TRANSPARENZ.ORIENTIERUNG. SICHERHEIT.

ASSEKURATA Sondernewsletter 05/2016

20 JAHRE 1996-2016

ASSEKURATA

UNSERE INFORMATIONEN SCHAFFEN WERTE.

INHALT

VON TRANSPARENZ. ORIENTIERUNG. SICHERHEIT ZU UNSERE INFORMATIONEN SCHAFFEN WERTE – 20 JAHRE ASSEKURATA
Dr. Reiner Will, Geschäftsführer *ASSEKURATA* Assekuranz Rating-Agentur GmbH **3**

MEHR ALS 20 JAHRE DEREGULIERUNG IN DER VERSICHERUNGSWIRTSCHAFT – UNTERNEHMENSQUALITÄT ALS BASIS DES ERFOLGS BEIM KUNDEN
Dr. Walter Botermann, Vorstandsvorsitzender ALTE LEIPZIGER - HALLESCHE Konzern **5**

LEBENSVERSICHERUNG – DIE ZEITEN ÄNDERN SICH, DIE SCHLAGZEILEN BLEIBEN
Stefanie Post, Thomas Keßling, Analysten *ASSEKURATA* Assekuranz Rating-Agentur GmbH **7**

PERSPEKTIVE 2036 - LEBENSVERSICHERUNG ZWISCHEN NIEDRIGZINS UND DEMOGRAFISCHER HERAUSFORDERUNG
Dr. Peter Schwark, Mitglied der Geschäftsführung des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) **16**

20 JAHRE PKV – VON DER VOLL- HIN ZUR ZUSATZVERSICHERUNG
Gerhard Reichl, Fachkoordinator Krankenversicherung *ASSEKURATA* Assekuranz Rating-Agentur GmbH **19**

DIE ROLLE VON RATINGS UNTER SOLVENCY II
Dr. Frank Grund, Exekutivdirektor Versicherungs- und Pensionsfondsaufsicht bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht **28**

20 JAHRE SCHADEN-/UNFALLVERSICHERUNG
Abdulkadir Cebi, Bereichsleiter Analyse und Bewertung *ASSEKURATA* Assekuranz Rating-Agentur GmbH **31**

VERLORENE JAHRE
Herbert Fromme, Herausgeber von "Herbert Frommes Versicherungsmonitor Premium" **40**

IMPRESSUM **43**

VON TRANSPARENZ. ORIENTIERUNG. SICHERHEIT ZU UNSERE INFORMATIONEN SCHAFFEN WERTE – 20 JAHRE ASSEKURATA

Dr. Reiner Will, Geschäftsführer *ASSEKURATA* Assekuranz Rating-Agentur GmbH

Liebe Leser,

als wir 1996 mit unseren kundenorientierten Unternehmensratings an den Markt gingen, waren die Versicherer erst vor kurzem in den Wettbewerb entlassen worden. Die Deregulierung 1994 hatte ein neues Versicherungszeitalter in Deutschland eingeläutet, im Zuge dessen sich die Angebots- und Vetriebsvielfalt des Marktes bis heute deutlich erhöht hat. Gerade Vermittler und Verbraucher suchten damals nach Transparenz, Orientierung und Sicherheit im zunehmenden Anbieter- und Tarifdickicht. Ausgehend von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Versicherungsunternehmens und somit auch seiner Finanzstärke, haben wir mit unserem hochgeschätzten, leider 2013 verstorbenen Mitgründer und langjährigen Rating-Komitee-Mitglied Prof. Dr. Dieter Farny einen Ratingansatz entwickelt, welcher speziell auf die Interessen von Verbrauchern und Vermittlern fokussiert. Aus diesem Grund ließen wir von Beginn an die Kundenorientierung des Unternehmens mit in die Urteilsfindung einfließen. Mittels einer Befragung gehen die Bewertungen von 800 Bestandskunden über die verschiedenen Serviceaspekte des jeweiligen Unternehmens in das Urteil mit ein. Weitere besondere Aspekte sind die Gewinnbeteiligung bei Lebensversicherern sowie die Beitragsstabilität bei Krankenversicherern. Wurde zu Beginn unserer Rating-Tätigkeit noch eine fehlende Rating-Kultur im deutschen Versicherungsmarkt moniert, haben sich heute verschiedene Formen der Beurteilung und des Ratings von Versicherungsunternehmen etabliert. Ratings von anerkannten Rating-Agenturen bilden einen festen Qualitätsindikator im Versicherungsmarkt.

Mit unserem wachsenden Know-how und Anregungen aus der Versicherungswirtschaft

Dr. Reiner Will

bauten wir unser Leistungsspektrum mit der Zeit aus. Beispielsweise starteten wir 2002 unsere jährliche Studie zur Überschussbeteiligung der Lebensversicherer, welche sich mit der Zeit als umfassende Informationsquelle rund um das Thema Deklaration etabliert hat.

Auch unsere Bewertungsaktivitäten weiteten wir im Laufe der Zeit weiter aus. Dies betrifft die Güte des Vertriebs aus Kundensicht im Makler- und Agentur-Rating sowie die Attraktivität eines Pools aus Sicht eines Maklers im Maklerpool-Rating. Darüber hinaus untersuchen und bewerten wir im Karriere-Rating Berufsperspektiven, die Vertriebe potenziellen Mitarbeitern eröffnen. Angeboten werden diese Dienstleistungen mittlerweile von unserem Tochterunternehmen ***ASSEKURATA* Solutions GmbH**, welche wir im Zuge unserer Registrierung als EU-Rating-Agentur 2010 gründeten. Das Analyse- und Beratungshaus steht mit fachlicher Expertise und Methoden-Kompetenz Versicherungsgesellschaften und -vertrieben bei der Optimierung von Geschäftsmodellen, Prozessen und den Interaktionen mit Kunden beratend zur Seite.

Für kleinere Versicherungsgesellschaften bietet die 2015 von uns gegründete ***ASSEKURATA* Management Services (AMS)** Lösungen bei der Auslagerung von spezifischen Funktionen,

wie Revision und die versicherungsmathematische Funktion.

Während das Unternehmensrating in der Bewertung einen breiten und damit besonders kundenorientierten Fokus einnimmt, beleuchten wir in der Rating-Agentur beim Bonitätsrating, welches wir seit 2012 anbieten, speziell die Finanzstärke von Versicherungsgesellschaften. Ein Aspekt, der vor dem Hintergrund der aktuellen Niedrigzinsphase immer stärker an Bedeutung bei der Auswahl von Versicherungsgesellschaften gewinnt.

Unsere Ratingaktivitäten sind eng verknüpft mit der Jahresabschlussanalyse von deutschen Erstversicherungsunternehmen. Hier arbeiten wir intensiv mit der von Prof. Dr. Dieter Farny gegründeten KIVI GmbH Kölner Institut für Versicherungsinformation und Wirtschaftsdienste zusammen.

Mit der Tarif- und Bedingungsanalyse in der privaten Krankenversicherung betraten wir 2014 Neuland. Hatten wir uns bis dahin ausschließlich auf die Bewertung von Unternehmen begrenzt, widmen wir uns jetzt auch der detaillierten Analyse und Bewertung von Versicherungsbedingungen von privaten Krankenversicherern in Kombination mit deren Kalkulationsgrundlagen.

Mit der erstmaligen Veröffentlichung der Solvency and Financial Condition Reports (SFCR) 2017 werden wir uns in Kooperation mit der ISS Software GmbH den vielfältigen neuen Solvency-II-Informationen widmen. Unser Ziel ist es, eine strukturierte Übersicht über die gesamte Branche zu ermöglichen. In Kürze erfahren Sie hierzu mehr. Sie sehen, die Themen gehen uns nicht aus.

Unser besonderer Dank gilt den über 130 Versicherern, die wir bisher unter die Lupe nehmen durften. Bedanken wollen wir uns an dieser Stelle gerne auch bei allen anderen Kunden, Kooperationspartnern, Medienvertretern und Wegbegleitern für das uns entgegengebrachte Vertrauen in den vergangenen 20 Jahren. Wir freuen uns auf die nächsten gemeinsamen Jahre und versprechen, Ihnen auch künftig wertschaffende Informationen bereitzustellen. Beginnen wollen wir mit unserem Jubiläumsnewsletter. Allen Autoren danken wir für ihre Mitwirkung.

Bei der Lektüre wünschen wir Ihnen viel Spaß.

MEHR ALS 20 JAHRE DEREGULIERUNG IN DER VERSICHERUNGSWIRTSCHAFT – UNTERNEHMENSQUALITÄT ALS BASIS DES ERFOLGS BEIM KUNDEN

Dr. Walter Botermann, Vorstandsvorsitzender ALTE LEIPZIGER - HALLESCHE Konzern

Sehr geehrtes Assekurata-Team,

sehr geehrte Leserinnen und Leser,

die 1994 erfolgte Deregulierung der Versicherungswirtschaft im Zuge der Entwicklung eines europäischen Binnenmarktes hat innerhalb der Branche weitreichende Veränderungen angestoßen. Während vor der Deregulierung größtenteils einheitliche Wettbewerbsstandards galten, entwickelte sich nun verstärkt ein Preis-, Produkt- und Bedingungswettbewerb. Die Konsequenzen für Kunden, Vertriebspartner und Versicherer waren vielfältiger Natur:

Der Wettbewerb zwischen den einzelnen Versicherern intensivierte sich, verbunden mit der Folge, dass die Preise für den Kunden sanken – allerdings auch die Margen der Versicherer. Ausländische Mitbewerber wurden auf dem deutschen Versicherungsmarkt zunehmend aktiv. So entstand eine größere Produktvielfalt mit teils unübersichtlichen Bedingungen – Stichwort fehlende Markttransparenz.

Infolge dessen stellten sich für die Versicherungsunternehmen die entscheidenden Fragen: „Wie können wir uns in diesem intensiven Wettbewerb positiv hervorheben? Wie schaffen wir es, den Kunden und die Vertriebspartner von uns zu überzeugen?“. Hierzu hat sich für die deutsche Versicherungsbranche das gesamte Assekurata-Team mit den Gründern Dr. Christoph Sönnichsen und Dr. Reiner Will verdient gemacht. Ihr innovativer neuer Ratingansatz mit dem Fokus auf die Qualität des gesamten Versicherungsunternehmens aus Kundensicht hat dazu beigetragen, dass sich die Versicherer wieder verstärkt auf das Kerngeschäft ‚Versicherung fokussierten. Sie haben die für die Versicherten und Vertriebspartner nachhaltigen Parameter wie Höhe und Stabilität der Gewinnbeteiligung

Dr. Walter Botermann

oder langfristige Beitragsstabilität begrifflich geprägt. Daneben war und ist eine Bestandskundenbefragung in dem Rating-Prozess ein entscheidendes Alleinstellungsmerkmal zu den angelsächsischen Ratingmodellen mit dem Fokus auf die Finanzstärke. Ein nach außen hin sichtbares Assekurata-Rating-Siegel ist demzufolge eine Auszeichnung für das gesamte Unternehmen und seiner Mitarbeiter.

Durch das breite Verständnis der Marktmechanismen des deutschen Versicherungsmarkts und die hohe analytische Kompetenz war Assekurata in vielen Ratingprozessen ein Sparringspartner auf Augenhöhe. Der Erfolg des Ansatzes von Assekurata zeigte sich auch dadurch, dass sich die am 01.10.1996 gegründete Rating-Agentur schnell am deutschen Versicherungsmarkt etablieren konnte und bis

heute viele namhafte Versicherungsunternehmen bewertet.

Insbesondere nach dem Platzen der Dotcom-Blase in 2000/1, in Verbindung mit den Herausforderungen seit Beginn der Finanzkrise in 2008 hat die Bedeutung von Ratings weiter zugenommen, da die hohen Kapitalanlagegewinne der Versicherer sukzessive den sinkenden Zinstrends folgten, wodurch die Versicherer an Kapitalstärke einbüßten. In Zeiten niedrigerer Überschüsse oder höherer Prämien können sich jetzt überwiegend die Versicherungsunternehmen am Markt beweisen, welche frühzeitig die Unternehmensqualität als Basis des Erfolgs beim Kunden vorausgesetzt und gleichzeitig die bilanzielle Kraft gestärkt haben.

Die HALLESCHE Krankenversicherung a.G. hat sich bereits 1998 als Pilotpartner für Assekurata und den neuen Rating-Ansatz in der Krankenversicherung für die Teilnahme entschieden. Seitdem haben wir uns Jahr für Jahr aufs Neue dem Rating-Prozess gestellt. Auch die ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung a.G. nimmt seit 2009 am Rating teil. Wir schätzen die turnusmäßigen telefonischen Befragungen, da hierdurch eine aktive Rückmeldung und Bewertung der umgesetzten Maßnahmen von unseren Kunden erfolgt.

Diese bieten neben den Rating-Siegeln einen echten Mehrwert, um die eigenen Prozesse regelmäßig zu hinterfragen und gegebenenfalls anzupassen. So konnten wir uns intern immer neue – ambitioniertere – Ziele setzen und die Unternehmensqualität für unsere Kunden und Vertriebspartner sukzessive verbessern. Die Verschlankung von internen Leistungsbearbeitungsprozessen, um den Kunden im Schadenfall schnell und unbürokratisch zu helfen, eine optimierte Beschwerdebearbeitung innerhalb vorgegebener Service Level Agreements als interne Vorgabe, die Verbesserung der Weiterbildung der Mitarbeiter oder die Formulierung von transparenteren und für den Kunden und Vertriebspartner nachvollziehbareren Bedingungen seien hier beispielhaft genannt. Dies sind aus unserer Sicht entscheidende Wettbewerbsfaktoren, um sich im Markt zu behaupten.

Wir stehen mit dem Produkt Versicherung aktuell vor großen Herausforderungen. Unter anderem als Folge der eingangs erwähnten Finanzmarktkrisen und der Niedrigzinsphase stehen wir vor einer Re-Regulierung. Solvency II, das Lebensversicherungsreformgesetz oder die Vermittlerrichtlinie sind hier besonders hervorzuheben.

Angesichts regelmäßig wiederkehrender Naturkatastrophen mit hohem Schadenpotenzial wird der Ruf nach staatlichen Zwangsversicherungslösungen, wie sie vor der Deregulierung beispielsweise im Bereich der Gebäudeversicherung anzutreffen war, immer lauter. Forderungen nach staatlichen Einheitslösungen gibt es aktuell auch im Bereich der Lebensversicherung und in der Krankenversicherung. Diese Ansätze führen jedoch nicht zu einer Lösung, die die Qualität der Versicherungsprodukte im Wettbewerb stärkt. Abhängig von politischen Strömungen führen sie zu willkürlichen Lösungen. Auch technologisch/Digital steht die Versicherungsbranche vor tiefgreifenden Veränderungen und der Aufgabe, sich selbst sinnvoll anzupassen oder in Teilen neu zu erfinden. Hier gilt es die weiteren Veränderungsprozesse weiterhin zu beobachten und aktiv zu gestalten. Ich bin der Überzeugung, dass Assekurata in diesem Prozess auch künftig ein kritischer Begleiter der Branche sein wird.

Vor diesem Hintergrund bedanke ich mich für die Arbeit von Assekurata der letzten 20 Jahre und wünsche Ihnen für die Zukunft weiterhin einen objektiven und transparenten Blick auf die Aktivitäten und die Unternehmensqualität der deutschen Versicherungsunternehmen.

LEBENSVERSICHERUNG – DIE ZEITEN ÄNDERN SICH, DIE SCHLAGZEILEN BLEIBEN

Stefanie Post, Thomas Keßling, Analysten *ASSEKURATA* Assekuranz Rating-Agentur GmbH

Mehr als 20 Jahre ist es nun her: Infolge der Deregulierung stand die Lebensversicherungsbranche Mitte der 1990er Jahre vor neuen Herausforderungen. Durch den Wegfall der behördlichen Vorabgenehmigung von Versicherungsbedingungen und Tarifen war der Weg zu einem vollständigen Wettbewerb auf dem Markt freigegeben.

Auch in den Jahren danach beeinflussten externe Rahmenbedingungen, wie aufkeimende Unsicherheiten an den Kapitalmärkten und eine sich verschärfende Gesetzgebung, das Geschäftsmodell der Lebensversicherer. Für die Verbraucher blieb die Deregulierung ebenfalls nicht folgenlos: Eine sich zunehmend verändernde Produktlandschaft erschwerte die Suche nach einer passenden (Alters-)Absicherung und erstmals wurde der breiten Öffentlichkeit bewusst, dass auch Versicherer von einer Insolvenz bedroht sind, womit neben Finanzstärkeratings auch immer mehr die Solvabilitätsausstattung der Unternehmen in den Fokus rückte.

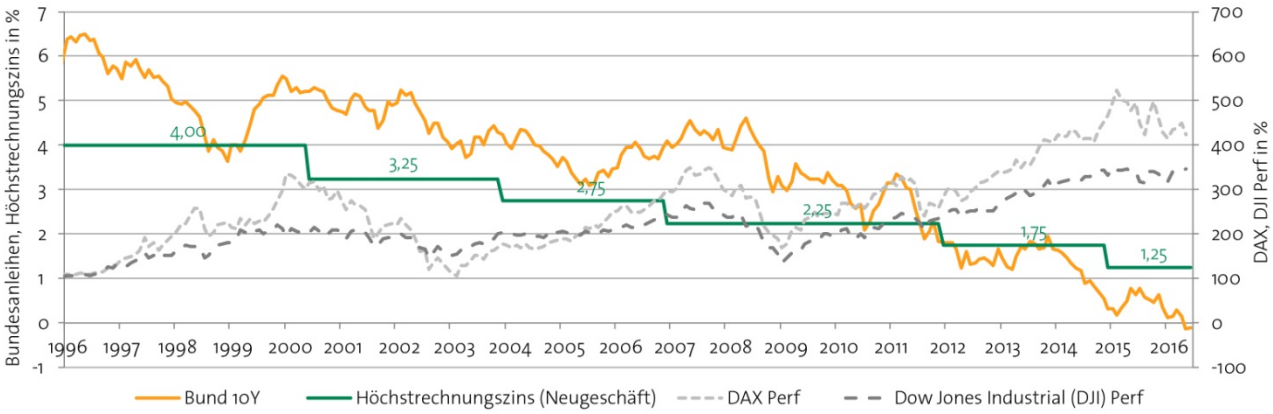
Auch wenn gegenwärtig der Eindruck entstehen kann, dass die Lebensversicherungsbranche mit immer neuen Problemen konfrontiert wird, zeigt sich bei näherer Betrachtung, dass sich die branchenbestimmenden Schlagzeilen in den vergangenen 20 Jahren kaum verändert haben.

Stefanie Post Thomas Keßling

Bezeichnend hierfür ist die Zinsmisere: Bereits im Jahr 2000 sahen sich die Lebensversicherer mit einer *„anhaltenden Niedrigzinsphase“* (Versicherungswirtschaft (VW), 02/2000) konfrontiert. Ein Blick auf die Kapitalmarktentwicklung zeigt freilich, dass das zu dieser Zeit vorherrschende Zinsniveau jedem Kapitalanleger heute Anlass zur Freude bereiten würde. Denn während in der damaligen Niedrigzinsphase zehnjährige Bundesanleihen zu rund 5 % rentierten, liegt deren heutige Rendite deutlich unter 1 %, zuletzt sogar unter null.

Im Zuge der unter Druck geratenen Kapital- und insbesondere der Rentenmärkte rückte branchenweit im Laufe der Zeit das Bewusstsein in den Fokus, dass sich Anlageerträge und damit auch Garantien und Überschüsse für die Kunden nicht mehr gewohnheitsmäßig verdienen lassen. Hatten sich die garantierten Zinsversprechen (in der Grafik über die grüne

Kapitalmarktumfeld



Quellen: Assekurata, Deutsche Bundesbank

Linie als Höchstrechnungszins dargestellt) zu Beginn der dargestellten Zeitreihe quasi risikolos – beispielsweise komplett über zehnjährige Bundesanleihen (hier dargestellt als orange Linie) – erwirtschaften lassen, näherten sich die beiden Kurven in den Folgejahren immer weiter an. Seit dem Jahr 2012 liegt der Höchstrechnungszins im Neugeschäft sogar fast kontinuierlich auf einem höheren Niveau als die Rendite der Bundesanleihen. Das fallende Zinsniveau sorgte also dafür, dass folgerichtig auch der Rechnungszins schrittweise nach unten korrigiert werden musste.

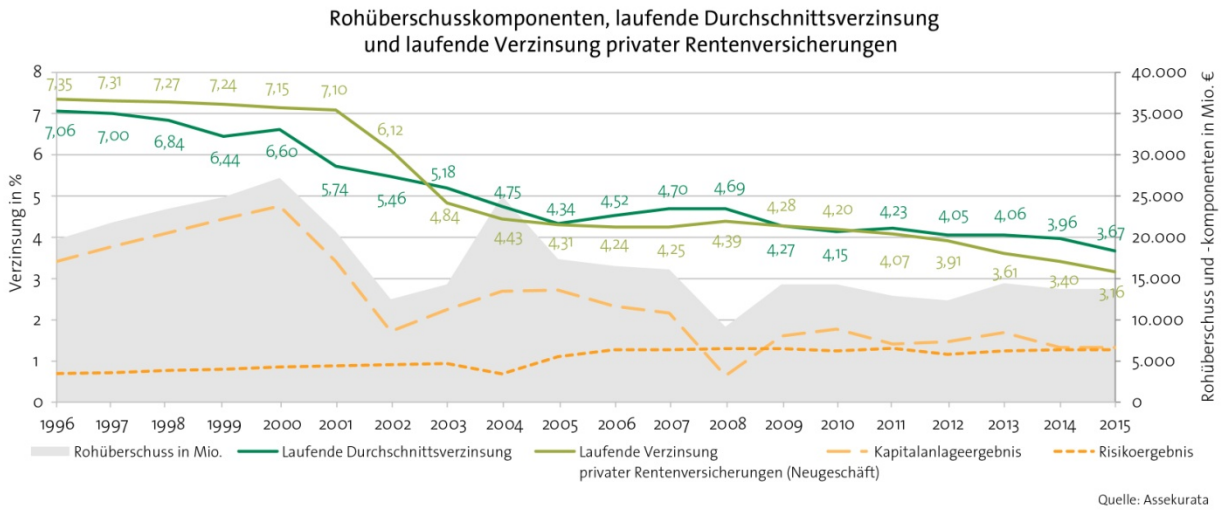
Um den Kunden neben den reinen Garantieversprechen auch eine attraktive Überschussbeteiligung gewähren und so im Wettbewerb bestehen zu können, waren die Versicherer in den späten 1990er Jahren verstärkt geneigt, ihrem Kapitalanlageportfolio riskantere Anlagen, wie beispielsweise Aktien, beizumischen. Doch ausgerechnet in der Phase, als die Versicherer sich vermehrt dazu entschlossen, den damaligen Aktien-Hype mitzugehen, wurden die Aktienmärkte jäh erschüttert.

Im März 2000 platzte zunächst die Dotcom-Blase als Folge der überhöhten Gewinnerwartungen im Rahmen der „New Economy“. Kurz danach brachten die Terroranschläge auf das World Trade Center im September 2001 die Märkte erneut ins Wanken. Die Versicherer reagierten mit massiven Verkäufen. Zusammen mit spürbaren Kursverlusten sank der Aktienanteil in ihren Anlageportfolien in kurzer Zeit drastisch und festverzinsliche Anlagen dominieren aufgrund der Langfristigkeit des Geschäftsmodells und der Planbarkeit der Auszahlungen heute mehr denn je die Asset Allocation der Gesellschaften.

In Zeiten sinkender Kapitalanlageergebnisse diskutierten die Marktteilnehmer bereits um die Jahrtausendwende die Frage, wie lange Garantieversprechen gegenüber den Kunden überhaupt noch eingehalten werden können. Zur Beantwortung dieser Frage wurden erweiterte Bestandsanalysen und Simulationsrechnungen erstellt, die das Zusammenspiel zwischen Vermögen und Verpflichtungen in der Bilanz näher abschätzen, so dass Unternehmen im Jahr 2000 *„modernes Asset Liability Management“* (ALM) (VW, 2/2000) praktizierten.

Im Zuge der jüngsten – und sich aktuell weiter verschärfenden – Niedrigzinsphase stellte sich jedoch heraus, dass ein gutes ALM-System allein nicht ausreicht, um hohe Erträge zu generieren. Mittlerweile spielt neben der Kapitalanlage besonders der versicherungstechnische Erfolg eine große Rolle für den Rohüberschuss der Lebensversicherer. Die folgende Grafik verdeutlicht diese Zusammenhänge: Die Bedeutung von Risiko- und Kapitalanlageergebnis (orange Linien) als die beiden wesentlichen Komponenten des Rohüberschusses (graue Fläche) nähern sich zunehmend an, nachdem das Kapitalanlageergebnis zu Beginn des Betrachtungszeitraums ein Vielfaches des Risikoergebnisses betragen hatte.

Eine weitere Folge des Abwärtstrends an den Kapitalmärkten zeigt sich in der laufenden Durchschnittsverzinsung (dunkelgrüne Linie), die einen Rückschluss auf die ordentlichen Kapitalanlageerträge der Versicherer zulässt. Als Folge titelten die Medien bereits Ende 2001: *„Gewinnbeteiligung wegen anhaltendem Niedergang der Börsen abgesenkt“* (Zeitschrift für Versicherungswesen (ZfV), 01/2002) oder im Dezember 2002 *„Überschussbeteiligung im Sinkflug“* (ZfV, 01/2003). Nicht anders lauten die Schlagzeilen heute, so hieß es im Januar 2015 erneut: *„Überschussbeteiligungen purzeln“* (ntv).



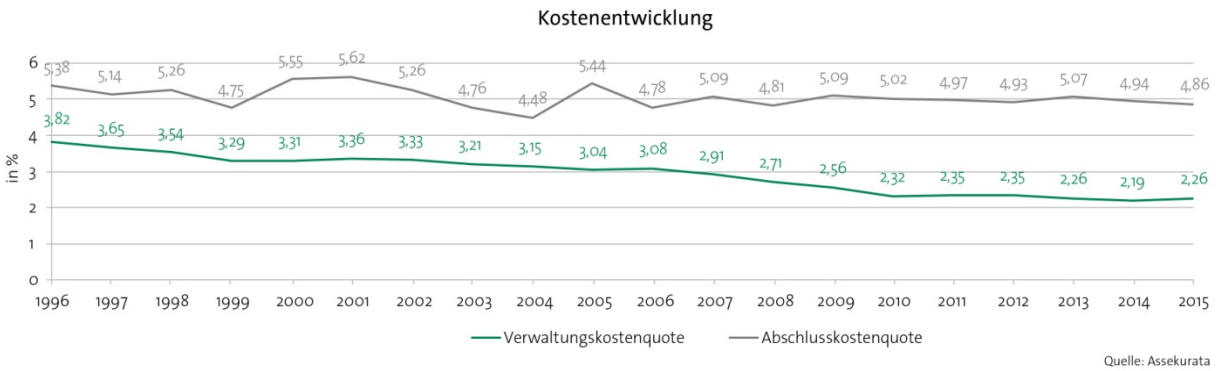
Quelle: Assekurata

Während die Schlagzeilen auf den ersten Blick nur wenige Unterschiede vermuten lassen, hat sich das tatsächliche Niveau der Überschussbeteiligung allerdings beträchtlich verändert. Nachdem die durchschnittliche laufende Verzinsung der privaten Rentenversicherung im Neugeschäft 2001 bereits recht deutlich von 7,10 % auf 6,12 % gesenkt wurde, beträgt sie nach zahlreichen weiteren Absenkungen in den Folgejahren heute nur noch rund 3 %.

Rückblickend lässt sich jedoch feststellen, dass angesichts der Dauer des Zinsverfalls an den Kapitalmärkten Lebensversicherungsverträge kein schlechtes Investment waren. Auch wenn die Erwartungshaltung an die Rendite der Verträge infolge rückläufiger Überschussbeteiligungen nicht erfüllt werden konnte, werden Lebensversicherungsverträge vergleichsweise hoch verzinst. So liegt die Vergangenheitsrendite von Kapitallebensversicherungen mit 30-jähriger Laufzeit im arithmetischen Durchschnitt effektiv bei 4,4 %, wobei sich die Rendite einiger Anbieter sogar oberhalb von 5 % bewegt.

In früheren Hochzinszeiten mag die Verlockung nahegelegen haben, die verlässlich hohen Zinsrenditen bei der Kalkulation zu berücksichtigen und die versicherungstechnische Auskömmlichkeit der Prämien zu vernachlässigen. Im aktuellen Niedrigzinsumfeld würde diese Art der Kalkulation die Ertragslage über Gebühr belasten, so dass die Berechnung von auskömmlichen Tarifmerkmalen stärker in den Vordergrund rückt. Dies zeigt sich beispielsweise an der zunehmenden Bandbreite an Differenzierungsmerkmalen in der Berufsunfähigkeitsversicherung.

Angesichts der dargestellten Entwicklung wäre es im Rückblick zielführend gewesen, wenn die Branche ihre Anstrengungen zu Kostensenkungen bereits früher intensiviert hätte. Ohnehin steht eine transparente Darstellung der Kostenbelastung für die Kunden bereits seit langem in der Kritik. Mangels ernsthafter Anstrengungen der Lebensversicherer trat Ende des vergangenen Jahrtausends der Gesetzgeber auf den Plan, so dass bereits 1999 der Bund der Versicherten (BdV) wähnte, dass *„ein Jahrhundert der Intransparenz […] zu Ende“* gehe und *„der legale Betrug durch Kapitallebens- und Rentenversicherungen, als solcher bisher unerkannt, staatlich überwacht und steuerlich gefördert, […] jetzt zum Tode durch Transparenz verurteilt“* (ZfV, 01/2000) sei.



Quelle: Assekurata

Es war die Reaktion auf ein Urteil des Oberlandesgerichts (OLG) Stuttgart, das 1999 zugunsten einer Klage des BdV entschieden hatte, dass Aussagen zu Abschlusskosten und Überschussbeteiligungen nicht verständlich und transparent genug seien. Diese Auffassung wurde 2001 vom Bundesgerichtshof (BGH) bestätigt. Dieser erklärte Klauseln, die die Auszahlungen bei Vertragskündigung (Rückkaufswert), zur Beitragsfreistellung und zu den Abschlusskosten regelten, als unwirksam. Im Anschluss sprachen Branchenteilnehmer sogar von einem *„Erdbeben“* (Capital, 2001), welches der BdV ausgelöst habe.

Zwar begannen in der Folge einzelne Versicherer, die Beitragsanteile nach Risiko-, Kosten- und Sparanteilen aufzuschlüsseln, jedoch setzte sich dieses Vorgehen nicht branchenweit durch, so dass die Kostendebatte in den Folgejahren nicht abebbte. Im Jahr 2012 entschied dann der BGH, dass Klauseln zur Verrechnung von Abschlusskosten eine unangemessene Benachteiligung der Versicherungsnehmer darstellen. Während somit vor 20 Jahren zunächst die Kostentransparenz im Fokus stand, setzte ein zunehmender Wandel ein und (auch) die Höhe der Abschlusskosten rückte in den Mittelpunkt des Interesses. Ein Blick auf die Entwicklung der Kostenquoten zeigt, dass die Verwaltungskosten in den vergangenen Jahren konsequent reduziert werden konnten, demgegenüber jedoch das Niveau der Abschlusskostenquote weitgehend konstant blieb.

Als Folge der anhaltenden Kostendebatte widmete sich im Sommer 2013 auch der Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) diesem Thema, denn die Kosten für Altersvorsorgeprodukte standen *„mehr denn je im Fokus der Politiker, Kunden und Verbraucherschützer“* (GDV, 2013). Zu diesem Zeitpunkt hatte die Politik das Thema der Abschlussprovisionen bereits auf die Tagesordnung gesetzt, so dass der Verband eine gemeinsame Position finden wollte.

Mit dem Lebensversicherungsreformgesetz (LVRG) im Jahr 2014 versuchte der Gesetzgeber schließlich über die Absenkung des Höchstzillmersatzes und damit möglicher Bilanzierungserleichterungen, die Branche wirtschaftlich zu einer nachhaltigen Reduzierung der Abschlusskosten zu bewegen. Tatsächlich war 2015 nach einer Untersuchung des Magazins procontra infolgedessen marktweit ein erster Rückgang der Abschlusskosten zu erkennen. Jedoch betont der GDV, dass die Branche noch nicht am Ziel ist und die Vertriebskosten weiter gesenkt werden sollten. Denn die Bundesregierung wird die Umsetzung des LVRG in 2018 evaluieren und prüfen, ob die Anbieter die politische Erwartungshaltung tatsächlich erfüllt haben.

Auch über die reine Kostenthematik hinaus ist in der breiten Öffentlichkeit die Diskussion über die (In-)Transparenz in der Lebensversicherung ein Dauerthema. Die allgemeine Verständlichkeit von Versicherungsbedingungen steht dabei häufig im Zentrum der Kritik.

Bereits 1998 sollte *„das Sprach-Ghetto auf[gebrochen]“* werden (VW, 1998). Schon damals war Tenor, dass verständlichere Versicherungsbedingungen kein hoffnungsloses

Unterfangen seien, was zumindest Hoffnung auf Besserung zuließ. Doch erst im Jahr 2014 gelang es dem GDV in Zusammenarbeit mit einem Sprachwissenschaftler, einen ersten Teil der unverbindlichen Versicherungsbedingungen sprachlich grundlegend zu überarbeiten und so für den Verbraucher verständlicher zu gestalten. Das grundsätzliche Ziel der Versicherungswirtschaft, mehr Produkttransparenz für den Kunden zu bieten, geht aber über die Verständlichkeit der Bedingungen hinaus. So wurde mit Einführung und Etablierung des Internets bereits 1999 mit der *„gläserne[n] Police“* (ZfV, 01/2000) ein Versuch zu mehr Produkttransparenz unternommen. Die Police sollte dem Kunden die Möglichkeit eröffnen, den Stand seiner Versicherung online zu verfolgen, alle wichtigen Daten und Veränderungen zu kontrollieren und gegebenenfalls mit dem Anbieter online zu kommunizieren. Dass knapp 20 Jahre später die Kommunikation zwischen Lebensversicherer und Kunden immer noch überwiegend analog/postalisch vonstattengeht und Versicherer erst heute die Einführung eines Vorgangstrackings erwägen, das es dem Kunden ermöglicht, den Status quo eines jeden Vorgangs abzurufen, spricht nicht für die technologische Innovationskraft der Lebensversicherungsbranche. Digitalisierung erscheint damit als ein Thema der Zukunft, nicht der Vergangenheit.

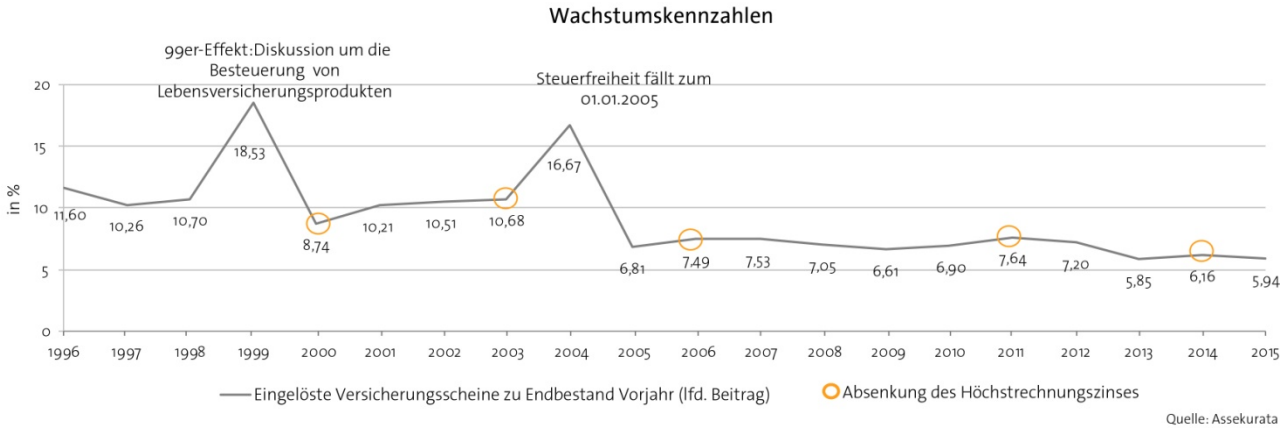
Mit Blick auf die Produkte unternehmen die Lebensversicherer im Bereich der Altersvorsorge seit vielen Jahren Versuche, mit *„sensationelle[n] Produktinnovationen – vor allem Fonds und Flexibilisierung […]“* (Versicherungsmagazin, 10/2000) Alternativen für den deutschen Markt zu entwickeln, doch die in Deutschland typischerweise konservativen Versicherungskunden reagierten lange Zeit eher zurückhaltend auf die neuartigen Angebote. Denn während fondsgebundene Produkte oder Universal-Life-Konzepte in angelsächsischen Ländern bereits seit Jahrzehnten erfolgreich sind, blieb ihre Bedeutung in Deutschland lange hinter der klassischen Lebensversicherung zurück.

Rein fondsgebundene Produkte führen zumindest in der Breite weiterhin ein Nischendasein. Insbesondere die von der Branche jahrelang vehement propagierte Betonung der Werthaltigkeit harter Garantien als einem wesentlichen Merkmal klassischer Lebensversicherungsprodukte führte dazu, dass sowohl Endkunden als auch Vertriebe eine gewisse Skepsis gegenüber riskanteren Policen entwickelten, die mit der Finanzkrise 2008 neue Nahrung erhielt. In der jüngeren Vergangenheit findet jedoch ein Paradigmenwechsel statt. Immer mehr Lebensversicherer wenden sich von der klassischen Lebensversicherung ab und entwerfen neue Altersvorsorgelösungen. „IndexGarant“, „TrendInvest“ oder „Fonds-Rente“ lauten beispielsweise die Titel der neuen Konzepte. Mit der damit einhergehenden Produktdifferenzierung steigen Vielfalt – aber auch Komplexität – insgesamt deutlich, womit der Verbraucher mit einer neuen Intransparenz in Form einer zunehmenden Unübersichtlichkeit konfrontiert wird. Für die Anbieter wiederum ist es bei Einführung neuer Produkte eine besondere Herausforderung, sowohl den Vertrieb als auch die Kunden davon zu überzeugen, dass auch eine flexible Garantiegestaltung oder ein teilweiser beziehungsweise vollständiger Verzicht auf Garantien zu einer werthaltigen Altersvorsorge führen kann.

Inwieweit es der Branche gelingen wird, die komplexen und für den Kunden mitunter schwer verständlichen Produkte erfolgreich am Markt zu platzieren, bleibt abzuwarten. Bei einem Blick auf die Geschäftsentwicklung der Vergangenheit ist generell auffällig, dass der Policenabsatz immer dann Fahrt aufnahm, wenn sich „schlagartig“ verändernde Rahmenbedingungen abzeichneten. Bemerkenswerter Beleg dafür ist, dass die *„größte Neu-*

geschäftsschlacht der deutschen Versicherungsgeschichte" (ZfV, 01/2000) einzig aus der Tatsache resultierte, dass der damalige Finanzminister Hans Eichel 1999 ankündigte, Kapitalerträge aus kapitalbildenden Lebensversicherungen künftig mit 25 % besteuern zu wollen (wozu es zunächst dann doch nicht kam). Infolgedessen hatten einige Lebensversicherer ihr Neugeschäft um rund 35 % steigern können.

der Einmalbeiträge an den gebuchten Bruttoprämien bei knapp 10 % lag und bis 2008 nur ein leicht ansteigender Trend zu verzeichnen war, stieg das Einmalbeitragsgeschäft nach der Finanzkrise sprunghaft an. So betrug der Einmalbeitragsanteil 2009 bereits 25,1 % und erreichte 2010 sogar 31,0 %. Allerdings lässt infolge des aktuellen Niedrigzinsumfeldes der Einmalbeitrags-Boom wieder nach und in den letzten Jahren stagniert die Einmalbeitragsquote marktweit bei rund 30 %.



Quelle: Assekurata

Als die Steuerfreiheit zum 01.01.2005 dann tatsächlich fiel, stiegen die Zuwachsraten im Vorfeld erneut deutlich an, blieben jedoch hinter jenen von 1999 zurück. Zudem setzte auch vor einer Absenkung des Höchstrechnungszinses regelmäßig ein branchenweiter Schlussverkaufseffekt ein. Demgegenüber resultierte weder aus der Einführung der Riester-Rente im Jahr 2002 noch aus der Pflicht zur geschlechtsneutralen Tarifierung (Unisex) ab Dezember 2012 nennenswertes Wachstum. In der folgenden Grafik ist zu erkennen, dass in den vergangenen Jahren marktweit keine außergewöhnlichen Zuwächse nach laufenden Beiträgen mehr verzeichnet werden konnten, was auch auf eine gewisse Verunsicherung unter den Versicherungsnehmern zurückzuführen sein dürfte.

Gleichzeitig lässt sich in den Zeiten zunehmender Verunsicherung eine Verlagerung des Wachstums in Richtung des Einmalbeitragsgeschäfts feststellen. Während 1996 der Anteil

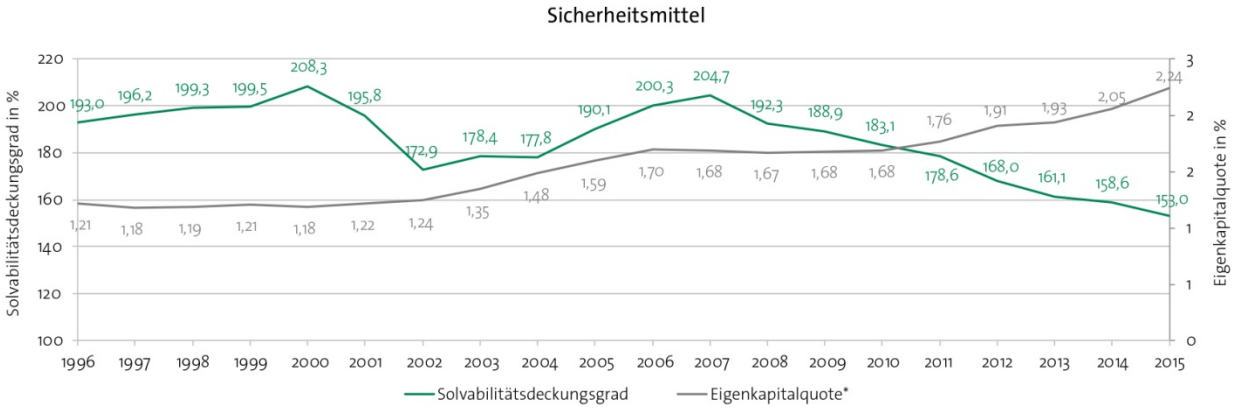
Aufgrund der vielfältigen Herausforderungen der Gegenwart ist es für die Lebensversicherer unerlässlich, dass sich die neuen Produkte mit reduziertem Garantieniveau gut verkaufen. Hierdurch kann, je nach Produktkonstruktion, eine Durchmischung des Deckungsstocks mit geringeren Rechnungszinsen erreicht werden. Zum einen führt dies dazu, dass perspektivisch weniger Erträge zur Bedienung der Garantien erwirtschaftet werden müssen, zum anderen tritt eine Entlastung bezüglich der Zuführungen zur Zinszusatzreserve ein. Mit dieser sorgt die Branche seit dem Jahr 2011 für die gegebenen Garantieversprechen der Vergangenheit vor, um auch in einem lange anhaltenden Niedrigzinsumfeld die hohen Altgarantien bedienen zu können.

Den grundsätzlichen Risikogehalt von Garantieversprechen registrierte die Branche bereits im April 1997, als die japanische Nissan Mutual Life im dort herrschenden Niedrigzinsumfeld aufgrund zu hoher Renditever-

sprechen aus der Vergangenheit Konkurs anmelden musste. Doch in Deutschland wurde zunächst weiter an dem bestehenden Höchstrechnungszins festgehalten. Erst Mitte 2000 erfolgte eine erste Absenkung, kurz bevor zwei weitere japanische Lebensversicherer *„wegen geringer Zinsen, verfallener Aktienkurse und eines zusammengebrochenen Immobilienmarktes vor dem Abgrund“* (ZfV, 01/2001) standen, eben weil Zinsversprechen nicht mehr eingehalten werden konnten.

Die im hiesigen Markt bald einsetzende Diskussion um die Einführung eines Konkurssicherungsfonds für Lebensversicherungsunternehmen wurde 1998 zunächst von der Branche kritisch gesehen.

Dass eine ausreichende Finanzkraft nicht nur für Unternehmen und deren Aktionäre von Bedeutung ist, sondern auch für deren Versicherungsnehmer, wurde mit dem „Mannheimer-Fall“ offenkundig. Mit dem Stresstest der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) im Jahr 2003 versuchte die Aufsichtsbehörde erstmals abzuschätzen, welche Folgen weitere Kapitalmarktverwerfungen für die Lebensversicherer mit sich bringen könnten. Kurz danach errichtete der Gesetzgeber Ende 2004 einen Sicherungsfonds für die Lebensversicherung. Dieser dient dem Schutz der Gläubigeransprüche aus den Versicherungsverträgen im Fall von Krisen oder der Insolvenz des Versicherungsunternehmens und wird ebenfalls von Protektor verwaltet. Eine



*Bilanzielles Eigenkapital (ohne noch nicht eingeforderte ausstehende Einlagen) - noch nicht vollzogene angekündigte Dividendenausschüttungen + Genussrechtskapital + nachrangige Verbindlichkeiten in % des Verpflichtungsvolumens (ohne FLV)

Quelle: Assekurata

Doch als infolge der Kapitalmarktkrise 2002 auch deutsche Lebensversicherer unter Druck gerieten, konnte die Mannheimer Leben zunächst nur durch eine Kapitalzuführung der Mutter am Leben gehalten werden. In der Folge gründete die Branche im November desselben Jahres die Auffanggesellschaft Protektor Lebensversicherungs-AG, welche Bestände von Lebensversicherern übernehmen soll, die finanziell nicht mehr in der Lage sind, die garantierten Leistungen sicherzustellen. Somit konnte der Vertragsbestand der Mannheimer Leben 2003 an Protektor übertragen werden, die diesen seither abwickelt.

Intensivierung der Aufsichtstätigkeit schien somit geboten, und nach verschiedenen Neufassungen der Solvabilitätsvorschriften (Solvency I) ist bereits seit Anfang des Jahrtausends eine Neuordnung der Solvabilitätsvorschriften unter der Bezeichnung „Solvency II“ in Vorbereitung. Im Zuge der Diskussion im Solvency II begannen die deutschen Lebensversicherer mit dem Ausbau von Sicherheitskapital, wobei der Solvabilitätsdeckungsgrad unter Solvency I damit nicht Schritt halten konnte.

Grundlegendes Ziel von Solvency II ist der Schutz der Begünstigten von Versicherungs-

leistungen. Durch ein gefördertes Risikobewusstsein der Versicherungsunternehmen sind diese dazu angehalten, ihre Risiken unter Marktwertbetrachtungen zu quantifizieren und mit ausreichend Kapital zu unterlegen. In die Berechnung fließen sowohl die Risiken der Aktiv- als auch der Passivseite der Bilanz ein, so dass diejenigen Unternehmen profitieren, die frühzeitig ALM-Systeme eingeführt haben. Denn je besser die Aktiv- und die Passivseite gematcht sind, desto weniger Kapital muss für die bestehende Durationslücke hinterlegt werden, was aus Unternehmenssicht zu Wettbewerbsvorteilen führen kann. Nach langer Vorbereitungszeit trat Solvency II zum 01.01.2016 schließlich in Kraft.

Im Zuge des so gegannten Day-One-Reportings mussten die Unternehmen dabei erstmals ihre Solvency-II-Ergebnisse an die Aufsicht melden. Dabei wiesen nach Angaben der BaFin alle 84 unter Aufsicht stehenden Lebensversicherer eine ausreichende Bedeckung des Solvency Capital Requirement (SCR) auf und erreichten im arithmetischen Mittel eine Bedeckungsquote von 364 %. Aufgrund des Zinsumfeldes verschlechterten sich die Quoten bis zur ersten Quartalsmeldung jedoch spürbar und die Branche erreicht im arithemtischen Mittel nur noch eine Quote von 286 %, wobei systemimmanente Erleichterungsmaßnahmen bereits eingerechnet sind. Nachdem die Branche nun auch diese Pflichtübung absolviert hat, steht die nächste bereits vor der Tür: Die Berichterstattung der Solvency-II-Zahlen an die Öffentlichkeit, die bis Mitte 2017 zu erfolgen hat.

Neben Solvency II rücken noch weitere Themen in den Fokus. Aktuell gewinnt vor allem die Digitalisierung immer mehr an Bedeutung. Insbesondere die Verbesserung des Service steht bei vielen Versicherungsgesellschaften ganz oben auf der digitalen Agenda. Gelingen soll dies beispielsweise durch eine bessere Verzahnung der Kommunikationskanäle mittels Apps oder Onlineportalen. Gleichzeitig bieten die Möglichkeiten der Digitalisierung Chancen für die Unternehmen, dem Wunsch nach mehr Transparenz nachzukommen, wenn beispielsweise der Versicherte durch Leistungstracking aktuelle Informationen zu seinem Bearbeitungsstand abrufen kann. Darüber zeichnet sich ab, dass zur Verfügung stehende Daten im Rahmen von Big Data häufiger zur Tarifkalkulation genutzt werden. In der Lebensversicherung ist das Potenzial dieser Datennutzung noch lange nicht ausgeschöpft, aktuell beginnen die ersten Häuser, gesundheitsbewusstes Verhalten über Rabatte in der Risikolebens- oder BU-Versicherung zu belohnen.

Ohnehin ist branchenweit zu erkennen, dass die Gesellschaften die Absicherung biometrischer Risiken zunehmend in den Vordergrund rücken. Somit kommt es zu einer Trendumkehr: Während in der Vergangenheit die Rendite der Verträge im Fokus stand, konzentrieren sich die Unternehmen im aktuellen Niedrigzinsumfeld wieder vermehrt auf ihr Alleinstellungsmerkmal. Folglich treten klassische Risiken, wie die Arbeitskraftabsicherung, die Absicherung von Angehörigen oder auch Einkommenssicherung im Rentenalter in den Fokus.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Lebensversicherungsbranche in den vergangenen 20 Jahren mit zahlreichen Herausforderungen konfrontiert war. Auf rechtlicher Seite hat sich die seinerzeitige Deregulierung im Zuge zahlreicher neuer Rahmenvorgaben sukzessive in eine Zeit der „Re-Regulierung“ gewandelt. Dies mag, neben strategischen und wirtschaftlichen Erwägungen, auch ein Grund für die Konsolidierungstendenzen in der Branche sein. Während 1996 noch 121 Lebensversicherer mit Geschäftstätigkeit unter Bundesaufsicht standen, ist deren Zahl bis heute auf 84

gesunken. Zugleich bieten aber die neuen Herausforderungen wie Solvency II oder Digitalisierung auch enorme Chancen. Sie können dabei helfen, das Geschäftsmodell der Lebensversicherung auf einen neuen Weg zu bringen und auf langfristig stabile Füße zu stellen.

Profitieren Sie von unserer Marktkompetenz

Sie wollen die Qualität Ihrer BU-Leistungsregulierung glaubhaft nachweisen?
Lassen Sie sich zertifizieren und nutzen Sie unser Prüfverfahren zur

Fairness in der BU-Leistungsregulierung

Wir prüfen Ihre Strukturen, Prozesse und Systeme und analysieren
Ihre BU-Leistungspraxis nach:

- **Transparenz**
- **Kundenorientierung**
- **Kompetenz**

Gerne unterbreiten wir Ihnen ein individuelles Angebot.
Für eine erste Kontaktaufnahme wenden Sie sich bitte an:

ASSEKURATA Solutions GmbH
Kerstin Voß
Leitung Vertrieb

Venloer Straße 301-303 50823 Köln
Tel.: 0221 27221-28 Fax: 0221 27221-77
E-Mail: voss@assekurata-solutions.de

ASSEKURATA solutions.

PERSPEKTIVE 2036 - LEBENSVERSICHERUNG ZWISCHEN NIEDRIGZINS UND DEMOGRAFISCHER HERAUSFORDERUNG

Dr. Peter Schwark, Mitglied der Geschäftsführung des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV)

Seit 20 Jahren ist Assekurata ein kritischer und konstruktiver Beobachter der Lebensversicherungsbranche. In diesen zwei Jahrzehnten haben sich entscheidende Rahmenbedingungen verändert – nicht nur für die Lebensversicherung, sondern für das Alterssicherungssystem insgesamt. Auf der einen Seite setzt der demografische Wandel unser Rentensystem stärker unter Druck, als die Politik dies vor zwei Jahrzehnten wahrnahm – oder wahrnehmen wollte. Auf der anderen Seite konterkariert die anhaltende extreme Niedrigzinsphase viele Bemühungen, die entstehenden Rentenlücken durch Kapitalerträge auszugleichen.

Die Lebensversicherung und ihre Kunden sind zweifellos Leidtragende dieser Entwicklung. Gleichzeitig ist die Lebensversicherung ein unverzichtbarer Teil der Lösung für das Altersvorsorgedilemma, wie im Folgenden ausgeführt wird.

550 Milliarden Euro für Riester- und bAV-Renten

Bereits 1996, im Gründungsjahr der Assekurata, gab es hitzige Diskussionen um die Altersversorgung. Zur Stabilisierung der gesetzlichen Rente schlug damals der sozialpolitische Sprecher der CDU, Julius Louven, neben der Rente mit 67 auch eine langfristige Absenkung des Rentenniveaus vor – von gut 53 % auf knapp 50 %. Möglicherweise müsse die Absenkung schon im nächsten Jahrzehnt beginnen, zitiert die „FAZ“ vom 9. Oktober 1996 aus dem Reformpapier. Heute liegt das Rentenniveau (nach Abzug von Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag, vor Steuern) knapp unter 48 % – und auch dieser Wert wird ohne weitere Reformen nicht zu halten sein.

Dr. Peter Schwark

Glücklicherweise war die Politik so weitsichtig, im Jahr 2001 den Weg zu einer stärkeren kapitalgedeckten Altersvorsorge einzuschlagen. Die betriebliche Altersversorgung (bAV) und die Riester-Förderung haben wesentlich zum Aufbau eines Kapitalstocks beigetragen, der im gegenwärtigen Zinsumfeld ungleich schwerer zu realisieren wäre. Zum Jahresende 2015 entfiel auf die Riester-und bAV-Verträge eine versicherte Summe von zusammen gut 550 Milliarden Euro – dies entspricht annähernd einem Fünftel der Versicherungssumme in der Lebensversicherungsbranche insgesamt.

Zudem hat sich der Fokus in der Lebensversicherung kontinuierlich von der Kapitalanlage zur Altersvorsorge verschoben. Heute geht es weniger darum, sich dank der Lebensversicherung ein „Extra“ leisten zu können, sondern Rentenlücken zu schließen. Vor 20 Jahren entfielen fast 80 % des Versicherungsbestandes auf Kapitalversicherungen, Rentenversicherungen waren ein Nischenprodukt. Mittlerweile ist hingegen fast jede zweite Police im Bestand der Lebensversicherer eine Rentenversicherung, die bereits bei Abschluss eine lebenslange Rentenzahlung garantiert.

Sinkendes Rentenniveau ist unausweichlich

Auch in den Jahren bis 2036 wird die Entwicklung der Lebensversicherung eng mit der Weiterentwicklung der gesetzlichen Rentenversicherung verknüpft sein. Auf dem Weg zu einem zukunftsfähigen Alterssicherungssystem sind wir in den vergangenen zwei Jahrzehnten gut vorangekommen, wir sind aber noch längst nicht am Ziel.

Weil wir immer länger leben, bekommen wir immer länger Rente. Laut Statistik von 1996 bezog der westdeutsche Durchschnittsrentner knapp 15 Jahre lang eine Rente, 2014 bereits mehr als 17 Jahre. Gleichzeitig altert die Gesellschaft – 2040 wird fast jeder Dritte hierzulande älter als 65 Jahre sein. Fast acht Millionen Menschen, fast jeder zehnte, ist dann über 80. Eine aktuelle Studie des Prognos-Instituts zeigt, dass ein Rentenniveau von gut 45 % im Jahr 2030 und noch 42 % im Jahr 2040 zu schaffen ist – wenn die Deutschen wirklich erst mit 67 Jahren in Rente gehen. Der Beitragssatz läge unter diesen Bedingungen bei 21 % bzw. gerade noch vertretbaren 23,4 % im Jahr 2040. Vor diesem Hintergrund sind Forderungen nach einer Anhebung des gesetzlichen Rentenniveaus völlig absurd.

Kapitalaufbau wird schwieriger

Wer Rentenlücken schließen will, kommt an einer privaten Altersvorsorge nicht vorbei. Kapitalgedeckte Vorsorge ist wichtiger denn je – allerdings ist der Aufbau auch ungleich schwieriger geworden.

Der Kapitalmarktzins von 1996 erscheint heute wie aus einem Land vor unserer Zeit: Die Rendite 10jähriger Bundesanleihen belief sich 1996 auf rund 6,0 %. Bei einer Inflationsrate von 1,4 % ergab sich eine reale Verzinsung von 4,6 %. Heute hingegen ist bereits die nominale Rendite negativ.

Selbstverständlich hinterlässt der Zinsverfall auch in der Lebensversicherung Spuren. Die durchschnittliche Nettoverzinsung der Kapitalanlagen belief sich 1996 auf rund 7,4 % – heute sind es immerhin noch 4,5 %. Allerdings liegt die Rendite, die sich in der Neuanlage erzielen lässt, deutlich unter diesem Wert.

Hinzu kommt, dass die klassische Lebensversicherung mit einer lebenslang garantierten Verzinsung bei sinkenden Zinsen sehr kapitalintensiv ist. In der Zinszusatzreserve werden die deutschen Lebensversicherer nach GDV-Schätzungen zum Jahresende 2016 rund 46 Milliarden zurückstellen – 14 Milliarden Euro mehr als vor einem Jahr. Und unter Solvency II wirken hohe Garantieverpflichtungen belastend auf die Solvenzquoten.

Ohne Garantien geht es nicht

Welchen Beitrag kann die Lebensversicherung unter diesen Bedingungen künftig noch für die Altersvorsorge leisten? Die deutsche Lebensversicherung ohne jede Garantie scheint kaum denkbar. Kunden sehen gerade die Sicherheit und Planbarkeit der Lebensversicherung als entscheidenden Vorteil im Vergleich zu anderen Vorsorgemodellen, beispielsweise einem reinen Fondssparplan.

Allerdings dürfte sich der Trend zu Lebensversicherungen mit modifizierten Garantien fortsetzen. In der Ansparphase bekommen die Unternehmen mehr Freiheiten bei der Kapitalanlage, um höhere Renditen für die Kunden erzielen zu können. Mit Rentenbeginn wird das Kapital aber so verrentet, dass eine lebenslange Zahlung garantiert ist – egal wie alt der Versicherte wird. Nach wie vor kann nur die Lebensversicherung diese Rentengarantie geben, und damit bleibt die private Rentenversicherung auch das Instrument der Wahl bei der Weiterentwicklung der betrieblichen und privaten Altersvorsorge.

Der Blick zurück zeigt, dass die Lebensversicherungsunternehmen viel flexibler sind, als ihnen oft nachgesagt wird. Dank dieser Wandlungsfähigkeit wird die Branche auch in

Zukunft eine wesentliche Rolle bei der Alterssicherung spielen – und sie muss es auch, damit das Drei-Säulen-System stabil bleibt.

Profitieren Sie von unserer Analyse-Expertise

Sie wünschen eine fundierte Standortbestimmung Ihres Vertriebs
und suchen ein geeignetes Personalmarketinginstrument?
Nutzen Sie unser interaktives Prüfverfahren

Zukunftschancen im Vertrieb

Wir analysieren die Entwicklungsmöglichkeiten, Unterstützungsangebote und Wachstumsperspektiven in Ihrem Ausschließlichkeitsvertrieb. Zudem unterstützen wir Sie mit erprobten Instrumenten bei der Bewerberansprache.

Gerne unterbreiten wir Ihnen ein individuelles Angebot.
Für eine erste Kontaktaufnahme wenden Sie sich bitte an:

ASSEKURATA Solutions GmbH
Kerstin Voß
Leitung Vertrieb

Venloer Straße 301-303 50823 Köln
Tel.: 0221 27221-28 Fax: 0221 27221-77
voss@assekurata-solutions.de

ASSEKURATA solutions.

20 JAHRE PKV – VON DER VOLL- HIN ZUR ZUSATZVERSICHERUNG

Gerhard Reichl, Fachkoordinator Krankenversicherung *ASSEKURATA* Assekuranz Rating-Agentur GmbH

Kaum eine andere Sparte war im Verlauf der vergangenen 20 Jahre so häufig Gegenstand politischer Diskussionen wie die private Krankenversicherung (PKV). Zwar wurde regelmäßig vor der Bundestageswahl wiederholt die Systemfrage gestellt; einen Wechsel im Gesundheitssystem gab es bisher jedoch nicht. Stattdessen brachten die Reformen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie einige Gerichtsurteile zahlreiche Änderungen mit sich, die das Geschäftsmodell und die Entwicklung der PKV nachhaltig beeinflussten und bis heute prägen.

Dies hatte im Laufe der Zeit auch eine gewisse Marktbereinigung zur Folge. Zählte der PKV-Verband 1999 noch 53 Mitglieder, sind es heute noch 41. Rund ein Fünftel der Marktteilnehmer sind somit durch Fusionen von der Bildfläche verschwunden. Anlässlich unseres 20-jährigen Bestehens wollen wir einen Blick zurück werfen und anhand ausgewählter Kennzahlen die Auswirkungen der veränderten Rahmenbedingungen für die PKV aufzeigen.

Veränderte Schwerpunkte in der Zusatzversicherung

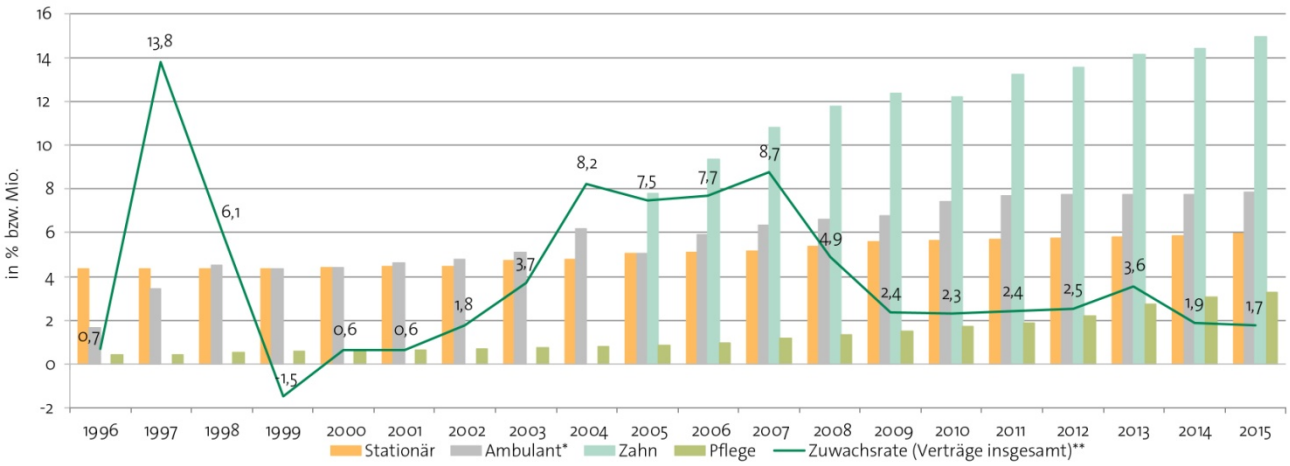
Insgesamt hat die PKV eher selten von den durchgeführten Reformen im Gesundheitswesen profitiert. Positiv betroffen war meist nur die Zusatzversicherung, deren Entwicklung

Gerhard Reichl

durch Leistungskürzungen auf Seiten der GKV gefördert wurde.

Bis Mitte der 1990er Jahre wurden überwiegend Krankenhauszusatzversicherungen abgeschlossen, welche sich seither jedoch eher moderat verkauften und kaum noch im Fokus stehen. Dies erklärt sicherlich auch, warum die Tarifbedingungen in der Krankenhauszusatzversicherung im Hinblick auf Klarheit, Verbindlichkeit, Fairness und Absicherungsumfang

Wachstum in der Zusatzversicherung



Quelle: PKV-Verband, * = bis 2004 wurden nur ambulante Tarife mit Zahnleistungen erfasst; ab 2005 gesonderte Betrachtung, ** = Berechnung durch Assekurata (inkl. Krankenhaus- u. Krankentagegeldvers.)

noch deutliches Verbesserungspotenzial aufweisen, während sich hingegen im Segment der Zahntarife spätestens seit Einführung der Unisextarife Ende 2012 sehr viele kundenfreundliche Produkte finden. Diese Entwicklung lässt sich vor allem auf das deutlich höhere Absatzpotenzial bei den Zahntarifen zurückführen. 1996 war im Rahmen des GKV-Neuordnungsgesetzes der Zahnersatz für Jahrgänge ab 1979 aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen worden. Die Folgen dieser Entscheidung zeigen sich deutlich in den Zuwachsraten der Ergänzungsversicherung. So kam es in den Jahren 1997 und 1998 zu einem regelrechten Boom in der ambulanten Zusatzversicherung, weil in den beiden Jahren für knapp 2,2 Mio. Kinder und Jugendliche eine Zahnergänzungsversicherung abgeschlossen wurde. Diese sollte die Lücke abdecken, die durch den Wegfall der Zahnersatzleistungen in der GKV für ab 1979 geborene, gesetzlich Versicherte entstanden war. Nach dem Regierungswechsel 1998 und der Rücknahme der Einschränkungen bei Zahnersatz durch die damalige rot-grüne Bundesregierung ging der Bestand bereits 1999 um rund ein Drittel (765.500) zurück, was den Bestandsverlust von 1,5 % in diesem Jahr erklärt.

Eine weitere entscheidende Veränderung brachte das GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) mit sich, welches ab 2004 die Zusammenarbeit von PKV und GKV erlaubte. Seither dürfen Krankenkassen auch private Zusatzversicherungen von Kooperationspartnern anbieten, was zu diesem Zeitpunkt als Signal gewertet wurde, dass die PKV (noch) als eigenständiger Bestandteil des gesamten Gesundheitssystems angesehen wird. Neben der Streichung des Zuschusses für Brillengläser im Rahmen des GMG hat vor allem die Einführung der so genannten befundbezogenen Festzuschüsse für Zahnersatz dafür gesorgt, dass die PKV in den Jahren 2004 bis 2008 einen regelrechten Wachstumsschub erlebte.

Dieser konzentrierte sich aber im Wesentlichen auf Unternehmen mit großen Kooperationspartnern aus der GKV, während die Versicherer ohne Kooperationspartner in der Ergänzungsversicherung größtenteils Marktanteile einbüßten. Durch Bestandsmailingaktionen ließen sich wiederum vor allem Zahnzusatzversicherungen schnell und einfach absetzen. Mit aktuell rund 15 Mio. verkaufter Policen sind Zahntarife inzwischen die mit Abstand meistverkauften Ergänzungsversicherungen. Obwohl das Absatzpotenzial in diesem Bereich damit bei weitem noch nicht ausgeschöpft ist, ebbte der Boom in der Zusatzversicherung jedoch schnell ab. Die Zuwachsrate ging 2009 merklich auf 2,4 % zurück und stagnierte in den Folgejahren. Der Anstieg 2013 erklärt sich nicht etwa mit der Einführung der staatlich geförderten Pflegevorsorge (Pflege-Bahr), sondern mit einer Änderung in der Zählweise. Seit diesem Jahr berücksichtigt der PKV-Verband auch die Zusatzversicherungen bei den außerordentlichen Mitgliedsunternehmen. Ohne diesen Sondereffekt hätte sich sogar ein Rückgang des Wachstums auf 2,0 % ergeben.

Der Pflege-Bahr blieb deutlich hinter den Erwartungen der Politik und der PKV-Unternehmen zurück. Von den bereits im ersten Jahr erwarteten 1 Mio. Policen war man Ende 2015 mit 855.000 versicherten Personen noch recht weit entfernt. Das Wachstum in der Pflegeergänzungsversicherung hat hingegen ab 2006 deutlich angezogen. Ob der noch junge Pflege-Bahr angesichts sinkender Nettozugänge ab 2017 mit Inkrafttreten des zweiten Pflegestärkungsgesetzes wieder Fahrt aufnimmt, bleibt abzuwarten.

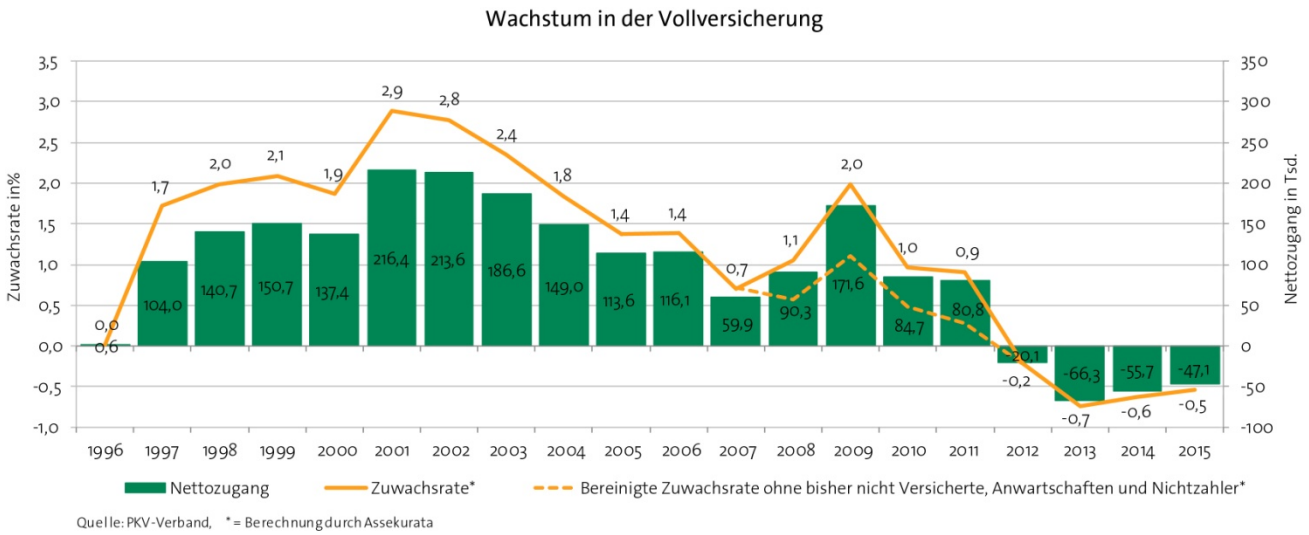
Schwieriges Neugeschäft in der Vollversicherung

Die Frage nach der Zukunftsfähigkeit der Vollversicherung ist seit dem Einsetzen der Niedrigzinsphase und den seit 2012 anhaltenden Bestandsverlusten sehr präsent. Doch schon vor 20 Jahren hatte die PKV eine Wachstums-

delle zu verzeichnen, denn mit 0,01 % stand 1996 zum zweiten Mal in Folge ein Nullwachstum in der Vollversicherung zu Buche (1995: 0,16 %).

erst mit der Einführung des Notlagentarifs 2013 halbwegs in den Griff bekam.

Eine ständige Bedrohung für die PKV stellte damals wie heute die Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze dar. Im Zuge des GKV-Gesundheitsreformgesetzes (GRG) wurde im Jahr 2000 zunächst der so genannte gesetzliche Zuschlag, ein Beitragszuschlag in Höhe von 10 %, eingeführt. Dieser war dafür gedacht, die Kostensteigerungen aufgrund des medizinischen Fortschritts (medizinische Inflation) aufzufangen und zu vermeiden, dass die Prämien für privat Versicherte im Alter zu stark steigen. Die Verteuerung der Beiträge infolge des Zuschlages bedeutete jedoch eine gewisse Schwächung der Wettbewerbsstellung der PKV im Verhältnis zur GKV und kann als Erklärung dafür dienen, warum sich der Nettozuwachs in diesem Jahr verringerte.



In Anbetracht der anstehenden Gesundheitsreform hatten damals offensichtlich viele Versicherte ihre Entscheidung über einen Wechsel von der GKV zur PKV zunächst zurückgestellt. In diese Zeit fällt auch die Entwicklung der ersten so genannten Einsteigertarife, mit denen sich die PKV auf eine neue, besonders preissensible Zielgruppe ausrichtete. Das Leistungsniveau in diesen Tarifen lag zum Teil zwar deutlich unter GKV-Niveau, doch als Hauptargument für einen Wechsel von der GKV zur PKV rückte fortan zunehmend der Preis und nicht mehr die Leistung, beziehungsweise eine bessere Versorgung gegenüber der GKV in den Vordergrund.

Diese Praxis zeigte den gewünschten Erfolg und der Nettozugang in der Vollversicherung zog wieder an. Zum damaligen Zeitpunkt ahnte aber noch niemand, dass diese Entwicklung durch die Einführung der Versicherungspflicht 2009 und der damit einhergehenden fehlenden Kündigungsmöglichkeit von beitragssäumigen Kunden (Nichtzahlern) zu einem Branchenproblem mit hohen Anpassungen in den Einsteigertarifen werden würde, welches man

Nach den Änderungen des GRG konnte die PKV ihre Stellung gegenüber der GKV aber wieder stärken. Zur Jahrtausendwende befand sich die GKV in unruhigem Fahrwasser und so führte die Verunsicherung über die Zukunftsfähigkeit des gesetzlichen Systems angesichts steigender Beitragssätze gepaart mit Diskussionen über die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze in den Jahren 2001 und 2002 zu den stärksten PKV-Nettozugängen der vergangenen 20 Jahre. Doch schon damals war klar, dass eine leiden-

de GKV für die privaten Anbieter nicht von Vorteil ist, weil damit politische Risiken verbunden sind, die in erster Linie die PKV treffen könnten. Und so führte die außerordentliche Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze im Jahr 2003 um 13,3 % von 40.500 € auf 45.900 € (2017 voraussichtlich: 57.600 €) in den Folgejahren zu einem deutlichen Rückgang des Vollversichertenwachstums. Der Kreis der freiwillig versicherten Angestellten wurde wesentlich kleiner und älter, da die interessante Kundengruppe der Jungakademiker mit Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze deutlich zurückging.

Die politische Gemengelage blieb in dieser Zeit für die PKV hoch volatil; denn die Gesundheitspolitik war mit den Reformmodellen Bürgerversicherung und Kopfpauschalenmodell ein heiß diskutiertes Wahlkampfthema. Ein Systemwechsel kam jedoch unter der großen Koalition nicht zu Stande. Gleichwohl brachten das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) und die Reform des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) weitreichende Veränderungen mit sich, allen voran die Einführung des Dreijahresmoratoriums bereits zu Jahresbeginn 2007. Das Vollversichertenwachstum erreichte in diesem Jahr aufgrund der Wartefrist mit 59.900 Personen seinen vorläufigen Tiefpunkt.

Der Einbruch im Angestelltensegment war bei vielen Anbietern deutlich spürbar und Gewinner und Verlierer spreizten sich noch deutlicher als in den Vorjahren. Der PKV-Markt wurde damit noch mehr zum Verteilungsmarkt. Viele Anbieter konzentrierten ihre Wettbewerbsaktivitäten auf das PKV-Wechselgeschäft und versuchten aggressiv mit immer höheren Provisionszahlungen ihr Neugeschäft anzukurbeln. In diesem Zusammenhang gewannen so genannte Finanz- oder Systemvertriebe zunehmend Marktanteile. Eine weitere Belastung für die PKV-Unternehmen stellte die Einführung des Basistarifs und die Mitgabefähigkeit eines Teils der Alterungsrückstellung (Übertragungswert) ab 2009 dar. Ein Schlussverkauf für die Tarife der so genannten alten Welt ohne Übertragungswerte stellte sich jedoch 2008 nicht so recht ein, obwohl absehbar war, dass sich die Beiträge im Neugeschäft durch den ab 2009 kalkulatorisch zu berücksichtigenden Übertragungswert verteuern würden. Immerhin schlossen in dem Jahr 20.500 gesetzlich Versicherte eine reine Anwartschaftsversicherung ab, mit welcher sie sich für die Zukunft einen Tarif der „alten Welt“ sichern wollten.

Bereinigt um diese Personen sowie um die 20.900 bisher nicht Versicherten, die sich mit Blick auf die 2009 einsetzende Versicherungspflicht privat krankenversichert hatten, ergibt sich für 2008 statt der 90.300 lediglich ein Plus von 48.900 Vollversicherten. Durch die gesetzlich verordnete Versicherungspflicht kam und blieb in den Folgejahren eine eher kritische Versichertenklientel. Neben den bisher nicht Versicherten – darunter aber auch viele Beamte, die sich für den Anteil der Kosten, den die Beihilfe nicht trägt, bis dahin nicht versichern mussten – waren dies vor allem die so genannten Nichtzahler. Die Zahl der beitragssäumigen Kunden lag 2009 nach Verbandsabgaben bereits bei 46.500 und wuchs bis 2011 auf über 140.000. Bereinigt man den Nettozugang um diese Sondereffekte fallen die Nettozuwachsraten von 2008 bis 2010 nur etwa halb so hoch aus. 2011 beträgt die Rate dann statt 0,9 % gar nur 0,3 %.

Mit Spannung blickten die Interessenvertreter der PKV daher auf den Ausgang der Bundestagswahl im Herbst 2009, da hiervon wiederum maßgeblich abhing, wie sich die Zukunft der privaten Vollversicherung gestalten würde. Vielleicht ist hierin auch eine Erklärung für den letztmaligen Wachstumsschub in der Vollversicherung zu sehen, denn gegenüber 2008 hatte sich der Nettozugang – bereinigt wie unbereinigt – in etwa verdoppelt. Nach der Bundestagswahl waren die Hoffnungen der PKV entsprechend groß, doch außer dem Wegfall des

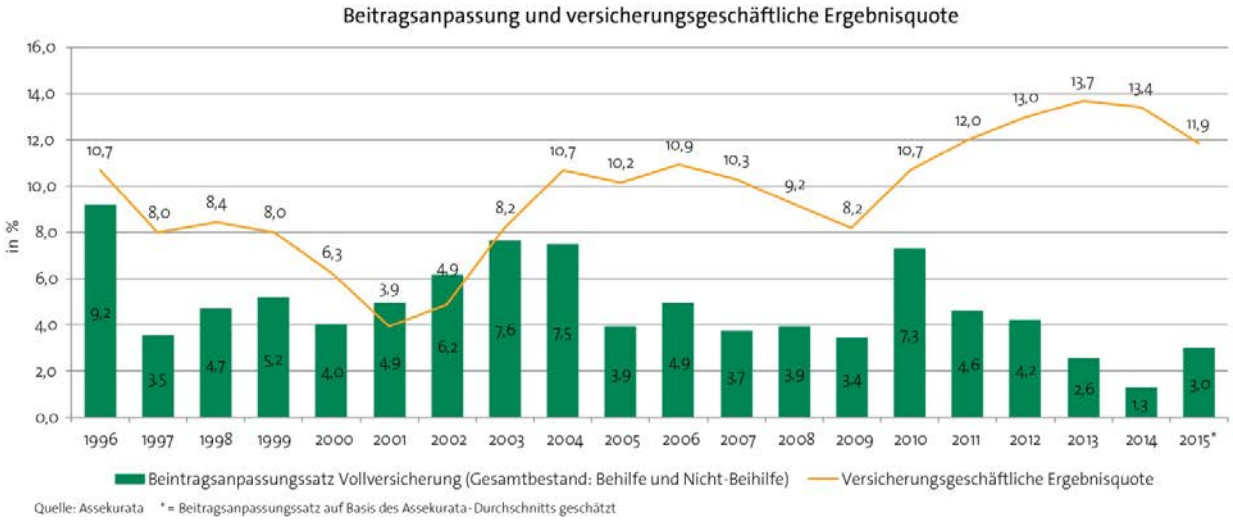
Dreijahresmoratoriums ab 2010 brachte die schwarz-gelbe Koalition nur wenig positive Impulse für die PKV. Zu einer spürbaren Belebung des Neugeschäfts kam es durch das Ende der Wartefrist nicht. Der starke Wettbewerbsdruck in diesem Verteilungsmarkt führte, wie oben erwähnt, zu vertrieblichen Auswüchsen mit überhöhten Vermittlungsprovisionen. Dies veranlasste den Gesetzgeber dazu, per 01.04.2012 die Abschlussprovisionen auf neun Monatsbeiträge zu limitieren und gleichzeitig die Provisionshaftungszeit auf fünf Jahre zu verlängern. In dem Wissen, dass sich die PKV-Beiträge im Neugeschäft zum 21.12.2012 mit der Einführung von Unisex und der gleichzeitigen Absenkung des Rechnungszinses spürbar verteuern würden, haben sich daher vermehrt Vermittler vom PKV-Geschäft zurückgezogen. Die Verunsicherung, welche zu Beginn des Jahres 2012 durch die Berichterstattung über hohe Beitragsanpassungen in den Einsteigertarifen sowie die politischen Diskussionen zur Neugestaltung des deutschen Krankenversicherungssystems im Vorfeld der Bundestagswahl ausgelöst wurde, hatte zusätzlich für Wachstumshemmnisse gesorgt. Vor allem aber hatte der Rückzug von Teilen der Branche aus dem Niedrigpreissegment, das in der Vergangenheit speziell die preissensible Klientel der Selbstständigen und Freiberufler in die PKV brachte, zum Bestandsverlust in dem Jahr beigetragen.

Die PKV setzt seither wieder stärker auf Qualität und ist bestrebt, die Leistungen in der privaten Vollversicherung zu verbessern und sich somit beim Leistungsumfang wieder deutlicher von der GKV zu differenzieren. Mit der Einführung der so genannten Mindeststandards im Zuge von Unisex wurden die in den Bisex-Tarifen von der PKV ausgemachten Defizite in den Bereichen Psychotherapie, Hilfsmittelversorgung sowie Suchtentwöhnung verbessert. Trotz der aktuell besseren Tarifqualität wirkt der 2012 entstandene Vertrauensverlust offensichtlich bis heute noch nach und lässt den Bestand an Vollversicherten weiter schrumpfen.

Beitragsstabilität und Erfolg im Zeichen der Niedrigzinsphase

Im Hinblick auf die Ertragslage bringt die Wachstumsschwäche in der Vollversicherung auch entlastende Effekte mit sich.

Dadurch steigen die Abschlusskostenergebnisse, weil die Versicherer weniger Geld für Abschlussprovisionen ausgeben müssen als geplant. Die sinkenden Abschlusskosten führen in Verbindung mit der zuletzt günstigen Schadenentwicklung somit zu höheren versicherungsgeschäftlichen Ergebnissen, so dass die PKV mit Blick auf die versicherungstechnische Erfolgslage momentan besser dasteht als je zuvor.



Wenn es um die PKV und deren Zukunft geht, liegt seit jeher ein besonderes Augenmerk auf dem Thema Beitragsstabilität. 1996 hatte die

PKV mit 9,2 % die bis dato höchste Anpassung im Gesamtbestand der Vollversicherung (Beihilfe und Nicht-Beihilfe) zu verzeichnen. Hierin könnte auch eine Ursache für das Nullwachstum in diesem Jahr liegen. Auf die versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote, die mit 10,6 % ein hohes Niveau erreichte, wirkte sich dies naturgemäß positiv aus.

Anfang der 2000er Jahre sahen die versicherungsgeschäftlichen Ergebnisse marktweit dagegen aus mehreren Gründen weniger üppig aus. Zum einen hatte nicht nur die GKV, sondern auch die PKV mit erheblich steigenden Leistungsausgaben zu kämpfen. Zum andern waren marktweit deutliche Stornorückgänge zu beobachten, die ebenfalls eine Anpassung der Rechnungsgrundlagen und damit Beitragserhöhungen verursachten. Kündigt nämlich ein PKV-Versicherter und wechselt zu einem anderen Krankenversicherer, vererbt er seine Alterungsrückstellung entweder ganz oder teilweise an die Versichertengemeinschaft.

Diese so genannten Vererbungsgewinne stellen eine Rechnungsgrundlage dar, das heißt die Versicherer kalkulieren mit bestimmten Stornowahrscheinlichkeiten und entsprechenden Vererbungsgewinnen, die somit Einfluss auf die Höhe des Beitrags haben. Je höher die einkalkulierten Stornowahrscheinlichkeiten, desto niedriger der Beitrag. Hauptgrund für die zunehmende Bestandstreue waren neben dem 10-%-Zuschlag auch die durch das Gesundheitsreformgesetz ebenfalls eingeschränkten Wechselmöglichkeiten älterer PKV-Versicherter in die GKV.

Der Ausschluss der Rückkehr in die GKV ab 55 Jahren wurde aber von einigen Marktteilnehmern durchaus als begrüßenswert erachtet, da die privaten Krankenversicherungsunternehmen in Deutschland damit verstärkt in die Pflicht genommen wurden, mehr für die älteren Versicherungsnehmer zu tun. Dies erklärt die hohen Anpassungsätze der Jahre 2002 und 2003. Die Beitragsanpassung 2004 war darüber hinaus durch die Einführung der neuen PKV-Sterbetafel 2004 beeinflusst. Sie wurde von den meisten Unternehmen sowohl für den Bestand als auch für den Neuzugang unverzüglich eingeführt. Eine Vielzahl von Wettbewerbern nutzte die neue Sterbetafel, um kalkulatorische Anpassungsbedarfe in wichtigen Neugeschäftstarifen aufzuholen. Insgesamt hat sich durch die kalkulatorischen Anpassungen seither die versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote im zweistelligen Bereich stabilisiert.

Auffälligkeiten zeigen sich auch bei den Beitragsanpassungsraten in den Jahren 2009 und 2010. Der geringe Anpassungssatz in 2009 erklärt sich mit dem Wechselfenster für Bestandsversicherte beim Übergang in die „neue Welt“ mit Übertragungswerten. Aus diesem Grund wurden branchenweit Beitragserhöhungen nach Möglichkeit vermieden. Dementsprechend ging das versicherungsgeschäftliche Ergebnis zurück. Durch die schlussendlich erreichte 18-monatige Verweildauer im Basistarif kam es jedoch nicht zu dem von einigen Unternehmen befürchteten, weil existenzbedrohenden Wechselszenario.

Ohne diese Bindefrist wären vermutlich viele ältere Versicherte während des Wechselfensters im ersten Halbjahr 2009 unter Mitnahme eines Teils ihrer bisher „angesparten“ Alterungsrückstellung (alte Welt in neue Welt) zu einem anderen PKV-Unternehmen gewechselt. Im Folgejahr 2010 war der Anpassungssatz überdurchschnittlich, was auf den Nachholeffekt aus dem Vorjahr zurückzuführen ist. Die Diskussion um starke Beitragssteigerungen in der PKV bis hin zu unbezahlbaren Beiträgen für ältere Versicherte bestimmte zum Jahreswechsel 2012 stark das mediale Interesse an der PKV. Auslöser waren hohe Anpassungen einzelner Anbieter, die sich unter anderem in hohen Beschwerdezahlen bei Verbraucherschutzverbänden niederschlugen.

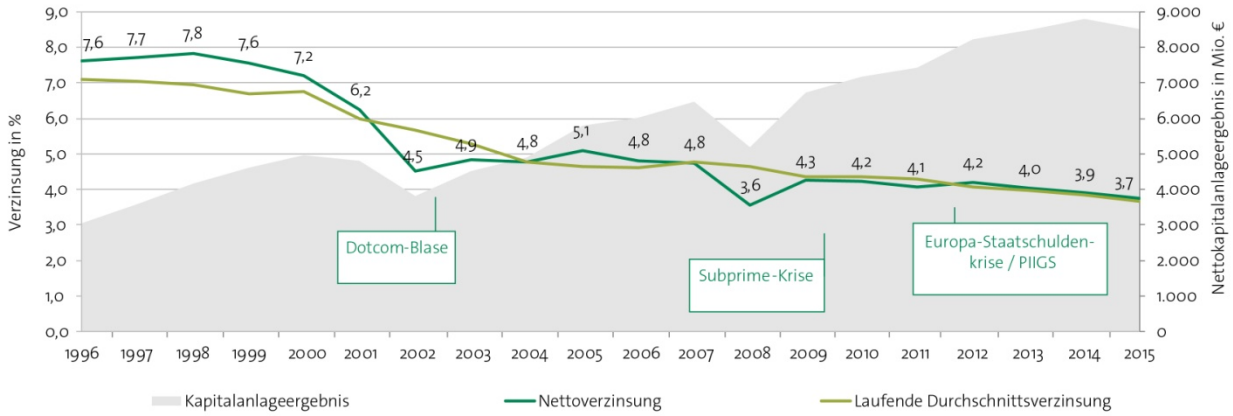
An dieser Stelle schloss sich der Kreis bei den Unternehmen, die eine unter Risikogesichts-

punkten kritische Klientel zu marktüberdurchschnittlichen Provisionen versichert hatten. Der Imageschaden, den die Branche hierdurch insgesamt erlitten hat, ist gravierend. Der im Langzeitvergleich unterdurchschnittliche Anpassungssatz des Jahres 2012 zeigt aber, dass überdimensionale Beitragssteigerungen auf die verfehlte Beitrags- und Tarifpolitikpolitik einzelner Unternehmen in der PKV zurückgeführt werden können.

Seit 2013 hatten die PKV-Versicherten aufgrund einer moderaten Schadenentwicklung trotz der Niedrigzinsphase mehrheitlich nur geringe Beitragssteigerungen zu verkraften. Gleichwohl entsteht 2017 infolge des nachlassenden Stornos, welches eine Folge des rückläufigen Umdeckungsgeschäfts aufgrund von Unisex und der verlängerten Provisionshaftung ist, sowie sinkender Nettoverzinsungen ein hoher Anpassungsdruck.

spannte sich die Situation wieder, so dass eine Absenkung des Rechnungszinses eher als ein unternehmensindividuelles, denn als Branchenthema gesehen wurde. Schon damals war klar, dass eineInstallieren branchenweite Absenkung die Wettbewerbsfähigkeit der PKV schwächen würde. Daher hat der PKV-Verband in Zusammenarbeit mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) das Verfahren zum so genannten aktuariellen Unternehmenszins (AUZ) entwickelt, das den unternehmensindividuellen Absenkungsbedarf ermittelt. Mit der Einführung des AUZ bestand nun aber die Gefahr, dass einzelne Unternehmen an Wettbewerbsfähigkeit einbüßen. Der Kapitalanlagestrategie wurde daher angesichts des niedrigen Zinsmarktniveaus ein zunehmend höherer Stellenwert innerhalb der Unternehmen beigemessen.

Laufende Durchschnittsverzinsung, Nettoverzinsung und Nettokapitalanlageergebnis



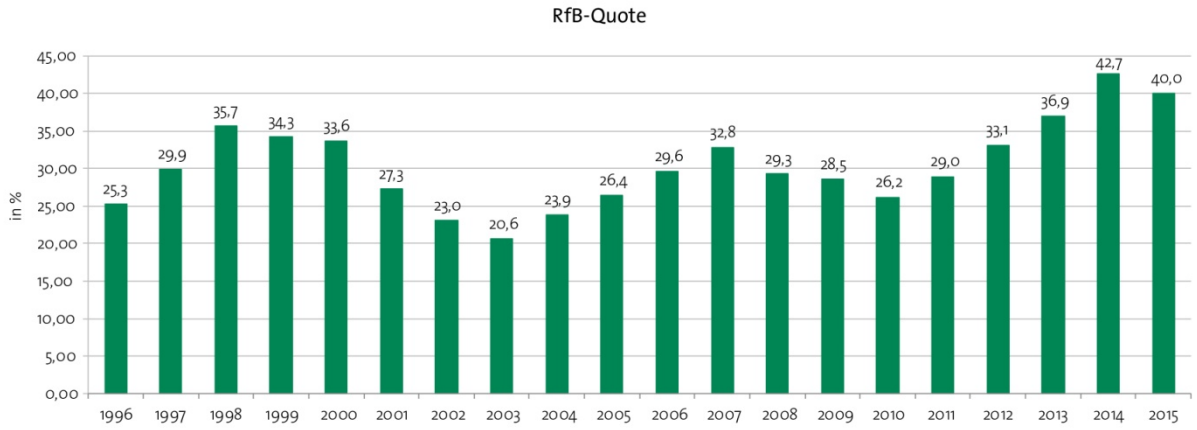
Quelle: Assekurata

Die Diskussion um eine Absenkung des Rechnungszinses auf breiter Ebene war bereits durch die Abwärtsentwicklung an den Kapitalmärkten 2001 bis 2002 ausgelöst worden. Waren vorher Nettoverzinsungen von 7 % und mehr an der Tagesordnung gewesen, stand die PKV durch den Kursverfall an den Aktienmärkten und den Einbruch bei den Kapitalanlageergebnissen, die mit Abschreibungen und stillen Lasten verbunden waren, bereits vor 15 Jahren vor einer Bewährungsprobe. Ab 2003 ent-

Die Finanzkrise 2008, deren Einschlag mit einer Nettoverzinsung von 3,6 % im Marktdurchschnitt klar zu erkennen ist, stellt eine Zäsur dar und ist mitverantwortlich für den Beginn der Eurokrise im Jahr 2010. Seither befinden sich die Kapitalanlagerenditen auf Talfahrt, so dass die Diskussion um die Absenkung des Rechnungszinses inzwischen wieder die gesamte PKV ereilt hat. Für die Branche gestaltet es sich immer herausfordernder, selbst den seit Unisex abgesenkten und üblichen Kalkulations-

zinssatz von 2,75 % in der Neuanlage zu erzielen. Zwischen dem ordentlichen Kapitalanlageergebnis in Form der laufenden Durchschnittsverzinsung und dem Nettokapitalanlageergebnis sind kaum noch Unterschiede auszumachen. Außerordentliche Ertragsbestandteile wie in den Jahren vor 2002 haben demnach an Ergebniswirkung verloren. Bis auf eine Gesellschaft waren mittlerweile alle Marktteilnehmer bereits gezwungen, den Rechnungszins von 3,5 % im alten Bisex-Bestand abzusenken.

Modellen, wie z. B. der Bürgerversicherung, fehlen klare Konzepte zur dauerhaften Finanzierbarkeit und Lösung des demographischen Problems. Die Grundproblematik ist geblieben und zwingt die Politik in regelmäßigen Abständen nachzujustieren. Angesichts steigender Beiträge stehen sowohl GKV als auch PKV vor Finanzierungsherausforderungen, wobei die PKV den Vorteil hat, über Milliarden an Alterungsrückstellungen und RfB-Mitteln zur Beitragsstabilisierung zu verfügen.



Quelle: Assekurata

Durch den Einsatz von Mitteln aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) schaffen es die Unternehmen, die entstehenden Beitragserhöhungen abzumildern oder mitunter sogar gänzlich auszufinanzieren. Hierfür konnte die Branche aufgrund der positiven Erfolgslage gepaart mit den geringen Anpassungsnotwendigkeiten seit 2010 die Mittel wieder deutlich aufbauen. Gegenüber 2003, als die RfB-Quote infolge der Entnahmen zur Abmilderung der notwendigen Beitragserhöhungen bei gleichzeitig geringen versicherungsgeschäftlichen Ergebnissen mit 20,6 % ihren Tiefststand erreichte, verfügt die PKV aktuell über ein etwa doppelt so hohes Polster, um zukünftige Beitragsanpassungsnotwendigkeiten abzufedern.

Fazit und Ausblick

Bei allen bisher durchgeführten Gesundheitsreformen und den für die Zukunft diskutierten

Die Vollversicherung ist aktuell das Sorgenkind der Branche. Wenn man die Sondereffekte, die sich aus der Einführung der Versicherungspflicht im Jahr 2009 ergeben haben, herausrechnet, wird jedoch deutlich, dass der Abwärtstrend in der Vollversicherung bereits lange vor 2012 einsetzte. Die Zeit der Einsteigertarife war glücklicherweise nur ein Intermezzo. Obwohl sich die Qualität der Tarife wieder verbessert, ist ein positives Nettowachstum in der Vollversicherung weiterhin nicht in Sicht. Dafür sorgt auch der demographische Wandel. Der negative Trend in Form von Bestandsverlusten in der Vollversicherung dürfte sich daher nach Ansicht von Assekurata bis zur Bundestagswahl 2017 nicht umkehren.

Schon jetzt ist absehbar, dass die Ausgestaltung des Krankenversicherungssystems wieder ein brisantes Wahlkampfthema wird; insbesondere auch, weil die Belastungen für die

GKV, hier seien nur die Stichwörter Flüchtlingswelle und Migration genannt, zunehmen.

Die Zusatzversicherung hat in den vergangenen 20 Jahren an Bedeutung gewonnen und könnte bei Beibehaltung der bisherigen Politik durch mögliche weitere Leistungsausgliederungen auf Seiten der GKV künftig noch zulegen. Einige Marktteilnehmer sehen die Zukunft vor allem auch in der betrieblichen Krankenversicherung (bKV). Sie wird vielfach zwar gern als potenzialträchtig eingestuft, führt jedoch immer noch ein Schattendasein. Die Grundattraktivität der bKV wird jedoch bislang durch die langwierigen Anbahnungsprozesse und die Unbeständigkeit der steuerlichen Behandlung negativ beeinflusst.

Die Kernthemen der Vergangenheit werden die Branche sicherlich auch in der Zukunft prägen: Beitragsstabilität sowie Bezahlbarkeit der Beiträge im Alter, Marktzugangs-/Wachstumschancen speziell in der Voll- aber auch in der Zusatzversicherung und Qualität des Versicherungsschutzes in Abgrenzung zur GKV. Von entscheidender Bedeutung sind dabei auch die politischen Rahmenbedingungen.

Profitieren Sie von unserer Marktkompetenz

Sie möchten einen neuen Krankenversicherungstarif entwickeln?
Verzichten Sie nicht auf eine fundierte Qualitätseinschätzung durch unsere

Assekurata-Tarifanalyse

Wir prüfen, bewerten und optimieren die Formulierungen und Aussagen in Ihren Versicherungsbedingungen umfassend nach:

- **Verbindlichkeit**
- **Klarheit**
- **Fairness**
- **Absicherung**

Darüber hinaus untersuchen wir die Sicherheiten in den Kalkulationsgrundlagen. Gerne unterbreiten wir Ihnen ein individuelles Angebot.
Für eine erste Kontaktaufnahme wenden Sie sich bitte an:

ASSEKURATA Rating-Agentur GmbH
Kerstin Voß
Leitung Vertrieb

Venloer Straße 301-303 50823 Köln
Tel.: 0221 27221-28 Fax: 0221 27221-77
E-Mail: voss@assekurata.de

ASSEKURATA
TRANSPARENZ. ORIENTIERUNG. SICHERHEIT.

DIE ROLLE VON RATINGS UNTER SOLVENCY II

Dr. Frank Grund, Exekutivdirektor Versicherungs- und Pensionsfondsaufsicht
bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Das zwanzigjährige Jubiläum einer Rating-Agentur gibt nicht nur Anlass zu Glückwünschen, sondern auch dazu, über die Rolle von Ratings unter Solvency II nachzudenken. Je nach Verwendungszweck beziehen Ratings unterschiedliche Aspekte des zu bewertenden Unternehmens ein. Meist handelt es sich um eine Bewertung der Bonität des Unternehmens. Ratings können aber auch allgemeiner die Qualität einer Kapitalanlage (z. B. Chance-Risiko-Verhältnis) oder eines Unternehmens (z. B. Unternehmensführung) beschreiben.

Bonitätsratings haben schon unter Solvency I für die Beurteilung der Risiken des Anlagegeschäfts und bei der Wahl von Rückversicherern für Versicherungsunternehmen eine Rolle gespielt. Im Rahmen von Solvency II wird aber erstmals in versicherungsaufsichtsrechtlichen Regelungen (VAG, Delegierte Verordnung (EU) 2015/35) implizit die Verwendung von Bonitätsratings externer Rating-Agenturen vorausgesetzt. Siehe hierzu unter anderem §§ 28, 295 VAG oder Art. 3-5 Delegierte Verordnung (DVO).

Für ihre Verwendung wurden Regelungen im Bereich der Berechnung der versicherungstechnischen Rückstellungen und der Berechnung der Solvabilitätskapitalanforderung (SCR) nach der Standardformel bzw. nach internen Modellen getroffen.

Die Ratings der unterschiedlichen Agenturen werden zur Verwendung in Solvency II zunächst mittels eines Mappings in eine einheitliche Skala, so genannte Credit Quality Steps (Kreditqualitätsstufen bzw. Bonitätsstufen), umgewandelt.

Diese Kreditqualitätsstufen stellen eine wesentliche Größe bei der Bestimmung der regulatorischen Kapitalanforderungen für die

Dr. Frank Grund

kreditrisikobasierten Module der Standardformel dar. Zu nennen sind hier das Spreadrisiko, das Marktkonzentrationsrisiko und das Gegenparteiausfallrisiko.

Credit Quality Steps werden des Weiteren bei der Berechnung der einforderbaren Beträge aus der Rückversicherung verwendet. Diese sind gemäß § 86 VAG um die erwarteten Ausfälle der Rückversicherer zu bereinigen. Bei der Berechnung der erwarteten Ausfälle wird die Ausfallwahrscheinlichkeit des Rückversicherers benötigt, die in erster Linie aus den Credit Quality Steps abgeleitet wird. Damit haben Ratings auch einen Einfluss auf den Wert der versicherungstechnischen Rückstellungen.

Weiterhin spielen Credit Quality Steps bei der Risikobeurteilung im Rahmen des Prudent

Person Principle im Bereich der Kapitalanlage eine wichtige Rolle.

Die Regelungen von Solvency II führen sowohl für Unternehmen als auch für die Aufsicht zu einer gegenüber Solvency I insgesamt höheren Bedeutung von Ratings. Dabei ist die Bedeutung von externen Ratings bei Standardformelunternehmen etwas höher als bei interne-Modelle-Anwendern. Anwender Interner Modelle dürfen nämlich im Gegensatz zu Standardformelanwendern insbesondere bei der Berechnung der SCR externe Ratings vollständig durch interne Ratings ersetzen. Standardformelanwender hingegen dürfen bei der Berechnung der SCR und der versicherungstechnischen Rückstellungen interne Ratings dann nicht verwenden, wenn diese zu einer geringeren Kapitalanforderung als externe Ratings führen würden (siehe zum Beispiel Recital 4 DVO oder Art. 4 Abs. 5 DVO).

Mancher Markteilnehmer mag sich daher die Frage stellen, ob Solvency II ein Förderprogramm für Rating-Agenturen darstellt. Nach Informationen aus der Branche führt die gestiegene Bedeutung von externen Ratings dazu, dass mehr Versicherungsunternehmen Verträge zum Bezug von Ratings mit externen Rating-Agenturen abschließen. Zum anderen haben verschiedene Rating-Agenturen auch aufgrund der höheren Nutzung der Ratinginformationen unter Solvency II ihre Lizenzeinnahmen signifikant erhöht.

Im Zusammenhang mit der Finanzmarktkrise wurde die Erkenntnis gewonnen, dass die Nutzer von Bonitätsratings diesen nicht blind vertrauen sollten. Vielmehr sollen eigene Analysen vorgenommen und sorgfältig abgewogen werden, in welchem Maße man sich auf diese Ratings stützt. Diese Erkenntnis hat zu einer ausdrücklichen Prüfungspflicht von Ratings durch die Versicherungsunternehmen geführt. Die Unternehmen müssen die Angemessenheit von Ratings, die sie zur Berechnung der SCR und der versicherungstechnischen Rückstellungen sowie bei der Anwendung des Prudent Person Principles bei der Kapitalanlagestrategie verwenden, im Rahmen ihres Risikomanagements überprüfen. Soweit praktisch möglich, haben sie eigene Bewertungen vorzunehmen. Siehe hierzu unter anderem Recital 2,4 DVO, Art. 259 Abs. 4 DVO und Art. 308 Abs. 3 e) DVO. Art und Umfang der Überprüfungen müssen proportional erfolgen. Die Unternehmen müssen darüber hinaus im Rahmen ihrer regelmäßigen Berichterstattung gegenüber der Aufsichtsbehörde auch Angaben zur Prüfung der Eignung von Ratings externer Rating-Agenturen machen.

Neben der Verwendung von Ratings durch die Versicherungsunternehmen werden diese auch selbst durch Rating-Agenturen beurteilt. In diesem Zusammenhang könnte man prima vista glauben, dass Solvency II solche Ratings obsolet macht. Es gilt abzuwarten, wie der Markt langfristig reagiert. Der simple Wettbewerb mit der regulatorischen Solvabilitätsquote stellt jedoch keinen adäquaten Ersatz für Unternehmensratings dar, da häufig Äpfel mit Birnen verglichen werden (z. B. SCR auf Basis der Standardformel, auf Basis unternehmensspezifischer Parameter, interner Modelle, mit/ohne Anwendung von Übergangsmaßnahmen oder Volatilitätsanpassung).

Ein Bedarf für Ratings von Versicherungsunternehmen scheint derzeit weiter zu bestehen – zumal bestimmte Ratings Aspekte abdecken, die über ein Bonitätsrating hinausgehen. Ein Beispiel ist das Unternehmensrating der Assekurata, das Versicherungsunternehmen primär aus Kundensicht bewertet.

Aus Sicht der Versicherungsaufsicht stellen Ratings beaufsichtigter Versicherungsunternehmen eine interessante Information dar, aber kein aufsichtliches Kriterium. Unabhängig von externen Ratings stuft die BaFin die beaufsichtigten Unternehmen für interne Zwecke in Risikoklassen ein und richtet unter anderem da-

ran die Intensität ihrer Aufsicht aus. Die Einordnung der Versicherer erfolgt dabei anhand einer zweidimensionalen Matrix, in der die Marktauswirkung und die Qualität eines Unternehmens berücksichtigt werden. Die Beurteilung der Qualität der Unternehmen leitet sich weiterhin aus den folgenden Teilbereichen ab: Vermögens-, Finanz- und Ertragslage, Wachstum und Qualität des Managements. Einen unmittelbaren Zusammenhang der so genannten Risikoklassifizierung der BaFin zu Bonitätsratings von Rating-Agenturen bzw. zur Ausfallwahrscheinlichkeit einzelner Unternehmen gibt es nicht.

Fazit: Solvency II hat die Bedeutung von Ratings für die Versicherer erhöht – insbesondere durch die Nutzung externer Bonitätsratings. Doch auch die Ratings für die Versicherungsunternehmen selbst haben weiterhin ihre Berechtigung. Denn es gibt zum jetzigen Zeitpunkt noch keine Erkenntnisse, inwieweit die Solvabilitätsquote unter Solvency II externe Ratings als Indikator für die Qualität von Versicherungsunternehmen ablösen werden. Es scheint also auch in Zukunft noch Gelegenheit zu geben, Assekurata zu Jubiläen zu gratulieren.

Profitieren Sie von unserer Marktkompetenz

Sie legen höchste Priorität auf die Sicherheit Ihrer IT und möchten dies gegenüber Kunden, Vermittlern und Öffentlichkeit glaubhaft dokumentieren! Nutzen Sie unser

IT-Sicherheitsprüfverfahren
für Versicherungsgesellschaften

Wir untersuchen in Anlehnung an die Vorgaben der ISO-Normen 27001 ff. sowie den BSI-Grundschutzkatalog Ihre IT-Sicherheit und liefern Ihnen eine unternehmensübergreifende Benchmark.

Gerne unterbreiten wir Ihnen ein individuelles Angebot.
Für eine erste Kontaktaufnahme wenden Sie sich bitte an:

ASSEKURATA Management Services GmbH
Dr. Christoph Sönnichsen
Geschäftsführer

Venloer Straße 301-303 50823 Köln
Tel.: 0221 27221-27 Fax: 0221 27221-77
christoph.soennichsen@assekurata.de

ASSEKURATA
MANAGEMENT SERVICES

20 JAHRE SCHADEN-/UNFALLVERSICHERUNG

Abdulkadir Cebi, Bereichsleiter Analyse und Bewertung *ASSEKURATA* Assekuranz Rating-Agentur GmbH

Seitdem Assekurata den deutschen Schaden-/Unfallversicherungsmarkt beobachtet und Ratings in dieser Sparte durchführt, hat sich einiges verändert. Aus dem 1996 noch recht frisch deregulierten Umfeld heraus haben sich die einzelnen Versicherungszweige, wie z. B. Hausrat-, Haftpflicht-, Unfall-, Wohngebäude-, Rechtsschutz-, oder Kraftfahrtversicherungen, in unterschiedlicher Weise dynamisch entwickelt. Über alle Versicherungszweige hinweg betrachtet, konnte die Branche den Vertragsbestand jedes Jahr erhöhen, wohingegen sie auf der Beitragsseite phasenweise einen Abrieb hinnehmen musste, so etwa vor der Jahrtausendwende und in den Jahren vor der globalen Finanzkrise.

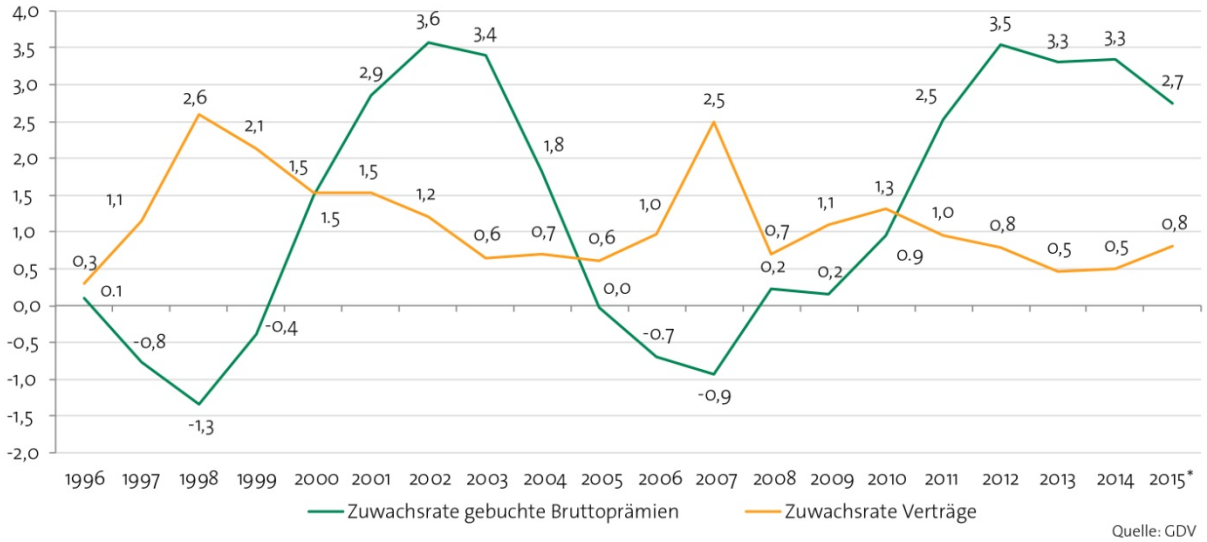
Der im Vergleich zum relativ konstanten Vertragswachstum zyklische Verlauf des Prämienwachstums verdeutlicht, dass im Laufe der Zeit ein Wechselspiel zwischen preisintensiven Wettbewerbsphasen und Zeiten der Ergebniskonsolidierung mit Beitragssteigerungen stattgefunden hat. Auf diese Entwicklung haben die einzelnen Zweige der Schaden-/Unfallversicherung in sehr unterschiedlichem Maße Einfluss genommen.

Veränderte Rahmenbedingungen, technischer

Abdulkadir Cebi

Fortschritt und die Wettbewerbsdynamik hatten zur Konsequenz, dass immer mehr Produktmerkmale und Zusatzleistungen in die einzelnen Tarife aufgenommen wurden. Gleichzeitig führten die kurzen Produktentwicklungszyklen dazu, dass die Nachahmungsgeschwindigkeit gestiegen ist und sich die angebotenen Produkte in der Masse nur noch in Randbereichen unter-

Prämien - und Vertragswachstum in der Schaden - /Unfallversicherung

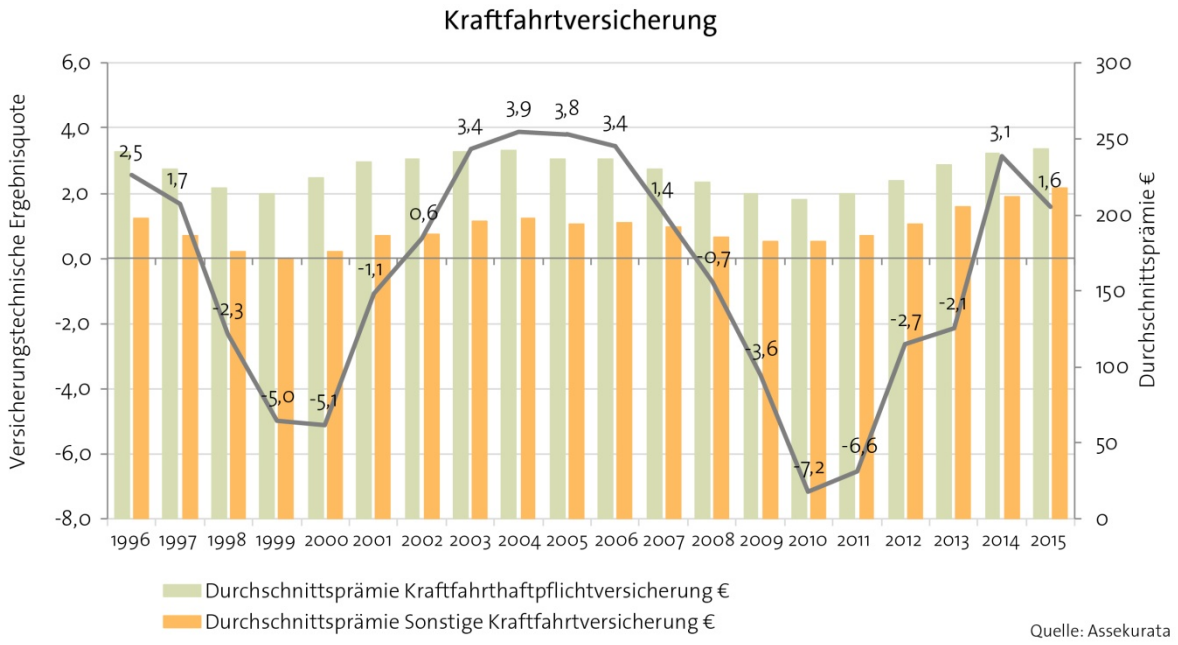


Quelle: GDV
* = Vorläufige Angaben

scheiden konnten. Über die Zeit haben sich die Tariflandschaften auf mehrere Linien ausgeweitet, die eine Spanne von preisgünstigen Basisangeboten für Einsteiger und Hochleistungsangeboten im höheren Preissegment umfassen, mitunter ergänzt durch Assistance- und Zusatzmodule. Inzwischen wird in einigen Tarifen (vor allem für Haftpflicht- und Hausratversicherungen) eine „Best-Leistungs-Garantie“ abgegeben, wonach im Versicherungsfall ein Anspruch auf den größten im Markt angebotenen Leistungsumfang und die höchsten Entschädigungsgrenzen besteht, wenn deren Existenz durch den Kunden nachgewiesen werden kann.

Mit fortschreitender technischer Entwicklung hat sich auch das Angebot im Online-Bereich erweitert. Während zur Assekurata-Gründungszeit, 1996, noch die ISDN-Leitung als Hochgeschwindigkeitsverbindung zum Internet diente und ein mobiler Zugang in die Online-Welt Zukunftsmusik war, ist heute der permanente Highspeed-Zugriff auf das Internet allgegenwärtig. Die Versicherer verbessern ihr Online-Angebot fortwährend und bauen dieses immer weiter aus. Online-Portale mit umfangreichen Vergleichsmöglichkeiten, wie z. B. Check24 oder Verivox, haben sich etabliert und mobile Lösungen und Apps befinden sich immer mehr auf dem Vormarsch. Anbieter sind hierbei nicht nur Versicherer, sondern auch neue Marktakteure, die sukzessive Druck auf die tradierten Vertriebsformen ausüben. Diese so genannten FinTecs und InsureTecs werben mit einem hohen Service und einer einfachen Verwaltung aller Versicherungsverträge. Angesichts der in jüngerer Vergangenheit deutlich intensivierten Aktivitäten im digitalen Bereich ist auch für die nahe Zukunft mit einer sehr dynamischen Entwicklung zu rechnen. Trotz einer Vielzahl an Informationen gibt es immer noch Bedarf nach einer flächendeckenden und transparenten Vergleichsmöglichkeit. Die bestehenden Vergleiche decken vielfach nur Teile des Angebotes ab und sind immer noch stark an den Vertrieb dieser Produkte gekoppelt. Der verstärkte Internet-Absatz hat dabei zusätzlichen Druck auf die Margen erzeugt. Insbesondere bei einfachen und standardisierten Produkten haben die ursprünglich als Schaufensterprodukte gedachten Basis-Varianten an Bedeutung gewonnen, was sich wegen der eher knapp kalkulierten Margen kritisch auf das Gesamtgeschäft ausgewirkt hat. Gleichzeitig haben sich die Gewinnspannen wegen der sukzessiven Ausweitung des Versicherungsschutzes verringert, insbesondere in den traditionell ertragsstarken Segmenten. Dieser Effekt zeigt sich aufgrund der großen und zumeist sehr auskömmlichen Altbestände erst im Laufe der Zeit.

Eine Sparte hat der Branche immer wieder ihren Stempel aufgedrückt: die Kraftfahrtversicherung. Mit einem Anteil am gesamten Prämienvolumen von rund 39 % formt dieser Zweig das Gesamtbild des Schaden-/Unfallmarktes wie kein anderer. Über die Jahre hinweg, und dies nicht erst seit 1996, lassen sich in der Kraftfahrtversicherung Marktphasen beobachten, in denen ein intensiver Preiswettbewerb stattgefunden hat und mit Rabatteskapaden sowie teilweise willkürlichen Preisnachlässen um die Gunst der Kunden gebuhlt wurde.



Da vor allem große Anbieter Marktanteile hinzugewinnen oder verteidigen wollten, sah sich der Großteil der Gesellschaften genötigt mitzuziehen, um im Wettbewerb bestehen zu können. Die Auswirkungen dieser Preis- und Rabattschlachten zeigen sich sehr deutlich in der Entwicklung der versicherungstechnischen Ergebnisse und der durchschnittlichen Prämienhöhe.

Der harte Wettbewerb um Marktanteile hat in mehreren Jahren dazu geführt, dass die Durchschnittsprämien und die versicherungstechnischen Ergebnisse gesunken sind. Dazu beigetragen haben auch schlechte Schadenjahre. 2010 erreichte die Kraftfahrtsparte ihren ergebnisseitigen Tiefststand. In diesem Jahr zeigten sich die Folgen des Verdrängungswettbewerbs besonders deutlich darin, dass die niederländische Muttergesellschaft der Ineas, die auf dem deutschen Markt vor allem durch sehr niedrige Preise auffiel, Insolvenz anmelden musste und auch die britische Admiral Group den Verkauf ihrer deutschen Tochter admiraldirekt.de einleitete.

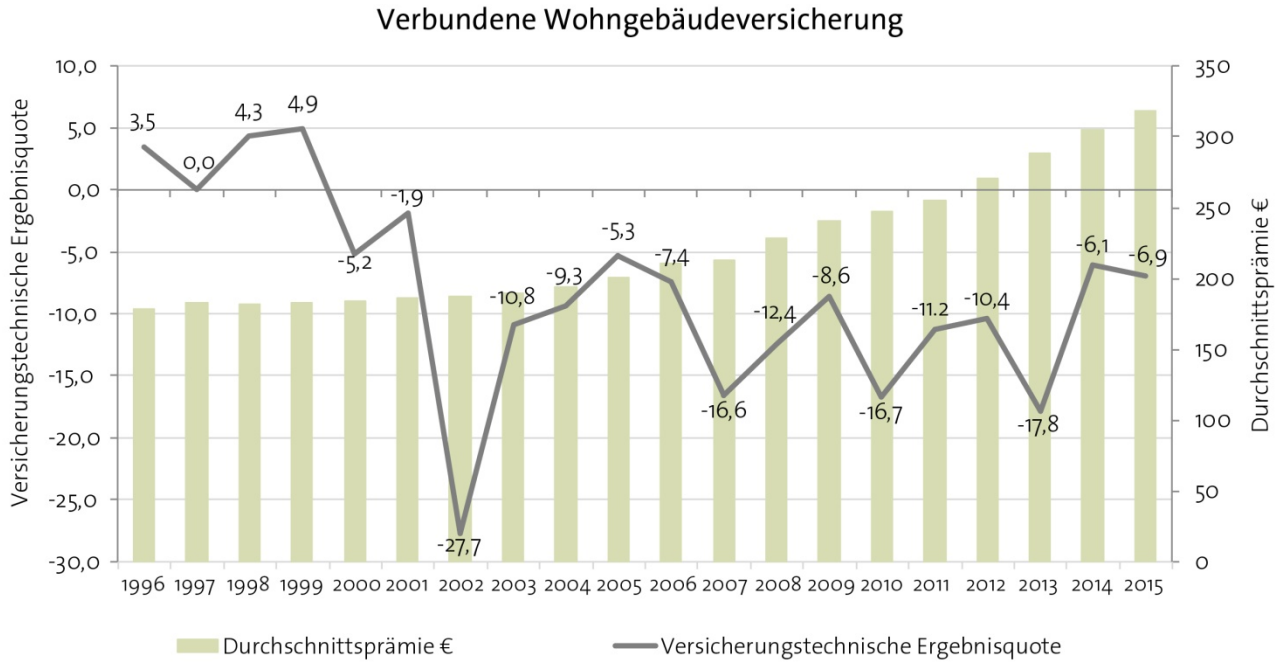
Zudem wurde der Wettbewerb teilweise auf Kosten der Puffer in den Schadenrückstellungen geführt. Zwischen 2007 und 2010 sind die Schadenreserven pro Vertrag sukzessive gesunken. Seit 2011 sind sie stabil und die Kraftfahrtsparte befindet sich wieder auf einem Konsolidierungspfad, der mit Beitragsanpassungen verbunden ist. Trotz der damit einhergehenden verbesserten Ergebnisse zeichnet sich zunächst auch keine Abkehr von dieser ertragsorientierten Preis- und Zeichnungspolitik ab. Zumindest deuten in der kurzen Frist die fehlenden Ausgleichspotenziale aus der Kapitalanlage infolge des niedrigen Zinsniveaus sowie die Tatsache, dass sich noch lange nicht alle Marktteilnehmer deutlich in der Gewinnzone befinden, nicht auf ein Wiederaufleben eines aggressiven Preiswettbewerbs hin.

Der Blick auf den zyklischen Verlauf der versicherungstechnischen Ergebnisse signalisiert gleichwohl, dass es nur eine Frage der Zeit ist, bis die ersten Marktakteure wieder eine aktivere Preisstrategie aufnehmen und die nächste Abwärtsspirale in Gang setzen.

Anders als in der Kraftfahrtsparte lässt sich in der Wohngebäudeversicherung keine alternierende Entwicklung von positiven und negativen Ergebnissen beobachten. Seit Beginn des laufenden Jahrtausends verzeichnet die Branche dauerhaft versicherungstechnische Verluste, wobei es hier – ähnlich

wie in allen anderen Sparten – große Unterschiede in der Entwicklung der einzelnen Unternehmen gibt.

Absicherung gegen Elementarschäden wird als Baustein der Hausrat- oder Wohngebäudeversicherung angeboten. Deutschlandweit



Quelle: Assekurata

Im Zeitverlauf wirkt sich eine tendenziell wachsende Belastung aus Leitungswasserschäden in alternden Gebäudebeständen und aus steigenden Elementarschäden auf die Ergebnislage der Branche aus. Einen historischen Rekordverlust mussten die Schaden-/Unfallversicherer im Jahr 2002 durch die Sommerflut der Elbe verzeichnen. Danach wirkten schadenstarke Jahre immer wieder negativ auf die Ertragssituation im Markt, so z. B. 2007 das Sturmtief „Kyrill“, das mit bis zu 190 km/h durch Deutschland fegte und mit rund 2,4 Mrd. € Schadenzahlungen in Rekordhöhe verursachte, 2010 eine lange Frostperiode gefolgt vom Sturmtief „Xynthia“ mit Überschwemmungen an Oder und Neiße sowie 2013 der Orkan „Xaver“ im Norden, schwere Hagelereignisse und das Jahrhunderthochwasser, welches weite Teile im Osten und Süden des Landes überflutete. Die schwerwiegenden Folgen der Überflutungen haben eine kontroverse Diskussion über eine bundesweite Pflichtversicherung für Elementarschäden in Gang gesetzt. Die beträgt die Abdeckung nach Einschätzung von Experten rund 40 %. In einigen Bundesländern ist dieser Versicherungsschutz dagegen sehr weit verbreitet, wie zum Beispiel in Baden-Württemberg, wo nach Schätzungen des GDV rund 95 % der Immobilienbesitzer abgesichert sind. Dies hängt damit zusammen, dass hier bis 1994 eine Elementardeckung verpflichtend war.

Angesichts der häufig auftretenden, erheblichen Belastungen in der Wohngebäudeversicherung wird dieser Zweig seit längerer Zeit saniert. Teilweise scheiterten aber Beitragsanpassungen daran, dass erforderliche Klauseln in den Versicherungsbedingungen fehlten. Diese wurden nach und nach eingeführt. Seit 2003 steigen die Durchschnittsprämien und Beitragsanpassungen, Selbstbehaltsregelungen oder aber auch Kündigungen von schadenträchtigen Beständen gehören zum Alltag. Die Effekte aus den Maßnahmen zur Gesundung der Wohngebäudeversicherung überschatten dabei die Prämienauswirkung des starken

Wettbewerbs im Bereich der Neubauten, der sich in entsprechenden Rabatten äußert. Aufgrund der belastenden Wirkung, welche die Verluste in der Wohngebäudeversicherung auf die Ertragslage der Schaden-/Unfallversicher entfalten, ist zunächst weiterhin von einer hohen Marktdisziplin im Hinblick auf ertragsorientierte und risikogerechte Beiträge auszugehen. Die zunehmende Zahl wetterbedingter Naturkatastrophen deutet gleichwohl darauf hin, dass es noch eine längere Zeit dauern wird, bis dieser Zweig nachhaltig in die Gewinnzone kommt.

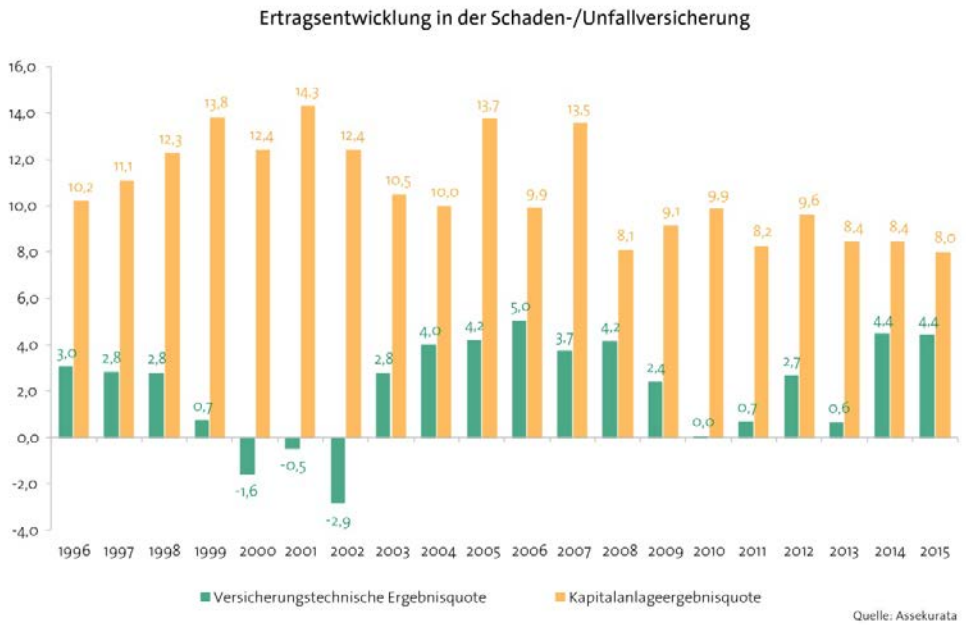
Vor dem Hintergrund der defizitären Lage in der Wohngebäudeversicherung und mit Blick auf die volatilen Ergebnisse in der Kraftfahrtsparte stützen die Gewinne in anderen Sparten die Branchenergebnisse im Zeitverlauf. Insbesondere aus den Sparten der Unfall-, Haftpflicht- und Hausratversicherungen ergeben sich hohe Margen, die vor allem mit größeren Altbeständen zusammenhängen.

Die Rechtsschutzsparte muss die steigenden Kosten infolge des 2013 in Kraft getretenen Kostenrechtsmodernisierungsgesetzes, welches die Rechtsanwaltsgebühren neu geregelt hat, erst noch verarbeiten. Daher sind hier weitere Prämiensteigerungen zu erwarten.

Auch in den Sparten Unfall-, Haftpflicht- und Hausratversicherungen lässt sich im Gegensatz zu der Kraftfahrt- oder Wohngebäudeversicherung kein Verdrängungswettbewerb auf Basis sinkender Beiträge beobachten. Gleichzeitig ist das Beitragsniveau in diesen Sparten relativ niedrig, weshalb die Preissensibilität der Kunden und die Wechselanreize nicht in dem Maße gegeben sind, wie beispielsweise in der Kraftfahrtversicherung. Hinzu kommt, dass Produkte der Unfall-, Haftpflicht- und Hausratversicherungen eher aktiv verkauft werden müssen.

Unter Ertragsgesichtspunkten sowie in Anbetracht des wettbewerbsintensiven Marktumfelds haben Maßnahmen der aktiven Schadensteuerung im Verlauf der Zeit immer weiter an Bedeutung gewonnen. Vor allem in der Kraftfahrtversicherung konnte Assekurata in den vergangenen Jahren verstärkte Aktivitäten von Versicherern beobachten. Unternehmen schließen sich zunehmend in Verbünden zusammen und nutzen Werkstattnetze für die aktive Schadensteuerung. Zudem sind Tarife mit Werkstattbindung an der Tagesordnung und bieten eine günstige Alternative zu den sonstigen Kraftfahrt-Tarifen.

Steuerungsaspekte spielen jedoch nicht nur in der Kraftfahrtversicherung, sondern auch in anderen Zweigen eine zunehmend stärkere Rolle. Beispielsweise werden in der Rechtsschutzversicherung Kooperationen mit Anwaltsnetzwerken genutzt, Tarife mit außergerichtlichen Mediationsverfahren werden angeboten und die telefonische Rechtsberatung hat sich ebenfalls etabliert. Darüber hinaus weiten die Schaden-/Unfallversicherer die Kooperationen auf die Sachversicherungszweige aus, etwa durch die Nutzung von Handwerkernetzen und den Rückgriff auf Assistance-Dienstleister.



Im Hinblick auf den demografischen Wandel und eine alternde Gesellschaft bieten die Versicherer zunehmend Assistance-Dienstleistungen an, die auf die Zielgruppe älterer Personen ausgerichtet sind. Hierzu zählen beispielsweise Pflegedienstleistungen oder Reha-Management-Angebote. Auch der Fokus auf Präventionsmaßnahmen wird erhöht. Beispielsweise werden in hochwassergefährdeten Gebieten staatliche und private Maßnahmen der Schadenverhütung intensiviert und das Beratungsangebot zur Schadenprävention wird ausgeweitet, unter anderem für Brandschutzmaßnahmen.

Neben den Naturereignissen und dem Marktverhalten der Akteure, die auf die versicherungstechnischen Ergebnisse der Schaden-/Unfallversicherer einwirken, entfalten die Kapitalanlageerträge einen wesentlichen Einfluss auf die gesamte Erfolgslage der Branche.

Die Kapitalanlageergebnisquote, die das Verhältnis der Kapitalanlageergebnisse zu den gebuchten Bruttoprämien aufzeigt, liegt dauerhaft über den versicherungstechnischen Ergebnisquoten. Dabei haben der Börsencrash 2001 und die globale Finanzmarktkrise ihre Spuren hinterlassen. Vor allem ist seit 2008 ein gesunkenes Grundniveau der Kapitalanlageergebnisquote zu beobachten. Somit ist in jüngerer Vergangenheit auch der Spielraum deutlich kleiner geworden, niedrige oder sogar negative versicherungstechnische Ergebnisse aus Kapitalanlageerträgen auszugleichen. Grundsätzlich ist er jedoch nach wie vor vorhanden, zumal die Schaden-/Unfallversicherer gegenüber Personenversicherern aufgrund der kurzfristigen Vertragslaufzeiten in deutlich geringerem Maße durch passivseitige Zinsverpflichtungen limitiert sind. Anpassungen an der Asset-Allocation können daher einfacher durchgeführt werden. Die Kehrseite dieser Medaille ist, dass damit die Duration der Rentenpapiere aus dem gleichen Grund tendenziell deutlich kürzer ist und Schaden-/Unfallversicherer stärker von einem sinkenden Durchschnittszins innerhalb der Rentenpapiere betroffen sind.

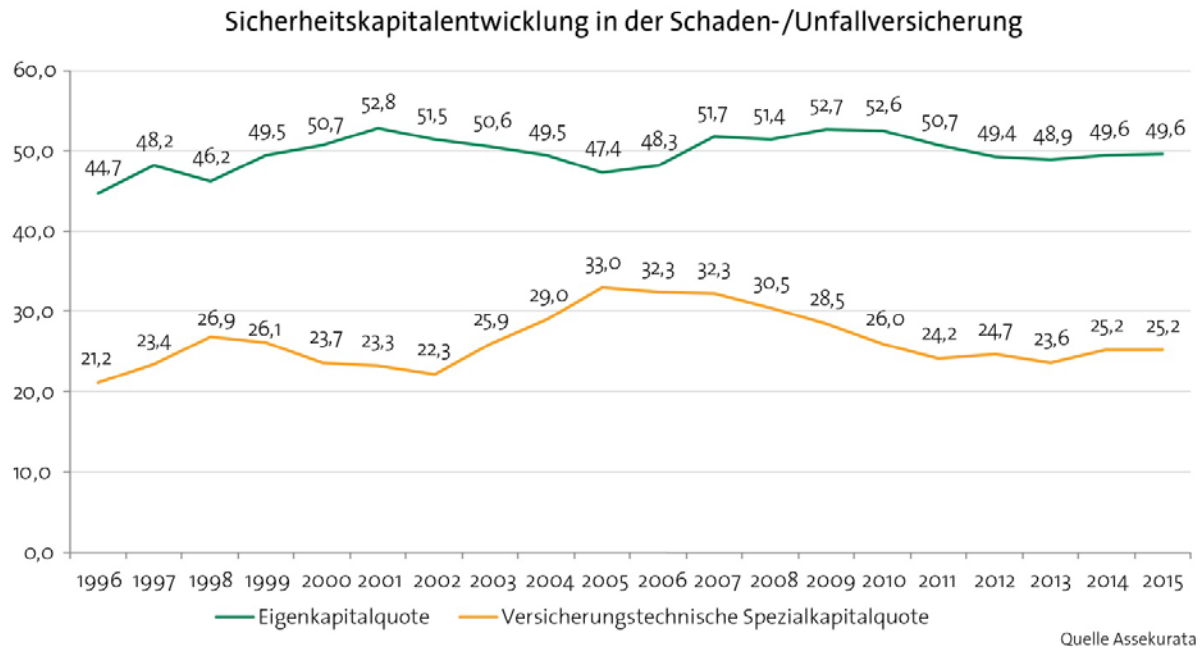
Zusätzlich wirkt sich in Zeiten, in denen Banken teilweise negative Zinsen für Bareinlagen aufrufen, die oftmals hohe Liquidität, die die Versicherer für unterjährige Schadenzahlungen vorhalten müssen, belastend aus. Dadurch rücken Erfolgsfaktoren wie eine ertragsorientierte Zeichnungspolitik und auskömmliche Kalkulation noch stärker in den Vordergrund. Außerdem rückt die Kostenentwicklung verstärkt in den Fokus der Gesellschaften. Neben den bereits genannten Aktivitäten im Schadenmanagement treiben die Versicherer ihre Maßnahmen im Hinblick auf eine wachsende Prozessautomatisierung über die Dunkelverarbeitung bis hin zur aktiven Einbindung des Kunden in die eigenen Prozesse merklich voran. Insbesondere für die Schaden-/Unfallversicherung mit ihren oftmals standardisierten Produkten und Abläufen ergeben sich hier vielfältige Möglichkeiten. Speziell im Privatkundengeschäft lässt sich der überwiegende Teil der vom Kunden eingehenden Geschäftsvorfälle standardisiert und nach vordefinierten Regeln verarbeiten, weshalb für diese Prozesse die Industrialisierung und Ausweitung der technischen Unterstützung besonders intensiv vorangetrieben wird. Mit fortschreitender technischer Entwicklung erhöht sich jedoch auch die Wettbewerbsintensität. Beispielsweise hat der GDV einen eigenständigen Unfallmeldedienst entwickelt, um Wettbewerbsnachteile für die Branche durch die Einführung des so genannten E-Call-Systems zu vermeiden.

Spätestens ab März 2018 müssen alle neuen Automodelle ab Werk mit einem elektronischen Ortungssystem ausgestattet sein, das im Schaden- oder Pannenfall automatisch Daten generiert und weiterleitet, um möglichst unmittelbar Hilfsmaßnahmen auszulösen. Damit treten jedoch die Automobilhersteller in den Wettbewerb mit den Versicherern, weil sie ihre Fahrzeuge an der Versicherungsbranche vorbei in die eigenen Vertragswerkstätten steuern können.

Der Zugang zu Informationen ist dabei ein wesentlicher Wettbewerbsparameter, dessen Einfluss durch den verstärkten Einzug von Technik stark zugenommen hat. Dies zeigt sich auch an den jüngsten Entwicklungen im Telematik-Bereich, wo das Fahrverhalten im Sinne des „Pay-as-you-drive“-Prinzips mit der Prämie in Verbindung gebracht wird. Nach einigen kleineren Marktteilnehmern steigen zunehmend große, namhafte Versicherer in dieses Geschäftsfeld ein oder haben ihren Einstieg angekündigt, was die Dynamik der Produktentwicklung in diesem Bereich tendenziell erhöht.

Mit den Fortschritten im Bereich des autonomen Fahrens von Kraftfahrzeugen werden weitere Auswirkungen auf die klassische Kraftfahrtversicherung nicht ausbleiben. Generell lässt sich festhalten, dass mit zunehmender Technisierung und Digitalisierung Informationsasymmetrien weiter abgebaut werden. Zudem keimen neue Geschäftsfelder auf, die 1996 noch nicht auf der Agenda standen, wie etwa der Bereich der Cyberrisiken, die perspektivisch einen relevanten Markt darstellen dürften.

Insgesamt hat sich die Schaden-/-Unfallbranche über die vergangenen zwanzig Jahre sehr solide entwickelt.



Die erwirtschafteten Gewinne wurden dazu genutzt, Risikovorsorge zu betreiben und die Sicherheitsmittel zu stärken. Das Eigenkapital macht rund die Hälfte des Prämienvolumens aus. Unter Hinzurechnung von versicherungstechnischen Spezialkapitalkomponenten, insbesondere der Schwankungsrückstellungen als temporäre Mittel für den Ausgleich von volatilen Entwicklungen, verfügen die Schaden-/Unfallversicherer über ein Sicherheitspolster von durchschnittlich knapp drei Viertel des gesamten Prämienvolumens. Auch die Assekurata bisher vorliegenden Bedeckungsquoten im Rahmen von Solvency II bestätigen, dass die Branche zum Großteil sehr gut kapitalisiert ist. Mit Blick auf die erhöhten Kapitalanforderungen von Solvency II und angesichts der angespannten Rahmenbedingungen in den Personenversicherungssparten ist die Bedeutung der Sparte in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen.

Die zumeist sehr gut gepolsterten Schaden-/-Unfallversicherer können beispielsweise kapitalfordernde Lebensversicherer im Konzern durch Kapitalzuführungen oder die Zeichnung von Nachrangkapital stützen. Unternehmen, die ihren strategischen Fokus lange Zeit nicht im Segment der Schaden-/-Unfallversicherung sahen, überprüfen deshalb ihre Produktportfolios und weiten ihre Vertriebsaktivitäten aus. In einem Umfeld hoher Marktsättigung ist deswegen mit einer steigenden Wettbewerbsintensität zu rechnen.

Mittelfristig kann dies wieder in sinkenden Prämien resultieren. Bei gleichzeitiger Ausweitung der Produktleistungen können sich somit verlustreiche Marktphasen einstellen. In der kurzen Frist dürften die Schaden-/Unfallversicherer mit Konzerneinbindung an einer derartigen Entwicklung jedoch kein Interesse haben, zumal das Niedrigzinsumfeld eine hohe Profitabilität der versicherungstechnischen Seite erfordert.

Vielmehr lässt sich derzeit beobachten, dass branchenweit Bestrebungen zur Stabilisierung der Ertragslage bestehen und die Marktakteure versuchen, sich durch Investitionen in Prozesse im Wettbewerb zu profilieren. Dies sollte dann auch eine gute Basis für eine solide Marktentwicklung in der kurzen Frist bilden. Mittel- bis langfristig muss sich die Sparte auf Veränderungen des Geschäftsmodells durch die digitale Transformation und den technischen Fortschritt einstellen. Dies betrifft insbesondere die Kraftfahrtversicherung.

Profitieren Sie von unserer Marktkompetenz

Mit unserem tiefgehenden Know-how in der Versicherungsbranche unterstützen wir Sie gerne mit folgendem Weiterbildungsangebot

Solvency II aus der Sicht eines Branchenexperten

Unsere Referenten führen Sie auf Wunsch durch folgende Themenfelder – so theoretisch wie nötig, so praxisnah wie möglich:

- **Ziele, Aufbau und Begriffseinordnungen von Solvency-II-Merkmale und Struktur der Solvency-II-Bilanz**
- **Aktuelle Trends und Entwicklungen**
- **Auswirkungen auf die Versicherer und andere Branchenteilnehmer**
- **Solvency II als Bestandteil der Wettbewerbsanalyse und Anbieterauswahl**
- **Interpretation von Solvenzquoten**
- **Handlungsimplikationen von Solvency II**
- **Nutzen und Grenzen von Solvency II**
- **Tipps zum Umgang in der Praxis**

Um Ihnen die Interpretation der Ergebnisse zu erleichtern und ein besseres Verständnis für die Einflussfaktoren und Auswirkungen zu erreichen, passen wir den Zuschnitt gerne zielgerichtet an Ihre unternehmensspezifischen Anforderungen an und berücksichtigen konkrete Unternehmenskennzahlen.

Das Angebot richtet sich insbesondere an Interessierte im Versicherungsumfeld, die sich mit den Grundlagen von Solvency II näher vertraut machen und praktisches Wissen im Umgang mit dem neuen Aufsichtsregime gewinnen möchten.

Gerne unterbreiten wir Ihnen ein individuelles Angebot.
Für eine erste Kontaktaufnahme wenden Sie sich bitte an:

ASSEKURATA Assekuranz Rating-Agentur GmbH
Kerstin Voß / Leitung Vertrieb
Venloer Straße 301-303 50823 Köln
Tel.: 0221 27221-28 Fax: 0221 27221-77
E-Mail: voss@assekurata.de

ASSEKURATA
TRANSPARENZ. ORIENTIERUNG. SICHERHEIT.

VERLORENE JAHRE

Herbert Fromme, Herausgeber von "Herbert Frommes Versicherungsmonitor Premium"

Die Wörter „Digitalisierung“ und „disruptiv“ haben gute Aussichten, auf die Liste der Unwörter der Versicherungsbranche im Jahr 2016 zu kommen. Vielen Branchenprofis (und vielen Journalisten) geht die endlose Liste von Pressemitteilungen, Beraterfolien, Artikeln und Vorträgen auf die Nerven, die sich vor allem um diese zwei Begriffe drehen.

Die meisten der Texte oder Präsentationen kratzen nur an der Oberfläche. Da wird munter die längst überfällige Modernisierung der Uralt-IT als Digitalisierung bezeichnet, werden schlechte Apps, die kein Mensch nutzen wird, zur Speerspitze der Modernisierung erklärt und Tweets oder Facebook-Einträge mit langweiliger Produktwerbung als Hinwendung zur kommenden Generation verklärt.

Das alles hat mit Digitalisierung herzlich wenig zu tun. Bei der wirklichen Digitalisierung geht es um nicht mehr und nicht weniger als ein neues Geschäftsmodell, das die Branche dringend braucht. Wenn ein Autohersteller an Modellen festhält, die nicht mehr den Geschmack und das Interesse des Publikums treffen, ist er über kurz oder lang vom Markt verschwunden. Dasselbe gilt, wenn er mit veralteten Anlagen arbeitet und dadurch zu teuer wird.

Die Versicherer haben ein ähnliches Problem: Ihre Angebote und ihre Arbeitsweisen sind nicht mehr synchron mit dem, was die Gesellschaft von der Branche erwarten kann. Mangels Alternativen hält das jetzige System noch eine Zeit, aber das Ende ist absehbar.

Die Hauptprobleme der Branche liegen auf der Hand: Zu viel Distanz zum Kunden und seinen veränderten Bedürfnissen bei Produkten und Betreuung. Viel zu hohe Kosten. Bei vielen Gesellschaften eine völlig veraltete IT. Und ein

Herbert Fromme

Management, das in den vergangenen 20 Jahren in weiten Teilen schlicht versagt hat und immer noch eine erstaunliche Staatsgläubigkeit an den Tag legt - mit der Hoffnung, die Aufsicht werde ihr Geschäftsmodell erhalten und der Staat sie am Ende schon retten.

Es gibt ein sicheres Anzeichen dafür, dass viele Versicherer den Kontakt zu ihren Kunden verloren haben. Das ist das plötzliche Erscheinen von Dutzenden von Fintechs, denen Investoren hohe Summen anvertrauen. Die meisten dieser Fintechs versuchen, Kunden elektronisch zu betreuen und setzen dafür viel IT und vergleichsweise kluge Algorithmen ein. Die panikartige Eile, mit der Marktführer Allianz und andere in „Garagen“ versuchen, in wenigen Monaten Vergleichbares zu entwickeln, spricht für den Ansatz der Newcomer.

Der Kampf geht um die Verbindung zum Kunden, die berühmte Kundenschnittstelle. Auf der Produktseite tun die Fintechs bislang wenig. Aber das wird sich ändern. Über kurz oder lang werden viele von ihnen auch Produktanbieter – zunächst als Assekuradeur mit externen Risikoträgern, schließlich mit eigenem Kapital und Risiko.

Natürlich werden mindestens neun von zehn Fintechs scheitern, das liegt in der Natur solcher Umwälzungen. Ohnehin sind sie auch

nicht die Hauptbedrohung für die Branche, sie sind eher der Weckruf. Der eigentliche Angriff kommt von großen Unternehmen aus ganz anderen Branchen, darunter Internet-Giganten wie Alfabet/Google, Facebook oder Salesforce.

Es ist naiv zu glauben, dass die Google-Obergesellschaft Alfabet nach den gescheiterten Versuchen mit Autoversicherungs-Vergleichsportalen die Versicherungsbranche aufgegeben hat. Sie kommt nur auf anderen Wegen. Alfabet investiert Milliarden in Firmen im Gesundheitswesen. Da wird der Tag kommen, an dem diese Anbieter mit ihren neuen Behandlungsmethoden auf Basis von Big Data auch passende Krankenversicherungen anbieten. Und wenn das selbstfahrende Google-Auto in den Verkauf geht, wird das Angebot mit Sicherheit eine passende Versicherung enthalten. Selbst wenn Alfabet nicht den Versicherungsmarkt aufmischt, werden es andere Internet-Giganten mit viel Geld und noch mehr Daten versuchen.

Ähnlich die Autokonzerne, die Energiehersteller, die Handygiganten, die Immobilienunternehmen – bei vielen prüfen junge, aggressive Manager zurzeit, ob sie ihre Kundenbindung durch die elegante Einbeziehung von Versicherungsangeboten verbessern können. „Wir werden neue Anbieter sehen, die massiv in unsere Bereiche eindringen werden“, weiß Axa-Chef Thomas Buberl. „Die neuen Wettbewerber werden wahrscheinlich schneller kommen, als wir glauben.“

Einige Versicherer halten dagegen und versuchen sich an der engen Kundenbetreuung: Für den Haushalt werden Smart-Home-Produkte angeboten, zu denen billige Alarmanlagen, Alarmzentralen und Sicherheitsdienstleistungen gehören. Bei der Mobilität bieten Versicherer Telematik-Tarife und –wie die HUK-Coburg – eigene Werkstätten, die auch Arbeiten außerhalb der Reparatur von Versicherungsschäden wahrnehmen. Bei der Gesundheit versucht Generali, mit Vitality zu punkten. Generali-Deutschlandchef Giovanni Liverani will seinen Kunden alle 14 Tage eine Email schicken, ohne ihnen auf die Nerven zu gehen, weil er Vitality- oder Telematik-Daten versendet.

Bisher sind das alles Versuche mit sehr begrenztem Erfolg. Es ist keineswegs sicher, dass sich die Versicherer damit durchsetzen. Vieles spricht dafür, dass eher die Angreifer von außen das Rennen machen. Das hängt auch damit zusammen, dass sie weniger Altlasten mitschleppen müssen. Das sind vor allem die Zinsgarantien in der Lebensversicherung und die hohen Kosten und Personalbestände.

Die Lebensversicherung mit ihren Altbeständen wird in den kommenden Jahren zu großen Problemen bei vielen Konzernen führen – zum ersten, weil die Zinsgarantien über die Zinszusatzreserve immer schwerer zu erfüllen sind, zum zweiten, weil der finanzielle Aufwand für die Altverträge den Spielraum für echte Innovationen deutlich einengt.

Die heute modernen fondsgebundenen Policen sind keine echte Alternative. Sie florieren zurzeit, weil es anlagewilligen Kunden an Alternativen mangelt und weil die Assekuranz sie mit viel Verkaufsdruck in den Markt bringt. Aber langfristig werden die fondsgebundenen Angebote ihre Schattenseiten zeigen: die immer noch zu hohen Kosten, mit denen sie beladen werden, und die Volatilität der Ergebnisse, wenn sich die Zinsen bewegen.

Es ist eher wahrscheinlich, dass auf lange Sicht klassische Policen auf Basis eines Deckungsstocks am Leben bleiben – aber ohne Garantie, die über den Kapitalerhalt hinausgeht. Keineswegs ist sicher, dass sich hier die jetzigen Anbieter durchsetzen. Newcomer ohne Altlasten haben bessere Chancen.

Ohnehin werden die Traditionsunternehmen keine guten Zukunftsaussichten haben, wenn sie keine Lehren aus den Managementfehlern der Vergangenheit ziehen. Viele Vorstände haben nach den gescheiterten Versuchen um die Jahrtausendwende viel zu lange die digitale Entwicklung vernachlässigt und weitgehend tatenlos mit angesehen, wie wenige Pioniere den Markt aufrollten, vor allem Check24 und HUK24. Das Kostenproblem haben fast alle großen und kleinen Anbieter vor sich hergeschoben. Die Modernisierung der IT-Systeme gingen viele Chefs nur halbherzig an. Um den Vertrieb zu fördern, schaufelten sie in der Lebensversicherung mit Macht jahrelang Geschäft in die Bücher, von dem schon damals feststand, dass es weder für den Kunden noch für den Versicherer attraktiv ist. Die deutsche Unkultur, dass Versicherer prinzipiell nicht Pleite gehen, befördert solches Managementversagen – in letzter Instanz kann ja nichts passieren.

In den kommenden fünf Jahren werden wir spürbare Umwälzungen erleben:

- Die Zahl der Versicherer wird drastisch zurückgehen, die meisten werden über Fusionen, Run-offs und Bestandsabgaben verschwinden.
  Unternehmenszusammenbrüche sind eher wahrscheinlich als unwahrscheinlich. Besonders gefährdet sind Konzerne mit Lebens- oder Krankenversicherern an der Spitze, die nur einen kleinen Schadenversicherer haben. Gleichzeitig werden wir eine ganze Reihe neuer Anbieter sehen, die zum einen aus Fintechs erwachsen, zum anderen aus anderen Wirtschaftszweigen kommen und mit Internetkonzernen, Autoherstellern und anderen versicherungsfremden Branchengrößen zusammenhängen.
- Die Zahl der Vertreter wird deutlich sinken, aber sie werden nicht verschwinden. Die guten Vertreter sind dann eher Vermögensberater ihrer Kunden als Versicherungsverkäufer. Das gilt auch für kleine Makler. Die Großmakler stehen immer mehr vor der Frage, ob sie nicht besser selbst für ihre Kunden die Produkte bauen sollten, also Assekuradeure oder sogar Versicherer werden. Im Massengeschäft werden Roboberater wichtig, aber sie gehören nicht den Versicherern, sondern Apple, Google oder Samsung. „Hey Siri, brauche ich eine Unfallversicherung?“ „Ja, die brauchst Du, soll ich eine günstige für Dich finden?“
- Die hohen Garantien für Lebensversicherungen aus der Vergangenheit sind nicht für alle Gesellschaften haltbar und werden bei einer ganzen Reihe von ihnen durch Anbieter und Bafin reduziert werden. Die fondsgebundenen Produkte werden einen schweren Stand haben, gewinnen werden eher klassische Policen mit Beitragsgarantie – gefördert auch durch die betriebliche Altersversorgung und ein reformiertes Riester-System. Die Kosten der Lebensversicherung werden drastisch sinken, dafür sorgen auch Regierungen und Parlamente.
- Die Umwälzung des Marktes führt dazu, dass auch einige halbseidene Anbieter mit schlechten Produkten Erfolg haben werden. Ratingagenturen wie Assekurata werden in dieser Phase noch mehr als Frühwarneinrichtungen gebraucht als vorher. Sie werden neue Formen der Unternehmensbeurteilung entwickeln müssen, die auch die Validität der Algorithmen von Fintechs in die Bewertung einbeziehen.

IMPRESSUM

***ASSEKURATA* PUNKT!**
Nr.58/Jahrgang 2016

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.

20 JAHRE 1996-2016

ASSEKURATA

UNSERE INFORMATIONEN SCHAFFEN WERTE.