



M&M RATING
KRANKENHAUSZUSATZ
Ratingdokumentation



Inhalt

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

1. MOTIVATION

In der Beratung zum Abschluss einer Krankenhauszusatzversicherung sind mehrere Aspekte relevant. Für den Versicherungsnehmer stellt sich neben den offensichtlichen Prämienunterschieden unweigerlich die Frage, bei welchem Tarif er die besseren Leistungen erhält. Viele Versicherer bieten verschiedene Tarife mit unterschiedlichem Leistungsumfang an. Bei der Beantwortung der Frage nach der Bedingungsqualität kann ein Rating helfen.

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 gesteigener Fokus auf solche Produkte.

All diese Gründe haben MORGEN & MORGEN bewogen, die Tarife der Krankenhauszusatzversicherung 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.

Die Bedingungen werden anhand von Leistungsfragen bewertet. Nur in den AVB 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 Krankenhauszusatz beinhaltet ausschließlich die Bedingungsanalyse auf Basis der einzelnen Tarife bzw. Tarifkombinationen. Das Rating einer Tarifkombination wird mit ★ bis ★★★★★ bewertet.

Bewertet wird die Tarifvariante anhand von 28 Leistungsfragen.

Das Rating Krankenhauszusatz 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
★★★★★	Ausgezeichnet
★★★★	Sehr gut
★★★	Durchschnittlich
★★	Schwach
★	Sehr schwach

2.2 Interpretation des Ratings

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

2.3 Grundlage des Ratings und Aktualisierung

Basis der Bewertungen sind die vorliegenden justiziablen Versicherungsbedingungen. Das Rating Krankenhauszusatz 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 M&M-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 Risikoleben-Tarife

Der Erstellung des M&M Ratings Krankenhauszusatz ging eine intensive und langwierige Untersuchung der am Markt vorhandenen Bedingungswerke voraus. Insgesamt besteht die Bedingungsanalyse aus 28 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 28 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:

- 11 Fragen a Kategorie 1 = max. 11 Punkte
- 9 Fragen a Kategorie 3 = max. 27 Punkte
- 8 Fragen a Kategorie 5 = max. 40 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 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 28 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 78 Punkten.

3.3 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. Das bedeutet, dass ein Tarif eine Klasse nur erreichen kann, wenn er die erforderlichen Mindestkriterien erfüllt. Ein Tarif, der beispielsweise aufgrund der erreichten Punktzahl 5 Sterne erreichen würde, aber eines oder mehrere der Mindestkriterien für diese Klasse nicht erfüllt, wird abgewertet.

Als Mindestkriterium dafür, dass ein Tarif bzw. eine Tarifkombination überhaupt im Rating Krankenhauszusatz bewertet wird, wird die Leistung „Unterbringung im Zweibettzimmer“ herangezogen (Frage SR04)

Hier eine Übersicht über die Bewertung des Ratings Krankenhauszusatz:

Ergebnis	Punkte	Mindestkriterium*	Erfüllungsgrad
★★★★★	60	SR03, SR06, SR11	Eingeschränkt erfüllt
		SR01, SR02, SR04, SR05, SR07, SR08	Voll erfüllt
★★★★	50	SR07, SR08, SR11	Eingeschränkt erfüllt
		SR01, SR02, SR04, SR05	Voll erfüllt
★★★	40	SR07, SR08	Eingeschränkt erfüllt
		SR02, SR04	Voll erfüllt
★★	30		
★	< 30	SR04	Eingeschränkt erfüllt

*bezieht sich auf die Fragennummern im Anhang

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

4. ANHANG – LEISTUNGSFRAGEN

In folgender Tabelle sind die ratingrelevanten Leistungsfragen des Ratings Krankenhauszusatz 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
SR01	Verzichtet der Versicherer auf sein ordentliches Kündigungsrecht?	5	für ★★★★★ bis ★★★★★★
SR02	Ist bei stationärer Behandlung im Krankenhaus der Privatarzt (Chefarzt) erstattungsfähig?	5	für ★★★ bis ★★★★★★
SR03	Ist bei stationärer Behandlung im Krankenhaus eine bessere Unterbringung im Einbettzimmer erstattungsfähig?	5	für ★★★★★★
SR04	Ist bei stationärer Behandlung im Krankenhaus eine bessere Unterbringung im Zweibettzimmer erstattungsfähig?	5	für ★ bis ★★★★★★
SR05	Leistet der Versicherer im stationären Bereich auch über die Regelhöchstsätze (2,3fach) der GOÄ hinaus?	5	für ★★★★★ bis ★★★★★★
SR06	Leistet der Versicherer im stationären Bereich auch über die Höchstsätze (3,5fach) der GOÄ hinaus?	5	für ★★★★★★
SR07	Verzichtet der Versicherer auf unübliche Einschränkungen bzw. Klauseln, die nicht zu den ratingrelevanten Sachverhalten gehören?	5	für ★★★ bis ★★★★★★
SR08	Sind stationäre Leistungen auch ohne Eintritt eines Unfalls oder einer bestimmten Erkrankung erstattungsfähig?	5	für ★★★ bis ★★★★★★
SR09	Sind Leistungen für stationäre Anschlussheilbehandlungen vorgesehen?	3	---
SR10	Sind Leistungen für stationäre Rehabilitation vorgesehen?	3	---
SR11	Sind Leistungen für stationäre Psychotherapie erstattungsfähig?	3	---
SR12	Leistet der Tarif für stationäre Aufenthalte in gemischten Krankenanstalten auch ohne schriftliche Zusage?	3	---
SR13	Leistet der Tarif auch für die gesondert berechenbare Unterbringung und Verpflegung	3	---

Fragen-Nr.	Leistungsfrage	Gewicht	Mindestkriterium
	in Krankenhäusern, die nicht nach dem KHEntgG oder der BPfIV abrechnen?		
SR14	Sieht der Tarif Wahlleistungen für die Unterbringung und Verpflegung der Begleitperson eines versicherten Kindes vor?	3	---
SR15	Werden die von der GKV nicht übernommenen Restkosten bei Wahl eines anderen als in der Einweisung genannten Krankenhauses erstattet?	3	---
SR16	Verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung der allgemeinen Wartezeit?	3	---
SR17	Verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung der besonderen Wartezeiten?	3	---
SR18	Sind Leistungen für eine vor- und nachstationäre Behandlung erstattungsfähig?	1	---
SR19	Sind Leistungen für teilstationäre Behandlungen erstattungsfähig?	1	---
SR20	Sind Komfortleistungen (besondere Verpflegung, Telefon, TV, Radio u.ä.) erstattungsfähig?	1	---
SR21	Wird an Stelle der Kostenerstattung für Wahlleistungen ein Ersatz-Krankenhaustagegeld (EKHT) gezahlt?	1	---
SR22	Sind Transportkosten bei stationärer Behandlung innerhalb Deutschlands erstattungsfähig?	1	---
SR23	Sind Leistungen für stationäre Kuren erstattungsfähig?	1	---
SR24	Leistet der Versicherer im Rahmen einer Entbindung zusätzlich einen Pauschalbetrag oder ein Krankenhaustagegeld?	1	---
SR25	Ist der Rücktransport aus dem Ausland mitversichert?	1	---
SR26	Wird bei einem stationären Krankenhausaufenthalt die gesetzlich geregelte Zuzahlung je Kalendertag erstattet?	1	---
SR27	Sind Leistungen für ambulante Operationen erstattungsfähig?	1	---

Fragen-Nr.	Leistungsfrage	Gewicht	Mindestkriterium
SR28	Bietet der Versicherer fest definierte Assistenzleistungen an?	1	---