



M&M RATING
ZAHNZUSATZ

Ratingdokumentation



INHALT

1. Allgemeines zum Verfahren
 - 1.1. Bewertungsskala
 - 1.2. Interpretation des Ratings
 - 1.3. Grundlage des Ratings und Aktualisierung
 - 1.4. Der M&M Rating Grundsatz

2. Das Verfahren
 - 2.1. Bedingungsanalyse der Zahnzusatz-Tarife
 - 2.2. Das Bewertungsverfahren
 - 2.3. Grundsatz der Bewertung

3. Anhang – Leistungsfragen

1. ALLGEMEINES ZUM VERFAHREN

Das Rating Zahnzusatz beinhaltet ausschließlich die Bedingungsanalyse auf Basis der einzelnen Tarife bzw. Tarifkombinationen. Das Rating eines Tarifs wird mit ★ bis ★★★★★ bewertet.

Bewertet wird die Tarifkombination anhand von 27 Leistungsfragen.

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

1.1 Bewertungsskala

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

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

1.2 Interpretation des Ratings

Ein Bedingungsmerk eines Tarifs wird mit dem Ansatz danach untersucht, ob das Bedingungsmerk ausgezeichnete Bedingungen aufweist.

1.3 Grundlage des Ratings und Aktualisierung

Basis der Bewertungen sind die vorliegenden justiziablen Versicherungsbedingungen. Das Rating Zahnzusatz wird regelmäßig aktualisiert.

1.4 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 M&M-Anwender. Hierdurch sind absolute Unabhängigkeit und Neutralität gewährleistet. Darüber hinaus ist hierdurch ein Rating über im Prinzip ALLE Anbieter bzw. Tarifvarianten möglich.

2. DAS VERFAHREN

2.1 Bedingungsanalyse der Zahnzusatz-Tarife

Der Erstellung des Ratings Zahnzusatz ging eine intensive und langwierige Untersuchung der am Markt vorhandenen Bedingungswerke voraus. Insgesamt besteht die Bedingungsanalyse aus 27 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.

2.2 Das Bewertungsverfahren

Das Rating besteht aus 27 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:

- 9 Fragen a Kategorie 1 = max. 9 Punkte
- 10 Fragen a Kategorie 3 = max. 30 Punkte
- 8 Fragen a Kategorie 5 = max. 40 Punkte

Diese Leistungsfragen sind entweder „voll erfüllt“ (entspricht 100% der Punkte) oder „nicht erfüllt“ (entspricht 0 Punkten). 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 Fragen, die eventuelle Einschränkungen der Leistungen wie z.B. Höchsterstattungsgrenzen oder Leistungsvoraussetzungen behandeln, müssen alle Tarife ein Kriterium voll erfüllen, damit auch die Tarifkombination ein „voll erfüllt“ erhält. Bei Fragen, die auf einzelne versicherte Leistungen abzielen, genügt es, wenn ein Baustein das Kriterium erfüllt.

Durch Summation der 27 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 79 Punkten.

2.3 Grundsatz der Bewertung

Für die Höchstbewertung ★★★★★ wird eine Mindestpunktzahl von 60 Punkten gefordert. Für die nächsten Kategorien werden als Mindestpunktzahlen 50, 40 bzw. 30 Punkte gefordert.

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

Hier eine Übersicht über die Bewertung des Ratings Zahnzusatz:

Ergebnis	Punkte	Mindestkriterium*	Erfüllungsgrad
★★★★★	60		Eingeschränkt erfüllt
		1, 2, 3, 4, 5, 6	Voll erfüllt
★★★★	50	6	Eingeschränkt erfüllt
		1, 2, 5	Voll erfüllt
★★★	40	6	Eingeschränkt erfüllt
		2	Voll erfüllt
★★	30		
★	< 30		

*bezieht sich auf die Fragennummern im Anhang

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

3. ANHANG – LEISTUNGSFRAGEN

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

Fragen-Nr.	Leistungsfrage	Gewicht	Mindestkriterium
1	Verzichtet der Versicherer auf sein ordentliches Kündigungsrecht?	5	für ★★★★★ bis ★★★★★
2	Sind privatärztliche Rechnungsanteile für Zahnersatz (Prothesen, Brücken, Kronen) erstattungsfähig?	5	für ★★★ bis ★★★★★
3	Sind Leistungen für Implantate erstattungsfähig?	5	für ★★★★★
4	Sind Leistungen für Inlays erstattungsfähig?	5	für ★★★★★
5	Leistet der Versicherer im Zahnbereich auch über die Regelhöchstsätze (2,3fach) der GOZ hinaus?	5	für ★★★★★ bis ★★★★★
6	Verzichtet der Versicherer auf unübliche Einschränkungen bzw. Klauseln, die nicht zu den ratingrelevanten Sachverhalten gehören?	5	für ★★★ bis ★★★★★
7	Ist der Knochenaufbau (augmentative Behandlung) im Zusammenhang mit Implantaten erstattungsfähig?	5	---
8	Werden Versicherungsleistungen für Zahnersatz ohne jährliche Höchsterstattungsbeträge über die gesamte Laufzeit erstattet?	5	---
9	Werden Versicherungsleistungen für Zahnersatz in den ersten Versicherungsjahren ohne Summenbegrenzung erstattet?	3	---
10	Besteht bei Nichtvorlage eines Heil- und Kostenplanes der volle tarifliche Leistungsanspruch?	3	---
11	Verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung der besonderen Wartezeiten?	3	---
12	Ist die Behandlung nach den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1-2 erstattungsfähig?	3	---

Fragen-Nr.	Leistungsfrage	Gewicht	Mindestkriterium
13	Ist die Behandlung nach den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 3-5 erstattungsfähig?	3	---
14	Sind funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen im Rahmen von Zahnersatzmaßnahmen erstattungsfähig?	3	---
15	Sind Leistungen für Wurzelbehandlungen erstattungsfähig?	3	---
16	Sind Kunststofffüllungen (Kompositfüllungen) versichert?	3	---
17	Sind Leistungen für Keramikverblendungen erstattungsfähig?	3	---
18	Sind Leistungen durch einen Privat-Zahnarzt ohne Kassenzulassung erstattungsfähig?	3	---
19	Sind Leistungen für professionelle Zahnreinigung erstattungsfähig?	1	---
20	Leistet der Versicherer im Zahnbereich auch über die Höchstsätze (3,5fach) der GOZ hinaus?	1	---
21	Sind Leistungen für Parodontalbehandlungen erstattungsfähig?	1	---
22	Sind Leistungen für Aufbissbehelfe und Schienen erstattungsfähig?	1	---
23	Sind Leistungen für Fissurenversiegelungen erstattungsfähig?	1	---
24	Sind Leistungen für Fluoridierungen erstattungsfähig?	1	---
25	Sind Maßnahmen zur Schmerzausschaltung versichert?	1	---
26	Sind Assistenceleistungen versichert?	1	---
27	Werden gezielte zahnärztliche Behandlungen innerhalb der Europäischen Union (EU) und des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) erstattet?	1	---