

ASSEKURATA

Punkt!

02.12.2014

Unsere Themen:

-
- *Die generelle Portabilität der Alterungsrückstellungen in der privaten Krankenversicherung - Auswirkungen aus Sicht einer Rating-Agentur*

Von Diplom Mathematiker Volker Altenähr, Mitglied des Assekurata-Ratingkomitees und Dr. Reiner Will, Geschäftsführender Gesellschafter der ASSEKURATA Assekuranz Rating-Agentur GmbH

- *Der Assekurata FONDS-TACHO*
 - *Ratingskala und Ratingdefinition des Assekurata-Ratings*
 - *Assekurata-Ratings*
-

Vorwort

„Wahlfreiheit und individueller Versicherungsschutz gehören zu den großen Pluspunkten der Privaten Krankenversicherung“, schreibt der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) auf seiner Internetseite. Damit spannt der Verband den Bogen zum Tarifwechselrecht gemäß § 204 Versicherungsvertragsgesetz. Demnach hat jeder Versicherte das Recht, in der eigenen Versicherungsgesellschaft einen anderen Tarif mit gleichartigen Leistungen abzuschließen – und das unter Mitnahme bereits erworbener Rechte (Altersrückstellung, Gesundheitszustand etc.).

Mit den neuen Leitlinien der privaten Krankenversicherung für einen transparenteren und kundenorientierteren Tarifwechsel ist endlich Bewegung in dieses leidige Thema gekommen. Für die Kunden ergeben sich deutliche Fortschritte beim Wechsel innerhalb eines Versicherungsunternehmens, zumindest bei den Gesellschaften, die die Leitlinien für sich als maßgeblich anerkannt haben und bis spätestens Anfang 2016 umsetzen wollen. Allerdings stellt sich zugleich die weitergehende Frage nach einer generelleren Wechselmöglichkeit zwischen den Gesellschaften. Diese knüpft dann unmittelbar an das Thema einer Portabilität der Alterungsrückstellungen an.

Im Folgenden haben wir gemeinsam mit unserem Ratingkomitee-Mitglied, Volker Altenähr, diese Fragestellung aus der Perspektive einer Ratingagentur betrachtet. Anders gesagt, wo sind hier potenzielle Einflussfaktoren im Hinblick auf die Bewertung von privaten Krankenversicherern?



Dr. Reiner Will

Dazu untersuchen wir mögliche Auswirkungen einer generellen Portabilität auf die dem Assekurata-Unternehmensrating zugrunde liegenden Teilqualitäten. Dabei zielen die Teilqualitäten *Sicherheit*, *Erfolg*, *Beitragsstabilität* und auch *Wachstum* primär auf die finanzielle Situation und Stärke eines privaten Krankenversicherers. Die *Kundenorientierung* hingegen fokussiert auf die Abwicklung des Geschäftes im Kundeninteresse. Hierzu gehören auch die Zufriedenheit und die Bindung der Kunden im Hinblick auf die gebotenen Leistungen und den Preis, den die Kunden für den Versicherungsschutz bezahlen.

Viel Spaß bei der Lektüre.

Ihr

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

Die generelle Portabilität der Alterungsrückstellungen in der privaten Krankenversicherung - Auswirkungen aus Sicht einer Rating-Agentur

Von Diplom Mathematiker Volker Altenähr, Mitglied des Assekurata-Ratingkomitees und Dr. Reiner Will, Geschäftsführender Gesellschafter der ASSEKURATA Assekuranz Rating-Agentur GmbH

Das Thema Wechselmöglichkeit eines Bestandversicherten ist eng verknüpft mit der Thematik der Bezahlbarkeit der Beiträge im Fall hoher Beitragsanpassungen und speziell der Bezahlbarkeit der Beiträge im Alter. Dabei ist die Möglichkeit, den Krankenversicherer unter Mitnahme seiner Alterungsrückstellung wechseln zu können, aus der individuellen Kundenperspektive eine an sich vordergründig attraktive Option.

Unzufriedene Kunden, sei es aufgrund der Beitragsentwicklung, aber auch aus anderen Gründen, könnten das Unternehmen verlassen und sich unter Anrechnung der Alterungsrückstellung Versicherungsschutz bei einem anderen Krankenversicherer suchen. Ceteris Paribus könnte sich dies positiv auf die gemessene *Kundenzufriedenheit* in einem Ratingprozess auswirken. Denn unzweifelhaft ist das Thema Beitragsentwicklung eng mit der *Kundenzufriedenheit* verbunden. Faktisch würde aber die Wechseloption zu einer geringeren *Kundenbindung* führen, da es in Folge von Beitragsanpassungen zu vermehrten Austritten käme. Insgesamt dürften sich die Kunden, ihrer weitreichenden Wechseloption bewusst, ungebundener fühlen und sich dementsprechend verhalten.

Die Wechseloption hätte aber nur dann eine nachhaltig zufriedenstellende Wirkung, wenn sowohl gesunde als auch erkrankte Versicherte davon Gebrauch machen könnten. Hier stellt sich dann auch die Frage nach der Höhe der Alterungsrückstellung, die im Falle eines Wechsels zu übertragen wäre.



Volker Altenähr

Vorab muss aber beim Unternehmenswechsel differenziert werden, wann der private Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen wurde. Denn in Abhängigkeit vom Zeitpunkt des Vertragsabschlusses gibt es bereits eine gewisse Portabilität der Alterungsrückstellungen.

Ausgangspunkt dafür war das Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG). Danach müssen gemäß § 204 Abs. 1 Nr. 2 a VVG bei privaten Krankenvollversicherungsverträgen, die ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurden, die kalkulierten Alterungsrückstellungen in Höhe des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, bereits jetzt an den neuen Versicherer übertragen werden.

Es werden also Alterungsrückstellungen in der Höhe übertragen, wie sie sich ergeben hätten, wenn der Versicherte von Beginn an im Basistarif versichert gewesen wäre, jedoch nicht mehr, als nach dem alten Tarif zu übertragen gewesen wären. Sah also der alte Tarif insgesamt geringere Leistungen vor als der Basistarif, werden auch entsprechend weniger Alterungsrückstellungen übertragen. Im Fall eines hochwertigen Versicherungsschutzes mit höheren Alterungsrückstellungen wird hingegen maxi-

mal die Alterungsrückstellung gemäß Basis-tarif übertragen.

Der übrige Teil wird im Stornofall vererbt, verbleibt also im Kollektiv der Versicherten. Der verbleibende Teil hängt damit vom Umfang des vereinbarten Versicherungsschutzes, aber auch von der Vertragslaufzeit ab, da die Rückstellung mit zunehmender Vertragslaufzeit anwächst.

Allerdings kann der Versicherte bei seinem bisherigen Versicherer eine Zusatzversicherung abschließen, auf die verbleibenden Teile der Alterungsrückstellung, die nicht übertragen worden sind, angerechnet werden (§ 204 Abs. 1 Satz 2 VVG). In der Praxis spielt diese Option aus Sicht von Assekurata allerdings nur eine geringe Rolle, da Kunden, die das Unternehmen wechseln wollen, wenig Interesse haben, beim alten Versicherer weitere Verträge abzuschließen. Der Basisstarif wurde zum 01.01.2009 eingeführt. Sein Leistungsversprechen ist analog zu dem der GKV. Darüber hinaus besteht Kontrahierungszwang, Risikozuschläge oder -ausschlüsse sind also nicht möglich. Sofern der wechselnde Kunde beim neuen Versicherer einen anderen Vollkostentarif abschließen möchte, unterliegt er allerdings einer Risikoprüfung. Daher ist die Wechseloption aus der Kundenorientierungsperspektive nur begrenzt attraktiv, sie steht faktisch vornehmlich nur den gesunden Versicherten offen.

Da der Basisstarif einen normierten Preis und einheitliche Bedingungen aufweist, ergeben sich für den Kunden beim Wechsel in den Basisstarif eines anderen Versicherers keine wesentlichen Vorteile. So verwundert es nicht, dass laut Rechenschaftsbericht des PKV-Verbandes bis Ende 2013 lediglich 900 Vollversicherte in den Basisstarif eines anderen Versicherers gewechselt haben. Der Übergang in den Basisstarif findet also primär beim ursprünglichen Versicherer statt. Bis 2013 haben davon 11.400 Versicherte Gebrauch gemacht, was eben-

falls eine recht geringe Anzahl darstellt. Ausschlaggebend dafür ist sicherlich auch, dass der Basisstarif für Bestandsversicherte mit hohen Beiträgen sowohl vom Leistungsumfang als auch vom Preis keine zweckmäßige Alternative ist. In der überwiegenden Zahl der Fälle erfolgt der Wechsel unter Mitnahme des Übertragungswerts in einen anderen Vollkostentarif eines anderen Versicherers.

Da die Mitgabe der Übertragungswerte eine Leistung darstellt, musste sie ab dem 01. Januar 2009 in die Beiträge einkalkuliert werden, was im Neugeschäft zu Beitragserhöhungen führte. Grundsätzlich ist zu erwähnen, dass die PKV kein individueller Sparvertrag, sondern eine Risikoversicherung ist. Die Alterungsrückstellung ist vertraglich vereinbart und soll dabei helfen, den altersbedingten Beitragsanstieg zu dämpfen.

Die Tarife sind dabei so kalkuliert, dass neben Schäden, Sterbewahrscheinlichkeit und Kosten auch Stornowahrscheinlichkeiten einfließen. Letztere wirken beitragsmindernd, da der Versicherte beim Verlassen des Kollektivs seine Alterungsrückstellung dem Kollektiv „vererbt“. Abweichungen von der Kalkulation können zu Risikoverlusten oder -gewinnen führen. Die Beitragserhöhung bei einer Mitgabeoption der Alterungsrückstellung ergibt sich aus einem notwendig niedrigeren Stornoansatz in der Kalkulation und damit einer geringeren Summe an vererbaren Alterungsrückstellungen. Beitragserhöhungen haben selbstverständlich Rückwirkungen auf die vom Kunden wahrgenommene Produktattraktivität und damit in einem Ratingprozess auf die Prüfkriterien *Wachstum* und *Kundenzufriedenheit*.

Die nachfolgende Tabelle zeigt für die 32 größten privaten Krankenversicherer die Übertragungswertsalden in % der im jeweiligen Jahr verdienten Bruttoprämien im Zeitraum 2009 bis 2013. Drei Gesellschaf-

ten machen hierzu keine Angaben.

Übertragungswertsaldo in % verdiente Bruttoprämien	2009	2010	2011	2012	2013
Allianz Private K	0,0	-0,2	-0,1	-0,1	-0,1
ALTE OLDENBURGER K	-0,1	-0,1	-0,1	0,2	0,2
ARAG K	0,0	-0,3	-0,2	-0,4	0,0
AXA K	0,0	-0,1	-0,1	0,9	0,7
Barmenia K	0,0	-0,4	-0,4	-0,1	0,0
Bayerische Beamten K	0,0	0,2	0,0	-0,1	-0,2
Central K	0,0	0,5	-0,3	-4,9	-2,2
Concordia K	0,0	0,0	-0,1	0,1	0,0
Continental K	0,0	0,2	0,3	1,2	0,9
Debeka K	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Deutscher Ring K	0,0	0,6	0,9	0,2	-0,3
DEVK K	0,0	-0,1	-0,1	0,0	0,0
DKV	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Freie Arzt- und Medizinkasse	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Gothaer K	0,0	-0,2	-0,5	-0,6	-0,7
Hallesche K	0,0	0,0	0,2	0,9	0,1
HanseMerkur K	0,1	1,2	3,0	5,3	1,7
HUK-COBURG K	0,0	0,2	0,2	0,3	0,2
Inter K	0,0	0,0	-0,2	-0,1	0,1
Landeskrankenhilfe	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
LVM K	0,0	0,1	0,1	0,2	0,3
Mannheimer K	0,0	-0,4	-1,0	-1,3	-0,3
Mecklenburgische K	0,0	0,0	1,0	2,4	0,7
Münchener Verein K	0,0	-0,3	-0,7	-0,5	-0,2
Nürnberger K	0,0	0,1	0,5	1,3	-0,1
PAX-FAM.FÜRS. K	0,0	0,0	0,1	0,3	0,2
Provincial K	0,0	0,2	-0,1	0,4	0,2
R+V K	0,0	0,1	0,2	0,5	-0,1
Signal K	0,0	-0,1	0,0	0,3	0,3
Süddeutsche K	0,0	-0,3	-0,1	0,1	0,0
Union K	0,0	0,0	-0,2	-0,3	-0,3
uniVersa K	0,0	-0,3	-0,2	0,1	0,1
Württembergische K	0,0	0,0	0,1	0,5	0,2
Markt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Negative Salden bedeuten, dass mehr Alterungsrückstellungen übertragen als empfangen wurden et vice versa. Auffällig sind vor allem die Kennzahlen im Geschäftsjahr 2012. Die Central Krankenversicherung weist mit -4,9 % den höchsten negativen Übertragungssaldo im Beobachtungszeitraum auf, während die HanseMerkur Krankenversicherung mit 5,3 % den positivsten Saldo verzeichnet. Die Vermutung liegt

nahe, dass es hier beträchtliche Wanderebewegungen von der Central Krankenversicherung zur Hanse Merkur gegeben hat.

Ursächlich dafür dürften deutliche Beitragsanpassungen bei der Central Krankenversicherung im Geschäftsjahr 2012 gewesen sein. Diese hohen Beitragsanpassungen trafen gerade Kunden in den ehemals sehr

günstigen Einsteigertarifen, welche dann auch für das Neugeschäft geschlossen wurden. Die HanseMerkur wiederum macht seit einiger Zeit mit besonders günstigen Krankenversicherungsprodukten im Wettbewerb auf sich aufmerksam.

Die dargestellte Entwicklung kann als Indiz dafür genommen werden, dass es infolge von Beitragsanpassungen zu Übertragungen kommt und dass Preismotive hier eine hohe Bedeutung haben. Grundsätzlich entspricht dies ja auch einem Ziel der Portabilität. Wichtig ist festzuhalten, dass entsprechende Wanderungsbewegungen und die damit in Verbindung stehenden Konsequenzen keine Fiktion sind.

Am Rande sei erwähnt, dass sich der Übertragungswertsaldo in % der Bruttoprämien auch in der versicherungsgeschäftlichen Ergebnisquote gemäß Verbandsdefinition niederschlägt. Diese Quote hat in der PKV in vielen Kennzahlenbetrachtungen und vor allem auch -bewertungen einen besonders hohen Stellenwert. Sie gibt an, wie viel von den Jahresbeitragseinnahmen nach Abzug der Aufwendungen für Schäden und

Kosten in Relation zur Beitragseinnahme übrig bleibt. Der Saldo der gezahlten minus der erhaltenen Übertragungswerte wird zum Schadenaufwand addiert. Damit erhöht sich der Schadenaufwand, wenn mehr abgegeben als erhalten wurde und das versicherungsgeschäftliche Ergebnis vermindert sich et vice versa.

Bei der Interpretation der Quote ist also zu berücksichtigen, in welchem Umfang Übertragungen eine Rolle spielen und welcher Teil der Quote aus dem originären laufenden Geschäft resultiert. So können beispielsweise Gesellschaften mit positiven Übertragungswerten in einem Geschäftsjahr insgesamt höhere versicherungsgeschäftliche Ergebnisse ausweisen als sie aus ihrem originären Bestand aktuell erwirtschaften. Hierdurch sind selbstverständlich auch Wettbewerbsanreize gesetzt. Zum Vergleich sind in der folgenden Tabelle die versicherungsgeschäftlichen Ergebnisquoten der zuvor betrachteten Gesellschaften abgebildet.

Versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote*	2009	2010	2011	2012	2013
Allianz Private K	12,8	10,6	12,0	15,2	14,9
ALTE OLDENBURGER K	12,3	15,7	13,5	15,2	18,0
ARAG K	5,7	10,6	8,5	13,5	14,8
AXA K	7,2	8,4	9,2	8,0	10,2
Barmenia K	7,2	9,3	12,4	11,5	11,2
Bayerische Beamten K	3,7	8,8	11,9	11,3	13,1
Central K	3,6	9,5	15,3	23,2	21,9
Concordia K	12,1	14,7	11,3	8,7	8,1
Continental K	6,1	8,5	8,8	8,9	11,4
Debeka K	5,6	8,1	9,1	8,1	10,8
Deutscher Ring K	7,5	9,0	13,3	16,2	16,1
DEVK K	15,1	16,5	17,0	17,4	13,1
DKV	9,2	13,5	13,8	16,4	15,4
Freie Arzt- und Medizinkasse	3,8	12,5	22,2	16,6	14,1
Gothaer K	9,4	10,9	11,5	12,9	15,8
Hallesche K	11,1	14,1	11,0	13,0	17,8
HanseMerkur K	8,7	7,7	9,2	12,4	15,0
HUK-COBURG K	4,9	6,6	8,8	9,7	8,5
Inter K	8,4	16,1	15,6	13,1	13,3
Landeskrankenhilfe	12,7	21,4	21,4	20,9	20,7
LVM K	11,7	11,6	11,7	11,2	14,5
Mannheimer K	0,9	6,2	11,3	11,3	14,2
Mecklenburgische K	21,0	31,0	22,4	18,9	30,1
Münchener Verein K	3,9	9,5	15,4	16,5	14,7
Nürnberger K	11,8	10,6	6,5	10,4	17,7
PAX-FAM.FÜRS. K	8,1	11,4	12,5	12,9	13,5
Provincial K	8,1	14,1	17,9	20,1	18,7
R+V K	10,4	9,9	9,2	10,8	14,5
Signal K	12,9	12,6	14,9	14,5	11,0
Süddeutsche K	8,5	11,6	11,2	11,2	9,9
Union K	3,0	8,8	13,0	13,3	16,1
uniVersa K	9,8	12,7	11,8	12,6	14,6
Württembergische K	9,6	8,1	10,1	11,1	13,0
Markt	8,1	10,7	12,0	13,0	13,6

*Versicherungsgeschäftliches Ergebnis (PKV-Verband) in % verdiente Bruttoprämien

Portabel sind dabei auch Rückstellungen, die durch Zahlung des gesetzlichen Zuschlags entstehen. Sie sind in voller Höhe zu übertragen. Dieser Zuschlag wurde im Zuge der Gesundheitsreform eingeführt. Private Krankenversicherer sind demnach seit dem 1. Januar 2000 dazu verpflichtet, im Neugeschäft einen Beitragszuschlag von zehn Prozent zu erheben. Dieser wird ab dem 21. Lebensjahr des Versicherten erst-

mals erhoben und ist bis zum 60. Lebensjahr zu zahlen. Die finanziellen Mittel werden ohne einen Abzug von Kosten verzinslich angelegt und ab dem 65. Lebensjahr zur Abmilderung von Beitragsanpassungen eingesetzt. Nach dem 80. Lebensjahr werden noch vorhandene Mittel genutzt, um die Monatsraten dauerhaft zu vermindern.

Während also eine umfängliche Portabilität der Rückstellungen aus gesetzlichem Zu-

schlag sowie eine teilweise Portabilität der Alterungsrückstellungen für Verträge ab dem 01.01.2009 gilt, stellt sich die Frage nach dem übrigen Bestand, also Verträgen, die vor dem 01.01.2009 abgeschlossen wurden. Mit diesen Bestandsversicherten ist vertraglich keine Portabilität vereinbart. Vor allem für sie stellt sich die Frage nach den Auswirkungen einer Portabilität, sofern dies rechtlich überhaupt machbar wäre. Das ist auch von besonderer wirtschaftlicher Relevanz, da ein Großteil der marktweit vorhandenen Alterungsrückstellungen auf diese Versicherten entfällt.

Eine juristische Würdigung soll an dieser Stelle nicht erfolgen, auch soll das damit sehr eng verknüpfte Thema der Portabilität in Richtung GKV nicht näher betrachtet werden. Dieser Artikel dient nicht dazu, die Ausgestaltung des dualen Gesundheitssystems am Thema der Alterungsrückstellungen festzumachen, dies erscheint wenig zweckmäßig. Erwähnenswert, weil häufig zu kurz kommend in dieser Diskussion, ist aber, dass in der PKV bereits Sozialtarife (Standard- und Basistarif) bestehen, auf die Bestandsversicherte zurückgreifen können, die dann auch insbesondere beim Standardtarif mit einer deutlichen Beitragsminderung einhergehen. Der Umfang des Versicherungsschutzes der GKV wird dabei nicht unterschritten.

Für Altversicherte ist die Ausgangssituation beim Thema Portabilität schwierig, weil wie erwähnt, weder eine vertragliche noch eine kalkulatorische Grundlage dafür existiert. Unterstellt man aber modellhaft eine solche Option, das heißt analog zum Basistarif wäre ein normierter Teil der Alterungsrückstellung beim Wechsel übertragbar, lassen sich verschiedene Wirkungen in Bezug auf Kunden und Versicherungsgesellschaft sowie letztlich damit in Richtung Rating erörtern.

Die Portabilität auf Grundlage der Übertragungswerte des Basistarifs für Versicherte

ab dem 01.01.2009 zeigt, dass von dem normierten Übertragungswert vornehmlich „Gesunde Risiken“ profitieren. Nach den vorliegenden empirischen Belegen sind primär gesunde Versicherte in der Lage und bereit, ihren Krankenversicherer zu wechseln, während die kranken und auch die alten Versicherten die Veränderung und damit den Wechsel scheuen.

Der Wechsel von Gesunden unter Mitnahme von Alterungsrückstellungen impliziert allerdings für die verbleibenden Versicherten einen nicht unerheblichen Nachteil in Form von hohen Beitragsanpassungen. Grund dafür ist eine negative Risikoselektion, man spricht auch von Antiselektion. Wechseln aufgrund von Beitragsanpassungen tendenziell die besseren Risiken, verschlechtert sich die Risikostruktur des verbleibenden Bestandes.

Folglich muss der Versicherer die Prämien weiter erhöhen und es kann ein „Sogefekt“ entstehen, so dass immer mehr Versicherte, die wechseln können, das Unternehmen verlassen und weitere Beitragsanpassungen folgen. Aufnehmende Unternehmen verbessern hingegen ihre Wettbewerbsposition. Die verschlechterte Wettbewerbsposition des Modellunternehmens basiert auf den Folgen der negativen Risikostruktur.

Vor dem 01.01.2009 beginnende Verträge wurden geschlechtsabhängig kalkuliert. Man kann daher davon ausgehen, dass für eine etwaige Umstellung in Tarife mit Portabilität die Bisextarife aus der Zeit zwischen 01.01.2009 und 31.12.2012 infrage kämen oder aber eine komplette Neukalkulation auf Bisexbasis. Aus der Struktur der (vereinfachten) Formel zur Neu- und Nachkalkulation sieht man bereits, dass der Beitragsschub beträchtlich wäre. Die im Folgenden verwendeten Abkürzungen bedeuten:

- P_x = Jahresnettobeitrag eines x-Jährigen
- P_{x+K} = Jahresnettobeitrag eines x+k-Jährigen
- kV_x = Alterungsrückstellung eines x-

Jährigen nach k-Jahren

- \ddot{a}_{x+k} = Rentenbarwert eines x+k-Jährigen

$$P_x = P_{x+k} - kV_x / \ddot{a}_{x+k} = P_{x+k} - (P_{x+k} - P_x) * \ddot{a}_{x+k} \quad (1)$$

Bei einer Neukalkulation mit verminderten oder wegfallenden Stornowahrscheinlichkeiten erhält man analog zu (1):

$$P(\text{neu}) = P'_{x+k} - kV_x / \ddot{a}'_{x+k} \quad (2)$$

Die mit ' gekennzeichneten Größen sind mit den neuen Rechnungsgrundlagen berechnet. P'_{x+k} ist der Beitrag zum erreichten Alter zum Zeitpunkt der Umstellung bzw. Neukalkulation, kV_x die zu diesem Zeitpunkt vorhandene Alterungsrückstellung (alte Rechnungsgrundlagen), \ddot{a}'_{x+k} der Barwert (Restlaufzeit bewertet mit Zins, Sterblichkeit, und verminderter, ggf. wegfallender Stornowahrscheinlichkeit).

Aus (2) und (1) folgt: $P(\text{neu}) = P'_{x+k} - ((P_{x+k} - P_x) * \ddot{a}_{x+k}) / \ddot{a}'_{x+k} \quad (3)$

Der Vergleich von (3) und (1) zeigt den Erhöhungseffekt:

$P'_{x+k} > P_{x+k}$ und $\ddot{a}_{x+k} < \ddot{a}'_{x+k}$ in beiden Fällen ist der Grund die verminderte bzw. wegfallende Stornowahrscheinlichkeit. Der Neuzugangsbeitrag P'_{x+k} erhöht sich, der Anrechnungsbetrag aus der vorhandenen Alterungsrückstellung wird kleiner wegen $\ddot{a}_{x+k} / \ddot{a}'_{x+k} < 1$.

Aus Simulationen lässt sich ableiten, dass bereits ein Abgang von 3 - 4 % der Versicherten mit niedrigem Anspruchsniveau, dies sind gute Risiken mit vergleichsweise noch geringen Alterungsrückstellungen, eine erhebliche Verschlechterung der Bestandsqualität nach sich ziehen kann. Am Beispiel eines mittelgroßen Krankenversicherers lässt sich dies modellhaft nachvollziehen.

Das Unternehmen hat ca. 135.000 Bisex-Versicherte, für die eine Alterungsrückstellung gebildet wurde. Diese betrug am 31.12.2013 3,4 Mrd. €, (einschließlich Pflegepflichtversicherung). Als Schätzwert ergibt sich pro Person eine Alterungsrückstellung von ca. 27.000 € für Nichtbeihilfe-

berechtigte, für Beihilfeberechtigte von ca. 11.000 €. Als Folge einer Beitragserhöhung im Bereich der Nichtbeihilfeberechtigten würde sich bei einem angenommen Bestandsabgang von 4 % ein Kapitalabfluss von ca. 100 Mio. € ergeben sowie mittelfristig eine Erhöhung des Schadenniveaus um bis zu 5 %, was sich auf die Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens negativ auswirken würde. Weil sich die Risikostruktur im Bestand verschlechtert, würden sich zudem auch die Aufwendungen für Gesundheitsmanagement und Schadenregulierung erhöhen.

Die Chancen, den skizzierten Sogeffekt zu stoppen, sind begrenzt. Naiv wäre es zu glauben, dass in einer solchen Situation neue, günstigere Tarife eine Lösung seien. Zum einen muss der Modellversicherer neue Tarife auf der Basis seines bestehenden Bestandes, das heißt mit verschlechterter Risikostruktur kalkulieren, was den Beitrag vermutlich unattraktiv macht. Zum anderen können Altversicherte in die neuen Tarife im Bestand wechseln, was dort wiederum durch die Risikostrukturverschlechterung beitrags erhöhend wirkt.

Für das Rating des Modellversicherers ergeben sich verschiedene negative Implikationen. Zunächst steigen die Risikokosten und damit verschlechtert sich die *Erfolgslage* sowie deren Bewertung im Rating. Infolge der hohen Beitragsanpassungen leidet die Beurteilung der *Beitragsstabilität*. Die Wettbewerbssituation verschlechtert sich und folglich auch die Beurteilung des *Wachstums*.

Für die Branche insgesamt würde die notwendige veränderte Kalkulation infolge der Einführung zu einem einmaligen Beitragschub führen. Danach würde die Wechselmöglichkeit unter Mitnahme der Alterungsrückstellung zu einem Nullsummenspiel, was die einen an Versicherten gewinnen, verlieren die anderen Unternehmen, wobei letztere in der Folge ebenfalls

wachsen und zwar durch überproportional hohe Beitragserhöhungen. Wegen hierauf folgender weiterer Bestandsverluste, bleibt allerdings offen, wie viel davon verbleibt. Das kann letzten Endes auch bei guter Kapitalausstattung die Sicherheit des Unternehmens gefährden bis hin zu dem Erfordernis, von einem anderen Unternehmen übernommen zu werden oder aber von Mediator. Insoweit wird auch das Thema *Unternehmenssicherheit* im Rating beeinträchtigt.

Unter Sicherheitsaspekten ist darüber hinaus zu berücksichtigen, dass die heute bestehende Vererbung von Alterungsrückstellungen bei Verlassen des Kollektivs ein sicherheitsförderndes Instrument ist. In Kombination mit der Beitragsanpassungsmöglichkeit sind private Krankenversicherer in der Lage, ihr Geschäft mit vergleichsweise geringen Sicherheitsmittelanforderungen zu betreiben. Beides wirkt sich auch auf die neuen Sicherheitsmittelanforderungen nach Solvency II aus.

So sind die PKV-Unternehmen nach unseren Erkenntnissen auch im Hinblick auf die Erfüllung der neuen Anforderungen insgesamt gut aufgestellt. Eine Portabilität der Alterungsrückstellungen würde hier zu einer erheblichen Beeinträchtigung beitragen, da mit jeder Beitragsanpassung die Gefahr von Wanderungsbewegungen gegeben wäre. Infolge dessen müsste dieses Risiko auch in die Solvency-II-Berechnung Eingang finden, was letztlich die Sicherheitsmittelanforderungen und insgesamt die Risikobewertungen privater Krankenversicherer massiv verändern könnte.

Jenseits der negativen Wirkungen auf das Rating bleibt festzuhalten, die Portabilität schwächt die zurückgebliebenen kranken und alten Versicherten. Der Wettbewerb in einem solchen Modell würde sich vor allem auf die guten Risiken fokussieren. Zu befürchten ist auch, dass der Wettbewerb vor allem über den Preis und wenig über die

Leistungsqualität der Tarife ausgetragen würde. Tarifwechsel zwischen den Unternehmen würde im Wettbewerb eine viel stärkere Bedeutung erlangen, was mit einem Anstieg der Provisionen einhergehen könnte.

Bis dato gingen die Überlegungen davon aus, dass ein normierter Teil der Alterungsrückstellungen übertragen wird. Damit auch kranke Versicherte unter Mitgabe der Alterungsrückstellung wechseln könnten, müssten diese eine individuelle risikoadäquate Alterungsrückstellung mitbekommen, die ihr Morbiditätsrisiko genau abbildet. Das hätte aber auch zur Folge, dass gesunde Risiken deutlich weniger Alterungsrückstellungen erhalten müssten als im normierten Durchschnitt.

Der individuelle Krankheitsverlauf und die damit verbundenen Kosten sind allerdings nicht vorhersehbar. Das Risiko Krankheit wird nach den im Durchschnitt anfallenden Leistungen in einem Tarifkollektiv erfasst. Es gehört zum Wesen der Versicherung, dass einzelne Risiken, deren Höhe und Eintritt in der Zukunft unbekannt sind, auf möglichst viele Schultern verteilt werden. Damit stößt auch die Kalkulation der individuellen Alterungsrückstellung an ihre Grenzen.

Zudem müsste in einer solchen Kalkulation Berücksichtigung finden, dass private Krankenversicherungstarife durch unterschiedliche Leistungsniveaus und eigene technische Bewertungsgrundlagen gekennzeichnet sind, was praktisch unmöglich erscheint. Zugespitzt müssten nicht nur die individuellen zukünftigen Krankheiten vorhergesehen werden, sondern der Einzelne müsste diese auch noch selbst finanzieren. Abgesehen davon entstände ein starker Interessenkonflikt um die Höhe einer adäquaten individuellen Alterungsrückstellung zwischen kranken und gesunden Wechselwilligen sowie dem Kollektiv der Verbleibenden.

Eine Mitgabe individueller Alterungsrückstellungen würde auch einen Kontrahierungszwang voraussetzen. Denn nur dann wäre gewährleistet, dass auch kranke Versicherte problemlos wechseln könnten. Allerdings könnten sich durch Wanderungsbewegungen die Krankheitsrisiken zwischen den Gesellschaften unterschiedlich verteilen. Dies würde Wettbewerbsverzerrungen nach sich führen.

Daher müsste ein Risikoausgleich zwischen den Gesellschaften geschaffen werden. Risikoausgleiche sind über den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (MorbiRSA) und auch im Basistarif bekannt. Sie basieren auf der Grundlage normierter Tarifleistungen. Die Normierung ist an dieser Stelle eine Voraussetzung für eine einheitliche Abrechnung und eine Vermeidung von Spekulationen gegen den Pool. In letzter Konsequenz erfordert der Poolausgleich dann einen Einheitstarif. Das wiederum würde einen Wettbewerb im Leistungsbe- reich, welcher ein Wesensmerkmal der PKV ist, ausschließen.

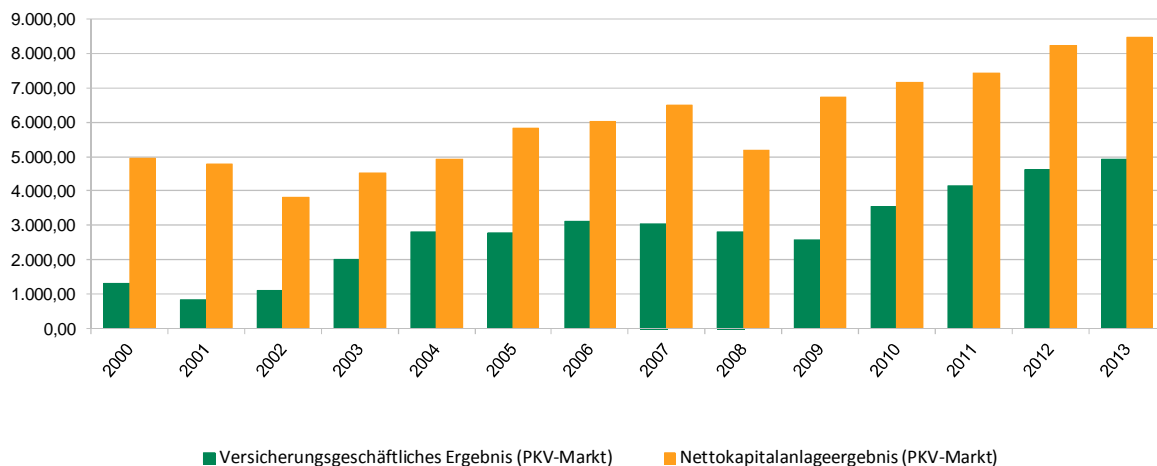
Damit hätte die Portabilität auch starken Einfluss auf die Produktgestaltung, welche Gefahren der Fehlsteuerung mit sich führen würde (Billig- oder Einheitstarife). Dies konterkariert ein wesentliches Ziel der Portabilität, dass die Unternehmen in einen stärkeren Leistungswettbewerb treten.

Gerade hier stellen wir im Rahmen unserer Tarifanalyse, welche wir seit Anfang 2014 in der privaten Krankenversicherung durchführen, eine Veränderung im Markt fest. Ausgehend von deutlichen Leistungsunterschieden in den Tarifen sind einige Gesellschaften zunehmend bemüht, die Qualität der Tarifbedingungen für den Kunden zu verbessern.

Unabhängig davon, ob Alterungsrückstellungen normiert oder individuell weitergegeben würden, führt dies zu einem Kapitalabfluss, den die Unternehmen durch die Auflösung von Aktiva finanzieren müssten. Die Alterungsrückstellungen sind heute in der Regel langfristig am Kapitalmarkt angelegt. Indikator dafür ist die modifizierte Duration, welche PKV-weit Ende 2013 nach unseren Erkenntnissen bei knapp unter 8 % lag und in der Lebensversicherung im Vergleich bei rund 9 %.

Die Unternehmen wären gezwungen, langfristige Kapitalanlagen gegen mittel- und kurzfristige zu tauschen. Dies ginge mit deutlichen Renditeeinbußen einher. Angesichts des Umfangs und der Bedeutung der Kapitalanlageergebnisse wäre dies für die Erfolgsbeurteilung im Rating kritisch. Die nachfolgende Grafik zeigt hierzu im Zeitvergleich versicherungsgeschäftliches Ergebnis und Nettokapitalanlageergebnis für den Gesamtmarkt.

Versicherungsgeschäftliche Ergebnisse und Nettokapitalanlageergebnisse in Mio. €



Auch für die Beitragsstabilität ergeben sich negative Implikationen, dient doch das Kapitalanlageergebnis dazu, den Kalkulationszins und darüber hinaus einen Überzins zu erwirtschaften. Der insbesondere über RfB-Mittelzuführungen zur Beitragsentlastung im Alter dient. Rückläufige Kapitalanlageerträge führen letztlich zu steigenden Beitragsanpassungen.

Fazit

Ratingimplikationen aus einer umfassenden Portabilität der Alterungsrückstellungen in der PKV

- Eine Wechseloption kann die *Kundenzufriedenheit* kurzfristig erhöhen. Dem gegenüber stehen aber Beitragserhöhungen, die das Zufriedenheitsniveau dämpfen werden. Die *Kundenbindung* wird insgesamt zurückgehen.
- Durch Antiselektion wird die *Beitragsstabilität* für viele Kunden gefährdet. Vor allem Beitragserhöhungen werden zu Wanderungsbewegungen von Versicherten mit überwiegend gutem Gesundheitszustand führen, mit negativen Folgen für die künftige Beitragsstruktur der abgebenden Unternehmen.
- Bei den von Antiselektion betroffenen Unternehmen verschlechtern sich die versicherungsgeschäftlichen Ergebnisse. Darüber hinaus wird sich das Erforder-

nis, entsprechend viel Kapital für die abwandernden Versicherten bereitzustellen, negativ auf das Kapitalanlageergebnis auswirken. Das zusammen wird den *Unternehmenserfolg* beeinträchtigen, welcher Voraussetzung für eine *kundenorientierte Beitragspolitik* (Stichwort Beitragsentlastung im Alter) ist.

- Die Aufwendungen für Gesundheitsmanagement und Schadenregulierung werden sich bei den betroffenen Unternehmen erhöhen, weil sich die Risikostruktur im Bestand verschlechtert. Auch dies beeinträchtigt die *Erfolgslage*.
- Das *Wachstum* der vollversicherten Personen innerhalb der Branche wird ein Nullsummenspiel, allerdings mit zusätzlichen Vertriebskosten. Die von Antiselektion betroffenen Unternehmen werden zwar hohe Wachstumsraten ausweisen, diese basieren aber auf überproportionalen Beitragsanpassungen.
- Langfristig wird ein fortlaufender Abgang guter Risiken für die betroffenen Unternehmen auch ein *Sicherheitsrisiko*, selbst bei guter Eigenkapitalausstattung. Die Sicherheitsmittelanforderungen nach Solvency II dürften steigen.

Der Assekurata FONDS-TACHO

Bei Abschluss einer fondsgebundenen Lebens- und Rentenversicherung können Versicherungskunden aus einer breiten Anzahl an Investmentkonzepten wählen. Häufig hat der Kunde dabei die Möglichkeit, die für ihn individuell geeigneten Investmentfonds frei auszusuchen und zu besparen. Mehr noch: Er kann die Fonds sogar während der Vertragslaufzeit gegen vermeintlich bessere austauschen.

Die Schwierigkeit dabei ist, die guten von den schlechten Fonds zu unterscheiden. Denn Informationen über die Qualitäten der Fonds sind in der Regel nur sehr aufwändig zu beschaffen oder sie sind so aufbereitet, dass sie für den Laien schwer nachvollziehbar sind. Dies führt dazu, dass viele Kunden keine optimale Fondsauswahl treffen (können) und auch von dem vertraglich vereinbarten Recht zum Fondswechsel keinen Gebrauch machen. Gerade bei der Altersvorsorge, deren Ansparprozess sich über einen langen Zeitraum erstreckt, sollten Versicherungskunden mit fondsgebundenem Vertrag jedoch in regelmäßigen Abständen ein Auge auf die Entwicklungen am Fondsmarkt werfen. Schließlich hängt die Rendite ihrer Altersvorsorge unmittelbar von der Qualität und Performance der zugrunde liegenden Fonds ab. Die Erfahrung hat gezeigt, dass sich das Qualitätsgefüge von Investmentfonds mit der Zeit deutlich verschieben kann, beispielsweise bei größeren Kapitalmarktschwankungen, der Auflage neuer Fonds oder dem Wechsel des Managements bei einem bestehenden Fonds.

Der speziell auf die Informationsbedürfnisse in der Assekuranz zugeschnittene FONDS-TACHO von Assekurata analysiert Fonds in ihrem individuellen Wettbewerbsvergleich. Damit können sich Kunden, Vermittler und weitere Interessenten von der Qualität der Fonds überzeugen – prägnant und intuitiv verständlich.

Die folgende Aufstellung zeigt den FONDS-TACHO für fünfzehn bekannte und volumenstarke Fonds, die auch häufig im Produktangebot von Lebensversicherern zu finden sind.

Überdurchschnittliche Fonds in Fondspolice / Kategorie: Aktien Deutschland

Auszug des Handelsblatt-Portfolios im FONDS-TACHO

Fondsname	ISIN	Fonds-kategorie	Kosten TER [% / p.a.]	Rendite [% / p.a.]			Fondsvergleich				Assekurata FONDS-TACHO
				3 Jahre	5 Jahre	10 Jahre	Rendite	Risiko	Reaktions- vermögen	Risiko- entlohnung	
Pioneer Investments German Equity A ND	DE0009752303	Aktien Deutschland	1,61	9,89	21,64	11,52					
Baring German Growth Trust EUR Acc	GB0008192063	Aktien Deutschland	1,57	11,46	23,87	12,18					
Concentra - A - EUR	DE0008475005	Aktien Deutschland	1,81	11,73	23,38	10,92					
DWS Aktien Strategie Deutschland	DE0009769869	Aktien Deutschland	1,45	13,06	27,50	13,38					
DWS Deutschland	DE0008490962	Aktien Deutschland	1,40	12,36	25,33	14,09					
Fidelity Funds - Germany A- EUR	LU0048580004	Aktien Deutschland	1,91	11,79	21,98	11,27					
Metzler Aktien Deutschland AR	DE0009752238	Aktien Deutschland	2,08	9,61	19,92	10,59					
Allianz Vermögensbildung Deutschland - A - EUR	DE0008475062	Aktien Deutschland	1,79	10,19	22,31	11,33					
JPM Germany Equity A Dis EUR	LU0111753843	Aktien Deutschland	1,90	9,61	20,19	10,43					
Julius Baer EF German Value- EUR B	LU0048167497	Aktien Deutschland	1,90	9,78	20,52	10,17					

Alle Angaben ohne Gewähr.

Datenstand: März 2014

Allgemeine Erläuterungen zum Assekurata FONDS-TACHO

Der FONDS-TACHO zeigt auf, wie sich ein Fonds - gemessen an seiner Vergleichsgruppe - in der Vergangenheit entwickelt hat. In die Gesamtbeurteilung eines Fonds fließen Kennzahlen zur Rendite und zur Risikoentlohnung zu jeweils 30 % sowie Kennzahlen zum Risiko und zum Reaktionsvermögen zu jeweils 20 % ein. Dem Altersvorsorgegedanken entsprechend werden langfristige Kennzahlenausprägungen innerhalb der Bewertungskategorien höher gewichtet als kurzfristige. Die jeweilige Vergleichsgruppe bemisst sich individuell anhand der Ausrichtung und Investitionen des einzelnen Fonds.

In der Gesamteinschätzung wird jeder Fonds auf einer fünfstufigen Skala eingeordnet. Die Einstufung richtet sich danach, wie sich der Fonds im gewichteten Durchschnitt der Kennzahlen über alle Kategorien positioniert.

- 0 % - 20 %: weit unterdurchschnittlich
- 21 % - 40 %: unterdurchschnittlich
- 41 % - 60 %: durchschnittlich
- 61 % - 80 %: überdurchschnittlich
- 81 % - 100 %: weit überdurchschnittlich

Das Ergebnis ist grafisch über den FONDS-TACHO direkt ablesbar:



Der FONDS-TACHO zeigt für jeden Fonds auf einen Blick die Gesamteinstufung an. Anhand der daneben angeordneten Balken lässt sich ablesen, wie sich der Fonds für die einzelnen Bewertungskategorien in seiner Vergleichsgruppe einreicht. Breite und Farbe der Balken spiegeln dabei die Vorteilhaftigkeit aus Anlegersicht wider. In den Fondsvergleich gehen insgesamt 16 Kennzahlen ein. Die dargestellten Kennzahlenwerte zu Rendite und Kosten dienen der ergänzenden Information.

Beurteilungskategorien

Rendite: Die Rendite ist ein Maß für die Wertentwicklung des Fondsinvestments. Sie gibt an, wie sich das eingesetzte Kapital im Fonds nach Kosten (also abzüglich der TER, Definition siehe unten) verzinst hat.

Risiko: Zur Darstellung des Risikos eines Fonds wird die Volatilität genutzt, die ein Maß für die Schwankungsbreite innerhalb eines bestimmten Zeitraums ist. Sie misst, wie weit ein Fondswert von seinem Monatsmittelwert abweicht. Je größer die Schwankungen, desto größer die Volatilität und damit das Risiko des Fonds. Darüber hinaus wird der maximal innerhalb einer Periode eingetretene Wertverlust bei der Risikoeinschätzung herangezogen.

Reaktionsvermögen: Das Reaktionsvermögen misst, wie stark ein Fonds die Bewegungen eines vergleichbaren Marktes nachvollzieht (Reaktion auf Marktentwicklungen). Dabei werden sowohl positive als auch negative Marktentwicklungen berücksichtigt.

Risikoentlohnung: Die Risikoentlohnung wird durch die Sharpe Ratio dargestellt. Diese Kennzahl betrachtet die Rendite eines Fonds in Abhängigkeit des eingegangenen Risikos. Berechnet wird die Sharpe Ratio, indem von der tatsächlich erzielten Rendite die als risikolos angenommene Rendite (also die Rendite, die beispielsweise mit Bundesanleihen erzielbar wäre) abgezogen wird und dann durch das eingegangene Risiko des Fonds (gemessen mit der Volatilität) geteilt wird.

Kosten: Die Total Expense Ratio [TER] gibt die jährlichen Kosten für Management und Verwaltung des Fonds an. Sie wird als Prozentsatz ausgewiesen, der sich auf das durchschnittliche Fondsvolumen bezieht. Bei der Kennzahl bleiben Transaktionskosten (Kosten für Kauf und Verkauf von Wertpapieren), Ausgabe-/Rücknahmeaufschläge und erfolgsabhängige Vergütungen unberücksichtigt.

Definition des Assekurata-Ratings

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

Assekurata führt ausschließlich Rating-Verfahren durch, bei denen die Vertreter der gerateten Einheit der Agentur einen schriftlichen Auftrag zur Erstellung des Ratings gegeben haben (beauftragte Ratings). Hierbei erstellt Assekurata Unternehmensratings und Bonitätsratings.

Das **Bonitätsrating** von Assekurata bewertet die finanzielle Leistungsfähigkeit deutscher Erst- und Rückversicherungsunternehmen. Dabei werden sowohl Kernfaktoren aus der Unternehmenswelt als auch Rahmenfaktoren aus der Unternehmensumwelt beurteilt. Die Kernfaktoren umfassen sowohl quantitative Bewertungen, wie beispielsweise die Berechnung eines Value-at-Risk-Deckungsgrades als auch qualitative Bewertungen der Unternehmenssteuerung.

Im **Unternehmensrating** bewertet Assekurata deutsche Erstversicherungsunternehmen aus Sicht ihrer wesentlichen Gläubiger, der Versicherungsnehmer. Das vorgegebene Verfahren geht über den Fokus eines Bonitätsratings hinaus. Die Gesamtunternehmensqualität wird primär aus Kundensicht anhand differenzierter Teilqualitäten analysiert und bewertet. Jede Teilqualität erhält eine eigene Note, die wiederum nach einem vorgegebenen Modell zum Gesamtergebnis zusammengefasst werden. Bei den Teilqualitäten handelt es sich um die Sicherheit, den Erfolg, das Wachstum/die Attraktivität im Markt und die Kundenorientierung des Versicherers. Bei Lebensversicherern kommt zu diesen Kriterien noch die Gewinnbeteiligung/Performance hinzu und bei privaten Krankenversicherern die Teilqualität Beitragsstabilität.

Die Teilqualitäten Kundenorientierung und Unternehmenssicherheit sind beim Assekurata-Unternehmensrating K.-o.-Kriterien: Falls eine dieser beiden Teilqualitäten schlechter als „noch zufriedenstellend“ bewertet ist, wird das Gesamtrating mindestens auf die Note dieser Teilqualität abgesenkt. Assekurata sieht ein mindestens „noch zufriedenstellendes“ Ergebnis in der Teilqualität Sicherheit oder Kundenorientierung als notwendige Voraussetzung für ein mindestens „noch zufriedenstellendes“ Rating an.

Sowohl im Bonitäts- als auch im Unternehmensra-

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

Das Rating-Komitee ist das urteilsgebende Organ von Assekurata. Es diskutiert die Ergebnisse und bestimmt das endgültige Rating. Neben der fachlichen Fundierung des Urteils durch die herausragenden Marktkenntnisse der Komiteemitglieder gewährleistet das Komitee auch eine Ergebniskontrolle.

Das Assekurata-Rating-Komitee:

Interne Mitglieder

- Leitender Rating-Analyst
- Bereichsleiter Analyse Abdulkadir **Cebi**, oder Bereichsleiter Analyse Prokurist Lars **Heermann**

Externe Mitglieder

- Dipl.-Bw. Stefan **Albers**, Gerichtlich bestellter Versicherungsberater
- Diplom Mathematiker Volker **Altenähr**, ehemaliger Vorstandsvorsitzender einer Versicherungsgesellschaft, Dozent an der dualen Hochschule Baden Württemberg Mannheim
- Professor Dr. Oskar **Goecke**, Professor an der FH Köln, Institut für das Versicherungswesen
- Dr. Frank **Grund**, ehemaliger Vorstand einer Versicherungsgesellschaft
- Rolf-Peter **Hoenen**, ehemaliger Vorstand einer Versicherungsgesellschaft und ehemaliger Präsident des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV)
- Professor Dr. Hans Peter **Mehring**, Professor an der FH Köln, Institut für Versicherungswesen
- Dipl.-Kfm. Eberhard **Kollenberg**, ehemaliger Partner einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
- Professor Dr. Catherine **Grobosch**, Berufsakademie Stuttgart, Studiengangsleitung Versicherung und Honorarprofessorin
- Professor Dr. Heinrich R. **Schradin**, Direktor des Instituts für Versicherungslehre an der Universität zu Köln

Weitere Informationen erhalten Sie auf unserer Internetseite www.assekurata.de.

Die Ratingskala des Assekurata-Unternehmensratings

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

Rating	Definition	Kategorie
A++	Ein A++ geratetes Versicherungsunternehmen erfüllt die Qualitätsanforderungen und die Qualitätserwartungen der Versicherungsnehmer exzellent.	Sehr gut
A+	... sehr gut	
A	... gut	
A-	... weitgehend gut	Gut
B+	... voll zufriedenstellend	Zufriedenstellend
B	... zufriedenstellend	
B-	... noch zufriedenstellend	
C+	... schwach	Schwach
C	... sehr schwach	
C-	... extrem schwach	
D	... mangelhaft	Mangelhaft

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

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

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

Assekurata-Unternehmensratings (Stand Dezember 2014)

Lebensversicherung		Schaden-/Unfallversicherung	
Alte Leipziger Leben	A+	Debeka Allgemeine	A++
Basler Leben	A	DEVK Sach- und HUK	A++
Cosmos Leben	A++	DEVK Allgemeine	A++
Debeka Leben	A++	Gartenbau-Versicherung	A+
Hannoversche Leben	A++	HUK-COBURG Allgemeine	A++
HUK-COBURG Leben	A+	HUK-COBURG VVaG	A++
IDEAL Leben	A+	HUK24	A++
IDUNA Leben	A	IDEAL Versicherung	A
LVM Leben	A+	LVM	A++
neue Leben	A+		
PB Leben	A		
Swiss Life	A		
SDK-Leben	A+		
TARGO Lebensversicherung	A+		

Nicht freigegebene Ratings Lebensversicherer:
 7 mit Ergebnissen von A+ bis B+
 (Stand Dezember 2014)

Nicht freigegebene Ratings Schaden-/Unfallversicherer:
 13 mit Ergebnissen von A+ bis B
 (Stand Dezember 2014)

Assekurata-Unternehmensratings (Stand Dezember 2014)

Private Krankenversicherung

Allianz Kranken	A+
Alte Oldenburger Kranken	A++
Debeka Kranken	A++
Deutscher Ring Kranken	A+
DFV Deutsche Familienversicherung	A+
Hallesche Kranken	A+
HUK-COBURG Kranken	A+
INTER Kranken	A
LVM Kranken	A+
NÜRNBERGER Kranken	A+
SIGNAL Kranken	A+
SDK-Kranken	A+

Nicht freigegebene Ratings private Krankenversicherer:
 9 mit Ergebnissen von A+ bis B
 (Stand Dezember 2014)

Die Ratingskala des Assekurata-Bonitätsratings

Das Bonitätsrating der Assekurata unterscheidet 22 Bonitätsklassen von AAA (außergewöhnliche Bonität) bis D (keine Bonität). Diese reihen sich in neun Oberkategorien ein, welche die vorhandene Bonität und das damit verbundene Ausfallrisiko verbal klassifizieren.

Rating	Bonität	Ausfallrisiko
AAA	Außergewöhnliche	Geringstes
AA+	Sehr starke	Sehr geringes
AA		
AA-		
A+	Starke	Geringes
A		
A-		
BBB+	Angemessene	Geringes bis mittleres
BBB		
BBB-		
BB+	Mäßige	Mittleres
BB		
BB-		
B+	Schwache	Höheres
B		
B-		
CCC+	Sehr schwache	Hohes
CCC		
CCC-		
CC	Extrem schwache	Sehr hohes
C		
D	Keine	Insolvenz

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

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

Assekurata-Bonitätsratings (Stand Dezember 2014)

Canada Life Assurance Europe Ltd.	AA-
INTER Allgemeine Versicherung AG	A
INTER Krankenversicherung aG	A
INTER Lebensversicherung AG	A
Kieler Rückversicherungsverein a.G.	A
VGH Provinzial Lebensversicherung Hannover	A+

Nicht freigegebene Bonitätsratings:
 2 mit Ergebnissen von A bis BBB+
 (Stand Dezember 2014)

Impressum:

ASSEKURATA PUNKT!
Nr.49/Jahrgang 2014

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: Wilhelm Alms, 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.