

ASSEKURATA

Punkt!

19.03.2012

Unsere Themen:

- *Imageprobleme*
 - *Von Gier und Größenwahn*
Von Dr. Reiner Will, Geschäftsführender Gesellschafter der ASSEKURATA Assekuranz Rating-Agentur GmbH
 - *Wachstumslage in der Lebensversicherung – Wildwuchs oder Blütenpracht?*
Lars Heermann, Bereichsleiter Analyse bei der ASSEKURATA Assekuranz Rating-Agentur GmbH, zur aktuellen Geschäftsentwicklung in der Lebensversicherung
 - *Finanzstabilität als Erfolgsfaktor einer Krankenkasse*
Von Florian Scharf, Analyst der ASSEKURATA Assekuranz Rating Agentur GmbH
 - *Herausforderungen des Maklers im Firmenkundengeschäft; optimaler Makler-/Mandantennutzen im Gewerbebereich*
Von Hubert Perauer, Leiter Firmen-/Industrie-Abteilung vfm Versicherungs- & Finanzmanagement GmbH
 - *Die Assekurata-Ratings der vergangenen Monate*
 - *Ratingskala und Ratingdefinition des Assekurata-Ratings*
 - *Assekurata-Ratings*
-

Vorwort

Imageprobleme

Seit geraumer Zeit kämpfen Versicherungsvermittler mit einem schlechten Image. Zuletzt stellte dies wieder die Studie „Bürgerbefragung öffentlicher Dienst“ heraus, welche das Meinungsinstitut Forsa im Auftrag des Deutschen Beamtenbundes und Tarifunion im Sommer 2011 erstellte.

Gerade einmal elf Prozent der 3.000 Befragten attestierten den Vermittlern ein hohes Ansehen. Unter 30 vorgegebenen Berufen landeten die Vermittler abgeschlagen an letzter Stelle. Die gute Nachricht: Die Berufsgruppe konnte ihr Image im Vergleich zum Vorjahr um einen Prozentpunkt steigern. Ernüchternd ist aber: Im Vergleich zum Jahr 2007 verharren die Vermittler auf derselben niedrigen Imagewahrnehmung. Berufsgruppen, wie beispielsweise Müllmann oder Briefträger, konnten im selben Zeitraum einen Ansehensgewinn von 13 % beziehungsweise 11 % verzeichnen. Bemerkenswerterweise genießen die Bankangestellten, die im Zuge der Finanzmarktkrise der vergangenen Jahre heftig in die Kritik geraten waren, einen weit besseren Ruf als die Versicherungsvermittler. 37 % der Befragten attestieren den Bankangestellten ein hohes Ansehen.

In diesen Zahlen spiegelt sich die Skepsis wider, mit welcher ein großer Teil der Bevölkerung Versicherungsvermittlern



Russel Kemwa

nach wie vor gegenübertritt. Dass dieses schlechte Image direkt auch auf die Versicherer durchschlägt, hat der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) bereits erkannt. Mit der Kampagne „Ihre-Versicherer“ versucht der Verband seit 2010, das öffentliche Bild aufzupolieren. Fürwahr eine Sisypusarbeit, denn Immer wenn etwas Ruhe einkehrt, erschüttern neue Skandale rund um Incentivereisen, Provisionsexzesse und Fehlberatung die Branche.

Und nun hat der Kasseler Filmemacher Klaus Stern die Geschichte von Mehmet E. Göker, einem der umstrittensten und erfolgreichsten Versicherungsverkäufer Deutschlands, verfilmt. In dem 79-minütigen Streifen „Versicherungsvertreter“ kann der Kinogänger den rasanten Aufstieg und Fall des jungen Unternehmers miterleben. Man braucht keine prophetischen Talente, um festzustellen, dass dies nicht zu einer positiven

Imageveränderung für die Vermittler beitragen wird. Dr. Reiner Will hat den Film gesehen, und sich Gedanken über das System Göker gemacht.

Ein weiteres Thema ist die Lebensversicherungsbranche. Hier sind die Prämieinnahmen in 2011 deutlich um 5 % zurückgegangen. Lars Heermann, Bereichsleiter Analyse bei der Assekurata, hat sich die Kennzahl genauer angeschaut und auch positive Aspekte entdeckt.

Kaum geht es den gesetzlichen Krankenkassen finanziell besser, will die Politik an die Geldtöpfe. Weshalb dies zu kurz gesprungen ist, erklärt unser Analyst Florian Scharf.

Wie Studien beweisen, gewinnt das Firmenkundengeschäft gerade für Makler immer mehr an Bedeutung. Hubert Perauer, Leiter Firmen-/Industrie-Abteilung vfm Versicherungs- & Finanzmanagement GmbH, verdeutlicht, welche Herausforderungen dem Makler hieraus erwachsen und stellt Unterstützungsangebote der vfm vor.

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

Russel Kemwa, Pressesprecher der ASSEKURATA

Kommentar

Von Gier und Größenwahn

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

Der Beruf des Versicherungsvermittlers ein Thema fürs Kino? Für Menschen, die die Beratung und Betreuung ihrer Kunden in Versicherungsfragen als ihre Profession ansehen, dürfte es zunächst wenig einsichtig sein, was daran so spektakulär sein kann, dass es den Weg auf die Leinwand findet. Gleichwohl sorgt der seit 8. März in den deutschen Kinos laufende Dokumentarfilm „Versicherungsvertreter – Die erstaunliche Karriere des Mehmet Göker“ für erhebliche Schlagzeilen. Dabei hat sich mit Klaus Stern ein sehr geschätzter und mit dem Grimmepreis ausgezeichnete Filmemacher dem Thema gewidmet und der mit Vorschusslorbeeren bedachte Film ist sogar in die Auswahl zum deutschen Filmpreis gekommen. „Der Film zeigt Aufstieg – und tiefen Fall des türkischstämmigen Jungunternehmers aus Kassel. Eine Geschichte von Gier und Größenwahn. Aber auch ein erhellender Einblick in das Geschäftsgebaren privater Krankenversicherungen,“ soweit die Inhaltsangabe auf der Internetseite zum Film.

Mit nur 5.000 Euro Startguthaben gründet Göker am 1. April 2003 seine Firma MEG, die sich auf den Anfangsbuchstaben seines Namens Mehmet Erkan



Dr. Reiner Will

Göker zusammensetzt, wobei für diesen darin aber auch die Unternehmensphilosophie: „Menschlich, Ehrlich, Gut!“ zum Ausdruck kommen sollte.

Im Jahr 2008 erwirtschafteten mehr als 1.000 Beschäftigte einen Umsatz von 60 Millionen und einen Gewinn von 3,1 Millionen Euro. Nach gescheitertem Verkauf an die Vertriebsgesellschaft Aragon in Wiesbaden meldete MEG am 28. Oktober 2009 Insolvenz mit 50 Mio. Euro Schulden an. Mehmet Göker war zuvor von seinem Vorstandsposten zurückgetreten. Unternehmerische Höhenflüge, gefolgt von jähen Abstürzen mögen zwar eine Geschichte sein, alleine machen sie aber in der Regel noch keinen Stoff für einen Kinofilm aus. Hinzu kommen im Fall MEG eine Reihe von Prozessen beziehungsweise Ermittlungen wegen Steuerhinterziehung, der Nichtabführung von Sozialversicherungsbeiträ-

gen von scheinselfständigen Versicherungsvermittlern, Bedrohung und Beleidigung von Mitarbeitern sowie des Verdachts der Insolvenzverschleppung, des Verrats von Geschäftsgeheimnissen, der Untreue und des Betrugs. Gewürzt wird das Ganze mit einem sektenartigen Führungsstil und einem ausschweifenden Leben auf der Überholspur.

Erstaunen und Verwunderung erzeugt der Fall MEG, wenn man aus den Perspektiven von Mitarbeitern, Kunden und Versicherern darauf schaut.

Die Mitarbeiterperspektive ist die vielleicht interessanteste und erstaunlichste; denn wer würde schon freiwillig in einem Unternehmen arbeiten, in dem der Chef sagt: „Ein optimaler Vertrieb muss meines Erachtens geführt werden mit der Organisation, dem Fleiß, der Disziplin der ehemaligen Sowjetunion: streng, hierarchisch, straff.“ Das Mehmet Göker einen solch „totalitären“ Anspruch in der MEG ausgelebt hat, verdeutlicht der Film nachhaltig. Dabei sind die Führungsprinzipien, die er zur Anwendung bringt, nach Aussage des Filmemachers Stern dem Buch des US-amerikanischen Schriftstellers Robert Greene „Die 48 Gesetze der Macht“ entnommen. Quasi eine Gebrauchsanleitung zum Aufbau und zur Stärkung von gesellschaftlichem Einfluss. Darin heißt es unter anderem: „Mache Menschen

von dir abhängig. Befriedige das menschliche Bedürfnis, an etwas zu glauben, und fördere einen Kult um deine Person. Inszeniere packende Schauspiele. Entwaffne dein Opfer mit gezielter Ehrlichkeit und Großzügigkeit.“ All dies deckt sich mit der im Film wiedergegebenen Realität und weiteren auf YouTube veröffentlichten Szenen. Von außen betrachtet, ist es erschreckend zu sehen, wie einerseits finanzielle Anreize, aber noch viel mehr der offensichtlich gezielt gesteuerte Personenkult um den Firmengründer Göker seine manipulierende Wirkung auf die Mitarbeiter gehabt hat. Dies geht soweit, dass sich einzelne von ihnen das Firmenkürzel auf die Unterarme tätowieren ließen. Ernsthafte Berater können hier sicherlich nur den Kopf schütteln und ein Gefühl des Fremdschämens beschleicht den Betrachter.

Es stellt sich natürlich auch die Frage, warum und mit welcher Masche die MEG Erfolg beim Kunden haben konnte? Das Geschäftsmodell der MEG AG beruhte fast ausschließlich auf der Vermittlung privater Krankenversicherungen. Dafür nutzten die MEG Vermittler sogenannte Leads. Dabei handelt es sich um die Kontaktdaten eines interessierten Kunden. Leads können unter anderem über Telefon- oder Internetkontakte generiert werden, wobei es einen eigenen, hart umkämpften Markt um Leads gibt, auf dem die Firma MEG sehr aktiv tätig war. Per Telefon wurden die Versicherungsverträge dann an die interessierten Kunden vermittelt. In der Zeit, in der die MEG

am Markt besonders aktiv war, lieferten sich die Nachfrager von Leads einen heftigen Wettbewerb um solche Kundenkontakte. Vielen dürfte noch der Slogan eines Mittwettbewerbers der MEG in den Ohren klingen, der allenthalben aus dem Radio zu hören war: „Ist ihre private Krankenversicherung auch zu teuer?“.

Gerade Kunden, die bereits über eine private Krankenversicherung verfügten und vornehmlich Interesse an einem günstigeren Preis hatten, waren eine dankbare Zielgruppe. Ist hier doch das Ziel klar umrissen und der grundsätzliche Beratungsaufwand begrenzt. Das Angebot vermeintlicher Preisvorteile bei bereits interessierten Kunden dürfte den Verkauf in der Anfangszeit beflügelt haben. Mit welch plumpen und zum Teil fehlerhaften Darstellungen Interessierten dabei Krankenversicherungen verkauft, besser: aufgeschwätzt, wurden, zeigt Stern in seinem Film eindrücklich. Ohnehin fällt auf, dass im gesamten Film keiner der gezeigten Vermittler das Wort (Kunden)Beratung in den Mund nimmt. Allerdings hat das Geschäftsmodell seine Tücken und spezielle Risiken. Der Erfolg des Geschäftsmodells hängt dabei vor allem von der Güte der Kundendatensätze, der Wechselbereitschaft und -fähigkeit der potentiellen Kunden, der Anzahl der vorhandenen Leads und auch dem Preis, der für einen Datensatz zu zahlen ist, ab. Eine zunehmend schlechtere Qualität der Leads und steigende Preise dürften das Geschäft im

Zeitablauf deutlich schwieriger gemacht haben. Dies haben auch die Vermittler zu spüren bekommen, die die Datensätze von der MEG kaufen mussten. Zudem weiß jeder in der Versicherungsbranche, dass ein Verkauf über den Preis in der Regel wenig nachhaltig ist. Dies trug so auch bei der MEG zu steigenden Stornoquoten bei. Diese sollen laut Insolvenzverwalter am Ende bei etwa 70 % gelegen haben.

Wenn dann gleichzeitig mehr ausgegeben als eingenommen wird, kippt das Kartenhaus in sich zusammen. Wobei die MEG von der Luxuskarosse nebst Tankrechnung über Maßanzüge bis hin zu Belohnungsreisen alles auf Pump finanzierte. Auf den größten Forderungen sind die Versicherer selbst sitzen geblieben. Sie haben durch Provisionsvorschüsse den kometenhaften Aufstieg und den Größenwahn der MEG erst ermöglicht. Dabei geht es um Gelder der Versicherten, denn die Abschreibungen auf die Vorschüsse sind aus den Kundengeldern zu decken. Das auch die Versicherungsvorstände dem Verkäufer Göker auf den Leim gegangen sind, sollte diese nachdenklich stimmen. Passend dazu heißt es nämlich bei Robert Greene: „Spiele den Deppen, um Deppen zu überlisten. Gib dich dümmer als dein Opfer.“ Die mit dem MEG-Geschäft verbundenen Provisionsexzesse, in der Spitze sollen einzelne Gesellschaften bis zu 15,5 Monatsbeiträge für die Vermittlung einer Krankenversicherung an die MEG gezahlt haben,

dürften auch ein Grund dafür sein, dass die Provisionen in der privaten Krankenversicherung gesetzlich gedeckelt werden sollen. Die Versicherer selbst nehmen im Film keine Stellung zu den Geschäftspraktiken der MEG und ihrer eigenen Rolle.

Was macht Mehmet Göker heute? Der erstaunlich offen und gesprächsbereit auftretende ehemalige Vorstands-

chef kommt sich selber in der Nachschau und mit Blick auf den Film wie ein Idiot und Trottel vor. Aber angesichts der Erklärung für sein Verhalten, dass man es einfach macht, wenn man es kann, bleiben beim Betrachter Zweifel, inwieweit Mehmet Göker tatsächlich aus der Vergangenheit gelernt hat. Auf Facebook postet er jedenfalls, dass ab Ende April wieder mit ihm „auf der

dunklen Seite der Macht“ zusammen gearbeitet werden kann. Nach vier Wochen Schulung zunächst aus der Türkei heraus und ab 2013 wohl auch wieder in Deutschland. Treu dem 39. Gesetz der Macht: „Predige notwendigen Wandel, aber ändere nie zu viel auf einmal.“ Soll wohl heißen: bleibe Menschlich, Ehrlich, Gut!

Beitrag

Wachstumslage in der Lebensversicherung – Wildwuchs oder Blütenpracht?

Lars Heermann, Bereichsleiter Analyse bei der ASSEKURATA Assekuranz Rating-Agentur GmbH, zur aktuellen Geschäftsentwicklung in der Lebensversicherung

Stellen Sie sich eine Wiese vor, auf der die Pflanzen jahrelang trotz intensiver Pflege nur schwer gedeihen und verhaltenen Neuaustrieb liefern, schließlich aber doch aufgehen und ansehnliche Blüten tragen. Stellen Sie sich weiter vor, dass die wahre Blütenpracht erst bei genauem Hinsehen zu Tage tritt, weil der seit Jahren sprießende Wildwuchs die floristischen Erfolge überwuchert. In einer ähnlichen Situation befindet sich die deutsche Lebensversicherungswirtschaft mit Blick auf das Beitragswachstum im zurückliegenden Geschäftsjahr 2011.

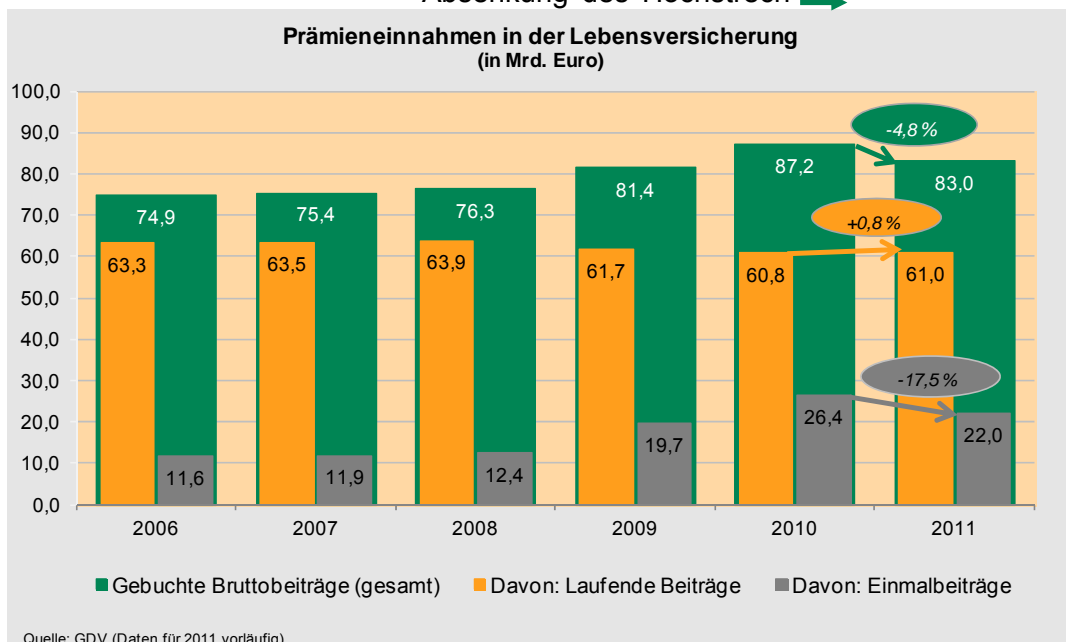


Lars Heermann

(GDV) die laufenden Beiträge insgesamt um 0,8 Prozent auf etwa 61 Mrd. € Euro steigern. Freilich ist es zweifelsohne vermessen, bei dieser Wachstumszahl von einer Blütenpracht zu sprechen, zumal das Plus in großen Teilen auf ein beachtlich hohes „Schlussverkaufsgeschäft“ im vierten Quartal – vor allem durch die Absenkung des Höchstrech-

nungszinses auf 1,75 % zum 01.01.2012 – zurückgeht. Angesichts von Euro-Schuldenkrise, eingetrübten Konjunkturaussichten und Kaufzurückhaltung bei den Verbrauchern kann dies dennoch als Erfolg gewertet werden. Schaut man hingegen auf das gesamte Prämienwachstum der Branche, das gemeinhin für Medien und Öffentlichkeit von großem Interesse ist, ist ein deutlicher Rückgang von knapp 5 % zu verzeichnen. Ursache dafür ist das Geschäft mit Einmalbeiträgen, das im Vorjahresvergleich um 17,5 % eingebrochen ist.

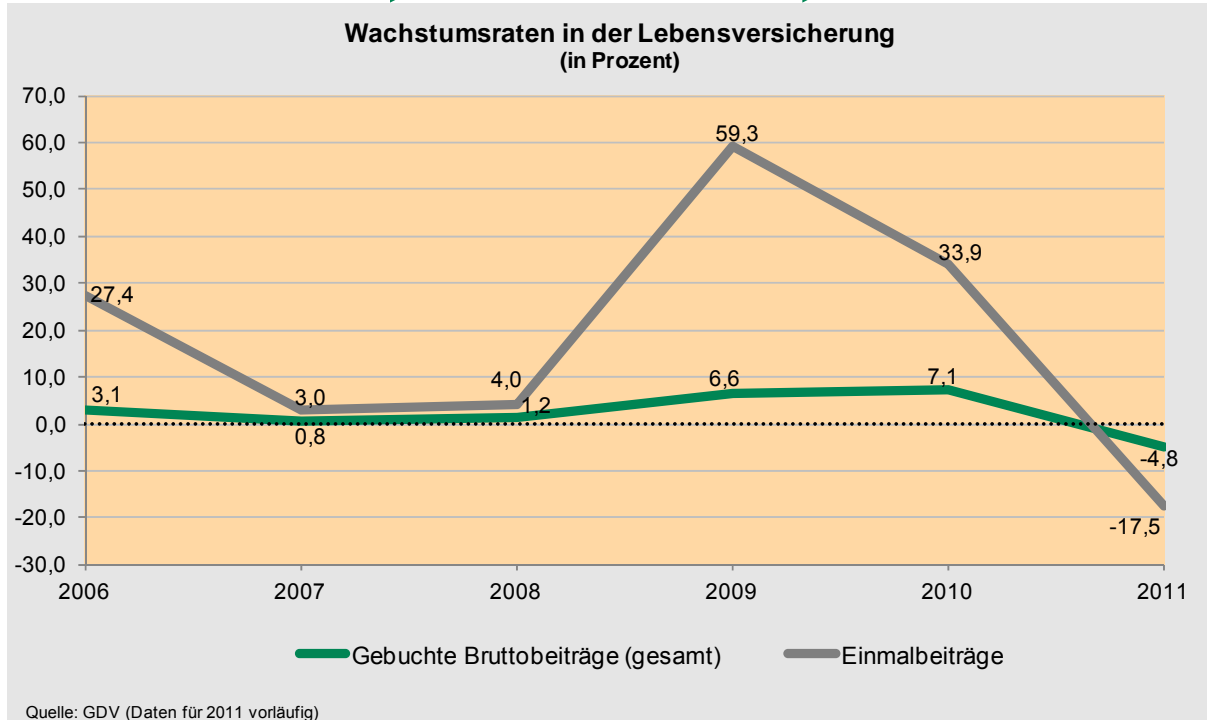
Denn immerhin konnte sie nach Angaben des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft →



Diese hohe Beitragseinbuße mag auf den ersten Blick überraschen, ist aber zum Teil hausgemacht und mutet ein wenig grotesk an. Schließlich waren es gerade die Einmalbeiträge, die mit äußerst hohen Zuwachsraten

von 59,3 % in 2009 und 33,9 % in 2010 das schwache Branchenwachstum bei den laufenden Beiträgen überlagert haben. Anders ausgedrückt: Das Einmalbeitragsgeschäft hat die strukturellen Wachstumsdefizite

bei laufenden Beitragseinnahmen nicht nur kompensiert, sondern gar zu bemerkenswerten Gesamtwachstumsraten geführt (6,6 % in 2009 und 7,1 % in 2010). Im Geschäftsjahr 2011 hat sich der Effekt nun umgekehrt.



Eines Vorweg: Einmalbeitragsgeschäft ist nicht per se „schlechtes“ Geschäft. Ganz im Gegenteil: Der allergrößte Teil der marktweiten Einmalbeiträge stammt beispielsweise aus gewöhnlichen Privatrentenversicherungen oder der betrieblichen Altersversorgung und trägt regelmäßig und substanzial „gesund“ zum Wachstum in der Lebensversicherung bei. Vielschichtiger wurde die Einmalbeitragswelt jedoch im Zuge der Bankenkrise durch sehr kurzfristig ausgestaltete Produktofferten, häufig in Form von Kapitalisierungsprodukten ohne Elemente biometrischer Risikoabsicherung. Einige Lebensversicherer haben dieses vermehrt in 2009 und 2010 in

unmittelbarem Wettbewerb zu kurzfristigen Bankanlagen angeboten, wobei die Zinsen teilweise deutlich über den Konditionen für Tagesgeld oder kurzfristiges Festgeld lagen. In Zeiten historisch niedriger Kapitalmarktzinsen hat dieses Geschäft für die Assekuranz letztlich zu derart hohen Zeichnungsraten geführt, dass immer stärker in Frage gestellt werden musste, auf welche Weise die Versicherer dies finanzieren könnten. Dies rief im August 2010 sogar die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) auf den Plan, die mit einem Rundschreiben und einer Sammelverfügung Spielregeln einführt, um eine Quersubventionierung durch das herkömmliche

Lebensversicherungsgeschäft weitestmöglich zu vermeiden. Inzwischen hat sich die Situation entspannt. Wie Assekurata in der aktuellen Marktstudie zur Überschussbeteiligung feststellen konnte liegt dies daran, dass die Anbieter ihre Zinskonditionen deutlich nach unten angepasst bzw. den Zinsbindungszeitraum reduziert haben. Demzufolge sind auch die Zeichnungsraten im Neugeschäft merklich zurückgegangen.

Was die Nachhaltigkeit von derart kurzfristigem Lebensversicherungsgeschäft anbetrifft, kann – um die einleitende Metapher aufzugreifen – durchaus von Wildwuchs gesprochen werden, da es durch seinen schnelllebigen Charakter zu einem langfris-

tig kultivierten Wachstum kaum beiträgt. Soweit der aktuelle Rückgang bei den Einmalbeiträgen nun auf die „banknahen“ Lebensversicherungsprodukte zurückzuführen ist, haben Lebensversicherer, die in früheren Jahren daraus in großem Stil Prämien vereinnahmt haben, der Branche einen Bärendienst erwiesen. Denn jetzt, wo die Zinsversprechen dieser Produkte weitgehend auf Normalmaß gestutzt wurden und deren Verkauf folgerichtig einbricht, zeigt sich, wie flüchtig die daraus entstandenen Wachstumseffekte tatsächlich sind.

Ein weiterer Aspekt kommt noch hinzu: Die gesamten Prämieinnahmen spielen auch eine Rolle für die Höhe der Verwaltungskostenquote. Die Verwaltungskostenquote ist ein in der Öffentlichkeit viel diskutierter Maßstab für die Kostenpositionierung der Lebensversiche-

rer. In ihrer standardisierten Definition setzt sie die angefallenen Verwaltungsaufwendungen gerade ins Verhältnis zu den gesamten vereinnahmten Bruttoprämien. Gehen diese, wie in 2011, nun deutlich zurück, fällt die Quote im Branchendurchschnitt tendenziell höher aus als im Vorjahr. Dies führt womöglich zu dem (Trug-)Schluss, dass die deutschen Lebensversicherer – allen Anstrengungen der vergangenen Jahre zum Trotz – mit ausufernden Kosten zu kämpfen haben. Dass hierfür in erster Linie ein verzerrender Effekt der Kennzahlentechnik aufgrund der dargestellten Wachstumsverwerfungen bei den Einmalbeiträgen verantwortlich ist, wird erneut erst bei genauem Hinsehen offenbar.

Bei aller Kritik darf abschließend nochmals darauf verwiesen werden, dass der

Lebensversicherungsmarkt im Jahr 2011 nach laufenden Prämien gewachsen ist. Zugegeben, ein zartes Pflänzchen auf der Wachstumswiese, aber immerhin. In Anbetracht der Verunsicherung an den Finanzmärkten und der seit Jahren rückläufigen Überschussbeteiligung ist dies nicht selbstverständlich, sondern Resultat beharrlicher Vertriebs- und Produktanstrengungen vieler Anbieter. Anlass zu Begeisterungstürmen geben die jüngsten Wachstumsraten sicher nicht. Bei allen bestehenden Herausforderungen sind sie jedoch ein positives Signal dafür, dass die Lebensversicherung noch längst kein Auslaufmodell ist und auch künftig eine wichtige Rolle für die Altersvorsorge und Risikoabsicherung der Bevölkerung spielen wird.

Seit nunmehr zehn Jahren veröffentlicht Assekurata jedes Jahr eine umfangreiche Auswertung über die Überschussbeteiligung der deutschen Lebensversicherer. Für 2012 wurden in einem eigenen Kapitel wiederholt auch die Verzinsungen von Kapitalisierungsprodukten beziehungsweise Versicherungen gegen Einmalbeitrag, die als kurzfristige Kapitalanlage einzuordnen sind, untersucht. Darüber hinaus wurden die Verzinsungen von Lebens- und Rentenversicherungen gegen laufenden Beitrag und Einmalbeitrag, die Beitragsrenditen und Vergangenheitsrenditen, die Garantiezinsverpflichtungen sowie die Zinszusatzreserve eingehend analysiert.

Die rund 90-seitige Studie „Anleihezins, Garantiezins und Überschussverzinsung im Sinkflug – Wie attraktiv ist die konventionelle Lebensversicherung noch?“ ist eine differenzierte Standortbestimmung über die Überschussbeteiligung in der Lebensversicherung 2012. Interessenten können sie in verschiedenen Ausführungen online auf den Internetseiten von Assekurata (www.assekurata.de) bestellen.

Beitrag

Finanzstabilität als Erfolgsfaktor einer Krankenkasse

Von Florian Scharf, Analyst der ASSEKURATA Assekuranz Rating Agentur GmbH

Kaum geht es den gesetzlichen Krankenkassen finanziell besser, fordert die Politik bereits die Auszahlung von Beitragsprämien. Ein Fehler: Gilt es für Kassen doch zu allererst, den Kunden Stabilität und Verlässlichkeit zu bieten.

Durch die Ausschüttung von Beitragsprämien versprechen sich die Befürworter vor allem, dass der Preiswettbewerb unter den Kassen stärker wird. Nach Einführung des einheitlichen Beitragssatzes im Jahr 2009 sollten preisliche Differenzierungen dadurch zustande kommen, dass finanzschwache Kassen Zusatzbeiträge erheben und erfolgreich wirtschaftende Anbieter Prämienzahlungen an die Kunden weitergeben. In wirtschaftlich guten Zeiten, in welchen ein Großteil der Branche positive Ergebnisse erwirtschaftet, kommen jedoch auch finanzschwache Anbieter ohne Zusatzbeitrag aus. Gleichzeitig rückt für viele Kassen die eigene finanzielle Solidität in den Vordergrund, so dass sie von Prämienauszahlungen absehen. Folglich sind am Markt kaum Preisunterschiede zu erkennen, obwohl sich die einzelnen Kassen hinsichtlich ihrer Finanzmittelausstattung deutlich unterscheiden.



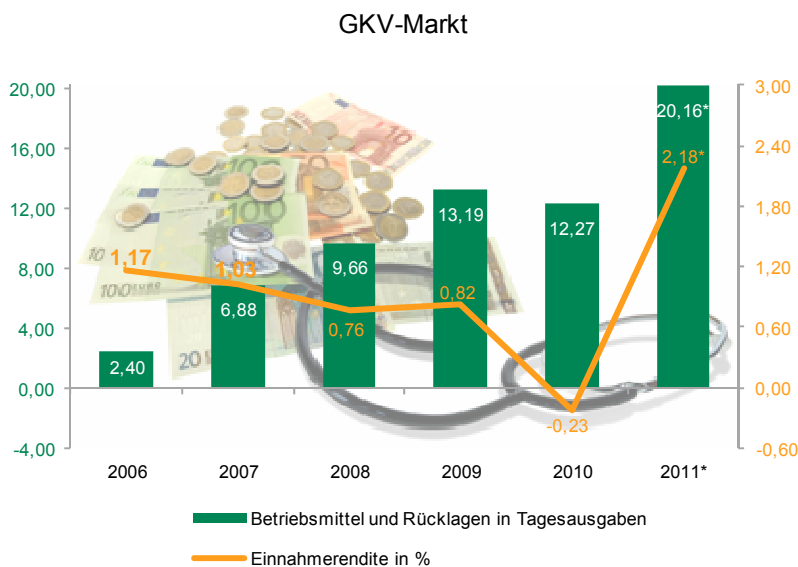
Florian Scharf

Die finanzielle Situation der GKV

Die Einnahmerendite sowie die Betriebsmittel und Rücklagen sind die wesentlichen Größen, die den Erfolg und die Stabilität von gesetzlichen Krankenkassen repräsentieren. Erstere gibt den wirtschaftlichen Erfolg gemessen an den Gesamteinnahmen wieder. Die Betriebsmittel und Rücklagen stellen die relevanten Sicherheitsmittel einer Kasse dar und dienen unmittelbar dazu, den Geschäftsbetrieb aufrechtzuhalten. Da der absolute Mittelbedarf einer Kasse in erster Linie von ihrem Ausgabenvolumen abhängt, werden die Sicherheitsmittel an den auf einen Tag entfallenden Gesamtausgaben relativiert. Erfolgreich wirtschaftende Krankenkassen nutzen ihre Erträge in der Regel dazu, die Betriebs-

mittel und Rücklagen auszubauen, während Defizite entsprechend durch einen Abbau dieser Mittel finanziert werden. Abbildung eins verdeutlicht, dass die gesetzlichen Krankenkassen im Marktdurchschnitt in den vergangenen Jahren regelmäßig Überschüsse, also positive Einnahmerenditen, erzielten. Hierdurch konnten marktweit die Betriebsmittel und Rücklagen ausgebaut und damit die Solidität der Kassen gestärkt werden. Lediglich im Jahr 2010 erhielten die Kassen keine ausreichenden Gelder aus dem Gesundheitsfonds, um ihre Ausgaben zu decken (Einnahmerendite: -0,23 %). In der Folge verringerten sich die vorhandenen Finanzmittel von 13,19 auf 12,27 Tagesausgaben. Nach den vorläufigen Finanzergebnissen erwirtschafteten die gesetzlichen Krankenversicherer 2011 hingegen einen Überschuss von rund 4,0 Mrd. € und können damit ihre Finanzmittel deutlich ausbauen. Zum Jahresende 2011 steigen die Betriebsmittel und Rücklagen demnach auf 9,9 Mrd. € (2010: 5,9 Mrd. €) beziehungsweise auf ein Ausgabenvolumen von 20,16 Tagen vergleichsweise deutlich an.

Abbildung 1: Betriebsmittel und Rücklagen in Tagesausgaben und Einnahmerendite



* Vorläufige Finanzergebnisse (KV 45)

Dass sich nun eine Diskussion über die Verwendung der Gelder entfacht, verwundert nicht, jedoch sind hierbei zwei wichtige Aspekte zu berücksichtigen: Die prognostizierte Entwicklung und die relative Verteilung der Mittel im Gesamtmarkt.

Die prognostizierte Entwicklung und ihre Folgen

Schon für 2012 prognostiziert der beim Bundesversicherungsamt ansässige GKV-Schätzerkreis wieder ausgeglichene Ergebnisse bei den Kassen. Ab 2013 erwarten viele Marktteilnehmer aufgrund einer schwächeren Konjunktur und steigenden Leistungskosten eine generelle Unterfinanzierung in der GKV. Für 2014 soll das Beratungshaus *McKinsey* sogar ein Defizit von mehr als 9 Milliarden Euro berechnet haben. Dies zeigt, dass die in der GKV vorhandenen Finanzmittel

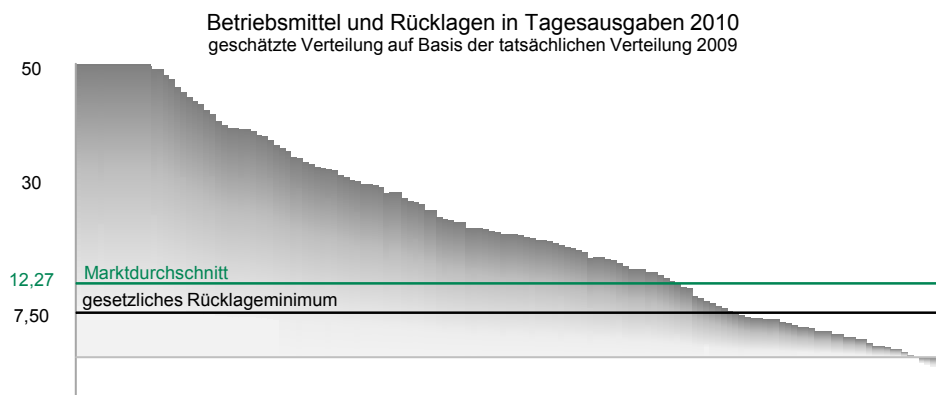
langfristig zur Finanzierung von Leistungen benötigt werden.

Die relative Verteilung der Finanzmittel und ihre Folgen

Daneben ist auch die relative Verteilung des Vermögens zwischen den Wettbewerbern und ihre unterschiedliche Ertragskraft zu berücksichtigen. Während das Defizit 2010 im Gesamtmarkt nur knapp 400 Mio. € betrug (Einnahmerendite: -0,23 %), verzeichneten die einzelnen Kassen sehr unterschiedliche Ergebnisse. So wies die Techniker Krankenkasse in ihrem Geschäftsbericht einen Überschuss von 577 Mio. € aus. Die DAK hatte hingegen einen Verlust von 86,3 Mio. € zu verbuchen. Zum Jahresende 2010 verfügte die DAK über Betriebsmittel und Rücklagen von unter einer Tagesausgabe (Markt:

12,27 Tagesausgaben). Auf Basis der tatsächlichen Verteilung des Jahres 2009 haben wir in Abbildung 2 für 2010 eine Einschätzung über die Verteilung der Finanzmittel des GKV-Marktes getroffen. Während einzelne Kassen zu diesem Zeitpunkt in der Spitze Betriebsmittel und Rücklagen von bis zu 75 Tagesausgaben vorhielten, verfügten einige Anbieter nicht einmal über das gesetzlich geforderte Mindestmaß der Rücklage von 7,5 Tagesausgaben. Hieran wird deutlich, warum einige Wettbewerber 2010 bereits frühzeitig einen Zusatzbeitrag einführen mussten. Sie waren nicht in der Lage, ein erwartetes Defizit aus vorhandenen Mitteln zu finanzieren. Auch die Liquiditätsplanung stellt eine besondere Herausforderung dar, wenn nur sehr wenig Mittel zur Verfügung stehen.

Abbildung 2: Geschätzte Verteilung der Betriebsmittel und Rücklagen im Markt zum Jahresende 2010



Auf Basis der positiven Ergebnisse 2011 konnten viele Kassen ihre Finanzmittel deutlich ausbauen und ihre Rücklagen bis zum gesetzlich geforderten Mindestmaß von 7,5 Tagesausgaben auffüllen. Bei einem Großteil der Anbieter hat sich also die finanzielle Lage wieder deutlich verbessert, so dass viele Kassen sogar ihre bislang erhobenen Zusatzbeiträge abschaffen.

Die Gefahr der Abschaffung eines Zusatzbeitrags

Mit der Abschaffung des Zusatzbeitrages wollen sich die Kassen im Wettbewerb (wieder) als vermeintlich solides Unternehmen positionieren. Dabei kann dies in Einzelfällen durchaus bezweifelt werden. Ein Fallbeispiel:

Erhebt eine Kasse mit etwa 4,4 Mio. Mitgliedern im gesamten Jahr 2011 einen Zusatzbeitrag von 8 € monatlich, entspricht dies einem Einnahmenvolumen von mehr als 420 Mio. €. Selbst wenn 15 % der Mitglieder ihren Zusatzbeitrag nicht zahlten, würde die Kasse noch knapp 360

Mio. € aus dem Zusatzbeitrag generieren. Erreicht diese Kasse am Jahresende ein Ergebnis von 350 Mio. €, ist ersichtlich, dass das Ergebnispotenzial ohne Zusatzbeitrag nahe Null liegt. Da der Gesamtmarkt im selben Zeitraum einen hohen Überschuss erwirtschaftet (Einnahmrendite: 2,02 %), scheint sich die Beispielkasse aus Ertragssicht deutlich unterdurchschnittlich zu positionieren. In einer solchen Situation den Zusatzbeitrag abzuschaffen, dürfte also ein großes Risiko beinhalten. Da trotz strukturellen Verbesserungen keine gravierende Änderung an der relativen Positionierung der Kasse im Markt zu erwarten ist, wäre sie bei zunehmendem Finanzdruck schnell dazu gezwungen, erneut einen Zusatzbeitrag zu erheben.

Ein zweiter Grund, die Zusatzbeiträge einzustellen, dürfte in den hohen Mitgliederverlusten der entsprechenden Kassen liegen. Viele Kunden kehren ihrem Anbieter den Rücken, sobald sie zusätzliche Beiträge zahlen müs-

sen. Bei einigen Kassen verringerte sich seit Einführung des Zusatzbeitrags der Mitgliederbestand um rund 10 %. Andere trafen die Kundenverluste noch härter. Insbesondere zeitnah nach Verkündung der Erhebung eines Zusatzbeitrags verließen viele Mitglieder ihre Kasse. Hierdurch erhöht sich der Druck auf die Verwaltungsstruktur, da die entsprechenden Kosten durch die Zuweisungen der verbleibenden Versicherten gedeckt werden müssen. Gleichzeitig zeigen Untersuchungen, dass vor allem Kunden mit positiven Deckungsbeiträgen ihre Krankenkasse wechseln. An dieser Stelle tritt ein Dilemma zutage, welches sich aus der Abschaffung des zusätzlichen Beitrags ergibt. Sollten entsprechende Kassen aufgrund einer Verschlechterung der finanziellen Lage im Markt erneut dazu gezwungen sein, einen Zusatzbeitrag zu erheben, dürfte eine erneute Kündigungswelle mit den dargestellten Folgen ausgelöst werden.

Es scheint, als würden

viele Krankenkassen bewusst dieses Risiko eingehen, um ihre Attraktivität im Markt kurzfristig zu erhöhen. Verbunden ist damit die Hoffnung, dass sich in der Zwischenzeit die rechtlichen Rahmenbedingungen so ändern, dass nicht erneut ein Zusatzbeitrag erhoben werden muss. Anpassungen am morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich oder eine Abkehr von der derzeitigen Zuweisungssystematik sind zum Beispiel denkbar. Vor allem ein möglicher Regierungswechsel infolge der Bundestagswahl 2013 könnten hierbei eine Rolle spielen. Aus Sicht einer Ratingagentur, welche sowohl die Qualität als auch die Solidität einer Krankenkasse untersucht und bewertet, ist dieses Vorgehen jedoch kritisch zu beurteilen.

Finanzstabilität und Transparenz als Erfolgsfaktoren einer Krankenkasse

Die Auszahlung einer Prämie an die Kunden kann durchaus sinnvoll sein. Allerdings nur dann, wenn die Kasse auf soliden Füßen steht und ihre individuelle Einnahmen- und Ausgabensituation eine Prämienzahlung bei zumindest ausgeglichenen Ergebnissen zulässt. Hier sind der jeweilige Versichertenbestand, die Versorgungssituation und die Kostenbelastung aus der Verwaltung bedeutende Aspekte. Dennoch sollten auch finanziell gut ausgestattete Anbieter gut überlegen, ob sie eine Beitragsprämie an ihre Versicherten auszahlen. Hierdurch können ihnen we-

sentliche Mittel entzogen werden, welche in den kommenden Jahren nicht mehr zur Verfügung stehen, wenn sie zur Versorgung der Kunden benötigt werden. Gleichzeitig kann so eine Achterbahnfahrt von Prämien und Zusatzbeiträgen vermieden werden. Es gilt dabei zu berücksichtigen, dass Kassen, die ihre Mittel nicht als Prämie ausschütten, diese trotzdem zum Wohle der Versicherten vorhalten. Grundsätzlich sollte eine Kasse zwingend eine langfristige Finanz- und Unternehmensstrategie verfolgen. Nur so kann dem Kunden eine größtmögliche Stabilität bei Finanzen und Leistungen zugesichert werden.

Bislang schütten lediglich etwa zehn, zum Teil kleine und betriebsbezogene Kassen eine Prämie zwischen 30 und 100 € pro Jahr an ihre Mitglieder aus. Dies zeigt, dass die meisten Kassen im Wettbewerb mehr auf dauerhafte Verlässlichkeit setzen als auf kurzfristige Wachstumsimpulse mit Beitragsprämien. Gleichzeitig ergibt sich hieraus der negative Effekt, dass sich die Kassen preislich nicht voneinander unterscheiden und sich der Verbraucher aufgrund der marktweiten Intransparenz kein gesichertes Bild von der Solidität der einzelnen Anbieter machen kann. Demzufolge sollten die aktuellen Transparenzbemühungen zur finanziellen Lage der Kassen weiter vorangetrieben werden. Die Versicherten müssen in die Lage versetzt werden, finanziell starke Anbieter

von schwächer aufgestellten Wettbewerbern unterscheiden zu können. An dieser Stelle wirkt es jedoch kontraproduktiv, wenn die Politik Krankenkassen öffentlich angeprangert, wenn sie finanziell erfolgreich sind und dies in Form von Geschäftsberichten oder unabhängigen Testaten kommunizieren. Durch die Behauptung, finanzstarke Kassen würden ihren Kunden Gelder vorenthalten, wird jede Mühe um Transparenz behindert. Vielmehr müsste die Politik die Veröffentlichung der Finanzsituation bei soliden Kassen befürworten, um hierüber eine Transparenzoffensive in der gesamten GKV zu fördern.

Wie wichtig dies ist, zeigt das jüngst veröffentlichte Ergebnis einer repräsentativen Umfrage der Beratungsgesellschaft Faktorkontor und des Marktforschers Toluna. Demnach hält mehr als jeden vierten Bundesbürger (27 %) die Gewissheit, dass es seiner Krankenkasse finanziell gut geht, von einem Kassenwechsel ab. Weitere 40 % beeinflusst dieser Aspekt bei der Entscheidung für oder gegen einen Wechsel zumindest teilweise. Außerdem fordern 64 % der Deutschen von ihrer Kasse künftig eine umfassendere Aufklärung, wie es mit den Finanzen aussieht. Deshalb trägt auch Assekurata mit der freiwilligen Finanzprüfung für Krankenkassen dazu bei, die Transparenz in der GKV zu erhöhen.

Hieran erkennen Sie finanzstarke Krankenkassen



Seit Beginn 2012 nimmt Assekurata in einer Finanzprüfung die Solidität gesetzlicher Krankenversicherer unter die Lupe.

Den Schwerpunkt der Analyse bilden *Finanzkennzahlen*, wie beispielsweise die Einnahmerendite. Um diese sachgerecht zu interpretieren, berücksichtigt Assekurata zusätzlich interne Informationen zur Unternehmensführung, der finanziellen Steuerung und dem Risikomanagement. Diese Themengebiete sind für die zukünftige Entwicklung einer Krankenkasse von besonderer Bedeutung und werden in dem Bewertungsbereich *Management* beurteilt. Darüber hinaus untersucht und bewertet Assekurata die *Wachstumslage* einer Kasse.

Mit der **Schwenninger Krankenkasse** und der **BIG direkt gesund** haben mittlerweile zwei Kassen ihre Ergebnisse veröffentlicht. Das Urteil in beiden Fällen: Stark.

Darüber hinaus verfügen die **Hanseatische Krankenkasse – HEK** und die **BIG direkt gesund** über ein Assekurata-Unternehmensrating.

Mehr zu den Assekurata-Beurteilungsverfahren für Krankenkassen erfahren Sie unter www.assekurata.de.

Beitrag

**Herausforderungen des Maklers im Firmenkundengeschäft;
optimaler Makler-/Mandantennutzen im Gewerbebereich**

Von Hubert Perauer, Leiter Firmen-/Industrie-Abteilung vfm Versicherungs- & Finanzmanagement GmbH

Das Firmenkundengeschäft gewinnt gerade für Makler mehr und mehr an Bedeutung, wie nicht zuletzt eine Untersuchung von YouGovPsychonomics aus dem Jahre 2011 verdeutlicht. So wurde das Firmenkundenneugeschäft erstmals im Jahre 2010 mehrheitlich über Versicherungsmakler abgewickelt und löste damit die führende Stellung der klassischen Ausschließlichkeitsvertriebe ab.



Hubert Perauer

Diese Entwicklung zeigt einmal mehr, dass die Mandanten aufgeklärter sind und sich einen größeren Marktüberblick verschaffen. Damit einhergehend wachsen aber auch die Anforderungen an die freie Vermittlerschaft. Leider zeigen die Erfahrungen aus unserem vfm-Kompetenzcenter Firmen/Industrie, dass Versicherungsmakler das Firmenkundengeschäft vorwiegend über den Preis betreiben und erst in zweiter Linie über die Qualität einer Versicherungspolice. Dabei spielt es keine Rolle wie „klein“ oder „groß“ ein Maklerunternehmen im Markt positioniert ist. Aus dem Austausch mit Gesellschaften wissen wir, dass Anfragen häufig aufgrund einer mangelhaften Betriebsbeschreibung scheitern, frei nach dem Motto: „Wenige Angaben

beziehungsweise Informationen müssen für eine Angebotserstellung ausreichen“. Diese Vorgehensweise steht natürlich vollkommen im Gegensatz zum Mandantenverhältnis, da dadurch elementare Fragestellungen und Interessen außer Acht gelassen werden.

Unsere Gespräche mit Mandanten und Maklern zeigen ein klares Bild: um auf die individuellen Bedürfnisse und Erwartungen des Kunden eingehen zu können, sollte vorab eine umfangreiche Bestandsanalyse mit dem Kunden durchgeführt werden. Die richtigen Fragen und das Know-how des Maklers entscheiden über Wohl und Wehe einer optimalen Absicherung.

Die Versicherungsgesellschaften machen es der Maklerschaft nicht leicht einen vergleichbaren Überblick zu bewahren,

zumal es aus unserer Sichtweise keine wirklich brauchbaren Vergleichsprogramme für das gewerbliche Geschäft gibt. So werben einige Gesellschaften z.B. für die Sparte Betriebshaftpflicht mit Aussagen wie „keine Sublimits und Selbstbehalte“ und verschleiern damit, dass wichtige Bausteine gänzlich fehlen oder nur gegen Zuschlag erhältlich sind.

Als bestes Beispiel für die Sparte Haftpflicht sei an dieser Stelle das EuGH-Urteil vom 16.06.2011 genannt (Haftung für Aus- und Einbaukosten), das offene Fragen verdeutlicht: Welche der namhaften Gesellschaften gehen offensiv mit diesem Thema um und bieten von sich aus verbraucherfreundliche Lösungen an? Welche Makler können ihren Kunden diese Thematik aufzeigen und die Gesellschaften um Lösungsvorschläge bitten? Oder: wie schnell kann es im Rahmen einer „kleinen Betriebsunterbrechung“ zur Unterversicherung kommen?

Allein an diesen Fragestellungen scheitern viele Vermittler und Gesellschaften, wobei wir uns Versicherungsseitig im „unteren Segment“ bewegen. Verschärft wird die Situation durch die Tatsache, dass selbst die Aus-

sagen und Antworten innerhalb der Gesellschaften hinterfragt werden müssen, da vielfach die Versicherer-Mitarbeiter ihr eigenes Bedingungsnetzwerk nicht beziehungsweise nur äußert unzureichend kennen. Insofern ist es nicht einfach, immer die passende Gesellschaft für die jeweilige Betriebsart zu wählen, zumal das Anforderungsprofil zum gewünschten Versicherungsschutz aus unserer Sicht zwischenzeitlich immer vom Versicherungsmakler kommen muss, da er nicht auf fachliche Hinweise und Ergänzungen seitens der Gesellschaft hoffen kann. Grundsätzlich ist dies leider eine Entwicklung die weder dem Endkunden noch den Versicherern oder der Vermittlerschaft gefallen kann, sich aber im Rahmen des weiteren Kostendrucks verschärfen wird.

Aus unserer alltäglichen Praxis zeigt sich, dass die Gesellschaften dem Kunden nur das bieten (u.a. Klauseln /Deckungserweiterungen usw.), was der Makler auch einfordert. Ein Dilemma, das der Maklerschaft in Zukunft noch mehr abverlangt wird. Unter dem Hintergrund eines bereits bestehenden Verdrängungswettbewerbs wird nicht nur der Preis eines Produkts das letzte Entscheidungskriterium sein, sondern letztlich die Kompetenz des Maklers und „seiner“ Produkte. Die entscheidenden Wettbewerbsvorteile werden sich die Makler sichern, die

entweder massiv eigenes Know-how aufbauen und vorhalten oder sich entsprechend personell verstärken und ausrichten. Gerade die Ausschließlichkeit schätzt seit Jahrzehnten die personelle und vertriebliche Unterstützung ihrer zugewiesenen Fachspezialisten. Unter dem Gesichtspunkt einer betriebswirtschaftlichen Betrachtungsweise wird für viele Makler ein gesellschaftsunabhängiges Kompetenzteam (Dienstleister) immer interessanter.

Eine Vielzahl der bereits aufgeführten Aspekte hat vfm zum Anlass genommen, ein in sich schlüssiges und haftungssicheres Produkt mit der vfm-Firmenpolice aufzulegen. Dadurch werden essentielle Deckungslücken von Beginn an vermieden bzw. wichtige Obliegenheiten werden direkt zum Vorteil des Kunden geregelt. Unterstützt wird der Vermittler dabei vom wesentlich vereinfachten Angebotsprogramm, das Fehler im Vorfeld gar nicht entstehen lässt. Eine absolut wettbewerbsfähige Prämie ist dabei obligatorisch.

Dem Grunde nach werden genau diese Dienstleistungen und Faktoren von der Vermittlerschaft ständig nachgefragt, doch nur wenige Maklerpools und auch Gesellschaften sind dazu bereit oder in der Lage, sich diesen vertriebsorientierten Herausforderungen zu stellen.

Dabei zeigt die Praxis schon heute, dass die Mehrheit der Versicherungsmakler mit der komplexen Produktwelt oder mit aufwendigeren Marktrecherchen überfordert ist.

Die effiziente und ökonomische Auslagerung dieser fachlichen Themenfelder und das Zusammenspiel zwischen auskömmlicher Courtage, Produktentwicklung oder das Handling mit Ausschreibungsportfolios kann sich nur vorteilhaft für den Mandanten und Makler auswirken.

Daneben bietet die fachliche Seite im Umgang mit dem Firmenkunden nur einen Aspekt, vielmehr wird die sehr breite Ausrichtung unterschätzt. Je nach Umfang und Größe eines Firmenkunden müssen ggf. schnell über 40 verschiedene Themenfelder beleuchtet werden. Hier sei die Frage erlaubt: Welcher unabhängige Vermittler kann dies auf Anrieb gewährleisten?

Eines muss sich der Versicherungsmakler - und nicht die Gesellschaften - immer vor Augen halten: Im Fokus des Mandanten steht einzig ein optimales Preis- und Leistungsverhältnis. Denn zu guter Letzt trägt einzig und allein der Makler die Verantwortung und Haftung für seine Kunden. Berücksichtigt der Vermittler diese Tugenden, wird er stets einen zufriedenen und vertrauensvollen Mandanten haben.

Ratings

Die Assekurata-Ratings der vergangenen Monate

**Assekurata-Rating: De-
beka Personenversiche-
rer zum wiederholten
Male mit Bestnote**

Köln, den 15. März 2012 – Sowohl der Debeka Krankenversicherungsverein a. G. (Debeka Kranken) als auch der Debeka Lebensversicherungsverein a. G. (Debeka Leben) erhalten im aktuellen Assekurata-Rating das Urteil 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 Kranken



Sicherheit: sehr gut

Erfolg: exzellent

Beitragsstabilität: exzellent

Kundenorientierung: exzellent

Wachstum/Attraktivität im Markt: exzellent

Debeka Leben



Sicherheit: exzellent

Erfolg: exzellent

Gewinnbeteiligung/Performance: exzellent

Kundenorientierung: exzellent

Wachstum/Attraktivität im Markt: exzellent

SDK erneut mit sehr gutem Karriere-Rating

Köln, den 13. März 2012 – Die Süddeutsche Krankenversicherung a.G. (SDK) ließ bereits im vierten Jahr in Folge ihre Ausschließlichkeitsorganisation auf den Prüfstand stellen. Das Ergebnis: Die Rahmenbedingungen für eine Karriere im Außendienst der SDK liegen unverändert auf einem sehr hohen Niveau. Das Kölner Analysehaus ASSEKURATA Solutions GmbH (Assekurata) vergibt daher erneut die höchste Ratingkategorie „sehr gut“ (A+).

Die Teilqualitäten



Vermittlerorientierung: sehr gut

Finanzstärke: exzellent

Beratungs- und Betreuungskonzept: sehr gut

Wachstum: gut

**DEVK-
Lebensversicherer er-
neut mit sehr guten As-**

sekurata-Ratings

Köln, den 14. Februar 2012 – Im aktuellen Folgerating 2012 attestiert Assekurata dem DEVK Deutsche Eisenbahnversicherung Lebensversicherungsverein a.G. (DEVK Lebensversicherungsverein) sowie der DEVK Allgemeine Lebensversicherungs-AG (DEVK Allgemeine Leben) jeweils eine sehr gute Unternehmensqualität aus Kundensicht und vergibt beiden Gesellschaften das Rating A+.

Die Teilqualitäten

DEVK Allgemeine Leben



Sicherheit: sehr gut

Erfolg: sehr gut

Gewinnbeteiligung/Performance: sehr gut

Kundenorientierung: sehr gut

Wachstum/Attraktivität im Markt: sehr gut

DEVK Lebensversicherungsverein



Sicherheit: sehr gut

Erfolg: sehr gut
Gewinnbeteiligung/Performance: sehr gut
Kundenorientierung: exzellent
Wachstum/Attraktivität im Markt: sehr gut

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

Köln, den 13. Februar 2012 – Bereits zum dritten Mal in Folge erhält die Allfinanz Deutsche Vermögensberatung AG (Allfinanz) ein sehr gutes Ergebnis im Assekurata-Karriere-Rating. In der Teilqualität Beratungs- und Betreuungskonzept verbessert sich das Unternehmen im aktuellen Rating von sehr gut auf exzellent. Hierdurch festigt die Allfinanz das sehr gute Gesamturteil (A+).

Die Teilqualitäten



Vermittlerorientierung: sehr gut
Finanzstärke: exzellent
Beratungs- und Betreuungs-

konzept: exzellent
Wachstum: gut

Schadenversicherer der DEVK erneut mit exzellenten Assekurata-Ratings

Köln, den 9. Februar 2012 – 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 13. Mal in Folge ein exzellentes Rating.

Die Teilqualitäten

DEVK Verein



Sicherheit: exzellent

Erfolg: sehr gut

Kundenorientierung: sehr gut

Wachstum/Attraktivität im Markt: exzellent

DEVK Allgemeine



Kundenorientierung: sehr gut

Wachstum/Attraktivität im Markt: exzellent

Weitere Kasse im Finanzcheck: Assekurata bestätigt BIG direkt gesund eine starke Finanzsituation

Köln, den 7. Februar 2012 – Mit der Direktkrankenkasse BIG direkt gesund hat sich eine weitere Kasse der Assekurata-Finanzprüfung für gesetzliche Krankenversicherer gestellt. Die Prüfung ist ein Bestandteil des ganzheitlichen Ratings der BIG vom August 2011, in dem der Kasse eine sehr gute Unternehmensqualität (A+) bescheinigt wurde.

Die Teilqualitäten



Management: Stark

Finanzkennzahlen: Stark

Wachstums-kennzahlen: Stark

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/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 ge-

währleistet 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	Gut
A-	... weitgehend gut	
B+	... voll zufriedenstellend	Zufriedenstellend
B	... zufriedenstellend	
B-	... noch zufriedenstellend	
C+	... schwach	Schwach
C	... sehr schwach	
C-	... extrem schwach	
D	... mangelhaft	Mangelhaft

Bei A++ bis B- 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 März 2012)

Lebensversicherung	Schaden-/Unfallversicherung
Alte Leipziger Leben A+	Concordia Rechtsschutz A
Concordia Leben A+	Concordia Versicherung A
Cosmos Leben A++	DEVK Sach- und HUK-VVaG A++
Debeka Leben A++	DEVK Allgemeine A++
Deutscher Ring Leben A	Gartenbau-Versicherung VVaG A++
DEVK Allgemeine Leben A+	HUK-COBURG Allgemeine A++
DEVK Leben A+	HUK-COBURG VVaG A++
FAMILIENFÜRSORGE Lebensversicherung AG A	HUK24 AG A++
Hannoversche Leben A+	IDEAL Versicherung A
HUK-COBURG Leben A+	LVM A++
IDEAL Leben A	LVM Rechtsschutz A++
IDUNA Vereinigte A	VPV Allgemeine A+
LVM Leben A+	
neue Leben A++	
PB Leben A	
Swiss Life A	
SDK-Leben A	
TARGO Lebensversicherung A+	
Nicht freigegebene Ratings Lebensversicherer:	Nicht freigegebene Ratings Schaden-/Unfallversicherer:
7 mit Ergebnissen von A+ bis B+	13 mit Ergebnissen von A+ bis B
(Stand März 2012)	(Stand März 2012)

Assekurata-Ratings (Stand März 2012)

Private Krankenversicherung	Gesetzliche Krankenversicherung
Alte Oldenburger Kranken A++	BIG direkt gesund A+
Concordia Kranken A+	Hanseatische Krankenkasse - HEK A++
Debeka Kranken A++	
Deutscher Ring Kranken A+	
DFV Deutsche Familienversicherung 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 März 2012)	

Impressum:

ASSEKURATA PUNKT!
Nr.35/Jahrgang 2012

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.