

In dieser Ausgabe:

Kurzmeldungen	Seite 1
HDI BU-Leistungsfälle	Seite 4
Die PKV – eine starke Säule für das deutsche Gesundheitswesen, Gastbeitrag von Reinhold Schulte, Vorsitzender des Verbandes der Privaten Krankenversicherung	Seite 6
E-Interview mit Prof. Dr. Jochen Ruß, Geschäftsführer ifa Ulm	Seite 9
E-Interview mit Rolf Schünemann, Vertriebsvorstand der Lebensversicherung von 1871 a. G.	Seite 14

Kurzmeldungen

VPV Die Makler-AG verdreifacht BU-Umsatz: Die **Vereinigte Post. Die Makler-AG**, eine **Tochtergesellschaft der VPV**, zeigte sich **zufrieden mit dem Geschäftsjahr 2012** und konnte ihr Geschäft in den Bereichen **Berufsunfähigkeits-, Hinterbliebenen- und Pflegeversicherung** stark ausbauen. **Das vermittelte Berufsunfähigkeitsgeschäft für die VPV stieg im Geschäftsjahr 2012 um 193 Prozent.** Der Anstieg im Bereich der Absicherung biometrischer Risiken sei unter anderem auf die **Neupositionierung der Berufsunfähigkeitsversicherungen der VPV** im Rahmen der Umstellung auf Unisex-Tarife zurückzuführen. *„Ein weiterer Grund für den Erfolg ist unser Online-Tool „Sofort-Check 24/7“ für die BU-Gesundheitsprüfung“*, stellt **Dr. Peter Schmidt, Vorstandsvorsitzender der Vereinigte Post. Die Makler-AG**, fest. *„Wir konnten 2012 immer mehr freie Vermittler von den Vorzügen des Tools, mit dem eine schnelle und abschließende Risikoprüfung direkt beim Kunden möglich ist, überzeugen.“* Zudem rückte **Die Makler-AG** auch mit der **VPV VolksPflege**, einem Pflegegeld-Tarif, in das Bewusstsein der Kunden und freien Vermittler. *„Diese Abrundung unseres Angebots an leistungsstarken Vorsorgelösungen für biometrische Risiken hat den Nerv der freien Vermittler genau getroffen und damit die Attraktivität der VPV als Maklerversicherer erhöht“*, so **Schmidt**.

Neue BU der InterRisk: Die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group hat mit der Produktreihe Berufsunfähigkeitsversicherung „EcoPlan“, Berufsunfähigkeitsversicherung „XXL-Konzept“, Berufsunfähigkeitsversicherung „XL-Konzept“, Berufsunfähigkeitsversicherung „S-M.A.R.T-Konzept“ und der Erwerbsunfähigkeitsversicherung verschiedene neue Alternativen zur Absicherung des Risikos des Verlustes der **Arbeitskraft** eingeführt. Dabei wurde die Anzahl der **Berufsgruppen von vier auf acht** erhöht. Beim **XXL-Konzept** wurden zudem zahlreiche Änderungen am Bedingungswerk vorgenommen, so beinhaltet die Versicherung eine Leistung von einmalig 12 Monatsrenten (max. 30.000 Euro) bei Eintritt einer **schweren Krankheit eines Kindes**, eine Sofortleistung bis max. 12.000 Euro bei **schweren Unfallverletzungen**, wie bspw. Querschnittslähmung oder Amputation eines Fußes, eine sechsmonatige Erhöhung der BU-Rente um 50% bei **Geburt oder Adoption eines Kindes** oder eine Einmalzahlung für den Fall der **Diagnose einer schweren Krankheit mit einer prognostizierten Lebenserwartung von maximal zwölf Monaten**. Zudem verzichtet die InterRisk auf eine **Berufswechselprüfung** und die **Minderung der BU** bzw. die **Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit** müssen nicht mehr gemeldet werden.

WWK senkt Beiträge: Die WWK Lebensversicherung a. G. wird zum **1.4.2013** einige Neuerungen in ihren Tarifen zur **Absicherung biometrischer Risiken** einführen. **Die WWK senkt die Nettobeiträge in den BioRisk-Berufsunfähigkeitstarifen für die Berufsgruppe A und die Nettobeiträge in den PremiumRisk-Risikolebentarifen für Nichtraucher in allen Berufsgruppen**. Zudem wurde die **Einstufung der Berufsgruppen** noch einmal überarbeitet und ca. 130 Berufe mehr werden nun der Berufsgruppe A oder B zugeordnet. Bereits bisher konnten sich die Kunden bei ca. 140 Berufen der Berufsgruppe B, unter bestimmten Voraussetzungen für die Berufsgruppe A qualifizieren. Die hierfür maßgeblichen Merkmale sind die **Personalverantwortung und das Überschreiten bestimmter Einkommensgrenzen**. Als **dritte Alternative** führt ein **abgeschlossenes Studium / der Status Akademiker** bei diesen Berufen automatisch zu einer Besserstufung in die Berufsgruppe A unabhängig vom Erwerbsstatus. Die in den **BioRisk-Tarifen** abgefragte **überwiegende Bürotätigkeit** liegt zukünftig dann vor, wenn der Anteil über 65 Prozent beträgt. In den Genuss der reduzierten Nettobeiträge werden auch die Bestandskunden der aktuellen Tarifgeneration „05“ (seit 21.12.2012) kommen.

VOLKSWOHL BUND-Bilanz 2012: Die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. hat kürzlich die **Geschäftsergebnisse 2012** vorgelegt. Danach ist die **Beitragssumme des Neugeschäfts** um 3,6 Prozent auf 4,1 Milliarden Euro gestiegen. In der **Berufsunfähigkeitsversicherung** hat sich die Beitragssumme um 47 Prozent auf 762 Millionen Euro erhöht. Auf die **betriebliche Altersversorgung** entfielen 1,1 Milliarden Euro, dies entspricht einer Zunahme um 17 Prozent. Die **gebuchten Brutto-Beiträge** erhöhten sich um 4,7 Prozent auf knapp 1,3 Milliarden Euro. Die **Nettoverzinsung der Kapitalanlagen** lag bei 4,9% bzw. bei 4,5% im Drei-Jahres-Durchschnitt. Der **Zinszusatzreserve** wurden 68 Millionen Euro zugeführt. Die **Verwaltungskostenquote** lag bei 2 Prozent.

Pflege treibt das Geschäft: Die **Pflege-Rente** treibe das Geschäft, erläuterte **Rainer M. Jacobus**, **Vorstandschef der IDEAL Lebensversicherung a. G.**, bei der Vorstellung der **Geschäftsergebnisse 2012**. Zwar sind die **Beitragseinnahmen** in Leben um 5,8% auf 166 Mio. Euro zurück gegangen, in den **ersten zwei Monaten diesen Jahres habe das Neugeschäft kräftig gesteigert** werden können, zum Großteil mit der Pflege-Rente. *„Wir haben 2012 den Durchbruch im Pflegebereich geschafft“*, sagte **Jacobus**. *„Was uns in die Karten spielt, ist die Umkehrung des Vertriebsprozesses.“*

Die Menschen würden aktiv die Pflege-Rente nachfragen. Der von der **Bundesregierung** zum Jahresbeginn neu eingeführte **Pflege-Bahr** kranke daran, dass sich eine negative Selektion herausbilden werde. *„Der Kontrahierungszwang ist grenzwertig“*, so **Jacobus**. In der **Pflege-Rente** ist die **IDEAL** eigenen Angaben zu Folge **Marktführer**. Beim Neugeschäft nach laufendem Beitrag habe der Marktanteil in 2012 bei 50,2% gelegen, beim Bestand gemessen am laufenden Beitrag bei 42,3%.

Und sie sind doch unbelehrbar: Die **Verbraucherschützer in Deutschland** können es offensichtlich nicht lassen. Im anhaltenden **Streit um die Bewertungsreserven der deutschen Lebensversicherer** hat sich kürzlich **Gerd Billen**, **Vorstand des Verbraucherzentrale Bundesverbands (vzbv)**, zu Wort gemeldet: *„Auch wir weichen nicht von unserer Forderung ab: keine Kürzung der Bewertungsreserven“*. Hintergrund ist die aktuelle Verpflichtung der Versicherer, Bewertungsreserven aus verzinslichen Wertpapieren anteilig ausschütten zu müssen. Aufgrund der anhaltenden Niedrigzinsen sind die Bewertungsreserven in den festverzinslichen Papieren stark angestiegen. In aller Regel werden diese Bewertungsreserven jedoch nie fällig, da die Papiere bis zu ihrem Ablauf im Bestand gehalten werden. Es fällt schon schwer, die Argumentation der Verbraucherschützer ernst zu nehmen, wenn **Billen** ausführt: *„Es ist nicht hinnehmbar, dass Bestandskunden, deren Verträge zeitnah ablaufen, um ihre Bewertungsreserven gebracht werden, nur um so ein nicht mehr tragfähiges Geschäftsmodell aufrechtzuerhalten“*. Ist es nicht eigentlich Aufgabe der Verbraucherschützer, die Verbraucher zu schützen? Es ist leider nicht das erste Mal, dass medienwirksamer Populismus wichtiger zu sein scheint, als eine fundierte inhaltliche Auseinandersetzung mit der Problematik.

IMPRESSUM:

infinma news 03 / 2013

 Herausgeber:
 infinma

 Institut für Finanz-Markt-Analyse GmbH
 Max-Planck-Str. 22
 50858 Köln

 Tel.: 0 22 34 – 9 33 69 – 0
 Fax: 0 22 34 – 9 33 69 – 79
 E-Mail: info@infinma.de

Redaktion:

 Marc C. Glissmann
 Dr. Jörg Schulz

Aufgrund der besonderen Dynamik der behandelten Themen übernimmt die Redaktion keine Gewährleistung für die Richtigkeit, Aktualität und Eignung der Informationen. infinma haftet nicht für eine unsachgemäße Weiterverwendung der Informationen. Nachdruck und Vervielfältigung nur mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion.

HDI BU-Leistungsfälle

Die **HDI Lebensversicherung AG** hat kürzlich eine Broschüre aufgelegt, in der sie über **Leistungsfälle in der Praxis der Berufsunfähigkeitsversicherung** informiert. Zu den verschiedenen Fällen sind jeweils **das konkrete Berufsbild, die Diagnose, eine Beschreibung der Funktionsstörungen und die Leistungen** aufgeführt. Nachfolgend haben wir Ihnen zwei dieser Beispiele dargestellt:

Berufsbild	Tätigkeiten einer Steuerberatung (kaufmännisch): Aktenstudium, Beratung, Prüfung
Diagnose	Unfall (Treppensturz): Fraktur Deckplatte Lendenwirbelsäule, 2 Bandscheibenprotusionen
Funktionsstörungen	Durch die Folgen des Unfalls bestehen erhebliche Beeinträchtigungen beim Sitzen, Tragen von Akten etc. Da die Tätigkeit des Steuerberaters vorwiegend sitzend erfolgt, hat dies Einfluss auf die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit.
Leistungen	Monatliche BU-Rente, ca. 1.420 Euro, Versicherungsdauer bis zum 60. Lebensjahr

Beispiel 1, Steuerberater, 39 Jahre

Berufsbild	Allgemeine Sachbearbeitung der anfallenden Arbeiten, reine kaufmännische Tätigkeiten / Bürotätigkeiten, ständiges Sitzen und Arbeiten am PC
Diagnose	Chronische Lumboischalgien (Schmerzen und Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule) und Schmerzsyndrom bei Wurzelkompressionssyndrom und Nacken-Schulter-Arm-Syndrom (Zervikobrachi- algien)
Funktionsstörungen	Die Tätigkeit der versicherten Person wird überwiegend sitzend ausgeübt. Aufgrund der beklagten Symptomatik, der dokumentierten Veränderungen der Wirbelsäule und dem Verlauf der Beschwerdeentwicklung ist von einem chronischen Schmerzsyndrom auszugehen
Leistungen	Monatliche BU-Rente, ca. 500 Euro, Versicherungsdauer bis zum 60. Lebensjahr

Beispiel 2, kfm. Angestellte, 33 Jahre

Insgesamt sind die Versicherten in den **Beispielfällen von HDI** zwischen 28 und 53 Jahren alt, die geleisteten BU-Renten liegen zwischen 300 und 3.600 Euro monatlich.

Diese Leistungsbeispiele zeigen sehr deutlich auf, dass das Risiko berufsunfähig zu werden, **keineswegs nur für „ältere“ Menschen** besteht. So wird bspw. ein gerade mal 28-jähriger genannt, der einen Schlaganfall erleidet.

Zudem finden sich in den Leistungsfällen auch **Beispiele für psychische Ursachen als BU-Grund**. So werden bspw. ein 53-jähriger Steuerberater mit einer **mittelgradig depressiven Episode** mit somatischem Syndrom (Interessenverlust etc.) oder ein 45-jähriger Ingenieur mit **Burn-Out** genannt. Das diagnostizierte Erschöpfungssyndrom (Burn-Out) ist verbunden mit einer Anpassungsstörung und schweren Depressionen. Hohe Stressbelastung, die Übernahme von Verantwortung sowie Konfliktgespräche muss der Versicherte vermeiden. Tätigkeiten, bei denen er sich hoch konzentrieren muss, kann er nicht mehr andauernd ausüben.

Gerade bei der Diagnose **Burn-Out** zeigt sich der Wert einer Berufsunfähigkeitsversicherung. Unter **Wikipedia** findet man im Internet folgende Ausführungen: *„Ein Burnout-Syndrom (englisch (to) burn out: „ausbrennen“) bzw. Ausgebranntsein ist ein Zustand ausgesprochener emotionaler Erschöpfung mit reduzierter Leistungsfähigkeit. Es kann als Endzustand einer Entwicklungslinie bezeichnet werden, die mit idealistischer Begeisterung beginnt und über frustrierende Erlebnisse zu Desillusionierung und Apathie, psychosomatischen Erkrankungen und Depression oder Aggressivität und einer erhöhten Suchtgefährdung führt. Das Burnout-Syndrom ist international nicht als Krankheit anerkannt.“* Daher würden **andere Absicherungsmöglichkeiten** wie etwa eine **Dread Disease-Versicherung** vermutlich hier nicht greifen. Auch eine Beeinträchtigung einer der sog. **Grundfähigkeiten** muss bei einem Burn-Out nicht zwingend gegeben sein. Bezeichnend für derartige Versicherungslösungen ist, dass es gerade **keinen unmittelbaren Bezug zum zuletzt ausgeübten Beruf** gibt. Die Frage, ob der Beruf noch ausgeübt werden kann oder nicht, ist leistungsunerheblich.

Bereits vor gut zwei Jahren hat **HDI** das sog. **Tele-Claiming** eingeführt. Dabei werden die für die **Prüfung des Antrages auf Berufsunfähigkeitsleistungen benötigten Angaben** (medizinischer Verlauf sowie beruflicher Sachverhalt / bei Selbstständigen die Betriebsstruktur) **telefonisch** zusammen mit dem Kunden im Rahmen eines vereinbarten Telefoninterviews von einem geschulten Interviewer aufgenommen. Auf diese Weise wird auch der Vertriebspartner entlastet. Im **Jahre 2012** wurde nach Unternehmensangeben **bei 15% der Leistungsfälle** das **Tele-Claiming** angeboten. Für **besonders komplexe BU-Leistungsfälle** bietet **HDI** darüber hinaus auch einen **Vor-Ort-Kunden-Service** an, bei dem der **Leistungsantrag in einem persönlichen Gespräch vor Ort** aufgenommen wird. Der Vertriebspartner wird hierüber informiert und zur Teilnahme an dem Gespräch eingeladen.



Die PKV – eine starke Säule für das deutsche Gesundheitswesen,

Gast-Beitrag von Reinhold Schulte,

Vorsitzender des Verbandes der Privaten Krankenversicherung

Das Deutsche Krankenversicherungssystem hat einen langen Weg hinter sich. Was mit der solidarischen Absicherung gegen Krankheitsrisiken in Handwerks-Zünften begann und später durch die Sozialgesetzgebung Bismarcks ergänzt wurde, hat sich im Laufe der Jahrzehnte zu einem der besten Gesundheitssysteme der Welt entwickelt. Denn heute haben in Deutschland alle Versicherten – gesetzlich wie privat – Zugang zu einer Spitzenmedizin, um die wir weltweit beneidet werden: Bei weitgehend freier Arztwahl, in einem flächendeckenden Netz von Krankenhäusern sowie Haus-, Fach- und Zahnärzten, mit grundsätzlich sehr kurzen Wartezeiten. Der Schlüssel für diese im internationalen Vergleich sehr gute medizinische Versorgung ist das Zwei-Säulen-Modell, das Nebeneinander von Privater (PKV) und Gesetzlicher (GKV) Krankenversicherung.

Der Systemwettbewerb von GKV und PKV erfüllt dabei im Gesundheitswesen eine entscheidende Vergleichsfunktion, von der alle Versicherten profitieren. Ohne die „Benchmark“ PKV wären Leistungsrationierungen bei gleichzeitigen Beitragserhöhungen in der GKV politisch einfacher durchsetzbar. Schon jetzt sind bei den gesetzlichen Kassen immer wieder Einschnitte im Versicherungsumfang zu beobachten. Leistungen für Zahnersatz oder Brillengestelle wurden bereits eingeschränkt, nichtverschreibungspflichtige Medikamente ganz ausgeklammert. Hinzu kommen Zuzahlungen wie etwa bei Arzneimitteln oder im Krankenhaus. Auch wegen dieser Einschnitte wechseln jedes Jahr viele Menschen von der Gesetzlichen in die Private Krankenversicherung. Um diese freiwillig Versicherten bemühen sich beide Systeme. So sind die Anbieter permanent veranlasst, die Qualität ihres Angebots zu verbessern, um die potenziellen Kunden vom Vorzug ihres Systems zu überzeugen. Fiele die Konkurrenz durch das andere System fort, würde auch dieser Anreiz zu Leistungsverbesserungen sofort wegfallen.

Diese Tatsache wird von wichtigen Akteuren der Gesundheitsszenarie bestätigt. So sagte etwa der Präsident der Bundesärztekammer, Frank Ulrich Montgomery, auf dem vergangenen Ärztetag: „Gäbe es die PKV nicht, müsste sich die GKV in nichts und niemals an den Leistungen eines Konkurrenten messen lassen. Gäbe es die PKV nicht, hätten wir heute schon eine innovations- und wettbewerbsfreie Zone für die GKV, in der sie dann ihre Marktmacht gegenüber Patienten und Ärzten völlig ungehindert ausspielen könnte.“ Und selbst die Vorsitzende des Spitzenverbands der Gesetzlichen Kranken-

versicherung, Doris Pfeiffer, sagte schon vor einiger Zeit: „Ohne die Konkurrenz von Privatversicherungen wäre die Gefahr, dass der Leistungskatalog auf eine minimale Grundversorgung reduziert wird, größer. In einem Einheitssystem ließen sich die Leistungen leichter reduzieren.“

Ein Blick zu unseren Nachbarn in Europa zeigt, welche Folgen die Einführung eines Einheitssystems auf die Gesundheitsversorgung haben könnte. Während sich in einem rein staatlichen Modell wie in Großbritannien die Gesundheitsversorgung immer weiter in ein Zwei-Klassen-System entwickelt – mit Spitzenmedizin in Privatkliniken für diejenigen, die es sich leisten können, und einer dürftigen Versorgung für alle anderen Menschen im Einheitssystem –, werden vermeintliche Klassenunterschiede in Deutschland an den Minuten der Verweildauer im Wartezimmer festgemacht.

Während die Wartezeit auf einen Facharzt-Termin in Großbritannien 18 Wochen beträgt und in den Niederlanden, die ihr duales Versicherungssystem 2006 abgeschafft haben, sogar bis zu 6 Monate, sind die Wartezeiten in Deutschland wesentlich kürzer. In dringenden Fällen erhält man sofort einen Termin – egal wie man versichert ist. Und fast genauso lang wie die Wartelisten in den Ländern mit Einheitssystemen sind die Listen anderer Rationierungsformen und Zuzahlungen dort: So müssen in Irland die meisten Menschen schon den Besuch beim Hausarzt aus eigener Tasche finanzieren, in Spanien den beim Zahnarzt, in Schweden gibt es eine Positivliste für Arzneimittel und so weiter und so weiter.

Und noch aus einem weiteren Grund ist der hohe Standard für alle ein Verdienst eines lebendigen Systemwettbewerbs von PKV und GKV: Privatversicherte zahlen für viele medizinische Leistungen höhere Honorare. Dies führt dazu, dass die rund 11 Prozent Privatversicherten in Deutschland fast ein Viertel der Arzthonorare bezahlen, während die knapp 90 Prozent der gesetzlich Versicherten mit 75 Prozent unterdurchschnittlich dazu beitragen. Durch die Mehrzahlungen der Privatversicherten fließen aktuell mehr als 11 Milliarden Euro pro Jahr zusätzlich ins Gesundheitssystem. Diese Einnahmen ermöglichen es Kliniken und Ärzten, in moderne Geräte und Behandlungsmethoden zu investieren. Die kommen wiederum allen zugute: privat und gesetzlich Versicherten. Viele Ärzte warnen übrigens davor, dass sie ihre Praxis nicht wirtschaftlich betreiben könnten, wenn es die Mehreinnahmen durch die PKV nicht mehr gäbe.

Auch jenseits aller Vorteile eines lebendigen Systemwettbewerbs trägt die Existenz der PKV zur Stabilisierung der sozialen Sicherungssysteme in Deutschland bei. Denn schon heute steht fest, dass der demografische Wandel das über Umlage finanzierte System der Gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung an seine Grenzen bringen wird. Um zukünftige Beitragszahler nicht zusätzlich zu belasten, ist es ungeheuer wichtig, dass möglichst viele Menschen selbst für ihre Bedürfnisse im Alter vorsorgen. Die rund 9 Millionen Privatversicherten treffen mit ihren Beiträgen vom ersten Tag an Vorsorge für die im Alter steigenden Gesundheitsausgaben. Davon profitieren nicht nur sie persönlich, sondern auch die jüngeren Generationen. Denn für diesen Teil der Bevölkerung – aktuell wie erwähnt

immerhin 11 Prozent – müssen unsere Kinder und Enkel die zukünftigen Gesundheitsausgaben nicht mitfinanzieren.

Die PKV ist zudem in der Lage, sich selbst zu tragen. Während die GKV beträchtliche Zuschüsse aus Steuermitteln erhält, ist die Private Krankenversicherung nicht auf staatliche Gelder angewiesen. Im Gegenteil: Ihre Versicherten finanzieren den GKV-Zuschuss als Steuerzahler sogar mit. Hinzu kommen noch die Steuern, die die PKV-Unternehmen entrichten.

Zuletzt wechselten jedes Jahr weit mehr als 200.000 Menschen trotz gesetzlicher Hürden wie der Versicherungspflichtgrenze für Angestellte aus der Gesetzlichen in die Private Krankenversicherung. Dieser anhaltende Trend lässt sich nur mit dem hohen Vertrauen erklären, das die Versicherten in das System setzen. Sie erwarten von der PKV umfangreiche Leistungen, die vertraglich garantiert sind, ein sehr gutes Preis-Leistungs-Verhältnis und einen Versicherungsschutz, den sie nach ihren individuellen Bedürfnissen zusammenstellen können. Ihre Erwartungen werden nicht enttäuscht: In allen Umfragen äußern Privatversicherte eine hohe Kundenzufriedenheit. Die jüngste Studie des renommierten Meinungsforschungsinstituts Emnid hat ergeben, dass sich 96 Prozent der Privatversicherten gut abgesichert fühlen.

Insgesamt zeigt sich also, dass die PKV viele bedeutende Vorzüge hat: Als wettbewerbliches Korrektiv, als stabilisierendes Element in Bezug auf die sozialen Sicherungssysteme sowie als Branche mit hoher Kundenzufriedenheit und finanzieller Solidität. Warum plädieren dann immer noch manche für einen Systemumbruch und Einheitslösungen? Es ist offensichtlich, dass sich einige Parteien für die Bundestagswahl im Herbst warm laufen. Sie versuchen, die Wähler mit populistischen Versprechen in ein vermeintlich gerechtes Einheitssystem zu locken. Ganz offensichtlich geht es den Befürwortern einer sogenannten Bürgerversicherung aber nicht um eine bessere Gesundheitsversorgung, sondern um Gesellschaftspolitik: weg von Wettbewerb und Pluralität, hin zu Einheitslösungen. Auf der Strecke bleibt eine Politik mit Weitblick, die Gesundheitsleistungen auch für künftige Generationen finanzierbar macht. Stattdessen gefährdet die Bürgerversicherung die medizinische Versorgung – und wegen der erhöhten Beitragslast sogar noch Arbeitsplätze.

Es ist deshalb an der Zeit, der Bevölkerung die Vorzüge unseres Gesundheitssystems zu erläutern, das dank seiner Vielfalt und Wahlfreiheiten allen Menschen eine individuelle und gute Versorgung bietet. Noch einmal: Wir werden weltweit um die gute deutsche Gesundheitsversorgung beneidet. Dieses System ist deshalb so stabil und leistungsfähig, weil es auf den zwei Säulen der Gesetzlichen und der Privaten Krankenversicherung ruht. Es wäre fahrlässig, ein so gut funktionierendes System mit Radikaloperationen zu gefährden.



E-Interview mit Prof. Dr. Jochen Ruß,

Geschäftsführer des ifa Ulm

infinma: Herr Prof. Ruß, Sie sind Geschäftsführer des Instituts für Finanz- und Aktuarwissenschaften in Ulm (ifa Ulm). Was kann man sich unter einem solchen Institut vorstellen? Was macht das ifa Ulm? Welche Zielgruppen haben Sie für Ihre Leistungen?

Ruß: Wir sind ein Team von etwa 30 Versicherungsmathematikern und beraten in erster Linie Versicherer, aber auch Einrichtungen der betrieblichen Altersvorsorge, Banken, Kapitalanlagegesellschaften, Vertriebsorganisationen, etc. bei allen Fragen, die im weitesten Sinne versicherungsmathematische Themen betreffen. Die Fragestellungen reichen dabei von der Produktentwicklung bis zu Risikomodellierung und Risikomanagement, betreffen die Lebensversicherung genauso wie Kranken oder Schaden/Unfall und erstrecken sich vorwiegend auf die deutschsprachigen Länder. Ich selbst verbringe den größten Teil meiner Zeit mit Produktentwicklungsthemen.

infinma: Das ifa Ulm war an der Entwicklung zahlreicher Garantiemodelle in der Lebensversicherung beteiligt. Können Sie uns hierzu einen groben Überblick geben? Welche Garantiemodelle haben Sie mit entwickelt? Wie ist hier der aktuelle Stand?

Ruß: Es gibt vermutlich kein Garantiemodell, zu dem wir noch keinen Versicherer beraten haben, einige Garantiemodelle haben wir auch „erfunden“, so zum Beispiel die dynamischen Mehrtopf-Hybridprodukte. Dieses Produkt hatten wir fertig konzipiert, schon mehrere Jahre bevor der erste Versicherer sich entschieden hat, es tatsächlich an den Markt zu bringen. Wir haben dann zahlreiche Versicherer und auch Fondsgesellschaften, die die benötigten Garantiefonds auflegen, zu unterschiedlichen Aspekten dieser Produkte beraten. Wir waren aber auch als Berater dabei, als die erste Variable Annuity US-amerikanischer Prägung in Deutschland eingeführt wurde, als die ersten so genannten Höchststandsgarantiefonds nach Deutschland kamen und haben nahezu alle in Deutschland angebotenen Konzepte für fondsgebundene Rentenbezugsphasen entwickelt. Derzeit beraten wir schwerpunktmäßig zu flexiblen Entsparphasen, so genannten „Select-Tarifen“ und vor allem zu neuen Formen klassischer Versicherungen.

infinma: In der Öffentlichkeit wird immer wieder über die (zu hohe) Kostenbelastung von Lebensversicherungsprodukten diskutiert. Ist es denn überhaupt möglich, die Kosten in Lebensversicherungen zu messen, geschweige denn zu vergleichen? Gerade bei dynamischen Wertsicherungsmodellen scheint uns dies ein sehr ambitioniertes Anliegen zu sein.

Ruß: Man kann die Kosten in Lebensversicherungen zwar exakt messen, es ist allerdings nicht ganz einfach, alle Kosten in einer einzigen verständlichen Kostenquote darzustellen. Hierzu möchte ich vorwegschicken, dass eine Kostenquote überhaupt nur dann aussagekräftig ist, wenn die Kosten des Versicherungsprodukts und der ggf. beinhalteten Fonds zusammen gemessen werden. Werden – wie bisher oft üblich – nur die Kosten des Versicherungsprodukts gemessen, schafft man es, dass ein Produkt nur dadurch preiswerter aussieht, dass man die Kosten des Versicherungsprodukts um einen Euro reduziert und dafür die Kosten des verwendeten Fonds um einen Euro erhöht. Der Kunde bezahlt also genau gleich viel wie vorher, das Produkt wird in Vergleichen aber als preiswerter dargestellt. Hier ist Manipulation Tür und Tor geöffnet. Will man nun eine – wie auch immer geartete – Gesamtkostenquote bestimmen, die die Kosten des Versicherungsproduktes und der enthaltenen Fonds berücksichtigt, so ist das in der Tat sehr ambitioniert. Ich möchte das von Ihnen genannte Beispiel der dynamischen Wertsicherungsmodelle aufgreifen: Wenn die verschiedenen Kapitalanlagen, zwischen denen umgeschichtet wird, unterschiedlich hohe Kapitalanlagekosten haben, so hängen die Kosten des Produktes davon ab, wann der Kunde wie lange in welcher Kapitalanlage investiert ist. Mit anderen Worten: für jeden möglichen Kapitalmarktverlauf ergibt sich eine andere Gesamtkostenquote. Trotzdem ist aber eine Gesamtkostenquote in einem sinnvoll gewählten Beispielverlauf aussagekräftiger als das, was bisher oft passiert: Ein Vergleich lediglich der Kosten des Versicherungsvertrags wobei die Kosten der Fonds komplett ignoriert werden.

infinma: Welchen Nutzen könnte ein Kunde von einem solchen Kostenvergleich haben? Die Kosten alleine sagen doch vermutlich relativ wenig über die Qualität eines Produktes aus oder?

Ruß: Ich denke, dass die Kostenbelastung zwar ein wichtiges Kriterium bei der Produktauswahl sein kann, aber eben nur eines von sehr vielen Kriterien. Insbesondere muss man die Kosten immer im Verhältnis zur Leistung sehen. Primär müsste der Kunde daran interessiert sein, was nach Kosten übrig bleibt. Dummerweise weiß man das natürlich erst hinterher. Für einen Vergleich von Produkten ist daher relevant, welche Leistung mit welcher Wahrscheinlichkeit möglich ist. Gerade bei der Vielzahl an fondsgebundenen Garantiekonzepten kann eine normale Modellrechnung mit 0%, 3%, 6% und 9% hier keine Antworten liefern. Man sieht hier z.B. nicht, ob auch ein Risiko negativer Renditen besteht und wie stark die möglichen Renditen streuen. Ich kann Ihnen zwei Produkte entwickeln, die sich in einer normalen Modellrechnung mit 3%, 6% und 9% nicht unterscheiden, bei denen aber das eine Produkt nur für risikofreudige Kunden geeignet ist, weil es einerseits eine große Wahrscheinlichkeit aufweist, dass der Kunde Geld verlieren kann, andererseits aber auch eine signifikante Chance auf sehr hohe Renditen bietet. Das andere Produkt hingegen ist für risikoscheue Kunden geeignet – es sind keine übermäßig hohen Renditen möglich, dafür kann man auch nichts verlieren. Nochmals: In einer normalen Modellrechnung können Sie die beiden Produkte nicht unterscheiden! Deswegen nutzen wir bereits seit 2007 so genannte Chance-Risiko-Profile, die sich aus Simulationsrechnungen

ergeben, um die Chancen und Risiken von Produkten transparent zu machen. Wir setzten dies erst in der Produktentwicklung für zahlreiche Versicherer ein und halfen dann auch großen Vertriebsorganisationen, mit diesen Tools ihre Produktanalyse und Produktselektion und schließlich auch den Beratungsprozess zu optimieren. Schließlich muss doch das Ziel einer guten Beratung sein, dass die Chancen und Risiken des Produkts zur Risikoneigung und Risikotragfähigkeit des Kunden passen. Die Chancen und Risiken des Produkts können mithilfe von Chance-Risiko-Profilen analysiert werden. Daher sind wir auch froh, dass unser Modell, das wir übrigens schon sehr früh im Rahmen wissenschaftlicher Publikationen veröffentlicht und zur allgemeinen Diskussion gestellt haben, in weiten Teilen von einem so genannten Branchenstandard übernommen wurde.

infinma: Zuletzt haben Sie wiederholt darauf hingewiesen, dass die Lebensversicherungsbranche dringend neue Produktgestaltungen für die Rentenbezugsphase benötigt? Wie meinen Sie das? Haben Sie hier evtl. schon ganz bestimmte Modelle im Kopf?

Ruß: Ja, wir haben dazu schon sehr konkrete Modelle im Kopf, weil wir überzeugt sind, dass dieses Thema früher oder später an Bedeutung gewinnen muss. Wir haben nämlich massive Steueranreize zur Verrentung in der dritten Schicht und im Prinzip Zwangsverrentung in der ersten und zweiten Schicht. In Zukunft werden also immer mehr Menschen ihr angespartes Geld auch verrenten, was ich übrigens sehr begrüße, denn nur so kann das Risiko abgesichert werden, dass jemand länger lebt als sein Geld reicht. Allerdings sind nicht alle Menschen gleich. Wie es in der Ansparphase für verschiedene Kunden mit verschiedener Risikoneigung unterschiedliche Produkte gibt, brauchen wir auch in der Rentenbezugsphase unterschiedliche Produkte für unterschiedliche Kunden. Wir erwarten daher Innovationen v.a. in drei Bereichen:

Erstens gehen wir davon aus, dass es künftig auch verstärkt fondsgebundene Garantiekonzepte in der Rentenbezugsphase geben wird. Renten, die mit schwankendem Fondskurs beliebig schwanken, sind sicher nur für sehr wenige Kunden interessant (und würden nicht der Ertragsanteilsteuern unterliegen). Garantiekonzepte, die sich irgendwo zwischen „hohe garantierte Rente mit geringer Chance auf Rentensteigerung“ und „niedrige garantierte Rente mit hoher Chance auf Rentensteigerung“ ansiedeln, wären aber sicher für viele Kunden sinnvoll.

Zweitens erwarten wir, dass verstärkt Renten mit der Möglichkeit einer Gesundheitsprüfung bei Rentenbeginn angeboten werden. Wenn der Kunde bei Rentenbeginn nicht mehr ganz gesund ist, kann er sich einer Gesundheitsprüfung unterziehen. Wird eine unterdurchschnittliche Lebenserwartung festgestellt, so wird die Rente entsprechend erhöht. Dies wäre eine Lösung für das Dilemma, dass Kunden, die bei Rentenbeginn nicht mehr gesund sind, derzeit nur die Wahl haben, entweder eine Rente mit für sie aufgrund des Gesundheitszustands ungünstigem Preis-Leistungs-Verhältnis zu er-

halten, oder (sofern überhaupt möglich) das Kapital auszahlen zu lassen und den Steuervorteil der Verrentung zu verlieren.

Drittens erwarten wir Produkte mit einer höheren Flexibilität nach Rentenbeginn. Es ist beispielsweise möglich, Rentenprodukte mit folgenden Eigenschaften zu entwickeln: Das Guthaben des Kunden ist auch nach Rentenbeginn individuell dem einzelnen Kunden zugeordnet. Aus seinem eigenen Guthaben bekommt der Kunde dann jeden Monat eine Rente bezahlt. Der Kunde profitiert von Überschüssen bzw. steigenden Fondskursen, indem sein verfügbares Kapital und ggf. auch die Rente steigen. Der Kunde kann jederzeit über sein Geld verfügen (Kündigung/Teilkündigung) – auch in der Rentenbezugsphase. Ein bei Tod noch vorhandenes Restguthaben kann an Hinterbliebene vererbt werden. Wenn jedoch das Guthaben bereits zu Lebzeiten des Kunden aufgebraucht ist, zahlt der Versicherer die Rente weiter bis zum Tod. Für diese Garantie gibt es eine transparente Garantiegebühr. Solange das Guthaben des Kunden noch nicht aufgebraucht ist, verhält sich das Produkt also exakt wie ein Bankprodukt: Der Kunde „hebt“ jeden Monat seine Rente von seinem eigenen Konto „ab“, er hat jederzeit Zugriff auf sein Geld und kann im Todesfall sein Geld an seine Hinterbliebenen vererben. Erst, wenn der Kunde länger lebt als sein Geld reicht, kommt die Versicherungsgarantie zum Tragen. Diese Garantie wird mit einer entsprechenden Garantiegebühr finanziert. Im Rahmen von Variable Annuities amerikanischer Prägung sind solche Produkte bereits am Markt. Es ist aber grundsätzlich möglich, diese Eigenschaften auch in typisch deutsche Produkte einzubauen. Wir sind überzeugt, dass diese Flexibilitäten, insbesondere die jederzeitige Verfügbarkeit des Geldes auch nach Rentenbeginn, vielen Menschen den Schritt einfacher machen, sich gegen das Risiko abzusichern, länger zu leben als das Geld reicht.

infinma: Zu der (unberechtigten) Kritik an der Riester-Rente hatten Sie in den infinma news 2/2013 bereits Stellung genommen. Ein anderer Dauerbrenner ist die Beteiligung der Versicherten an den Bewertungsreserven. Wie beurteilen Sie diese Diskussion und die Forderungen der Verbraucherschützer?

Ruß: Ich bin der Ansicht, dass ein starker Verbraucherschutz sehr wichtig ist. Seit etwa 5 Jahren beobachte ich allerdings, dass Verbraucherschützer (teilweise sicher in bester Absicht) Dinge fordern, die den Verbrauchern schaden. Die 2008 ins „neue“ VVG aufgenommenen in Euro garantierten Rückkaufswerte sind meiner Meinung nach das potenziell gefährlichste Beispiel hierfür, aber auch mit der von Ihnen angesprochene Beteiligung der Versicherten an den Bewertungsreserven werden Dinge gefordert, die nicht den Verbrauchern nutzen, sondern die einzelnen Verbrauchern nutzen und dabei anderen Verbrauchern schaden! Was mich hierbei am meisten fasziniert ist die Tatsache, dass unglaublich einfache Fakten von manchen Journalisten und Politikern nicht verstanden werden. Im konkreten Beispiel meine ich das Faktum, dass Bewertungsreserven, die heute nicht ausgeschüttet

werden, dann eben nicht dem Versicherungsunternehmen gehören, sondern anderen Kunden, deren Verträge später fällig werden. Man sollte sich vielleicht einmal die Frage stellen, ob Versicherer extrem schlecht in der Kommunikation sind, oder ob gewisse Wahrheiten einfach nicht verstanden werden wollen!

infinma: Die Allianz hat kürzlich angekündigt, demnächst Rentenversicherungen auf dem Markt zu bringen, bei denen der Garantiezins nur noch für die Ansparphase gelten soll und für die Rentenbezugsphase dann ein anderer Zins greift. Wie beurteilen Sie ein solches Modell? Hat das ifa Ulm ggf. Alternativen bei der zukünftigen Gestaltung von Garantien?

Ruß: Ich bin sehr froh, dass Sie dieses Thema ansprechen. Auch wenn ich in der Vergangenheit einen großen Teil meiner Zeit mit der Entwicklung fondsgebundener Garantiemodelle verbracht habe, bin ich dennoch auch ein großer Fan der klassischen Versicherung, die meiner Meinung nach insbesondere für risikoscheue Kunden ein sehr geeignetes Produkt ist. Ich bin nämlich der festen Überzeugung, dass der so genannte „Risikoausgleich im Kollektiv und in der Zeit“ für die Kunden zu einer Stabilität der Erträge führt, die man bei vergleichbarer Rendite nirgendwo anders findet. Diese Möglichkeit hat man nur bei klassischen Versicherungen. Das kann und darf kein Bank- oder Fondsprodukt in vergleichbarer Weise. Das Verhältnis von Rendite zu Risiko war bei klassischen Versicherungsprodukten in der Vergangenheit aus Kundensicht daher einzigartig. Dies ist übrigens ein Nutzen der Klassik, der selbst dann noch bestehen würde, wenn die Produkte komplett ohne Garantien angeboten würden! Umgekehrt sind die in bisherigen klassischen Produkten beinhalteten Garantien für den Kunden sehr hochwertig und daher für den Versicherer bei niedrigen und volatilen Zinsen riskant und somit teuer. Dies liegt vor allem daran, dass die Garantien über extrem lange Zeiträume gelten und dann auch noch Jahr für Jahr und nicht nur bei Fälligkeit. Beides führt aus Versicherersicht zu einem sehr hohen Eigenkapitalbedarf. Deshalb arbeiten viele Versicherer und auch wir hart daran, neue klassische Produkte zu entwickeln.

Die Allianz stellte nun ein Produkt vor, bei dem die Dauer der Garantie auf die Ansparphase beschränkt wird. Wir haben jüngst für einen Schweizer Versicherer ein Produkt umgesetzt, bei dem die Art der Garantie geändert wird, indem sie verstärkt endfällig ist. Ich halte beide Ansätze für sinnvoll und möchte diese gar nicht gegeneinander bewerten. Vielmehr möchte ich nochmals betonen, dass Risikoausgleich im Kollektiv und in der Zeit einer klassischen Versicherung für den Kunden einen sehr hohen Nutzen schafft, indem das Verhältnis von Rendite zu Risiko massiv verbessert wird. Dieser Risikoausgleich im Kollektiv und in der Zeit (und nicht irgendwelche Garantien) ist meiner Meinung nach das Alleinstellungsmerkmal einer klassischen Versicherung. Daher ist mir jedes Modell willkommen, dass dafür sorgt, dass der Risikoausgleich im Kollektiv und in der Zeit auch in der „neuen Welt“ mit niedrigen Zinsen und Solvency II funktioniert.



E-Interview mit Rolf Schünemann, Vertriebsvorstand der Lebensversicherung von 1871 a. G.

infinma: Herr Schünemann, die erste Frage, die unsere Leser interessiert, ist die nach der Geschäftsentwicklung 2012. Können Sie uns hierzu schon was sagen? Wo lagen die vertrieblichen Schwerpunkte?

Schünemann: Die Lebensversicherung von 1871 a. G. München (LV 1871) wächst nach den vorläufigen Kennzahlen auch im Geschäftsjahr 2012 stärker als der Markt. So erzielen wir bei den gebuchten Bruttobeiträgen einen neuen Höchstwert von 603,2 Mio. Euro und verbuchen ein Umsatzplus von 6,6 Prozent – der Markt verzeichnet hier ein Minus von 0,7 Prozent. Besonders stark im Jahr 2012: unsere Kapitalanlage. Hier haben wir die Bewertungsreservequote verdoppeln können. Damit wurde die Risikotragfähigkeit gestärkt – zum Vorteil für unsere Kunden bzw. Mitglieder. Beim Neugeschäft wie bei der Kapitalanlage legen wir großen Wert auf ein hohes Maß an Qualität, um nachhaltig im Sinne unserer Kunden und Geschäftspartner zu wirtschaften. Wachstumstreiber für das starke Geschäftsjahr 2012 waren die Golden BU Lösungen, die die LV 1871 zu Jahresbeginn 2013 mit der Abschaffung der Berufsgruppen nochmals revolutioniert hat. Außerdem stark nachgefragt waren die vier flexiblen Auszahlungsoptionen 4flex bei fondsgebundenen und klassischen Rentenversicherungen, die gerade als Vorsorgeprodukt des Jahres 2013 ausgezeichnet wurden.

infinma: Neben der reinen Altersvorsorge spielt bei vielen deutschen Lebensversicherern seit einiger Zeit das Thema Biometrie wieder eine größere Rolle. Warum ist die Absicherung biometrischer Risiken so wichtig?

Schünemann: Wer ernsthaft erkrankt und dauerhaft nicht mehr arbeiten kann, verliert sein Einkommen und gefährdet seine finanzielle Unabhängigkeit. Jeder dritte Arbeiter und jeder fünfte Angestellte wird in Deutschland aufgrund gesundheitlicher Probleme berufsunfähig. Staatliche Leistungen reichen im Bedarfsfall auf keinen Fall aus. Die LV 1871 hat sich über mehrere Jahrzehnte zu einem Spezialisten für die Absicherung biometrischer Risiken entwickelt. Dazu gehört die Risikolebensversicherung der Unternehmenstochter Delta Direkt genauso wie die neuen Golden BU Lösungen der LV 1871. Wir wissen: Neben der kundenfreundlichen Ausgestaltung der Produkte und einem konkurrenzfähigen Beitrag ist auch die Reputation des Unternehmens ganz entscheidend.

infinma: Bei der Berufsunfähigkeitsversicherung überraschte die LV 1871 mit der Aussage, zukünftig auf Berufsgruppen zu verzichten. Wie kann man sich das kalkulatorisch vorstellen?

Schünemann: Wir stellen den konkreten Menschen mit seinen privaten und beruflichen Bedürfnissen in den Vordergrund und wenden für die passgenaue Prämienberechnung das sogenannte Scoring an. Dabei ordnen wir dem Beruf zunächst eine Basisprämiengruppe zu. Für eine bessere Prämienklasse können dann zwei bis drei zusätzliche Fragen beantwortet werden. Nehmen Sie als Beispiel einen Handwerksmeister. Das Scoringverfahren berücksichtigt seine tatsächlich ausgeübte Tätigkeit und die Zahl seiner Mitarbeiter. So erhält er die Prämie, die wirklich zu ihm passt. Dieses Verfahren wenden wir an bei Handwerksmeistern, Akademikern, kaufmännischen Angestellten und Geschäftsführern bzw. Unternehmern. In der Regel kann so eine bessere Prämie erzielt werden.

infinma: Wie haben Ihre Vertriebspartner darauf reagiert?

Schünemann: Zunächst waren unsere Geschäftspartner natürlich überrascht. Plötzlich sollten sie sich von der gewohnten Praxis des Prämienvergleichens lösen. Schnell wurde aber klar: Die pure Berechnung eines bestimmten Berufs wird dem Kunden eben nicht gerecht – die individuellen Daten des Kunden sprechen eine andere Sprache. Man denke nur an risikomindernde Faktoren wie Kinder, Rauchverhalten oder Familienstand. Insofern setzen wir mit unseren neuen Golden BU Lösungen neue Maßstäbe. Für den unabhängigen Vermittler öffnen sich hier völlig neue Beratungsansätze, ganz individuell auf seinen Kunden eingehen zu können. Das kommt richtig gut an beim Geschäftspartner.

infinma: Im Zusammenhang mit den Antragsfragen und der Annahmepaxis in der BU werden die Lebensversicherer häufig als zu restriktiv und nicht kundenfreundlich genug kritisiert. Wie gehen Sie mit diesen Themen um?

Schünemann: Die LV 1871 zeigt hier ein hohes Maß an Kundenorientierung. Zum Beispiel gestalten wir die Risikofragen formal und inhaltlich so, dass sie vom Antragsteller problemlos beantwortet werden können. Wir fragen beispielsweise nicht pauschal nach Beschwerden. Vielmehr werden die relevanten Organsysteme einzeln und konkret abgefragt und mit anschaulichen Fallbeispielen näher erläutert. Dabei verwenden wir exakte Formulierungen und verzichten auf Fragen, die dem Antragsteller eine Wertung abverlangen. Außerdem gibt es eine medizinische und eine nicht medizinische Hotline. Hier können Geschäftspartner und Kunden noch vor Abschluss eine entsprechende Votierung erhalten. Aus einer Vorerkrankung muss nämlich noch lange keine Ablehnung resultieren. Durch unsere erfahrenen Risikoprüfer erfolgt immer eine Einzelbetrachtung. Unsere ausgezeichnete Annahmquote zeigt, dass wir hier auf dem richtigen Weg sind. Einschlägige Ratingagenturen bestätigen das.

infinma: Besonders wichtig ist in der BU das Verhalten des Versicherers im Leistungsfall. Können Sie unseren Lesern was dazu sagen, wie die LV 1871 hier in der Praxis konkret agiert?

Schünemann: Im Leistungsfall unterstützen wir den Kunden innerhalb von 48 Stunden nach Anmeldung des Anspruchs durch Fragebögen, die die wesentlichen Fragen zur beruflichen Tätigkeit sowie zum aktuellen Beschwerdebild enthalten. Dabei hat unser Kunde von Anfang an einen persönlichen

Ansprechpartner. Das hat sich gerade bei sensiblen Krankheitsbildern wie zum Beispiel Depressionen als sehr sinnvoll erwiesen. Schließlich möchte man gerade bei so einem Beschwerdebild seine Angelegenheit nicht mit jedem und allen teilen. Für unsere Leistungsquote vergibt übrigens Morgen & Morgen im Rahmen des aktuellen BU-Ratings ein "Ausgezeichnet". Das zeigt: Wir sind ein verlässlicher Partner für Geschäftspartner und Kunden, wenn es drauf ankommt.

infinma: Aufgrund der Einführung des „Pflege-Bahrs“ fokussieren sich immer mehr Versicherer auf das Thema Pflege. Wie sieht das Angebot der LV 1871 aus?

Schünemann: Unsere Pflege-Option kombiniert Altersrente und Pflegebaustein. Wählen Kunden die Pflege-Option, verdoppeln sich im Fall einer Pflegebedürftigkeit die garantierte lebenslange Rente und die Überschüsse. Dafür verzichten sie vorher lediglich auf einen kleinen Teil ihrer Altersrente. Die Beiträge steigen durch die Pflege-Option nicht. Denn: Die Pflege-Option kann bereits bei Vertragsabschluss als Vertragsbestandteil der Altersvorsorge gewählt werden – ohne Mehrbeitrag und in der Regel ohne Gesundheitsfragen. Der Clou: Erst zu Rentenbeginn müssen Versicherte entscheiden, ob sie die Option nutzen wollen. Auch wer beim Start in den Ruhestand bereits pflegebedürftig ist, kann seine Ansprüche sofort bei Renteneintritt geltend machen.

infinma: Neben den Themen Arbeitskraftabsicherung und Pflege wird z. Zt. vor allem die dauerhafte Erfüllbarkeit von Garantien diskutiert. Die Allianz hat gerade angekündigt, erstmals mit sog. „Abschnitts-Garantien“ auf den Markt zu gehen. Wie stehen Sie zu dieser Thematik?

Schünemann: Unser Ansatz ist hier: Kunden sollen sich heute darauf verlassen können, was sie morgen in der Tasche haben. Mit unserer Rente Garantie Plus bieten wir eine zukunftsorientierte Vorsorge an, die bereits heute einen Garantiezins von zwei Prozent garantiert. Mit der Indexoption können unsere Kunden zudem an der Entwicklung des EuroStoxx 50 partizipieren.

infinma: Zum Schluss noch eine Frage in Richtung Zukunft des Vertriebs: Wie sehen Sie die zukünftige Rolle des Maklers gerade vor dem Hintergrund der anhaltend negativen Presse?

Schünemann: Klar ist: Medien berichten nicht über Schadenfälle, die unkompliziert, korrekt oder gar kulant reguliert werden. Genauso wenig thematisieren sie Vermögenswerte, die kapitalbildende Versicherungen gemessen an den gezahlten Beiträgen mindestens verdoppeln. Die Realität aber zeigt: Unabhängige Vermittler begleiten Privat- oder Firmenkunden und deren Nachkommen über Jahrzehnte hinweg. Sie beraten morgens, mittags, abends und am Wochenende. Sie überzeugen Kunden mit bedarfsgerechten Produkten und ganzheitlichen Ansätzen. Sie bilden sich ständig weiter und verfolgen die verbraucherrelevante Gesetzgebung. Sie kümmern sich im Schadenfall um die Formalitäten. Dank seriöser Vermittler bauen viele Bürger überhaupt erst ihr Vermögen auf und stellen ihre Lebensentwürfe auf wirtschaftlich sichere Beine. So schaffen Vermittler und Versicherer gemeinsam Werte. Die beste Zusatzrente nämlich ist immer noch die private Altersvorsorge. Genau diese Tatsache gilt es, selbstbewusst zu vermitteln.