahr darf den Höchstbetrag zum Sonderausgabenabzug nach § 10a EStG nicht übersteigen. Zahlungen sind jederzeit und ohne Beachtung einer Frist möglich. Auf jede Zahlung werden Kosten in Höhe von 16% erhoben. Aufgrund von § 1 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 AltZertG reduziert sich dieser Kostensatz in den letzten Jahren vor dem frühesten Rentenbeginn linear bis auf 0,1500% der Zahlung. Zusätzlich fallen auf Zahlungen an 0,0130% der Summe der bis zum jeweiligen Monat gezahlten Zulagen und Zahlungen pro Monat bis zum frühesten Rentenbeginn. Ab dem frühesten Rentenbeginn pro Zahlung 0,1500% der Zahlung sowie 0,0130% der Summe der bis zum jeweiligen Monat gezahlten Zulagen und Zahlungen pro Monat. Die benannten Kosten gelten nicht nur für Zahlungen, sondern auch für die regelmäßigen Beitragszahlungen, d.h. es werden keine besonderen Gebühren auf Zahlungen erhoben; MRRF1: Gothaer ErgänzungsVorsorge Fonds, Stand 07.2009 und 10.2010: siehe MRRC1; MRRF2: Gothaer ErgänzungsVorsorge ReFlex, Stand 07.2009 und 10.2010: pro Zahlung aktuell (d. h. bei Berücksichtigung des Sofortüberschusses) 11,74 % (maximal 13,00 %) der Zahlung. Aufgrund von § 1 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 Alt-

ZertG reduziert sich dieser Kostensatz in den letzten Jahren vor dem Garantetermin. Zusätzlich 0,0090 % (maximal 0,0100 %) der Zulage oder Zahlung pro Monat), **Heidelberger Leben** (FörderPerformer, Stand 04/2010: §5 Abs. 4 bis zum Rentenbeginn können Zahlungen vorgenommen werden. Diese müssen mindestens 200 Euro je Zahlvorgang betragen und dürfen zusammen mit den laufenden Beiträgen den Förderhöchstbeitrag nicht übersteigen) **HDI-Gerling** (TwoTrust Riesterrente (FRWA 09), Stand 01.2010: bis einen Monat vor Rentenbeginn sind Zahlungen ab 20 Euro möglich. Die maximale Sonderzahlung ist auf 40.000 p.a. beschränkt. Es gelten die zum Zahlungstermin gültigen Rechnungsgrundlagen), **Iduna** (SIGGI RiesterRente, Fassung 10.2009: Sonderzahlungen können jederzeit geleistet werden, sind jedoch in der Höhe pro Kalenderjahr auf den Höchstbetrag gemäß § 10 a EStG beschränkt; NR: Riester-Rente mit Anlage der Überschüsse in Fonds, Stand 10.2009: siehe SIGGI Riester Rente), **LV 1871** (Fondsgebundene RieStar-Rentenversicherung, Stand 04.2009: Zahlungen sind jederzeit bis in Höhe von 2.100 Euro pro Jahr abzüglich Eigenbeiträgen möglich. Höhere Beiträge sind nur nach vorheriger Abstimmung mit dem Versicherer zulässig. Für Einmalbeiträge gelten dieselben Rechnungsgrundlagen wie für den Regelbeitrag. Auf Einmalbeiträge wird ein prozentualer Kostensatz in Abzug gebracht. Zusätzlich werden auf alle Einmalbeiträge die vereinbarten Vertriebskosten in Abzug gebracht), **MONEY-MAXX** (MONEYMAXX Discover level 2 – Riesterrente – Tarif RRIX, Stand 07.2009: eine Zahlung ist jederzeit ab 60 Euro möglich. Innerhalb eines Jahres dürfen Zahlungen den förderfähigen Höchstbetrag ohne vorherige Zustimmung des Versicherers nicht übersteigen. Für die Zahlung gelten die rechnermäßigen Grundlagen für Neuverträge, so dass ggf. die Zahlung in einem separaten Vertrag verwendet werden muss. Der Versicherer behält sich bei einer zwischenzeitlichen Änderung der Rechnungsgrundlagen vor, die Zahlung in einen dann für das Neugeschäft geöffneten Tarif durchzuführen), **Stuttgarter** (RiesterRente

classic (Tarif 35 - Tarifgeneration 2009), Stand 07.2009: bis zum Beginn der Rentenzahlungsphase sind Zahlungen bis in Höhe des jeweiligen förderbaren Höchstbetrages gemäß § 10a EStG einschließlich der Regelsparbeiträge möglich. Es gelten die zum Zeitpunkt der Zahlung für neu abgeschlossene Verträge geltenden Rechnungsgrundlagen), **Swiss Life** (FRV-HYR1: Swiss Life Riester-Rente FRV, Stand 09.2010: Zahlungen sind jederzeit vor Rentenbeginn möglich und müssen in Textform beim Versicherer angemeldet werden. Die Summe der vereinbarten laufenden Prämien, der Zulagen und der Zahlungen darf den jeweiligen steuerlichen Höchstbetrag gemäß § 10 a EStG im Kalenderjahr nicht übersteigen. Die Versicherungsleistungen werden mit den bei Vertragsabschluss geltenden Rechnungsgrundlagen neu berechnet. „Im Einzelfall kann es in den letzten 5 Jahren vor Rentenbeginn für Sie unvorteilhaft sein, eine Zahlung durchzuführen. Sofern Sie beabsichtigen in diese Zeitraum eine Zahlung vorzunehmen, empfehlen wir Ihnen, sich vor der geplanten Zahlung mit uns in Verbindung zu setzen.“ Dieser Hinweis des Versicherers kann als vorbildlich betrachtet werden; Swiss Life Riester-Rente, Stand 09.2010: Zahlungen sind jederzeit vor Rentenbeginn möglich und müssen in Textform beim Versicherer angemeldet werden. Die Summe der vereinbarten laufenden Prämien, der Zulagen und der Zahlungen darf den jeweiligen steuerlichen Höchstbetrag gemäß § 10 a EStG im Kalenderjahr nicht übersteigen. Die Versicherungsleistungen werden mit den bei Vertragsabschluss geltenden Rechnungsgrundlagen neu berechnet), **Bayern Versicherung/Versicherungskammer Bayern** (Fondsgebundene Rentenversicherung als Altersvorsorgevertrag, Stand: 15.12.2008 – RiesterRente Invest: jährlich bis in Höhe des maximal förderfähigen Betrages nach § 10a EStG. Die vereinbarten regulären Beiträge sind auf den Höchstbetrag für die Zahlungen anzurechnen. Jede Zahlung erhöht die Versicherungsleistung. Für Zahlungen außerhalb dieser Grenzen bedarf er der Einwilligung des Versicherers; Rentenversicherung als Altersvorsorgevertrag, Stand: 15.03.2010,

Besondere Bedingungen für die fondsgebundene Überschussbeteiligung bei einer Rentenversicherung als Altersvorsorgevertrag, Stand 15.12.2008 – **RiesterRente**: wie RiesterRente Invest), **Volkswohl Bund** (AWR: Fondsgebundene Riester-Rentenversicherung mit dynamischen Wertsicherungskonzept, Stand 01.2010: bis zum Beginn der Rentenzahlung kann einmal pro Kalenderjahr die Differenz zwischen dem Höchstbetrag gemäß §10 Abs. 1 EStG und dem für das Kalenderjahr vereinbarten Beitrag zugezahlt werden. Die Versicherungsleistungen erhöhen sich entsprechend. Die Zuzahlung wird um den tariflichen Kostenanteil gekürzt; AFR: Fondsgebundene Riester-Rentenversicherung Safe Invest Extra, Stand 01.2010: siehe AWR), **Zurich** (Förder Rentinvest DWS Premium, Stand 04.2009: laufende Beiträge und Zuzahlungen dürfen den Gesamtbeitrag von 2.100 Euro im Kalenderjahr nicht übersteigen. Außerdem darf die Beitragssteigerung in den letzten 8 Vertragsjahren pro Kalenderjahr maximal 10% des Vorjahresbeitrages nicht überschreiten. Auf jede Zuzahlung werden Verwaltungskosten in Höhe von 3,50% erhoben; Förder Rentinvest, Stand 04.2009: Zuzahlungen sind möglich bis 2.100 Euro inklusive Eigenbeiträge und Zulagen pro Kalenderjahr. Außerdem darf die Beitragssteigerung in den letzten 8 Vertragsjahren pro Kalenderjahr maximal 10% des Vorjahresbeitrages nicht überschreiten. Auf Zuzahlungen werden Abschluss- und Vertriebskosten in Höhe von 4% erhoben, die über fünf Jahre in gleichmäßigen Raten verteilt dem Vertrag belastet werden)

### Beispielhafte Dynamikmodelle

**Alte Leipziger** (ALfonds<sup>Riester</sup> (Tarif FR50), Stand 06.2009: zwischen 1 und 10 Prozent. Die regelmäßigen Erhöhungen enden, sobald der Jahresbeitrag der laufenden Beiträge den Sonderausgabenhöchstabzug gemäß § 10 a Absatz 1 EStG abzüglich einer Grundzulage gemäß § 84 EStG übersteigt), **Axa** (IRF 1: TwinStar Invest, Stand 12.2009: möglich ist eine Dynamik zwischen 3 und 10% p.a., nicht jedoch unter 30 Euro jährlich. Die dynamischen Anpassungen erfolgen höchstens bis

zu dem Jahr, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet. Die Erhöhung des Eigenbeitrages bewirkt eine Erhöhung des im Investmentvermögens angelegten Sparbeitrages und aller garantierten Versicherungsleistungen. Es gelten die Rechnungsgrundlagen zum Zeitpunkt der Erhöhung. Die Erhöhungen erfolgen maximal bis sieben Jahre vor Beginn der Rentenwahlphase; IRF 2: TwinStar Invest, Stand 12.2009: siehe IRF1), **Condor** (Congenial riester garant, Stand 01.06.2010: zwischen 1% und 10% vom Erstbeitrag oder Vorjahresbeitrag möglich, die Dynamik wird bis zum Erreichen der steuerlichen Höchstgrenze fortgeführt), **Continentale** (VR3: VorsorgePlusPlan, Stand 01.09.2010: zwischen 3 und 10 Prozent. Erhöhungen finden bis 5 Jahre vor dem vereinbarten Rentenbeginn statt, allerdings nicht länger als bis zur Vervollendung des 62. Lebensjahres der versicherten Person. Die Erhöhungen des laufenden Beitrags sind begrenzt auf den Sonderausgaben-Höchstbetrag von 2.100 Euro abzüglich der dem Vertrag zuletzt zugeflossenen staatlichen Zulage), **Deka** (ZukunftsPlan, Stand 04.2010: Dynamisierung beliebig wählbar, Standardeinstellung bei Auswahl Dynamisierung 3%, Erhöhungen immer zum 1. Januar des Folgejahres), **DWS** (RiesterRente Premium, Stand 02.2009: 5%. Erhöhungen immer zum 1. Januar des Folgejahres. Vom Erhöhungsbetrag werden laufend 5% Abschluss- und Vertriebsgebühren einbehalten, d.h. es findet hier kein Zillmerung statt), **HDI-Gerling** (TwoTrust Riesterrente (FRWA 09), Stand 01.2010: möglich sind alternativ zwei Formen der Dynamikgestaltung: Zum einen die Dynamik in % des Vorjahresbeitrages. Hier kann ein Steigerungssatz zwischen 1% und 10% gewählt werden. Hier sind Zahlungen über 2.100 € p.a. möglich. Desweiteren wird die bedarfsgerechte Dynamikform VG angeboten. Hierbei wird die Prämie immer analog des Vorjahresgehaltes so optimiert, dass der Kunde die vollen Zulagen erhält), **Heidelberger Leben** (FörderPerformer Rente, Stand 04/2010: Dynamik von 10%, höchstens jedoch bis 5 Jahre vor Beginn der Rentenzahlungsdauer. Durch die Dynamik darf maximal der Förderhöchstbetrag gemäß § 10a EStG erreicht werden.

Wird der Förderhöchstbeitrag durch den Gesetzgeber erhöht, erhöht sich der laufende Beitrag im gleichen Verhältnis wie der Förderhöchstbeitrag), **MONEYMAXX** (MONEYMAXX Discover level 2 – Riesterrente – Tarif RRIX, Stand 07.2009: die Dynamik beträgt zwischen 3% und 10% p.a., nicht jedoch unter 3 Euro je Beitragserhöhung. Die Dynamisierung ist bis höchstens 3 Jahre vor Ablauf der geplanten Beitragszahlungsdauer möglich. Es gelten die Rechnungsgrundlagen und das erreichte rechnungsmäßige Alter zum Erhöhungstermin), **Stuttgarter** (RiesterRente classic (Tarif 35 - Tarifgeneration 2009), Stand 07.2009: zwischen 2 und 10 Prozent p.a. Erhöhungen erfolgen bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer, höchstens jedoch bis zum vollendeten 66. Lebensjahr der versicherten Person), **Swiss Life** (FRV-HYR1: Swiss Life Riester-Rente FRV, Stand 09.2010 und Swiss Life Riester-Rente, Stand 09.2010: zwischen 2 und 10 Prozent. Die Prämienhöhung erfolgt jedoch höchstens so weit, dass die durch die Erhöhung fällige Gesamtpremie den Höchstbetrag gemäß § 10a Abs. 1 EStG von 2.100 Euro nicht überschreitet. Die Dynamik endet, wenn die versicherte Person das rechnungsmäßige Höchstalter von 65 Jahren erreicht hat. Bei Swiss Life Riester-Rente FRV erfolgt die letzte Erhöhung 9 Jahre vor Ablauf der Aufschubdauer, also bei Rentenbeginn mit 67 Jahren spätestens mit dem vollendeten 58. Lebensjahr), **Volkswohl Bund** (AWR: Fondsgebundene Riester-Rentenversicherung mit dynamischem Wertsicherungskonzept Invest Extra, Stand 01.2010: zwischen 3 und 10 Prozent p.a., mindestens jedoch 18 Euro pro Jahr. Es finden keine Erhöhungen mehr statt, wenn die verbleibende Beitragszahlungsdauer kürzer ist als 1 Jahr. Für die erhöhten Leistungen gelten die Rechnungsgrundlagen zum Zeitpunkt des Erhöhungstermins. Eine Dynamik ist höchstens bis zum 65. Lebensjahr möglich; AFR: Fondsgebundene Riester-Rentenversicherung Safe Invest Extra, Stand 01.2010: zwischen 3 und 10 Prozent p.a., mindestens jedoch 18 Euro pro Jahr. Es finden keine Erhöhungen mehr statt, wenn die verbleibende Beitragszahlungsdauer kürzer ist als 1 Jahr. Für die erhöhten

Leistungen gelten die Rechnungsgrundlagen zum Zeitpunkt des Erhöhungstermins. Eine Dynamik ist höchstens bis zum 65. Lebensjahr möglich), **Zurich** (Förder Rentinvest DWS Premium, Stand 04.2009: zwischen 2 und 5%; Förder Rentinvest, Stand 04.2009: zwischen 2 und 5%, höchstens jedoch bis zum rechnermäßigen Höchstalter von 67 Jahren und nicht länger als 3 Jahre vor Rentenbeginn. Übersteigt der gezahlte Beitrag einen Betrag von 2.100 Euro pro Kalenderjahr, ist eine dynamische Anpassung nicht möglich)

Manche Kunden möchten vielleicht auch ihren Rentenbeginn nach vorne oder hinten verschieben. Aus Gründen des Umfangs wird hier darauf verzichtet, eine entsprechende Übersicht zu geben. Wenn Ihr Kunde sich für diese Optionen interessiert, bietet etwa die Software ITA SELECT des ITA-Instituts für Transparenz in der Altersvorsorge entsprechende Informationen.

### ■ Wohnriester

Ergänzend sei noch einmal kurz auf das Thema Wohnriester eingegangen. Nach wie vor ist die Ansicht weit verbreitet, dass nur Riesterbausparverträge dazu geeignet sind, ein Wohnriesterdarlehen zu nutzen. Dies ist eine falsche Annahme. Tatsächlich kann jede Form von Riestervertrag, gleich ob Versicherung, Banksparplan, Fondssparplan oder Bausparvertrag für ein Wohnriesterdarlehen beansprucht werden. Ausführliche Informationen zu diesem Thema finden Sie in „Risiko & Vorsorge“ 03/2009 auf den Seiten 28-33. In jedem Fall sollten sich Personen, die eine spätere Kapitalentnahme für Wohneigentum in Betracht ziehen damit beschäftigen, welche Kosten dafür anbieterseitig in Rechnung gestellt werden, denn auch diese können durchaus erheblich sein.

Zum Abschluss verdient auch noch der Hinweis Bedeutung, dass auch Selbständige in den Genuss von Riesterzulagen kommen können. Eine klassische Konstellation ist die Ehefrau, die im Betrieb ihres Mannes arbeitet, doch auch andere Konstellationen mit zwei Ehepartnern sind häufig, bei denen ein Partner selbständig oder freiberuflich seinen

Lebensunterhalt verdient und die zweite Person einer abhängigen Beschäftigung nachgeht. In allen diesen Konstellationen kommt es bei der Berechnung des Mindesteigenbeitrages ausschließlich auf das jeweilige Vorjahresbruttoeinkommen der angestellten Person an. Was der selbständige Partner verdient ist völlig unerheblich. Im Zweifel kann der Zulagenanspruch schon dadurch erreicht werden, dass die abhängig beschäftigte Person zwar unter 400 Euro monatlich verdient, aber freiwillig Sozialabgaben entrichtet. In diesen Fällen kann der volle Zulagenanspruch oft schon für einen jährlichen Mindestbeitrag von 60 Euro erzielt werden.

#### ► Beispiel:

- Partner 1 verdient selbständig 80.000 Euro im Jahr.
- Partner 2 arbeitet als abhängig beschäftigte Person für 600 Euro brutto im Monat mit (Vorjahresbruttoeinkommen: 7.200 Euro).
- Zur Familie gehören 2 kindergeldberechtigte Kinder, die jeweils vor 2008 geboren wurden.

Daraus ergeben sich eine Gesamtzulage von 154 Euro für Partner 1 (Grundzulage) sowie 524 Euro (154 Euro Grundzulage und 2 Kinderzulagen zu 185 Euro) für Partner 2. Zusammen sind dies 678 Euro im Jahr.

Der aus dieser Konstellation resultierende jährliche Mindesteigenbeitrag beträgt 0 Euro für Partner 1 und jährlich 60 Euro für Partner 2.

Selbst, wenn die Familie keine Kinder haben sollte und unter 9.200 Euro brutto im Jahr verdienen sollte, würde sich an diesem Mindesteigenbeitrag nichts ändern.

**Wenn Sie alle vier Teile dieser Serie für Ihre Kundenberatung nutzen möchten, so können Sie diese als PDF unter [info@bhm-marketing.de](mailto:info@bhm-marketing.de) kostenfrei bestellen.**

# Intelligent Investieren



## Das Magazin für ETF Know-how

Vierteljährlich im Abonnement oder im Zeitschriftenhandel

Bestellen:  
[www.promakler.de](http://www.promakler.de)

# Innovationen von Janitos

## Zahlreiche Leistungsverbesserungen.

Autor: Stephan Witte

Im August 2010 feierte der heutige Maklerversicherer Janitos sein zehnjähriges Firmenjubiläum. Gestartet ist man im Jahr 2000 unter dem Namen MLP Versicherung AG. Innovative Ansätze in der Produktentwicklung bewies das Unternehmen, als es als einer der ersten Anbieter nach Haftpflichtkasse Darmstadt und InterRisk zum 01.09.2004 eine Innovationsklausel einführte. Auch der Verzicht auf Kürzung der Leistung wegen grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles wurde von Janitos vor vielen anderen Marktteilnehmern erstmals eingeschlossen. In diesem Jahr hat die Janitos wesentliche Teile ihrer Tarifwelt auf den neuesten Stand gebracht und im Rahmen der Innovationsklausel zahlreiche Leistungsverbesserungen eingebracht. Weitere Aktualisierungen sind für den 01.04.2011 angekündigt.

### Multi-Rente

Bei der zum 01.06.2010 aktualisierten Multi-Rente setzte Janitos ohne Mehrbeitrag diese Pluspunkte um:

- Verbesserung der Gliedertaxe
- Verbesserte Nachversicherungsgarantie
- Kapitalsofortleistung im Erwachsenenprodukt
- Lockerung des Motorradfahrerausschlusses

#### Die Änderungen in der Gliedertaxe

	Alt	Neu
Sehkraft eines Auges	50%	60%
Gehör auf einem Ohr	35%	40%
Gehör auf beiden Ohren	70%	80%
Geruch	10%	15%
Geschmack	10%	15%
Arm bis unterhalb des Ellenbogens	65%	70%

Der vollständige Verlust der Stimme ist in der Gliedertaxe leider nach wie vor mit nur 40% bewertet. Darüber hinaus sind Leistungen lediglich im Rahmen des Verlustes der Grundfähigkeit Sprechvermögen (Kategorie A) zu erwarten, wobei hier jedoch insbesondere psychogener Sprachverlust ausfällt.

#### ► Änderungen in der Nachversicherungsgarantie

Die Nachversicherungsgarantie wurde erweitert um einen mindestens 15%igen Gehaltssprung. Dies gilt allerdings nur für eine auf Dauer angelegte nichtselbstständige Tätigkeit und steht auch nur höchstens bis zum vollendeten 40. Lebensjahr zur Verfügung.

#### ► Änderungen in der Kapitalleistung

Im Erwachsenenprodukt steht den Kunden bei Eintritt des Rentenleistungsfalles eine einmalige Kapitalleistung in Höhe von drei Monatsrenten zur Verfügung.

#### ► Änderungen beim Motorradfahrerausschluss

Wurde bisher auf den Zuschlag von 25% für das Abdingen der Motorradklausel verzichtet, so entfällt nun generell der vereinbarte Ausschluss. In diesem Fall entfällt jedoch Kapitalsofortleistung.

Eine weitere Verbesserung gilt für den Antragsprozess, der wahlweise mit Gesundheitsprüfung in Papierform oder am Computer durchgeführt werden kann. Anders als bisher kann die Multi-Rente nunmehr bis zu 3,5 Monate im Voraus abgeschlossen werden anstatt zuvor 6 Wochen. Auf dem Deckungsantrag wird abweichend eine Frist von 3 Monaten benannt.

### Krankenzusatzprodukte

Zum 01.07.2010 wurden erstmals Krankenzusatzprodukte aufgelegt: eine stationäre Ergänzungs- und eine Zahnzusatzversicherung jeweils in den Varianten „JA stationär“ und „JA stationär plus“ bzw. „JA dental“ und „JA dental plus“. Die Produkteinführung verlief allerdings mit Tücken, da den Vermittlern zunächst eine veraltete Prämientabelle zur Verfügung gestellt wurde und die korrekten Beiträge erst mit Nachricht vom 23.07.2010 zur Kenntnis gebracht wurden. Das Unternehmen schrieb dazu, dass man selbstverständlich alle bereits beantragten Verträge mit den korrekten Prämien poliziert habe, welche sich überwiegend zum Vorteil der Kunden verändert hätten.

Nach dem Vorbild der CSS wurden die neuen Tarife ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert. Der Tarif „JA stationär“ leistet im Krankenhaus nur, wenn der Aufenthalt durch definierte schwere Krankheit bedingt ist (z.B. Krebs, chronische Niereninsuffizienz oder Operationen am Gehirn). Die Leistungen werden auch über den Höchstsatz der GOÄ hinaus erbracht. Ein echter Krankentarif ist der „JA stationär plus“. Zu den besonderen Highlights gehören unter anderem die Kostenübernahme für ambulante Vor- und Nachuntersuchungen, ambulante Operationen und der fehlende Ausschluss für eine stationäre Behandlung aufgrund psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung. Insgesamt sind die Bedingungen überdurchschnittlich, weisen aber in Details Verbesserungspotentiale auf. So werden vorstationäre Behandlungen höchstens für drei Behandlungstage geleistet, in gemischten Anstalten findet eine Leistungsübernahme meist nur nach vorher-

riger Zusage des Versicherers statt und stationäre Kuren werden nicht übernommen. Das Preis- / Leistungsverhältnis ist im „JA stationär plus“ sehr überzeugend und kann nur mit einem guten „Silber“ bewertet werden.

Der Tarif „JA dental“ ist ein üblicher Zahnzusatztarif mit einer Leistung für Zahnersatz je nach Bonusheft zwischen 60 und 70 %. Leistungen für Kieferorthopädie oder Zahnprophylaxe fallen nicht unter den Versicherungsschutz. Deutlich überzeugender ist der Tarif „JA dental plus“. Zu den Highlights gehören Zahnersatzleistungen zwischen 80 und 90% (allerdings mit Zahnstaffel in den ersten 48 Monaten), Zahnbehandlungen, Zahnprophylaxe (90% bis zu einem Rechnungsbetrag von 100 Euro im Jahr), Kieferorthopädie (80%, max. 5.000 Euro) sowie Kosten bei Akupunktur zur Schmerzbehandlung sowie die Durchführung einer Vollnarkose (maximal 250 Euro Rechnungsbetrag pro Jahr im prozentualen Verhältnis zu den sonstigen Leistungen). Bei nicht vorliegendem Heil- und Kostenplan werden Kosten über 1.000 Euro in beiden Tarifen höchstens zu 50% erstattet. Besonders hervorzuheben ist, dass auch die Kosten für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen übernommen werden.

### Privathaftpflichtversicherung

Zum 01.04.2010 wurde die neue Privathaftpflichtversicherung vorgestellt. Zum einen sind nun diverse Leistungen neu eingeschlossen, zum anderen bestehende Sublimits in erheblichem Umfang erhöht. Neu ist auch ein Schadenfreiheitsrabatt von 25%, wenn ein Kunde bei Antragsstellung oder während der Vertragslaufzeit mindestens 5 Jahre lang vorschadensfrei war. Dabei wird ein Rabatt sogar dann gewährt, wenn kein Vorvertrag bestanden hat. Bei mehr als einem Vorschaden in den letzten 5 Jahren ist ein Vertragsabschluss mit Direktionsanfrage möglich.

Schwer dürfte es für Vermittler zukünftig werden, sich bei Janitos die Prämien für die einzelnen Tarifkombinationen zu merken. Neben den bisherigen Tarifen für Singles und Familien, gibt es nun auch solche für Partner ohne Kinder oder Personen ab 55 Jahren. Im Rahmen der Diensthafthpflicht stehen neue Tarifgruppen zur Verfügung (1. Lehrer & Er-

zieher, 2) Justiz und Verwaltung, 3) Sicherheit). Als Deckungssummen stehen wahlweise 10 oder 20 Millionen Euro pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden zur Verfügung.

Zu den neuen Leistungen im Tarif „Best Selection“ gehören Betankungsschäden an geliehenen Kfz, Übernahme der Vollkasko-Selbstbeteiligung bei geliehenen Kfz und eine Erhöhung der Versicherungssumme bei Schäden durch deliktsunfähige Kinder von 30.000 Euro auf 50.000 Euro. Zu den Besonderheiten der neuen „Best Selection“ gehören eine Mitversicherung von Personenschäden mitversicherter Personen, sofern ein Angehöriger aufgrund Krankheit, Unfall oder sonstiger Gründe auf Hilfe angewiesen ist und nur vorübergehend in die Familie des Versicherungsnehmers eingegliedert wurde. Tresor- und Möbelschlüssel sind nun bis 50.000 Euro mit 100 Euro Selbstbehalt mitversichert sowie Betankungsschäden bis 1.000 Euro mit 100 Euro Selbstbehalt. Vom Schadenpotential zukünftig gegebenenfalls sehr relevant ist eine Mitversicherung von Schäden aus Persönlichkeits- und Namensrechtverletzungen sowie Haftpflichtansprüchen wegen Schäden aus Anfeindung, Schikane, Belästigung, Ungleichbehandlung und sonstigen Diskriminierungen. Teil des „Best Selection“ ist auch eine teilweise Neuwertentschädigung bis 250 Euro über den Zeitwert hinaus – in der Seniorendeckung erhöht auf 500 Euro. Ausgeschlossen bleiben jedoch Schäden an Brillen, sonstigen optischen Gläsern und elektrischen/elektronischen Geräten aller Art. Sonstige Highlights im „Best Selection“ sind beispielsweise eine Mallorcadeckung oder eine Kostenübernahme für Sachschäden unter Arbeitskollegen bis 1.000 Euro mit 100 Euro Selbstbehalt.

An einer Bewertung mit „Gold“ im Rahmen der WFS-Leistungsratings scheitern die neuen Best-Selection-Ta-

rife nur an zwei Stellen: leider gilt die Internetdeckung gemäß Ziffer 17.5 BBR nur „soweit die versicherten Haftpflichtansprüche in europäischen Staaten und nach dem Recht europäischer Staaten geltend gemacht werden.“ Babysitting und definierte nebenberufliche Tätigkeiten bis zu einem Jahresumsatz von 6.000 Euro sind zwar mitversichert, nicht jedoch das gewerbliche Tagesmutterrisiko. Im Rahmen der Seniorendeckung 55plus ist zumindest das gewerbliche Tagesmutterrisiko abweichend bis zu einem Jahresumsatz von 15.000 Euro, höchstens jedoch bis zu einem jährlichen steuerlichen Ertrag von 6.000 Euro versichert. Damit verdient der Tarif „Best Selection“ in beiden Ausprägungen ein sehr gutes „Silber“. Janitos bezieht hierzu Stellung:

„Wir sehen unter der Begrifflichkeit Tagesmutter/Tageseltern ein Berufsbild und versichern somit über diese BBR Klausel auch die entgeltliche Tätigkeit und das ohne Begrenzung. In den Senioren BBR ist uns ein redaktioneller Fehler unterlaufen, hier hätten wir die Tagesmutter/Tageseltern in der Klausel nebenberufliche Tätigkeiten streichen müssen. Dies wird bei der nächsten Überarbeitung des Bedingungswerkes erfolgen.“

Prämienseitig sind insbesondere die Tarife „Basic“ und „Balance“ in den Single- und Partnerтарifen auf einem üblichen Prämienniveau, während der besonders empfehlenswerte Tarif „Best Selection“ eher teuer ist.

Unverändert geblieben sind die Produkte Tierhalterhaftpflicht-, Wohngebäude-, Hausrat-, Unfall- und Kfz-Versicherung. Änderungen sind zum 01.04.2011 zu erwarten.

Fazit: das Leistungsniveau aller Janitos-Produkte liegt weit über dem üblichen Marktniveau. Im Detail sind teilweise noch Verbesserungen notwendig.

Basic mit 20 Mio. Euro Deckungssumme					
Single		Partner ohne Kinder		Familie	
Mit SFR	ohne SFR	Mit SFR	ohne SFR	Mit SFR	ohne SFR
46,43 Euro	61,90 Euro	61,73 Euro	82,31 Euro	74,98 Euro	99,97 Euro
Balance mit 20 Mio. Euro Deckungssumme					
Single		Partner ohne Kinder		Familie	
Mit SFR	ohne SFR	Mit SFR	ohne SFR	Mit SFR	ohne SFR
61,13 Euro	81,52 Euro	76,47 Euro	101,96 Euro	89,00 Euro	118,67 Euro
Best Selection mit 20 Mio. Euro Deckungssumme					
Single		Partner ohne Kinder		Familie	
Mit SFR	ohne SFR	Mit SFR	ohne SFR	Mit SFR	ohne SFR
81,40 Euro	108,53 Euro	101,92 Euro	135,90 Euro	118,39 Euro	157,85 Euro



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

Alte Oldenburger – Arag – Axa – Barmenia – Bayerische Beamtenkrankenkasse – Central – Continentale – Debeka – Deutscher Ring – DKV – Gothaer – Hallesche – HanseMerkur – HUK-Coburg – LKH – LVM – Mannheimer – Morgen & Morgen GmbH – Provinzial Krankenversicherung – Ralf W. Barth GmbH – R+V – SIGNAL IDUNA – uniVersa – Versicherungskammer Bayern – Württembergische

# Private Krankenversicherungen – Teil 2

## Typische Beratungsfehler und Grundlagenwissen für die Vermittlung privater Krankenvollversicherungen.

Die Vermittlung privater Krankenversicherungen wird mit hohen Courtagen belohnt. Sie scheint damit für jeden Makler besonders interessant zu sein. Fakt ist aber, dass eine Falschberatung zur Absicherung der Gesundheit erhebliche Konsequenzen haben kann. Schon seit einigen Jahren findet zudem der Wettbewerb über immer neue Einsteigertarife mit scheinbar besonders günstigen Beiträgen statt. Oft erkennen Kunden und Makler hier erst nach Jahren, für was für tickende Zeitbomben sie sich entschieden haben.

„Risiko & Vorsorge“ zeigt auch im Teil 2 seiner PKV-Serie einige typische Beratungsfehler auf und vermittelt darüber hinaus Grundlagenwissen für die Vermittlung privater Krankenvollversicherungen. Wer in die Tiefe einsteigen möchte, kommt jedoch nicht an speziellen Seminarangeboten, Fachliteratur oder dem Studium der Versicherungsbedingungen vorbei.



Autor: Stephan Witte

Zielgruppe der Privaten sind besser verdienende Angestellte, Beamte, Selbständige und Freiberufler. Als Folge der letzten Gesundheitsreform zählen nun auch all jene zur „Zielgruppe“, die entweder niemals krankenversichert waren oder irgendwann einmal privat krankenversichert waren. Für diese Personengruppe wurde der Basistarif aufgelegt.

Seit 2011 gilt: wer aus der gesetzlichen in die private Krankenversicherung wechseln möchte, musste 2010 mehr als 49.950 Euro brutto (2011: 49.500 Euro) verdienen und auch die verringerte Versicherungspflichtgrenze für 2010 von

45.000 Euro (2011: 44.550 Euro) erfüllt haben. Die verringerte Grenze gilt nur für Personen, die bereits zum 01.01.2003 privat krankenversichert waren.

Die bisherige Dreijahresfrist entfällt damit zum Jahreswechsel. Soweit die Zusammenfassung des jüngst verabschiedeten „Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-FinG).

Wer erstmals aus der Versicherungspflicht fällt wegen des Überschreitens der Pflichtversicherungsgrenze und vom Arbeitgeber daher abgemeldet wurde, kann sich zum 01.01. des Folgejahres, ggf. auch rückwirkend, wahlweise ge-

setzlich freiwillig versichern, einen mehr oder minder leistungsstarken privaten Krankenversicherungstarif erwählen, aber auch mit einer Frist von 6 Monaten aus der GKV in den Basistarif der privaten Krankenversicherer wechseln.

Für Selbständige und Freiberufler besteht das Recht auf Wechsel in eine private Krankenversicherung unabhängig vom Einkommen. Zu beachten ist allerdings die zweimonatige Kündigungsfrist. Wer beispielsweise im Dezember seine GKV kündigte, kann frühestens zum 01.03.2011 wahlweise in eine andere GKV oder eine PKV eintreten. Weiter ist natürlich zu beachten, dass ein Wechselrecht normalerweise nicht vor Ablauf von 18 Monaten entsteht. Wer also zum 01.01.2010 seine GKV gewechselt hat, kann frühestens zum 01.07.2011 in die private Krankenversicherung wechseln. Eine vorzeitige Kündigung ist nur möglich, wenn die Annahmeerklärung einer PKV nachgewiesen werden kann oder die GKV einen Zusatzbeitrag innerhalb dieser Frist erhoben hat. Besonders zu beachten, ist die abweichende Dreijahresfrist bei gesetzlichen Wahlтарifen. Generell ist hier eine vorzeitige Kündigung nicht möglich. Mögliche Rechtsprechung steht hierzu noch aus.

Für Beamte, nicht aktive Soldaten, Berufsrichter, deren Ehepartner und Kinder besteht ein Anspruch auf Beihilfe vom Dienstherrn zur Krankenversicherung, sofern Ehegatten und Kinder nicht selbst sozialversicherungspflichtig krankenversichert sind. Auf Antrag werden Beihilfeberechtigten zwischen 50% und 80% der Kosten für einen privaten Krankenversicherungsschutz vom Dienstherrn erstattet. Dabei unterscheiden sich die Beihilfezuschüsse und -regelungen je nach Familiensituation, Bundes- oder Landesrecht. Tarife, die für Selbständige besonders interessant oder prämiestabil sind, müssen dies nicht auch für Beihilfeberechtigte sein. So gibt es etwa den für Selbständige und Angestellte sehr interessanten Tarif AGIL premium der R+V nicht für Beihilfeberechtigte. Oft unterscheiden sich nicht nur die gesetzlichen Regelungen, sondern auch die tariflichen Regelungen der Anbieter je nach Bundesland. Häufig als hochwertig betrachtet sind etwa die Tarife von Arag, Barmenia, DBV oder die SIGNAL IDUNA. Aus Gründen des Umfangs kann auf die Besonderheiten des Krankenversicherungsschutzes für Bei-

hilfeberechtigte hier nicht näher eingegangen werden.

Für freiberuflich tätige Künstler und Journalisten besteht unter bestimmten Voraussetzungen ein Anspruch auf Zuschuss zu den Beiträgen einer privaten oder gesetzlichen Krankenvollversicherung durch die Künstlersozialkasse (KSK). Grundsätzlich ist diese Personengruppe jedoch erstmal gesetzlich pflichtversichert, sofern keine Befreiung von der Versicherungspflicht beantragt wurde.

Da der Zutritt zu einer privaten Krankenversicherung eine Gesundheitsprüfung bedeutet, sind auch Zuschläge oder Ablehnungen möglich. Damit besteht die Möglichkeit, den bestehenden Versicherungsschutz gekündigt zu haben, ohne einen neuen zu erhalten. Anders als noch vor wenigen Jahren, fällt der „Unversicherung“ damit zurück in seinen alten Versicherungsschutz. Eine „Nichtversicherung“ ist rechtlich nicht mehr zulässig.

### Die Selbstbehalte

Es ist eine falsche Annahme, dass die gesetzliche Krankenkasse keine Selbstbehalte aufweist. So sind etwa Zuzahlungen für Medikamente, Heil- und Hilfsmittel oder während der ersten Tage eines Krankenhausaufenthaltes allgemein bekannt. Erst auf den zweiten Blick erkennt man hingegen die versteckten Selbstbehalte für Zahnersatz. Schließlich wird in Abhängigkeit vom zahnärztlichen Bonusheft ein bestimmter Höchstsatz von der Regelversorgung erstattet. Diese Regelversorgung entspricht aber nicht dem, was die meisten Patienten bei freier Wahl in Anspruch nehmen würden. Dadurch reduziert sich die tatsächliche Erstattung noch weiter. Wer gar Inlays wünscht, darf diesen Extrawunsch fast vollständig aus eigener Tasche zahlen. Die GKV zahlt lediglich die Kosten für eine Amalgamfüllung (zirka 30 Euro).

Diese offenen und versteckten Selbstbehalte hat die gesetzliche Krankenversicherung eingefügt, um – zumindest theoretisch – langfristig bezahlbare Prämien zu gewährleisten.

Ähnlich sieht es bei der privaten Krankenversicherung aus. Auch hier gibt es diverse offene und versteckte Selbstbehalte. Damit sollen für den Verkauf attraktive und für die Vertragslaufzeit stabile Prämien – zumindest in der Theorie – erreicht werden.

### ► Vielzahl unterschiedlicher Selbstbehaltsmodelle

Die Vielzahl unterschiedlicher Selbstbehaltsmodelle erschwert in der Praxis eine echte Vergleichbarkeit der Wettbewerber und kann bei fehlendem Hintergrundwissen dazu verführen, einen scheinbaren günstigen Tarif einem langfristig tatsächlich günstigen Tarif vorzuziehen.

Beispielsweise wirkt der Tarif „Tarif CompactPRIVAT - Start 250 / 900 Krankheitskostenvollversicherung CompactPRIVAT – Start“ aus dem Hause **Versicherungskammer Bayern** zunächst sehr preiswert. Der allgemeine Selbstbehalt beträgt hier wahlweise 250 oder 900 Euro. Der Selbstbehalt für Arznei- und Verbandmittel sowie für Hilfsmittel beträgt bis zu einem Rechnungsbetrag von 3.000 Euro jährlich 20%. Bei einem Rechnungsbetrag von beispielsweise 5.000 Euro im Jahr müsste der Versicherungsnehmer also 600 Euro aus eigener Tasche zahlen. Anders als in der GKV werden auch die Kosten für Behandlungen durch Heilpraktiker erstattet, allerdings nur zu 60% und auch nur bis in Höhe der Mindestsätze der GebÜH. Tatsächlich beträgt der Selbstbehalt also oft mehr als 40% und Leistungen, die zwar im Hufelandverzeichnis benannt, aber nicht unter die derzeit gültige GebÜH 85 fallen, sind ausgeschlossen. Benötigt ein Kunde Zahnersatz, so sind auch hier erhebliche Selbstbehalte aus eigener Tasche zu zahlen. Möchte ein Versicherungsnehmer also eine Implantatbehandlung zu 3.000 Euro nutzen, so wird zunächst – sofern noch nicht in Abzug gebracht – der jährliche Selbstbehalt abgezogen, dann werden für die ersten 1.000 Euro 30% und für den darüber hinausgehenden Betrag 50% abgezogen. Das sind also in der Regel mindestens 1.300 Euro Selbstbehalt. Weiter ist eine Zahnstaffel während der ersten 3 Jahre zu beachten (maximal 3.000 Euro insgesamt während der ersten drei Jahre). Diese entfällt nur bei Unfällen. Eine weitere Einschränkung ergibt sich dadurch, dass bedingungsseitig nur der eigentliche Zahnersatz („Aufsatz“), nicht jedoch das Implantat an sich unter den Versicherungsschutz fällt. Soll aufgrund privatärztlicher Behandlung oberhalb der GOZ erstattet werden, so ist dieser Anteil das private Vergnügen des Versicherers.

Dies sind nur einige Beispiele dafür wie ein auf den ersten Blick günstig wirkender Tarif in Wirklichkeit weit teurer ist als angenommen.

Die Versicherungskammer Bayern empfiehlt Interessenten, sich genau zu überlegen, ob für sie anstelle eines beitragsgünstigen Tarifs mit hohem Selbstbehalt eventuell ein Komforttarif mit höheren Erstattungsleistungen auf lange Sicht die vernünftiger Lösung wäre. Ein paar Euro mehr lohnen sich, denn viele Selbstbehalte können so vermieden werden:

*„Eine sinnvolle Alternative ist zum Beispiel die Krankheitskostenvollversicherung GesundheitPRIVAT 750 der Versicherungskammer Bayern. (Es gibt ihn mit 300 oder 750 Euro pauschalem Selbstbehalt.) Dieser Tarif ist vom Beitrag in etwa mit dem CompactPRIVAT Start 250 B (für Angestellte) vergleichbar. Diese – oben angesprochenen – Leistungen sind im GesundheitPRIVAT besser:*

*1. Arzneimittel zu 100%, wenn Generika gewählt werden; wenn es keine Generika gibt, werden die Originalpräparate zu 100% erstattet.*

*Hier ist ein zusätzlicher Selbstbehalt also vermeidbar!*

*2. Verbandmittel zu 100%.*

*3. Hilfsmittel: Die im Tarif aufgeführten teureren Hilfsmittel (z. B. Beatmungsgeräte) werden bei Bezug über das Hilfsmittel-Management des Versicherers zu 100% erstattet; nur bei den im Tarif aufgeführten billigeren Hilfsmitteln (z. B. Krücken) gilt ein Selbstbehalt von 20%.*

*Auch hier fällt oft kein zusätzlicher Selbstbehalt an!*

*4. Heilpraktiker: ebenso 60% wie beim CompactPRIVAT Start, aber bis zu den Höchstsätzen der GebüH. Das heißt: Hier bleibt dem Versicherten ein geringerer Eigenanteil!“*

#### ► Haftungsfallen

Besondere Haftungsfallen für den Vermittler bestehen bei den so genannten Hausarzt- oder Primärarztтарifen wie dem früheren KG der **Gothaer** oder den heutigen Tarifen VCH2A der **Barmenia**, CV3H der **Central**, Komfort der **SIGNAL IDUNA** oder A360K der **uniVersa**.

So sieht der VCH2A eine Erstattung von 80% der Behandlungskosten vor, wenn ein Kunde direkt zum Spezialisten seiner Wahl geht, jedoch 100%, wenn zunächst der Hausarzt in Anspruch ge-

nommen wird und dieser eine Überweisung veranlasst. Dies betrifft nur den ambulanten Bereich. Einem Hausarzt gleichgestellt sind in diesem Tarif Augenärzte, Gynäkologen, Kinderärzte ohne Schwerpunktbezeichnung, Notärzte oder Bereitschaftsärzte. Ausnahmsweise kann auch ein Internist ohne Schwerpunktbezeichnung zum Hausarzt bestimmt werden. Unabhängigkeit vom Primärarztprinzip sind stationäre Behandlungen und die Inanspruchnahme von Zahnärzten oder Kieferorthopäden.

Spezifiziert ein Versicherer nicht, dass auch Internisten zu den Hausärzten zählen können, so fallen diese ausdrücklich nicht unter diese Bestimmung (BGH VersR 2009. 623).

Gerade Selbständige und Freiberufler gehen oft nur dann zum Arzt, wenn ein solcher Besuch sich partout nicht mehr vermeiden lässt. Geschieht dies erstmals viele Monate oder gar Jahre nach Vertragsabschluss, haben sie gegebenenfalls die Besonderheiten ihres Tarifes schon lange vergessen. Das böse Erwachen kommt dann erst mit der ersten Arztrechnung, wobei die tatsächlichen Folgen sicher für die meisten Versicherungsnehmer nicht erkennbar sind.

Sucht beispielsweise ein Kunde wegen wiederholter Juckbeschwerden einen Hautspezialisten auf und dieser stellt Neurodermitis fest oder ein Patient geht wegen Kopfschmerzen zum Spezialisten, welcher einen Gehirntumor feststellt, so fallen auch alle zukünftigen Behandlungen dieser Krankheit bis zur „abschließenden Heilung“ unter den erhöhten Selbstbehalt des Primärarztmodells. Hier liegt ein sogenannter „gedehnter Leistungsfall“ vor, „wonach zum Versicherungsfall auch schon die erste ärztliche Untersuchung gehört, die auf die Erkennung des Leidens abzielt“ (Axel Fortmann, S. 59). Der Leistungsfall ist schließlich erst mit dem zumindest voraussichtlichen Heilerfolg abgeschlossen. Es bringt dem Kunden also wenig, wenn er beim nächsten Arzttermin erst seinen Hausarzt aufsucht, sich von diesem eine Überweisung zum Spezialisten geben lässt und die Behandlung erst dann wieder fortsetzt: „Sobald nämlich der Versicherte wegen einer Krankheit einen Arzt einmal in Anspruch genommen hat, hindert ihn die Klausel daran, den Versicherungsfall willkürlich abzubrechen und einen neuen zu einem ihm geeignet erscheinenden Zeitpunkt zu beginnen, obwohl es sich tatsächlich um die Weiter-

behandlung der früheren Krankheit handelt.“ (BGH, 14.12.1977, VersR 1978, 272; ebenso OLG Dresden VersR 2009, 1651)“ (Axel Fortmann, S. 59-60) Bei Fortmann finden Sie auch diverse andere Beispiele für den gedehnten Versicherungsfall mit hoher Relevanz auch für die Krankenzusatzversicherung. Vom gedehnten Leistungsfall zu unterscheiden sind „medizinisch bedingte Behandlungspausen, etwa weil eine zweite Operation erst nach Ausheilung der ersten möglich ist oder weil bei Kindern zunächst das weitere Wachstum abgewartet werden muss, [in diesen Fällen] liegen deshalb zwei selbständige Versicherungsfälle vor.“ (dto., S. 64) Eine kundenfreundliche Lösung bietet die **R+V** in den Tarifen AGIL classic und AGIL comfort. Bei Erstbehandlung durch einen Nicht-Primärarzt wird die Erstattung nur bis zum Datum der nachträglich eingeholten Primärarzt-Überweisung gekürzt – dies gilt auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle. Nach „Nr. 3.4.1.3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifs AGIL classic bzw. 3.3.1.3 des Tarifs AGIL comfort [...] ist die Erstattung der Leistungen nur dann auf 60% bzw. 75% beschränkt, wenn die Inanspruchnahme eines Facharztes = Behandlung durch einen Facharzt ohne Überweisung durch einen Primärarzt erfolgt. Dies bedeutet, dass – sobald die Inanspruchnahme eines Facharztes auf der Grundlage einer Überweisung eines Primärarztes erfolgt – ein Anspruch auf Erstattung von 100% der erstattungsfähigen Leistungen besteht. Denn in der entsprechenden Regelung ist nicht bestimmt, dass die Einschränkung für ein Quartal oder den gesamten Versicherungsfall gilt. Um eine erweiterte Kürzung zu rechtfertigen, wäre eine entsprechende Regelung nach AGB-Recht aber erforderlich. Der Wortlaut der Bedingungen lässt einer anderen Interpretation keinen Raum und der Versicherer bestätigt ausdrücklich, dass seit Einführung der AGIL-Tarife in dieser Form reguliert wird. „Wir hätten uns aber eine für einen Laien leichter zu verstehende Formulierung gewünscht“, so Karsten Eichner von der Pressestelle der R+V. Tatsächlich nur geschäftsplanmäßig gäbe es ein „heilbares Primärarztprinzip“ auch bei der **Barmenia**. Bedingungsseitig ist dies zwar nicht geregelt, doch findet sich eine Klarstellung zumindest im Rahmen der Verkaufshilfe WK 1400 auf der Seite 16. Hier heißt es wie folgt:

„Stellen Sie sich vor: Bei der Konsultation des Facharztes ohne vorherige Überweisung durch den Hausarzt wird eine chronische Erkrankung (z. B. Diabetes mellitus) diagnostiziert. Mangels Überweisung vermindert sich der Erstattungsprozentsatz für die Kosten dieses Arztbesuches und gegebenenfalls verordnete Arzneimittel. Wird nun auch künftig für diese Erkrankung nur gemindert erstattet, weil es sich um Folgebehandlungen handelt? Ganz klar: Nein! Erfolgt die nächste Behandlung der chronischen Erkrankung durch den Hausarzt oder den Facharzt nach vorheriger Überweisung durch den Hausarzt, sind die Kosten wieder zu 100% erstattungsfähig. Das gilt auch für in diesem Zusammenhang verordnete Arzneimittel.“

Problematisch sind Primärarztтарife auch daher, da Menschen mit zunehmendem Alter auch mal vergesslicher werden können und daher ggf. nicht mehr an die tariflichen Besonderheiten denken....

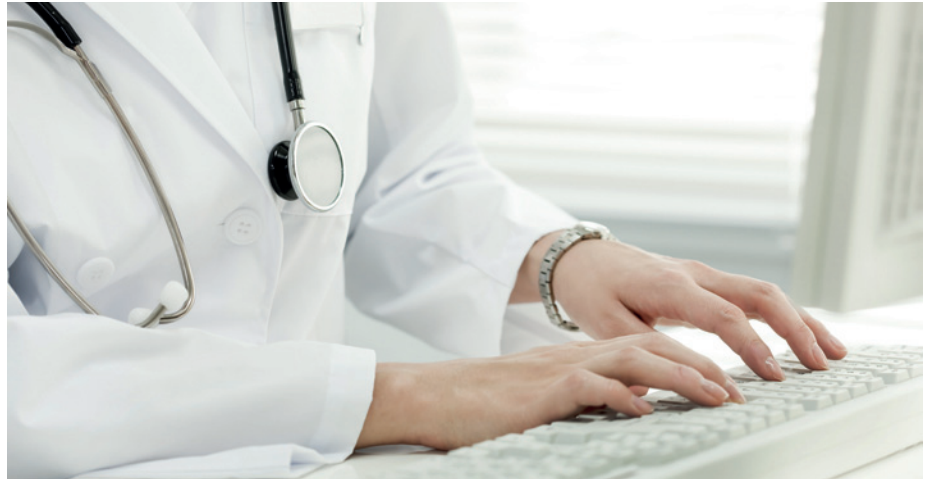
Eine andere Möglichkeit, faktische Selbstbehalte geschickt zu verpacken und damit die Leistungshöhe zu reduzieren, bieten die Tarife P der **LKH** oder Purisma Relax der **Mannheimer**.

So sind beim Tarif P die meisten ambulanten Leistungen nur bis zum Regelhöchstsatz der GOÄ (z.B. 2,3fach für persönliche Leistungen) erstattungsfähig, nicht jedoch zum häufig abgerechneten 3,5fachen Satz. Diesen kann ein Arzt jedoch auch ohne vorherige Vereinbarung mit dem Kunden abrechnen, sofern er einen erhöhten Aufwand schriftlich begründen kann. Allein Leistungen oberhalb des Höchstsatzes (z.B. 3,5fach für persönliche Leistungen) können nur nach vorheriger schriftlicher Honorarvereinbarung in Rechnung gestellt werden. Positiv beim Tarif P ist, dass zumindest ausgewählte ambulante Operationen (z.B. Augenheilkunde, Orthopädie und Urologie) bis zu den geltenden Höchstsätzen erstattungsfähig sind.

### Tipp

Nennen Sie dem Kunden vor Antragsstellung die tariflichen Selbstbehalte. Weisen Sie insbesondere auch auf mögliche Zahnstaffeln hin. Bei unfallbedingter zahnärztlicher Behandlung sollte auf eine Wartezeit verzichtet werden. Seien Sie vorsichtig beim Anbieten von Primärarztтарifen.

## Die Gebührenordnung der Ärzte



Wer aus der gesetzlichen Krankenkasse kommt, hat in der Regel noch nie eine Arztrechnung gesehen, höchstens vielleicht den Heil- und Kostenplan seines Zahnarztes für besonders aufwendige Behandlungen wegen Zahnersatz oder Kieferorthopädie. Daher besteht vielfach die Vorstellung, dass privat Versicherte sich stets durch jeden Spezialisten behandeln lassen dürfen und dass selbstverständlich der Versicherer für diese Kosten unbegrenzt aufkomme. Wie oben bereits gezeigt, entspricht dies nicht der Realität.

Entscheidend bei der Wahl einer privaten Krankenvollversicherung ist, bis zu welcher Höhe die Versicherung die Kosten im ambulanten sowie stationären Bereich übernimmt. Zu unterscheiden sind:

- der einfache Gebührensatz, der den allgemeinen Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Wer als Privatpatient etwa im Krankenhaus keine Formulare unterschreibt, die eine individuelle Kostenberechnung erlauben, ist hier auf der sicheren Seite, muss sich aber nicht wundern, wenn er im Krankenhaus lediglich als Patient zweiter Klasse behandelt wird. Wer also eine tägliche Chefarztvisite wünscht, sollte sich nicht mit dem allgemeinen Gebührensatz zufrieden geben. Liegt keine gültige Honorarvereinbarung vor und aufgrund medizinischer Notwendigkeit kommt es zu einer Chefarztbehandlung, so muss dieser seiner Leistungen im Rahmen der allgemeinen Regelleis-

tungen erbringen – ein Anspruch auf eine Chefarztbehandlung entfällt allerdings. Die Abrechnungen der GKV entsprechen in etwa dem 1,7fachen Satz GOÄ.

- Der 1,15fache Gebührensatz gilt für Laborleistungen und darf begründet auf den 1,3fachen Satz angehoben werden. Ein Tarif, der nur nach den allgemeinen Regelleistungen abrechnet, übernimmt hier nur anteilig die Kosten.
- Der 1,8fache Gebührensatz gilt für medizinisch-technische Leistungen und darf auf den 2,5fachen Satz angehoben werden. Hier gilt ebenfalls das oben Gesagte.
- Der 2,3fache Gebührensatz gilt für persönlich erbrachte Leistungen eines Arztes (z.B. in Form einer Operation) und darf begründet auf den 3,5fachen Satz angehoben werden, welcher dem Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte entspricht.
- Nur wer ausdrücklich eine sogenannte privatärztliche Behandlung („Chefarztbehandlung“) vereinbart hat, darf beim Vorliegen einer gültigen Honorarvereinbarung – abweichend auch Abdingungserklärung benannt – auch über dem Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abrechnen lassen. Manche Professoren verlangen für ihre Dienstleistung durchaus das Achtfache des allgemeinen Regelsatzes. Nicht zulässig ist eine individuelle Honorarvereinbarung bei Notfällen oder akuter Schmerzbehandlung. Voraussetzung ist des Weiteren

die Schriftform. Darin müssen festgehalten werden die Nr. und Bezeichnung der zu erbringenden Leistung, Steigerungssatz und vereinbarter Beitrag sowie ein Hinweis darauf, dass eventuell eine Erstattung nicht in vollem Maße von der Kasse des Versicherten übernommen wird. Weitere Vereinbarungen darf so eine Honorarvereinbarung nicht enthalten. Außerdem muss der Arzt dem Zahlungspflichtigen den Abdruck dieser Vereinbarung aushändigen (GOÄ, Stand 01.01.2002, § 2, Abs. 1-2). Bei wahlärztlichen Leistungen, die nicht vom Wahlarzt selbst, sondern von seinem ständigen Vertreter erbracht werden, darf statt des 3,5fachen höchstens der 2,3fache Satz abgerechnet werden. Sofern auch dieser die Behandlung nicht persönlich erbringt, so darf höchstens der 1,8fache Satz veranschlagt werden. Wer also einen reinen Grundschutztarif besitzt, tut gut daran, keine Unterschriften gegenüber den behandelnden Ärzten oder gar dem Krankenhaus zu leisten, will er nicht Gefahr laufen, auf einem (großen) Teil seiner Kosten selbst sitzen zu bleiben. Hierzu sei angemerkt, dass der 2,3fache Satz in den meisten Fällen ausreichend ist, oft aber über dem 2,3fachen Satz abgerechnet wird.

**Hinweis:** Während eine Erstattung oberhalb der GOÄ für stationäre Tarife noch einigermaßen verbreitet ist, gibt es nur wenige Hochleistungstarife, die auch ambulante oder beim Zahnarzt ohne Begrenzung auf die Höchstsätze von GOÄ/GOZ Versicherungsschutz bieten. Auch wenn dies meist nur einzelne Abrechnungspositionen betrifft, können dadurch Honorare von vielen hundert, tausend oder gar zehntausend Euro betroffen sein.

Positiv hervorzuheben sind an dieser Stelle beispielsweise die Tarife VA, VS und VD Barmenia, comfort, EKN sowie die vario TOP-Tarife der **Central**, Comfort+ und Esprit des **Deutschen Rings**, AV und NK der **Hallesche**, PURISMA® MAX der **Mannheimer**, AGIL premium der R+V oder A80 der **uniVersa**. Diese erbringen in allen drei Bereichen ihre Versicherungsleistung auch oberhalb der Höchstsätze von GOÄ oder GOZ, sofern eine gültige Honorarvereinbarung (Abdingungserklärung) vorliegt.

**Tipp**

Bieten Sie Ihren Kunden keine Tarife an, die Leistungen unterhalb des Höchstsatzes der GOÄ / GOZ vorsehen. Streitigkeiten im Schadenfall sind relativ sicher. Eine Leistungserstattung oberhalb dieser Sätze ist sinnvoll, da oft die Erwartung besteht, dass uneingeschränkt jede privatärztliche Leistung erstattet wird. Damit es im Ausland keine Probleme gibt, sollten dort Leistungen uneingeschränkt auch erbracht werden, wenn eine Abrechnung nach der deutschen GOÄ / GOZ nicht möglich ist. Achten Sie darauf, dass Leistungen nur durch niedergelassene approbierte Ärzte und Zahnärzte, zusätzlich ggf. auch Heilpraktiker gedeckt sind. Werden Leistungen durch eine Klinik-Einrichtung oder ein medizinisches Institut in der Rechtsform einer GmbH erbracht, so besteht gemäß § 4 Abs. 2 MB/KK kein Versicherungsschutz.

**Stationäre Aufenthalte**

Leistungsstarke Tarife sollten sowohl für ambulante Operationen wie auch vor- und nachstationäre Behandlungen mindestens im Rahmen der GOÄ aufkommen, besser noch ohne Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ. Nur dann ist eine wirklich freie Arztwahl möglich. Meist werden privatärztliche Leistungen nur dann erstattet, wenn gleichzeitig auch die Unterbringung im 1- oder 2-Bettzimmer vereinbart wurde. Darüber hinaus entspricht eine verbesserte Unterbringung auch dem Absicherungswunsch der meisten Kunden. Sofern Sie wirklich einen Kunden haben sollten, der auf wahlärztliche Leistungen verzichten und nur eine Unterbringung im Mehrbettzimmer wünschen sollte, so sollten Sie dies unbedingt schriftlich fixieren – am besten auf einem separaten Blatt. Nur so ist sicher, dass es später nicht heißt, dass diese Information in der Masse der Unterlagen untergegangen sei und nie so gemeint sei.

Da immer mehr Kliniken auch Kur- und Reha-Behandlungen anbieten, also so genannte „gemischte Anstalten“ sind, sollte der angebotene Versicherungsschutz minimal die Notfalleinweisung in solche Kliniken auch ohne vorherige

schriftliche Zustimmung des Versicherers beinhalten. Besser ist es, wenn grundsätzlich auch in gemischten Anstalten ohne wenn und aber Versicherungsschutz besteht.

Speziell bei stationären Aufenthalten ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass mit der Einlieferung hohe Transportkosten versehen sind. Diese sollten möglichst mitversichert sein.

**Heil- und Hilfsmittel**



Wer eine private Krankenversicherung abschließt, wird sich in der Regel weniger Gedanken darüber machen, in welchem Umfang Krücken, Krankenrollstühle oder Treppenlifte erstattet werden. In der Praxis ist dies jedoch ein Bereich, der Ursache für allerlei Streitigkeiten zwischen Versicherten, Versicherungen und Maklern führen kann.

Am vorteilhaftesten sind Tarife mit offenem Heil- und Hilfsmittelkatalog. Diese bieten eine echte Sicherheit, dass auch für veränderte medizinische Rahmenbedingungen und technologischen Fortschritt stets eine Aktualisierung des Leistungskatalogs geschieht. Leider ist bei den meisten Gesellschaften nur ein abschließender Katalog von Leistungen versichert. Dies kann problematisch sein, da es schwer vorhersehbar ist, welche lebenserhaltenden Hilfsmittel zukünftig von Bedeutung sein könnten. Medizinischer Fortschritt ist bei geschlossenen Katalogen nicht mitversichert.

Wer auch nach dem unfallbedingten Verlust eine Beins weiter Sport treiben möchte, benötigt gegebenenfalls eine geeignete Beinprothese. Die von vielen Versicherern bezahlte „einfache Ausführung“ wird aber kaum die notwendigen Kosten von etwa 100.000 Euro beinhalten.

ten. Ähnliche Probleme gibt es, wenn ein Tarif Rollstühle nur in einfacher Ausführung vorsieht. Gegebenfalls sind dann die Mehrkosten für einen solchen mit „Mundsteuerung“ für Menschen ohne Arme aus eigener Tasche zu zahlen, da zwar eine medizinische Notwendigkeit gegeben ist, diese aber nicht mit einer einfachen Ausführung gewährleistet ist. Ähnliche Probleme kann es geben, wenn ein Tarif nur Hörgeräte in einfacher Ausführung versichert. Diese gibt es ab etwa 1.000 Euro, während besonders hochwertige Geräte auch schon mal 5.000 Euro oder mehr kosten können.

Ist schon die Versicherung nur einer einfachen Ausführung nicht ganz unproblematisch, so ist das Fehlen von konkreten Hilfsmitteln im Leistungskatalog mitunter ein echtes Kostenproblem und für den gewöhnlichen Makler kaum zu überblicken. Wird etwa ein Blindenhund benötigt, dieser aber nicht im tariflichen Hilfsmittelkatalog eingeschlossen, so hat der Versicherte dieses Kostenrisiko zu tragen, auch wenn das im konkreten Fall leicht 20.000 Euro kosten kann.

Aufgrund des hohen Kostenrisikos sollten grundsätzlich alle Tarife bedingungsseitig die Kosten für Nährstoffe und -mittel zur künstlichen Ernährung beinhalten. Allerdings bleibt es bei den meisten Angeboten unklar, inwiefern eine künstliche Ernährung als versichertes Hilfsmittel oder als nicht versichertes Nahrungsergänzungsmittel bewertet werden soll. Weiter sollten auch die Kosten für eine enterale Ernährung durch den Magen-/Darmtrakt mitversichert sein, da auch hier ein Ausschluss ein enormes Kostenrisiko bedeuten kann. Auch andere lebenserhaltende Hilfsmittel sollten unbedingt mitversichert sein, da nur damit eine hinreichende Absicherung gegeben ist. Vor diesem Hintergrund sind beispielsweise die Tarife von **Debeka** (PN) und **HUK-Coburg** (A0, A300) nicht für einen umfassenden Versicherungsschutz geeignet.

Die Debeka sieht geschäftsplanmäßig eine vom Bedingungsmerk abweichende, positivere Regelung vor:

*„Unsere Tarife beinhalten im Abschnitt „Hilfsmittel“ ganz bewusst Oberbegriffe. Es ist weder praktikabel noch erforderlich, die mehrere Hundert Hilfsmittel umfassende Liste detailliert im Tarif aufzuführen. Es ist ebenfalls zu bedenken, dass ständig neue Hilfsmittel*

*auf den Markt kommen, die den Versicherten dann auch bekannt gegeben werden müssten (unabhängig vom tatsächlichen Bedarf). Die Umsetzung verlangt zusätzliche finanzielle Mittel, die von der Versichertengemeinschaft getragen werden müssten.*

*Daneben umfassen unsere Tarife auch Leistungen für medizinisch-technische Sachaufwendungen. Bei Sachaufwendungen medizinisch-technischer Art handelt es sich um technische Geräte, die am Menschen für diagnostische oder therapeutische Zwecke angewandt werden. Hierunter fallen zum Beispiel Herzschrittmacher, Insulinpumpen oder Lebenserhaltenden Kontroll- und Behandlungsgeräte wie Beatmungsgeräte, Ernährungspumpen oder Absauggeräte.“*

Im Interesse des jeweiligen Versicherten bleibt eine Klarstellung durch den Versicherer dringend angeraten, da eine geschäftsplanmäßige Erklärung keinen Rechtsanspruch begründet und beispielsweise künstliche Ernährung beim besten Willen nicht als technisches Gerät zu bewerten ist. Ein offener Hilfsmittelkatalog würde das Problem mit dem erhöhten finanziellen Aufwand zur Tarifpflege sicher lösen können.

Trotz eines nicht offenen Hilfsmittelkataloges eine sinnvolle Lösung bietet die **Hallesche**. Sie leistet beispielsweise in ihren Tarifen AV, NK und KS auch für lebenserhaltende Hilfsmittel, „wenn die lebenserhaltende Funktion durch kein hier (im Katalog) genanntes Hilfsmittel gewährleistet werden kann“. Auch im Tarif PRIMO sind lebenserhaltende Hilfsmittel im Katalog ausdrücklich aufgeführt.

Die Mannheimer sieht künstliche und enterale Ernährung als nicht unter den Hilfsmittelbegriff fallend.

Zum zwischenzeitlich geschlossenen Tarif GS 2 der Gothaer erging auf eine Anfrage zum Leistungsumfang für enterale Ernährung folgende Stellungnahme des Versicherers: „Da diese Kosten nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes sind, prüfen wir, ob wir uns auf freiwilliger Basis an den Kosten beteiligen können. In diesem Fall benötigen wir eine ausführliche ärztliche Verordnung mit Angabe der Diagnose. Zusätzlich ist ein Fragebogen von Ihrem behandelnden Arzt auszufüllen. Der Bogen kann bei Bedarf bei uns angefordert werden.“

Wenn Sie die Versorgung selbst sicherstellen wollen, leisten wir bei Vorliegen einer entsprechenden medizinischen Notwendigkeit bis zur Kostenhöhe unseres Kooperationspartners. Da die Sondennahrung einen Teil der allgemeinen Lebenshaltungskosten ersetzt, behalten wir im Falle einer Erstattung pauschal 150 EUR pro Monat vom anerkenntungsfähigen Rechnungsbetrag ein.“

Beachten Sie auch, dass einige Versicherer wie z.B. die **Arag** (Tarife 21P90 oder 210) zwar im Grunde einen offenen Hilfsmittelkatalog besitzen, bis auf bestimmte Ausnahmen jedoch stets die Zustimmung des Versicherers eingeholt werden muss. Damit besteht also kein Rechtsanspruch auf bestimmte lebenserhaltende Hilfsmittel im Einzelfall.

Der Versicherer weist die Kritik zurück: „Der Tatbestand „lebenserhaltende Hilfsmittel“ impliziert immer auch die medizinische Notwendigkeit. Somit wird auch die ARAG i.R. der Leistungsprüfung im Fall der medizinischen Notwendigkeit eben diese lebenserhaltenden Hilfsmittel erstatten.“ Eine tarifliche Klarstellung wäre jedoch klar zu begrüßen.

Der Tarif Comfort der **Continentale** sieht einen offenen Hilfsmittelkatalog vor. Diese werden jedoch nur in „einfacher Ausführung“ gezahlt. Zusätzlich gilt:

*„Übersteigen die Kosten für ein Hilfsmittel 1.000,- Euro, ist vor Kauf ein Kostenvoranschlag einzureichen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Kostenvoranschlag unverzüglich zu prüfen und dem Versicherungsnehmer die zu erwartende Versicherungsleistung mitzuteilen. Wird kein Kostenvoranschlag eingereicht oder das Hilfsmittel vor der Mitteilung der zu erwartenden Versicherungsleistung gekauft, werden die tariflichen Leistungen zu 80% erbracht.“*

Wortgleich heißt es zu diesem Punkt auch im Tarif Economy der Continentale. Eine Erstattung von Hilfsmitteln lediglich in „einfacher Ausführung“ gilt auch für sämtliche Beihilfetarife des Anbieters.

### Beispielhafte Anbieter mit offenem Hilfsmittelkatalog

**Barmenia** (Tariflinie easyflexPlus), **Continentale** (GS1PLUS, CS2PLUS, COMFORT, ECONOMY sowie für Beihilfeberechtigte BTI und CSB1), **DKV** (BM4 – Komfort; BM5 – Premium), **Mannheimer**

(PURISMA® MAX, PURISMA® PRO, PURISMA® RELAX), **R+V** (sämtliche Tarife des R+V-Gesundheitskonzepts AGIL), **SIGNAL IDUNA** (EXKLUSIV, EXKLUSIV-PLUS, KOMFORT, KOMFORT-PLUS), **Württembergische** (EKN)

**Beispielhafte Anbieter mit Leistungen auch für künstliche und enterale Ernährung:**

**AXA** (140, Vital 300: enterale Ernährung einschließlich Zubehör), **Barmenia** (easyflex clinic 1Plus: lebenserhaltende Hilfsmittel in einfacher Ausführung; easyflex comfort 1 Plus: lebenserhaltende Hilfsmittel in gehobener Ausführung; VC2 und VC2P: lebenserhaltende Hilfsmittel zu 80%), **central** (Vario: Nach ärztlicher Verordnung sind auch Aufwendungen für Sondennahrung erstattungsfähig, sofern aus medizinischen Gründen eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist. Je nach Tarifstufe zu 100% oder gemäß Primärarztprinzip zu 100 oder 80%), **Deutscher Ring** (Esprit: lebenserhaltende Hilfsmittel), **Hallesche** (AV2, AV3, NK 3, NK100, NK Bonus, KS: Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden und die insbesondere enteral und parenteral verabreicht werden), **HUK-Coburg** (Select0: nicht im Tarif benannte Hilfsmittel, die medizinisch notwendig sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu begrenzen oder zu vermeiden), **R+V** (AGIL comfort und AGIL premium zu 100%; AGIL classic zu 60% bis 3.000 EUR Erstattungsbetrag im KJ, darüber hinaus zu 100%), **SIGNAL IDUNA** (EXKLUSIV, EXKLUSIV-PLUS, KOMFORT, KOMFORT-PLUS: Hilfsmittel in einfacher Ausführung, sofern vorher genehmigt oder bis höchstens 500 Euro und selbst beschafft. Ansonsten Erstattung von 80%), **Württembergische** (EKN: enterale Ernährung inkl. Zubehör wird ausdrücklich zu 100% erstattet)

Eine vollständige Übersicht über alle denkbaren Heil- und Hilfsmittel zu erstellen, würde den Rahmen dieses Artikels sprengen. Eine kurzgefasste Checkliste sollte folgende Leistungsarten enthalten:

- **Krankenfahrräder und Rollstühle**
- **Lebenserhaltende Hilfsmittel** (z.B. Atemüberwachungsmonitore, CPAP-

Geräte zur intensivmedizinischen Beatmung, Herzüberwachungsmonitore, künstliche und enterale Ernährung, Sauerstoffgeräte)

- **Orthopädische Hilfsmittel** (z.B. Bruchbänder, Geh- und Stützapparate, orthopädische Autositze, Einlagen und Schuhe, Orthesen)
- **Prothesen / Körperersatzstücke** (z.B. Brustprothesen, Kunstaugen und -glieder, Perücken)
- **Sonstige Hilfsmittel** (z.B. Autoschwenksitze, bandscheibengerechte Matratzen, Blindenführhunde einschließlich Trainingsmaßnahmen, Blindenstöcke, Blindenvorlesegeräte, Blutdruck- und Blutzuckermessgeräte, Hörgeräte, Kompressionsstrümpfe, Krankenbetten, künstliche Sprechgeräte, Massagegeräte, Rollatoren, Sehhilfen, Treppen- und Wannenlifter)

Gleichen Sie diese Liste mit den Leistungsaussagen des von Ihnen ins Auge gefassten Tarifes für Ihren Kunden ab. Zu beachten ist, dass bei einigen der benannten Mittel eine Abgrenzung von Pflegepflicht- und Krankenvollversicherung nicht immer leicht ist und es gerade bei Bestehen beider Verträge über verschiedene Anbieter zu möglichen Problemen in der Regulierung kommen könnte.

**Die Grenzen der Schadenminderungspflicht**

Grundsätzlich sind Versicherte im Rahmen der gesetzlichen Maßgaben zur Schadenminderung verpflichtet, auf die Krankenversicherung bezogen also darauf, sich eine medizinisch geeignete Versorgung zu beschaffen, die den notwendigen Erfordernissen entspricht. Ein Versicherter ist aber nicht dazu gehalten, ein möglichst günstiges Gerät ohne Zusatzfunktionen in Anspruch zu nehmen wie erst jüngst das Landgericht Regensburg (Az. 2 S 311/08) vom 7. Juli 2009 bezogen auf die Versorgung mit zwei Hörgeräten zu 3.000 Euro entschied. Medizinisch notwendig heiße schließlich nicht, die jeweils für den Versicherer kostengünstigste Variante zu wählen, sondern jenes Hilfsmittel, das am besten die Wiederherstellung der gesundheitlichen Ausgangssituation wiederherstellt. Zumal könne ein durchschnittlicherer Versicherter in diesem Beispiel erst nach vielen Jahren Erfahrung im Umgang mit Hörgeräten entscheiden, welches Modell für ihn tatsächlich am besten alle Erfordernisse erfüllt. In

einem anderen Fall hatte ein Gericht darüber entscheiden, ob einem Versicherten, der aus medizinischen Gründen auf ein Sauerstoffgerät angewiesen war, ein zweites zur Versorgung auf Reisen zustehe. Dies wurde verneint; eine medizinische Notwendigkeit, auf Reisen zu gehen, gäbe es schließlich nicht (LG Düsseldorf vom 16.09.2009, Az: 23 S 41/09).

**Streitpunkt Psychotherapie**



Sehr oft wird die Bedeutung der Mitversicherung psychotherapeutischer Leistungen verkannt. Auf den ersten Blick scheint es sich hier ausschließlich um Therapien wegen Depressionen oder Essstörungen zu handeln, wobei sich natürlich keiner vorstellen möchte, selbst diese Art von Leistungen je in Anspruch nehmen zu müssen. Praktisch rücken entsprechende Behandlungen jedoch auch dann oft ins Blickfeld, wenn es um Trennungsprobleme oder die seelischen Folgen schwerer Krankheiten der versicherten Person oder eines nahen Angehörigen geht.

Nicht selten führen Krebs, Herzinfarkt, Schlaganfall oder Multiple Sklerose zu psychotherapeutischem Behandlungsbedarf. Hier bringt es dem Kunden wenig, wenn nur wenige Sitzungen pro Jahr mitversichert oder das Risiko gänzlich unversichert ist.

So besteht beispielsweise bei der **HUK-Coburg** im Tarif select 0 nur Versicherungsschutz für bis zu 30 ambulante psychotherapeutische Behandlungen im Jahr. Die Erstattung für diese beträgt 80% des Rechnungsbetrages. Werden psychotherapeutische Leistungen delegiert, gibt es keine Leistung. Auch stationäre Psychotherapie ist nur bis höchstens 30 Sitzungen im Jahr mitversichert. Immer wieder sind in der Praxis jedoch auch mal 200 oder gar 300 Sitzungen im Jahr erforderlich. In den Tarifen SE und SM zur stationären Ergän-

zung der Tarife A0, A300, A600, A1200 und A2000 werden Sanatoriumsleistungen (= stationäre Psychotherapie) gerade einmal für 4 Wochen innerhalb von 36 Monaten geleistet. Echter Versicherungsschutz sieht anders aus.

Bei der **Debeka** (Tarif: PN) ist zwar stationäre Psychotherapie ohne Begrenzung der Sitzungszahl mitversichert, ambulante Psychotherapie jedoch nur bis höchstens 20 Sitzungen im Jahr. Entscheidend im Krankenhaus sei die Notwendigkeit einer stationären psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung, nicht jedoch die Zahl der Sitzungen. In der Praxis spiele das Delegationsverfahren heutzutage jedoch kaum noch eine Rolle, so die Aussage des auf private Krankenversicherung spezialisierten Versicherungsmaklers Jörn-Willi Frehe aus Uetze / Niedersachsen zum Thema: „Der Löwenanteil der erfolgenden Psychotherapien wird durch Diplom-Psychologen mit Zusatzausbildung als Psychotherapeut durchgeführt und schon längst bevorzugt. Es sollte sich ein Versicherer generell nach einer vorhergehenden ärztlichen Diagnose möglichst dazu bereiterklären auch die folgenden Behandlungen der psychologischen Psychotherapeuten. Beide Behandlervarianten können je nach Fall sinnvoll sein. Eine Approbation sollte für die Leistungszusage reichen!“

Christian Arns, Pressesprecher der Debeka, bewertet die Kritik an ihren Leistungen als überzogen:

*„In Literatur und Rechtsprechung ist anerkannt, dass hinter Leistungsbegrenzungen im Falle psychotherapeutischer Maßnahmen das gewichtige Interesse des Versicherers steht, sein bei zeitintensiven psychotherapeutischen Behandlungen besonders schwer kalkulierbares Kostenrisiko zu begrenzen. Zugleich wird damit dem wohlverstandenen Interesse der Versicherungsgemeinschaft an bezahlbaren Beiträgen Rechnung getragen. Die Beschränkung des Leistungsversprechens ist insofern durch sachliche, die beiderseitigen Belange beachtenden Gründe als gerechtfertigt anzusehen. Ist also eine Leistungsbegrenzung in den Versicherungsbedingungen definiert, verlangt auch dann der wirtschaftliche Zweck einer solchen Klausel, dass sie eingreift. Dies schließt im Einzelfall nicht grundsätzlich aus, unter Berücksichtigung der individuellen Um-*

*stände (Krankheits- und Beschwerdebild, Verlauf, medizinisch notwendige Psychotherapie nach Art, Dauer und Umfang) die Möglichkeit außervertraglicher Leistungen zu prüfen.“*

Vergleicht man diese Leistungen mit dem AGIL premium der **R+V**, so entfällt hier bei ambulanter Psychotherapie eine Begrenzung der Sitzungszahl, auch Psychotherapie im Delegationsverfahren wird erstattet und selbst stationäre Psychotherapie wird ohne vorherige Genehmigung und ohne Begrenzung der Sitzungszahl versichert. So sieht ein leistungsstarker Schutz aus.

Ein weiteres Problem in diesem Zusammenhang sind gemischte Anstalten. Der fast branchenweite Ausschluss (siehe S. 42-43 zu den gängigen Ausschlüssen) bedeutet dann Probleme, wenn etwa eine Beruhigungstherapie mit einer Kurmaßnahme verbunden wird. Oft besteht dann kein Versicherungsschutz.

Grundsätzlich sollten sowohl ambulante als auch stationäre Therapien ohne zeitliche Beschränkungen versichert sein, da nur so sicher gestellt werden kann, dass auch bei schwerwiegenden psychischen Problemen eine umfassende Behandlung möglich ist.

### Anschlussheilbehandlungen

Wer gesetzlich versichert ist, kann auf Reha- und Kurleistungen seines Kranken- und Rentenversicherungsträgers setzen. Die meisten Selbständigen sind jedoch keine Mitglieder der gesetzlichen Rentenversicherung, die für Rehabilitationsmaßnahmen aufkommt. Damit sind viele privat Versicherte darauf angewiesen, dass medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt von ihrer privaten Krankenversicherung übernommen werden. Bei den meisten Tarifen sind entsprechende Leistungen mitversichert, jedoch genehmigungspflichtig. Nicht selten muss eine schwere Erkrankung dem Anspruch auf Leistung vorausgegangen sein. In vielen Billigtarifen gibt es hier keine oder eine nur geringe Leistung, in nicht wenigen anderen Tarifen wird das Thema gar nicht erst angesprochen.

Beispielsweise heißt es in den stationären Ergänzungstarifen SE und SM der **HUK-Coburg** wie folgt:

*„d) Bei den Tarifen SE und SM: Bei einer medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten stationären Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlung, die in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt wird, sind die im § 5 Teil II Abs. 1 der AVB genannten Leistungen bis zur Dauer von 4 Wochen ebenfalls erstattungsfähig, soweit nicht ein anderer Kostenträger leistet.*

*Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht erst nach Ablauf von 36 Monaten.*

*e) Kurleistungen (ambulante Kur, stationäre Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlung) werden für 4 Wochen innerhalb von 36 Monaten insgesamt nur einmal erbracht.“*

Klar angesprochen wird das Thema Anschlussheilbehandlung hier gar nicht.

Ebenfalls keine ausdrückliche Leistungsaussage findet sich zum Tarif KS der Hallesche in den Bedingungen. Höchstens wird hier subsidiär im Rahmen einer geschäftsplanmäßigen Erklärung geleistet. Dabei übernehme sie bei stationärer Anschlussheilbehandlung auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung. Die **Hallesche** begründet den Anspruch auf Anschlussheilbehandlung wie folgt:

*Die Grundlage hierfür ergibt sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen: „Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung (...) Er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht.“ (§ 1 Abs. 2 MB/KK). In einer gemischten Krankenanstalt ist die vorherige schriftliche Zusage Leistungsvoraussetzung (§ 4 Abs. 5 MB/KK). Bei Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung leistet die HALLESCHER nachrangig (§ 5 Abs. 3 MB/KK).“*

Positiv glänzt auch hier wieder der das **R+V**-Gesundheitskonzept AGIL mit einer klaren vertraglichen Regelung:

*„Anschlussheilbehandlung Die tariflichen Leistungen werden auch dann gewährt, wenn sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt veranlasste weitere stationäre Behandlung in einer Kranken-*



*stalt gemäß § 4 Absatz 5 Teil I AVB/KK 2009 anschließt. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern. Der vorherigen Leistungszusage des Versicherers bedarf es nicht, wenn die Anschlussheilbehandlung nicht länger als vier Wochen dauert. Der Tarif kann abweichende Regelungen vorsehen.“*

Darüber hinaus werden bei R+V die Leistungen auch dann gewährt, wenn die Anschlussheilbehandlung erst vier Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung beginnt:

*Anschlussheilbehandlung  
In Erweiterung zu § 4 Nr. 6 Satz 1 Teil II AVB/KK 2009 kann die Zeit zwischen dem Krankenhausaufenthalt und dem stationären Aufenthalt in der gemischten Anstalt bis zu vier Wochen dauern.*

### Krankentagegeld

Wer als Arbeitnehmer gesetzlich krankenversichert ist, hat ein Anrecht auf Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. Während der ersten 6 Wochen einer Arbeitsunfähigkeit zahlt der Arbeitgeber das volle Gehalt weiter. Anschließend zahlt die gesetzliche Krankenkasse bei fortgesetzter Arbeitsunfähigkeit bis zu 72 Wochen lang Krankengeld.

Wer sich privat versichert, hat nicht automatisch auch Krankentagegeld versichert. Auch kann er dies gegebenenfalls schon vor oder nach dem 43. Tag versichern. Möglich ist auch die Kombination beispielsweise eines Krankentagegeldes von 20 Euro ab dem 29. Tag, von 30 Euro ab dem 43. Tag und weiteren 50 Euro ab dem 91. Tag. In jedem Fall muss das Krankentagegeld in einem angemessenen Verhältnis zum jeweiligen Nettoeinkommen liegen. Dies kann gerade für Selbständige in den ersten Jahren ein erhebliches Hindernis sein, da eine Höherversicherung anders als in der GKV nur mit erneuter Gesundheitsprüfung möglich ist, sofern nicht ausnahmsweise ein Recht auf Leistungsanpassung ohne erneute Gesundheitsprüfung zum Tragen kommt. Entsprechende Optionen sind meist in den Tarifbeschrei-

bungen der Versicherer zu finden. Kunden werden aber oft auch angeschrieben, um ein Angebot auf Höherversicherung ohne erneute Gesundheitsfragen anzunehmen (oder abzulehnen).

Es ist in jedem Fall fahrlässig, bei Neuabschluss die Mitversicherung von Krankentagegeld zu vergessen. In einem aktuellen Schadenfall der Ralf W. Barth GmbH habe ein Vermittler im Rahmen einer Tarifumstellung gegenüber seinem Kunden angeblich nicht angesprochen, dass bei der neuen Tarifkombination kein Krankentagegeld mehr versichert sei. Daraufhin ist die Antragsstellerin schwer und lebensbedrohlich erkrankt. Aufgrund der weggefallenen Einkünfte ist sie mittellos und gerade dazu gezwungen, den Vermittler in die Haftung zu nehmen.

### Pflegeschutz

Für alle privat Versicherten ist der Abschluss des Tarifes PVN Pflicht. Weitestgehend entspricht dieser jedoch den gesetzlichen Leistungen, auch wenn hier abweichend eine Kapitaldeckung besteht. Makler tun dennoch gut daran, ihren Kunden zum Abschluss einer ergänzenden Pflegezusatzversicherung zu raten. Dabei ist es nicht immer sinnvoll, die Pflegeergänzung über denselben Krankenversicherer zu platzieren, da mitunter die Pflegezeitgeld- oder Pflegekostenversicherungstarife der Wettbewerber attraktiver sind oder gar eine Pflegerente gewünscht wird.

Anders sieht es mit der eigentlichen Pflegepflichtversicherung aus. Hier ist es sinnvoll, den Tarif PVN bei demselben Versicherer wie die eigentliche Vollversicherung zu platzieren. Andernfalls kann es zu Problemen kommen, wenn der Versicherer der Meinung ist, dass bestimmte medizinisch notwendige Maßnahmen dem Pflegerisiko zuzuordnen sind und nicht unter den Krankenversicherungsschutz fallen.

Siehe hierzu beispielsweise das Urteil des Landgerichts Bonn vom 26. November 2009 (Az: 9 O 230/09), wo das Gericht zu Gunsten des Kunden entschied, dass eine 24-Stunden-Überwachung eines schwerst Pflegebedürftigen durch intensivmedizinisches Fachpersonal vor Ort dann von der privaten Krankenversicherung zu zahlen sei, wenn diese der Lebenserhaltung des Versicherten diene.

### Abweichende Zahlungsmodalitäten

Gesetzlich Krankenversicherte bekommen in der Regel keine Abrechnungen in die Hände. Ausnahmen sind beispielsweise die Zuzahlungen für Medikamente oder der Eigenanteil bei Versorgung mit Zahnersatz und Kieferorthopädie.

Bei privat Versicherten geht der Kunde zwei separate Vertragsverhältnisse ein: einmal gegenüber seinem Versicherer auf Beitragszahlung und Leistungserstattung im Rahmen der tariflichen Erstattungssätze sowie einmal gegenüber dem Heilbehandler. Letzter lässt dem Kunden eine Rechnung zukommen. Es obliegt dem Versicherten dann, diese Rechnung eigenverantwortlich zu begleichen und zu überprüfen. Eine inhaltliche Prüfung ist wichtig, da Ärzte mitunter Positionen abrechnen, die so unzutreffend sind, ihnen jedoch höhere Rechnungseinnahmen ermöglichen.

So ist beispielsweise ein Fall bekannt, wo ein Augenarzt die Gefahr einer Netzhautablösung als Diagnose in der Rechnung vermerkte, dies aber im Rahmen der Behandlung überhaupt nicht benannte. Es stellte sich auf Rückfrage heraus, dass die daraus resultierende erhöhte Abrechnung nur erfolgte, damit die Versicherung mehr zahlte. Sie wurde daraufhin auf Beschwerde des Versicherten korrigiert. In einem anderen Fall wollte ein Kinderarzt für eine einfache Impfspritze einen erhöhten Satz in Rechnung stellen. Begründung: die Spritze könne nur einmal genutzt werden. Auch in diesem Fall war der Einspruch des Kunden erfolgreich.

Im Sinne einer Kostenreduzierung bieten mittlerweile viele Versicherer die Möglichkeit einer Rechnungsprüfung. Davon profitieren sowohl Versicherter als auch Gesellschaft. Auch fällt es dem Versicherer sicher oft einfach, gegenüber Ärzten und Therapeuten einen Wegfall oder eine Änderung einzelner Rechnungspositionen zu begründen.

Stationäre Leistungen werden fast immer direkt mit dem Krankenhaus abgerechnet, privatärztliche Honorarvereinbarungen abweichend wieder direkt mit dem Versicherungsnehmer. Vielfach werden bei aufwendigen zahnärztlichen Kosten die vollen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer zuvor einen Heil- und Kostenplan eingereicht hat.

Unabhängig davon, ob der Versicherte seine Leistungen zeitnahe erbringt, sollte der Versicherungsnehmer daran denken, seine Arztrechnungen und die Rechnungen der über ihn mitversicherten Personen im Rahmen der ärztlichen Fristsetzung pünktlich zu begleichen. Andernfalls riskiert er unnötige Mahnschreiben.

Die meisten privaten Krankenversicherer geben ihren Kunden zwischen einem halben und mehreren Monatsbeiträgen Beitragsrückerstattung, sofern ein Kunde ein oder mehrere Jahre in Folge leistungsfrei gewesen ist, d.h. beim Anbieter keine Rechnungen eingereicht hat. Insofern kann es sinnvoll sein, Arztrechnungen erst privat zu begleichen, zu sammeln und dann am Anfang des Folgejahres zu entscheiden, ob die Beanspruchung einer Beitragsrückerstattung oder eine Leistungsanspruchnahme finanziell vorteilhafter wäre.

Wer nicht zuvor mindestens Erfahrungen mit einer Krankenzusatzversicherung gemacht hat, sollte auf diese Sachverhalte hingewiesen werden.

### Rückkehr in die GKV?

Noch immer gibt es viele Kunden, denen nicht klar ist, dass die Entscheidung für eine private Krankenvollversicherung meist eine Einbahnstraße ist. Wer also wegen reduzierter Einkünfte im Alter, wegen Familienzuwachs, Berufsunfähigkeit oder aufgrund unerwarteter Zuschläge als Folge nicht vollständiger Beantwortung der Gesundheitsfragen lieber in die GKV zurück möchte, hat meist Pech.

Selbständige, die ihr Gewerbe abmelden, können zurück in die GKV, wenn sie Arbeitslosengeld I beziehen oder als Folge der Aufnahme einer Beschäftigung als Arbeitnehmer für mindestens 12 Monate sozialversicherungspflichtig werden und dabei unter der Beitragsbemessungsgrenze verdienen. Dies ist allerdings nur vor Vollendung des 55. Lebensjahres möglich) und auch nur, „wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren. Weitere Voraussetzung ist, dass diese Personen mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 5 Abs. 5 nicht versicherungspflichtig waren. Der Voraussetzung nach Satz 2 stehen die Ehe

oder die Lebenspartnerschaft mit einer in Satz 2 genannten Person gleich. Satz 1 gilt nicht für Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 versicherungspflichtig sind“ (§ 6 Abs. 3a SGB V).

Zu beachten sind im Fall einer Rückkehr auch die Besonderheiten der Krankenversicherung der Rentner. Wer nicht mindestens 9/10 der zweiten Hälfte des Erwerbslebens gesetzlich krankenversichert war, muss als Rentner bei der Beitragsbemessung sämtliche Einkünfte einschließlich Zinsen, Vermietung und Verpachtung berücksichtigen. Dies gilt dann auch für sozialversicherungspflichtige Einkünfte aus einer betrieblichen Altersversorgung. Ein vermeintlich günstiger Krankenversicherungsschutz im Alter muss also nicht unbedingt gegeben sein.

### Alterungsrückstellungen

Wer sich privat krankenversichert, bildet Alterungsrückstellungen. Diese sind dafür da, um die Beiträge „auch“ im Alter dauerhaft beitragsstabil zu halten. Auch wenn dies eine Illusion ist, spielt es doch eine wesentliche Rolle, wie hoch der Beitragsanteil ist, der zu Gunsten einer geringeren Prämie im Alter zurück gelegt wird. Schließlich ist der Anteil der Alterungsrückstellungen bei allen Anbietern und Tarifen unterschiedlich hoch. Wer einem heute 30jährigen Versicherungsumfang zum halben Preis anbieten möchte, kann dies nur machen, indem entweder die Leistungen auf ein Minimum reduziert werden oder der Anteil an den Alterungsrückstellungen in den ersten Jahren möglichst gering bemessen wird.

Pflicht für alle Unternehmen ist jedoch seit 2000 ein gesetzlicher Zuschlag in Höhe von 10%. Dieser reicht sicher nicht aus, ist aber ein nicht unwichtiger Schritt in die richtige Richtung. Die Wikipedia nennt in ihrem Beitrag zur privaten Krankenversicherung die Faustregel, wonach Kunden „soviel ansparen [sollten], dass man davon zwei Drittel der Beiträge 25 Jahre lang im Alter finanzieren“ könne. Bezogen auf eine Monatsprämie von beispielhaft 500 Euro bedeutet dies eine Summe von 150.000 Euro. Unberücksichtigt dabei sind Zinsen und Inflation. Mit den Alterungsrückstellungen soll also der Kostenanstieg im Alter gebremst werden. Sie ersetzen aber nicht den Aufbau privater Reserven, um die Versicherungsprämien im Alter auch weiter zahlen zu können.

Kündigen Versicherte ihren Versicherungsschutz, so verlieren sie auch das Recht auf ihre Alterungsrückstellungen. Im Zweifel kann dies einen wirtschaftlichen Verlust von vielen zehntausend Euro bedeuten. Für die Versichertengemeinschaft ist der Weggang von Personen mit hohen Alterungsrückstellungen hingegen ein echter Glücksfall, spült er doch nicht unerhebliche Summen Geldes in die Kassen. Dabei ist zu beachten, dass die Rückstellungen für das Kollektiv, nicht jedoch für die konkrete Einzelperson gebildet werden. Die Branche redet von so genannten „Gewinnverbänden“.

Mitunter kann es sinnvoll sein, beim Wechsel von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung einen Krankenzusatztarif bei seinem bisherigen Krankenversicherer zu belassen, um über diesen bestehende Alterungsrückstellungen zu erhalten.

Seit dem 01.01.2009 besteht übrigens die Möglichkeit, bei Abschluss von Neutarifen einen Teil seiner Alterungsrückstellungen von einem Anbieter zu einem Wettbewerber mitzunehmen. Dies betrifft aber nur den Teil der Alterungsrückstellungen, die dem Basistarif entsprechen. Tendenziell macht diese zusätzliche Portabilität jedoch moderne Krankentarife teurer als vergleichbare Altтарife. Altтарife sind und bleiben ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert. Bei einem Anbieterwechsel gehen diese daher vollständig verloren. Ausgenommen davon ist die Pflegepflichtversicherung (PVN, PVB).

### Tip

Sofern ein Anbieterwechsel geplant ist, erfragen Sie bitte unbedingt vorher den Barwert der Alterungsrückstellungen beim bisherigen Versicherer.

### Überbrückung mit Anwartschaftstarifen

Mitunter kann es speziell besser verdienenden Angestellten passieren, dass sie immer wieder von der Versicherungspflicht befreit werden, weil sie oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze verdienen und dann wieder versicherungspflichtig werden. Wer gesetzlich freiwillig versichert ist, fällt eben vorübergehend in die Versicherungspflicht. Sonst ändert sich inhaltlich nichts. Privat Versicherte jedoch stehen

ggf. vor dem Problem, dass Ihnen das Recht auf Beibehaltung des privaten Versicherungsschutzes verwehrt wird. Gleiches gilt für Selbständige und Freiberufler, die aus gesundheitlichen oder anderen Gründen vorübergehend ihre Tätigkeit aufgeben müssen und Arbeitslosengeld I beziehen, bevor sie wieder die Chance zur Rückkehr in die PKV erhalten.

Für die Betroffenen kann es sinnvoll sein, sich das Anrecht auf Rückkehr in die private Krankenversicherung zu sichern, indem sie eine Anwartschaft bilden. Zu unterscheiden sind dabei kleine und große Anwartschaften. Bei einer kleinen Anwartschaft wird nur das Recht auf Rückkehr ohne erneute Gesundheitsprüfung verbrieft, dann allerdings zu den dann geltenden Prämien für Neuabschlüsse. Im Rahmen einer großen Anwartschaft werden sowohl der Gesundheitszustand wie auch das tarifliche Eintrittsalter garantiert. Entsprechende Anwartschaften gibt es auch schon für noch gesetzlich Versicherte, die sich für später eine Wechseloption offen halten wollen.

### Schutz im Ausland

Im Rahmen der meisten Krankenvollversicherungen besteht eingeschränkter Versicherungsschutz auch im Ausland. In der Regel gilt dieser nur zeitlich befristet und fällt vollständig unter die tariflichen Regelungen zum Selbstbehalt. Daher ist es jedem privat Versicherten anzuraten, ergänzend eine Auslandsreisekrankenversicherung abzuschließen. Der Kunde profitiert dann besonders davon, dass hierüber ärztliche Leistungen ohne Anrechnung einer Selbstbeteiligung beansprucht werden können. Außerdem kann er gegebenenfalls eine Beitragsrückerstattung wegen Leistungsfreiheit in Anspruch nehmen, was im Rahmen einer Abrechnung über die eigentliche Grundtarife nicht möglich wäre. Zusätzlich bieten nicht alle Vollkostentarife Versicherungsschutz für medizinisch notwendig oder vertretbare Krankenrücktransporte aus dem Ausland. Auch hierfür ist eine ergänzende Auslandsreisekrankenversicherung sehr von Vorteil.

### Ausschlüsse

Kein Versicherungsschutz kommt ohne Ausschlüsse aus. Dies gilt natürlich auch

für die private Krankenversicherung. Aus Gründen des Umfangs kann leider nicht auf alle üblicherweise geltenden Ausschlüsse im Detail eingegangen werden, so dass sich diese Darstellung auf einige wenige Punkte beschränken muss.

Eine der häufigsten Diagnosen vollstationär behandelter Patienten betrifft psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch Alkohol. Fast alle Anbieter schließen Entziehungsmaßnahmen und -kuren vom Versicherungsschutz aus. Teilweise sind abweichend zumindest Entgiftungsmaßnahmen versichert. Positives Beispiel sind hier etwa die **Arag** (Tarif: 207) oder die **Hallesche**. Bei letzterer heißt es beispielsweise in den MB/KK 2009 § 5 Teil II Abs. 2 wie folgt:

*„Sofern die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung hat, wird abweichend von § 5 (1) b) MB/KK 2009 aus Tarifen mit Leistungen für allgemeine Krankenhausleistungen bei der ersten stationären Entziehungsmaßnahme geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Maßnahme die Leistung schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen vom Versicherer bestimmten Arzt abhängig gemacht werden. Dabei sind unabhängig vom versicherten Stationärtarif nur allgemeine Krankenhausleistungen zuschussfähig.“*

Typisch ist auch das Vorhandensein einer Kurortklausel. Gemäß § 5 Nr. 1d) und e) MB / KK 2009 besteht kein Versicherungsschutz

*„d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;  
e) 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 Aufenthaltsweg unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird,“*

Tatsächlich bedeutet die Kurortklausel also eine klare Einschränkung der sonst proklamierten freien Arztwahl.

Üblich sind auch Ausschlüsse für notwendige medizinische Heilbehandlung als Folge von „Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind“ (§ 5 Nr. 1a) MB/KK 2009). Eine Klarstellung, wonach wenigstens Terrorakte abweichend unter den Versicherungsschutz fallen, findet sich beispielsweise in sämtlichen Tarifen des **R+V**-Gesundheitskonzepts AGIL:

*„5.3 Kriegereignisse und Terrorakte (§ 5 Absatz 1 a) Teil I AVB/KK 2009)  
5.3.1 innerhalb des Staates, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat  
Versicherungsschutz besteht auch für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch Terrorakte verursacht sind, wenn diese in keinem unmittelbaren und mittelbaren Zusammenhang mit kriegereignissen in den genannten Ländern stehen.“*

Diese Klarstellung ist sinnvoll, um Streitigkeiten im Leistungsfall zu vermeiden. Praktisch ist es zwar eher unwahrscheinlich, zum Opfer eines Terroranschlags zu werden. Im Rahmen der Globalisierung macht ein Einschluss jedoch Sinn, zumal die etwaigen Folgekosten erheblich sein können. Ebenfalls eine Klarstellung hinsichtlich Terrorangriffen gibt es bei der **Hallesche**:

*„Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den [ausgeschlossenen] Kriegereignissen im Sinne des § 5 (1) a) der MB/KK 2009.“*

In der Leistungspraxis deutlich bedeutsamer ist der aus der Vergangenheit stammende Ausschluss für eine stationäre Kostenübernahme in „gemischten Instituten“ (Sanatoriumsklausel). Dies sind Einrichtungen, die neben einer üblichen stationären Behandlung auch Kur- und Reha-Leistungen erbringen. Waren diese früher die Ausnahme, so sind entsprechende Stätten heutzutage sehr häufig. Hinzu kommt, dass die Einstufung als gemischtes Institut sowohl versichererseitig wie auch seitens der betroffenen Kliniken und Krankenhäuser sehr unterschiedlich erfolgen kann. Ge-

mäß dem üblichen Leistungsausschluss besteht Versicherungsschutz nur, sofern eine entsprechende Behandlung vor Beginn vom Versicherer schriftlich zugesagt wurde. Axel Fortmann äußert sich in seinem Buch dazu wie folgt:

„Weil einerseits – wie statistisch nachgewiesen ist – die Verweildauer in gemischten Anstalten diejenige in herkömmlichen Krankenhäusern übersteigt und wegen der erheblichen Kosten stationärer Behandlung andererseits besteht ein berechtigtes Interesse des Versicherers an der Beibehaltung der Trennung zwischen klinischer Behandlung, die in Stationärтарifen versichert ist, und Kur- und Sanatoriumsbehandlungen, für die zum Teil gesonderte Kurkostentarıfe angeboten werden.“ (S. 106-107)

Weisen Sie Ihre Kunden darauf hin, dass ärztliche Leistungen stets nur im medizinisch notwendigen Umfang versichert sind, also eine offenkundige Übermaßbehandlung auch nicht unter den Leistungsumfang von Hochleistungstarifen fällt. Dies bedeutet jedoch nicht, dass ein Kunde stets die günstigste Behandlung in Anspruch nehmen muss. Dazu Sven Marlow in seinem Aufsatz (siehe Literaturverzeichnis, S. 570):

„Der durchschnittliche Versicherungsnehmer kann schon nicht erkennen, nach welchen Maßstäben die medizinische Gleichwertigkeit von Heilbehandlungen zu beurteilen sein soll.“

### Beratung: Dokumentieren Sie die Erwartungen



Kein Makler kann vorhersehen, welche Erwartungen ein Kunde an seinen Versicherungsschutz hat. Daher sollte er möglichst viele Fragen stellen, um genau diesen Bedarf zu ermitteln und entsprechend zu beraten.

In Vorbereitung dieses Artikels wurden einem versicherungstechnischen Laien beispielhaft seine Erwartungen an den Leistungsumfang und die Besonderheiten einer privaten Krankenversicherung abgefragt. Neben einigen durchaus zutreffenden Aussagen wurden beispielhaft folgende Erwartungen geäußert:

- Anrecht auf Chefarztbehandlung
- Grundsätzlich preiswerter als GKV
- Mehr Kosten bei häufiger Beanspruchung von Leistungen
- Beiträge altersabhängig
- Anpassung längerfristig kalkulierbar oder Prämiensteigerung mit steigendem Alter
- Da Leistungen einzeln abgerechnet werden, ggf. Verhandlungsspielraum für einzelne Leistungen

Falsche Erwartungen führen in der Praxis immer wieder zu Streitigkeiten zwischen Kunden und ihren Maklern. Die Ralf W. Barth GmbH musste ihre Mandanten beispielsweise wegen folgender Vorwürfe vertreten:

- Kieferorthopädische Behandlung wird von der Krankenkasse nicht übernommen. Angeblich hat der Vermittler nicht auf das übliche Prozedere (Indikation, Kostenvoranschlag) hingewiesen
- Abschluss einer Krankenversicherung mit einer Wartezeit von 24 Monaten für Leistungsfälle als Folge von Psychotherapie. Leider kam es zum Schadenfall, bevor die Wartezeit um war...
- Krankenversicherung ohne Einschluss von Psychotherapie bzw. 24 Monate Wartezeit vermittelt, die noch nicht um sind.
- Kundin lag ein paar Tage im KH und behauptet, dass sie nie unterschrieben hätte, wenn sie gewusst hätte, dass es ein Mehrbettzimmer ist, denn „sie möchte nicht mit Türken zusammen liegen“

Vielleicht erwartet ihr Kunde etwa, dass die private Krankenversicherung auch für die Folgen einer bisher zwar angeratenen, aber nicht durchgeführten Kieferregulierung oder eine künstliche Befruchtung wegen Sterilität des Mannes aufkommt. Sollen Impfungen nur im Rahmen gesetzlich eingeführter Programme oder auch Urlaubsreiseimpfungen übernommen werden? Klären Sie diese Fragen unbedingt vor Antragsstellung, damit es später zu keinen Problemen kommt.

Insbesondere Abweichungen von den bei Vertragsabschluss gültigen gesetzlichen Krankenversicherungsleistungen sollten Sie unbedingt in der Dokumentation vermerken. Mindestens empfiehlt sich aber der Hinweis, dass selbst ein Hochleistungstarif den Kunden in einzelnen Punkten schlechter stellen kann als der private Basistarif oder die Leistungen der GKV.

Weisen Sie Ihre Kunden auch darauf hin, dass eine private Krankenversicherung Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Heilbehandlungen bedeutet, also nicht jede denkbare ärztliche Behandlung vom Versicherungsschutz umfasst ist.

So sind z.B. eine Schönheitsoperation zur Verblendung der hinteren Backenzähne oder zur Vergrößerung der weiblichen Brust, eine stationäre Behandlung zur Entfernung von Krampfadern oder eine Laserung der Augen, um eine durch Brille vollständig korrigierte Fehlsichtigkeit zu beheben, jeweils nicht medizinisch notwendig. Auch Schwangerschaftsabbrüche fallen meist nicht unter den Versicherungsschutz, da sie nicht die Behandlung eines krankhaften Körperzustandes zum Ziel haben (siehe z.B. Voit, S. 1019 im Literaturverzeichnis).

Erläutern Sie Ihrem Kunden, was unter medizinisch notwendiger Heilmaßnahme zu verstehen ist. Hierzu Voit:

„Neben anerkannten medizinischen Methoden kann auch ein Heilversuch oder die Anwendung einer Außenseitermethode eine medizinisch notwendige Heilbehandlung sein (BGH NJW 96, 3075 = VersR 96, 1224). Dies gilt auch dann, wenn sich die Methode im nachhinein als ungeeignet erweist, im Zeitpunkt ihrer Anwendung aber vertretbar war.“ (S. 1022)

„Medizinisch notwendig kann eine Behandlung auch dann sein, wenn ihr Erfolg nicht sicher vorhersehbar ist, aber die medizinischen Befunde und Erkenntnisse es im Zeitpunkt der Behandlung vertretbar erscheinen lassen, die Behandlung als notwendig anzusehen (BGHZ 133, 208 = NJW 96, 3074 = VersR 96, 1224; BGHZ 154, 154 = NJW 2003, 1596 = VersR 2003, 981).“ (S. 1023)

Benennen Sie dem Kunden gegenüber – zumindest beispielhaft – die Höchstleistungssätze für einzelne Leistungen,

beispielhaft für Zahnersatz oder Leistungen durch Heilpraktiker. Da jeder Kunde andere Erwartungen hat, ist es sinnvoll, diese schriftlich zu dokumentieren und wo nötig, zu korrigieren. Machen Sie dem Kunden schriftlich klar, dass es nicht Teil Ihrer Maklertätigkeit ist, Beratung und Betreuung zur gesetzlichen Krankenversicherung und anderen gesetzlichen Sozialversicherungen zu geben.

**Ratingsubstanz**

Ratings und Rankings können dem Makler helfen, eine Vorauswahl zwischen ungeeigneten, weniger geeigneten und geeigneten Krankenversicherungstarifen bieten. Speziell können sie dabei helfen, längerfristig prämiestabile von weniger stabilen Tarifen zu unterscheiden. Eine Beratung ersetzen sie jedoch nicht.

So muss der Testsieger in einem Rating nicht zwangsweise der leistungsstärkste Tarif für Ihren Kunden sein oder auch nur das beste Preis- / Leistungsverhältnis oder die höchste Prämienstabilität haben. Zum einen kommt es auf die konkreten Ratingkriterien, zum anderen auf Eintrittsalter und Gesundheitszustand des Kunden an. Auch können sich die tariflichen Gegebenheiten am Markt seit dem jeweils letzten Rating maßgeblich verändert haben. Wer also glaubt seine Beratung allein über standardisierte Testergebnisse abzuwickeln, wird weder seinen Verpflichtungen als Makler gerecht noch ist seine Beratung kompetenter als die eines Schulkindes, dem man anrät, den Testsieger zu empfehlen.

**Vermögensschadenshaftpflicht & Private Krankenversicherung**

Wenn der Vermittler wegen eines behaupteten Beratungsfehlers in Anspruch genommen wird, tritt seine Vermögensschaden-Haftpflichtversicherung (VSH) auf den Plan, um berechnete Ansprüche zu regulieren und unberechtigte abzuwehren. Im Bereich Krankenversicherung kann es bei Vermittlungsfehlern zu emotional schwierigen Konstellationen kommen, die besondere Anforderungen an das Fingerspitzengefühl des VSH-Versicherers stellen, der diese Ansprüche zu prüfen und ggf. abzuwehren hat. Dazu VSH Spezialmakler Ralf W. Barth:

*„Bei der Wahl der richtigen VSH-Versicherung sollte sich jeder Vermittler vergewissern, dass er im Schadenfall eine vernünftige Dienstleistung bekommt. Einige VSH-Versicherer weigern sich kategorisch, direkt mit Anspruchstellern zu kommunizieren. In einem uns vorliegenden Fall ist der Anspruchsteller schwer erkrankt. Durch den umstellungsbedingten Wegfall des Krankentagegeldes ist er nach Ablauf der Lohnfortzahlung völlig mittellos. Der Makler gerät nun in einem Loyalitätskonflikt: Einerseits ist er als VSH-Versicherungsnehmer zur Schadenminderung verpflichtet, andererseits ist er Sachwalter des Kunden. In dieser schwierigen Situation bittet er ausdrücklich um eine direkte Intervention seines VSH-Versicherers, damit dieser den Schaden aufgrund der gegebenen Sach- und Rechtslage ablehnen möge. Der VSH-Versicherer weigert sich jedoch, diesem verständlichen Wunsch zu entsprechen. Das änderte sich auch nicht, als sich für den Anspruchsteller ein Anwalt meldete. Glücklicherweise ist dieser Fall noch nicht von den einschlägigen Medien aufgegriffen worden...“*

Man sollte also bei der PKV-Vermittlung nicht nur mögliche Haftungsfallen kennen, sondern auch die richtige VSH-Versicherung an seiner Seite haben. Ralf W. Barth bietet interessierten Vermittlern an, mehr Sicherheit durch einen kostenlosen Policen-Check zu gewinnen, bei dem man seine aktuelle VSH-Police unverbindlich und kostenlos auf Herz und Nieren prüfen lassen kann.

**Teil 1 dieser Serie finden Sie in „Risiko & Vorsorge“ 1/2011  
Diese Ausgabe kann unter [www.promakler.de](http://www.promakler.de) nachbestellt werden.**

**Korrektur: Im Beitrag zum PKV-Teil 1/ Ausgabe 1/2011, Seite 19, hat sich ein Fehler ergeben. Richtig muss es heißen:**

*„Ein häufiges Problem bei Selbständigen tritt oft dann ein, wenn die Kinder irgendwann nicht mehr kostenlos über den Partner versichert werden können, da der Versicherte erstmals mit seinen Einnahmen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze (2010: 49.950 Euro; 2011: 49.500 Euro) liegt oder bei Personen, die bereits vor 2003 privat krankenversichert waren die besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze (2010: 45.000 Euro; 2011: 44.500 Euro) überschritten haben. Da Selbständige ihre Steuererklärung jedoch oft mit zeitlichem Verzug erstellen, kann es gegebenenfalls erst nach zwei bis drei Jahren auffallen, dass das Kind rückwirkend aus der GKV rausfällt und freiwillig oder privat zu versichern wäre. Kunden profitieren in so einem Fall von einem Optionstarif auf private Krankenversicherung für das Kind, um einen vollwertigen PKV-Schutz mit nahtlosem Übergang auch dann zu gewährleisten, wenn der Gesundheitszustand des Kindes womöglich problematisch sein sollte.“*

**„Qualifizierung des PKV-Vertriebs“**



*Dr. h. c. Josef Beutelmann, Vorstandsvorsitzender, Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG*

Der Makler tritt als Sachwalter seines Kunden auf. Er hat die Aufgabe, den Versicherungsbedarf seines Kunden umfassend zu prüfen. Kontinuierliche Weiterbildung ist als Qualitätsmerkmal und geschäftliche Grundlage für freie Vertriebspartner daher unverzichtbar.

Gerade bei komplexen Themen, wie der privaten Krankenversicherung, sind viele Faktoren zu beachten, insbesondere bei der Absicherung des Krankentagegeldes und der ergänzenden Pflegeversicherung.

Da vom Makler ein hohes Maß an Fachkompetenz erwartet wird, unterstützt die Barmenia ihre Vertriebspartner durch eine Vielzahl von Angeboten, wie Schulungen, Workshops, Maklerforen, etc. Neben aktuellen Themen steht hier immer wieder die konkrete Bedarfsermittlung im Vordergrund. Qualitativ hochwertige Weiterbildung spielt somit bei der Barmenia eine wichtige Rolle. Wir werden auch künftig alles daran setzen, die Unterstützung unserer Vertriebspartner auf höchstmöglichem Niveau durchzuführen.

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

ADAC – Allianz – Axa – Barmenia – DKV – Europäische Reiseversicherung – Gothaer – HanseMerkur – Nürnberger – Signal Iduna – Würzburger

*Die Aussagen im Text wurden seitens der Axa und Signal Iduna ausdrücklich nicht verifiziert. Eine Rückmeldung von Seiten der Würzburger erfolgte bis Redaktionsschluss nicht.*

# Vom ADAC und seinen Wettbewerbern – Auslandsreiseschutz auf keinen Fall „so nebenbei“ beraten.

Auslandsreisekrankenversicherungen werden gerne über den Preis verkauft. Dies ist verständlich, führt man sich vor Augen, dass speziell für die üblichen touristischen Tarife mit einem Leistungszeitraum von nur wenigen Wochen nur geringe Courtagen erzielt werden können. Daher ist bei vielen Anbietern Versicherungsschutz auch nur über das Internet möglich. Vor dem Hintergrund des neuen VVG ist dies nicht ganz unproblematisch, müssen doch schließlich Verbraucherinformationen und Dokumentation abschließend vor dem Vertragsabschluss dem Kunden zur Kenntnis gebracht werden. Für Direktversicherer entfällt zwar die Pflicht auf Dokumentation, dies gilt jedoch nicht für Makler, die über einen Link des Versicherers zu Abschlüssen kommen wollen.



Autor: Thorben S. Hagenau

Da die Beratung von Auslandsreiseschutz in einem angemessenen Verhältnis zum Ertrag stehen sollte, sollten zumindest einige wesentliche Leistungsunterschiede dokumentiert werden. Besonders entscheidend sind neben den geltenden Ausschlüssen vor allem folgende Punkte:

- Reisedauer
- Versicherungsfähigkeit
- Besonderheiten bei Ausländern, die in das Land ihrer Herkunft verreisen

- Gesundheitliche Einschränkungen vor Reisebeginn
- Anspruchsvoraussetzungen für Krankenrücktransporte aus dem Ausland
- Tarifliche Selbstbehalte

## ■ Reisedauer

Die meisten Auslandsreisekrankenversicherungen versichern nur einen Zeitraum von 6 bis 8 Wochen. Wird nicht konkret nach der Reisedauer gefragt, so kann dies zu erheblicher Maklerhaftung führen. Gerade Personen, deren Herkunftsland nur mit erheblichen Kosten erreich-

bar ist, verreisen gerne auch mal für einen Zeitraum von 3 Monaten. Einige Kunden verreisen auch beruflich oder aus anderen Gründen (z.B. als Au Pair oder zur Verbesserung der persönlichen Sprachkompetenz, wegen Praktika oder Schulausbildung) für ein bis mehrere Jahre. Nicht alle Versicherer bieten entsprechenden Versicherungsschutz

Einige Angebote sehen Versicherungsschutz beispielsweise nur für Reisen bis zu 6 Wochen vor. Dies ist dahingehend zu verstehen, dass auch bei einer Reise, die für einen längeren Zeitraum geplant ist, der Versicherungsschutz uneingeschränkt für die ersten 6 Wochen gilt (BGH VersR 2008, 64 = RRa 2008, 193).

Tarife für kurze Reisen müssen von den Versicherern anders bewertet werden als solche für lange Reisen. Sollen erstere vor allem akute Erkrankungen absichern, bewegen sich Reisende bei den meist nicht touristischen Reiseversicherungen für deutlich längere Zeit im Ausland. Damit müssen sie streng genommen Versicherungsschutz wie zu Hause haben und damit auch vergleichbare „Heimatprämien“ zahlen. Da dies in aller Regel nicht gewünscht sei, so Anika Wolf von der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Hanse Merkur, werden die hierfür angebotenen Produkte regelmäßig mit weiteren Leistungseinschränkungen versehen: Chronische Erkrankungen, die bereits bei Vertragsabschluss bestehen und fortlaufender Behandlung bedürfen, können nicht versichert werden, z.B. eine laufende Diabetesbehandlung oder Niereninsuffizienz mit Dialyse. „Laufende aufwendige Therapien sind nun mal nicht versicherbar, sonst würde die Prämie ja unermesslich steigen. Bei diesen Erkrankungen muss der Kunde vor Reisebeginn genau planen und z.B. die benötigten Medikamente mitnehmen oder vorher klären, wie und wo er sie im Aufenthaltsland bekommt“, so die HanseMerkur.

### ■ Versicherungsfähigkeit

Die meisten Anbieter sehen keine Gesundheitsprüfung vor. Damit ist theoretisch jeder Kunde versicherbar.

Probleme kann es aber geben, wenn ein Kunde im Reiseland einen Zweitwohnsitz (z.B. ein Ferienhaus) oder Immobilienbesitz als Geldanlage besitzt. So besitzen nicht wenige Ausländer in ihrer Heimat Bauland oder Häuser. Von sich aus werden diese aber meist nicht daran

denken, diese im Zusammenhang mit einer Auslandsreiseversicherung zu benennen. Bei vielen Anbietern heißt es in den Bedingungen, dass kein „ständiger Wohnsitz“ im Reiseland bestehen darf. Ob damit auch eine Ferienwohnung gemeint ist, bleibt unklar. Als Faustregel kann ein gewöhnlicher Aufenthalt mit einem Zeitraum von mindestens 6 Monaten gleichgesetzt werden. Für den ständigen Wohnsitz dürften voraussichtlich ähnliche Überlegungen anzustellen sein. Grundsätzlich handelt es sich jedoch um einen unbestimmten Rechtsbegriff. Eine Klarstellung durch den Versicherer wäre von Vorteil.

Nimmt man den Tarif Care Concept der Axa heißt es außerdem, dass der Reisende im Reiseland keiner ständigen Berufsausübung nachgehen darf. Was ist aber, wenn der Kunde im Reiseland als Au Pair arbeiten, im Café jobben oder an einem Workcamp teilnehmen möchte. Sind diese Tätigkeiten bereits als „ständige Berufsausübung“ zu verstehen? Auch hier dürfte ein Zeitraum von unter 6 Monaten nicht als „ständig“ angesehen werden. Versteht man den Begriff „ständige Berufsausübung“ im Sinne von „auf Dauer angelegt“, so könnte man entsprechend der zur Berufsunfähigkeit ergangenen Rechtsprechung auf einen Zeitraum von mindestens drei Jahren abstellen. Eine Klarstellung durch den Versicherer wäre im Zweifel sinnvoll.

### ■ Ausländer im Land ihrer Herkunft

Vor einigen Jahren entschied der BGH (BGH VerBAV 2001,159; BGH vom 22.11.2000, Az 235/99, NJW 2000, 1132-1134), dass es eine unangemessene Benachteiligung darstelle, den Versicherungsschutz bei Urlaubsreisen von Ausländern in das Land ihrer Herkunft einzuschränken. Eine solche Klausel lautete im Wortlaut wie folgt:

*„Als Ausland im Sinne von Absatz (2) gilt nicht das Staatsgebiet, dessen Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt oder in dem sie einen ständigen Wohnsitz hat. Besitzt eine Person sowohl die deutsche Staatsangehörigkeit als auch die eines anderen Staates oder ist sie Staatsangehörige eines EG-Staates, besteht Versicherungsschutz auch in dem Staatsgebiet, dessen ausländische Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt.“*

Noch immer gibt es ähnliche Klauseln, wenngleich auch meist in Altverträgen. Hier ist es Aufgabe des Maklers, seine Kunden über mögliche Auswirkungen des zitierten Urteils zu informieren.

### ■ Gesundheitliche Einschränkungen vor Reisebeginn

Praktisch alle Anbieter schließen vor Reisebeginn bereits bekannte Grunderkrankungen vom Versicherungsschutz aus. Wer also einer ständigen Medikation bedarf, dem sollte klar sein, dass vor Reisebeginn absehbare Folgebehandlungen und -medikamente nicht unter den Versicherungsschutz fallen. Teilweise werden auch Krankheiten und Gebrechen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, die in den letzten 3 bis 6 Monaten vor Reisebeginn ärztlich behandelt oder untersucht wurden.

Problematisch ist es, wenn generell alle Krankheiten (z.B. Neurodermitis, Erkältung, Diabetes) und deren Folgen (z.B. eine Lungenentzündung, Schock wegen Unterzuckerung) ausgeschlossen werden, auch wenn letztere noch nicht einmal durch den behandelnden Arzt sicher vorausgesehen werden konnten.

Versicherungsschutz im Ausland setzt also voraus, dass der Leistungsfall unerwartet während der Reise eingetreten ist. Dazu gilt, dass Versicherte im Sinne der gesetzlichen Schadenminderungspflicht dazu verpflichtet sind, die Kosten des Versicherers möglichst gering zu halten. Daher sollten insbesondere teure und aufwendige Behandlungen oder gar Krankenhausaufenthalte im Vorfeld mit dem Versicherer abgestimmt werden.

Wichtig ist auch der Hinweis, dass die Behandlung von Krankheiten und Unfallfolgen vom Versicherungsnehmer zurückzustellen ist, wenn es zumutbar ist, die Behandlung erst nach der Reise im Heimatland durchführen zu lassen.<sup>1</sup> Bedingungsseitig erfolgt dieser Hinweis auf die gesetzliche Schadenminderungspflicht meist nicht. Damit sieht die Barmeria hier beispielweise keinen Ausschluss als gegeben an. Eine schriftliche Klarstellung wäre zumindest wünschenswert.

<sup>1</sup> Siehe hierzu Nies, Irmtraud, S. 115 Randziffer 18 in „Reiseversicherung. Rücktritt, Abbruch, Kranken, Gepäck“ von Hubert van Bühren und Irmtraud Nies (München (C.H. Beck), 2010.

### ■ Anspruchsvoraussetzungen für Krankenrücktransporte aus dem Ausland

Bei den meisten Anbietern sind nur „medizinisch notwendige“ Krankenrücktransporte aus dem Ausland mitversichert. Sind diese jedoch nur „medizinisch sinnvoll und ärztlich vertretbar“, so entfällt meist die Zusage für eine Kostenübernahme. Diese scheinbar nebensächliche Unterscheidung kann von großer Bedeutung sein.

Grundsätzlich einmal kommt ein Krankenrücktransport ins Heimatland nur in Betracht, wenn die Behandlung im Ausland nicht oder nur auf Grundlage unzureichender medizinischer Standards erfolgen kann oder eine Behandlung gar eine mögliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes zur Folge haben könnte. Weiter ist abzuwägen, in welcher Relation die Kosten für den Rücktransport zu einer medizinisch sachgemäßen Behandlung vor Ort stehen.

Zu bedenken sind auch die gesundheitlichen Risiken, die der Transport selbst für die zu behandelnde Person bedeuten kann. Die medizinische Notwendigkeit eines Krankenrücktransports kann nicht sachlich mit dem Wunsch nach Nähe zu den Angehörigen des Versicherten begründet werden. Vielmehr kommt es allein auf eine medizinische Unterversorgung vor Ort an. Innerhalb Europas, aber auch den USA, Japan und anderen medizinisch weitentwickelten Regionen dürfte eine Notwendigkeit nur sehr selten zu bejahen sein. Die Leistung läuft damit gegebenenfalls ins Leere.

Umfasst der Versicherungsschutz auch eine Kostenübernahme für medizinisch sinnvolle und ärztlich vertretbare Krankenrücktransporte (bei der HanseMerkur abweichend: medizinisch sinnvolle und ärztlich angeordnete Krankenrücktransporte), werden auch psychosoziale Aspekte berücksichtigt.

Ist also eine kürzere Heildauer als Folge des Rücktransports zu erwarten, kann dies ebenso den Ausschlag geben wie auch der Wunsch nach familiärer Nähe und Heilung im gewohnten soziokulturellen Umfeld. Vertretbar ist der Transport nur, wenn mögliche Schäden durch den Transport hinter den zu erwartenden Heilungschancen im Heimatland zurücktreten.

#### Beispielhafte Anbieter nur mit Kostenübernahme für medizinisch notwendige/medizinisch erforderliche Krankenrücktransporte aus dem Ausland

Allianz (R77), Axa (Care Concept), Barmenia (RS; RK), DKV (AS6), Gothaer (MediTravel), Nürnberger (AVB: Auslandsreise-Krankenversicherung), Signal Iduna (ARVB Signal Iduna)

#### Beispielhafte Anbieter mit Kostenübernahme auch für medizinisch sinnvolle und ärztlich vertretbare Krankenrücktransporte aus dem Ausland

ADAC (ADAC-Auslands-Krankenschutz Langzeit), Europäische Reiseversicherung (KS 707, KS757), HanseMerkur (RKJ), Würzburger (AVB-AR 03/2010: Auslandsreisekrankenversicherung)

Leistungsstarke Tarife beinhalten auch eine Nachleistung, bis die Rückreise ohne Gefährdung der Gesundheit möglich ist. Beispielsweise gilt bei der Allianz, dass die Kosten für einen Rücktransport in voller Höhe erstattet werden, sofern nach Abstimmung des Vertragsarztes in der Notrufzentrale des Versicherers die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage übersteigen würde. Ähnliche Regelung gibt es auch bei vielen Wettbewerbern.

#### ■ Tarifliche Selbstbehalte

Eine ganze Reihe von Auslandsreisekrankenversicherungen beinhalten Selbstbehalte. Teilweise betrifft dies alle Versicherten, zum Teil nur Personen ab einem bestimmten Eintrittsalter.

„Bei den meisten Anbietern sind nur „medizinisch notwendige“ Krankenrücktransporte aus dem Ausland mitversichert. Sind diese jedoch nur „medizinisch sinnvoll und ärztlich vertretbar“, so entfällt meist die Zusage für eine Kostenübernahme. Diese scheinbar nebensächliche Unterscheidung kann von großer Bedeutung sein.“

Nimmt man die am Ende des Artikels beispielhaft dargestellten Tarife für längere Auslandsaufenthalte, so gilt ein Selbstbehalt von 50 Euro beim ADAC (ADAC-Auslands-Krankenschutz Lang-

zeit), Allianz (R 77) und unter bestimmten Umständen bei der DKV (AS 6): „Der Versicherungsschutz gilt bei unvorhergesehenen im Ausland eintretenden Krankheiten oder Unfällen grundsätzlich ohne Selbstbeteiligung. Bei Vorerkrankungen haben Sie auch Versicherungsschutz, wenn mit einer akuten Verschlechterung des Gesundheitszustandes vor Reisebeginn nicht zu rechnen war, wenn medizinisch notwendige Heilbehandlung im Ausland erforderlich wurde und die Reise nicht gegen ärztlichen Rat erfolgte. Nur in diesem Fall gilt eine geringe Selbstbeteiligung in Höhe von 50 EUR pro Versicherungsfall.“ Einen Selbstbehalt von sogar 100 Euro erhebt die Europäische Reiseversicherung in ihrem Tarif KS 707.

Ohne Selbstbehalt kommen beispielsweise aus die Tarife Care Concept von Axa, RK der Barmenia, KS757 der Europäischen Reiseversicherung oder RK 365 der HanseMerkur.

#### ■ Musterfall

Eine Angebotsanfrage an einen Makler lautete im Sommer 2010, preisgünstigen Versicherungsschutz für eine 75jährige Vietnamesin zu beschaffen, die für einen Zeitraum von 3 Monaten in das Land ihrer Herkunft reisen wollte. Dort wollte sie Verwandtschaft besuchen. Wie zu erwarten, wollte sie dort keiner Erwerbstätigkeit nachgehen. Grundbesitz bestand auch nicht. Zu beachten war, dass die überwiegende Zahl aller gewöhnlichen Arztbesuche in Vietnam für einen Betrag bis etwa 1 Millionen Dong abgegolten werden können, was etwa 50 Euro entspricht. Tarife mit einem Selbstbehalt von 50 Euro oder mehr, sind demnach nur bedingt geeignet, wenn es nicht nur um Versicherungsschutz für den Worst Case gehen soll. Die Höhe der Selbstbehalte der hier beispielhaft aufgeführten Tarife ist oben beschrieben. Gleiches gilt für den Leistungsumfang für Krankenrücktransporte. Das Ergebnis der Anfrage ergab folgende Angebote\*: siehe Tabelle rechts.

Jedes Angebot hat, wie dargestellt, bestimmte Vor- und Nachteile. Den perfekten Schutz gibt es nicht. Dabei beinhaltet diese Darstellung weder Details zum Leistungsumfang, zu den erweiterten Leistungen (z.B. Bergungskosten, Überführungskosten bei Tod) noch eine Betrachtung der Ausschlussbestimmungen. Als erster Schritt bei der Ent-



Anbieter (Tarif)	Bruttoprämie	Einschränkungen für Ausländer im Land ihrer Herkunft	Vorerkrankungen
<b>ADAC (ADAC-Auslands-Krankenschutz Langzeit)</b>	293,00 € (ohne ADAC-Mitgliedschaft) / 260,00 € (mit ADAC-Mitgliedschaft)	nein	Kein Versicherungsschutz besteht, wenn Sie vor Reiseantritt wussten oder es für Sie absehbar war, dass Ihnen vor Reiseantritt bekannte Beschwerden, Erkrankungen oder Verletzungen während des Auslandsaufenthaltes behandlungsbedürftig werden; der Ausschluss gilt auch für die Folgen einer solchen Behandlung (einschließlich Tod)
<b>Allianz (R 77)</b>	363,40 €	Voraussetzung ist ein ständiger Wohnsitz in Deutschland	Kein Versicherungsschutz besteht für Krankheiten, die auf Grund ärztlicher Diagnose bereits vor Reiseantritt vorhersehbar waren. Abweichend wird geleistet, wenn der Ehegatte oder ein Verwandter ersten Grades der versicherten Person und die versicherte Person aus diesem Grund die Reise antreten
<b>Axa (Care Concept)</b>	78,20 €	Kein Versicherungsschutz im Staatsgebiet, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat oder ständiger Berufsausübung nachgeht.	Keine Leistungspflicht besteht für Krankheiten und Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise erfolgt ist, sowie für Behandlungen, bei denen bei Reiseantritt feststand, daß sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mußten, es sei denn, daß die Reise wegen Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde
<b>Barmenia (RK)</b>	185,20 €	Versicherungsfähig sind Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland, d. h. Personen, die sich überwiegend in Deutschland aufhalten.	§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht (1) Keine Leistungspflicht besteht für die in den letzten drei Monaten vor Beginn bzw. vor Verlängerung des Versicherungsschutzes behandelten Krankheiten einschließlich ihrer Folgen und für Unfallfolgen, soweit a) Behandlungen im Ausland der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise oder deren Verlängerung waren oder b) bei Reisebeginn bzw. zum Zeitpunkt der Verlängerung der Reise feststand, dass Behandlungen bei planmäßiger Durchführung der Reise bzw. nach deren Verlängerung stattfinden mussten (es sei denn, die Reise musste wegen des Todes des Ehegatten, des Lebenspartners gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz oder eines Verwandten ersten Grades unternommen werden).
<b>DKV (AS 6)</b>	211,60 €	es darf kein ständiger Wohnsitz im Reiseland bestehen.	Keine Leistungen erhalten Sie z. B. für der versicherten Person bei Antragstellung bekannte chronische Krankheiten bzw. Anomalien und jeweilige Folgen sowie für Folgen von Krankheiten und Unfällen, derentwegen die versicherte Person in den letzten sechs Monaten vor Antragstellung behandelt worden ist
<b>Europäische Reiseversicherung (KS 708)</b>	683,00 €	es darf kein ständiger Wohnsitz im Reiseland bestehen	Nicht versichert sind Heilbehandlungen und andere ärztlich angeordnete Maßnahmen, bei denen der versicherten Person bei Reiseantritt bekannt war, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise aus medizinischen Gründen stattfinden mussten (z. B. Dialysen)
<b>Europäische Reiseversicherung (KS 758)</b>	922,00 €		
<b>HanseMercur (RK 365)</b>	266,80 €	Versichert werden können nur Personen mit Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland. Als nichtversichertes Ausland gilt ein ausländisches Staatsgebiet, in dem die versicherte Person einen Wohnsitz hat	1. Keine Leistungspflicht besteht a) für die Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren; b) für die Behandlungen, von denen bei Reiseantritt 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

Stand: 19.08.2010

\* An den Ergebnissen der Anfrage hat sich bis Redaktionsschluss nichts Grundlegendes geändert

scheidungsfindung ist die Tabelle jedoch gut geeignet. Beachten Sie bitte, dass bei Aufenthalt in den USA oder Kanada teilweise abweichend höhere Prämien oder Selbstbehalte verlangt werden. Speziell Angebote für jüngere Eintrittsalter sind meist deutlich günstiger und werden von sehr viel mehr Gesellschaften angeboten.

Weitergehende Informationen zum Thema finden Sie unter anderem in dem sehr empfehlenswerten Buch „Reiseversicherung. Rücktritt, Abbruch, Kranken, Gepäck“ von Hubert van Bühren und Irmtraud Nies (München (C.H. Beck), 2010) sowie in „Risiko & Vorsorge“ Ausgabe 3/2009.

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

AachenMünchener – AAG Assekuranz Taschner GmbH – ADLER – Allianz – Alte Leipziger – Ammerländer – Asstel – Axa – Barmenia – Basler – BBV – ConceptIF – ConceptA – Cosmos Direkt – Debeka – degenia – Domcura – Generali – Gothaer – Grundeigentümer – Die Hanauer 24 – HDI-Gerling – Helvetia – Hiscox – HUK-Coburg – InterRisk – Itzehoer – Janitos – Konzept & Marketing – Medien-Versicherung – Nürnberger – NV-Versicherungen – Öffentliche Versicherung Braunschweig – Öffentliche Versicherung Bremen – PVAG – Rhion – R+V – Schleswiger – SIGNAL IDUNA – uniVersa – Versicherungskammer Bayern – VdVA – VGH – VHV – VÖDAG – Volkswohl Bund – Zurich – Nur am Rande erwähnt wurden die Unternehmen Alte Oldenburger, Hallesche, LV 1871, Mannheimer, Standard Life, Stuttgarter und Victoria.

Die Angaben zur Allianz, Axa, Hanauer 24, Öffentliche Versicherung Bremen und VGH wurden von den benannten Versicherern aus Kapazitätsgründen ausdrücklich nicht verifiziert. Bitte beachten Sie, dass grundsätzlich nur die konkreten Bedingungstexte der Gesellschaften maßgeblich sind und dieser Beitrag Ihnen keine eigene Prüfung abnehmen kann.

Bitte beachten Sie, dass einige Tarife, die in diesem Text dargestellt werden, zum Zeitpunkt der Drucklegung nicht mehr verkaufsoffen sind. Dies betrifft beispielsweise seit 05.2010 den Tarif „Home by Hiscox“.

# Feste Standards bei der Vermittlung von Wohngebäudeversicherungen, Teil 1

157 Wohngebäudetarife von  
48 Anbietern im Vergleich



## Inhalt, Teil 1

- GDV Standard
- Arbeitskreis-Standard
- Innovationsklausel
- Quotelungsverzicht
- Repräsentantenproblematik
- Allgefahrendeckungen
- Mitversicherung von Ab- und Zuleitungsrohren auf und außerhalb des Versicherungsgrundstücks
- Sonderfall: Schwimmbecken
- Rauch, Ruß und Verpuffung

Autor: Stephan Witte

Wenn Makler vom privaten Massengeschäft sprechen, werden meist Privathaftpflicht-, Hausrat-, Wohngebäude-, Glas- und Unfallversicherung darunter verstanden. Damit verbindet sich gerne die Annahme, dass in diesen Sparten eine mehr oder minder einheitliche Produktwelt bestehe. Dies führt noch immer zu einer oft preisorientierten Endkundenberatung. Daran hat leider auch die Vermittlerrichtlinie nur teilweise etwas ändern können. Gerade in der Wohngebäudeversicherung ist ein unmittelbarer Prämienvergleich noch dadurch erschwert, dass viele Variablen (z.B. Baujahr, Bauweise, Postleitzahl oder das Vorhandensein von Betrieben im Gebäude) starken Einfluss auf die Prämienhöhe haben.

Um die Maklerhaftung zu reduzieren, ist daher ein standardisierter Auswahlprozess bei der Wahl des richtigen Versicherungsproduktes unbedingt erforderlich. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass derzeit 84 Versicherer vom GDV gelistet werden, bei denen eine verbundene Wohngebäudeversicherung abgeschlossen werden könnte.

Leistungen, die eine moderne und leistungsstarke Wohngebäudeversicherung unbedingt beinhalten sollte, sind daher zunächst:

- Garantie, dass der Versicherer nicht zum Nachteil des Kunden von den aktuell gültigen VGB 2010 – Wert 1914, Version 01.01.2011 bzw. VGB 2010 – Wohnfläche, Version 01.01.2011 abweicht (GDV-Garantie)
- Garantie, dass der Versicherer prämieneutrale Bedingungsverbesserungen automatisch zum Vertragsbestandteil auch für laufende Verträge macht (Innovationsklausel)

Darüber hinaus empfiehlt es sich, wenn ein Versicherer über den GDV-Standard hinaus auch die Mindestanforderungen des Arbeitskreises Vermittlerrichtlinie Dokumentation schriftlich zusagt. Aktuell betrifft dies den Stand 17.02.2010.

### Ausgewählte Anbieter mit GDV-Garantie im Überblick

**Stand 2008: BBV** (VGB 2008 – Wert 1914 - Stand 01.01.2008, BBV-Wohngebäude-Police OPTIMAL mit Komfortschutz 2009 (K09) - Fassung: Dezember 2009), **Helvetia** (VGB 2008, Stand 01.10.2010: Basischutz, Kompakt-Paket, Komfort-Paket)

**Analog VGB-2008 Wohnflächenmodell: InterRisk** (VGB 2008-L-Wohnflächenmodell: L-Konzept, Stand 10.2008; VGB 2008-XL-Wohnflächenmodell: XL-Konzept, Stand 07.2010; VGB 2008-XXL-Wohnflächenmodell: XXL-Konzept, Stand 07.2010)

**Jeweils aktueller Stand: Konzept & Marketing** (GB 2010: allsafe Tarif select Z1, Stand 11.2010: derzeit mindestens Stand Februar 2010; EV 2010, Stand 11.2010: allsafe casa - die Eigenheimversicherung), **VHV** (VGB 2008 – Wert 1914, Fassung September 2008: BBW BASISGARANT – Wert 1914, Fassung September 2008; VGB 2008 – Wert 1914, Fassung September 2008: BBW KLASSIKGARANT – Wert 1914, Fassung September 2008; VGB 2008 – Wert 1914, Fassung September 2008: BBW EXKLUSIVGARANT – Wert 1914, Fassung September 2008)

Unter all diesen GDV-Garantien ist jene von Konzept & Marketing (Tarif Z1) die für den Verbraucher vorteilhafteste. Hier heißt es wie folgt:

*„Es wird garantiert, dass die vorliegenden Versicherungsbedingungen hinsichtlich des Umfanges des Versicherungsschutzes ausschließlich zum Vorteil der Versicherungsnehmer von den durch den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Bedingungen und Klauseln sowie den Mindeststandards des Arbeitskreises EU-Vermittlerrichtlinie – Stand Februar 2010 – abweichen. Künftige Verbesserungen des Umfanges des Versicherungsschutzes und der Mindeststandards, die über den Umfang der vorliegenden Bedingungen hinausgehen, gelten automatisch für diesen Vertrag.“*

Es wird also nicht der Leistungsumfang bei Vertragsabschluss garantiert, sondern darüber hinaus auch zukünftige Verbesserungen des zugesagten

Standards. Dieter Fröhlich, Vorstandsvorsitzender der InterRisk, sieht dies kritisch:

*„Wie kann man die Einhaltung von Bedingungen garantieren, die man noch gar nicht kennt? Diese Frage stellt sich umso dringender, wenn es sich um „Mindestanforderungen“ eines lose zusammengesetzten Arbeitskreises handelt, über dessen künftige Zusammensetzung und Arbeitsweise nichts gesagt werden kann. Wie kann man aus allen künftigen Änderungen nur die Anwendung der Verbesserungen garantieren? Was gilt, wenn die geänderten Musterbedingungen an anderer Stelle neue Ausschlüsse vorsehen, welche die Bedingungsweiterungen erst versicherbar machen?“*

Bei der VHV gilt zwar jeweils der aktuellste GDV-Standard als versichert, dies jedoch implizit auch dann, wenn damit Verschlechterungen einhergehen sollten. Dies wird auch durch den Wortlaut der Innovationsklausel nicht außer Kraft gesetzt.

Die InterRisk geht über die Zusage des üblichen GDV-Standards hinaus, da hier auch die Einhaltung der Muster-BWE zur Elementarschadendeckung zugesagt werden:

*„Die InterRisk garantiert, dass die vorliegenden Bedingungen für die Versicherung weiterer Elementarschäden (B51) ausschließlich zum Vorteil der Versicherungsnehmer von den durch den Gesamtverband der Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen BWE 2008 sowie den Mindeststandards des Arbeitskreises Vermittlerrichtlinie – Stand März 2008 – abweichen.“*

Eine entsprechende Garantie gibt es bei der VHV nur implizit, da hier die vom GDV empfohlenen Musterbedingungen garantiert werden.

Bei der Helvetia bezieht sich die Garantie auf die „Allgemeinen Wohngebäude-Versicherungsbedingungen“.

Effektiv lässt sich also eine BWE-Garantie höchstens bei InterRisk, Konzept und Marketing sowie VHV herleiten.

### Ausgewählte Anbieter mit Arbeitskreis-Standard im Überblick

Stand 11.03.2008 bzw. März 2008: **InterRisk** (VGB 2008-XL-Wohnflächenmodell: XL-Konzept, Stand 07.2010; VGB 2008-XXL-Wohnflächenmodell: XXL-Konzept, Stand 07.2010),

Jeweils aktueller Stand: **Konzept & Marketing** (GB 2010: allsafe Tarif select Z1, Stand 11.2010; derzeit mindestens Stand Februar 2010; EV 2010, Stand 11.2010: allsafe casa - die Eigenheimversicherung; derzeit mindestens Stand Februar 2010); **VHV** (VGB 2008 – Wert 1914, Fassung September 2008: BBW BASIS-GARANT – Wert 1914, Fassung September 2008; VGB 2008 – Wert 1914, Fassung September 2008: BBW KLASIK-GARANT – Wert 1914, Fassung September 2008; VGB 2008 – Wert 1914, Fassung September 2008: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wert 1914, Fassung September 2008)

Unter allen diesen Anbietern gewähren alleine InterRisk, Konzept & Marketing (siehe Bedingungsauszug oben) und VHV bedingungsseitig den aktuellen GDV-Standard. Bei der InterRisk erfolgte die letzte Aktualisierung zum 01.07.2010, so dass immerhin annähernd der aktuelle GDV-Standard zugesagt wird. Zusätzlich wurde zugesagt, dass spätestens bis Ende März 2011 neue Bedingungen herausgebracht werden, die dann für alle Privatsparten den neuen GDV-Standard garantieren werden.

Es ist insofern verständlich, dass nicht alle Versicherer den Arbeitskreis-Standard einhalten, als dass dieser „nur“ von von den Berufsverbänden/Servicegesellschaften BMVF (ehemals ivm und VVV), BVK, CHARTA Börse für Versicherungen AG, germanBroker.net AG, und dem, Verband der Fairsicherungsmakler gegründet wurde und nicht von allen Versicherern aktiv unterstützt wird. Laut Homepage [www.vermittlerprotokoll.de](http://www.vermittlerprotokoll.de) gehören zu den Unterstützern die Gesellschaften Allianz, Alte Leipziger / Hallesche, Alte Oldenburger, Barmenia, Generali, LV 1871, Nürnberger, R+V, Standard Life, Stuttgarter, VHV und Volkswohl Bund.

Zumindest von den Sachversicherern unter diesen, die auch eine Wohngebäudeversicherung anbieten (Allianz, Alte Leipziger, Barmenia, Generali, Nürnberger, R+V, VHV und Volkswohl Bund),

dürften man eine bedingungsseitige Einhaltung der von ihnen selbst unterstützen Standards erwarten dürfen.

### Ausgewählte Anbieter mit Innovationsklausel im Überblick

**BBV** (VGB 2008 – Wert 1914 - Stand 01.01.2008, BBV-Wohngebäude-Police OPTIMAL mit Komfortschutz 2009 (K09) - Fassung: Dezember 2009), **degenia** (DEG-VWG-CASA-001, Fassung Januar 2009, Teil A und B; Besondere Klauseln und Vereinbarungen „degenia“. DEG-BEW 2009, Stand 01.2009: degenia casa basic; DEG-VWG-CASA-001, Fassung Januar 2009, Teil A und B; Besondere Klauseln und Vereinbarungen „degenia“. DEG-BEW 2009, Stand 01.2009: degenia casa classic; DEG-VWG-CASA-001, Fassung Januar 2009, Teil A und B; Besondere Klauseln und Vereinbarungen „degenia“. DEG-BEW 2009, Stand 01.2009: degenia casa premium; DEG-VWG-CASA-002, Fassung Januar 2009, Teil A und B; Besondere Klauseln und Vereinbarungen „degenia“. DEG-BEW 2009, Stand 01.2009: degenia casa basic; DEG-VWG-CASA-002, Fassung Januar 2009, Teil A und B; Besondere Klauseln und Vereinbarungen „degenia“. DEG-BEW 2009, Stand 01.2009: degenia casa classic; DEG-VWG-CASA-002, Fassung Januar 2009, Teil A und B; Besondere Klauseln und Vereinbarungen „degenia“. DEG-BEW 2009, Stand 01.2009: degenia casa premium; DEG-VWG-CASA-003, Fassung Januar 2009, Teil A und B; Besondere Klauseln und Vereinbarungen „degenia“. DEG-BEW 2009, Stand 01.2009: degenia casa basic, Stand 06.2010; DEG-VWG-CASA-003, Fassung Januar 2009, Teil A und B; Besondere Klauseln und Vereinbarungen „degenia“. DEG-BEW 2009, Stand 01.2009: degenia casa premium), **InterRisk** (VGB 2008-L-Wohnflächenmodell: L-Konzept, Stand 10.2008; VGB 2008-XL-Wohnflächenmodell: XL-Konzept, Stand 07.2010; VGB 2008-XXL-Wohnflächenmodell: XXL-Konzept, Stand 07.2010), **Janitos** (VGB 2008, Stand 01.07.2008, Zusatzbedingungen für die Janitos Wohngebäudeversicherung Basic, Stand

01.07.2008; VGB 2008, Stand 01.07.2008, Zusatzbedingungen für die Janitos Wohngebäudeversicherung Balance, Stand 01.07.2008; VGB 2008, Stand 01.07.2008, Zusatzbedingungen für die Janitos Wohngebäudeversicherung Best Selection, Stand 01.07.2008), **Konzept & Marketing** (GB 2010: allsafe Tarif select Z1, Stand 11.2010; EV 2010, Stand 11.2010: allsafe casa - die Eigenheimversicherung; allsafe select Tarif A2, Stand 01.2008: Wohngebäudeversicherung); **Medien-Versicherung** (VGB 2008, Stand 02.2010, BWE 2008, Stand 01.2008, Medien-Standard, Stand 02.2010: Standard mit / ohne Zusatzbaustein Aktiv; VGB 2008, Stand 02.2010, BWE 2008, Stand 01.2008, Medien-Komfort, Stand 02.2010: Komfort mit / ohne Zusatzbaustein Aktiv); **VdVA** (VdVA - Privatkundenkonzept, Stand 01.2010); **VHV** (VGB 2008 – Wert 1914, Fassung September 2008: BBW BASIS-GARANT – Wert 1914, Fassung September 2008; VGB 2008 – Wert 1914, Fassung September 2008: BBW KLASIK-GARANT – Wert 1914, Fassung September 2008; VGB 2008 – Wert 1914, Fassung September 2008: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wert 1914, Fassung September 2008)

Mit der Innovationsklausel könne Makler sicher stellen, dass Kunden von prämieneutralen Bedingungsverbesserungen automatisch profitieren, auch wenn einmal vergessen wurde, den Kunden auf eine mögliche Umstellung hinzuweisen.

Beim Vergleich der eigentlichen Leistungsmerkmale steht sicher ein möglicher **Quotelungsverzicht** an erster Stelle. Seit Einführung des neuen VVG zum 01.01.2008 gilt bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles das Recht des Versicherers auf Quotelung in Abhängigkeit von der Schwere der Verfehlung. Einige Versicherer verzichten ganz oder teilweise auf eine entsprechende Quotelung der Leistungen. Nur sehr wenige verzichten bis zur vollen Versicherungssumme auf eine Kürzung der Leistung, wenn ein Versicherungsfall grob fahrlässig herbeigeführt wurde. Noch weniger sind dazu bereit, zumindest teilweise auf eine Kürzung auch dann zu verzichten, wenn es um die Verletzung von Obliegenheiten oder Sicherheitsvorschriften geht.

### Beispielhafte Anbieter mit vollständigem Verzicht auf Kürzung der Leistung bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles im Überblick

**AachenMünchener** (VGB 2008 - Wohnfläche, Klauseln zur Wohngebäudeversicherung, Optimal für Ein- und Zweifamilienhäuser, BEW 2008: Optimal; VGB 2008 - Wert 1914, Klauseln zur Wohngebäudeversicherung, Optimal für Ein- und Zweifamilienhäuser, BEW 2008: Optimal), **AAG Assekuranz Taschner GmbH** (AVBWG99, Form 1/2008: „AAG Gebäude-Vollkasko“: *siehe Hinweise nach dieser Übersicht*), **Allianz** (VGB, Stand 03.2010; Fassung 2010 Allianz Optimal: *dies gilt nicht bei Rauchen im Bett oder unzureichender Beaufsichtigung eines offenen Feuers*), **Asstel**<sup>1</sup> (AVB-SU, Stand 01.01.2008; VGV, Stand 01.2008; BWE 2007, Stand 01.2008: Plusdeckung), **ConceptIF** (Konzept II: Ein-/Zweifamilienhäuser Wohnflächenmodell - VGB 2002, Stand 01.2008 - Besondere Bedingungen für die Wohngebäudeversicherung - Ein-/Zweifamilienhäuser Wohnflächenmodell, Stand 01.2008, Besondere Bedingungen für den Wohngebäude-Baustein „Sorglos“ - Ein-/Zweifamilienhäuser Wohnflächenmodell (05/09), BEW, Stand 01.2008; Konzept II: Ein-/Zweifamilienhäuser Wohnflächenmodell - VGB 2002, Stand 01.2008 - Besondere Bedingungen für die Wohngebäudeversicherung - Ein-/Zweifamilienhäuser Wohnflächenmodell, Stand 01.2008, Besondere Bedingungen für den Wohngebäude-Baustein „Sorglos“ - Ein-/Zweifamilienhäuser Wohnflächenmodell (05/09), Besondere Bedingungen für den Wohngebäude-Baustein „Optimum“ - Ein-/Zweifamilienhäuser Wohnflächenmodell (05/09), BEW, Stand 01.2008; Konzept III:<sup>2</sup> VGB 2008, Stand 04.2008, Besondere Bedingungen für die Wohngebäudeversicherung - Schutz 60 plus Sicherheitspaket (BB 2008 Schutz 60 PLUS), Stand 08.2009); **Domcura**<sup>3</sup> (VGB 2008, Stand 07.2008 - Komfortschutz, Top-Schutz: Einfamilienhaus - Wohnflächenmodell, Stand 01.10.2009), **Generali** (VGB 2008 - Wert 1914, Stand 01.2010: KomfortPlus-Schutz; VGB 2008 - Wohnfläche, Fassung 01.2010: KomfortPlus-Schutz, Stand 01.2011; VGB 2008 - Wert 1914, Fassung 01.2010: KomfortPlus-Schutz, Stand 01.2011 VGB 2008 - Wohnfläche, Fassung 01.2010:

KomfortPlus-Schutz, Stand 01.2011), **Gothaer** (VGB 2008, Stand 01.2009, Besondere Bedingungen für die Gothaer WohngebäudeTop, PlusDeckung: Gothaer Wohngebäude Top mit PlusDeckung; bis maximal 500.000 Euro: WEZ 2008, Stand 01.2009, Besondere Bedingungen für die Gothaer WohngebäudeTop, PlusDeckung: Gothaer Wohngebäude Top mit PlusDeckung), **Grundeigentümer** (VGB 2008, Stand 04.2008, BB 2008 Schutz 60 PLUS: „Gebäude-Schutz 60“ mit Sicherheitspaket, Stand 06.2009), **Die Hanauer 24** (VGB 2009, DWG09.1), **Helvetia** (VGB 2008, Stand 01.10.2010: Komfort-Paket: gilt ausdrücklich nicht im Rahmen der erweiterten Elementarschadendeckung; ARW-0904, Stand 01.04.2009: AllRisk-Versicherung für Wohngebäude), **Hiscox** (Home by Hiscox, Bedingungen 01/2008: *gilt nur für Brand, Blitzschlag oder Explosion, bei anderen Schäden entfällt der Quotelungsverzicht ab einer Schadenhöhe von mehr als 7.500 Euro; Haus & Kunst, Bedingungen 01/2008: gilt nur für Brand, Blitzschlag oder Explosion, bei anderen Schäden entfällt der Quotelungsverzicht ab einer Schadenhöhe von mehr als 15.000 Euro*), **HUK-Coburg**<sup>4</sup> (VGB 2009, Stand 01.10.2009, Klauseln für die Wohngebäudeversicherung, BBWE-W 2009, BBE-W 2009: Classic; VGB 2009, Stand 01.10.2009, Klauseln für die Wohngebäudeversicherung, BBWE-W 2009, BBE-W 2009: Classic mit Baustein WG Plus), **InterRisk** (VGB 2008-XXL-Wohnflächenmodell: XXL-Konzept, Stand 07.2010), **Janitos** (VGB 2008, Stand 01.07.2008, Zusatzbedingungen für die Janitos Wohngebäudeversicherung Best Selection, Stand 01.07.2008), **Konzept & Marketing** (GB 2010: allsafe Tarif select Z1, Stand 11.2010; EV 2010, Stand 11.2010: allsafe casa - die Eigenheimversicherung), **Medien-Versicherung** (gegen Zuschlag mit 250 Euro Selbstbehalt: VGB 2008, Stand BWE 2008, Stand 01.2008, Stand 02.2010; Medien-Standard, Stand 02.2010: Standard mit / ohne Zusatzbaustein Aktiv; gegen Zuschlag *mit 250 Euro Selbstbehalt*: VGB 2008, Stand BWE 2008, Stand 01.2008, Stand 02.2010; Medien-Komfort, Stand 02.2010: Komfort mit / ohne Zusatzbaustein Aktiv), **Öffentliche Versicherung Bremen** (Verbraucherinformation und Bedingungen und Erläuterungen für die Wohngebäudeversicherung der Öffentlichen Versicherung Bremen FS 63.85 (01.10) - Wohngebäude -

### GDV führt Paradigmenwechsel durch

Bisher galten in der Wohngebäudeversicherung die VGB 2008 in der Version 01.01.2008. Zum 01.01.2011 wurden die neuen VGB 2010 in der Version 01.01.2011 eingeführt. Anders als bisher ist eine erweiterte Elementarschadendeckung nunmehr automatischer Vertragsbestandteil, sofern diese nicht gegen Prämienabschlag ausdrücklich ausgeschlossen wird. Manch ein Kunde wird sich dies nun vielleicht doppelt überlegen, ob diese Ersparnis den fehlenden Versicherungsschutz wirklich kompensiert.

Neu ist auch die Mitversicherung von Überspannungsschäden durch Blitz nach § 2 Nr. 1 c) der VGB 2010 sowie die Anpassung der Sturmdefinition gemäß Empfehlungen der deutschen Wetterdienste. Bisher musste die Windstärke mindestens 63 km/h betragen, nun sind es 62 km/h.

Als Ergänzung zur Wohngebäudeversicherung wurden eigene Bedingungswerke für Photovoltaik- und Geothermieanlagen eingeführt.

Die deutsche Versicherungswirtschaft folgt damit der steigenden Nachfrage von Privatkunden, umfassenden Versicherungsschutz für alternative Energiequellen zu bekommen. Inhaltlich wurden u. a. Bedienungsfehler integriert.

Wie auch für andere Versicherungssparten wurde im Abschnitt B die Problematik unterjähriger Zahlweisen neu geregelt. Demnach kann der Versicherungskunde zwischen monatlichen, viertel-, halb- und ganzjährlichen Beitragszahlungen wählen, nach denen sich dann auch die Versicherungsperiode richtet. Damit verbunden ist ein Kündigungsrecht zu jeder der entsprechenden Fälligkeiten.

Die unverbindlichen Musterbedingungen finden Sie unter [http://www.gdv.de/Publikationen/versicherungsbedingungen/Schaden\\_\\_und\\_Unfallversicherung/Sachversicherung/Privatversicherung/Wohngebäudeversicherung/avb.html](http://www.gdv.de/Publikationen/versicherungsbedingungen/Schaden__und_Unfallversicherung/Sachversicherung/Privatversicherung/Wohngebäudeversicherung/avb.html)

20100 - Grunddeckung „Standard“ mit Sicherheitspaket und mit Spezialpaket), **VdVA** (gegen Zuschlag: VdVA - Privatkundenkonzept, Stand 01.2010), **Versicherungskammer Bayern** (VGB 2008 – BVV/BLBV, Stand 14.06.2010: Optimal), **VGH** (Verbraucherinformation und Bedingungen und Erläuterungen für die Wohngebäudeversicherung der Landschaftlichen Brandkasse Hannover, FS 3.85 (01.10) - Wohngebäude - 20100, VGB 2010 - Grunddeckung „Standard“ mit Sicherheitspaket und mit Spezialpaket), **VHV** (VGB 2008 – Wert 1914, Fassung September 2008: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wert 1914, Fassung September 2008), **Zurich** (Zurich Maklerkonzept Privatkunden 04.07: Allgemeine Wohngebäudeversicherungsbedingungen (AWG 2004), Klauselbogen für die Wohngebäudeversicherung (AWG 2004) in der Fassung 04/2010 mit Stand 10.04)

Die Basler und die BBV ersetzen bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles im Tarif Ambiente Top bzw. OPTIMAL mit Komfortschutz nur Schäden bis 100.000 Euro ohne Kürzung der Leistung. Dies wird für die meisten Häuser sicher nicht reichen, ist aber weit höher als der Marktdurchschnitt.

Bei der AAG Assekuranz Taschner GmbH gibt es den Tarif „AAG Gebäude-Vollkasko“ mit der Generali als Risikoträger. In den Werbeprospektstücken zum Tarif heißt es ausdrücklich: „Volle Leistung auch bei grober Fahrlässigkeit!“ In den Bedingungen wird einfach das Thema Quotelung ausgeblendet. Einen Hinweis, dass man jedoch abweichend vom VVG regulieren werde, sucht man jedoch vergebens. Allein auf Basis der AVG ist damit ist ein echter Verzicht auf Leistungskürzung weder bei der Herbeiführung des Versicherungsfalles noch im Zusammenhang mit Obliegenheiten oder Sicherheitsvorschriften als gegeben zu betrachten. Unternehmensseitig hält man eine entsprechende Klarstellung für unnötig, da man Wert auf ein möglichst kurzes und prägnantes Bedingungsnetz lege. Die benötigte Ergänzung zu den AVG lässt sich jedoch den auf der Homepage unter <http://www.assekuranzservice.de/INFO2008.pdf> hinterlegten ergänzenden Informations- und Antragsunterlagen mit Stand 01.2006 entnehmen, die jeder Kunde vor Antragsstellung

und zusätzlich zusammen mit der Police per Einschreibebrief erhalte. In diesen Unterlagen findet sich auf Seite 5 folgende Klarstellung:

*Der Ausschluss „vorsätzliche Handlung“ (§ 3 Absatz 3 a AVBWG99) bezieht sich auf § 81 Absatz 1 VVG (Versicherungsvertragsgesetz). Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass bei der AAG Gebäude-Vollkasko die weitere gesetzliche Regelung nach § 81 Absatz 2 VVG „grobe Fahrlässigkeit“ keine Anwendung findet. Deshalb wurde auch darauf verzichtet, den § 3 Absatz 3a AVBWG99 entsprechend zu erweitern. Die volle Leistungspflicht ist somit auch dann gegeben, wenn ein Schaden durch grobe Fahrlässigkeit verursacht wurde.“*

Laut Unternehmensauskunft gibt es die Informations- und Antragsunterlagen trotz Standangabe 01.2006 erst seit dem 01.01.2008 (VVG-Reform). Gleichzeitig wurden die AVBWG99 umgeschrieben (daher jetzt die Form 1/2008). Alle Bestandskunden der AAG erhielten am 15.10.2008 die vom Gesetzgeber verlangte Informationsschrift „VVG 2008“, die unter anderem folgende wichtige Erklärung enthielt:

*„Namens und im Auftrag der Generali Versicherung AG bestätigen wir rechtsverbindlich, dass zu Ihrer AAG Wohngebäudeversicherung Nr. 714-PK-11464806-.....auch in Zukunft grundsätzlich auf die Einrede „grobe Fahrlässigkeit“ verzichtet wird. Bitte nehmen Sie dieses Schreiben als wichtigen Vertragsbestandteil zum Versicherungsschein vom .....“*

Interessant für Makler und Kunden kann es sein, zu wissen, welche Versicherer nicht nur auf eine Kürzung bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles, sondern darüber hinaus auch auf eine Quotelung bei der Verletzung von Obliegenheiten und Sicherheitsvorschriften verzichten.

Aufgrund eines Hinweises von „Risiko & Vorsorge“ hat die AAG Assekuranz Taschner GmbH ihre vorvertraglichen Informations- und Antragsunterlagen mit Stand 01.2006 am 04.05.2010 erweitert. Nun heißt es hier für Neuverträge, aufgrund fehlender Innovationsklausel<sup>5</sup> jedoch nicht für den Bestand, wie folgt:

*Ebenso wird bei der AAG Gebäude-Vollkasko auf die Einrede „grobe Fahrlässigkeit“ bezüglich der Obliegenheiten im Versicherungsfall verzichtet. Abweichend von § 82 Absatz 3 VVG beschränkt sich die Regelung nach § 17 Absatz 5 der AAG-Versicherungsbedingungen zur Wohngebäudeversicherung (AVBWG99 – Form 01/2008) nur auf vorsätzliches Verschulden, sodass auch hier bei grober Fahrlässigkeit die volle Leistungspflicht erhalten bleibt.*

Eine entsprechende Klarstellung ist bei den diesbezüglich untersuchten Tarifen jedoch höchst selten:

### Beispielhafte Anbieter mit zumindest teilweise Verzicht auf Quotelung auch bei der Verletzung von Obliegenheiten und Sicherheitsvorschriften

**Bis 2.500 Euro: Basler** (VVG 2008 - Fassung 2008; Basis: VGB 2000, Stand 10.2008: Ambiente Top; VVG 2008 - Fassung 2008; Basis: VGB 2000, Stand 10.2008: Ambiente Top mit Erweiterungen)

**Bis 10.000 Euro: Domcura** (VGB 2008, Stand 07.2008 - Komfortschutz, Top-Schutz: Einfamilienhaus - Wohnflächenmodell, Stand 01.10.2009)

**Bis zur Versicherungssumme: AAG Assekuranz Taschner GmbH** (AVBWG99, Form 1/2008: „AAG Gebäude-Vollkasko“)

Wenn man sich mit dem Thema Quotelung beschäftigt, spielt auch die **Repräsentantenproblematik** eine besondere Rolle. Wenn etwa Ehemann oder -frau einen Schaden an dem versicherten Gebäude hervorrufen, so wird diese(r) in

<sup>1</sup> Bei Asstel wird der Quotelungsverzicht nicht in den Bedingungen ausgewiesen. Vielmehr wird hier auf den Versicherungsschein verwiesen. Wer also im Internet den Antrag stellen sollte, muss schon gezielt in der Leistungsübersicht nachschauen, um den Hinweis auf den vollständigen Quotelungsverzicht zu finden.

<sup>2,3</sup> Hier besteht der Quotelungsverzicht frühestens nach Ablauf der ersten drei Versicherungsjahre

<sup>4</sup> Der Quotelungsverzicht gilt hier nur, sofern dieser ausdrücklich vereinbart wurde. Laut Auskunft des Anbieters gelte er nicht für den Basis-Tarif, welcher jedoch nicht in den auf der Homepage verfügbaren Versicherungsbedingungen ausgewiesen ist.

<sup>5</sup> Geschäftsplanmäßig erklärt der Anbieter: „Sollte eine Verbesserung der AVBWG99 erfolgen, so gelten diese automatisch für alle Bestandskunden, die darüber informiert werden und einen Nachtrag zum Versicherungsschein erhalten müssen.“

den meisten Fällen die gleichen Befugnisse wie der Versicherungsnehmer besitzen und somit als dessen Repräsentant zählen. Eine Quotelung der Leistung wird aber wohl kaum zu begründen sein, wenn ein minderjähriges Kind schadenverantwortlich war, denn obwohl ihm mit Wissen und Billigung des Versicherungsnehmers vorübergehend der Besitz an Wohnung oder Haus eingeräumt wurde, dürfte es meist nicht in der Lage sein, rechtswirksam die Interessen des Versicherungsnehmers zu vertreten und (je nach Alter) wirklich zu verstehen, welche Obliegenheiten im Schadenfall die Eltern zu erfüllen haben. Dies dürfte in den meisten Fällen auch für Hausangestellte gelten, die im Zweifel gar nicht über das Vorhandensein oder zumindest den Umfang und die Obliegenheiten eines konkreten Versicherungsvertrages informiert sein werden. Entscheidend ist das Wissen und die Kenntnis des Versicherungsnehmers über das grob fahrlässige Verhalten im Schadenfall.

Vorteilhaft für den Versicherungsnehmer ist es, wenn ein Versicherer bedingungsseitig auf Regress gegen den Repräsentanten des Versicherungsnehmers verzichtet anstatt sich auf bedingungsseitige Regelungen oder den § 278 BGB berufen zu können. Dies kann sich sowohl auf Angehörige, Mitarbeiter, Mieter oder andere berechnete Nutzer und sich sowohl auf vorsätzlich wie auch grob fahrlässig herbeigeführte Schäden beziehen, wenngleich es wohl eher die Ausnahme sein wird, dass einem Mieter eine Vertretungsvollmacht des Vermieters gegenüber dem Versicherer zugerechnet werden darf.

**Beispielhafte Anbieter mit vollständigem oder teilweise Regressverzicht auch gegenüber den Repräsentanten des Versicherungsnehmers**

**AAG Assekuranz Taschner GmbH** (AVBWG99, Form 1/2008: „AAG Gebäude-Vollkasko“: *siehe Hinweise nach dieser Übersicht*), **ADLER** (VGB 2008, Stand 01.01.2008: *bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles Regressverzicht gegenüber dem Repräsentanten bis in Höhe von 10.000 Euro*), **Basler** (VVG 2008 - Fassung 2008; Basis: VGB 2000, Stand 10.2008: Ambiente Top; VVG 2008 - Fassung 2008; Basis:

VGB 2000, Stand 10.2008: Ambiente Top mit Erweiterungen), **ConceptIF** (VGB 2008, Stand 04.2008, Besondere Bedingungen für die Wohngebäudeversicherung – Schutz 60 plus Sicherheitspaket (BB 2008 Schutz 60 PLUS), Stand 08.2009: Konzept III: *der Regressverzicht gegenüber den nicht näher präzisierten Repräsentanten des VN gilt frühestens ab dem 4. Versicherungsjahr. Der Verzicht entfällt bei vorsätzlicher Herbeiführung des Versicherungsfalles*), **ConceptA** (VGB 2008 - Wohnfläche, Stand 01.2010, AVB Exclusive Plus 2008 - Wohnfläche: Allgefahrenversicherung von Wohngebäuden: *der Verzicht auf Quotelung bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles gilt nur bis zu 300 Euro je Quadratmeter Wohnfläche multipliziert mit dem zum Zeitpunkt des Schadens geltenden Anpassungsfaktor, höchstens jedoch bis 50.000 Euro. Der Verzicht entfällt bei vorsätzlicher Herbeiführung des Versicherungsfalles*; VGB 2008 - Wert 1914, Stand 01.2010, AVB Exclusive Plus Wert 1914: Allgefahrenversicherung von Wohngebäuden: *der Verzicht auf Quotelung bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles durch den Repräsentanten gilt nur bis zu einer Schadenssumme von 50.000 Euro. Der Verzicht entfällt bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles*), **Die Hanauer 24** (VGB 2009, DWG09.1), **Helvetia** (ARW-0904, Stand 01.04.2009: AllRisk-Versicherung für Wohngebäude: *Regressverzicht gegenüber dem Repräsentanten bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles. Der Regressverzicht entfällt bei vorsätzlicher Herbeiführung des Versicherungsfalles*), **HDI-Gerling** (VGB 2008 - Wohnfläche, Stand 01.2010, AVB Exclusive Plus 2008 - Wohnfläche: Allgefahrenversicherung von Wohngebäuden: *der Verzicht auf Quotelung bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles gilt nur bis zu 300 Euro je Quadratmeter Wohnfläche multipliziert mit dem zum Zeitpunkt des Schadens geltenden Anpassungsfaktor, höchstens jedoch bis 50.000 Euro. Der Verzicht entfällt bei vorsätzlicher Herbeiführung des Versicherungsfalles*; VGB 2008 - Wert 1914, Stand 01.2010, AVB Exclusive Plus Wert 1914: Allgefahrenversicherung von Wohngebäuden: *der Verzicht auf Quotelung bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles durch den Re-*

*präsentanten gilt nur bis zu einer Schadenssumme von 50.000 Euro. Der Verzicht entfällt bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles*), **HUK-Coburg** (VGB 2009, Stand 01.10.2009, Klauseln für die Wohngebäudeversicherung, BBWE-W 2009, BBE-W 2009: *Classic: sofern vereinbart, vollständiger Quotelungsverzicht auch gegenüber Repräsentanten*; VGB 2009, Stand 01.10.2009, Klauseln für die Wohngebäudeversicherung, BBWE-W 2009, BBE-W 2009: *Classic mit Baustein WG Plus: sofern vereinbart, vollständiger Quotelungsverzicht auch gegenüber Repräsentanten*), **InterRisk** (VGB 2008-XXL-Wohnflächenmodell: XXL-Konzept, Stand 07.2010: *Steht dem Versicherungsnehmer als Gebäudeeigentümer bzw. Vermieter (auch bei Teileigentum) ein Anspruch auf Ersatz des Schadens gegen einen Angehörigen, Mitarbeiter, Mieter oder anderen berechtigten Nutzer zu und geht der Anspruch auf den Versicherer über, so kann der Versicherungsnehmer gegen die Geltendmachung dieses Anspruches Einspruch erheben. Ein Einspruch ist jedoch nicht möglich, wenn der Angehörige, Mitarbeiter, Mieter oder andere berechnete Nutzer den Anspruch über seine Haftpflichtversicherung geltend machen kann oder wenn er den Schaden vorsätzlich verursacht hat*), **Janitos** (VGB 2008, Stand 01.07.2008, Zusatzbedingungen für die Janitos Wohngebäudeversicherung Balance, Stand 01.07.2008: *gegenüber dem Repräsentanten wird bis 10% der Versicherungssumme Wert 1914 multipliziert mit dem geltenden Anpassungsfaktor auf eine Kürzung der Leistung wegen grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles verzichtet. Der Verzicht entfällt bei vorsätzlicher Herbeiführung des Versicherungsfalles*; VGB 2008, Stand 01.07.2008, Zusatzbedingungen für die Janitos Wohngebäudeversicherung Best Selection, Stand 01.07.2008: *gegenüber dem Repräsentanten wird bis zur Versicherungssumme auf eine Kürzung der Leistung wegen grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles verzichtet. Der Verzicht entfällt bei vorsätzlicher Herbeiführung des Versicherungsfalles*), **Konzept & Marketing** (allsafe select Tarif A2, Stand 01.2008: Wohngebäudeversicherung: *der Quotelungsverzicht gegenüber dem Repräsentanten entfällt bei einer Schadenssumme bis 10.000 Euro. Der Verzicht entfällt bei*

*vorsätzlicher Herbeiführung des Versicherungsfalles; GB 2010: allsafe select Tarif Z1, Stand 11.2010: Wohngebäudeversicherung: gegenüber dem Repräsentanten wird bis zur Versicherungssumme auf eine Kürzung der Leistung wegen grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles verzichtet. Der Verzicht entfällt bei vorsätzlicher Herbeiführung des Versicherungsfalles; EV 2010, Stand 11.2010: allsafe casa - die Eigenheimversicherung: gegenüber dem Repräsentanten wird bis zur Versicherungssumme auf eine Kürzung der Leistung wegen grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles verzichtet. Der Verzicht entfällt bei vorsätzlicher Herbeiführung des Versicherungsfalles), Medien-Versicherung (VGB 2008, Stand 02.2010, Stand BWE 2008, Stand 01.2008; Medien-Standard, Stand 02.2010: Standard mit Zusatzbaustein Aktiv: gegen Zuschlag wird auch gegenüber dem Repräsentanten bis zur Versicherungssumme auf eine Quotelung bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles verzichtet. Es gilt ein Selbstbehalt von 250 Euro. Der Verzicht entfällt bei vorsätzlicher Herbeiführung des Versicherungsfalles; VGB 2008, Stand 02.2010, BWE 2008, Stand 01.2008; Medien-Komfort, Stand 02.2010: Komfort mit Zusatzbaustein Aktiv: gegen Zuschlag wird auch gegenüber dem Repräsentanten bis zur Versicherungssumme auf eine Quotelung bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles verzichtet. Es gilt ein Selbstbehalt von 250 Euro. Der Verzicht entfällt bei vorsätzlicher Herbeiführung des Versicherungsfalles), PVAG (VGB 2008, Stand 01.01.2008: bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles Regressverzicht gegenüber dem Repräsentanten bis in Höhe von 10.00 Euro), R+V (WGB F 01/10: R+V-PrivatPolice, Ausgabe Januar 2010: bis zu einer Schadenhöhe von 10.000 Euro wird auch gegenüber dem Repräsentanten auf Kürzung der Leistung wegen grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles verzichtet. Der Verzicht entfällt bei vorsätzlicher Herbeiführung des Versicherungsfalles; WGB S 01/10: R+V-PrivatPolice, Ausgabe Januar 2010: bis zu einer Schadenhöhe von 10.000 Euro wird auch gegenüber dem Repräsentanten auf Kürzung der Leistung wegen grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles verzichtet. Der Verzicht entfällt bei vorsätzlicher Herbeiführung des Versi-*

*cherungsfalles), SIGNAL IDUNA (VGB 2008, Stand 01.01.2008: bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles Regressverzicht gegenüber dem Repräsentanten bis in Höhe von 10.000 Euro), VÖDAG (VGB 2008, Stand 01.01.2008: bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles Regressverzicht gegenüber dem Repräsentanten bis in Höhe von 10.000 Euro)*

Bei der AAG Taschner GmbH gelten für den Regressverzicht die Hinweise im Zusammenhang mit dem Verzicht auf Kürzung der Leistung bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles.

Aus Gründen der Maklerhaftung empfiehlt es sich beim Kunden grundsätzlich auch so genannte **Allgefahrendeckungen** mit anzusprechen.

### Beispielhafte Anbieter mit Allgefahrendeckungen im Überblick

Ohne obligatorischen Selbstbehalt:  
**Basler** (VVG 2008 - Fassung 2008; Basis: VGB 2000, Stand 10.2008: Ambiente Top mit Erweiterung unbenannte Gefahren), **Konzept & Marketing** (allsafe select Tarif A2, Stand 01.2008: Wohngebäudeversicherung; GB 2010: allsafe Tarif select Z1, Stand 11.2010; EV 2010, Stand 11.2010: allsafe casa - die Eigenheimversicherung\*)

Mit einem Selbstbehalt ab 250 Euro:  
**AAG Assekuranz Taschner GmbH** (AVBWG99, Form 1/2008: „AAG Gebäude-Vollkasko“), **Allianz** (nur auf Anfrage: VGB All Risk Fassung 2009, Stand 01.2009 \*), **Helvetia** (ARW-0904, Stand 01.04.2009: AllRisk-Versicherung für Wohngebäude)

Mit einem Selbstbehalt ab 500 Euro:  
**ConceptIF** (Konzept II: Ein-/Zweifamilienhäuser Wohnflächenmodell - VGB 2002, Stand 01.2008 - Besondere Bedingungen für die Wohngebäudeversicherung - Ein-/Zweifamilienhäuser Wohnflächenmodell, Stand 01.2008, Besondere Bedingungen für den Wohngebäudebaustein „Optimum“ - Ein-/Zweifamilienhäuser Wohnflächenmodell (05/09), BEW, Stand 01.2008; Ein-/Zweifamilienhäuser Wohnflächenmodell - VGB 2002, Stand 01.2008 - Besondere Bedingungen für die Wohngebäudeversicherung - Ein-/Zweifamilienhäuser Wohnflächenmodell,

Stand 01.2008, Besondere Bedingungen für den Wohngebäude-Baustein „Sorglos“ - Ein-/Zweifamilienhäuser Wohnflächenmodell (05/09), Besondere Bedingungen für den Wohngebäude-Baustein „Optimum“ - Ein-/Zweifamilienhäuser Wohnflächenmodell (05/09), BEW, Stand 01.2008), **ConceptA** (VGB 2008 - Wohnfläche, Stand 01.2010, AVB Exclusive Plus 2008 - Wohnfläche: Allgefahrendeckung von Wohngebäuden; VGB 2008 - Wert 1914, Stand 01.2010, AVB Exclusive Plus Wert 1914: Allgefahrendeckung von Wohngebäuden), **HDI-Gerling** (VGB 2008 - Wohnfläche, Stand 01.2010, AVB Exclusive Plus 2008 - Wohnfläche: Allgefahrendeckung von Wohngebäuden; VGB 2008 - Wert 1914, Stand 01.2010, AVB Exclusive Plus Wert 1914: Allgefahrendeckung von Wohngebäuden), **Hiscox** (Home by Hiscox, Bedingungen 01/2008 \*; Haus & Kunst, Bedingungen 01/2008 \*; Mundial, Bedingungen 01/2008 \*), **VdVA** (gegen Zuschlag: VdVA - Privatkundenkonzept, Stand 01.2010 \*\*)

Mit 5.000 Euro Selbstbehalt: **BBV** (VGB 2008 - Wert 1914) - Stand 01.01.2008, BBV-Wohngebäude-Police OPTIMAL mit Komfortschutz 2009 (K09) - Fassung: Dezember 2009)

\* diese Tarife von Allianz, Helvetia, Hiscox sowie Konzept & Marketing sind nur bei gleichzeitigem Abschluss auch von Hausratversicherungsschutz verfügbar

\*\* der Selbstbehalt beträgt 10% der Versicherungssumme, mindestens 500 Euro

Wichtig ist, dass dem Versicherungsnehmer klar gemacht wird, dass All Risk nicht bedeutet, dass keine Sublimits für einzelne Leistungen bestehen und auch dass es keine Ausschlussbestimmungen mehr gibt. Während etwa Schäden durch Steinschlag oder Meteoriten durchaus zu den versicherten Gefahren gehören mögen, ist Versicherungsschutz bei Termiten- oder Schimmelpilzbefall eher nicht zu erwarten. Auch unterscheidet sich der Versicherungsschutz gegen unbenannte Gefahren durchaus erheblich voneinander.

Gerade bei älteren Wohngebäuden spielt die **Mitversicherung von Ab- und Zuleitungsrohren auf und außerhalb des Versicherungsgrundstücks** eine besondere Rolle. Die durchschnittliche Entschädigungshöhe wird bei Konzept & Marketing mit 1.800 Euro angegeben. Dabei sind natürlich auch die Auswirkungen von Selbsthalten und Höchster-



Beispielhafte Ausschlussbestimmungen in der Allgefahrendeckung

	AAG Assekuranz Taschner GmbH (AAG Gebäude-Vollkasko)	Helvetia (All-Risk-Versicherung für Wohngebäude)	Konzept & Marketing (allsafe casa)
<b>Schäden durch Abbruch, bauliche Änderungen, Planungsfehler oder Reparaturen an Wohngebäuden</b>	ausgeschlossen sind Schäden durch Reißen, Setzen, Schrumpfen oder Dehnen, Fabrikations-Planungs sowie Materialfehler. Die Folgeschäden davon sind jedoch mitversichert.	ausgeschlossen sind Schäden, die verursacht wurden durch Abbruch, bauliche Änderungen oder Reparaturen an versicherten Wohngebäuden sowie durch durch Setzung, Stauchung, Ausdehnung, Riß- oder Wellenbildung von Wegen, Innenhöfen, Swimmingpools, Fundamenten, Mauern, Fußböden, Dächern oder Decken in Zusammenhang mit Bauarbeiten (bauliche Bewegungen). Dies gilt nicht für Glasschäden am Wohngebäude.	Ausgeschlossen sind Schäden an versicherten Sachen durch Reinigung, Bearbeitung, Bedienung, Reparatur und Wartung sowie an versicherten Sachen durch Planung, Baumaßnahmen und Restauration. Abweichend mitversichert sind die Einschlüsse nach § 5 Ziffer 21, 22, 27 bis 29 (z.B. Schäden an Armaturen und sonstigen Sanitäreinrichtungen durch Bruch, durch Verschmorren, Rauch, Ruß und Nutzwärme)
<b>Schäden durch Erosion von Küstenstreifen und Uferböschungen</b>	kein Ausschluss vorhanden	ausgeschlossen sind Schäden durch Erosion von Küstenstreifen und Uferböschungen	kein Ausschluss vorhanden
<b>Schäden durch Grundwasser</b>	kein Ausschluss vorhanden	ausgeschlossen sind Schäden durch Grundwasser, dessen Druck, Auslaufen oder Durchsickern in Gebäude	ausgeschlossen sind Schäden durch Grundwasser
<b>Schäden durch Kriegereignisse, Bürgerkrieg, Rebellion, Revolution, Aufstände und innere Unruhen</b>	ausgeschlossen sind Schäden durch Kriegereignisse	ausgeschlossen sind Schäden durch Aufstand, Bürgerkrieg, innere Unruhen, Rebellion, Revolution und Kriegereignisse	ausgeschlossen sind Schäden durch Kriegereignisse nur, sofern damit die Androhung oder Anwendung von Gewalt verbunden ist
<b>Schäden durch Plansch- oder Reinigungswasser</b>	ausgeschlossen sind Schäden durch Feuchtigkeit, Plansch- und Reinigungswasser. Abweichend eingeschlossen sind die Folgeschäden.	kein Ausschluss vorhanden	ausgeschlossen sind Schäden an versicherten Sachen durch Reinigung, Plansch- und Reinigungswasser
<b>Schäden durch Schimmel</b>	kein Ausschluss vorhanden	Schäden durch Schimmel sind ausgeschlossen, sofern dieser allmählich auftritt. Bei Schäden durch Leitungswasser besteht abweichend auch dann Versicherungsschutz, wenn diese allmählich eingetreten sind	ausgeschlossen sind alle Allmählichkeitsschäden, so auch Schäden durch Schimmel. Abweichend Einschlüsse siehe § 5 Ziffern 15 bis 22 (z.B. Ab- und Zuleitungsrohre auf u. außerhalb des Grundstücks, an innenliegenden Regenwasserableitungsrohren oder an Armaturen)
<b>Schäden durch Schwamm</b>	ausgeschlossen sind Schäden durch Schwamm. Abweichend eingeschlossen sind die Folgeschäden.	Schäden durch Schwamm sind ausgeschlossen, sofern dieser allmählich auftritt. Bei Schäden durch Leitungswasser besteht abweichend auch dann Versicherungsschutz, wenn diese allmählich eingetreten sind	ausgeschlossen sind alle Allmählichkeitsschäden, so auch Schäden durch Schwamm. Abweichend Einschlüsse siehe § 5 Ziffern 15 bis 22 (z.B. Ab- und Zuleitungsrohre auf u. außerhalb des Grundstücks, an innenliegenden Regenwasserableitungsrohren oder an Armaturen)
<b>Schäden durch Tiere (z.B. Termitenbefall)</b>	ausgeschlossen sind Schäden durch Insekten und andere Schädlinge. Abweichend eingeschlossen sind die Folgeschäden durch diese.	ausgeschlossen sind Schäden durch Vögel, Haustiere, Nagetiere, Insekten, Schädlinge sowie Ungeziefer aller Art. Abweichend eingeschlossen sind durch diese verursachte Schäden an der Gebäudeverglasung	ausgeschlossen sind Schäden durch Vögel, Haustiere, Nagetiere, Schädlinge sowie Ungeziefer aller Art
<b>Schäden durch Vorsatz</b>	nein	nein	nein

stattungsgrenzen zu beachten, so dass die tatsächliche durchschnittliche Schadenhöhe darüber liegen dürfte. Die tatsächliche Schadenhöhe wurde leider

nicht erfasst. Hier eine vollständige Übersicht über den Leistungsumfang der einzelnen Anbieter zu geben, würde den Rahmen sprengen. Stattdessen sollen

nur die Musterbedingungen des GDV neben die oben benannten Versicherer gestellt werden, die besonders hohe Mindeststandards erfüllen:

Frostbedingte und sonstige Bruchschäden an Rohren außerhalb von Gebäuden								
a) Zuleitungsrohre der Wasserversorgung und Rohre von Warmwasser-/Dampfheizungs-, Klima-, Wärmepumpen- und Solarheizungsanlagen, die nicht ausschließlich gewerblichen Zwecken dienen					b) Ableitungsrohre der Wasserversorgung, die nicht ausschließlich gewerblichen Zwecken dienen			
zur Versorgung versicherter Gebäude/Anlagen?					zur Entsorgung versicherter Gebäude/Anlagen?			
ja		nein			ja		nein	
auf dem Grundstück	außerhalb Grundstück	auf dem Grundstück	außerhalb Grundstück	auf dem Grundstück	außerhalb Grundstück	auf dem Grundstück	außerhalb Grundstück	
GDV	ja (sofern der Versicherungsnehmer hierfür die Gefahr trägt)	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
InterRisk XXL	ja (zusätzlich auch der Gasversorgung und Regenwassernutzungsanlagen, sofern der Versicherungsnehmer hierfür die Gefahr trägt)	ja (zusätzlich auch der Gasversorgung, sofern der Versicherungsnehmer hierfür die Gefahr trägt. Regenwasserleitungsrohre** sind versichert, sofern sie der Versorgung versicherter Gebäude oder Anlagen dienen und der Versicherungsnehmer hierfür die Gefahr trägt)	ja (zusätzlich auch der Gasversorgung sowie Regenwassernutzungsanlagen, sofern der Versicherungsnehmer hierfür die Gefahr trägt)	nein	Ableitungsrohre der Wasserversorgung und Regenwasserableitungsrohre, die der Entsorgung versicherter Gebäude oder Anlagen dienen, sofern der Versicherungsnehmer die Gefahr trägt.	Ableitungsrohre der Wasserversorgung und Regenwasserableitungsrohre, die der Entsorgung versicherter Gebäude oder Anlagen dienen, sofern der Versicherungsnehmer die Gefahr trägt.	nein	nein
K&M allsafe casa *	ja (alle Rohre, d.h. zusätzlich auch der Gasversorgung)	ja (alle Rohre, d.h. zusätzlich auch der Gasversorgung, jeweils sofern der Versicherungsnehmer die Unterhaltspflicht trägt)	ja (alle Rohre, d.h. zusätzlich auch der Gasversorgung)	ja (alle Rohre, d.h. zusätzlich auch der Gasversorgung, jeweils sofern der Versicherungsnehmer die Unterhaltspflicht trägt)	bis 10.000 € mit einer Selbstbeteiligung von 10% der Schadensumme, mindestens jedoch 1.500 € je Schadenfall.	bis 5.000 € mit einer Selbstbeteiligung von 10% der Schadensumme, mindestens jedoch 750 € je Schadenfall. Versicherungsschutz besteht nur, sofern der Versicherungsnehmer die Unterhaltspflicht trägt.	bis 10.000 € mit einer Selbstbeteiligung von 10% der Schadensumme, mindestens jedoch 1.500 € je Schadenfall.	bis 5.000 € mit einer Selbstbeteiligung von 10% der Schadensumme, mindestens jedoch 750 € je Schadenfall. Versicherungsschutz besteht nur, sofern der Versicherungsnehmer die Unterhaltspflicht trägt.
VHV Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein	ja (zusätzlich auch der Gasversorgung sowie von Regenwasseraufbereitungsanlagen** bis zur Versicherungssumme, sofern der Versicherungsnehmer hierfür die Gefahr trägt sowie gegen Zuschlag an den Zuleitungsrohren, die der Versorgung eines Schwimmbeckens im Gebäude dienen)	ja (sofern der Versicherungsnehmer hierfür die Gefahr trägt) sowie gegen Zuschlag an den Zuleitungsrohren, die der Versorgung eines Schwimmbeckens im Gebäude dienen	ja (zusätzlich auch der Gasversorgung bis zur Versicherungssumme, sofern der Versicherungsnehmer hierfür die Gefahr trägt) sowie gegen Zuschlag an den Zuleitungsrohren, die der Versorgung eines Schwimmbeckens im Gebäude dienen	nein	nur der Wasserentsorgung (bis 10.000 Euro) sowie gegen Zuschlag an den Ableitungsrohren, die der Entsorgung eines Schwimmbeckens im Gebäude dienen	nur der Wasserentsorgung (bis 10.000 Euro) sowie gegen Zuschlag an den Ableitungsrohren, die der Entsorgung eines Schwimmbeckens im Gebäude dienen	nein	nein

\* Sofern der GDV-Standard hier keine Besserstellung bedeutet, sind ausgeschlossen Schäden gemäß § 6 Nr. 22 „durch Reinigung, Bearbeitung, Bedienung, Reparatur und Wartung „ sowie Nr. 23 „an versicherten Sachen durch Planung, Baumaßnahmen und Restauration“  
 \*\* Eine Regenwasseraufbereitungsanlage (VHV) bezeichnet die eigentliche Zisternenanlage, während eine Regenwassernutzungsanlage (InterRisk) das gesamte System bezeichnet, also einschließlich Außenfilter vor dem Speicher (z.B. Fallrohrgitter, Filtersammler), die Pumpe, um das Wasser über separate Rohrleitungen zu den jeweiligen Gebrauchsstellen zu befördern, eine Nachspeiseeinrichtung, um bei Bedarf an Trinkwasser nachzuspeisen sowie die Anlagensteuerung als Kontrollgerät zum reibungslosen Ablauf im Betriebssystem. Dieser Unterschied ist auch deshalb von Bedeutung, weil die InterRisk nicht nur Bruchschäden an den Rohren von Regenwassernutzungsanlagen versichert, sondern auch Bruchschäden an den Anlagen selbst. Die VHV deckt hingegen nur Bruchschäden an den Rohren von Regenwasseraufbereitungsanlagen, während an den Anlagen selbst nur frostbedingte Bruchschäden innerhalb des Gebäudes versichert sind.

Wie diese kurze Darstellung zeigt, bietet kein Anbieter uneingeschränkten Schutz, weshalb eine Klarstellung für den Kunden im Zweifelsfall sinnvoll sein kann. Unterschiede gibt es auch bei der Mitversicherung rein gewerblich genutzter Ab- und Zuleitungsrohre oder von innerhalb von Gebäuden verlaufenden Regenfallrohren. So sind etwa die rein gewerblich genutzten Zuleitungsrohre einer Gaststätte oder Apotheke bei Konzept und Marketing (allsafe casa) in den ersten 4 Spalten, bei der InterRisk (XXL) bei den Zuleitungsrohren in den ersten 3 Spalten mitversichert, gemäß GDV-Empfehlung und beispielhaft dem oben dargestellten Tarif der VHV nur in der ersten Spalte:

in der Gefahr Leitungswasser. Die Klausel diene in erster Linie zur Klarstellung für den Versicherungsnehmer, dass eine Mitversicherung besteht. Damit wäre das Schwimmbecken innerhalb des Gebäudes gegen die versicherten Gefahren eingeschlossen.

In der Klassik- als auch in der Exklusivdeckung können Schwimmbecken außerhalb des Gebäudes auf dem Versicherungsgrundstück gegen Zuschlag mitversichert werden. Dabei wird unterschieden zwischen Schwimmbecken mit und ohne Abdeckung.

Gemäß Nr. 1 der VHV-Klausel sind Nässeschäden durch Zu- und Ableitungsrohre der Ver- oder Entsorgung

mitversichert ist. Diese Erweiterung bietet allerdings auch die InterRisk gemäß § 3 Nr. 3e der XXL-Bedingungen, wobei dies, wie weiter unten erläutert, auch für Schwimmbecken außerhalb des Gebäudes gilt. Laut VHV sei es nicht nur zutreffend, dass Schwimmbecken innerhalb des Gebäudes über den Leitungswassereinschluss laut GDV-Musterbedingungen als mitversichert gelten: „Natürlich halten wir uns hier an die Vorgaben des GDV und entschädigen entsprechend.“

Gemäß dem Wortlaut von Nr. 2 der VHV-Klausel sind Bruchschäden ausschließlich an Rohren zur Ver- und Entsorgung von Schwimmbecken im Gebäude mitversichert. Auch hier gehen die Muster-VGB oder die Bedingungen der InterRisk im Wortlaut weiter: mitversichert sind z.B. Bruchschäden an Schläuchen (so auch § 3 Nr. 1.1a der XXL-Bedingungen) oder an Rohren von zur Schwimmbadbeheizung eingesetzten Wärmepumpenanlagen (§ 3 Nr. 1.1c) sowie frostbedingte Bruchschäden am Schwimmbecken selbst (§ 3 Nr. 1.3a).

Aufgrund § 5 Nr. 1.2 in Verbindung mit Nr. 2.3 der XXL-Bedingungen der InterRisk sind alle mit dem Grund und Boden des Versicherungsgrundstücks fest verbundenen Sachen mitversichert. Daher zählen auch Schwimmbecken zu den versicherten Anlagen, soweit diese nicht lose aufgestellt sind (z.B. aufblasbares Schwimmbecken). Somit sind z.B. Bruchschäden an Zu- und Ableitungsrohren auf und außerhalb des Grundstücks mitversichert, die der Ver- oder Entsorgung von Schwimmbecken auch außerhalb des Gebäudes dienen (§ 3 Nr. 2).

Eine mit der **InterRisk** gleichwertige Bedingungsregelung hinsichtlich Schwimmbecken außerhalb von Gebäuden auf dem Versicherungsgrundstück lässt sich bei der VHV aus den Bedingungen nicht herleiten, da außerhalb von Gebäuden Schwimmbecken nur auf Antrag mitversichert sein. Dies entspricht damit dem GDV-Standard, wonach Schwimmbecken nur dann zu den versicherten Anlagen gemäß § 5 Nr. 2d) gehören würden, wenn für sie gemäß § 5 Nr. 1 eine Mitversicherung ausdrücklich vereinbart wurde.

Im Tarif allsafe casa allsafe von **Konzept & Marketing** gelten Schwimmbäder entweder als Gebäudebestandteil oder als Grundstücksbestandteil - als Grundstücksbestandteile gelten die mit

	Mitversicherung ergänzend auch für die benannten ausschließlich gewerblich genutzter Rohre							
	zur Versorgung versicherter Gebäude/Anlagen?				zur Entsorgung versicherter Gebäude/Anlagen?			
	ja		nein		ja		nein	
	auf dem Grundstück	außerhalb Grundstück	auf dem Grundstück	außerhalb Grundstück	auf dem Grundstück	außerhalb Grundstück	auf dem Grundstück	außerhalb Grundstück
InterRisk XXL	ja	ja	ja	nein	nein	nein	nein	nein
K&M allsafe casa *	ja	ja	ja	Ja	ja	ja	ja	ja
VHV Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein	ja (wegen GDV-Garantie)	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein

Wer gemischt genutzte Gebäude versichert, sollte diesen Tatbestand im Hintergrund behalten. Für die Dokumentation ist es in jedem Fall hilfreich, wenn der Makler in Erfahrung bringt, ob es Rohre gibt, für die der Versicherungsnehmer die Gefahr trägt.

### Sonderfall: Schwimmbecken

Grundlegende Unterschiede kann es auch bei der Mitversicherung von Schwimmbecken geben wie ein Vergleich der drei oben genannten Tarife zeigt:

Wer ein Schwimmbecken innerhalb seines Gebäudes besitzt und sich bei der **VHV** versichern möchte, muss einen Zuschlag aufgrund dieser Gefahrerhöhung in Kauf nehmen.

Der Zuschlag erfolge laut Versicherer jedoch nicht für den Einschluss des Risikos, sondern wegen Gefahrerhöhung

eines Schwimmbeckens im Gebäude sowie der Wasseraustritt aus dem Schwimmbecken selbst mitversichert. Der Versicherungsschutz nach Muster-VGB geht hier weiter, weil nicht nur Nässeschäden durch Rohre der Wasserversorgung (Zu- und Ableitungen), sondern auch durch die damit verbundenen Schläuche sowie die mit dem Rohrsystem verbundenen sonstigen Einrichtungen oder deren Wasser führende Teile (so auch § 3 Nr. 3a und 3b der XXL-Bedingungen der InterRisk) versichert sind. Die Klausel der VHV stellt also nichts klar, sondern lässt eher die Frage aufkommen, ob z.B. Wasseraustritt aus zum Schwimmbecken gehörenden Schläuchen, Pumpen oder Filteranlagen ausgeschlossen sein sollen. Lediglich für den Fall, dass ein im Gebäude befindliches Schwimmbecken nicht mit dem Rohrsystem verbunden ist, bietet die VHV-Klausel die Erweiterung, dass Wasseraustritt aus einem Schwimmbecken auch dann

dem Grund und Boden des Versicherungsgrundstücks fest verbundenen Sachen – und sind damit grundsätzlich versichert. Folglich gilt dies auch dies auch für die Rohrverbindungen, sofern sie als Gesamteinheit angesehen werden können bzw. es mitversicherte Zu- oder Ableitungsrohre des Leitungswassersystems sind. Ausgeschlossen sind aber Frostschäden an Schwimmbädern im Freien. Solange es sich um nicht mitversicherte Zu- oder Ableitungsrohre handelt, gelten zudem die Ausschlüsse gemäß § 6 Nr. 11, 15, 20, 22 bis 25.

Sofern die bedingungsseitige GDV-Garantie hier keine Besserstellung vorsieht, gelten Ausschlüsse beispielsweise für Schäden an solchen Rohren durch Reinigung, Bearbeitung, Baumaßnahmen, Abnutzung, mangelhafte Beschaffenheit oder durch Menschen oder Tiere verursachtes Dehnen oder Verziehen.

### Rauch, Ruß und Verpuffung



Erhebliche Schäden können durch Rauch, Ruß oder Verpuffung verursacht werden, sind jedoch oft nur dann mitversichert, wenn es sich um Folgeschäden von Brand, Blitzschlag oder Explosion handelt. Im Detail sind jedoch auch im Fall einer Mitversicherung Details zu beachten.

So setzt etwa der Versicherungsschutz bei der Ammerländer voraus, dass Rauch/Ruß „plötzlich bestimmungswidrig aus den auf dem Versicherungs-

grundstück befindlichen Feuerungs-, Heizungs- oder Trockenanlagen austritt“. Gleiches gilt sinngemäß auch für Alte Leipziger, Basler, BBV, ConceptA, degenia, Gothaer, HDI-Gerling, Helvetia (hier mit Ausnahme der Allgefahrendeckung), Janitos, Medien-Versicherung, Öffentliche Versicherung Braunschweig, Öffentliche Versicherung Bremen, Rhion, VdVA, VGH oder Volkswahl Bund. Auch hier müssen Rauch oder Ruß jeweils auf dem Versicherungsgrundstück ausgetreten sein. Ist die Schadenquelle jedoch beispielsweise das Dach eines mit dem Versicherungsgrundstück verbundenen Gebäudes, so sind die Voraussetzungen für den Versicherungsschutz nicht erfüllt. Fehlt es nun an einem Fremdverschulden bezüglich der Schadenursache, so lassen sich noch nicht einmal Schadenersatzansprüche an Dritte stellen.

Oft verursacht nicht der eigentliche Brand die schwerwiegendsten Kosten, sondern die durch diesen resultierenden Rauch- und Rußschäden. Nicht selten übersteigen letztere den ursächlichen Schaden um einen Faktor von zehn, hundert oder mehr. Wenn ein geschlossenes Zimmer oder gar eine ganze Wohnung als Folge eines Schmelbrandes mit einer feinen Rußschicht überzogen wird, ohne dass es zu einem offenen Feuer gekommen ist, so versagt vielfach der Versicherungsschutz. Klassisch ist auch der Fall, wo ein Versicherungsnehmer seinen Sonntagsbraten im Backofen vergisst. Dieser verkohlt und beschädigt in der Folge durch austretenden Rauch und Ruß Wände und Böden der Wohnung. Da ein Ausschluss hier den Betroffenen nur schwer verständlich zu machen ist, sollten Makler auf eine Mitversicherung auch von Rauch- und Rußschäden drängen.

Unterschätzt werden auch die Folgen möglicher Verpuffungen. So verursachte beispielsweise ein Verpuffungsschaden unbekannter Ursache in einem Wohn- und Geschäftshaus in Essen im November 2008 einen Schaden von rund 100.000 Euro.<sup>7</sup> Ein anderer Verpuffungsschaden entstand im April 2010, als ein Mann in seiner Garage seinen Motorroller reparieren wollte. Hier kam es zu einer Schadenhöhe von rund 20.000 Euro.<sup>8</sup> Mit

<sup>7</sup> Quelle: <http://www.derwesten.de/staedte/dortmund/Verpuffung-100-000-Euro-Sachschaden-id1189202.html>

<sup>8</sup> Quelle: <http://www.antenne.de/nachrichten/bayern/artikel/191063/Verpuffung-in-Garage---48-Jaehriger-in-Lebensgefahr.html>

ein wenig Mühe lassen sich aus dem Internet zahlreiche weitere Beispiele für Verpuffungsschäden im privaten und gewerblichen Bereich finden.

### Beispielhafte Versicherer mit Versicherungsschutz bei Rauch, Ruß und Verpuffung

**AAG Assekuranz Taschner GmbH** (AVBWG99, Form 1/2008: „AAG Gebäude-Vollkasko“), **Allianz** (VGB All Fassung 2009, Stand 01.2009), **Alte Leipziger** (AL-VGB 2008 Abschnitt A und B – Fassung Januar 2009: XXL-Schutz), **Basler** (VVG 2008 – Fassung 2008; Basis: VGB 2000, Stand 10.2008: Ambiente Top mit Erweiterung für unbenannte Gefahren: Verpuffung nur implizit im Rahmen des Bausteins für unbenannte Gefahren), **BBV** (VGB 2008 – Wert 1914) – Stand 01.01.2008, **BBV-Wohngebäude-Police OPTIMAL** mit Komfortschutz 2009 (K09) – Fassung: Dezember 2009), **ConceptIF** (Ein-/Zweifamilienhäuser Wohnflächenmodell – VGB 2002, Stand 01.2008 – Besondere Bedingungen für die Wohngebäudeversicherung – Ein-/Zweifamilienhäuser Wohnflächenmodell, Stand 01.2008, Besondere Bedingungen für den Wohngebäude-Baustein „Sorglos“ – Ein-/Zweifamilienhäuser Wohnflächenmodell (05/09), **BEW**, Stand 01.2008: Konzept II; Ein-/Zweifamilienhäuser Wohnflächenmodell – VGB 2002, Stand 01.2008 – Besondere Bedingungen für die Wohngebäudeversicherung – Ein-/Zweifamilienhäuser Wohnflächenmodell, Stand 01.2008, Besondere Bedingungen für den Wohngebäude-Baustein „Sorglos“ – Ein-/Zweifamilienhäuser Wohnflächenmodell (05/09), Besondere Bedingungen für den Wohngebäude-Baustein „Optimum“ – Ein-/Zweifamilienhäuser Wohnflächenmodell (05/09), **BEW**, Stand 01.2008: Konzept II; VGB 2008, Stand 04.2008, Besondere Bedingungen für die Wohngebäudeversicherung – Schutz 60 plus Sicherheitspaket (BB 2008 Schutz 60 PLUS), Stand 08.2009: Konzept III), **ConceptA** (VGB 2008 – Wohnfläche, Stand 01.2010, AVB Exclusive Plus 2008 – Wohnfläche: Allgefahrendeckung von Wohngebäuden; VGB 2008 – Wert 1914, Stand 01.2010, AVB Exclusive Plus Wert 1914: Allgefahrendeckung von Wohngebäuden; VGB 2008 – Wohnfläche, Stand 01.2010, ZV Exclusive 2008 – Wohnfläche: Exclusive – Wohngebäu-

deversicherung; VGB 2008 - Wohnfläche, Stand 01.2010, ZV Exclusive 50 - 2008 - Wohnfläche: Exclusive 50 Wohngebäudeversicherung; VGB 2008 - Wert 1914, Stand 01.2010, ZV Exclusive 50 - 2008 - Wert 1914: Exclusive 50 Wohngebäudeversicherung); **degenia** (DEG-VWG-CASA-001, Fassung Januar 2009, Teil A und B; Besondere Klauseln und Vereinbarungen „degenia“. DEG-BEW 2009, Stand 01.2009: degenia casa premium: bei Rauch- und Rußschäden bis maximal 10.000 Euro mit 500 Euro Selbstbehalt; DEG-VWG-CASA-002, Fassung Januar 2009, Teil A und B; Besondere Klauseln und Vereinbarungen „degenia“. DEG-BEW 2009, Stand 01.2009: degenia casa classic: bei Rauch- und Rußschäden bis maximal 10.000 Euro mit 500 Euro Selbstbehalt; DEG-VWG-CASA-002, Fassung Januar 2009, Teil A und B; Besondere Klauseln und Vereinbarungen „degenia“. DEG-BEW 2009, Stand 01.2009: degenia casa premium: bis maximal 10.000 Euro mit 500 Euro Selbstbehalt für Rauch- und Rußschäden; DEG-VWG-CASA-003, Fassung Januar 2009, Teil A und B; Besondere Klauseln und Vereinbarungen „degenia“. DEG-BEW 2009, Stand 01.2009: degenia casa classic, Stand 06.2010: bei Rauch- und Rußschäden bis maximal 10.000 Euro; DEG-VWG-CASA-003, Fassung Januar 2009, Teil A und B; Besondere Klauseln und Vereinbarungen „degenia“. DEG-BEW 2009, Stand 01.2009: degenia casa classic, Stand 06.2010: bei Rauch- und Rußschäden bis maximal 10.000 Euro), **Grundeigentümer** (VGB 2008, Stand 04.2008, BB 2008 Schutz 60 PLUS: „Gebäude-Schutz 60“ mit Sicherheitspaket, Stand 06.2009), **Die Hanauer 24** (VGB 2009, DWG09.1), **Helvetia** (ARW-0904, Stand 01.04.2009: AllRisk-Versicherung für Wohngebäude), **HDI-Gerling** (VGB 2008 - Wohnfläche, Stand 01.2010, AVB Exclusive Plus 2008 - Wohnfläche: Allgefahrenversicherung von Wohngebäuden; VGB 2008 - Wert 1914, Stand 01.2010, AVB Exclusive Plus Wert 1914: Allgefahrenversicherung von Wohngebäuden; VGB 2008 - Wohnfläche, Stand 01.2010, ZV Exclusive 2008 - Wohnfläche: Exclusive - Wohngebäudeversicherung; VGB 2008 - Wert 1914, Stand 01.2010, ZV Exclusive 2008 - Wert 1914: Exclusive - Wohngebäudeversicherung; VGB 2008 - Wohnfläche, Stand 01.2010, ZV Exclusive 50 - 2008 - Wohnfläche: Exclusive 50 Wohngebäudeversicherung; VGB

2008 - Wert 1914, Stand 01.2010, ZV Exclusive 50 - 2008 - Wert 1914: Exclusive 50 Wohngebäudeversicherung), **Hiscox** (Haus & Kunst, Bedingungen 01/2008; Home by Hiscox, Bedingungen 01/2008; Mundial, Bedingungen 01/2008), **InterRisk** (VGB 2008-XL-Wohnflächenmodell: XL-Konzept, Stand 07.2010; VGB 2008-XXL-Wohnflächenmodell: XXL-Konzept, Stand 07.2010), **Janitos** (VGB 2008, Stand 01.07.2008, Zusatzbedingungen für die Janitos Wohngebäudeversicherung Balance, Stand 01.07.2008: jeweils nur bis 2.500 Euro; VGB 2008, Stand 01.07.2008, Zusatzbedingungen für die Janitos Wohngebäudeversicherung Best Selection, Stand 01.07.2008), **Konzept & Marketing** (allsafe select Tarif A2, Stand 01.2008: Wohngebäudeversicherung; allsafe select Tarif A2, Stand 01.2008: Wohngebäudeversicherung; GB 2010: allsafe Tarif select Z1, Stand 11.2010: Rauch und Ruß generell, Verpuffung nur gegen Zuschlag; EV 2010, Stand 11.2010: allsafe casa - die Eigenheimversicherung: ausgeschlossen sind Schäden, die „an versicherten Sachen durch [...] Verunreinigen [...] durch Personen oder Tiere verursacht wurden“), **Öffentliche Versicherung Braunschweig** (Verbraucherinformation und Bedingungen und Erläuterungen für die Wohngebäudeversicherung der Öffentlichen Versicherung Bremen FS 63.85 (01.10) - Wohngebäude - 20100 - Grunddeckung „Standard“ mit Sicherheitspaket; Verbraucherinformation und Bedingungen und Erläuterungen für die Wohngebäudeversicherung der Öffentlichen Versicherung Bremen FS 63.85 (01.10) - Wohngebäude - 20100 - Grunddeckung „Standard“ mit Sicherheitspaket und mit Spezialpaket), **Öffentliche Versicherung Bremen** (Verbraucherinformation und Bedingungen und Erläuterungen für die Wohngebäudeversicherung der Öffentlichen Versicherung Bremen FS 63.85 (01.10) - Wohngebäude - 20100 - Grunddeckung „Standard“ mit Sicherheitspaket), **Rhion** (VGB 2005, Stand 01.2008: Wohngebäudeversicherung, Pauschaldeklaration zur Wohngebäudeversicherung - Plus, Stand 08.2005; VGB 2005, Stand 01.2008: Wohngebäudeversicherung, Pauschaldeklaration zur Wohngebäudeversicherung - Plus, Stand 09.2009), **VdVA** (VdVA - 2010 (VdVA - WGBV 2010), Stand 01.2010: VdVA - Privatkundenkonzept, Stand 01.2010: Rauch und Ruß nur ge-

**Informieren  
Vergleichen  
Verdienen**

# FONDS Katalog 2011

Über 8000 Fondsdaten  
sortiert von A-Z



gen Zuschlag mit 10% Selbstbehalt, min. jedoch 500 Euro), **VGH** (Verbraucherinformation und Bedingungen und Erläuterungen für die Wohngebäudeversicherung der Landschaftlichen Brandkasse Hannover, FS 3.85 (01.10) - Wohngebäude - 20100, VGB 2010 - Grunddeckung „Standard“ mit Sicherheitspaket; Verbraucherinformation und Bedingungen und Erläuterungen für die Wohngebäudeversicherung der Landschaftlichen Brandkasse Hannover, FS 3.85 (01.10) - Wohngebäude - 20100, VGB 2010 - Grunddeckung „Standard“ mit Sicherheitspaket und mit Spezialpaket)

### Beispielhafte Versicherer mit Versicherungsschutz nur bei Verpuffung und Rauch

**Domcura** (VGB 2008, Stand 07.2008 - Komfortschutz, Top-Schutz: Einfamilienhaus - Wohnflächenmodell, Stand 01.10.2009), **Helvetia** (VGB 2008, Stand 01.10.2010: Komfort-Paket), **VHV** (VGB 2008 - Wert 1914, Fassung September 2008: BBW BASIS-GARANT - Wert 1914, Fassung September 2008; VGB 2008 - Wert 1914, Fassung September 2008: BBW KLASSIK-GARANT - Wert 1914, Fassung September 2008; VGB 2008 - Wert 1914, Fassung September 2008: BBW EXKLUSIV-GARANT - Wert 1914, Fassung September 2008), **Volkswohl Bund** (VGB 2008 VBS - Wert 1914, Fassung Januar 2008, Besondere Bedingungen für die Wohngebäudeversicherung - Wert 1914 KomfortPlus - Fassung Januar 2008: Verpuffung bis 5.000 Euro, Rauch bis 1.000 Euro; VGB 2008 VBS - Wohnfläche - Fassung Januar 2008, Besondere Bedingungen für die Wohngebäudeversicherung - Wohnfläche KomfortPlus - Fassung Januar 2008: Verpuffung bis 5.000 Euro, Rauch bis 1.000 Euro)

### Beispielhafte Versicherer mit Versicherungsschutz nur bei Rauch und Ruß

**Ammerländer** (VGB 2008, Stand 07.2008: Classic-Schutz, Stand 07.2008; VGB 2008, Stand 07.2008: Exklusiv-Schutz, Stand 07.2008); **degenia** (DEG-VWG-CASA-001, Fassung Januar 2009, Teil A und B; Besondere Klauseln und Vereinbarungen „degenia“. DEG-BEW

2009, Stand 01.2009: degenia casa classic: bis maximal 10.000 Euro mit 500 Euro Selbstbehalt; DEG-VWG-CASA-002, Fassung Januar 2009, Teil A und B; Besondere Klauseln und Vereinbarungen „degenia“. DEG-BEW 2009, Stand 01.2009: degenia casa classic: bis maximal 10.000 Euro mit 500 Euro Selbstbehalt), **Medien-Versicherung** (VGB 2008, Stand BWE 2008, Stand 01.2008, Stand 02.2010; Medien-Standard, Stand 02.2010: Standard mit Zusatzbaustein Aktiv: bis 1% der Versicherungssumme Wert 1914 multipliziert mit dem für den Vertrag geltenden gleitenden Neuwertfaktor; VGB 2008, Stand BWE 2008, Stand 01.2008, Stand 02.2010; Medien-Komfort, Stand 02.2010: Komfort mit Zusatzbaustein Aktiv: bis 1% der Versicherungssumme Wert 1914 multipliziert mit dem für den Vertrag geltenden gleitenden Neuwertfaktor)

### Beispielhafte Versicherer mit Versicherungsschutz nur bei Rauch

**degenia** (S 73.7 degenia AL-VGB 2005, Fassung Januar 2005, C Klauseln und Hinweise. Besondere Bedingungen für Elementarschäden (S 77.8), Stand 01.2008: degenia casa premium: maximal 25.000 Euro mit einem Selbstbehalt von 2.500 Euro; S 73.8 degenia AL-VGB 2008, Fassung Januar 2008, IV Klauseln und Hinweise. Besondere Bedingungen für Elementarschäden (S 77.8), Stand 01.2008: degenia casa premium: maximal 25.000 Euro mit einem Selbstbehalt von 2.500 Euro; VGB 88, Stand 09.2001, Zusätzliche und besondere Bedingungen / Klauseln zum HOME-TOP, Stand 09.2007; BEW 09/01: HOME TOP Tarif EF: maximal 26.000 Euro mit einem Selbstbehalt von 2.500 Euro; VGB 88, Stand 09.2001, Zusätzliche und besondere Bedingungen / Klauseln zum HOME-TOP, Stand 09.2007; BEW 09/01: HOME TOP Tarif MF: maximal 26.000 Euro mit einem Selbstbehalt von 2.500 Euro), **Gothaer** (VGB 2008, Stand 01.2009, Besondere Bedingungen für die Gothaer WohngebäudeTop, PlusDeckung: Gothaer Wohngebäude Top mit PlusDeckung; WEZ 2008, Stand 01.2009, Besondere Bedingungen für die Gothaer WohngebäudeTop, PlusDeckung: Gothaer Wohngebäude Top mit PlusDeckung: bis höchstens 500.000 Euro)

### Beispielhafte Versicherer mit Versicherungsschutz nur bei Verpuffung

**AachenMünchener** (VGB 2008 - Wohnfläche, Klauseln zur Wohngebäudeversicherung, BEW 2008: Grundsicherung; VGB 2008 - Wohnfläche, Klauseln zur Wohngebäudeversicherung, Optimal für Ein- und Zweifamilienhäuser, BEW 2008: Optimal; VGB 2008 - Wert 1914, Klauseln zur Wohngebäudeversicherung, BEW 2008: Grundsicherung), **Alte Leipziger** (AL-VGB 2008 Abschnitt A und B - Fassung Januar 2009: XL-Schutz), **Axa** (Allgemeine Wohngebäudeversicherungsbedingungen - Wert 1914 - VGB 2002 (01/2008), Besondere Bedingungen für die Wohngebäudeversicherung Wert 1914 (01/08); Ein-/Zweifamilienhäuser Wohnflächenmodell - VGB 2002, Stand 01.2008 - BOXplus Standard, Stand 05.2009; Ein-/Zweifamilienhäuser Wohnflächenmodell - VGB 2002, Stand 01.2008 - BOXplus Aktiv Standard, Stand 05.2009; Ein-/Zweifamilienhäuser Wohnflächenmodell - VGB 2002, Stand 01.2008 - BOXplus Extra, Stand 05.2009; Ein-/Zweifamilienhäuser 1914 - VGB 2002, Stand 01.2008 - BOXplus Standard, Stand 05.2009; Ein-/Zweifamilienhäuser 1914 - VGB 2002, Stand 01.2008 - BOXplus Aktiv Standard, Stand 05.2009; Ein-/Zweifamilienhäuser 1914 - VGB 2002, Stand 01.2008 - BOXplus Aktiv Extra, Stand 05.2009), **ConceptIF** (Ein-/Zweifamilienhäuser Wohnflächenmodell - VGB 2002, Stand 01.2008 - Besondere Bedingungen für die Wohngebäudeversicherung - Ein-/Zweifamilienhäuser Wohnflächenmodell, Stand 01.2008, BEW, Stand 01.2008: Konzept II; Ein-/Zweifamilienhäuser Wohnflächenmodell - VGB 2002, Stand 01.2008 - Besondere Bedingungen für die Wohngebäudeversicherung - Ein-/Zweifamilienhäuser Wohnflächenmodell, Stand 01.2008, Besondere Bedingungen für den Wohngebäude-Baustein „Optimum“ - Ein-/Zweifamilienhäuser Wohnflächenmodell (05/09), BEW, Stand 01.2008: Konzept II), **ConceptA** (VGB 2008 - Wohnfläche, Stand 01.2010, ZV Comfort 2008 - Wohnfläche: Comfort - Wohngebäudeversicherung; VGB 2008 - Wert 1914, Stand 01.2010, ZV Comfort 2008 - Wert 1914: Comfort - Wohngebäudeversicherung), **Debeka** (VGB 2008, Stand 01.2008, Klauseln für die Verbun-

dene Wohngebäudeversicherung Debe-  
ka VGB 2008: Top-Paket: nur bis 1% der  
Versicherungssumme multipliziert mit  
dem für den Vertrag geltenden Anpas-  
sungsfaktor), **Domcura** (VGB 2008,  
Stand 07.2008 - Komfortschutz: Einfam-  
ilienhaus - Wohnflächenmodell, Stand  
01.10.2009), **Generali** (VGB 2008 -  
Wohnfläche, Stand 01.2010: Basis-  
Schutz; VGB 2008 - Wohnfläche, Stand  
01.2010: KomfortPlus-Schutz; VGB  
2008 - Wert 1914, Stand 01.2010: Basis-  
Schutz; VGB 2008 - Wert 1914, Stand  
01.2010: KomfortPlus-Schutz; VGB  
2008 - Wert 1914, Fassung 01.2010:  
Basis-Schutz, Stand 01.2011; VGB 2008  
- Wert 1914, Fassung 01.2010: Komfort-  
Plus-Schutz, Stand 01.2011; VGB 2008  
- Wohnfläche, Fassung 01.2010: Basis-  
Schutz, Stand 01.2011; VGB 2008 -  
Wohnfläche, Fassung 01.2010: Komfort-  
Plus-Schutz, Stand 01.2011)), **Gothaer**  
(VGB 2008, Stand 01.2009: Gothaer  
Wohngebäude), **HDI-Gerling** (VGB  
2008 - Wohnfläche, Stand 01.2010, ZV  
Comfort 2008 - Wohnfläche: Comfort –  
Wohngebäudeversicherung; VGB 2008  
- Wert 1914, Stand 01.2010, ZV Comfort  
2008 - Wert 1914: Comfort – Wohnge-  
bäudeversicherung), **Helvetia** (VGB  
2008, Stand 01.04.2009; BWE 2008,  
Stand 01.04.2009: Kompakt-Paket),  
**Itzehoer** (VGB 2008, Ausgabe 12.2009),  
**uniVersa** (VGB 2008 - Wert 1914, Stand  
07.2008, Klauseln für die Wohngebäu-  
deversicherung, Stand 01.2008; BEW  
2008, Stand 01.2008; VGB 2009 - Wert  
1914, Stand 09.2009, Klauseln für die  
Wohngebäudeversicherung - Wert 1914,  
Stand 09.2009, BEW 2009, Stand  
09.2009), **Versicherungskammer Ba-  
yern** (VGB 2008 – BVV/BLBV, Stand  
15.12.2008; VGB 2008 – BVV/BLBV,  
Stand 14.06.2010: Optimal; VGB 2008  
– BVV/BLBV, Stand 14.06.2010: Kom-  
pakt), **Volkswahl Bund** (VGB 2008 VBS  
- Wert 1914, Fassung Januar 2008, Be-  
sondere Bedingungen für die Wohnge-  
bäudeversicherung – Wert 1914 Basis  
– Fassung Januar 2008: bis 500 Euro;  
VGB 2008 VBS - Wert 1914, Fassung  
Januar 2008, Besondere Bedingungen  
für die Wohngebäudeversicherung –  
Wert 1914 Komfort – Fassung Januar  
2008: bis 1.000 Euro; VGB 2008 VBS -  
Wohnfläche - Fassung Januar 2008,  
Besondere Bedingungen für die Wohn-  
gebäudeversicherung – Wohnfläche Ba-  
sis – Fassung Januar 2008: bis 500  
Euro; VGB 2008 VBS - Wohnfläche -

Fassung Januar 2008, Besondere Be-  
dingungen für die Wohngebäudeversi-  
cherung – Wohnfläche Komfort – Fas-  
sung Januar 2008: bis 1.000 Euro)

Wie man leicht erkennen kann, ist der  
Versicherungsschutz hinsichtlich Ver-  
puffung, Rauch und Ruß nicht selten  
lückenhaft. Zahlreiche Anbieter bieten  
gar keine dieser Leistungen an.

Dies gilt auch für solche Produkte wie  
das MultiPlus-Konzept der **Zurich**  
(Stand 04.2009) oder den Tarif Wohn-  
hausMaXX der **NV-Versicherungen**  
(Stand 01.2008).

#### Fazit:

Den einen Tarif, der für alle Kunden den  
optimalen Versicherungsschutz bietet,  
gibt es nicht.

Wer seine Grundselektion darauf  
stützt, dass ein Anbieter bedingungssei-  
tig den GDV-Standard sowie das Erfüllen  
der Mindestanforderungen des Arbeits-  
kreises Vermittlerrichtlinie Dokumentati-  
on erfüllt, eine Innovationsklausel vor-  
sieht und darüber hinaus auch bei grob-  
fahrlässiger Herbeiführung des Versi-  
cherungsfallendes stets die ungekürzte Lei-  
stung erbringt, dem verbleiben unter al-  
len 157 Tarifen von 48 Versicherern bzw.  
Konzeptanbietern nur die Tarife XXL der  
InterRisk, allsafe casa - die Eigenheim-  
versicherung sowie allsafe select Tarif Z1  
von Konzept & Marketing sowie Exklu-  
siv-Garant der VHV, die alle diese Anfor-  
derungen erfüllen. Eine große Ausbeute  
ist dies gerade nicht. Fakt ist jedoch,  
dass alle vier Tarife weit überdurch-  
schnittliche Bedingungen beinhalten,  
auch wenn sie sich im Detail deutlich  
unterscheiden.

Dennoch sollte man als Makler andere  
Anbieter nicht außer acht lassen. Wenn  
ein Kunde von Ihnen eine Solar- oder  
Photovoltaikanlage auf dem Dach besitzt  
und ggf. auch noch Energie ins Netz  
einspeist, beinhaltet keiner dieser Tarife  
für sich eine ausreichende Abdeckung.  
Ergänzender Versicherungsschutz unter  
anderem für den möglichen Ertragsaus-  
fall bleibt unabdingbar.

Wer eine Allgefahrendeckung ohne  
allgemeinen Selbstbehalt sucht, kommt  
an Konzept & Marketing mit allsafe se-  
lect Tarif A2, allsafe select Tarif Z1 oder  
allsafe casa - die Eigenheimversicherung  
nicht vorbei.

Für die echte Vergleichbarkeit von An-  
geboten ist stets auf die bedingungsge-

mäße Wohnflächendefinition abzustellen,  
weshalb Vergleichsprogramme höch-  
stens ein Gefühl für das allgemeine Prä-  
mienniveau geben können.

Im Rahmen dieses Beitrags haben  
sich die nachstehenden Gesell-  
schaften als „empfehlenswert“  
herausgestellt.



- **InterRisk (XXL)**
- **Konzept & Marketing**  
(allsafe casa)
- **Konzept & Marketing**  
(allsafe Tarif select Z1)
- **VHV** (Klassik-Garant mit  
Exklusiv-Baustein)

Voraussetzung hierzu  
waren diese Kriterien:

- bedingungsseitige GDV-Garantie auf  
Basis des aktuellen GDV-Standards
- bedingungsseitige Garantie hinsicht-  
lich der Mindestanforderungen des  
Arbeitskreises Vermittlerrichtlinie  
Dokumentation
- Innovationsklausel
- Mitversicherung von Schäden durch  
Nutzwärme, Rauch, Verpuffung und  
Sengschäden
- erweiterte Mitversicherung von Ab-  
und Zuleitungsrohren auf und außer-  
halb des Grundstücks
- Kostenübernahme für einen vom  
Versicherungsnehmer beauftragten  
Sachverständigen

Teil 2 lesen Sie in  
„Risiko & Vorsorge“ 3/2011.  
Die Ausgabe erscheint im Juli 2011

# 6 Jahre WFS-Leistungsratings

## ► Erläuterungen zur Rating-Qualität



### Allgemeine Einführung

WFS-Ratings sind in erster Linie Bedingungsratings (Ergebnisse und Kriterien siehe unten). Ziel ist es, dem Verbraucher jene Versicherer zu empfehlen, bei denen man auf den ersten Blick weiß, dass sie ein stark überdurchschnittliches Bedingungs-niveau haben und den Leistungsumfang ebenso transparent präsentieren.

Grundsätzlich gilt: Eine kompetente Beratung und Betreuung durch den Vermittler ist in der Regel wichtiger für den Kunden als der absolut tiefste Preis. Wer allein über die Prämienhöhe verkaufen möchte, ist mit Prämienvergleichen aus Vergleichsprogrammen und Internetportalen besser aufgehoben. Maximale Leistung und hohe Servicequalität haben ihren Preis. Im Schadenfall weiß ein Kunde diesen zu schätzen. Vor allem gilt dies für alle Nicht-0815-Schäden...

### Geschichte

In der Ausgabe 04/2005 der Zeitschrift „Rating-Sieger“ wurde erstmals ein Bedingungsrating in der Sparte Hundehalterhaftpflicht veröffentlicht. Dieses entstand in Zusammenarbeit mit Claus-Peter Meyer. Anfang 2006 wurde das Rating überarbeitet, nachdem die Arbeit an den Folgeratings von Witte Financial Services übernommen wurde. Weitere Ratingsparten folgten 2006, 2007, 2008, 2010 und 2011.

### „Dynamische Leistungsratings“

Dynamisches Leistungsrating bedeutet, dass die Ratingkriterien regelmäßig auf den Prüfstand gestellt werden und sich den jeweils neuen Marktgegebenheiten anpassen. Zum zweiten bedeutet es, dass sich kein Anbieter auf seinen Lorbeeren ausruhen kann, da der Mindeststandard jeweils neu im Vergleich zu den

leistungsstärksten Anbietern bestimmt wird. Ein Beispiel für die Aktualisierung der Ratinganforderungen liefert die erstmals im April 2010 überarbeitete Hausratsparte. Als die erste Fassung im Heft 04/2008 veröffentlicht wurde, war das neue VVG gerade erschienen. Mit diesem wurde das Thema Quotelung eingeführt. Daher begannen die ersten Versicherer auf ihr Recht auf Kürzung der Leistung bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles zu verzichten. Allerdings gab es damals nur wenige, deren Quotelungsverzicht deutlich 5.000 oder 10.000 Euro überstieg. Um ansonsten leistungsstarken Anbietern eine Chance auf faire Ratings zu ermöglichen, wurde ein Quotelungsverzicht bis in Höhe von mindestens 5.000 Euro zu einem der Mindeststandards erklärt. Zahlreiche Tarife am Markt erfüllten diese Anforderung nicht. Heute im März 2011 gibt es bereits weit über 40 Versicherer und Konzeptanbieter mit vollständigem Quotelungsverzicht. Bei-

Sparte	erstmals seit	Erscheinungsweise des Ratings	Werden die Musterbedingungen des GDV als Mindeststandard definiert?	Wird eine Innovationsklausel als Mindeststandard definiert?	Sieht das Rating Mindestanforderungen (K.O.-Kriterien) vor?
Hausratversicherung	Heft 04/2008	vierteljährlich	ja	ja	ja
Hundehalterhaftpflichtversicherung	Heft 04/2005	vierteljährlich	ab Gold	ja	ja
Jagdhaltspflichtversicherung	Heft 04/2006	vierteljährlich	nein	ab Gold	ja
Pferdehalterhaftpflichtversicherung	Heft 02/2006	vierteljährlich	ab Gold	ja	ja
Privathaftpflichtversicherung	Heft 02/2010	vierteljährlich	ja	ja	ja
stationäre Krankenzusatzversicherung	Heft 01/2010	vierteljährlich	nein	nein	ja
Unfallversicherung	Heft 01/2007	vierteljährlich	ja	ja	ja
Wohngebäudeversicherung	Heft 02/2011	vierteljährlich	ja	ja	ja

\* die Zahl in Klammern steht für Tarife mit besonderen Bedingungen für Angehörige von Heilberufen



spiel Eigenbewegungen: diese waren noch vor wenigen Jahren außer bei max-Pool und InterRisk nirgends mitversichert. Heute finden sie sich bei einer Reihe von Unfallversicherern in den jeweiligen Hochleistungstarifen. Der vollständige Verzicht auf Kürzung der Leistung wegen Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen wurde zum April 2010 von der VHV eingeführt und hat bereits die ersten Nachahmer gefunden.

**„Statische Leistungsratings“**

Für die Sparten Hundehalter- und Pferdehalterhaftpflichtversicherung wurden bisher ebenfalls dynamische Leistungsratings durchgeführt. Seit April 2010 wurden stattdessen die Mindeststandards neu definiert und vor allem stark ausgeweitet. Dies hat den Vorteil, dass ein Makler oder Kunde bei Entscheidung für einen mit Gold oder Silber gerateten Anbieter genau weiß, welche Leistungen mindestens erbracht werden. In beiden Sparten waren die tatsächlichen Innovationen der vergangenen Jahren – abgesehen von einer sich ausweitenden Mietsachschadendeckung - eher gering. Gleichzeitig hat nahezu jeder Reiter oder Hundebesitzer einen ähnlichen Mindestanspruch, so dass es hier Sinn machte, feste Standards zu definieren, anstatt weiter dem dynamischen Ansatz zu folgen.

Aus dem gleichen Grunde wurde für die Sparten Hausrat- und Wohngebäudeversicherung auf dynamische Leistungsratings verzichtet, wofür die Mindestanforderungen entsprechend umfassend definiert wurden.

**Wie profitieren Kunde und Makler von statischen und dynamischen Leistungsratings?**

Aufgrund der zahlreichen Mindeststandards und der transparent auf der Homepage ([www.witte-financial-services.de/File/ratings.php](http://www.witte-financial-services.de/File/ratings.php)) nachlesbaren Ratingfragen werden nur die Tarife selektiert, die eine möglichst geringe Zahl an Lücken beim Versicherungsschutz aufweisen. Kunden und Makler profitieren davon, wenn sie in den meisten versicherbaren Leistungsfällen Versicherungsschutz erwarten können.

**Weshalb reichen nicht allein die Mindeststandards?**

Versicherungen sind vielfältig differenziert. Mindeststandards gewährleisten ein Leistungsniveau, das die selektierten Tarife von der Masse abhebt. Es ist jedoch zu erwarten, dass viele Versicherer versuchen werden, zwar diesen Standards zu entsprechen, nicht jedoch in allen anderen Punkten maximale Vorteile für ihre Versicherten zu definieren. So mehr weitere Kriterien in die Wertung eingehen, umso wahrscheinlicher ist es, dass ein Tarif nicht nur in einigen wenigen Punkten, sondern im Gros der Kriterien überragend sein muss, um sich mit Gold, Silber oder Bronze zu platzieren.

**Vorteile einer GDV-Leistungsgarantie**

Bei den stetig sich ändernden Bedingungswerken hat heute kein Makler mehr

die Möglichkeit, ständig jede Änderung wirklich nachzuhalten und mit der Verbandsempfehlung abzugleichen. Im Sinne der Maklerhaftung ist es daher von Vorteil, wenn Versicherer grundsätzlich garantieren, dass wenigstens die vom GDV empfohlenen Musterbedingungen in der jeweils aktuellsten Fassung bedingungsseitig garantiert werden. Leicht laufen Makler Gefahr, dass Anbieter an einer oder mehreren Stellen zum Nachteil der Kunden von diesen Mindeststandards abweichen. Andere gewähren zwar eine GDV-Garantie, diese aber trotz aktueller Produkteinführung auf einem Stand von 2007.

Für alle Sparten kann der GDV-Standard nicht als Mindeststandard dienen. In der Jagdhaftpflicht- oder Krankenzusatzversicherung wurde dieser nach Kenntnis von WFS von keinem Anbieter zugesagt. Würde man eine Innovationsklausel (s.u.) für die Jagdhaftpflicht als Standard setzen, blieben zurzeit nur die Gothaer und die VGH übrig. Im Sinne einer fairen Chance für einen möglichst großen Teil des Marktes wurden also Mindestanforderungen gewählt, die auch von mehr als einem Anbieter erfüllt werden.

**Innovationsklauseln**

Nicht immer ist es für einen Makler einfach, jeden Kunden zu erreichen, um ihn über die Einführung neuer verbesserter Bedingungswerke zu informieren. Von daher profitieren nicht nur Makler, sondern auch Kunden davon, wenn Versicherer bedingungsseitig garantieren,

Gibt es über die Mindeststandards hinaus zusätzliche Leistungsfragen?	Wertungen	Voraussetzungen für empfehlenswert	Anbieter im Test	Tarife im Test	Stand
nein	Gold, Silber, Bronze,	nicht vergeben	49	189	25.02.2011
nein	Gold, Silber	nicht vergeben	63	325	17.02.2011
ja	Gold, Silber, Bronze, empfehlenswert	Mindestanforderungen erfüllt	32	197	25.02.2011
nein	Gold, Silber	nicht vergeben	63	311	21.02.2011
nein	Gold, Silber	nicht vergeben	70	406	24.02.2011
ja	Gold, Silber, Bronze	nicht vergeben	21	60	01.03.2011
ja	Gold, Silber, Bronze, empfehlenswert	Mindestanforderungen erfüllt	82 (23)*	475 (79)*	20.02.2011
nein	Gold, Silber, Bronze	nicht vergeben	48	157	17.02.2011

dass neue verbesserte Bedingungen automatisch auch für den Bestand gelten, sofern dies mit keiner Mehrprämie verbunden ist (Innovationsklausel). Von daher wurde bei den jüngsten Aktualisierungen der WFS-Leistungsratings darauf geachtet, dass eine Innovationsklausel, soweit sinnvoll möglich, eine Mindestanforderung für hochwertig bewertete Tarife ist.

### Warum bewertet WFS das Prämienniveau nur im Rahmen der stationären Krankenzusatzversicherung?

Außerhalb des Belegschaftsgeschäfts sind Krankenversicherungen fast immer mit festen Prämien für alle Kunden versehen.

Eine wahlweise Rabattierung wie in der Sachversicherung ist hier meist nicht möglich. Damit sind Prämien weit besser vergleichbar als in der Tierhalter-, Hausrat- oder Unfallversicherung. Zum anderen ist ein einfacher Wechsel von einer Krankenzusatz- in eine andere Krankenversicherung fast nur mit erneuter Gesundheitsprüfung und unter Verlust von Alterungsrückstellungen möglich.

### Warum gibt es nicht in allen Sparten die Bewertungen „Bronze“ und „empfehlenswert“?

In Privat- und Tierhalterhaftpflichtversicherung bedeuten „Gold“ und „Silber“, dass bestimmte Mindestanforderungen erfüllt wurden. Diese Kriterien sind bereits so umfangreich, dass weitere Leistungsstufen wenig Sinn machen. Um die Höchstwertung einheitlich bei „Gold“ zu belassen, wurde darauf verzichtet, für Tarife mit festen Standards als einzigem Selektionsmerkmal eine erweiterte Unterscheidung zwischen „empfehlenswert“ und „sehr empfehlenswert“ einzuführen.

### Wer beauftragt WFS, Ratings zu erstellen?

WFS-Ratings sind keine Auftragsratings. Die Auswahl erfolgt allein durch WFS. Erfasst werden neben klassischen Maklerversicherern auch die Tarife von Direktversicherern, öffentlichen Versicherern und Konzeptanbietern.

Die Ratings werden ausschließlich für die unabhängige Fachzeitschrift „Risiko & Vorsorge“ (vorher: „Rating-Sieger“) erstellt und quartalsweise aktualisiert.

### Sind alte Ratingergebnisse wertlos?

Früher hochwertige Tarife sind auch heute noch meist weit über dem Standard liegend; allerdings hat sich der Markt weiter entwickelt. Wenn Sie also vor drei Jahren eine Hausrat- oder Unfallversicherung empfohlen haben, so wird diese nicht mehr zwangsläufig den Standards des Jahres 2011 entsprechen. Wenn Ratingkriterien nicht stetig aktualisiert werden und an aktuelle Marktentwicklungen angepasst werden, laufen sie Gefahr, aktuellen Trends hinterherzulaufen. Wenn Sie alte Tarife mit Innovationsklausel vermittelt oder abgeschlossen haben, können Sie davon ausgehen, dass diese auch heute noch dem Marktstandard entsprechen oder diesen sogar übertreffen.

### Hoher Anspruch

Die Ratingkriterien wurden von Anfang an so gewählt, dass nur eine möglichst geringe Zahl von Tarifen diese Anforderungen erfüllen. Kein Makler oder Kunde profitiert davon, wenn ihm 50 oder 100 Tarife als „besonders empfehlenswert“ vorgestellt werden.



## Fachbücher helfen verkaufen

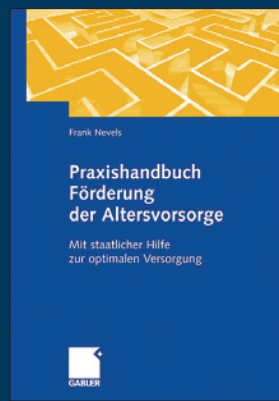


### Jürgen Hauser *bAV erfolgreich verkaufen*

Der Markt für bAV-Berater ist gigantisch. Im Verkauf hapert es jedoch nach wie vor.

Wie man es richtig macht, zeigt Jürgen Hauser mit diesem Buch.

Ausgabe 2005 · Gebunden  
288 Seiten · 39,90 Euro



### Frank Nevels *Praxishandbuch Förderung der Altersvorsorge*

Gesamtüberblick über alle staatlichen Fördermodelle der Altersvorsorge.

Ausgabe 2009 · Gebunden  
380 Seiten · 44,90 Euro

Bestellen unter [www.promakler.de](http://www.promakler.de)

# Rating Unfallversicherungen









- Kinder
- Erwachsene
- Senioren
- Heilberufe

<b>Basis:</b>	Tarife im Test: 475 Tarife (allgemein) 79 Tarife (Heilberufe) Anbieter im Test: 82 für alle Berufe bzw. 23 für Angehörige von Heilberufen
<b>Wertung:</b>	Gold, Silber, Bronze, empfehlenswert
<b>Stand:</b>	20.02.2011










► Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien finden Sie unter [www.witte-financial-services.de](http://www.witte-financial-services.de)

**Hinweis:** zum 01.04.2011 wurde aktualisiert eine Klarstellung, dass nunmehr die AUB 2010, Stand 10.2010 sowie der Arbeitskreis Vermittlerrichtlinie Dokumentation mit Stand 17.02.2010 Vergleichsmaßstab sind. Desweiteren wurde für eine Bewertung mit Gold die Mitgliedschaft im Verein Versicherungsombudsmann ergänzt.





## Kinder bis 14 Jahre

Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung	Risikounfallversicherung mit 500% Progression: Invaliditätsleistung	Unfallrente
 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Haftpflichtkasse Darmstadt:</b> (AUB 2007, Stand 01/2011 gültig ab 01.12.2010: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB-i-MAX 2008, Stand 08/2009 ohne Basisprogression)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB-i-MAX 2008, Stand 08/2009 mit Basisprogression)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB-XXL 2008, Stand 08/2009 ohne Basisprogression)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB-XXL 2008, Stand 08/2009 mit Basisprogression)</li> <li>• <b>Swiss Life Partner</b> (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit voller Leistung ab 75 % Invalidität und Premium-Progression)</li> <li>• <b>VHV</b> (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-i-MAX, Stand 08/2009 mit Plus-Progression)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-XXL, Stand 08/2009 mit Plus-Progression)</li> <li>• <b>Swiss Life Partner GmbH</b> (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit voller Leistung ab 75 % Invalidität und Premium-Progression)</li> <li>• <b>Swiss Life Partner GmbH</b> (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit Normal-Progression)</li> <li>• <b>Swiss Life Partner GmbH</b> (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit Premium-Progression)</li> <li>• <b>VHV</b> (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-i-MAX mit dynamex 3+, Stand 08/2009)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-XXL mit dynamex 3+, Stand 08/2009)</li> </ul>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Swiss Life Partner</b> (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS ohne Premium-Progression)*</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Haftpflichtkasse Darmstadt</b> (AUB 2007, Stand 01/2011 gültig ab 01.12.2010: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-i-MAX, Stand 08/2009 ohne Plus-Progression)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-XXL, Stand 08/2009 ohne Plus-Progression)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008 i-MAX mit dynamex 2, Stand 08/2009)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-XXL mit dynamex 2, Stand 08/2009)</li> </ul>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>NV-Versicherungen</b> (AUB 2008, Stand 01.2008, BBU-UnfallPremium - 05/2009)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• nicht vergeben</li> </ul>	 <p>nicht vergeben</p>










## Kinder ab 14 Jahre

Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung	Risikounfallversicherung mit 500% Progression: Invaliditätsleistung	Unfallrente
 <ul style="list-style-type: none"> <li>Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2007, Stand 01/2011 gültig ab 01.12.2010: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz)</li> <li>InterRisk (AUB 2008-i-MAX, Stand 08/2009 ohne Basis-Progression)</li> <li>InterRisk (AUB 2008-i-MAX, Stand 08/2009 mit Basis-Progression)</li> <li>InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 08/2009 ohne Basis-Progression)</li> <li>InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 08/2009 mit Basis-Progression)</li> <li>VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 08/2009 mit Plus-Progression)</li> <li>InterRisk (AUB 2008-i-MAX, Stand 08/2009 mit Plus-Progression)</li> <li>InterRisk (AUB 2008-i-MAX, Stand 08/2009 ohne Plus-Progression)</li> <li>Swiss Life Partner GmbH (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit Normal-Progression)</li> <li>VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>InterRisk (AUB 2008-i-MAX mit dynamex 3+, Stand 08/2009)</li> <li>InterRisk (AUB 2008-XXL mit dynamex 3+, Stand 08/2009)</li> </ul>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>Swiss Life Partner (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit Premium-Progression)</li> <li>Swiss Life Partner (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS ohne Premium-Progression)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2007, Stand 01/2011 gültig ab 01.12.2010: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz)</li> <li>InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 08/2009 ohne Plus-Progression)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>InterRisk (AUB 2008-i-MAX mit dynamex 2, Stand 08/2009)</li> <li>InterRisk (AUB 2008-XXL mit dynamex 2, Stand 08/2009)</li> </ul>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>NV-Versicherungen (AUB 2008, Stand 01.2008, BBU-UnfallPremium - 05/2009)</li> </ul>	 <p>nicht vergeben</p>	 <p>nicht vergeben</p>

## Angehörige von Heilberufen

Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung	Unfallrente	ab dem vollendeten 60. Lebensjahr ohne spezielle Berufsklauseln
 <ul style="list-style-type: none"> <li>InterRisk (AUB 2008-i-MAX, Stand 08/2009 mit verbesserter Gliedertaxe für Heilberufe). Eine Infektionsklausel gilt als automatisch vereinbart. Höchstversicherungssummen: 300.000 Euro (mit Dynamik) / 600.000 Euro (ohne Dynamik). Versicherbare Berufe: Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Heilpraktiker</li> <li>InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 08/2009 mit verbesserter Gliedertaxe für Heilberufe). Höchstversicherungssummen: 300.000 Euro (mit Dynamik) / 600.000 Euro (ohne Dynamik). Eine Infektionsklausel gilt als automatisch vereinbart. Höchstversicherungssummen: 300.000 Euro (mit Dynamik) / 600.000 Euro (ohne Dynamik). Versicherbare Berufe: Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Heilpraktiker</li> </ul>	<p>Die Mindestanforderungen für eine Unfallrente für Angehörige von Heilberufen wurden von keinem der untersuchten Anbieter erfüllt.</p>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010)</li> </ul>
		 <ul style="list-style-type: none"> <li>VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010)</li> </ul>
		 <ul style="list-style-type: none"> <li>VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010)</li> </ul>

**Erwachsene (für Personen von 18 bis 60 Jahren ohne spezielle Berufsklauseln)**

Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung	Risikounfallversicherung mit 500% Progression: Invaliditätsleistung	Unfallrente
 <ul style="list-style-type: none"> <li>Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2007, Stand 01/2011 gültig ab 01.12.2010: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz)</li> <li>InterRisk (AUB 2008-i-MAX, Stand 08/2009 mit Basis-Progression)</li> <li>InterRisk (AUB 2008-i-MAX, Stand 08/2009 ohne Basis-Progression)</li> <li>InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 08/2009 mit Basis-Progression)</li> <li>InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 08/2009 ohne Basis-Progression)</li> <li>VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>InterRisk (AUB 2008-i-MAX, Stand 08/2009 mit Plus-Progression)</li> <li>InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 08/2009 mit Plus-Progression)</li> <li>Swiss Life Partner GmbH (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit voller Leistung ab 75% Invalidität und Premium-Progression)</li> <li>VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>InterRisk (AUB 2008-XXL mit dynamex 3+, Stand 08/2009)</li> <li>InterRisk (AUB 2008-i-MAX mit dynamex 2, Stand 08/2009)</li> <li>InterRisk (AUB 2008-i-MAX mit dynamex 3+, Stand 08/2009)</li> </ul>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>Swiss Life Partner (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit voller Leistung ab 75 % Invalidität und Premium-Progression)</li> <li>Swiss Life Partner (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS ohne Premium-Progression)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2007, Stand 01/2011 gültig ab 01.12.2010: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz)</li> <li>InterRisk (AUB 2008-i-MAX, Stand 08/2009 ohne Plus-Progression)</li> <li>InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 08/2009 ohne Plus-Progression)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>InterRisk (AUB 2008-XXL mit dynamex 2, Stand 08/2009)</li> </ul>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>NV-Versicherungen (AUB 2008, Stand 01.2008, BBU-UnfallPremium - 05/2009)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>Swiss Life Partner GmbH (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit Normal-Progression)</li> <li>NV-Versicherungen (AUB 2008, Stand 01.2008, BBU-UnfallPremium - 05/2009)</li> </ul>	 <p>nicht vergeben</p>

Alle getesteten Tarife in der Übersicht, die jeweils die Mindestvoraussetzungen für die Unfallrente für Erwachsene und / oder Kinder erfüllten oder mit WFS 1-3 bewertet wurden (Wertung: „empfehlenswert“):	Alle getesteten Tarife in der Übersicht, die jeweils entweder mit WFS 1-3 bewertet wurden oder die Mindestkriterien für die Invaliditätsleistung für Erwachsene und / oder Kinder erfüllten und damit „empfehlenswert“ sind:
<ul style="list-style-type: none"> <li>InterRisk (dynamex 2, dynamex 3+ in Kombination mit den Tarifen AUB 2008: XXL, i-MAX, Stand 08/2009): Kinder bis 14 Jahre, Kinder ab 14 Jahre, Erwachsene</li> <li>InterRisk (dynamex 2 in Kombination mit AUB 2008-XXL, Stand 08/2009): Kinder bis 14 Jahre, Kinder ab 14 Jahre, Erwachsene</li> <li>InterRisk (dynamex 3+ in Kombination mit AUB 2008-XXL, Stand 08/2009): Kinder bis 14 Jahre, Kinder ab 14 Jahre, Erwachsene</li> <li>InterRisk (dynamex 2 in Kombination mit AUB 2008-i-MAX, Stand 08/2009): Kinder bis 14 Jahre, Kinder ab 14 Jahre, Erwachsene</li> <li>InterRisk (dynamex 3+ in Kombination mit AUB 2008-i-MAX, Stand 08/2009): Kinder bis 14 Jahre, Kinder ab 14 Jahre, Erwachsene</li> <li>VHV (Klassik-Garant, Stand 04.2010): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Senioren</li> <li>VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Senioren)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2007, Stand 01/2011 gültig ab 01.12.2010: Unfallversicherung VARIO – Leistungsschutz Vollschutz): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene</li> <li>Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2007, Stand 01/2011 gültig ab 01.12.2010: Unfallversicherung VARIO – Leistungsschutz Komfortschutz Plus): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene</li> <li>InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 08/2009 mit Basisprogression): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Heilberufe</li> <li>InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 08/2009 ohne Basisprogression): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Heilberufe</li> <li>InterRisk (AUB 2008-i-MAX, Stand 08/2009 mit Basisprogression): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Heilberufe</li> <li>InterRisk (AUB 2008-i-MAX, Stand 08/2009 ohne Basisprogression): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Heilberufe</li> <li>NV-Versicherungen (AUB 2008, Stand 01.2008, BBU-UnfallPremium - 05/2009): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene</li> <li>Swiss Life Partner (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit voller Leistung ab 75 % Invalidität und Premium-Progression): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene</li> <li>Swiss Life Partner (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS ohne Premium-Progression) : Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene</li> <li>Swiss Life Partner (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit Premium-Progression)</li> <li>VHV (AUB 2010, Klassik-Garant, Stand 04.2010): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Senioren</li> <li>VHV (AUB 2010, Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Senioren)</li> </ul>

# Rating Stationäre Krankenzusatztarife



**Anbieter im Test:** Allianz, Arag, Axa, Barmenia, Central, Concordia, CSS, DEVK, DKV, Gothaer, Hallesche, Hanse-Merkur, Janitos, LKH, Mannheimer, Münchener Verein, Nürnberger, Signal Iduna, Süddeutsche, Union, Universa




**Basis:** Tarife im Test: 60 stationäre Ergänzungs- und Optionstarife  
Anbieter im Test: 21

**Wertung:** Gold, Silber, Bronze




**Stand:** 01.03.2011

► Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien finden Sie unter [www.witte-financial-services.de](http://www.witte-financial-services.de)

## Einzelrating Bedingungen




	1- und 2-Bettzimmertarife	2-Bettzimmertarife
	<b>Barmenia</b> (Tarif: VS100 + ESZ, Stand 01.2011)	<b>Barmenia</b> (Tarif: VS200 + ESZ, Stand 01.2011)
	<b>CSS</b> (Tarif: CSS.clinic, Stand 11.2008)* <b>Hallesche</b> (Tarif: CSA 100, CSW1, Stand 01.2009)	<b>CSS</b> (Tarif: CSS.clinic2, Stand 06.2007)*
	<b>ARAG</b> (Tarif: 261, Stand 01.2011) <b>Concordia</b> (Tarife: SZ1 und SZ PLUS, Stand 01.2010) <b>Mannheimer</b> (Tarife: ZSW, Stand 01.2010; ZSWR-OPT, Stand 01.2009)	<b>Concordia</b> (Tarife: SZ2 und SZ PLUS, Stand 01.2010) <b>Hallesche</b> (Tarif: CSA 100, CSW2, Stand 01.2009) <b>Mannheimer</b> (Tarif: ZWS, Stand 01.2010)

## Einzelrating Prämienniveau Männer im Eintrittsalter 25 bis 55 Jahre

	1- und 2-Bettzimmertarife	2-Bettzimmertarife
	<b>Axa</b> (Tarif: Komfort, Stand 04.2009) <b>Barmenia</b> (Tarif: S, Stand 01.2011) <b>CSS</b> (Tarif: CSS clinic, Stand 11.2008)* <b>Janitos</b> (Tarif: JA Stationär Plus, Stand 07.2010)* <b>LKH</b> (Tarif: 400, Stand 01.2010)	<b>CSS</b> (Tarif: CSS.clinic2, Stand 06.2007)
	<b>Concordia</b> (Tarif: SZ 1, Stand 01.2009)	<b>Arag</b> (Tarif: 262, Stand 01.2011)
	<b>Hallesche</b> (Tarif: CSA100 / CSW1, Stand 01.2009)	<b>DEVK</b> (Tarif: ST-G2, Stand 01.04.2009)

\* Tarif ohne Altersrückstellungen bei Erwachsenen



## Einzelrating Prämienniveau Frauen im Eintrittsalter 25 bis 55 Jahre

	1- und 2-Bettzimmer tarife	2-Bettzimmer tarife
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Prämienniveau - Frauen	<b>Janitos</b> (Tarif: JA Stationär Plus, Stand 07.2010)* <b>LKH</b> (Tarif: 400, Stand 01.2010)	nicht vergeben
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Prämienniveau - Frauen	<b>Axa</b> (Tarif: Komfort, Stand 04.2009), <b>CSS</b> (Tarif: CSS.clinic, Stand 11.2008)	<b>Arag</b> (Tarif: 262, Stand 01.2011)
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Prämienniveau - Frauen	<b>Concordia</b> (Tarif: SZ1, Stand 01.2009)	<b>CSS</b> (Tarif: CSS.clinic2, Stand 06.2007)

## Preis-/Leistungsniveau Männer

	1- und 2-Bettzimmer tarife	2-Bettzimmer tarife
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungsniveau - Männer	<b>Arag</b> (Tarif: 261, Stand 01.2011) <b>Concordia</b> (Tarife: SZ1 und SZ PLUS, Stand 01.2010) <b>CSS</b> (Tarif: clinic, Stand 11/2008)* <b>Hallesche</b> (Tarif: CSA100 / CSW1, Stand 01.2009)	<b>CSS</b> (Tarif: CSS.clinic2, Stand 06.2007)*
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungsniveau - Männer	<b>Janitos</b> (Tarif: JA Stationär Plus, Stand 07.2010)*	<b>Arag</b> (Tarif: 262, Stand 01.2011)
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungsniveau - Männer	nicht vergeben	nicht vergeben

## Preis-/Leistungsniveau Frauen

	1- und 2-Bettzimmer tarife	2-Bettzimmer tarife
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungsniveau - Frauen	<b>Arag</b> (Tarif: 261, Stand 01.2011) <b>Concordia</b> (Tarife: SZ1 und SZ PLUS, Stand 01.2010) <b>CSS</b> (Tarif: CSS.clinic, Stand 11.2008)* <b>Hallesche</b> (Tarif: CSA100 / CSW1, Stand 01.2009)	<b>CSS</b> (Tarif: CSS.clinic2, Stand 06.2007)*
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungsniveau - Frauen	<b>Janitos</b> (Tarif: JA Stationär Plus, Stand 07.2010)*	<b>Arag</b> (Tarif: 262, Stand 01.2011)
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungsniveau - Frauen	nicht vergeben	nicht vergeben

**Bitte beachten:** die Standangabe entspricht dem jüngeren Wert aus Beitragsanpassung oder Bezeichnung auf dem Tarifwerk. Beispiel Arag. Die letzte Beitragsanpassung erfolgte zu 04.2010. Seit 01.2011 gibt es jedoch ein neues Bedingungsmerk, in dem die Tarife 261 und 262 nicht geändert wurden. Damit wird als Stand 01.2011 benannt.

\* Tarif ohne Altersrückstellungen bei Erwachsenen

# Rating Privathaftpflichtversicherungen



■ Privathaftpflichtversicherungen für Familien, Paare und Singles: Leistungsvergleich

<b>Basis:</b>	Tarife im Test: 406 Anbieter im Test: 70
<b>Wertung:</b>	Gold, Silber
<b>Stand:</b>	24.02.2011

Bedingungsrating Privathaftpflichtversicherungen	
<p>Private Haftpflichtversicherung Besonders empfehlenswert!</p>	<p><b>InterRisk</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (XXL)</li> </ul>
<p>Private Haftpflichtversicherung Empfehlenswert!</p>	<p><b>ASC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 01.06.2009)</li> </ul> <p><b>BCA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (VARIO Status, VARIO Plus; jeweils Stand 01.01.2010)</li> <li>• (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 01.06.2009)</li> </ul> <p><b>Haftpflichtkasse Darmstadt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (AHB, Stand 01.01.2011, BBR PHV VARIO Komfort Plus: VARIO-PAKET ohne Abwahl oder nur mit Abwahl der Leistungspakete „erweiterte Vorsorge“ und „Recht“)</li> </ul> <p><b>InterRisk</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (XL, XXL; jeweils Stand 01.06.2009)</li> </ul> <p><b>Invers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (VARIO Status, Stand 01.01.2010)</li> <li>• (VARIO Plus, Stand 01.01.2010)</li> </ul> <p><b>Janitos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (AHB, Stand 01.01.2008; BBR, Best Selection 2010, Stand 01.04.2010)</li> <li>• (AHB, Stand 01.01.2008; BBR, Best Selection 2010, Stand 01.04.2010, Zusätzliche Vereinbarung zur Privathaftpflichtversicherung 55plus)</li> </ul> <p><b>Konzept &amp; Marketing</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (AT 2010, PHV 2010: allsafe Tarif select Z1 – Stand 10/2010)</li> </ul> <p><b>maxPool</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (VARIO, Stand 01.01.2010)</li> </ul> <p><b>NV-Versicherungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (AHB 2008, Stand 01.2008, Privatmax. 4.0, Stand 10.2010)</li> <li>• (AHB 2008, Stand 01.2008, NV PrivatPremium, Stand 10.2010)</li> </ul> <p><b>Syncro24</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (PHV VARIO Plus, Stand 01.01.2010)</li> <li>• (PHV VARIO Status, Stand 01.01.2010)</li> </ul> <p><b>VHV</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 01.06.2009)</li> </ul>

► Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien finden Sie unter [www.witte-financial-services.de](http://www.witte-financial-services.de)



# Rating Hausratversicherungen

Tarife mit Versicherungsschutz mit einer Versicherungssumme von 60.000 und 150.000 Euro



<b>Basis:</b>	Tarife im Test: 189 Anbieter im Test: 49 Versicherer bzw. Konzeptanbieter
<b>Wertung:</b>	Gold, Silber, Bronze
<b>Stand:</b>	25.02.2011

## Bedingungsrating (verkaufsoffene Tarife)

Basis: Versicherungssumme 60.000 Euro		
<p>Hausrat-Rating Hausratversicherung Basis 60.000 Euro</p>	<p>Hausrat-Rating Hausratversicherung Basis 60.000 Euro</p>	<p>Hausrat-Rating Hausratversicherung Basis 60.000 Euro</p>
<p><b>InterRisk</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (VHB 2008-XXL, Stand 10.2009; BBE 2008, Stand 02.2009)</li> </ul> <p><b>Konzept &amp; Marketing</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (EV 2010, Stand 11/2010: allsafe casa - die Eigenheimversicherung)*</li> </ul>	<p><b>Konzept &amp; Marketing</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (allsafe Tarif allsect select Z1, Stand 11.2010)</li> </ul>	<p><b>ASC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 06.2009)</li> </ul> <p><b>Haftpflichtkasse Darmstadt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (VHB 2010, Stand 01.2011: Hausratversicherung VARIO PLUS, Stand 01.2011)</li> </ul> <p><b>VHV</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (VHB 2009, BBH Klassik-Garant - Juni 2009, Baustein Exklusiv - Juni 2009, BWE 2008 - Privat: Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein)</li> </ul>
Basis: Versicherungssumme 150.000 Euro		
<p>Hausrat-Rating Hausratversicherung Basis 150.000 Euro</p>	<p>Hausrat-Rating Hausratversicherung Basis 150.000 Euro</p>	<p>Hausrat-Rating Hausratversicherung Basis 150.000 Euro</p>
<p><b>InterRisk</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (VHB 2008-XXL, Stand 10.2009; BBE 2008, Stand 02.2009)</li> </ul> <p><b>Konzept &amp; Marketing</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (EV 2010, Stand 11/2010: allsafe casa - die Eigenheimversicherung)*</li> </ul>	<p><b>Konzept &amp; Marketing</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (allsafe Tarif allsect select Z1, Stand 11.2010)</li> </ul>	<p><b>ASC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 06.2009)</li> </ul> <p><b>Haftpflichtkasse Darmstadt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (VHB 2010, Stand 01.2011: Hausratversicherung VARIO PLUS, Stand 01.2011)</li> </ul> <p><b>VHV</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (VHB 2009, BBH Klassik-Garant - Juni 2009, Baustein Exklusiv - Juni 2009, BWE 2008 - Privat: Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein)</li> </ul>

\* der Tarif allsafe casa von Konzept & Marketing ist eine Allgefahrendeckung und umfasst Versicherungsschutz sowohl für die Sparte Hausrat als auch Wohngebäude. Die Absicherung nur eines der beiden Einzelrisiken ist ausschließlich im Rahmen einer vorübergehenden Exzedentendeckung möglich.

► Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien finden Sie unter [www.witte-financial-services.de](http://www.witte-financial-services.de)

# Rating Wohngebäudeversicherungen



- *Einfamilienhäuser*
- *Zweifamilienhäuser*
- *Mehrfamilienhäuser*

**Basis:** Tarife im Test: 157  
Anbieter im Test: 48 Versicherer bzw. Konzeptanbieter

**Wertung:** Gold, Silber, Bronze

**Stand:** 17.02.2011

► Analysiert wurden ganz oder überwiegend privat genutzte Wohngebäudeversicherungen ohne Berücksichtigung eines möglichen Einschlusses von Glasschäden. Sofern geforderte Mindestleistungen nur gegen Zuschlag mitversichert werden können, wurde ein solcher Mindestzuschlag berücksichtigt. Nicht berücksichtigt wurde ein möglicher Mehrbedarf für die Mitversicherung von Geothermie- oder Photovoltaikanlagen. Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien finden Sie unter [www.witte-financial-services.de](http://www.witte-financial-services.de).

Bedingungsrating Einfamilienhäuser		
<p><b>InterRisk</b> (VGB 2008-XXL-Wohnflächenmodell: XXL-Konzept, Stand 07.2010)</p> <p><b>Konzept &amp; Marketing</b> (EV 2010, Stand 11.2010: allsafe casa – die Eigenheimversicherung)*</p>	<p><b>Konzept &amp; Marketing</b> (GB 2010: allsafe Tarif select Z1, Stand 11.2010)</p>	<p><b>VHV</b> (VGB 2008 – Wert 1914, Fassung September 2008: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wert 1914, Fassung September 2008)</p>
Bedingungsrating Zweifamilienhäuser		
<p><b>InterRisk</b> (VGB 2008-XXL-Wohnflächenmodell: XXL-Konzept, Stand 07.2010)</p> <p><b>Konzept &amp; Marketing</b> (EV 2010, Stand 11.2010: allsafe casa – die Eigenheimversicherung)*</p>	<p><b>Konzept &amp; Marketing</b> (GB 2010: allsafe Tarif select Z1, Stand 11.2010)</p>	<p><b>VHV</b> (VGB 2008 – Wert 1914, Fassung September 2008: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wert 1914, Fassung September 2008)</p>
Bedingungsrating Mehrfamilienhäuser		
<p><b>InterRisk</b> (VGB 2008-XXL-Wohnflächenmodell: XXL-Konzept, Stand 07.2010)</p>	<p><b>Konzept &amp; Marketing</b> (GB 2010: allsafe Tarif select Z1, Stand 11.2010)</p>	<p><b>VHV</b> (VGB 2008 – Wert 1914, Fassung September 2008: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wert 1914, Fassung September 2008)</p>

\* der Tarif allsafe casa von Konzept & Marketing ist eine Allgefahrendeckung und umfasst Versicherungsschutz sowohl für die Sparte Hausrat als auch Wohngebäude. Die Absicherung nur eines der beiden Einzelrisiken ist ausschließlich im Rahmen einer vorübergehenden Exzedentendeckung möglich.

# Rating Jagdhaftpflichtversicherungen für Jäger/Förster



— ■ **Jagdhaftpflichtversicherungen** für Jäger, Jagdpächter, Jagdherren (Jagdveranstalter), Förster, Forstbeamte, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner

**Basis:** Tarife im Test: 197  
Anbieter im Test: 32

**Wertung:** Gold, Silber, Bronze, empfehlenswert

**Stand:** 25.02.2011

Bedingungsrating Jagdhaftpflichtversicherung		
<p><b>Gothaer Allgemeine Versicherung AG</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>AHB, Stand 01/2008, BBR, Stand 01.2011</li> <li>AHB, Stand 01/2008, BBR, Stand 01.2011 mit Klausel 144</li> </ul> <p>Tarife mit 6 oder 15 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- u. Vermögensschäden</p> <p>Versicherter Personenkreis: der Versicherungsnehmer als Jäger, Jagdpächter und Jagdherr bzw. als Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner</p> <p>Innovationsklausel: ja / GDV-Garantie: nein</p>	<p>Nicht vergeben</p>	<p><b>VGH</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>AHB, Stand 07.2010; Jagd-Haftpflichtversicherung, Stand 07.2010</li> </ul> <p>Tarife mit 5 oder 10 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- u. Vermögensschäden</p> <p>Versicherter Personenkreis: der Versicherungsnehmer als Jäger, Jagdpächter und Jagdveranstalter bzw. als Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner</p> <p>Innovationsklausel: ja / GDV-Garantie: nein</p>

## Das Prämienniveau ausgewählter Jagdhaftpflichtversicherer im Überblick

	Tarif	Deckungssumme	Maximierung	Wertung	Bruttojahresprämie für Nichtberufsjäger
<b>Concordia</b>	AHB, Fassung Januar 2008; BBR 14 für Jäger, Fassung Oktober 2008	5 Mio. Euro (P, S), 100.000 Euro (V)	ja (zweifach)		61,88 € *
<b>Gothaer</b>	AHB, Stand 01.2008; Jagd-Haftpflichtversicherung, Stand 2010	15 Mio. Euro (P, S, V)	nein	Gold	73,71 € (zzgl. 79,50 € für Zusatz von Klausel 144)*
<b>Inter</b>	AHB, Stand 01.2008; Jagd-Bedingungen, Stand 11.2009	10 Mio. Euro (P, S), 100.000 Euro (V)	nein	empfehlenswert	49,98 €
<b>LVM</b>	AHB, Fassung 4/2008. Bedingungen und Risikobeschreibung für die Jagd-Haftpflichtversicherung [Fassung 01/2009]	5 Mio. Euro (P, S), 100.000 Euro (V)	nein	empfehlenswert	54,26 € *
<b>R+V</b>	AHB, Stand 01.2008, Jagd-Haftpflichtversicherung von Nicht-Berufsjägern, Ausgabe 01.2011: Ideal	5 Mio. Euro (P, S), 100.000 Euro (V)	nein (Vereinbarung einer Maximierung ist möglich)		78,54 €
<b>VGH</b>	AHB, Stand 07.2010; Jagd-Haftpflichtversicherung, Stand 07.2010	10 Mio. Euro (P, S, V)	nein	Bronze	51,11 € bis 70,36 € *
<b>VHV</b>	AHB, Stand 03.2010; Jagd-Haftpflichtversicherung, Stand 2008	5 Mio. Euro (P, S, V)	nein		71,40 €

**Wichtiger Hinweis:** die Prämien für Tagesjagdscheine oder Jungjäger während der Ausbildung weichen üblicherweise deutlich von den o.g. Prämien ab. Weitere Nachlässe gibt es z.B. bei Gothaer, LVM, R+V oder VGH bei Vereinbarung von Mehrjahresverträgen.

\* Die Concordia gewährt abweichend geringere Prämien für Berufsjäger. Bei der Gothaer gibt es Nachlässe für Jäger mit Mitgliedschaft in diversen Jagdverbänden (Landesjagdverbände Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Thüringen sowie dem Bayerischer Jagdverband). Die LVM bietet Sondernachlässe für Mitglieder eines Landesjagdverbandes. Die VGH bietet Nachlässe für Jäger, die Mitglied in der Landesjägerschaft Niedersachsen sind und zusätzlich für die Teilnahme am Lastschriftverfahren.

Alle Prämien in Tabelle ohne absoluten Selbstbehalt.

► Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien finden Sie unter [www.witte-financial-services.de](http://www.witte-financial-services.de). Dort finden Sie auch umfassendere Prämientabellen sowie beispielhafte Leistungsunterschiede verschiedener Tarife.

# Rating Pferdehalterhaftpflichtversicherungen



- für nicht gewerbliche Besitzer von Pferden, Kleinpferden, Ponys, Eseln und Maultieren
- selbstständige Policen oder in Verbindung mit Privathaftpflicht

<b>Basis:</b>	Tarife im Test: 311 Anbieter im Test: 63
<b>Wertung:</b>	Gold, Silber
<b>Stand:</b>	21.02.2011

## Bedingungsrating Selbständige Pferdehalterhaftpflichtversicherung



### Haftpflichtkasse Darmstadt

- (AHB, Stand 01.01.2011 – gültig ab 01.11.2010; Tierhalter-Haftpflichtversicherung PLUS, Stand 01.01.2011 – gültig ab 01.11.2010) mit 5 oder 10 Mio. Euro pauschal (P, S, V), Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 1 Mio. Euro, bis 10.000 Euro für Schäden an Stallungen, Reithallen und Weiden (20% SB, min. 100 Euro, max. 2.000 Euro), bis 5.000 Euro (20% SB, min. 100 Euro, max. 1.000 Euro) für Schäden an zu privaten Zwecken gemieteten, gepachteten oder genutzten Pferdetransportanhängern

### Konzept & Marketing

- (allsafe select Tarif Z1, Stand 11.2008) mit 6 Mio. Euro pauschal (P, S, V), gegen Zuschlag Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden und anderen unbeweglichen Sachen (z.B. gemietete Stallungen, Reithallen oder Weidezäunen) bis 1 Mio. Euro sowie bis 5.000 Euro für Mietsachschäden an mobilen gemieteten, geliehenen oder gepachteten Gegenständen (z.B. Pferdeanhänger, Pferdedecken, Sätteln oder sonstigem Reitzubehör) mit einem Selbstbehalt von 10 % der Schadenssumme (min. 150 Euro, max. 500 Euro). Voraussetzung für die Empfehlung ist die Mitversicherung von Pferderennen und damit implizit auch Distanzritten gegen Zuschlag.
- (allsafe select Tarif Z1, Stand 10.2010) mit 10 oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V), gegen Zuschlag Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden und anderen unbeweglichen Sachen (z.B. gemietete Stallungen, Reithallen oder Weidezäunen) bis zur Deckungssumme sowie bis 10.000 Euro für Mietsachschäden an mobilen gemieteten, geliehenen oder gepachteten Gegenständen (z.B. Pferdeanhänger, Pferdedecken, Sätteln oder sonstigem Reitzubehör) mit einem Selbstbehalt von 10% der Schadenssumme). Voraussetzung für die Empfehlung ist die Mitversicherung von Pferderennen und damit implizit auch Distanzritten gegen Zuschlag.

### 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 Juni 2009, VBS H 2 2213mp 06.2009)) mit 10 Mio. Euro (P, S), 1 Mio. Euro (V), 10 Mio. Euro für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden, bis 5.000 Euro für Schäden an gemieteten oder geliehenen Pferdetransportanhängern mit 20 % Selbstbehalt (min. 100 Euro, max. 500 Euro), bis 10.000 Euro für Mietsachschäden an Stallungen, Reithallen, Weiden, Boxen und Koppeln inkl. Koppelzäunen mit einem Selbstbehalt von 20% (min. 100 Euro, max. 2.000 Euro; bei Schadenfreiheitsklasse S 8 bis S 12 gilt abweichend ein genereller Selbstbehalt von 500 Euro je Schadenfall) sowie Mietsachschäden an sonstigen gemieteten oder geliehenen Sachen bis 5.000 Euro mit 10% Selbstbehalt (min. 100 Euro, max. 500 Euro). Voraussetzung für die Empfehlung ist die Mitversicherung von Pferderennen und Distanzritten gegen Zuschlag.

### Swiss Life Partner

- (BBR Tierhalter SLP 2008, Stand 01.11.2009) mit 8 oder 10 Mio. Euro (P, S, V), 5 Mio. Euro für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden sowie Mietsachschäden an mobilen Einrichtungsgegenständen / Inventar in Hotels, gemieteten Ferienwohnungen / -häusern bis 5.000 Euro mit 150 Euro Selbstbehalt

Bei einer schriftlich zum Vertrag vereinbarten zusätzlichen Klarstellung in Schriftform, was als „Einkommen“ im Sinne der Bedingungen zu verstehen sein soll, wären zusätzlich „empfehlenswert“:

**ASC** (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: Best Selection mit Rahmenvereinbarung zur Tierhalterhaftpflichtversicherung Nr. ASC00010499) 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 10.000 Euro für Mietsachschäden an Stallungen, Reithallen und Weiden mit Selbstbehalt von 10 % der Schadenssumme (min. 250 Euro, max. 1.000 Euro)

**ConceptA** (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: 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 10.000 Euro für Mietsachschäden an Stallungen, Reithallen und Weiden mit Selbstbehalt von 10 % der Schadenssumme (min. 250 Euro, max. 1.000 Euro)

**Janitos** (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: 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 10.000 Euro für Mietsachschäden an Stallungen, Reithallen und Weiden mit Selbstbehalt von 10 % der Schadenssumme (min. 250 Euro, max. 1.000 Euro)

**NV-Versicherungen** (AHB 2008, Stand 01.2008, BBR PferdePremium, Stand 03.2010) mit 10 Mio. Euro pauschal (P, S) und 10 Mio. Euro (V), Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 5.000.000 Euro, bis 10.000 Euro für Mietsachschäden an Stallungen, Reithallen und Weiden mit 20 % Selbstbehalt von jedem Schaden (min. 250 Euro) sowie bis zu 2.500 Euro für Mietsachschäden an Pferdetransportanhängern mit 20 % Selbstbehalt von jedem Schaden (min. 250 Euro)

## Bedingungsrating Selbständige Pferdehalterhaftpflichtversicherung in Kombination mit einer mindestens empfehlenswerten Privathaftpflichtversicherung beim gleichen Risikoträger



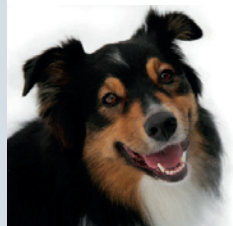
### Haftpflichtkasse Darmstadt

- (AHB, Stand 01.01.2011 – gültig ab 01.11.2010; Tierhalter-Haftpflichtversicherung PLUS, Stand 01.01.2011 – gültig ab 01.11.2010) mit 5 oder 10 Mio. Euro pauschal (P, S, V), Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 1 Mio. Euro, bis 10.000 Euro für Schäden an Stallungen, Reithallen und Weiden (20% SB, min. 100 Euro, max. 2.000 Euro), bis 5.000 Euro (20% SB, min. 100 Euro, max. 1.000 Euro) für Schäden an zu privaten Zwecken gemieteten, gepachteten oder genutzten Pferdetransportanhängern

### Konzept & Marketing

- (allsafe select Tarif Z1, Stand 10.2010) mit 10 oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V), gegen Zuschlag Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden und anderen unbeweglichen Sachen (z.B. gemietete Stallungen, Reithallen oder Weidezäunen) bis zur Deckungssumme sowie bis 10.000 Euro für Mietsachschäden an mobilen gemieteten, geliehenen oder gepachteten Gegenständen (z.B. Pferdeanhänger, Pferdedecken, Sätteln oder sonstigem Reitzubehör) mit einem Selbstbehalt von 10 % der Schadenssumme). Voraussetzung für die Empfehlung ist die Mitversicherung von Pferderennen und damit implizit auch Distanzritten gegen Zuschlag.

# Rating Hundehalterhaftpflichtversicherungen



- ■ Für Besitzer von Kampf-, Zwinger- und sonstigen privat gehaltenen Hunden
- ■ Selbstständige Hundehalterhaftpflicht oder in Verbindung mit einer Privathaftpflicht

**Basis:** Tarife im Test: 325  
Anbieter im Test: 63

**Wertung:** Gold, Silber

**Stand:** 17.02.2011

## Bedingungsrating Tarife für die selbständige Hundehalterhaftpflichtversicherung



### Konzept & Marketing

• (allsafe select Tarif Z1, Stand 10.2010) mit 10 oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V), Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis zur Deckungssumme, gegen Zuschlag auch für bewegliche Sachen in Hotelzimmern, Ferienwohnungen und -häusern sowie bis 10.000 Euro für Mietsachschäden an sonstigen mobilen gemieteten, geliehenen oder gepachteten Gegenständen mit einem Selbstbehalt von 10 % der Schadenssumme. Voraussetzung für die Empfehlung ist die Mitversicherung der erweiterten Mietsachschadendeckung gegen Zuschlag.



### KonzeptA

• (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: Balance) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S), 2,5 Mio. Euro (V) sowie Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 2,5 Mio. Euro  
 • (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: 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

• (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: 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

### Konzept & Marketing

• (allsafe select Tarif Z1, Stand 10.2010) mit 10 oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V), Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis zur Deckungssumme. Verzicht auf zuschlagspflichtige Erweiterungen des Versicherungsschutzes

### ConceptIF

• (Konzept VI: AHB, Stand 01.2008; BBR Hundemax. - 03/2010: Tierhalter-Haftpflicht-Versicherung) mit 6 Mio. Euro pauschal (P, S, V) sowie bis 1.000.000 Euro für Mietsachschäden an Gebäuden im Rahmen der Sachschadendeckungssumme

### NV-Versicherungen

• (AHB 2008, Stand 01.2008, BBR Hundemax. - 03/2010) mit 5 Mio. Euro (P, S) und 5 Mio. Euro (V) sowie bis 1.000.000 Euro für Mietsachschäden an Gebäuden im Rahmen der Sachschadendeckungssumme  
 • (AHB 2008, Stand 01.2008, BBR HundePremium - 03/2010) mit 10 Mio. Euro (P, S) und 10 Mio. Euro (V), bis 5.000.000 Euro für Mietsachschäden an Gebäuden im Rahmen der Sachschadendeckungssumme sowie bis 30.000 Euro für Mietsachschäden an mobilen Gegenständen mit 100 Euro Selbstbehalt

### Haftpflichtkasse Darmstadt

• (AHB, Stand 01.01.2011 – gültig ab 01.11.2010; Tierhalter-Haftpflichtversicherung PLUS, Stand 01.01.2011 – gültig ab 01.11.2010) mit 5 oder 10 Mio. Euro pauschal (P, S, V), Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 1 Mio. Euro, bis 10.000 Euro für Schäden an Stallungen, Reithallen und Weiden (20% SB, min. 100 Euro, max. 2.000 Euro), bis 5.000 Euro (20% SB, min. 100 Euro, max. 1.000 Euro) für Schäden an zu privaten Zwecken gemieteten, gepachteten oder genutzten Pferdetransportanhängern

### Swiss Life Partner

• BBR Tierhalter SLP 2008, Stand 01.11.2009) mit 8 oder 10 Mio. Euro (P, S, V), 5 Mio. Euro für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden sowie Mietsachschäden an mobilen Einrichtungsgegenständen / Inventar in Hotels, gemieteten Ferienwohnungen / -häusern bis 5.000 Euro mit 150 Euro Selbstbehalt

### Janitos

• (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: Balance) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S), 2,5 Mio. Euro (V) sowie Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 2,5 Mio. Euro

## Bedingungsrating Tarife für die Kombination aus Hundehalter- und Privathaftpflichtversicherung über den selben Risikoträger



### Haftpflichtkasse Darmstadt

• (AHB, Stand 01.01.2011 – gültig ab 01.11.2010; Tierhalter-Haftpflichtversicherung PLUS, Stand 01.01.2011 – gültig ab 01.11.2010) mit 5 oder 10 Mio. Euro pauschal (P, S, V), Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 1 Mio. Euro, bis 10.000 Euro für Schäden an Stallungen, Reithallen und Weiden (20% SB, min. 100 Euro, max. 2.000 Euro), bis 5.000 Euro (20% SB, min. 100 Euro, max. 1.000 Euro) für Schäden an zu privaten Zwecken gemieteten, gepachteten oder genutzten Pferdetransportanhängern

### Konzept & Marketing

• (allsafe select Tarif Z1, Stand 10.2010) mit 10 oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V), Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis zur Deckungssumme, gegen Zuschlag auch für bewegliche Sachen in Hotelzimmern, Ferienwohnungen und -häusern sowie bis 10.000 Euro für Mietsachschäden an sonstigen mobilen gemieteten, geliehenen oder gepachteten Gegenständen mit einem Selbstbehalt von 10 % der Schadenssumme.

**Hinweis:** Alle hier aufgeführten Tarife gelten nur für tariflich definierte Hunderassen, nicht jedoch für „Kampfhunde“ im Sinne der jeweiligen Tarife. Hier sind alternativ Tarife von Axa, ConceptIF (Konzept II), Haftpflichtkasse Darmstadt oder maxPool (Basis 3) zu berücksichtigen, auch wenn diese ausdrücklich nur teilweise die Mindestanforderungen für einen „empfehlenswerten“ Tarif im Sinne dieses Ratings erfüllen. Diese Tarife haben in vergangenen Tests sehr gut abgeschnitten. Sehr leistungsstark sind auch die Hundehalterhaftpflichtversicherungen der degenia (classic, premium und optimum, je Stand 03.2010), allerdings erlischt hier der Versicherungsschutz abweichend vom GDV-Standard in dem Moment, wo der inländische Wohnsitz oder die inländische Bankverbindung auch nur vorübergehend nicht mehr existieren, so z.B. während der Zeit als Au Pair in den USA. Das gleiche Problem gilt für die Tierhalterhaftpflichttarife von maxPool (Exklusiv, Stand 02.2009) und Volkswohl Bund (Stand 10.2009), die sonst ebenfalls als empfehlenswert gelten können.