

ASSEKURATA

Punkt!

25.07.2018

Unsere Themen:

- *Anpassungsbedarf*
 - *Neue Spielregeln erforderlich*
Von Dr. Reiner Will, Geschäftsführer der ASSEKURATA Assekuranz Rating-Agentur GmbH
 - *Unternehmen stecken in einer Zwickmühle*
Interview mit Christoph Brüggentisch, Senior Advisor HSBC Deutschland
 - *Der Markt der privaten Altersvorsorge im Wandel Teil III: Garantie ≠ Garantie*
Von Thomas Keßling, Analyst ASSEKURATA Assekuranz Rating-Agentur GmbH
 - *Digitalisierung bedeutet Komplexität reduzieren*
Von Justyna Mekler, Lead Consultant Sollers Consulting.
 - *Die Assekurata-Ratings der vergangenen Monate*
 - *Ratingskala und Ratingdefinition des Assekurata-Ratings*
 - *Assekurata-Ratings*
-

Vorwort

Anpassungsbedarf

Beitragsanpassungen sind nie ein schönes Thema und führen in der privaten Krankenversicherung immer wieder zu heftigem Unmut bei den Versicherten. Dabei erfolgt eine Anpassung nicht nach Gutdünken des Versicherers. Vielmehr handelt es sich um ein hochkomplexes, vom Gesetzgeber vorgeschriebenes Prozedere, unter welchen Voraussetzungen und wann eine Gesellschaft überhaupt seine Tarife anpassen darf.

Angesicht der komplexen und wenig nachvollziehbaren Anpassungsregularien drängt die Branche schon seit geraumer Zeit auf deren Änderung. Mittlerweile zweifeln einige die Rechtmäßigkeit von durchgeführten Beitragsanpassungen an und ziehen gegen ihre Krankenversicherer vor Gericht. Hauptstreitpunkt ist hierbei der Treuhänder, dessen Unabhängigkeit die Kläger anzweifeln. Lesen Sie hierzu den Kommentar von Dr. Reiner Will.

Natürlich finden Sie in diesem Heft den dritten und letzten Teil unserer Serie „Der Markt der privaten Altersvorsorge im Wandel“. [Im ersten Teil](#) hatte unser Analyst Thomas Keßling dargelegt, dass die Lebensversicherer angesichts der anhaltenden Niedrigzinsphase dazu übergegangen sind, neue Produkte auf den Markt zu bringen, um Lebens- bzw. Rentenversicherungen auf ein langfristig kalkulierbares und finanzierbares Fundament zu stellen.

[Im zweiten Teil](#) erläuterte er, wie die individuelle Ausgestaltung der neuen Altersvorsorgekonzepte einen unmittelbaren Produktvergleich anhand nur eines bestimmten Kriteriums verhindert. Und im letzten Teil untersucht er die mit den neuen Produkten einhergehende Erweiterung des Garantiebegriffs.

Anpassungsbedarf herrscht auch in der Lebensversicherung und zwar beim Thema Zinszusatzreserve (ZZR). Und der kürzlich vom Bundesfinanzministerium veröffentlichte Evaluierungsbericht zum Lebensversicherungsreformgesetz lässt die Branche hoffen.



Russel Kemwa

Nicht nur, dass die Bilanz der Autoren auf den ersten Blick recht positiv ausfiel, vieles deutet sogar auf eine Änderung der Berechnungsvorschriften zur ZZR hin. Wie die neue Formel aussehen könnte und welche Auswirkungen sie hätte, haben wir in unserem jüngsten [Marktausblick zur Versicherungswirtschaft](#) skizziert.

Nichtsdestotrotz drängt die Zeit für eine Umsetzung. Wir haben uns mit Christoph Brüggentisch, Senior Advisor HSBC Deutschland, unter anderem darüber unterhalten, weshalb der Zeitfaktor nun solch eine wichtige Rolle spielt.

Versicherer haben in der Vergangenheit nicht immer gute Erfahrungen mit ihren IT-Projekten gemacht. Dies erweist sich mitunter als Bremsklotz der Digitalisierung. Welche Fehler des Öfteren gemacht werden und wie diese vermieden werden könnten, erläutert Justyna Mekler, Lead Consultant bei Sollers Consulting.

Viel Spaß bei der Lektüre.

Ihr

Russel Kemwa, Pressesprecher der **ASSEKURATA** Assekuranz Rating-Agentur GmbH

Kommentar

Neue Spielregeln erforderlich

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

Ein Wesensmerkmal der privaten Krankenversicherung ist der über die Tarifbedingungen unveränderlich festgelegte Leistungsumfang. Einher geht dies mit der Möglichkeit, die Beiträge für den Versicherungsschutz anzupassen. Grundsätzlich sind diese Anpassungen kein Grund zur Freude, allerdings sind sie unvermeidlich, um im Zeitverlauf erhöhte Leistungsausgaben im Rahmen von Inflation, medizinischem Fortschritt und Veränderungen der Sterblichkeit auszugleichen. Es bedarf daher „Spielregeln“, die für Transparenz, Angemessenheit und Willkürfreiheit sorgen. Hier scheint es erheblichen Anpassungsbedarf zu geben. Indizien dafür sind anhängende Rechtsstreitigkeiten zum Treuhänderverfahren bei Beitragsanpassungen und Unzufriedenheiten mit den bestehenden Regularien auf Seiten der Versicherer und der Politik, wann Beitragsanpassungen durchgeführt werden dürfen.

Ungeachtet der rechtlichen Anpassungsmodalitäten ist wirtschaftlich eine Beitragsanpassung dann notwendig, wenn der Betrag für ein in die Prämie einkalkuliertes Leistungselement dauerhaft von den tatsächlichen Ausgaben/Einnahmen abweicht. Abweichungen können positiv wie auch negativ sein. Dementsprechend kann es neben Beitragserhöhungen auch zu Beitragssenkungen kommen.

Da es in der PKV mehrere Leistungsbausteine und damit auch Rechnungsgrundlagen gibt, ist das Verfahren komplex: Die Leistungsausgaben werden über Kopfschadenprofile berechnet, die Verzinsung der Alterungsrückstellung über den Rechnungszins, die Vererbung an das Kollektiv beim Ausscheiden einzelner Versicherter über Storno- und Sterbewahrscheinlichkeiten bestimmt, laut Regularien ist ein Sicherheitszuschlag von mindestens 5 % einzurechnen, weitere Zuschläge kommen unter anderem für Abschluss-, Verwaltungs- und Schadenregulierungskosten hinzu.



Dr. Reiner Will

Bei Tarifen mit Übertragungswert muss ferner eine Wechselwahrscheinlichkeit berücksichtigt werden.

Wenn sogenannte auslösende Faktoren anspringen, müssen die Beiträge überprüft werden. Dieser Fall tritt dann ein, wenn die erwarteten Versicherungsleistungen in der Regel um mehr als zehn Prozent von den einkalkulierten abweichen oder die erforderlichen Sterbewahrscheinlichkeiten um fünf Prozent von den einkalkulierten differieren. In diesen Fällen müssen auch alle anderen Faktoren, die Einfluss auf die Prämienhöhe haben, berücksichtigt werden. Liegen die auslösenden Faktoren jedoch innerhalb der Schwellenwerte hat das Unternehmen keine Anpassungsmöglichkeiten. In der Praxis führen diese Regeln zu einigen irritierenden Effekten. Zeigen die beiden Faktoren beispielsweise Erhöhungen von 9,5 Prozent und 4,5 Prozent an, ergibt sich theoretisch eine multiplikative Gesamterhöhung von 14,4 Prozent, welche aufgrund der Regularien

praktisch aber nicht durchgeführt werden darf. Darüber hinaus könnte eine Überprüfung weitere Anpassungsbedarfe ergeben. Zeitlich schieben sich diese auf und führen dann zu hohen kumulativen Veränderungen. Aktuell betrifft dies vor allem die niedrigen Zinsen und damit Anpassungen beim Rechnungszins.

Finanzmathematisch betrachtet ist zwar eine spätere und dafür höhere Anpassung besser als eine niedrigere zeitlich verteilte. Seltene hohe Anpassungen werden aber in der Regel deutlich kritischer empfunden.

Es kann auch vorkommen, dass sich die Leistungsausgaben günstig entwickeln und auf eine Beitragssenkung hindeuten, gleichzeitig aber die übrigen Rechnungsgrundlagen nach oben anzupassen sind. In Summe kann es dann gemäß dem Versicherungsvertragsgesetz zu einer Beitragserhöhung kommen. Zu dieser Praxis gibt es allerdings auch ein gegenteiliges Urteil eines Oberlandesgerichts aus dem Jahr 2012. Darin wurde festgestellt, dass eine Prüfung der Rechnungsgrundlagen aufgrund einer Abweichung der Leistungen nach unten nicht in einer Prämienerrhöhung münden kann.

Angesichts der komplexen und wenig nachvollziehbaren Modalitäten wundert es nicht, dass die Branche auf eine Änderung der Anpassungsmöglichkeit drängt. Angestrebt wird, die Zahl der auslösenden Faktoren zu erhöhen und die Schwellenwerte abzusenken, um damit zeitnähere (jährliche) Anpassungen und letztlich kontinuierlichere Beitragsverläufe herzustellen.

Für Sicherheit und Orientierung sollen bei der Beitragsanpassung die mathematischen Treuhänder sorgen. Laut dem Versicherungsaufsichtsgesetz und dem Versicherungsvertragsgesetz dürfen nämlich Prämienänderungen erst in Kraft gesetzt werden, nachdem ein unabhängiger Treuhänder die erforderlichen Berechnungsgrundlagen überprüft und der Änderung zugestimmt hat.

Mittlerweile zweifeln einige Versicherte die Rechtmäßigkeit von durchgeführten Beitragsanpassungen an und ziehen gegen ihre Krankenversicherer vor Gericht.

Ein Hauptargument in den anhängenden Prozessen ist, dass die Treuhänder wirtschaftlich nicht unabhängig seien. Kontrolliert wird die Unabhängigkeit von der zuständigen Aufsichtsbehörde, also der Bundesanstalt für Finanzdienstleistung (BaFin). Nach Auffassung der Gerichte war allerdings genau diese Unabhängigkeit bislang bei der Axa und der DKV nicht gegeben, so dass bestimmte Beitragsanpassungen für unwirksam erklärt wurden. Die Richter begründeten dies mit dem Umstand, dass die jeweiligen Treuhänder mehr als 30 % ihrer Einkünfte von ein- und demselben Unternehmen bezogen haben, angelehnt an die Begrenzung aus § 319 Abs. 3 Nr. 5 HGB, die eigentlich für Wirtschaftsprüfer gilt. Strittig ist, ob diese Größenordnung auch auf Treuhänder übertragbar ist.

Unstrittig ist, dass das Mandat eines Treuhänders bei größeren Gesellschaften mit einer (fusionsbedingt) höheren Tarifvielfalt wie zum Beispiel bei der Axa oder der DKV deutlich aufwändiger ist als bei kleineren Häusern.

Außerdem darf nach den rechtlichen Vorgaben die Funktion des Treuhänders nicht auf mehrere Personen aufgeteilt werden. Somit sind Treuhänder von großen PKV-Unternehmen unter Umständen gar nicht in der Lage, so viele Prüfaufträge anzunehmen, um weniger als 30 % ihrer Einkünfte von einem einzigen Unternehmen zu beziehen. Die im Zusammenhang mit einer Reform der Anpassungsmodalitäten geäußerte Forderung der Branche nach einer jährlichen Anpassungsmöglichkeit der Tarife würde dieses Problem sogar noch verschärfen, weil dann alljährlich sämtliche Tarife eines Krankenversicherers überprüft werden müssten. Dies könnte dazu führen, dass Treuhänder die Zahl ihrer Mandate aus Kapazitätsgründen verringern müssten. Laut Gesetz darf ein Treuhänder maximal bei zehn Versicherungsunternehmen oder Pensionsfonds tätig sein, eine Mindestanzahl ist dagegen nicht vorgeschrieben.

Neben dem Hauptargument der wirtschaftlichen Abhängigkeit des Treuhänders argumentieren die Kläger inzwischen auch erfolgreich mit der Begründung einer unzurei-

chenden Kundeninformation im Beitragsanpassungsschreiben sowie mit dem Argument, dass ein Treuhänder, der bereits die Erstkalkulation eines Tarifs überprüft und abgenommen hat, in der Folge bei einer Beitragsanpassung nicht mehr unabhängig sein kann. Dies sorgt für Verunsicherung, so dass als Reaktion hierauf erste Gesellschaften bereits überlegen, den Treuhänder nicht mehr bei der Überprüfung der Erstkalkulation einzusetzen. Bei Tarifneueinführungen steht dies dem PKV-Unternehmen nämlich frei.

Seit 2014 analysieren und bewerten wir Tarife in der privaten Voll- und Zusatzversicherung speziell bei der Neueinführung. Neben den Bedingungen untersuchen unsere Analysten dabei auch die Sicherheiten in den Rechnungsgrundlagen.

Unsere Erfahrungen zeigen, dass eine Überprüfung der Rechnungsgrundlagen bereits zu Beginn nicht nur aus Sicht der Versicherten wünschenswert ist, sondern auch von den Krankenversicherern wertgeschätzt wird. Denn bei einer unzureichenden Erstkalkulation können künftige Prämienanpassungen ganz oder teilweise unzulässig sein. Die eigenen Einschätzungen von dritter Seite überprüfen zu lassen, hilft Fehleinschätzungen frühzeitig entgegenzuwirken. Vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion um die Rechtmäßigkeit von Beitragsanpassungen nehmen wir hier eine verstärkte Sensibilisierung bei den Verantwortlichen wahr.

Eine allzu große Nähe beziehungsweise fi-

nanzielle Abhängigkeit zwischen Treuhänder und Krankenversicherer lässt offensichtlich Raum für Spekulationen. In Anbetracht der Umstände schlägt der finanzpolitische Sprecher der Grünen, Gerhard Schick, unter anderem ein Rotationsprinzip oder eine unabhängige Prüfstelle vor. Auch aus unserer Sicht wäre es wünschenswert, die bestehenden Regularien, wie zum Beispiel die Untrennbarkeit des Mandats, auf den Prüfstand zu stellen.

Wir rechnen nicht damit, dass die Gerichte die Beitragserhöhungen allesamt für rechtlich unwirksam erklären. Selbst bei einer gerichtlich angeordneten Rückabwicklung, käme es über eine neue Treuhändervereinbarung wieder zu Beitragsanpassungen. Der Anpassungsbedarf ist ja wirtschaftlich gegeben. Gleichwohl sollten die Regularien überarbeitet werden. Dies betrifft nicht nur das Treuhänderverfahren, sondern auch die Technik der auslösenden Faktoren. Wünschenswert wäre auch eine Verbesserung der Transparenz, zum Beispiel im Hinblick auf den Rechnungszins. Heute ist es nicht ersichtlich, mit welchem Zins ein Tarif kalkuliert ist. Die Unterschiede dürften nach unseren Erkenntnissen in der Spitze im Neugeschäft bei bis zu 120 und im Bestand gar bis zu 150 Basispunkten liegen, die sich dann auch in den Beiträgen deutlich niederschlagen. Deren Vergleichbarkeit ist hierdurch sehr eingeschränkt.

Interview

Unternehmen stecken in einer Zwickmühle

Interview mit Christoph Brüggentisch, Senior Advisor HSBC Deutschland

Dr. Reiner Will: Herr Brüggentisch, welche Rolle spielen Versicherer als institutionelle Anleger für HSBC?

Christoph Brüggentisch: Die Versicherungswirtschaft verwaltet in Deutschland insgesamt rund 1,6 Billionen Assets under Management. Sie stellt damit eine der größten institutionellen Anlegergruppen dar. Folglich gehören Versicherungsgesellschaften für jede große Investmentbank zu einem ganz wichtigen Kundenkreis. Dies trifft auch auf HSBC zu.

RW: Das Niedrigzinsumfeld stellt institutionelle Anleger vor große Herausforderungen, dies betrifft auch die Versicherer, wie nehmen Sie dies wahr und wo geht die Anlageberatung in diesem Umfeld hin?

CB: Von den niedrigen Zinsen sind besonders die Lebensversicherer betroffen. Wir beobachten schon seit einigen Jahren, dass zur Dotierung der Zinszusatzreserve massiv stille Reserven gehoben werden. Hier stellt sich die Frage, wie die Gesellschaften die Zinszusatzreserve, die ja überwiegend aus Reserveauflösungen finanziert wird, weiter dotieren wollen. Da kommen wir als Bank ins Spiel, mit Lösungsangeboten, wie sich beispielsweise stille Reserven gezielt einsetzen lassen.

RW: Wie kann man sich das vorstellen?

CB: In den letzten Jahren konnten wir punktuell bei einigen Versicherern beobachten, dass derivative Instrumente eingesetzt wurden, um stille Reserven zu managen, also im Prinzip zu konservieren. Zu diesem Zweck wurden beispielsweise sogenannte Payer-Swaptions und Terminverkäufe eingesetzt. Auch fonds- bzw. plattformbasierte Lösungen sind hier im Gespräch.

RW: Wie wirkt sich ein Management der stillen Reserven auf Solvency II aus?



Christoph Brüggentisch

CB: Das kommt darauf an. Was wir natürlich dazu immer sagen müssen, ist, dass beispielsweise der Einsatz von Payer Swaptions oder von Terminverkäufen die Duration auf der Aktivseite einengt, was tendenziell eher zu einer Belastung unter Solvency II führen würde. Andererseits lässt sich über das Managen von Zinsderivaten, beispielsweise mit einem Receiver-Swap, eine Verbesserung der Solvenzbilanz erreichen, indem sich durch den Einsatz dieser Derivate die Duration auf der Aktivseite verlängert. Insgesamt sind die Versicherer in diesem Zusammenhang gefordert, das rechte Mittelmaß zu finden, also sozusagen den goldenen Mittelweg zwischen Absicherung und Solvenzbelastung.

RW: Beim Thema Zinszusatzreserve hofft die Lebensversicherungsbranche auf eine baldige politische Entscheidung über entlastende Rahmenbedingungen. Wie wichtig ist das Thema Timing an

dieser Stelle.

CB: Eine frühere oder spätere Lösung ist hier sicher von hoher Bedeutung. In unseren Gesprächen mit den Versicherungsunternehmen können wir schon den Wunsch nach einer möglichst frühen politischen Lösung entnehmen. Es ist immanent, dass das so früh wie möglich passiert, damit die Versicherer entsprechende Planungssicherheit haben. Denn bereits jetzt brauchen die Unternehmen Klarheit darüber, wie hoch die kommende Zuführung zur ZZR wahrscheinlich ausfällt und im Zuge dessen in welchem Umfang stille Reserven aufgelöst werden müssen. Dabei macht es einen großen Unterschied, ob die alte oder eine noch zu ermittelnde neue Formel als Berechnungsgrundlage dient.

RW: Was bedeutet das konkret für die Kapitalanleger und welche Risiken könnten sich daraus für die Branche ergeben, wenn eine solche Lösung erst sehr spät im Jahr kommen würde?

CB: Im Prinzip stecken die Unternehmen in einer Zwickmühle. Entweder sie realisieren bereits jetzt auf Grundlage der alten Rechnungsformel stille Reserven zur Finanzierung der ZZR. Falls dann allerdings die erhoffte Neujustierung von Seiten der Politik kommt, würde ggf. ein Teil dieses Geldes nicht mehr benötigt und dann im Prinzip den Versicherungsnehmern gutgeschrieben, in einer Höhe, die so nicht in der Planung war. Oder aber die Gesellschaften warten noch ab. Entscheidet sich die Politik aber, am status quo nichts zu ändern, sind viele gezwungen, im letzten Quartal letztlich massiv stille Reserven zu heben.

Um es bildhaft auszudrücken: Im Zweifel würden dann alle Versicherer versuchen, ihre Papiere zeitgleich durch das gleiche Nadelöhr zu pressen, was einen signifikanten Einfluss auf die Marktpreise hätte. Das liegt vor allem daran, dass es nach unseren Erfahrungen in erster Linie um die Realisierung von stillen Reserven aus weniger liquiden Titeln, also Namensschuldverschreibungen und Schulscheindarlehen geht.

RW: Diese Überlegungen basieren im Wesentlichen noch auf der Annahme eines Niedrigzinsumfeldes. Im Ausland, zum Beispiel in den USA, sehen wir schon einen deutlichen Unterschied im Zinsniveau. Welche Einschätzung hat HSBC über die weitere Zinsentwicklung im Euroraum?

CB: Bei HSBC rechnen wir mittelfristig nicht mit massiv steigenden Zinsen im Euroraum. Eher wird sich das niedrige Zinsniveau noch einen längeren Zeitraum manifestieren. Nichtsdestotrotz hätte ein Zinsanstieg zur Folge, dass zunächst einmal die stillen Reserven bei den Versicherungsunternehmen abschmelzen.

Durch die gegenwärtige Berechnungsformel der ZZR müssten die Unternehmen aber weiterhin sehr hohe Rückstellungen bilden. Da entstünde also eine Diskrepanz zwischen den Reserven auf der Aktiv-Seite und den zu bildenden Rückstellungen auf der Passiv-Seite.

RW: Das heißt also, auch bei einem grundsätzlich begrüßenswerten Zinsanstieg, auf den die Branche ja hofft, gäbe es bilanziellen Stress im Hinblick auf die Auswirkungen, die steigende Zinsen auf den Kapitalanlagebestand haben können?

CB: Ja, im Bereich des Umlaufvermögens würden voraussichtlich zeitnahe Abschreibungen notwendig. Im Anlagevermögen fallen nach meiner Einschätzung zunächst grundsätzlich keine Abschreibungen an. Ich gehe auch weiterhin davon aus, dass im Rahmen der Bilanzierung tatsächlich der Nennwert beibehalten werden kann. Aber man muss natürlich berücksichtigen, dass die stillen Reserven, wie ich schon sagte, im Zinsanstieg wegschmelzen. Sie stehen dann nicht mehr zur Kompensation der Zinsanforderungen auf der Passivseite zur Verfügung.

RW: In diesen unsicheren Zeiten, also zwischen auf der einen Seite dem Szenario eines durchaus noch länger anhaltenden Niedrigzinsumfeldes, aber auch den Auswirkungen potenziell schnell steigender Zinsen, wohin tendieren die Versicherer in der Neuanlage? Mit welchen Themen befassen Sie sich in der Anlageberatung?

CB: Immer mit Blick auf mögliche Auswirkungen unter Solvency II denken die Versicherer heute doch stärker über alternative Investments nach. In Rubriken wie beispielsweise Infrastruktur oder direct lending verzeichnen wir heute eine stärkere Nachfrage als in früheren Zeiten. Hier können wir als Bank den Unternehmen unterstützend zur Seite stehen und da solche Investitionen in der Vergangenheit nicht zu den Anlageschwerpunkten der Versicherer zählten, registrieren wir hier durchaus Gesprächsbedarf. Gerade bei nachhaltigen Investments oder auch möglichen Risiken von Infrastrukturbasket können wir als Bank mit unserer Expertise einen echten Mehrwert liefern.

RW: Also ein durchaus komplexes Thema, was sicherlich auf Seiten des Versicherers einiges an Know-how erfordert.

CB: Ja, da gilt es, wie ich schon erwähnte, den richtigen Mittelweg zu finden, damit bestimmte Investments nicht zu stark die Solvenzbilanz belasten und dennoch auf der anderen Seite ein vernünftiges Zinsmanagement betrieben werden kann. Am Ende müssen schließlich die versicherungstechnischen Verbindlichkeiten auch auf lange Sicht bedient werden. Aber die langjährige Geschichte der deutschen Versicherungswirtschaft hat gezeigt, dass die Versicherer auch in extrem schwierigen Zeiten dazu in der Lage sind.

Serie

**Markt der privaten Altersvorsorge im Wandel Teil III:
Garantie≠Garantie**

Von Thomas Keßling, Analyst der ASSEKURATA Assekuranz Rating-Agentur GmbH

Der Produktwandel auf dem Altersvorsorgemarkt ist in vollem Gange. Während die klassische Lebensversicherung ihren Rückzug fortsetzt und immer weniger Anbietern eine Nische bietet, manifestieren sich im Privatkundenbereich neue Trends. Um den bei vielen Kunden verankerten Wunsch nach Sicherheit zu erfüllen, setzen Lebensversicherer vor allem auf Policen der Produktgattung Neue Klassik (bzw. Moderne Klassik, Kapitaleffiziente Klassik) oder Indexpolicen, die im Detail jedoch sehr spezifische Eigenschaften aufweisen. Dies trifft insbesondere auf das Merkmal Garantie zu, denn: Garantie ist nicht gleich Garantie. Zumal viele Anbieter neuer klassische Tarife und Indexpolicen angesichts der anhaltenden Niedrigzinsphase das Garantieniveau der Tarife zugunsten der Renditechance weiter abschwächen.

**Kaum Vergleichbarkeit in puncto
Garantieversprechen**

Nachdem wir bereits im ersten Teil den Produkt-Switch weg von der Klassik hin zur Neuen Klassik und Indexpolicen dokumentiert und im zweiten Teil deren Produktmechanismen und Überschussverwendungsformen thematisiert haben, legen wir in diesem dritten und letzten Teil der Serie dar, wie der Wettbewerb um Garantien zunimmt und inwieweit das anhaltend niedrige Zinsniveau in Verbindung mit der letzten Absenkung des Höchstrechnungsrechnungszins auf 0,90 % die Abgabe von Garantieversprechen aus Anbietersicht erschwert.

Zwar ist allen Tarifen der Neuen Klassik und Indexpolicen definitionsgemäß gemein, dass die Kundengelder im Sicherungsvermögen des Versicherers investiert werden, gleichwohl



Thomas Keßling

unterscheiden sich die enthaltenen Garantieelemente oftmals deutlich. Neben garantierten Rückkaufswerten bildet jedoch die garantierte lebenslange Mindestrente eine gemeinsame Klammer über alle Tarife.

Dieses prägende Alleinstellungsmerkmal der Rentenversicherung bleibt somit erhalten. Damit unterscheiden sich auch die neuen Lebensversicherungsprodukte grundlegend von ähnlich anmutenden Bank- oder Sparprodukten.

Allerdings nehmen immer mehr Anbieter in den neuen Tarifen davon Abstand, ihren Kunden für die Aufschub- und Rentenbezugsphase den aktuellen Höchstrechnungszins von 0,90 % zu garantieren. Während einzelne Tarife mittlerweile vollständig von einem garantierten Rechnungszins absehen, legt die Mehrheit der Versicherer einen individuellen Rechnungszins zugrunde, der kleiner ist als der aktuelle Höchstrechnungszins. Vereinzelt verwenden Anbieter im Segment Neue Klassik auch eine Art „Mischzins“, der rechnerisch zwischen 0,00 % und 0,90 % variiert.

Außerdem verzichten viele Tarife darauf, für die Berechnung der endgültigen Höhe der Rentenzahlung die heute gültigen Sterblichkeitsgrundlagen zu garantieren. Im Hinblick auf die Verrentung des Vertragsguthabens werden dann später die bei Rentenbeginn gültigen (künftigen) Rech-

nungsgrundlagen verwendet. Vereinzelt bieten Anbieter für die Verrentung des Überschussgut-habens auch eine sogenannte „Günstigerprüfung“ zwischen den zu Vertragsbeginn garantierten Konditionen und dem Rentenfaktor einer bei Rentenbeginn vergleichbaren sofortbeginnenden Rentenversicherung. Schlussendlich wird dann die höhere Rente unter Berücksichtigung der Garantierente ausgezahlt. Eine Günstigerprüfung birgt somit aus Kundensicht die Möglichkeit einer zukünftig höheren Verrentung, die aber bei Vertragsabschluss nicht valide abschätzbar ist und sich erst retrospektiv unter Betrachtung der tatsächlichen Rentenhöhe herausstellt. Bei einem unmittelbaren Vergleich der Tarife anhand der Höhe des garantierten

Rechnungszinses sind ohnehin auch die weiteren Garantie- und Partizipationselemente zu berücksichtigen.

Die nachfolgende Abbildung zeigt anhand der in unserer diesjährigen Marktstudie untersuchten Tarife, wie unterschiedlich die enthaltenen Garantieelemente in der Neuen Klassik bei einem vorgegebenen Mustervertrag in der dritten Schicht mit einer Vertragslaufzeit von 25 Jahren und einer jährlich vorschüssigen Beitragszahlung von 1.200 € ausgestaltet sein können.

Garantieelemente (mit Vertragsbeginn)



* unter Verwendung eines individuellen Rechnungszinses (< 0,90 %) bzw. eines „Mischzinses“
Quelle: Assekurata-Studie zu Überschussbeteiligungen und Garantien 2018

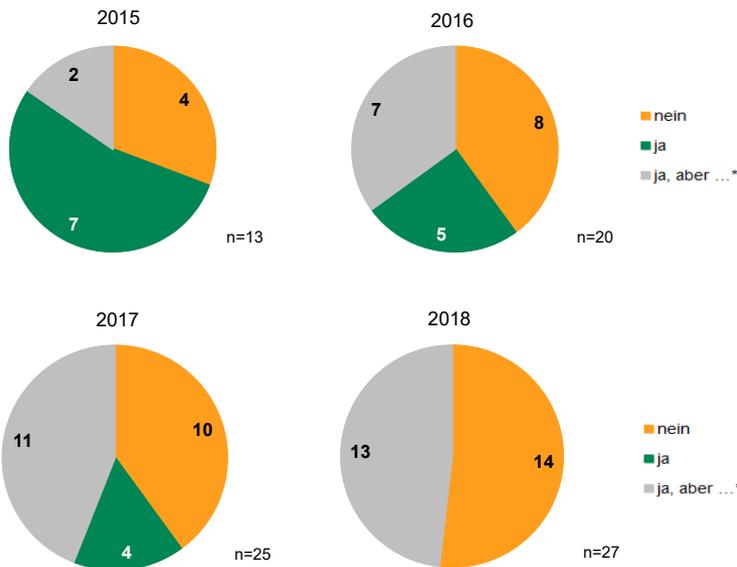
n = 27

Bruttobeitragsgarantie unter Druck

Viele Anbieter verzichten außerdem vermehrt auf das Garantieverprechen des vollständigen Beitragserhalts (Bruttobeitragsgarantie) bzw. garantieren dieses nur unter der Voraussetzung, dass weitere individuelle Vertragsparameter erfüllt werden, typischerweise eine Mindestvertragslaufzeit. Letztere bewegt sich bei den von

uns untersuchten Tarifen in einer Spanne von zwei bis zu über 25 Jahren. Mehr als die Hälfte der teilnehmenden Gesellschaften hat auf die vollständige Bruttobeitragsgarantie gar ganz verzichtet, während wir im Rahmen vorausgehender Marktstudien noch einige Unternehmen hervorheben konnten, die eine Bruttobeitragsgarantie ohne jegliche Einschränkung angaben.

Bruttobeitragsgarantie°



° Bruttobeitragsgarantie = garantierter vollständiger Erhalt der eingezahlten Beiträge
 * abhängig von Mindestvertragslaufzeit (in Jahren) bezogen auf die Eckdaten des Mustervertrags
 Quelle: Assekurata-Studie zu Überschussbeteiligungen und Garantien 2018

Wie der Vergleich der Jahre 2017 zu 2018 zeigt, ist mit der Absenkung des Höchstrechnungszinses auf 0,90 % zum 01.01.2017 eine deckungsstockgebundene Garantierzeugung in der Kalkulation der Anbieter nochmals schwerer geworden. Denn jede Absenkung hat Auswirkung auf den Barwert des Garantieverprechens. Aus rein finanzmathematischer Sicht gilt dabei, dass je weiter eine Zahlung in der Zukunft liegt und je höher der Zinssatz ist, desto niedriger ist ceteris paribus der Barwert dieser Zahlung. Übertragen auf einen Versicherungsvertrag resultiert daraus, dass im Vergleich zum Höchstrechnungszins von 1,25 % die Anbieter nun einen längeren Zeitraum benötigen, um denselben Vertragswert zu erreichen. Oder anders ausgedrückt: Es erfordert eine längere Vertragslaufzeit, um anhand des vorgegeben und maximal möglichen „sicheren“ Zinses die garantierte Leistung zu erwirtschaften. Zugleich belastet das anhaltende Niedrigzinsumfeld auch die Renditen der am Kapitalmarkt angelegten Kundengelder, die nicht zur Sicherstellung der Garantien benötigt werden. Um das Leistungsversprechen jedoch weiterhin zu gewährleisten, müssten Versicherer deshalb dazu übergehen, das Kapital zu (noch) höheren Anteilen im

Sicherungsvermögen bzw. zum sicheren Zins anzulegen. Anstatt dessen verzichten viele Anbieter auf eine Bruttobeitragsgarantie zum Ende der Vertragslaufzeit oder knüpfen dieses Leistungsversprechen eben an längere Mindestvertragslaufzeiten. Oftmals ist auch ein Zusammenwirken von mehreren Faktoren entscheidend, ob bzw. ab welchem Vertragszeitpunkt Anbieter den vollständigen Erhalt der eingezahlten Beiträge garantieren können. Neben der Notwendigkeit einer Mindestlaufzeit kann auch eine gewisse Beitragssumme oder -höhe entscheidend dafür sein, ob Leistungsversprechen abgegeben werden. Beispielsweise trägt eine hohe Zahlung in Form eines Einmalbeitrages maßgeblich zur Abdeckung der entstehenden Fixkosten bei, die für Abschluss und Verwaltung des Versicherungsvertrages anfallen. Alternativ reduzieren andere Anbieter das Garantieverprechen auch auf unter 100 % der Bruttobeitragssumme oder beziehen dieses lediglich auf die Sparbeiträge. Dabei kann ein Beitragsgarantieniveau unterhalb von 100 % unter Chance-Risiko-Aspekten für einen Kunden durchaus attraktiv sein kann, sofern es sich (überproportional) positiv auf die künftige Wertentwicklung auswirkt.

Wettbewerb um Garantien

Die Abwägung zwischen Garantie und Renditeerwartung geht im Angesicht des anhaltenden Niedrigzinsumfelds und der weiteren Reduzierung des Höchstrechnungszinses somit vermehrt zu Lasten der Garantie. Die Diskussionen und der Wettbewerb um Garantien werden somit weiter an Fahrt gewinnen. Risikogeneigte Versicherungsnehmer können durch den Verzicht auf eine vollständige Bruttobeitragsgarantie die Chance auf eine hohe Rente im Alter steigern. Insbesondere bei langlaufenden Verträgen werden nach aller Erfahrung die Abwärtsphasen der

Kapitalmärkte über die Zeit von Aufwärtsphasen kompensiert, zumal viele Produkte bereits Elemente zur Risikoabfederung enthalten, etwa durch die automatische Umschichtung in weniger riskante Anlagen zum Ende der Ansparphase. Speziell für sicherheitsorientierte Kunden sind jedoch die enthaltenden Garantieverprechen und letztlich die Solidität des dahinterstehenden Anbieters ein ganz entscheidendes Kriterium in der Produktauswahl.

Beitrag

Digitalisierung bedeutet Komplexität reduzieren

Von Justyna Mekler, Lead Consultant Sollers Consulting.

Versicherer haben in der Vergangenheit nicht immer gute Erfahrungen mit ihren IT-Projekten gemacht. Dies erweist sich mitunter als Bremsklotz der Digitalisierung. Dabei sind selbst große IT-Transformationen nicht nur beherrschbar, sondern auch sehr erfolgreich. Neben dem unverzichtbaren Know-how sind insbesondere Management und Vision gefragt.

Die Digitalisierung wird inzwischen von vielen Versicherern als Chance begriffen, neu über die eigenen Geschäftsprozesse nachzudenken. Das muss nicht disruptiv sein. Die grundlegenden Funktionen des Versicherungsgeschäfts wie Tarifierung, Policierung, Bestandsverwaltung, Inkasso und Schadenbearbeitung sind quasi universell und haben für Start-up-Versicherer genauso ihre Gültigkeit wie für traditionsreiche Versicherer. Doch die Digitalisierung eröffnet die Chance, die Kundenbeziehung neu zu definieren.

Die Symptome des Silodenkens bei Versicherern sind fast überall gleich. Es führt zu einer Antagonie der Abteilungen, zu einem ausgeprägten Traditionalismus in den Geschäftsprozessen und in der Folge zu einer Kundenvergessenheit, die sich über die vielen Jahre eingeschlichen hat und das Unternehmen beherrscht. Digitale Projekte eröffnen die Chance, darüber neu nachzudenken. Die Frage ergibt sich zwangsläufig, wenn man sich für ein neues Standardsystem entscheidet. In der Vergangenheit haben viele Versicherer ihre IT um ihre Geschäftsprozesse herum gebaut und sich so ein prozessuales Heim gebaut, das zwar sehr stabil ist, aber eben auch sehr unflexibel.

Know-how-Transfer vom Dienstleister zum Versicherer

In Digitalisierungsprojekten ist immer wieder das Argument zu hören, das eigene Unternehmen sei ganz anders als die anderen, unvergleichbar und verfolge eine Strategie, auf der ein Wettbewerbsvorsprung beruhe. In der Realität erweist es sich jedoch als vorteilhaft, sich Standards



Justyna Mekler

anzupassen. Gute IT-Systeme ermöglichen genügend Spielraum zur Eigenkonfiguration. Doch je mehr man sich bei der Transformation an Standards hält, umso erfolgreicher wird das Projekt und umso zukunftsfester das System. In der Praxis fehlt bei vielen Versicherern der Mut zur Veränderung. Viele Unternehmen beschränken sich auf die Einführung von Apps, deren Nutzen oft nur sehr eingeschränkt ist und von denen man kaum abschätzen kann, wie sie angenommen werden. Wer Kundenorientierung stärken möchte, benötigt deshalb die Vision eines neuen Geschäftsmodells und den Mut, dies in die Praxis umzusetzen.

Neben der Vision ist für Digitalisierungsprojekte das Know-how entscheidend. Hier gibt es zwei extreme Haltungen: Die einen tendieren zu einem übermäßigen Outsourcing und lassen so viel wie möglich von Fremdanbietern machen. Die anderen versuchen, so gut wie alles von eigenen Leuten machen zu lassen, oft sogar das System

selbst. Beide Herangehensweisen sind keine guten Voraussetzungen für ein erfolgreiches IT-Projekt. Externes Know-how ist bei Großprojekten unverzichtbar. Doch es geht dabei letztendlich um den Transfer von Know-how. Erfahrungsgemäß ist die Produktivität der hauseigenen Entwickler bei der Einführung eines neuen Systems noch nicht sehr hoch, aber im Projektverlauf können sie mehr und mehr Aufgaben übernehmen. Das hilft, Kosten zu senken.

Bei IT-Projekten stoßen komplexe Geschäftsmodelle auf komplexe IT-Systeme. Daraus kann sich ein Komplexitätskumul ergeben, der irgendwann nicht mehr zu beherrschen ist. Daher ist es für den Projekterfolg zentral, Komplexität zu reduzieren. Versicherer tendieren zu Detailverliebtheit und machen sich dadurch das Leben nicht leicht. Zu viel Fokus auf Detail bläht Projekte unnötig auf. In der Praxis kommt es regelmäßig vor, dass Mitarbeiter nicht in der Lage sind, Anforderungen klar zu definieren. Das ist ihnen nicht vorzuwerfen: Die Verantwortung ist groß, die Konsequenzen weitgehend, aber die Mitarbeiter sind oft nicht ausreichend auf das Projekt vorbereitet.

Fachbereiche agieren risikoavers

Als Folge ist in Digitalisierungsprojekten Vermeidungshaltung ein häufig anzutreffendes Phänomen. Die Folge: Die falschen Mitarbeiter arbeiten an richtigen Dingen, die richtigen Mitarbeiter arbeiten an den falschen Dingen. Wer Nischenparten und einzelnen Produkt-Features zu viel Aufmerksamkeit schenkt, gerät irgendwann mit dem Zeitplan in Rückstand. Die Komplexität sollte auch auf der Zeitschiene reduziert werden. Das richtige Gefühl für Komplexität und die Wahrung der Balance zwischen eigenen Kompetenzen und denen der Dienstleister sind entscheidende Erfolgsfaktoren.

Der Aufbau von Kompetenzen sollte an der Spitze anfangen. Digitalisierungsprojekte sind Chefsache. Erfolgreiche Transformation ist in der Regel das Verdienst von direktem und intensivem Engagement des Top-Managements. Ein guter Chef stellt sich schon einmal selber auf den Tisch, wenn der Beamer an der Decke nicht funktioniert. Leider kommt in der Praxis zu wenig Engagement von Seiten der Vorstände, die andere Prioritäten haben. Sie delegieren Verantwortung an die Fachbereiche, die oftmals risikoavers agieren und davor zurückschrecken, Prozesse anzupassen. Mehr Engagement von Seiten des Topmanagements ist deshalb dringend geboten.

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 zwanzig bekannte und volumenstarke Fonds, die auch häufig im Produktangebot von Lebensversicherern zu finden sind.

Ausgewählte Fonds in Fondspolizen

Bewertung des Assekurata-Musterportfolios 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			
Carmignac Investissement A EUR acc	FR0010148981	Aktien Global	1,99	-0,18	6,47	5,64							
DWS Akkumula LC	DE0008474024	Aktien Global	1,45	5,31	11,75	7,01							
DWS Top Dividende LD	DE0009848119	Aktien Global	1,45	3,40	8,00	6,79							
DWS Vermögensbildungsfonds I LD	DE0008476524	Aktien Global	1,45	5,60	11,52	6,75							
M&G Global Themes A Euro Acc	GB0030932676	Aktien Global	1,92	4,57	6,30	3,04							
Amundi Funds II Global Ecology A No Dis EUR	LU0271656133	Aktien Global	2,02	1,26	7,72	3,66							
Templeton Growth (Euro) A (acc) EUR	LU0114760746	Aktien Global	1,83	1,86	7,50	6,89							
UniGlobal	DE0008491051	Aktien Global	1,44	5,91	10,80	8,96							
Fidelity Funds - European Growth A-EUR	LU0048578792	Aktien Europa	1,89	3,63	8,98	4,85							
Threadneedle European Select Ret Acc EUR	GB0002771169	Aktien Europa	1,60	3,71	9,20	9,61							
DekaFonds CF	DE0008474503	Aktien Deutschland	1,43	4,27	8,97	6,01							
Fondak - A - EUR	DE0008471012	Aktien Deutschland	1,70	6,78	10,38	6,62							
Fidelity Funds - America A-EUR	LU0069450822	Aktien Nordamerika	1,88	3,91	12,74	11,84							
BGF World Mining A2 EUR	LU0172157280	Aktien Branchen (Industrie)	2,07	6,07	2,46	-6,34							
JPM Emerging Markets Equity A Acc EUR	LU0217576759	Aktien Emerging Markets Global	1,80	6,65	7,38	5,21							
Magellan C	FR0000292278	Aktien Emerging Markets Global	1,90	0,40	7,48	5,56							
Carmignac Patrimoine A EUR acc	FR0010135103	Mischfonds Global (Flexibel)	1,76	-0,93	3,27	4,61							
Invesco Pan European High Income A Acc EUR	LU0243957239	Mischfonds Europa (Konservativ)	1,62	2,34	5,66	8,27							
Templeton Global Bond A (Mdis) USD	LU0029871042	Rentenfonds Global	1,40	-1,62	2,88	8,09							
UniEuroRenta	DE0008491069	Rentenfonds Europa	0,73	0,42	1,49	3,36							

Alle Angaben ohne Gewähr.

Datenstand: Juni 2018

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.

Ratings

Die Assekurata-Ratings der vergangenen Monate

A.S.I. Wirtschaftsberatung AG zum achten Mal in Folge mit exzellentem Karriere-Rating

Köln, den 18. Juli 2018 – Die A.S.I. Wirtschaftsberatung AG überzeugt nach wie vor mit attraktiven Rahmenbedingungen für eine Vertriebskarriere. Im Vergleich zum Vorjahr hat das Unternehmen unter anderem seine IT-Unterstützung noch einmal deutlich ausgeweitet. Hierfür vergibt die ASSEKURATA Solutions GmbH im Karriere-Rating insgesamt erneut die Bestnote (A++). Auch in den Teilqualitäten Vermittlerorientierung, Finanzstärke sowie Beratungs- und Betreuungskonzept erhält die A.S.I. wiederholt ein exzellentes Urteil. Im Prüfungspunkt Wachstum bestätigt der Vertrieb die sehr gute Vorjahresbewertung.



Teilqualitäten:

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

Exzellenter Service für Makler der vfm Versicherungs- & Finanzmanagement GmbH

Köln, den 9. Juli 2018 – Für ihren hervorragenden Maklerservice erhält die vfm Versicherungs- & Finanzmanagement GmbH erneut die Bestnote im Rating für Maklerpools und Verbände. Dabei erreicht das Unternehmen zum siebten Mal in Folge in allen Teilqualitäten (Maklerorientierung, Maklerzufriedenheit und Solidität) ein exzellentes Urteil.



Teilqualitäten:

- Maklerorientierung:** exzellent
- Maklerzufriedenheit:** exzellent
- Solidität:** exzellent

Das Rating der Cosmos Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft ist nicht mehr gültig

Köln, den 29. Juni 2018 – Das von der ASSEKURATA Assekuranz Rating-Agentur GmbH an die Cosmos Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft vergebene Unternehmensrating ist nicht mehr gültig.

Assekurata-Ratings vom 28.06.2018

Köln, den 28. Juni 2018 – Im Folgenden finden Sie die aktuellen Ratings der ASSEKURATA Assekuranz Rating-Agentur GmbH.

IDEAL Lebensversicherung a.G.
(Vorjahr A+; sehr gut)



Teilqualitäten:

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

IDEAL Versicherung AG
(Vorjahr A-; weitgehend gut)



Teilqualitäten:

- Sicherheit:** gut
- Erfolg:** sehr schwach (Vj.: extrem schwach)
- Kundenorientierung:** sehr gut
- Wachstum/Attraktivität im Markt:** voll zufriedenstellend

(Vj.: gut)

Neue Bayerische Beamten Lebensversicherung AG
(Vorjahr A+; sehr gut)



Teilqualitäten:

Sicherheit: sehr gut

Erfolg: sehr gut

Kundenorientierung: sehr gut (Vj.: gut)

Wachstum/Attraktivität im Markt: sehr gut

VGH Landschaftliche Brandkasse Hannover
(Vorjahr A+; starke Bonität)



VGH Provinzial Lebensversicherung Hannover
(Vorjahr A+; starke Bonität)



Assekurata-Tarifanalyse nun auch in der Beihilfe – sehr gute Noten für ottonova

Köln, den 22. Juni 2018 – Die Ratingagentur Assekurata hat das Spektrum ihrer Tarifanalysen auf Beihilfeergänzungstarife erweitert. Im Zuge dessen erhielten die entsprechenden Tarifkombinationen „First Class“, „Business Class“ und „Premium Economy“ der ottonova Krankenversicherung AG jeweils sehr gute Noten.



DVAG bestätigt exzellentes Karriere-Rating

Köln, den 20. Juni 2018 – Bereits zum elften Mal in Folge zeichnet die ASSEKURATA Solutions GmbH die Deutsche Vermögensberatung AG mit der Bestnote (A++) für ihre Unterstützungsleistungen im Vertrieb aus. Mit zielführenden Neuerungen im Bereich der Vertriebsunterstützung, in der Firmenkundenberatung sowie der Aus- und Weiterbildung konnte das Unternehmen seine Attraktivität für Vermittler weiter steigern. In den Teilqualitäten Vermittlerorientierung, Beratungs- und Betreuungskonzept sowie Finanzstärke erhält die DVAG wiederholt eine exzellente Bewertung. Für den Prüfpunkt Wachstum vergibt Assekurata erneut ein sehr gut.



Teilqualitäten:

Vermittlerorientierung: exzellent

Finanzstärke: exzellent

Beratungs- und Betreuungskonzept: exzellent

Wachstum: sehr gut

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 Unternehmensrating 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
- Assekurata-Bereichsleiter Analyse Abdulkadir **Cebi**, oder Bereichsleiter Analyse Prokurist Lars **Heermann**

Externe Mitglieder

- Dipl.-Bw. Stefan **Albers**, Gerichtlich bestellter Versicherungsberater
- Dipl.-Mathematikerin Marlies **Hirschberg-Tafel**, ehemaliges Vorstandsmitglied einer Versicherungsgesellschaft
- Rolf-Peter **Hoenen**, ehemaliger Vorstand einer Versicherungsgesellschaft und ehemaliger Präsident des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV)
- Dipl.-Kfm. Rainer **Husch**, ehemaliger Partner einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
- Dipl.-Mathematiker Reinhard **Kunz**, Aktuar DAV, ehemaliges Vorstandsmitglied einer Versicherungsgesellschaft
- Thomas **Krüger**, ehemaliger Vorstand einer Versicherungsgesellschaft
- Dr. Johannes **Lörper**, Aktuar DAV, ehemaliges Vorstandsmitglied einer Versicherungsgesellschaft
- Prof. Dr. Torsten **Rohlf**s, Wirtschaftsprüfer, Professor für Risiko- und Schadenmanagement am Institut für Versicherungswesen an der Technischen Hochschule Köln
- Dipl.-Kfm. Ulrich **Rüther**, ehemaliger Vorstandsvorsitzender einer Versicherungsgesellschaft
- 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	Gut
A-	... weitgehend gut	
B+	... voll zufriedenstellend	Zufriedenstellend
B	... zufriedenstellend	
B-	... noch zufriedenstellend	
C+	... schwach	Schwach
C	... sehr schwach	
C-	... extrem schwach	
D	... mangelhaft	Mangelhaft

Bei A++ bis B- 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 Juli 2018)

Lebensversicherung		Schaden-/Unfallversicherung	
Alte Leipziger Leben	A+	Debeka 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++
LVM Leben	A+	IDEAL Versicherung	A-
Neue Bayerische Beamten Leben	A+	LVM	A++

Nicht freigegebene Ratings Lebensversicherer:

7 mit Ergebnissen von A+ bis B+
(Stand Juli 2018)

Nicht freigegebene Ratings Schaden-/Unfallversicherer:

13 mit Ergebnissen von A+ bis B
(Stand Juli 2018)

Assekurata-Unternehmensratings (Stand Juli 2018)**Private Krankenversicherung**

Allianz Kranken	A+
ALTE OLDENBURGER Kranken	A++
Debeka Kranken	A++
HALLESCHE Kranken	A+
HUK-COBURG Kranken	A+
INTER Kranken	A+
LVM Kranken	A++
NÜRNBERGER Kranken	A+
SDK-Kranken	A+
Württembergische Krankenversicherung AG	A+

Nicht freigegebene Ratings private Krankenversicherer:

9 mit Ergebnissen von A+ bis B
(Stand Juli 2018)

Impressum:

ASSEKURATA PUNKT!
Nr.64/Jahrgang 2018

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.

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 Juli 2018)

ALTE LEIPZIGER Leben	A+
Canada Life	AA-
Credit Life	A
DELA Coöperatie	A
FAMILIENFÜRSORGE Leben	A+
HALLESCHE Kranken	A+
IDUNA Leben	A
INTER Allgemeine	A
INTER Kranken	A
INTER Leben	A
Kieler Rück	A
Mylife	A-
PB Leben	A
RheinLand	A
Rhion	A
Verband Öffentlicher Versicherer	A+
VGH Landschaftliche Brandkasse Hannover	A+
VGH Provinzial Lebensversicherung Hannover	A+
VRK Holding	A+

Nicht freigegebene Bonitätsratings:
 3 mit Ergebnissen von A+ bis BBB+
 (Stand Juli 2018)