

ASSEKURATA

Punkt!

Nr.16 Jahrgang 2009

08.05.2009

Unsere Themen:

- *Genau hinsehen lohnt sich*
 - *Wettbewerb im deutschen Krankenversicherungssystem*
Von Florian Scharf, Analyst Assekurata
 - *Das Produktinformationsblatt in der Lebensversicherung - Transparenz für den Kunden vor dem Versicherungsabschluss?*
Von Stefan Sieren, Analyst Assekurata
 - *Kfz-Versicherung: Alle reden vom Preis, doch was passiert im Schadenfall?*
Nicole Horstkötter, Analystin Assekurata
 - *Das denken die Berater im Zuge der Finanzmaktkrise*
 - *Die Assekurata-Ratings der vergangenen Monate*
 - *Ratingskala und Ratingdefinition des Assekurata-Ratings*
 - *Assekurata-Ratings*
-

Vorwort

Genau hinsehen lohnt sich

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Willkommen zu einem weiteren Newsletter aus dem Hause Assekurata. Dieses Heft widmet sich im weitesten Sinne zweier Themen, die sich auch Assekurata auf die Fahnen geschrieben hat. Transparenz und Orientierung. Gerade bei den derzeitigen Turbulenzen auf dem Kapitalmarkt scheinen diese Attribute wichtiger denn je.

Seit der VVG-Informationspflichtverordnung vom 1. Juli 2008 muss der Versicherer seinen Kunden vor Vertragsabschluss ein Produktinformationsblatt zur Verfügung stellen. Dieses soll die Informationen herausstellen, die für den Abschluss des Versicherungsvertrags von Bedeutung sind. Im Rahmen der Überschussstudie 2009 hat Assekurata auch die Produktinformationsblätter der Lebensversicherer abgefragt und sich aus 56 Einsendungen einen Überblick darüber verschafft, inwieweit diese Produkblätter dem Kunden wirklich vor Abschluss des Versicherungsvertrags von Nutzen sind. Das deutsche Krankenversicherungssystem bleibt auch nach der jüngsten Gesundheitsreform ein Thema. Bereits Anfang April hatte Assekurata die Ergebnisse einer Umfrage veröffentlicht, wonach 32,4 % der gesetzlich Krankensicherten erwarten, dass der



Dr. Reiner Will

Gesundheitsfonds künftig einen stärkeren Wettbewerb unter den Krankenkassen forcieren wird (Die Pressemitteilung „Gesetzlich Krankenversicherte erwarten nach Einführung des Gesundheitsfonds stabile Beiträge und mehr Leistungen der Krankenkassen“ steht Ihnen, wie alle anderen Publikationen von Assekurata unter www.assekurata.de kostenlos zum Download bereit). Unser Analyst Florian Scharf hat sich in diesem Heft dem Thema gewidmet, in welchen Facetten sich der Wettbewerb nun nach der Gesundheitsreform zwischen den Krankenkassenern offenbart.

Im Zuge der Konjunkturkrise wollte Assekurata wissen, ob sich die negativen Aussichten auf das Altersvorsorgeverhalten auswirken. Deshalb fragten wir Sie, liebe Leser im Zeitraum Februar bis März 2009 über eine Onlinebefragung nach Ihrer

Meinung. Die Ergebnisse finden Sie in diesem Heft. Alljährlich zum November findet in der Kraftfahrtversicherung (Kfz) ein munterer Wechsel statt, angetrieben vom Preiskampf der Unternehmen untereinander wandern die Kunden dann regelmäßig zu dem Versicherer mit den günstigsten Angeboten. Dabei ist für die Qualität einer Kfz-Versicherung noch vor dem Preis entscheidend, welche Leistungen diese Police beinhaltet. Denn die günstigste Versicherung nutzt nichts, wenn diese die elementarsten Risiken ausschließt. Unsere Analytistin Nicole Horstkötter hat die Basis-, Standard- und Premiumtarife der Kfz-Versicherer untersucht und sich Gedanken darüber gemacht, welche Bestandteile eine Kfz-Haftpflicht beinhalten sollte, und welche Schäden in einer Kfz-Teilkaskoversicherung abgesichert sein sollten.

Ansonsten finden Sie in ASSEKURATAPunkt! 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

Beitrag

Wettbewerb im deutschen Krankenversicherungssystem

Von Florian Scharf, Analyst Assekurata

„Wettbewerb“ – in Diskussionen zum deutschen Gesundheitswesen hört man es immer wieder: „Wir brauchen mehr Wettbewerb“, wird von verschiedensten Seiten gefordert. Dies bedeutet nichts anderes, als dass Rivalitätskämpfe der Anbieter um die Gunst der Kunden verschärft werden sollen. Und die Forderung nach mehr Wettbewerb gilt in diesem Zusammenhang auch wesentlich für den Wettbewerb innerhalb des deutschen Krankenversicherungssystems. Dies ist aufgrund seiner Dualität zwischen gesetzlicher (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV) in seiner Gestaltung weltweit einmalig. Deshalb zeichnen sich die entsprechenden Strukturen nicht nur durch den Anbieterwettbewerb innerhalb der beiden Krankenversicherungsarten aus, sondern das Wettstreben um Kunden zwischen der GKV und der PKV ist ebenfalls zu berücksichtigen.

Während sich knapp 75 % der Bevölkerung aufgrund der gesetzlichen Vorgaben



Florian Scharf

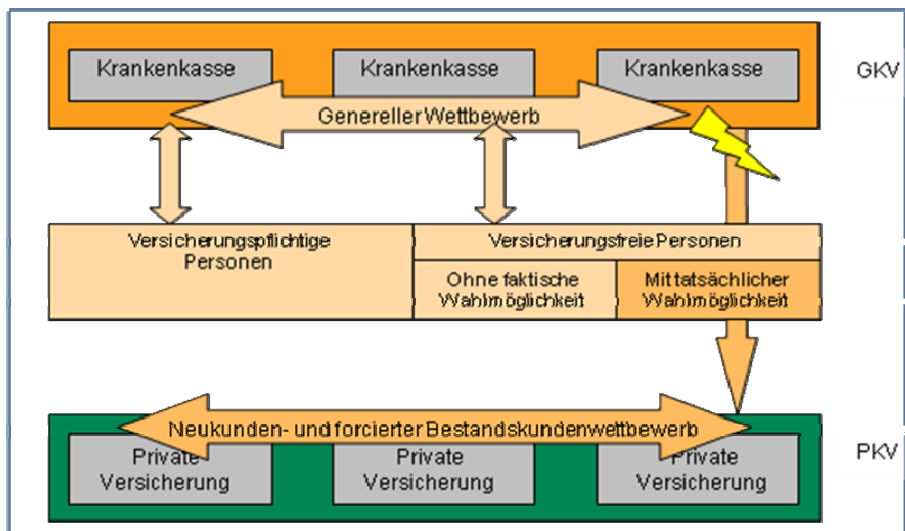
nur gesetzlich krankenversichern können, dürfen die übrigen 25 % zwischen den beiden Systemen wählen. Seit 1996 stehen die Krankenkassen dabei im Wettbewerb untereinander, welcher sukzessive forciert wurde. Innerhalb der PKV konkurrieren die Versicherer vor allem um Neukunden aus der GKV,

ein systeminterner Wettbewerb um Bestandskunden war in der Vergangenheit auch unter anderem aufgrund von gesetzlichen Vorgaben nur eingeschränkt möglich.

Die jüngste Gesundheitsreform hat dies allerdings deutlich erleichtert, so dass die Übertragung individueller Alterungsrückstellungen den Bestandswettbewerb zukünftig anheizen dürfte.

Der Wettbewerb zwischen den beiden Krankenversicherungssystemen zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass private Versicherer versuchen, die nicht versicherungspflichtigen Personen in die PKV zu werben, während die Krankenkassen ihrerseits diese Versicherten in der Solidargemeinschaft halten wollen. Allerdings ist nicht automatisch jede wahlberechtigte Person für die PKV-Unternehmen interessant. Andersherum ergibt eine gesetzliche Krankenversicherung für Beamte

Der Wettbewerb im deutschen Krankenversicherungssystem



aufgrund der Beihilfeansprüche meist wenig Sinn. So reduziert sich die Zielgruppe für den direkten Wettbewerb zwischen GKV und PKV noch einmal deutlich um Personen mit erheblichen Vorerkrankungen, Personen mit aktuell oder geplant mehreren nicht erwerbstätigen Familienangehörigen oder Personen höheren Alters. Sie gelten als versicherungsfreie Personen ohne faktische Wahlmöglichkeit.

Somit reduziert sich der Wettbewerb zwischen der GKV und der PKV auf den geringen Bevölkerungsteil der Personen mit rechtlicher und faktischer Wechselmöglichkeit, welcher nach Schätzung von Marktteilnehmern einen Kreis von 600.000 bis 800.000 Personen umfasst. Doch im Wettbewerb haben die einzelnen Unternehmen systembedingt unterschiedliche Ausgangslagen.

Nutzenvorteile

In der GKV sind die Leistungen zu einem weit überwiegenden Teil durch den Gesetzgeber vorgegeben. Gleichwohl versuchen Kassen ihr Angebot mittels zusätzlicher Satzungsleistungen, spezieller Versorgungskonzepte oder Produkt- und Kooperationslösungen zu individualisieren. So kann der Versicherungsschutz teilweise den eigenen Bedürfnissen angepasst werden.

In der Privaten Krankenversicherung kann der Versicherungsumfang in Gänze frei bestimmt werden. So lässt sich der Leistungsumfang an die individuellen Bedürfnisse der Nachfrager anpassen. Darüber hinaus

gelten nicht die gesetzlichen Verordnungsvorschriften sowie Budgets und der Arzt kann höhere Beträge für gleiche Leistungen abrechnen, weshalb Privatpatienten gern gesehene Kunden in Arztpraxen sind. Allerdings verfügt die PKV bei der Versorgung über geringere Gestaltungsmöglichkeiten als die GKV, da die Versicherer nicht direkter Vertragspartner der Ärzte sind. Ebenso müssen privat Versicherte ihre Arztrechnung zunächst aus eigener Tasche vorfinanzieren, und können sich dann den vertraglich vereinbarten Teil von ihrem Krankenversicherer erstatten lassen.

Sicherheitsvorteile

Die Sicherheit und Kontinuität des gewählten Versicherungsschutzes spielen ebenfalls eine wichtige Rolle. Die Leistungen der GKV können vom Gesetzgeber jederzeit reduziert werden. Der Versicherte muss Leistungsausschlüsse, die meist zur Sicherung der Finanzierungsgrundlage dienen, akzeptieren. Auch die Finanzierung nach dem Umlageverfahren stellt die GKV in Zeiten des demografischen Wandels vor ein häufig diskutiertes Problem. Die Krankenkassen unterscheiden sich deutlich in der Finanzstabilität. Diese wird künftig eine entscheidende Bedeutung für langfristige Existenzsicherheit haben, da die Kassen ab dem Jahr 2010 uneingeschränkt insolvenzfähig sind. In diesem Fall bleibt allerdings den gesetzlich Versicherten die Möglichkeit, sich einer anderen Krankenkasse anzuschließen.

Die Leistungen der privaten Krankenversicherung hingegen werden in einem privatrechtlichen Vertrag festgelegt, welcher nicht einseitig geändert werden kann. Damit hat der Versicherte ein Leben lang Anspruch auf die vereinbarten Leistungen. Durch die Finanzierung nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren mit der individuellen Bildung von Alterungsrückstellungen, gilt die PKV außerdem als demografiesicher. Sollte es dennoch zur Zahlungsunfähigkeit eines Krankenversicherers kommen, ist der weitere Versicherungsschutz durch einen Insolvenzschutzfonds gegeben.

Kostenvorteile

Zwischen den beiden Krankenversicherungssystemen in Deutschland gibt es erhebliche Kostenunterschiede. Diese liegen nicht nur in der Effizienz von Leistungserbringung, Verwaltung und Vertrieb begründet. Auch die Eigenarten der beiden Systeme bringen Kostenvor- und -nachteile mit sich. So erhalten Krankenkassen beispielsweise umfangreiche Rabatte bei Arzneimitteln, während private Versicherer, oftmals aufgrund fehlender Marktmacht, die Marktpreise erstatten. Ein weiteres Privileg der Kassen gegenüber privaten Versicherern ist die Steuerbefreiung nach dem Körperschaftssteuergesetz und der Verzicht auf Eigenkapitalbildung, was zu einer geringeren finanziellen Belastung führt. Gleichwohl ist eine gesetzliche Krankenversicherung für viele Personen teurer als es eine private Absicherung wäre. Durch die solidarische Fi-

finanzierung sind sie in der GKV gezwungen wirtschaftlich und gesundheitlich schlechter gestellte Mitglieder zu unterstützen. Dies gilt vor allem in Zeiten des staatlich festgelegten Beitragssatzes.

Innerhalb der privaten Krankenversicherung ist der Preiswettbewerb deutlich intensiver. Mittels günstiger Eintrittsangebote wird stark um Kunden geworben. Für die Versicherten ist dabei allerdings die zukünftige Beitragsentwicklung schwer abschätzbar. Kostennachteile zeigen sich hingegen in der Effizienz der Leistungsbereitstellung, da die Leistungserbringer deutlich höhere Beträge bei den privat Versicherten abrechnen können. Dies führt im Gesundheitswesen zu einem erheblichen Mehrumsatz durch die private Krankenversicherung. Da dies allerdings mit der bevorzugten Behandlung der Versicherten einher geht, ergeben sich hieraus auch erhebliche Wettbewerbsvorteile für das PKV-System.

Vertriebsvorteile

Die PKV rekrutiert ihre Neukunden größtenteils aus GKV-Versicherten, welche die gesetzlich vorgeschriebene Hürde zum Systemwechsel genommen haben. Im Wettbewerb um diese Personen entpuppt sich das Adressmonopol der GKV als

großer Vorteil. Dies bedeutet, dass die relevanten Kundendaten bei den jeweiligen Krankenkassen erfasst sind.

Die einzelne Krankenkasse wird dadurch in die Lage versetzt, entsprechende Personen in den eigenen Datenbeständen zu identifizieren und gezielt über den eigenen Außendienst anzusprechen. Mit Hilfe eines systematischen Customer-Relationship-Managements können wechselgefährdete Mitglieder im Vorfeld gezielt angesprochen und deren Bindung an die Kasse durch entsprechende Maßnahmen erhöht werden. Allerdings ist der Vorteil durch das Adressmonopol noch nicht von allen Kassen entdeckt worden, so dass sie diese Chance sehr unterschiedlich nutzen.

Die PKV steht hingegen somit vor einem Dilemma, da sie nur eingeschränkte Informationen über potenzielle Kunden besitzt. Aus diesem Grund müssen die Unternehmen zur Neukundengewinnung zusätzlich zu ihrem Außendienst auch externe Versicherungsberater und Makler hinzuziehen, was hohe Provisionszahlungen zur Folge hat.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die GKV vor allem in der Bereitstellung von Leistungen und Versorgungskonzepten sowie dem Adressmonopol deutliche

Vorteile hat, während die PKV in Themen wie Individualität und Kontinuität des Versicherungsschutzes und günstige Beiträge die besseren Argumente hat. Um eine starke Abwanderung in die private Krankenversicherung zu vermeiden, hat der Gesetzgeber in jüngster Vergangenheit die Möglichkeiten eines Systemwechsels sukzessive erschwert. Die Einführung des Dreijahresmoratoriums ist nur ein Beispiel hierfür. Allerdings haben solche Maßnahmen keinen wettbewerbsfördernden Charakter. Assekurata ist der Meinung, dass deutliche Fortschritte in der Entwicklung des Gesundheitssystems nur durch eine Steigerung des Wettbewerbs auf allen Ebenen möglich sind. Nur wenn eine umfangreiche Wahlfreiheit der Versicherten gegeben ist, können die beiden Krankenversicherungssysteme ihre Stärken voll ausspielen. Daher sollte die PKV für einen größeren Personenkreis zugänglich gemacht werden, gleichzeitig sind der GKV mehr Möglichkeiten einzuräumen ihre ehemaligen Versicherten zurückzugewinnen. Nur so wird der Wettbewerb im deutschen Krankenversicherungssystem wirklich gesteigert – zum nachhaltigen Nutzen des Versicherten!

Beitrag

Das Produktinformationsblatt in der Lebensversicherung - Transparenz für den Kunden vor dem Versicherungsab- schluss?

Von Stefan Sieren, Analyst der Assekurata

Am 1. Juli 2008 ist die VVG- Informationspflichtverordnung (VVG-InfoV) in Kraft getreten. Demzufolge muss der Versicherer seinen Kunden vor Abschluss des Versicherungsvertrages ein Produktinformationsblatt zur Verfügung stellen. Dabei soll das Produktinformationsblatt die Informationen herausstellen, die für den Abschluss des Versicherungsvertrags von Bedeutung sind (§ 4 Abs. 1 VVG-InfoV). Assekurata hat im Rahmen der Überschussstudie 2009 Produktinformationsblätter abgefragt und sich aus 56 Einsendungen einen Überblick verschafft.

Gemäß § 4 Abs. 5 VVG-InfoV müssen die mitzuteilenden Informationen „knapp dargestellt werden“. Allerdings wird das Wort „knapp“ in der Praxis von Versicherer zu Versicherer verschieden interpretiert. Im Durchschnitt umfasst das Produktinformationsblatt circa zweieinhalb Seiten. Allerdings erstreckt sich die Spanne zwischen einer und etwas über fünf Seiten! Dabei sollte der Interpretationsspielraum über die Länge eigentlich bereits durch den Wortlaut „ein Produktinformationsblatt“ (§ 4 Abs. 1 VVG-InfoV)



Stefan Sieren

eingeschränkt sein. Doch lediglich zwei Unternehmen beschränken sich auf eine Seite.

Nach § 4 Abs. 2 VVG-InfoV sind unter anderem Leistungsausschlüsse, Obliegenheiten, Beginn und Ende des Versicherungsschutzes, Abschluss- und **Vertriebskosten** sowie die sonstigen Kosten in Euro und die Höhe der Prämie relevante Informationen. Diese Angaben finden sich vollständig in den Blättern der Versicherer. Allerdings wird der Kostenausweis nicht bei allen Versicherern wirklich transparent dargestellt. Die Marktlösung besteht darin, die Kosten im Fließtext zu nennen. Diese Vorgehensweise führt nicht zu der geforderten Übersichtlichkeit (§ 4 Abs. 5 VVG-InfoV). Lediglich ein Lebensversi-

cherer überzeugt mit einer Kostentabelle, der auf einen Blick die Abschluss- und Verwaltungskosten entnommen werden können. Einzelne Unternehmen verzichten auf den Ausweis der Verwaltungskosten in Euro und verweisen auf die allgemeinen Bedingungen oder das Versicherungsangebot. Diese Vorgehensweise ist umstritten. Zwar sieht der Wortlaut der VVG-InfoV explizit den Ausweis der Abschlusskosten vor, ob allerdings auch die Verwaltungskosten genannt werden müssen, ist unklar. Gewiss ist nur, dass der Verbraucher erkennen soll, welche Kosten mit dem Abschluss des Vertragsverhältnisses verbunden sind.

Im Rahmen ihrer Untersuchung hat Assekurata die Unternehmen darum gebeten, ein Produktinformationsblatt für einen Mustervertrag zu erstellen. Der Mustervertrag umfasst eine klassische aufgeschobene Rentenversicherung mit Beitragsrückgewähr für einen heute 35 Jahre alten Mann, dem eine Kapitalabfindung von 50.000 € nach einer Vertragslaufzeit von 25 Jahren garantiert wird.

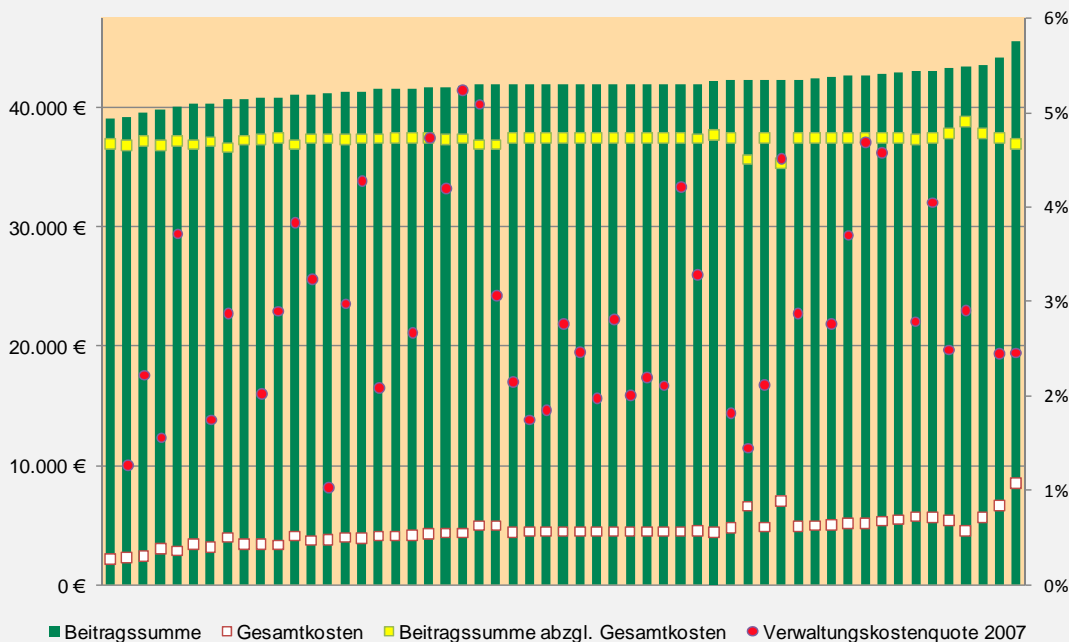
Die nachstehende Übersicht stellt die Beitragssumme, die Gesamtkosten und die Verwaltungskostenquote (soweit verfügbar) von 55 Unternehmen dar. Wie das

Schaubild verdeutlicht, sind für das gewünschte Sparziel über die Gesamtlaufzeit unterschiedlich hohe jährlich garantierte Beiträge einzuzahlen. Die Beitragssumme liegt im Durchschnitt bei 41.771,81 € und bewegt sich zwischen 39.074,75 € und 45.520,00 €, was einer Spanne von 6.445,25 € und einer garantierten durchschnittlichen Verzinsung von 1,42 % entspricht. In der Beitragssumme sind Spar-, Kosten- und Risikobeiträge bereits berücksichtigt.

Zahlbeiträge entspricht. Allerdings sagt der Kostenausweis nicht zwingend etwas über die tatsächliche Kostenstruktur der Lebensversicherer aus. Denn laut Versicherungsaufsichtsgesetz (§ 11 Abs. 1) müssen die Prämien so hoch kalkuliert werden, dass das Versicherungsunternehmen allen seinen Verpflichtungen nachkommen kann. Das bedeutet auch, dass für die Inflationserwartung und die von der

(§ 4 Abs. 5) müssen nur mindestens 50 Prozent des übrigen Ergebnisses, das sich als Summe aus Kostenergebnis und sonstigem Ergebnis ergibt, als Überschussbeteiligung gewährt werden. Dies ermöglicht es den Unternehmen, aus der anderen Hälfte Gewinne zu realisieren. Die Zuführung zur Überschussbeteiligung kann zudem als werbewirksame Größe verwendet werden. Bei der Auswertung der Produktinformationsblätter fielen gleich mehrere

Garantierte Beitragssumme (Mustervertrag)



Daher ist der Kostenausweis in dieser Betrachtung zunächst einmal für den Kunden nicht mehr von großer Aussagekraft. Dennoch lohnt sich ein Blick auf die ausgewiesenen Abschluss- und Verwaltungskosten. Die Gesamtkosten bewegen sich zwischen 2.128,72 € und 8.573,11 € und betragen im arithmetischen Durchschnitt 4.510,22 €, was einem Anteil von 10,80 % der gesamten

Wachstumsentwicklung abhängige Fixkostenverteilung zwingend eine vorsichtige Schätzung anzunehmen ist. Daher ist in der Regel die tatsächliche Kostenbelastung geringer als die ausgewiesenen Beträge. Für Versicherungsunternehmen bestehen allerdings weitere Anreize, möglichst hohe Kosten einzukalkulieren. Nach der Mindestzuführungsverordnung

Versicherer auf, die hohe Kosten und zugleich in der Gewinn- und Verlustrechnung im Jahresabschluss eine niedrige Verwaltungskostenquote, die der Quotient der Verwaltungsaufwendungen und der verdienten Bruttoprämien darstellt (Mittelwert: 2,88 %), ausweisen. So ist auch in der Abbildung nur ein begrenzter Zusammenhang zwischen der Verwaltungskostenquote

und den ausgewiesenen Kosten zu erkennen.

Die einkalkulierten, im Produktinformationsblatt dargestellten Kosten für die Verwaltung der Verträge sind höher als die tatsächlich anfallenden Beträge, die in den Geschäftsberichten ausgewiesen sind. Infolge dessen entstehen Kostenüberschüsse, was bedeutet, dass die ausgewiesenen Kosten im Produktinformationsblatt zum Teil wieder den Versicherungsnehmern gutgeschrieben werden. Daher sind für den Verbraucher der tatsächliche Zahlbeitrag und die Ertragsstärke des Lebensversicherungsunternehmens von hervorgehobener Bedeutung. Der Kostenausweis hat damit einen geringeren Informationsgehalt, als vom Gesetzgeber angenommen wurde.

Assekurata hat zudem die ausgewiesenen Beiträge abzüglich der ausgewiesenen Kosten betrachtet. Diese Differenz entspricht in etwa der Summe der Spar- und Risikobeiträge. Die Unternehmen kalkulieren diese Beiträge weitgehend einheitlich, da der Kalkulationspielraum vorgegeben ist. Die künftigen Sparbeiträge sind um den garantierten Rechnungszins (2,25%) zu diskontieren und damit für alle Unternehmen einheitlich. Lediglich die gewählten Risikozuschläge auf die bei einer Rentenversicherung geringen Risikobeiträge können voneinander abwei-

chen. Größere Abweichungen würden sich entweder bei einer Barwertbetrachtung glätten oder sind auf externer Datenbasis nicht abschließend nachvollziehbar.

Den vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Ausweis des Renditeeffektes berücksichtigen bisher wenige Lebensversicherer. Der Renditeeffekt gibt an, um wie viel höher die Beitragsrendite eines Versicherungsvertrages nominal wäre, wenn der Kunde keinerlei laufende Kosten zu tragen hätte. Damit lassen sich laut GDV auf einen Blick die unterschiedlichsten Systeme, wie sie in der Praxis zur Kostenkalkulation verwendet werden, in ihrer wirtschaftlichen Auswirkung miteinander vergleichen. Allerdings weist der Renditeeffekt nur die laufenden, nicht aber die einmaligen Abschlusskosten und Kapitalanlagekosten aus. Andererseits erlaubt der Renditeeffekt erstmals einen direkten Vergleich zwischen den mit Lebensversicherungsverträgen verbundenen laufenden Kosten und den als Total Expense Ratio (TER) ausgewiesenen Kosten von Investmentfonds.

Die Rentabilität eines Vertrages ist von einer ertragreichen Kapitalanlage, einem gesunden Risikokollektiv und einer günstigen Kostenstruktur abhängig. Die hierdurch erzielbare Überschussbeteiligung kann

die Ablaufleistung spürbar steigern. Daher ist es zweckmäßig, den Mitteleinsatz (garantierter Zahlbeitrag) und die Überschussbeteiligung als einen Anhaltspunkt für die zukünftige Ablaufleistung zu vergleichen. Gleichwohl ist zu berücksichtigen, dass die Überschussbeteiligung nur eine Momentaufnahme darstellt, da sie für die Zukunft nicht garantiert ist und sich noch dazu unternehmensindividuell auf unterschiedliche Zinsträger beziehen kann.

Der Gesetzgeber verfolgt mit dem Produktinformationsblatt das Ziel, dem Verbraucher die für den Abschluss des Vertrages wichtigen Informationen in knapper und verständlicher Form zukommen zu lassen (§ 4 Abs. 1 und 5 VVG-InfoV). In der praktischen Umsetzung halten sich die Versicherer bei der inhaltlichen Gestaltung an die gesetzlichen Vorgaben. Der Umfang an Informationen dürfte allerdings viele Verbraucher verwirren. Hinsichtlich des geringen Informationsgehalts des Kostenausweises und der hervorgehobenen Bedeutung des Zahlbeitrags und der Ertragschancen und -risiken aus einem Altersvorsorgevertrag besteht ein wesentlicher Nachbesserungsbedarf, wenn der Gesetzgeber tatsächlich die für den Vertragsabschluss relevanten Informationen herausstellen möchte.

Artikel

Kfz-Versicherung: Alle reden vom Preis, doch was passiert im Schadenfall?

Nicole Horstkötter, Analystin Assekurata

„Geiz ist geil“ – Zwar ist dieser Werbeslogan einer großen Elektronikette schon seit einiger Zeit durch einen moderateren Spruch ersetzt worden, in den Köpfen der Verbraucher scheint der Spruch aber immer noch aktuell. Der Preis bleibt ein wichtiges Verkaufsargument, auf den Verbraucher gerade in Krisenzeiten vermehrt achten. Dies zeigt sich auch in der Versicherungsbranche und hier insbesondere in der Sparte Kraftfahrtversicherung (Kfz), in der seit 2004 ein starker Preiswettbewerb herrscht. Über die Jahre hat das Buhlen um die Gunst der Kunden noch an Intensität gewonnen.

Die Versicherungsunternehmen unterbieten sich immer stärker. Die Gesellschaften gehen sogar so weit, dass sie Verluste in Kauf nehmen, um Marktanteile hinzuzugewinnen. Zum Ausdruck kommt dies beispielsweise in der durchschnittlichen Zuwachsrate der gebuchten Bruttoprämien im Markt und der (Schaden-Kosten-Quote Combined Ratio).

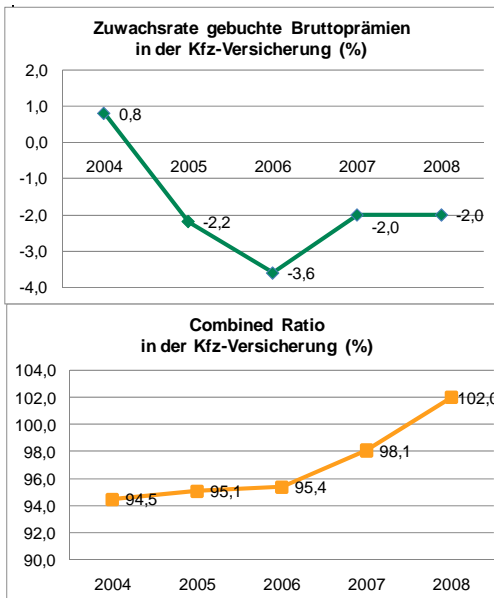
Im Zeitverlauf wird deutlich, dass die Versicherungsunternehmen seit Ausbruch des Preiswettbewerbs immer weniger Prämien von Ihren Kunden in der Kfz-Versicherung einnehmen. Der Tiefpunkt wurde dabei im Jahre 2006 erreicht. Seit



Nicole Horstkötter

zwei Jahren stagniert das Niveau bei -2,0 %. Gleichzeitig steigt die Combined Ratio im Markt über die Jahre sukzessive an. Sie spiegelt das Verhältnis zwischen Kosten und Prämien wider. Die Kosten setzen sich dabei aus Schaden-Leistungen und Betriebskosten zusammen.

In 2008 reichen in der Kfz-Versicherung die Prämien nicht mehr aus, um die Kosten zu decken. Eine Erholung ist noch nicht in Sicht. Das Buhlen um die Kunden führt seit 2005 zu schrumpfenden Prämieeinnahmen und dies bei einer zunehmenden Anzahl an Kfz-Versicherern in Deutschland. Im Zeitverlauf wird deutlich, dass die Versicherungsunternehmen seit Ausbruch des Preiswettbewerbs immer weniger Prämien von Ihren Kunden in der Kfz-Versicherung einnehmen. Der Tiefpunkt



Insbesondere aufgrund des Preiskampfes findet alljährlich zum November ein munterer Versichererwechsel statt. Dabei wandern die Kunden in der Regel zu den Versicherern mit den günstigsten Angeboten. Doch bei mehr als 100 Kfz-Versicherern auf dem deutschen Versicherungsmarkt gestaltet sich die Suche nach dem zweckmässigsten Kfz-Versicherungsangebot für den Verbraucher recht schwierig. Hinzu kommt, dass jeder Versicherer mindestens zwei Tarife im Angebot führt. Eine Hilfe bei der Auswahl sind hierbei Vergleichsportale im Internet. Diese bieten einen Überblick über das Preisspektrum der Tarife. Auf die Leistungen gehen sie dabei allerdings nur rudimentär ein. So wird zwar meist eine Liste der angebotenen Leistungen erstellt, eine Bewertung dieser fehlt jedoch.

Dabei ist für die Qualität einer Kfz-Versicherung noch vor dem Preis entscheidend, welche Leistungen diese Police beinhaltet. Denn die günstigste Versicherung nutzt nichts, wenn diese im Schadenfall nicht zahlt. Und gerade über die Leistungen unterscheiden sich die Versicherer sehr stark. Für jeden Geldbeutel ist etwas dabei:

- **Günstige Basis-Tarife** mit dementsprechend geringeren Leistungen,
- **Standard-Tarife**, die bereits mehr Leistungen beinhalten, aber auch etwas mehr kosten, und
- **Premium-Tarife** mit einem großen Leistungsspektrum und einem höheren Beitrag.

Allerdings sind die meisten dieser Tarife so ausgestaltet, dass der gemeine Versicherungskunde im günstigsten Fall nur erahnen kann, was er mit der Unterschrift unter die jeweilige Police versichert hat. Oder wissen Sie auf Anhieb, was sich hinter den Begriffen Marderbiss, Abzug „neu für alt“ oder GAP-Deckung verbirgt? Unter einem Marderbiss kann sich noch jeder etwas vorstellen, doch welche Schäden dadurch gedeckt sind, ist schon unklar. Jetzt kommt es auf die Leistung an.

Erst hier zeigt sich die Qualität eines Versicherers. Werden die Kosten vollständig von der Versicherung übernommen? Sind Folgeschäden mitversichert? Wie schnell wird das Auto repariert? Stellt der Versicherer während der Reparaturzeit

ein Ersatzfahrzeug zur Verfügung? Dies sind nur einige Fragen, die sich erst nach genauem Studium der Versicherungsbedingungen beantworten lassen. Und wie viele waren es noch gleich? 100 Versicherer mit mindestens zwei unterschiedlichen Tarifen - macht grob geschätzt 200 Tarife?!

Die Kfz-Versicherung unterscheidet sich in den einzelnen Tarifvarianten durch bestimmte Merkmale, die durchaus von unterschiedlicher Bedeutung für einzelne Kunden sind. In der Kfz-Haftpflichtversicherung sind dies unter anderem die Mallorca-Police, der Rabatt-Retter sowie der Rabatt-Schutz.

Die Mallorca-Police ist beispielsweise für Urlauber attraktiv, die gerne nach Europa verreisen und dort einen Mietwagen nutzen. Im Falle eines Haftpflicht-Schadens, der die für den Mietwagen abgeschlossene Deckungssumme übersteigt, kommt bei der Mallorca-Police der Kfz-Versicherer für den fehlenden Betrag auf. Wer grundsätzlich keine Mietwagen im Ausland bucht, für den genügt an dieser Stelle ein Basis-Tarif. Während dieser in der Regel keine Mallorca-Police enthält, sollten in einem Standard-Tarif Personenschäden bis zu einer Höhe von 8 Mio. € versichert sein. Ein Premium-Tarif sollte Personenschäden bis zu einer Deckungssumme von 10 Mio. € absichern.

Ähnlich verhält es sich beim Rabatt-Retter und beim Rabatt-Schutz. Beim Rabatt-Retter kann der Kunde meist einen Schaden im Jahr

verursachen, ohne seinen Schadenfreiheits-Rabatt zu verlieren. Er wird zwar in der Schadenfreiheitsklasse (SF-Klasse) zurückgestuft, dies aber nur so weit, dass er seinen bisherigen Rabatt behält. Im Falle eines zweiten Schadens sinkt mit der Rückstufung der SF-Klasse dann auch der Schadenfreiheits-Rabatt.

Der Rabatt-Schutz verhindert bei einem Schaden die Rückstufung in eine niedrigere SF-Klasse. Die Anzahl der Freischäden im Jahr beläuft sich im Markt meist zwischen einem bis auf drei. Der Rabatt-Retter gilt in der Regel erst ab einer SF-Klasse von 25 im Gegensatz zum Rabatt-Schutz, der bereits ab einer SF-Klasse von vier gelten sollte.

Sowohl der Rabatt-Retter als auch der Rabatt-Schutz sind in einem Basis-Tarif im Allgemeinen nicht enthalten. In einem Standard- oder Premium-Tarif sollten diese Komponenten allerdings unbedingt Bestandteil sein. In beiden Tarifen ist der Rabatt-Retter inklusive. Einen Rabatt-Schutz kann der Kunde gegen ein kleines Entgelt zusätzlich erwerben. Die Zweckmäßigkeit dieser Investition hängt von der Risikoneigung der jeweiligen Person ab.

In der Kfz-Teilkaskoversicherung sind noch weit mehr Merkmale vorhanden, die die Tarife differenzieren. Nachfolgend findet sich eine Checkliste mit den wichtigsten Kriterien, die eine ebensolche Versicherung mindestens erfüllen sollte. Diese bietet eine erste Orientierung. Für eine Untersuchung und Bewertung der Leistung

gen im Einzelnen ist jedoch ein Expertenurteil vonnöten.

Kfz-Teilkaskoversicherung		
Basis-Tarif	Standard-Tarif	Premium-Tarif
Wildschadendeckung: <input checked="" type="checkbox"/> <i>Haarwild</i>	Wildschadendeckung: <input checked="" type="checkbox"/> <i>Haarwild + Nutztiere</i>	Wildschadendeckung: <input checked="" type="checkbox"/> <i>alle Tiere</i>
direkte Schäden durch Marderbiss <input checked="" type="checkbox"/>	direkte Schäden durch Marderbiss <input checked="" type="checkbox"/>	direkte Schäden durch Marderbiss <input checked="" type="checkbox"/>
	Folgeschäden durch Marderbiss: <input checked="" type="checkbox"/> <i>bis 1.000 €</i>	Folgeschäden durch Marderbiss: <input checked="" type="checkbox"/> <i>bis 3.000 €</i>
Neupreisentschädigung: <input checked="" type="checkbox"/> <i>bis 6 Monate</i>	Neupreisentschädigung: <input checked="" type="checkbox"/> <i>bis 12 Monate</i>	Neupreisentschädigung: <input checked="" type="checkbox"/> <i>bis 18 Monate</i>
	Abzug "neu für alt": <input checked="" type="checkbox"/> Verzicht 4 Jahre <i>- Lackierung</i> <i>- Ersatzteile</i>	Abzug "neu für alt": <input checked="" type="checkbox"/> Verzicht 4 Jahre <i>- Lackierung</i> <i>- Ersatzteile</i> <i>- Batterien</i> <i>- Bereifung</i>
	Einrede grobe Fahrlässigkeit: <input checked="" type="checkbox"/> <i>Verzicht</i>	Einrede grobe Fahrlässigkeit: <input checked="" type="checkbox"/> <i>Verzicht</i>
	GAP-Deckung möglich <input checked="" type="checkbox"/>	GAP-Deckung möglich <input checked="" type="checkbox"/>
Sonderausstattung bis 2.500 € <input checked="" type="checkbox"/>	Sonderausstattung bis 5.000 € <input checked="" type="checkbox"/>	Sonderausstattung bis 7.500 € <input checked="" type="checkbox"/> Schneelawinen <input checked="" type="checkbox"/> Muren <input checked="" type="checkbox"/>
	Selbstbeteiligung Glasreparatur: <input checked="" type="checkbox"/> <i>Verzicht</i>	Selbstbeteiligung Glasreparatur: <input checked="" type="checkbox"/> <i>Verzicht</i>
	Schlösser nach Entwendung: <input checked="" type="checkbox"/> <i>Austausch</i>	Schlösser nach Entwendung: <input checked="" type="checkbox"/> <i>Austausch</i>
	<input checked="" type="checkbox"/>	Kostenübernahme für <input checked="" type="checkbox"/> <i>- Überführung</i> <i>- Zulassung</i>
Kurzschlusschäden <input checked="" type="checkbox"/>	Kurzschlusschäden <input checked="" type="checkbox"/>	Kurzschlusschäden <input checked="" type="checkbox"/>

dem Wiederbeschaffungswert und der Restforderung laut Leasingvertrag. Besonders bei neueren Fahrzeugen kann diese Differenz sehr hoch ausfallen. Während in einem Standard- und Premium-Tarif die Vereinbarung einer GAP-Deckung in der Regel möglich ist, ist dies in einem Basis-Tarif nicht der Fall.

In der Liste taucht wieder der Begriff „GAP-Deckung“ auf. Übersetzt bedeutet das Wort „GAP“ Lücke. Eine GAP-Deckung ist für Kunden mit einem Leasing-Fahrzeug interessant. Sie deckt beispielsweise bei einem Totalschaden die Lücke zwischen

Wie diese Beispiele zeigen, kommt es bei der Tarifwahl nicht nur auf den Preis, sondern auch auf die passende Leistung an. Denn

wer am falschen Ende spart und sich nicht ausreichend über die unterschiedlichen Leistungen informiert, bleibt am Ende mehr oder weniger überrascht auf den Kosten sitzen!

Umfrage

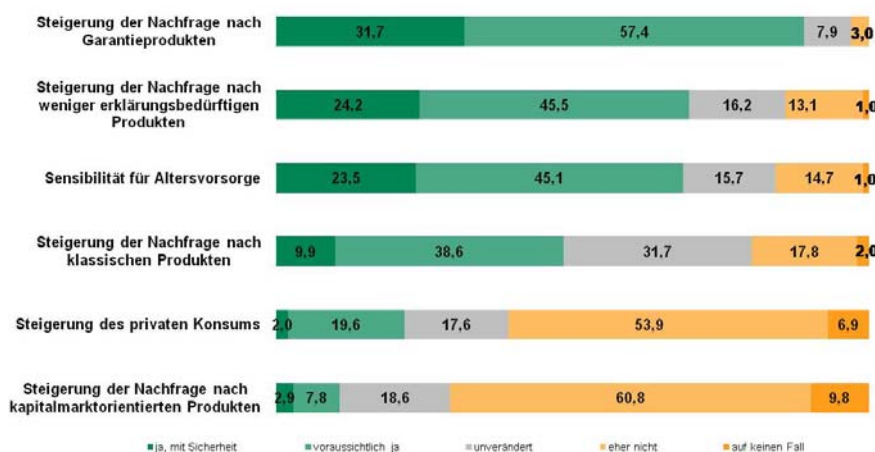
Das denken die Berater im Zuge der Finanzmaktkrise

Die Finanzmarktkrise hat sich mittlerweile von Finanzinstituten wie Hypo Real Estate, Commerzbank oder auch dem Flaggschiff Deutsche Bank auf die Realwirtschaft ausgeweitet. Nahezu alle Branchen haben aufgrund der Flaute auf Kurzarbeit umgestellt. Experten gehen sogar davon aus, dass bis Ende Mai wahrscheinlich rund eine Million Männer und Frauen kurzarbeiten werden. Dies wirkt sich natürlich unweigerlich auch negativ auf das Einkommen dieser Personen aus. Hinzu kommt bei vielen noch die Angst davor, trotz Kurzarbeit am Ende ohne Job dazustehen. Hierbei stellt sich natürlich auch die Frage, ob sich diese negativen Aussichten auf das Altersvorsorgeverhalten auswirken. Unter anderem dieser Frage ging Assekurata nach und führte im Zeitraum Februar bis März 2009 eine Onlinebefragung unter Finanzvermittlern durch. 102 Vermittlernahmen daran teil.

Mit gerade einmal 20 % erwartet nicht einmal ein Viertel der Befragten, dass die Bereitschaft der Verbraucher, Geld für das Alter anzulegen, in naher Zukunft steigen wird. Mehr als die Hälfte (51 %) geht hingegen davon aus, dass der Wille zur Altersvorsorge im Angesicht der Krise eher abflauen dürfte.

Bei den Produktpräferenzen rechnet der Hauptteil der Befragten damit, dass der Anlagetrend deutlich in Richtung sicherheitsorientierter Produkte geht: 89,1 % der Befragten rechnen damit, dass die Kunden in naher Zukunft eher zu Produkten mit Garantieleistungen tendieren werden. Desweiteren dürften die Kunden nach Meinung von 69,7 % der Makler künftig auch vermehrt auf die Verständlichkeit und Transparenz der Produkte achten.

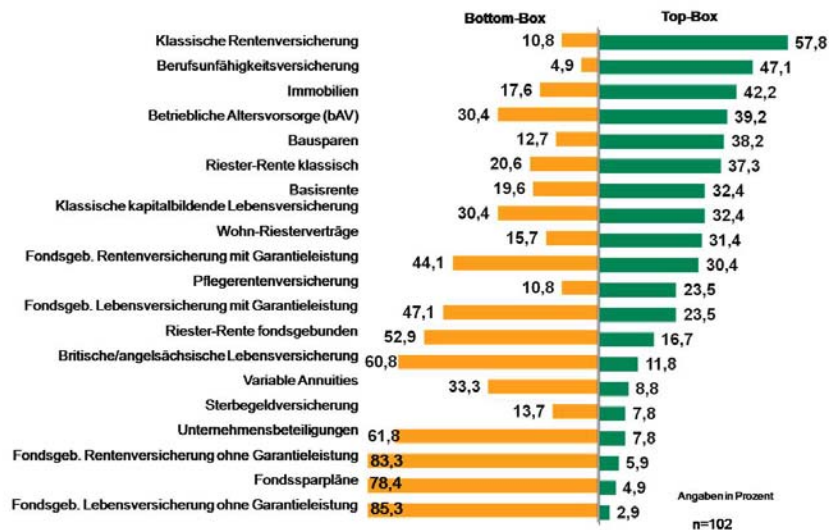
Welche Trends lassen sich nach Ihrer Einschätzung auf Seite der Kunden kurzfristig beobachten?



n=102

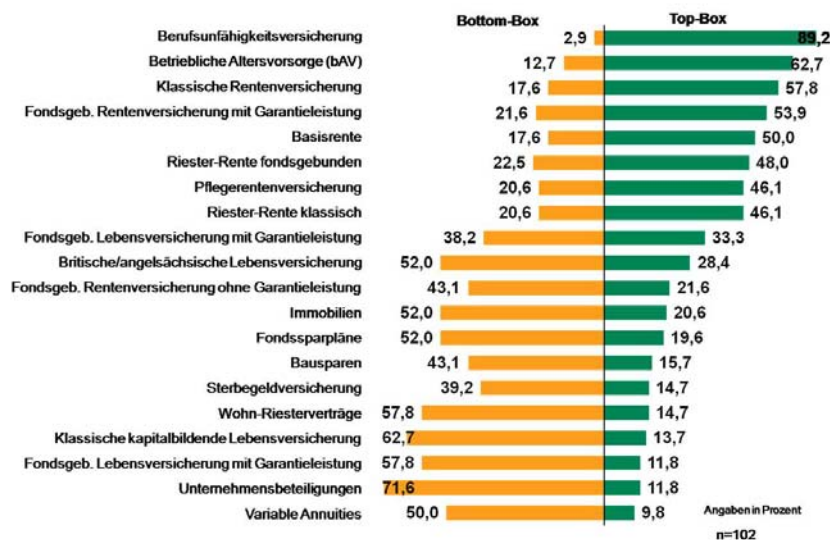
Dieses Bild bestätigt sich bei der Frage, welche Produkte beim Kunden einen Vertrauensbonus oder einen Vertrauensverlust haben. Nach Meinung der Makler gewinnen sicherheitsorientierte Produkte wie beispielsweise die Klassische Rentenversicherung, das Bausparen sowie die klassische Riester-Rente in der Finanzmarktkrise an Vertrauen. Wohingegen kapitalmarktorientierte Anlagen, wie beispielsweise die fondsgebundene Renten- und Lebensversicherung ohne Garantieleistung sowie Fondssparpläne, an Vertrauen verlieren.

Welche Produkte verlieren oder gewinnen an Vertrauen?



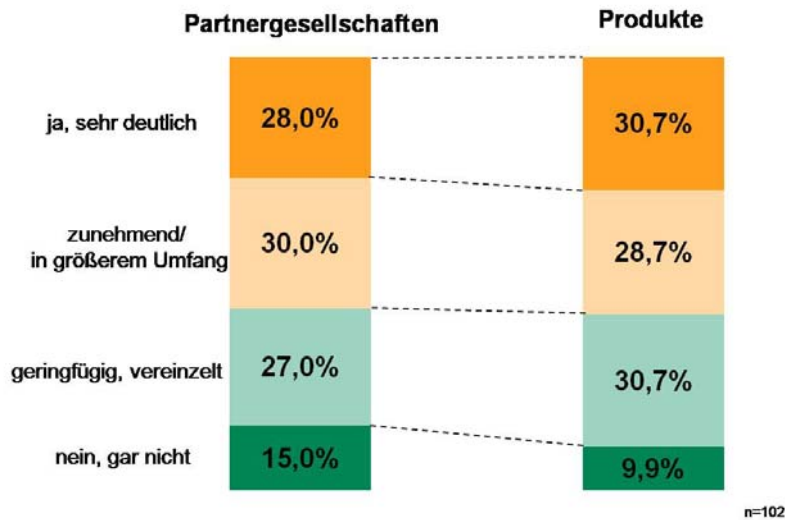
Weiter wollte Assekurata wissen, welche Produkte künftig im Vertrieb an Bedeutung verlieren oder gewinnen werden, das heißt aktiv angeboten werden. Das Ergebnis deckt sich in vielen Punkten mit der Vertrauensfrage. Im Fokus des Vertriebs stehen mit betrieblichen Altersvorsorgeprodukten, Berufsunfähigkeitspolicen und klassischen Rentenversicherungen genau die Produkte, die auch unter den Kunden das meiste Vertrauen genießen. Dies sind allesamt etablierte, gängige Produkte. Auffällig ist auch, dass trotz eines deutlichen Vertrauensverlusts, fondsgebundene Rentenversicherungen mit Garantien noch einen deutlichen Schwerpunkt in der Vermittlung ausmachen. Klassische kapitalbildende Lebensversicherungen genießen hingegen nur eine geringe Bedeutung im Maklervertrieb.

Welche Produkte verlieren oder gewinnen an Bedeutung im Vertrieb?



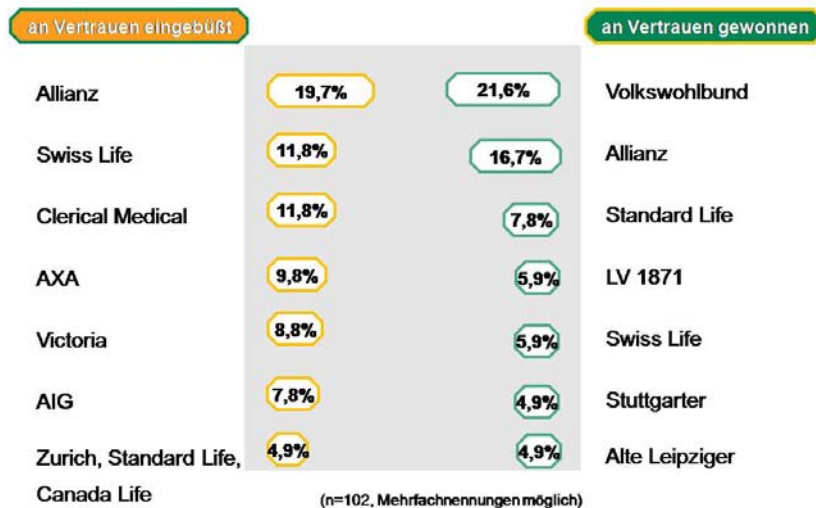
Die Finanzmarktkrise hinterlässt bei der Auswahl von Anbietern und Produkten deutliche Spuren. Makler sind deutlich beziehungsweise zunehmend kritischer sowohl beim Auswahlprozess im Hinblick auf Produkte (59,4 %) als auch im Hinblick auf Partnergesellschaften (58,0 %).

Sind Sie vor dem Hintergrund der Finanzkrise kritischer geworden bezüglich der Auswahl der von Ihnen empfohlenen ...



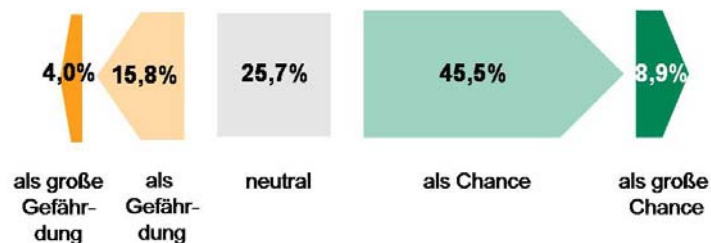
Auf die offene Frage, welche Versicherer in der Finanzmarktkrise an Vertrauen eingebüßt oder gewonnen haben, wird punktuell geantwortet. Positiv schneidet hier besonders der Volkswohlbund ab. Jeder fünfte Makler bescheinigt der Gesellschaft einen Gewinn an Vertrauen.

Welche Anbieter haben vor dem Hintergrund der Finanzmarktkrise besonders...



Insgesamt herrscht aber trotz der Krise eine positive Grundeinstellung innerhalb der Maklerschaft: Jeder zweite sieht Chancen, während jeder Fünfte Risiken erkennt.

Wie schätzen Sie das aktuelle Marktumfeld für Ihre eigene Geschäftstätigkeit ein?



n=102

Impressum:

**ASSEKURATA PUNKT!
Nr.14/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 vergangenen Monate

Marktstudie 2009: Die Überschussbeteiligung der Wettbewerbsspensionskassen

Köln, den 25. März 2009 – Die ASSEKURATA Assekuranz Rating-Agentur veröffentlichte heute zum ersten Mal eine differenzierte Erhebung zur Verzinsung von Pensionsversicherungen der Wettbewerbsspensionskassen. 20 Wettbewerbsspensionskassen mit einem Beitragsvolumen von 2,3 Mrd. Euro nach gebuchten Bruttoprämien in 2007 nahmen teil. Dies entspricht einem Marktanteil von rund 82 % der Wettbewerbsspensionskassen, beziehungsweise rund 43 % der unter Bundesaufsicht stehenden

152 Pensionskassen.

Fusion von KKH und BKK Allianz: Assekurata hält sehr gutes Urteil A+ aufrecht

Köln, den 1. April 2009 – Das sehr gute Assekurata-Rating (A+) der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH) bleibt auch nach der Fusion mit der BKK Allianz erhalten. Etwaige Auswirkungen aus diesem Zusammenschluss prüft Assekurata derzeit im laufenden Folgeratingprozess.

Debeka Lebensversicherungsverein a.G. beweist auch in Krisenzeiten Solidität

Köln, den 2. April 2009 – Zum sechsten Mal in Folge erreicht die Debeka Leben ein exzellentes Assekurata-

Rating. Dabei erzielt das Unternehmen nun zum dritten Mal auch in allen untersuchten Teilqualitäten exzellente Urteile.

Die Teilqualitäten:

Sicherheit: exzellent

Erfolg: exzellent

Gewinnbeteili-

gung/Performance:

exzellent

Kundenorientierung: exzellent

Wachstum/Attraktivität im Markt: exzellent



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 Ergebniskontrol-

le.

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 **Goetze**, Professor an der FH Köln, Institut für das 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	
A-	... weitgehend gut	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 Mai 2009)

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+	Landesschadenhilfe Versicherung A
HUK-COBURG Leben A+	LVM A++
IDEAL Leben A	LVM Rechtsschutz A++
IDUNA Vereinigte A	NV Versicherungen A
LVM Leben A+	Öffentliche Sach Braunschweig A+
Neue BBV Leben A	VPV Allgemeine A
neue Leben A++	
Öffentliche Leben Braunschweig A+	
PBV Leben A+	
Skandia Leben A	
Swiss Life A+	
SDK-Leben A+	
Vorsorge Leben A	
Nicht freigegebene Ratings Lebensversicherer:	Nicht freigegebene Ratings Schaden-/Unfall-
7 mit Ergebnissen von A+ bis B+	versicherer:
(Stand Mai 2009)	13 mit Ergebnissen von A+ bis B
	(Stand Mai 2009)

Assekurata-Ratings (Stand Mai 2009)

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 Krankensicherer:	
8 mit Ergebnissen von A+ bis B	
(Stand Mai 2009)	