

ASSEKURATA

Punkt!

04.05.2011

Unsere Themen:

- *Gleichgewicht*
 - *Unisex-Tarife in der PKV – Frauen als Wettbewerbsfaktor in der Vollversicherung?*
Von Gerhard Reichl, Senior-Analyst der ASSEKURATA Assekuranz Rating-Agentur GmbH
 - *Rechtliche und kalkulatorische Hürden bei der Umsetzung von Unisex in der PKV*
Von Roland Weber, Mitglied der Vorstände der Debeka Versicherungen
 - *Risikopolitik: Gesundheit und Bonität*
Von Wiltrud Pekarek, Mitglied des Vorstands der HALLESCHE Krankenversicherung
 - *Kassensturz*
Von Florian Scharf, Analyst ASSEKURATA Assekuranz Rating-Agentur
 - *Beihilfeversicherte – Eine schwieriges Klientel?*
Von Barbara Hagemann, Analystin ASSEKURATA Assekuranz Rating-Agentur GmbH, Juliane Löffler, Analystin ASSEKURATA Solutions GmbH
 - *Die Assekurata-Ratings der vergangenen Monate*
 - *Ratingskala und Ratingdefinition des Assekurata-Ratings*
 - *Assekurata-Ratings*
-

Vorwort

Gleichgewicht

Hallo und Herzlich willkommen zu einem neuen Heft von ASSEKURATA Punkt!. Nach einiger Zeit wollen wir uns diesmal wieder der Krankenversicherung widmen, einem Themenfeld, auf welchem derzeit viel Bewegung zu verzeichnen ist. Hauptgrund hierfür ist ein Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) vom 1. März 2011 zur Gleichbehandlung von Männern und Frauen. Nach Ansicht der Luxemburger Richter dürfen Versicherer das Geschlecht künftig nicht mehr als Merkmal für unterschiedliche Preise verwenden. Also müssen alle Versicherer bis Ende 2012 einheitliche Tarife, so genannte Unisex-Tarife, anbieten. Mit diesen Tarifen zahlen Männer und Frauen zukünftig dieselben Versicherungsbeiträge für ihre Police.

Das Urteil trifft auch die Autoversicherung. Bislang zahlen Frauen in der Autoversicherung meistens weniger als Männer, bei der privaten Renten- und privaten Krankenversicherung (PKV) hingegen deutlich mehr. Gründe hierfür liegen in den langjährigen statistischen Erfahrungen: Demnach lebt das weibliche Geschlecht länger und geht auch öfter zum Arzt, Männer sind dafür weit häufiger in Autounfälle verwickelt. In der PKV müssen Frauen



Dr. Reiner Will

derzeit im Schnitt etwa 15 Prozent mehr bezahlen als Männer. Das darf künftig nicht mehr sein. Wie die Krankenversicherer darauf reagieren wollen, ist noch nicht klar. Gerhard Reichl, Senior-Analyst in unserem Bereich Krankenversicherung, hat skizziert, welche Auswirkungen das Urteil auf die Beiträge haben könnte.

Debeka-Vorstand Roland Weber erläutert, wie sich die Prämien bisher berechneten und zeigt auf, vor welchen kalkulatorischen Herausforderungen die PKV nun steht.

Wiltrud Pekarek, Mitglied des Vorstands der HALLESCHE Krankenversicherung erläutert, welche Faktoren bei der Ermittlung einer risikogerechten Krankenversicherungsprämie einbezogen werden und gibt einen Einblick darüber, wie dies bei der HALLESCHE geschieht.

Auch das gesetzliche Pendant, die Krankenkassen, steht vor großen finanziellen Belastungen. Seit Mitte April häufen sich Schreckensmeldungen über einzelne Krankenkassen. Nach Berichten der Bild-Zeitung und der Berliner Morgenpost vom 15.04.2011 soll die City BKK im Sommer vom Bundesversicherungsamt geschlossen werden. Unser Analyst Florian Scharf hat sich auf die Suche nach Gründen begeben und zeigt, was im Falle einer Kassenschließung auf die Kunden zukommt.

Des Öfteren bekommen wir im Zuge unserer Ratings zu hören, dass Beihilfeversicherte insgesamt schwierig zufriedenzustellen seien. Auf Grundlage von mehr als 9.000 Befragungen aus 15 privaten Krankenhausern haben unsere Analytistin Barbara Hagemann und Juliane Löffler, Analytistin unserer Tochtergesellschaft ASSEKURATA Solutions GmbH, dieses Vorurteil auf seinen Wahrheitsgehalt untersucht.

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

Viel Spaß bei der Lektüre.

Ihr

Dr. Reiner Will, Geschäftsführender Gesellschafter der ASSEKURATA Assekuranz Rating-Agentur GmbH

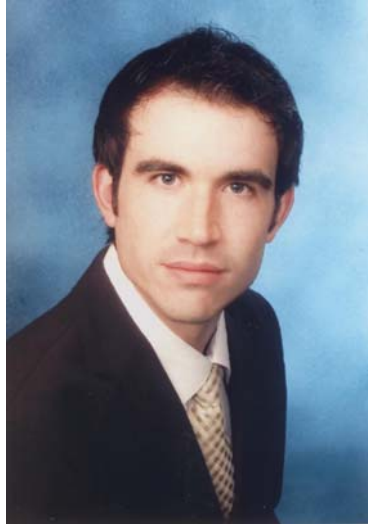
Beitrag

Unisex-Tarife in der PKV – Frauen als Wettbewerbsfaktor in der Vollversicherung?

Von Gerhard Reichl, Senior-Analyst der ASSEKURATA Assekuranz Rating-Agentur GmbH

Seit dem 1. März 2011 ist in der gesamten Versicherungsbranche nichts mehr wie vorher. Dies gilt insbesondere für die private Krankenversicherung (PKV). Mit der Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH), wonach es für Frauen und Männer ab dem 21.12.2012 bei Neuverträgen keine Beitragsunterschiede mehr geben darf, rüttelt die europäische Justiz an den Grundfesten der Versicherungsmathematik. Bislang zahlen Frauen in jungen Jahren für ihre Krankenversicherung mehr als Männer. Die Einführung von sogenannten Unisextarifen vollendet nun die Gleichstellung von Mann und Frau, welche im Jahr 2006 mit der Umsetzung des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) begonnen hat.

Damals wurden die Kosten für Schwangerschaft und Geburt auf Frauen und Männer verteilt. Lediglich in der Lebensversicherung wurde bei der Riester Rente schon damals der Schritt hin zu Unisex-Tarifen vollzogen. Wenngleich das Thema Unisextarife für die Versicherungswirtschaft somit kein Neuland darstellt, so sind speziell für die PKV doch erhebliche Auswirkungen denkbar. Zum jetzigen Zeitpunkt sind



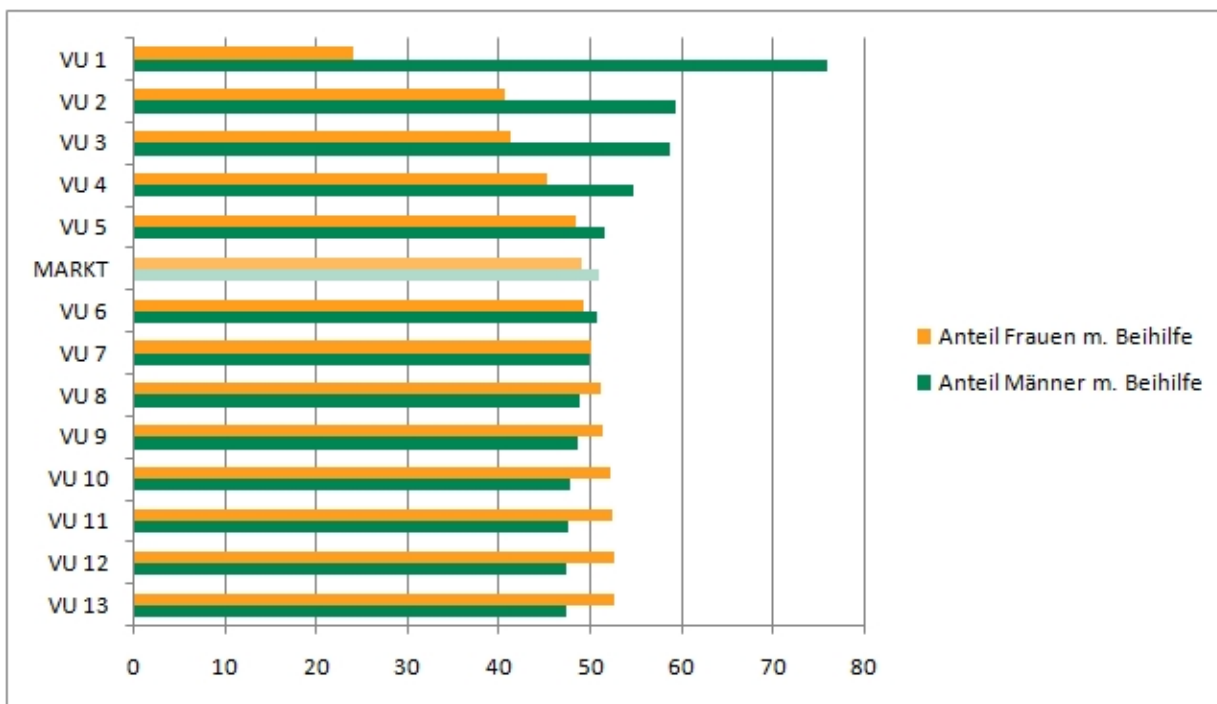
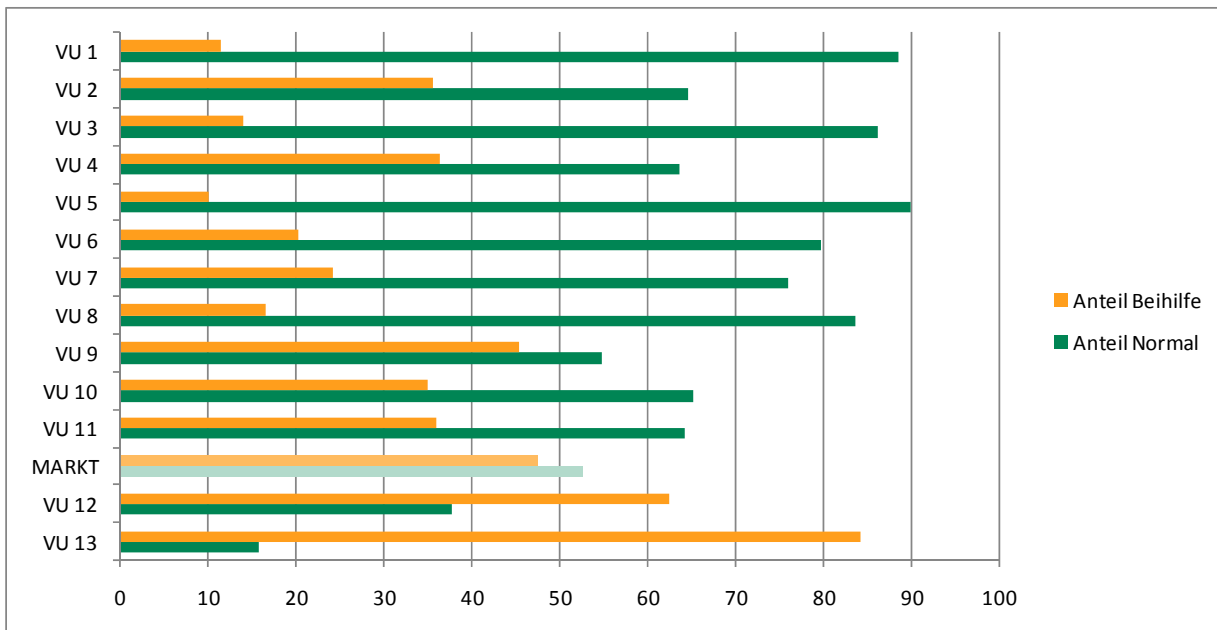
Gerhard Reichl

jedoch noch keine klaren Tendenzen oder Richtungen auszumachen, weshalb es sich im Folgenden viel eher um theoretische Gedankenspiele handelt, die nicht zwangsläufig der Realität entsprechen müssen. Letzten Endes wird es ganz entscheidend darauf ankommen, in welcher Art und Weise das Gesetz umgesetzt wird.

Unter der Voraussetzung, dass eine Neukalkulation auf Basis der unternehmenseigenen Bestandszusammensetzung erfolgt, sind in der neuen „Unisexwelt“ preislich gesehen generell die Gesellschaften besonders attraktiv, die über viele Männer bzw. wenig Frauen im Versichertenkollektiv verfügen. Die höheren Kosten der wenigen weiblichen Versicherten verteilen sich nämlich dann auf viele männliche, was im Neugeschäft zu einem relativ geringen Preisanstieg gegenüber den bisherigen Männertarifen

führen würde. Frauen würden somit in der Unisexwelt zu einer Art Wettbewerbsfaktor. Vor diesem Hintergrund schätzt der PKV-Verband die Auswirkungen des EuGH-Urteils in der Summe als eher gering ein, da das Verhältnis von Männern und Frauen in der privaten Krankheitskostenvollversicherung bei etwa 60:40 liegt. Hierbei muss jedoch nach Ansicht von Assekurata zwischen Beihilfe- und dem sogenannten Normalgeschäft (nicht beihilfeberechtigte Versicherte) unterschieden werden. Zudem ist in diesem Zusammenhang auch die Geschlechterverteilung bei den einzelnen PKV-Unternehmen zu berücksichtigen, da sich hieraus, wie eingangs beschrieben, Vor- oder Nachteile für einen Krankenversicherer in der Unisex-Welt ergeben können.

Im Branchendurchschnitt waren Ende 2009 47,60 %, also rund die Hälfte der PKV-Versicherten, beihilfeberechtigt. Der Anteil der Beschäftigten im öffentlichen Dienst spielt im Geschäftsmix der meisten Versicherer jedoch eine untergeordnete Rolle, da sich dieses Geschäft schwerpunktmäßig auf einige wenige Anbieter verteilt. Im Markt herrscht somit ein großes Ungleichgewicht vor, wie ein Blick auf die von Assekurata gerateten Krankenversicherer (geratete VU) zeigt (siehe Tabelle 1).



Ausgeglichen zeigt sich bei den Beihilfeversicherten dagegen das Verhältnis zwischen Männern und Frauen, und das marktweit, wie Tabelle 2 verdeutlicht. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass das Urteil des EuGH für die Versichertenklientel der Beihilfempfeänger größtenteils kaum spürbare Auswirkungen hat. Die Neugeschäftsbeiträge für Frauen dürften daher nur leicht sinken, während sie für Männer etwa im gleichen Umfang

steigen. Dies zeigt das folgende Berechnungsbeispiel für VU 13 unter der Berücksichtigung der unternehmensindividuellen Bestandszusammensetzung.

| | |
|---|----------|
| Beihilfetarif VU 13: | |
| 35jähriger Mann/35jährige Frau | |
| Beihilfesatz 50 % mit Beihilfeergänzung, Zweibettzimmer | |
| Tarifbeitrag Mann: | 208,89 € |
| Tarifbeitrag Frau: | 239,29 € |
| Tarifbeitrag Unisex: | 224,90 € |
| Beitragsunterschied Mann: | 16,01 € |
| Beitragsunterschied Frau: | -14,39 € |

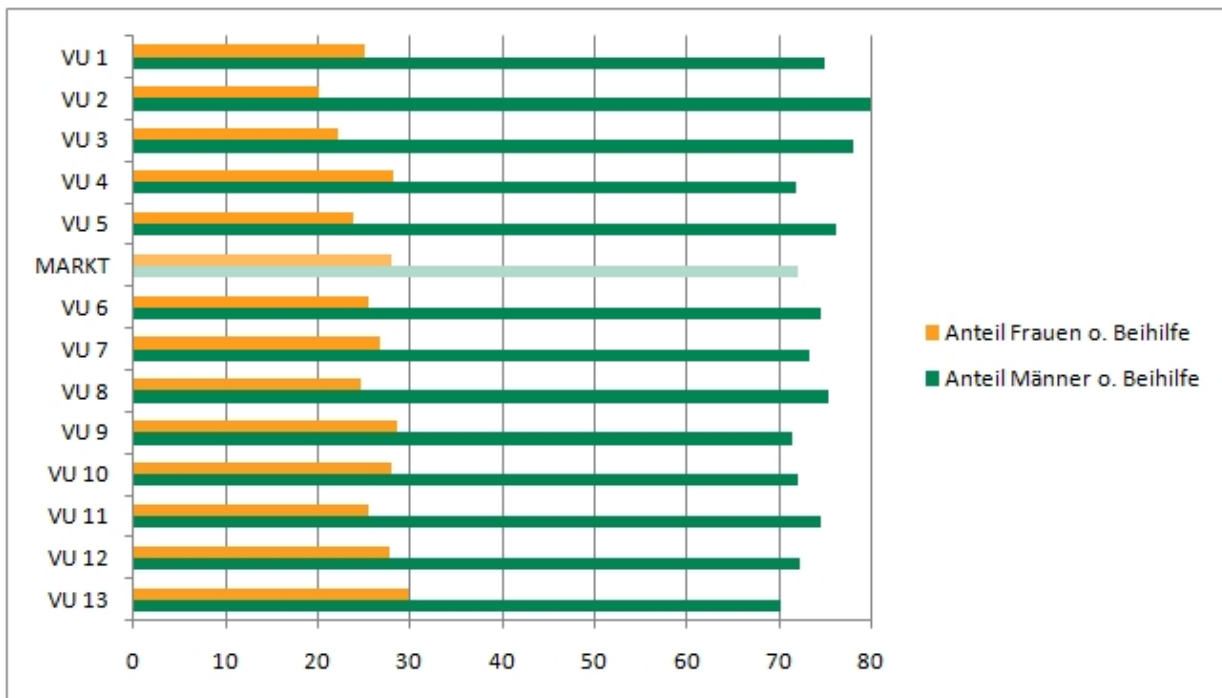
Gleichwohl zeigt die Ge-

schlechterverteilung, dass es auch im Beihilfebereich einige „Exoten“ gibt, die über einen äußerst geringen Anteil an beihilfeberechtigten Frauen verfügen, so dass sich die Tarifbeiträge der Männer in diesem Fall nur geringfügig erhöhen. Ob diese Entwicklung bei den entsprechenden Versicherern in der Praxis jedoch ausreicht, um den Platzhirschen im Beihilfesegment mit ihrer zugleich günstigen Kostenstruktur im Neuge-

schäft gefährlich zu werden, darf jedoch bezweifelt werden. Die Wettbewerbsposition der

Unternehmen 1, 2 und 4 dürfte sich aufgrund der vorteilhafteren Bestandszusammenset-

zung allerdings zweifelsohne verbessern.



Im Bestand der Normalversicherten sind die anteilmäßigen Unterschiede zwischen Mann und Frau zwar eklatant, jedoch unter den hier betrachteten Gesellschaften weitgehend identisch (siehe Tabelle 3). Der Bestandsanteil der Frauen schwankt lediglich in einem Korridor zwischen 20 % und 30 %. Somit führt die Unisex-Regelung auch im Bereich der Normalversicherung nach Ansicht von Assekurata zu keiner gravierenden Verschiebung des Wettbewerbsgefüges und somit zu keinem massiven Wechseldruck zwischen einzelnen Unternehmen. Der Beitragsunterschied für Frauen ist jedoch gegenüber der bisherigen Regelung erst einmal gewaltig. Auch für die Männer ergibt sich gegenüber den Beihilfetarifen eine stärkere Erhöhung, wie folgendes Berechnungsbeispiel für VU 12 zeigt. Da jedoch nicht abzuschätzen ist,

wie sich die Bestände der PKV-Unternehmen verhalten werden, ist damit zu rechnen, dass die Versicherer sowohl in den Beihilfe- als auch in den Normaltarifen einen entsprechenden Sicherheitspuffer einkalkulieren. Dieser würde die Beitragsersparnis bei den Frauen schmälern und die Prämien bei den Männern zusätzlich verteuern.

| Normaltarif VU12: | |
|---|----------|
| 35jähriger Mann/35jährige Frau | |
| kein Selbstbehalt, Einbettzimmer, hohe Zahnleistung, inkl. Pflegepflichtvers. | |
| Tarifbeitrag Mann: | 434,21 € |
| Tarifbeitrag Frau: | 543,25 € |
| Tarifbeitrag Unisex: | 460,22 € |
| Beitragsunterschied Mann: | 26,01 € |
| Beitragsunterschied Frau: | -83,03 € |

Das Bestandsverhalten spielt in diesem Zusammenhang eine entscheidende Rolle. Laut Gesetzestext sind Unisex-Tarife ab dem 21.12.2012 ausdrücklich nur für das Neugeschäft gefordert. In diesem Fall würden jedoch nahezu alle bestandsversicherten

Frauen zu einem Tarifwechsel hinein in die neue, für sie billigere „Unisex-Welt“ animiert. Vorzugsweise geschieht dies beim eigenen Unternehmen, da sonst bei langjährig Versicherten der Verlust der Alterungsrückstellung droht, was die Beitragsersparnis zu Nichte machen könnte. Die Freude der Frauen über den vermeintlich günstigeren Unisexbeitrag kann unter Umständen aber nur kurz währen. Bei einem entsprechendem Zulauf, sei es aus Neugeschäft und/oder Tarifwechslerinnen, hätte die dann hohe Anzahl an Frauen im Unisextarif umgehend steigende Beiträge zur Folge. Je nachdem wie hoch der Anteil an Frauen gegenüber den Männern dann ist, könnte der Beitrag im Extremfall ganz schnell wieder dem eines klassischen Frauentarifs entsprechen.

Um Fehlanreize und Bestandswechsel zu vermeiden,

scheint die Umsetzung des EuGH-Urteils auch für den Bestand unausweichlich. So geschehen auch bei der Kostenverteilung für Schwangerschaft und Geburt. Ob dies allerdings rechtlich zulässig ist, ist fragwürdig. Eine branchenweite Lösung ist nicht auszu-

schließen, wie auch immer diese aussehen mag. Welche Blüten die EuGH-Entscheidung daher noch tragen wird, beispielsweise in Form alternativer Tarifierungsmerkmale, kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt wohl niemand genau vorhersagen.

Das Schreckgespenst der Assekuranz, dass am Ende alle Versicherten draufzahlen, ist jedoch wenig nachvollziehbar, da ein Einheitstarif nicht zu einer höheren Schadenbelastung führt. Es bleibt also spannend.

Beitrag

Rechtliche und kalkulatorische Hürden bei der Umsetzung von Unisex in der PKV

Von Roland Weber, Mitglied der Vorstände der Debeka Versicherungen

In der privaten Krankenversicherung werden entsprechend den rechtlichen Vorschriften die Rechnungsgrundlagen Kopfschaden, Sterblichkeit und Storno geschlechtsabhängig ermittelt und zur Prämienkalkulation verwendet. Dabei ist der Einfluss des Kopfschadens deutlich stärker als derjenige der Sterblichkeit (Storno sei an dieser Stelle außen vor gelassen). Typischerweise sind die Kopfschadenprofile der Männer wesentlich steiler als die der Frauen: In jungen Jahren sind die Kopfschäden der Männer niedriger, im Alter höher als bei Frauen.

So sind in einem typischen Kompakttarif derzeit die Neuzugangsbeiträge für Männer etwa bis Mitte 50 niedriger als für Frauen, danach sind sie für Frauen günstiger. Dieser Effekt gilt, mit einigen Lebensjahren Verzögerung, auch für die Bestandsbeiträge.

Die direkte Umsetzung des EuGH-Urteils – alle ab dem 21.12.2012 abgeschlossenen Tarife haben gleiche Beiträge für Männer und Frauen – würde damit für die Hauptzugangsalter die Männerbeiträge verteuern und die Frauenbeiträge ermäßigen.

Diesem Umsetzungsweg stehen jedoch die im Sinne des Verbraucherschutzes erfolgten starken



Roland Weber

Reglementierungen der nach Art der Lebensversicherung kalkulierten Krankenversicherung im allgemeinen und der privaten Krankheitskostenvollversicherung im besonderen entgegen. So dürfen nach § 12 Abs. 4 Satz 2 VAG in der nach Art der Lebensversicherung kalkulierten Krankenversicherung „die Prämien für das Neugeschäft ... nicht niedriger sein als die Prämien, die sich im Altbestand für gleichaltrige Versicherte ohne Berücksichtigung ihrer Alterungsrückstellung ergeben würden“.

Eine Streichung dieser VAG-Regelung würde auch nicht weiter helfen: Nach § 204 VVG „kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungs-

rückstellung annimmt“. Das bedeutet, dass jeder Bestandsversicherte aus einem konventionellen Tarif in einen Unisex-Tarif wechseln kann. Das würden in einem ersten Schritt viele von denen tun, deren Beitrag sich dadurch reduzieren würde: sehr viele junge Frauen und, in einem geringeren Umfang, ältere Männer. Damit wäre ein Unisex-Tarif, der in etwa anhand des heutigen Bestandsmix von Männern und Frauen kalkuliert würde, von vorneherein unterkalkuliert. Der Bedarfsbeitrag würde sofort ganz dicht am heutigen Frauenbeitrag für junge und am heutigen Männerbeitrag für alte Versicherte liegen – und das für lange Zeit, bis der Bestand durch den Neuzugang überlagert würde.

Da eine Beitragsanpassung nach § 12 b Abs. 2 Satz 4 VAG nicht erfolgen darf, wenn die Versicherungsleistungen „unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies hätte erkennen müssen“, müsste schon bei Einführung des Unisex-Tarifs der jeweilige Höchstbeitrag kalkuliert werden. Dann aber würden die befürchteten Bestandswechsel ausbleiben und bei der nächsten Beitragsanpassung müsste der Unisex-Tarif gesenkt werden. Danach erst würde langsam der erwartete Bestandswechsel einsetzen mit der Folge einer erneuten Ver-

teuerung des Tarifs.

Um solche Verwerfungen zu vermeiden, wurde bereits bei Umsetzung des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) zum 21.12.2007 in den Besonderheiten der deutschen privaten Krankenversicherung entsprechender Weg gewählt. Damals mussten die PKV-Unternehmen für neue Verträge die Kosten wegen Mutterschutz und Schwangerschaft auf beide Geschlechter verteilen. Wegen der dargestellten Problematik wurde diese Umverteilung per Gesetz auch für den Versichertenbestand vorgenommen. Dies führte bei Männern zu einer Beitragserhöhung von 1 bis 2 Prozent, bei Frauen zu einer entsprechenden Senkung.

Es liegt daher nahe, diesen Weg auch bei der anstehenden Umstellung auf Unisex-Tarife zu gehen. Allerdings hätte dies materiell erheblich größere Auswirkungen: Beitragserhöhungen im Bestand bei jungen Männern von weit über 10 Prozent, vor allem aber bei alten Frauen in teilweise noch

größerem Umfang.

Die bestandswirksame Einführung der Umverteilung der Kosten von Mutterschutz und Schwangerschaft war juristisch sicherlich recht unproblematisch. Der Eingriff in den Grundsatz der allgemeinen Vertragsfreiheit mit der Folge einer Beitragserhöhung im niedrigen einstelligen Prozentbereich war nach allgemeiner Auffassung der Durchsetzung des Rechtes auf Gleichbehandlung unterzuordnen. Wie aber ist es zu beurteilen, wenn der Gesetzgeber ohne zwingende Anweisung des EuGH mit Berufung auf den Gleichbehandlungsgrundsatz einer 80-jährigen Frau, die den größten Teil ihres Lebens den teureren Frauenbeitrag zahlen musste und erst seit wenigen Jahren günstiger gestellt ist als ein gleichaltriger Mann, jetzt eine 30-prozentige (oder noch höhere) Beitragserhöhung verordnet? Wie ist es in dem Fall zu sehen, dass ein junger Mann, der sich vor fünf Jahren für einen PKV-Schutz entschieden hat, jetzt neben den allgemeinen Beitragssteigerun-

gen aufgrund der Kostenentwicklung auch noch eine vom Gesetzgeber verordnete Unisex-Erhöhung um 15 Prozent zu zahlen hat - und zwar für viele Jahre? Und wegen der allgemeinen Pflicht zu Versicherung ohne die Möglichkeit, den Versicherungsschutz ganz zu kündigen?

Die Umsetzung des EuGH-Urteils wirft also für die Aktuarer der privaten Krankenversicherung erhebliche Probleme auf. In Abstimmung zwischen DAV, PKV-Verband und BaFin muss versucht werden, eine möglichst tragfähige Lösung unter Einbeziehung des Gesetzgebers zu erarbeiten. Ob sie dann Rechtssicherheit bietet, darf bezweifelt werden.

Ein Trost bleibt: In der privaten Pflegepflichtversicherung sind aufgrund der gesetzlichen Vorgaben die Zahlbeiträge von Anfang an geschlechtsunabhängig. Hier besteht kein Änderungsbedarf.

Beitrag

Risikopolitik: Gesundheit und Bonität

Von Wiltrud Pekarek, Mitglied des Vorstands der HALLESCHE Krankenversicherung

Versicherung und Risiko sind untrennbar miteinander verbunden. Gerade die Möglichkeit, dass sich ein Risiko verwirklicht, ist die größte Motivation für den Kunden zum Kauf des passenden Versicherungsschutzes. Der Versicherer hat im Gegenzug berechtigtes Interesse, das Risiko des Kunden möglichst genau einzuschätzen. Denn die Größe des Risikos hat Auswirkungen auf den Beitrag, den der Kunde für seinen Versicherungsschutz zu zahlen hat. Das macht es für jedes Versicherungsunternehmen notwendig, sich eingehend mit Risiken und ihrer Steuerung zu beschäftigen.

Die HALLESCHE Krankenversicherung widmet diesem Thema schon immer besonderes Augenmerk. So beruht die heute vergleichsweise gesunde Versichertengemeinschaft auch auf der konsequenten und vorausschauenden Risikopolitik. Grundlage hierfür ist das jahrzehntelang erprobte Expertensystem, welches das Gesundheits- und das finanzielle Risiko von Neukunden beurteilt, um risikogerechte Beiträge zu kalkulieren. Der Erfolg zeigt sich in der hohen Qualität des Versichertenbestands, mit einem großen Anteil an Leistungsfreien.

Das Risiko in der privaten Krankenversicherung



Wiltrud Pekarek

In der privaten Krankenversicherung wird zwischen objektivem und subjektivem Risiko des Versicherten unterschieden. Das objektive Risiko fließt unmittelbar in die Kalkulation der Beiträge ein. Hierzu werden Alter, Geschlecht und eventuell der Beruf (z.B. für Arzt- oder Beamntentariife) des Antragsstellers zum Zeitpunkt der Antragsstellung berücksichtigt. Der individuelle Gesundheitszustand wird über gegebenenfalls erforderliche wagnisgerechte Risikozuschläge berücksichtigt.

Mit dem subjektiven Risiko ist das vom Verhalten des Antragsstellers abhängige Risiko gemeint. Beispielsweise das Verhalten hinsichtlich der Inanspruchnahme von Leistungen oder der Zahlungsmoral oder – fähigkeit. Mittelbar wirkt sich auch das subjektive Risiko auf das künftige Beitragsniveau aus.

Die Gesundheitsprüfung

Üblicherweise wird bei der Antragsstellung das Gesundheitsrisiko des Interessenten anhand eines Fragenkatalogs erhoben. Daneben können Auskünfte bei Ärzten eingeholt oder ärztliche Untersuchungen durchgeführt werden – wenn eine Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht vorliegt.

Die HALLESCHE Krankenversicherung ermittelt anschließend in einem automatisierten Verfahren das Gesundheitsrisiko des Antragsstellers. Das Risikoexpertensystem basiert auf wissenschaftlichen Diagnosen zu Erkrankungen, Systematiken und Kopfschadensstatistiken. Im Ergebnis kommt es zu einer auf medizinischen Daten getroffenen Entscheidung über die Antragsannahme. Diese kann uneingeschränkt oder mit Risikozuschlag erfolgen. Bei besonders schweren Krankheitsbildern, deren Entwicklung für die Zukunft nicht näher prognostiziert werden kann, kommt es auch zur Ablehnung von Anträgen. Andererseits ist es dem ausgereiften Risikosystem zu verdanken, dass interessierte Kunden in die Versichertengemeinschaft aufgenommen werden können, obwohl bereits Erkrankungen bestehen. So wird eine wagnisgerechte Risikoeinstufung für den Einzelnen möglich, die zu einer langfristig angemessenen Beitragsentwicklung für die

gesamte Versichertengemeinschaft beiträgt.

Das Problem der Nichtzahler in der Krankenversicherung

Als zum 1.1.2009 das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) in Kraft trat, wurde die Überprüfung des finanziellen Risikos von Neukunden zur Notwendigkeit für die Versicherer. Denn die neue Pflicht zur Versicherung aller Bürger macht es den Unternehmen der privaten Krankenversicherung unmöglich, Kunden zu kündigen, die ihre Beiträge nicht bezahlen.

Als Folge der gesetzlichen Änderung nahm die Zahl von Kunden, die ihre Beiträge nicht oder nicht pünktlich bezahlen, deutlich zu – in der privaten und in der gesetzlichen Krankenversicherung. So berichtete der Tagesspiegel im Frühjahr 2010 unter dem Titel „Rückstände in Millionenhöhe“: „Rund 46 500 Nichtzahler zählen die privaten Krankenversicherer, in der GKV sind die Zahlen noch deutlich höher.“ (www.tagesspiegel.de, 29.03.2010). Zum Jahresende verzeichnete die PKV-Branche allein in der Vollversicherung bereits rund 133.000 Nichtzahler (= 1,5 %).

Die ständig wachsenden Außenstände beeinträchtigen die Finanzkraft der Versicherungsgemeinschaft – und schmälern die Bilanzergebnisse der PKV-Unternehmen. So reduzieren Abschreibungen den Jahresüberschuss; Zuführungen zum Eigenkapital oder zur erfolgsabhängigen Rückstellung für Beitragsrückerstattungen fallen geringer aus.

In der Folge stehen weniger Mittel zur Verfügung, um Beitragsanpassungen zu mildern oder Beitragslimitierungen durchzuführen. Einschränkungen, welche die Bestandsversicherten unmittelbar treffen.

Nichtzahler im Bestand

Um den Bestand vor ausbleibenden Zahlungen zu schützen, müssen Unternehmen geeignete Maßnahmen treffen. Dabei ist zu unterscheiden zwischen Kunden, die ihre Beiträge nicht bezahlen können – weil sie sich in einer wirtschaftlichen Notlage befinden, und Kunden, die ihre Beiträge zur Krankenversicherung nicht bezahlen wollen.

Die HALLESCHE versucht zunächst, mit einem nichtzahlenden Kunden eine einvernehmliche Lösung zu finden. Geschulte Mitarbeiter rufen den entsprechenden Kunden an und machen ihm Lösungsvorschläge. So können Beitragszahlungen zum Beispiel einvernehmlich gestundet werden. Ist ein Kunde mit mindestens zwei Monatsbeiträgen im Rückstand, ist er zu mahnen. Wird in der Folge der Beitrag nicht bezahlt, wird das Ruhen der Leistungen festgestellt. Bis zur vollständigen Zahlung der rückständigen Beiträge, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten hat der Kunde keinen Anspruch mehr auf seine vertraglich vereinbarten Leistungen. Die ihm zustehende Leistung ist reduziert auf eine Notfallversorgung. Ziel ist es, den eigentlich zahlungswilligen Kunden vor einem weiteren Abgleiten in die Schuldenfalle zu schützen.

Daneben betreibt die HALLESCHE ein professionelles Forderungsmanagement. Bleiben Zahlungen dauerhaft aus weil keine Einigung mit dem Kunden erzielt werden kann, wird der Fall an einen Rechtsanwalt übergeben. Dies ist vergleichbar mit dem Vorgehen einiger gesetzlicher Krankenkassen, die ausbleibende Zusatzbeiträge durch deutsche Zollbehörden einfordern lassen. Die Medien berichteten im März 2011 darüber.

Die finanzielle Prüfung bei Neukunden

Der Bestand kann auch geschützt werden, indem man neue Kunden hinsichtlich ihres finanziellen Risikos prüft. Den meisten Bundesbürgern ist der Begriff „SCHUFA-Auskunft“ längst geläufig. In anderen Branchen, z.B. im Versandhandel, ist dieses Verfahren seit langem üblich und von den Kunden akzeptiert. Dabei geht es dort wie auch bei Handy-Verträgen häufig nur um vergleichsweise geringe Zahlungen.

In der privaten Krankenversicherung werden Bonitätsprüfungen bereits seit vielen Jahren durchgeführt. Die HALLESCHE nützt diese Prüfungen, um objektivierbare Entscheidungsgrundlagen für die Antragsannahme zu erhalten. Dabei wird eine webbasierte Anfrage bei der Auskunft gestellt; übermittelt werden beispielsweise Name, Adresse und Geburtsdatum des Antragsstellers – wenn er dieser Prüfung zugestimmt hat. Im Gegenzug erhält das anfragende Unternehmen Auskunft zur bisherigen Kreditbiografie des Antragsstel-

lers. Nach Angaben der SCHUFA haben mehr als 90 % der Verbraucher in Deutschland eine positive Kreditbiografie. Seit dem 1. April 2010 kann jeder Verbraucher einmal jährlich seine persönliche Datenübersicht kostenlos bei der SCHUFA anfordern.

Daneben stützt die HALLESCHE die Entscheidung zur Antragsannahme auch auf weitergehende mathematisch-statistische Verfahren, mit denen die Wahrscheinlichkeit berechnet wird, mit der eine bestimmte Person ein bestimmtes Verhalten zeigen wird. Ziel ist es, eine Einschätzung zur künftigen Zahlungsfähigkeit bzw. – willigkeit bezogen auf die Beiträge zur privaten Krankenversicherung zu erhalten. Basis solcher Berechnungen sind positive und negative Daten der Kreditbiografie. So kann es zu negativen Einträgen kommen, wenn ein Verbraucher Kreditgeschäfte in der Vergangenheit nicht vertragsgemäß erfüllt hat. Als positiv kann gelten, wenn der Kunde jahrelang bei derselben Bank ein Girokonto führt oder Kreditkarten besitzt. Dagegen wird

der Wohnort nicht zur Beurteilung der künftigen Zahlungsfähigkeit herangezogen.

Im Ergebnis wird ein so genannter Scorewert ermittelt, der in die Antragsbearbeitung der HALLESCHE einfließt. Die finanzielle und die Gesundheitsprüfung entscheiden über die Annahme des Antrags. Scoringdaten werden jedoch nie an Vermittler weitergegeben. Kommt es zur Ablehnung aufgrund des finanziellen Risikos, wird dem Vermittler lediglich mitgeteilt, ob die Bonitäts- bzw. Scoringprüfung dafür ausschlaggebend war.

Von den Vertriebspartnern des ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE Konzerns wird die Bonitätsprüfung gut angenommen, denn ausbleibende Zahlungen belasten die Vermittler. Meist bringen Nichtzahler einen erhöhten Arbeitsaufwand mit sich – ohne dass die entstehenden Kosten zu decken wären. So sehen viele Vermittler die Antragsbearbeitung über das Scoring als zusätzlichen Service, der ihnen zugute kommt. Denn auch der Vermittler hat ein

Interesse an zahlungsfähigen Kunden.

Risikopolitik in der PKV

Die vorausschauende Risikopolitik der HALLESCHE Krankenversicherung mit den zentralen Bausteinen Gesundheits- und Bonitätsprüfung sichert seit vielen Jahren die hohe Qualität des Versichertenbestands. Weitere Angebote, wie das umfassende Gesundheits- und Leistungsmanagement für Kunden, tragen ergänzend dazu bei. So kann das finanziell gut aufgestellte Unternehmen seinen Versicherten lebenslange Leistungszusagen für hochwertigen medizinischen Schutz bieten.

Im Falle gesetzlicher Änderungen wie zu Beginn des Jahres 2009 ist jedes PKV-Unternehmen gefordert, Maßnahmen zu ergreifen, um finanzielle Bedrohungen abzuwenden. Im Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit profitieren die Versicherten unmittelbar von solchen Entscheidungen.

Beitrag

Kassensturz

Von Florian Scharf, Analyst ASSEKURATA Assekuranz Rating-Agentur

Einige gesetzliche Krankenkassen sind von finanziellen Problemen geplagt. Mit der City BKK wird bei der ersten Körperschaft mit einer Schließung noch in diesem Jahr gerechnet. Bei der Suche nach einem neuen Anbieter sollte neben dem Leistungsumfang auch die finanzielle Stabilität berücksichtigt werden. Doch hier besteht noch eine große Intransparenz im Markt der Krankenkassen.

Seit Mitte April häufen sich finanzielle Schreckensmeldungen über einzelne Krankenkassen. Zuletzt wurde darüber berichtet, dass sich die aus der Fusion zwischen "IKK Nordrhein" und "SIGNAL IDUNA IKK" hervorgegangene "Vereinigte IKK" in einer finanziellen Schieflage befände und einen Antrag auf Finanzhilfe in Höhe von 50 Mio. € beim IKK e.V. stellen werde (Hannoversche Allgemeine Zeitung vom 15.04.2011). Unter den Betriebskrankenkassen ist die City BKK derzeit das größte Sorgenkind. Nach Berichten der Bild-Zeitung und der Berliner Morgenpost (beide ebenfalls vom 15.04.2011) soll die Kasse im Sommer vom Bundesversicherungsamt geschlossen werden. Dies bedeutet, dass die City BKK wirtschaftlich nicht mehr leistungsfähig ist.



Florian Scharf

Die Ursachen für die finanziellen Probleme der Krankenkasse liegen vor allem an den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Diese reichen oftmals nicht aus, um die Leistungskosten sowie die Verwaltungsaufwendungen abzudecken, was die Versicherer zu umfassenden Sparmaßnahmen in beiden Bereichen zwingt. Zum Teil versuchen angeschlagene Kassen auch so lang wie möglich, die Erhebung eines Zusatzbeitrages zu vermeiden, wodurch die finanziellen Rücklagen aufgebraucht werden.

Die hohen Mitgliederverluste von Kassen, welche bereits einen Zusatzbeitrag erheben, sind hier ein abschreckendes Argument, die Einführung möglichst lang zu verschieben. So dürften auch im Jahr 2010 einige Kassen einen großen Teil ihrer Finanzreserven abgebaut haben. Nach vorläufigen Ergebnissen des Bun-

desministeriums für Gesundheit wird für das vergangene Jahr ein Defizit von etwa 445 Mio. € in der gesamten GKV erwartet. Dabei ist zu berücksichtigen, dass den finanzschwachen Krankenkassen im Markt auch viele solide und wirtschaftliche sehr erfolgreiche Kassen gegenüberstehen. Für die Verbraucher sind diese nur nicht ohne Weiteres erkennbar. Sollten sich die Mitglieder der City BKK im Sommer aufgrund einer Insolvenz einen neuen Versicherer suchen müssen, laufen sie Gefahr, erneut einen Anbieter zu wählen, der in finanziellen Problemen steckt.

Dies stellt grundsätzlich kein großes Problem dar, da für alle Mitglieder ein Sonderkündigungsrecht greift, sobald die Kasse einen Zusatzbeitrag einführt oder ihn erhöht. Schwieriger wird es im Falle von Zusatzleistungen und Serviceangeboten. Um die Erhebung eines Zusatzbeitrags solange wie möglich zu vermeiden, reduzieren die Kassen häufig gerade diese freiwilligen Angebote zuerst. Hier greift kein Sonderkündigungsrecht, so dass das Mitglied bis zum Ende der 18-monatigen Bindungsfrist bei der entsprechenden Kasse bleiben muss. Deshalb sollten Betroffene bei der Auswahl einer neuen Krankenkasse neben dem Leistungsangebot auch die finanzielle Stabilität der einzelnen Anbieter berücksichtigen.

sichtigen. schließung hat Assekurata zusammengefasst.
Für den Fall einer Kassen- im Folgenden die wichtigs-
ten Fragen und Antworten

Warum und wie wird eine Krankenkasse geschlossen?

Sobald einer Krankenkasse die Zahlungsunfähigkeit droht oder wenn bereits eine Überschuldung eingetreten ist, muss der Vorstand die zuständige Aufsichtsbehörde hierüber informieren. Für bundesweit tätige Kassen ist dies das Bundesversicherungsamt (BVA) und für landesunmittelbare Kassen, wie beispielsweise die AOKn, sind dies die jeweiligen Gesundheitsministerien der Länder. Kommt die zuständige Aufsichtsbehörde nach ausführlicher Beratung mit der betroffenen Kasse und dem zuständigen Krankenkassenverband zu dem Entschluss, dass eine langfristige Zahlungsfähigkeit nicht gewährleistet ist, kann sie die Krankenkasse schließen.

Welche Folgen hat eine Schließung auf die Mitgliedschaft?

Die Krankenkasse muss ihre Mitglieder über die bevorstehende Schließung informieren. Diese haben dann Zeit, eine neue Kasse zu wählen. Pflichtmitglieder müssen sich bis spätestens zwei Wochen nach der Schließung einen neuen Anbieter aussuchen. Freiwillig versicherte Mitglieder haben hierfür bis zu drei Monate nach der Schließung Zeit. Damit der Versicherungsschutz lückenlos gewährleistet ist, erfolgt der Mitgliedschaftsbeginn (rückwirkend) in Anschluss an die Mitgliedschaft bei der geschlossenen Kasse. Wichtig ist, diese Wahl unverzüglich dem Arbeitgeber (ggfs. der Bundesagentur für Arbeit oder der Rentenversicherung) durch die Mitgliedsbescheinigung nachzuweisen.

Was sollte bei der Suche einer neuen Krankenkasse beachtet werden?

Bei der Auswahl einer geeigneten Krankenkasse sollten neben dem Leistungsangebot und den Serviceleistungen auch die finanzielle Stabilität berücksichtigt werden, wobei insbesondere hinsichtlich der Finanzlage die Intransparenz im Markt noch recht hoch ist. Zwar geben einige Kassen ihren Kunden eine Garantie, in 2011 keinen Zusatzbeitrag zu erheben, doch garantiert dies nicht zwangsläufig die langfristige Sicherheit der Kasse. Sicher ist aber, dass einige Kassen wirtschaftlich sehr erfolgreich sind und über ausreichend Finanzmittel verfügen, um ihren Kunden eine hohe Stabilität zu garantieren. Zum Jahresende 2009 wiesen alle Krankenkassen zusammen Finanzmittel (Betriebsmittel und Rücklagen) von fast 6,4 Mrd. € auf – diese sind nur sehr unterschiedlich auf die einzelnen Kassen verteilt.

Was passiert, wenn das Wahlrecht einer neuen Kasse nicht genutzt wird?

Versäumt es ein Mitglied vorsätzlich oder fahrlässig, sich in der vorgegebenen Frist eine neue Kasse zu suchen, ist der Arbeitgeber (ggfs. die Bundesagentur für Arbeit oder die Rentenversicherung) zu einer Anmeldung bei einer Krankenkasse verpflichtet. Hierbei wählt der Arbeitgeber – wenn möglich – die Krankenkasse, bei welcher das Mitglied vor der Wahl der geschlossenen Kasse versichert war. Dadurch könnte die Anmeldung auch bei einer Krankenkasse mit Zusatzbeitrag erfolgen, so dass das Mitglied eine zusätzliche Zahlungsverpflichtung hat. Der Zusatzbeitrag muss dann während der gesamten 18-monatigen Bindungsfrist gezahlt werden. Erst wenn die Kasse innerhalb dieser Frist die Höhe des zusätzlichen Beitrags verändert, würde ein Sonderkündigungsrecht einen Wechsel ermög-

lichen.

Ist der Versicherungsschutz durchgehend gewährleistet?

Durch den „nahtlosen“ Beginn der Mitgliedschaft bei der neuen Krankenkasse ist der Versicherungsschutz lückenlos gegeben. Mitglieder und ihre familienversicherten Angehörigen haben damit jederzeit Anspruch auf den gesetzlich festgelegten Leistungskatalog der GKV. Dies gilt sowohl, wenn der Versicherte aktuell eine Leistung erhält (z.B. stationärer Krankenhausaufenthalt) als auch für Leistungen, die bereits durch die geschlossene Krankenkasse genehmigt wurden (z.B. Zahnersatz). Diese Fälle werden von der alten und der neuen Krankenkasse untereinander geklärt. Problematisch wird es bei Leistungen, welche die geschlossene Kasse über den gesetzlichen Rahmen hinaus angeboten hat. Dies können beispielsweise Satzungsleistungen (z.B. Mehrleistungen für Haushaltshilfe, zusätzliche Impfungen) oder Leistungen auf Basis individueller Versorgungsverträge (z.B. integrierte Versorgungsprogramme) der Kasse sein, welche nicht von allen Krankenkassen gleichermaßen angeboten werden. Bei der Wahl der neuen Kasse sollte darauf geachtet werden, dass alle Leistungen angeboten werden, die einem persönlich wichtig sind.

Beitrag

Beihilfeversicherte – Eine schwieriges Klientel?

Von Barbara Hagemann, Analystin ASSEKURATA Assekuranz Rating-Agentur GmbH, Juliane Löffler, Analystin ASSEKURATA Solutions GmbH

Im Zuge der Assekurata-Unternehmensratings bekommen unsere Analysten häufig von den Unternehmen widerspiegelt, dass die Gruppe der beihilfeversicherten hinsichtlich Betreuung und Leistung besondere Ansprüche stellt, und deshalb insgesamt schwierig zufriedenzustellen sei. Die ASSEKURATA Solutions GmbH, im Assekurata-Rating für die Kundenbefragung verantwortlich, hat diesen weit verbreiteten Eindruck auf ihren Wahrheitsgehalt untersucht.

Die Beihilfe ist eine eigenständige beamtenrechtliche Krankenfürsorge, die um eine private Krankheitskostenvollversicherung ergänzt wird. Somit erhalten alle verbeamteten Bediensteten und Versorgungsempfänger sowie deren Ehegatten und Kinder Beihilfeleistungen vom jeweiligen Dienstherrn. Dem gegenüber steht in der privaten Krankenvollversicherung die Versichertengruppe, die keinen Anspruch auf Beihilfe hat. Dieser Personenkreis rekrutiert sich im Wesentlichen aus den besser verdienenden Angestellten, Selbständigen, Freiberuflern und Ärzten. Im Rahmen des Unternehmensratings bezieht Assekurata durch eine Kundenbefragung



Juliane Löffler

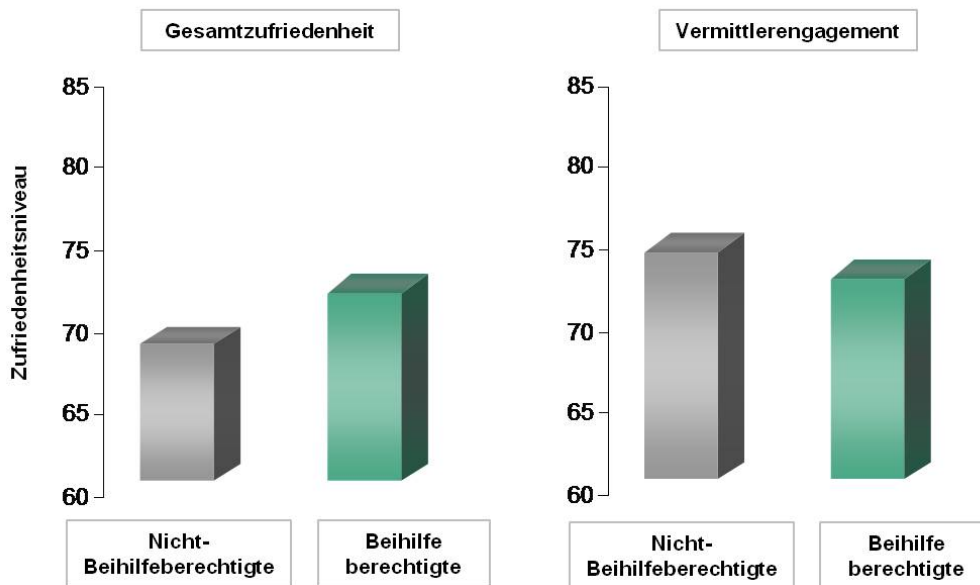
auch die Meinung des Versicherungsnehmers über dessen Versicherer in die Urteilsfindung ein. Dabei befragt die ASSEKURATA Solutions GmbH 800 Kunden des Versicherers, etwa zu ihrer Zufriedenheit mit den Produkten, mit den Versicherungsvermittlern oder mit dem Unternehmen als Ganzem. Diese Daten werden in Indices auf einer Skala von 0 bis 100 verdichtet, wobei 0 das schlechteste und 100 das beste Ergebnis darstellt. Aus diesen Interviews liegen der ASSEKURATA Solutions GmbH mittlerweile Meinungsbilder von mehr als 9.000 Versicherten aus 15 privaten Krankenversicherungshäusern vor.

Im Ergebnis sind die Beihilfeberechtigten alles in allem

leicht zufriedener mit ihrem privaten Krankenversicherer als die übrigen Vollversicherten (Zufriedenheitsniveau: Versicherte mit Beihilfeanspruch: 71,5; Versicherte ohne Beihilfeanspruch: 68,4). Zudem sind sie ihrem Unternehmen gegenüber loyaler und demnach wechselresistenter. Herunter gebrochen auf die einzelnen, von Assekurata Solutions abgefragten Zufriedenheitsbereiche, wie Service, Mitarbeiter, Leistungsbearbeitung, Preis-Leistungs-Verhältnis oder Absicherung, bestätigt sich das höhere Zufriedenheitsniveau der Beihilfeversicherten.

Dieses Resultat überrascht etwas, herrscht doch, wie eingangs beschrieben, branchenweit ein ganz anderes Bild vom Beihilfeversicherten vor. Alles also nur ein Vorurteil? Eine tiefergehende Analyse offenbart dann, dass die unterstellt höhere Anspruchshaltung im Betreuungsbereich zu suchen ist. Denn bei den Fragen rund um die Vermittler kehrt sich das rundum positive Zufriedenheitsniveau der Beihilfeversicherten um. Hier zeigen sich die Versicherten ohne Beihilfeanspruch zufriedener.

Wenn Sie alles in allem betrachten, wie zufrieden sind Sie mit der Krankenversicherung?



Ein Umstand, den es im Weiteren näher zu analysieren gilt: Alle Versicherten, egal ob beihilfe- oder nichtbeihilfeversichert, sind immer dann mit ihrem Anbieter insgesamt am zufriedensten, wenn sie einen persönlichen Ansprechpartner vor Ort haben. Ist kein Ver-

mittler verfügbar, sinkt das Gesamtzufriedenheitsniveau in beiden Gruppen. Im Beihilfesegment kennt allerdings über ein Viertel der Befragten ihren Vermittler nicht beziehungsweise äußern, überhaupt keinen Vermittler zu haben. Bei den Versicherten

ohne Beihilfeanspruch ist dies dagegen lediglich bei einem Fünftel der Fall. Eine weitere Diskrepanz offenbart sich in der Frage, von wem in der Regel der Kontakt zwischen Kunde und Vermittler ausgeht.

Von wem geht in der Regel der Kontakt aus?

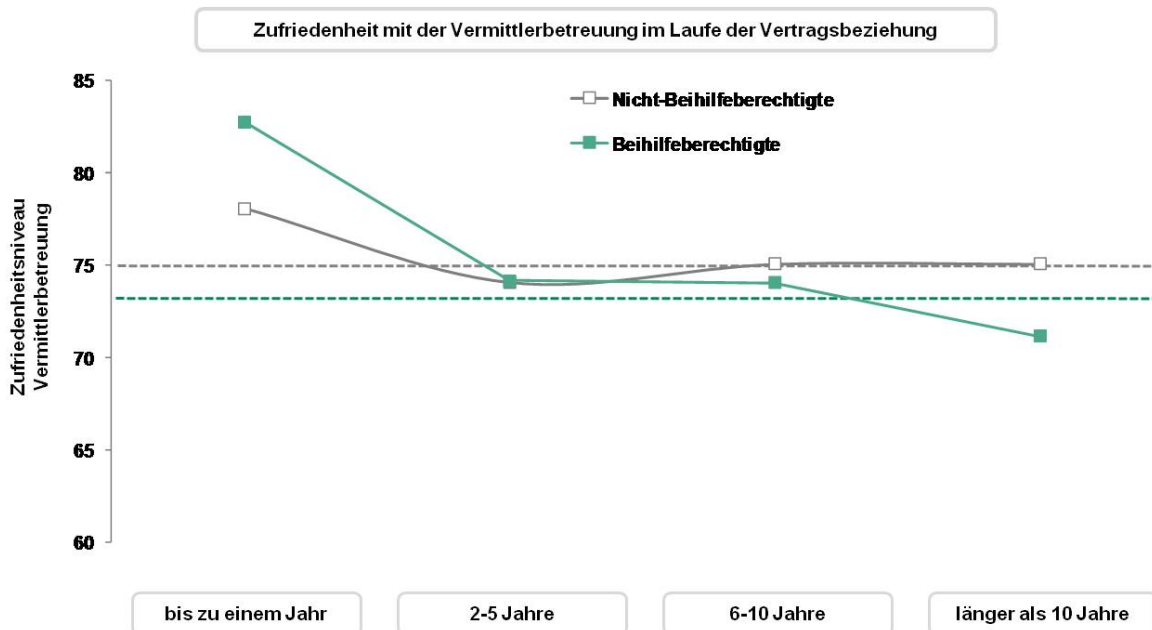


Während mit 48,2% fast die Hälfte der Beihilfeversicherten angibt, dass der Kontakt zum Vermittler überwiegend aktiv von ihnen ausgeht, sind dies bei den Versicherten ohne Beihilfeanspruch lediglich 32,9%. Dies lässt den Schluss zu, dass ein großer

Teil der Beihilfeversicherten keinen persönlichen Vermittler hat und selbst in den Fällen, wo ein Vermittler vorhanden ist, geht die Initiative zur Kontaktabstimmung in den meisten Fällen nicht vom Vermittler aus. Die abweichenden Vermittler-

zufriedenheiten fußen somit auf spürbaren Unterschieden in der Betreuungsleistung.

Grundsätzlich unterliegt die Betreuungsleistung der Vermittler im Laufe der Vertragsbeziehung Schwankungen.

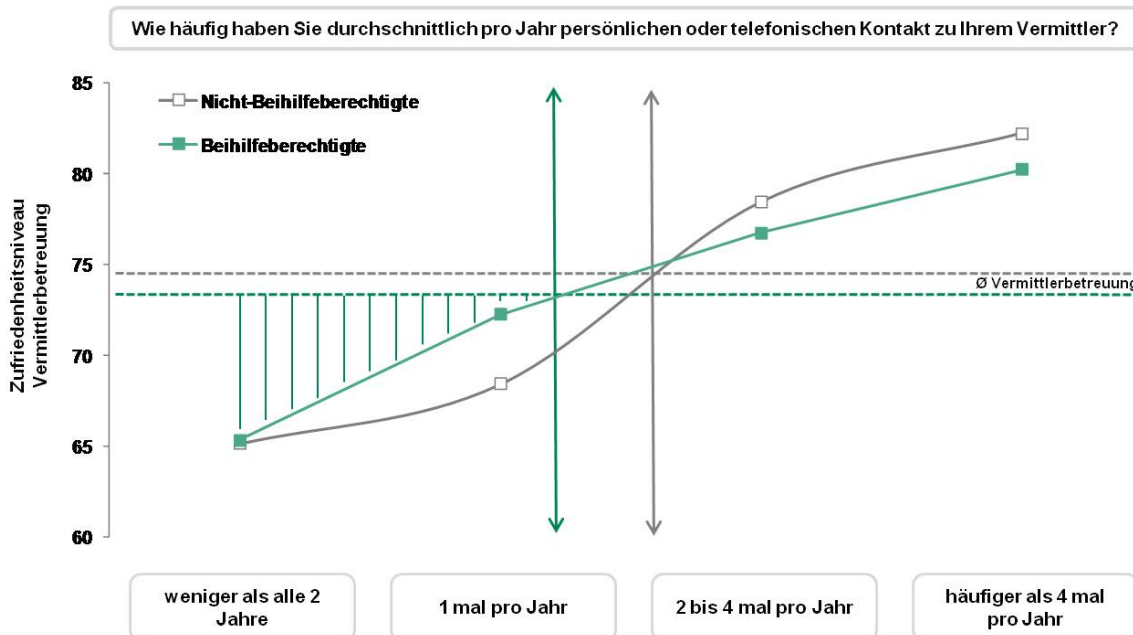


Den Vertragsabschluss nehmen alle Versicherten in puncto Vermittlerbetreuung als positiv wahr, so dass das Zufriedenheitsniveau mit der Betreuungsleistung zu diesem Zeitpunkt am höchsten ist. Mit zunehmender Vertragsdauer steigt die Unzufriedenheit der Beihilfeversicherten mit der Betreuungsleistung ihrer Vermittler und spätestens nach sechs Jahren unterschreitet diese das durchschnittliche Gesamtzufrieden-

heitsniveau. Bei den Versicherten ohne Beihilfeanspruch ist nach Vertragsabschluss ebenfalls eine sinkende Vermittlerzufriedenheit zu beobachten. Im Laufe der Vertragsbeziehung verbessert sich diese allerdings wieder und stabilisiert sich nach mehr als zehn Jahren auf einem um vier Indexpunkte höheren Niveau als bei den Beihilfeberechtigten. Aber was sind die Bedürfnisse der beiden Versichertengruppen im Hinblick

auf den Kontakt? Hier wiederum gibt der Blick auf die Kontaktfrequenz zwischen Vermittler und Versicherter die Antwort.

Während die Versicherten ohne Beihilfeanspruch angeben, im Schnitt rund zweimal jährlich Kontakt zu ihrem Vermittler zu haben, offenbaren die Befragungsergebnisse der Beihilfeversicherten eine Frequenz von weniger als einem Kontakt pro Jahr.



Die Analyse offenbart, dass hier nur ein kleiner Schritt fehlt, um das Zufriedenheitsniveau der Beihilfeversicherten deutlich zu steigern. Schon ein Kontakt pro Jahr wirkt sich signifikant auf die wahrgenommene Betreuung durch den Vermittler aus. Die niedrigen Zufriedenheitswerte zeigen, dass diese ver-

gleichsweise geringe Betreuungsanforderung vielfach nicht erfüllt wird.

Schlussendlich lässt sich sagen, dass Beihilfeberechtigte insgesamt überdurchschnittlich zufrieden sind mit ihrem Krankenversicherer. Allerdings besteht noch Handlungsbedarf in der Betreuung durch den Vertrieb. Hier stel-

len eine Intensivierung der Kontaktfrequenz und der Betreuungsleistung nach sechs Jahren Vertragsdauer die entscheidenden Schlüssel zur Verbesserung der Zufriedenheitswerte in der Vermittlerwahrnehmung dar.

Ratings

Die Assekurata-Ratings der vergangenen Monate

Assekurata-Ratings der BGV und der BGV AG verlieren Gültigkeit

Köln, den 21.04.2011 – Der Vorstand des BGV – Badische Versicherungen hat sich entschieden, den im April 2011 turnusmäßig bei beiden Versicherern anstehenden Ratingprozess nicht durchzuführen.

SDK bestätigt sehr gutes Ergebnis im Karriere-Rating

Köln, den 30. März 2011 – Zum dritten Mal in Folge bestätigt die Süddeutsche Krankenversicherung a. G. (SDK) das sehr gute Karriere-Rating der ASSEKURATA Solutions GmbH. Mit kontinuierlicher Arbeit kann die SDK für ihren Ausschließlichkeitsvertrieb die sehr guten beruflichen Rahmenbedingungen auf konstant hohem Qualitätsniveau halten.

Die Teilqualitäten



Vermittlerorientierung: sehr gut
Finanzstärke: exzellent
Beratungs- und Betreuungskonzept: gut
Wachstum: sehr gut

Debeka Personenversicherer erneut mit exzellentem Assekurata-Rating

Köln, den 22. März 2011 – Sowohl der Debeka Krankenversicherungsverein a. G. (Debeka Kranken) als auch der Debeka Lebensversicherungsverein a. G. (Debeka Leben) erhalten im aktuellen Assekurata-Rating die Bestnote exzellent (A++). Dabei erreicht die Debeka Leben in allen fünf Teilqualitäten exzellente Ergebnisse. Die Debeka Kranken erhält in vier Teilqualitäten eine exzellente und in einer Teilqualität eine sehr gute Bewertung.

Die Teilqualitäten

Debeka Lebensversicherungsverein



Sicherheit: exzellent
Erfolg: exzellent
Gewinnbeteiligung/Performance: exzellent
Kundenorientierung: exzellent
Wachstum/Attraktivität im Markt: exzellent

Debeka Krankenversicherungsverein



Sicherheit: sehr gut
Erfolg: exzellent
Beitragsstabilität: exzellent
Kundenorientierung: exzellent
Wachstum/Attraktivität im Markt: exzellent

A.S.I. Wirtschaftsberatung AG erzielt Bestnote im Karriere-Rating

Köln, den 02. März 2011 – Die A.S.I. Wirtschaftsberatung AG (A.S.I.) erreicht in drei von vier Teilqualitäten ein exzellentes Urteil. Durch verbesserte Beratungskonzepte und einen positiven Wachstumskurs schafft A.S.I. auch insgesamt den Sprung auf die Bestnote A++ im Karriere-Rating der ASSEKURATA Solutions GmbH.

Die Teilqualitäten



Vermittlerorientierung: exzellent
Finanzstärke: exzellent
Beratungs- und Betreuungskonzept: sehr gut
Wachstum: exzellent

Deutsche Vermögensberatung AG bestätigt exzellentes Urteil im

Karriere-Rating

Köln, den 28. Februar 2011 – Auch im sechsten Folgerating der ASSEKURATA Solutions GmbH (Assekurata) konnte die Deutsche Vermögensberatung AG (DVAG) überzeugen und bestätigte ein weiteres Mal die exzellente Unternehmensqualität aus Sicht der Vermögensberater

Die Teilqualitäten



Vermittlerorientierung: exzellent

Finanzstärke: exzellent

Beratungs- und Betreuungskonzept: exzellent

Wachstum: sehr gut

Assekurata-Rating der Landesschadenhilfe Versicherung VaG verliert Gültigkeit

Köln, den 18.02.2011 – Der Vorstand der Landesschadenhilfe Versicherung VaG hat sich entschieden, das im Februar 2011 fällige Folgerating nicht durchzuführen.

Assekurata bescheinigt Skandia Leben unverändert gute Unternehmensqualität

Köln, den 17. Februar 2011 – Die Skandia Lebensversicherung AG hat sich zum dritten Mal dem interaktiven Rating-Verfahren von Assekurata gestellt. Dabei erzielt die Gesellschaft erneut das Urteil A (gut). Im Rahmen des Folgerating 2011 bestätigt das Unternehmen die

Vorjahresurteile in punkto Sicherheit (sehr gut), Erfolg (gut), Gewinnbeteiligung/Performance (gut) sowie Kundenorientierung (weitgehend gut). Die Teilqualität Wachstum erreicht ein weitgehend gutes Urteil (Vorjahr: sehr gut).

Die Teilqualitäten



Sicherheit: sehr gut

Erfolg: gut

Gewinnbeteiligung/Performance: gut

Kundenorientierung: weitgehend gut

Wachstum/Attraktivität im Markt: weitgehend gut

DEVK-Lebensversicherer weiterhin stark

Köln, den 15. Februar 2011 – Sowohl der DEVK Lebensversicherungsverein als auch die DEVK Allgemeine Leben können im Assekurata-Folgerating 2011 zum sechsten Mal in Folge das sehr gute Gesamturteil (A+) erreichen.

Die Teilqualitäten

DEVK Lebensversicherungsverein



Sicherheit: exzellent

Erfolg: exzellent

Gewinnbeteiligung/Performance: sehr gut

Kundenorientierung: sehr gut

Wachstum/Attraktivität im Markt: sehr gut

DEVK Allgemeine Leben



Sicherheit: sehr gut

Erfolg: sehr gut

Gewinnbeteiligung/Performance: sehr gut

Kundenorientierung: sehr gut

Wachstum/Attraktivität im Markt: sehr gut

Schadenversicherer der DEVK erneut mit exzellentem Assekurata-Rating

Köln, den 10. Februar 2011 – Der DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Sach- und HUK-Versicherungsverein a.G. (DEVK Verein) sowie die DEVK Allgemeine Versicherungs-AG (DEVK Allgemeine) erhalten von Assekurata zum 12. Mal in Folge ein exzellentes Rating.

Die Teilqualitäten

DEVK Verein



Sicherheit: exzellent

Erfolg: sehr gut
Kundenorientierung: exzellent
Wachstum/Attraktivität im Markt: exzellent
DEVK Allgemeine



Sicherheit: exzellent
Erfolg: sehr gut
Kundenorientierung: exzellent
Wachstum/Attraktivität im Markt: exzellent

SVAG Schweizer Vermögensberatung weiterhin mit guten Karriereperspektiven

Köln, den 9. Februar 2011 – Die Schweizer Vermögensberatung (SVAG) stellt sich als einziger Schweizer Finanzvertrieb auch in diesem Jahr der unabhängigen Bewertung der ASSEKURATA Solutions GmbH (Assekurata). Das Unternehmen bestätigt im zweiten Folgerating die Qualitätsurteile in allen vier Bewertungskategorien und erhält hierfür insgesamt das Rating „gut“.

Die Teilqualitäten



Vermittlerorientierung: gut
Finanzstärke: sehr gut
Beratungs- und Betreuungskonzept:

konzept: sehr gut
Wachstum: gut

Allfinanz Deutsche Vermögensberatung AG bestätigt sehr gutes Urteil im Karriere-Rating

Köln, den 20. Januar 2011 – Die Allfinanz Deutsche Vermögensberatung AG (Allfinanz) stellte sich zum zweiten Mal in Folge dem Assekurata-Karriere-Rating und bestätigt die Qualitätsurteile in allen vier Bewertungskategorien. Die ASSEKURATA Solutions GmbH (Assekurata) vergibt der Allfinanz hierfür insgesamt das Rating A+.

Die Teilqualitäten



Vermittlerorientierung: sehr gut
Finanzstärke: exzellent
Beratungs- und Betreuungskonzept: sehr gut
Wachstum: gut

Assekurata-Rating: NÜRNBERGER Krankenversicherung AG zum neunten Mal in Folge mit „sehr gut“ ausgezeichnet

Köln, den 18. Januar 2011 – Die NÜRNBERGER Krankenversicherung AG (NKV) bestätigt auch in diesem Jahr das sehr gute Urteil (A+) der Vorjahre. Dabei verbessert sich das Unternehmen in der Kundenorientierung von weitgehend gut auf gut.

Die Teilqualitäten



Sicherheit: exzellent
Erfolg: exzellent
Beitragsstabilität: exzellent
Kundenorientierung: gut
Wachstum/Attraktivität im Markt: gut

Barmenia Kranken mit gutem Ergebnis

Köln, den 13. Januar 2011 – Die Barmenia Krankenversicherung a. G. (Barmenia Kranken) erhält im aktuellen Assekurata-Rating ein gutes Urteil (A), nachdem das Unternehmen zuvor eine sehr gute Bewertung (A+) erhalten hatte. Die Gesellschaft überzeugt einmal mehr durch die exzellente Sicherheit und die sehr gute Kundenorientierung. Auch die Beitragsstabilität der Barmenia Kranken ist sehr gut. Zum guten Gesamtergebnis tragen darüber hinaus die weitgehend gute Erfolgslage sowie das voll zufriedenstellende Wachstum bei.

Die Teilqualitäten



Sicherheit: exzellent
Erfolg: weitgehend gut
Beitragsstabilität: sehr gut

Kundenorientierung: sehr gut

Wachstum/Attraktivität im Markt: voll zufriedenstellend

Assekurata-Ratings der Barmenia Allgemeine und der Barmenia Leben verlieren ihre Gültigkeit

Folgeratings werden nicht durchgeführt

Köln, den 13. Januar 2011 – Die Ratings der Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG (Barmenia Allgemeine) und der Barmenia Lebensversicherung a. G. (Barmenia Leben) verlieren mit heutigem Datum ihre Gültigkeit. Die Unternehmensleitung hat sich entschieden, die im Dezember 2010 fälligen Folgeratings nicht durchzuführen.

Hallesche Krankenversicherung zum 13. Mal mit sehr gutem Assekurata-Rating

Köln, den 11. Januar 2011 – Die Hallesche Krankenversicherung a.G. (Hallesche) überzeugt in der Unternehmenssicherheit mit einem exzellenten Urteil. Auch in den anderen Prüfpunkten kann die Hallesche das sehr gute Urteil der Kölner Ratingagentur halten.

Die Teilqualitäten



Sicherheit: exzellent

Erfolg: sehr gut

Beitragsstabilität: sehr gut

Kundenorientierung: sehr gut

Wachstum/Attraktivität im Markt: sehr gut

Alte Leipziger Lebensversicherung erneut mit sehr gutem Assekurata-Rating

Köln, den 11. Januar 2011 – In ihrem ersten Folgerating überzeugt die Alte Leipziger Lebensversicherung a.G. (AL-Leben) mit einer exzellenten Unternehmenssicherheit. Auch bei allen anderen Prüfpunkten kann die AL-Leben das sehr gute Vorjahresurteil der Kölner Ratingagentur halten.

Die Teilqualitäten



Sicherheit: exzellent

Erfolg: sehr gut

Gewinnbeteiligung/Performance: sehr gut

Kundenorientierung: sehr gut

Wachstum/Attraktivität im

Markt: sehr gut

ALTE OLDENBURGER zum 10. Mal mit A++ im Assekurata-Rating

Köln, den 6. Januar 2011 – Die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG bestätigt auch in der 10. Auflage des Assekurata-Ratings das exzellente Urteil. In den Teilqualitäten Erfolg und Kundenorientierung verbesserte sich das Unternehmen jeweils um eine Notenkatgorie. Inzwischen erhält der Krankenversicherer aus Vechta in vier von fünf Prüfbereichen die Bestnote exzellent.

Die Teilqualitäten



Sicherheit: exzellent

Erfolg: exzellent

Beitragsstabilität: exzellent

Kundenorientierung: sehr gut

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. Bewertet werden Krankenkassen, Krankenversicherer, Schaden-/Unfall- sowie Lebensversicherer.

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 Unterneh-

men 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/Performance** (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
- Diplom Mathematiker Volker **Altenähr**, ehemaliger Vorstandsvorsitzender einer Versicherungsgesellschaft, Dozent an der dualen Hochschule Baden Württemberg Mannheim
- Professor (em.) Dr. Dieter **Farny**, Seminar für Versicherungslehre der Universität zu Köln
- Professor Dr. Oskar **Goecke**, 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**, Berufsakademie 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++ geratedes Versicherungsunternehmen erfüllt die Qualitätsanforderungen und die Qualitätserwartungen der Versicherungsnehmer exzellent. | Sehr gut |
| A+ | ... sehr gut | |
| A | ... gut | |
| A- | ... weitgehend gut | Gut |
| B+ | ... voll zufriedenstellend | |
| B | ... zufriedenstellend | |
| B- | ... noch zufriedenstellend | Zufriedenstellend |
| C+ | ... schwach | Schwach |
| C | ... sehr schwach | |
| C- | ... extrem schwach | |
| D | ... mangelhaft | Mangelhaft |

Bei A++ bis B- gerateden 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 2011)

Lebensversicherung

Alte Leipziger Leben **A+**
 Concordia Leben **A**
 Cosmos Leben **A++**
 Debeka Leben **A++**
 Deutscher Ring Leben **A**
 DEVK Allgemeine Leben **A+**
 DEVK Leben **A+**
 FAMILIENFÜRSORGE Lebensversicherung AG **A**
 Hannoversche Leben **A+**
 HUK-COBURG Leben **A+**
 IDEAL Leben **A**
 IDUNA Vereinigte **A**
 LVM Leben **A++**
 neue Leben **A++**
 Oeco capital Leben **A**
 PBV Leben **A+**
 Skandia Leben **A**
 Swiss Life **A**
 SDK-Leben **A+**
 TARGO Lebensversicherung **A+**

Schaden-/Unfallversicherung

Barmenia Allgemeine **A+**
 Concordia Rechtsschutz **A**
 Concordia Versicherung **A**
 DEVK Sach- und HUK-VVaG **A++**
 DEVK Allgemeine **A++**
 Gartenbau-Versicherung VVaG **A++**
 HUK-COBURG Allgemeine **A++**
 HUK-COBURG VVaG **A++**
 HUK24 AG **A++**
 IDEAL Versicherung **A**
 LVM **A++**
 LVM Rechtsschutz **A++**
 VPV Allgemeine **A+**

Nicht freigegebene Ratings Lebensversicherer:

7 mit Ergebnissen von A+ bis B+
 (Stand Mai 2011)

Nicht freigegebene Ratings Schaden-/Unfallversicherer:

13 mit Ergebnissen von A+ bis B
 (Stand Mai 2011)

Assekurata-Ratings (Stand Mai 2011)

| Private Krankenversicherung | Gesetzliche Krankenversicherung |
|---|---|
| Alte Oldenburger Kranken A++ | Hanseatische Krankenkasse - HEK A+ |
| Barmenia Kranken A | KKH-Allianz 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: | |
| 9 mit Ergebnissen von A+ bis B | |
| (Stand Mai 2011) | |

Impressum:

ASSEKURATA PUNKT!
Nr.29/Jahrgang 2011

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
 Umsatzsteueridentifikationsnr.: DE 181828481
 Geschäftsführer: Dr. Christoph Sönnichsen,
 Dr. Reiner Will

Redaktion:

Russel Kemwa
 Pressesprecher
 Tel.: 0221 27221-38
 Fax: 0221 27221-77
 E-Mail: russel.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.