



★ ★ ★ ★ ★
AUSGEZEICHNET

M&M RATING
PflegeTagegeld

Gesellschaft
Tarif

Stand: MM/JJJJ – ID: D XXXX www.mm-ratings.de

MORGEN & MORGEN

M&M Rating Pflegetagegeld

Stand: September 2017

Inhalt

1. Motivation	3
2. Allgemeines zum Verfahren	4
2.1. Bewertungsskala.....	4
2.2. Interpretation des Ratings.....	4
2.3. Grundlage des Ratings und Aktualisierung	4
2.4. Der M&M-Rating-Grundsatz	4
3. Das Verfahren	5
3.1. Bedingungsanalyse der Risikoleben-Tarife	5
3.2. Das Bewertungsverfahren	5
3.3. Grundsatz der Bewertung.....	5
4. Anhang – Leistungsfragen	6

1. MOTIVATION

Es ist unbestritten, dass der Bedarf an privater Pflegeabsicherung vorhanden ist. Hierin sind sich alle Marktteilnehmer, insbesondere auch Politik und Verbände einig. Ein Ansatz in der Branche besteht darin, das biometrische Risiko der Pflegebedürftigkeit über die Pflagegeldtarife der Privaten Krankenversicherer abzusichern. Die Pflagegeldtarife stehen dabei im Wettbewerb zu den Pflagerententartarifen der Lebensversicherer, die von MORGEN & MORGEN im M&M Rating PflageRente bewertet werden.

Auffällig ist, dass Pflege im Bereich PKV aktuell wesentlich erfolgreicher ist als im Bereich Lebensversicherung. Auf der einen Seite ist dies sicherlich eine Frage des Preises. Pflagerenten sind aufgrund der höheren Leistung und der lebenslangen garantierten Beiträge a priori teurer als vergleichbare Pflagegeldtarife. Auf der anderen Seite liegt dies eventuell auch am Vertriebsansatz. Der PKV-Vertrieb kann (Bestands-) Kunden, die z.B. privat versichert sind und/oder bereits ein Krankentagegeld abgeschlossen haben, relativ einfach auch auf ein Pflagegeld ansprechen.

Die Pflagegeldtarife einerseits sowie die Pflagerenten andererseits sichern das gleiche Risiko ab – und sind dennoch unterschiedlich. Dies beginnt bei der Kalkulation der Prämien – mit garantierten Beiträgen bei den Pflagerenten und der Möglichkeit zur Beitragsanpassung bei den Pflagegeldern, bis hin zur Ausgestaltung der Bedingungen. Dabei orientiert sich die PKV an der gesetzlichen Pflegeversicherung mit Definitionen des Sozialgesetzbuchs, die Pflagerenten lehnen sich an die Bedingungen der vertriebslich erfolgreichen BU-Produkte an. Ursache für den Erfolg eines solch hochkomplexen, da bedingungslastigen, Produkts sind wiederum positive Ratings.

Mit Ratingergebnissen kann der Vermittler einen hochkomplexen Sachverhalt in eine einfache Sternelogik übersetzen und dem Endkunden vermitteln. Auch Presse, Medien, Verbraucherorganisation usw. sind rating-affin. Der Vermittler kann ein positiv getestetes, von einem **unabhängigen** Haus in der Qualität bestätigtes, Produkt leichter platzieren. Weitere Effekte eines Ratings sind Produktverbesserungen im Zeitablauf, hauptsächlich Bedingungsverbesserungen, und ein gesteigerter Fokus auf solche Produkte.

Für den Versicherungsnehmer stellt sich unweigerlich die Frage, ob er das Pflagerisiko mit einem Pflagegeld- oder einem Pflagerententarif absichern soll. Neben den offensichtlichen Prämienunterschieden stellt sich die Frage, bei welchem Tarif er die besseren Leistungen erhält. Bei der Beantwortung dieser nicht trivialen Frage kann ein Rating helfen. Bisher wurde bei der Betrachtung von Pflagegeldtarifen über unterschiedliche Preise und Kalkulationsgrundlagen diskutiert, wichtig ist jedoch vor allem auch die unterschiedliche Bedingungsqualität der Tarife.

All diese Gründe haben MORGEN & MORGEN bewogen, auch die Pflagegeldtarife detailliert zu untersuchen, zu analysieren und letztlich einem Rating zu unterziehen. Bewertet wird hierbei die Qualität der Bedingungen. Preise spielen wie immer bei MORGEN & MORGEN bei der Ratingbewertung keine Rolle, diese muss der Vermittler bei der bedarfsorientierten Beratung natürlich hinzuziehen, da höhere Bedingungsqualität in der Regel mit höheren Prämien einhergeht. Bedingungen werden anhand von Leistungsfragen bewertet. Nur in den AVBs aufgeführte Leistungen werden bewertet, da nur hierauf ein Rechtsanspruch besteht. Ein Grundsatz, der allen M&M-Bedingungsratings bzw. -analysen seit Jahren zugrunde liegt.

2. ALLGEMEINES ZUM VERFAHREN

Das Rating Pflegegeld beinhaltet ausschließlich die **Bedingungsanalyse** auf Basis der einzelnen Tarife bzw. Tarifkombinationen. Das Rating einer Tarifkombination wird mit ★ bis ★★★★★ bewertet.

Bewertet wird die Tarifkombination anhand von 37 Leistungsfragen.

Das Rating Pflegegeld ist tarifbezogen. Eine Tarifkombination kann sich aus mehreren Tarifbausteinen zusammensetzen. Ein Anbieter kann mehrere Tarifkombinationen mit unterschiedlichen Ratingergebnissen haben.

2.1. Bewertungsskala

Bei den Ergebnissen gilt folgende Interpretation der Bewertungen – wie bei den M&M-Ratings üblich:

Ergebnis	Wertung
★	Sehr schwach
★★	Schwach
★★★	Durchschnittlich
★★★★	Sehr gut
★★★★★	Ausgezeichnet

2.2. Interpretation des Ratings

Ein Bedingungswerk eines Versicherers wird mit dem Ansatz danach untersucht, ob das Bedingungswerk ausgezeichnete Bedingungen aufweist.

2.3. Grundlage des Ratings und Aktualisierung

Basis der Bewertungen sind die vorliegenden justiziablen Versicherungsbedingungen.

Das Rating Pflegegeld wird regelmäßig aktualisiert.

2.4. Der M&M-Rating-Grundsatz

MORGEN & MORGEN erhebt **KEINE** Gebühren für die Erhebung und Qualifizierung der Daten sowie für die Durchführung des Ratings. Die Refinanzierung erfolgt ausschließlich durch die laufenden Lizenzgebühren der MORGEN & MORGEN-Anwender. Hierdurch sind absolute Unabhängigkeit und Neutralität gewährleistet. Darüber hinaus ist hierdurch ein Rating über im Prinzip ALLE Anbieter bzw. Tarifvarianten möglich.

3. DAS VERFAHREN

3.1. Bedingungsanalyse der Pflagegeldtarife

Der Erstellung des Ratings Pflagegeld ging eine intensive und langwierige Untersuchung der am Markt vorhandenen Bedingungswerke voraus. Insgesamt besteht die Bedingungsanalyse aus 37 Fragen.

Die ratingrelevanten Fragen beurteilen Sachverhalte und Produkteigenschaften, die als wesentlich für die (Bedingungs-) Qualität eines Produkts anzusehen sind. Die Kundenfreundlichkeit steht hier klar im Fokus, ebenso die Eindeutigkeit der Aussagen im Bedingungswerk. Selbstverständlich werden hier auch unübliche Einschränkungen erfasst und beurteilt.

3.2. Das Bewertungsverfahren

Das Rating besteht aus 37 Leistungsfragen. Diese Fragen sind entsprechend ihrer Bedeutung gewichtet und zwar in den Kategorien „sehr wichtig“ (entspricht 5 Punkten), „wichtig“ (entspricht 3 Punkten) sowie „weniger wichtig“ (entspricht 1 Punkt).

Im Einzelnen sind die Fragen wie folgt aufgeteilt:

- 12 Fragen a Kategorie 1 = max. 12 Punkte
- 20 Fragen a Kategorie 3 = max. 60 Punkte
- 5 Fragen a Kategorie 5 = max. 25 Punkte

Diese Leistungsfragen sind entweder „voll erfüllt“ (entspricht 100% der Punkte), „eingeschränkt erfüllt“ (entspricht 50% der Punkte) oder „nicht erfüllt“ (entspricht 0 Punkten). Grundsätzlich gilt eine Antwort als „eingeschränkt erfüllt“, wenn weder „voll erfüllt“ noch „nicht erfüllt“ erreicht ist. Es wird im Erfüllungsgrad nicht noch weiter unterschieden.

Der Gesamterfüllungsgrad einer Tarifkombination bei einer Ratingfrage setzt sich aus den Erfüllungsgraden der einzelnen Tarifbausteine zusammen. Bei den meisten Fragen müssen die „Haupttarife“, also die Tarife, die für eine Leistung eines Tagesgelds in den Pflegegraden 1 bis 5 sorgen, alle ein Kriterium voll erfüllen, damit auch die Tarifkombination ein „voll erfüllt“ erhält. Bei Fragen, die auf zusätzliche Leistungen wie z.B. Assistenzleistungen abzielen, genügt es, wenn ein Baustein das Kriterium erfüllt.

Durch Summation der 37 Fragen entsprechend der Gesamterfüllungsgrade der Tarifkombination und der Gewichtung der Frage erhält jede Tarifkombination eine Anzahl von Gesamtpunkten. Somit ergibt sich eine maximal zu erzielende Punktzahl von 97 Punkten.

3.3. Grundsatz der Bewertung

Für die Höchstbewertung ★★★★★ wird eine Mindestpunktzahl von 70 Punkten gefordert.

Für die nächsten Kategorien werden als Mindestpunktzahlen 57, 45 bzw. 35 Punkte gefordert.

Zusätzlich zu den reinen Punktezahlen werden weitere Mindest-Kriterien gefordert, um die jeweilige Klasse zu erreichen.

Anbei eine Übersicht über die Bewertung des Ratings Pflegetagegeld:

Ergebnis	Punkte	Mindest-Kriterium*	Erfüllungsgrad
★★★★★	70	1, 2, 5, 6	Eingeschränkt erfüllt
		3, 4, 14, 15, 16, 17, 18	Voll erfüllt
★★★★	57	3	Eingeschränkt erfüllt
		4, 16, 17, 18	Voll erfüllt
★★★	45	3	Eingeschränkt erfüllt
		18	Voll erfüllt
★★	35		
★	< 35		

* bezieht sich auf die Fragennummern im Anhang

Wichtiger Hinweis: Das Rating Pflegetagegeld ist tarifbezogen und nicht gesellschaftsbezogen.

4. ANHANG – LEISTUNGSFRAGEN

In folgender Tabelle sind die ratingrelevanten Leistungsfragen des Ratings Pflegegeld zusammengefasst, zusätzlich mit der Gewichtung der Fragen sowie der Kennzeichnung, ob die volle oder teilweise Erfüllung dieser Frage ein Mindestkriterium für eine Bewertung von ★★★, ★★★★ oder ★★★★★ darstellt:

Fragennummer	Leistungsfrage	Gewicht	Mindestkriterium (für welche Bewertung)
1	Wird bei einem verspätet gemeldeten Versicherungsfall rückwirkend geleistet?	5	Ja, für ★★★★★
2	Besteht der Versicherungsschutz weiter, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer ins Ausland verzieht?	5	Ja, für ★★★★★
3	Verzichtet der Versicherer auf unübliche Einschränkungen bzw. Klauseln, die nicht zu den ratingrelevanten Sachverhalten gehören?	5	Ja, für ★★★ bis ★★★★★
4	Kann die Pflegegeld- bzw. Pflegerentenversicherung weiterbestehen, wenn die Mitgliedschaft in der SPV/PPV endet?	5	Ja, für ★★★★ bis ★★★★★
5	Wird die Versicherung bei Eintritt eines Pflegegrades beitragsfrei gestellt?	5	Ja, für ★★★★★
6	Beträgt der Prognosezeitraum sechs Monate?	3	Ja, für ★★★★★
7	Wird bei einer bereits sechs Monate andauernden ununterbrochenen Pflegebedürftigkeit rückwirkend von Beginn an geleistet?	3	Nein
8	Verzichtet der Versicherer auf sein Recht auf Beitragserhöhung oder Kündigung bei unverschuldeter Obliegenheitsverletzung des Versicherungsnehmers nach § 19 VVG?	3	Nein
9	Beschränkt der Versicherer die Mitwirkungspflicht des Versicherungsnehmers auf zumutbare ärztliche Anweisungen?	3	Nein
10	Bietet der Versicherer Nachversicherungsgarantien in Form einer Erhöhung des versicherten Pflegegeldes bei Tod und Pflegebedürftigkeit des Partners an?	3	Nein
11	Verzichtet der Versicherer auf die Erfüllung der Wartezeit?	3	Nein
12	Leistet der Versicherer, wenn die Pflegebedürftigkeit bzw. der Pflegegrad gemäß eines ADL-Katalogs festgestellt wird?	3	Nein
13	Leistet der Versicherer, wenn die Pflegebedürftigkeit gemäß Sozialgesetzbuch (SGB) festgestellt wird?	3	Nein
14	Zahlt der Versicherer ein Pflegegeld bei Vorliegen des Pflegegrades 1?	3	Ja, für ★★★★★
15	Zahlt der Versicherer ein Pflegegeld bei Vorliegen des Pflegegrades 2?	3	Ja, für ★★★★★
16	Zahlt der Versicherer ein Pflegegeld bei Vorliegen des Pflegegrades 3?	3	Ja, für ★★★ bis ★★★★★

17	Zahlt der Versicherer ein Pflegetagegeld bei Vorliegen des Pflegegrades 4?	3	Ja, für ★★★★★ bis ★★★★★
18	Zahlt der Versicherer ein Pflegetagegeld bei Vorliegen des Pflegegrades 5?	3	Ja, für ★★★ bis ★★★★★
19	Bietet der Versicherer eine Dynamisierung des versicherten Pflegetagegeldes ohne weitere Gesundheitsprüfung vor Eintritt des Leistungsfalls an?	3	Nein
20	Bietet der Versicherer eine Dynamisierung des versicherten Pflegetagegeldes ohne weitere Gesundheitsprüfung nach Eintritt des Leistungsfalls an?	3	Nein
21	Verzichtet der Versicherer bei einem Verzug der versicherten Person ins Ausland auf Untersuchungen im Inland?	3	Nein
22	Leistet der Versicherer, wenn sich die versicherte Person während der Versicherungsdauer vorübergehend im Ausland aufhält?	3	Nein
23	Leistet der Versicherer, wenn die Pflegebedürftigkeit auf einer Suchterkrankung beruht?	3	Nein
24	Bietet der Versicherer die Möglichkeit Neugeborene ohne Risikoprüfung und Wartezeit ab Geburt zu versichern?	3	Nein
25	Bietet der Versicherer eine Anpassungsoption bei Änderung der Definition der gesetzlichen Pflegeversicherung?	3	Nein
26	Erfolgt eine Einmalzahlung bei erstmaligem Eintritt der Pflegebedürftigkeit?	1	Nein
27	Sieht der Versicherer eine Zusage seiner Leistungspflicht bei Vorlage aller erforderlichen Unterlagen innerhalb eines festgelegten Zeitraums vor?	1	Nein
28	Werden auf Antrag die Beiträge ab dem Zeitpunkt der Leistungsmeldung bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht gestundet?	1	Nein
29	Besteht im Fall der Leistungsablehnung eine eindeutige und kundenfreundliche Regelung für die Nachzahlung gestundeter Beiträge?	1	Nein
30	Verpflichtet sich der Versicherer, den Versicherungsnehmer über den Stand der Leistungsprüfung innerhalb bestimmter Zeitintervalle zu informieren?	1	Nein
31	Bietet der Versicherer Überbrückungsmöglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten an?	1	Nein
32	Bietet der Versicherer Nachversicherungsgarantien in Form einer Erhöhung des versicherten Pflegetagegeldes bei Heirat und Geburt/Adoption an?	1	Nein
33	Bietet der Versicherer Nachversicherungsgarantien in Form einer Erhöhung des versicherten Pflegetagegeldes bei weiteren Ereignissen an?	1	Nein

34	Bietet der Versicherer Nachversicherungsgarantien bei einer Senkung der Überschussbeteiligung beim Überschussystem Bonusrente an?	1	Nein
35	Bietet der Versicherer im Leistungsfall Assistenzleistungen mit einem definierten Leistungskatalog an?	1	Nein
36	Leistet der Versicherer während stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen?	1	Nein
37	Leistet der Versicherer während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus?	1	Nein