ASSEKURATA Punkt!

Nr.13 Jahrgang 2008 08.12.2008

Unsere Themen:

- *Schafft der Kostenausweis Transparenz in der PKV?*
- *Der Kostenausweis in der privaten Krankenversicherung*
- *Die Assekurata-Ratings der letzten Monate*
- *Ratingskala und Ratingdefinition des Assekurata-Ratings*
- *Assekurata-Ratings*

Vorwort

Schafft der Kostenausweis in der PKV Transparenz?

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Willkommen zu einem Sondernewsletter aus dem Hause Assekurata. Anlass für diese außerplanmäßige Veröffentlichung ist eine neue Assekurata-Untersuchung. In dieser gehen wir der Frage nach, wie die privaten Krankenversicherer (PKV) den seit dem 1. Juli 2008 gesetzlich Verordneten Kostenausweis in der Praxis umsetzen.

Durch diese Maßnahme sollen Verbraucher mehr Durchblick über die jeweiligen Kosten der Tarife erhalten und die ihnen aufgebürdeten Kosten besser beurteilen sowie deren Höhe zwischen verschiedenen Versicherern vergleichen können. Bereits bevor die Regelung eingeführt wurde, war ein Raunen durch die Versicherungsbranche gegangen. Dabei begründeten die privaten Krankenversicherungsunternehmen ihre Kritik mit den unternehmensindividuellen Finanzierungsverfahren und Verteilungsmechanismen von Kosten innerhalb der Branche. Diese, so die PKV-Vertreter, würden eine einheitliche und vergleichbare Kostendarstellung bereits im Keim vereiteln. So scheitere der Plan einer Darstellung der Abschluss- und Vertriebskosten einschließlich der Provisionen, die der Vermittler erhalte, in Form eines einheitlichen Betrags in der PKV allein schon daran, dass jedes

Dr. Reiner Will

Unternehmen individuelle Vereinbarungen mit den Vermittlern über die Povisionszahlungen träfe. Auch könnten die Abschlusskosten bei Beginn des Vertrags vielfach nicht beziffert werden, weil nicht bekannt sei, wie lange der Vertrag bestehen werde. Wenn schon mehr Transparenz, dann müsse jedoch unbedingt Vergleichbarkeit geschaffen werden, um einen fairen Leistungswettbewerb in der privaten Krankenversicherung zu sichern.

Die neue Regelung bewirke eher das Gegenteil: Für die Unternehmen sei hiermit ein Anreiz geschaffen worden, durch einen gesteuerten Abschlusskostenausweis die eigene Wettbewerbsposition zu verbessern, indem Kunden eine geringere Kostenbelastung als bei konkurrierenden Gesellschaften suggeriert werde. Letztendlich werde eine Vergleichbarkeit von Abschlusskosten vorgespiegelt, welche tatsächlich nicht gegeben sei. Diese Kritik war für Assekurata Grund genug, um sich eingehend damit auseinanderzusetzen, wie die PKV-Unternehmen den geforderten Kostenausweis in der Praxis umsetzen, inwiefern sich Unterschiede zwischen den Unternehmen feststellen lassen und welche Folgen dies für den Verbraucher hat.

Dabei untersuchten wir unterschiedliche private Krankenversicherungstarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Leistungen von insgesamt 27 Gesellschaften, welche gemessen an den gebuchten Bruttobeiträgen zusammen einen Marktanteil von circa 92 Prozent in der PKV haben. Es wurden jeweils Tarife mit einem mittleren Leistungsspektrum (Komfortsegment) ausgewählt. Dabei kamen wir zu interessanten Ergebnissen, die ich hier aber nicht vorwegnehmen möchte.

Ansonsten finden Sie in *ASSEKURATA*Punkt! wie gewohnt eine kurze Zusammenstellung der letzten sowie aller aktuell gültigen Assekurata-Ratings.

Viel Spaß bei der Lektüre.

Ihr

Dr. Reiner Will, Geschäftsführender Gesellschafter der Assekurata GmbH

Studie

Der Kostenausweis in der privaten Krankenversicherung

Mit der VVG-Reform ist am 1. Januar 2008 auch die Informationspflichtenverordnung in Kraft getreten. Hierin wird privaten Versicherern auferlegt, die in eine Prämie einkalkulierten Kosten auszuweisen. Ziel ist es, hierdurch für mehr Transparenz auf Seiten der potentiellen Kunden zu sorgen. Sie sollen über die zu tragenden Kosten informiert werden und deren Höhe zwischen verschiedenen Versicherern und Angeboten vergleichen können. Während Verbraucherschützer dieses Plus an Transparenz begrüßen, stehen die privaten Krankenversicherer vor erheblichen Problemen, die einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie die Verwaltungskosten zu bestimmen. Darüber hinaus bezweifeln viele Experten, ob die ausgewiesenen Kosten objektiv zwischen den einzelnen Unternehmen vergleichbar sind.

Dies war für Assekurata Grund genug, um sich eingehend mit diesem Thema zu beschäftigen. Zur Analyse der ausgewiesenen Abschlusskosten im Markt der privaten Krankenversicherung ist zunächst ein Überblick zur Prämienkalkulation sowie zur Bestimmung der relevanten Kostenzuschläge vonnöten. Anschließend gilt es, darzustellen, welche Kosten von den Gesellschaften in welcher Form auszuweisen sind und warum es hierbei zu Schwierigkeiten kommt.

Die Prämienkalkulation

Die versicherungsmathematische Kalkulation der Prämien in der PKV basiert auf verschiedenen Rechnungsgrundlagen. Zunächst bestimmt der Versicherer die Nettoprämie, welche ausschließlich der rechnungsmäßigen Deckung der Leistungen im Rahmen der Übernahme des Krankheitskostenrisikos dient. Von grundsätzlicher Bedeutung für die Kalkulation der Nettoprämien nach aktuariellen Methoden sind dabei die biometrischen Rechnungsgrundlagen Kopfschäden, Sterbetafel, Stornowahrscheinlichkeit sowie der Rechnungszins. Durch das Hinzurechnen eines Sicherheitszuschlags und sonstiger Zuschläge, welche zur Deckung der weiteren Kosten des Krankenversicherers dienen, wird schließlich die Bruttoprämie bestimmt. In § 8 Abs. 1 der Kalkulationsverordnung findet sich eine Auflistung der sonstigen Kosten, welche durch Zuschläge gedeckt werden sollen. Hierbei handelt es sich um

1. die unmittelbaren Abschlusskosten,
2. die mittelbaren Abschlusskosten,
3. die Schadenregulierungskosten,
4. die sonstigen Verwaltungskosten,
5. einen Zuschlag für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung und
6. einen Zuschlag für den Standardtarif.

Als unmittelbare Abschlusskosten werden Aufwendungen bezeichnet, welche in direktem Zusammenhang mit der Neuakquise eines Versicherungsvertrages stehen. Dies sind insbesondere Abschlussprovisionen für Vermittler, welche als Anzahl der Monatsbeiträge bestimmt werden. Zur Deckung dieser Kosten werden unterschiedliche Finanzierungsverfahren genutzt, welche miteinander kombiniert werden können.

Bei der Kalkulation mit dem Zillmerverfahren werden die unmittelbaren Abschlusskosten in der Prämienberechnung berücksichtigt. Die Aufwendungen werden dabei als eine Art „Darlehen“

betrachtet, welches die Versicherung dem Versicherungsnehmer zu Beginn der Vertragsbeziehung zur Verfügung stellt. Bis zur vollständigen Deckung der unmittelbaren Abschlusskosten wird der Prämienbestandteil, der die erwarteten Kopfschäden übersteigt, nicht für die Alterungsrückstellung, sondern zum Abbau der Schuld verwendet. Man kann sich dieses Verfahren so vorstellen, dass die Alterungsrückstellungen zu Beginn des Versicherungsvertrages einen negativen Wert annehmen – genau in dem Umfang der „gezillmerten Abschlusskosten". Diese Schuld muss der Versicherungsnehmer zunächst abtragen, bevor er tatsächlich Rückstellungen für spätere Jahre bildet. Auf diese Weise gelingt es den Versicherern, die unmittelbaren Abschlusskosten auf den Kunden zu übertragen. In § 8 Abs. 3 der Kalkulationsverordnung wird dargestellt, in welchem Umfang die Einrechnung dieser Aufwendungen in die Prämie erfolgen darf.

Darüber hinaus können Krankenversicherer die unmittelbaren Abschlusskosten durch laufende Beitragszuschläge, temporäre Zuschläge oder Wartezeit- und Selektionsersparnisse finanzieren. Letztere beruhen auf geringeren Kopfschäden in den ersten Versicherungsjahren als Resultat der abzuleistenden Wartezeiten und den durch die Risikoprüfung bedingten Selektionswirkungen. Sie werden somit nicht in die Prämie eingerechnet. Welche Möglichkeiten hierbei genutzt werden, kann von den Unternehmen frei bestimmt werden, was zu sehr unterschiedlichen Vorgehensweisen im Markt führt.

Mit Ausnahme der unmittelbaren Abschlusskosten, des Sicherheitszuschlags und des Zuschlags für den Standardtarif hat die Zuschlagskalkulation jeweils als altersunabhängiger absoluter Stückkostenzuschlag zu erfolgen. Demnach können die jeweiligen Zuschläge durchaus nach Geschlecht und jeweiligem Tarif variieren. Unter die mittelbaren Abschlusskosten sind die sonstigen Aufwendungen des Vertriebs zu subsummieren. Hierzu zählen etwa Kosten für Werbung, die durchzuführende Risikoprüfung oder sonstige Organisationskosten des Außendienstes. Für diesen, als Stückkosten zu bestimmenden Zuschlag, wird, wie auch für die Zuschläge für Schadenregulierungskosten, Verwaltungskosten und erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung, in der Praxis zuerst ein einheitlicher, bruttobeitragsbezogener proportionaler Hebesatz festgelegt. Hierüber werden dann üblicherweise die jeweils auf eine bestimmte Gruppe insgesamt zu übertragenden Kosten festgelegt und diese dann als absolute Kostenzuschläge auf die einzelnen versicherten Personen verteilt. Auch hierbei bestehen für die Unternehmen und deren zuständige Aktuare gestalterische Freiräume, wodurch es wiederum zu verschiedenen Berechnungsmethoden kommt.

Versicherungsunternehmen sind gesetzlich dazu verpflichtet, die rechnungsmäßigen Kostenansätze in überprüfbarer Weise zu belegen. Hierfür führen sie Kostennachweise, welche die Auskömmlichkeit der Ansätze dokumentieren. Die mittelbaren Abschlusskosten und die sonstigen Verwaltungskosten werden dabei in Prozent der Gesamtbeitragseinnahmen dargestellt, da sie durch den gesamten Versichertenbestand getragen werden, und schließlich dem kalkulierten Kostensatz gegenübergestellt. Die unmittelbaren Abschlusskosten werden hingegen als Vielfaches zum monatlichen Neubeitrag ausgewiesen, da sie sich nur auf Neuverträge beziehen. Diesem Wert werden anschließend die entsprechend zur Verfügung stehenden Monatsbeiträge aus den jeweiligen Finanzierungsquellen gegenübergestellt und überprüft, ob damit die unmittelbaren Abschlusskosten gedeckt werden können.

Informationspflichtenverordnung und Ausweis der Abschlusskosten

Die im Dezember 2007 verkündete Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV) gibt den privaten Krankenversicherern nun vor, die Versicherungsnehmer über die „Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten" zu informieren. „Dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag […] auszuweisen." Dabei sind sowohl mittelbare als auch unmittelbare Abschlusskosten auszuweisen. Eine Einschränkung ergibt sich durch den Bezug auf die „in die Prämie einkalkulierten Kosten", wodurch die Höhe der unmittelbaren Abschlusskosten, die durch Zillmerung oder Wartezeit- und Selekti-

onsersparnisse finanziert werden, nicht zwingend ausgewiesen werden muss.[1] Aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungsverfahren der Gesellschaften und der nicht eindeutigen Formulierung des Gesetzes hat der Verband der privaten Krankenversicherung vorgeschlagen, die unmittelbaren Abschlusskosten, die als Anzahl Monatsbeitrag kalkuliert sind, als Gesamtbetrag in Euro anzugeben. Unabhängig davon, ob sie durch Zillmerung oder einen laufenden Zuschlag finanziert werden. Ersparnisse aus der Risikoselektion und aus Wartezeiten sollen hingegen abgezogen werden. Die mittelbaren Abschlusskosten und die Verwaltungskosten sollen als laufende Kosten in Euro und Cent, bezogen auf den Monatsbeitrag, ausgewiesen werden. Nach Ansicht des Verbandes könnte dies - bei brancheneinheitlicher Vorgehensweise - zu einigermaßen vergleichbaren Werten führen.

Damit soll eine möglichst hohe Transparenz für den zu Versichernden geschaffen und dieser in die Lage versetzt werden, die ihm aufgebürdeten Kosten zu beurteilen sowie deren Höhe zwischen verschiedenen Versicherern zu vergleichen. Die Kritik an dem geforderten Ausweis der einkalkulierten Abschlusskosten bezieht sich auf die unternehmensindividuellen Finanzierungsverfahren und Verteilungsmechanismen innerhalb der Branche, welche eine einheitliche und vergleichbare Kostendarstellung verhindern. Der Direktor des PKV-Verbandes Volker Leienbach begründet dies damit, dass, wenn ein Versicherer die unmittelbaren Abschlusskosten eines Vertrages über einen monatlichen Beitragszuschlag kalkuliere, der Ausweis der Gesamtkosten bereits daran scheitere, dass die Laufzeit des Vertrages nicht im Vorfeld bekannt sei. Andere Kritiker betonen, dass Unternehmen, die zur Finanzierung der Abschlusskosten keine Wartezeit- und Selektionsersparnisse einsetzen, höhere einmalige Abschlusskosten ausweisen. Für die Unternehmen sei dadurch ein Anreiz geschaffen worden, durch einen gesteuerten Abschlusskostenausweis die eigene Wettbewerbsposition zu verbessern, indem Kunden eine geringere Kostenbelastung als bei konkurrierenden Gesellschaften suggeriert werde. Letztendlich werde eine Vergleichbarkeit von Abschlusskosten vorgespiegelt, welche tatsächlich nicht gegeben sei.

Assekurata arbeitet im Rahmen dieser Studie empirische Belege für diese Kritikpunkte heraus und beleuchtet weitere mögliche Problemfelder.

Auswahl der zu untersuchenden Tarife

Die folgende Untersuchung basiert auf unterschiedlichen privaten Krankenversicherungstarifen für ambulante, stationäre und zahnärztliche Leistungen bei insgesamt 27 Gesellschaften, welche gemessen an den gebuchten Bruttobeiträgen zusammen einen Marktanteil von circa 92 Prozent in der PKV haben. Es wurden jeweils Tarife mit einem mittleren Leistungsspektrum (Komfortsegment) ausgewählt. Eine detaillierte Aufstellung der untersuchten Gesellschaften und Versicherungstarife ist im Anhang dargestellt. Die gesamte Datenerhebung fand im Zeitraum Juli bis September 2008 statt. Als Referenzperson wurde ein männlicher Angestellter mit allgemeiner Bürotätigkeit im Alter von 35 Jahren gewählt. Für die gewählten Tarife wurden jeweils der zu zahlende Beitrag sowie die ausgewiesenen einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten, die monatlichen Abschluss- und Vertriebskosten und die monatlichen Verwaltungskosten dargestellt. Die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten wurden daraufhin in Höhe der Monatsbruttobeiträge (ohne gesetzlichen 10%-Zuschlag) und die laufend zu tragenden Kosten als Anteil des monatlichen Bruttobeitrags bestimmt.

[1] Bei der zugrunde liegenden Formulierung sind unterschiedliche Interpretationsmöglichkeiten gegeben. Dementsprechend wird in der Praxis hier unterschiedlich verfahren.

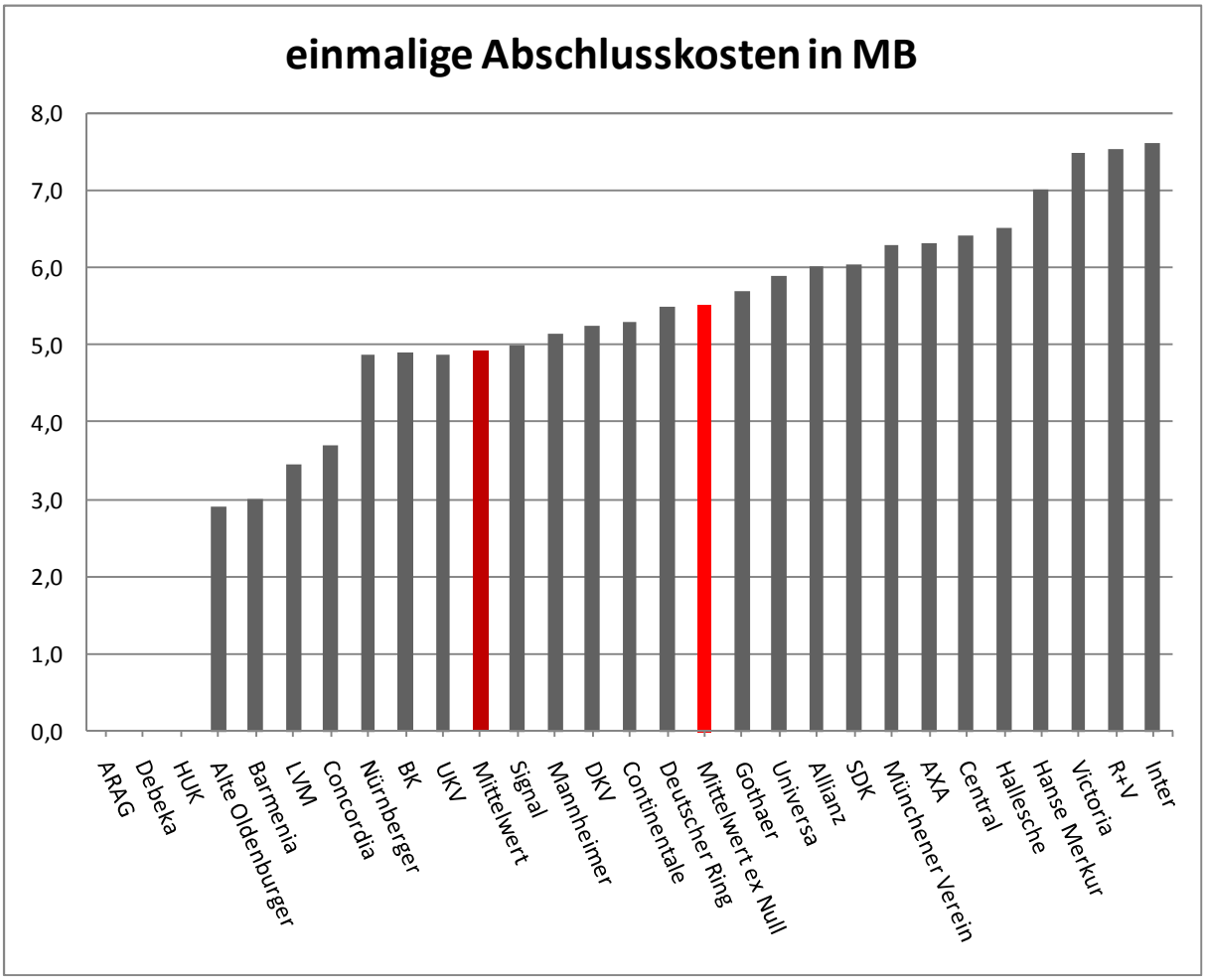
Einmalige Abschluss- und Vertriebskosten

Die Analyse der einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten zeigt deutliche Differenzen zwischen den untersuchten Gesellschaften. Bei modularen Krankenversicherungstarifen zeigen sich zum Teil einheitliche Abschlusskosten in Höhe des Monatsbeitrags zwischen den einzelnen Komponenten, teilweise werden den einzelnen Vertragsbausteinen aber auch prozentual unterschiedliche Anteile zugerechnet. So sind beispielsweise bei dem untersuchten modularen Tarif der Gesellschaft A für jede Komponente sieben Monatsbeiträge als einmalige Abschlusskosten ausgewiesen, während bei der Gesellschaft B die jeweilige Höhe zwischen den Komponenten variiert. Ebenso schreiben einige Gesellschaften dem Zahnbaustein keine Abschlusskosten zu (bspw. Gesellschaft C).

Gesellschaft	Tarifkombination	Einzeltarif	Beitrag	AK einmalig	AK in MB
Gesellschaft A	AX, BX, CX	AX	245,67	1719,69	7,000
		BX	64,07	448,49	7,000
		CX	41,47	290,29	7,000
Gesellschaft B	AY, BY, CY, DY	AY	228,34	1940,89	8,500
		BY	82,56	577,92	7,000
		CY	31,27	218,89	7,000
		DY	61,32	275,94	4,500
Gesellschaft C	AZ, BZ, CZ	AZ	159,19	573,08	3,600
		BZ	88,04	316,94	3,600
		CZ	59,31	0,00	0,000
Gesellschaft D	Kompakttarif	-	253,40	1393,70	5,500

Diese Inkonsistenzen sind auf unterschiedliche Berechnungsweisen in den einzelnen Häusern zurückzuführen. Um eine hohe Vergleichbarkeit, sowohl zwischen modularen Tarifen als auch mit Kompakttarifen, innerhalb der Untersuchung zu gewährleisten, wurden die ausgewiesenen Kosten und Beiträge der modularen Tarifwerke jeweils addiert und somit die Gesamtwerte der Tarifkombinationen bestimmt.

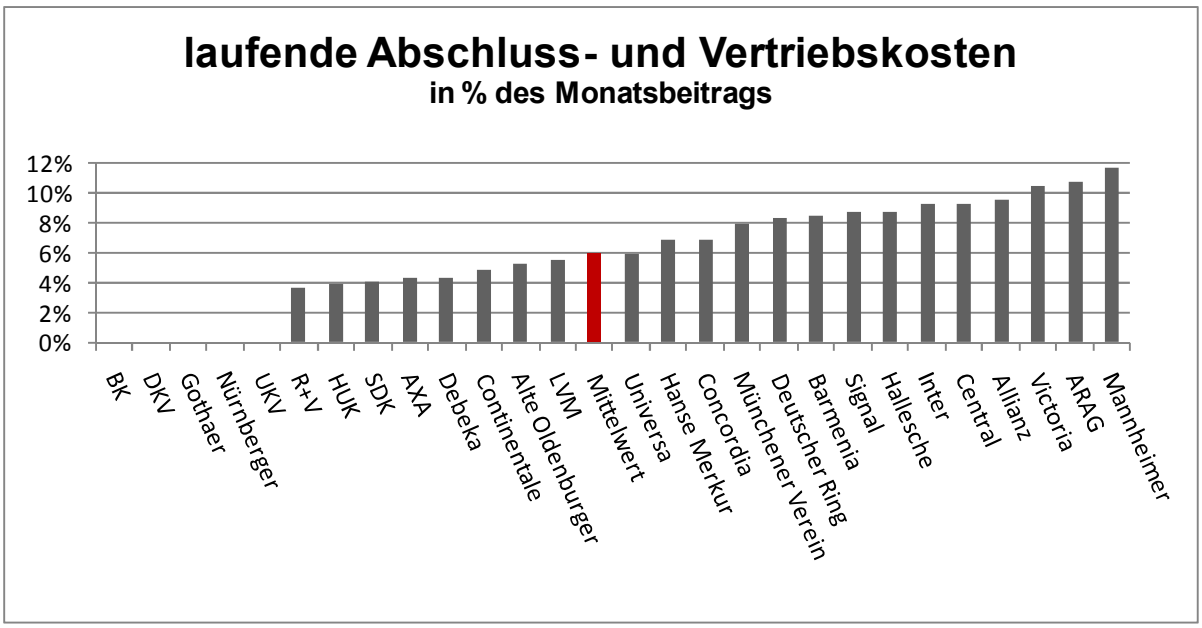
Die Gesellschaften weisen in den von Assekurata untersuchten Tarifen sehr unterschiedliche Höhen von einkalkulierten einmaligen Abschlusskosten aus. Während drei Unternehmen angeben, dass vom Versicherten keinerlei einmalige Kosten zu tragen sind, liegt der maximal festgestellte Wert bei 7,6 Monatsbeiträgen. Der Mittelwert über alle Gesellschaften beträgt 4,9 Monatsbeiträge. Ohne Berücksichtigung der drei Gesellschaften, die keine Abschlusskosten ausweisen, beträgt der Mittelwert 5,5 Monatsbeiträge. Insgesamt weisen die Angaben eine große Streuung auf (Standardabweichung: 2,17 Monatsbeiträge).



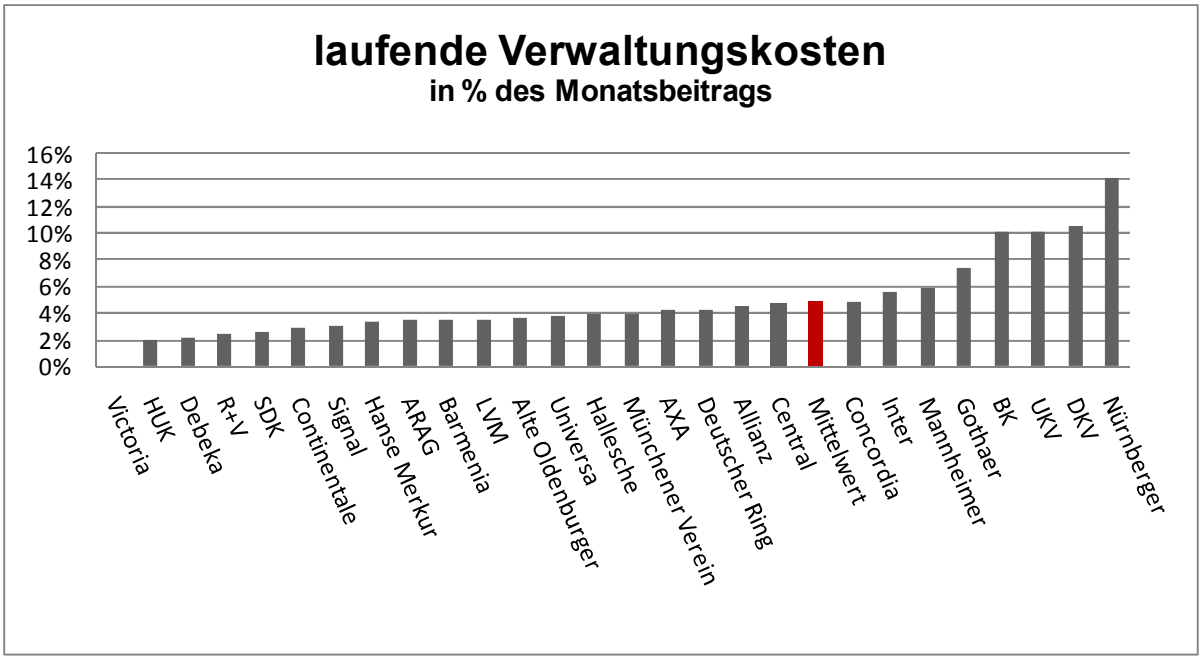
Eine schlüssige Interpretation der Daten ist schwierig. So ließe sich z.B. vermuten, dass Unterschiede bei den unmittelbaren Abschlusskosten aus unterschiedlichen Vertriebsstrukturen ableitbar sind. Dafür fehlen aber empirisch gesicherte Beweise. In jedem Segment der Verteilung finden sich Versicherer mit vergleichbaren Vertriebsstrukturen, so dass sich hieraus keine eindeutigen Positionierungen ableiten lassen. Des Weiteren könnte die Wachstumssituation der Gesellschaften eine Erklärungsvariable für die Höhe der unmittelbaren Abschlusskosten darstellen. Allerdings führt dies auch nicht zu eindeutigen Ergebnissen. So geben einzelne Gesellschaften unterdurchschnittliche einmalige Abschlusskosten an, erreichen aber ein marktüberdurchschnittliches Wachstum und umgekehrt zeigen Versicherer mit geringem Personenwachstum hohe einmalige Abschlusskosten in Monatsbeiträgen. Es lässt sich also kein eindeutiges Erklärungsmuster ableiten. Es bleibt festzustellen, dass die Gesellschaften die unterschiedlichen Möglichkeiten, die einmaligen Abschlusskosten zu decken, intensiv nutzen. Es fehlen zudem Informationen darüber, ob gezillmerte Kosten tatsächlich, wie vom Verband der privaten Krankenversicherung unverbindlich empfohlen, ausgewiesen werden oder auf welche Weise der absolute Betrag von laufenden Zuschlägen berechnet wurde. Gleichzeitig liegen Assekurata Informationen vor, dass sich einzelne Unternehmen nicht an der Verbandsempfehlung orientieren und auch die über Wartezeit- und Selektionsersparnisse gedeckten Kostenanteile ausweisen.

Laufende Kostenzuschläge

Neben den einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten müssen die Versicherer angeben, welche laufenden Zuschläge für Abschluss- und Vertriebskosten sowie Verwaltungskosten bzw. übrige Kosten in die Prämie einkalkuliert sind. Erstere werden von den Versicherern mit Werten zwischen Null und 11,7 Prozent der Bruttoprämie angegeben. Der Mittelwert liegt bei 5,9 Prozent. Insgesamt fünf Unternehmen weisen diesen Kostenblock mit Null aus.



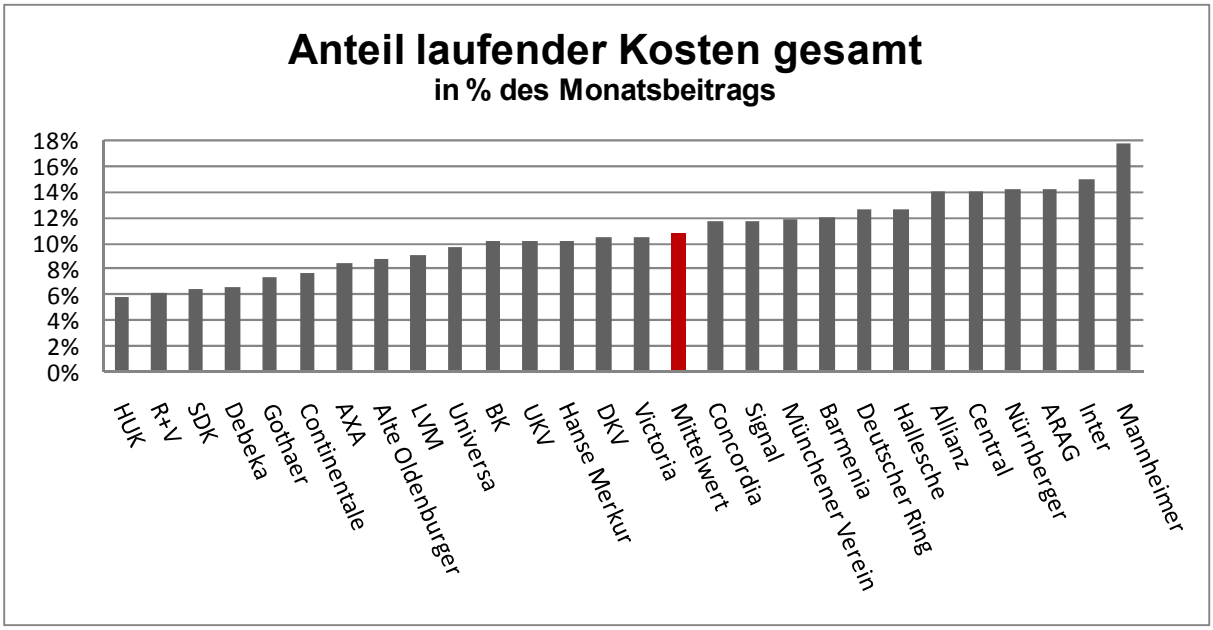
Bei dieser Kostendarstellung fällt auf, dass insbesondere Unternehmen, welche ihre Krankenversicherungen entweder hauptsächlich über Makler oder schlank organisierte, hochspezialisierte Krankenversicherungs-Ausschließlichkeitsvertriebe absetzen, auch geringe laufende Abschluss- und Vertriebskosten ausweisen. Demgegenüber kalkulieren eine Reihe von Gesellschaften mit Multikanalvertrieben deutlich höhere Anteile für diese Kosten in die laufende Prämie ein, welche durch die umfangreichere Organisation des Vertriebs und die Vielzahl der zu bedienenden Vertriebseinheiten zu begründen sind. Die laufenden Verwaltungskosten bzw. übrigen Kosten werden von den Versicherern mit Werten von Null bis 14,2 Prozent des Monatsbruttobeitrags betitelt. Der Mittelwert liegt bei 4,8 Prozent. Ein Versicherer gibt an, keine Kosten aus diesem Bereich in die Prämie einzukalkulieren. Insgesamt zeigt sich, dass die für diesen Bereich einkalkulierten laufenden Kosten geringer sind als die für laufende Abschluss- und Vertriebskosten.



Bei einer zusammenhängenden Analyse dieser beiden laufenden Kostenkomponenten zeigt sich ein negativer Zusammenhang in der jeweiligen Höhe.[2] Bei deutlich mehr als der Hälfte der untersuchten Gesellschaften liegt jeweils ein laufender Kostenzuschlag unterhalb des entsprechenden Mittelwerts und der andere oberhalb. Am offensichtlichsten zeigt sich dieser Zusammenhang bei Unternehmen, die in einem Bereich einen Kostenzuschlag von Null ausweisen, demgegenüber im anderen Bereich einen sehr hohen Kostenanteil in die Prämie einkalkulieren.

Ob diese deutlichen Unterschiede sachlich begründet sind, kann nicht schlüssig dargelegt werden. Zum Teil scheinen unterschiedliche Interpretationen der Informationspflichtenverordnung hierfür ursächlich zu sein. Insgesamt wird deutlich, dass es in der Kalkulation und dem Ausweis der jeweiligen Kostenart auf Unternehmensebene erhebliche Gestaltungsmöglichkeiten gibt und die Aufwendungen zwischen diesen Bereichen nicht einheitlich zugerechnet werden. Deshalb scheint es nicht sinnvoll zu sein, die laufenden Abschluss- und Vertriebskosten und die laufenden Verwaltungskosten getrennt voneinander zu betrachten. Erst eine Addition beider zeigt, wie hoch der Anteil monatlicher Kosten in der laufenden Prämie ist.

[2] Dieser negative Zusammenhang wird statistisch in einem Korrelationskoeffizienten von -0,61 deutlich.



Auf diese Weise stellen sich Kostenanteile in der Prämie von 5,9 Prozent bis zu 17,7 Prozent dar. Der Mittelwert über alle untersuchten Tarife liegt bei 10,7 Prozent. Auch bei der Interpretation der aggregierten Daten ist Vorsicht geboten. Wie bereits erläutert, kalkulieren die Krankenversicherer neben den untersuchten laufenden Kosten ebenfalls Schadenregulierungskosten in den zu zahlenden Beitrag ein. Es könnte also auch zu Kostenverschiebungen hin zu den Schadenregulierungskosten kommen, welche gegenüber dem Kunden nicht dargestellt werden müssen. Ob sich die Unternehmen also in obiger Weise nach der Höhe der einkalkulierten Kosten ranken lassen, ist fraglich. Dennoch können Aussagen darüber getroffen werden, welche Gesellschaften einen hohen laufenden Kostenanteil in die Prämie ihrer Kunden einkalkulieren, welche eher im Durchschnitt liegen und welche Unternehmen den Kunden geringere Kosten über die monatliche Prämie aufbürden. Bei letzteren steht ein höherer Anteil der monatlichen Prämie für die gesundheitliche Versorgung des Kunden oder zum Aufbau individueller Alterungsrückstellungen zur Verfügung, während bei den weiter rechts aufgeführten Unternehmen diese finanziellen Mittel zum Teil durch höhere Kosten aufgezehrt werden. Bei Krankenversicherungen, die Tochterunternehmen innerhalb eines Großkonzerns sind, kann sich auch die Kostenschlüsselung innerhalb des Konzerns deutlich auf die ausgewiesenen laufenden Kosten auswirken.

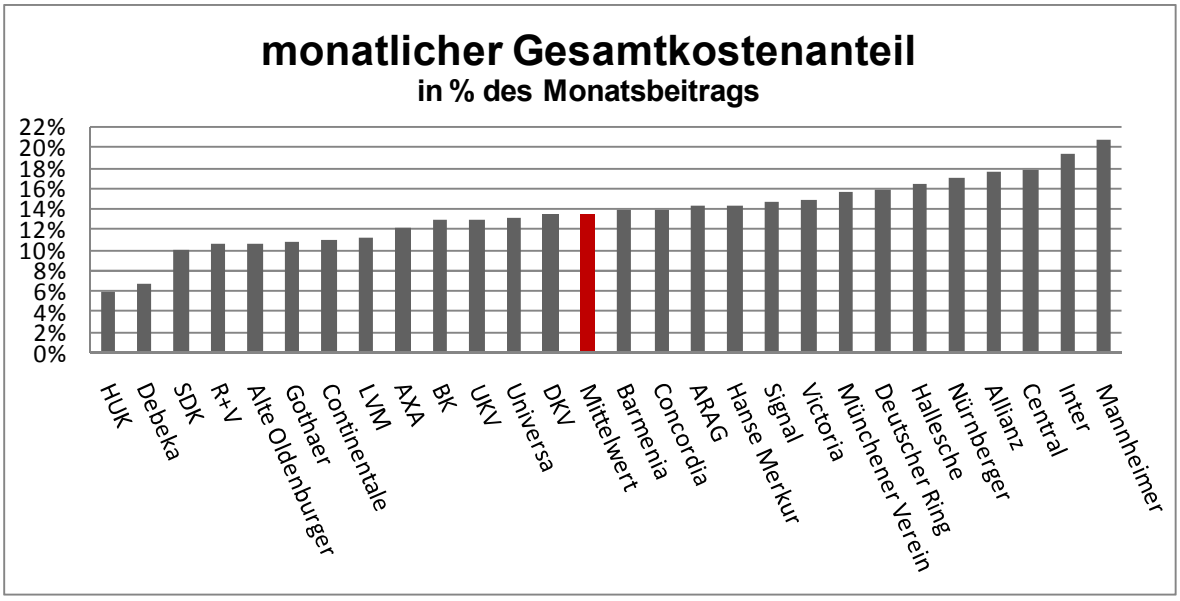
Betrachtung der gesamten Kosten

Eine Gegenüberstellung der einmaligen Abschlusskosten mit den aggregierten monatlichen Kosten zeigt keinen eindeutigen Zusammenhang.[3] Man kann daher nicht die Aussage treffen, dass Gesellschaften mit hohen einmaligen Kosten im Gegenzug geringere monatliche Kosten in die Prämie einkalkulieren oder andersherum. Es gibt ebenso Unternehmen, die in beiden Kostenkomponenten entweder überdurchschnittlich oder unterdurchschnittlich hohe Werte ausweisen. Darüber hinaus weisen 13 Gesellschaften jeweils in einem Bereich überdurchschnittliche und im anderen unterdurchschnittliche Kostenanteile in der Prämie aus. Hierbei ist auch denkbar, dass Unternehmen versuchen, die einmaligen Abschlusskosten möglichst gering darzustellen, da die absolute Höhe des ausgewiesenen Betrags eine negative Signalwirkung auf den Kunden haben kann. Demgegenüber werden die laufenden Kosten höher kalkuliert, welche aber über die gesamte Vertragslaufzeit zu zahlen sind. Rein optisch kann dies dem Kunden vorteilhaft erscheinen. Bei kurzen Vertragslaufzeiten ist dieses Vorgehen für die Versicherten allerdings durchaus von Vorteil, da die Höhe der bis Vertragsende getragenen Abschluss- und Verwaltungskosten geringer ist.

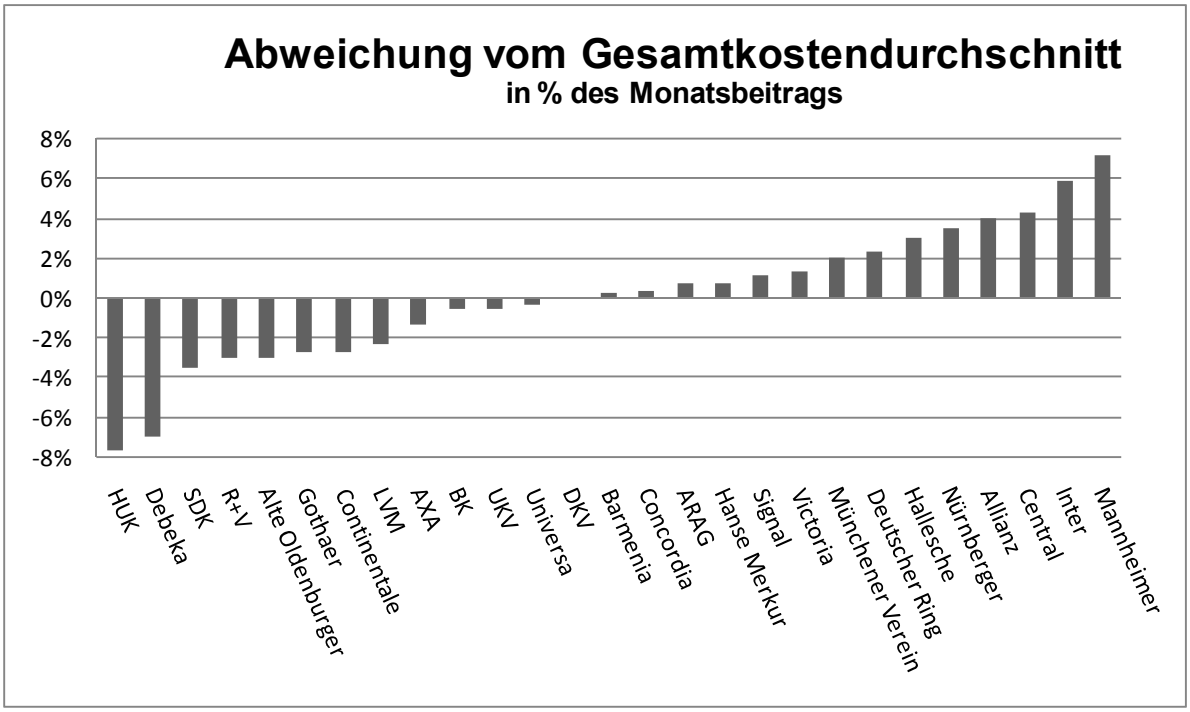
[3] Der fehlende bzw. geringe Zusammenhang wird statistisch in einem Korrelationskoeffizienten von 0,18 deutlich.

Eine Darstellung der insgesamt von dem Kunden zu tragenden Kosten beinhaltet die Schwierigkeit, dass entweder die einmaligen Abschlusskosten in einen laufenden Prämienanteil oder die laufenden Kostenzuschläge in einen einmaligen Kostenblock überführt werden müssen. Assekurata hat im Rahmen dieser Studie näherungsweise den vom Kunden monatlich zu tragenden Gesamtkostenanteil bestimmt, und konnte so vergleichbare Werte für die unterschiedlichen Gesellschaften generieren.

Hierbei wurde modellhaft eine durchschnittliche Vertragslaufzeit von 20 Jahren angenommen, wobei Wechsel in die GKV oder Eintritte bei höherem Alter berücksichtigt werden. Legt man bei der Berechnung des monatlichen Gesamtkostenanteils diese Vertragslaufzeit und bei der Aufschlüsselung der einmaligen Abschlusskosten auf Monatswerte einen Zinssatz von 3,5 Prozent zugrunde, ergeben sich Belastungen der Versicherten von insgesamt 5,88 Prozent bis 20,62 Prozent. Im Durchschnitt beinhalten die Monatsbeiträge von Krankenversicherungskunden in diesem Szenario einen Kostenanteil von 13,56 Prozent.



Es zeigt sich eine gleichmäßige Verteilung der Kostenbelastung um den Mittelwert bei den einzelnen Gesellschaften.



Legt man in einem solchen Szenario eine längere Vertragsdauer zugrunde, sinkt die prozentuale monatliche Kostenbelastung, da die einmaligen Abschlusskosten (soweit vorhanden) über einen längeren Zeitraum getilgt werden. Gleichwohl steigt in diesem Fall die absolute Kostenbelastung über die gesamte Laufzeit, da die monatlichen Abschluss- und Verwaltungskosten in unveränderter Höhe, aber über einen längeren Zeitraum zu tragen sind.

Ebenso hat das zugrunde liegende Einstiegsalter Einfluss auf die Ergebnisse einer solchen Untersuchung. Hier wurde von einem männlichen Versicherungsnehmer im Alter von 35 Jahren ausgegangen. Senkt man das Alter auf 25 Jahre wird die anteilmäßige Kostenbelastung des Beitrags höher, da die als Stückkosten kalkulierten laufenden Zuschläge unverändert bleiben, während die Beiträge junger Versicherungsnehmer geringer sind. Zwar sinken hierbei auch die einmaligen Abschlusskosten, welche als Anzahl der Monatsbeiträge kalkuliert sind, doch durch die Relativierung der Kosten mit einem geringeren Beitrag steigt der in die Prämie einkalkulierte Kostenanteil. Assekurata hat dies sowohl für einen jüngeren, als auch für einen älteren Versicherungsnehmer überprüft und konnte hierbei zwar die dargestellten Veränderungen in der Höhe der Kostenanteile feststellen, in der dargestellten Reihenfolge der Gesellschaften ergaben sich aber nur marginale Verschiebungen. Insbesondere ergaben sich in dem Bereich der höchsten und niedrigsten Kosten keine Veränderungen.

Bei der Analyse der berechneten Werte stellte Assekurata fest, dass bei den Unternehmen, die dem Kunden laut Kostenausweis einen hohen Kostenanteil anlasten, durchaus Gesellschaften vertreten sind, welche nach den Erfahrungen, die Assekurata durch ihre interaktiven Ratings sammeln konnte, ertragsstark und beitragsstabil sind. Kostengewinne können sich hier positiv bemerkbar machen. In diesem Zusammenhang ist daher auch die Frage nach einer langfristig auskömmlichen Kostenkalkulation zu stellen. Bei der Beurteilung ist auch zu berücksichtigen, dass die Gesellschaften sowohl in der Kalkulation als auch im Kostenausweis einige Freiräume haben. Es besteht die Möglichkeit, gezillmerte Abschlusskosten nicht auszuweisen und somit die dargestellte Kostenbelastung für den Kunden zu vermindern. Andererseits können laufende Kostenzuschläge auch den Schadenregulierungskosten zugeschlüsselt werden, wodurch sie dem Kunden nicht offengelegt werden. Für die Gesellschaften besteht ein deutlicher Anreiz, die Kostenbelastung des Versicherten gering darzustellen. Daher ist es möglich, dass sich Unternehmen, welche die tatsächliche Kostenschlüsselung gegenüber ihrem Kunden preisgeben, in der Grafik weiter rechts positionieren als solche, die steuernd auf den Kostenausweis einwirken. Trotzdem gilt auch anzumerken, dass zwar Kostenkosmetik möglich ist, allerdings für ein komplettes Facelift der Handlungsspielraum der Unternehmen

noch nicht ausreicht. Daher sind die vorliegenden Erkenntnisse zwar kritisch, aber auch als durchaus plausibel zu betrachten.

Ein Zusammenhang zwischen der Höhe des Gesamtkostenanteils und der Prämienhöhe ist in den hier berücksichtigten Daten nicht erkennbar. Es kann also nicht per se behauptet werden, dass Versicherer mit einem hohen Preisniveau auch überdurchschnittliche Kostenanteile in die Prämie einkalkulieren, während die Kostenanteile bei geringerem Preisniveau unterdurchschnittlich sind. Der Korrelationskoeffizient von -0,24 weist allenfalls auf einen leichten negativen Zusammenhang hin.

Fazit

- Aufgrund der VVG-Informationspflichtenverordnung sind private Krankenversicherer gezwungen, die in die Prämie einkalkulierten einmaligen und laufenden Abschluss- und Vertriebskosten sowie den Zuschlag für laufende Verwaltungskosten dem potenziellen Kunden gegenüber offenzulegen.
- Die Höhe der ausgewiesenen Abschlusskosten stellt nur einen Teilaspekt bei der Auswahl des Versicherungsschutzes dar. Eine Aussage über das Leistungsniveau, die Transparenz oder die Güte der Gesellschaft kann auf diese Weise nicht getroffen werden.
- Die Höhe der ausgewiesenen Kosten in den einzelnen Bereichen differenziert zwischen den Gesellschaften sehr stark. Die individuellen Kalkulationsverfahren und Kostenschlüsselungen schränken die Vergleichbarkeit der dargelegten Daten ein. Darüber hinaus lassen die gesetzlichen Vorgaben Raum für unterschiedliche Interpretationen, wodurch Unternehmen steuernd auf den Kostenausweis einwirken können, noch bevor dieser den Kunden dargestellt wird.
- Solange die unbedingte Vergleichbarkeit der Daten für den Kunden nicht gegeben ist, liefert der Kostenausweis keinen Mehrwert und keinerlei erhöhte Transparenz, sondern führt zu vermeidbaren Debatten und Argumentationsschwierigkeiten. Insbesondere für Vermittler birgt die heutige Darstellung Einkommensdiskussionen, da einmalige Abschlusskosten von Kunden fälschlicherweise mit Provisionen gleichgesetzt werden. Die Vermittler haben allerdings keine Möglichkeit, die ausgewiesenen Kosten detailliert herzuleiten und zu verargumentieren.
- Der Ausweis der absoluten Kosten ist irreführend und führt eher zur Verwirrung der Kunden. Eine direkte Vergleichbarkeit der Unternehmen aufgrund der absoluten Beträge ist per se nicht gegeben. Eine Beurteilung der Unternehmen ist erst auf Grundlage einer Relativierung über die Prämienhöhe möglich. Dies kann vom Kunden nicht erwartet und auch nicht geleistet werden.
- Einmalige Abschlusskosten haben aufgrund ihrer höheren Beträge vielfach eine negative Signalwirkung, während laufende Zuschläge optisch geringer wirken und daher auch weniger hinterfragt werden. Über die gesamte Vertragslaufzeit können sie aber eine weit höhere Belastung darstellen.
- Es ist ein Trend weg von Abschlussprovisionen, hin zu Folgeprovisionen zu erwarten. Aufgrund der langen Laufzeit von Krankenversicherungstarifen bedeutet dies in der Regel eine höhere Belastung der Kunden.
- Nur Versicherungsexperten mit Kenntnissen der Prämienkalkulation haben die Möglichkeit, die ausgewiesen Abschlusskosten aussagefähig zu interpretieren und kritisch zu hinterfragen. Kunden hingegen wird eine Transparenz suggeriert, die de facto nicht gegeben ist. Eine nützliche Deutung ist für sie nicht möglich.
- Durch eine detaillierte Analyse der ausgewiesen Kosten kann die individuelle Kostenbelastung der Versicherten zwischen den Gesellschaften verglichen werden. Darge-

stellte Informationen liefern Anhaltspunkte, bilden aber keine unumstößlichen Tatsachen ab. Bei der Interpretation ist Vorsicht geboten.

- Die Organisation des Vertriebs schlägt sich weniger bei den einmaligen Abschlusskosten denn bei den laufenden Kosten nieder. Ein Monokanalvertrieb scheint aufgrund der vorliegenden Zahlen günstiger zu sein als eine Multikanalausrichtung. Dies gilt unabhängig davon, ob es sich um Makler- oder Ausschließlichkeitsvertriebe handelt.
- Ein Zusammenhang zwischen der Prämienhöhe und der anteiligen Kostenbelastung ist nicht gegeben. Tarife mit hohen Prämien weisen zum Teil hohe, aber zum Teil auch geringe Kostenanteile auf. Gleiches gilt für Krankenversicherungstarife mit geringeren Prämienhöhen.

Beurteilung Assekurata

Der Gesetzgeber hat mit der VVG-Informationspflichtenverordnung für große Unruhe im Markt und Probleme in den Häusern der PKV gesorgt. Die Versicherer haben die Vorgaben mit dem Ergebnis umgesetzt, dass eine erhöhte Transparenz beim Thema Kosten derzeit nicht gegeben ist. Der Kunde erhält damit durch den Kostenausweis keinen tatsächlichen Mehrwert. Dabei bliebt hier noch unberücksichtigt, dass es jenseits der einkalkulierten Kosten auch noch Kosten gibt, die unmittelbar zu Lasten des versicherungsgeschäftlichen Ergebnisses anfallen. Für die Zukunft erwartet Assekurata eine Veränderung der Provisionssysteme infolge der erhöhten Wechselmöglichkeiten. So werden Versicherer vermutlich mehr auf laufende Bestandsprovisionen abstellen, um eine Umdeckung ihrer Versichertenbestände zu vermeiden. Dies würde die laufenden Kosten erhöhen, was für die Kunden- insbesondere langfristig - mit Nachteilen verbunden sein kann.

Anhang: Untersuchte Gesellschaften und Tarife

Krankenversicherung			ausgewiesene Kosten			Kosten / Beitrag		
Gesellschaft	Tarif(kombination)	Bruttopämie monatliche	Abschl.kosten monatlich	übrige Kosten monatlich	Abschl.kosten einmalig	AK mtl / Beitrag	übrige K mtl / Beitrag	AK einmalig / Beitrag
Allianz	AktiMed Best 90	339,19	32,40	15,23	2035,14	0,096	0,045	6,000
Alte Oldenburger	A80, K20, Z100/80	306,54	16,01	11,04	890,02	0,052	0,036	2,903
ARAG	K 300	238,35	25,69	8,10	0,00	0,108	0,034	0,000
AXA	Vital250, Vital-Z	247,70	10,59	10,35	1560,51	0,043	0,042	6,300
Barmenia	VCN2C, VC1Zplus	244,66	20,75	8,61	733,98	0,085	0,035	3,000
BK	CompactPRIVATOptimal250B, CompactPRIVAT--Plus	284,63	0,00	28,78	1389,52	0,000	0,101	4,882
Central	CV3H250	245,27	22,90	11,44	1569,73	0,093	0,047	6,400
Concordia	AV2, SV2, VV Plus, ZV1	298,15	20,65	14,29	1100,04	0,069	0,048	3,690
Continentale	GS 1Plus	376,85	18,54	10,65	1997,31	0,049	0,028	5,300
Debeka	PN, PNZ	307,23	13,39	6,70	0,00	0,044	0,022	0,000
Deutscher Ring	Esprit	253,40	21,33	10,66	1393,70	0,084	0,042	5,500
DKV	VollmedM4-BR3	344,72	0,00	36,20	1809,78	0,000	0,105	5,250
Gothaer	MediComfort	347,60	0,00	25,90	1981,32	0,000	0,075	5,700
Hallesche	NK 3	311,23	27,31	12,14	2023,00	0,088	0,039	6,500
Hanse Merkur	ASZG, PS3, PS1	351,21	24,07	11,77	2458,47	0,069	0,034	7,000
HUK	A300, SE, Z100	253,37	9,92	4,98	0,00	0,039	0,020	0,000
Inter	ComfortLine	269,12	25,15	15,03	2045,31	0,093	0,056	7,600
LVM	A230, S1, Z100/80	385,91	21,56	13,65	1328,24	0,056	0,035	3,442
Mannheimer	PURISMARELAX600	205,39	24,08	12,18	1054,61	0,117	0,059	5,135
Münchener Verein	BonusCarePlus	288,08	22,83	11,42	1808,09	0,079	0,040	6,276
Nürnberger	TOP,SZ1,ZZ20,TOPH	245,45	0,00	34,76	1193,96	0,000	0,142	4,864
R+V	A103, S101, Z75	337,87	12,49	8,24	2540,77	0,037	0,024	7,520
SDK	A103,S101,AZ75	334,31	13,32	8,37	2017,09	0,040	0,025	6,034
Signal	KK-Plus	419,87	36,60	12,71	2099,35	0,087	0,030	5,000
UKV	CompactPRIVATOptimal250B, CompactPRIVAT--Plus	284,63	0,00	28,78	1389,52	0,000	0,101	4,882
Universa	introlPrivat600	183,70	10,84	6,98	1083,83	0,059	0,038	5,900
Victoria	AB02, SB3, SB2, ZB100	403,49	42,37	0,00	3013,64	0,105	0,000	7,469

Impressum:

***ASSEKURATA* PUNKT!**
Nr.13/Jahrgang 2008

Herausgeber:
ASSEKURATA
Assekuranz Rating-Agentur GmbH
Venloer Straße 301-303
50823 Köln
Tel.: 0221 27221-0
Fax.: 0221 27221-77
E-Mail: info@assekurata.de

Sitz der Gesellschaft: Köln
Handelsregister: HRB 27849
Amtsgericht Köln
Geschäftsführer: Dr. Christoph Sönnichsen,
Dr. Reiner Will

Redaktion:

Russel Kemwa

Pressesprecher
Tel.: 0221 27221-38
Fax: 0221 27221-77
E-Mail: kemwa@assekurata.de

Die Aufsätze und Berichte wurden sorgfältig recherchiert und geben die Meinung des Verfassers wieder. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhalts sowie für zwischenzeitliche Änderungen übernimmt die *ASSEKURATA* Assekuranz Rating-Agentur GmbH keine Gewähr. Assekurata haftet nicht für unsachgemäße Weiterverwendung der Informationen. Nachdruck und Vervielfältigung nur mit schriftlicher Genehmigung von Assekurata. Das gilt auch für die Aufnahme in elektronische Datenbanken und Vervielfältigungen auf CD-Rom oder ähnlichen Datenträgern.

Ratings

Die Assekurata-Ratings der letzten Monate

Marktführer Debeka Kranken mit exzellentem Erstrating

Köln, den 3. Dezember 2008 - Nachdem bereits der Debeka Lebensversicherungsverein a.G. zum wiederholten Male von Assekurata mit exzellent ausgezeichnet wurde, erhält nun auch der Debeka Krankenversicherungsverein a. G. (Debeka Kranken) im Erstrating auf Anhieb ein exzellentes Gesamturteil (A++). Dabei erhalten die Teilqualitäten Erfolg, Beitragsstabilität, Wachstum sowie die Kundenorientierung exzellente Urteile. Der Bereich Sicherheit erzielt ein sehr gutes Ergebnis.

Die Teilqualitäten:

Sicherheit: sehr gut

Kundenorientierung: exzellent

Beitragsstabilität: exzellent

Erfolg: gut

Wachstum/Attraktivität im Markt: exzellent

Erneutes A+ für die Personenversicherer der HUK-COBURG

Köln, den 27. November 2008 – Zum fünften beziehungsweise dritten Mal in Folge erzielen die HUK-COBURG-Krankenversicherung AG und die HUK-COBURG-Lebensversicherung AG ein sehr gutes Ergebnis (A+) im Ratingverfahren der Assekurata. Dabei wird die Sicherheitslage der beiden Unternehmen jeweils mit der Bestnote exzellent bewertet.

Die Teilqualitäten:

HUK-COBURG-Leben

Sicherheit: exzellent

Kundenorientierung: sehr gut

Gewinnbeteiligung/Performance: sehr gut

Erfolg: exzellent

Wachstum/Attraktivität im Markt: sehr gut

HUK-Coburg-Kranken

Sicherheit: exzellent

Kundenorientierung: sehr gut

Beitragsstabilität: sehr gut

Erfolg: gut

Wachstum/Attraktivität im Markt: exzellent

Trotz Finanzmarktkrise – Kurzfristig keine Veränderungen der Assekurata-Ratings

Köln, den 17. November 2008 – Die internationale Krise an den Finanzmärkten ist mittlerweile auch in Deutschland angekommen. Bereits Anfang Oktober kündigte die Rating-Agentur Assekurata an, die Situation bei den deutschen Versicherungsunternehmen intensiv zu beobachten. Nun liegen erste Zwischenergebnisse vor.

Süddeutsche Krankenversicherung a.G. und Süddeutsche Lebensversicherung a.G. bestätigen sehr gutes Vorjahresrating

Köln, den 6. November 2008 – Im Rahmen der Folgeratings 2008 erreichen sowohl die SDK-Leben als auch die SDK-Kranken zum wiederholten Male ein sehr gutes Qualitätsurteil aus Kundensicht (A+). Hierbei verbessert sich die SDK-Leben in der Teilqualität Kundenorientierung um eine Note auf sehr gut.

Die Teilqualitäten:

SDK- Leben

Sicherheit: gut

Kundenorientierung: sehr gut

Gewinnbeteiligung/Performance: sehr gut

Erfolg: gut

Wachstum/Attraktivität im Markt: sehr gut

SDK- Kranken

Sicherheit: exzellent

Kundenorientierung: exzellent

Beitragsstabilität: sehr gut

Erfolg: gut

Wachstum/Attraktivität im Markt: exzellent

HUK-COBURG Sachversicherungsgesellschaften erneut mit exzellenten Ratings

Köln, den 4. November 2008 – In den aktuellen Folgeratings erhalten die Haftpflicht-Unterstützungs-Kasse kraftfahrender Beamter Deutschlands a.G. in Coburg (HC) und die HUK-Coburg-Allgemeine (HCA) sowie die HUK24 AG erneut die Bestnote A++. Damit bescheinigt Assekurata den Gesellschaften weiterhin eine exzellente Positionierung aus Kundensicht.

Die Teilqualitäten:

HUK24

Sicherheit: exzellent

Kundenorientierung: exzellent

Erfolg: gut

Wachstum/Attraktivität im Markt: exzellent

HUK-COBURG

Sicherheit: exzellent

Kundenorientierung: exzellent

Erfolg: exzellent

Wachstum/Attraktivität im Markt: exzellent

HUK-COBURG-Allgemeine

Sicherheit: exzellent

Kundenorientierung: exzellent

Erfolg: exzellent

Wachstum/Attraktivität im Markt: exzellent

Gartenbau-Versicherung zum 8. Mal in Folge mit exzellentem Assekurata-Rating

Köln, den 27. Oktober 2008 – Nach Auffassung der Assekurata-Analysten erfüllt die Gartenbau-Versicherung die Kundenanforderungen weiterhin in exzellenter Form.

Die Teilqualitäten:

Sicherheit: exzellent

Kundenorientierung: exzellent

Erfolg: sehr gut

Wachstum/Attraktivität im Markt: exzellent

Erneutes A+ für die Concordia Kranken

Köln, den 23. Oktober 2008 – Auch im siebten Rating in Folge verleiht Assekurata der Concordia Kranken ein sehr gutes Urteil. In diesem Jahr verbessert sich das Sicherheitsurteil sogar auf die Bestnote exzellent.

Die Teilqualitäten:

Sicherheit: exzellent

Kundenorientierung: gut

Beitragsstabilität: sehr gut

Erfolg: sehr gut

Wachstum/Attraktivität im Markt: sehr gut

Janitos Versicherung AG verzichtet auf die Durchführung des Assekurata-Folgeratings

Köln, den 10. Oktober 2008 – Die Janitos Versicherung AG hat sich entschieden, die im September fällige Erneuerung des Ratings 2007 nicht durchzuführen.

Assekurata-Rating der Gothaer Lebensversicherung AG im Folgerating 2008 auf gut (A) angehoben

Köln, den 7. Oktober 2008 – Die Gothaer Lebensversicherung AG (Gothaer Leben) erreicht im Folgerating 2008 ein gutes (A) Assekurata-Rating und verbessert sich damit bereits im ersten Folgerating zum Vorjahresergebnis. Dabei kann sich das Unternehmen in den Teilqualitäten Kundenorientierung und Gewinnbeteiligung um eine und in der Teilqualität Wachstum sogar um zwei Notenstufen verbessern.

Die Teilqualitäten:

Sicherheit: sehr gut

Kundenorientierung: gut

Gewinnbeteiligung/Performance: gut

Erfolg: weitgehend gut

Wachstum/Attraktivität im Markt: weitgehend gut

Finanzmarktkrise trifft auch deutsche Versicherer mittelbar - Assekurata weitet Ratingbeobachtung aus

Köln, den 6. Oktober 2008 – Die internationale Krise an den Finanzmärkten schwappt immer mehr nach Deutschland hinüber. Mit der Münchner Hypo Real Estate ist das erste deutsche Bankinstitut in den Abwärtssog gezogen worden. Banken stellen eine zentrale Investorengruppe für deutsche Versicherer dar. Ein Grund mehr für die Rating-Agentur Assekurata, die Situation bei den deutschen Versicherungsunternehmen intensiv zu beobachten.

Vorsorge Leben erhält gutes Gesamtergebnis im kundenorientierten Assekurata-Erstrating

Köln, den 1. Oktober – Die Vorsorge Lebensversicherung AG schnitt bei der Bewertung durch die Rating-Agentur Assekurata mit dem Qualitätsurteil A (gut) ab. Der Spezialversicherer aus der ERGO Versicherungsgruppe unterzog sich zum ersten Mal der Untersuchung durch die Kölner Ratingagentur. In die Bewertung flossen neben der Sicherheits-, Erfolgs- und Wachstumslage auch Kriterien zur Kundenorientierung und zur Ausgestaltung des fondsgebundenen Geschäfts ein.

Die Teilqualitäten:

Sicherheit: exzellent

Kundenorientierung: weitgehend gut

Gewinnbeteiligung/Performance: gut

Erfolg: sehr gut

Wachstum/Attraktivität im Markt: sehr gut

VPV Allgemeine bestätigt im Folgerating 2008 das Qualitätsurteil A (Gut)

Köln, den 29. September 2008 – Die VPV Allgemeine Versicherungs-AG hat sich 2008 zum dritten Mal dem interaktiven Assekurata-Rating gestellt. Hierbei konnte der Kölner Sachversicherer sein Vorjahresrating bestätigen.

Sicherheit: gut

Kundenorientierung: gut

Erfolg: sehr gut

Wachstum/Attraktivität im Markt: gut

Assekurata bekräftigt die positiven Bewertungen der Barmenia Versicherungen

Köln, den 22. September 2008 – Die Barmenia Versicherungen stellen mit den aktuellen Assekurata-Ratings ihre Qualität einmal mehr unter Beweis. Zum sechsten Mal in Folge erhält die Barmenia Kranken ein sehr gutes Rating (A+) und erreicht aktuell die höchste Kundenzufriedenheit unter den von Assekurata gerateten Krankenversicherern. Für die Barmenia Leben ergeben sich Verbesserungen in den Teilqualitäten Sicherheit und Wachstum, womit das gute Ergebnis (A) aus dem Vorjahr bestätigt wird. Die Barmenia Allgemeine verbessert sich im Prüfkriterium Erfolg und erhält wiederholt ein A+.

Die Teilqualitäten:

Barmenia Kranken

Sicherheit: exzellent

Kundenorientierung: sehr gut

Beitragsstabilität: sehr gut

Erfolg: gut

Wachstum/Attraktivität im Markt: exzellent

Barmenia Leben

Sicherheit: exzellent

Kundenorientierung: gut

Gewinnbeteiligung: gut

Erfolg: gut

Wachstum/Attraktivität im Markt: weitgehend gut

Barmenia Allgemeine

Sicherheit: exzellent

Kundenorientierung: gut

Erfolg: exzellent

Wachstum/Attraktivität im Markt: exzellent

Sehr gute Karrierepersperspektiven bei der A.S.I. Wirtschaftsberatung AG

Köln, den 18. September 2008 – Im Folgerating verbessert sich die A.S.I. Wirtschaftsberatung AG in der Teilqualität Vermittlerorientierung und erhält im Karriere-Rating der *ASSEKURATA*

Assekuranz Rating-Agentur die Gesamtnote „sehr gut“.

Die Teilqualitäten:

Vermittlerorientierung: exzellent

Finanzstärke: sehr gut

Beratungs- und Betreuungskonzept: sehr gut

Wachstum: sehr gut

Definition des Assekurata-Ratings

Weit mehr als ein mechanischer Kennzahlenvergleich - Assekurata ist die erste deutsche Ratingagentur, die sich auf die Qualitätsbeurteilung von Erstversicherungsunternehmen spezialisiert hat.

Mit den von Assekurata durchgeführten Ratings hat sich ein Qualitätsmaßstab für Versicherungsunternehmen im deutschen Markt etabliert, der dem Verbraucher als Orientierungshilfe bei der Wahl seines Versicherungsunternehmens dient.

Assekurata ratet nur Versicherer, die sich freiwillig der Beurteilung stellen. Den Auftrag für ein Assekurata-Rating muss die Versicherungsgesellschaft deshalb selbst erteilen. Dieses Prinzip garantiert, dass Assekurata die unternehmensinternen Informationen zur Verfügung gestellt werden, die für ein fundiertes interaktives Urteil notwendig sind.

Bei den interaktiven Ratings nimmt Assekurata eine führende Rolle in Deutschland ein. Das Besondere an den Assekurata-Ratings ist, dass

- neben öffentlich zugänglichen Daten auch interne Daten des Versicherungsunternehmens zur Analyse herangezogen werden.
- die Analysten in persönlichen Interviews mit dem Management die Unternehmen genau unter die Lupe nehmen.
- Assekurata über die Kriterien **Erfolg** und **Sicherheit** ebenfalls die Finanzstärke des Versicherers untersucht, darüber hinaus jedoch als einzige Ratingagentur die **Gewinnbeteiligung** (bei Lebensversicherern), die **Beitragsstabilität** (bei Krankenversicherern) und die **Attraktivität** des Unternehmens (alle Versicherer) bewertet, was besonders für Makler von Interesse ist, wenn es um die Partnerauswahl geht.

Durch eine **Kundenbefragung** bezieht Assekurata darüber hinaus als einzige Rating-Agentur die Meinung der Versicherungsnehmer über ihren Versicherer direkt in die Urteilsfindung mit ein.

Das von den Rating-Analysten erarbeitete Ergebnis wird in Form eines ausführlichen Berichtes dem **Rating-Komitee** zur endgültigen Entscheidungsfindung vorgelegt. Dieses Gremium ist ein Kreis unabhängiger Experten der Versicherungsbranche.

Das Ratingkomitee ist das urteilsgebende Organ von Assekurata. Es diskutiert die Ergebnisse und bestimmt das endgültige Rating. Diese komplexe Aufgabe ist nur durch ein Expertengremium zu bewältigen. Neben der fachlichen Fundierung des Urteils durch die herausragenden Marktkenntnisse der Komiteemitglieder gewährleistet das Komitee auch eine Ergebniskontrolle.

Das Assekurata-Rating-Komitee:

- Dipl.-Bw. Stefan **Albers**, Gerichtlich bestellter Versicherungsberater
- Professor (em.) Dr. Dieter **Farny**, Seminar für Versicherungslehre der Universität zu Köln
- Dr. Peter **Frey,** ehemaliger Vorstandsvorsitzender eines internationalen Rückversicherers
- Professor Dr. Oskar **Goecke**, Professor an der FH Köln, Institut für das Versicherungswesen
- Professor Stefan **Materne**, Professor an der FH Köln, Institut für Versicherungswesen
- Professor Dr. Hans Peter **Mehring**, Professor an der FH Köln, Institut für Versicherungswesen
- Dr. Helmut **Müller**, ehemaliger Präsident des Bundesaufsichtsamtes für Versicherungswesen
- Dipl.-Kfm. Eberhard **Kollenberg**, ehemaliger Partner einer renommierten Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
- Professor Dr. Catherine **Pallenberg,** Professorin an der BA-Stuttgart, Studiengangsleitung Versicherung und Honorarprofessorin
- Professor Dr. Heinrich R. **Schradin**, Direktor des Instituts für Versicherungslehre an der Universität zu Köln

Weitere Informationen erhalten Sie auf unserer Internetseite

www.assekurata.de.

Die Assekurata-Ratingskala

Das Rating der Assekurata unterscheidet insgesamt elf Ratingklassen, die wiederum zu fünf Kategorien zusammengefasst sind.

Rating	Definition	Kategorie
A++	Ein A++ geratetes Versicherungsunternehmen 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

Bei A++ bis B- gerateten Versicherungsunternehmen handelt es sich nach Ansicht von Assekurata um unbedenkliche Versicherungsunternehmen. Assekurata stellt mit dem Rating keine Bewertungsrangfolge auf. Die einzelnen Qualitätsklassen können einfach, mehrfach und nicht besetzt sein. Bisher wurden nur voll zufrieden stellende bis exzellente Ratings veröffentlicht. Das liegt zum einen daran, dass durch die freiwillige Ratingteilnahme eine positive Auslese stattfindet, indem zunächst gute Unternehmen den Schritt wagen. Zum anderen können sich Versicherer mit einem weniger guten Rating gegen eine Veröffentlichung entscheiden. Die betroffenen Versicherer streben eine Verbesserung ihrer Qualität an, bevor sie sich erneut dem Ratingprozess stellen.

Ein Assekurata-Rating ist eine Experteneinschätzung über die Qualität eines Versicherungsunternehmens, jedoch keine unumstößliche Tatsache oder aber alleinige Empfehlung, einzelne Versicherungsverträge abzuschließen oder aufzugeben. Bei der Beurteilung werden Qualitätsanforderungen aus Sicht aller Kunden zugrunde gelegt; sie bezieht sich nicht auf einzelne Policen oder Verträge und enthält auch keine Empfehlungen zu speziellen Anforderungen einzelner Kunden.

Beim Assekurata-Rating handelt es sich um eine Beurteilung, der sich die Versicherungsunternehmen freiwillig unterziehen. Das Rating basiert auf Informationen, die entweder von dem Versicherungsunternehmen selber zur Verfügung gestellt werden oder von Assekurata aus zuverlässiger Quelle eingeholt werden. Trotz sorgfältiger Prüfung der in das Rating eingehenden Informationen kann Assekurata für deren Vollständigkeit und Richtigkeit keine Garantie übernehmen. Wenn grundlegende Veränderungen der Unternehmens- oder Marktsituation auftreten, kann nötigenfalls das Urteil geändert oder aufgehoben werden.

Assekurata-Ratings (Stand Dezember 2008)

Lebensversicherung	Schaden-/Unfallversicherung
Barmenia Leben **A**	Barmenia Allgemeine **A+**
CiV Leben **A+**	DEVK Sach- und HUK-VVaG **A++**
Cosmos Leben **A++**	DEVK Allgemeine **A++**
Debeka Leben **A++**	Gartenbau-Versicherung VVaG **A++**
Deutscher Ring Leben **A**	HUK-COBURG Allgemeine **A++**
DEVK Allgemeine Leben **A+**	HUK-COBURG VVaG **A++**
DEVK Leben **A+**	HUK24 AG **A++**
Gothaer Leben **A**	IDEAL Versicherung AG **A**
Hannoversche Leben **A+**	Itzehoer VVaG/Brandgilde **A+**
HUK-COBURG Leben **A+**	Landsschadenhilfe Versicherung **A**
IDEAL Leben **A**	LVM **A++**
IDUNA Vereinigte **A**	LVM Rechtsschutz **A++**
LVM Leben **A+**	Provinzial Rheinland **A+**
Neue BBV Leben **A**	VPV Allgemeine **A**
neue Leben **A++**	
Provinzial Rheinland Leben **A++**	
Swiss Life **A+**	
SDK-Leben **A+**	
Vorsorge Leben **A**	
Nicht freigegebene Ratings Lebensversicherer:	**Nicht freigegebene Ratings Schaden-/Unfall-versicherer:**
7 mit Ergebnissen von A+ bis B+	13 mit Ergebnissen von A+ bis B
(Stand Dezember 2008)	(Stand Dezember 2008)

Assekurata-Ratings (Stand Dezember 2008)

Private Krankenversicherung	Gesetzliche Krankenversicherung
Alte Oldenburger Kranken **A++**	Hanseatische Krankenkasse - HEK **A+**
ARAG Kranken **A**	Kaufmännische Krankenkasse - KKH **A+**
Barmenia Kranken **A+**	
Concordia Kranken **A+**	
Debeka Kranken **A++**	
Deutscher Ring Kranken **A++**	
Gothaer Kranken **A**	
Hallesche Kranken **A+**	
HUK-COBURG Kranken **A+**	
LVM Kranken **A++**	
NÜRNBERGER Kranken **A+**	
SIGNAL Kranken **A-**	
SDK-Kranken **A+**	

Nicht freigegebene Ratings private Krankenversicherer:

8 mit Ergebnissen von A+ bis B

(Stand Dezember 2008)