**Institut für Vorsorge und Finanzplanung. Einfach mehr Vorsorge.**

# Informationen zum
# **KV-Rating Unternehmensqualität**

Institut für Vorsorge und Finanzplanung GmbH

Oktober 2018

INSTITUT
für Vorsorge und Finanzplanung

# Inhalt

Einführung ..... 1
Bewertungsgrundsätze ..... 2
Ratingsystematik ..... 3
Verfahren der Ratingsystematik ..... 4
Abhängigkeitsanalyse ..... 4
Sensitivitätsanalysen ..... 5
Prinzipien der Punktvergabe ..... 5
Homogenität ..... 6
Ratingnoten ..... 6
KV-Rating Unternehmensqualität ..... 7
Teilbereich Stabilität / Größe ..... 7
Teilbereich Sicherheit ..... 8
Teilbereich Ertragskraft / Gewinn ..... 9
Teilbereich Markterfolg ..... 10
Presse- & Öffentlichkeitsarbeit des Instituts ..... 12
Gütesiegel ..... 12
Marketing des Versicherers ..... 12
Folgerating ..... 12
Verbraucherinformation ..... 13
Ratingergebnisse ..... 13
Schlussworte ..... 13

# Einführung

Für seine Unternehmensbewertung der KV-Unternehmen erhielt das Institut für Vorsorge und Finanzplanung (IVFP) in den vergangenen Jahren sehr positives Feedback aus dem Markt.

Die Untersuchung der Unternehmenskennzahlen und das daraus resultierende Bewertungsschema sei sehr tiefgehend, dabei gleichzeitig aber sehr transparent und nachvollziehbar.

Da sich die Private Krankenversicherung weiter im Umbruch befindet und sowohl die Qualität in der Beratung als auch die Qualität der KV-Unternehmen in einem hohen Maß zur Entscheidungsfindung bei den Verbrauchern beitragen, untersucht das IVFP auch in diesem Jahr in seinem Rating zur **KV Unternehmensqualität** die KV-Versicherer auf Herz und Nieren.

In diesem Infopapier finden Sie dabei alle relevanten Erläuterungen zum Rating. Die folgenden Seiten sollen dazu dienen, das Verfahren und den Analyseprozess im Detail zu erläutern und verständlich zu machen.

# Bewertungsgrundsätze

## Verbraucherfokus

Die Untersuchung der Versicherer erfolgt aus Verbrauchersicht. Grundlage für die Priorisierung der Kundenwünsche ist eine vom Institut für Vorsorge und Finanzplanung in Auftrag gegebene repräsentative Marktforschung. Demnach ist für den Verbraucher der wichtigste Parameter die Sicherheit des Anbieters. Das Rating des Instituts beurteilt die Unternehmensqualität und stellt die Stärken des jeweiligen Versicherungsunternehmens transparent dar.

## Neutralität

Das Institut für Vorsorge und Finanzplanung ist komplett unabhängig von Produktgebern oder politischen Einflüssen. Es werden **„Hard Facts"** verwendet, d. h. es gehen in die Qualitätsbewertung nur Werte ein, die sich aus den Zahlenwerken der Krankenversicherungsunternehmen respektive dessen Einbettung in eine Unternehmensgruppe (Konzernbericht), aus öffentlich zugänglichen Quellen (Geschäftsbericht, BaFin-Berichte) oder aus von den Krankenversicherungsunternehmen selbst gemeldeten internen Quellen ergeben und sich eindeutig reproduzieren lassen.

## Vollständigkeit

Das IVFP erstellt ein aussagekräftiges Rating der Unternehmen. Daher ist es erforderlich, alle dafür notwendigen Daten von den Unternehmen zu erhalten. Die niedrigste Punktezahl wird vergeben, wenn keine Angabe bezüglich des abgefragten Parameters aus vorliegenden Unterlagen und angefragten Informationen ersichtlich war, beziehungsweise das Kriterium nicht erfüllt wird.

# Ratingsystematik

Die Basis eines jeden Ratings bildet der Kriterienkatalog. Dieser enthält 24 Einzelkriterien. In der Bewertung kann ein Kriterium zwischen 0 und 20 Punkten erreichen. Nachfolgend werden einige Bewertungsmöglichkeiten aufgezeigt:

| **Ratingkriterium** | **Bewertung** |
|---|---|
| **Anzahl versicherte natürliche Personen** | 5 Punkte: 2.323.329 Personen und mehr<br>4 Punkte: 1.019.387 - 2.323.328 Personen<br>3 Punkte: 393.637 - 1.019.386 Personen<br>2 Punkte: 143.050 - 393.636 Personen<br>1 Punkt: 76.343 - 143.049 Personen<br>0 Punkte: Weniger als 76.343 Personen |
| **Ratingkriterium** | **Bewertung** |
| **Versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote** | 10 Punkte: 15,27% und mehr<br>9 Punkte: 14,92% - 15,26%<br>8 Punkte: 14,66% - 14,91%<br>7 Punkte: 14,41% - 14,65%<br>6 Punkte: 14,15% - 14,40%<br>5 Punkte: 13,71% - 14,14%<br>4 Punkte: 13,30% - 13,70%<br>3 Punkte: 12,79% - 13,29%<br>2 Punkte: 12,00% - 12,78%<br>1 Punkt: 9,55% - 11,99%<br>0 Punkte: Weniger als 9,55% |
| **Ratingkriterium** | **Bewertung** |
| **Nettoverzinsung (in Prozent)** | 15 Punkte: 4,23% und mehr<br>14 Punkte: 4,08% - 4,22%<br>13 Punkte: 3,98% - 4,07%<br>12 Punkte: 3,88% - 3,97%<br>11 Punkte: 3,79% - 3,87%<br>10 Punkte: 3,71% - 3,78%<br>9 Punkte: 3,64% - 3,70%<br>8 Punkte: 3,56% - 3,63%<br>7 Punkte: 3,52% - 3,55%<br>6 Punkte: 3,46% - 3,51%<br>5 Punkte: 3,38% - 3,45%<br>4 Punkte: 3,32% - 3,37%<br>3 Punkte: 3,28% - 3,31%<br>2 Punkte: 3,25% - 3,27%<br>1 Punkt: 2,92% - 3,24%<br>0 Punkte: Weniger als 2,92% |

# Verfahren der Ratingsystematik

Die Basis (Prinzipien) eines jeden KV-Rating Unternehmensqualität stellt ein Kriterienkatalog aus „Hard Facts" dar. Das heißt, in die Qualitätsbewertung gehen nur Werte ein, die sich aus den Zahlenwerken der Krankenversicherungsunternehmen (KVU) aus öffentlich zugänglichen Quellen (Geschäftsbericht, BaFin-Berichte) oder aus von den KVU selbst gemeldeten internen Quellen ergeben und sich eindeutig reproduzieren lassen. Subjektive Merkmale, die sich i. d. R. aus persönlichen (subjektiven) Beurteilungen durch Personen ergeben, werden möglichst vermieden.

Hierfür werden 24 Kriterien verwendet, die sich den Teilbereichen Stabilität, Sicherheit, Ertragskraft, Markterfolg/Kundenzufriedenheit zuordnen lassen. Damit soll ein möglichst ausgewogenes Bild des bewerteten LVU erstellt werden.

Damit bei der Bestimmung der Maximalpunktzahl je Kriterium die angestrebte Gewichtung der einzelnen Teilbereiche unter Berücksichtigung der Wechselwirkungen der einzelnen Kriterien nicht verletzt wird, wurde für die Bestimmung der Punktmaxima eine Abhängigkeitsanalyse herangezogen. Um zudem die Stabilität des Ratingsystems zu überprüfen, wurden Sensitivitätsanalysen durchgeführt. Dabei wurde untersucht, wie sensibel das Gesamtsystem gegenüber Veränderungen der Höchstpunkte je Kriterium reagiert.

Die Zuordnung von Punkten erfolgt schließlich anhand einer Punktfunktion unter Beachtung der jeweiligen Verteilung der KVU-Werte. Diese Umverteilung der Originalwerte der KVU in Punkte darf die Homogenität (Abbild der Streuung) der Unternehmens-Werte nicht derart stören, dass ein KVU aus einzelnen Kriterien ungerechtfertigt zu viele oder zu wenige Punkte erhält. Hierzu werden die Homogenität der Originalwerte und der Punktstruktur berechnet, signifikante Abweichungen analysiert und die betroffene Punktfunktion ggf. in geringem Umfang angepasst. Dieses Instrumentarium dient somit auch der Überprüfung der Punktevergabe.

Im Folgenden werden die einzelnen Schritte nochmals näher erläutert.

## Abhängigkeitsanalyse

Ein Krankenversicherungsunternehmen ist ein komplexes Gebilde, das zwar stets nach den Regeln des VAG und VVG arbeitet, jedoch ist jedes Unternehmen ein Individuum mit ganz unterschiedlichen Eigen- und Gegebenheiten. Die funktionalen Zusammenhänge sind dennoch bei allen Krankenversicherungsunternehmen gleich oder zumindest sehr ähnlich. Die gegenseitige Wechselwirkung kann positiv (hohe Werte erzeugen hohe Folgewerte) oder negativ sein. Wenn alle Kriterien, wie in einem Ratingsystem üblich, mit bestimmten Punktwerten versehen werden, dann ergeben sich zwangsläufig Überlagerungen, die dazu führen können, dass einzelne Kriterien über- oder auch unterbewertet werden. Durch den Einsatz entsprechender Monte Carlo Simulation konnten somit die Abhängigkeiten und die Wechselwirkungen der einzelnen Kriterien untereinander festgestellt werden. Auf dieser Basis wurden die Maximalwerte so modifiziert, dass die angestrebten Prozentanteile für die einzelnen Bereiche eingehalten werden.

## Sensitivitätsanalysen

Möglicherweise könnten Krankenversicherungsunternehmen kritisieren, dass der Maximalwert, mit dem ein Einzelkriterium versehen ist, entweder als zu hoch, oder als zu niedrig angesetzt ist. Oder die Kriterien werden insgesamt von den Unternehmen als nicht gerecht angesehen. Hieraus ergab sich für das Institut die Frage, wie das bestehende Ratingsystem auf Veränderungen der angesetzten Maximalwerte reagiert oder anders ausgedrückt, wie sensibel das Gesamtsystem gegenüber Veränderungen der Höchstpunkte je Kriterium ist. Als Veränderung werden in allen Fällen zum einen Senkungen des Maximalwertes bis zur Null (was dem Herausnehmen des Kriteriums aus dem System entspricht), und zum anderen Erhöhungen bis zum doppelten Maximalwert angesetzt. Die Sensitivitätsanalysen werden mit Hilfe von Monte Carlo Simulationen durchgeführt, um die geplanten Veränderungen herzustellen. Insgesamt wurden für die Analyse der Sensitivität 330 Simulationen durchgeführt.

Das Ergebnis der Sensitivitätsanalyse hat gezeigt, dass das Ratingsystem insgesamt sehr stabil ist und nur bei extremen Veränderungen der Höchstpunktewerte zu einer Änderung der Noten und ggf. auch der Rangfolge der KVU führen kann.

## Prinzipien der Punktvergabe

Bei der Erstellung des Punktevergabeschemas für Quoten werden alle im Rating untersuchten Anbieter betrachtet. Da das System die jeweiligen Bereiche mit unterschiedlichen Gewichtungen berücksichtigt, trägt es der Bedeutung der Bereiche in einer ausgewogenen Mischung und Gewichtung Rechnung. Für jedes Kriterium wird eine Höchstpunktzahl vergeben, welche sicherstellt, dass sowohl die Kriterien ihrer Bedeutung nach eine angemessene Gewichtung, die inneren Zusammenhänge in einem Krankenversicherungsunternehmen als auch die damit verbundenen Wechselwirkungen nicht zu überproportionalen Bewertungen führen, aber auch unter Einbeziehung möglicher Rückkoppelungen die Gewichtung der Bereiche eingehalten wird und die Summe der Punktmaxima 210 beträgt.

Die Zuordnung von Punkten erfolgt anhand einer Punktfunktion[1] unter Beachtung der jeweiligen Verteilung der Kennzahlen je Einzelkriterium nach folgenden **Prinzipien**:

a) Von den Unternehmensergebnissen werden stets mindestens 90% der Werte in die Konstruktion der Punktfunktion einbezogen. Die „Ausreißer" (Werte mit größtem Abstand zum Mittelwert) werden dabei anhand einer Teststatistik ermittelt.

b) Die „Ausreißer" am unteren bzw. oberen Rand erhalten null Punkte bzw. die Maximalpunktzahl

c) Bestimmung eines theoretisch fairen Ausschöpfungsgrades (Relation der zugeteilten Punkte zu den maximal zuteilbaren Punkten)

d) Aus den berücksichtigten Werten wird die Punktfunktion so konstruiert, dass zunächst eine algebraische Näherungsfunktion 3. Grades bestimmt wird. Diese Funktion wird in eine Punktfunktion (quadratische Form) transformiert, so dass folgendes gilt:

    a. Der untere Grenzwert erhält die minimale Punktzahl

[1] Ausnahmen gelten für die Kriterien Konzernstruktur, Mitglied in Sicherheitseinrichtung und Stresstest BaFin.

b. Der obere Grenzwert erhält die volle Punktzahl

c. Alle zugeteilten Punkte (abzüglich der „Ausreißer" am oberen Rand) entsprechen dem Ausschöpfungsgrad

e) Mit Hilfe der Punktfunktion wird den Kennzahlen der Versicherungsunternehmen die entsprechende Punktzahl zugeordnet.

## Homogenität

Die Ergebnisse aller Krankenversicherungsunternehmen sind beeinflusst von der Art der Geschäftstätigkeit, von der Entwicklung in den vergangenen Jahren, von Managemententscheidungen und von Menschen außerhalb und innerhalb eines Krankenversicherungsunternehmens. Daher unterliegen diese Werte einem ständigen Wandel und jedes Unternehmen versucht, anhand seiner Ergebnisse nach besten Kräften zu arbeiten und die Kennzahlen zu verbessern. Inwieweit dies gelingt, ist auch ein vom Zufall beeinflusster Prozess. Daher ist nicht anzunehmen, dass ein Krankenversicherungsunternehmen in allen Segmenten des Geschäftes immer sehr gut dasteht. Entsprechend sind die Werte für einzelne Kriterien inhomogen. Zur Beurteilung der Daten hat das Institut ein Instrument eingeführt, welches als „Homogenitätskennzahl" bezeichnet wird.

Die Homogenität wird für jedes einzelne Kriterium und für jedes Unternehmen geprüft. Dabei werden sowohl die Kennzahlen des Krankenversicherungsunternehmens als auch die erreichte Punktzahl auf ihre Homogenität hin untersucht und verglichen. Erzielt ein Unternehmen in jedem Kriterium die maximale bzw. minimale Punktzahl, so erreicht es eine Homogenität von 100, d. h. dessen Werte sind absolut homogen.

Durch die Untersuchung der Homogenität hat das IVFP sichergestellt, dass durch die Punktvergabe keine Bevorzugung bzw. Benachteiligung für die Unternehmen entsteht.

## Ratingnoten

Das Institut für Vorsorge und Finanzplanung hat einen individuellen Notenschlüssel entwickelt, mit dem es einzelne Noten ermittelt. Die Gesamtnote ergibt sich aufgrund des jeweiligen Gewichts dieses Teilbereichs an der Gesamtnote.

# KV-Rating Unternehmensqualität

Die einzelnen Kriterien können bestimmten Bereichen eines Krankenversicherungsunternehmens zugeordnet werden, die sich aus der typischen Arbeitsweise von Krankenversicherungsunternehmen ableiten lassen.

## Teilbereich Stabilität / Größe

### Konzernstruktur

Hier wird bewertet, ob ein Krankenversicherungsunternehmen als Einzelunternehmen arbeitet oder in nationale oder internationale Konzernstrukturen eingebunden ist. Ein Einzelunternehmen muss i. d. R. sämtliche aufsichtsrechtlichen Verpflichtungen (z. B. das erforderliche Eigenkapital) selbst darstellen, während ein Konzernunternehmen oft auf Ressourcen des Mutterunternehmens oder von Schwesterunternehmen zurückgreifen kann. Beispielsweise müssen Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit das Eigenkapital selbst aus Überschüssen aufbauen, und dafür relativ hohe Steuern tragen, während Aktiengesellschaften sich das Eigenkapital vom Markt oder vom Mutterunternehmen besorgen können. Häufig lassen sich durch die Einbettung in einen Unternehmensverbund auch wirtschaftliche Vorteile erzielen, wie Skaleneffekte durch gemeinsame Nutzung von Personalressourcen. Das IVFP sieht das Kriterium als Bewertung einer Quasigröße, denn selbst eine kleine AG kann im Unternehmensverbund Vorteile der Gruppe nutzen.

### Bestand an natürlichen Personen

Der Bestand stellt eindeutig ein Kriterium für die Größe und Stabilität eines Krankenversicherungsunternehmens dar. Ein Unternehmen mit großem Bestand hat mit wesentlich weniger Schwankungen im Risikoverlauf zu rechnen als ein kleines Unternehmen.

### Beitragseinnahmen (verdiente Bruttobeiträge) GJ in Mio. Euro

Die verdienten Bruttobeiträge eines Geschäftsjahres sind die gebuchten Bruttobeiträge und die Veränderung der Beitragsüberträge, die der Versicherer bereits zum Bilanzstichtag eingenommen hat. Sie sind ein Maßstab für die Größe eines Versicherungsunternehmens.

### Bestand Kapitalanlagen GJ in Mio. Euro

Auch dieses Kriterium stellt ein Merkmal für Stabilität durch Größe dar. Die Kapitalanlagen dienen überwiegend zur Bedeckung künftiger Leistungsverpflichtungen des Unternehmens. Sicherheit und Rentabilität der Kapitalanlagen sind maßgebliche Grundlage für die dauerhafte Erfüllbarkeit der Verträge. Im Gegensatz zu vielen anderen Kennzahlen ist gerade bei den Kapitalanlagen auch die absolute Höhe ein wichtiges Kriterium bei der Beurteilung der Qualität eines Unternehmens. Mit zunehmender Größe lassen sich ganz andere Möglichkeiten in der Kapitalanlage ausschöpfen. Zudem ermöglicht erst eine bestimmte absolute Größe auch eine adäquate Risikostreuung, die wiederum Voraussetzung für die Erzielung einer befriedigenden Rendite ist.

# Teilbereich Sicherheit

### SCR-Quoten

Bei der SCR-Bedeckungsquote (SCR-Quote) wird geprüft, in welchem Verhältnis die anrechnungsfähigen Eigenmittel des Versicherers gegenüber seinen Solvenzkapitalanforderungen stehen. Die maßgebliche Zielgröße beträgt ≥ 100%. Bei einer Quote von unter 100% verfügt der Versicherer nicht über ausreichend Kapital, um extreme Krisenszenarien (200-Jahresereignis) ohne Probleme zu bewältigen. Zudem haben Versicherer die Möglichkeit, die SCR-Quote durch genehmigungspflichtige Instrumente (BaFin) zu beeinflussen.
Hierzu zählen folgende Instrumente:

- Übergangsmaßnahmen für versicherungstechnische Rückstellungen (gemäß § 352 VAG)
- Übergangsmaßnahmen für risikofreie Zinssätze (gemäß § 351 VAG)
- Volatilitätsanpassungen (gemäß § 82 VAG)

Diese Instrumente werden in den drei Kriterien, SCR-Quote netto (ohne Übergangsmaßnahmen und Volatilitätsanpassungen); SCR-Quote (ohne Übergangsmaßnahmen und ggf. mit Volatilitätsanpassungen) und SCR-Quote brutto (mit Übergangsmaßnahmen und Volatilitätsanpassungen), berücksichtigt.

### MCR-Quote

Bei der MCR-Bedeckungsquote (MCR-Quote) werden die anrechnungsfähigen Eigenmittel ins Verhältnis zur Mindestkapitalanforderung gesetzt. Die Mindestkapitalanforderung (MCR) stellt die regulatorische Untergrenze der Solvenzkapitalanforderung (SCR) dar. D.h. die Mindestkapitalanforderung muss der Versicherer zum Schutz der Versicherten mindestens vorhalten. Dadurch wird die Kapitalausstattung des Versicherers im Vergleich zur SCR Quote nochmals verschärft betrachtet.

### EK-Quote

Um die dauernde Erfüllbarkeit der Verträge sicherzustellen, müssen die privaten Krankenversicherungsunternehmen ausreichendes Eigenkapital bilden. Eigenkapital zählt zu den Sicherheitsmitteln eines Versicherers und kann auch als Sicherheitspolster in finanziellen Schieflagen dienen. Die Betrachtung erfolgt über die fünf vergangenen Jahre.

### Sicherheitsmittelquote

Neben dem Eigenkapital fließen in diese Quote die Mittel der freien RfB, der Schlussüberschussanteilfonds und ggf. stille Bewertungsreserven ein. Die Quote ist eine Relation zur Deckungsrückstellung. Die Sicherheitsmittelquote ist ein Indikator für eine langfristige Überlebensfähigkeit. Auch hier werden die vergangenen fünf Jahre betrachtet.

### Versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote

Die versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote zeigt an, was das Krankenversicherungsunternehmen aus den Beiträgen nach Abzug von Leistungen und Kosten noch übrig hat. Sie gilt damit als Kriterium für die Güte der Kalkulation, da ein Krankenversicherungsunternehmen, dessen Tarife eher unterkalkuliert sind, hieraus kaum positive Resultate erzielen kann und wird. Dies qualifiziert das Kriterium als Sicherheitsmerkmal, denn eine stabile Kal-

kulation ist nun einmal ein wesentliches Element für die mittelfristige Stabilität der Beiträge. Auch hier werden die vergangenen fünf Jahre betrachtet.

### Mitglied in Sicherungseinrichtung

Dieses Kriterium ist dem Bereich „Sicherheit" zuzurechnen. In Deutschland wurde nach dem Fall der Mannheimer Leben per gesetzlicher und aufsichtsrechtlicher Vorschriften ein Sicherungssystem „Protektor" eingerichtet, dem jedes Lebensversicherungsunternehmen beitreten muss. Parallel dazu wurde für die deutschen Krankenversicherungsunternehmen ein analoges Sicherungssystem unter dem Namen „Medicator" eingeführt. Für den Fall einer erneuten Insolvenz sind die Unternehmen verpflichtet Einschüsse in das Sicherungssystem zu leisten. Dies gibt im Grunde keinem Krankenversicherungsunternehmen mehr Sicherheit als ohne die Sicherungseinrichtung, stellt aber sicher, dass im Ernstfall die betroffenen Kunden nicht ihren Versicherungsschutz einschließlich der Kapitalwerte verlieren.

## Teilbereich Ertragskraft / Gewinn

### RfB-Zuführungsquote

Zwar sind die Krankenversicherungsunternehmen hinsichtlich ihrer Möglichkeiten, den Rohüberschuss zu verwenden stark durch gesetzliche Reglementierung eingeschränkt, die RfB-Zuführung ist dennoch ein starkes Wettbewerbsinstrument. Dieses Kriterium deutet auf eine überdurchschnittliche Beteiligung der Kunden an den erzielten Überschüssen eines Krankenversicherungsunternehmens hin. Dadurch ist ein Versicherer in der Lage, eine

interessante Politik der Überschussbeteiligung zu betreiben (Direktgutschrift, Minderung oder Ausfinanzierung notwendiger Prämienerhöhungen). Auch hier betrachtet das Institut die vergangenen fünf Jahre.

### RfB-Quote

Eine hohe RfB (gebundene und ungebundene Mittel) gibt dem Krankenversicherungsunternehmen Sicherheit bei der Stabilisierung der Prämienhöhe im Falle von erforderlichen Beitragserhöhungen zu erzielen. Die Betrachtung erfolgt über die fünf vergangenen Jahre.

### RfB-Entnahmeanteile (Einmalbeitrag)

Bei diesem Kriterium werden die Entnahmen für Einmalbeiträge betrachtet. Einmalbeiträge werden hauptsächlich in die Erhöhung der Altersrückstellung investiert, um Beitragserhöhungen zu begrenzen. Diese Quote zeigt an, wieviel das Unternehmen für Beitragsanpassungen entnommen hat. Betrachtet werden hier die vergangenen fünf Jahre.

### Überschussverwendungsquote

Diese Quote gibt an, in welchem Umfang der wirtschaftliche Gesamterfolg eines Krankenversicherungsunternehmens an die Versicherten weitergegeben wird. Auch hier erfolgt die Betrachtung über fünf Jahre.

### Nettoverzinsung Kapitalanlagen

Die meisten Versicherungsprodukte in der deutschen privaten Krankenversicherung werden nach Art der Lebensversicherung betrieben. Daher ist der planmäßige Aufbau einer Alterungsrückstellung Pflicht. Diese Art von Krankenversicherung entspricht damit einer Rentenversicherung mit variablen Rentenleistungen abhängig von Alter und Bestandsdauer.

Die Erträge aus den Kapitalanlagen stellen somit ein wesentliches Element der Kalkulation und der langfristigen Sicherung der Finanzierung des versprochenen Versicherungsschutzes dar. Der Nettoertrag aus Kapitalanlagen macht den Löwenanteil der Erträge aus. Die Nettorendite ist als Kriterium zur Beurteilung eines Krankenversicherungsunternehmens zwingend. Es werden die vergangenen fünf Jahre betrachtet.

### Abschlusskostenquote

Die Abschlusskosten belasten das versicherungstechnische Ergebnis. Je nach vertrieblicher Ausrichtung (Direktversicherer, Ausschließlichkeitsorganisationen, Maklervertrieb, Annexvertriebe, Mischvertriebe, etc.) muss ein Krankenversicherungsunternehmen unterschiedliche Vergütungen für den Verkauf der Produkte aufwenden. Im Wettbewerb der Unternehmen um das Neugeschäft, entscheidet auch die Höhe der einmaligen und Folgevergütungen. Daher kann eine hohe Abschlusskostenquote hohe Zuwachsraten der Bestände und Bruttobeitragseinnahmen bewirken, aber auch technische Verluste bei den Abschlusskosten (höhere Ausgaben als kalkuliert), was den Rohüberschuss wiederrum negativ belastet. Die Abschlusskostenquote kann als Effektivitätskennzahl für die Arbeit des Außendienstes bei der Generierung von Neugeschäft angesehen werden. Die Betrachtung erfolgt über die fünf vergangenen Jahre.

### Verwaltungskostenquote

Die Verwaltungskostenquote spiegelt den Verbrauch von Prämienressourcen durch Verwaltungstätigkeiten wieder. Nicht berücksichtigt werden dabei Verwaltungskosten für die Antragsbearbeitung (sie fließen i. d. R. über die Abschlusskosten in die Gewinn- und Verlustrechnung ein), Verwaltungskosten für die Kapitalanlagen und für die Schadenregulierung (in den Aufwendungen für Versicherungsleistungen berücksichtigt). Da die Kosten für die Verwaltung das wirtschaftliche Ergebnis des Krankenversicherungsunternehmens beeinflussen, wird sie dem Bereich „Ertragskraft" zugeordnet.

## Teilbereich Markterfolg

### Zuwachsquote Anzahl versicherte natürliche Personen

Der Zuwachs wird im Rating als Kriterium herangezogen, weil er darüber Auskunft gibt, ob ein Versicherer in der Lage ist, überhaupt ausreichend Neuzugänge zu erarbeiten. Das Kriterium ist somit dem Bereich „Markterfolg" zuzuordnen. Bewertet wird hier der durchschnittliche Anstieg der Anzahl an versicherten natürlichen Personen der vergangenen drei Jahre.

### Zuwachsquote verdiente Bruttobeiträge

Neben einem natürlichen Zuwachs ist die Entwicklung der Beitragseinnahmen mittelfristig von eminenter Bedeutung, da das Krankenversicherungsunternehmen sonst schnell ein massives Problem mit der Deckung der Kosten hat. Der Zuwachs wird über die vergangenen drei Jahre betrachtet.

### Trendanalyse

Bei diesem Kriterium wird bewertet, ob sich die Werte eines Krankenversicherungsunternehmens eher positiv oder negativ entwickelt haben. In die Bewertung des Trends gehen die RfB-Zuführungsquote, RfB-Entnahmeanteil, RfB-Quote, Eigenkapitalquote,

Überschussverwendungsquote, Versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote, Verwaltungskostenquote, Abschlusskostenquote, Nettoverzinsung und die Beschwerdequote ein. Der Trend wird für jedes Kriterium über fünf Jahre gebildet.

### Beschwerdequote BaFin

Dies ist eine aus den jährlich von der BaFin veröffentlichten Zahlen zu Kundenbeschwerden abgeleitete Quote. Sie ist ähnlich wie die Stornoquote als Qualitätsmaß für die Kundenzufriedenheit oder besser Unzufriedenheit anzusehen. Bewertet werden hier die vergangenen fünf Jahre.

# Veröffentlichung

Eine Bekanntmachung der Ratingergebnisse erfolgt auf unterschiedlichen Wegen:

## Presse- & Öffentlichkeitsarbeit des Instituts

Die Ergebnisse des Ratings werden der Öffentlichkeit transparent zur Verfügung gestellt. Zum einen können die Ergebnisse über die Website www.vorsorge-finanzplanung.de abgerufen werden. Interessenten können sich dabei über das Ratingverfahren und dessen Ergebnisse informieren. Zusätzlich werden im Sinne der Verbraucheraufklärung regelmäßig Pressemitteilungen zum Rating publiziert.

## Gütesiegel

Gütesiegel dienen Verbrauchern als Entscheidungshilfe. Immer mehr Versicherungssuchende verlassen sich auf Ratingurteile. Das Rating des Instituts für Vorsorge und Finanzplanung bildet die wichtigsten Anforderungen des Kunden ab und gilt daher als kundenorientiert. Krankenversicherer, deren Unternehmen im Rating des Instituts positiv bewertet wurde, können hierzu ein Gütesiegel erwerben. Aus diesem Gütesiegel gehen die Stärken im Vergleich zum anderen Anbietern hervor und zeigen dem Verbraucher die erreichte Note an. Durch die starke Orientierung des zugrunde liegenden Ratings am Verbrauchernutzen und der Fokussierung auf das gestiegene Sicherheitsbedürfnis der Sparer, erzielt das Gütesiegel des Instituts eine beachtliche Akzeptanz beim Endkunden.

## Marketing des Versicherers

Das Gütesiegel wird in Form eines Lizenzvertrags an die Unternehmen vergeben. Die Produktgeber können mit dem aktuellen Rating – also mit Gütesiegel und erreichter Note – werben und diese in die eigenen Marketingaktivitäten einbinden. Das Institut stellt den Unternehmen hierfür eine Auswahl an verschiedenen Siegelvarianten zur Verfügung, die für diverse Kommunikationsmaßnahmen, von der Anzeige bis zur Printwerbung, eingesetzt werden können.

# Folgerating

Einmal ist kein Mal! Alle bewerteten Unternehmen werden vom Institut in einem regelmäßigen Audit erneut unter die Lupe genommen. Die Ergebnisse dieser unabhängigen, neutralen und transparenten Untersuchung werden im Anschluss über die Fach- und Publikumspresse kommuniziert.

Besteht ein Lizenzvertrag für ein Gütesiegel, ist vertraglich festgelegt, dass das Unternehmen mit dem aktuellen Ergebnis werben darf und sich freiwillig dem regelmäßigen Audit unterzieht. Möchte der Anbieter den Einsatz des Siegels beenden, ist dies jederzeit nach Ablauf des Lizenzjahres möglich. Das Unternehmen wird trotzdem weiterhin im Folgerating betrachtet.

# Verbraucherinformation

Das Institut versteht sich als unabhängiger und neutraler Informant des Verbrauchers. Die Zielsetzung ist nicht der Verkauf von Altersvorsorgeprodukten bzw. eine Weiterleitung von Adressen! Dem Verbraucher werden notwendige Informationen zur Verfügung gestellt, um sich ein Bild über die verschiedenen Altersvorsorgewege machen zu können. Informationsquelle ist dabei ein Internetportal des Instituts speziell für Verbraucher, die über die Internetadresse www.einfach-mehr-vorsorge.de zu erreichen ist.

# Ratingergebnisse

Die Kompetenz des Instituts gründet sich in seinem qualifizierten Mitarbeiterstamm aus Steuerexperten, Bank- und Versicherungskaufleuten, Mathematikern und Betriebswirten, die aufgrund des breiten Marktüberblicks Vorsorgeangebote sachverständig beurteilen können. Die jeweiligen Unternehmen werden eingehend geprüft und anhand der Ratingmatrix in einer Datenbank erfasst und ausgewertet. Um die Qualität der Datenbasis sicherzustellen, werden sie von mehreren qualifizierten Mitarbeitern des Instituts unabhängig voneinander überprüft. Die Ergebnisse werden für den schnellen Überblick in jeweiligen Masterlisten veröffentlicht.

Das Rating basiert u. a. auf Daten, die dem IVFP von Dritten zur Verfügung gestellt werden. Die zur Verfügung gestellten Informationen werden, soweit dies möglich ist, auf ihre Richtigkeit geprüft. Das IVFP übernimmt jedoch keine Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit dieser Angaben.

# Schlussworte

Das Institut für Vorsorge und Finanzplanung beabsichtigt mit dem KV-Rating Unternehmensqualität den Entscheidungsprozess bei der Wahl des geeigneten Anbieters maßgeblich zu erleichtern.

Oktober 2018

Frank Nobis
Prof. Michael Hauer
Prof. Dr. Thomas Dommermuth