



- **Versicherung und Klimawandel**
- **Lebensversicherung**
- **Zahn-Zusatzversicherung**
- **Managementversorgung**

Stürmische Zeiten durch „Kyrill“

Die europaweiten Stürme der Jahre 2006 und 2007 – allen voran „Kyrill“ im Januar dieses Jahres – haben gezeigt, dass sich die Bevölkerung und die Versicherungswirtschaft auf steigende Sturmrisiken, zum Teil verbunden mit Starkregen und Hagel, einstellen müssen.

Nach letzten Berichten aus der Versicherungswirtschaft wird „Kyrill“ als einer der größten Sturmschaden-Verursacher Europas in die Statistik eingehen. Dachdecker hatten nach „Kyrill“ Hochkonjunktur und waren mehrere Wochen die begehrtesten Handwerker. In den Wäldern sieht man die Verwüstungen heute noch. Nach Schätzungen der Forstwirtschaft werden die Aufräumarbeiten noch bis in den Herbst andauern.

Die versicherten Schäden betragen nach letzten Verlautbarungen zwischen 6 und 8 Mrd. Euro. Zuzurechnen sind noch erhebliche nicht versicherte Sach-, Vermögens- und Personenschäden.

Wissenschaftlich betriebenen Studien von Technischen Hochschulen und Rückversicherern zufolge werden die Winter-, Sommer- und Herbststürme in Dimension und Häufigkeit zunehmen. Die Münchner Rück hält sogar einen europaweiten Gesamtschaden von bis zu 60 Mrd. Euro für möglich. Besonders betroffen wären die Länder Frankreich, Großbritannien, Dänemark und Deutschland.

Aufgrund dieser Prognosen arbeiten Rück- wie Erstversicherer intensiv an Schadenssimulations- und Preisfindungsmodellen, die den gesamten zukünftigen Elementarschadenumfang und somit auch die Gefahren Sturm, Hagel, Überschwemmung und Hochwasser abbilden können. Ziel ist eine Bedingungs- und Preisanpassung auf die zu erwartenden Schadenwerte.

In der Vergangenheit haben sich Versicherungs- und Kapazitätsprobleme lediglich für den asiatischen sowie insbesondere aufgrund der jährlich wiederkehrenden Hurrikane in Amerika gezeigt. Für Deutschland und Europa sind die Versicherungskonzepte und Prämiensätze im Wesentlichen konstant geblieben.

„Kyrill“, aber auch eine Vielzahl der übrigen klimabedingten Schäden, wie z. B. lokale Starkregen oder die Überschwemmungen an Oder und Elbe in den letzten Jahren, geben Anlass zum Umdenken.

Die folgenden Kriterien sind im privaten wie auch im betrieblichen Versicherungswesen kritisch zu überprüfen:

- Entsprechen die baulichen und technischen Verhältnisse dem potenziellen Elementar Risiko?
- Welche Schadenverhütungsmaßnahmen sind baulich wie technisch sinnvoll und wirtschaftlich vertretbar?
- Können Elementarschadeneignisse neben den typischen Sachschäden auch gravierende Betriebsausfälle verursachen?
- In welchem Umfang wäre es sinnvoll oder notwendig, diese Elementar Risiken auf Versicherer zu übertragen?

Versicherungsschutz hat nichts mit Bausparmentalität zu tun. Eine Versicherung von wirtschaftlichen Risiken soll den möglichen, in der Zukunft liegenden und ungewissen Ernstfall absichern, der in der Summe aus Sachschaden und Betriebsunterbrechung eine gravierende wirtschaftliche Belastung für Privat- und Wirtschaftsunternehmen darstellen kann. (VP)

Der richtige Lebensversicherer – die Qual der Wahl

Mit dem neuen Vermittlerrecht der EU wird es auch für Versicherungsmakler zunehmend bedeutsamer, ihren Kunden bezüglich der Entscheidung für einen bestimmten Lebensversicherer nicht nur Erfahrungswerte und eigenes Expertenwissen zur Verfügung zu stellen, sondern diese Entscheidung zu objektivieren, indem in einem zunehmend intransparenter werdenden Markt auf standardisierte Auswertungen unabhängiger dritter Unternehmen – sog. Ratingagenturen – zurückgegriffen wird.

Dabei gilt es, abweichenden Ratingansätzen dieser Agenturen gerecht zu werden, denn die verwendeten Kriterien zur Beurteilung der verschiedenen Versicherungsunternehmen können recht unterschiedlich sein. So macht es beispielsweise einen Unterschied, ob die Finanzkraft eines Versicherers aus

Sicht eines potenziellen Kreditgebers oder aus Verbrauchersicht zu beurteilen ist. Deutlich wird dieser Unterschied insbesondere in der Verwendung der vorhandenen finanziellen Mittel. So können gleich finanzkräftige Unternehmen die Überschüsse ihren Aktionären oder (und) auch ihren Kunden zugute kommen lassen. Die unterschiedlichen Ergebnisse des jeweiligen Ratingansatzes lassen sich unschwer erahnen.

Damit ist die Problematik aber noch nicht zu Ende gedacht, denn Unternehmen sind sowohl auf Kundengelder als auch auf die Kapitalmärkte angewiesen, um langfristig erfolgreich agieren zu können. Außerdem werden Erfolg und Misserfolg eines Unternehmens nicht ausschließlich über Unternehmenskennzahlen entschieden, sondern sind zusätzlich von anderen Faktoren wie Größe, Produktqualität, Marketing- und Vertriebsmaßnahmen etc. abhängig. Es wird klar, dass eine vollständige Objektivierung nicht möglich ist – zumal beim Rating immer nur Vergangenheitsinformationen verwendet werden (können).

Das Vorgesagte ist der Grund, warum die in Deutschland etablierten Ratingagenturen in nicht seltenen Fällen zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen, wenn es um die Bewertung der Qualität bestimmter Lebensversicherer geht.

Um so genannte Kernversicherer (Versicherer, deren Produkte in erster Linie angeboten werden sollten) zu identifizieren, haben die Maklerunternehmen im Dortmunder Kreis e. V. daher nach einer Lösung gesucht, die diesen unterschiedlichen Wertungsansätzen im Sinne ihrer Kunden Rechnung trägt. Dazu wurden drei in Deutschland etablierte Agenturen ausgewählt, die in ihren Ratings insbesondere die Bonität der Versicherer berücksichtigen. Versicherer, die von diesen Agenturen in mindestens zwei Fällen ein A-Rating (oder besser) erhalten haben, wurden einer kundenorientierten Betrachtung in Form eines Rankings unterzogen. Natürlich wäre auch eine genau umgekehrte Betrachtung (Kundenorientierung vor Finanzstärke) möglich gewesen, da aber Versicherungsverträge langfristig abgeschlossen werden, sollte der Sicherheitsaspekt vorrangig in eine Bewertung einfließen.

Hinweis:

*Ratings und Rankings sind nicht, wie oft angenommen, das Gleiche. Ein Ranking ist eine Ergebnisdarstellung vom ersten bis zum letzten Platz. Ein Rating ist die Bewertung bestimmter wirtschaftlicher Sachverhalte und die entsprechende Zuordnung in Qualitätsklassen. Rangfolgen werden nicht gebildet. Die Zuordnung zu den **Qualitätsklassen** wird daher auch nicht durch eine Rangfolge oder durch Plätze ausgedrückt, sondern mittels nichtnumerischer Zeichen wie Buchstaben (A++) oder Sterne (***)*.

Um ein solches Ranking zu ermöglichen, wurden bestimmte, aus den Geschäftsberichten der Unternehmen abzuleitende Kriterien ausgewählt, die sich ihrerseits aus der Bewertung bzw. Gewichtung von

Unternehmenskennzahlen ergeben. Zu diesen Kriterien zählen u. a. Nettoverzinsung, Sicherheit, Kapitalanlageertrag, Abschreibungen, Ansammlungszins, Storno, Kosten sowie Kapitalausstattung und Servicequalität der ausgewählten Unternehmen.

Einerseits berücksichtigt die Kennzahl zur Sicherheit speziell die Belange der Kunden im Vergleich zu den durch Eigenmittelanforderungen der Finanzaufsicht geschützten Interessen der Kapitalgeber. Andererseits gibt der Ansammlungszins der mit höherem Garantiezins versehenen Altprodukte der Tarifgeneration 1994 eine aussagekräftigere Einschätzung der Kundenbeteiligung an den erwirtschafteten wesentlichen Kapitalverzinsungen.

Die Kennzahlen sind zunächst als Mittelwerte der Geschäftsjahre 2003 bis 2005 gebildet und werden jährlich fortgeschrieben, um Tendenzen rechtzeitig erkennen zu können und den Kreis der „Kernversicherer“ aktuell zu halten.

Von insgesamt 99 untersuchten Unternehmen konnten auf diese Weise 16 in eine Endauswahl gebracht werden.

Die eigene Kompetenz der Makler im Dortmunder Kreis e. V. wurde – insbesondere im Rahmen der Kennzahlenanalyse – ergänzt und objektiviert durch die Hilfestellung eines Versicherungsmathematikers der deutschen Aktuarvereinigung.

So kompliziert und arbeitsintensiv dies klingt, so war es doch die Mühe wert, um Ihnen als Kunden eine wertvolle, sichere und lukrative Auswahlentscheidung und Alterssicherung zu ermöglichen. (MF/MR)

Zahn-Zusatzversicherung

Grundlageninformationen

Die Merkregel, dass die *Gesetzliche Krankenversicherung* (GKV) 50 % bzw. 65 % (bei Vorlage des „Bonusheftes“) der Kosten für Zahnersatz übernimmt, ist überholt!

Seit 2005 gilt das *befundorientierte Festzuschuss-Erstattungssystem*. Damit wurde die (einfache) Zahnersatz-Regelversorgung eingeführt. Von dieser Regelversorgung übernimmt die GKV 50 % - bei Nachweis von lückenloser Prophylaxe (Bonusheft) bis zu 65 %.

Beispiel: Eine einfache Metallgusskrone kostet 229 Euro. Der Zuschuss der GKV beträgt max. 149 Euro (65 %). Entscheidet sich der Patient aber für eine (optisch bessere) Keramikkrone, fallen Kosten von beispielsweise 650 Euro an. Hiervon übernimmt die GKV dann immer noch (nur) den Zuschuss in Höhe von 149 Euro. Der Patienten-Anteil steigt von 80 auf 501 Euro.

Der Eigenanteil steigt noch höher, sollte sich der Patient für eine Implantatversorgung entscheiden. Hier können auf den Patienten Eigenanteile von 1.500 bis 2.000 Euro pro Zahn (!) zukommen!

Die *befundbezogenen Festzuschüsse* (bFZ) sind in einem Katalog geregelt, und jeder Zahnarzt mit Kassenzulassung muss danach die entsprechende Regelversorgung durchführen und abrechnen. *Abrechnungsspielräume* früherer Jahre sind damit abgeschafft worden.

Wünscht der Patient eine bessere Versorgung als die Regelversorgung der Kasse, so erstellt der Zahnarzt eine Kassenabrechnung auf Festzuschussbasis und die gewünschten, über Kassenniveau hinausgehenden Mehrleistungen rechnet er genauso ab wie bei Privatpatienten: auf der Grundlage der GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte).

Offensichtlich decken die neuen Festzuschüsse nur noch die einfachste Versorgung ab. Demgegenüber tendieren Kassenversicherte zu höherwertigen Versorgungsleistungen und Zahnärzte rechnen nunmehr generell die Mehrkosten wie bei privat Versicherten nach GOZ ab! Aus diesem Grund zahlten Kassenversicherte 2005 über 60 % mehr für Zahnersatz als 2004 (im Jahr vor der Einführung des Festzuschussystems)!

Absicherungsstrategie

Es gibt eine Fülle von Anbietern in diesem Bereich, mit den verschiedensten Tarifbezeichnungen. Ein direkter Vergleich ist unmöglich; es gibt aber Kriterien, die die Auswahl erleichtern. Eine gute und hochwertige Zusatzversicherung deckt immer die Kosten anteilig vom Rechnungsbetrag (z. B. inkl. Kassenleistung 70 % bis 80 %). Regelungen darüber hinaus sind nicht üblich.

Anbieter, die mit 100 % Erstattung werben, legen bei der Berechnung den „befundorientierten Festzuschuss“ (s. o.) zugrunde. Daraus kann natürlich dann nur eine sehr geringe Leistung der Zusatzversicherung abgeleitet werden. Es wird also im Rahmen der vertraglichen Leistung nur die Differenz zwischen dem Kassenzuschuss und dem Eigenanteil aus dem Katalog der Regelversorgung der Kassen erstattet. Höherwertige Versorgungsleistungen, die nach GOZ abgerechnet werden müssen, sind über diese Tarife nicht erfasst.

Einige Versicherer erstatten über den Zahnersatz hinaus professionelle Zahnreinigung, Wurzelbehandlungen, kieferorthopädische Leistungen.

Die Prämien für solche Zusatzpolicen ergeben sich aus den tariflichen Leistungen und dem Eintrittsalter des Kunden. Je früher ein Vertrag abgeschlossen wird, umso geringer ist die Prämie.

Nur solange die Zähne gesund sind, kann eine private Zahn-Zusatzversicherung abgeschlossen werden.

Fehlende Zähne führen regelmäßig zu Beitragszuschlägen oder zu Einschränkungen des Versicherungsumfangs.

Ist bereits Zahnersatz angeraten worden, wird in der Regel eine Antragsannahme bis zum Abschluss der zahnärztlichen Behandlung zurückgestellt.

Je nach Alter des Kunden wird gar kein Vertrag mehr angeboten – ebenso bei schlechtem Zustand des Gebisses.

Wenn Sie als Kassenpatient aufsteigen wollen und den Status eines Privatpatienten erreichen möchten, sprechen Sie Ihren Versicherungsmakler an, um sich durch das Dickicht der Anbieter und Tarife führen zu lassen. (RF)

Managementversorgung unter Berücksichtigung der betrieblichen und privaten Versorgungsmöglichkeiten

Zusätzliche Vorsorge ist unverzichtbar, denn das deutsche Altersversorgungssystem ist brüchig geworden. Die gesetzlichen Renten werden künftig niedriger ausfallen und damit den Lebensstandard im Alter nicht mehr sichern.

Wer als Führungskraft mit seiner gesetzlichen Rente nicht darben will, muss, sofern noch nicht geschehen, jetzt beginnen, die entstehende Rentenlücke durch private Vorsorge oder durch den Aufbau einer betrieblichen Altersversorgung zu füllen. Dabei hilft ihm der Staat in Form von Zulagen und Steuervorteilen (sog. „Brutto-Netto-Effekte“).

Die einzelnen Formen der betrieblichen Altersversorgung

Rückgedeckte Unterstützungskasse

Die betriebliche Altersversorgung für leitende Angestellte kennt neben den Basisabsicherungen

- Direktversicherung,
- Pensionskasse und
- Pensionsfonds

in erster Linie die

- rückgedeckte Unterstützungskasse.

Die Unterstützungskasse ist die älteste Form der betrieblichen Altersversorgung. Unterstützungskassen zahlen Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenrenten. Im Gegensatz zu den Basisabsicherungen wie Direktversicherung usw. gibt es hier in der Höhe keine Beitragsbegrenzung im Rahmen von 4 % aus der Beitragsbemessungsgrenze.

Die rückgedeckte Unterstützungskasse schließt als Versicherungsnehmerin bei einem Lebensversicherer Rückdeckungsversicherungen auf das Leben der begünstigten Führungskräfte bzw. Arbeitnehmer ab, um die Versorgungsleistungen finanzieren zu können. Der Arbeitgeber haftet. Bei Insolvenz springt der Pensions-Sicherungs-Verein ein, dem der Arbeitgeber angehören muss. Renten aus einer Unterstützungskasse werden wie Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit versteuert – mit Berücksichtigung des Versorgungsfreibetrages und des Arbeitnehmer-Pauschetrages. Darüber hinaus besteht das Wahlrecht auf eine einmalige Kapitalaus-

zahlung oder die monatliche und lebenslange Rentenzahlung.

Direktzusage

Bei der Direktzusage, die auch unmittelbare Versorgung oder Pensionszusage genannt wird, verpflichtet sich der Arbeitgeber, dem Arbeitnehmer oder dessen Hinterbliebenen bei Eintritt des Versorgungsfalles eine zuvor vereinbarte Leistung zu gewähren, z. B. eine Alters-, Invaliditäts- oder Hinterbliebenenrente. Finanziert wird dieses System in der Regel allein vom Unternehmen. Arbeitgeber und Arbeitnehmer können sich aber auch darauf verständigen, Teile des laufenden Gehaltes sowie variable Gehaltsbestandteile – z. B. Bonifikationen, Tantiemen – für eine Direktzusage umzuwandeln. Dabei muss auch hier nicht die 4-Prozent-Grenze beachtet werden. Der Arbeitgeber muss dafür sorgen, dass das erforderliche Kapital vorhanden ist, wenn der Leistungsfall eintritt. Dafür haben die Unternehmen in ihren Bilanzen Rückstellungen in Höhe von mehr als 250 Mrd. Euro gebildet. Um die Risiken nicht selbst übernehmen zu müssen, schließen Unternehmen auch hier meist Rückdeckungsversicherungen ab. Im Konkursfall ist die Betriebsrente sicher, denn der Arbeitgeber muss Mitglied im Pensions-Sicherungs-Verein der deutschen Wirtschaft sein. Dieser zahlt die Renten weiter, wenn Unternehmen, die eine Zusage gemacht haben, insolvent werden. Betriebsrenten aus Direktzusagen müssen wie Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit versteuert werden. Ein Kapitalisierungswahlrecht besteht vor Renteneintritt auch hier.

Zeitwertkonto

Beim Zeitwertkonto verpflichtet sich der Arbeitgeber, dem Arbeitnehmer oder dessen Hinterbliebenen in vorher zu vereinbarenden „Störfällen“ (z. B. Vorruhestand, vorzeitiges Ausscheiden aus dem Unternehmen, Sabbatical, Krankheit, Tod usw.) das bis dahin gebildete Kapital zur Verfügung zu stellen. Finanziert wird dieses System überwiegend durch den Arbeitnehmer, jedoch spricht nichts gegen eine anderslautende Aufteilung der Kosten zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Meist werden laufende Beiträge entrichtet, Zuzahlungen von flexiblen Gehaltsbestandteilen sind jederzeit möglich.

Falls der „Störfall“ nicht eintritt, ist das Zeitwertkontoguthaben übertragbar auf eine betriebliche Altersversorgung. In der Regel erfolgt eine einmalige Kapitalleistung, eine lebenslange Altersrente kann ebenfalls vereinbart werden.

Die einzelnen Formen der privaten Altersversorgung

Riesterversorgung

Sind Sie förderberechtigt?

Um von der Riesterversorgung zu profitieren, müssen Sie oder Ihr(e) Ehepartner(in) förderberechtigt sein. Anspruch auf Zulagen und Steuervorteile bei privater Vorsorge haben grundsätzlich alle, die in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert sind, aber auch diejenigen, die den Alterssicherungssystemen der Landwirte angehören, ferner Beamte, Richter und Soldaten.

Wie wird gefördert?

Bei der Riesterförderung werden die Altersvorsorgebeiträge zunächst aus dem versteuerten Einkommen entrichtet und dann durch Zulagen gefördert. Sie werden außerdem in der Steuererklärung als Sonderausgaben geltend gemacht. Das Finanzamt rechnet von Amts wegen die günstigste Förderart aus. Die Riesterförderung ist im Einkommenssteuergesetz verankert.

Derzeit liegt die Förderung bei jährlich 114 Euro pro Versicherten sowie jährlich 138 Euro Kinderzulage für jedes „förderfähige“ Kind des Anspruchsberechtigten. Diese Förderbeträge steigen ab dem 1. Januar 2008 auf 154 Euro pro Versicherten, die Kinderzulage erhöht sich auf 185 Euro.

Rürup-Versorgung (Basisrente)

Die auf den Ökonomen Bert Rürup zurückgehende subventionierte Altersvorsorge beruht auf einem reinen Rentenversicherungsvertrag. Sie entspricht in ihren Leistungskriterien der gesetzlichen Rente, ist allerdings nicht umlagefinanziert, sondern kapitalgedeckt. Im Unterschied zur klassischen Rentenversicherung gibt es bei der Rürup-Rente kein Kapitalwahlrecht, d. h. der angesparte Betrag darf nicht in einer Summe ausgezahlt werden, sondern wird lebenslang verrentet.

Der Vorteil der Rürup-Rente liegt vor allem in der Form der staatlichen Förderung (jährlich steigende Steuervorteile über Vorsorgeaufwendungen). Durch den Steuervorteil ist die Rürup-Rente in erster Linie für Spitzenverdiener sowie Selbstständige und Freiberufler eine hervorragende Option der Altersversorgung. Die Rürup-Rente ist – wie alle hier beschriebenen Altersvorsorgemodelle – im Falle einer längeren Arbeitslosigkeit oder von Pfändungen bis zum Ende der Ansparphase (Rentenalter bzw. Vertragsablauf) geschützt, d. h., es ist kein Zugriff Dritter möglich.

Grundsätzlich erreichen Sie mit allen Versorgungswegen Ihr Ziel, die steigende Rentenlücke zu füllen. Welche der genannten Versicherungen speziell für Sie die meisten Vorteile bringt, ermitteln Sie am besten zusammen mit Ihrem Makler.

Impressum

Info-Service erscheint 3 Mal jährlich. Redakteure sind folgende Mitglieder des Dortmunder Kreises: Biller Versicherungsmakler GmbH, Dr. Markus Baum e.K., Farnschläder Assekuranz Versicherungsbetreuungs- und -vermittlung GmbH, Kraushaar Versicherungsmakler GmbH, Logos Wirtschaftsbearbeitungsgesellschaft mbH, Lurz Versicherungsmakler GmbH, M.A.R.K. Versicherungsmakler GmbH, Marx & Marx Versicherungsmakler GmbH, Securat Versicherungsmakler GmbH, T & S Versicherungsmakler GmbH, Tharra + Partner Versicherungsmakler GmbH & Co. KG, Kurt Wegscheider Versicherungsmakler GmbH. Verantwortlich für den Inhalt ist der jeweilige Absender des Info-Service (s. 1. Seite, Kopf). Nachdruck sowie jegliche andere Form der Wiedergabe, auch auszugsweise, sind untersagt.

Sie haben weitere Fragen zu diesen oder anderen Themen? Dann rufen Sie uns am besten an. Wir informieren Sie gern.