



**Methodik des Unternehmensratings
gesetzlicher Krankenversicherer**

ASSEKURATA
Assekuranz Rating-Agentur GmbH

Dezember 2014

Inhalt

Inhalt	2
Einleitung	3
1. Rating-Prozess	4
1.1 Auftragserteilung.....	4
1.2 Datenanforderung.....	4
1.3 Analyse der Unterlagen.....	5
1.4 Managementinterview	5
1.5 Erstellung des Rating-Berichts	5
1.6 Interne Qualitätssicherung.....	5
1.7 Ratingfeststellung im Rating-Komitee	5
1.8 Rating-Skala.....	6
1.9 Übergabe des Rating-Berichts an das Unternehmen	6
1.10 Entscheidung über Veröffentlichung.....	6
1.11 Veröffentlichung.....	6
1.12 Fortlaufende Überwachung und Folgerating.....	7
1.13 Anpassung von Ratings	7
1.14 Aberkennung des Ratings.....	7
2. Rating-Methodik	8
2.1 Die Teilqualitäten	8
2.2 Die Teilqualität Finanzstabilität.....	8
2.3 Die Teilqualität Leistungsangebot.....	9
2.4 Die Teilqualität Kundenorientierung.....	9
2.5 Die Teilqualität Wachstum/ Attraktivität im Markt.....	10

Einleitung

Assekurata beurteilt die Unternehmensqualität sowohl von Erstversicherungsunternehmen als auch von gesetzlichen Krankenversicherern (GKV).

Obwohl die Regelleistungen in der GKV gesetzlich normiert sind und auch der Beitragssatz einheitlich festgelegt ist, unterscheiden sich die einzelnen Kassen deutlich in Bezug auf die Leistungsfähigkeit. Divergenzen zeigen sich insbesondere im Hinblick auf die individuelle Finanzsituation, die Kundenorientierung und des über die Regelleistungen hinausgehenden Leistungsangebot einer Kasse, was sich wiederum im Wachstum bzw. in der Marktattraktivität widerspiegelt. Im GKV-Unternehmensrating beurteilt Assekurata die Leistungsfähigkeit von gesetzlichen Kassen aus Sicht ihrer wesentlichen Gläubiger, d.h. der Versicherten. Die Gesamtunternehmensqualität wird anhand differenzierter Teilqualitäten analysiert

und bewertet. Jede Teilqualität erhält eine eigene Note, die wiederum nach einem vorgegebenen Modell zum Gesamtergebnis zusammengefasst werden. Bei den Teilqualitäten handelt es sich um die Finanzstabilität, die Kundenorientierung, das Leistungsangebot und das Wachstum/die Attraktivität im Markt.

Die Teilqualitäten **Kundenorientierung** und **Finanzstabilität** sind beim Assekurata-Unternehmensrating K.-o.-Kriterien: Falls eine dieser beiden Teilqualitäten schlechter als „noch zufriedenstellend“ bewertet ist, wird das Gesamtrating mindestens auf die Note dieser Teilqualität abgesenkt. Assekurata sieht ein mindestens „noch zufriedenstellendes“ Ergebnis in der Teilqualität Sicherheit oder Kundenorientierung als notwendige Voraussetzung für ein mindestens „noch zufriedenstellendes“ Rating an.

1. Rating-Prozess

1.1 Auftragserteilung

Zu Beginn eines Ratings schließen die zu ratende Krankenkasse und Assekurata einen **Rating-Vertrag**. Darin verpflichtet sich Assekurata zu Vertraulichkeit über das Rating während des Rating-Prozesses. Auch nach Beendigung des Ratings wird Vertraulichkeit über das Ergebnis gewahrt, falls sich die Krankenkasse nicht zu einer Veröffentlichung des Ratings entschließt. Im Gegenzug legt die Krankenkasse im Verlauf des Rating-Prozesses umfassende interne Daten offen und die Führungskräfte stellen sich für Interviews zur Verfügung. Während des gesamten Rating-Prozesses steht Assekurata in einem intensiven Kontakt mit der Krankenkasse. Von dessen Seite nimmt der operative Ansprechpartner (Rating-Koordinator) die Aufgabe wahr, einen reibungslosen und zeitnahen Informationsaustausch sicherzustellen. Ansprechpartner bei Assekurata ist der jeweilige leitende Analyst.

1.2 Datenanforderung

Nach Auftragserteilung erhält die zu ratende Krankenkasse eine Liste mit den geforderten Informationen und Dokumenten. Diese dienen zur Voranalyse und zur Vorbereitung der Managementinterviews. Der Datenumfang richtet sich danach, ob es sich um ein Erst- oder Folgerating handelt. Standardmäßig fordert Assekurata in einem Erstrating folgende Unterlagen an:

Erforderliche Daten aus dem Rechnungswesen

- BVA-Prüfberichte der letzten 3 Geschäftsjahre
- WP-Berichte der letzten 3 Geschäftsjahre
- Geschäftsberichte der letzten 3 Geschäftsjahre
- Haushaltsplan der letzten 3 Geschäftsjahre
- KJ1 sowie KV45 der letzten 3 Geschäftsjahre

Finanzstabilität

Leistungs- und Beitragsrisiken

- Management von Leistungsausgaben
- Management von Beitragsrückständen

Operative Risiken

- Management von IT-Risiken

- Management von Risiken aus Unternehmensleitung und Aufsicht

Marktrisiken

- Management von permanenten Gesetzesänderungen
- Management von Einnahme- und Ausgaberrisiken
- Management von Haftungsrisiken nach § 265a und b SGB V

Finanzrisiken

- Management von Krediten und Verschuldung
- Management von Pensionsverpflichtungen
- Management von Liquiditätsschwankungen
- Management von RSA-Zahlungen

Risikomanagement

- Tools und Ansätze eines ganzheitlichen Risikomanagements

Kundenorientierung

Service- und Kundenorientierung des Managements

- Serviceziele und -steuerung
- Service-Highlights

Kommunikationspotenziale

- Kundenkommunikation

Personelle Servicepotenziale

- Interne Kommunikation/Wissenstransfer
- Personalmanagement

Prozesspotenziale

- Prozessmanagement
- Beschwerdemanagement
- Kündigungsmanagement

Leistungsangebot

Strategisches und operatives Management

- Unternehmenszielsystem, -vision und -leitbild
- Langfristplanung
- Politisches Engagement
- Strategische Kooperationen und Partnerschaften

Leistungs- und Versorgungsmanagement

- Regelleistungen
- Satzungsleistungen

- Versorgungskonzepte
- Modellvorhaben

Produkt- und Kooperationspotenziale

- Produktentwicklung und -gestaltung
- PKV-Kooperationen
- Produktseitige Alleinstellungsmerkmale
- Wahltarife, Bonusprogramm

Wachstum

- Marketingaktivitäten
- Vertrieb
- Vertriebsorganisation
- Qualitätskriterien im Vertrieb

1.3 Analyse der Unterlagen

Die inhaltliche Prüfung der Daten umfasst den Abgleich und die Plausibilisierung der Informationen aus den unterschiedlichen Quellen. Anschließend werten die Analysten bei Assekurata die Informationen sowohl quantitativ als auch qualitativ mit Hilfe von Datenbanken und Analysemodellen sowie detaillierter Prüfkataloge und Checklisten aus. Die gewonnenen Erkenntnisse bilden die Grundlage für die Befragung der Führungskräfte in den Managementinterviews.

1.4 Managementinterview

Das Managementinterview ist ein zentrales Element des Krankenkassenratings. Hierbei erörtert das Rating-Team mit der Krankenkassenführung Themen wie etwa Marktentwicklung, Unternehmensstrategie, Personalentwicklung, Produktgestaltung, Vertriebswegestruktur und Kundenservice. Die Interviews dienen dazu, die Unternehmenskennzahlen kritisch zu hinterfragen, Zukunftspotenziale zu erfassen und solche Qualitätsaspekte in das Rating einzubeziehen, die aus Kennzahlen allein nicht ableitbar sind. Die Anzahl der Gespräche und die Dauer des Aufenthalts hängen von der Größe und Komplexität der Krankenkasse ab.

1.5 Erstellung des Rating-Berichts

Die aus den Managementinterviews gewonnenen Informationen und Daten werden zusammen mit den im Vorfeld angeforderten Dokumenten analysiert und anhand eines Rating-Modells bewertet. Im Rating-Bericht werden die Ergebnisse dokumentiert. Auf dieser Basis diskutiert das Rating-Team den Notationsvorschlag für das Rating-

Komitee. Hierbei trägt jedes Teammitglied die Verantwortung für das Rating und die Qualität des Rating-Berichts mit.

1.6 Interne Qualitätssicherung

Bei jedem Rating werden Stringenz und Konsistenz der verwendeten Modelle, Methoden und Verfahren in einem internen Rating-Kolloquium von Assekurata qualitätsgesichert. Neben den beteiligten Analysten nehmen der Geschäftsführer Analyse, die Bereichsleiter Analyse sowie der Fachkoordinator Qualitätssicherung an diesem internen Rating-Kolloquium teil. Nach Prüfung durch das interne Rating-Kolloquium wird der Rating-Vorschlag als Entscheidungsvorlage an die externen Mitglieder des Rating-Komitees versandt.

1.7 Ratingfeststellung im Rating-Komitee

Das Rating-Komitee prüft und diskutiert den Vorschlag des Rating-Teams. Das endgültige Rating muss mit Einstimmigkeit beschlossen werden. Das Rating-Komitee setzt sich aus dem jeweiligen leitenden Rating-Analysten, dem Assekurata-Fachkoordinator Qualitätsmanagement und mindestens zwei externen Experten zusammen. Damit handelt es sich beim Krankenkassenrating der Assekurata um eine Experteneinschätzung.

Interne Mitglieder des Rating-Komitees:

- **Leitender Rating-Analyst**
- **Assekurata-Bereichsleiter Analyse** Abdulkadir Cebi, oder **Bereichsleiter Analyse Prokurist** Lars Heermann

Externe Mitglieder des Rating-Komitees:

- **Rolf Stuppardt**, Ehemaliger Geschäftsführer IKK e.V. und Herausgeber „Die Krankenversicherung“
- **Professor Dr. Jürgen Wasem**, Lehrstuhl für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen

Für die externen Rating-Komiteemitglieder gelten die gleichen Anforderungen an deren Unabhängigkeit wie für interne Rating-Analysten: Ein Mitglied des Rating-Komitees wird aus dem Rating ausgeschlossen, sofern seine Unabhängigkeit angezweifelt werden könnte. Dies wäre insbesondere dann der Fall, wenn das Mitglied Funktionen, z. B. in einem Aufsichtsgremium, bei dem zu ratenden Versicherer innehat. In einem solchen Fall erhält das Rating-Komiteemitglied weder den Rating-Vorschlag noch kann es an der Sitzung teilnehmen. Die Unabhängigkeit der Assekurata ist zudem in ihrer Satzung festgeschrieben und

kann auch von der Gesellschafterversammlung nicht geändert werden.

1.8 Rating-Skala

Die Rating-Skala des Krankenkassenratings unterscheidet elf Qualitätsurteile von A++ (exzellent) bis D (mangelhaft), die zu fünf Kategorien zusammengefasst sind.

Rating	Definition	Kategorie
A++	Ein A++ geratete Krankenkasse erfüllt die Qualitätsanforderungen und die Qualitätserwartungen der Versicherungsnehmer exzellent.	Sehr gut
A+	... sehr gut	
A	... gut	Gut
A-	... weitgehend gut	
B+	... voll zufriedenstellend	Zufriedenstellend
B	... zufriedenstellend	
B-	... noch zufriedenstellend	
C+	... schwach	Schwach
C	... sehr schwach	
C-	... extrem schwach	
D	... mangelhaft	Mangelhaft

1.9 Übergabe des Rating-Berichts an das Unternehmen

Nach dem Beschluss im Rating-Komitee werden die Ergebnisse in einem Management-Bericht zusammengefasst. Der Bericht gibt der Krankenkassenleitung einen ausführlichen Einblick in die Beurteilungsergebnisse. Durch die Begründung der Teilergebnisse wird das Gesamtrating für die Krankenkasse nachvollziehbar. Die Darstellung eines Stärken-/Schwächenprofils zeigt gleichzeitig Ansatzpunkte für eine Qualitätsverbesserung auf. Darüber hinaus präsentiert das Rating-Team den Führungskräften der Krankenkasse die Ergebnisse in einer Abschlusspräsentation.

1.10 Entscheidung über Veröffentlichung

Nach Ergebnisbekanntgabe kann der Vorstand der gerateten Krankenkasse innerhalb von vier Wochen entscheiden, ob das Rating veröffentlicht wird. Nur mit Zustimmung des Auftraggebers in schriftlicher Form erfolgt die Veröffentlichung. Entschließt sich die Kasse zu einer Freigabe des Ratings, kann das Rating ein Jahr lang in der Öffentlichkeit verwendet werden. Ist die Krankenkasse gegen eine Veröffentlichung, bewahrt auch Assekurata Stillschweigen über das Rating.

1.11 Veröffentlichung

Die Veröffentlichung des Ratings erfolgt auf verschiedene Weise:

- **Pressemitteilung:** Assekurata informiert die Öffentlichkeit mit einer Pressemitteilung.
- **Öffentlichkeitsbericht:** Die Analysten fassen das Rating in einem Bericht für die **Öffentlichkeit** zusammen. Diesen stellt Assekurata auf ihrer Website zum kostenlosen Lesen und Herunterladen zur Verfügung.
- **Gütesiegel und Zertifikat:** Assekurata-Krankenkassenratings erfüllen einen hohen Standard. Geratete Unternehmen erwerben damit ein Gütesiegel, das ihre Qualität am Markt glaubhaft belegt. Auf Wunsch erstellt Assekurata der Kasse ein Zertifikat mit dem Assekurata-Gütesiegel sowie einer knappen Zusammenfassung der vier Teilqualitäten.
- **Zentraler Datenspeicher der Europäischen Aufsichtsbehörde ESMA:** Assekurata ist dazu verpflichtet, ihre veröffentlichten Ratings an einen zentralen Datenspeicher der Aufsichtsbehörde, den so genannten Central Repository for Credit Rating Agencies (CEREP), zu melden. Weitere Informationen finden sich unter <https://cerp.esma.europa.eu/cerep-web/>.
- **Rating-Plattform:** Als Mitglied der European Association of Credit Rating Agencies (EACRA) hat sich Assekurata dazu bereit erklärt, ihre Ratings auf der von EACRA unterstützten globalen Rating-Plattform zu veröffentlichen. Weitere Informationen auf <http://ratingplatform.com/>.

1.12 Fortlaufende Überwachung und Folgerating

Das Assekurata-Krankenkassenrating ist nach Bekanntgabe grundsätzlich für die Dauer von zwölf Monaten gültig. Während dieses Zeitraums wird die Entwicklung der Krankenkasse und des Ratings durch den leitenden Analysten fortlaufend überwacht (Monitoring). Hierdurch wird die Aktualität der Rating-Aussage jederzeit sichergestellt. Um die Aktualität zu gewährleisten, muss bis zum Ablauf eines Jahres ein Folgeratingprozess durchgeführt werden. Verpflichtet ist die Krankenkasse dazu jedoch nicht. In der Aktualisierungsphase behält das bisherige Rating seine Gültigkeit. Wird kein Folgerating durchgeführt, darf das Rating nach der 12-Monatsfrist nicht mehr in der Öffentlichkeit verwendet werden. Assekurata teilt der Öffentlichkeit per Pressemitteilung mit, dass das Rating keine Gültigkeit mehr besitzt.

1.13 Anpassung von Ratings

Treten im Gültigkeitszeitraum außerordentliche Ereignisse oder Entwicklungen auf, die sich auf die Bewertung der Krankenkasse auswirken, kann Assekurata das Rating auch vor Ablauf von zwölf Monaten anpassen. Sofern es aus Sicht von Assekurata einer Rating-Anpassung bedarf, informiert Assekurata die betroffene Krankenkasse. Die Information der Öffentlichkeit geschieht durch die Aufnahme der betroffenen Ratings auf die Watchlist und eine entsprechende Presseerklärung. Der Öffentlichkeitsbericht wird nicht angepasst, allerdings wird auf die Teilqualitäten, die unter besonderer Beobachtung stehen, hingewiesen. Krankenkassen, deren Ratings sich gerade auf der Watch-List befinden, kennzeichnet Assekurata auf ihrer Internetseite mit dem Suffix „Ratingw.“

Für die Überprüfung fordert Assekurata von der Krankenkasse detaillierte Informationen, die die betroffenen Teilqualitäten, aber auch das Gesamtrating betreffen. Ratings auf der Watchlist müssen nicht zwangsweise zu einer Veränderung der Rating-Notation führen. Das Rating-Komitee von

Assekurata entscheidet darüber, ob Teilqualitäten beziehungsweise das Rating gegebenenfalls herabgestuft werden müssen (Downgrading). Ist dies der Fall, wird der Öffentlichkeitsbericht entsprechend angepasst. Das herabgesetzte Rating behält seine Gültigkeit bis zu dem Zeitpunkt, an dem das Ausgangsrating seine Aktualität verloren hätte.

Durch die EU-Verordnung 1060/2009 ist Assekurata als beaufsichtigte Credit Rating Agency (CRA) dazu verpflichtet, bei einer grundlegenden Anpassung des Rating-Modells das aktuelle Rating des Auftraggebers erneut zu prüfen. Sofern sich aus der Überprüfung eine Veränderung des Ratings ergibt, gelten die Regelungen zur Vorgehensweise bei außerordentlichen Ereignissen analog.

Für die Überführung eines veröffentlichten Ratings auf die Watchlist berechnet Assekurata der betroffenen Krankenkasse keine zusätzlichen Aufwendungen. Für das Downgrading erhebt Assekurata von der betroffenen Krankenkasse zusätzliche Aufwendungen, die im Einzelfall vereinbart werden.

1.14 Aberkennung des Ratings

Ein veröffentlichtes Rating wird dann aberkannt, wenn durch besondere Entwicklungen die Grundlagen für das veröffentlichte Rating (z.B. durch Fusion) entzogen sind. Auch in den Fällen, in denen Assekurata das ursprüngliche Ergebnis nicht aufrecht erhalten kann, die Krankenkasse allerdings ein Downgrading oder gar die Kooperation ablehnt, kommt es zu einer Aberkennung des Ratings. In diesem Fall unterrichtet Assekurata die Öffentlichkeit in Form einer Pressemitteilung.

Für die Aberkennung des Ratings erhebt Assekurata keinen Zusatzaufwand. Die Krankenkasse hat das Recht, unmittelbar im Anschluss an die Aberkennung ein neues Rating in Auftrag zu geben. Gleichzeitig kann die Krankenkassen die Öffentlichkeit über die laufende Überarbeitung des aberkannten Ratings in Kenntnis setzen.

2. Rating-Methodik

2.1 Die Teilqualitäten

Ein Assekurata-Krankenkassenrating setzt sich aus vier Teilqualitäten zusammen. Hierdurch wird eine Krankenkasse ganzheitlich untersucht und analysiert.

Die Teilqualitäten Finanzstabilität und Kundenorientierung haben bei einem Assekurata-Krankenkassenrating eine besondere Bedeutung mit Durchschlageffekt: Falls eine dieser Teilqualitäten schlechter als „noch zufriedenstellend“ ausfällt, wird das Gesamtrating mindestens auf diesen Wert herabgestuft.

Die Teilqualitäten werden im Assekurata-Krankenkassenrating einer Kennzahlenanalyse und einer Systemprüfung unterzogen. Beim Leistungsangebot weicht Assekurata hiervon ab. Hier erfolgt ausschließlich eine Systemprüfung. Während die Kennzahlenanalyse auf einer Vielzahl an quantitativen Messkriterien basiert, dient die Systemprüfung der Bewertung von „weichen“ qualitativen Beurteilungsfaktoren. Über die Systemprüfung werden insbesondere die Sachverhalte berücksichtigt, die nicht adäquat über quantitative Kennzahlen abgebildet werden können.

- **Kennzahlenanalyse:** Repräsentative ökonomische Geschäftskennzahlen unter Berücksichtigung marktbezogener Benchmarks und unternehmensindividueller Besonderheiten
- **Systemprüfung:** Experteneinschätzung betriebswirtschaftlicher Sachverhalte im Kontext der jeweiligen Teilqualität und des spezifischen Marktumfeldes

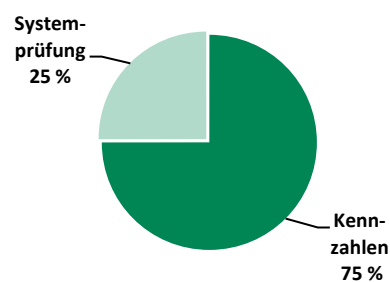
Um quantitative und qualitative Effekte aus sich abzeichnenden Veränderungen in das Rating einfließen zu lassen, berücksichtigt Assekurata sowohl in der Kennzahlenanalyse als auch in der Systemprüfung die Planungen und Potenziale eines Unternehmens.

Die Teilqualitäten werden im Assekurata-Rating für gesetzliche Krankenversicherer wie folgt gewichtet:

Gewichtung in %	
Finanzstabilität	30
Kundenorientierung	30
Leistungsangebot	25
Wachstum/Attraktivität	15

2.2 Die Teilqualität Finanzstabilität

Die Finanzstabilität einer Krankenkasse ist einer der grundlegenden Prüfaspekte im Krankenkassenrating von Assekurata. Eine stabile und solide finanzielle Basis ist für gesetzliche Krankenversicherer von grundlegender Bedeutung. Sie ist mitentscheidend für eine langfristige Existenzsicherheit. Aufgrund ihrer herausragenden Bedeutung für die Zukunftsfähigkeit eines gesetzlichen Krankenversicherers berücksichtigt Assekurata diese Teilqualität mit einem Gewicht von 30 % im Rating.



Kennzahlen in der Teilqualität Finanzstabilität

Die Bewertung umfasst die folgenden Kennzahlen:

- Deckungsbeitrag Gesundheitsfonds
- Einnahmerendite
- Betriebsmittel und Rücklagen in Tagesausgaben
- Betriebsmittel und Rücklagen nach Stresstest
- Nettoverwaltungskosten je Versichertem

Systemprüfung in der Teilqualität Finanzstabilität

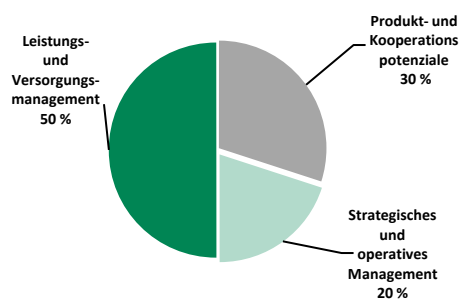
Folgende Felder sind Gegenstand der Prüfung und Bewertung:

- Management von Leistungs- und Beitragsrisiken
- Management operativer Risiken

- Management von Marktrisiken
- Management von Finanzrisiken
- Instrumente und Tools des Risikomanagements
- Aufbau- und Ablauforganisation des Risikomanagements
- Internes Steuerungs- und Kontrollsystem
- Risikokontrollprozess (Risikoidentifikation, Risikoanalyse, Risikosteuerung, Risikoüberwachung)
- Risikokultur
- Risikoberichterstattung
- Interne Revision
- Notfallplanung

2.3 Die Teilqualität Leistungsangebot

Kernaufgabe eines gesetzlichen Krankenversicherers ist es, die Versicherten mit Gesundheitsleistungen, das heißt Prävention, Diagnose und Therapie, zu versorgen. Dabei ist der Großteil des Leistungskatalogs gesetzlich festgelegt. Deshalb konzentriert sich das Assekurata-Rating insbesondere auf solche Leistungen, die über die Regelversorgung hinausgehen. Da dies von der strategischen Ausrichtung der jeweiligen Krankenkasse abhängt, berücksichtigt Assekurata hier auch die strategischen Ziele und deren Umsetzung. Diese Teilqualität fließt mit 25 % in die Urteilsfindung ein.



Systemprüfung in der Teilqualität Leistungsangebot

Strategisches und operatives Management

- Unternehmenszielsystem, -vision und -leitbild
- Langfristplanung
- Strategische Kooperationen und Partnerschaften

Produkt- und Kooperationspotenziale

- Produktentwicklung und -gestaltung
- PKV-Kooperationen

- Freiwillig angebotene Wahltarife

Leistungs- und Versorgungsmanagement

- Regelleistungen
- Satzungsleistungen
- Versorgungskonzepte
- Produktentwicklung

2.4 Die Teilqualität Kundenorientierung

Ein Assekurata-Krankenkassenrating ist eine Entscheidungshilfe für den Verbraucher. Aus diesem Grund bezieht das Rating-Team auch beim Krankenkassenrating durch eine Kundenbefragung die Erfahrungen der Mitglieder in das Rating ein und analysiert die Serviceleistungen und -potenziale des gesetzlichen Krankenversicherers. Der Prüfpunkt Kundenorientierung geht mit 30 % in das Rating ein.

Im Zuge der Kundenbefragung erkundigt sich Assekurata bei 800 Mitgliedern nach ihren Erfahrungen mit der Krankenkasse. Sowohl die Kundenzufriedenheit als auch die Kundenbindung werden in Form von Indices als Kennzahlen in das Gesamturteil der Teilqualität Kundenorientierung einbezogen.

Die Kundenzufriedenheit sagt aus, welchen Grad an Kundenorientierung ein Anbieter erreicht hat, das heißt, inwieweit er den Wünschen seiner Kunden entspricht. Zufriedenheit spiegelt die Beurteilung der Kunden im Hinblick auf ihre zurückliegenden Erfahrungen mit dem Unternehmen wider. Der Grad der Zufriedenheit hängt davon ab, inwieweit die wahrgenommenen Leistungen mit den Erwartungen übereinstimmen. Diese subjektiven Erwartungen drücken sich bei den Kunden allgemein durch deren individuelles Anspruchsniveau, bisherige Erfahrungen, das Image des Anbieters, das Leistungsversprechen des Anbieters und das Wissen um alternative Angebote aus.

Assekurata interpretiert die Kundenzufriedenheit kumulativ als Ausdruck aller bisherigen Erfahrungen, die der Kunde mit der Krankenkasse hatte. Dazu gehören alle Berührungspunkte von den Produkten und Preisen über den Schriftverkehr bis zum Verhalten der Mitarbeiter im Vertrieb und Innendienst. Entspricht die Orientierung an den Kundenwünschen einer hervorragenden Leistungsqualität, kann sich Zufriedenheit einstellen. Diese wiederum ist eine der Voraussetzungen

dafür, dass die Kunden dem Versicherer loyal gegenüberstehen.

Die Wechselwahrscheinlichkeit eines Kunden hängt von einer Vielzahl verschiedener Faktoren ab. Die Zufriedenheit ist nur bei einem Teil der Kunden Ursache dafür, dem Unternehmen treu zu bleiben. Umgekehrt ist nicht immer Unzufriedenheit die Ursache für einen Wechsel zu einem anderen Anbieter. Aus diesem Grund ist es für eine Krankenkasse bedeutsam, eine hohe Kundenbindung anzustreben. Als loyal kann ein Versicherter gelten, wenn er unter anderem bereit ist, erneut einen Versicherungsvertrag bei dem Unternehmen abzuschließen. Neben der Weiterempfehlungsrate in der Vergangenheit besitzt die Kundenbindung die vorausschauenden Komponenten Weiterempfehlungsabsicht, Bereitschaft, Zusatzverträge abzuschließen und Kündigungsresistenz. Während mit der Zufriedenheit eine Einstellung der Kunden zu ihrer Krankenkasse gemessen wird, erfasst die Kundenbindung eine Verhaltenskomponente. Aus diesem Grund misst und bewertet Assekurata beide Dimensionen anhand von Kennzahlen.

Kennzahlen in der Teilqualität Kundenorientierung

Das Merkmal Zufriedenheit wird im Kundenzufriedenheitsindex durch die Aspekte

- Gesamtzufriedenheit,
- Vertrauen,
- Image und
- Wertschätzung gemessen und bewertet.

Die Kundenbindung wird im Kundenbindungsindex anhand der Items

- künftige Weiterempfehlungsbereitschaft,
- Wiederabschlussbereitschaft,
- exklusive Wahrnehmung der Krankenkasse als Anbieter sowie
- latente Kündigungsabsicht gemessen und bewertet.

Systemprüfung in der Teilqualität Kundenorientierung

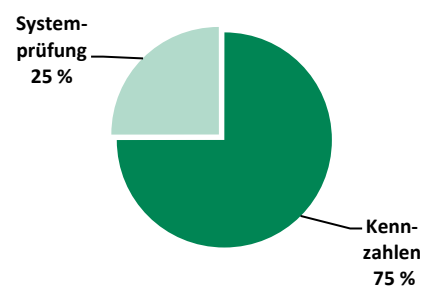
Die Systemprüfung in der Teilqualität Kundenorientierung umfasst vier Themengebiete der Kundenbetreuung und -beratung.

- **Service- und Kundenorientierung des Managements**
 - Serviceziele und -steuerung

- Servicehighlights
- **Kommunikationspotenziale:**
 - Beratungs- und Betreuungskonzepte
 - Interne und externe Kommunikationswege
- **Personelle Servicepotenziale**
 - Führungskultur
 - Strategien zur Personalentwicklung und -vergütung
- **Prozesspotenziale**
 - Prozessmanagement
 - Beschwerdemanagement
 - Kündigungsmanagement

2.5 Die Teilqualität Wachstum/ Attraktivität im Markt

Mitgliederwachstum ist eine zentrale Voraussetzung für Kostendegression und Effizienz sowie für die Gestaltung des Risikoausgleichs in einem Versichertenkollektiv. Zudem ist Wachstum ein Gradmesser für die Attraktivität im Markt. Das Wachstum und den Markterfolg einer Krankenkasse misst und bewertet Assekurata anhand von Wachstumskennzahlen. Aber auch qualitative Aspekte, wie die Marketing- und Vertriebsaktivitäten einer Krankenkasse, untersucht das Rating-Team in dieser Teilqualität, die ein Gewicht von 15 % im Gesamtrating hat.



Kennzahlen in der Teilqualität Wachstum/Attraktivität im Markt

- Zuwachsrate Mitglieder
- Zuwachsrate Versicherte
- Kündigungsquote

Systemprüfung in der Teilqualität Wachstum/Attraktivität im Markt

- Vertriebsaktivitäten
Marketingaktivitäten Betriebliche Krankenversicherung