



M&M RATING
PFLEGERENTE

Ratingdokumentation



INHALT

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

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 Pflegerententarife der Lebensversicherer abzusichern. Die Pflegerententarife stehen dabei im Wettbewerb zu den Pflegetagegeldtarifen der Privaten Krankenversicherer, die von MORGEN & MORGEN im M&M Rating Pflegetagegeld 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. Pflegerenten sind aufgrund der höheren Leistung und der lebenslangen garantierten Beiträge a priori teurer als vergleichbare Pflegtagegelder. 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 Pflegetagegeld ansprechen.

Die Pflegerententarife einerseits sowie die Pflegetagegelder andererseits sichern das gleiche Risiko ab – und sind dennoch unterschiedlich. Dies beginnt bei der Kalkulation der Prämien – mit garantierten Beiträgen bei den Pflegerenten und der Möglichkeit zur Beitragsanpassung bei den Pflegetagegeldern, bis hin zur Ausgestaltung der Bedingungen. Dabei orientiert sich die PKV an der gesetzlichen Pflegeversicherung mit Definitionen des Sozialgesetzbuchs, die Pflegerenten 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 Pflegerisiko mit einem Pflegetagegeld- oder einem Pflegerententarif 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 Pflege tariffs über unterschiedliche Preise und Kalkulationsgrundlagen diskutiert, wichtig ist jedoch vor allem auch die unterschiedliche Bedingungsqualität der Tarife.

All diese Gründe haben M&M bewogen, Pflegerenten- und Pflege tagegeldtarife detailliert zu untersuchen, zu analysieren und letztlich einem Rating zu unterziehen. Das M&M Rating Pflegerente wurde erstmals im März 2011 veröffentlicht, im März 2012 folgte das M&M Rating Pflege tagegeld.

Bewertet wird bei beiden Ratings die Qualität der Bedingungen. Preise spielen wie immer bei M&M bei der Ratingbewertung keine Rolle, diese muss der Vermittler bei der bedarfsorientierten Beratung natürlich hinzuziehen, da höhere Bedingungs-

qualität in der Regel mit höheren Prämien einhergeht. 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.

Langfristig ist es durchaus sinnvoll, Pflegerenten und Pflagestagegelder in einem übergreifenden Rating vergleichbar zu machen. Zum Juni 2012 wurde das bestehende Rating Pflegerente im Hinblick auf ein solches über-greifendes Rating überarbeitet, es kamen im Vergleich zum Vorjahr weitere Ratingkriterien hinzu. Noch sind die Bedingungen der Pflegerenten und der Pflagestagegelder allerdings sehr unterschiedlich. Die beiden M&M Ratings bestehen noch getrennt voneinander und sind nicht direkt miteinander vergleichbar, sie ermöglichen aber eine Unterscheidung der Tarife innerhalb jeder Sparte und setzen Maßstäbe für einen zukünftigen spartenübergreifenden Vergleich der Pflage tarife.

2. ALLGEMEINES ZUM VERFAHREN

Das Rating Pflegerente beinhaltet ausschließlich die Bedingungsanalyse auf Einzeltarifbasis. Das Rating einer Tarifvariante wird mit ★ bis ★★★★★ bewertet.

Bewertet wird die Tarifvariante anhand von 32 Ratingfragen.

Das Rating Pflegerente ist tarifbezogen. Ein Anbieter kann mehrere Tarifvarianten 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 Pflegerente 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 Pflegerenten-Tarife

Der Erstellung des Ratings Pflegerente 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 32 Ratingfragen. 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
- 14 Fragen a Kategorie 3 = max. 42 Punkte
- 6 Fragen a Kategorie 5 = max. 30 Punkte

Diese Ratingfragen 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.

Durch Summation der 32 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 84 Punkten.

3.3 Grundsatz der Bewertung

Für die Höchstbewertung ★★★★★ wird eine Mindestpunktzahl von 67 Punkten gefordert. Für die nächsten Kategorien werden als Mindestpunktzahlen 60, 53 bzw. 46 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 Pflegerente:

Ergebnis	Punkte	Mindestkriterium*	Erfüllungsgrad
★★★★★	67	A01, A02, A06, C02	Eingeschränkt erfüllt
		A07, F01	Voll erfüllt
★★★★	60	F01	Eingeschränkt erfüllt
		A04	Voll erfüllt
★★★	53	A04	Eingeschränkt erfüllt
			Voll erfüllt
★★	46		Eingeschränkt
★			

*bezieht sich auf die Fragennummern im Anhang

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

4. ANHANG – RATINGFRAGEN

In folgender Tabelle sind die ratingrelevanten Leistungsfragen des Ratings Pflegerente 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.	Ratingfrage	Gewicht	Mindestkriterium
A01	Wird bei einem verspätet gemeldeten Versicherungsfall rückwirkend geleistet?	5	für ★★★★★★
A02	Beträgt der Prognosezeitraum sechs Monate?	3	für ★★★★★★
A03	Wird bei einer bereits sechs Monate andauernden ununterbrochenen Pflegebedürftigkeit rückwirkend von Beginn an geleistet?	3	---
A04	Besteht das Versicherungsverhältnis weiter, wenn die Mitgliedschaft in der SPV/PPV endet?	5	für ★★★★★
A05	Verzichtet der Versicherer auf die Erfüllung der Wartezeit?	3	---
A06	Wird die Versicherung bei Eintritt eines Pflegegrades beitragsfrei gestellt?	5	für ★★★★★★
A07	Verzichtet der Versicherer auf unübliche Einschränkungen bzw. Klauseln, die nicht zu den ratingrelevanten Sachverhalten gehören?	5	für ★★★ bis ★★★★★
C01	Leistet der Versicherer, wenn sich die versicherte Person während der Versicherungsdauer vorübergehend im Ausland aufhält?	3	---
C02	Besteht der Versicherungsschutz weiter, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer ins Ausland verzieht?	5	für ★★★★★★
C03	Verzichtet der Versicherer bei einem Verzug der versicherten Person ins Ausland auf Untersuchungen im Inland?	3	---
D01	Bietet der Versicherer Nachversicherungsgarantien bei Heirat und Geburt/Adoption an?	1	---
D02	Bietet der Versicherer Nachversicherungsgarantien bei Tod und Pflegebedürftigkeit des Partners an?	3	---

Fragen-Nr.	Ratingfrage	Gewicht	Mindestkriterium
D03	Bietet der Versicherer Nachversicherungsgarantien bei weiteren Ereignissen an?	1	---
D04	Bietet der Versicherer Nachversicherungsgarantien bei einer Senkung der Überschussbeteiligung beim Überschussystem Bonusrente an?	1	---
D05	Bietet der Versicherer eine Anpassungsoption bei Änderung der Definition der gesetzlichen Pflegeversicherung?	3	---
D06	Bietet der Versicherer die Möglichkeit Neugeborene ohne Risikoprüfung und Wartezeit ab Geburt zu versichern?	3	---
E01	Bietet der Versicherer eine Dynamisierung der versicherten Pflegerente ohne weitere Gesundheitsprüfung vor Eintritt des Leistungsfalls an?	3	---
E02	Bietet der Versicherer eine Dynamisierung der versicherten Pflegerente ohne weitere Gesundheitsprüfung nach Eintritt des Leistungsfalls an?	3	---
F01	Leistet der Versicherer, wenn die Pflegebedürftigkeit gemäß Sozialgesetzbuch (SGB) festgestellt wird?	5	für ★★★★★ bis ★★★★★
F02	Leistet der Versicherer, wenn die Pflegebedürftigkeit bzw. der Pflegegrad gemäß eines ADL-Katalogs festgestellt wird?	3	---
F03	Leistet der Versicherer, wenn die Pflegebedürftigkeit auf einer Suchterkrankung beruht?	3	---
F04	Leistet der Versicherer während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus?	1	---
F05	Leistet der Versicherer während stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen?	1	---
F06	Erfolgt eine Einmalzahlung bei erstmaligem Eintritt der Pflegebedürftigkeit?	1	---

Fragen-Nr.	Ratingfrage	Gewicht	Mindestkriterium
F07	Bietet der Versicherer im Leistungsfall Assistenzleistungen mit einem definierten Leistungskatalog an?	1	---
H01	Verzichtet der Versicherer auf sein Recht auf Kündigung oder Vertragsanpassung nach § 19 VVG, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten hat?	3	---
H02	Verpflichtet sich der Versicherer, den Versicherungsnehmer über den Stand der Leistungsprüfung innerhalb bestimmter Zeitintervalle zu informieren?	1	---
H03	Sieht der Versicherer eine Zusage seiner Leistungspflicht bei Vorlage aller erforderlichen Unterlagen innerhalb eines festgelegten Zeitraums vor?	1	---
H04	Beschränkt der Versicherer die Mitwirkungspflicht des Versicherungsnehmers auf zumutbare ärztliche Anweisungen?	3	---
I01	Bietet der Versicherer Überbrückungsmöglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten an?	1	---
I02	Besteht im Fall der Leistungsablehnung eine eindeutige und kundenfreundliche Regelung für die Nachzahlung gestundeter Beiträge?	1	---
I03	Werden auf Antrag die Beiträge ab dem Zeitpunkt der Leistungsmeldung bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht gestundet?	1	---
K01	Zahlt der Versicherer ein Pflegegeld bei Vorliegen von Pflegegrad 1?	0	---
K02	Zahlt der Versicherer ein Pflegegeld bei Vorliegen von Pflegegrad 2?	0	---
K03	Zahlt der Versicherer ein Pflegegeld bei Vorliegen von Pflegegrad 3?	0	---
K04	Zahlt der Versicherer ein Pflegegeld bei Vorliegen von Pflegegrad 4?	0	---
K05	Zahlt der Versicherer ein Pflegegeld bei Vorliegen von Pflegegrad 5?	0	---