

Risiko & Vorsorge

11. Jahrgang
 Ausgabe 2-2012
 4,90 Euro

Leistungsspektrum der PKV

Alle Fakten, die für Ihre Beratung zählen.

- ▶ **Produkt ohne Zukunft?**
 Grundfähigkeitsversicherung
- ▶ **Bauspar-Pluspunkte**
 Hohe Zuschüsse für Berufsanfänger
- ▶ **NEU: Rating**
 Funktionsinvaliditätsversicherung
- ▶ **Interviews**
 - CSS
 - Friends Provident
 - insuro Maklerservice
 - Zurich



Eigentor:

Provisionsabgabeverbot

Für Versicherungsvermittler aller Couleur wird mit der hochwahrscheinlich anstehenden Aufhebung des Provisionsabgabeverbots eine neue Runde im Überlebenskampf eingeläutet. Der Preiswettbewerb auf diesem Feld wird sich im Geschäft mit kleinen wie großen Kunden verheerend auswirken.

Das Margen-Niveau wird zwangsläufig stetig sinken. Für den Vermittler bedeutet das: Mehr Abschlüsse im Eiltempo, sofern möglich. Der Gesetzgeber respektive die BAFin forcieren somit einen Wettbewerb zugunsten des Akkord-Verkaufs. Makler, die bisher ein ausbalanciertes Geschäftsmodell verfolgten und sich damit auch wirtschaftlich vernünftig einrichten konnten, bekommen Stress von einer ganz neuen Seite. Zudem wird seitens der Produktgeber die Motivation zur Schaffung von Netto-Tarifen sowie echten Honorartarifen abnehmen.

Die Mehrheit der in Versicherungsdingen ungeübten Verbraucher wird dem Turbo-Verkäufer mit den günstigsten Konditionen vertrauen. Dem Stolz auf einen „Schnäppchenkauf“ werden noch mehr „Aha“-Erlebnisse im Leistungsfall folgen.

Der klaren Position des GDV in dieser Sache kann nur uneingeschränkt zugestimmt werden. Mit der einhundertprozentigen Aufhebung des Provisionsabgabeverbots wird das Image der Versicherungsvermittlung seinen finalen K.O. erhalten.

Und: Die Polarisierung des Marktes in garnicht bis schlecht beratene Verbraucher und bestens beratene Verbraucher wird durch die Aufhebung des Provisionsabgabeverbotes rasant zunehmen.



Herzlichst
Ihr

Klaus Barde
Herausgeber

Mit über 100 Jahren
Schweizer Erfahrung
und gesundem Weitblick:
Der Tarifbaustein
Gesundheit plus.

- mit Schadenfreiheitsrabatt
- ohne Altersrückstellung



Zahlen Ihre Kunden gerne die Praxisgebühr und andere Eigenbeteiligungen? Wahrscheinlich nicht. Deshalb übernehmen wir das. Genauso wie die Kosten für Sehhilfen, umfangreiche Vorsorgeuntersuchungen, freie Krankenhauswahl und die Auslandsreisekrankenversicherung. Und das alles für ein Beiträgli, das fair kalkuliert ist und noch kleiner wird, wenn man uns mal nicht braucht. Sind das nicht beste Argumente, um Ihre Kunden zu überzeugen? Noch mehr finden Sie unter www.cssvertriebspartner.com

Ein Unternehmen
der Schweizer
CSS Versicherungsgruppe



Impressum

Herausgeber:
Klaus Barde

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

Anzeigen:
Karin Klawunn
Tel. 05 51-5 85 11
Fax: 05 51-4 36 32
Es gilt der Anzeigentarif „Finanz-Vertrieb“ vom 01. Dezember 2011

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

Bestellungen/Abonnements:
Birgit Pollter
Fax. 05 51-2 91 31 52
birgit.pollter@kabelmail.de

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

Jahres-Abonnement:
26,10 € inkl. 7% MwSt. und Versand.

Erscheinungsweise:
Vierteljährlich.

Satz, Layout, Grafik:
Michaela Vormoor

Titelbild: FotoEdhar, Fotolia

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

Gerichtsstand ist Göttingen.

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

www.risikoundvorsorge.de
www.hbmagazin.de
www.promakler.de
www.bhm-marketing.de

■ Editorial	3
■ Info	5
■ Grundfähigkeitsversicherungen	
• Hat das Produkt noch eine Zukunft?	10
■ PKV: Leistungsspektrum der privaten Krankenversicherung	
18	
	
■ Interview	
„Unsere PKV-Spezialisierung schafft klare Wettbewerbsvorteile“	
Gespräch mit Jan Dinner, insuro Maklerservice	33
■ Interview	
„Um die Zukunft machen wir uns keine Sorgen.“	
Gespräch mit Beat Moll, CSS Versicherung AG	34
■ Pflegeversicherungsschutz im Ausland	36
■ bAV	
• Rechtskonforme Beratung der betrieblichen Altersversorgung	40
• bAV-Fakten	46
■ FRV	
• FRV im Griff der Finanzmärkte	48
■ Interview	
„Wir setzen stark auf vermögensverwaltende Strategien.“	
Gespräch mit Stefan Giesecke, fpb AG	50
	
■ Interview	
„Die Transparenzforderungen – insbesondere bei Kosten – nehmen wir sehr ernst.“	
Gespräch mit Prof. Hans-Wilhelm Zeidler, Zurich Gruppe Deutschland	52
■ GDV-Garantien in der Realität, Teil 3	
• Sparte Wohngebäudeversicherung	55
■ VL: Makler sollten Bauspar-Pluspunkte kennen!	58
■ Hochwertiger KFZ-Versicherungsschutz im Detail	62
■ Ratings	
• 7 Jahre WFS-Leistungsratings – Erläuterungen zur Rating-Qualität	66
• Rating Unfallversicherungen	68
• Rating Stationäre Krankenzusatztarife	72
• Rating Pfl egetagegeld- und Pfl egerentenversicherung	74
• Rating Privathaftpflichtversicherungen	75
• Rating Hausratversicherungen	76
• Rating Wohngebäudeversicherungen	77
• Rating Jagdhaftpflichtversicherungen für Jäger/Förster	78
• Rating Pferdehalterhaftpflichtversicherungen	79
• Rating Hundehalterhaftpflichtversicherungen	80
• Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) als Sachversicherung	81
■ Dachfonds-Ranking	83

■ Leitfaden: Mitarbeiterverträge

Der „Leitfaden zur Gestaltung von Mitarbeiterverträgen“^{**} bietet Informationen für die Vertragsgestaltung sowie Überprüfung bestehender Vertragsverhältnisse. Die Auflistung von Vor- und Nachteilen der einzelnen Mitarbeiter-Verträge hat sich aus der täglichen Arbeit und den Anfragen von Vermittlern des Maklerpools Akkurat Financial Service GmbH in Münster heraus entwickelt.

*Akkurat Financial Service GmbH / www.akkurat-service.eu

■ LV 1871: Neue Fonds

Das Fondsportfolio der LV 1871 bietet nunmehr auch drei ETFs von iShares. Mit iShares DAX, iShares EURO STOXX 50 und iShares MSCI World können der deutsche, der europäische sowie der weltweite Aktienmarkt repräsentativ und kostengünstig abgedeckt werden. Ebenso neu: die Mischfonds Ethna-AKTIV E und Ethna-GLOBAL Defensiv sowie der Aktienfonds Carmignac Investissement. Insgesamt können die Kunden aus über 60 Fonds wählen. www.lv1871.de



Urteil: Krankentagegeld

Ist ein freiberuflich tätiger Versicherter infolge einer Erkrankung nicht vollständig arbeitsunfähig, so hat er selbst dann keinen Anspruch auf Leistungen aus seiner Krankentagegeld-Versicherung, wenn er seiner Berufstätigkeit nur mit großen Einschränkungen nachgehen kann.*

Geklagt hatte ein freiberuflich tätiger Rechtsanwalt. Nach einem leichten Schlaganfall litt er unter einer Lesestörung. Laut Sachverständigem konnte der Kläger jedoch Texte mit einfach gelagerten Sachverhalten lesen, sie verstehen und adäquat auf sie reagieren. Das reichte dem Gericht, die Leistungsverpflichtung des Krankentagegeld-Versicherers aufzuheben.

Darauf, dass das Lesen solcher Texte für den Kläger mit einem erheblichen Zeitaufwand verbunden ist und er als Rechtsanwalt nur noch wenige Mandate bearbeiten kann beziehungsweise nur noch zu Teilleistungen in der Lage sei, kam es nach Meinung des Gerichts nicht an.

* Oberlandesgericht Celle mit Urteil vom 24. November 2011 (Az.: 8 U 173/11)

Versicherungsmarkt: Ohne Wachstum

Im Rahmen des 2. Versicherungssymposiums der Universität Hohenheim bewertete Gothaer-Vorstand Professor Dr. Hartmut Nickel-Waninger den deutschen Versicherungsmarkt als gesättigt. Die Marktdaten würden signalisieren, dass jetzt ein Verdrängungswettbewerb auf der Tagesordnung stehe.

Die Lebensversicherung habe zwar mit über 72 Milliarden Euro deutlich gestiegene Beitragseinnahmen. Dahinter stehe jedoch der Sondereffekt der Einmalbeiträge. Leistungsausgaben, die Fähigkeit der Versicherten, sich ihre Beiträge leisten zu können und die Stagnation der Erwerbstätigenzahl vermerkte Nickel-Waninger als hauptursächlich für die Marktenge. Zudem stagniere der Markt nicht nur, er verkleinere sich. Der zunehmende Wettbewerb werde die Vermittler mit Ertragsproblemen belasten. Internetnutzung und Vergleichsportale steigerten die Preistransparenz und machten die Verbraucher kritischer. Die weithin sinkenden Durchschnittsbeiträge würden zudem zusätzlich für fehlende Provisions- sowie Courtageeinnahmen sorgen.

Vergleichbare Produkte:

Volatium-Profil

Das Volatium-Zertifikat ist laut Morgen & Morgen der erste Standard, mit dem alle Altersvorsorge-Produkte am Markt einheitlich und damit vergleichbar dargestellt werden können. Angefangen von den Kosten bis hin zur Rendite-Wahrscheinlichkeit. Siehe hierzu auch „Risiko & Vorsorge“ Nr. 3/2011.

Diese Unternehmen sind bisher vertreten:

Alte Leipziger Lebensversicherung a.G. (23 Tarife)
Axa Lebensversicherung AG (sechs Tarife)
Canada Life Assurance Europe Limited (fünf Tarife)
Gothaer Lebensversicherung AG (zwei Tarife)
HDI-Gerling Lebensversicherung AG (zwölf Tarife)
Stuttgarter Lebensversicherung a.G. (sieben Tarife)
Volkswahl Bund Lebensversicherung a.G. (44 Tarife),
Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG (ein Tarif).

www.morgengundmorgen.de

NV-Versicherungen
Alles bestens.



**Hausrat.
Haftpflicht.
Unfall.**

**DIE NV HAT
GENAU DAS,
WAS SIE WOLLEN.**

- Top-Ratings für NV-Produkte
- Viele Leistungsextras und Deckungserweiterungen
- NV-Update-Garantie
- Schnellster Service
- Zufriedene Kunden

Jetzt informieren und profitieren.

maklerservice@nv-online.de
Tel. 04974 -9170-14 / -18



all up Stee!



Allergische Reaktion: Unfall und keine Krankheit!

Das Oberlandesgericht München (OLG) hat entschieden, dass die versehentliche bzw. unbewusste Aufnahme von Allergenen in einem Lebensmittel durch eine auf verschiedene Stoffe bekannterweise allergische Person und die dadurch ausgelöste allergische Reaktion des Körpers einen Unfall im Sinn der privaten Unfallversicherung darstellt.

Eine bestehende allergische Reaktionsbereitschaft des Körpers auf bestimmte Lebensmittelstoffe ist nach dieser Entscheidung überdies keine (mitwirkende) Krankheit und mindert deshalb die Ansprüche gegen die Versicherung nicht. Die Leistungspflicht der privaten Unfallversicherung vermindert sich nicht wegen der Mitwirkung bereits vorhandener Krankheiten oder Gebrechen bei den Unfallfolgen. Die Revision des Urteils beim Bundesgerichtshof wurde zugelassen.

OLG München, Urteil vom 01.03.2012, Az.: 14 U 2523/11.

Makler & Beratungspflicht

Im Gegensatz zu Immobilien- oder Finanzmaklern wird ein Versicherungsmakler laut Professor Schwintowski, Berlin, nicht nur durch einen Vermittlungs-, sondern auch durch einen Geschäftsbesorgungs-Vertrag mit seinem Kunden verbunden. Das bedeutet, dass es generell nicht in sein Belieben gestellt ist, ob er aktiv werden will oder nicht.

Das im VVG eingebrachte Sachwalter-Urteil beinhaltet jedoch keine nachvertragliche Beratungspflicht. Der Makler muss seinen Kunden aber gemäß der Schutzpflicht nach § 241 BGB von sich aus darauf hinweisen, wenn z.B. eine Ausschlussfrist eingehalten werden muss oder Deckungslücken möglich sind.

Der Makler kann jedoch erwarten, dass die Initiative vom Kunden dann ausgeht, wenn ein veränderter Bedarf besteht. Nicht empfehlenswert ist es, die Beratungspflichten im Maklervertrag auszuschließen. Dieser Akt wäre laut Prof. Schwintowski unwirksam.

Vergleichsportale: Wesentliche Info-Größe

Das Internet wird als Informationsquelle im Rahmen des Versicherungsabschlusses immer wichtiger: In der aktuellen KUBUS-Studie zeigt sich, dass vor jedem dritten Abschluss einer Versicherung ein Vergleichsportal im Internet genutzt wird. Die Vergleichsquoten variieren zwischen den verschiedenen Sparten deutlich. Bei Kfz-Versicherungen ist der Anteil der Vergleiche von Versicherungen über Onlineportale am höchsten: 41% der Neukunden einer Kfz-Versicherung haben ein Portal vor dem Abschluss besucht.

Vergleichsplattformen werden ebenfalls häufig bei Abschlüssen von Krankenversicherungen konsultiert (35%). Bei den Schadenversicherungen ohne Kfz liegen die Quoten der Nutzer von Online-Vergleichsportalen zwischen 26% und 31%. Vergleiche bei Vorsorgeprodukten werden deutlich seltener angestellt. Die Erwartungshaltung bezüglich des Preises eines Versicherungsprodukts wird durch Portale stark beeinflusst. www.MSR.de



Buchtipps

Steuertipps für Versicherungsvermittler

Auch in der 14. Auflage bietet dieser Klassiker des Steuerrechts wieder umfangreiche Hilfen für die optimale Gestaltung der Steuererklärungen 2011/2012 und die Ausnutzung legaler Steuervorteile. Der Ratgeber ist abgestimmt auf die Bedürfnisse von Versicherungsvermittlern.

*Schoor – Steuertipps für Versicherungsvermittler
18,50 Euro · Bestellung: vww.de*

■ bAV: Neue Rentenmodelle

Vertreter des Arbeitsministeriums und der Koalition erwarten von der vom Ministerium geplanten Zuschuss-Rente neue Impulse für die betriebliche Altersvorsorge. Da die zunächst auf 850 Euro festgelegte Zuschuss-Rente nur derjenige in Anspruch nehmen kann, der auch entsprechende Eigenvorsorge betreibt, erwartet man zusätzliche Impulse für die private und betriebliche Altersvorsorge.

www.bmas.de

■ Nachhaltige Fonds: Nachhaltige Performance?

Nahezu dreihundert in Deutschland vertriebene Fonds vermarkten sich als nachhaltig. Die Kriterien sind jedoch höchst unterschiedlich. Performancetechnisch betrachtet, hatten alle Produkte das Problem, in den vergangenen Jahren ihren Vergleichsindex zu schlagen. Von den Fonds mit Nachhaltigkeitsanspruch können laut Feri Eurorating nur 150 Produkte dieses Kriterium auch erfüllen. In der Gruppe der weltweit anlegenden Aktienfonds gibt es, so Feri, mit Blick auf die vergangenen drei Jahre drei von 41 nachhaltigen Fonds, die den Börsenindex MSCI World schlagen konnten. frr.feri.de

■ Versicherer & Social Media

Eine Studie der Attensity Europe GmbH sieht für die deutschen Versicherer sehr starken Nachholbedarf auf dem Kommunikationsfeld von Social Media.

US-amerikanische Unternehmen werden hierzu im Vergleich mit weitem Vorsprung (4 bis 5 Jahre) bewertet. Unter anderem konnte knapp die Hälfte der befragten deutschen Unternehmen (47,4 Prozent) keinen Verantwortlichen für Social Media nennen. Kritisiert wird zudem die unterschiedliche Präsenz-Qualität der Internetauftritte. Die junge Generation ist durch Radio, Fernsehen und Zeitungen kaum noch zu erreichen; dieser Fakt wird jedoch von etlichen Führungskräften in keinsten Weise realisiert.

www.attensity.com

Bausparen: Sparfördernd

Bausparer sind sehr sparsam. Sie sparen auch bei gleichen Einkommen deutlich mehr als Nicht-Bausparer. Das ist das Ergebnis einer Sonderauswertung der jüngsten Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) des Statistischen Bundesamtes.

Ein Bausparvertrag hebt demnach die Sparquote um rund fünf Prozentpunkte an. Basis der Analyse sind Durchschnitts-Haushalte mit einem Nettoeinkommen zwischen 2.000 und 3.000 Euro im Monat. Auch ältere Mieter und schuldenfreie Hauseigentümer sparen signifikant mehr als vergleichbare Haushalte, die keinen Bausparvertrag haben.

www.destatis.de / www.lbs.de

■ Pflegerente: Swiss Life

Der „Pfleger- & Vermögensschutz“ wird in zwei Tarifvarianten geboten: *Sofortschutz (T 170) oder Aufbauplan (T 172)*.

Der Sofortschutz erhielt von Morgen & Morgen die Bestnote „ausgezeichnet“ (5 Sterne). Die Police ist als Risikoversicherung mit Kapital bildenden Elementen kalkuliert. Stirbt der Pflegebedürftige, so erhalten die Erben 90 Prozent der eingezahlten Beiträge sowie die Überschussanteile zurück, abzüglich schon gezahlter Pflegerenten. Gegen Aufpreis: sechs Monats-Pflegerenten Sofortzahlung.

In beiden Tarif-Varianten gibt es Qualitätsabstufungen nach Komfort- und Premiumschutz. Die Einstufung in Pflegestufe II gibt es schon bei vier nicht mehr möglichen Verrichtungen des täglichen Lebens und bei Demenz bereits ab Schweregrad fünf der Reisberg-Skala. Hier liegt ein echter Wettbewerbsvorteil. www.swisslife.de

■ GDV steht zu Provisionsabgabeverbot

„Wir sprechen uns nachdrücklich für die Beibehaltung des bestehenden Provisionsabgabeverbots aus. Die Finanzkrise hat gezeigt, dass es einer qualitativ hochwertigen Finanzberatung bedarf. Gute Beratung ist nicht umsonst und auch nicht zum „Schnäppchen-Preis“ zu haben. Ein Wettrennen der Vermittler um die „billigste Beratung“ geht zu Lasten der Beratungsqualität.“ Jörg von Fürstenwerth, Vorsitzender der GDV-Hauptgeschäftsführung.

Quelle: www.versicherungsjournal.de

Regeln für Werbeanrufer: Bußgelder bis zu 50.000 Euro

Das Oberlandesgericht München urteilte (Az.: 6 U 4039/10), dass Telefonwerbung nur nach gesonderter Zustimmung erlaubt ist. Finanzberater können somit nicht potenzielle Neukunden einfach per Telefon kontaktieren. Anrufe zu Werbezwecken sind laut Urteil nur erlaubt, wenn der Verbraucher vorher ausdrücklich und in einer gesonderten Erklärung zugestimmt hat. Eine nachträgliche Billigung des Angerufenen reicht nicht aus.

Vorherige Zustimmung

Für diese vorherige Zustimmung gelten strenge Regeln. Die Zustimmung zur Werbung darf nicht zusammen mit anderen Erklärungen vom Kunden unterschrieben werden. Es ist eine gesonderte Erklärung notwendig, aus der das Einverständnis zu Telefonanrufen klar hervorgeht. Diese Einwilligungserklärung muss sich zudem ausschließlich auf die Werbung beziehen. Im Urteil erklärte das Gericht zudem, was erlaubt ist. Es ist zulässig, wenn an bereits bestehende Kunden ein Schreiben gesandt wird, in dem um die Zustimmung zur Werbung gebeten wird. Kunden dürfen in einem Schreiben zusammen mit dem Kauf eines Produktes auch ihr Einverständnis zur Werbung per Telefon, E-Mail und SMS erteilen. Die Folgen von unerlaubten Anrufen können teuer werden: Geldbußen bis zu 50.000 Euro sind laut Gesetz möglich. Auch versuchte Anonymität kostet Geld. Bei Werbeanrufen dürfen Finanz-

berater ihre Rufnummern nicht unterdrücken. Verstöße gegen diese Regelung können bis zu 10.000 Euro kosten.

AGB-Klauseln

Die bei Darlehens- und Versicherungsverträgen in den allgemeinen Geschäftsbedingungen vorformulierte Einverständnisklausel zur künftigen Telefonwerbung ist unwirksam. Oft liegen Vertragsklauseln vor, die eine Speicherung und Nutzung der Kundendaten zu Werbezwecken erlauben sollen. Diese sind nur gültig, wenn sie nach Paragraph 4a des Bundesdatenschutzgesetzes besonders hervorgehoben sind. Sie müssen abgesetzt, eingerahmt oder durch Fettdruck auffällig gekennzeichnet sein.

Widerrufsfrist: 1 Monat

Führt ein Telefongespräch mit dem Kunden zu einem Vertragsabschluss, gilt: Verträge, die während eines Telefonats geschlossen werden, können Kunden nach den Vorschriften über Fernabsatzverträge widerrufen. Sie sind dann nicht mehr an den Vertrag gebunden. Die Widerrufsfrist beträgt einen Monat. Diese Frist kommt dann in Anrechnung, wenn der Berater seine Informationspflichten für Fernabsatzverträge vollständig erfüllt hat. Der Kunde muss dazu in Textform, zum Beispiel per Fax, E-Mail oder schriftlich mit der Rechnung, ordnungsgemäß über sein Widerrufsrecht belehrt worden sein.

Und plötzlich sind andere Vorsorgemodelle Vergangenheit

2012 – der Generationswechsel der Vorsorgemodelle

Garanziezinssenkung war gestern: FRIENDS begegnet den Herausforderungen der heutigen Altersvorsorge mit Lösungen von morgen. Die Zukunft vereint 100%ige Beitragsgarantie mit echten Renditechancen und bietet gleichzeitig mehr Transparenz und Fairness für Ihre Kunden. Mit den fortschrittlichen Vorsorgelösungen von FRIENDS können Sie vertrauensvoll in die Zukunft schauen. So geht Vorsorge heute.

Friends Provident International ist ein Handelsname, unter dem die Friends Life Limited außerhalb des Vereinigten Königreichs tätig ist. Vertriebservice in Deutschland durch fpb AG – financial partners business. Website: www.fpbag.de Email: info@fpbag.de

XIN75/S 01.12 Diese Anzeige richtet sich ausschließlich an unabhängige Finanzdienstleister.



FRIENDS PROVIDENT INTERNATIONAL

So geht Vorsorge heute

YouGov Studie „Mehrwerte für Makler schaffen 2012“

Makler loben Versicherer, obwohl die Branche noch besser sein könnte

Nach wie vor gibt es kritische Töne von Versicherungsmaklern zu den Leistungen der Versicherer. Schlechte Vor-Ort-Maklerbetreuung oder Warteschleifen und fehlende Kompetenz in den telefonischen Service-Centern führen weiterhin zu Enttäuschungen auf Seiten der freien Vertriebspartner. Dennoch ist ein Lichtschimmer am Ende des Tunnels der Umbauarbeiten der letzten Jahre zu sehen.

Neue Strukturen, wie beispielsweise die Servicecenter oder Maklerportale, werden zunehmend akzeptiert. Der Grund hierfür ist in der gestiegenen Qualität in den Service- und Beratungsleistungen der Versicherer sowie im technologischen Fortschritt der Schnittstellengestaltung zu sehen. Allein die Anzahl der Best-Practice-Beispiele für telefonische Servicecenter und für Maklerportale hat sich im Vergleich zur Untersuchung in 2010 zum Teil mehr als verdoppelt.

Dies sind die Ergebnisse der YouGov-Studie* „Mehrwerte für Makler schaffen 2012“, die von der adesso AG fachlich begleitet wurde. Die Studie beleuchtet den aktuellen Status der Wertschöpfungskette Kunde, Makler und Versicherung und arbeitet die wichtigsten Handlungsfelder für die drei Schwerpunktthemen Betreuung, Kommunikation und Maklerportale heraus. Hierfür wurden insgesamt 20 qualitative Expertengespräche mit Finanz- und Versicherungsmaklern (davon zehn telefonische und zehn persönliche vor Ort) sowie ein Kreativ-Workshop mit zehn Maklern durchgeführt.

Megatrend Effizienzorientierung

Die Angebotsvielfalt (Versicherer, Produkte), die berechtigten Anforderungen an die Beratungsqualität sowie der zunehmende Verdrängungswettbewerb stellen viele Maklerbüros (wie auch Agenturen) vor existenzielle Fragen. Mit einem fixen Zeitkontingent konzentrieren sich die Makler ganz ökonomisch auf den Markt, sprich Kundengewinnung

und Betreuung, und versuchen, dieses Engagement konstant aufrecht zu halten. Dementsprechend wird in den Bereichen Anbieter- und Produktauswahl, Geschäftsabwicklung und Absicherung gegenüber Haftungsrisiken nach hoch effizienten Strategien gesucht, und sie werden auch gefunden.

„Makler haben drei Strategien entwickelt, um effizienter zu werden: Vereinfachung, Fokussierung und Digitalisierung“, erläutert Dr. Oliver Gaedeke, YouGov-Vorstand und Leiter der Finanzdienstleistungsforschung, die Studienergebnisse.



Kurze und prägnante Produktinformationen und Schulungen oder das schnelle Auffinden von Formularen im Maklerportal sind Beispiele für Vereinfachungen in der Wertschöpfungskette. Die Fokussierung auf für den Makler und seine Kunden relevante Anbieter und Produkte bringt dem Makler eine hochwertige und gleichzeitig effizientere Arbeit ein.

Die Zukunft liegt in den Maklerportalen

Schließlich hat sich der Wunsch nach Digitalisierung und Online-Abwicklung möglichst aller Geschäftsprozesse von der Information, über Angebot und Regulierung bis zur Bestandsverwaltung

inzwischen sehr stark ausgeprägt.

„Die Makler und Versicherer haben jetzt verstanden, welche Vorteile in einem hochwertigen Maklerportal für beide Seiten liegen. Liest man den Wunschkatalog der Makler, ist das Effizienzpotenzial dieser Wertschöpfungsbeziehung noch lange nicht gehoben“, kommentiert Andreas Hutfleß, Bereichsleiter Consulting Versicherungen, adesso AG. Versicherer mit noch fehlenden Tarifrrechnern, unvollständigem Dokumentenangebot oder gar komplizierter Bedienungsführung werden bereits von Maklern gemieden.

Einzig das Fehlen einer Standardisierung für das Log-In und die Hauptmenügestaltung verhindert es, dass die gesamte Wertschöpfungskette sogar kurzfristig einen deutlichen Effizienzsprung erzielt. „Stellen Sie sich vor, für jede ihrer Geschäftsbeziehungen haben sie eine anders sortierte Computertastatur. Das ist der Alltag für Makler, wenn sie mehr als ein Maklerportal nutzen. Dabei steht in allen Lehrbüchern, was für ein Effizienz- und Wachstumsschub durch Standardisierungen zu erzielen ist“, ergänzt Dr. Gaedeke.

Die Studie „Mehrwerte für Makler schaffen 2012“ umfasst rund 130 Seiten und berichtet schwerpunktmäßig über die aktuellen Maklererwartungen an Produkte, Kommunikationswege und Maklerportale. Mit zahlreichen Best-Practice-Beispielen von einzelnen Versicherungsgesellschaften liefert die Studie anschauliche und praktische Impulse für alle Entscheider im Maklervertrieb.

Weitere Informationen zur Studie: www.research.yougov.de/trade/productview/315

*YouGov Deutschland AG: YouGov ist ein im Jahr 2000 gegründetes, börsennotiertes Marktforschungsinstitut und einer der Pioniere im Einsatz von Online-Erhebungen zur Bereitstellung hochwertiger Daten in den Feldern Markt- und Sozialforschung. YouGov ist ausgewiesener Spezialist für die Erforschung der Finanzdienstleistungs- und Versicherungsmärkte. www.yougov.de.

Honorar vs. Provision

Vergütung allein entscheidet nicht über Qualität

Deutsche Bank DB Research hat im Februar diesen Jahres eine Marktstudie zur Vergütungsproblematik publiziert. „Risiko & Vorsorge“ veröffentlicht hieraus einen Auszug des zusammenfassenden Eingangstextes der Autorin Sophie Ahlswede. Der gesamte Beitrag ist unter www.dbresearch.de aufzurufen.

Der Nutzen von Anlageberatung wird regelmäßig in Frage gestellt. Sie zieht ihre Rechtfertigung aus dem Anspruch, einen nachhaltigen Mehrwert für den Kunden zu schaffen. Theoretisch betrachtet können die Minimierung verhaltensökonomischer Effekte, Skaleneffekte bei der Informationsbeschaffung und Analyse sowie eine Erhöhung der Beteiligung am Markt für Anlageprodukte einen Nutzen für Anleger und Volkswirtschaft stiften.

Vergütung steuert Anreize. Dies trifft sowohl auf Provisionen wie auf Honorare zu. Vergütung ist jedoch nur einer von mehreren Faktoren, die die Qualität von Beratung beeinflussen. Andere Faktoren sind (finanzielle) Bildung der Verbraucher, Kostentransparenz, Umgang mit komplexen Produkten, Beraterqualifikation und sonstige interne Anreizsysteme.

Die Sicherung der Qualität der Anlageberatung darf daher nicht auf die Frage der Vergütungsform reduziert werden. Qualitätssicherung – mit dem Ziel, Fehlberatung zu vermeiden – erfordert einen ganzheitlichen Ansatz, sowohl bei der Regulierung als auch in der bankinternen Steuerung.

Stärkere „Kundenorientierung“ ist sowohl von Angebotsseite als auch von Regulierungsseite notwendig: Was braucht ein Verbraucher, um gute Anlageentscheidungen zu treffen?

Folgende Maßnahmen könnten hilfreich sein: Programme zur finanziellen Allgemeinbildung gezielter einsetzen; nicht nur

inhaltliche Qualifikation der Berater, sondern auch Fähigkeit der Kommunikation schulen; detaillierte, vergleichbare Kostentransparenz; Durchführbarkeit und Kosten-Nutzen-Relation einer neutralen Produktbewertungsstelle prüfen; kundenorientierte bzw. individuelle ergebnisbezogene Kennzahlen in der variablen Vergütung von Beratern einsetzen.

Eine Regulierung der Vergütung kann lediglich einen begrenzten Anteil der Falschberatung verhindern. Beide Beratungsmodelle haben ihre Vor- und Nachteile, abhängig vom Anlageziel, der Haltdauer und sonstigen Kundenpräfe-

ramen. Damit die Verantwortung für den Lebensunterhalt im Alter.

2. Der Bedarf nach Beratung steigt mit einer wachsenden Produktverfügbarkeit und -vielfalt.

3. Die (finanzielle) Bildung der privaten Haushalte hat nicht in demselben Maße zugenommen wie die Aspekte unter Punkt 1. und 2.

4. Die Qualität von Beratung ist schwer messbar und vergleichbar. Zudem ist der Beratungsmarkt quasi per Definition durch asymmetrische Information der Beteiligten gekennzeichnet. Dadurch besteht eine höhere Anfälligkeit für Marktversagen als in anderen Märkten.

Der Bedarf an Beratung steigt also, während die Qualität von Beratung oder ihre langfristigen Auswirkungen bislang schwer messbar oder kategorisierbar sind.

Die Finanzkrise hat das Vertrauen vieler Kleinanleger in Finanzdienstleister und Finanzprodukte erschüttert. Die Frage ist nun: Wie sorgt man dafür, dass Kleinanleger Vertrauen zurückgewinnen und möglichst gute Anlageentscheidungen treffen?

Ein Aspekt ist die Vergütung von Beratung, die derzeit national wie auch auf EU-Ebene diskutiert wird.³ Durch eine Behebung von Interessenskonflikten aufgrund von Vergütung wird Beratung jedoch nicht automatisch qualitativ gut und schafft einen Mehrwert für den Kunden. Andere relevante Faktoren sind (finanzielle) Bildung der Verbraucher, Kostentransparenz, Umgang mit komplexen Produkten, Beraterqualifikation und sonstige interne Anreizsysteme.

Diese Studie gibt einen Überblick über den Anlageberatungsmarkt für Kleinanleger in

Europa. Außerdem werden Vergütungsmodelle untersucht. Es wird bewertet, welche weiteren Faktoren die Qualität von Beratung beeinflussen.

¹ Die Begriffe Kleinanleger, Anleger, Verbraucher und private Haushalte werden synonym gebraucht. Gemeint sind Einzelpersonen, die für sich selbst privat Geld anlegen.

² Grech, Aaron George (2010). *Assessing the sustainability of pension reforms in Europe*. LSE STICERD Research Paper No. CASE/140, September 2010.

³ Ahlswede, Sophie (2011). *MIFID2: Anlageberatung in Europa wird neu definiert*. DB Research. Aktueller Kommentar. 26.10.2011.



MÜNCHENER VEREIN
VERSICHERUNGSGRUPPE
Der Generationen-Versicherer



75 Mio. Kunden
warten auf Ihr
Angebot!

Pflegefall oder Pflegefalle?

DEUTSCHE PRIVAT PFLEGE schützt das Familienvermögen und bietet finanzielle Sicherheit. Damit ein Pflegefall nicht zur Pflegefalle wird.

- Hohe Flexibilität durch modulares Bausteinkonzept
- Demenz- und Hausnotrufbaustein versicherbar
- Kein Höchstaufnahmearter
- DEUTSCHE PFLEGEKARTE mit kostenlosen Serviceleistungen
- Pflegeplatzgarantie innerhalb von 24 Stunden

Ihre Beratung ist gefordert!



Kostenfreie Info-Hotline: 0800/8007008
info@muenchener-verein.de · www.muenchener-verein.de

renzen. Eine Koexistenz der Vergütungsmodelle scheint daher am ehesten geeignet, ein angemessenes Angebot an Anlageberatung für alle Verbraucher zu gewährleisten.

Die Anlageberatung von Kleinanlegern¹ ist aus vier Gründen von Bedeutung für eine Volkswirtschaft:

1. Anlageentscheidungen für die Altersvorsorge werden durch Reformen der staatlichen Rentensysteme zunehmend auf private Haushalte übertragen², und

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

Allianz – Ammerländer – AOK – Axa – Barmenia – BBV – Canada Life – Central – degenia – DEVK – Discovery Life – Generali Personenversicherungen – Hallesche – Hanse Merkur – HDI-Gerling – IKK – Janitos – LVM – Moneymaxx – Münchener Verein – Procura – Provinzia – R+V – Sparkassen Versicherung Sachsen – uniVersa – Unum – Volksfürsorge – VPV – WWK

Sparte im Dornröschenschlaf: Grundfähigkeitsversicherungen

Hat das Produkt noch eine Zukunft?

Ein wichtiger Vorläufer der immer mehr zum Absatzmotor der Versicherungswirtschaft mutierenden Produkte zur Absicherung funktioneller Invalidität (siehe „Risiko & Vorsorge“ 4/2011, S. 12-13 und 16-20 bzw. 1/2012, S. 38-53) ist die erstmals im Jahre 2000 von Canada Life auf den deutschen Markt gebrachte Grundfähigkeitsversicherung. Damals war der Gedanke einer solchen Absicherung so neu, dass der Versicherer prompt mit dem zweiten Platz des Produktinnovationspreises der Zeitschrift „Capital“ ausgezeichnet wurde. Es dauerte bis 2004 bis zunächst die Volksfürsorge und anschließend in den Jahren 2006 und 2007 Moneymaxx, WWK sowie Münchener Verein als weitere Anbieter mit eigenen Produkten folgten.



Autor: Stephan Witte

Ähnlich der Dread Disease fristen Grundfähigkeitsversicherungen in Deutschland ein Schattendasein. Dies macht sich nicht nur in der weitgehend fehlenden Literatur zum Thema bemerkbar¹, sondern auch in den nicht weiter publizierten Leistungsfällen.

Im Rahmen dieser Produktgattung ist der Leistungsfall dadurch definiert, dass eine monatliche Rentenleistung erbracht wird, wenn bestimmte Grundfähigkeiten aufgrund definierter Ursachen verloren gehen oder bereits verloren gegangen sind. Ein zweiter Leistungsauslöser kann eine Pflegebedürftigkeit im tariflich bedingten Umfang sein. Wenig einheitlich sind die erforderlichen Zeiträume, in denen der Leistungsfall gegeben sein muss bzw. voraussichtlich vorliegen muss. So

wird bei Moneymaxx ein bleibender oder voraussichtlich dauernder Verlust der definierten Grundfähigkeiten oder eine (voraussichtlich) mindestens sechs Monate andauernde Pflegebedürftigkeit im Sinne der Bedingungen vorausgesetzt. Ohne nähere Definition in den Bedingungen ist „voraussichtlich dauernd“ analog zur ständigen Rechtsprechung zur Berufsunfähigkeitsversicherung mit „mindestens drei Jahren“ gleichzusetzen, während die WWK zwar auch von „voraussichtlich dauerndem“ Verlust der Grundfähigkeiten spricht, dies aber unmissverständlich mit 12 Monaten definiert.

Inwiefern durch den Verlust der Grundfähigkeiten die konkrete Berufsausübung eingeschränkt ist, spielt keine Rolle, da allein der Verlust definierter körperlicher

und geistiger Funktionen versichert ist. Theoretisch ist es demnach sogar möglich, einen zeitlich befristeten oder lebenslangen Rentenanspruch zu realisieren, ohne zugleich berufsunfähig zu sein. In der Praxis dürften solche Konstellationen jedoch eher selten sein.

Steuerlich sind Aufwendungen für eine Grundfähigkeitsversicherung nach § 10 EStG als Vorsorgeaufwendungen steuerlich absetzbar, während die Rentenleistungen nach § 22 EStG nur mit dem Ertragsanteil besteuert werden.

■ Nur vier Anbieter

Derzeit gibt es nur vier Versicherer, bei denen in Deutschland eine Grundfähigkeitsversicherung abgeschlossen werden kann: Canada Life, Moneymaxx,

Münchener Verein und WWK. Unter diesen hat Moneymaxx bereits eine Tarifeinstellung für das den 01.07.2012 angekündigt, so dass anschließend nur noch drei Anbieter verbleiben werden.

Bereits in der Vergangenheit geschlossen wurden der im Herbst 2004 aufgelegte Tarif „Konzept 50+Unfallpflege“ sowie der Anfang 2006 aufgelegte Tarif Best Invest (GFZ 05, Stand 10.2005) aus dem Hause Volksfürsorge.

Bei der Best Invest Pflegevorsorge wurde eine fondsgebundene Rentenversicherung optional mit einer Berufsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitszusatzversicherung sowie einem Pflegerentenzusatzbaustein (Leistung ab 160 Punkten eines erweiterten Grundfähigkeitskatalogs, was ungefähr Pflegestufe I entspricht) verbunden.

Das bis zum Produktstart rund 30.000mal verkaufte² „Konzept 50+Unfallpflege“ bedeutete eine Abkehr von der konventionellen Gliedertaxe einer Unfallversicherung. Vielmehr wurden die konkreten Beeinträchtigungen einzelner Gliedmaßen oder Sinnesorgane auf Basis eines Grundfähigkeitenkatalogs als Bemessungsgrundlage gesetzt, bei dem die Unfallfolgen für die tägliche Lebensführung im Fokus standen. In den Boquel-News vom 24.03.2005 hieß es dazu: „Mit dieser Produkt-Innovation betritt die Volksfürsorge kalkulatorisches Neuland, da hierzu bisher kaum Statistiken zur Verfügung stehen. Deshalb wurde weitestgehend auf medizinisches Datenmaterial zurückgegriffen.“³ Soweit bekannt wurde der Tarif im Jahre 2008 mit der Tarifgeneration GFZ 08 (Stand 01.2008) geschlossen).

■ Grundfähigkeitsversicherungen im Ausland

Anders als in Deutschland ist in der Schweiz ein Angebot auf Grundfähigkeitsversicherung über die dortige **Generali Personenversicherungen** mit Sitz in Adliswil möglich.

Das Produkt, welches 2006 mit dem Innovationspreis der Schweizer Assekuranz ausgezeichnet wurde, wird dort für Personen zwischen 3 und 55 Jahren in zwei Varianten verkauft, einmal als Tarif BRS (Stand 05.2008) mit vierteljährlicher Rente bei Verlust oder Beeinträchtigung von Grundfähigkeiten mit einer Wartezeit von 720 Tagen und einmal analog als Tarif BRTS (Stand 05.2008) mit begrenzter Leistungsdauer, d.h. einer temporären

Rente vom 90. bis zum 720. Tag. Das Produkt kann auch als Zusatzdeckung zu einer kapitalbildenden Versicherung abgeschlossen werden. Längstens wird die Rente bis zum Pensionsalter ausgezahlt.⁴

Soweit bekannt war das erste ausländische Produkt, dass sich treffend mit dem deutschen Begriff der Grundfähigkeitsversicherung umschreiben lässt, eine „Functional Impairment (FI)“-Versicherung des Versicherers **Discovery Life** aus Südafrika, die dort 2000 auf den Markt kam. Der Kerngedanke des Produktes wird sehr schön in der von der Gen Re herausgegebenen Zeitschrift „Claims Focus“ (Edition 2/2011, S. 8) zusammengefasst:

„The marketing message is that the medical definitions are objective and measurable than occupation based definitions. The validity of a claim is therefore based on the severity of the medical impairment no matter what work is performed by the policyholder to generate an income. This idea has proved popular and a number of insurers have launched products constructed in this way. These products are somewhat similar to critical illness products but are instead based on medical severity rather than a specific diagnosis.“⁵

Grundbaustein der meisten FI-Produkte im Ausland ist nach Kenntnis des Autors der Verlust definierter Activities of Daily Living (ADL) bzw. Activities of Daily Work (ADW) als Leistungsauslöser. Siehe hierzu beispielhaft auch den Versicherer **Unum** mit dem Produkt „Long term care benefits“:

„At any age, an employee can face an illness or injury that causes them to lose the ability to perform basic activities of daily living. It could be due to arthritis, Alzheimer’s disease, a sudden stroke, cancer or another illness or injury.“⁶

Klare Diagnosen in den Produkten sollen eine subjektive Bewertung von Leistungsfällen verhindern, wobei das Prinzip einer Tiered-Benefits-Versicherung bedeutet, dass die Höhe der ausbezahlten Versicherungsleistungen maßgeblich von dem Schweregrad einer versicherten Funktionsschädigung abhängt. Bei-

spielsweise kann eine besonders schwere Schädigung 100%, eine weniger schwere Schädigung zu einer Versicherungsleistung von nur 25% führen. Wichtig ist hier die Feststellung, dass die Entsprechung des hier beschriebenen Auslandsproduktes mit den deutschen Produkten nur in den grundlegenden Gedanken, nicht jedoch in den konkreten Details besteht.

■ Kompetente Recherche im Netz schwierig

Angebliche Experten im Internet, die vom Angebot einer Grundfähigkeitsversicherung von diversen etablierten Anbietern wissen, zeigen durch Ihre Darstellung allerhöchstens Ihre Unkenntnis zum Thema. So hieß es beispielsweise noch am 03.02.2012 auf der Homepage <http://www.1a-versicherungsvergleich.org/grundfaehigkeitsversicherung/axa-grundfaehigkeitsversicherung.php> wie folgt:

*„Zwischen welchen Versicherungen vergleichen wir
Durch die bundesweite Zusammenarbeit mit unabhängigen Versicherungsmaklern können wir Ihnen zwischen allen Gesellschaften, wie zum Beispiel, der Allianz, der DEVK, der DKV, der Central, die Hallesche, der Axa, der Hanse Merkur, der R und V, der Provinzial, der LVM, der IKK, der AOK, der Ammerländer, der Universa, der Degenia, HDI, Gerling, Procura, und vielen weiteren Versicherungsgesellschaften Angebote für die Grundfähigkeitsversicherung erstellen und Ihnen Vergleiche zwischen den Leistungen und Tarifen anbieten.“⁷*

Auf der gleichen Homepage wurde weiter behauptet, dass es sich bei einer Grundfähigkeitsversicherung um die deutsche Bezeichnung einer „critical illness“-Versicherung (Dread Disease) handle. Vor dem Hintergrund solcher Aussagen im Netz verwundert es nicht, wenn eine eigene Recherche zum Thema für den Verbraucher eher unbefriedigend ausfallen dürfte.

Leider ist auch die Recherche in der Wikipedia wenig aussagekräftig, da hier sinngemäß das Bedingungsnetzwerk der Canada Life ohne weitere namentliche Nennung als Grundlage genommen wird und als monolithischer Standard ohne etwaige Abweichungen gesetzt wird.

Anbieter im Kurzsteckbrief

■ Die Grundfähigkeitsversicherung von Canada Life

Aufgrund der langjährigen Erfahrung in diesem Segment mag es so erscheinen, als gäbe es tatsächlich nur Canada Life als Grundfähigkeitsversicherung am deutschen Markt. Obwohl diese Wahrnehmung nachweisbar falsch ist, kommt man doch nicht umhin, den Versicherer als Marktführer in diesem Segment zu titulieren.

Sieht man einmal von der Innovationsfreude ab, ein solches Produkt als erster Anbieter überhaupt erst zu entwickeln, so verlief doch die spätere Fortentwicklung eher verhalten. Beispiele für Bedingungsänderungen gegenüber dem Stand 09.2000 betreffen beispielsweise die Grundfähigkeit „Sehen“. Ursprünglich galt diese erst dann als verloren, wenn ein Restsehvermögen von unter 1/50 der normalen Sehfähigkeit bestand, während es mit Stand 08.2011 bereits ausreicht, eine Restsehfähigkeit von 2/50 zu besitzen. War 2000 noch der Verlust der Fähigkeit zu „Sprechen und Hören“ gleichzeitig als Leistungsauslöser definiert, so reicht es seit 2011 bereits aus, wenn nur entweder das Sprech- oder Hörvermögen vollständig verloren gegangen ist. Deutlich geändert hat sich auch die Leistungsvoraussetzung für den Verlust der Grundfähigkeit „Greifen“. 2000 hieß es noch, dass, dass der Versicherte „weder mit der rechten noch mit der linken Hand fähig [sein dürfe], einen Wasserhahn zu bedienen.“ Im Jahre 2011 war die Voraussetzung abweichend wie folgt definiert:

„Die versicherte Person ist weder mit der rechten noch mit der linken Hand fähig, eine Flasche mit Schraubverschluss zu öffnen.“

Zuletzt wurde 2010 eine Grundfähigkeitsversicherung als Annex zu einer

Canada Life : Der Tarif im Überblick

Tarif: Grundfähigkeitsversicherung
Produktstart: 07.2000 (der erste Vertrag wurde am 05.09.2000 abgeschlossen)
Aktueller Bedingungsstand: 08.2011
Sparte: Lebensversicherung
Mindesteintrittsalter: 5 Jahre
Höchsteintrittsalter: bis zur Vollendung des 59. Lebensjahres
Höchstversicherungsdauer: wahlweise bis zur Vollendung des 55., 60. oder 65. Lebensjahres
versicherbare Rentenleistungsdauer: optional analog Höchstversicherungsdauer oder lebenslang. Wird eine lebenslange Leistungsdauer gewählt, so wird die vereinbarte Grundfähigkeitsrente nach Ablauf der Versicherungsdauer in halber Höhe bis zum Tode fortgezahlt
versicherbare Rentenhöhe: 500 bis 10.000 Euro monatlich
Aktivdynamik: keine oder 3 % p. a.
Passivdynamik: keine oder 3% p.a.
Wartezeiten: nein
Karenzeiten: wahlweise ohne, 6 Monate oder 12 Monate
Unisextarif: nein
Versicherte Grundfähigkeiten: Fähigkeitenkatalog 1: Sehen, Sprechen, Sich Orientieren, Hände gebrauchen; Fähigkeitenkatalog 2: Hören, gehen, Treppen steigen, Knien oder Bücken, Sitzen, Stehen, Greifen, Arme bewegen, Heben und Tragen, Auto fahren
Leistungsvoraussetzungen in Kurzform: Verlust von einer mindestens einer Grundfähigkeit aus Fähigkeitenkatalog 1 oder drei Grundfähigkeiten aus Fähigkeitenkatalog 2. Die Beeinträchtigung muss durchgängig mindestens 12 Monate bestanden haben oder voraussichtlich mindestens 12 Monate andauern. Alternativ besteht auch schon dann ein Versicherungsanspruch, wenn die versicherte Person in der gesetzlichen Pflegeversicherung oder einer diese ersetzenden privaten Pflegepflichtversicherung eine der beiden höchsten Pflegestufen zuerkannt wurde und ihr deshalb Ansprüche auf häusliche Pflegehilfe und oder Pflegegeld zusteht. Derzeit betrifft dies die Einstufung in die Pflegestufen II und III
Geltungsbereich: weltweit
Nachversicherungsoptionen: einmalig je definiertem Ereignis von insgesamt 12 verschiedenen Ereignissen, spätestens jedoch mit Vollendung des 45. Lebensjahres. Weitere Einschränkungen sind zu beachten
Bildung eines Rückkaufswertes: nein
Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme: nein
Beitragsbefreiung bei Eintritt des Leistungsfalls: ja
Einmalzahlung bei Eintritt des Leistungsfalls: nein
Überschussverwendung vor Eintritt des Leistungsfall: nicht zutreffend (siehe § 19)
Überschussverwendung nach Eintritt des Leistungsfall: nicht zutreffend (siehe § 19)
vorläufiger Versicherungsschutz: nein
Gesundheitsprüfung: umfassende Beantwortung von Gesundheitsfragen. Gefragt wird auch nach nicht ärztlich diagnostizierten Beschwerden. Optionales Tealinterview möglich
Bemerkungen: der Versicherer unterscheidet zwischen Rauchern und Nichtrauchern sowie zwischen den Gefahrengruppen A und B. Dabei fallen handwerkliche, körperliche oder gefährliche Tätigkeiten in die Berufsgruppe B. Änderungen des Berufes oder die Aufnahme risikorelevanter neuer Hobbys sind dem Versicherer auch während der Vertragslaufzeit zu melden. Für unterjährige Zahlweise wird ein nur minimaler Ratenzahlungszuschlag erhoben.

Rentenversicherung eingeführt. Für Ende 2012 ist wie bei allen weiterhin aktiven Wettbewerbern mit einer Tarifumstellung auf die dann obligatorischen Unisextarife zu rechnen.

Um ein Gefühl für das durchschnittliche Prämieniveau einer Grundfähigkeitsversicherung zu bekommen, seien hier verschiedene Beispiele aus dem Hause Canada Life benannt:

Stand 2012

Berufsgruppe	Alter	Geschlecht	Raucherstatus	versicherte monatliche Rente	Rentenleistungsdauer	Dynamik vor und nach Eintritt des Leistungsfall	Karenzeit	Beitrag
A	30	männlich	Nichtraucher	3.000 Euro	bis 65 Jahre	3%	nein	104,33 Euro
B	30	männlich	Nichtraucher	3.000 Euro	bis 65 Jahre	3%	nein	134,64 Euro
A	30	männlich	Raucher	3.000 Euro	bis 65 Jahre	3%	nein	112,36 Euro
A	30	weiblich	Nichtraucher	3.000 Euro	bis 65 Jahre	3%	nein	132,56 Euro
B	30	weiblich	Nichtraucher	3.000 Euro	bis 65 Jahre	3%	nein	171,36 Euro

■ Bodyguard von Moneymaxx

Moneymaxx bietet fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherungen in drei verschiedenen Ausprägungen an, die jedoch abweichend als „Grundunfähigkeitsversicherungen“ bezeichnet werden:

- GU Junior: für Schüler zwischen 6 und 14 Jahren. Vertrag endet mit Vollendung des 21. Lebensjahres, kann jedoch einmalig verlängert werden. Auch ein Wechsel zu allen Berufsunfähigkeits- und Grundunfähigkeitsversicherungen ist möglich
- GU Balance: Zielgruppe sind Kunden mit überschaubarem Budget sowie Kunden mit unfallgefährdeten Berufen. Versicherungsschutz besteht allein bei unfallbedingtem Eintritt des Leistungsfalls
- GU Max: Zielgruppe sind Personen mit „teuren“ Berufen, die sich einen Berufsunfähigkeitsschutz nicht leisten können

Laut Geschäftsbericht des Deutschen Rings für das Jahr 2010 beruhen die Rechnungsgrundlagen für die Grundunfähigkeitsversicherung auf Grundunfähigkeitswahrscheinlichkeiten der Gen Re und für die Pflegeversicherung auf Tafeln der Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft.

Zum 01.07.2012 will Moneymaxx die bestehende Absicherungsmöglichkeit gegen den Verlust definierter Grundfähigkeiten schließen. Den mangelnden Erfolg des Tarifs Bodyguard sieht man darin begründet, dass es sich als Alleinstellungsmerkmal um ein fondsgebundenes Produkt handelt, das gänzlich ohne einen Deckungsstock operiert. Vielmehr wird für den reinen Basisfonds mit einer jährlichen Renditeerwartung von 2,25% kalkuliert. Die aktuelle Finanzmarktsituation gestaltet allerdings das Thema Beitragsstabilität eher schwierig.

Marlies Tiedemann, Leitung Produktmanagement Moneymaxx, äußerte sich in diesem Zusammenhang im Dezember 2012 wie folgt: „Daher gibt es innerhalb des Produktmanagements derzeit Überlegungen zu einem alternativen BU/GF Konzept ohne Fondsbindung. Dies würde aber als konventionelles Produkt nicht unter der Marke MONEYMAXX konzipiert, die als Spezialistenmarke für fondsgebundene Vorsorge positioniert ist.“

Moneymaxx Der Tarif im Überblick

Tarif: SGU 004 (GU Max), UGU 002 (GU Balance), SGU 004 (GU Junior)
Produktstart: 07.2006 mit Absicherung gegen Erwerbsunfähigkeit, Grundfähigkeit und Berufsunfähigkeit in einem Produkt. In der heutigen Gestaltung seit 02.2007
Aktueller Bedingungsstand: 01.01.2008
Sparte: Lebensversicherung
Mindesteintrittsalter: GU Junior: Kinder ab 6 Jahren; GU Balance und GU Max: ab 15 Jahren
Höchstes Eintrittsalter: GU Junior: Kinder bis 14 Jahre; GU Balance und GU Max: bis 60 Jahre
Höchstversicherungsdauer: bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres. Abweichend kann für Kinder zwischen 6 und einschließlich 14 Jahren nur eine Vertragsdauer bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres vereinbart werden. Bei Erreichen dieses Alters kann einmalig (je nach Beruf) eine Verlängerung bis maximal zum 67. Lebensjahr vereinbart werden
versicherbare Rentenleistungsdauer: maximal bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres
versicherbare Rentenhöhe: 200 bis 2.000 Euro monatlich
Aktivdynamik: keine oder 3%
Passivdynamik: nein
Wartezeiten: nein
Karennzeiten: nein
Unisextarif: nein
Versicherte Grundfähigkeiten: Grundfähigkeitenkatalog 1: Verlust der Sehfähigkeit, Verlust der Hörfähigkeit, Verlust der Sprache, Verlust der Fähigkeit zur Nahrungsaufnahme, Verlust der Fähigkeit zur Orientierung, zur Kontaktaufnahme und zur sozialen Kommunikation (Demenz), Vollständiger Funktionsverlust der Beine; Grundfähigkeitenkatalog 2: Beeinträchtigungen des Gehens, Beeinträchtigung des Treppensteigens, Beeinträchtigung der Armbeugung, Beeinträchtigung beim Heben und Tragen
Leistungsvoraussetzungen in Kurzform: Verlust von mindestens einer Grundfähigkeit aus Grundfähigkeitenkatalog 1 oder drei Grundfähigkeiten aus Grundfähigkeitenkatalog 2. Die Beeinträchtigung muss voraussichtlich dauernd bestanden haben oder andauern. Alternativ besteht auch schon dann ein Versicherungsanspruch, wenn die versicherte Person nach einem tarifeigenen Punktekatalog nach ADL für einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten als pflegebedürftig eingestuft wird. Voraussetzung für eine tariflich definierte Pflegebedürftigkeit ist der Verlust von mindestens 3 ADL. Der Nachweis einer Pflegebedürftigkeit nach SGB begründet in diesem Zusammenhang noch keinen Leistungsanspruch aus dem Vertrag. Im Rahmen von GU Balance muss der Leistungsfall abweichend unfallbedingt erfolgt sein
Geltungsbereich: weltweit
Nachversicherungsoptionen: bei 8 verschiedenen Anlässen innerhalb von 3 Monaten nach den in § 15 Nr. 3 benannten Ereignissen. Unter anderem darf durch eine oder mehrere Erhöhungen 50% des monatlichen Bruttoeinkommens nicht überschritten werden
Bildung eines Rückkaufswertes: ja
Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme: ja. Nach § 15 Nr. 4 ist eine temporäre Beitragsfreistellung von bis zu 12 Monaten bei ausreichendem Fondsguthaben ab dem 2. Versicherungsjahr möglich, alternativ ist nach § 17 Nr. 6 ff. auch eine dauerhafte Beitragsfreistellung möglich
Beitragsbefreiung bei Eintritt des Leistungsfalls: ja
Einmalzahlung bei Eintritt des Leistungsfalls: nein
Überschussverwendung vor Eintritt des Leistungsfall: Fondsansammlung
Überschussverwendung nach Eintritt des Leistungsfall: Anlage im Deckungsstock
vorläufiger Versicherungsschutz: nein
Gesundheitsprüfung: umfassende Beantwortung von Gesundheitsfragen. Gefragt wird auch nach nicht ärztlich diagnostizierten Beschwerden
Bemerkungen: es handelt sich um eine fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung. In den BFI Equity Fund (international anlegender Aktienfonds) investiert werden die laufenden Zahlungen nach Abzug von Abschluss-, Verwaltungs- und Risikokosten. Sofern die laufenden Beiträge nicht kostendeckend sind, steht es dem Versicherer nach § 1 Nr. 2 der Bedingungen frei, den Beitrag anzupassen, um die für die Versicherungsleistungen erforderlichen Risikobeiträge sowie Abschluss- und Verwaltungsgebühren zu finanzieren. Alternative Fonds stehen nicht zur Auswahl. Bei Ablauf wird das vorhandene Fondsguthaben der versicherten Person alternativ als Deckungskapital oder als lebenslängliche Rentenzahlung zum dann aktuellen Rententarif ausgezahlt. Der Versicherer unterscheidet nicht zwischen Rauchern und Nichtrauchern, dafür allerdings zwischen zwei verschiedenen Berufsgruppen. Berufswechsel oder die Aufnahme gefährdeter Hobbys während der Vertragslaufzeit müssen nicht nach gemeldet werden. Der Vertrag kann unter Mitnahme des Fondsguthabens und erneuter Gesundheitsprüfung in eine andere fondsgebundene Versicherung aus dem BODYGUARD-Konzept umgewandelt werden. Innerhalb der ersten sieben Versicherungsjahre sowie mit Erreichen des 15. Lebensjahres ist eine Umstellung (z.B. vom Tarif GU Balance auf GU Max oder in eine Berufsunfähigkeitsversicherung des Bodyguard-Systems) ohne erneute Gesundheitsprüfung möglich, sofern der Originalvertrag mit einer vollständigen Prüfung des Gesundheitszustandes verbunden war und weitere unter § 15 Nr. 3g) definierte Voraussetzungen erfüllt sind. Ursprünglich vereinbarte Zuschläge oder Ausschlüsse werden in den neuen Vertrag übernommen. Während der Vertragslaufzeit kann die ursprünglich vereinbarte Leistungsdauer mit erneuter Gesundheitsprüfung jederzeit bis maximal zum 67. Lebensjahr verlängert werden.

Die Grundfähigkeitsversicherung des Münchener Vereins

Seit dem 01.09.2007 bietet der Münchener Verein eine Grundfähigkeitszusatzversicherung an. In der Presseerklärung vom 28.08.2007 wurde unter anderem hervorgehoben, dass dieser Zusatz „zu einem wesentlich günstigeren Beitrag abschließbar [sei] als eine klas-

sische Berufsunfähigkeits-Versicherung.“ Laut Versicherer könne der Beitrag bis zu 70% geringer sein als bei einer Berufsunfähigkeitsversicherung. Als weitere Highlights wurden unter anderem Wechseloptionen in eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder eine

Pflegerechtsversicherung – jeweils ohne erneute Gesundheitsprüfung benannt. Kalkulatorisch sei ein Vorteil die Einstufung der Berufsgruppen 1 bis 3 der Berufsunfähigkeitsversicherung in die günstigere Risikoklasse A der Grundfähigkeitszusatzversicherung.

Münchener Verein: Der Tarif im Überblick

Tarif: Grundfähigkeits-Zusatzversicherung (GFZ 2012/1)

Produktstart: 01.09.2007

Aktueller Bedingungsstand: 01.2012

Sparte: Lebensversicherung

Mindesteintrittsalter: 6 Jahre

Höchstes Eintrittsalter: vollendetes 67. Lebensjahr (berufsbedingt verschieden)

Höchste Versicherungsdauer: bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres (berufsbedingt verschieden)

versicherbare Rentenleistungsdauer: bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres (berufsbedingt verschieden)

versicherbare Rentenhöhe: bis 2.000 Euro monatlich, danach individuelle Anfrage beim Rückversicherer (berufsbedingt und einkommensabhängig verschieden)

Aktivdynamik: nein

Passivdynamik: keine, 3%, 4% oder 5% (Option „D“)

Wartezeiten: nein

Karennzeiten: wahlweise ohne oder 6 Monate bis 24 Monate (Zahl der Monate frei wählbar)

Unisextarif: nein

Versicherte Grundfähigkeiten: Fähigkeitenkatalog A: Sprechen, Hören, Sehen, Orientierung; Fähigkeitenkatalog B: Stehen, Gehen und sich fortbewegen, Treppen steigen, Knien, Sitzen, Tragen, Schulter-Armgebrauch, Handgebrauch

Leistungsvoraussetzungen in Kurzform: Verlust von einer mindestens einer Grundfähigkeit aus Fähigkeitenkatalog A oder drei Grundfähigkeiten aus Fähigkeitenkatalog B. Die Beeinträchtigung muss durchgängig mindestens 12 Monate bestanden haben oder voraussichtlich mindestens 12 Monate andauern. Alternativ besteht auch schon dann ein Versicherungsanspruch, wenn die versicherte Person in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung gemäß SGB XI eine der beiden höchsten Pflegestufen II oder III nach dem Stand im Jahre 2007 zuerkannt wurde, unabhängig vom Verlust der Grundfähigkeiten

Geltungsbereich: implizit weltweit, allerdings sind sämtliche Unterlagen für die Leistungsprüfung in deutscher Sprache einzureichen. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, kann der Versicherer verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernimmt der Münchener Verein die Untersuchungskosten, nicht jedoch die Reise- und Aufenthaltskosten

Nachversicherungsoptionen: insgesamt bis zu zweimal bei Eintritt eines von 7 in § 14 definiertem Ereignissen. Weitere Einschränkungen regeln die Bedingungen

Bildung eines Rückkaufswertes: ja

Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme: ja

Beitragsbefreiung bei Eintritt des Leistungsfalls: ja (einschließlich Hauptversicherung)

Einmalzahlung bei Eintritt des Leistungsfalls: nein

Überschussverwendung vor Eintritt des Leistungsfall: verzinsliche Ansammlung, Beitragsverrechnung, Fondsansammlung

Überschussverwendung nach Eintritt des Leistungsfall: dynamische Rentenerhöhung bzw. verzinsliche Ansammlung für die Grundfähigkeitszusatzversicherung

vorläufiger Versicherungsschutz: nein

Gesundheitsprüfung: umfassende Beantwortung von Gesundheitsfragen. Gefragt wird zwar auch nach nicht ärztlich diagnostizierten Beschwerden, dies allerdings beschränkt auf die letzten drei Monate vor Antragsstellung

Bemerkungen: der Versicherer unterscheidet zwischen Rauchern und Nichtrauchern sowie zwischen den Gefahrengruppen 1 und 2. Eine Änderung des Raucherstatus ist während der Vertragslaufzeit nicht meldepflichtig. Änderungen des Berufes oder die Aufnahme risikorelevanter neuer Hobbys während der Vertragslaufzeit sind nicht meldepflichtig. Ein Ratenzahlungszuschlag für unterjährige Zahlweise werde laut Versicherer nicht erhoben. Nach § 1 Nr. 1 b) Wiedereingliederungshilfe in Höhe von 6 Monatsrenten (max. 10.000 Euro) bei mindestens drei Jahre andauernder Beeinträchtigung und einer Restleistungsdauer von mindestens 5 Jahren. Einmalige Erstattung von Kosten für ein im Zusammenhang mit der Beeinträchtigung der Grundfähigkeit ärztlich verordnetes Geh- und Stützapparate sowie Prothesen in Höhe von maximal zwei Monatsrenten. Die Kosten für die benannten Hilfsmittel werden nur insoweit erstattet, wie sie nach Vorleistung einer Krankenversicherung verbleiben. Optional kann die Option „V“ eingeschlossen werden. Diese setzt voraus, dass die Grundfähigkeitszusatzversicherung nur für einen Zeitraum von maximal zehn Jahren abgeschlossen wird und der Ablauf der Beitragszahlungsdauer der Hauptversicherung über diesen Zeitraum hinausgeht. Sofern diese Voraussetzungen vorliegen und die versicherte Grundfähigkeitsrente 1.000 Euro im Monat nicht übersteigt, hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Versicherungsdauer der Grundfähigkeitszusatzversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung bis höchstens zum rechnungsmäßigen Alter 67 der versicherten Person zu verlängern, sofern die dafür definierten bedingungsseitigen Voraussetzungen erfüllt sind. Sofern die Beiträge für die Zusatzversicherung mindestens 36 Monate vollständig bezahlt wurde und kein Policendarlehen gewährt wurde, kann nach § 12 eine Beitragsstundung bei vollem Versicherungsschutz von bis zu 18 Monaten beantragt werden, bei Elternzeit des Versicherungsnehmers abweichend für eine Dauer von 36 Monaten. Die gestundeten Beiträge sind nach Ablauf der Beitragspause verzinst zurück zu zahlen. Im Falle der Stundung im Zusammenhang mit einer Elternzeit werden auf Stundungszinsen verzichtet. Unter bestimmten Voraussetzungen ist gemäß § 15 eine nachträgliche Umwandlung in eine Berufsunfähigkeitszusatzversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung und in Höhe der zuletzt versicherten Grundfähigkeitsrente möglich. Es gilt eine Versicherungsdauer bis maximal zum rechnungsmäßigen Alter 55 der versicherten Person, in Abhängigkeit vom Beruf der versicherten Person und der Zustimmung des Versicherers abweichend auch bis zum 67. rechnungsgemäßen Lebensjahr der versicherten Person. Außerdem hat der Versicherungsnehmer nach § 16 die Möglichkeit, zum Ablauf der Versicherungsdauer der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung eine Pflegerente nach dem dann für die Pflegeoption gültigen Tarif ohne erneute Gesundheitsprüfung bis in Höhe von maximal 1.000 Euro monatlich abzuschließen (Pflegeoption). Voraussetzung ist unter anderem, dass der Versicherungsbeginn der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung mehr als 10 Jahre zurück liegt.

■ Die Grundfähigkeitsversicherung der WWK

Seit 2007 mischt auch die WWK auf dem Markt der Grundfähigkeitsversicherungen mit. Diese sind hier ein Baustein der Produktlinie BioRisk, die aus Tarifen für eine Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- sowie Grundfähigkeitsversicherung besteht. Alle Tarife dieser Produktlinie können optional mit dem Überschussystem „Fondsansammlung“ versehen werden, wodurch der Produktname den Zusatz „invest“ erhält.

„Grundfähigkeitsversicherungen werden sowohl als selbstständiger Tarif GS04 als auch als Zusatzversicherung GFZ04 angeboten. Bei der selbständigen Grundfähigkeitsversicherung besteht die Möglichkeit, einen Übergang auf lebenslange Altersrente einzuschließen, dann heißt die Tarifvariante „Complete“. Als Zusatzversicherung zu einem Trägerprodukt heißt die Versicherung bei der WWK GFZ-B04 wenn lediglich eine Beitragsbefreiung versichert werden soll, bzw. GFZ-R04 wenn Beitragsbefreiung und Rente gewählt werden. Ein M oder F am Ende des jeweiligen Tarifes kennzeichnet lediglich ob es sich um die Variante für Männer oder Frauen handelt. Für die Dauer der Beeinträchtigung von Grundfähigkeiten wird die Beitragszahlung für die Hauptversicherung übernommen (Beitragsbefreiung), für die eingeschlossene Grundfähigkeits-Zusatzversicherung entfällt die Beitragszahlungspflicht. Es findet also ausdrücklich keine Kopplung der Rente an die Beitragssumme der Hauptversicherung statt.

Da die Grundfähigkeitsrente als – wenn auch vergleichsweise leistungsschwächeres – Produkt zur Absicherung der Arbeitskraft verstanden wird, sieht die WWK eine Grundfähigkeitsrente von höchstens 75% des Durchschnittseinkommens aus beruflicher Tätigkeit der vergangenen drei Jahre als angemessen an. Dabei sind sämtliche eventuellen Anwartschaften aus anderen privaten oder betrieblichen Versorgungseinrichtungen einzubeziehen. Ausnahmen gelten für Schüler, Auszubildende, Hausfrauen und Beamte (max. 1.000 Euro monatlich) sowie für Studenten (max. 1.250 Euro monatlich).

Mit der Aktualisierung der Bedingungen von Stand 01.2012 auf 04.2012 wurde der Verlust der Grundfähigkeit „Hören“ von Grundfähigkeitenkatalog B nach A verschoben. Die Leistungsfalldefinition

WWK: Der Tarif im Überblick

Tarif: WWK BioRisk Grundfähigkeitsversicherung Komfort (GS04, GFZ04)
Produktstart: 01.05.2007
Aktueller Bedingungsstand: 01.04.2012
Sparte: Lebensversicherung
Mindesteintrittsalter: 7 Jahre
Höchsteintrittsalter: bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres (abweichend im Tarif Complete bis zur Vollendung des 52. Lebensjahres)
Höchstversicherungsdauer: bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres
versicherbare Rentenleistungsdauer: optional analog Höchstversicherungsdauer oder lebenslang (lebenslange Rentendauer nur möglich im Fall einer versicherten Grundfähigkeitsrente ab 400 Euro monatlich)
versicherbare Rentenhöhe: 300 bis 5.000 Euro monatlich (bei Complete: abweichend 400 Euro bis 5.000 Euro monatlich)
Aktivdynamik: keine oder in 1%-Schritten zwischen 1 und 6%. Ab einer Monatsrente von 1.500 Euro maximal 3%
Passivdynamik: keine, 1%, 2% oder 3% p.a.
Wartezeiten: nein
Karennzeiten: wahlweise ohne, 6 Monate, 12 Monate, 18 Monate oder 24 Monate
Unisextarif: nein
Versicherte Grundfähigkeiten: Grundfähigkeitenkatalog A: Sehen, Sprechen, Hören, Sich Orientieren, Hände gebrauchen; Grundfähigkeitenkatalog B: Stehen, Gehen, Knien oder Bücken, Setzen und Aufstehen, Treppen steigen, Greifen, Arme bewegen, Heben und Tragen, Auto fahren; Grundfähigkeitenkatalog C: Sehen, Sprechen, Hören, Sich orientieren, Hände gebrauchen; Grundfähigkeitenkatalog D: Gehen, Knien oder Bücken, Sitzen, Stehen, Treppen steigen, Greifen, Arme bewegen, Heben und Tragen
Leistungsvoraussetzungen in Kurzform: Für Personen ab 15 Jahren: Verlust von einer mindestens einer Grundfähigkeit aus Grundfähigkeitenkatalog A oder drei Grundfähigkeiten aus Grundfähigkeitenkatalog B. Für Personen unter 15 Jahren: Verlust von einer mindestens einer Grundfähigkeit aus Grundfähigkeitenkatalog C oder drei Grundfähigkeiten aus Grundfähigkeitenkatalog D. Die Beeinträchtigung muss durchgängig mindestens 6 Monate bestanden haben oder voraussichtlich mindestens 12 Monate andauern. Alternativ besteht auch schon dann ein Versicherungsanspruch, wenn die versicherte Person nach einem tarifeigenen Punktekatalog nach ADL für einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten als pflegebedürftig eingestuft wird. Voraussetzung für eine tariflich definierte Pflegebedürftigkeit ist der Verlust von mindestens 4 ADL. Der Nachweis einer Pflegebedürftigkeit nach SGB begründet in diesem Zusammenhang noch keinen Leistungsanspruch aus dem Vertrag
Geltungsbereich: weltweit
Nachversicherungsoptionen: bei 16 verschiedenen Anlässen darf eine Erhöhung „innerhalb von fünf Jahren insgesamt höchstens 100 % der ursprünglich vereinbarten Barrente, aber nicht mehr als 600 EUR betragen“.
Bildung eines Rückkaufwertes: ja
Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme: ja
Beitragsbefreiung bei Eintritt des Leistungsfalls: ja
Einmalzahlung bei Eintritt des Leistungsfalls: optionaler Einschluss in Höhe von 5.000 Euro (im Tarif Complete abweichend in Höhe von 10.000 Euro)
Überschussverwendung vor Eintritt des Leistungsfall: wahlweise Fondsansammlung, verzinsliche Ansammlung, Leistungsbonus oder Sofortverrechnung
Überschussverwendung nach Eintritt des Leistungsfall: Bonusrente
vorläufiger Versicherungsschutz: maximal eine jährliche Rente von 12.000 Euro einschließlich Beitragsbefreiung im Leistungsfall
Gesundheitsprüfung: umfassende Beantwortung von Gesundheitsfragen. Gefragt wird auch nach nicht ärztlich diagnostizierten Beschwerden. Optionales Teleunderwriting möglich. Vereinfachte Gesundheitsfragen für vereinbarte Renten bis 1.000 Euro monatlich
Bemerkungen: der Versicherer unterscheidet nicht zwischen Rauchern und Nichtrauchern, dafür allerdings zwischen drei verschiedenen Berufsgruppen. Berufswechsel oder die Aufnahme gefährlicher Hobbys während der Vertragslaufzeit müssen nicht nach gemeldet werden. Ratenzahlungszuschläge werden nicht erhoben, die jeweiligen Prämien sind auf die gewählte Zahlweise kalkuliert.
 Die WWK bietet Schülern und Studenten, die sich durch eine selbstständige Grundfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung frühzeitig absichern wollen, die Möglichkeit, eine Wechseloption in die Berufsunfähigkeitsversicherung Komfort ohne erneute Gesundheitsprüfung einzuschließen. Voraussetzungen sind eine Annahme ohne Erschwerung und der Abschluss einer Versicherungsdauer bis mindestens dem 60. Lebensjahr. Die Wechseloption kann dann bei Berufseintritt bis zum vollendeten 31. Lebensjahr gezogen werden. Versichert wird dann der tatsächlich ausgeübte Beruf - dabei ist es unerheblich ob der Beruf im Anstellungsverhältnis oder auf selbständiger Basis ausgeübt wird. Die Wechseloption muss bei Vertragsabschluss ausgewählt werden und wird im Rahmen Besonderer Bedingungen im Vertrag dokumentiert. Ein Mehrbeitrag wird dafür nicht erhoben.

ist unverändert. Damit entsteht der Leistungsanspruch bereits, wenn nur das Hörvermögen verloren ist, ohne dass zugleich noch weitere Grundfähigkeiten maßgeblich beeinträchtigt sein müssen.

Ab März 2012 kann ein Paket mit umfangreichen Zusatzleistungen, das Grundfähigkeitspaket Plus, optional eingeschlossen werden. Dieses umfasst vor allem für körperlich tätige Berufstätige relevante, zusätzliche Leistungsauslöser sowie eine Todesfallleistung bei Tod in Folge eines Arbeitsunfalls.

Leistungsumfang Grundfähigkeitspaket Plus

Erweiterung der leistungsauslösenden Merkmale des Grundfähigkeitenkataloges A um

- Verlust des Gleichgewichtsinns,
- Verlust von Gliedmaßen, zum Beispiel Leistung bei Verlust einer Hand oder eines Fußes,
- Lähmung.

Zeitlich begrenzte Leistung für ein Jahr für zusätzliche Leistungsauslöser mit anschließender Überprüfung auf dauerhaften Verlust von Grundfähigkeiten bei

- schweren Verbrennungen, Verätzungen oder Erfrierungen,
- schwerem Unfall,
- schwerer Kopfverletzung.

Zusatzleistung

- Einmalzahlung in Höhe von 36 Monatsrenten bei Tod in Folge eines Arbeitsunfalles.

Mehr als 1260 Berufe aus folgenden Branchen können das Grundfähigkeitspaket Plus zur selbstständigen Grundfähigkeitsversicherung hinzu wählen. Dazu gehören die Branchen

- Bergbau, Industrie & Rohstoffe,
- Transport & Logistik,
- Bau & Handwerk,
- Land- & Forstwirtschaft.

Im Angebotsprogramm wird bei qualifizierenden Berufen die Option auf der entsprechenden Maske angeboten.

Grundfähigkeits- und Funktionsinvaliditätsversicherung im Vergleich – Ausblick auf die Entwicklung einer Sparte

Wirft man nun einen Blick zurück und vergleicht die beschriebenen Produkte mit den Wettbewerbsprodukten zur Absicherung der funktionellen Invalidität, so sind folgende Unterschiede festzuhalten:

- Ergänzende Unfall- und Organrente bei den Sachversicherern Axa, Barmenia, BBV, Janitos, Sparkassen Versicherung Sachsen und VPV. Gestaltung als Sachstatt als Lebensprodukt und damit verbunden deutlich geringerer Prämienhöhe. Nachprüfung des Leistungsfalls während der ganzen Leistungsdauer, während bei den Sachangeboten zur Absicherung der funktionellen Invalidität eine Nachprüfung nur innerhalb der ersten drei Jahre (bei Kindern: abweichend fünf Jahre) möglich ist und eine etwaige Leistung anschließend zeitlich unbefristet erfolgt wird.
- Ergänzende Dread-Diseaseleistung bei der KörperSchutzPolice der Allianz. Leistungsvoraussetzungen für eine Grundfähigkeitsrente stark erleichtert gegenüber den eingangs beschriebenen Grundfähigkeitsversicherern als Stand-Alone-Produkten.

Die wesentlichen **Vorteile** einer Grundfähigkeitsversicherung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Zeitlich befristete oder lebenslange monatliche Rente wegen Verlust von Grundfähigkeiten oder Pflegebedürftigkeit
- Leistungsanspruch besteht auch dann fort, wenn die geschädigte Person nach Eintritt des Leistungsfalles weiter arbeiten könnte
- Weniger strenge Risikoprüfung als in der Berufsunfähigkeitsversicherung
- Versicherungsmöglichkeit auch für Kinder

Die grundlegenden **Nachteile** einer Grundfähigkeitsversicherung sind wie folgt beschrieben:

- Sehr hohe Anforderungen an den Eintritt des Leistungsfalls
- Kein Versicherungsschutz bei Verlust nicht definierter Grundfähigkeiten (z.B. ist Verlust der Fähigkeit zur Nahrungsaufnahme nur bei Moneymaxx versichert, die Unfähigkeit Auto zu fahren nur bei Canada Life und WWK)
- Keine Absicherung eines konkreten Berufsrisikos

- Fehlende Organ- oder Unfallrente im Vergleich zu den Sachprodukten zur Absicherung der funktionellen Invalidität bzw. fehlender Dread-Disease-Leistung im Vergleich zur KörperSchutzPolice aus dem Hause Allianz
- Fehlen eines Leistungsanspruches aufgrund rein psychischer Einschränkungen

■ Erhebliche Unterschiede bei den Wettbewerbern

Vergleicht man die vier Anbieter miteinander, so stellt man erhebliche Unterschiede in der Ausgestaltung des Versicherungsschutzes fest, wobei hier nur auf die konkreten Ausschlussbestimmungen von Moneymaxx im Zusammenhang mit der Absicherung der Grundfähigkeit Orientierung und Demenz hingewiesen werden soll. Diese (kein Versicherungsschutz bei Verlust der definierten Grundfähigkeit als Folge von Neurosen und Psychosen, Alkoholismus u. a. toxische Schädigungen sowie bei Demenz im Zusammenhang mit einer HIV-Infektion) sind wenig verbraucherfreundlich. Da jedoch Moneymaxx als Versicherer kurzfristig ausscheidet, ist ein Vergleich insbesondere zwischen Canada Life, Münchener Verein und WWK sinnvoll. Der Münchener Verein bietet Versicherungsschutz allein als Ergänzung zu einer dort abgeschlossenen Altersvorsorge oder Risikolebensversicherung, weshalb für eine reine Absicherung der Arbeitskraft nur noch Canada Life und WWK verbleiben.

Vorteil bei Canada Life ist neben der längeren Produkterfahrung zunächst das mit 5 Jahren gegenüber 7 Jahren bei der WWK geringere Mindesteintrittsalter. Auch die versicherbare Rentenhöhe ist höher gestaltet. Für die WWK sprechen dafür beispielsweise die verbraucherfreundlicheren Fristen für den Leistungsfall Pflegebedürftigkeit, während Canada Life den früheren Leistungsbeginn hat. Angenommen, die bedingungsseitige Pflegebedürftigkeit tritt im April 2012 ein, so leistet Canada Life gegebenenfalls schon ab Mai 2012, während die WWK frühestens ab Oktober 2012 leisten würde.

Vergleicht man die Definition der einzelnen Grundfähigkeiten miteinander, so ist der Leistungsanspruch bei Canada

Life schneller erreicht bei den Leistungsarten „Sehen“ (2/50 Restsehfähigkeit = 4% anstatt 0% Restsehfähigkeit), „Sprechen“ (anders als bei der WWK Versicherungsschutz auch bei Sprachunfähigkeit aufgrund psychogener Störungen). Bei der Leistungsart „Heben und Tragen“ gilt jedoch die höhere Eintrittswahrscheinlichkeit für die WWK (2 kg über 5 m tragen anstatt 5 kg über 5 m tragen). Anstelle der Grundfähigkeit „Sitzen“ bei Canada Life gibt es im Grundfähigkeitenkatalog B die zum Teil ähnlich definierte Grundfähigkeit „Setzen und Aufstehen“ bei der WWK. Im Grundfähigkeitenkatalog D der WWK wird auch Sitzen definiert. Der Wortlaut zur Grundfähigkeit „Auto fahren“ ist bei der WWK zwar inhaltlich weitgehend mit Canada Life identisch, jedoch deutlich präziser definiert, was Streitigkeiten im Leistungsfall vermeiden könnte.

Insgesamt erscheint das Bedingungsnetzwerk der Canada Life geringfügig vorteilhafter als jenes der WWK zu sein.

■ Allgemeiner Kritikpunkt:

Problematisch erscheint die gegenwärtige Definition der Grundfähigkeit „Heben und Tragen“. Wer beispielsweise nach der Operation eines benignen Gehirntumors oder aus anderen Gründen höchstens noch 5 Kg tragen darf, müsste vorsätzlich gegen ärztliches Anraten verstoßen, um einen Leistungsanspruch aus dieser Grundfähigkeit realisieren zu können und dies ggf. auch auf Kosten seiner Gesundheit. In vielen Fällen dürfte es durchaus möglich sein, ein entsprechendes Gewicht (z.B. einen Sack Zement oder Reis) über eine kurze Strecke zu tragen, doch würde dies eine überobligatorische Anstrengung für die versicherte Person bedeuten. Hier fehlt also eine Klarstellung in den Bedingungen. Diese könnte wie folgt aussehen: „Aus medizinischer Sicht darf die versicherte Person keine Last von mehr als 5 Kg über eine Strecke von 5 m mehr tragen.“ Andernfalls bedeutet die Leistungsfalldefinition sehr schnell, dass erst ein Anspruch auf Pflegerente aufgrund einer Pflegestufe I bis III den Leistungsfall auslösen würde.

■ Hat das Produkt eine Zukunft?

Als alleinige Absicherung macht eine Grundfähigkeitsversicherung wenig Sinn. Im Vergleich zu den bestehenden Funktionsinvaliditätsversicherungen wird kein

Anspruchsvoraussetzungen für eine lebenslange Rentenleistung:

Canada Life: nach Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer wird eine gegebenenfalls vereinbarte lebenslange Grundfähigkeitsrente zu 50% fortgezahlt, sofern die versicherte Person lebt und eine Nachprüfung nicht den Wegfall der Anspruchsvoraussetzungen ergibt. Bei Wahl des Bausteins „lebenslange Leistungsdauer“ ist eine gleichzeitige Vereinbarung einer Dynamisierung ab Eintritt des Leistungsfalls nicht möglich.

Moneymaxx: nicht zutreffend

Münchener Verein: nicht zutreffend

WWK: „Zahlung einer lebenslangen Altersrente in Höhe der Grundfähigkeitsrente, wenn die Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten während der Versicherungsdauer, spätestens aber zehn Jahre vor Ende der Leistungsdauer eintritt und bis zum Ablauf der Leistungsdauer ununterbrochen andauert. Die Altersrente endet mit Ablauf des Monats, in welchem die versicherte Person stirbt.“

adäquater Versicherungsschutz geboten. Minimum sollte eine Erwerbsunfähigkeitsversicherung mit ergänzender Grundfähigkeitszusatzversicherung sein. Besser wäre in jedem Fall eine Absicherung gegen den Verlust funktioneller Invalidität oder gar gegen Berufsunfähigkeit. Trotz bestehender Lücken im Versicherungsumfang erscheint es wahrscheinlicher, Versicherungsleistungen aus einer Dread Disease zu erhalten.

In der Wertigkeit bezogen auf die Eintrittswahrscheinlichkeit des Leistungsfalls stehen Grundfähigkeitsversicherungen damit noch unter dem Versicherungsschutz einer Erwerbsunfähigkeitsversicherung.

Als Folge stellt sich die Frage, welche Zukunft den selbstständigen Grundfähigkeitspolice beschieden ist. Sieht man einmal davon ab, dass es seit Produkteinführung im Jahre 2000 bis zum Frühjahr 2012 nicht gelungen ist, eine nennenswerte Marktdurchdringung zu erreichen, so scheinen herkömmliche Stand-Alone-Produkte durch die Neuplatzierung von Produkten zur Absicherung der funktionellen Invalidität ihre Existenzberechtigung verloren zu haben. Gerade vom Marktführer Canada Life ist daher zu erwarten, kurzfristig entweder die bestehende Sparte einzustellen oder diese nach dem Vorbild der KörperschutzPolice der Allianz weiter zu entwickeln und auf den fahrenden Zug der Funktionsinvaliditätsversicherungen aufzuspringen. Nahe liegend wäre etwa, die bestehende Grundfähigkeitsversicherung mindestens durch einen Dread-Disease-Baustein zu erweitern und die Anspruchsvoraussetzungen für eine Grundfähigkeitsrente entsprechend kundenfreundlicher zu gestalten.

Zu Recht haben Verbraucherschützer in der Vergangenheit das Preis-Lei-

stungsverhältnis von Grundfähigkeitsversicherungen scharf kritisiert. Waren diese ursprünglich wohl als bezahlbare Alternative für eine Berufsunfähigkeitsversicherung konzipiert, die sich gerade körperlich oder handwerklich tätige Personen kaum leisten können, so haben Funktionsinvaliditätsversicherungen mittlerweile diese Nische besetzt und in der Ausgestaltung als Sachprodukte dabei die Mindeststandards durch die Etablierung eines Organkonzepts und einer Unfallrente gänzlich neu definiert. Auch einen umfassenden Pflegeschutz können die bisherigen Produkte nicht bieten, da weder Leistungen in den Pflegestufen 0 noch I vorgesehen sind.

¹ Beispielsweise erwähnen Voit / Neuhaus in ihrem Buch zur „Berufsunfähigkeitsversicherung“ (C.H. Beck, 2. Auflage 2009, Seite 38) oder Alexander Hirschberg in „Berufsunfähigkeit, Invalidität, Erwerbsminderung und ähnliche Begriffe. Eine vergleichende Untersuchung mit Vorschlägen für Harmonisierungen“ (Verlag für Versicherungswirtschaft, 2011, S. 47) Grundfähigkeitsversicherungen nur sehr oberflächlich in wenigen Absätzen, ohne auch nur im Ansatz auf Unterschiede der einzelnen Anbieter einzugehen.

² Quelle: <http://www.versicherungsmagazin.de/Aktuell/Nachrichten/195/4897/Neues-Vorsorgepaket-von-der-Volksfuersorge.html>
³ Quelle: <http://www.bocquel-news.de/news/Kalkulatorisch%20Neuland.187.php>

⁴ Mehr Informationen finden Sie unter https://www.generali.ch/portal/public/xnet/private/de/produkte/?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/Content_DE/st_x-net/sa_produkte_praemien/sa_weitere_personenversicherung/c_grundfaehigkeitsversicherung

⁵ Artikel „Tiered Benefits – Functional Impairment“ von Sharon Coetzee und John-Henry Horn, ISSN: 1866-3834. Aktuelle Informationen zum Life Plan von Discovery Life mit Stand 08.2010 finden Sie im Internet unter http://www.pbsc.co.za/downloads/Myriad_Comparison.pdf.

⁶ Mehr Informationen finden Sie z.B. unter <http://www.unum.com/employers/Products-Services/default.aspx>.

⁷ Benannte Homepage vom 03.02.2012. Auf die offensichtlichen Fehler wurde am 03.02.2012 telefonisch hingewiesen

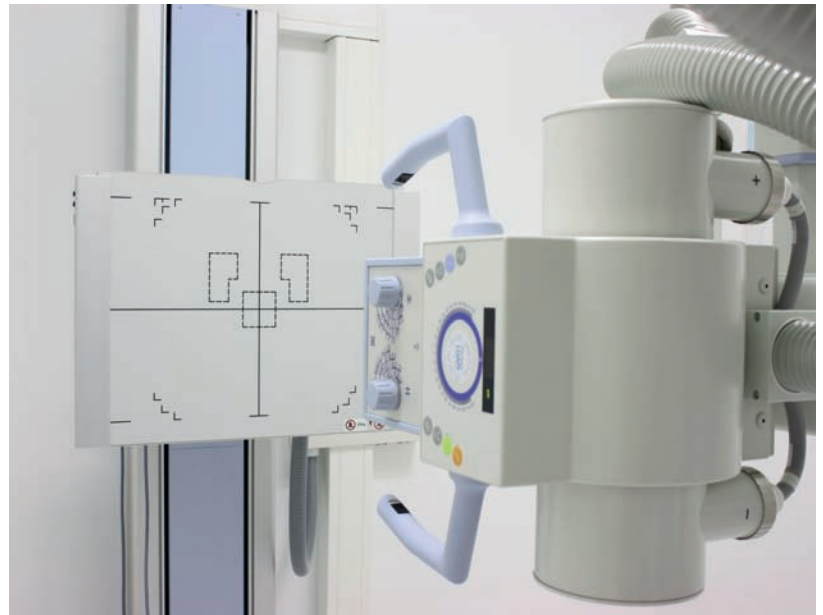
Index: Gesellschaften, die in diesem Beitrag erwähnt werden von A–Z:

Alte Oldenburger – Arag – Axa – Barmenia – Central – Continentale – Debeka – Deutscher Ring – DEVK – DKV – Gothaer – Hallesche – HUK-Coburg – LVM – Münchener Verein – Nürnberger – PAX-Familienfürsorge – Provinzial – R+V – SDK – Süddeutsche Krankenversicherung – Signal Iduna – uniVersa

Leistungsspektrum der privaten Krankenversicherung

Fakten, die für Ihre Beratung zählen.

Das Ansehen der PKV hat gelitten. Gründe sind neben einer gefühlten Kostenexplosion auch die zahlreichen Billigtarife, deren eigentliche Haken erst nach und nach ins Bewusstsein der Versicherten gelangen. Bei einigen Gesellschaften ist jedoch mittlerweile angekommen, dass ein nur billiger Versicherungsschutz wenig bedarfsgerecht ist. Er ist zudem oft für eher „unerwünschte Risiken“ attraktiv. Damit ist die Masse der Versicherungswilligen gemeint, die den Wechsel in die PKV nur deshalb unternehmen, weil sie hoffen, damit Geld zu sparen. Und: Versicherer erkennen, daß mit billigen Einstiegtarifen oft nur schwer Geld zu verdienen ist. Denn, anders als erhofft, sind viele Kunden in den Einstiegstarifen geblieben. Der Wechsel in höherwertige Tarife blieb aus.



Autor: Stephan Witte

An den Anfang jeder Beratung gehört für den Vermittler die Grundsatzfrage, inwiefern der Kunde überhaupt für den Wechsel in die PKV geeignet ist. Der Branchenexperte Hagen Engelhard empfiehlt, diesbezüglich einige grundlegende Fragen zu klären:

- Hat der Wechselwillige eine sichere Stelle oder gehört er zu den ersten, die im Fall von z.B. Auftragsrückgängen entlassen werden?
- Hat der Wechselwillige sichere Einnahmen? Gerade Selbstständige und Freiberufler haben meist ein stark schwankendes Einkommen. Es muss sichergestellt sein, dass Versicherungsbeiträge auch auf Dauer finanziert werden können.
- Welche Erfahrungen hat der Kunde mit dem Gesundheitswesen? Mit dieser Frage soll zunächst einmal der generelle Gesundheitszustand eines Kunden eingeschätzt werden.

Der Fokus bei der Absicherung ist dann auf jene Leistungen zu legen, die den gesetzlich Versicherten aktuell sowie mit zunehmendem Lebensalter tatsächlich viel Geld kosten können.

Die Gebührenordnung für Ärzte

Anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung gehen nicht die Versicherer, sondern die Patienten einen Vertrag mit ihren Ärzten ein. „Wer die Musik bestellt, muss diese auch bezahlen“. Das bedeutet, dass die Versicherten von ihrem Arzt eine Rechnung bekommen, die bei Ärzten nach der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) und bei Zahnärzten nach der Gebührenordnung der Zahnärzte (GOZ) abgerechnet wird.

Jeder einzelnen Leistung ist ein bestimmter Gebührensatz zugeordnet, welcher je nach Komplexität der Behandlung mit einem unterschiedlichen Steigerungssatz versehen ist. In der Regel liegt der Faktor nach § 5 Nr. 2 GOÄ zwischen 1,0 und 2,3 bzw. 1,8 (für medizinisch-technische Leistungen) für eine fachgruppengerechte Medizin. Da der Arzt in diesem Rahmen nach billigem Ermessen entscheiden darf, wird er sich in aller Regel für den 2,3fachen- oder „Regelhöchstsatz“ entscheiden.

Ist eine Behandlung etwas komplizierter zu behandeln, z.B. eine diffizile Fraktur nach einem schweren Motorradunfall, so kann ein Arzt den privat Versicherten auch über den Fachgruppenstandard hinaus behandeln und bis zum 3,5fachen Satz verlangen. Diesen nennt man den „Höchstsatz GOÄ bzw. GOZ“. Es reicht eine einfache schriftliche Begründung, dass eine Behandlung komplizierter als üblich war, um den 3,5fachen Satz zu verlangen. Eine vorherige Rücksprache mit dem Versicherten ist nicht erforderlich.

■ Kosten-Überraschungen: Beispiel 1

Nach § 5 Nr. 5 GOÄ gilt: „Bei wahlärztlichen Leistungen, die weder von dem Wahlarzt noch von dessen vor Abschluß des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden, tritt an die Stelle des Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 1 das 2,3-fache des Gebührensatzes und an die Stelle des Zweieinhalbfachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 3 Satz 1 das 1,8-fache des Gebührensatzes.“

Eine ganze Reihe von PKV-Tarifen leistet in der Praxis höchstens bis zum 2,3fachen Satz, so dass dem Kunden stets

ein Restrisiko bleibt, bis zu rund 35% jeder Behandlung aus eigener Tasche bezahlen zu müssen. Tatsächlich ist es jedoch unwahrscheinlich, dass auf einer Arztrechnung tatsächlich jede einzelne Kostenposition mit dem 3,5fachen Satz berechnet wurde.

Einmal angenommen, Ihr Kunde leidet unter einem Glioblastom, d.h. einem Gehirntumor, Grad IV. Betroffen davon sind rund 6.000 Fälle im Jahr, davon 30% Frauen, 70% Männer und nahezu keine Kinder. Die Restlebenserwartung in so einem Fall beträgt durchschnittlich nur 6 Monate ab dem ersten epileptischen Anfall. Ein guter Mediziner reduziert nun mit einer Operation die Tumormasse und führt des Weiteren eine Bestrahlung und Chemotherapie durch. Damit erhöhen sich die Überlebenschancen bei einem erfahrenen Spezialisten von etwa 6 auf bis zu 17 Monate. Leider sind solche Spezialisten selten und verlangen teilweise den 7 bis 9fachen, in äußerst seltenen Fällen sogar bis zum 19fachen Satz. Sehr schnell muss ein Versicherter dann die Differenz zwischen dem Höchstsatz der GOÄ und dem erhöhten Satz aus eigener Tasche übernehmen. Im Schnitt erscheint in diesem Fall in Deutschland ein Kostenrisiko für den Versicherten von etwa 50.000 bis 60.000 Euro als realistisch.

Im Einzelfall und zunächst einmal rein rechnerisch kann es aber auch dazu führen, dass ein Versicherter anstelle bereits hoher Operationskosten von 50.000 Euro mit dem 3,5fachen Satz die Differenz zwischen 3,5mal 50.000 Euro und 10mal 50.000 Euro = 325.000 Euro aus eigener Tasche begleichen muss. Dabei gilt auch bei Honorarvereinbarungen, dass in aller Regel die Vereinbarung nur einzelne Ziffern (meist die Hauptleistung) betrifft, die dann mit dem erhöhten Satz abgerechnet werden dürfen.

■ Kosten-Überraschungen: Beispiel 2

Bei einem Mammakarzinom (Brustkrebs) ist die gängige Behandlung zum Brustwiederaufbau das Einbringen von Silikonkugel. Vorteilhafter ist hingegen ein Aufbau aus dem Rückenmuskel der Patientin. Die fachgruppengerechte Medizin wie sie in der GKV als Standard vorgeschrieben ist, hat nämlich das erhöhte Risiko, dass die Patienten nach durchschnittlich etwa 10 Jahren an einer Kap-

selfibrose leiden. Anschließend ist eine weitere Kapsel fibrose in zeitlichen Abständen von 5 bzw. 2,5 Jahren statistisch häufig. Eine solche Kapsel fibrose ist nicht nur schmerzhaft, sondern kann auch noch zu starken Verformungen der Brust führen. Die Behandlung mit dem eigenen Rückenmuskel setzt jedoch besondere medizinische Kenntnisse voraus und wird daher durchschnittlich zum 5,5fachen Satz erbracht.

Ähnlich gestaltet sich der Vergleich einer Bandscheibenoperation mit Schlauch und Laser anstelle eines operativen Eingriffs mit dem Skalpell. Die medizinisch angeratene Behandlung kann dabei leicht den 9,5fachen Satz kosten und ist über die üblichen PKV-Tarife nicht abgedeckt. Zu beachten ist allerdings, dass nach § 12 Abs. 1 der Musterberufsordnung die Honorarforderung eines Arztes angemessen sein muss. Daher ist ein solcher hoher Steigerungssatz in Unikliniken in der Regel nicht vorstellbar.

■ Leistungen über den Höchstsätzen der GOÄ

Im Rahmen unserer Beispiele wäre es für den Kunden wertvoll gewesen, eine private Krankenversicherung, die ausdrücklich auch über den Höchstsätzen der GOÄ leistet, zu besitzen. Dabei darf ein Arzt natürlich nicht einfach nach Gutdünken über dem 3,5fachen Satz abrechnen. Vielmehr muss er vor Behandlungsbeginn eine entsprechende Honorarvereinbarung mit seinem Patienten treffen, in der auch der Steigerungssatz für jede einzelne Leistungsposition mit festen Eurobeträgen fixiert ist. Ihrem Kunden muss generell klar sein, dass nur Tarife, die auch über dem Höchstsatz der GOÄ leisten, geeignet sind, um im Zweifel auch High-techmedizin zu finanzieren.

Viele Patienten erwägen möglicherweise auch das Hinzuziehen eines Spezialisten im Ausland. So gibt es beispielsweise eine Klinik in Mexiko, die eine ungiftige Therapie mit Dr Burzinski's Cancer-Cure¹ anbietet. Dort wurden vor etwa 7 Jahren vier Patienten mit Glioblastom behandelt, die heute noch leben.

Weniger schön sind jedoch die Kosten von rund 190.000 \$ für die eigentliche Operation sowie weiteren 160.000 \$ für die Chemotherapie.² Diese Kosten werden allerdings nicht nach der GOÄ abgerechnet. Daher sind sie ggf. nicht in

vollem Umfang erstattungsfähig, weshalb vor Inanspruchnahme mit dem Versicherer Rücksprache zu halten ist. Dies gilt insbesondere im Sinne der gesetzlich vorgeschriebenen Schadenminderungspflicht.

Im konkreten Fall würde der Kunde dann erfahren, dass derzeit im Allgemeinen die größten Überlebenschancen für ein Glioblastom in Deutschland bestehen, auch wenn die oben konkret beschriebene Methode hierzulande nicht praktiziert wird. Damit jedoch im Zweifel auch die Kosten für hier nicht therapierbare Erkrankungen übernommen werden bzw. überhaupt auf Spezialisten im Ausland zurückgegriffen werden kann, sollte eine besonders leistungsstarke private Krankenversicherung Kosten im Ausland ohne Bezugnahme auf die in Deutschland geltende GOÄ / GOZ übernehmen. Grundsätzlich können die Kosten für Heilbehandlungen im Ausland jene in Deutschland bei weitem übersteigen.

Es bleibt in diesem Fall anzumerken, dass eine hoffentlich vorhandene Auslandsreisekrankenversicherung üblicherweise nur die Kosten für im Ausland akut eintretende Leistungsfälle übernimmt, nicht jedoch für einen etwaigen „Medizintourismus“ in Anspruch genommen werden kann.

Ausführlichere Informationen zur GOZ wie finden Sie in „Risiko & Vorsorge“ 2/2011 auf S. 47-48.

PKV-Tarife: Maximal-Leistungen

Um das Leistungsspektrum am Markt besser aufzuzeigen, hat sich die Redaktion von „Risiko & Vorsorge“ dafür entschieden, einige beispielhafte Versicherer im Rahmen des Beitrages exemplarisch auf die beschriebenen Kriterien zu untersuchen. Die Auswahl soll Anbieter berücksichtigen, die für den Maklermarkt als Produktpartner oder als Wettbewerber von besonderer Bedeutung sind und erhebt ausdrücklich keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Dargestellt ist jeweils nur die leistungsstärkste Ausprägung des Versicherungsschutzes bei den einzelnen Wettbewerbern.

Barmenia

Maximale Leistung ambulant:

> 3,5fach GOÄ (z.B. VA 01)

Maximale Leistung stationär:

> 3,5fach GOÄ (z.B. VS 200)

Maximale Leistung Zahnarzt:

> 3,5fach GOZ (z.B. VD 100)

Besteht bei gezielter Auslandsbehandlung Verzicht auf Bezug GOÄ / GOZ im Ausland?

Nein, höchstens implizit (z.B. VA 100, VS 100 und VS 300): „Gebühren für ärztliche Leistungen sind nach § 4 Ziffer 2.4 TB/KK11 über den Rahmen der deutschen Gebührenordnungen hinaus erstattungsfähig, sofern im Tarif nicht anderes bestimmt ist.“ Bei vielen Tarifen der Barmenia, z. B. bei den Tarifen VA, VS und VD ist nichts Näheres bestimmt. Nach Ansicht der Barmenia bedeute dies, dass die Aufwendungen für medizinisch notwendige ärztliche Leistungen – auch im Ausland – uneingeschränkt erstattungsfähig seien. Aufgrund der fehlenden Klarstellung könnte man jedoch auch die Sichtweise vertreten, dass das Ausland gerade keine GOÄ als Bezugsrahmen kenne und damit eine Leistung auch oberhalb der Höchstsätze der deutschen Gebührenordnung keinen Sinn ergäbe. Damit wäre der Anteil einer möglichen Erstattung wenig vorhersehbar, eine gezielte Auslandsbehandlung mithin mit einem erheblichen Kostenrisiko verbunden. Eine Klarstellung durch den Versicherer erscheint daher angeraten.

Einige Tarife der Barmenia sehen hinsichtlich der Gebühren für ärztliche Leistungen eine Begrenzung auf den

Höchstsatz der deutschen Gebührenordnungen vor. Dies führe laut Barmenia aber nicht dazu, dass bei Auslandsrechnungen die Inlandskosten hypothetisch ermittelt werden und es zu Leistungskürzungen komme. Im Normalfall würden die Aufwendungen für ärztliche Behandlungen in vollem Umfang erstattet.

Eine spezielle Auslandsregelung gibt es nur bei der Tariflinie easyflex+ für stationäre Heilbehandlungen im Ausland. Nach Ziffer 1.2 des Tarifs easyflex comfort+ sind bei einer stationären Heilbehandlung im Ausland die Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, in der sie bei einer stationären Heilbehandlung in Deutschland erstattungsfähig gewesen wären.“

Dauer des Auslandsversicherungsschutzes (z. B. Tarife VA 100, VS 200, VD 100): „In Europa besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz. Während der ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, so besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht sogar zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz, wenn“ tariflich definierte Voraussetzungen erfüllt sind.“

Debeka

Maximale Leistung ambulant:

bis 3,5fach GOÄ (z.B. PN)

Maximale Leistung stationär:

bis 3,5fach GOÄ (z.B. PN)

Maximale Leistung Zahnarzt:

bis 3,5fach GOÄ (z.B. PN)

Besteht bei gezielter Auslandsbehandlung Verzicht auf Bezug GOÄ / GOZ im Ausland?

Nein. Implizit (z.B. PN) ist eine GOÄ-Bindung vorausgesetzt. Im Ausland gibt es jedoch keine GOÄ, so dass auch eine Leistung bis zu den Höchstsätzen der GOÄ aufgrund fehlender Bemessungsgrundlage keinen Sinn ergibt. Der Anteil einer möglichen Erstattung ist daher wenig vorhersehbar. Eine gezielte Auslandsbehandlung wäre daher mit einem erheblichen Kostenrisiko verbunden. Grundsätzlich besteht auch ohne beson-

dere Vereinbarung weltweiter Versicherungsschutz.

Gothaer

Maximale Leistung ambulant:

> 3,5fach GOÄ (z.B. MediComfort)

Maximale Leistung stationär:

> 3,5fach GOÄ (z.B. MediComfort)

Maximale Leistung Zahnarzt:

bis 3,5fach GOZ (z.B. MediComfort)

Besteht bei gezielter Auslandsbehandlung Verzicht auf Bezug GOÄ / GOZ im Ausland?

Nein. Implizit werden bei nicht geplanten Krankheitsfällen und Unfällen die im Ausland gültigen Sätze anerkannt und erstattet. „Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate. [...] Ist der Vertrag bei Beginn des Auslandsaufenthaltes seit 12 Monaten in Kraft, besteht Versicherungsschutz während der ersten sechs Monate des vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland.“

Muss ein vorübergehender Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über die in Abs. 4 Satz 3 bzw. in Satz 1 genannte Frist hin ausgedehnt werden, besteht abweichend von Abs. 4 Satz 4 Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.“

Bei geplanten Operation im Ausland erfolgt unter Berücksichtigung von § 5. Abs.2 und § 9 Abs.4 der AVB eine Einzelfallprüfung mittels Kostenvoranschlag. „Grund hierfür ist, dass insbesondere die nicht mit der eigentlichen Operation im Zusammenhang stehenden Zimmerzuschläge (z.B. Schweiz), die die in Deutschland möglichen Sätze teilweise bis zum 7fachen übersteigen. Operationskosten können gegebenenfalls gemindert werden, wenn diese bei gleich-

artiger Behandlung (z.B. in einer Uniklinik in Deutschland) die in Deutschland üblichen Sätze gravierend übersteigen.“

Gerade bei Tarif MediComfort besteht jedoch abweichend von der üblichen Regelung weltweiter Versicherungsschutz bei beruflicher Entsendung. Zu beachten ist, dass im Rahmen der VVG-Reform auch bei anderen Tarifen die Fortführung des Vertrages möglich ist (Wahlweise mit den in Deutschland üblichen Sätzen oder gegen Zuschlag mit den im Ausland gültigen Sätzen.)“

Hallesche

Maximale Leistung ambulant:

> 3,5fach GOÄ (z.B. AV 1)

Maximale Leistung stationär:

> 3,5fach GOÄ (z.B. CG 2)

Maximale Leistung Zahnarzt:

> 3,5fach GOZ (z.B. AV 1)

Besteht bei gezielter Auslandsbehandlung Verzicht auf Bezug GOÄ / GOZ im Ausland?

Eingeschränkt (z.B. Tarif NK): Bei einem Auslandsaufenthalt weltweit bis zu 6 Monaten bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Siehe § 1 II 5 MB/KK und § 15 II 3 MB/KK.

„a) Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen.“

b) Die Kürzungsbefugnis gemäß Nr. 5a der Tarifbedingungen gilt entsprechend für Entbindungen. Ist ein Elternteil Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes, entfällt diese Einschränkung, sofern der Versicherungsnehmer die Staatsbürgerschaft nachweist.

c) Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, findet Nr. 5a) der Tarifbedingungen keine Anwendung.

d) Wenn im Rahmen eines Notfalles, also einer nicht planbaren Behandlung, ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt, findet Nr. 5a) der Tarifbedingungen ebenfalls keine Anwendung.“



NEU

Der große Ratgeber zu allen Pflege-Themen für Sie und Ihre Eltern!



Pflege & Vorsorge
Jetzt im Zeitschriftenhandel
Nur 4,90 Euro!



Direkt bestellen:
info@bhm-marketing.de

HUK-Coburg

Maximale Leistung ambulant:
bis 3,fach (z.B. A 0)

Maximale Leistung stationär:
bis 3,5fach (z.B. SE)

Maximale Leistung Zahnarzt:
bis 3,5fach (z.B. Z100)

Besteht bei gezielter Auslandsbehandlung Verzicht auf Bezug GOÄ / GOZ im Ausland?

Eingeschränkt (z.B. Tarif select): „Im Ausland werden 100% der Aufwendungen für eine akute Notfallbehandlung gezahlt. Die Erstattung erfolgt maximal bis zu den landesüblichen Sätzen. Bei zahnärztlichen Notfällen werden 100 % der landesüblichen Kosten für eine schmerzstillende Zahnbehandlung, notwendige Füllungen und Reparaturen von Prothesen erstattet.“

Wenn die versicherte Person eine Behandlung im Ausland durchführt, die auch im Inland hätte durchgeführt werden können (geplante Behandlungen), dann werden maximal die Aufwendungen gezahlt, die im Inland entstanden wären. Dies gilt nicht für medizinisch notwendige Behandlungen, die ausschließlich nur im Ausland durchgeführt werden können, weil nur dort die medizinisch notwendige Heilbehandlung erfolgen kann. In diesen Fällen ist vor Beginn der Behandlung der Versicherer zu informieren und eine Kostenzusage einzuholen.“

Vorübergehender weltweiter Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland besteht ohne besondere Vereinbarung bis zu zwei Monaten. Solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihres Gesundheitszustandes antreten kann, besteht Versicherungsschutz über 2 Monate hinaus, längstens bis zur Transportfähigkeit der versicherten Person. Eine Verlängerung des Auslandsaufenthaltes (über 2 Monate hinaus) sei gegen Beitragszuschlag möglich.

R+V

Maximale Leistung ambulant:
> 3,5fach GOÄ(z.B. AGIL premium)

Maximale Leistung stationär:
> 3,5fach GOÄ (z.B. AGIL premium)

Maximale Leistung Zahnarzt:
> 3,5fach GOZ (z.B. AGIL premium)

Besteht bei gezielter Auslandsbehandlung Verzicht auf Bezug GOÄ / GOZ im Ausland?

Ja (z.B. AGIL premium): „Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen, soweit sie den üblichen Berechnungssätzen des jeweiligen Aufenthaltsortes entsprechen.“ Der Versicherungsschutz besteht für vorübergehende Auslandsaufenthalte im außereuropäischen Ausland bis zu 36 Monate ohne besondere Vereinbarung.

Signal Iduna

Maximale Leistung ambulant:
> 3,5fach GOÄ (z.B. Exklusiv-Plus)

Maximale Leistung stationär:
> 3,5fach GOÄ (z.B. Exklusiv-Plus)

Maximale Leistung Zahnarzt:
> 3,5fach GOZ (z.B. Exklusiv-Plus)

Besteht bei gezielter Auslandsbehandlung Verzicht auf Bezug GOÄ / GOZ im Ausland?

Nein. Implizit (z.B. Exklusiv-Plus) ist eine GOÄ-Bindung vorausgesetzt. Im Ausland gibt es jedoch keine GOÄ, so dass

auch eine Leistung oberhalb der Höchstsätze der GOÄ aufgrund fehlender Bemessungsgrundlage keinen Sinn ergibt. Der Anteil einer möglichen Erstattung ist daher wenig vorhersehbar. Eine gezielte Auslandsbehandlung wäre daher mit einem erheblichen Kostenrisiko verbunden. Derzeit ist eine individuelle Anfrage von Fall zu Fall erforderlich. Generell besteht Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung nur dann, solange sich der Erstwohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthaltsort der versicherten Person in Deutschland befindet.

Unter den benannten Anbietern ist hinsichtlich der beschriebenen Kriterien damit nur die R+V uneingeschränkt, die Hallesche mit Einschränkungen empfehlenswert, wobei natürlich in der Beratungspraxis nicht nur der individuelle Anbieter, sondern auch der gewählte Tarif von immanenter Bedeutung sind.

Kostenübernahme für sonstige Heilberufe

Neben den eigentlichen Ärzten und Zahnärzten, sind eine Reihe weiterer Heilberufe von Bedeutung. Die Kostenübernahme für deren Leistungen, ist jedoch nicht bei jedem Anbieter überhaupt oder in einem adäquaten Rahmen mitversichert.

- **Kosten für einen Logopäden.**
Ist z.B. wichtig, um einem Schlaganfallpatienten wieder das Sprechen beizubringen. Die Kosten hierfür liegen schnell bei 10.000 Euro pro Jahr.
- **Kosten für einen Ergotherapeuten.**
Dieser bringt beispielsweise einem Patienten mit Bandscheibenvorfall wieder das richtige Gehen bei.
- **Kosten für einen Psychotherapeuten.**
Die Behandlung wegen Depressionen, Essstörungen, Burnout etc. kann teuer werden. Von der GKV werden meist zu nächst etwa 20 Sitzungen bewilligt. Liegt eine „Störung mit Krankheitswert“ vor, kann eine tiefenpsychologische Behandlung bei Kindern auch bis zu 150 Stunden, bei Jugendlichen bis zu 180 Stunden und bei Erwachsenen bis zu 100 Stunden umfassen. Dazu kommen bei der Behandlung von Kindern ggf. noch

Kosten für einen begleitenden Erwachsenen. Als Gebührensatz gilt die Gebührenordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ (GOP). Bei rein privat abrechnenden Psychotherapeuten ist ein Stundensatz um 100 Euro keine Besonderheit. Die R+V weist darauf hin, dass üblicherweise nur die Kosten für Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (und Ärzte) übernommen werden, die niedergelassen und approbiert im Sinne des Psychotherapeutengesetzes sind, nicht jedoch für „einfache“ Diplom-Psychotherapeuten ohne Approbation und Niederlassung. Die besondere Relevanz dieser Leistungsart erschließt sich aus jeder Statistik zu Leistungseintritten in der Berufsunfähigkeitsversicherung

Zu beachten ist, dass alle benannten Berufsgruppen vom Leistungsumfang der GKV abgesichert wären. Kunden, die hier keinen Versicherungsschutz erlangen, könnten bei fehlender Dokumentation zu Recht einwenden, dass man sie hierauf nicht hinreichend hingewiesen habe. Inwiefern auch die Kostenübernahme für Heilpraktiker oder sonstige

Naturheilverfahren wichtig ist, muss jeder Kunde selbst entscheiden. In der Regel würden sie von der GKV nicht erstattet werden. Sinnvoll ist auch eine bedingungsseitige Kostenübernahme für die Leistungen von Podologen (z.B. Fußpflege bei Diabetes), Krankengymnasten oder Masseuren. Allerdings stellen diese ein weit geringeres finanzielles Risiko für die Versicherten dar und sind daher im Zweifel verzichtbare Leistungen.

Der mögliche Leistungsumfang der Vergleichsanbieter im Überblick:

■ Barmenia:

Logopäde: ja (z.B. VA 01)

Ergotherapeut: ja (z.B. VA 01)

Psychotherapie: ambulante und stationäre Psychotherapie ohne Begrenzung der Sitzungszahl (z.B. VA)

■ Debeka:

Logopäde: nein

Ergotherapeut: nein

Psychotherapie: ambulante Psychotherapie ohne Begrenzung der Sitzungszahl, ambulante Psychotherapie max. bis 20 Sitzungen p.a. (z.B. PN)

■ Gothaer:

Logopäde: ja (in allen Tarifen gemäß § 4 Abs. 3.2 AVB)

Ergotherapeut: ja (in allen Tarifen gemäß § 4 Abs. 3.2 AVB)

Psychotherapie: ja (z.B. werden im Tarif MAX psychotherapeutische Leistungen zu 100% ohne Begrenzung der Sitzungszahl übernommen)

■ Hallesche:

Logopäde: ja (z.B. AV)

Ergotherapeut: ja (z.B. AV)

Psychotherapie: ambulante und stationäre Psychotherapie ohne Begrenzung der Sitzungszahl (z.B. AV)

■ HUK-Coburg:

Logopäde: ja (z.B. A0)

Ergotherapeut: ja (z.B. A0)

Psychotherapie: ambulante und stationäre Psychotherapie ohne vorherige Genehmigung max. 30 Sitzungen (z.B. SE)

■ R+V:

Logopäde: ja (z.B. Agil comfort)

Ergotherapeut: ja (z.B. Agil premium)

Psychotherapie: ambulante und stationäre Psychotherapie ohne Begrenzung der Sitzungszahl (z.B. AGIL Comfort)

■ Signal Iduna:

Logopäde: bis zu 80%. Bei bestimmten Diagnosen (z.B. Schädelhirntrauma oder Schlaganfall) abweichend zu 100% (z.B. Exklusiv 0)

Ergotherapeut: bis zu 80%. Bei bestimmten Diagnosen (z.B. Krebs oder dialysepflichtiges Nierenversagen) abweichend zu 100% (z.B. Exklusiv 0)

Psychotherapie: ambulante Psychotherapie ohne vorherige Genehmigung bis max. 30 Sitzungen zu 100%, stationäre Psychotherapie zu 100% ohne Begrenzung der Sitzungszahl (z.B. Exklusiv-Plus)

Bei vielen Wechselwilligen zunächst nicht im Fokus steht der Leistungsumfang für medizinisch notwendige Heil- und Hilfsmittel. Nimmt man die gesetzliche Krankenversicherung als Maßstab, so gilt hier ein offener Katalog, der je nach medizinischem Fortschritt entsprechend erweitert wird. Dabei werden Kosten für solche Mittel übernommen, die medizinisch notwendig sind, für die Behandlung als ausreichend erscheinen und deren Anschaffung wirtschaftlich zweckmäßig ist. Viele private Krankenversicherer hingegen leisten nicht einmal diesen Standard, sondern unterschreiten ihn sogar. Versichert ist oft nur ein abschließend benannter Katalog von Heil- und Hilfsmitteln. Dieser Katalog wird häufig sogar noch weiter eingeschränkt. Nicht selten fehlen dabei solche Leistungen, die besonders kostenintensiv sind.

Wesentliche Leistungen

Sie sollten mit Ihrem Kunden darauf achten, dass folgende Leistungen unbedingt mitversichert sind:

- **Hör- und Sprechapparate.** So kostet ein hochwertiges Hörgerät bis zu 5.000 Euro je Ohr und muss in regelmäßigen Abständen erneuert werden, während bereits einfache Hörgeräte in einfacher Ausführung um die 1.000 Euro kosten.
- Körperersatzstücke sind **Prothesen** (Körperersatzglieder) und **Epithesen** (Organersatzstücke, vor allem zur Bedeckung von Gesichtsfekten).³ Meist sind nur Prothesen (Finger, Hände, Arme, Zehen, Füße, Beine, Brust, Penis) mitversichert. So kostet etwa eine Beinprothese schnell einmal 25.000 Euro, soll damit sogar Leistungssport betrieben werden können, so können es auch mal 100.000 Euro sein. Körperersatzstücke

„Medizinischer Fortschritt ist bei geschlossenen Leistungs-Katalogen nicht mitversichert.“

sind hingegen z.B. Kunstaugen, eine künstliche Nase, ein künstliches Ohr, neue Augenlider, ein neues Gesicht nach schweren Brandverletzungen oder einer Tumoroperation. Oft besteht für diese kein bedingungsseitiger Versicherungsschutz. Wer beispielsweise eine Epithese für das Gesicht benötigt, braucht eine solche sowohl für den Sommer als auch für den Winter, da die Färbung im Gesicht jahreszeitlich bedingt, verschieden ausfällt. Eine einzige Epithese kostet hierfür im Schnitt zwischen etwa 8 bis 14.000 Euro und muss alle 2-3 Jahre ersetzt werden. Geht man von 2 Epithesen nach durchschnittlich je 2,5 Jahren aus, so bedeutet dies nach 10 Jahren Kosten in Höhe von 64.000 bis 112.000 Euro. Beispielsweise definiert die Gothaer in § 4 Nr. 3.3 vorbildlich eine ausdrückliche Mitversicherung von Körperersatzstücken. Laut Anbieter zu beachten sei jedoch „grundsätzlich das medizinisch notwendige Maß. Daher keine Erstattung einer Prothese zur Betreuung von Leistungssport.“

• **Geh-, Stütz- und Stehhilfen** (z.B. Gehgestelle oder Zweiradrollatoren)

• **Krankenrollstühle.** So kann ein sprachgesteuerter Krankenrollstuhl, für Personen, die nicht mehr richtig sitzen können, leicht bis zu 40.000 Euro kosten, ein Elektrorollstuhl in einfacher Ausführung ab etwa 8.000 Euro. Teuer wird auch die Anschaffung eines mundgesteuerten Elektrorollstuhls.

• **Heimdialyse.** Nach einer Nierenoperation ist eine Heimdialyse möglicherweise die einzige Chance, weiter halbwegs normal am täglichen Leben teilzunehmen oder sogar einer Teilzeitbeschäftigung nachzugehen. Vor allem aber kann man den Tagesablauf deutlich flexibler gestalten und z.B. während der Dialysemaßnahme Fernsehen oder mit Freunden telefonieren. Zeitraubende Fahrten zu einem Dialysezentrum können gerade für Personen auf dem Lande eine große Zusatzbelastung sein. 16 Dialysen pro Monat zu je 4 bis 6 Stunden sind keine Seltenheit. Dazu kommen erhebliche Wassermehrkosten. „Pro Patient und Dialysebehandlung ist eine Wassermenge

von ca. 200-400 l Wasser erforderlich, so daß im Verlauf eines Jahres ein Dialyse-Patient mit 15-30 m³ Wasser indirekt über sein Blut in Berührung kommt. Bezüglich der Wasserqualität ist für das Dialysewasser keimarmes (keimfreies), pyrogenfreies und demineralisiertes Wasser zu fordern.“⁴ Gesamtkosten von 150.000 Euro pro Jahr sind keine Seltenheit.

In der GKV ist die Kostenübernahme für eine Hemodialyse übrigens eher die Ausnahme denn eine Regel, doch selbst in der PKV gibt es nur wenige Tarife die hierzu eine Kostenübernahme ausdrücklich bedingungsseitig geregelt haben, z.B. Hemodialyse im Tarif A80+RD2003 der uniVersa. Explizit nur für Hämodialyse als besondere Form der Blutwäsche im Tarif AGIL Premium der R+V. Da beispielsweise das R+V GesundheitsKonzept AGIL einen offenen Hilfsmittelkatalog vorsieht, ist damit auch die Versorgung mit einem Hemodialysegerät versichert und daher nicht explizit in den AVB benannt. Geregelt ist demnach nur, dass eine Dialyse stets als ambulante Behandlung gilt, selbst wenn sie im Krankenhaus durchgeführt werden sollte.

Eine Klarstellung zum Thema Dialyse fehlt beispielhaft im Bedingungsmerk der Gothaer. In der Leistungspraxis sei es üblich, die Kosten für die Bereitstellung, die Installation sowie alle notwendigen Hilfsstoffe zu erstatten, sofern nicht auch hier eine Pauschale berechnet werde.

Der Versicherer äußert sich dazu wie folgt:

„Grundlage der Prüfung ist immer die medizinische Notwendigkeit für eine Hemodialyse. Diese ist natürlich Einzelfallabhängig. Eine geschäftsplanmäßige Erklärung bedarf es daher nicht. Auch wenn in manchen Tarifen Hemodialyse genannt wird, muss immer die medizinische Notwendigkeit geprüft werden (medizinisch notwendiges Maß, Berücksichtigung der Schadenminderungspflicht). Der VN hat hier sicherlich kein Wahlrecht, wenn er z.B. 50 Meter neben einem Dialysezentrum wohnt.“ Nicht unter den Versicherungsumfang fallen bei der Gothaer ausdrücklich die Kosten für laufende Betriebskosten (z.B. den durch eine Dialyse verursachten, erhöhten Wasserverbrauch). Die Gothaer hat zum 01.09.2012 eine Tarifierweiterung für die MB/KK 2008, AB/KK 2010, AB/KK 2009 und AB/K 2009 Unfall angekündigt, wonach nunmehr auch „Hemodialyse- und Beatmungsgeräte“ ausdrücklich mitversichert sein werden.

• **Lebenserhaltende Hilfsmittel** (z.B. Atemüberwachungsmonitore, Beatmungsgeräte, CPAP-Geräte zur intensivmedizinischen Beatmung, Herzüberwachungsmonitore, künstliche und enterale Ernährung, Sauerstoffgeräte). Grob lassen sich Kosten von bis zu 10.000 Euro je Hilfsmittel veranschlagen. Entscheidend ist in jedem Fall eine ausdrückliche Mit-

versicherung von Nährstoffen und -mitteln zur künstlichen Ernährung. Leider bleibt es bei den meisten Angeboten unklar, inwiefern eine künstliche Ernährung als versichertes Hilfsmittel oder als nicht versichertes Nahrungsergänzungsmittel bewertet werden soll. Optimal ist eine ausdrückliche Mitversicherung beider Leistungsarten. 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.

• **Stomaversorgung** (künstlicher Darmausgang). Die Pflegeversicherung leistet hierfür in der Regel erst ab Pflegestufe III. Die Kosten hierfür erreichen durchschnittlich etwa 6.000 Euro pro Jahr. Wichtig kann sie werden nach Krebs im Bauchraum oder auch bei verschiedenen entzündlichen Darmerkrankungen (z.B. Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa). Mit gut angelegtem Stoma ist eine normale Teilnahme am Leben einschließlich Geschlechtsverkehr kein Problem. Ohne entsprechende Operation kann der Stuhlgang nicht mehr kontrolliert werden, weshalb das Tragen von Windeln unvermeidlich wird.

• **Blindenhund und Blindenleitgerät.** Für die Anschaffung und Ausbildung eines Blindenhundes fallen schnell bis zu 25.000 Euro an. Diese Kosten sind im Schnitt alle 5-6 Jahre erneut aufzuwenden, da dann ein neues Tier erforderlich wird.

Tarife mit offenem Heil- und Hilfsmittelkatalog

Am vorteilhaftesten sind Tarife mit offenem Heil- und Hilfsmittelkatalog, wobei eine Einschränkung auf Hilfsmittel nur in „einfacher Ausführung“ notfalls zwar vertretbar, aber wenig empfehlenswert ist (siehe z.B. die Ausführungen zum Thema Prothesen und Krankenfahrstühle).

Nur solche offenen Kataloge 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. Inwiefern also Leistungen aus Kulanz erbracht werden, wenn eine bedingungsseitige Regelung fehlt, ist gerade bei sehr kostenintensiven Fällen mehr als zweifelhaft.

Vor diesem Hintergrund ist beispielsweise der Tarif PN aus dem Hause Debeka nicht für einen umfassenden Versicherungsschutz geeignet.

Die **Debeka** sieht jedoch 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.“

Eine ähnliche Sichtweise vertreten die **HUK-COBURG** und die **PAX Familienfürsorge**:

„Bei Hilfsmitteln handelt es sich um technische Mittel oder Körperersatzstücke (ausgenommen Zahnersatz), welche Behinderungen und Krankheits- bzw. Unfallfolgen mildern oder ausgleichen sollen.

Sie müssen den Erfolg einer Heilbehandlung sichern und körperliche Behinderungen ausgleichen (also ein Funktionsdefizit kompensieren).

Voraussetzung für die Kostenübernahme eines Hilfsmittels ist die medizinische Notwendigkeit. Im Hilfsmittelkatalog sind dabei die verbreitetsten und üblichsten Hilfsmittel zusammengefasst.

Darüber hinaus prüfen wir natürlich in jedem Fall – unabhängig vom Tarif – die medizinische Notwendigkeit jedes anderen verordneten Hilfsmittels (welches die in der Definition genannten Voraussetzungen erfüllt) im Einzelfall.

Bei vorliegender medizinischer Notwendigkeit erfolgt die Kostenübernahme. Bei größeren Geräten (wie z.B. (Atem-)Babyüberwachungsmonitor, Schlafapnoegerät ...) haben wir sogar die Möglichkeit, diese Geräte direkt zur Verfügung stellen zu lassen. Jedoch kann die Aussage nicht pauschal getroffen werden, dass alle medizinisch notwendigen Hilfsmittel immer erstattet werden. Gerne können Sie sich bei konkreten Anfragen zu bestimmten Hilfsmitteln in der Leistungsabteilung in Coburg erkundigen.

Bei machen Hilfsmitteln, wie z.B. bei Herzschrittmachern die bei einer stationären OP eingesetzt werden, werden die Kosten im Rahmen der Fallpauschale des Krankenhauses abgerechnet und tarifgemäß erstattet.“

Im Interesse der jeweils 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.

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 hinsichtlich der Versorgungsform (z.B. Leihe, Leasing oder kostengünstiger Kauf durch den Versicherer) eingeholt werden muss. Damit besteht also kein Rechtsanspruch auf bestimmte lebenserhaltende Hilfsmittel im Einzelfall.

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

Der mögliche Leistungsumfang der Vergleichsanbieter im Überblick:

■ Barmenia

Offener Hilfsmittelkatalog:

Tariflinie easyflexPlus

Bedingungsgemäße Leistungen auch für künstliche und enterale Ernährung:

easyflex clinic 1Plus: lebenserhaltende Hilfsmittel in einfacher Ausführung

bis 2.500 EUR zu 75%

über 2.500 EUR mit Kostenvorschlag zu 75%,

über 2.500 EUR ohne Kostenvorschlag zu 50%;

easyflex comfort 1 Plus: lebenserhaltende Hilfsmittel in gehobener Ausführung zu 90%;

VC2 und VC2P: lebenserhaltende Hilfsmittel zu 80%),

Medikamentenähnliche Nahrungsmittel gelten als Arzneimittel (und werden als solche gemäß § 4 Ziffer 3.1 TB/KK11 in entsprechender Höhe erstattet), wenn sie im Zusammenhang mit der Behandlung von schweren Erkrankungen ver-

ordnet werden oder wenn nur diese Mittel im Rahmen einer Erkrankung als Nahrung eingesetzt werden können.

Applikationshilfen (z. B. Ernährungspumpen, Inhalationsgeräte, Medikamentenpumpen, Sauerstoffgeräte) werden im Rahmen der ambulanten Behandlung zu 100% – und nicht als Hilfsmittel – erstattet.

■ Debeka:

Offener Hilfsmittelkatalog: nein

Bedingungsgemäße Leistungen auch für künstliche und enterale Ernährung: nein

■ Gothaer:

Offener Hilfsmittelkatalog: nein

Bedingungsgemäße Leistungen auch für künstliche und enterale Ernährung:

bedingungsseitig nur teilweise gemäß § 4 Nr. 3.1 AVB: „Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mucoviscidose zu vermeiden.“ Die eigentliche enterale Ernährung umfasst jedoch auch die Miete der Ernährungspumpe, Überleitsysteme, Verbrauchsmaterialien sowie Betreuung. Eine Klarstellung hierzu fehlt in den Tarifbedingungen, allerdings erstatte die Gothaer nach eigener Aussage die vollständige enterale Ernährung.

Mit Presseinformation vom Februar 2012 hat die Gothaer zum 01.09.2012 eine Tarifierweiterung für die MB/KK 2008, AB/KK 2010, AB/KK 2009 und AB/K 2009 Unfall angekündigt, wonach dann auch „Enterale Ernährung (Ernährungspumpen, Überleitsysteme, Nahrung)“ mitversichert seien. Der Katalog der neu aufgenommenen Hilfsmittel beinhaltet darüber hinaus noch zahlreiche weitere lebenserhaltende- und überwachende Hilfsmittel, Stomaartikel, Blindenhilfsmittel u.v.m.

■ Hallesche:

Offener Hilfsmittelkatalog: nein

Bedingungsgemäße Leistungen auch für künstliche und enterale Ernährung:

bedingungsseitig nur teilweise (z.B. AV, NK, KS, Primo): Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, 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 Hier wird von medikamentenähnlichen Nährmitteln gesprochen, die enteral oder parenteral verabreicht werden, d.h. die Sondennahrung ist erstattungsfähig. Die enterale Ernährung umfasst jedoch neben der Sondennahrung noch mehr (Miete der Ernährungspumpe, Überleitungssysteme, Verbrauchsmaterialien, Betreuung) Eine Aussage über die Erstattungsfähigkeit der gesamten enteralen Ernährung ist nicht Teil der Bedingungen.

■ **HUK-Coburg:**

Offener Hilfsmittelkatalog: nein
Bedingungsgemäße Leistungen auch für künstliche und enterale Ernährung: implizit (z.B. Tarif select): nicht im Tarif benannte Hilfsmittel, die medizinisch notwendig sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu begrenzen oder zu vermeiden

■ **PAX Familienfürsorge:**

Offener Hilfsmittelkatalog: Ja, es können auf Antrag nicht genannte Hilfsmittel, die medizinisch notwendig sind um schwere gesundheitliche Schäden zu begrenzen oder zu vermeiden, bezuschusst werden (z.B. A0, Select)

Bedingungsgemäße Leistungen auch für künstliche und enterale Ernährung: implizit (z.B. Tarif select): nicht im Tarif benannte Hilfsmittel, die medizinisch notwendig sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu begrenzen oder zu vermeiden

■ **R+V:**

Offener Hilfsmittelkatalog: sämtliche Tarife des R+V-Gesundheitskonzepts AGIL
Bedingungsgemäße Leistungen auch für künstliche und enterale Ernährung: AGIL comfort und AGIL premium zu 100%; AGIL classic gemeinsam mit den Kosten für andere Arznei- und Verbandmittel zu 60% bis 3.000 EUR Erstattungsbetrag im KJ, darüber hinaus zu 100%

■ **Signal Iduna:**

Offener Hilfsmittelkatalog: EXKLUSIV, EXKLUSIV-PLUS, KOMFORT, KOMFORT-PLUS

Bedingungsgemäße Leistungen auch für künstliche und enterale Ernährung: EXKLUSIV, EXKLUSIV-PLUS, KOMFORT, KOMFORT-PLUS: Hilfsmittel in einfacher Ausführung zu 100%, sofern vorher genehmigt oder bis höchstens 500 Euro und selbst beschafft. Ansonsten Erstattung von 80%

Gothaer erkennt mangelnde Transparenz

Der abschließende Hilfsmittelkatalog in den AVB der GKR wird in der Leistungspraxis nicht streng formal gehandhabt. Soweit lebenserhaltende und -überwachende Hilfsmittel medizinisch notwendig sind, werden hierfür Versicherungsleistungen in tariflicher Höhe erbracht.

Hier kommt auch das Hilfsmittelmanagement der GKR zum Einsatz; es zielt darauf ab, dass sich die Versicherten vor Bezug eines Hilfsmittels mit dem Hilfsmittelteam in Verbindung setzen, das dann einen kostengünstigen Bezug durch einen unserer Kooperationspartner klären kann.

Das Bestreben der GKR ist es, alles rund um die Hilfsmittelversorgung für die Versicherten so transparent wie möglich zu machen. An Verbesserungen der Transparenz wird derzeit gearbeitet, so dass aktuell leider der Hilfsmittelkatalog in den AVB allein nicht in jeder Hinsicht aussagekräftig ist.

Bezüglich einer von der GKR gewünschten AVB-Änderung sind wir im Austausch mit dem juristischen und mathematischen Treuhänder der Gesellschaft. (Betroffen wären die Tarifbedingungen zu den MB/KK 2009, AB/KK 2009, AB/KK Unfall 2009 sowie AB/KK 2010)

Auf eine konkrete Anfrage, „ob alle Ihre Aussagen zu geschäftsplanmäßigen Leistungen der Gothaer und zur Interpretation der von Ihnen benannten Paragraphen uneingeschränkt auch für“ einen konkret benannten Vertrag Geltung haben würden und welche der vom Versicherer beispielhaft benannten, nicht im Tarif benannten Hilfsmittel, ausdrücklich auch für den konkreten Vertrag Teil des Versicherungsschutzes wären, wurde wie folgt geantwortet:

„Im Rahmen der geplanten Erweiterung der AVB sind alle dort aufgeführten Hilfsmittel Gegenstand des V-Schutzes, sofern eine medizinische Notwendigkeit besteht. Wenn diese Hilfsmittel in die AVB eingearbeitet werden, gilt dies auch für Ihren Vertrag (immer vorausgesetzt ist die Prüfung der medizinischen Notwendigkeit).“

Die einleitend beschriebenen Verbesserungen in der täglichen Praxis sollen laut Presseinformation vom Februar 2012 zum 01.09.2012 umgesetzt werden. Siehe dazu z.B. http://www.jungdms.de/upload-news/Aufnahme_Hilfsmittel_in_AVB_20120222_k_252136.pdf

Kostenübernahme für ambulante Transportkosten

Ebenfalls wichtig im Rahmen der Beratung von privat Krankenversicherten ist eine mögliche Kostenübernahme für ambulante Transportkosten. Dies betrifft etwa die Transporte zu und von einer Chemotherapie oder einer mehrmals wöchentlichen Dialyse. Kosten von 1.000 Euro pro Monat sind keine Seltenheit. In den meisten Fällen sind diese Kosten privat zu tragen. Die Gothaer verspricht eine Kostenerstattung bei ärztlich bestätigter medizinischer Notwendigkeit wegen folgender Indikatoren:

- Ärztlich bescheinigte Gehunfähigkeit
- Verzicht auf ärztliche Verordnung ist im Einzelfall möglich, wenn eine Gehunfähigkeit aufgrund der vorliegenden Unterlagen bereits offensichtlich ist, Beispiel totale Endoprothese des Hüftgelenks oder Knie-Totalendoprothese

- Von / zur Strahlenbehandlung
- Von / zur Dialysebehandlung
- Von / zur Chemotherapie
- Akute Unfälle
- Querschnittsgelähmte
- Wesentliche körperliche Beeinträchtigung

Bei stationären Transporten sollte weder eine Eingrenzung auf das nächste erreichbare Krankenhaus noch eine Begrenzung nach Kilometern erfolgen. Beispielsweise wird Ihr Kunde zunächst in ein Krankenhaus verbracht, welches für eine geplante Behandlung völlig ungeeignet ist (Primärversorgung). Muss der Patient nun als Sekundärversorgung in ein anderes, besser geeignetes Klinikum verlegt werden, so besteht ggf. ein Kostenrisiko je Transport von 4.000 Euro oder noch darüber hinaus.

Kostenrisiko im Zahnbereich

Das Kostenrisiko im Zahnbereich ist vergleichsweise gering. Eine Versorgung mit 60 bis 70% einschließlich Inlay- und Implantatversorgung, Kostenübernahme für Kieferorthopädie sowie funktionsanalytische Leistungen stellt Ihre Kunden jedoch weit besser als eine gesetzliche Regelversorgung. Achten Sie darauf, wie viele Implantate pro Kiefer versichert sind. Auch die Kostenübernahme für die Materialkosten ist von Bedeutung. In die Dokumentation gehören in jedem Fall Hinweise zu geltenden Zahnstaffeln und gegebenenfalls Hinweise, dass im Ausland möglicherweise nur im Rahmen der deutschen GOZ (unrealistisch!) oder gar nicht geleistet wird.

Im stationären Bereich ist den meisten Kunden erst einmal „ein Zahn zu ziehen“: es gibt zwar Chefärzte, die behandeln, aber keine Chefarztbehandlung. Vielmehr ist zu unterscheiden zwischen allgemeinen Krankenhausleistungen sowie

Individualvereinbarungen. Die allgemeinen Krankenhausleistungen entsprechen dem Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenkasse, was bei ärztlicher Versorgung einen Facharztstandard bedingt. Geleistet wird demnach, was ausreichend, zweckmäßig und notwendig ist. Ausreichend ist es möglicherweise, sich durch einen Arzt im ersten Lehrjahr behandeln zu lassen. Zweckmäßig dafür ist das Mehrbettzimmer „für den geselligen Typ“. Abgerechnet wird seit 2004 nach Fallpauschalen, die auf Bundesebene vereinbart sind. Die Devise lautet: möglichst schnell runter vom OP-Tisch und dann der nächste Patient.

Wer sich hingegen privatärztlich behandeln lässt, d.h. eine Abrechnung nach GOÄ bis zum 3,5fachen Satz oder nach Vereinbarung auch darüber hinaus, erlangt einen Rechtsanspruch auf eine Behandlung nach allen Regeln der ärztlichen Kunst. Es wird also geschaut, welche Behandlung am besten geeignet ist, eine

dauerhafte Genesung mit möglichst geringem Komplikationsrisiko zu gewährleisten. Dabei kommen auch kostenintensive und neue Behandlungsmethoden in Frage, die von den gesetzlichen Kassen nicht übernommen werden. Sinnvoll ist auch eine Kostenübernahme für reine Privatkliniken, die nicht nach Pflegesatzverordnung abrechnen. Hier sollte eine klare Regelung zur Kostenübernahme bestehen. Beispielweise heißt es bei der **R+V**:

„Abweichend von § 4 Nr. 4 Teil II AVB/KK 2009 sind Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung auch dann erstattungsfähig, wenn sie nicht nach der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz berechnet sind.“ (Ziffer 3.5 der Tarife MP0, MP1, MP2 und MP3 in der Fassung vom 01.01.2009)

Vergleichbar ist auch die Erstattungspraxis der Gothaer gemäß § 4.4.1 AVB.

Behandlung in „gemischten Anstalten“

Ein häufiger Streitpunkt in der privaten Krankenvoll- und auch Zusatzversicherung ist die Behandlung in „gemischten Anstalten“.

Damit werden Krankenhäuser bezeichnet, die neben der Akutversorgung auch Reha- oder Kurmaßnahmen anbieten. Solche Kliniken haben ein natürliches wirtschaftliches Interesse daran, neben Akutleistungen auch Rehaleistungen zu erbringen. Sehr schnell erhält der Patient dann eine Rechnung, auf der beide Leistungsarten gemischt statt getrennt ausgewiesen werden. Der Versicherer ist dann aber nur Kostenübernahmepflichtig für den Teil der Akutversorgung. Um diesen Streit zu vermeiden, wurden die MB/KK* vor vielen Jahren mit Zustimmung des damaligen BAV** entsprechend gefasst, so dass die Behandlung in gemischten Anstalten nur

nach vorheriger schriftlicher Bestätigung des Versicherers erstattungsfähig ist. Hieraus ergeben sich zwei wesentliche Probleme:

- Denkt der Kunde bei planbaren Krankenhausaufenthalten an die vorherige Anfrage?
- Hinweis Gothaer: Der PKV-Verband hat alle Kliniken über die Einstufung als „gemischte Krankenanstalt“ informiert. Diese informieren dann bei geplanter Aufnahme die Kunden. Die vorherige schriftliche Zusage hat nicht den Sinn eine medizinisch notwendige Leistung zu verwehren. Sinn ist es, im Interesse aller Kunden zu prüfen, ob ein Anspruch gegenüber einem anderen Kostenträger besteht.
- Was gilt bei Notfalleinweisungen?
- Hinweis Gothaer: die Rechtsprechung ist zu beachten. Demnach ist eine Ableh-

nung aus formalen Gründen bei Notfalleinweisung nicht zulässig.

Von den etwa 2.800 Krankenhäusern in Deutschland sind rund 700 gemischte Anstalten – mit steigender Tendenz. Unter www.derprivatpatient.de/der-direkteweg/dokumentedownloads.html können Sie eine Liste aller gemischten Kliniken finden. Wichtig ist in jedem Fall, dass zumindest bei Notfalleinweisungen auch dann Versicherungsschutz besteht, wenn vorher keine ausdrückliche Bestätigung der Kostenübernahme erfolgt ist.

Übrigens gilt diese Klausel auch in der stationären Ergänzungsversicherung. Hinsichtlich der gerechtfertigten Beschwerden beim Versicherungsombudsmann haben die diesbezüglichen Beschwerden schon 2008 einen unrühmlichen Platz 1 erlangt und machen rund 1/3 aller Beschwerden aus.



PKV-Expertise für Makler: Risiko & Vorsorge

Reha



In diesem Beitrag wurden bisher näher betrachtet die Primärversorgung (ambulante Heilbehandlung) sowie die Akutversorgung (Krankenhaus mit dauerhafter Beobachtung des Patienten). Üblicherweise sind beide Versorgungsformen irgendwann beendet, weil entweder eine abschließende Gesundheit eingetreten ist oder eine solche nicht mehr realistisch erscheint. In so einem Fall ist üblicherweise eine Anschlussheilbehandlung (REHA; geregelt in SGB IX aus dem Jahre 2001) zur Teilhabe am Leben angeraten. Diese Rehaleistungen gibt es in verschiedenen Ausprägungen: Teilhabe am Berufsleben (behindertengerechter Umbau des Arbeitsplatzes), Unterhaltssichernde Rehabilitation (Geldtransfer) oder Hilfe bei der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Zusammenfassend kann von „Anschlussreha“ gesprochen werden, wenn eine ganztägige ambulante oder stationäre Behandlung in einem Krankenhaus als medizinisch erforderlich festgestellt wird und diese unmittelbar im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung erfolgt.

Ein klassischer Fall mit Anspruch auf Rehaleistungen ist Ihr Kunde mit Prostatakrebs. Nach Entfernen der Prostata wird er inkontinent, weshalb ein Leben ohne Windeln nicht mehr funktioniert. Wenn diese Abweichung vom normalen Alterszustand mindestens 6 Monate andauert, besteht ein Anspruch auf Rehaleistungen. Optional könnten dies ein dauerhafter Geldtransfer zum Kauf von Windeln sein oder aber mittels

des Einsatzes von Heil- und Hilfsmitteln, die Inkontinenz zu beheben. Letzteres ist aus medizinischer Sicht geeigneter und zweckmäßiger und daher angeraten.

■ Sonderfall Krebs

Krebsnachsorgekuren (innerhalb eines Jahres) sind grundsätzlich versichert, sofern kein Anspruch gegenüber einem gesetzlichen Rehabilitationsträger besteht. Basierend auf dem Sozialgesetzbuch (§31 Abs.1 Satz 1 Nr.3 SGB VI) hat die gesetzliche Rentenversicherung Richtlinien für die Durchführung solcher Nachsorgekuren zur Onkologischen Rehabilitation aufgestellt (CA-Richtlinien).⁵

Bis zum Ablauf eines Jahres nach beendeter Primärbehandlung können vom Rentenversicherer Leistungen für „Nach- und Festigungskuren wegen Geschwulsterkrankungen“ gewährt werden. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass es sich nicht um Praecancerosen oder um ein Carcinoma in situ handelt. Praecancerosen sind Krebs-Vorläufer, welche sich im Laufe von Monaten bis Jahren dann zum Hautkrebs entwickeln können. Sie äußern sich durch kleine Knötchen, Rötungen oder schorfig-schuppige Flecken auf der Haut. Ein Carcinoma in situ ist ein von seiner Zellbeschaffenheit her bösartiger, jedoch örtlich begrenzter Tumor, der nicht rasch wächst, die natürlichen Gewebegrenzen nicht überschreitet und keinen Anschluss an das Blutgefäßsystem hat. Er ist daher nicht zur Metastasierung befähigt. Der Übergang in ein eindringendes Karzinom ist mög-

lich, kann aber Jahre bis Jahrzehnte dauern.

Die Prüfung einer Nachsorgekur erfolgt z.B. bei der Gothaer im Rahmen einer möglichen medizinischen Notwendigkeit. Der Versicherer prüft hier jedoch zunächst ob ein Anspruch gegenüber einem Rentenversicherungsträger besteht. Besteht kein Anspruch auf Leistungen gegenüber dem Rentenversicherungsträger, erfolge Kostenerstattung durch die PKV analog der Regelungen für eine AGM/AHB^{***}. Abweichend von einer AHB/AGM muss diese Maßnahme jedoch nicht unmittelbar nach dem Akutaufenthalt angetreten werden.

In Nordrhein-Westfalen wird dies von der Arbeitsgemeinschaft für Krebserkrankungen (Bochum) organisiert.

Als Träger der Reha sind in § 6 SGB IX verschiedene Stellen benannt:

- **Kriegsopferversorgung.** Derzeit eher unwichtig, da z.B. der kriegsähnliche Zustand in Afghanistan völkerrechtlich nicht als Krieg bezeichnet wird. Die Generation der Kriegsveteranen aus dem 1. und 2. Weltkrieg stirbt allmählich aus.
- **Berufsgenossenschaften.** Diese übernehmen Kosten für Rehamaßnahmen als Folge von Wegeunfällen. Damit erlischt der Versicherungsschutz aus diesem Bereich praktisch mit dem Ende des aktiven Berufslebens. Auch bringt die BG-Zugehörigkeit natürlich wenig bei Prostatakrebs oder anderen krankheitsbedingten Rehafällen. Viele Selbstständige sind jedoch keine Mitglieder in einer Berufsgenossenschaft und fallen daher gar nicht erst unter die Zuständigkeit dieses Trägers.
- **Gesetzliche Rentenversicherungen.** Die überwiegende Zahl aller Rehaleistungen werden aus diesem Bereich finanziert. Auch hier wieder das große Dilemma: die weit überwiegende Zahl aller Selbstständigen und viele Freiberufler haben sich von der Rentenversicherungspflicht befreien lassen und gehören auch keiner berufsständischen Versorgung an.
- **Träger der öffentlichen Jugendhilfe.** Für erwachsene Kunden ohne Belang.
- **Sozialhilfeträger.**
- **Bei Beamten ggf. Dienstherren** (allerdings nur anteilig im Rahmen der Beihilfeleistungen)

■ **Wesentlicher Unterschied GKV / PKV**
Nun kommt eine wesentliche Unterscheidung zwischen gesetzlich und privat versicherten Kunden.

Der Begriff „Anschluss-REHA“ (AHB) kommt aus der GKV. In der privaten Krankenversicherung ist nach SGB IX von Anschlussgesundheitsmaßnahmen (AGM) die Rede. Allerdings versichern einige private Krankenversicherer anstelle von AGM nach dem Wortlaut ihrer Bedingungen nur AHB, meinen damit jedoch dasselbe.

Das eigentliche Problem liegt darin, dass viele private Krankenversicherer gar keine AGM erstatten und ein Selbstständiger, der sich von der Rentenversicherungspflicht befreien lassen hat, damit schlechter gestellt wird als ein solcher, der rentenversicherungspflichtig geblieben wäre. Aus einer früher bestehenden Zugehörigkeit zur gesetzlichen Rentenversicherung ist nur im Ausnahmefall ein Rehaanspruch ableitbar. In der Regel werden gesetzliche Rehaleistungen nur erbracht, wenn der Versicherte die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt hat oder er in den letzten 24 Monaten mindestens sechs Monate Pflichtbeiträge entrichtet hat. Alternativ kann auch eine Erwerbsminderungsrente einen Leistungsanspruch begründen. Obwohl es noch einige Sonderfälle zur Leistungsbegründung gibt, ist es eher die Ausnahme, dass jemand, der nur früher Mitglied der gesetzlichen Rentenversicherung war, heute noch einen Leistungsanspruch daraus für sich ableiten kann.

Nach § 40 (4) SGB IX ist nachrangig zu den gesetzlichen Rentenversicherungsträgern die GKV zur Finanzierung von Rehaleistungen zuständig. Wenn also auch diese gekündigt wird, um in den Genuss privaten Krankenversicherungsschutzes zu kommen, sollte ein Makler penibel darauf achten, dass zumindest der private Krankenversicherer bedingungsgemäß entsprechende Leistungen vorsieht. Nach § 5 MB/KK 2009 muss dies nämlich ausdrücklich tariflich vorgesehen sein.

Das durchschnittliche Kostenrisiko liegt bei bis zu 1.000 Euro pro Tag und stellt auch ein Restrisiko für Beihilfeversicherte dar.

Eine Reihe von Versicherern sehen für nicht beihilfeberechtigte Kunden generell keinen bedingungsgemäßen Versicherungsschutz für ambulante oder stationäre Kuren vor.

Keine bedingungsseitige Kostenübernahme für ambulante Kuren in einer reinen Kur- oder Rehaeinrichtung z.B.:

Continentale, DEVK, LVM, SDK (abweichend mitversichert ab 01.2012 in allen Vollversicherungstarifen außer dem S103), Signal Iduna

Keine bedingungsseitige Kostenübernahme für stationäre Kuren in einer reinen Kur- oder Rehaeinrichtung z.B.:

Axa, Continentale, Deutscher Ring, DEVK, LVM, Münchener Verein, Nürnberger, PAX-Familienfürsorge, Signal Iduna, uniVersa

Bei einer AGM/AHB sieht die Gothaer, bei entsprechender Indikation, eine medizinische Notwendigkeit für eine Weiterbehandlung im stationären Rahmen im Sinne von §1 Abs.2 AVB. Die Weiterführung der medizinisch notwendigen stationären Maßnahme erfolge dann jedoch in einer anderen Klinik. Voraussetzung sei, dass kein gesetzlicher Rehabilitationssträger leistungspflichtig ist, und die Kostenübernahme gemäß 4.Abs.5 AVB zuvor beantragt wurde.

■ Ausdrückliche Mitversicherung von Kurleistungen

Die ausdrückliche Mitversicherung von Kurleistungen ist darüber hinaus auch bei den positiv zu benennenden Tarifen sehr unterschiedlich. Meist sehen PKV-Tarife keine oder nur sehr eingeschränkte Leistungen für Kuren vor. Die **Axa** beispielsweise erstattet über Ziffer 17 der AVB subsidiär maximal 8 Wochen lang bis zu 80% der Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen, sofern es sich um die erste stationäre Entziehungs- / Entwöhnungsmaßnahme in der Krankenvollversicherung handelt und diese vor Beginn der Maßnahme beim Versicherer beantragt wurde. Weitergehende Kurkosten können bei der Axa über den speziellen Kurtarif 350E-N abgesichert werden. Dieser ist eine Mischung aus einem Kurtagegeld und einem Kurkostentarif. Unterschieden werden reine Genesungskuren im Anschluss an einen stationären Aufenthalt sowie sonstige Kuren in einem Kur- oder Badeort sowie in einer Heilstätte (Sanatorium). Die Kosten für sonstige Kuren (z.B. zur stationären Behandlung eines bisher nur ambulant behandelten Burnoutsyndroms) werden in Höhe von

8,00 Euro je Tag und Tarifstufe (max. 30 Tage innerhalb von 2 aufeinanderfolgenden Kalenderjahren) übernommen. Wer also 6 Wochen in einem Sanatorium behandelt wird, erhält ohne vorhergehenden stationären Aufenthalt maximal 1.680 Euro (210 Stufen * 8 Euro).

Tarifstufen: Üblicherweise können z.B. Krankentagegelder, Krankenhaustagegelder, Pflegetagegelder und viele andere Tagegelder in Tarifstufen zu 5 Euro abgesichert werden. So wären dann 10 Euro etwa 2 Tarifstufen. Leider wird auch in den Bedingungen keine verbraucherfreundlichere Nomenklatur verwendet.

Die beiden Tochtergesellschaften der VGH, die **Alte Oldenburger Krankenversicherung AG** sowie die **Provinzial Krankenversicherung Hannover AG**, bieten jeweils einen optionalen Kurtarif an. Über diesen kann bei der Alte Oldenburger ein Tagessatz von maximal 120 Euro versichert werden, bei der Provinzial liegt der maximale Tagessatz bei 100 Euro. Für stationäre Kuren in einer reinen Kurklinik stünden hier bis zu 28 Tage innerhalb von 3 Jahren in Höhe von 50% des versicherten Tagessatzes, also maximal 1.400 Euro zur Verfügung. Bei der Alte Oldenburger wird je ein stationärer Kuraufenthalt innerhalb von 3 Kalenderjahren ohne zeitliche Begrenzung zum vereinbarten Tagessatz versichert. Bei ambulanter Kurbehandlung ist die Erstattung auf den 10fachen Tagessatz je Versicherungsfall, also höchstens 1.200 Euro, begrenzt.

Nimmt man den Tarif AktiMed Best 90 der **Allianz**, so erstattet dieser für ärztlich verordnete ambulante und stationäre Kuren höchstens 1.000 Euro innerhalb von 24 Monaten, der Tarif AGIL premium der **R+V** für ambulante und stationäre Kuren jeweils je nach Tarifstufe bis zu 1.800 Euro alle 3 Jahre. Nicht überzeugen tut auch der Tarif 240 der **Argo**. Hier sind erstmals 2 Jahre nach Vertragsbeginn und dann alle 3 Jahre höchstens 28 Tage zu 12 Euro täglich versichert. Tatsächlich ist jedoch eine Rehamaßnahme von sechs Wochen oder mehr bei z.B. Depressionen und Burnout keine Seltenheit, so dass auch hier ein erheblicher Eigenanteil an Kosten verbleiben kann. Regelmäßig wird diese zudem nicht als AHB / AGB durchgeführt, sondern losgelöst von einer vorherigen Akutbehandlung im Krankenhaus.

Positiv ist daher der Tarif easyflex Comfort 1Plus der **Barmenia** hervorzuheben, der Gebühren für Genesungs-

kuren (ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen, Arznei- und Verbandmittel, tariflich definierte Heilmittel sowie Kurtaxe) bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erbringt. Erstattungsfähig ist höchstens eine Kur innerhalb von zwei Kalenderjahren ab Beginn der letzten Kur, für die Leistungen erbracht wurden. Neben den eigentlichen Kurkosten wird bei Genesungskuren zusätzlich ein Genesungsgeld von 75 Euro pro Tag für einen Zeitraum von maximal vier Wochen erbracht. Eine Genesungskur liegt vor, wenn eine mindestens zehntägige Krankenhausbehandlung vorausgegangen ist und der Kuraufenthalt spätestens sechs Wochen nach Abschluss der stationären Krankenhausbehandlung begonnen hat.

Diese Regelung kann als nahezu vorbildlich betrachtet werden, da die Kostenübernahme für die eigentlichen Kurleistungen entscheidend ist und nicht das zusätzlich gezahlte Genesungsgeld. Ähnlich empfehlenswert, wenn auch ohne ergänzendes Genesungsgeld sind in diesem Zusammenhang z.B. die Tarife S3 der **Bayerischen Beamtenkrankenkasse**, MediVita der **Gothaer** oder die Tarife AV, KS, Primo und NK der **Hallesche**. Beispiel NK der Hallesche:

*„4. Kurtagegeld
Im Anschluss an einen mindestens 14-tägigen Krankenhausaufenthalt wird ein Kurtagegeld in Höhe von 11 € für die Dauer der Kur, höchstens aber für 28 Tage gezahlt. Voraussetzung für die Leistung ist, dass die Kur innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung des Krankenhausaufenthaltes beginnt, von dem behandelnden Arzt des Krankenhauses aus medizinischen Gründen verordnet worden ist und nachweislich unter ärztlicher Kontrolle durchgeführt wird. Das Kurtagegeld wird nicht auf bestehende Selbstbehalte angerechnet.“*

■ **Kurunterbrechung**

Ein generelles Problem haben alle diese Regelungen, wenn eine Kur zwangsweise unterbrochen werden muss. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn eine Blinddarmoperation dazwischen kommt. Hier beginnt nämlich erneut eine Akutversorgung, so dass eine Fortsetzung bzw. Wiederaufnahme der alten Kurbehandlung unversichert bliebe.

Einige Versicherer sehen nur diagnosebezogene AGM-Maßnahmen als mitversichert an. So fehlen beispielsweise im

Diagnosekatalog der **HanseMerkur** fast alle onkologischen Erkrankungen (Krebs), die tatsächlich jedoch gut 50% aller Reha-Maßnahmen ausmachen. Ähnlich sieht es bei der **AXA** aus. So besteht nach Nr. 13 b) der AVB zwar ausdrücklich Versicherungsschutz für AGM-Maßnahmen beispielsweise für Herztransplantationen, nicht jedoch für die weitaus häufigeren Nierentransplantationen. Laut AXA würde man entsprechende Kosten abweichend zu den Bedingungen selbstverständlich auch erbringen. Eine entsprechende Klarstellung werde es in der nächsten Überarbeitung zu den AVB geben, für die jedoch bei Redaktionsschluss noch kein konkreter Termin zur Verfügung stand.

Dabei sind andere häufige Operationen durchaus konkret benannt, so z.B. Bypassoperationen, Bandscheibenoperationen oder Krebsoperationen bzw. -bestrahlungen. Laut Axa stellen Arbeitsrichtlinien sicher, dass auch bei Nierenoperationen in diesem Fall eine entsprechende Leistung erbracht werde. Eine bedingungsseitige Klarstellung wäre allerdings deutlich vorteilhafter, da Arbeitsanweisungen anders als vorgenannte Klarstellungen nur schwer einklagbar sein dürften.

Allgemeines Beratungs Know-how



Welche Sorgen haben Kunden, die den Wechsel in die private Krankenversicherung in Erwägung ziehen?

In der Regel dürften Kunden immer folgende Kernängste haben:

- Kann ich zurück in die GKV kommen?
- Stimmt es, dass die Beiträge mit der Zeit immer mehr ansteigen?

- Was ist bei Arbeitslosigkeit und Berufsunfähigkeit?
- Sind die Beiträge im Alter noch bezahlbar?
- Was ist mit der Familienversicherung?

Es ist sinnvoll und wichtig, diese Fragen vor Vertragsabschluss offensiv anzugehen und mit dem Kunden zu besprechen. Grundsätzlich ist eine Rückkehr in die GKV nur unter sehr restriktiven Voraussetzungen möglich. Detaillierter wurden diese in „Risiko & Vorsorge“ 2/2011, S. 53 behandelt. Demnach können Selbstständige, die ihr Gewerbe abmelden, 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 an weitere Voraussetzungen gekoppelt, wobei auch die Besonderheiten zur Krankenversicherung der Rentner zu erwähnen sind.

Mitversicherung von Kindern

Sollen Kinder mitversichert werden, so ist gerade bei Beamten auf die Besonderheiten im Zusammenhang mit dem Beihilferecht hinzuweisen. Zunächst einmal gestaltet sich der private Krankenversi-

cherungsschutz hier als besonders günstig. Dies ändert sich jedoch mit der Vollendung des 25. Lebensjahres, da dann der elterliche Beihilfeanspruch entfällt.

Bei der Versicherung von Studenten sollten diese darüber aufgeklärt werden, dass sie zwar die Möglichkeit haben, sich von der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht zu befreien, jedoch eine Rückkehr in die GKV vor Beendigung des Studiums dann in jedem Fall ausgeschlossen ist.

Tarifumstellung / Basistarif

Grundsätzlich besteht auch die Möglichkeit, von einem leistungsstarken Tarif in den Basistarif umzustellen, der seit dem 01.01.2009 existiert. Dieser ist vergleichbar mit dem Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenkassen, wobei jedoch einzelne Kassen laut Satzung spezielle Leistungen vorsehen, welche für den Basistarif keine Geltung haben. Aufgrund neu geschaffener Regelungen für hilfebedürftige Personen (siehe SGB XII § 32) zahlen freiwillig gesetzlich oder privat versicherte Selbständige, die Alg II erhalten, anstelle des vollen Höchstbetrages von 592,88 Euro monatlich für das Jahr 2012 nur den halben Höchstbetrag. Dieser so berechnete Beitrag erhöht sich um den durchschnittlichen Zusatzbeitrag der gesetzlichen Kassen. Da dieser 2011 und 2012 bei 0 Euro lag, beträgt der halbe Höchstbetrag aktuell 296,44 Euro monatlich.

Freiwillig gesetzlich versicherte Personen, die weder versicherungspflichtig noch familienversichert sind, erhalten 2012 nach § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB II den Mindestpflichtbeitrag zur GKV in Höhe von 130,38 Euro als Zuschuss gewährt. Daraus errechnet sich ein tatsächlicher Mindestbeitrag von 166,06 Euro monatlich (296,44 Euro minus 130,38 Euro). Dabei wird der gesetzliche Pflichtbeitrag während des Leistungsbezuges voll übernommen.

Seit 2009 wurde bei privat Versicherten der gleiche Betrag, der bei GKV-Versicherten als ALG-II-Empfängern anfällt, gezahlt. Mit Urteil vom 18.01.2011 hat das Bundessozialgericht entschieden, dass bei Vorliegen der rechtlichen Voraussetzungen die Kosten einer angemessenen Krankenversicherung bis zum Betrag des hälftigen Beitrags im Basistarif zu leisten seien. Diese Entscheidung wirkt aber nicht unbeschränkt in die Vergangenheit. Siehe hierzu die Ge-

schäftsanweisung der Bundesagentur für Arbeit: http://www.arbeitsagentur.de/nn_166486/zentraler-Content/HEGA-Internet/A07-Geldleistung/Dokument/GA-SGB-II-NR-08-2011-04-06.html. Bis zu dieser Gesetzesänderung hatten sich viele PKV-Versicherte teilweise erheblich verschuldet: Was mit den bisher angehäuften Schulden passieren soll, ist weiterhin ungeklärt:

Zum 19.08.2011 wurde ein Schulden-erlass für alle Hartz-IV-Empfänger erwo-gen.⁷ Damit wären allen privat kranken-versicherten Alg-II-Beziehern die aufge-lautenen Beitragsschulden zu erlassen. Eine abschließende Entscheidung hierzu wurde jedoch nicht bekannt.⁸

Gesetzlich besteht ein Sicherstellungs-auftrag durch die Krankenkassen, dass der Basistarif Versorgungsleistungen im Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen hat. Damit ist der Leistungsumfang gesetzlich umschrieben und der PKV-Verband mit der konkreten Ausgestaltung beauftragt. Das Restrisiko für privat Krankenversicherte hält sich demnach in Grenzen.

Beitragsentwicklung

Was die Beitragsentwicklung in der PKV betrifft, so gibt es hierzu höchst unterschiedliche Statistiken. Allen gemein ist, dass medizinischer Fortschritt und eine damit verbundene höhere Lebenserwartung zwangsläufig zu höheren Kosten in GKV und PKV führen. Um diese Kosten nicht in voller Höhe an ihre Versicherten weiterzugeben, wird die gesetzliche Krankenversicherung in regelmäßigen Abständen reformiert, was tatsächlich einer steten Leistungsminderung gleichkommt. In der PKV hingegen sind die einmal vereinbarten Leistungen in der Regel bis zum Lebensende garantiert. Eine Änderung der Leistung ist nur unter strengen Voraussetzungen und mit Zustimmung eines Treuhänders möglich. Damit bleibt den Versicherern nur die Möglichkeit, Beiträge und Selbstbehalte an die steigende Kostenentwicklung anzupassen.

Gestiegene Kosten werden an die Versicherten weitergereicht, wenn die kalkulierten Kosten von den tatsächlichen Leistungsausgaben um einen definierten Prozentsatz (meist 5 oder 10 %) abweichen, wobei der auslösende Faktor 10% nicht übersteigen darf. Auslösende Faktoren können z.B. medizinischer Fortschritt oder gestiegene Lebenserwar-

tung sein. Je nach Höhe des auslösenden Faktors kann beim Kunden der Eindruck entstehen, dass gestiegene Kosten jährlich weitergereicht werden, was eine einigermaßen gleich bleibende Beitragsentwicklung bewirkt. Andere Versicherer mit einem höheren auslösenden Faktor reichen die Beitragserhöhung mit entsprechender zeitlicher Verzögerung weiter, was zu Beitragsprüngen führen kann, bis dahin jedoch die Attraktivität für das Neugeschäft erhöht.

Obwohl das Prinzip alle Gesellschaften gleichermaßen betrifft, gibt es natürlich solche, die sich durch eher stabile Beiträge auszeichnen und andere, deren Beitragsentwicklung gefühlt der Inflation in manchen Schwellenländern nahezu kommen scheint.

Arbeitslosigkeit und Berufsunfähigkeit

Beiträge sind grundsätzlich auch bei Arbeitslosigkeit oder Berufsunfähigkeit zu zahlen. Daher sollte zumindest eine BU-Rente ausreichend hoch bemessen sein, um auch die Beiträge für die private Krankenversicherung abzudecken. Mehr dazu finden Sie in „Risiko & Vorsorge“ 1/2011 auf S. 20.

Trotz der Verpflichtung jedes Versicherers, Rückstellungen für das Alter zu bilden, muss man sich nichts vormachen: die Beiträge in der PKV sind auch noch im Rentenalter fortzuzahlen, während dies für viele GKV-Versicherte nicht oder nur in deutlich verminderter Höhe zutrifft. Daher ist es anzuraten, neben dem eigentlichen Versicherungsvertrag einen Sparplan für das Alter zu gestalten, aus dem später die monatlichen Beiträge finanziert werden können.

Während die Beitragshöhe in der GKV vom persönlichen Einkommen abhängt, sind Beiträge in der PKV stets für jede versicherte Person separat zu zahlen. Eine Familienversicherung scheidet demnach aus. Mehr Details zum Thema siehe „Risiko & Vorsorge“ 1/2011, S. 18-20.

Um einen leistungsstarken Versicherungsschutz dauerhaft bezahlen zu können, sollte ein Versicherer die Tarife möglichst in verschiedenen Selbstbehaltstufen anbieten. Sinnvoll ist auch die Option auf Höherversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung.

Nachversicherung von Kindern

Mögliche Leistungsprobleme kann es im Rahmen der privaten Krankenversiche-

zung auch dann geben, wenn es um eine Kindernachversicherung geht. Nach § 198 VVG ist eine rückwirkende Versicherung neu geborener Kinder innerhalb von zwei Monaten nach Geburt möglich, wobei eine Höherversicherung als im Tarif der Eltern nur möglich ist, wenn entweder der Tarif eine solche Option offen hält oder der Gesundheitszustand des Kindes dies zulässt.

Problematisch wird es, wenn ein Kind angeborene Anomalien hat und die Diagnose bereits vor der Geburt erfolgte. Grundsätzlich beginnt eine Heilbehandlung nämlich mit der Diagnose. Oft besteht Versicherungsschutz bedingungsgemäß jedoch nur für Versicherungsfälle ab Geburt. Dies führt dazu, dass der Leistungsfall bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten ist und damit nicht mehr unter den Versicherungsschutz fallen würde. Als die entsprechenden Regelungen in die Bedingungen geschrieben wurde, dachte man noch nicht an eine spätere Möglichkeit der pränatalen Diagnostik.

Grundsätzlich hat der BGH bereits vor einigen Jahren entschieden, dass pränatale Schädigungen – auch soweit pränatal festgestellt – versichert seien (BGH 27.09.2000, VersR 2000, 1533). Dies gilt sinngemäß auch für Adoptivkinder. Diese sind dabei rechtlich eigenen Kindern gleichgestellt, wobei der Zeitpunkt der Adoption sinngemäß als „Geburt“ eines neuen Kindes gewertet wird.⁶

Leider besteht bei Kindern, die in Deutschland zur Adoption freigegeben werden, eine statistisch weit überdurchschnittliche Wahrscheinlichkeit, dass diese unter etwaigen Vorerkrankungen (Anomalien) leiden. Entsprechend besteht das Risiko, dass die Aufnahme

adopterter Kinder in die private Krankenversicherung nur erschwert möglich ist. Dabei ist eine Ablehnung nur bei volljährigen Personen möglich, ansonsten ist ein Risikozuschlag nach § 198 Abs. 2 S. 2 VVG auf die einfache Prämienhöhe begrenzt. Eine bedingungsseitige Regelung kann daher sinnvoll sein, wonach bereits angeborne Anomalien automatisch mitversichert sind.

Auslandsgeltung

Abschließend sollte mit den Kunden der Umfang der Auslandsgeltung besprochen werden. In der Regel gilt der Versicherungsschutz europaweit und auf Vereinbarung weltweit. Leistungen im Ausland werden oft in eine nach deutschem Recht geltende Fallpauschale umgerechnet, wobei der Versicherungsnehmer die Kostendifferenz zwischen Fallpauschale und tatsächlichen Kosten zu tragen hat. Damit besteht in der Regel kein Versicherungsschutz für zielgerichtete Auslandsheilbehandlungen.

Eine Auslandsreisekrankenversicherung sollte obligatorisch den Versicherungsschutz abrunden, gilt jedoch lediglich für die Akutversorgung im Ausland. Meist werden hier nur Behandlungen sowie medizinisch notwendige Krankentransportkosten übernommen. Letzteres gilt allerdings nicht für eine zielgerichtete Reise zur Heilbehandlung.

Gefährlich kann es auch werden, wenn eine Heimreise beispielsweise wegen eines Koma nicht zeitnahe und wie geplant angetreten werden kann. In aller Regel verlängert sich der Versicherungsschutz im Ausland nicht bis zu dem Zeitpunkt, wo eine Rückreise medizinisch unbedenklich angetreten werden kann, sondern höchstens um zwei wei-

tere Monate. Das Problem kann jedoch auch auftreten, wenn die Heimreise nur deshalb nicht angetreten werden kann, weil z.B. ein Lotsenstreik den Urlaub ungeplant verlängert.

Hinzuweisen ist auch auf eine mögliche Wohnsitzverlegung innerhalb von EU oder EWR. Nach § 1 (5) MB/KK 2009 werden Leistungen in der Regel nur im Umfang der Leistungen erbracht, die auch im Inland gezahlt würden. Dies muss im Ausland nicht gelten, zumal dortige Ärzte nicht an deutsche Fallpauschalen oder überhaupt eine in Deutschland gültige GOÄ / GOZ gebunden sind. Noch höher ist das Kostenrisiko bei Reisen in die USA, Kanada oder Japan.

Während Ärzte in Deutschland aufgrund der Regelungen in § 12 SGB V direkt gegenüber dem Patienten zur Schadenminderung verpflichtet sind (Wirtschaftlichkeitsgebot), also an eine Gebührenordnung gebunden sind, gilt dies nicht im Ausland. Daher können tatsächliche Kosten im Ausland weit höher als im Inland ausfallen.

MB/KK* Musterbedingungen für Krankheitskosten
 BAV** Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen
 AGM/AHB*** Anschlussgesundheitsmaßnahmen / Anschlussheilbehandlung

¹ Siehe <http://smokinchoices.wordpress.com/2011/07/20/dr-burzinskis-cancer-cure-vs-fda/>

² Kosten zitiert nach Hagen Engelhard vom 28.09.2011

³ Siehe auch http://www.hexal-medicinlexikon.de/index_hxmod_id_h07935.000_useinput_Starr-Edwards-Prothese.php

⁴ Quelle: <http://www.labor-limbach.de/Hygiene-Dialysewasse.161.0.html> mit Stand 25.10.2011

⁵ Siehe http://www.deutsche-rentenversicherung-regional.de/Raa/Raa.do?f=SGB6_31ANL5

⁶ Ausführlichere Informationen zur Urteilsbegründung finden Sie unter anderem in Axel Fortmanns Buch „Krankheitskostenversicherung und Krankenhaustagegeldversicherung. Aktuelle Fragen der Leistungs- und Rechtspraxis“ aus dem Verlag Versicherungswirtschaft (2. Auflage aus 2011).

⁷ Quelle: <http://www.seiten.faz-archiv.de/faz/20110819/fd3201108193205436.html> sowie <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=47014>

⁸ Letzter bekannter Stand ist die Drucksache 17/7129 des Deutschen Bundestages vom 23.09.2011 (Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN). Siehe auch Versicherungsjournal vom 03.11.2011: <http://www.versicherungsjournal.de/markt-und-politik/einigung-ueber-beitragsschulden-bei-der-pkv-steht-noch-aus-109954.php>.

Ihre Beratungs-Dokumentation

Achten Sie im Rahmen der Dokumentation darauf, dem Kunden die wichtigsten Obliegenheiten und Einschränkungen des gewählten Versicherungsschutzes an die Hand zu geben. Hier eine beispielhafte Auswahl:

- Ihr Kunde wünscht eine Mitversicherung nur allgemeiner Krankenhausleistungen, d.h. Behandlung wie ein gesetzlich Versicherter und ohne Anspruch auf privatärztliche Leistungen
- Anzeige jeder Krankenhausbehandlung binnen von 10 Tagen
- Kontaktaufnahme mit Krankenhaus zur Prüfung des Klinikstatus (Stichwort: gemischte Anstalten)
- Hinweis auf gesetzliche Schadenminderungspflicht
- Fristen und Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Optionsrechten zur Höherversicherung beim gleichen Versicherer

„Unsere PKV-Spezialisierung schafft klare Wettbewerbsvorteile“

Klaus Barde im Gespräch mit Jan Dinner,
Inhaber des PKV-Maklerpools insuro Maklerservice

Die PKV ist ein sehr beratungsintensives Produkt. Der Kunde erwartet gerade bei seinem Wechsel von einem gesetzlichen Kostenträger zur PKV mehr als nur schöne Worte. Haben Ihre Partner die notwendige Beratungskompetenz?

Ja, denn unser Geschäftsfeld ist es, all das zu bieten, was der Makler für eine professionelle PKV-Beratung benötigt. Dafür bieten wir als PKV-Dienstleistungspool eine breit gefächerte Angebots- und Servicepalette. Sie ist die Basis für jeden Makler, der seinen PKV-Kunden individuell und korrekt beraten will. In unserem PKV-Kompetenzcenter sitzen langjährig geschulte Mitarbeiter. Diese wissen zum Beispiel bei Risikovorabfragen welche Vorerkrankung bei welchem Versicherer mit den niedrigsten Risikozuschlägen versichert werden kann, erstellen PKV-Angebote und beraten den Makler darüber hinaus natürlich auch zu allgemeinen Fragen der Krankenversicherung. Alle gängigen PKV-Gesellschaften können über insuro abgewickelt werden. Wenn der Makler wünscht, auch über seine Direktanbindung und das bei voller Bestandspflegeprovision. Nicht ohne Grund unterhalten wir mit über 1200 Maklern eine aktive Courtagezusage. insuro organisiert zudem seit fünf Jahren exklusiv den Maklervertrieb der vigo Krankenversicherung VVaG, ehemals Düsseldorfer Versicherung.

Auch andere Exklusivprodukte wie der insuro Pflagegeldtarif Premium D mit bis zu 1400 € Leistung in der Pflegestufe 0, der höchsten Demenzleistung in Deutschland, sowie ein extrem leistungsstarker ambulanter Zusatztarif, der für Makler nur über PremiumCircle und insuro vermittelt werden kann, sind weitere gute Gründe, als Makler eine Courtagezusage mit insuro zu unterhalten.

Der PKV-Vertrieb erlebt Einschnitte seitens der Politik, die er sich durchaus selbst zuzuschreiben hat.

Es gab Übertreibungen, für die wir nun alle die Zeche zahlen. Wir begrüßen die starke Tendenz zu mehr Qualität im Markt. Das bedeutet: Schließung der Billigtarife, strengere Annahmerichtlinien, Nachbesserungen der AVB's auf breiter Ebene.

Ein Alleinstellungsmerkmal Ihres Hauses ist die PKV-Voranfrage- und Risikoprüfungssoftware Prinz. Was leistet diese?

Unsere kostenfreie, nur für insuro-Partner zugängliche Software Prinz 3.0 erleichtert die Arbeit des Makler ungemein. Auch gerade weil diese als Offlineversion vor Ort beim Kunden einsetzbar ist.

Im Detail funktioniert das Programm so, dass alle relevanten Kundendaten inklusive Leistungswünschen und Gesundheitsfragen vom Maker eingegeben werden, und die Risikovorabfrage automatisch per Knopfdruck, soweit Internet vorhanden ist an unser PKV Kompetenzcenter übermittelt und ein vom Kunden zu unterschreibendes Gesprächsprotokoll generiert wird. Unserem Partner werden dann im Folgenden passende Angebote, welche eventuell anfallende Risikozuschläge enthalten, übermittelt. Nachdem der Kunde sich für ein Angebot entschieden hat, können die kompletten persönlichen Kundendaten inklusive Gesundheitsfragen per Knopfdruck in den für 22 PKV-Gesellschaften gültigen insuro Einheitsantrag übermittelt werden. Dieser muss dann nur noch ausgedruckt und vom Kunden unterschrieben werden. Auf unserem Einheitsantrag verzichten wir übrigens auf nervige CrossSelling Produkte wie Lebens- und Unfallversicherungen. Der Antrag ist also sehr schlank und einfach.

Auch weil wir auf dem Formular bei manchen Versicherern verkürzte Abfragezeiträume oder weniger Gesundheitsfragen als auf dem Gesellschaftsantrag vorweisen können. Ein klarer Wettbewerbsvorteil, den unser Makler auch über seine Direktanbindungen nutzen kann.

Ich möchte auch noch ein Wort zur Online-AVB-Analyse Software von PremiumCircle sagen. Dank unserer strategischen PremiumCircle-Partnerschaft eröffnen sich dem insuro-Makler etliche Vorteile. Ein ganz großer Baustein ist dabei der kostenlose Zugang zur PremiumSoftware. Diese Software vergleicht „das Kleingedruckte“ in den Tarifen auf Basis der vertraglich garantierten Leistungen (Versicherungsbedingungen) aller marktrelevanten Tarife in der Krankheitskosten-Vollversicherung, Krankentagegeldversicherung und Berufsunfähigkeitsversicherung.

Und die betriebliche Krankenversicherung...

Auf diesem Spezialfeld bieten wir einen echten vor Ort-Service. Unsere Spezialisten gehen mit den Maklern ab einer gewissen Betriebsgröße in Firmen vor Ort und übernehmen die Beratung und Abwicklung.

Stehen bei Ihnen nach dieser breiten Ausschöpfung der PKV-Sparte zukünftig weitere Geschäftsfelder an?

Ja, ab Juli 2012 bieten wir unseren Service auch in der BU an. Getreu dem Motto: „Der PKV-Spezialist unter den Maklerpools“ – macht jetzt auch BU.

Diese Frage muss natürlich noch gestellt werden. Kaum ein Pool ist heute frei von den Einflüssen seitens beteiligter Versicherungsunternehmen. Wie steht es bei Ihnen?

Nun, insuro Maklerservice ist ein zu 100% inhabergeführter Maklerpool. Auch zukünftig wird insuro Maklerservice 100 Prozent unabhängig sein.

„Um die Zukunft machen wir uns keine Sorgen.“



Klaus Barde im Gespräch mit Beat Moll, Vorsitzender der Geschäftsleitung, CSS Versicherung AG

► *Das PKV Vollversicherungs-Segment stagniert. Gewinner ist mit deutlichen Zuwächsen die Krankenzusatzversicherung. Der Markt potenzieller Neukunden für Zusatztarife ist deutlich größer als die Zielgruppe für Vollversicherungen. Ein Trend, in dem Ihr Haus zu den deutlichen Gewinnern zählt.*

Aber der Makler muss auch an die Zukunft seines Geschäfts denken. Und hier hat das politische Aus für die PKV durchaus realistische Züge angenommen. Über die Rolle der Krankenzusatzversicherungen wird jedoch in diesem Zusammenhang nicht gesprochen. Sicher hat die CSS eine Position zu diesem Szenario.

Um die Zukunft machen wir uns keine Sorgen. Sicherlich wird im Moment das Thema Bürgerversicherung auf ein Neues diskutiert, doch wir als Zusatzversicherer sind im Hinblick auf die Diskussion um die Vollversicherung eher weniger betroffen. Fakt ist, dass die Ausgabensituation im Gesundheitswesen weiterhin nicht ausreichend geklärt ist, daran ändert auch die Spekulation um die Bürgerversicherung nichts. Der Fokus sollte auf die Ziele im Gesund-

heitswesen gerichtet werden. Wer von längerer Lebenserwartung, einem gesünderen Leben und Wohlbefinden profitieren möchte, dem muss auch bewusst sein, dass das nicht ohne Kosten möglich ist.

Um die Versorgungslücken zu schließen und gut vorbereitet zu sein, werden Krankenzusatzversicherungen auch in Zukunft einen sehr wichtigen Baustein zur Gesundheitsversorgung bilden.

► *Einer der wesentlichen Gründe für die Umsatzentwicklung bei den Zusatzversicherungen ist die Partnerschaft mit der GKV. Die Krankenkassen werben bei ihren Kunden offensiv mit den Tarifen privater Partner. Neben dem Vertrieb von Zusatzpolicen werden auch Kooperationen angestrebt, die über den Produkt- und Vertriebsbereich hinausgehen.*

Ab Mai 2012 zum Beispiel erweitert die CSS ihr Leistungsmanagement um einen weiteren Partner, die Cordial Dienstleistungen GmbH – ein Unternehmen der Concordia Versicherungen. Was beinhaltet dieses Leistungsmanagement?

Wir hatten vor sechs Jahren unseren sehr erfolgreichen Markteintritt in Deutschland. Seither freuen wir uns über eine starke Nachfrage nach unseren Tarifen. Mittlerweile haben wir über 180.000 Kunden im Bestand. Neben dem Erfolg ist es uns sehr wichtig, dass auch der Service mitwächst. Nur unter dieser Voraussetzung kann der Erfolg auch langfristig bestehen bleiben. Die Cordial ergänzt unsere Leistungsbearbeitung, die ab Mai dann von zwei Partnern ausgeführt wird. Zum einen übernimmt die Bearbeitung nach wie vor die ROLAND Assistance und zum anderen dann die Cordial Dienstleistungen GmbH. Damit sind wir gut auf das weitere Wachstum vorbereitet und unsere Kunden können sich auf einen guten Service verlassen.

► *Vor dem Hintergrund der rückläufigen Absatzzahlen in der privaten Krankenvollversicherung haben nun auch Ihre Wettbewerber das Geschäft mit der Zusatzversicherung entdeckt. Somit gibt es mehr Vertriebspower im Markt aber nicht zwingend attraktivere Produkte. Wie werden Sie Ihre Vertriebsaufstellung stärken?*

Wir setzen auf ein starkes Netzwerk kompetenter Partner. Mittlerweile vertreiben 3.500 freie Vermittler unsere Produkte, das ist auch ein Zeichen dafür, dass die CSS Tarife gut ankommen und den Nerv der Zeit treffen. Unseren Vertrieb versuchen wir ständig durch Serviceleistungen zu unterstützen. Letztes Jahr haben wir beispielsweise eine innovative App entwickelt, die die Vermittler mit in das Verkaufsgespräch nehmen können. Ganz intuitiv führt die App durch das Gespräch, bis hin zum Antrag, der dann mit einem Klick zum Kunden geschickt werden kann. Das Beratungstool können sich Vermittler für ihr iPad unter www.cssvertriebspartner.com herunterladen. Weitere Vertriebservices werden im Laufe des Jahres folgen. Wir arbeiten derzeit mit Hochdruck an der Umsetzung.

Auch wird die CSS beim Thema Uni-sex-Tarife wieder mit innovativen Tarifen auf den Markt kommen, wie das auch bereits zum Markteintritt der Fall war. Damit haben unsere Vermittler ein starkes Argument im Verkauf an der Hand.

► *Laut dem Branchendienst map-report betrug die Beitragserhöhung in der PKV zwischen 2000 und 2012 lediglich 4,1 Prozentpunkte. Einzelne Ausreißer haben somit das Bild in der Öffentlichkeit verfälscht. In welchem Preistrend bewegen sich die Zusatztarife Ihres Hauses?*

Wir führen fünf Krankenzusatztarife. Prämienanpassungen betreffen die gesamte Branche, da sich der medizinisch-technische Fortschritt sowie der demografische Wandel auf alle Versicherungsunternehmen und deren Prämien positiv sowie negativ auswirken. Dennoch können wir sagen, dass wir von fünf Tarifen nur in einem Fall (CSS.flexi, Bausteine Zahnbehandlung und Zahnersatz top), Beitragsanpassungen in den letzten Jahren durchführen mussten. Trotz dieser Anpassungen sind unsere Tarife weiterhin preis-leistungs-stark.

► *Die Bilanz zu Ihrem 5-jährigen Jubiläum im deutschen Krankenzusatzversicherungsmarkt fiel im Juni 2011 sehr positiv aus. Sie zählten mehr als 175.000 Tarife in Ihrem Bestand und verwiesen*

auf die Vertriebskraft von über 3500 unabhängigen Vermittlern. Hat sich diese Entwicklung fortgesetzt?

Ja, diese Entwicklung setzt sich erfreulicherweise fort. Wir sehen, dass sich die außergewöhnliche Beschaffenheit unserer Tarife durchsetzt. Die Kalkulation ohne Altersrückstellungen wurde zum Markteintritt durchaus skeptisch betrachtet. Heute folgen uns immer mehr Mitbewerber in der Art dieser Kalkulation. Es zeigt sich also, dass wir auf dem richtigen Weg sind, auch wenn das anfänglich von vielen bezweifelt und sogar belächelt wurde.

► *Im Rahmen unserer vierteljährlichen Ratings für stationäre Krankenzusatztarife zählen Sie stets zu den Spitzenreitern. Auch andere Ratings sehen Sie oft vorn. Warum kann eine Schweizer Gesellschaft interessantere Tarifwerke auflegen als viele deutsche Anbieter?*

Sehen Sie, es geht darum aus einem veränderten Blickwinkel auf das bestehende System zu schauen. Unsere Kalkulationsart ist anders als üblich. Auch die Möglichkeit, Tarife in Form von Bausteinen zusammensetzen zu können, kommt gut an. Wir stellen fest, dass die Kunden auswählen möchten. Unterschiedliche Menschen brauchen auch differenzierte Krankenzusatztarife.

In der Schweiz beispielsweise ist das eine Selbstverständlichkeit. Eigenverantwortliche und frei wählbare Tarife bieten genau das an was ich brauche. Werden Leistungen nicht in Anspruch genommen, dann bekommt man in der Schweiz Beitragsanteile zurückerstattet. Das haben wir in Deutschland für unsere Krankenzusatztarife in Form eines Schadenfreiheitsrabatts ebenfalls etabliert.

In der Schweiz kennen wir Franchisen und Selbstbehalte, die ebenso gesundheitsbewusstes und eigenverantwortliches Verhalten belohnen. Auch das ist ein Erfolgsrezept, das wir mit Schweizer Tradition nach Deutschland gebracht haben. Wir haben zudem noch den Vorteil, dass wir einen Schweizer Mutterkonzern mit einer über 110-jährigen Geschichte und Erfahrung im Rücken haben. Das alles stärkt uns und lässt uns auch weiterhin positiv in die Zukunft blicken.

DIE OPTIMALE ANLAGE-STRATEGIE

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



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

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

Allianz – Arag – Axa – Continentale – Deutscher Ring – DKV – Domcura – Generali – Gothaer – Hallesche – Ideal – Iduna – Inter – LKH – Mannheimer – SDK – Signal Iduna – vigo Krankenversicherung – Volkswohl Bund

Pflegeversicherungsschutz im Ausland

Wer eine Pflegeergänzungsversicherung abschließt, hat in der Regel seinen Hauptwohnsitz in Deutschland. Oft, aber nicht immer, besteht zugleich eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung. Letztere bietet grundlegenden Versicherungsschutz bei Krankheit in Deutschland. Ganz ähnlich sieht es mit der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung aus. Grundsätzlich ist der Versicherungsschutz damit auf die Bundesrepublik begrenzt.



Autor: Thorben S. Hagenau

Unter bestimmten Voraussetzungen kann auch im Ausland Versicherungsschutz bestehen. Das ist bedeutsam, da die meisten Pflegetagegeld- und Pflegekostenversicherungen ihren Versicherungsschutz an die Regelungen zur Pflegepflichtversicherung anlehnen. Diesbezüglich profitieren Kunden vielfach von der Entscheidung für eine Pflegerentenversicherung als Lebensversicherungsprodukt, da diese häufig unabhängig von der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung zahlt.

Das Molenaar-Urteil

Beispielhaft sieht der Pflegekostentarif PEV der LKH Leistungen grundsätzlich nur in Deutschland vor. Leistungen im Ausland werden jedoch auch erbracht, sofern die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen, die sich maßgeblich, aber nicht nur, aus dem Molenaar-Urteil (EG 1408/71) ergeben. Dieses ist sehr

prägnant zusammengefasst unter <http://www.senioreninfo.info/article.php?sid=338>. Hier die zwei Kernpunkte, die sich aus dem Urteil ergeben:

- Versicherungsschutz im Ausland besteht in der EU sowie dem EWR, nicht jedoch außerhalb des so umrissenen Geltungsbereiches
- „Begünstigt sind nur Personen, die trotz des Aufenthaltes oder Wohnsitzes in anderen Ländern der EU bzw. des EWR in der deutschen Pflegeversicherung aktuell versichert sind und dementsprechend Beiträge zur deutschen Pflegeversicherung zahlen. Mit begünstigt sind selbstverständlich ihre mitversicherten Familienangehörigen (Ehegatten und Kinder).“ Dies betrifft insbesondere Rentner und deren Familienangehörige, die in einem der benannten Mitgliedsstaaten wohnen und eine deutsche Rente beziehen; weiter sind

dies Grenzgänger und ihre Familienangehörigen, sofern diese in Deutschland beschäftigt und versichert sind.

Begutachtung durch den MDK auch im Ausland

Im Sinne des Gleichbehandlungsgrundsatzes sind für die Begutachtung und Feststellung der Pflegebedürftigkeit im EU- und EWR-Ausland dieselben Grundlagen und Kriterien wie in Deutschland zu beachten. „Versicherte der sozialen Pflegeversicherung im Ausland erhalten das Pflegegeld – ebenso wie dies bei Versicherten im Inland der Fall ist – nur, wenn sie die vorgesehenen Wiederholungsbegutachtungen ermöglichen und die bei Pflegestufe I und II halbjährlich, bei Pflegestufe III vierteljährlich vorgeschriebenen Beratungseinsätze nachweisen. Da diese Beratungseinsätze durch die im Inland tätigen zugelassenen Einrichtungen bei Pflegebedürftigen im

Ausland nicht möglich sind, sind von den sozialen Pflegekassen andere Verfahren für den Nachweis festgelegt worden, dass im Einzelfall die häusliche Pflege gesichert ist. Die Begutachtungen und Wiederholungsbegutachtungen durch den Medizinischen Dienst erfolgen für die pflegebedürftigen Versicherten der sozialen Pflegeversicherung auch im Ausland kostenlos.“

Inwiefern das Molenaar-Urteil auch für die private Pflegepflichtversicherung Anwendung findet, ist noch nicht gerichtlich entschieden. Allerdings hat man sich im Rahmen einer privaten Selbstverpflichtung zu einer vergleichbaren Behandlung auch von privat Versicherten entschieden.

Damit kann auch für die LKH eine eingeschränkte Auslandsgeltung in EU und EWR angenommen werden, was vom Versicherer ausdrücklich auch bestätigt wurde. Die Entscheidung des Molenaar-Urteils ist über die EWR aufgrund entsprechender Abkommen auch für Pflegegeld in der Schweiz anzuwenden (C 215/99 Rechtssache Jauch, Urteil vom 08.03.2001).

Vorübergehende Auslandsaufenthalte

§ 34 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI regelt über das Molenaar-Urteil hinaus, dass bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges

Pflegegeld nach § 38 weiter zu gewähren ist. Für die Pflegesachleistung gilt dies nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes begleitet. Voraussetzung ist also ein vorheriger Leistungsbezug innerhalb Deutschlands. Damit besteht im Zweifel weltweiter Versicherungsschutz für einen Zeitraum von maximal 6 Wochen.

Pauschales Auslandspflegegeld

Allgemein gilt für Pflege im Ausland, dass nur Anspruch auf ein pauschales Auslandspflegegeld in Höhe des Pflegegeldes nach § 37 Abs. 1 SGB XI besteht, das die Pflegepflichtversicherung hier

Tariflich geregelte Auslandsgeltung in beispielhaften Pflegekostentarifen

Versicherer	Tarif	Versicherungsleistungen bei bedingungsgemäßer Pflegebedürftigkeit für Pflege in...					Endet der Versicherungsschutz bei Verzug ins Ausland?
		...Deutschland	...EU	...EWR	...Schweiz	...weltweit	
Arag	68	ja	ja (im Umfang der in Deutschland anfallenden Kosten)	ja (im Umfang der in Deutschland anfallenden Kosten)	ja (im Umfang der in Deutschland anfallenden Kosten)	nein	ja, bei Verzug ins Ausland (sofern keine anderweitige Vereinbarung getroffen wurde; bei nur vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland kann eine Anwartschaft verlangt werden)
Axa	EHP, ESP	ja	ja	ja	nein	nein	Versicherungsschutz bleibt bei Verzug in EU und EWR erhalten (Leistung im Umfang der in Deutschland anfallenden Kosten). Bei Verzug in andere Staaten erlischt der Versicherungsschutz
Continentale	PZ	ja (sofern Vorleistung der sozialen oder privaten Pflegepflicht)	ja (sofern Vorleistung der sozialen oder privaten Pflegepflicht)	ja (sofern Vorleistung der sozialen oder privaten Pflegepflicht)	nein	nein	ja, bei Verzug außerhalb des EWR (sofern keine anderweitige Vereinbarung getroffen wurde)
DKV	PEK	ja	ja (im Umfang der in Deutschland anfallenden Kosten)	ja (im Umfang der in Deutschland anfallenden Kosten)	nein	nein	nein (für außereuropäisches Ausland ist ggf. eine individuelle Vereinbarung möglich. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat, kann die Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung verlangt werden)
Gothaer	P3	ja	ja (im Umfang der in Deutschland anfallenden Kosten)	ja (im Umfang der in Deutschland anfallenden Kosten)	nein	nein	Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus dem Tätigkeitsgebiet des Versicherers bzw. eines Mitgliedsstaats der Europäischen Union oder eines Vertragsstaats des Europäischen Wirtschaftsraums, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird.
Hallesche	PHN	ja	ja (im Umfang der in Deutschland anfallenden Kosten)	ja (im Umfang der in Deutschland anfallenden Kosten)	ja (im Umfang der in Deutschland anfallenden Kosten)	nein	ja, bei Verzug außerhalb der EU, EWR und Schweiz (sofern keine anderweitige Vereinbarung getroffen wurde)
LKH	PEV	ja	ja (sofern Vorleistung der sozialen oder privaten Pflegepflicht)	ja (sofern Vorleistung der sozialen oder privaten Pflegepflicht)	ja (sofern Vorleistung der sozialen oder privaten Pflegepflicht)	nein	ja, bei Verzug ins Ausland (sofern keine anderweitige Vereinbarung getroffen wurde)
Mannheimer	HUMANIS ZP 06	ja	ja (sofern Vorleistung der sozialen oder privaten Pflegepflicht)	ja (sofern Vorleistung der sozialen oder privaten Pflegepflicht)	ja (sofern Vorleistung der sozialen oder privaten Pflegepflicht)	ja (sofern Vorleistung der sozialen oder privaten Pflegepflicht)	ja, bei Verzug außerhalb des EWR (außer ein versicherter Leistungsfall liegt bereits vor)

Eine mögliche Vorleistung der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung im Ausland ist eher die Ausnahme. Grundlegende Hintergrundinformationen finden Sie im Fließtext oben.

nach bei häuslicher Pflege der versicherten Person in Deutschland erbringen würde. Voraussetzung für die pauschale Pflegegeldzahlung im Ausland ist, dass auch aus der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung Leistungen für häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege erbracht werden. Übernehmen Familienangehörige oder sonstige Personen die Pflege zu Hause wird ein Zusatzpflegegeld geleistet, dessen Höhe von der jeweiligen Pflegestufe abhängig

ist. Die volle Leistung gilt nur für Berufspflegekräfte in Deutschland.

Im Tarif HUMANIS ZP 06 der Mannheimer gelten im Zusammenhang mit der Auslandsdeckung spezielle Besonderheiten. So stehen bei häuslicher oder teilstationärer Pflege pflegespezifische technische Hilfsmittel im tariflichen Umfang auch im Ausland zur Verfügung, „wenn für den Monat, in dem die Aufwendungen entstanden sind, auch ein Auslandspflegegeld nach

§ 11 gezahlt wird. Aufwendungen werden, abweichend vom Grundsatz der Vorleistung der Pflege-Pflichtversicherung, auch dann ersetzt, wenn die Pflege-Pflichtversicherung keine Leistungen für das Pflegehilfsmittel erbringt. In diesem Fall reduziert sich jedoch der Erstattungsprozentsatz auf 40%. Der Ersatz von Aufwendungen für Pflegehilfsmittel ist innerhalb von zwei Kalenderjahren begrenzt auf insgesamt EUR 5.200,-.

Überwiegend schwache Regelungen zur Auslandsgeltung auch in der Pflegetagegeldversicherung

Wer eine Pflegetagegeldversicherung abschließt, sollte sich nicht darauf verlassen, später seinen Versicherungsschutz uneingeschränkt ins Ausland, geschweige denn ins außereuropäische Ausland mitnehmen zu können. Die geltenden Regelungen sind diesbezüglich alles andere als verbraucherfreundlich.

Diese Verbraucherunfreundlichkeit gilt sogar für Spitzentarife in der Pflegetagegeldversicherung. So besteht beispielsweise bei **Axa** (Pflegevorsorge Flex, Stand 01.2010), **Hallesche** (OLGAplus, Stand 04.2011) und **Signal Iduna** (Pflege TOP, Stand 01.2009) sehen Versicherungsschutz nur in den Staaten der Europäischen Union, den Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz vor. Auch bei der **vigo Krankenversicherung** (ehemals „Düsseldorfer“; PT, Stand 01.2012) gilt Versicherungsschutz in den Staaten der EU und des EWR. Weiter heißt es in den Bedingungen wie folgt:

„Der Versicherungsschutz gilt allgemein in all denjenigen Ländern, in denen auch Leistungen der deutschen gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung erbracht werden (Sozialversicherungsabkommen). Insbesondere gilt der Versicherungsschutz in Europa.“

Der Versicherer erläutert seine Regelung wie folgt:

„Es muss unterschieden werden, ob jemand im Ausland gepflegt wird (in Stufe I ist man ja nicht aus der Welt) oder ob jemand im Ausland pflegebedürftig wird und die Pflegebedürftigkeit dort festgestellt werden muss. Ersteres ist einfach: Deutsches Konto und es ist egal wo der Pflegebedürftige sich aufhält. Beim Eintritt/Feststellung der Pflegebedürftigkeit sieht es anders aus. In Ländern mit SAV ist es kein Problem. In anderen Staaten muss das Gutachten veranlasst werden.“

Grundsätzlich ist auch eine Vereinbarung für diese Länder möglich. In einem solchen Fall wird die Übernahme der Gutachtenkosten durch den Versicherten vereinbart.

Der Hintergrund ist kalkulatorischer Natur. Die Kosten für die Leistungsregulierung in der Pflegezusatzversicherung sind sehr gering, weil die Einschätzung aus der Pflegepflichtversicherung übernommen wird. Das setzt aber voraus, dass ein solches Gutachten von MDK, Medicproof oder einer anderen Stelle vorliegt.“

Die Auslandsgeltung bei der **Allianz** (PZTBest, Stand 01.2011) ist etwas differenzierter zu betrachten. Zunächst gilt nach Teil I § 2 der ABV ein Geltungsbereich analog zum Pflegetagegeld in den Staaten der EU sowie des EWR (also ohne die Schweiz). Wie bei den Wettbewerbern werden Leistungen im Ausland nur in dem Umfang erbracht, die der Versicherer auch bei einem Pflegefall innerhalb Deutschlands zu erbringen hätte. Dann gibt es die so genannte „in-

dividuelle Pflegebegleitung“ nach Teil II § 4 der Tarifbestimmungen, welche sich nur auf Pflegeleistungen und Angebote in der Bundesrepublik Deutschland bezieht und welche auch nur dort erbracht wird. Zu den Leistungen gehören z.B. die Beratung, Vermittlung und das Organisieren von Pflegeleistungen.

Im Pflegetagegeldtarif der **SDK** (PS, Stand 01.05.2011) besteht gemäß Tarifbedingungen Versicherungsschutz in den Staaten der EU, des EWR und der Schweiz. Abweichend werden versicherte Assistenzleistungen nur innerhalb Deutschlands erbracht. Eine darüber hinausgehende Auslandsgeltung ist nach § 1 MB/EPV 2009 durch besondere Vereinbarung möglich. Gemäß § 15 Abs. 3 MB/EPV 2009) besteht grundsätzlich zudem das Recht des Versicherers, „im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag zu verlangen.“ Leider fehlen ein Hinweis, unter welchen Voraussetzungen eine abweichende Vereinbarung möglich ist und bis zu welcher Höhe ein Zuschlag ausfallen kann. Damit bleiben Versicherte diesbezüglich der Willkür des Anbieters ausgeliefert.

Entscheidend ist weiter eine Regelung in der Tarifbeschreibung zum Tarif PS:

„Liegt keine Einstufung der Pflegebedürftigkeit durch die inländische private bzw. soziale Pflegepflichtversicherung vor, insbesondere weil der Versicherte seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt nicht in der Bundesrepublik Deutschland hat, hat sich der Versicherte wegen der Einstufung der Pflegebedürftigkeit von einem vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Die Beauftragung wird in der Regel an einen in Deutschland ansässigen Arzt erfolgen. Dessen Reisekosten ins Ausland und nach Deutschland sind vom Versicherten zu tragen.“

Ein echtes Highlight in diesem Zusammenhang ist die im Mai 2011 aufgelegte Pflegegeldversicherung der **Domcura**, die einen weltweiten Versicherungsschutz vorsieht, sofern eine deutsches Referenzkonto zur Verfügung steht.

Im Highlightblatt zum Tarif wird ein weltweiter Versicherungsschutz bei deutschem Konto hervorgehoben. Bedingungsseitig heißt es wörtlich:

„Wo erbringen wir die Versicherungsleistungen und wann enden sie? Unsere Leistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland, unabhängig davon, wo Ihr gewöhnlicher Aufenthalt ist. Geldleistungen erbringen wir ausschließlich in Euro. Für die Zahlung von Geldleistungen ist eine Bankverbindung erforderlich, die eine IBAN mit dem Länderkennzeichen „DE“ für Deutschland und eine deutsche Bankleitzahl aufweist.“

An anderer Stelle heißt es weiter:

„Nach der Feststellung des Versicherungsfalles sind Sie verpflichtet, uns auf Verlangen eine in der Bundesrepublik Deutschland amtlich anerkannte Lebendbescheinigung von Ihnen vorzulegen. Kosten für die Überprüfung des Fortbestehens des Versicherungsfalles und für die Beschaffung einer Lebendbescheinigung werden von uns erstattet. Soweit es einer Überprüfung im Ausland bedarf, erstatten wir nur die Kosten, die bei einer vergleichbaren Überprüfung in der Bundesrepublik Deutschland angefallen wären.“

Sofern eine Nachprüfung in Deutschland von der Domcura für notwendig erachtet wird, hat also der Kunde die Kosten für den Rücktransport selbst zu finanzieren, da diese im Fall einer inländischen Nachprüfung nicht anfallen würden. Unschön ist, dass der Tarif leider keine Angaben macht, wann eine Anreise aus dem Ausland für notwendig erachtet wird und in welchen zeitlichen Abständen eine bedingungsgemäße Nachprüfung zulässig ist. Ziffer 11 der Bedingungen spricht lediglich von „angemessenen Abständen“. Die oben benannte Lebendbescheinigung müsste eigentlich „Lebensbescheinigung“ heißen und kann im Ausland vom jeweiligen deutschen Generalkonsulat ausgestellt werden.

Regelungen in der Pflegerentenversicherung

Deutlich kundenfreundlicher sind die Regelungen in vielen

Pflegerentenversicherungen.

Besonders positiv hervorzuheben ist die einzige fondsgebundene Pflegerentenversicherung am Markt, der Tarif PflegeRente Invest der **Gothaer** Lebensversicherung.

In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der PflegeRente Invest ist eindeutig dokumentiert, dass der Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit weltweit besteht, sofern nichts anderes vertraglich vereinbart wurde. Der Tarif 3-D Pflegevorsorge (PFO 12, Stand 01.2012) der **Generali** hingegen regelt den Versicherungsschutz im Ausland nicht ausdrücklich im Rahmen der Pflegerentenoption (PFO 12, Stand 01.2012), sieht dort jedoch auch keine Einschränkungen vor. Im Rahmen der Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegerenten-Zusatzversicherung der Tarifgruppe PRZ 12 (Stand 01.2012) wird abweichend ganz klar ein weltweiter Versicherungsschutz angesprochen. Damit besteht hier also ein weltweiter Versicherungsschutz ab Inanspruchnahme der vertraglichen Pflegerentenoption.

Wenig kundenfreundlich ist in diesem Zusammenhang die Pflegevorsorge Exklusiv (SPV, Stand 01.2012) des **Volkswohl Bundes**. Hier ruht der Anspruch auf Pflegerente in den Kalendermonaten, in denen die versicherte Person während des vollen Monats außerhalb der Europäischen Union, der Schweiz oder Norwegens gepflegt wird. Dies gilt nicht, wenn der Aufenthalt außerhalb dieses Gebiets nicht länger als drei volle Kalendermonate andauert oder der Versicherer einer längeren Pflege außerhalb dieses Gebiets zugestimmt hat. Es ist allerdings wenig verbraucherfreundlich, wenn ein Kunde, der beispielhaft im Rentenalter nach Thailand oder auf die Malediven verziehen möchte, erst beim Versicherer anfragen muss, ob dieser seine Zustimmung gibt. Wird nämlich keine Zustimmung erteilt, so hat der Versicherte im Zweifel jahrelang „mit Zitronen gehandelt“.

Nicht wesentlich besser als die Regelung des Volkswohl Bundes ist die Rege-

lung in der RingPflegeRente Premium (Tarife PVP gegen laufende Zahlung und PVPE gegen Einmalbeitrag mit Stand 04.2010) des **Deutschen Rings**. Hier ruht der Anspruch auf Pflegerente in den Kalendermonaten, in denen die versicherte Person während des vollen Monats außerhalb der Europäischen Union, der Schweiz oder Norwegens gepflegt wird. Dies gilt nicht, wenn der Aufenthalt nicht länger als sechs volle Kalendermonate andauert oder wir einer längeren Pflege im Ausland zugestimmt haben. Eine entsprechende Wohnsitzverlegung von mehr als 6 Monaten ist dem Versicherer anzuzeigen.

Dieses Vorgehen dient laut Aussagen des Versicherers dem Schutz des Versicherten, da nicht in jedem Land der Welt das hohe medizinische Niveau Europas erreicht werde – insbesondere wenn zur Pflege akute Erkrankungen hinzu kommen. Grundsätzlich leiste man in jedem Land, welches nachweislich den durchschnittlichen westeuropäischen medizinischen Standards entspreche.

Bei der Ideal besteht im Tarif **IDEAL** PflegeRente Exklusiv (Stand 01.2012) weltweiter Versicherungsschutz, allerdings besteht ein Anspruch auf eine Leistung aufgrund von Pflegebedürftigkeit nur, wenn sich die Versicherte Person zur Feststellung und Begutachtung der Pflegebedürftigkeit in die EU, Schweiz oder nach Norwegen begibt. Dies gilt auch für die Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit. Eine ähnliche Regelung gilt auch im Tarif Comfort PflegePREMIUM (PPFRV, Stand 01.2009) der **Iduna**. Grundsätzliche besteht weltweiter Versicherungsschutz. Hält sich jedoch die versicherte Person im Ausland auf, kann der Versicherer verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall werden die Untersuchungskosten sowie die Reise- und Aufenthaltskosten im Rahmen der tariflichen Grenzen übernommen. Ohne Regelung hinsichtlich der Kostenübernahme für Reisekosten besteht die weltweite Geltung im Tarif SecuraPrivat®: PflegeRente Premium (Stand 08.2008) der Inter. Die ärztlichen Nachweise müssen von einem innerhalb der Europäischen Union zugelassenen Arzt erstellt werden.

Index: Gesellschaften, die in diesem Beitrag erwähnt werden von A–Z:
Allianz – Arag – Axa – Gothaer – MetallRente – NBB – Nürnberger

Neues von der bAV:

Rechtskonforme Beratung der betrieblichen Altersversorgung

Jeder Arbeitnehmer hat seit dem 01.01.2002 einen individualrechtlichen Anspruch gegenüber seinem Arbeitgeber auf Entgeltumwandlung. 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 2012 sind das bis zu 2.688 EUR im Jahr.



Autor: Stephan Witte

Es obliegt 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 bei ihm. Es liegt damit im Interesse des Arbeitgebers darauf zu achten, dass die zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber vereinbarten Leistungen durch den von Arbeitgeber gewählten Tarif auch gewährleistet sind. Weiter ist zu beachten, dass in der betrieblichen Altersversorgung der Arbeitgeber und nicht der Arbeitnehmer als Versicherungsnehmer auftritt. In diesem Zusammenhang sind damit die jeweiligen Interessen des Arbeitnehmers und des Arbeitgebers in angemessener Weise zu berücksichtigen. So weist etwa Andreas Buttler auf einige mögliche Probleme hin:

„Außerdem enthält der Vertrag in der Praxis eine Bestätigung des Arbeitgebers, dass alle Beiträge nach § 3 Nr. 63 EStG steuerfrei geleistet werden, sofern nicht explizit eine andere Besteuerung gemeldet wird. Das bedeutet aber nicht, dass auch alle Mitarbeiter die steuerliche Förderung des § 3 Nr. 63 EStG nutzen können.

Denn diese gilt zum Beispiel nicht für Mitarbeiter die nur im Rahmen eines Nebenjobs (Minijobber) oder freiberuflich tätig sind.

Mitarbeiter, die bereits die Förderung nach § 40 b EStG bei einem anderen Versicherer nutzen, können den Freibetrag von 1 800 Euro nicht nutzen. Auch die Frage, ob eine bAV aus Tariflohn überhaupt oder im vorliegenden Kollektivvertrag möglich ist, wird hierdurch nicht geklärt.“¹

Eine etwaige Haftung des Arbeitgebers gegenüber dem Arbeitnehmer oder eine Regressmöglichkeit des Arbeitgebers beim Makler bleibt natürlich unbenommen. In diesem Zusammenhang sei auf die bereits ausführlich behandelte und als bekannt vorausgesetzte Diskussion zum Thema „gezümmerte Tarife“ in der betrieblichen Altersversorgung verwiesen. Neuer ist die Diskussion, inwiefern im Rahmen der bAV bestehende Verträge auf Unisex umzustellen seien. Bisher geht der Konsens dahin, dass sich das Urteil über geschlechtsspezifische Tarife nicht auf die betriebliche Altersversorgung beziehe, doch gibt es durchaus widerstreitende Meinungen dazu.²

■ Rechtliche Hintergründe

In diesem Rahmen ist es für jeden Arbeitgeber zwingend notwendig, sich mit

den rechtlichen Hintergründen verschiedener Durchführungswege in der betrieblichen Altersversorgung hinreichend vertraut zu machen. Nur so kann schließlich die rechtlich vorgeschriebene Information seiner Arbeitnehmer gewährleistet werden. Beispielsweise sollte ein Arbeitgeber wissen, dass auch im Rahmen einer Direktversicherung mit Arbeitgeberzuschuss eine Versorgungsordnung angeraten – wenn auch nicht gesetzlich vorgeschrieben – ist, diese jedoch nicht durch einen Kollektivvertrag ersetzt werden kann. Nicht immer ist es jedoch sinnvoll, auf die Mühe einer individuellen Versorgungsordnung zu verzichten, da diverse zukünftige Unwägbarkeiten damit auch zum Nachteil des Arbeitgebers in Kauf genommen werden müssten. Beispielsweise profitiert ein Arbeitgeber davon, wenn ihm bewusst ist, dass eine Einsparung der Lohnnebenkosten nur funktioniert, wenn der Arbeitnehmer unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze verdient und dieser zudem nicht den möglichen Freibetrag von 1.800 Euro nutzt.³ Wer kann schon ausschließen, dass ein Arbeitnehmer mit einem Bruttolohn von heute nur 1.500 Euro einmal weit darüber verdienen wird? „Meist fehlen im Kollektivvertrag auch Regelungen zur Höhe des Zuschusses in Sonderfällen, z.B. bei privat gezahlten Beiträgen in der Elternzeit oder bei Entgeltumwandlungsbeträgen, die aus der Übertragung von Deckungskapital eines Vorversicherers stammen. Denn auch diese werden arbeitsrechtlich ja als Entgeltumwandlung betrachtet.“⁴⁴

■ Unmenge an Beratungsfeinheiten

Sehr schnell kann es bei dieser Unmenge an Beratungsfeinheiten und Gestaltungsmöglichkeiten passieren, dass ein Berater dabei entweder sich selbst schädigt oder gar die Grenzen der erlaubnisfreien Rechtsberatung überschreitet und eine erlaubnispflichtige Rechtsberatung nach dem Rechtsdienstleistungsgesetz (RDG) erbringt. Dazu sind jedoch grundsätzlich nur zugelassene Rechtsanwälte oder amtlich zugelassene Versicherungs- und Rentenberater befugt.

Wendet sich nun also der Arbeitgeber an einen Versicherungsvertreter oder Makler, damit dieser ihm bei der Entscheidungsfindung sowie Beratung seiner Arbeitnehmer als Erfüllungsgehilfe zur Seite steht, so besteht entsprechend

für diese Vermittler die Gefahr einer entsprechenden Grenzüberschreitung und damit verbunden einer Abmahnung durch Dritte. Um die möglichen Gefahren zu begrenzen, hat beispielhaft die Nürnberger für solche Fälle eine Art Vermittlerleitfaden erarbeitet.

Demnach darf ein Vermittler den Arbeitgeber über alle rechtserheblichen Sachverhalte im Zusammenhang mit der Einrichtung einer betrieblichen Altersversorgung informieren. Sinngemäß gilt natürlich Gleiches, wenn ein Vermittler sich selbst an den Firmeninhaber wendet oder ein Arbeitnehmer über den Vertreter oder Makler eine Beratung zur betrieblichen Altersversorgung anfragt. Rechtserheblich in diesem Zusammenhang ist eine abstrakte Erläuterung der Rechtslage sowie der rechtlichen Hintergründe. Es darf allerdings nicht der konkrete Einzelfall substantiell anhand des vorgegebenen Sachverhalts geprüft werden. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen:

Der Arbeitgeber wird darüber informiert, dass grundsätzlich alle Arbeitnehmer gleich zu behandeln sind, also z.B. alle kaufmännisch tätigen Mitarbeiter x% Arbeitgeberzuschuss erhalten sollen, alle sonstigen Mitarbeiter hingegen nur y%. Laut VVG ist ein Vermittler in der Pflicht, alle vertragsrelevanten Umstände zu erfragen, zu beraten und zu dokumentieren, andererseits muss er darauf achten, die Grenze zur unerlaubten Rechtsberatung nicht zu überschreiten, indem er etwa z.B. keine Versorgungsordnung oder rechtliche Beurteilung von Pensionszusagen selbst erstellt. Zulässig und vom Gesetz erwünscht wäre hingegen, wenn der Berater dem Arbeitgeber anrät, juristisch prüfen zu lassen, inwiefern der gesetzliche Gleichbehandlungsanspruch im Unternehmen erfüllt ist und diese Empfehlung schriftlich dokumentiert.

■ Erlaubte Rechtsberatung?!

Des Weiteren darf der Vermittler laut Nürnberger Versicherung vorformulierte Mustertexte aushändigen, nicht jedoch Musterverträge individuell erstellen oder anpassen. Es empfiehlt sich in diesem Zusammenhang ein Hinweis, worauf die ausgehändigten Muster rechtsunverbindlich sind und eine anwaltliche Prüfung für den konkreten Einzelfall anzuraten ist. Sofern ein Vermittler die Grenze

der erlaubten Rechtsberatung überschreitet, hat dies in der Praxis schwerwiegende Folgen. Zunächst einmal ist der Vertrag nach § 3 RDG in Verbindung mit § 134 BGB unwirksam:

§ 3 RDG:

*„Befugnis zur Erbringung außergerichtlicher Rechtsdienstleistungen
Die selbständige Erbringung außergerichtlicher Rechtsdienstleistungen ist nur in dem Umfang zulässig, in dem sie durch dieses Gesetz oder durch oder aufgrund anderer Gesetze erlaubt wird.“*

§ 134 BGB:

*„Gesetzliches Verbot
Ein Rechtsgeschäft, das gegen ein gesetzliches Verbot verstößt, ist nichtig, wenn sich nicht aus dem Gesetz ein anderes ergibt.“*

Als Folge einer solchen unerlaubten Rechtsberatung entfällt rückwirkend auch ein etwaiger Honoraranspruch und das vereinbarte Vertragsverhältnis muss rückabgewickelt werden. Dies betrifft gegebenenfalls auch die Rückabwicklung des Versicherungsgeschäfts und daraus resultierende Provisionsrückforderungen. Darüber hinaus können ein Unterlassungsanspruch nach UWG sowie zivilrechtliche Schadenersatzansprüche möglich sein. Ein weiterer Haken ist die in solchen Fällen regelmäßig nicht mehr greifende Deckungszusage der Vermögensschadenshaftpflichtversicherung.

Aus den benannten Gründen sollten Vermittler jede Form erlaubnispflichtiger Dienstleistung dringend vermeiden. Dazu gehören laut Nürnberger:

- Erstellung von Pensionszusagen
- Erstellung von Gesellschafterbeschlüssen
- Erstellung von Versorgungsordnungen
- Überprüfung und Neuordnung von Pensionszusagen
- Erstellung von rechtlichen Stellungnahmen zu einem konkreten Einzelfall
- Erstellung von Gutachten über die Ausgestaltung und Neuordnung betrieblicher Versorgungswerke

Um Vermittlern eine rechtskonforme Ausgestaltung ihres bAV-Geschäfts zu ermöglichen, bietet die NÜRNBERGER ihren Partnern ein umfangreiches Expertennetzwerk sowie ein Bündel verschied-

dener Dienstleistungen und Unterstützungsmaßnahmen an. So besteht für den Vermittler die Möglichkeit, erlaubnispflichtige Dienstleistungen entgeltlich über Kooperationsanwälte der NÜRNBERGER zu erbringen und damit keine eigenen Haftungsrisiken einzugehen.

■ **Expertennetzwerk der Nürnberger**

Im Zusammenhang mit dem Kooperationsmodell arbeitet die NÜRNBERGER Beratungsgesellschaft für betriebliche Altersversorgung und Personaldienstleistungen mbH (NBB) nach eigenen Aussagen mit zahlreichen Rechtskanzleien zusammen. Gemeinsam ist diesen Kanzleien, dass sie einen Schwerpunkt im Arbeitsrecht haben und damit den hohen Qualitätsansprüchen im komplexen Feld der betrieblichen Altersversorgung gerecht werden.

Die Art der angebotenen Unterstützung des Vermittlers hängt hierbei laut der NBB stark davon ab um welches Geschäftsmodell es sich handelt. Während im Bereich der Auslagerung von Pensionszusagen sowie Geschäftsführerverversorgung die Überprüfung von Pensionszusagen und deren Neufassung mittels Gesellschafter-Beschluss im Fokus steht, steht bei der Mitarbeiterversorgung das Schaffen einer arbeitsrechtlichen Basis des Versorgungswerks im Mittelpunkt. Die NBB hat für diese beiden Geschäftsfelder eigene Tools geschaffen. Während im Bereich der Belegschaftsversorgung seit dem 01. Januar 2012 das sogenannte bAV-Protokoll zum Einsatz kommt, unterstützt die NBB im Bereich der Auslagerung von Pensionszusagen mit Hilfe einer betriebswirtschaftlichen Expertise, dem Finanzierungskompass.

Der Finanzierungskompass entspricht einem betriebswirtschaftlichen Gutachten und ist nach Kenntnis der NÜRNBERGER ein Alleinstellungsmerkmal der NBB. Die NBB erstellt in diesem Zusammenhang verschiedene Szenarien, aus denen hervorgeht, welche bilanziellen Auswirkungen es hat, wenn sich ein Gesellschafter / Geschäftsführer für einen bestimmten Weg entscheidet, wie mit einer bestehenden Pensionszusagen verfahren werden soll. Dazu kommen zahlreiche komplexe versicherungsmathematische Berechnungen, wie z. B. Barwertberechnungen, die selbst ein versierter Vermittler mit den ihm zur Verfügung stehenden technischen Mitteln gar nicht durchführen könnte. Hier wird deutlich, dass im

Bereich der qualifizierten Beratung ein Expertennetzwerk erforderlich ist.

Juristen, Versicherungsmathematiker und bAV-Spezialisten können nur im Team eine umfängliche Beratung des Firmenkunden sicherstellen.

■ **Geschäftbesorgungsvertrag**

Die Berater der NBB empfehlen bei der Auslagerung von Pensionszusagen zunächst eine Überprüfung der zugrundeliegenden Pensionszusagen. Nach Aussage der NBB sind 8 von 10 Pensionszusagen in der Praxis fehlerhaft. Somit ist dieser Schritt unentbehrlich. Die Überprüfung der Pensionszusagen findet hierbei im Kooperationsmodell statt. d. h. der Vermittler schließt einen Geschäftbesorgungsvertrag ab und kauft damit die Rechtsdienstleistung bei einem der Netzwerkpartner der NÜRNBERGER ein. Im zweiten Schritt werden eventuelle Schwachstellen der Pensionszusagen neugefasst. Dies hat regelmäßig mit Hilfe eines Gesellschafter-Beschlusses zu erfolgen. Erst im dritten Schritt werden die Alternativen und betriebswirtschaftlichen Konsequenzen einer Auslagerung mit Hilfe des Finanzierungskompasses dargelegt und der Auslagerungsvorgang angestoßen.

■ **Onlineservice**

Im Bereich der Belegschaftsversorgung bietet die NÜRNBERGER zur Steigerung der Beratungsqualität im bAV-Geschäft einen neuen Onlineservice an. Mit Hilfe des sogenannten bAV-Protokolls können Vermittler ihren Beratungsprozess noch rechtssicherer gestalten. Mittels drei einfacher Auswahlfragen wird das passende Muster einer Versorgungsordnung erzeugt und steht als PDF-Download bereit. Die Erfahrung zeigt, dass in vielen Unternehmen noch keine Versorgungsordnung existiert. In einer Versorgungsordnung legt der Arbeitgeber wichtige Rahmenbedingungen der betrieblichen Altersversorgung (u. a. Durchführungsweg, Finanzierung, Anbieter und Betreuer) in seinem Unternehmen fest. Das Muster der Versorgungsordnung kann mit Hilfe des Onlineservices kostenfrei heruntergeladen werden. Darüber hinaus besteht direkt im Onlinetool die Möglichkeit, eine individuell ausgefertigte Versorgungsordnung über einen Kooperationsanwalt der NBB gegen Honorar anzufordern. Ebenfalls online verfügbar ist ein neuer Beratungsbogen für das Arbeitgebergespräch.

■ **Versorgungsordnung als rechtliche Basis**

Die Bedeutung und der Nutzen einer Versorgungsordnung als rechtliche Basis der betrieblichen Altersversorgung sei nach Angaben der NBB bei weitem nicht jedem Vermittler bewusst. Viele Vermittler sind der Auffassung, dass die Platzierung eines Gruppenvertrags im Unternehmen genügt da alle rechtlichen Belange im Betriebsrentengesetz umfänglich und abschließend geregelt sind. Genau dies ist jedoch nicht der Fall, den bei weitem regelt das Gesetz nicht alle möglichen Fragestellungen. Eine Versorgungsordnung ist zwingend erforderlich.

Die Beauftragung der Kooperationsanwälte der NÜRNBERGER erfolgt mittels Geschäftbesorgungsvertrag oder aber auf Basis einer Vollmacht. Unternehmen haben die Möglichkeit, ihren Vermittlern die Vollmacht zu geben, alle erforderlichen Verträge eigenverantwortlich für diese zu schließen. So wird der Vermittler insbesondere bevollmächtigt, die Rechtsdienstleistung bei Dritten einzuholen und im Auftrag des Kunden den Rechtsbesorgungsvertrag abzuschließen. Makler, die sich für diesen Weg entscheiden, können dem Kunden unter eigenem Namen die Rechnung ausstellen. Hierbei sind sie zwar in der Festlegung des Rechnungsbetrages frei, können aber unter Umständen umsatzsteuerpflichtig werden.

■ **Unabhängiger Makler?**

Ein durchschnittlicher Kunde wird vermutlich nicht zwischen dem Vermittler einer bAV als Makler und einem Vermittler einer Rechtsdienstleistung durch Dritte als Geschäftsmann unterscheiden, sondern das Ganze als einen zusammenhängenden Vorgang betrachten.

Damit wird der Vermittler im Rahmen der NBB-Dienstleistung leicht zu einem Pseudomakler gegenüber dem Kunden und arbeitet nicht mehr als Sachwalter des Kunden, in dessen Interesse.

Die Kosten für die Erstellung einer Pensionszusagen sind abhängig von der Komplexität der Zusage. Für einfache Zusagen beträgt das Honorar ca. 200 EUR. Zuzüglich zur vereinbarten Vergütung fallen die gesetzliche Umsatzsteuer von derzeit 19 % sowie eine Auslagenpauschale in Höhe von 10 EUR zur Zahlung an. Die Auslagenpauschale fällt pro Rechnung nur einmalig an.

Betriebliche Altersversorgung unter Kostengesichtspunkten oft attraktiv

Für die Beschäftigung mit der betrieblichen Altersversorgung sprechen verschiedene Gründe. Zunächst einmal können versierte Makler auf diesem Feld ihre besondere Kompetenz beweisen und erhalten zumal möglichen Zugang zu einer Vielzahl von Kunden. Dem gegenüber stehen verschiedene Schwierigkeiten bei der Implementierung geeigneter Durchführungswege, der (verständliche) Wunsch von Arbeitgebern auf kostengünstige Gruppenvertragskonditionen sowie der nicht immer vorhandene direkte Zugang zum Arbeitgeber als Gesprächspartner.

Gerade bei kleineren Betrieben kommt es auch heute durchaus vor, dass die jeweiligen Inhaber die gesetzliche Verpflichtung zum Angebot einer betrieblichen Altersversorgung entweder nicht kennen oder bewusst ignorieren. Teilweise hat dies auch mit bestehenden Ängsten vor möglichen Kosten und Haftungsfallen für den Arbeitgeber zu tun. So liegt es am Arbeitgeber, seine Mitarbeiter nicht nur über die Vorteile (z.B. geringer Nettoaufwand durch Bruttohonorarumwandlung, Besteuerung erst im Rentenalter), sondern auch die Nachteile (z.B. Reduzierung des Anspruches auf Arbeitslosengeld sowie der Ansprüche auf Alters- und Erwerbsminderungsrente, nachgelagerte Besteuerung) einer betrieblichen Altersversorgung aufzuklären.

Wettbewerb der Vorsorge-Systeme

Für Vermittler mag es einfacher erscheinen, den einzelnen Arbeitnehmer

über die Möglichkeiten einer geförderten Basis- oder Riesterrente zu informieren, zumal etwaige Provisionseinbußen durch Gruppenverträge hier nicht zu erwarten sind. Diese Vorgehensweise wird von Seiten der Betriebsrenten-Lobby heftig kritisiert. Der Vorwurf geht dahin, dass beispielsweise ein Arbeitnehmer, der sich für einen Kollektivvertrag beim Versorgungswerk MetallRente entscheide, lediglich eine Provision von 1,6 Prozent zahle, während bei Riesterpolice eine Provision von 4 Prozent oder mehr durchaus üblich sei. Kritisiert wird auch das komplizierte und fehleranfällige Zulagensystem bei Riesterverträgen.⁵

Betrachtet man die reinen Kosten, so kann diese Sichtweise sicher als richtig erachtet werden. Dabei werden jedoch mehrere Punkte übersehen. Zum einen gibt es sehr große Unterschiede bei den Kosten von Riesterverträgen wie auch Tarifen im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung. Wer einen ungeeigneten bAV-Tarif wählt, muss sich nicht wundern, wenn die prognostizierte Ablaufleistung bei nur geringem Monatsbeitrag gerade einmal knapp über der Summe der bis dahin eingezahlten Beiträge liegt. Wurde zudem beispielhaft eine Unterstützungskasse als Versorgungsweg gewählt, so kann der Versicherte diese bei Arbeitslosigkeit oder im Fall eines Arbeitgeberwechsels gar nicht oder nur mit sehr viel Glück fortführen, was zu deutlich reduzierten garantierten wie auch prognostizierten Ablaufleistungen führt. Im Gegensatz dazu kann eine Riesterrente grundsätzlich privat fortgeführt werden, auch wenn möglicherwei-

se nicht jeder Einzelne Anspruch auf eine staatliche Förderung hat.

Die Tarifwahl

Ein weiterer wichtiger Unterschied ist, dass die Tarifaufwahl in der betrieblichen Altersversorgung beim Arbeitgeber und nicht beim Arbeitnehmer liegt. Mag ein sehr aktienaffiner Kunde einen Riesterfondssparplan bevorzugen, kann es sein, dass der äußerst konservative Firmeninhaber nur einen Kapital bildenden Tarif mit zwar hohen Garantiewerten, aber nur geringem Ertragspotential auswählt.

Teilweise berechtigt ist die Kritik am Risiko möglicher falscher Zulagenanträge, zurückgeforderter Riesterzulagen und anderer Fehlerquellen. Da jedoch ab 2012 eine Heilung auch bestehender Riesterverträge rückwirkend ermöglicht werden soll, sind dies Einschränkungen, die durchaus billigend in Kauf genommen werden können und durch eine sorgfältige Überprüfung der jährlichen Zulageninformationen seitens Kunden und Vermittler weitgehend ausgeschlossen werden können.

Grundsätzlich gilt für die Beratungspraxis, dass sowohl eine Riesterrente wie auch eine betriebliche Altersversorgung sinnvolle Wege sein können, um dem Kunden einen Teil seiner finanziell unbeschwerten Zukunft zu ermöglichen. Welches Produkt und welcher Tarif im Einzelfall am vorteilhaftesten sind, bleibt dennoch einer umfassenden Beratung vorbehalten, die durchaus auch die Einbeziehung von Steuerberatern und Rechtsanwälten nötig machen kann.

Betriebliche Krankenzusatzversicherung auf dem Vormarsch

Ein weiteres Thema für das Jahr 2012, das nunmehr offensiv von einigen wenigen Versicherern wie der Axa oder der Nürnberger beworben wird, ist die Möglichkeit einer betrieblichen Krankenzusatzversicherung zu Gruppenvertragskonditionen über den Arbeitgeber. Arbeitgebern soll es dadurch gelingen, ihre Mitarbeiter noch stärker an das jeweilige Unternehmen zu binden. Darüber hinaus profitiert auch der Arbeitnehmer von einer

Steigerung der Produktivität durch gesündere und motiviertere Mitarbeiter.

Aufgrund des BFH-Urteils vom 14.04.2011 sind Beiträge in diesem Zusammenhang rechtlich gesehen Sachzuwendungen an den Arbeitnehmer. Im Rahmen des § 8 Abs. 2 Satz 9 EStG können hierbei bis zu 44,00 Euro monatlich steuer- und sozialversicherungsfrei in die betriebliche Krankenversicherung

investiert werden. Bei Überschreitung der 44,00 EUR p. m. besteht die Möglichkeit einer Lohnsteuerpauschalierung nach § 40 EStG (pauschal versteuert zu dem vom Finanzamt festgesetzten Wert) oder § 37 EStG (pauschal versteuert mit 30%). Damit sind diese Beiträge bei Versteuerung nach § 40 EStG sozialversicherungsfrei, nicht jedoch im Fall einer Versteuerung nach § 37 EStG. Gegebenfalls hat der Arbeitgeber auch das Recht, Leistungen zu reduzieren, d.h. der Arbeitgeber gibt seine Zusage für den ergänzenden Versicherungsschutz immer nur für je ein Jahr. Dies kann z.B. sinnvoll

sein, um zu vermeiden, dass ein Arbeitnehmer einen Monatsbetrag von 44 Euro monatlich übersteigt.

Wie in der betrieblichen Altersversorgung auch tritt der Arbeitgeber als Beitragszahler auf und beantragt den Vertrag gemäß § 43 ff. VVG für seinen Mitarbeiter. Anders als in der bAV tritt der Arbeitnehmer in den Vertrag jedoch üblicherweise als Versicherungsnehmer sowie als versicherte Person ein. Abweichend ist etwa im Tarif FlexMed Premium der Axa der Arbeitgeber der Versicherungsnehmer und der Arbeitnehmer die versicherte Person.

■ Echte Vorteile

Neben kostengünstigen Gruppenkonditionen, profitieren Arbeitnehmer bei der Nürnberger von einem Kontrahierungszwang, dem Verzicht auf Wartezeiten sowie einer vereinfachten Gesundheitsprüfung. Bei mindestens zehn Personen verzichtet die Nürnberger generell auf die Beantwortung von Gesundheitsfragen. Zur Verfügung stehen der Vorsorgetarif „Pro“ (u.a. Kostenübernahme für Krebsvorsorge- und allgemeine Vorsorgeuntersuchungen), der Ergänzungstarif „EG+“ (u.a. Leistungen für Zahnersatz, Heilpraktiker sowie Auslandsreisen), die Zahnzusatzversicherung „ZP80“, das Pfllegetagegeld „PTS“, der Krankentagegeldtarif „TA6“ sowie die stationäre Unfallzusatzversicherung „SZU“. Der Ersatz bereits fehlender Zähne sowie geplante zahnärztliche Maßnahmen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Anders als die Nürnberger bietet die Axa auch Krankenvollversicherungstarife im Rahmen der betrieblichen Krankenversicherung an. Insgesamt besteht das Angebot der Axa aus drei Säulen:

- Vom Arbeitgeber organisierte Krankenvoll-, Zusatz- und Pflegeversicherungen
- Vom Arbeitgeber finanzierte Gesundheitsbausteine für die ganze Belegschaft („FlexMed“) sowie Zusatzversicherungen für Top-Mitarbeiter („FlexMed Premium“).
- Auslandsreisekrankenversicherung bei Entsendungen

Als besonderen Service bietet AXA bei allen Bausteinen eine spezielle medizinische Hotline an. Hier sind medizinisch ausgebildete Fachkräfte bei allen Fragen zur Prävention, Therapien, Diagnosen,

Arzneimitteln, Arzt- und Klinikauskünften, Impfschutz etc. rund um die Uhr telefonisch erreichbar.

■ AXA: Mit Alleinstellungsmerkmal

Zu beachten ist, dass die FlexMed-Gesundheitsbausteine in den Bereichen Ambulant (z.B. Heilpraktiker, Vorsorge und Sehhilfen), Zahn, Stationär, Ausland und Krankengeld obligatorisch für eine fest zu definierende Gruppe von zu versichernden Mitarbeitern sind, ohne Gesundheitsfragen angeboten werden, dafür allerdings nur für Gruppen von mindestens 50 Personen im gewählten Leistungsumfang zur Verfügung stehen. Alle Prämien sind von der Axa als Unisexstarife ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert. Speziell für Führungskräfte wurde der Tarif FlexMed Premium entwickelt:

„Mit FlexMed Premium geben Sie Ihren Mitarbeitern die Möglichkeit, sich als Versicherte erster Klasse zu fühlen. So wird Ihre Zusatzleistung direkt erlebbar und Ihre besonders engagierten Arbeitnehmer genießen einen hochattraktiven Mehrwert. Und nicht zu vergessen: Sie schaffen einen Anreiz für den späteren Wechsel Ihrer Mitarbeiter in die private Krankenversicherung, was sich günstig auf die Lohnnebenkosten auswirkt.“

Im Rahmen von FlexMed Premium erhält ein Arbeitnehmer den Status eines Privatpatienten für ambulante und ärztliche Behandlung, hat im Krankenhaus Anspruch auf die Unterbringung im Zweibettzimmer sowie auf privatärztliche Behandlung. Dazu kommen freie Arzt- und Krankenhauswahl, der Wegfall von Zahlungen bei Arzneimitteln und ein Vertragsschluss ohne Gesundheitsprüfung. Es besteht jedoch keine Aufnahmemöglichkeit bei Arbeitnehmern, die bereits bei Antragsstellung unter Krebs, Herzinfarkt, Epilepsie, Multipler Sklerose, Diabetes, Bluterkrankheit oder einer HIV-Infektion leiden. Weitere Voraussetzung ist ein Kollektiv von mindestens 20 Personen. Auch hier sind die Beiträge als Unisexstarife ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert. Dazu besteht die Möglichkeit, einen Beitragsrabatt zu erhalten, wenn Mitarbeiter unter 40 Jahren eine Einstellungsuntersuchung im Unternehmen durchführen.

Das Besondere an FlexMed Premium ist jedoch, dass der Tarif Arbeitnehmern zur Verfügung steht, die noch nicht die Beitragsbemessungsgrenze überschrit-

ten haben oder aus individuellen Gründen keinen Wechsel in die private Krankenvollversicherung wünschen. Laut Axa habe man auf dem deutschen Markt außerdem ein Alleinstellungsmerkmal, da man als einziger Versicherer für den Versicherten die komplette Kostenregulierung mit der gesetzlichen Krankenversicherung übernehme. Der Versicherte muss demnach nicht in Vorkasse gehen, sondern rechnet vollständig und allein mit der Axa ab.

Die Entsendungstarife sind für Arbeitgeber haftungsrechtlich von besonderer Bedeutung:

„[...] wer als Arbeitgeber Mitarbeiter ins Ausland entsendet, haftet nach § 17 SGB V in vollem Umfang für eventuell entstehende Krankheitskosten. Dies gilt auch für mitreisende oder besuchende Familienmitglieder.“

Damit sieht die Axa in ihrem Auslandsreisekrankenschutz eine „günstige und bequeme Möglichkeit, die gesetzlich vorgeschriebene Fürsorgepflicht optimal zu erfüllen.“

Neben der eigenen medizinischen Versorgung können im Rahmen der betrieblichen Krankenzusatzversicherung grundsätzlich auch die Familienangehörigen mit abgesichert werden. Dabei müssen Familienangehörige bei der Axa anders als bei der Nürnberger auch Gesundheitsfragen beantworten und können demnach gegebenenfalls im Einzelfall auch abgelehnt werden. Weiter gilt, dass die Zahlung der Beiträge für diese Personengruppe zwar nicht steuerfrei ist, Familienangehörige dafür allerdings von den kostengünstigen Gruppenkonditionen profitieren können. Der Arbeitgeber zeigt sich damit als fürsorglicher und familienfreundlicher Arbeitgeber.

Weitere Anbieter, die Angebote auf betriebliche Krankenversicherung anbieten sind beispielsweise Allianz, Arag sowie Gothaer.

¹ Andreas Buttler: „Rechtssichere Gestaltung der Entgeltumwandlung“ in „Versicherungswirtschaft“ Heft 2 vom 15. Januar 2012, S. 100.

² Mehr dazu siehe <http://www.versicherungsjournal.de/versicherungen-und-finanzen/in-der-bav-werden-unisex-tarife-kein-muss-110606.php>

³ Siehe dazu Andreas Buttler, a.a.O., S. 100-101.

⁴ Andreas Buttler, S. 100

⁵ „Betriebsrenten-Lobby redet Riester schlecht“ in „Financial Times Deutschland“ vom 16.02.2012. Siehe <http://www.ftd.de/unternehmen/versicherungen/:portfolio-betriebsrenten-lobby-redet-riester-schlecht/60169681.html>.



Risiko & Vorsorge

Höchste Kompetenz für Ihr Know-how



4-08



1-09



2-09



3-09



4-09



1-10



2-10



3-10



4-10



1-11



2-11



3-11



4-11



1-12

Welche Ausgabe fehlt Ihnen noch?
Bestellen Sie jetzt!

Nur solange der Vorrat reicht

bAV-Fakten

Die Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters auf 67 Jahre hat Konsequenzen für die bAV-Leistung. Dünne Kapitalmarktrenditen und die Freiheit von Steuern und Sozialversicherungsabgaben stärken die Argumentation für die zweite Vorsorge-Säule.

Laut Professor Dr. Bernd Raffelhüschen vom Institut für Finanzwissenschaft an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, ist die bAV die ausbaufähigste Säule im deutschen Alterssicherungssystem. Wegen der anstehenden Leistungsrücknahmen in der gesetzlichen Rente werde es zu Verschiebungen bei den relativen Gewichten im Drei-Säulen-Modell kommen. Aktuell trägt die bAV, so Raffelhüschen, nur fünf Prozent zu den Alterseinkünften bei. Damit rangiere Deutschland im europäischen Vergleich vor Spanien an vorletzter Stelle.

■ 2012: Jahr der Reformen in der Altersvorsorge

Die Bundesregierung plant 2012 die Verabschiedung eines umfassenden Gesetzes zur Sicherung der Altersvorsorge in Deutschland. Kernstück des Gesetzes ist die Einführung einer Zuschussrente für Geringverdiener ab 2013. Die Auszahlung soll u.a. an eine abgeschlossene betriebliche oder private Altersvorsorge gekoppelt werden. Hiermit werden die Arbeitgeber im Rahmen der bAV bei der Beratung ihrer Mitarbeiter stärker in die Verantwortung gezogen. Neben der Gesetzesinitiative der Bundesregierung verfolgt die EU umfassende Maßnahmen für nachhaltige und sichere europäische Pensions- und Rentensysteme. Das EU-Weißbuch zu dieser Thematik beinhaltet für die betriebliche Altersversorgung:

- Portabilität von Pensionen und Renten innerhalb der EU
- Schutz der Betriebsrenten bei Arbeitgeberinsolvenz
- Aufbau eines Binnenmarktes für kapitalgedeckte Betriebspensionen mit geeigneten Kapitalanlagevorschriften
- Anti-Diskriminierungsvorschriften für öffentliche und betriebliche Renten

■ SV: Starkes bAV-Wachstum

Die betriebliche Altersversorgung (bAV) verzeichnete für 2012 ein Plus von 118,0 Prozent. Das Neugeschäft in der Direktversicherung, Direktzusage und Unterstützungskasse wuchs nach Beitragssumme auf 601,9 Millionen Euro. Insgesamt erzielte die SV in der gesamten betrieblichen Altersversorgung – inklusive Pensionskasse und sonstigem Kooperationsgeschäft – ein Plus von 70 Prozent auf 967,1 Millionen Euro. www.sparkassenversicherung.de

■ Zurich baut bAV aus.

Die Zurich baut ihr Geschäftsfeld betriebliche Altersvorsorge (bAV) aus. Neben den bisherigen Geschäftspartnern werden auch große Makler und auf bAV spezialisierte Vermittler sowie multinationale Konzerne gezielter angesprochen.

Mit dem Ziel das bAV-Geschäft zu stärken, hatte die Zurich bereits im Februar 2011 ein eigenes bAV-Vorstandressort geschaffen. Das Geschäftsfeld in Deutschland wurde neu strukturiert und weitere bAV-Experten eingestellt. Vor allem neue Servicemodelle für Arbeitgeber, Arbeitnehmer und Vertriebe stehen im Vordergrund. Die neue Einheit - „bAV Business Service“ setzt sich aus erfahrenen Mitarbeitern zusammen, die Kunden und Vertriebsmitarbeitern zur Seite stehen. www.zurich.de

■ AXA-Thesen: die bAV der Zukunft

- Die Bedeutung der bAV wird zunehmen
- Die Anforderungen der bAV werden sich ebenfalls ändern, aber eher nicht grundlegend.
- Die Absicherung existentieller Risiken unter den Regeln von Unisex führt auch für die bAV zu signifikanten Anpassungen und spezifischen bAV-Lösungen.
- Das konventionelle Sicherungsvermögen wird zur Erzeugung von langfristigen, sicheren Garantien auch in Zukunft seine Bedeutung behalten, allerdings vermehrt über gestufte Zinsgarantien.
- Alternative Produktkonzepte haben ihre Berechtigung, müssen jedoch verstärkt die Anforderungen der bAV in den Fokus nehmen.

bAV-Symposium - Köln, 01.03.2012
www.axa.de

Allianz Leben

Mit rund 8,5 Millionen Kunden und 11,6 Millionen Versicherungen ist die Allianz Leben die Nummer 1 im deutschen Vorsorgemarkt und einer der größten Lebensversicherer weltweit. In der betrieblichen Altersversorgung belegt Allianz Leben als erster Kompletanbieter aller Durchführungswege ebenfalls den ersten Platz. Als Marktführer bieten wir den Kunden eine effiziente Verwaltung auch von großen Beständen, niedrige Verwaltungskostenquote (economies of scale) sowie individuelle Gestaltungskonzepte. Unsere Positionierung in der bAV ist nicht nur nach den Neugeschäftszahlen marktführend: Die Allianz hat 2011 den ersten Platz des renommierten bAV-Awards zum zweiten Mal in allen Kategorien errungen. Hier bieten wir eine unangefochtene Expertise am Markt. Unser Firmengeschäft macht 41 Prozent des gesamten Leben-Neugeschäfts von 15,7 Milliarden Euro aus. Wir sind bevorzugter Vertragspartner bei Großunternehmen, so haben wir bereits mit den meisten DAX-Unternehmen Geschäftsbeziehungen, aber auch viele kleine und mittlere Betriebe verlassen sich in der bAV auf die Allianz. Wir betreuen in der Funktion eines Konsortialführers zahlreiche Versorgungswerke direkt (z. B. MetallRente, Presseversorgungswerk, Pensions-Sicherungs-Verein). Auch bei sehr komplexen bAV-Themen wie die Auslagerung von Pensionsverpflichtungen und Lösungen mit Hilfe von Wertkontenrückdeckungen überzeugt Allianz Leben durch professionelles Know-how. Zudem bietet die Allianz umfassende Services wie die Unterstützung durch Fachexperten z.B. in allen arbeits-, steuer- und insolvenzrechtlichen Fragen rund um die bAV, gutachterliche Betreuung (bereits 23.000 Unternehmen), Verwaltung von Betriebsrenten, Zugang für die Firmenkunden über ein Firmenportal, modernste Verwaltungstechnik zur Betreuung größter Bestände und Lösungen über die Allianz Treuhand GmbH.

www.allianzdeutschland.de

Aktuelle Statements zum bAV-Markt



Josef Beutelmann,
Vorstandsvorsitzender
Barmenia
Versicherungen

Barmenia

Die Sicherheit des Arbeitsplatzes und eine gute Bezahlung stehen in der Gunst der Arbeitnehmer weit vorne. Als Arbeitgeber hat man mit der betriebliche Altersversorgung ein zusätzliches wirksames Mittel, Mitarbeiter zu gewinnen, zu motivieren und die Betriebstreue zu belohnen. Hier finden Sie die Pluspunkte der Barmenia-Produkte:

- **BARMENIA DIREKTRENTE CLASSIC:** Die bereits zu Vertragsbeginn garantierte Rentenhöhe wird zusätzlich durch Überschüsse erhöht. Es ist auch möglich, einen Auszahlungsplan und dadurch eine konstante Überschussrente zu vereinbaren.
- **BARMENIA DIREKTRENTE INVEST:** Die Höhe der Rente wird zu Rentenbeginn mit einem garantierten Rentenfaktor festgelegt und ist abhängig von der Fondsentwicklung. Weitere Highlights sind die Beitragserhaltung durch DWS Flex Pension mit Höchststandsgarantie sowie freie Auswahl aus vielen attraktiven Fonds. Auch kostenloses Shiften und Switchen des Fondsvermögens sind möglich.
- Die **BARMENIA DIREKTRENTEN** bieten große Flexibilität wie z.B.: Beitragsdynamik, vorzeitiger Rentenbezug, Verlängerungsrecht, Aufstockung durch Zuzahlung, optionale Absicherung der Arbeitskraft und der Hinterbliebenen.
- Die **BARMENIA ÜBERBETRIEBLICHE UNTERSTÜTZUNGSKASSE E.V.** bietet flexible Leistungspläne als Renten- oder Kapitalzusagen, wahlweise auch mit BU- und Hinterbliebenen-Absicherung.

www.barmenia.de



Karl Panzer,
Vorstandsvorsitzender
LV 1871

LV 1871

Für die betriebliche Altersversorgung gilt wie in der privaten Vorsorge: In den aktuell turbulenten Finanz- und Börsenzeiten steigt die Nachfrage nach Anlagemöglichkeiten, die Rendite, Wertstabilität und Sicherheit ausgewogen kombinieren. Die Sachwertpolice der LV 1871 greift diese Anforderungen auf. Als Direktversicherung ermöglicht sie die Anlage in inflationssichere Werte auch für die betriebliche Altersversorgung. Punkten können ebenso Produkte mit hohen Garantien.

Für Unternehmen, die bestehende Pensionszusagen auslagern und so ihre Bilanzen von Belastungen befreien möchten, ist der LV 1871 Pensionsfonds ideal. Der Vorteil: Dank Sitz in Liechtenstein bietet der LV 1871 Pensionsfonds einen Rechnungszins von 2,25 Prozent in der Garantievvariante. Bei allen Formalitäten unterstützt die LV 1871 Makler und Unternehmen mit kompetentem Service. Unsere Experten analysieren die Situation im Unternehmen und erarbeiten gemeinsam mit Kunden und Maklern ein passgenaues Angebot.

Eine steigende Nachfrage verzeichnen wir bei Fondspolice für die betriebliche Altersversorgung. Für die Direktversicherung und für Pensionszusagen bietet die LV 1871 bereits intelligente Lösungen. Für weitere Durchführungswege, wie zum Beispiel für die Unterstützungskasse, bauen wir dieses Angebot kontinuierlich aus.

www.lv1871.de



Ingo Nitsche,
Produktmanager
Gothaer Leben

Gothaer Leben

Die betriebliche Altersversorgung (bAV) zählt auch weiterhin zu den beliebtesten Altersvorsorgeformen der Bundesbürger. Dies belegen aktuelle Studien. Aufgrund der Anhebung des Rentenbeginnalters sowie der Absenkung des Leistungsniveaus der gesetzlichen Rente kommt der bAV eine immer größere Bedeutung im Altersvorsorgemix zu. Die hohe Attraktivität der bAV resultiert insbesondere aus der Möglichkeit der Steuer- und Sozialabgabensparnis sowie dem Höchstmaß an Sicherheit für die Versorgungsberechtigten.

Die Gothaer bietet im Rahmen der bAV eine Vielzahl an Lösungen, um den unterschiedlichen Bedürfnissen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer gerecht zu werden. Im Durchführungsweg Direktversicherung wird neben klassischen Rentenversicherungen mit dem fondsgebundenen ReFlex-Tarif ein dynamisches Wertsicherungsmodell angeboten, das trotz Beitragsgarantie eine hohe Partizipation an den Entwicklungen der Kapitalmärkte ermöglicht. Die Gothaer Pensionskasse AG zeichnet sich durch spezielle Tarifvertragslösungen aus und verfügt auch über ungezillmerte Tarife. Für die Rückdeckung von Direkt- und Unterstützungskassenzusagen bietet die Gothaer Lebensversicherung AG vielfältige Tariflösungen. Neben umfangreichen Dienstleistungsangeboten rund um die bAV unterbreitet die Gothaer für Firmenkunden weitere attraktive Lösungen wie Zeitwertkontenmodelle.

www.gothaer.de



FRV im Griff der Finanzmärkte.

Die Kapitalanlage macht es.
Aber wer hat die Kristallkugel für
30 Jahre Wertentwicklung?

Mehr Chancen, mehr Flexibilität und im Idealfall ein perfektes Ablaufmanagement: Das kann eine Fondsgebundene Rentenversicherung Ihrem Kunden bieten. Kann! Wer sich diesem Thema ganz rational und mit ausgiebiger Vergangenheitsbetrachtung nähert, merkt: Eine Fondspolice hat viele Kunden auch nachhaltig in die Verlustzone geführt.

Hand aufs Herz: Haben Sie jemals die Fondsanlage Ihrer Fondspolice-Kunden beobachtet? Haben Sie alljährlich die Kunden aufgesucht und deren Asset Allokation nachjustiert? Wussten eigentlich Ihre Kollegen, die vor zwanzig Jahren eine Fondspolice verkauften, überhaupt etwas mit dem Begriff Assetklassen anzufangen? Haben Sie das Fondsuniversum der Gesellschaft Ihres Vertrauens jemals hinsichtlich der Tauglichkeit für einen langfristig sinnvollen Risikomix analysiert? Gemessen an dem, was wir seit fünfundzwanzig Jahren am Redaktionstelefon von Maklern hören, wurden fondsgebundene Produkte nur selten korrekt beraten. Meist nach dem Motto: Chancen ja – über Risiken sprechen wir nicht.

■ Kosten

Bei Abschluss einer Fondspolice fallen – anbieterabhängig – durchaus hohe Kosten an. Kosten, die die Fondsanlage wieder – zumindest langfristig – einspielen muss. Die Erstattung von Kickbacks

an den Kunden ist zudem erst seit zwei Jahren ein Thema. Die meist mäßige bis schlechte Bewertung vieler FRV-Angebote durch z.B. die Stiftung Warentest ist insbesondere auf die hohen Kosten der getesteten Tarife zurückzuführen.

Nimmt man diesen Schwachpunkte von Fondspolice ernsthaft zu Kenntnis und ist einem die Altersvorsorge des Kunden nicht völlig gleichgültig, so ist ruckzuck das „uralte“ Thema Fondssparplan contra Fondspolice auf dem Tisch. Dank der im Rahmen der Ansparphase der Policen entfallenden 25-prozentigen Abgeltungssteuer auf Kursgewinne, hat die FRV hier jedoch ein neues Argument auf der Habenseite verbuchen können. So bleibt der Zinseszins-Effekt voll erhalten, während bei Fondssparplänen mit Ausnahme staatlich geförderter Verträge alle Zinserträge und Dividenden sofort besteuert werden.

Generell lobenswert an dieser Stelle: Condor. Man bietet bereits seit 2007 die Möglichkeit, bei den Policen die Reduction-in-Yield auszurechnen sowie die

Werte detailliert inklusive und exklusive der Überschüsse darzustellen.

■ Argumente, die wirklich zählen

Jeder Makler kennt die typischen Argumente für die Fondsgebundene Rentenversicherung: Chancen dank hervorragender Spitzenfonds mit Top-Ranking, hohe Flexibilität, Fonds-Wechsel jederzeit kostenfrei möglich, keine Ausgabeaufschläge, auf Wunsch mit Garantie. Makler, für die die Themen Aktienmärkte, Marktzyklen und Asset Allocation sowie Risikomanagement keine Fremdworte sind, achten jedoch vorrangig auf folgende Faktoren:

Einsatz aktiver vermögensverwaltender Fonds, Berücksichtigung von Schwellenländerfonds in der Fondsauswahl, Möglichkeit der Auswahl der wesentlichen Marktindizes mittels ETFs, aktives Ablaufmanagement, Erstattung von Kickbacks, jährliches Berichtswesen über die Entwicklung der Fondsanlage und Marktausblick bereifts der Kernassetklassen.



■ Von den Chancen am Aktienmarkt profitieren?

Die Skandia schreibt in ihrem Papier *Die 10 größten Irrtümer über Fondspolice*:

„1. Irrtum: Fondspolice sind riskant Die Renditechancen aber auch die Risiken einer Fondspolice hängen maßgeblich vom Anlageverhalten und der Risikobereitschaft des Kunden ab. Er allein bestimmt die Auswahl der Fonds für die Police. Dabei hat er die Möglichkeit, sich zwischen rendite- und sicherheitsorientierten Anlagen zu entscheiden.“

Nichts gegen die Delegation von Verantwortung an den Kunden. Nur, wozu werden Vermögensverwalter hoch bezahlt, wenn man hier dem „0815“ Kunden die gleiche Leistung zutraut. Und das über die gesamte Laufzeit seiner Police. Wenn dann am Ende nur die Summe der eingezahlten Beiträge halbiert an den Kunden zurück geführt wird, erklärt man dann den Kunden zum unfähigen Fondsmanager bzw. gescheiterten aktiven Vermögensverwalter? Oder wollen Sie als Makler die Verantwortung für die Fondspolice-Depots Ihrer Kunden übernehmen?

Wir sehen: Das Thema Fondspolice kann dank der Verlagerung des Investmentrisikos auf den Kunden einerseits als Appell an den mündigen Verbraucher verstanden werden, trifft aber in der Praxis auf eine nach wie vor sehr kleine Minderheit von Kunden, die dieser Aufgabe fachlich gewachsen ist. Die Ermittlung von Chancen-Risiko-Profilen der Kunden macht ja zudem, ernsthaft betrachtet, nur dann Sinn, wenn die entsprechende Allokation regelmäßig ausbalanciert wird und zudem durch ein intelligentes Ablaufmanagement sicher über die letzten Runden gebracht wird. Das bieten in aller Konsequenz nur sehr wenige Polices. Für hunderttausende von Altkunden greifen diese sogenannten modernen Fondspolice zudem nicht mehr. Sie hatten Glück oder auch nicht.

■ Die Klassischen nicht links liegen lassen!

Seit 01.01.2012 gilt leider im Rahmen der klassischen Polices ein Höchstrechnungszins von nur noch 1,75 Prozent. Er trägt dem schon seit langem niedrigen Zinsniveau am Kapitalmarkt Rechnung. Dies bedeutet eine geringere gesicherte Rendite (Garantieverzinsung) für Neukunden. Da sich die Erträge aus der

Kapitallebensversicherung und der Privatrentenversicherung aus dem Garantiezins und den darüber liegenden Überschüssen zusammensetzen, bedeutet die Absenkung des Garantiezinssatzes nicht automatisch, dass auch die Rendite für die Versicherungskunden zurückgeht. Darum ist nach wie vor die klassische Variante der Rentenversicherung nicht die generell schlechtere Karte, zudem dann, wenn die eingezogene Garantie für ein fondsgebundenes Produkt zusätzlich kostenseitig regelmäßig an der Rendite knabbert.

Fondspolice bieten Versicherten eine Chance auf höhere Erträge. Sie sind aber keine sichere Form der Altersvorsorge. Wer korrekt berät, empfiehlt eine FRV nur dem Kunden, dessen Grundabsicherung im Alter bereits gewährleistet ist. Somit handelt es sich hier in der Mehrheit der Fälle um Besserverdiener. Ein Blick auf das Klientel zeigt jedoch, dass auch viele Geringverdiener ausschließlich eine FRV besitzen, da das Haushaltsnetto für mehr nicht langte. Ein Fall von Fehlberatung. Hier ist Umdeckung in vielen Fällen für den Makler das richtige Gebot.

▶ Polices mit Beitragsgarantie

sichern zum Rentenbeginn seitens des Versicherers das angesparte Kapital. Hier fließt nur ein Teil des Monatsbeitrags in Fondsanlagen. Mit dem Rest wird eine klassische Rentenversicherung finanziert. Diese ist so kalkuliert, dass zu Rentenbeginn auf jeden Fall zumindest die Summe der eingezahlten Beiträge zur Verfügung steht.

▶ Fondspolice mit Garantiefonds

sind so konzipiert, dass die jeweilige Fondsgesellschaft mit ihrem Garantiekonzept den Erhalt des eingezahlten Kapitals sichert. Dabei gibt es unterschiedliche Garantie-Varianten. So kann der Kapitalerhalt zu Rentenbeginn gesichert sein oder der Fonds deckt mit seiner Garantie auch eine geringe Mindestverzinsung mit ab. Bekannt sind auch dynamische Konzepte. Sie sichern bereits erzielte Gewinne ab (Höchststandsicherung). Die Anlage des Kunden kann nicht mehr unter diese Schwelle sinken.

Beispiel: Fondsgebundene Police nach dem Netto-Prinzip

Der Verbund Deutscher Honorarberater (VDH) und die InterRisk Lebensversicherung AG bieten eine auf die Bedürfnisse von Honorarberatern zugeschnittene fondsgebundene Rentenversicherung (myIndex satellite ETF Evolution).

Vorbildliches Kapitalanlage-Spektrum

Man verfolgt einerseits drei Weltportfolio-Strategien mit einem starren Buy-and-Hold Ansatz ohne aktives Fondsmanagement. Enthalten sind hierin neun Assetklassen bestehend aus Large- und Small-Caps aus USA/Nordamerika, Europa sowie Japan/Australien. Daneben wird in Emerging Markets, Rohstoffe und Immobilien investiert. Die Risikoadjustierung erfolgt über kurz laufende deutsche und europäische Staatsanleihen, wobei das Hauptgewicht auf deutschen Staatsanleihen liegt. Einmal jährlich Anfang September erfolgt durch die InterRisk Lebensversicherung ein Rebalancing.

Diese Strategien werden ohne Mehrkosten und Management-Gebühren (Netto-Prinzip) bereitgestellt. Die laufenden Kosten, in denen laut VDH anders als bei herkömmlichen Lösungen, auch alle Transaktions- und Bankgebühren enthalten sind, betragen 0,30 Prozent p.a.. Stornogebühren bei vorzeitiger Kündigung entfallen, ebenso wie alle sonstigen Gebühren traditioneller Fondspolice-Lösungen. Die Gesamtkosten für die Police liegen unter 0,70 Prozent pro Jahr.

Der Kapitalanlageteil bietet hier neben den benannten Welt-Portfolios eine weitere Auswahl an Lösungen. Dem Berater stehen hierzu 81 ETF's, 31 aktiv gemanagte Fonds und fünf ETF-Dachfonds zur Verfügung. Zusätzlich können auch Garantien, zum Beispiel für die betriebliche Altersvorsorge, eingebaut werden. Investitionen sind ab 75 Euro monatlich oder 2500 Euro einmalig möglich.

„Wir setzen stark auf vermögensverwaltende Strategien.“

Klaus Barde im Gespräch mit **Stefan Giesecke**, Vorstand der fpb AG, Vertriebsmanagementgesellschaft von Friends Provident International.

Ihre Finanzstärke-Ratings stimmen, die Historie ist gut. Dennoch: auch Ihr Haus steht im Wettlauf um die besten Renditen für den Versicherungskunden. Die fondsgebundene Rentenpolice Friends Plan wartet dazu mit einem besonders hochkarätigen Chancenspektrum auf. Ihr Gantiemodell sagt dazu: Für nur 5% seines Beitrags bekommt der Kunde am Ende der Laufzeit alle eingezahlten Beiträge zurück. Diese Garantie ist zudem klar von der Kapitalanlage getrennt. Bis zu 95% der Sparbeiträge können hier somit frei investiert werden. Widmen wir uns doch einmal dem Wörtchen „können“. Unter welchen Rahmenbedingungen lässt sich diese stolze Investitionsquote realisieren? Und, was sagt die Vergangenheitsbetrachtung hinsichtlich der Investitionsquoten?

Im Wettlauf um die besten Renditen, wie Sie sagen, schneidet Friends Provident International sehr gut ab. Das Berliner Institut für Transparenz in der Altersvorsorge ITA hat Fondspolice 10.000 unterschiedlichen Kapitalmarktszenarien aus-

gesetzt. Die private Rente Friends Plan-private mit Beitragsgarantie erzielte dabei für einen Musterfall eine simulierte Rendite nach Kosten von 5,3%. Friends Provident schnitt in dieser Simulation am besten ab. Grund hierfür ist zum einen die Trennung der Garantie von der Kapitalanlage des Kunden, zum anderen, dass bei den meisten Wettbewerbsprodukten das Cash-Lock-Risiko zu groß ist und ein zu hoher Anteil des Kundenbeitrags im Deckungsstock investiert werden muss.

Bei unserer Lösung werden von jedem eingezahlten Beitrag 5% für die Garantiegebühr abgezogen. Dieser Sparbeitrag wird in die Anlageform investiert, für die sich der Kunde entscheidet. Die Anlagequote von bis zu 95% des Sparbeitrages ist bei allen Verträgen mit Garantie ohne Vorbedingungen gegeben. Je nach Vertragslaufzeit, Beitragshöhe, Produktkalkulation und Gestaltung der Maklervergütung können im Friends Plan Investitionsquoten von 85% bis annähernd 95%, exakt 94,6%, bezogen auf den Gesamtbeitrag erzielt werden. Unsere Kunden können in drei Anlagestrategien investie-

ren. Hinter diesen Strategien steht ein breit gefächertes Angebot aus Einzelfonds, Höchststandssicherungsfonds, gemanagten und vermögensverwaltenden Portfolios. Zu letzteren gehören so renommierte Häuser wie Warburg, Hamburger Sparkasse und Morningstar.

Wie stets bei Anbietern aus dem Ausland, wird das Thema Garantie besonders kritisch hinterfragt. Im Friends Plan sind alle Beiträge zu 100% garantiert. Wer steht für diese Garantie ein?

Derzeit stehen eher die inländischen Versicherer mit ihren klassischen Deckungsstockgarantien auf dem Prüfstand. Denn Niedrigzinsphase und Solvency II stellen die Versicherer vor enorme Herausforderungen, die langfristigen Garantieverprechen einzulösen. Nicht umsonst wird eine breite Diskussion in der Öffentlichkeit um die Zukunftsfähigkeit der klassischen deutschen Lebensversicherung geführt. Für viele führende Branchenexperten steht fest, dass die klassische Lebensversicherung unter Renditegesichtspunkten

ein Auslaufmodell ist. Zu Recht, wie ich meine.

Beim Friends Plan steht Friends Provident International für die Garantie ein. Das Unternehmen gehört zu der britischen, weltweit tätigen Friends Life Gruppe, die fünftgrößte Gesellschaft im Bereich der Lebens- und Rentenversicherungen nach Marktkapitalisierung in England mit sehr guten Ratings und einer Solvabilitätsquote von über 250 Prozent.

Kommen wir zu den rentenspezifischen Gegebenheiten. Ein Pluspunkt: bei vorzeitiger Vertragsauflösung sowie bei einem vorzeitigen Rentenbeginn fallen keine zusätzlichen Kosten an. Wie jedoch ist der vorzeitige Rentenbeginn für den Kunden geregelt?

Bei vorzeitigem Rentenbeginn fallen keine weiteren Kosten, wie Rückkaufswertabschläge oder Marktpreis Anpassungen, an. Das zum Zeitpunkt des Rentenbeginns vorhandene Fondsguthaben wird zu den dann gültigen Bedingungen verrentet. Das Guthaben kann auch, abhängig vom gewählten Tarif, als Kapitalsumme ausgezahlt werden.

Im Rahmen der Fondswahl kann nun seitens Ihrer Versicherten auch der Magellan gewählt werden. Auffällig ist ja bei einer Betrachtung über alle Fondspolices des Marktes hinweg, wie extrem spät es den Kunden ermöglicht wurde, auch in Schwellenländer zu investieren. Welche Fondssektoren kann ich als Makler für Friends Plan heute dem Kunden zur Zusammenstellung einer sinnvollen Asset Allocation anbieten?

Friends Provident International bietet seit ihrem Markteintritt in Deutschland im Frühjahr 2007 Anlagemöglichkeiten in Schwellenländer-Regionen an, zum Beispiel Ost-Europa, den Mittleren Osten, Indien und China. Mit dem Magellan seit 2011 und dem Templeton BRIC seit Sommer 2008 sind Fonds hinzugekommen, die im Sektor Schwellenländer breiter diversifizieren.

Einer Anlageempfehlung sollte stets eine ausführliche Analyse von Risikoprofil und Anlagewünschen des Kunden vorausgehen. Wir setzen stark auf vermögensverwaltende Strategien. Sie haben auf Grund ihrer ausgewogenen Asset Allocation derzeit auf Grund der schwer einschätzbaren Marktentwick-

lung klare Vorteile. Durch ein aktives Management kann je nach Marktlage die Portfolioallokation variiert werden, um mit differenzierten Lösungsstrategien Kursverluste zu minimieren und Ertragschancen zu nutzen.

Mit der Wahlmöglichkeit eines vermögensverwaltenden Ansatzes sollen Ihre Kunden grundsätzlich ein besseres Risikomanagement erhalten, als mit der eigenständigen Selektion eines reinen Aktienfondsportfolios. Kann der Makler hier mit Zahlen aufwarten, die die Stärke Ihrer Vermögensverwalter auch nachhaltig dokumentieren? Sie wissen, auch Vermögensverwalter haben mehr als einmal empfindlich neben den Märkten gelegen.

Am Beispiel des Warburg-Portfolios, das wir im Rahmen unserer Altersvorsorgeleistungen exklusiv anbieten, können wir belegen, wie erfolgreich diese Ansätze sind. Für das Warburg Portfolio Active Assets Strategie ergibt sich bei einem Anlagehorizont von zwei Jahren eine minimale Performance von 0,3% p.a. und eine maximale von 19%. Die durchschnittliche Performance p.a. betrug 10,5%. Bei einem zehnjährigen Anlagehorizont betrug die Performance 10,2% p.a., der minimale Wert lag bei 8,8%, der maximale bei 10,9%. Diese Betrachtung bezieht sich auf die Ergebnisse nach Kosten. Darüber hinaus haben wir erst vor kurzem die Performance der übrigen vermögensverwaltenden Portfolios überprüft, die wir anbieten. Deren Performance lag im Durchschnitt bei 6% p.a..

Bietet Ihr neues Online-Vertriebstool für Makler Hilfestellungen hinsichtlich der Beratung für den Kapitalanlage teil Ihrer Rentenpolice?

Auf der „System-Plattform“, unserem webbasierten Online-Vertriebstool, stellen wir zahlreiche Vertriebsunterlagen zur Verfügung. Damit wollen wir Maklern unabhängig von Zeit und Ort den Zugriff auf ihre Verkaufsunterlagen erleichtern. Hier gibt es auch einen Bereich „Investment“, mit Filmen, Präsentationen, Produktunterlagen, Berechnungstools und Serviceinformationen, mit denen wir versuchen, die Makler ohne Umwege auf kurzem Weg zu unterstützen. Unser neuestes Angebot ist eine Online-Angebotssoftware, die webbasiert ist, und direkt in der Kundenberatung eingesetzt werden kann.

»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



„Die Transparenzforderungen – insbesondere bei Kosten – nehmen wir sehr ernst.“



Klaus Barde im Gespräch mit Prof. Hans-Wilhelm Zeidler, Zurich Gruppe Deutschland, Vorstand unabhängige Vermittler Leben.

Die nunmehr vierzigjährige Geschichte der Fondspolice dokumentiert, dass etliche Kunden nicht in den Genuss der vielzitierten Chancen der Aktienmärkte kamen. Vielmehr büßten sie Teile ihrer Altersvorsorge ein. Ein Fakt, der in großen Teilen auch der mangelnden Qualifikation und Betreuung seitens der Vermittler geschuldet ist.

Heute ist dieses Vorsorgeinstrument generell ausgereifter und manch ein Vermittler hat sich zum Fonds-Experten mit Expertise für eine ausbalancierte Asset Allokation gemausert. Mit dem in der Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG integrierten Deutschen Herold zählt ein Urgestein des Fondspolicevertriebs zur Zurich Gruppe.

Was unterscheidet heute Ihr Produkt Vorsorgeinvest Premium grundsätzlich von den ersten Produkten der siebziger Jahre?

Die heutige Produktwelt ist mit den früheren Angeboten im Prinzip nicht mehr zu vergleichen. Bei unserem modernen Produkt Vorsorgeinvest Premium wird die Beitragsgarantie über ein Garantiemodell dargestellt, bei dem das Portfolio jedes einzelnen Kunden börsentäglich und vertragsindividuell gemangt wird. Dabei wird abhängig von ver-

schiedenen Vertrags- und Kapitalmarktfaktoren – wie zum Beispiel Restlaufzeit, Vertragsguthaben, Zins- und Kursentwicklung – zwischen renditeorientierten Dachfonds und sicherheitsorientierten Rentenfonds umgeschichtet. Dieses Garantiemodell mit dem Namen „Individual Constant Proportion Portfolio Insurance“ (kurz I-CPPI), wurde gemeinsam mit dem Partner DWS entwickelt.

Damit sind in diesem Produkt Verluste heute ausgeschlossen. Bei den Produkten der siebziger Jahre handelte es sich dagegen um fondsgebundene Versicherungslösungen ohne Beitragsgarantie zum Ende der Ansparphase. Auch lag der Fokus auf Produkten, in die oftmals nur ein Fonds integriert wurde.

Welche Kapitalanlagestrategien kann der Makler seinen Kunden im Rahmen dieser Police offerieren?

Das Anlageprinzip bei der Premium-Familie lautet: Soviel Rentenfonds wie nötig – um jederzeit die Beitragsgarantie zum Abruftermin sicherzustellen – und soviel Dachfonds wie möglich. Damit wird das verbleibende Chancenkaptal ertragsorientiert investiert. Bei gleichzeitig sinkender Kurs- und Zinsentwicklung wird der Anteil an Rentenfonds erhöht, sofern

die Garantie es erfordert; die Dachfondsquote sinkt in gleicher Höhe. Erholen sich die Märkte, kann der Anteil Rentenfonds wieder reduziert werden, d.h. die Dachfondsquote und damit das Investment von Chancenkapital steigen wieder. Jeder neue gezahlte Beitrag oder eine Zuzahlung erhöhen ebenfalls das Chancenkapital.

Das Besondere ist: Die Umschichtungen erfolgen automatisch. Sowohl der Kunde als auch der Vermittler müssen sich nicht um die Kapitalanlage sorgen.

Trotz der Betonung des Chancenspektrums einer Fondspolice wurde das Investment in Emerging Markets von etlichen Anbietern zum Teil bis heute den Kunden vorenthalten. Wie ist die Politik Ihres Hauses auf diesem Feld?

Wir bieten fondsgebundene Produkte mit freier Fondsauswahl für die Kunden, die viel Wert auf eigene Entscheidungsfreiheit des Anlageschwerpunktes legen. Unseren Kunden stehen verschiedene Fonds zur Auswahl. Darunter sind auch Fonds, die einen Schwerpunkt in Emerging Markets legen.

Auch in der Premium-Produktfamilie wird innerhalb der zugrunde liegenden Fonds teilweise ebenfalls in Emerging Markets investiert, hier jedoch nur in einem sehr kontrollierten Teil mit wachsamem Blick auf Risiken.

Die Kosten-Diskussion rund um die fondsgebundenen Produkte hat die Sensibilisierung für renditezehrende Kostenrollen signifikant beschleunigt. Der Ausweis der Reduction in Yield und Netto-Tarife sind nicht mehr zarte Pflänzchen, sondern Vorreiter einer zunehmenden Transparenz.

Sehen Sie hierin vorrangig einen von der Politik forcierten modischen Trend, oder eine echte Wegscheide des Versicherungsmarktes bis hin zur Honorarberatung?

Es ist ein Trend zu mehr Transparenz, der für alle – den Kunden, den Vermittler und den Versicherer selbst – nur vom Vorteil ist. Diese Transparenzforderungen – insbesondere bei Kosten – nehmen wir sehr ernst. Daher werden wir ab Januar 2013 die Gesamtkostenquote in den Angeboten ausweisen. Eine echte Wegscheide wird das jedoch erst



► **Moderne Fondspolices mit Beitragsgarantie bieten dem Kunden ein sehr hohes Maß an Sicherheit.**

werden, wenn der Weg hin zur Honorarberatung reglementiert wird. Derzeit ist die Bereitschaft der Kunden mehr als 100 Euro für eine Altersvorsorgeberatung auszugeben deutlich zurückhaltend, sodass der Staat bei einem Wechsel eher mit einem sinkenden Versorgungsgrad in der privaten Altersvorsorge zu kämpfen hätte.

Zwei Jahrzehnte waren die fondsgebundenen Produkte nahezu ohne Ablaufmanagement konzipiert. Fehlte der verantwortungsbewusste Makler, dann lief die Kapitalanlage bis zum Ablauftag der Police voll im Risiko. Heute gibt es hier durchaus intelligente und vor allem aktive Modelle.

Was können Sie einem Makler mit gutem Gewissen versprechen, wenn es gegen Ende des Anlagezeitraums um die Sicherung von Beitragssumme plus Fondsgewinnen für seinen Kunden geht?

Die Premium-Produkte bieten Zurich Kunden und unseren Partnern verschiedene Sicherheitsbausteine, um die Sicherheit zum Ablauf des Vertrages zu erhöhen.

Um die Performankestabilität zum Abruftermin zu erhöhen, verringert beispielsweise der „Ablaufstabilisator“ das Schwankungsrisiko in den letzten zehn Jahren der Vertragslaufzeit. So werden Fondsguthaben sukzessive und automatisch von renditeorientierten in weniger offensive Dachfonds umgeschichtet.

Der Kunde kann darüber hinaus bei nahendem Rentenbeginn auch die

Höchststandssicherung aktivieren. Danach kann das Fondsguthaben zum vereinbarten Abruftermin nur noch steigen, nicht mehr fallen. Außerdem können Kunden bei Premium-Produkten zusätzlich erwirtschaftete Erträge durch das Garantie-„Lock in“ zum vereinbarten Abruftermin absichern.

Garantien sollten den Einbruch im Fondspolices-Absatz auffangen. Eine Maßnahme, die durchaus Erfolge zeitigte. Ihr Haus bietet heute drei Garantie-Optionen. Welche davon wird von Ihren Vertriebspartnern preferiert?

Beitragsgarantie ist obligatorischer Vertragsbestandteil, Garantie-Lock in und Höchststandssicherung sind optional und kundenindividuell aktivierbar. Dabei dient der Garantie-Lock in zur Absicherung von erwirtschafteten Erträgen während der Vertragslaufzeit. Die Höchststandssicherung greift zum Ende der Vertragslaufzeit. Dadurch gibt es keine Präferenzen für oder gegen eine der Optionen.

Welche fachliche Unterstützung erfährt der Makler, der sich im Segment der Personenversicherungen und dort spezifisch bei den Kunden engagieren will, die dank entsprechender Grundabsicherung auch für die Chancen und Risiken einer fondsgebundenen Rente in Betracht kommen?

Neben der persönlichen Betreuung bieten wir unseren Partnern ein Fondspolices-Portal. Dieses webbasierte Portal bündelt alle Information rund um die Fondsprodukte.

Außerdem stellen wir Endkundenunterlagen wie zum Beispiel Produktprospekte und Beratercharts zur Verfügung. Unser monatlicher Infodienst informiert die Vermittler zum Beispiel über die Reaktionen der Premium-Produkte auf Börsenentwicklungen.

Index: Gesellschaften, die in diesem Beitrag erwähnt werden von A–Z:
AAG-Taschner GmbH – Axa – Generali – Gothaer – Janitos – R+V – VHV

GDV-Garantien in der Realität, Teil 3

Sparte Wohngebäudeversicherung

Nachdem in den ersten beiden Teilen (Risiko & Vorsorge 3/2011 und 4/2011) dieser Serie auf die Sparten Private Haftpflichtversicherung sowie Hausratversicherung eingegangen wurde, soll nun die Wohngebäudesparte näher betrachtet werden. Gerade von Allgefahrendeckung erwarten die meisten Kunden und Makler einen Leistungsumfang, der möglichst weit über den unverbindlichen GDV-Standard hinausgeht. Ohne bedingungsseitige Garantie dieser Verbandsempfehlung muss dies jedoch nicht zwangsläufig der Fall sein.



Autor: Stephan Witte

Was das Fehlen einer bedingungsseitigen Garantie im Leistungsfall bedeuten kann, zeigen wir anhand eines konkreten Beispiels.

Im Mai 2011 wurde die Markise eines Wintergartens des Kunden Manfred S.¹ von einer Windböe erfasst und auseinander getrennt. Es entstand ein Schaden von über 1.000 Euro. Nach den Musterbedingungen des GDV wäre dieser Schaden im Fall einer Windstärke von mindestens 8 ganz normal erstattet worden, da es hier an einem entsprechenden Ausschluss fehlt. Die den Kunden betreuende AAG-Taschner GmbH mit der Generali als Risikoträger sieht in ihrem Tarif zum Kundenvorteil keine Windstärkeregelung vor, so dass eine normale Regulierung zu erwarten gewesen war. Dies war jedoch nicht der Fall. Vielmehr wurde der Schaden mit Verweis auf die Ausschlussbestimmungen in § 3 Nr. 3 c) abgelehnt (Schreiben vom 01.06.2011), wonach unter anderem Schäden durch „Reißen“ ausgeschlossen sind. „Zudem handelt es sich hier

unbestreitbar um einen Fertigungs- oder Materialfehler, für den eigentlich ein Gewährleistungsanspruch gegeben sein müsste.“ Interessant dabei: weder hat die AAG Assekuranz davon Gebrauch gemacht, den Schadensort persönlich zu besuchen noch wurde überhaupt ein Sachverständiger eingeschaltet, um diese „unbestreitbare Tatsache“ festzustellen.

Da die AAG bedingungsseitig keine Garantie ausspricht, mindestens die Mindeststandards des GDV einzuhalten, liegt hier generell eine Einschränkung gegenüber dem unverbindlichen Verbandsstandard vor. Im konkreten Fall hätte allerdings auch eine GDV-Garantie wenig gebracht, da nach den Musterbedingungen zwar kein Ausschluss für Schäden durch „Reißen“ bestanden hätte, dafür jedoch ein Ausschluss für Sturmschäden unter Windstärke 8.

Eine Beschwerde des Versicherungsmaklers beim Ombudsmann führte mit Schreiben vom 14.12.2011 zu dem Ergebnis, dass der Tatbestand des „Rei-

ßens“ von diesem nach Sichtung der Fotos zum Schadenfall als Schadenursache bestätigt wurde. Eine Sache reiße nach dem allgemeinen Sprachgebrauch „wenn sie durch eine heftige Bewegung abgetrennt bzw. gelöst wird.“ Vor diesem Hintergrund verwies der Ombudsmann zu Recht auf die Bedingungen, wonach Schäden durch „Reißen“ nicht vom Versicherungsschutz umfasst seien. Inwiefern der behauptete Materialfehler tatsächlich vorlag, wurde ebenso wenig überprüft wie eine mögliche Abweichung der dem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen gegenüber dem GDV-Standard.

■ Abweichungen zum GDV-Standard weit verbreitet

Lücken gegenüber den unverbindlichen Musterbedingungen des GDV bestehen jedoch auch in vielen Wettbewerbstarifen ohne Allgefahrendeckung. Einige davon sollen hier beispielhaft benannt werden.



Nehmen Sie Ihren Börsenerfolg jetzt selbst in die Hand – mit der Charting-Software von GodmodeTrader.de

Analysen im Realtime-Push | browserbasiert | kostenfrei

Erstellen Sie professionelle technische Analysen im Realtime-Push-Chart – alles direkt im Browserfenster, kostenlos und ohne vorherige Installation.



Jetzt kostenlos BasicMember von GodmodeMembers werden und mit der Charting-Software professionell technische Analysen erstellen: www.godmode-trader.de/members

Die aktuell gültigen Musterbedingungen des GDV, die VGB 2010 in der Version vom 01.01.2011, sehen in § 12 Nr. 2 c) im Fall einer Prämienanpassung ein Widerspruchsrecht mit Frist von einem Monat vor. „In diesem Fall wird bei Eintritt eines Versicherungsfalles die Entschädigung (einschließlich Kosten und Mietausfall) nur anteilig gezahlt. Über den jeweils geltenden Anteil wird der Versicherungsnehmer informiert.“ Nach § 10 Nr. 2 cc) der VGB 2011 – Wohnfläche – Fassung Juli 2011 aus dem Hause VHV gilt zwar auch das Widerspruchsrecht, allerdings mit abweichenden Folgen: „In diesem Fall wird die Versicherung auf den Neuwert und die Allgemeinen Wohngebäude-Versicherungsbedingungen (VGB Wert 1914) umgestellt. Die Umrechnung auf den Neuwert in EUR erfolgt nach der Formel: Versicherungssumme Wert 1914 multipliziert mit 1/100 des Baupreisindex für Wohngebäude, der im Mai des Vorjahres galt. Die Versicherungssumme Wert 1914 wird anhand der dem Versicherer bekannt gegebenen qm-Wohnfläche und den dem Versicherer ebenfalls bekannten Ausstattungsmerkmalen berechnet. Als Grundlage hierfür dient der Wertermittlungsbogen der Versicherungssumme Wert 1914 für Ein- und Zweifamilienhäuser.“ Reale Nachteile sollte diese Abweichung jedoch nicht begründen, zumal die VHV ausdrücklich garantiert, dass im Zweifel zum Vorteil des Versicherungsnehmers mindestens die Regelungen des GDV eingehalten werden.

Entschädigungsgrenzen

Legt man das GDV-Konzept zu Grunde, so gibt es nach dem Wohnflächenmodell keine Höchstentschädigungsgrenze. Eine Versicherungssumme wird also auch dann nicht gebildet, wenn der Kunde bei Antragsstellung falsche Angaben macht oder zwischenzeitlich ein Ausbau stattgefunden hat.

Wurde also beispielsweise ein Gebäude mit 200 qm Wohnfläche versichert, das aber tatsächlich 250 qm hat, dann wird die Wiederherstellung des Gebäudes mit 200 qm Wohnfläche in voller Höhe ersetzt. Ein maximaler Gesamtentschädigungsbetrag existiert unabhängig von den Angaben bei Antragsstellung nicht. Die Kosten werden immer voll ersetzt, soweit nicht zu einzelnen Kostenpositionen eine Limitierung vereinbart ist.

Bei Teilschäden findet keine Unterversicherungsanrechnung für Sachen oder Kosten statt. Eine gewisse Art von Unterversicherungsanrechnung ergibt sich ausschließlich durch einen möglichen Widerspruch gegen eine Prämienanpassung (siehe oben). Allerdings weichen einige Versicherer inhaltlich von diesen Musterbedingungen ab und rechnen bei falscher Wohnflächenangabe eine Unterversicherung an, so beispielsweise die R+V in ihrer R+V-Privat-Police (Stand 01.2011). Hier heißt es in Ziffer 12.4:

12.4 Sollte im Zeitpunkt des Versicherungsfalles festgestellt werden, dass aufgrund Ihrer im Antrag gemachten Angaben oder durch später eingetretene Änderungen an der konkreten Bauausgestaltung (Wohnfläche, Gebäudetyp, Bauausführung und -ausstattung oder sonstiger vereinbarter Merkmale, die für die Beitragsberechnung erheblich sind) ein zu niedriger Beitrag erhoben wurde, wird nur der Teil des als ersatzpflichtig ermittelten Entschädigungsbetrages ersetzt, der sich zum ganzen Betrag verhält, wie der zuletzt berechnete Jahresbeitrag zum erforderlichen Jahresbeitrag. Die Regelung gemäß Ziffer 9.2 (Vorsorgeversicherung) bleibt hiervon unberührt.“

Abweichend schreibt der GDV in § 11 Nr. 4 b VGB 2010 – Wohnflächenmodell:

„Sollte im Zeitpunkt des Versicherungsfalles die konkrete Bauausgestaltung hingegen höherwertig sein, werden die ortsüblichen Wiederherstellungskosten (Nr. 1 a) bzw. die notwendigen Reparaturkosten (Nr. 1 b) nur auf der Grundlage des im Versicherungsvertrag in seiner konkreten Bauausgestaltung (Fläche, Gebäudetyp, Bauausführung und -ausstattung oder sonstiger vereinbarter Merkmale, die für die Prämienberechnung erheblich sind) beschriebenen Gebäudes ersetzt. Unberührt bleiben die Vorschriften über den Umfang und die Anpassung des Versicherungsschutzes (siehe Abschnitt A § 10), die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht (siehe Abschnitt B § 1) und der Gefahrenerhöhung (siehe Abschnitt A § 15 sowie Abschnitt B § 9).“

War das Gebäude also im Schadenfall höherwertiger als auf Basis der wahrheitsgemäß vereinbarten Tarifmerkmale ermittelt, wird bei R+V der Teil des Schadens ersetzt, der sich zum ganzen Betrag verhält wie der zuletzt errechnete Jahresbeitrag zum erforderlichen Beitrag. Beim GDV wird der Schaden auf Basis der vereinbarten Tarifmerkmale in voller Höhe ersetzt, nicht jedoch entsprechend der höherwertigen Bauausgestaltung. Da die R+V keine Garantie hinsichtlich der Mindeststandards des GDV ausspricht, ist hier keine Heilung möglich.

Sinngemäß lauten B § 6 der Gothaer im Tarif WEZ 2008 – Stand 01.2009 -, § 6 bei der Janitos im Tarif Best Selection



Jetzt bestellen
www.promakler.de

8182 Fonds

sortiert von A-Z und nach Sektoren

15 Jahre Großer Fonds-Katalog: 306 Seiten!

oder § 6 der VHV Klassik-Garant-Bedingungen gleich. Unter all diesen Anbietern sieht nur die VHV eine bedingungsseitige GDV-Garantie zur Heilung vor.

■ Thema Blitzschlag

Nimmt man nun den Wohngebäudetarif der Gothaer für Ein- und Zweifamilienhäuser A § 2 (WEZ 2008 – Stand 01.2009), so wird hier zum Thema Blitzschlag ergänzend zu A § 2 der Bedingungen eine Einschränkung benannt:

„a) Blitzschlag ist der unmittelbare Übergang eines Blitzes auf Sachen.
b) In Ergänzung zum Versicherungsschutz für Blitzschlagschäden leistet der Versicherer Entschädigung auch für Schäden, die an versicherten elektrischen Einrichtungen und Geräten durch Überspannung, Überstrom und Kurzschluss infolge eines Blitzes oder durch sonstige atmosphärisch bedingte Elektrizität entstehen.
Die Entschädigung ist je Versicherungsfall auf 50.000 EUR begrenzt.“

Nimmt man im Vergleich die Musterbedingungen des GDV, so heißt es hier in § 2 Nr. 4 der VGB 2010 Wohnfläche wie folgt:

„Überspannung durch Blitz
Überspannung durch Blitz ist ein Schaden, der durch Überspannung, Überstrom und Kurzschluss infolge eines Blitzes oder durch sonstige atmosphärisch bedingte Elektrizität an versicherten elektrischen Einrichtungen und Geräten entsteht.“

Dies bedeutet, dass die Gothaer abweichend zur Verbandsempfehlung höchstens 50.000 Euro für Überspannungsschäden durch Blitz leistet. Da die Gothaer keine bedingungsseitige GDV-Garantie vorsieht, ist hier keine Heilung möglich.

■ Thema Regenfallrohre

In § 15 der Wohngebäudebedingungen Best Selection von Janitos heißt es wie folgt:

§ 15 Wasseraustritt aus Regenfallrohren innerhalb des Gebäudes
1. In Abweichung von Abschnitt „A“ § 3 Nr. 4 a) aa) VGB 2008 gilt als Lei-

tungswasser auch Wasser, das aus im Gebäude verlaufenden Regenfallrohren bestimmungswidrig ausgetreten ist.
2. In Ergänzung zu Abschnitt „A“ § 3 Nr. 1 a) VGB 2008 sind frostbedingte und sonstige Bruchschäden an im Gebäude verlaufenden Regenfallrohren versichert.
3. Die Entschädigung ist je Versicherungsfall auf 5.000.- Euro begrenzt.

Nimmt man als Maßstab auch hier wieder den GDV, so heißt es hier in Klausel PK 7166 (10):

„Regenfallrohre innerhalb des Gebäudes
1. In Erweiterung von Abschnitt A § 3 Nr. 4 a) aa) VGB 2010 gelten Nässe-schäden als versichert, die durch Leitungswasser entstehen, welches aus innerhalb des Gebäudes verlaufenden Regenfallrohren bestimmungswidrig ausgetreten ist.
2. In Erweiterung von Abschnitt A § 3 Nr. 1 a) VGB 2010 sind frostbedingte und sonstige Bruchschäden an im Gebäude verlaufenden Regenfallrohren versichert.“

Ein Sublimit von 5.000 Euro wie bei der Janitos existiert in der Verbandsempfehlung nicht. Da jedoch Janitos anders als der Mutterkonzern Gothaer eine GDV-Garantie gewährt, lässt sich die Einschränkung problemlos heilen.

■ Zahlweise der Police

Eine weitere Abweichung teilen sich unter anderem Axa, Gothaer, Janitos und VHV. Der aktuelle GDV-Standard sieht keinen Ratenzuschlag mehr für unterjährige Zahlweise vor. Auch bei Ratenverzug kann nicht der ganze Jahresbeitrag eingefordert werden. Beispielhaft heißt es hierzu abweichend in § 15 bei der Axa (VGB 2002 für Ein- und Zweifamilienhäuser, Stand 01.2008) wie folgt:

„§ 15 Ratenzahlung
Ist die Zahlung des Jahresbeitrages in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Rate im Verzug ist.
Ferner kann der Versicherer für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.“

¹ Name von der Redaktion geändert

Die Welt der Honorarberatung

Jeden Monat
kostenfrei neu:
www.hbmagazin.de

www.hbmagazin.de

VL: Makler sollten Bauspar-Pluspunkte kennen!

Hohe Zuschüsse für Berufsanfänger

Beim Sparen mit vermögenswirksamen Leistungen (VL) fallen viele Arbeitnehmer mit zunehmendem Einkommen aus der staatlichen Förderung heraus. Auszubildende liegen jedoch immer unter den zulässigen Verdienstgrenzen.



Autor: Sebastian Krügereit

Arbeitnehmer mit einem zu versteuernden Einkommen unter 17.900 Euro (Bausparen) bzw. 20.000 Euro (Beteiligungssparen) haben Anspruch auf die staatliche Zulage für das Sparen mit vermögenswirksamen Leistungen (VL), die so genannte Arbeitnehmersparzulage. Davon können insbesondere Auszubildende profitieren. Für Ehepaare gilt eine erhöhte Grenze von 35.800 Euro bzw. 40.000 Euro für beide zusammen. Während die Eltern oft über den Einkommensgrenzen liegen, haben ihre Kinder am Anfang der Karriere meist noch keinen so hohen Verdienst. Deshalb sollte bereits ab dem ersten Lohn oder Lehrlingsgehalt die Förderung genutzt werden.

Weiterer Grund: vielfach beteiligen sich die Arbeitgeber mit einem Zuschuss am Sparbetrag. Dieser Zuschuss wird Azubis teilweise schon ab Beginn der Ausbildung gezahlt, bei anderen Arbeitnehmern erstmals nach Ablauf von sechs Monaten.

Die Höhe des Arbeitgeberzuschusses ist meist in Arbeits- oder Tarifverträgen geregelt. Während im Öffentlichen Dienst monatlich 6,65 Euro Zuschuss gezahlt wird, sind es im Bankgewerbe sogar 40

Euro. Ohne Regelung in Tarifvertrag oder Arbeitsvertrag ist ein Arbeitgeber zwar nach § 3 Nr. 3 des 5. VermBG verpflichtet, die Anlage vermögenswirksamer Leistungen zu ermöglichen. Einen Zuschuss zu diesen muss er jedoch nicht leisten.

■ So funktionieren vermögenswirksame Leistungen

Voraussetzung für die Zuschüsse ist der Abschluss eines VL-Sparvertrages, dessen Beiträge über das Gehaltskonto überwiesen werden. In einigen Betrieben ist alternativ auch ein Durchführungsweg der betrieblichen Altersvorsorge zulässig (Entgeltumwandlung).

Für die Anlage der VL stehen zur Wahl die Angebote von Bausparkassen, Investmentfonds, Lebensversicherungen sowie Banksparpläne.

Vereinbart werden kann über das Gehalt ein Sparbeitrag bis zu 83 Euro im Monat. Dann wäre eine gleichzeitige Förderung von Bausparen und Beteiligungssparen möglich.

Die Sparzulage für Beteiligungen an Produktivkapital (zum Beispiel Aktien oder Aktienfonds) liegt bei 20 Prozent.

Maximal werden 400 Euro im Jahr und Arbeitnehmer gefördert. Die Aktienquote muss für einen Förderanspruch bei mindestens 60 Prozent liegen.

■ Bausparförderung doppelt möglich

Wer sein Geld in einen Bausparvertrag investiert, erhält eine staatliche Förderung in Höhe von 9 Prozent auf die eingezahlten Beiträge, maximal jedoch auf 470 Euro pro Jahr und Arbeitnehmer.

Personen, die aufgrund ihres zu versteuernden Einkommens die Höchstgrenzen überschritten haben oder einfach mehr als 40 Euro im Monat in einen Bausparvertrag besparen wollen, können zusätzlich die Wohnungsbauprämie in Anspruch nehmen. Diese beträgt 8,8 Prozent auf jährliche Einzahlungen von bis zu 512 Euro für Ledige bzw. 1.024 Euro für Verheiratete. Um einen Förderanspruch auszulösen, ist ein jährlicher Mindestbeitrag von 50 Euro erforderlich.

Als Einzahlungen in einen Bausparvertrag gelten im Rahmen der Förderhöchstgrenzen und bezogen auf die Wohnungsbauprämie auch Zinseinkünfte aus dem entsprechenden Vertrag sowie Kontoführungs- und Abschlussgebühren. Es

spielt also keine Rolle, ob durch Zinsen und Gebühren das Guthaben erhöht oder reduziert wird.

■ Kein Zuschuss für Lebensversicherungen und Banksparrpläne

Arbeitnehmer, die ihre vermögenswirksamen Leistungen in Form von Banksparrplänen und Lebensversicherungen anlegen, haben keinen Anspruch auf staatliche Förderung. Um staatlich für die Arbeitnehmersparzulage (vermögenswirksame Leistungen) bzw. die Wohnungsbauprämie im Rahmen eines Bausparvertrages begünstigt zu sein, darf das jährliche zu versteuernde Einkommen bei Ledigen 17.900 Euro bzw. 25.600 Euro und bei Verheirateten 35.800 Euro bzw. 51.200 Euro nicht übersteigen. Für Beteiligungs-sparen gilt abweichend eine Grenze von 20.000 Euro bzw. 40.000 Euro im Jahr.

■ Staatliche Förderung maximal 167,36 Euro jährlich

Wer innerhalb dieser Fördergrenzen liegt, kann einen staatlichen Zuschuss von bis zu 167,36 Euro (Bausparen: 42,30 Euro Arbeitnehmersparzulage plus 45,06 Euro Wohnungsbauprämie) bzw. 80 Euro (Beteiligungssparen) im Jahr erhalten. Um den Förderanspruch nicht zu verlieren, sollte rechtzeitig an die jährliche Rücksendung der entsprechenden Formulare gedacht werden, so etwa den Antrag auf Wohnungsbauprämie nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 WoPG. Die entsprechenden Formulare erhalten die Kunden jährlich von Bausparkasse oder Investmentgesellschaft zugeschickt. Während ein Förderanspruch für das Jahr 2010 spätestens zum 31.12.2012 beantragt werden muss, gelten für die Arbeitnehmersparzulage die üblichen Fristen zur Abgabe einer Einkommensteuererklärung.

Per Stand 30.09.2011 erreichten in Deutschland anlegende Aktienfondssparpläne auf 10-Jahres-Sicht eine eher dürftige jährliche Rendite von 0,80% p.a. Bei Anlage in Europa oder weltweit sank die jährliche Wertentwicklung sogar ab auf -2,3% p.a. bzw. -1,4% p.a. Auf Sicht von 20 Jahren hingegen waren die Durchschnittswerte für die einzelnen Fondsgruppen mit 3,2%, 1,0% bzw. 2,3% p.a. zumindest vor Inflation nicht im Minus. Ernüchternd waren die Durchschnittszahlen auch für andere Zeiträume (siehe Tabelle).

Fondsgruppe	10 Jahre (eingezahlt: 12.000 Euro)	15 Jahre (eingezahlt: 18.000 Euro)	20 Jahre (eingezahlt: 24.000 Euro)	25 Jahre (eingezahlt: 30.000 Euro)	30 Jahre (eingezahlt: 36.000 Euro)	35 Jahre (eingezahlt: 42.000 Euro)
Aktienfonds Deutschland						
Ergebnis in Euro in Prozent p.a.	12.487 0,8%	18.832 0,6%	33.358 3,2%	53.580 4,3%	92.843 5,7%	154.652 6,5%
Aktienfonds Europa						
Ergebnis in Euro in Prozent p.a.	10.685 -2,3%	15.027 -2,4%	26.687 1,0%	40.462 2,3%	67.793 3,9%	110.010 4,9%
Aktienfonds global						
Ergebnis in Euro in Prozent p.a.	11.163 -1,4%	16.241 -1,4%	30.273 2,3%	47.214 3,4%	76.511 4,6%	135.626 5,9%

Quelle: BVI, Sparpläne zu 100 Euro monatlich mit Stichtag 30.09.2011. Angaben sind Durchschnittswerte der jeweiligen Fondsgruppe. Die Ergebnisse berücksichtigen jeweils alle Kosten inklusive Ausgabeaufschlag. Die vollständige Übersicht finden Sie unter:
http://www.bvi.de/de/statistikwelt/sparplaene/download/2011_09_30_sparplanzahlen.pdf

■ Wertentwicklung

Neben den Durchschnittszahlen des BVI sind natürlich reale Zahlen zu konkreten Fonds für Kunden und Makler noch wesentlich spannender: Bezogen auf eine monatliche Einzahlung von 34 Euro erzielte der weltweit anlegende Aktienfonds DWS Vermögensbildungsfonds I in den letzten 30 Jahren (12.1981 bis 12.2011) nach Kosten eine durchschnittliche jährliche Wertentwicklung von 7,46% p.a. Auf 20-Jahres-Sicht betrug die Rendite für den Zeitraum 12.1991 bis 12.2011 jährlich durchschnittlich 5,75%, während die 10-Jahres-Wertentwicklung per 12.2011 enttäuschende -0,28% p.a. bedeutete.

Besser sieht es natürlich für Arbeitnehmer aus, die die staatliche Zulage erhielten. Die Rendite lässt sich dadurch deutlich verbessern. So betrug etwa die durchschnittliche jährliche Rendite deutscher Aktienfonds vor einigen Jahren noch 7,9% und erhöhte sich auf 10-Jahres-Sicht durch die staatliche Förderung auf satte 10,6% p.a. Leider liegen für den benannten Fonds keine aktuellen Zahlen vor.

Wer die oben benannten Zahlen sieht, könnte schnell zu dem Schluss kommen, dass sich VL-Sparen mit Fonds nicht lohnt. Dazu sei jedoch bemerkt, dass die vergangenen beiden Jahrzehnte mit insgesamt drei schweren Kapitalmarktkrisen besonders negative Zahlen geliefert haben und eine VL-Anlage in Aktienfonds sich vor allem für längerfristige Anlagedauern lohnt und auch nur, wenn staatliche Zulagen zu erwarten sind.

■ Bausparen für Sicherheitsbedürftige

Wer sich für einen Bausparvertrag entscheidet, kann zurzeit bis etwa 5 Prozent Rendite nach Förderungen erzielen. Ohne Förderung ist eine Nominalverzinsung von bis zu 4% im Jahr möglich. Anders als beim Beteiligungssparen fallen hier weder Kosten für Depotführung noch Ausgabeaufschläge oder Managementgebühren an. Je nach Anbieter kommen jedoch Kontoführungsgebühren sowie Abschlussgebühren in Höhe von 1 bzw. 1,6 Prozent der Bausparsumme zum Tragen.

■ Nicht alle Verträge laufen sieben Jahre

Die Bindungsfrist für VL-Verträge beträgt sieben Jahre. Üblicherweise erfolgen die Einzahlungen bei Bausparverträgen sieben Jahre lang, während Fondssparpläne oft nur 6 Jahre bespart werden und im siebten Jahr ruhen. Eine Beitragszahlung darüber hinaus ist jedoch durchaus nicht unüblich.

Nach Ablauf der sieben Jahre kann der Arbeitnehmer dann entscheiden, ob er das Geld auf einmal auszahlen lassen möchte oder im Falle eines Bausparvertrages im Rahmen der Zuteilung alternativ ein zinsgünstiges Darlehen in Anspruch nehmen möchte. Entscheidet er sich für die Zuteilung durch Kapitalauszahlung, erlischt damit automatisch auch sein Anspruch auf ein mögliches Bauspardarlehen.

Unter bestimmten Umständen (Arbeitslosigkeit, Heirat, Tod des Ehegatten, Selbständigkeit) können Verträge gekün-

dig werden, ohne dass die staatlichen Prämien verloren gehen. Unabhängig vom Förderanspruch, bleiben jedoch Zinsen und Guthaben im Fall einer Auszahlung grundsätzlich erhalten.

Wird ein VL-Vertrag nach sieben Jahren nicht gekündigt, so gilt bei Investmentsparverträgen, dass von der Fondsgesellschaft automatisch ein neues VL-Depot aufgelegt wird, um laufende Einzahlungen dort verbuchen zu können. Bei Bausparverträgen ist abweichend grundsätzlich eine weitere Einzahlung möglich, sofern die vereinbarte Bausparsumme dadurch nicht überschritten wird.

Für die Wohnungsbauprämie gilt ebenfalls die bekannte Bindungsfrist von 7 Jahren. Allerdings kommt diese Prämie erst bei Auszahlung zum Tragen, sofern zu diesem Zeitpunkt eine wohnwirtschaftliche Verwendung des Guthabens nachgewiesen werden kann. Für Personen, die bei Vertragsabschluss unter 25 Jahre alt waren, gilt hier eine Ausnahme: bei erstmaliger Beanspruchung der Wohnungsbauprämie besteht auch bei nicht wohnungsbaulicher Verwendung ein Förderanspruch. In allen anderen Fällen, erlischt rückwirkend der staatliche Förderanspruch.

■ Betriebliche Altersvorsorge brutto per netto

Für Arbeitnehmer und Arbeitgeber attraktiv kann auch die Anlage des Arbeitgeberzuschusses im Rahmen einer betrieblichen Altersvorsorge sein. Zwar steht dann nach sieben Jahren kein Kapital zur freien Verfügung. Auch entfällt die Zahlung der Arbeitnehmersparzulage. Dafür ist die Einzahlung steuer- und sozialabgabenfrei. Außerdem belohnen viele Betriebe ihre Arbeitnehmer mit einem Bonus in Höhe der eingesparten Lohnnebenkosten. Besonders interessant ist diese Variante für Personen, die die Förderhöchstgrenzen überschritten haben oder über einen hohen Steuersatz verfügen.

Da es sich bei den vermögenswirksamen Leistungen um einen Bruttozuschuss handelt, wird dieser mit Steuern und Sozialabgaben belastet. Der Nettozuschuss liegt demnach je nach Belastung bei maximal etwa 17 bis 25 Euro. Wird das Geld in eine betriebliche Altersvorsorge investiert, kann das Geld ohne Abzüge gespart werden. Dafür ist eine Auszahlung vor Rentenbeginn nicht möglich.

Acht Entscheidungshilfen für einen guten Tarif

Wer Bausparen möchte, muss sich zwischen zahlreichen höchst unterschiedlichen Tarifen entscheiden. Damit dies leichter fällt, hat Risiko & Vorsorge für Sie acht Entscheidungshilfen für einen guten Tarif ausgearbeitet

- 1) Möchte Ihr Kunde in erster Linie Geld für ein geplantes Bauspardarlehen oder zur freien Verfügung ansparen?
- 2) Möchte Ihr Kunde später finanzieren, so wählen Sie einen Tarif mit möglichst niedrigem Finanzierungszins und möglichst ohne Darlehensgebühren. Die Abschlussgebühr beträgt für solche Tarife meist 1% der Bausparsumme.
- 3) Wie hoch ist das reguläre bzw. das maximale Bauspardarlehen? Wie schnell muss dieses getilgt werden? Wie hoch sind die jeweiligen Raten? Erstellen Sie für Ihren Kunden unbedingt einen vollständigen Tilgungsplan für sein geplantes Darlehen. Ein niedriger Darlehenszins allein ist nicht entscheidend. Auch muss die Höhe des Darlehens, das notwendig anzusparende Guthaben und die Höhe des Zins- und Tilgungsbeitrages berücksichtigt werden.
- 4) Möchte Ihr Kunde in erster Linie Kapital ansparen, sollte bei 40 Euro monatlicher Sparleistung die Bausparsumme nicht höher als 7.000 Euro liegen. Die Bausparsumme sollte so gewählt werden, dass der Vertrag spätestens nach 7 Jahren zuteilungsfähig ist.
- 5) Beachten Sie, dass viele Bauspartarife auf den ersten Blick bessere Darlehens- und Zinskonditionen anbieten als es tatsächlich der Fall ist. Erfragen Sie daher alle Kosten (Abschlussgebühren, Kontoführungsgebühren, Darlehensgebühren, Beiträge für eine Kundenzeitschrift).
- 6) Wann und wie oft sind Sonderzahlungen möglich?
- 7) Erstellen Sie für das gewünschte Sparziel Ihres Kunden einen verbindlichen Sparplan. Wie hoch wäre nach Ablauf der Bindungsfrist das Guthaben bei Kündigung bzw. das Guthaben bei Inanspruchnahme eines Darlehens? Lassen Sie sich vergleichbare Angebote (gleiche Vertragslaufzeit, gleiche Monatsrate, gleicher Auszahlungszeitpunkt) geben und vergleichen Sie diese.

Dokumentieren Sie Kundenwunsch, Marktauswahl und Empfehlung. Beachten Sie die Vorschriften zum Geldwäschegesetz. In diesem Sinne sollten Sie unbedingt eine aktuelle Ausweiskopie Ihres Gegenübers anfertigen. Achten Sie darauf, dass im Fall von Fernabsatzverträgen die Zusendung einer Ausweiskopie nicht ausreicht, wenn es Ihnen nicht möglich ist, zu überprüfen, ob die dargestellte Person mit Ihrem Gesprächspartner identisch ist. Zumindest beim ersten Gespräch mit Ihrem Kunden müssen Sie diesen persönlich sehen.

Wie man einen optimalen VL-Fonds findet

Leider stehen nicht alle Fonds der in Deutschland zum Vertrieb zugelassenen Fondsgesellschaften für die VL-Anlage zur Verfügung. Hinzu kommt, dass die Auswahl eines Fonds nicht alleine über die Wertentwicklung der Vergangenheit möglich ist. Folgende Kriterien helfen bei der Auswahl des richtigen Fonds:

- 1) Möchte Ihr Kunde lieber in Deutschland, Europa, den USA, Asien oder weltweit anlegen? Möglicherweise kommt auch eine Anlage in den Emerging Markets, Branchenfonds oder Nebenwerte in Frage.
- 2) Wie hoch war die durchschnittliche Wertentwicklung des Fonds in den letzten 5 und 10 Jahren? Überdurchschnittliche Fonds sollten in beiden Fällen einen positiven Wertzuwachs aufzeigen. Im Vergleich zu anderen Fonds derselben Kategorie sollte der gewählte Fonds in beiden Zeithorizonten deutlich besser abschneiden.
- 3) Wie hoch sind die Kosten des gewählten Fonds? Konkret sind dies: a) Ausgabeaufschlag, b) Depotführung und c) Verwaltungsgebühren. Ein Anhaltspunkt, um verschiedene Fonds miteinander vergleichen zu können, ist die Total Expense Ratio (TER). So höher diese ist, so höher sind die Kosten im Vergleich zu einem anderen Fonds.
- 4) Manche Fonds erheben statt eines monatlichen Ausgabeaufschlags eine Abschlussgebühr während der ersten Monate. Dadurch wird mit den ersten Raten kein oder nur wenig Kapital gebildet. Der Zinseszinsseffekt wird dadurch getrübt. Wählen Sie daher immer einen Fonds, der die Kosten gleichmäßig auf die ganze Laufzeit verteilt.
- 5) Wie wird der gewählte Fonds von unabhängigen Rating-Agenturen bewertet? Manche Unternehmen bewerten ein erfolgreiches Fondsmanagement. Andere bewerten, ob die aktuelle Anlagestrategie kurz- bis mittelfristig sinnvoll erscheint. Wieder andere bewerten, ob der Fonds sich ohne allzu große Schwankungen entwickelt hat. Beachten Sie bitte, dass gute Ratings keine Aussage über die Wertentwicklung der Zukunft bieten können und dass Sie die entsprechenden Ergebnisse lediglich für Ihre Unterlagen vorhalten. Mit dem Kunden sollten Sie im Rahmen des Beratungsgesprächs nur über Ratings sprechen, deren Bewertungskriterien Sie persönlich nachvollziehen und auch mit eigenen Worten erklären können. Schließlich stehen Sie und nicht der Rater in der Haftung gegenüber dem Kunden.

Beachten Sie die Vorschriften des Geldwäschegesetzes und erstellen Sie für Ihren Kunden eine aussagekräftige Beratungsdokumentation. Lassen Sie sich vom Kunden bestätigen, dass ihm alle seine Fragen abschließend und verständlich beantwortet wurden.

Förderungen und Fördergrenzen im Überblick

Anlageform	geförderter Beitrag je Person	jährliche Förderung in %	jährliche Förderung in Euro	maximales zu versteuerndes Einkommen für den Anspruch auf Förderung	freie Verfügbarkeit bei Kapitalauszahlung	Nutzbarkeit und Besonderheiten
Aktienfondssparpläne (Arbeitnehmersparzulage)	400 Euro p.a.; gerundet: 34 Euro monatlich; Auszahlung der Arbeitnehmersparzulage erfolgt mit Ablauf der Bindungsfrist (7 Jahre) oder in Fällen unschädlicher Verfügung	20%	80,00 Euro	20.000 Euro für eine Person, 40.000 Euro für verheiratete Paare **	ja	Freie Verfügbarkeit. Förderung auch in der Tilgungsphase. Nach § 3 des 5. VermBG ist die Anlage nicht nur für den Arbeitnehmer selbst möglich. Vermögenswirksame Leistungen können auch angelegt werden 1. zugunsten des Ehegatten des Arbeitnehmers (§ 26 Abs. 1 des Einkommensteuergesetzes), 2. zugunsten der in § 32 Abs. 1 des Einkommensteuergesetzes bezeichneten Kinder, die zu Beginn des maßgebenden Kalenderjahrs das 17. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten oder die in diesem Kalenderjahr lebend geboren wurden oder 3. zugunsten der Eltern oder eines Elternteils des Arbeitnehmers, wenn der Arbeitnehmer als Kind die Voraussetzungen der Nummer 2 erfüllt. Bindungsfrist: 7 Jahre. Der Anspruch auf Arbeitnehmersparzulage erfolgt bei Auszahlung
Bausparen (Arbeitnehmersparzulage)	470 Euro p.a.; gerundet: 40 Euro monatlich; Auszahlung der Arbeitnehmersparzulage erfolgt mit Ablauf der Bindungsfrist (7 Jahre), mit Zuteilung oder in Fällen unschädlicher Verfügung (Zuteilung, Abtretung, Zwischen- und Vorfinanzierung, sofern jeweils eine wohnwirtschaftliche Verwendung vorliegt)	9%	42,30 Euro	17.900 Euro für eine Person, 35.800 Euro für verheiratete Paare**	ja	Förderung auch in der Tilgungsphase. Förderanspruch für alle Arbeitnehmer. Nach § 3 des 5. VermBG ist die Anlage nicht nur für den Arbeitnehmer selbst möglich. Zu Details siehe Beteiligungs-sparen. Bindungsfrist: 7 Jahre. Der Anspruch auf Arbeitnehmersparzulage erfolgt bei Auszahlung. Auch Zinseinkünfte und Abschlussgebühren gelten als Teil der prämiengünstigten Einzahlungen
Bausparen (Wohnungsbauprämie)	512 Euro p.a.; gerundet: 43 Euro monatlich; Auszahlung der WBP* erst bei Auszahlung und dabei Nachweis der wohnwirtschaftlichen Verwendung (Ausnahme Personen < 25 Jahre; siehe dazu rechts)	8,80% (Achtung: keine Förderung in Jahren mit einer Einzahlung unter 50 Euro!)	45,06 Euro	25.600 Euro für eine Person, 51.200 Euro für verheiratete Paare**	bei erstmaliger Nutzung der WBP* und einem Alter unter 25 Jahren; andernfalls ist wohnungsbauliche Verwendung nachzuweisen. Ist dies nicht der Fall, erlischt rückwirkend der Förderanspruch	Förderanspruch für alle unbeschränkt steuerpflichtige Personen ab 16 Jahren. Förderung nicht in der Tilgungsphase. Auch Zinseinkünfte und Abschlussgebühren gelten als Teil der prämiengünstigten Einzahlungen

Freistellungsaufträge: bis 801 Euro pro Person bzw. 1.602 Euro jährlich für Ehepaare
 Abgeltungssteuer: 25% auf Zinsen > Freistellungsauftrag. Auf dieses abgeltungssteuerpflichtige Einkommen (Quellensteuergrundlage) noch einmal 5,5% der Quellensteuer als Solidaritätszuschlag
 Sollte der persönliche Steuersatz < als die Abgeltungssteuer sein, so besteht die Möglichkeit, die Kapitalerträge in der Steuererklärung anzugeben und eine Wahlveranlagung mit Günstigerprüfung zu verlangen
 * WBP = Wohnungsbauprämie
 ** Maßgeblich für den Förderanspruch ist das zu versteuernde Einkommen im Kalenderjahr, in dem die Sparbeiträge tatsächlich angelegt wurden

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

Axa – HDI-Gerling – Janitos – KRAVAG-ALLGEMEINE – Nürnberger – VHV – Württembergische

Hochwertiger Versicherungsschutz im Detail

Nachdem in der vorletzten Ausgabe von „Risiko & Vorsorge“ ausführlicher auf allgemeine Trends und neue Produktideen zur Kfz-Versicherung eingegangen wurde, sollen in dieser Ausgabe einige nicht unerhebliche Unterschiede bei der Versicherung von Rabattschutz näher herausgearbeitet werden



Autor: Stephan Witte

Uneinheitlicher Rabattschutz und Hauptfälligkeit

Wer Rabattschutz vereinbart, macht dies in der Absicht, seine Schadenfreiheitsklasse vor Hochstufung zu schützen. Nicht immer funktioniert dies so wie gedacht. Ein Grund dafür sind die durchaus verschiedenen Regelungen in diesem Zusammenhang.

Hier ein Beispiel, wie es sich im Sommer 2011 tatsächlich zugetragen hat. Frau T. hatte erstmals am 09.12.2009 einen Wagen auf ihren eigenen Namen zugelassen. Dies geschah bei der Nürnberger, da ihr Freund ebenfalls dort versichert war und damit eine Sondereinstufung in die SFR 3 mit einem Beitragsatz von nur 70% möglich war. Weitsichtig entschied sie sich für die Vereinbarung eines Rabattschutzes.

Dann kam es wie es kommen musste: gleich zwei Unfälle, nämlich am 10.12.2010 und am 09.03.2011. Da der

Schaden vom 10.12.2010 erst Mitte Januar 2011 (17.01.2011) gemeldet wurde, fielen beide Schäden in ein Kalenderjahr. Maßgebend ist bei den Versicherern nämlich der Tag der Schadenmeldung. Damit fiel also nur der erste der beiden Schäden unter den vereinbarten Rabattschutz. Hätte Frau T. abweichend den ersten Schaden 2010 und den zweiten Schaden erst 2011 benannt, wäre sie zweimal geschätzt gewesen.

Wer bei der Nürnberger einen Rabattschutz vereinbart, wird im nächsten Jahr nicht weitergestuft, sondern bleibt in der gleichen Schadenfreiheitsklasse stehen wie schon im Jahr zuvor. Gleiches gilt beispielsweise auch bei Axa, HDI-Gerling, Janitos, KRAVAG-ALLGEMEINE oder Württembergische, während die VHV zum Vorteil der Kunden weiterstuft.

Wer beispielsweise bei der Nürnberger mit SF 5 einen Schaden erleidet und direkt ein Jahr später den zweiten Scha-

den, verbleibt dort in für insgesamt drei Jahre in der SF 5. Gleiches gilt z.B. bei Janitos, während er bei der VHV im dritten Jahr bereits in der (natürlich gleichfalls virtuellen) SF 7 eingestuft wäre.

Unter den beschriebenen Umständen war es für Frau T. leider nicht mehr sinnvoll, den Anbieter zu wechseln, da üblicherweise eine geschützte, also nur virtuelle, Schadenfreiheitsklasse nicht von einem Wettbewerber zum nächsten übertragen werden kann und die konkrete Schadensituation diesbezüglich auch nicht wirklich hilfreich war. Mehr dazu am Ende des Textes.

Eine Tabelle verdeutlicht die beschriebene Situation in der Praxis, wobei die Prozentsätze bei Janitos und VHV nur beispielhaft zu sehen sind. Hierbei ist zu beachten, dass die Nürnberger zwar eine unterjährige Hauptfälligkeit vorsieht, eine Weiter- oder Rückstufung jedoch auch hier jeweils zum 01.01. eines Jahres erfolgt.

Kfz-Versicherung Frau T.

aktuelle SFR mit Rabattschutz bei der NBG	Beitragssatz in der HV		aktuelle SFR ohne Rabattschutz bei der NBG	Beitragssatz in der HV	Janitos oder VHV *	Beitragssatz in der HV (bei Anbieterwechsel)
3	70%	09.12.2009 bis 31.12.2009	3 (Sondereinstufung)	70%	0	230%
3	70%	01.01.2010 bis 31.12.2010	3	70%	0	230%
2 Schäden: gemeldet 17.01.2011 und 09.03.2011						
4	60%	01.01.2011 bis 31.12.2011	4	60%	1	100%
2	85%	01.01.2012 bis 31.12.2012	1/2	140%	M	245%
3	70%	01.01.2013 bis 31.12.2013	1	100%	1	100%
4	60%	01.01.2014 bis 31.12.2014	2	85%	2	85%
5	55%	01.01.2015 bis 31.12.2015	3	70%	3	70%

* ohne Sondereinstufung und ohne Rabattschutz

Nimmt man nun an, dass die Kundin den ersten Schaden fristgerecht noch 2010 gemeldet hätte, so würde sich ein gänzlich anderes Bild ergeben:

Kfz-Versicherung Frau T.

aktuelle SFR mit Rabattschutz bei der NBG	Beitragssatz in der HV		aktuelle SFR ohne Rabattschutz bei der NBG	Beitragssatz in der HV	Janitos oder VHV *	Beitragssatz in der HV (bei Anbieterwechsel)
3	70%	09.12.2009 bis 31.12.2009	3 (Sondereinstufung)	70%	0	230%
3	70%	01.01.2010 bis 31.12.2010	3	70%	0	230%
1. Schaden: Meldung unverzüglich am 10.12.2010						
4	60%	01.01.2011 bis 31.12.2011	1	100%	M	245%
2. Schaden: Meldung unverzüglich am 09.03.2011						
5	55%	01.01.2012 bis 31.12.2012	S	155%	M	245%
6	55%	01.01.2013 bis 31.12.2013	1	100%	1	100%
7	50%	01.01.2014 bis 31.12.2014	2	85%	2	85%
8	50%	01.01.2015 bis 31.12.2015	3	70%	3	70%

* ohne Sondereinstufung und ohne Rabattschutz

Im konkreten Fall hätte sie also bei Janitos und VHV anders als bei der Nürnberger von einer verspäteten Meldung profitiert, auch wenn zum 01.01.2015 jeweils eine SFR 3 mit 70% stehen würde.

Hätte die Kundin ihr Kfz von Anfang an* bei den beiden benannten Wettbewerbern versichert, würde sich die Beitragssituation heute möglicherweise wie folgt darstellen:

* da Janitos einen Rabattschutz erst ab SF 4 und die VHV erst ab SF 3 anbieten, wurde das Beispiel diesbezüglich geringfügig modifiziert, so dass der Rabattschutz erst kurz vor Schadenbeginn eingeschlossen wurde.

Kfz-Versicherung Frau T. (möglicher Verlauf)

SFR bei Nürnberger mit Rabattschutz	Beitragssatz in der HV	SFR bei Janitos mit Rabattschutz *	Beitragssatz in der HV (ohne Wechsel)	SFR bei VHV mit Rabattschutz *	Beitragssatz in der HV (ohne Wechsel)	
3 (Sondereinstufung)	70%	0	230%	0	230%	09.12.2004 bis 31.12.2004
[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
7	50%	4	60%	4	60%	01.01.2009 bis 31.12.2009
8	50%	5	55%	5	55%	01.01.2010 bis 31.12.2010
2 Schäden: gemeldet 17.01.2011 und 09.03.2011						
9	45%	6	55%	6	55%	01.01.2011 bis 31.12.2011
4	60%	3	70%	3	70%	01.01.2012 bis 31.12.2012
5	55%	4	60%	4	60%	01.01.2013 bis 31.12.2013
6	55%	5	55%	5	55%	01.01.2014 bis 31.12.2014
7	50%	6	55%	6	55%	01.01.2015 bis 31.12.2015

* ohne Sondereinstufung



► Wer Rabattschutz vereinbart, macht dies in der Absicht, seine Schadenfreiheitsklasse vor Hochstufung zu schützen. Nicht immer funktioniert dies so, wie gedacht.

Nimmt man nun als letzte Variante an, die Kundin hätte beide Schäden unverzüglich gemeldet und sich darüber hinaus auch bei Janitos bzw. VHV für einen Rabattschutz entschieden, so ergibt sich als letzte Variante folgendes Bild:

Kfz-Versicherung Frau T. (möglicher Verlauf)

SFR bei Nürnberger mit Rabattschutz	Beitragssatz in der HV	SFR bei Janitos mit Rabattschutz *	Beitragssatz in der HV (ohne Wechsel)	SFR bei VHV mit Rabattschutz *	Beitragssatz in der HV (ohne Wechsel)	
3 (Sondereinstufung)	70%	0	230%	0	230%	09.12.2004 bis 31.12.2004
[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
7	50%	4	60%	4	60%	01.01.2009 bis 31.12.2009
8	50%	5	55%	5	55%	01.01.2010 bis 31.12.2010
8	50%	5	55%	6	55%	01.01.2011 bis 31.12.2011
2. Schaden: gemeldet am 09.03.2011						
8	50%	5	55%	7	50%	01.01.2012 bis 31.12.2012
9	45%	6	55%	8	50%	01.01.2013 bis 31.12.2013
10	45%	7	50%	9	45%	01.01.2014 bis 31.12.2014
11	45%	8	50%	10	45%	01.01.2015 bis 31.12.2015

* ohne Sondereinstufung. Dargestellt ist jeweils die virtuelle SFR

Die Tabellen machen nicht nur die erheblichen Unterschiede im konkreten Schadenverlauf, sondern auch die Unterschiede zwischen verschiedenen Rabattschutztarifen deutlich. Davon abgesehen sind zumindest die Prozentsätze im Jahre 2015 nahezu identisch.

Es bleibt anzumerken, dass es natürlich auch bei den hier positiv herausgestellten Wettbewerbern passieren kann, dass gleich zwei Schäden in ein Versicherungsjahr fallen. Der wesentliche Unterschied wären dann die beschriebenen unterschiedlichen Regelungen zum Rabattschutz gewesen. Als besonders verbraucherfreundlich ist hier die VHV zu nennen.

Da für die Hochstufung das Meldedatum eines Schadens entscheidend ist, kann es mitunter sinnvoll sein, bei einem

Unfall Ende Dezember diesen nicht im selben (bereits schadenbelasteten) Kalenderjahr, sondern erst ein Jahr später zu melden. Wer beispielsweise bei der Nürnberger versichert ist, bereits einen Schaden im laufenden Jahr hatte und am 30.12.2011 einen zweiten Schaden erleidet, sollte diesen besser erst am 01.01.2012 melden, um statt einmal gleich zweimal von einem vereinbarten Rabattschutz zu profitieren. Im Einzelfall sollte auch über einen möglichen Schadensrückkauf nachgedacht werden.

Wie oben beschrieben, wird üblicherweise nur die ungeschützte Schadenfreiheitsklasse im Fall eines Versichererwechsels weitergegeben. Eine Ausnahme davon sieht Janitos vor. Hier meldet der Anbieter bei Versichererwechsel dem Nachversicherer den unter Berücksichtigung

des Rabattschutzes erreichten SF und die Anzahl der Schäden im Kalenderjahr des Wechsels. Möchte ein Kunde also beispielsweise zum 01.01.2012 den Versicherer wechseln und hatte 2010 den letzten Schaden, so obliegt es dem neuen Anbieter zu interpretieren, ob nun tatsächlich eine bereits wegen des Schadens angepasste beispielhafte SFR 19 besteht oder tatsächlich nur eine geschützte SFR 19, die tatsächlich einer SFR von 11 entspricht. War der letzte Schaden aber gerade 2011, so bringt diese spezielle Regelung leider auch nichts.

Eine weitere Ausnahme bietet die Kravag, die bei entsprechendem Nachweis ganz offen eine geschützte SFR übernimmt, sofern hier erneut ein Rabattschutz vereinbart wird.

7 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 bis 2008 und 2010 bis 2012.

„Dynamische Leistungsratings“

Dynamisches Leistungsrating bedeutet, dass die Ratingkriterien regelmäßig auf den Prüfstand gestellt werden und sich den jeweils neuen Marktgegebenheiten anpassen. 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 2012 gibt es bereits weit über 50 Tarife von Versicherern und Konzeptanbietern mit vollständigem Quotelungsverzicht.

Sparte	Rating erstmal seit	Werden die Musterbedingungen des GDV als Mindeststandard definiert?	Wird eine Innovationsklausel als Mindeststandard definiert?	Sieht das Rating Mindestanforderungen (K.O.-Kriterien) vor?
Funktionsinvaliditätsversicherung	Heft 02/2012	nein	ja	ja
Hausratsversicherung	Heft 04/2008	ja	ja	ja
Hundehalterhaftpflichtversicherung	Heft 04/2005	ab Gold	ja	ja
Jagdhaftpflichtversicherung	Heft 04/2006	nein	ab Gold	ja
Pflegegeld / Pflegegeld	Heft 02/2012	nein	nein	ja
Pferdehalterhaftpflichtversicherung	Heft 02/2006	ab Gold	ja	ja
Privathaftpflichtversicherung	Heft 02/2010	ja	ja	ja
stationäre Krankenzusatzversicherung	Heft 01/2010	nein	nein	ja
Unfallversicherung	Heft 01/2007	ja	ja	ja
Wohngebäudeversicherung	Heft 02/2011	ja	ja	ja

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

Beispiel Eigenbewegungen: diese waren noch vor wenigen Jahren außer bei maxPool 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 in der Vergangenheit 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 Wohngebäu-

deversicherung auf dynamische Leistungsratings verzichtet, wofür die Mindestanforderungen entsprechend umfassend definiert wurden.

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.

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, dass neue verbesserte Bedingungen automatisch auch für den Bestand gelten, sofern dies mit keiner Mehrprämie verbunden ist (In-

novationsklausel). 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 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“ erstellt und quartalsweise aktualisiert.

Gibt es über die Mindeststandards hinaus zusätzliche Leistungsfragen?	Wertungen	Voraussetzungen für empfehlenswert	Anbieter im Test	Tarife im Test	Stand
ja	Gold, Silber	nicht vergeben	6	10	08.03.2012
nein	Gold, Silber, Bronze	nicht vergeben	60	282	13.02.2012
nein	Gold, Silber	nicht vergeben	70	378	22.02.2012
ja	Gold, Silber, Bronze, empfehlenswert	Mindestanforderungen erfüllt	34	214	25.02.2012
nein	Gold, Silber, Bronze, empfehlenswert	Mindestanforderungen erfüllt	18	47	26.02.2012
nein	Gold, Silber	nicht vergeben	69	354	20.02.2012
nein	Gold, Silber	nicht vergeben	78	514	22.02.2012
ja	Gold, Silber, Bronze	nicht vergeben	31	59	27.02.2012
ja	Gold, Silber, Bronze, empfehlenswert	Mindestanforderungen erfüllt	84 (24)*	610 (102)*	26.02.2012
nein	Gold, Silber, Bronze	nicht vergeben	52	178	25.02.2012

Rating Unfallversicherungen












- Kinder
- Erwachsene
- Senioren
- Heilberufe








Basis:	Tarife im Test: 610 Tarife (allgemein) 102 Tarife (Heilberufe) Anbieter im Test: 84 für alle Berufe bzw. 24 für Angehörige von Heilberufen
Wertung:	Gold, Silber, Bronze
Stand:	26.02.2012

► Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien finden Sie unter www.witte-financial-services.de
Weitere empfehlenswerte Tarife auf www.witte-financial-services.de/File/ratings.php
sowie Leistungsvergleiche zu ausgewählten Unfalltarifen im Menüpunkt „Finanzdienstleistungen“.







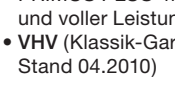

Tarife für Senioren

Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung	Risikounfallversicherung mit 500% Progression: Invaliditätsleistung	Unfallrente
 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 und PlusProgression 500%) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 und PlusProgression 500%) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 und ohne PlusProgression 500%) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex3+) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex2) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex3+) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex2)
 <ul style="list-style-type: none"> • VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 und ohne PlusProgression 500%) • VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010) 	 <p>nicht vergeben</p>
 <p>nicht vergeben</p>	 <p>nicht vergeben</p>	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 mit Festrente) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 mit Festrente)

Kinder bis 14 Jahre

Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung	Risikounfallversicherung mit 500% Progression: Invaliditätsleistung	Unfallrente
 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011) • InterRisk (AUB-i-MAX 2008, Stand 05/2011 ohne Basisprogression) • InterRisk (AUB-i-MAX 2008, Stand 05/2011 mit Basisprogression) • InterRisk (AUB-XXL 2008, Stand 05/2011 ohne Basisprogression) • InterRisk (AUB-XXL 2008, Stand 05/2011 mit Basisprogression) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 und PlusProgression 500%) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 und PlusProgression 500%) • InterRisk (AUB 2008-i-MAX, Stand 05/2011 mit Plus-Progression) • InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 05/2011 mit Plus-Progression) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex3+) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex2) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex3+) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex2) • InterRisk (AUB 2008-i-MAX mit dynamex 3+, Stand 05/2011) • InterRisk (AUB 2008-XXL mit dynamex 3+, Stand 05/2011)
 <ul style="list-style-type: none"> • Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2010, Stand 01/2012: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz) • Swiss Life Partner (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit voller Leistung ab 75 % Invalidität und Premium-Progression) • VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010) 	 <ul style="list-style-type: none"> • Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2010, Stand 01/2012: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 und ohne PlusProgression 500%) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 und ohne PlusProgression 500%) • Swiss Life Partner (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit voller Leistung ab 75 % Invalidität und Premium-Progression) • VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (AUB 2008 i-MAX mit dynamex 2, Stand 05/2011) • InterRisk (AUB 2008-XXL mit dynamex 2, Stand 05/2011)
 <ul style="list-style-type: none"> • Janitos (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung Best Selection, Gliedertaxe Hand (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011]) • Janitos (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung Best Selection, Gliedertaxe Bein (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011]) • Janitos (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung Best Selection, Gliedertaxe Sinnesorgane (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011]) • Swiss Life Partner (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS ohne Premium-Progression) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 05/2011 ohne Plus-Progression) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 mit Festrente) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 mit Festrente)

Kinder ab 14 Jahre

Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung	Risikounfallversicherung mit 500% Progression: Invaliditätsleistung	Unfallrente
 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011) • InterRisk(Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011) • InterRisk(AUB 2008-i-MAX, Stand 05/2011 ohne Basis-Progression) • InterRisk(AUB 2008-i-MAX, Stand 05/2011 mit Basis-Progression) • InterRisk(AUB 2008-XXL, Stand 05/2011 ohne Basis-Progression) • InterRisk(AUB 2008-XXL, Stand 05/2011 mit Basis-Progression) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 und PlusProgression 500%) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 und PlusProgression 500%) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 und ohne PlusProgression 500%) • InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 05/2011 mit Plus-Progression) • InterRisk (AUB 2008-i-MAX, Stand 05/2011 mit Plus-Progression) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex3+) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex2) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex3+) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex2) • InterRisk (AUB 2008-i-MAX mit dynamex 3+, Stand 05/2011) • InterRisk (AUB 2008-XXL mit dynamex 3+, Stand 05/2011)
 <ul style="list-style-type: none"> • Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2010, Stand 01/2012: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz) • Swiss Life Partner (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität) • VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010) 	 <ul style="list-style-type: none"> • Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2010, Stand 01/2012: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 und ohne PlusProgression 500%) • Swiss Life Partner GmbH (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität) • VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (AUB 2008-i-MAX mit dynamex 2, Stand 05/2011) • InterRisk (AUB 2008-XXL mit dynamex 2, Stand 05/2011)
 <ul style="list-style-type: none"> • Janitos (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Gliedertaxe Hand (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011]) • Janitos (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Gliedertaxe Sinnesorgane (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011]) • Janitos (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Gliedertaxe Bein (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011]) • Swiss Life Partner (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS ohne Premium-Progression) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (AUB 2008-i-MAX, Stand 05/2011 ohne Plus-Progression) • InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 05/2011 ohne Plus-Progression) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 mit Festrente) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 mit Festrente)


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"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011) • InterRisk (AUB 2008-i-MAX, Stand 05/2011 mit Basis-Progression) • InterRisk (AUB 2008-i-MAX, Stand 05/2011 ohne Basis-Progression) • InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 05/2011 mit Basis-Progression) • InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 05/2011 ohne Basis-Progression) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 und PlusProgression 500%) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 und PlusProgression 500%) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 und ohne PlusProgression 500%) • InterRisk (AUB 2008-i-MAX, Stand 05/2011 mit Plus-Progression) • InterRisk AUB 2008-XXL, Stand 05/2011 mit Plus-Progression) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex3+) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex2) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex3+) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex2) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 mit dynamex3+) • InterRisk (AUB 2008-XXL mit dynamex 3+, Stand 05/2011) • InterRisk (AUB 2008-i-MAX mit dynamex 2, Stand 05/2011) • InterRisk (AUB 2008-i-MAX mit dynamex 3+, Stand 05/2011)
 <ul style="list-style-type: none"> • Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2010, Stand 01/2012: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz) • Swiss Life Partner (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit voller Leistung ab 75 % Invalidität und Premium-Progression) • VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010) 	 <ul style="list-style-type: none"> • Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2010, Stand 01/2012: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 und ohne PlusProgression 500%) • Swiss Life Partner GmbH (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität) • VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (AUB 2008-XXL mit dynamex 2, Stand 05/2011)
 <ul style="list-style-type: none"> • Janitos (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Gliedertaxe Bein, Hand, Sinnesorgane (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011]) • Swiss Life Partner (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS ohne Premium-Progression) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (AUB 2008-i-MAX, Stand 05/2011 ohne Plus-Progression) • InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 05/2011 ohne Plus-Progression) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 07.2011 mit Festrente) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2011 mit Festrente)

Angehörige von Heilberufen

Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung	Risikounfallversicherung mit 225% Progression: Invaliditätsleistung
 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL, Stand 07.2011 mit HeilberufeTaxe, Stand 03.2011). Versicherbare Berufe: Ärzte, Heilpraktiker, Kieferorthopäden, Orthopäden, Tierärzte, Zahnärzte • InterRisk (AUB 2008-i-MAX, Stand 08/2009 mit verbesserter Gliedertaxe für Heilberufe). Versicherbare Berufe: Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Heilpraktiker • InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 08/2009 mit verbesserter Gliedertaxe für Heilberufe). Versicherbare Berufe: Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Heilpraktiker 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL, Stand 07.2011 mit HeilberufeTaxe, Stand 03.2011). Versicherbare Berufe: Ärzte, Heilpraktiker, Kieferorthopäden, Orthopäden, Tierärzte, Zahnärzte
 <ul style="list-style-type: none"> • Janitos (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Gliedertaxe Mediziner (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011]). Versicherbare Berufe: Ärzte, Kieferorthopäden, Orthopäden, Zahnärzte 	 <ul style="list-style-type: none"> • Janitos (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Gliedertaxe Mediziner (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011]). Versicherbare Berufe: Ärzte, Kieferorthopäden, Orthopäden, Zahnärzte

Rating Stationäre Krankenzusatztarife



Anbieter im Test: Allianz, Alte Oldenburger, Arag, Axa, Barmenia, Bayerische Beamtenkrankenkasse (BBKK), Central, Concordia, Continentale, CSS, Debeka, DEVK, DKV, Düsseldorf, Ergo Direkt, Gothaer, Hallesche, Hanse Merkur, HUK-Coburg, Janitos, LKH, Mannheimer, Münchener Verein, Nürnberger, Signal Iduna, SDK, Union, Universa, vigo Krankenversicherung, Württembergische




Basis: Tarife im Test: 59 stationäre Ergänzungs- und Optionstarife
Anbieter im Test: 31

Wertung: **Gold, Silber, Bronze**




Stand: 27.02.2012

► Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien finden Sie unter www.witte-financial-services.de/File/ratings.php

Einzelrating Bedingungen




	1- und 2-Bettzimmertarife	2-Bettzimmertarife
	Barmenia (Tarif: VS100 + ESZ, Stand 01.2011) Union (Tarif: KlinikPrivat/1, Stand 05.2011)	Barmenia (Tarif: VS200 + ESZ, Stand 01.2011) Union (Tarif: KlinikPrivat/2, Stand 01.2009)
	CSS (Tarif: CSS.clinic, Stand 11.2008)* Hallesche (Tarif: CSA 100, CSW1, Stand 01.2009)	CSS (Tarif: CSS.clinic2, Stand 06.2007)*
	Concordia (Tarife: SZ1 und SZ PLUS, Stand 01.2010) Mannheimer (Tarife: ZSW, Stand 01.2010; ZSWR-OPT, Stand 01.2009)	Concordia (Tarife: SZ2 und SZ PLUS, Stand 01.2010) Hallesche (Tarif: CSA 100, CSW2, Stand 01.2009) Mannheimer (Tarif: ZWS, Stand 01.2010)

Einzelrating Prämienniveau Männer im Eintrittsalter 25 bis 55 Jahre



	1- und 2-Bettzimmertarife	2-Bettzimmertarife
	Axa (Tarif: Komfort, Stand 04.2009) Barmenia (Tarif: S, Stand 01.2011) CSS (Tarif: CSS clinic, Stand 11.2008)* HUK-Coburg (Tarif: SZ, Stand 05.2011) Janitos (Tarif: JA Stationär Plus, Stand 07.2010)* LKH (Tarif: 400, Stand 01.2010)	CSS (Tarif: CSS.clinic2, Stand 06.2007)
	nicht vergeben	Arag (Tarif: 262, Stand 07.2011) Ergo Direkt (Tarif: SZ, Stand 01.2008) uniVersa (Tarif: SZ II, Stand 01.2010)
	Arag (Tarif: 261, Stand 07.2011) Concordia (Tarif: SZ 1 und SZ1 Plus, Stand 01.2010; Tarif: SZ 1, Stand 01.2012) Hallesche (Tarif: CSA100 / CSW1, Stand 01.2009) Nürnberger (Tarif: SZ1, Stand 01.2009)	Concordia (SZ 2, Stand 01.2010) DEVK (Tarif: ST-G2, Stand 01.04.2009)

* Tarif ohne Altersrückstellungen bei Erwachsenen

Einzelrating Prämienniveau Frauen im Eintrittsalter 25 bis 55 Jahre

	1- und 2-Bettzimmertarife	2-Bettzimmertarife
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Prämienniveau - Frauen GOLD	Axa (Tarif: Komfort, Stand 04.2009) HUK-Coburg (Tarif: SZ, Stand 05.2011) Janitos (Tarife: JA Stationär, Stand 07.2010; JA Stationär Plus, Stand 07.2010)* LKH (Tarif: 400, Stand 01.2010)	nicht vergeben
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Prämienniveau - Frauen SILBER	Concordia (Tarif: SZ1, Stand 01.2012) CSS (Tarif: CSS.clinic, Stand 11.2008)	nicht vergeben
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Prämienniveau - Frauen BRONZE	Arag (Tarif: 261, Stand 07.2011) Barmenia (Tarif: S, Stand 01.2011) SDK (Tarif: SG1, Stand 01.2011)	Arag (Tarif: 262, Stand 07.2011) Ergo Direkt (Tarif: SZ, Stand 01.2008) uniVersa (Tarif: SZ II, Stand 01.2012)

Preis-/Leistungsniveau Männer

	1- und 2-Bettzimmertarife	2-Bettzimmertarife
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungsniveau - Männer GOLD	Concordia (Tarife: SZ1 und SZ PLUS, Stand 01.2010) CSS (Tarif: clinic, Stand 11/2008)* Hallesche (Tarif: CSA100 / CSW1, Stand 01.2009)	CSS (Tarif: CSS.clinic2, Stand 06.2007)*
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungsniveau - Männer SILBER	Arag (Tarif: 261, Stand 07.2011) Janitos (Tarif: JA Stationär Plus, Stand 07.2010)*	Arag (Tarif: 262, Stand 07.2011)
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungsniveau - Männer BRONZE	nicht vergeben	nicht vergeben

Preis-/Leistungsniveau Frauen

	1- und 2-Bettzimmertarife	2-Bettzimmertarife
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungsniveau - Frauen GOLD	Concordia (Tarife: SZ1 und SZ PLUS, Stand 01.2010) CSS (Tarif: CSS.clinic, Stand 11.2008)*	CSS (Tarif: CSS.clinic2, Stand 06.2007)*
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungsniveau - Frauen SILBER	Arag (Tarif: 261, Stand 07.2011) Janitos (Tarif: JA Stationär Plus, Stand 07.2010)*	Arag (Tarif: 262, Stand 07.2011)
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungsniveau - Frauen BRONZE	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 Pflegetagegeld- und Pflegerentenversicherung



Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung

Basis:	Tarife im Test: 47 Anbieter im Test: 18
Wertung:	Gold, Silber, Bronze
Stand:	26.02.2012

Bedingungsrating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung



Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung

GOLD

SDK

- (PS0A, PS0S, PS1A, PS1S, PS2A, PS2S, PS3A, PS3S, PSU; Stand 01.05.2011) mit einem monatlichen Pflegegeld von min. 390 Euro für die Tarifstufe PS0A und PS0S, min. 510 Euro monatlich für die Tarifstufe PS1A bzw. 1.320 Euro monatlich für die Tarifstufe PS1S, min. 1.020 Euro monatlich für die Tarifstufe PS2A bzw. 1.500 Euro monatlich für die Tarifstufe PS2S sowie min. 1.920 Euro monatlich für die Tarifstufen PS3A bzw. PS3S.

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal analog Pflegegeld in der Pflegestufe I, jedoch mindestens 100 Euro und höchstens 500 Euro monatlich. Maximal versicherbares Pflegegeld: 3.000 Euro monatlich (PS1 bis PS3) bzw. 500 Euro monatlich (PS 0); ab dem Eintrittsalter 61 Jahre liegt das maximal versicherbare Pflegegeld bei 2.400 Euro monatlich für die die Pflegestufen 1 bis 3, ab 66 Jahren bei 1.800 Euro. Damit sind die Anforderungen an das Rating nur bis höchstens zur Vollendung des 65. Lebensjahres erfüllt.

- (PS0A, PS0S, PS1A, PS1S, PS2A, PS2S, PS3A, PS3S; Stand 01.05.2011) mit einem monatlichen Pflegegeld von min. 390 Euro für die Tarifstufe PS0A und PS0S, min. 510 Euro monatlich für die Tarifstufe PS1A bzw. 1.320 Euro monatlich für die Tarifstufe PS1S, min. 1.020 Euro monatlich für die Tarifstufe PS2A bzw. 1.500 Euro monatlich für die Tarifstufe PS2S sowie min. 1.920 Euro monatlich für die Tarifstufen PS3A bzw. PS3S.

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal analog Pflegegeld in der Pflegestufe I, jedoch mindestens 100 Euro und höchstens 500 Euro monatlich. Maximal versicherbares Pflegegeld: s.o.



Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung

SILBER

Hallesche

- (OLGA Extra, Stand 02.2011) mit einem Tagessatz von min. 60 Euro.

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: 20% des Pflegetagegeldes in der Pflegestufe III (max. 720 Euro monatlich). Maximal versicherbarer Tagesatz: 120 Euro



Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung

BRONZE

Münchener Verein

- (SELECT CARE Pflege: Tarifstufe 421 in Verbindung mit Tarifstufe 421 B und Tarifstufe 425; Ausgabe 01.2012) mit einem Tagessatz von min. 20 Euro (Pfleigestufe I), 35 Euro (Pfleigestufe II) bzw. 50 Euro (Pfleigestufe III).

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal in Höhe des vorgezogenen Betreuungsgeldes in Höhe des Pflegegeldes in der Pflegestufe I (zurzeit max. 235 Euro monatlich). Maximal versicherbarer Tagesatz: 80 Euro (Pfleigestufe I), 120 Euro (Pfleigestufe II) bzw. 150 Euro (Pfleigestufe III)

- (SELECT CARE Pflege: Tarifstufe 421 in Verbindung mit Tarifstufe 422 B und Tarifstufe 425; Ausgabe 01.2012) mit einem Tagessatz von min. 20 Euro (Pfleigestufe I), 35 Euro (Pfleigestufe II) bzw. 50 Euro (Pfleigestufe III).

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal in Höhe des vorgezogenen Betreuungsgeldes in Höhe des Pflegegeldes in der Pflegestufe I (zurzeit max. 235 Euro monatlich). Maximal versicherbarer Tagesatz: s.o.

- (SELECT CARE Pflege: Tarifstufe 421 in Verbindung mit Tarifstufe 423 B und Tarifstufe 425; Ausgabe 01.2012) mit einem Tagessatz von min. 20 Euro (Pfleigestufe I), 35 Euro (Pfleigestufe II) bzw. 50 Euro (Pfleigestufe III).

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal in Höhe des vorgezogenen Betreuungsgeldes in Höhe des Pflegegeldes in der Pflegestufe I (zurzeit max. 235 Euro monatlich). Maximal versicherbarer Tagesatz: s.o.

Signal Iduna

- (PflegeTOP, Fassung 01.2012) mit einem Tagessatz von min. 56 Euro.

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: pro 1 Euro versichertem Tagessatz 1% des Anspruches auf zusätzliche Betreuungsleistung aus SVP bzw. PPV (d.h. z.Zt. max. 200 Euro monatlich).

Maximal versicherbarer Tagesatz: 100 Euro

Rating Privathaftpflichtversicherungen



■ Privathaftpflichtversicherungen für Familien, Paare und Singles: Leistungsvergleich

Basis: Tarife im Test: 514
Anbieter im Test: 98

Wertung: Gold, Silber

Stand: 22.02.2012

Bedingungsrating Privathaftpflichtversicherungen



Private Haftpflichtversicherung
Besonders empfehlenswert!

GOLD

ASC

- (ASC (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 01.10.2011) mit 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

InterRisk

- (B 62: Allgemeine Haftpflicht-Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft, Stand 03.2011; B 68: Privathaftpflichtversicherung XXL, Stand 07.2011) mit 5, 10, 25 oder 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)
- (AHB 2008, Stand 07.2008, Bedingungen zur Privathaftpflichtversicherung nach dem XXL-Konzept (PHV 2008-XXL), Stand 05.2011) mit 5 oder 10 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

VHV

- (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 01.10.2011) mit 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)



Private Haftpflichtversicherung
Empfehlenswert!

SILBER

ASC

- (ASC (AHB, Stand 01.01.2008; BBR, Best Selection 2010, Stand 01.04.2010 mit Annahmerichtlinien, Stand 01.07.2011): Best Selection Normal mit 10 und 20 Mio. Euro Deckung
- ASC (AHB, Stand 01.01.2008; BBR, Best Selection 2010, Stand 01.04.2010 mit Annahmerichtlinien, Stand 01.07.2011. Zusätzliche Vereinbarung zur Privathaftpflichtversicherung 55plus): Best Selection 55plus mit 10 und 20 Mio. Euro Deckung

BCA

- (VARIO Status, VARIO Plus; jeweils Stand 01.01.2010) mit 10 und 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)
- (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 01.06.2009) mit 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

Haftpflichtkasse Darmstadt

- (AHB, Stand 01.01.2012, BBR PHV VARIO Komfort Plus: VARIO-PAKET ohne Abwahl oder nur mit Abwahl der Leistungspakete „erweiterte Vorsorge“ und „Recht“) mit 10 und 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

InterRisk

- (AHB 2008, Stand 07.2008, Bedingungen zur Privathaftpflichtversicherung nach dem XL-Konzept (PHV 2008-XL), Stand 06.2009) mit 5 oder Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)
- (B 62: Allgemeine Haftpflicht-Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft, Stand 03.2011; B 67: Privathaftpflichtversicherung XL, Stand 07.2011) mit 5, 10, 25 oder 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

Invers

- (VARIO Status, Stand 01.01.2010) mit 10 und 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)
- Invers (VARIO Plus, Stand 01.01.2010) mit 10 und 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

Janitos

- (AHB, Stand 01.01.2008; BBR, Best Selection 2010, Stand 01.04.2010) mit 10 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S) und 10 Mio. Euro Deckungssumme (V) oder mit 15 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S) und 15 Mio. Euro Deckungssumme (V)
- (AHB, Stand 01.01.2008; BBR, Best Selection 2010, Stand 01.04.2010, Zusätzliche Vereinbarung zur Privathaftpflichtversicherung 55plus) mit 10 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S) und 10 Mio. Euro Deckungssumme (V) oder mit 15 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S) und 15 Mio. Euro Deckungssumme (V)

Konzept & Marketing

- (AT 2011, Stand 11.2010; PHV 2011, Stand 11.2011: allsafe Tarif select Z2) mit 10 und 15 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

maxPool

- (VARIO, Stand 01.01.2010) mit 10 und 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

NV-Versicherungen

- (AHB 2008, Stand 01.2008, Privatmax. 4.0, Stand 10.2010) mit 10 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S) und 10 Mio. Euro Deckungssumme (V)
- (AHB 2008, Stand 01.2008, NV PrivatPremium, Stand 10.2010) mit 15 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S) und 15 Mio. Euro Deckungssumme (V)

Syncro24

- (PHV VARIO Plus, Stand 01.01.2010) mit 10 und 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)
- (PHV VARIO Status, Stand 01.01.2010) mit 10 und 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

Rating Hausratversicherungen

Tarife mit Versicherungsschutz mit einer Versicherungssumme von 60.000 und 150.000 Euro



Basis: Tarife im Test: 282
Anbieter im Test: 60 Versicherer bzw. Konzeptanbieter

Wertung: Gold, Silber, Bronze

Stand: 13.02.2012

Bedingungsrating

Basis: Versicherungssumme 60.000 Euro

WITTE FINANCIAL SERVICES Hausrat-Rating Hausratversicherung Basis 60.000 Euro 1 GOLD	WITTE FINANCIAL SERVICES Hausrat-Rating Hausratversicherung Basis 60.000 Euro 2 SILBER	WITTE FINANCIAL SERVICES Hausrat-Rating Hausratversicherung Basis 60.000 Euro 3 BRONZE
<p>InterRisk</p> <ul style="list-style-type: none"> (VHB 2008-XXL, Stand 05.2011; BBE 2008, Stand 02.2009) (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011, Bedingungen zur Hausratversicherung „XXL“ (B28), Stand 07.2011, Klauseln zur Hausratversicherung „XXL“, Stand 09.2011) <p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> (EV 2010, Stand 01.2012: allsafe casa - die Eigenheimversicherung)* 	<p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> (allsafe Tarif select Z1, Stand 05.2011) <p>Swiss Life</p> <ul style="list-style-type: none"> (VHB 2010, Stand 02.2011; Prima Sorglos, Stand 05.2011; Ergänzung zu den VHB 2010: Besondere Bedingungen für die Hausratversicherung Prima Plus (BBH Prima Plus) – Januar 2011 mit Sorglospaket Prima Plus) (VHB 2010, Stand 02.2011; Prima Sorglos, Stand 05.2011; Ergänzung zu den VHB 2010: Besondere Bedingungen für die Hausratversicherung Prima Plus (BBH Prima Plus) – Januar 2011) 	<p>ASC</p> <ul style="list-style-type: none"> (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 06.2009) <p>Haftpflichtkasse Darmstadt</p> <ul style="list-style-type: none"> (VHB 2010, Stand 01.2012: Hausratversicherung VARIO PLUS, Stand 01.2012) <p>VHV</p> <ul style="list-style-type: none"> (VHB 2011, BBH Klassik-Garant - Juli 2011, Baustein Exklusiv - Juli 2011, BWE 2011 - Privat: Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein)

Basis: Versicherungssumme 150.000 Euro

WITTE FINANCIAL SERVICES Hausrat-Rating Hausratversicherung Basis 150.000 Euro 1 GOLD	WITTE FINANCIAL SERVICES Hausrat-Rating Hausratversicherung Basis 150.000 Euro 2 SILBER	WITTE FINANCIAL SERVICES Hausrat-Rating Hausratversicherung Basis 150.000 Euro 3 BRONZE
<p>InterRisk</p> <ul style="list-style-type: none"> (VHB 2008-XXL, Stand 05.2011; BBE 2008, Stand 02.2009) (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011, Bedingungen zur Hausratversicherung „XXL“ (B28), Stand 07.2011, Klauseln zur Hausratversicherung „XXL“, Stand 09.2011) <p>Konzept & Marketing (</p> <ul style="list-style-type: none"> EV 2010, Stand 01.2012: allsafe casa - die Eigenheimversicherung)* 	<p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> (allsafe Tarif select Z1, Stand 05.2011) <p>Swiss Life</p> <ul style="list-style-type: none"> (VHB 2010, Stand 02.2011; Prima Sorglos, Stand 05.2011; Ergänzung zu den VHB 2010: Besondere Bedingungen für die Hausratversicherung Prima Plus (BBH Prima Plus) – Januar 2011 mit Sorglospaket Prima Plus) (VHB 2010, Stand 02.2011; Prima Sorglos, Stand 05.2011; Ergänzung zu den VHB 2010: Besondere Bedingungen für die Hausratversicherung Prima Plus (BBH Prima Plus) – Januar 2011) 	<p>ASC</p> <ul style="list-style-type: none"> (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 06.2009) <p>Haftpflichtkasse Darmstadt</p> <ul style="list-style-type: none"> (VHB 2010, Stand 01.2012: Hausratversicherung VARIO PLUS, Stand 01.2012) <p>VHV</p> <ul style="list-style-type: none"> (VHB 2011, BBH Klassik-Garant - Juli 2011, Baustein Exklusiv - Juli 2011, BWE 2011 - Privat: Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein)

* 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/File/ratings.php

Rating Wohngebäudeversicherungen



- Einfamilienhäuser
- Zweifamilienhäuser
- Mehrfamilienhäuser

Basis:	Tarife im Test: 178 Anbieter im Test: 52 Versicherer bzw. Konzeptanbieter
Wertung:	Gold, Silber, Bronze
Stand:	25.02.2012

► Analysiert wurden ganz oder überwiegend privat genutzte Wohngebäudeversicherungen ohne Berücksichtigung eines möglichen Einschusses 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.

WITTE
FINANCIAL SERVICES

Wohngebäudeversicherung

1 GOLD

WITTE
FINANCIAL SERVICES

Wohngebäudeversicherung

2 SILBER

WITTE
FINANCIAL SERVICES

Wohngebäudeversicherung

3 BRONZE

Bedingungsrating Einfamilienhäuser		
<p>InterRisk</p> <ul style="list-style-type: none"> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft B 01; Bedingungen zur Wohngebäudeversicherung „XXL“ B 38, Stand 03.2011) (VGB 2008-XXL-Wohnflächenmodell: XXL-Konzept, Stand 05.2011) <p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> (EV 2010, Stand 05.2011: allsafe casa – die Eigenheimversicherung)* 	<p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> (GB 2010: allsafe Tarif select Z1, Stand 05.2011) 	<p>VHV</p> <ul style="list-style-type: none"> (VGB 2011 – Wert 1914, Fassung Juli 2011: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wert 1914, Fassung Juli 2011) (VGB 2011 – Wohnfläche, Fassung Juli 2011: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wohnfläche, Fassung Juli 2011)
Bedingungsrating Zweifamilienhäuser		
<p>InterRisk</p> <ul style="list-style-type: none"> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft B 01; Bedingungen zur Wohngebäudeversicherung „XXL“ B 38, Stand 03.2011) (VGB 2008-XXL-Wohnflächenmodell: XXL-Konzept, Stand 05.2011) <p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> (EV 2010, Stand 05.2011: allsafe casa – die Eigenheimversicherung)* 	<p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> (GB 2010: allsafe Tarif select Z1, Stand 05.2011) 	<p>VHV</p> <ul style="list-style-type: none"> (VGB 2011 – Wert 1914, Fassung Juli 2011: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wert 1914, Fassung Juli 2011) (VGB 2011 – Wohnfläche, Fassung Juli 2011: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wohnfläche, Fassung Juli 2011)
Bedingungsrating Mehrfamilienhäuser		
<p>InterRisk</p> <ul style="list-style-type: none"> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft B 01; Bedingungen zur Wohngebäudeversicherung „XXL“ B 38, Stand 03.2011) (VGB 2008-XXL-Wohnflächenmodell: XXL-Konzept, Stand 05.2011) 	<p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> (GB 2010: allsafe Tarif select Z1, Stand 05.2011) 	<p>VHV</p> <ul style="list-style-type: none"> (VGB 2011 – Wert 1914, Fassung Juli 2011: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wert 1914, Fassung Juli 2011) (VGB 2011 – Wohnfläche, Fassung Juli 2011: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wohnfläche, Fassung Juli 2011)

* 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, Forst-
beamte, Forstaufseher, Berufsjäger,
Jagdaufseher und Falkner

Basis:	Tarife im Test: 214 Anbieter im Test: 34
Wertung:	Gold, Silber, Bronze
Stand:	25.02.2012

Bedingungsrating Jagdhaftpflichtversicherung	
<p>Jagd-Haftpflichtversicherung für Jäger und Förster</p>	<p>Gothaer Allgemeine Versicherung AG</p> <ul style="list-style-type: none"> • AHB, Stand 01/2008, BBR, Stand 01.2011 • AHB, Stand 01/2008, BBR, Stand 01.2011 mit Klausel 144 <p>Tarife mit 6 oder 15 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- u. Vermögensschäden <i>Versicherter Personenkreis:</i> Der Versicherungsnehmer als Jäger, Jagdpächter und Jagdherr bzw. als Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner <i>Innovationsklausel:</i> ja / <i>GDV-Garantie:</i> nein</p>
<p>Jagd-Haftpflichtversicherung für Jäger und Förster</p>	<p>degenia Versicherungsdienst AG</p> <ul style="list-style-type: none"> • AHB 2008, Stand 11.2011; Besondere Bedingungen für die Jagd-Haftpflichtversicherung (Stand 11/11) premium (DEG-JHV-002) Tarif mit 10 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden • AHB 2008, Stand 11.2011; Besondere Bedingungen für die Jagd-Haftpflichtversicherung (Stand 11/11) premium (DEG-JHV-002); AUB 2004 DEG; DEG-JHV/RS-001 Jäger-Rechtsschutz: Jägerpaket. Tarif mit 10 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden <p><i>Versicherter Personenkreis:</i> Der Versicherungsnehmer als Jäger, Jagdpächter und Jagdherr bzw. als Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner <i>Innovationsklausel:</i> ja / <i>GDV-Garantie:</i> nein</p> <p>Laut Bedingungen besteht keine ausdrückliche Mitversicherung auch von Geschossen, sondern nur von Schusswaffen und Munition. Eine substantielle Einschränkung ist trotz entsprechender GDV-Abweichung nicht erkennbar, zumal die Bedingungen keinen Ausschluss für entsprechende Schäden aufweisen.</p>
<p>Jagd-Haftpflichtversicherung für Jäger und Förster</p>	<p>VGH</p> <ul style="list-style-type: none"> • AHB, Stand 07.2010; Jagd-Haftpflichtversicherung, Stand 07.2010. Tarif mit 5 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden <p><i>Versicherter Personenkreis:</i> Der Versicherungsnehmer als Jäger, Jagdpächter und Jagdveranstalter bzw. als Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner <i>Innovationsklausel:</i> ja / <i>GDV-Garantie:</i> nein</p>

Weitere empfehlenswerte Tarife für die Jagdhaftpflichtversicherung

- degenia Versicherungsdienst AG**
- AHB 2008, Stand 11.2011; Besondere Bedingungen für die Jagd-Haftpflichtversicherung (Stand 11/11) classic (DEG-JHV-002) Tarif mit 5 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- Versicherter Personenkreis:* Jäger, Jagdpächter und Jagdherr bzw. als Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner
Laut Bedingungen besteht keine ausdrückliche Mitversicherung auch von Geschossen, sondern nur von Schusswaffen und Munition. Eine substantielle Einschränkung ist trotz entsprechender GDV-Abweichung nicht erkennbar, zumal die Bedingungen keinen Ausschluss für entsprechende Schäden aufweisen.
Innovationsklausel: ja / *GDV-Garantie:* nein
- Inter**
- (AHB, Stand 01.01.2008, Jagd-Bedingungen, Stand 01.11.2009) mit 6 oder 10 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen- und Sachschäden sowie 100.000 Euro für Vermögensschäden
- Versicherter Personenkreis:* Jäger, Jagdpächter, Jagdherr (Jagdveranstalter), Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher, Falkner
Innovationsklausel: nein / *GDV-Garantie:* nein
Besonders zu beachten: Versicherungsschutz für nicht geprüfte Jagdhunde besteht nur, sofern dieser besonders vereinbart wurde.
- LVM**
- (AHB, Fassung 4/2008. Bedingungen und Risikobeschreibung für die Jagd-Haftpflichtversicherung [Fassung 01/2009]) mit 5 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen- und Sachschäden sowie 100.000 Euro für Vermögensschäden
- Versicherter Personenkreis:* Jäger, Jagdpächter, Jagdveranstalter, Forstbeamter, Förster, Forstaufseher, Jagdaufseher und Jagdfalkner
Innovationsklausel: nein / *GDV-Garantie:* nein
Besonders zu beachten: Welpen sind ohne Nachweis ihrer jagdlichen Brauchbarkeit nicht ausdrücklich mitversichert.

Rating Pferdehalterhaftpflichtversicherungen



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

Basis:	Tarife im Test: 354 Anbieter im Test: 69
Wertung:	Gold, Silber
Stand:	20.02.2012

Bedingungsrating Selbständige Pferdehalterhaftpflichtversicherung



InterRisk

- (B 62, Stand 03.2011; B 69 - XXL, Stand 03.2011) mit 5 und 10 Mio. Euro pauschal für Personen-, Sach-, Vermögens- sowie Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden

VHV

- (AHB 2011, BBR Tierhalter KLASSIK-GARANT, Stand 01.10.2011) mit 5 oder 10 Mio. Euro (P, S, V. Maximal 8 Mio. Euro je geschädigter Person).



ConceptA

- (Tierhalterhaftpflichtversicherung Best Selection, Stand 01.01.2008; aktualisiert zum 01.04.2011) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V)

Haftpflichtkasse Darmstadt

- (AHB, Stand 01.01.2012, Tierhalter-Haftpflichtversicherung PLUS, Stand 01.01.2012) mit 5 oder 10 Mio. Euro pauschal (P, S, V)

Janitos

- (Tierhalterhaftpflichtversicherung Best Selection, Stand 01.01.2008; aktualisiert zum 01.04.2011) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V)

Konzept & Marketing

- (allsafe select Tarif Z1, Stand 05.2011) mit 10 oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V).

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)

Swiss Life Partner

- (BBR Tierhalter SLP 2008, Stand 01.11.2009) mit 8 oder 10 Mio. Euro (P, S, V)

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)

NV-Versicherungen (AHB 2008, Stand 01.2008, BBR PferdePremium, Stand 03.2010) mit 10 Mio. Euro pauschal (P, S) und 10 Mio. Euro (V)

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



InterRisk

- (B 62, Stand 03.2011; B 69 - XXL, Stand 03.2011) mit 5 und 10 Mio. Euro pauschal für Personen-, Sach-, Vermögens- sowie Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden

VHV

- (AHB 2011, BBR Tierhalter KLASSIK-GARANT, Stand 01.10.2011) mit 5 oder 10 Mio. Euro (P, S, V. Maximal 8 Mio. Euro je geschädigter Person).



Haftpflichtkasse Darmstadt

- (AHB, Stand 01.01.2012, Tierhalter-Haftpflichtversicherung PLUS, Stand 01.01.2012) mit 5 oder 10 Mio. Euro pauschal (P, S, V)

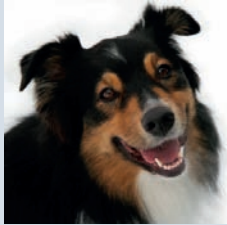
Konzept & Marketing

- (allsafe select Tarif Z1, Stand 05.2011) mit 10 oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V).

Voraussetzung für die Empfehlung ist die Mitversicherung von Pferderennen und damit implizit auch Distanzritten gegen Zuschlag.

Hinweis: maxPool verwendet in diesem Zusammenhang als Risikoträger für die Pferdehalterhaftpflichtversicherung den Volkswohl Bund, für das private Haftpflichtrisiko jedoch wahlweise den Tarif der Medien-Versicherung oder den empfehlenswerten Tarif der Haftpflichtkasse Darmstadt

Rating Hundehalterhaftpflichtversicherungen



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

Basis:	Tarife im Test: 378 Anbieter im Test: 70
Wertung:	Gold, Silber
Stand:	22.02.2012

Bedingungsrating (Tarife für die selbständige Hundehalterhaftpflichtversicherung)

<p>Hundehalter-Haftpflichtversicherung Selbstständige THV Alle Hunde</p>	<p>ConceptA</p> <ul style="list-style-type: none"> (Tierhalterhaftpflichtversicherung Best Selection, Stand 01.01.2008; aktualisiert zum 01.04.2011) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V) <p>InterRisk</p> <ul style="list-style-type: none"> (B 62, Stand 03.2011: B 69 - XXL, Stand 03.2011) mit 5 und 10 Mio. Euro pauschal für Personen-, Sach-, Vermögensschäden 	<p>Janitos</p> <ul style="list-style-type: none"> (Tierhalterhaftpflichtversicherung Best Selection, Stand 01.01.2008; aktualisiert zum 01.04.2011) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V) <p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> (allsafe select Tarif Z1, Stand 05.2011)* mit 10 oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V); Voraussetzung für die Empfehlung ist die Mitversicherung der erweiterten Mietsachschadendeckung gegen Zuschlag (allsafe Tarif select Z2, Stand 11.2011) mit 10 Mio. oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V)
<p>Hundehalter-Haftpflichtversicherung Selbstständige THV Alle Hunde</p>	<p>ConceptA</p> <ul style="list-style-type: none"> (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: Balance; aktualisiert zum 01.04.2011) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S), 2,5 Mio. Euro (V) <p>ConceptIF</p> <ul style="list-style-type: none"> (Konzept VI: AHB, Stand 01.2008; BBR Hundemax. - 03/2010: Tierhalter-Haftpflicht-Versicherung) mit 6 Mio. Euro pauschal (P, S, V) <p>Haftpflichtkasse Darmstadt</p> <ul style="list-style-type: none"> (AHB, Stand 01.01.2012; Tierhalter-Haftpflichtversicherung PLUS, Stand 01.01.2012) mit 5 oder 10 Mio. Euro pauschal (P, S, V) <p>Janitos</p> <ul style="list-style-type: none"> (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: Balance; aktualisiert zum 01.04.2011) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S), 2,5 Mio. Euro (V) <p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> (allsafe select Tarif Z1, Stand 05.2011)* mit 10 oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V). 	<p>NV-Versicherungen</p> <ul style="list-style-type: none"> (AHB 2008, Stand 01.2008, BBR Hundemax. - 03/2010; Tarif 10/2011) mit 5 Mio. Euro (P, S) und 5 Mio. Euro (V) (AHB 2008, Stand 01.2008, BBR HundePremium - 03/2010; Tarif 10/2011) mit 10 Mio. Euro (P, S) und 10 Mio. Euro (V) <p>proculo</p> <ul style="list-style-type: none"> (AHB, Januar 2012, Besondere Bedingungen, Risikobeschreibungen und Erläuterungen für die Haftpflichtversicherung der Tierhalter aus privater Tierhaltung - Fassung Januar 2012) mit 10 oder 15 Mio. Euro (P, S, V) <p>Swiss Life Partner</p> <ul style="list-style-type: none"> (BBR Tierhalter SLP 2008, Stand 01.11.2009) mit 8 oder 10 Mio. Euro (P, S, V) <p>VHV</p> <ul style="list-style-type: none"> (AHB 2011, BBR Tierhalter KLASSIK-GARANT, Stand 01.10.2011) mit 5 oder 10 Mio. Euro (P, S, V, maximal 8 Mio. Euro je geschädigter Person) <p>Waldenburger</p> <ul style="list-style-type: none"> (AHB, Stand 10.2010, Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen (BBR) für Halter von Tieren, Stand 01.07.2011) mit 5 oder 10 Mio. Euro (P, S, V)

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

<p>Hundehalter-Haftpflichtversicherung Alle Hunde +Private Haftpflicht</p>	<p>InterRisk</p> <ul style="list-style-type: none"> (B 62, Stand 03.2011: B 69 - XXL, Stand 03.2011) mit 5 und 10 Mio. Euro pauschal für Personen-, Sach-, Vermögensschäden 	
<p>Hundehalter-Haftpflichtversicherung Alle Hunde +Private Haftpflicht</p>	<p>Haftpflichtkasse Darmstadt</p> <ul style="list-style-type: none"> (AHB, Stand 01.01.2012; Tierhalter-Haftpflichtversicherung PLUS, Stand 01.01.2012) mit 5 oder 10 Mio. Euro pauschal (P, S, V) <p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> (allsafe select Tarif Z1, Stand 05.2011)* mit 10 oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V) (allsafe Tarif select Z2, Stand 11.2011) mit 10 Mio. oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V) 	<p>VHV</p> <ul style="list-style-type: none"> (AHB 2011, BBR Tierhalter KLASSIK-GARANT, Stand 01.10.2011) mit 5 oder 10 Mio. Euro (P, S, V), maximal 8 Mio. Euro je geschädigter Person)

* Achtung: Tarif ist für Neugeschäft geschlossen!
Hinweis: Die meisten hier aufgeführten Tarife gelten nur für tariflich definierte Hunderassen, nicht jedoch für „Kampfhunde“ im Sinne der jeweiligen Tarife. Besonders empfehlenswert ist für diese Hunde die Haftpflichtkasse Darmstadt, da hier nicht zwischen gefährlichen und weniger gefährlichen Hunden unterschieden wird.

Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) als Sachversicherung



■ *FIV als Sachversicherung wird angeboten von AXA, Barmenia, BBV, Janitos, Sparkassen Versicherung Sachsen, VPV*

Basis: Tarife im Test: 10
Anbieter im Test: 6

Wertung: Gold, Silber

Stand: 08.03.2012

Funktionsinvaliditätsversicherungen

sind eine neuartige Form der Absicherung der persönlichen Arbeitskraft. Erstmals wurde ein solches Produkt im September 2006 von der Axa unter dem Namen Unfall-Kombirente eingeführt. Dabei ist die Namensgebung etwas irreführend gewesen, da tatsächlich nicht allein das Unfallrisiko abgesichert wurde.

Allen bisher am Markt angebotenen Sachprodukten zur Absicherung der funktionellen Invalidität sind unter anderem folgende Charakteristika gemeinsam:

- Rentenleistung wegen Verlustes einer oder mehrerer Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)
- Rentenleistung wegen Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe I (Pflegerente)
- Rentenleistung wegen Minderung der Funktion wesentlicher Organe (Organrente)
- Rentenleistung wegen unfallbedingter Invalidität ab 50% (Unfallrente)

Teilweise wird als fünfte Leistungsart eine Krebsrente benannt, während andere Versicherer eine Leistung bei Krebs als Teil der lebenslangen Organrente vorsehen.

Als bislang einziger Lebensversicherer bietet seit Juli 2011 die Allianz eine Funktionsinvaliditätsversicherung an. Diese wird unter dem Namen KörperschutzPolice vermarktet. Versicherungsschutz besteht anders als bei den Sachprodukten bei folgenden Leistungsauslösern:

- Rentenleistung wegen Verlustes einer oder mehrerer Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)
- Rentenleistung wegen Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe I (Pflegerente)
- Einmalleistung bei bestimmten schweren Krankheiten (Dread-Disease-Leistung)

■ Definition FIV

Bewertungsmaßstab der FIV ist mit Ausnahme der Krebsleistung eine erhebliche Beeinträchtigung definierter körperlicher Funktionen.

Zur Leistungserbringung müssen Funktionsminderungen einen medizinisch eindeutig definierten Schwellenwert erreichen. Eine eindeutige Definition bedeutet, dass ein Versicherte theoretisch selbst dazu in der Lage wäre, anhand ihm vorliegender ärztlicher Gutachten selbst zu beurteilen, ob ein Leistungsanspruch aus seinem Vertrag besteht. Dabei müssen die beschriebenen Funktionsminderungen voraussichtlich auf Dauer und irreversibel sein. Anstelle einer reinen Diagnoseabsicherung wie im Fall einer Dread Disease, geht es um die dauerhaften Folgen einer funktionellen Invalidität. Dabei spielt es im Regelfall keine Rolle, ob diese unfall- oder krankheitsbedingt erfolgte. Im Regelfall sind die Betroffenen bei Minderung der Organfunktion bis zur Leistungsschwelle noch arbeitsfähig.

Eine Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) besteht aus den Bausteinen Grundfähigkeitenrente, Pflegerente sowie mindestens einem dritten Baustein (Unfallrente, Organrente oder Leistung bei Eintritt einer schweren Erkrankung). Teil

dieses dritten Bausteins ist mindestens eine Renten- oder Einmalleistung auch bei Eintritt einer definierten Krebserkrankung.

Von einer FIV ist nur dann zu sprechen, wenn das Versicherungsprodukt im Deckungsumfang zumindestens in einem Modul alle möglichen Erkrankungen berücksichtigt und keine Erkrankung ausschließt. Dies wird im Regelfall durch die Pflegekomponente erreicht. Daneben besteht die Möglichkeit, eine Rentenleistungsdauer wegen Verlustes von Grundfähigkeiten oder Pflegebedürftigkeit bei Kindern mindestens bis zur Volljährigkeit, bei Erwachsenen mindestens bis zur Vollendung des 62. Lebensjahres zu vereinbaren.

Vereinzelt wird die FIV am Markt auch als „Multirentenprodukt“ bezeichnet, dies in Anlehnung an die Multi-Rente aus dem Hause Janitos. Mit diesem Namen wird demnach ein Tarif und keine Produktgattung umschrieben.



Im Sinne einer fairen Vergleichbarkeit der einzelnen FIV-Produkte beschränkt sich dieses Rating zurzeit allein auf die am Markt verfügbaren Sachprodukte, womit derzeit einzig die Allianz mit ihrem Angebot außer Wertung bleibt.

Bedingungsrating Funktionsinvaliditätsversicherung



Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV)
GOLD

AXA

- Tarif: Existenzschutzversicherung für Erwachsene / Aktueller Bedingungsstand: 04.2011
Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: nur implizit über Ziffer 16.2.1 AB ESV 2011
Mindesteintrittsalter: 16 Jahre / Höchstesintrittsalter: 65 Jahre
Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja / Innovationsklausel: ja / lebenslange Krebsrente: ja / Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja
- Tarif: Kinderschutzpaket / Aktueller Bedingungsstand: 04.2011
Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: nur implizit über Ziffer 16.2.1 AB ESV 2011
Mindesteintrittsalter: ab dem 3. Lebensstag / Höchstesintrittsalter: 15 Jahre
Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja / Innovationsklausel: ja / lebenslange Krebsrente: ja / Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja / nahtloser Übergang in den Erwachsenenentarif: mit Einschränkungen: Das Optionsrecht kann nicht in Anspruch genommen werden, sofern in den letzten 5 Jahren eine Rente nach Ziffer 1.1. der Bedingungen beantragt wurde oder ein Rentenfall objektiv eingetreten ist oder der ablaufende Vertrag nur unter erschwerten Bedingungen, wie zum Beispiel einer Ausschlussklausel oder Risikozuschlag angenommen wurde oder die Diagnose einer Herzerkrankung oder Diabetes gestellt wurde oder ein Grad der Behinderung (GdB) / Minderung der Erwerbstätigkeit (MdE) von größer oder gleich 50% oder ein Merkzeichen nach Feststellung einer Pflegestufe gemäß Sozialgesetzbuch (SGB) vorliegt. In diesen Fällen ist eine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich.
- Tarif: Existenzschutzversicherung für Kinder / Aktueller Bedingungsstand: 04.2011
Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: nur implizit über Ziffer 16.2.1 AB ESV 2011
Mindesteintrittsalter: ab dem 6. Lebensmonat / Höchstesintrittsalter: 15 Jahre
Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja / Innovationsklausel: ja / lebenslange Krebsrente: ja / Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja / nahtloser Übergang in den Erwachsenenentarif: mit Einschränkungen (siehe Kinderschutzpaket)

Janitos

- Tarif: Multi-Rente für Kinder / Aktueller Bedingungsstand: 04.2009 mit Aktualisierungen zu 06.2010
Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja
Mindesteintrittsalter: 4 Jahre / Höchstesintrittsalter: 17 Jahre
Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja / Innovationsklausel: ja / lebenslange Krebsrente: ja / Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja / nahtloser Übergang in den Erwachsenenentarif: ja (Der Zusatzbaustein der Kapitalsfortleistung siehe B Ziffer 5 der Multi-Rente für Kinder ist im Erwachsenen-Produkt nicht mehr versicherbar und entfällt daher zum oben genannten Zeitpunkt der Umstellung automatisch.)
- Tarif: Multi-Rente für Erwachsene / Aktueller Bedingungsstand: 04.2009 mit Aktualisierungen zu 06.2010
Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja
Mindesteintrittsalter: 18 Jahre / Höchstesintrittsalter: 59 Jahre
Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja / Innovationsklausel: ja / lebenslange Krebsrente: ja / Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja



Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV)
SILBER

Barmenia

- Tarif: Barmenia-Opti5Rente / Aktueller Bedingungsstand: 02.2010
Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja
Mindesteintrittsalter: 18 Jahre / Höchstesintrittsalter: 58 Jahre
Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja / Innovationsklausel: ja / lebenslange Krebsrente: nein (maximal 60 Monate) / Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja

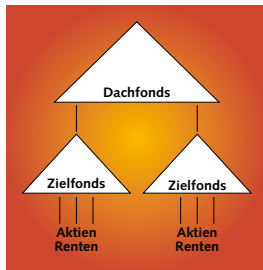
BBV

- Tarif: Multi-PROTECT / Aktueller Bedingungsstand: 01.10.2011
Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja
Mindesteintrittsalter: 18 Jahre / Höchstesintrittsalter: 60 Jahre
Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja / Innovationsklausel: ja / lebenslange Krebsrente: nein (maximal 60 Monate) / Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: optional (bei Personen unter 35 eingeschlossen gegen Zuschlag von 35%, bei Personen ab 35 Jahren genereller Einschluss ohne Mehrbeitrag)

Hinweis: Bitte beachten Sie, dass die Leistungsauszüge aus den Bedingungen hier stark verkürzt dargestellt wurden und gerade hinsichtlich des Umfangs der versicherten Leistungen bei Krebs ein Blick in die Bedingungen sehr anzuraten ist. Kein Rating kann eine umfassende Bedarfsermittlung und Beratung beim Verbraucher ersetzen. Dies gilt auch für dieses Rating. Die Zahl von Leistungseinschlüssen in der Funktionsinvaliditätsversicherung ist trotz sehr ähnlicher Kernleistungen Legion, weshalb für Ihren Kunden im Einzelfall dennoch ein Blick in die konkreten Bedingungen von weitreichender Bedeutung bleibt. Trotz gewissenhafter Erfassung aller Kriterien sind etwaige Fehler nicht gänzlich auszuschließen.

▶ Die sehr umfassende Darstellung aller Rating-Kriterien zur Funktionsinvaliditätsversicherung einschließlich Beispielen finden Sie auf www.witte-financial-services

Dachfonds-Ranking



- Dachfonds dynamisch Welt
- Dachfonds defensiv Welt
- Dachfonds ausgewogen Welt

Basis:	898 Dachfonds
Wertung:	☆☆☆☆
Ranking:	29.02.2012
Stichtag:	(Stand: 03/2012)

FWW FundStars®

Überblick

Die FWW FundStars® basieren, wie bereits der Vorläufer – das vor etlichen Jahren eingeführte quantitative „fondsmeter® Ranking“ – auf der RisikoAdjustierten Performance (RAP). Diese zweidimensionale Kennzahl errechnet sich aus der erzielten Wertentwicklung (Performance) und dem dabei eingegangenen Risiko (Volatilität).

Methodik

Grundlage der FWW FundStars® ist die RAP-Kennzahl für den 3-Jahres-Zeitraum. Zusätzlich werden Korrekturfaktoren herangezogen, die aus den RAP-Kennzahlen für den 1-Jahres-Zeitraum und, wenn vorhanden, für den 5-Jahreszeitraum berechnet werden. Für die FWW FundStars® werden die Fonds in 5 Ranking-Stufen a 20 Prozent klassifiziert, aus denen die Auszeichnung mit 5 bis 1 Sternen hervorgeht. Dabei erhalten die besten 20 Prozent der Fonds fünf Sterne.

☆☆☆☆☆	für die besten 20% der Fonds eines Sektors
☆☆☆☆	für die zweiten 20% der Fonds eines Sektors
☆☆☆	für die dritten 20% der Fonds eines Sektors
☆☆	für die vorletzten 20% der Fonds eines Sektors
☆	für die letzten 20% der Fonds eines Sektors

Voraussetzungen für die FWW FundStars®:

- Die FWW Fund Stars® werden für jeden Sektor berechnet, in dem wenigstens fünf Fonds über eine Wertentwicklung von mindestens drei Jahren verfügen. Der jeweilige Fonds muss ein Publikums-Sondervermögen sein, das in Deutschland registriert bzw. zugelassen ist (inländische und ausländische Sondervermögen).
- Der jeweilige Fonds muss mindestens 3 Jahre alt sein
- Der Sektor, dem der Fonds in der FWW® Fondsdatenbank zugeordnet ist, muss für den jeweiligen Zeitraum mindestens 5 Fonds umfassen.

Anteilklassen / Sondervermögen

Die FWW Fund Stars® beurteilen die Managementleistung in der Vergangenheit. Alle Anteilklassen eines Sondervermögens werden zusammengefasst und erhalten eine gemeinsame Auszeichnung.

Die Berechnung des FWW FundStars Ranking wird monatlich zum Monatsende vorgenommen. Das Ranking mit Stand des Vormonats erhält die Bezeichnung des aktuellen Monats (Bsp. Stand 30.01.XX – Ranking Februar 20XX). Sämtliche Berechnungen werden auf Euro-Basis durchgeführt.

Berechnung der Kennzahl RAP

Die Kennzahl RAP wird über einen Zeitraum von drei Jahren (Mid-Term), einem Jahr (Short-Term) oder fünf Jahren (Long-Term) berechnet und bringt die beiden Parameter „Risiko“ (Volatilität) und „Performance“ (Wertentwicklung) in einer wissenschaftlich entwickelten Formel zusammen, bei deren Anwendung davon ausgegangen wird, dass der Anleger lediglich in einen Fonds investieren möchte.

RAP - Berechnungsformel:

$$\text{Zwischenschritt : Hebelungsfaktor} = \frac{\text{Volatilität der Benchmark}}{\text{Volatilität des Fonds}}$$

$$\text{RAP} = (\text{Performance des Fonds} \cdot \text{Hebelungsfaktor}) - [\text{Risikoloser Zinssatz} \cdot (\text{Hebelungsfaktor} - 1)]$$

Werden zwei Fonds mit derselben positiven Wertentwicklung verglichen, erlangt der Fonds mit dem geringeren in Kauf genommenen Risiko eine bessere (höhere) RAP-Kennzahl. Umgekehrt beim Vergleich von zwei Fonds mit derselben negativen Wertentwicklung: Hier erzielt der Fonds mit dem höher eingegangenen Risiko die bessere (höhere) RAP-Kennzahl.

Wissenschaftlicher Hintergrund

Die Kennzahl RAP gibt die auf die Volatilität der Benchmark normierte Performance des Fonds an. Grundlage der Risk-Adjusted-Performance eines Fonds bilden risikoangepasste Vergleichsportfolios, deren Risiko mit dem des Marktindex übereinstimmt. Alle Fonds werden somit auf das Risiko des Marktindex normiert. Bei einem Fonds, dessen Risiko über dem des Marktes liegt, wird (gedanklich) ein bestimmter Teil des Fonds verkauft und das freigewordene Kapital zum risikofreien Zins angelegt.

Liegt das Risiko des Fonds unter dem des Marktindex, wird die Anlage in den Fonds durch eine (gedankliche) Kreditaufnahme zum risikolosen Zinssatz erhöht. Im Ergebnis lässt sich feststellen, ob es einem Fonds gelungen ist, seine Benchmark bzw. andere Fonds eines gewählten Sektors risikonormiert zu schlagen. Die Berechnung der Kennzahl RAP beruht auf Veröffentlichungen von Prof. Dr. Marco Wilkens und PD Dr. Hendrik Scholz an der Universität Göttingen (Institut für Betriebswirtschaftliche Geldwirtschaft) und der Kath. Universität Eichstätt/Ingolstadt, an der beide derzeit für den Lehrstuhl ‚Finanzierung und Bankbetriebslehre‘ tätig sind.

Die FWW Fund Stars® werden realisiert und betrieben von der FWW GmbH, einem unabhängigen Financial Content & Application Service Provider aus Haar bei München.

Wichtiger Hinweis:

Die Berechnung der RAP-Kennzahl(en), bzw. der daraus resultierenden Anzahl der FWW FundStars basiert ausschließlich auf Vergangenheitsdaten. Die zukünftige Wertentwicklung eines Fonds kann nicht vorhergesagt werden. Sämtliche Informationen im Zusammenhang mit den FWW FundStars® und damit auch die Einteilungen nach Sternen stellen keine Wertung oder Empfehlung zum Kauf, Behalt oder Verkauf von Wertpapieren, insbesondere von Investmentfonds, dar. Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr.

www.fww.de

Schwerpunkt Dachfonds dynamisch Welt

(Produkte, die vorrangig in Aktienfonds investieren)

Basis: 292 Dachfonds, mindestens 3 Jahre im Markt, Performance-Stand: 12.03.2012

Fondsname	KAG	ISIN	per 1 Jahr	per 3 Jahre p.a.	per 5 Jahre p.a.	Vola 3 Jahre	FWW FundStars
Allianz Horizont Dynamik	Allianz Global Investors Luxembourg S.A.	LU0103683248	-0,74	17,09	0,19	11,26	★★★★★
apo Vivace INKA	INKA Internationale Kapitalanlageges. mbH	DE000A0M2BQ0	4,10	8,77	---	5,11	★★★★★
Argentos Sauren Dynamik-Portfolio	DWS Investment GmbH	DE000DWS0PD9	-0,68	19,39	---	13,22	★★★★★
AXA Chance Invest	AXA Investment Managers Deutschland	DE0009789453	5,42	19,27	-2,01	12,81	★★★★★
AXA Chance Spektrum	AXA Investment Managers Deutschland	DE0009846352	4,28	18,89	-1,46	12,95	★★★★★
AXA Portfolio 7	AXA Investment Managers Deutschland	DE0009789537	15,90	20,62	5,45	11,45	★★★★★
BBBank Dynamik Union	Union Investment Privatfonds GmbH	DE0005326565	0,36	18,46	-1,51	11,79	★★★★★
Best-in-One World	Allianz Global Investors KAG mbH	DE0009787002	2,99	21,92	-0,90	13,50	★★★★★
ComfortInvest Chance	KAS Investment Servicing GmbH	DE0002605318	0,90	23,30	---	14,53	★★★★★
CondorChance-Universal	Universal-Investment-Luxembourg S.A.	LU0112269146	2,43	20,90	-2,39	13,59	★★★★★
Deutsche Postbank Best Invest Chance	KAS Investment Servicing GmbH	DE0009797787	4,42	13,71	-0,59	8,44	★★★★★
Elbe Strategieportfolio Offensiv UI	Universal-Investment GmbH	DE000A0MYGZ7	-0,62	16,82	---	10,93	★★★★★
FondsManagement Chance	Allianz Global Investors Luxembourg S.A.	LU0320549602	1,85	15,70	---	11,45	★★★★★
Franklin Templeton Strategic Dynamic Fund	Franklin Templeton International Services	LU0236639612	1,97	16,38	-1,27	9,67	★★★★★
FT Navigator 70	FRANKFURT-TRUST Investment-Ges.	DE0009770347	1,59	11,45	0,42	7,77	★★★★★
H&S FM Global 100	KAS Investment Servicing GmbH	DE0002605359	3,81	17,78	---	9,41	★★★★★
HUK-Vermögensfonds Dynamik	BayernInvest Luxembourg S.A.	LU0123854472	5,14	17,36	-1,05	11,27	★★★★★
LBBW Equity Select	LRI Invest S.A.	LU0281806751	1,02	19,75	---	11,64	★★★★★
Legg Mason Multi-Manager Performance (EUR)	Legg Mason Investments (Lux) S.A.	LU0196847098	2,47	18,93	0,26	11,32	★★★★★
Legg Mason Multi-Manager Performance (USD)	Legg Mason Investments (Lux) S.A.	LU0196862568	7,20	19,81	0,23	10,73	★★★★★
MEAG GlobalChance DF	MEAG MUNICH ERGO KAG mbH	DE0009782789	1,12	19,88	-2,22	13,01	★★★★★
MultiManager Fonds 4	KAS Investment Servicing GmbH	DE0007013617	-1,71	19,75	-0,25	13,18	★★★★★
MultiManager Fonds 5	KAS Investment Servicing GmbH	DE0007013625	-1,94	23,45	-0,95	14,38	★★★★★
MultiSelect Welt-Aktien	Institutional Trust Mgmt. Company S.à.r.l.	LU0098504490	5,99	25,26	-1,65	12,77	★★★★★
Pioneer P.F. - StrategiePortfolio Chance	Pioneer Asset Management S.A.	LU0374244639	3,17	17,81	---	9,75	★★★★★
Pioneer P.F. - StrategiePortfolio Wachstum	Pioneer Asset Management S.A.	LU0374245016	0,45	14,25	---	8,82	★★★★★
PremiumMandat Dynamik	Allianz Global Investors Luxembourg S.A.	LU0268210969	-3,69	14,50	-0,01	9,12	★★★★★
PremiumMandat Dynamik Plus	Allianz Global Investors Luxembourg S.A.	LU0345923816	-1,38	20,68	---	14,43	★★★★★
PremiumStars Chance	Allianz Global Investors KAG mbH	DE0009787077	5,57	20,39	1,62	10,78	★★★★★
Sauren Global Opportunities	Sauren Fonds-Select SICAV	LU0106280919	-3,31	22,13	1,92	11,04	★★★★★
Sauren Global Stable Growth	Sauren Fonds-Select SICAV	LU0136335097	3,66	18,83	4,02	8,42	★★★★★
Schoellerbank Global Dynamic	Schoellerbank Invest AG	AT0000A08Q96	1,21	12,00	---	7,89	★★★★★
STS Growth Portfolio	Schroder Investment Management (Lux)	LU0179449243	5,90	18,27	-1,22	11,40	★★★★★
UBS (D) Vermögensstrategie VII	UBS Global Asset Mgmt (Deutschland)	DE000A0M52B4	0,26	6,84	---	4,09	★★★★★
UniStrategie: Dynamisch	Union Investment Privatfonds GmbH	DE0005314124	-0,05	18,39	-0,39	11,56	★★★★★
VPV PRO-Wachstum	Pioneer Asset Management S.A.	LU0131882382	1,43	15,08	-1,84	8,86	★★★★★
WWK Select Chance	WWK Investment S.A.	LU0126855997	3,59	19,66	-1,60	12,69	★★★★★
ZukunftsPlan I	Deka Investment GmbH	DE000DK1CJ20	2,01	18,59	---	13,01	★★★★★
ZukunftsPlan II	Deka Investment GmbH	DE000DK1CJ38	2,81	13,17	---	9,59	★★★★★

Schwerpunkt Dachfonds defensiv Welt

(Produkte, die vorrangig in Rentenfonds investieren)

Basis: 224 Dachfonds, mindestens 3 Jahre im Markt, Performance-Stand: 12.03.2012

Fondsname	KAG	ISIN	per 1 Jahr	per 3 Jahre p.a.	per 5 Jahre p.a.	Vola 3 Jahre	FWW FundStars
Allianz Multi Manager Global Balanced I	Allianz Global Investors KAG mbH	DE0006372501	4,54	9,67	1,76	5,03	★★★★★
Argentos Sauren Stabilitäts-Portfolio	DWS Investment GmbH	DE000DWS0PC1	1,02	5,47	---	3,08	★★★★★
ARIQON Konservativ	C-QUADRAT Kapitalanlage AG	AT0000615836	1,90	8,33	4,77	4,06	★★★★★
BBBank Kontinuität Union	Union Investment Privatfonds GmbH	DE0005314231	1,03	8,60	3,53	5,35	★★★★★
Best Global Bond Concept OP	Oppenheim Asset Management Services	LU0173001990	6,64	4,25	2,86	3,22	★★★★★
ComfortInvest Substanz	KAS Investment Servicing GmbH	DE0002605300	1,57	10,69	---	6,61	★★★★★
CONCORDIA SELECT Ertrag	Hauck & Aufhäuser Investmentgesellschaft	LU0105298086	4,92	6,61	1,92	3,53	★★★★★
C-QUADRAT ARTS Total Return Bond	C-QUADRAT Kapitalanlage AG	AT0000634720	3,31	13,42	6,53	6,62	★★★★★
Deka-PB Werterhalt 2y	Deka International S.A.	LU0333672870	3,04	4,02	---	2,14	★★★★★
Elbe Strategieportfolio Defensiv UI	Universal-Investment GmbH	DE000A0MYGX2	2,43	8,55	---	4,68	★★★★★
ESPA PORTFOLIO BALANCED 30	ERSTE-SPARINVEST KAG m.b.H.	AT0000A09R60	4,56	6,13	---	4,12	★★★★★
FondsManagement Substanz	Allianz Global Investors Luxembourg S.A.	LU0320548547	3,21	6,65	---	3,87	★★★★★
Franklin Templeton Strategic Conservative	Franklin Templeton International Services	LU0236640628	3,26	7,81	3,02	4,52	★★★★★
FT Navigator 25	FRANKFURT-TRUST Investment-Ges.	DE000A0MURE7	4,52	6,08	---	3,10	★★★★★
FT Navigator 40	FRANKFURT-TRUST Investment-Ges.	DE0009770354	4,96	8,24	1,67	3,99	★★★★★
HAIG Select Formel 25	Hauck & Aufhäuser Investmentgesellschaft	LU0090344127	3,43	6,06	2,05	3,72	★★★★★
HUK-Vermögensfonds Basis	BayernInvest Luxembourg S.A.	LU0123853409	5,33	6,91	1,96	4,15	★★★★★
Legg Mason Multi-Manager Conservative (EUR)	Legg Mason Investments (Lux) S.A.	LU0196845126	3,87	11,38	1,16	6,55	★★★★★
Macquarie Portfolio Two	Allianz Invest Kapitalanlagegesellschaft	AT0000781570	4,86	8,24	3,21	4,20	★★★★★
PremiumMandat Defensiv	Allianz Global Investors Luxembourg S.A.	LU0268209441	1,28	7,72	1,11	3,77	★★★★★
Private Banking Premium Ertrag	LBB-INVEST	DE0005320030	3,79	4,43	0,97	2,10	★★★★★
RAM Konservativ	DWS Investment S.A.	LU0093745825	1,77	11,29	6,00	6,11	★★★★★
STS Schroder Global Conservative Fund	Schroder Investment Management (Lux)	LU0265110899	1,59	12,47	2,56	5,55	★★★★★
UniStrategie: Konservativ	Union Investment Privatfonds GmbH	DE0005314108	3,34	9,84	1,86	4,68	★★★★★
VR Mainfranken Select Union	Union Investment Privatfonds GmbH	DE0008007543	4,61	7,36	0,63	3,28	★★★★★
ZukunftsPlan IV	Deka Investment GmbH	DE000DK1CJ53	3,32	5,91	---	3,65	★★★★★

Schwerpunkt Dachfonds ausgewogen Welt

(Hier wird ein Teil des Anlagekapitals in Aktienfonds und ein Teil in Rentenfonds investiert. Zudem wird auch die Anlage in offene Immobilienfonds und Geldmarktfonds praktiziert)

Basis: 148 Dachfonds, mindestens 3 Jahre im Markt, Performance-Stand: 12.03.2012

Fondsname	KAG	ISIN	per 1 Jahr	per 3 Jahre p.a.	per 5 Jahre p.a.	Vola 3 Jahre	FWW FundStars
Allianz Horizont Balance	Allianz Global Investors Luxembourg S.A.	LU0103682786	0,04	14,87	1,45	8,96	★★★★★
AXA Wachstum Invest	AXA Investment Managers Deutschland	DE0009789446	5,19	13,07	0,15	7,12	★★★★★
Carmignac Profil Reactif 50	CARMIGNAC GESTION	FR0010149203	3,93	7,07	2,15	5,60	★★★★★
Elbe Strategieportfolio Balance UI	Universal-Investment GmbH	DE000A0MYGY0	0,70	12,38	---	7,46	★★★★★
FondsManagement Balance	Allianz Global Investors Luxembourg S.A.	LU0320548976	3,65	10,40	---	6,19	★★★★★
FondsManagement Wachstum	Allianz Global Investors Luxembourg S.A.	LU0320549354	3,31	13,51	---	8,69	★★★★★
Franklin Templeton Strategic Balanced Fund	Franklin Templeton International Services	LU0236640206	2,85	12,72	0,25	7,15	★★★★★
H&S FM Global 60	KAS Investment Servicing GmbH	DE0002605342	2,18	11,80	---	6,77	★★★★★
Legg Mason Multi-Manager Balanced (EUR)	Legg Mason Investments (Luxembourg)	LU0196846017	3,95	15,72	0,86	8,89	★★★★★
Legg Mason Multi-Manager Balanced (USD)	Legg Mason Investments (Luxembourg)	LU0196861834	8,57	16,56	0,96	9,45	★★★★★
Macquarie Portfolio Three	Allianz Invest Kapitalanlagegesellschaft	AT0000781588	2,19	12,29	2,27	7,62	★★★★★
MEAG GlobalBalance DF	MEAG MUNICH ERGO KAG mbH	DE0009782763	3,86	10,91	1,14	6,60	★★★★★
Monega Wachstum	Monega Kapitalanlagegesellschaft mbH	DE0005321095	5,25	9,06	-0,58	3,63	★★★★★
Pioneer P.F. - StrategiePortfolio Balance	Pioneer Asset Management S.A.	LU0374243821	3,06	11,34	---	6,22	★★★★★
PremiumStars Wachstum	Allianz Global Investors KAG mbH	DE0009787069	6,01	15,90	2,13	7,86	★★★★★
Profi-Balance	Union Investment Privatfonds GmbH	DE0005326813	2,12	13,92	0,93	7,39	★★★★★
Sauren Global Balanced	Sauren Fonds-Select SICAV	LU0106280836	-0,49	12,41	1,14	6,17	★★★★★
Schoellerbank Global Pension Fonds	Schoellerbank Invest AG	AT0000814991	3,73	11,11	1,25	7,22	★★★★★
STS Balanced Portfolio	Schroder Investment Management (Lux)	LU0179448518	8,08	17,52	0,22	10,62	★★★★★
UniStrategie: Ausgewogen	Union Investment Privatfonds GmbH	DE0005314116	2,48	15,09	1,72	7,86	★★★★★
ZukunftsPlan III	Deka Investment GmbH	DE000DK1CJ46	32,39	17,96	---	12,64	★★★★★