

Institut für Vorsorge und Finanzplanung. Einfach mehr Vorsorge.

Informationen zum Produktrating
Pflegetagegeld-Versicherung

Institut für Vorsorge und Finanzplanung GmbH

Mai 2019

Inhalt

Einführung	1
Ratingsystematik	3
Gewichtung	4
Ratingklassen	4
Pflegetagegeld-Versicherung	5
Teilbereiche.....	5
Teilbereich Unternehmen.....	5
Teilbereich Preis-Leistung	9
Teilbereich Flexibilität	11
Teilbereich Transparenz und Service	12
Veröffentlichung	14
Presse- & Öffentlichkeitsarbeit des Instituts	14
Gütesiegel	14
Marketing des Versicherers	14
Folgerating	14
Verbraucherinformation	14
Ratingergebnisse	15
Schlussworte	15

Einführung

„Mit den Pflegestärkungsgesetzen hat die Bundesregierung in der letzten Legislaturperiode die größte Reform seit Einführung der Pflegeversicherung umgesetzt“ – dieser Satz befindet sich auf der Website des Bundesministeriums für Gesundheit.

Die Neuerungen für eine bessere Versorgung sind auch vorhanden, aber oftmals nicht ausreichend. Und da die Bevölkerung immer älter wird (aktuellen Schätzungen zur Bevölkerungsentwicklung zufolge steigt die Zahl älterer Personen (67 Jahre und älter) bis zum Jahr 2040 voraussichtlich auf mindestens 21,5 Mio. Menschen an), wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen¹ ebenso erhöhen.

Daraus resultierend erhöhen sich auch die Kosten für eine angemessene Betreuung im Pflegefall. Ein Dilemma, die Neuerungen allein werden die Versorgungslücke nicht schließen können. Um diese auszugleichen, ist eine private Vorsorge unumgänglich.

Eine Möglichkeit zur Deckung der Versorgungslücke bei Pflegebedürftigkeit ist neben Pflegekosten- und Pflegerentenversicherung die Absicherung über ein Pflegegeld. Das Institut für Vorsorge und Finanzplanung (IVFP) analysiert die Pflegegeld-Tarife ohne staatliche Förderung bereits zum vierten Mal durch ein Rating. Ziel ist es, einen Überblick über das Preis- / Leistungsverhältnis sowie die Flexibilität und Transparenz der angebotenen Produkte zu geben.

In diesem Infopapier finden Sie alle relevanten Erläuterungen zum Rating, die dazu dienen, das Verfahren bzw. den Analyseprozess möglichst transparent zu gestalten und für jedermann nachvollziehbar zu machen.

¹ <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/index.php?id=691>

Bewertungsgrundsätze

Verbraucherfokus

Die Untersuchung der Tarife erfolgt aus Verbrauchersicht. Grundlage für die Priorisierung der Kundenwünsche ist eine vom Institut für Vorsorge und Finanzplanung in Auftrag gegebene repräsentative Marktforschung. Die demnach für den Verbraucher wichtigsten Parameter eines Rentenproduktes sind Sicherheit des Anbieters (Unternehmensqualität), Preis-Leistung, Flexibilität sowie Transparenz und Service. Das Rating des Instituts beurteilt diese vier Teilbereiche und stellt die Stärken des Produkts transparent dar.

Neutralität

Das Institut für Vorsorge und Finanzplanung ist komplett unabhängig von Produktgebern oder politischen Einflüssen. Die Bewertung von Produkten erfolgt auf Basis öffentlich zugänglicher Daten. Als Quellen werden die Versicherungsbedingungen, verbindliche Verbraucherinformationen (unter anderem das Produktinformationsblatt), Antragsformulare, Geschäftsberichte, Werbematerialien sowie Produktinformationen über die Website des Versicherers herangezogen. Für die Berechnungen werden die aktuellen Tarifrechner verwendet. Um die Vergleichbarkeit von Kennzahlen sicherzustellen, wurden standardisierte Methoden zur Berechnung dieser Werte festgelegt.

Vollständigkeit

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

Individualität

Die Berechnungen erfolgen auf Basis der Tarifsoftware. Die Ergebnisse fließen in die Bewertung ein und werden anhand eines Marktüberblicks bewertet. Verbraucher können einen individuellen Vergleich der Produkte anhand der Tariffinder unter www.einfach-mehr-vorsorge.de vornehmen.

Ratingsystematik

Die Basis eines jeden Ratings bildet der Kriterienkatalog. Dieser enthält bis zu 65 Einzelkriterien. In der Bewertung kann ein Kriterium zwischen 1 und 20 Punkten erreichen. Nachfolgend werden einige Bewertungsmöglichkeiten aufgezeigt:

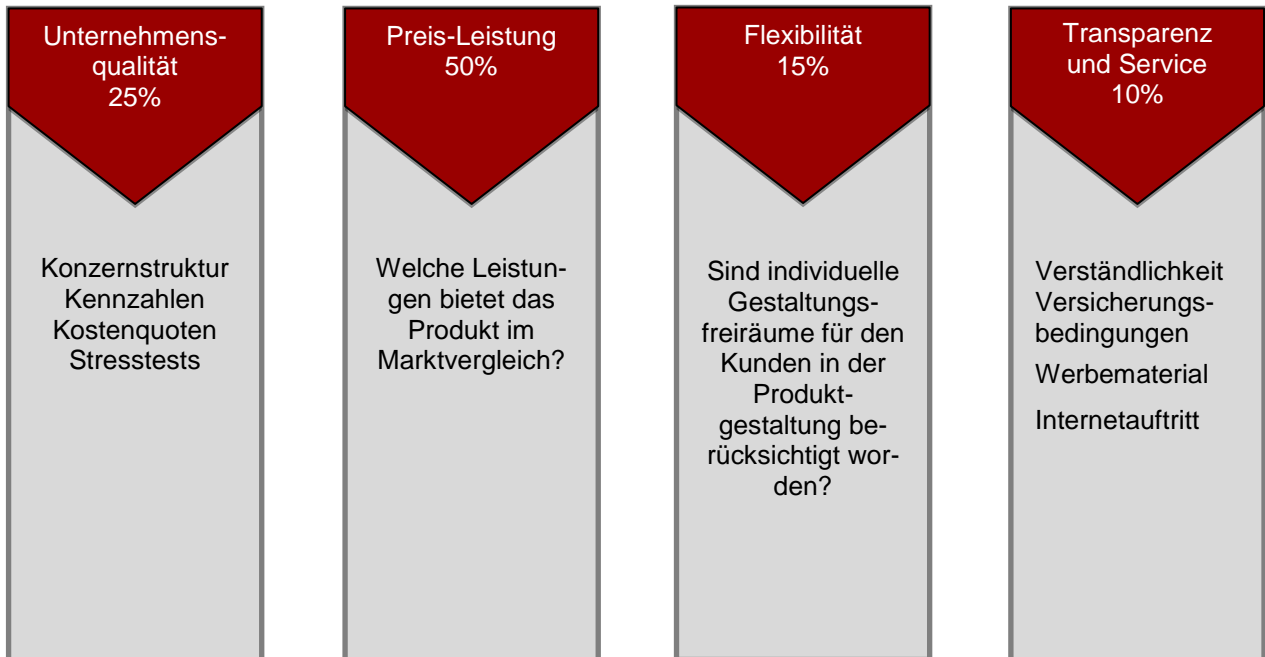
Ratingkriterium	Bewertung
Obligatorische Wartezeit	10 Punkte: Auf eine Wartezeit wird generell verzichtet. 7 Punkte: Die Wartezeit beträgt 12 Monate oder weniger, bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit wird darauf verzichtet. 4 Punkte: Die Wartezeit beträgt mehr als 12 Monate bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit wird aber auf eine Wartezeit verzichtet. 0 Punkte: Die Wartezeit beträgt mehr als 12 Monate – auch bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit.
Ratingkriterium	Bewertung
Leistungen bei Pflegebedürftigkeit infolge einer Suchterkrankung	5 Punkte: Bei Pflegebedürftigkeit infolge einer Suchterkrankung erfolgt eine ungekürzte Leistung. 3 Punkte: Bei Pflegebedürftigkeit infolge einer Suchterkrankung wird die Leistung anteilig erbracht. 0 Punkte: Bei Pflegebedürftigkeit infolge einer Suchterkrankung erfolgt keine Leistung.
Ratingkriterium	Bewertung
Nettoverzinsung (2013-2017)	15 Punkte: 4,23% und mehr 14 Punkte: 4,08% - 4,22% 13 Punkte: 3,98% - 4,07% 12 Punkte: 3,88% - 3,97% 11 Punkte: 3,79% - 3,87% 10 Punkte: 3,71% - 3,78% 9 Punkte: 3,64% - 3,70% 8 Punkte: 3,56% - 3,63% 7 Punkte: 3,52% - 3,55% 6 Punkte: 3,46% - 3,51% 5 Punkte: 3,38% - 3,45% 4 Punkte: 3,32% - 3,37% 3 Punkte: 3,28% - 3,31% 2 Punkte: 3,25% - 3,27% 1 Punkt: 2,92% - 3,24% 0 Punkte: Weniger als 2,92%

Institut für Vorsorge und Finanzplanung. Einfach mehr Vorsorge.

Bei der Erstellung des Punktevergabeschemas für Quoten und Berechnungen werden alle im Rating untersuchten Anbieter betrachtet. Die Einteilung der unterschiedlichen Ausprägungsstufen wird so angepasst, dass ein Anbieter, der bei einem Kriterium den arithmetischen Mittelwert erreicht, mit der mittleren Punktzahl bewertet wird.

Gewichtung

Die Bewertung jedes Tarifes erfolgt anhand eines standardisierten Bewertungsbogens, in den alle relevanten Parameter einfließen. Die einzelnen Ratingkategorien werden, unter Berücksichtigung der Verbraucherinteressen, unterschiedlich stark gewichtet.



Ratingklassen

Das Institut für Vorsorge und Finanzplanung hat einen individuellen Notenschlüssel entwickelt, mit dem es einzelne Noten in den geprüften Teilbereichen Unternehmen, Preis-Leistung, Flexibilität und Transparenz & Service ermittelt. Die Gesamtnote ergibt sich demnach aufgrund der einzelnen Teilbereichsnoten sowie des jeweiligen Gewichts dieses Teilbereichs an der Gesamtnote.

Aktuelles Rating

Pflegetagegeld-Versicherung

Es werden nur verkaufsoffene Tarife in das Rating aufgenommen, die Leistungen für alle fünf Pflegegrade bieten und nicht staatlich gefördert sind.

Teilbereiche

Teilbereich Unternehmen

Der Versicherungsnehmer geht üblicherweise bei Abschluss eines Pflegetagegeldtarifs eine lange Vertragsbeziehung mit dem Anbieter ein. Das Institut berücksichtigt daher die Finanzstärke und eine solide Kapitalausstattung des Anbieters und untersucht hierbei folgende Punkte:

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 dauerhaf-

te 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 $\geq 100\%$. 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 Schieflogen dienen. Die Betrachtung erfolgt über die fünf vergangenen Jahre.

Sicherheitsmittelquote

Neben dem Eigenkapital fließen in diese Quote die Mittel der freien RfB, der Schlussüberschussanteilsfonds und ggf. stille Bewertungsreserven ein. Die Quote ist eine Relation zur Deckungsrückstellung. Die Sicherheitsmittelquote ist ein Indikator für eine langfristige Überlebensfähigkeit.

keit. 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 Kalkulation 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 Prämien erhöhungen). 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 Altersrückstellung 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 wiederum 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.

Teilbereich Preis-Leistung

Im Bereich Preis-Leistung prüft das Institut unter anderem, welche Leistungen ein Produkt dem Kunden bietet und führt Berechnungen durch.

Um bei den Preis-Leistungs-Berechnungen eine valide Aussage für den Versicherungsnehmer treffen zu können, geht das IVFP folgendermaßen vor:

Anhand von verschiedenen Musterfällen wird eine Berechnung der für die verschiedenen Pflegegrade aufzuwendenden Beiträge pro Monat durchgeführt. Es erfolgt nun die Berechnung des internen Zinsfußes anhand der Einzahlungs- (Beiträge) und Auszahlungsströme (Tagegelder). Berücksichtigt werden hierbei ebenfalls unterschiedliche Beitragsfreistellungszeitpunkte und evtl. Einmalleistungen. Diese Renditen je Pflegegrad werden dann nach der Eintrittswahrscheinlichkeit des jeweiligen Pflegegrads gewichtet. Anhand der daraus resultierenden Kenngröße ist ein Vergleich der Tarife anhand ihrer Preis-Leistung möglich.

Neben den Berechnungen werden weitere folgende Leistungskriterien in die Bewertung einbezogen:

Gesundheitsprüfung, Anerkennung und Nachweis der Pflegebedürftigkeit

Art der Risikoprüfung bei Antragstellung

Hier wird geprüft, mit welchem Verfahren der Versicherer die Risikoprüfung bei Antragstellung durchführt. Für eine hohe Professionalität spricht es, wenn zunächst eine maschinelle

Institut für Vorsorge und Finanzplanung. Einfach mehr Vorsorge.

Vorabprüfung durchgeführt wird und im Bedarfsfall außerdem eine personelle Prüfung erfolgt.

Umfang und Qualität der Gesundheitsprüfung

Ein entscheidender Aspekt bei dem Abschluss einer Pflegegeld-Versicherung ist die Art der Gesundheitsprüfung. Die Anzahl der zu beantwortenden Gesundheitsfragen variiert ebenso wie ihre Qualität. Das IVFP bewertet es positiv, wenn die Gesundheitsprüfung mit geschlossenen und abschließenden Gesundheitsfragen durchgeführt und gezielt nach bestimmten Erkrankungen gefragt wird.

Wie viele Jahre umfasst der Rückfragezeitraum zum Gesundheitszustand zu bestimmten Erkrankungen?

Das IVFP bewertet es als positiv, wenn sich der Zeitraum der Gesundheitsfragen bei Erkrankungen auf fünf Jahre bezieht.

Anerkennung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI und/oder ADL-Kriterien

Es wird geprüft, ob die Anerkennung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI und/oder den sogenannten ADL-Kriterien („Activities of daily living“) erfolgt. Die höchste Bewertung vergibt das IVFP, wenn die Anerkennung der Pflegebedürftigkeit sowohl nach SGB XI als auch ADL-Kriterien erfolgt.

Nachweis der Pflegebedürftigkeit

Es wird geprüft, ob als Nachweis für die Pflegebedürftigkeit die Vorlage der Nachweise der privaten (PPV) bzw. sozialen Pflegepflichtversicherung (SPV) ausreichend ist oder ob vom Kunden weitere Nachweise erbracht werden müssen.

Leistungsumfang und Leistungszeitraum

Geltungsbereich

Mit diesem Kriterium wird überprüft, ob der Anspruch auf Pflegegeld ruht, wenn sich die versicherte Person außerhalb Deutschlands bzw. der EU aufhält. Besteht nach Leistungseintritt weltweiter Versicherungsschutz, wird dies positiv bewertet. Ausschlaggebend ist hier der Geltungsbereich bei bzw. nach Leistungseintritt.

Obligatorische Wartezeit

Das IVFP prüft die Zeitspanne zwischen dem Versicherungsbeginn und dem Beginn der Leistungspflicht. Ein sofortiger Versicherungsschutz ab Versicherungsbeginn ohne Wartezeiten erhält die höchste Punktzahl.

Pflegeleistungen während vollstationärer Heilbehandlung im Krankenhaus

Das IVFP prüft, ob und wie lange der Kunde weiterhin Pflegeleistungen vom Versicherer erhält, wenn er im Zuge einer vollstationären Heilbehandlung, die nicht ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht, in einem Krankenhaus untergebracht ist.

Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit durch den Anbieter

Das IVFP untersucht, ob der Anbieter auf eine fortdauernde Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit verzichtet oder ob er sich eine Nachprüfung bzw. eine Anforderung von Nachweisen über die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit vorbehält.

Institut für Vorsorge und Finanzplanung. Einfach mehr Vorsorge.

Leistung bei Laienpflege

Wird bei einer Pflege durch Laien (z. B. Angehörige) eine ungekürzte Leistung erbracht, erfolgt dafür die Bestwertung. Ist eine Laienpflege dagegen nicht mitversichert, erhält der Anbieter keine Punkte.

Leistungen bei Pflegebedürftigkeit infolge einer Suchterkrankung

Wird bei einer Pflegebedürftigkeit infolge einer Suchterkrankung eine ungekürzte Leistung erbracht, erfolgt dafür die Bestwertung. Ist diese dagegen vom Leistungsumfang ausgeschlossen, erhält der Anbieter keine Punkte.

Individuelle Pflegebegleitung und Assistance-Leistungen

Bei diesem Kriterium wird untersucht, in welchem Maß ein Versicherer dem Versicherten Assistance-Leistungen zur Verfügung stellt.

Beitragsbefreiung im Leistungsfall

Hier wird es positiv bewertet, wenn eine Beitragsbefreiung im Leistungsfall für Pflegegrad 4 oder 5 im Tarif enthalten ist.

Teilbereich Flexibilität

Eine Pfl egetagegeld-Versicherung ist für den Kunden in der Regel eine langfristige Vertragsverpflichtung. Deshalb ist ein kundenfreundlicher und auf individuelle Bedürfnisse des Beitragszahlers anpassbarer Vertrag ein wichtiges Kriterium. Nachfolgend die im Rahmen des Teilbereichs Flexibilität untersuchten Kriterien:

Beitragsgestaltung

Dynamisierung des Pfl egetagegelds vor Eintritt des Pflegefalls

Bei einer Dynamik handelt es sich um eine regelmäßige systematische Erhöhung des Pfl egetagegelds. Das IVFP prüft bei diesem Kriterium, ob eine Dynamik vor Eintritt des Pflegefalls vereinbart werden kann und bis zu welchem Alter des Kunden eine Dynamisierung möglich ist.

Mindesthöhe des Tagessatzes in Pflegegrad 5

Das IVFP untersucht mit diesem Kriterium ab welcher Tagessatzhöhe der Abschluss einer Pfl egetagegeld-Versicherung möglich ist. Lässt der Anbieter einen Tagessatz von 10 Euro oder weniger zu, führt dies zu Höchstbewertung.

Maximal möglicher Tagessatz in Pflegegrad 5

Bei diesem Kriterium prüft das IVFP, welcher Tagessatz in Pflegegrad 5 maximal vereinbart werden kann. Bei einem Tagessatz von 150 Euro oder mehr wird die volle Punktzahl vergeben.

Erhöhungsmöglichkeit des Tagessatzes bzw. des vereinbarten Pflegegelds (keine Dynamik)

Bietet ein Anbieter die Möglichkeit, den Tagessatz im Rahmen einer Nachversicherungsgarantie ohne eine erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen, erhält er Punkte.

Vertragsgestaltung und Zusatzoptionen

Mindestvertragslaufzeit

Für Mindestvertragslaufzeit von einem Jahr oder weniger wird die volle Punktzahl vergeben.

Frist für ordentliche Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Die Bestbewertung erhält ein Anbieter, wenn die Frist für eine ordentliche Kündigung weniger als drei Monate zum Ende eines Versicherungsjahres beträgt.

Meldefrist für die Anzeige des Versicherungsfalls

Die volle Punktzahl erhält ein Tarif, der keine Meldefrist für die Anzeige des Versicherungsfalls vorsieht und unbegrenzt rückwirkend leistet.

Dynamisierung des Pfl egetagegelds nach Eintritt des Pflegefalls

Das IVFP prüft bei diesem Kriterium, ob eine Dynamik auch nach Eintritt des Pflegefalls möglich ist oder ob die Dynamisierung mit dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit endet.

Sofortleistung bzw. Einmalleistung bei erstmaligem Eintritt von Pflegebedürftigkeit

Eine positive Bewertung erhält ein Tarif, der den optionalen Einschluss einer Sofortleistung bzw. Einmalleistung bei erstmaligem Eintritt von Pflegebedürftigkeit bietet.

Option auf Tarifumstellung bei gesetzlichen Änderungen ohne erneute Gesundheitsprüfung

Bietet der Versicherer die Option, bei Änderung der Gesetzeslage für die Definition der Pflegebedürftigkeit oder der Einteilung in verschiedene Pflegegrade, eine Umstellung des bestehenden Vertrags ohne erneute Gesundheitsprüfung in den dann gültigen Pfl egetagegeld-Tarif vorzunehmen, erhält er die Höchstpunktzahl.

Teilbereich Transparenz und Service

Neben der Transparenz der Unterlagen, die dem Kunden bei Vertragsabschluss ausgehändigt werden, beurteilt das IVFP auch die Servicequalität der jeweiligen Versicherungsgesellschaft. Im Folgenden sind die Punkte beschrieben, die im Teilbereich Transparenz und Service untersucht werden.

Das Institut vergleicht die Versicherungs- und Tarifbedingungen sowie die Tarifbestimmungen in Bezug auf ihre Struktur. Dabei nehmen die **sprachliche Formulierung**, der **Aufbau** und der **Umfang** eine zentrale Rolle ein.

Gestaltung der gem. VVG vorgeschriebenen Kundeninformation

Eine aus dem Blickwinkel der Transparenz vollständige Kundeninformation beinhaltet neben Angaben zum Versicherer unter anderem auch die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung wie Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung sowie sonstige Kosten oder Gebühren. Zudem sollten Widerrufsbelehrung und Beendigungsmöglichkeit für den Kunden deutlich gekennzeichnet bzw. hervorgehoben werden.

Institut für Vorsorge und Finanzplanung. Einfach mehr Vorsorge.

Gestaltung des gem. VVG vorgeschriebenen Produktinformationsblattes

Die Darstellung des Produktinformationsblattes wird analysiert und im Vergleich zu den Mitbewerbern hinsichtlich Übersichtlichkeit und Transparenz bewertet.

Definition des Versicherungsfalls und Erläuterung der Pflegegrade

An dieser Stelle wird neben dem Vorhandensein der genauen Definition des Versicherungsfalls Pflegebedürftigkeit untersucht, wie umfassend der Versicherer über die Einstufung in die Pflegegrade in den Versicherungsbedingungen aufklärt. Sind ausführliche und verständliche Erläuterungen hierzu vorhanden, erhält der Versicherer die beste Bewertung.

Beratung durch Pflege-Analysetool

Das IVFP bewertet die Analyse des Pflegebedarfs auf Basis eines umfassenden Pflege-Tools als positiv. Die Bestbewertung wird vergeben, wenn in der Analyse bestehende Absicherungen, Alter und Wohnort des Kunden mit berücksichtigt werden.

Inhalt und Gestaltung Werbematerial

Die vom Versicherer verwendeten Werbematerialien werden hinsichtlich ihrer Gestaltung und Verständlichkeit für den Versicherungsnehmer und der inhaltlichen Übereinstimmung mit dem Vertragswerk beurteilt.

Inhalt und Produktpräsentation über das Internet

Das Institut prüft die Qualität und Anwenderfreundlichkeit der Produktdarstellung auf der Internetseite des Anbieters und inwieweit umfassende Informationen zum Produkt vorhanden sind.

Modellrechnung und Versicherungsbedingungen online verfügbar

Das Institut überprüft, ob eine öffentlich zugängliche Modellrechnung der Tarife und die Versicherungsbedingungen für Endkunden im Internet verfügbar sind.

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 veröffentlicht.

Gütesiegel

Gütesiegel geben den Verbrauchern eine Entscheidungshilfe. Immer mehr Versicherungssuchende verlassen sich auf Ratingurteile. Das Rating des Instituts für Vorsorge und Finanzplanung bildet die vier wichtigsten Anforderungen des Kunden ab und gilt daher als kundenorientiert. Unternehmen, deren Produkt im Rating des Instituts positiv bewertet wurde, können hierzu das Gütesiegel erwerben. Aus diesem Gütesiegel gehen die Stärken im Vergleich zu anderen Anbietern am Markt 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, 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 Produkte werden vom IVFP 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 Produkt 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 Vorsorgeprodukten bzw. eine Weiterleitung von Adressen! Dem Verbraucher werden notwendige Informationen zur Verfügung gestellt, um sich ein Bild über die verschiedenen Vorsorgewege machen zu können. Informationsquelle ist dabei ein In-

ternetportal des Instituts speziell für Verbraucher, das 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 Produkte 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 oder können zu einem späteren Zeitpunkt zur individuellen Recherche über den so genannten Tariffinder und www.einfach-mehr-vorsorge.de ermittelt werden.

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, Verbrauchern mit dem Produkt-Rating der Pflegetagegeld-Versicherungen eine maßgebliche Orientierungshilfe an die Hand zu geben, um sich auf dem Markt der Produkte für Pflegetagegeld-Versicherungen besser zurechtfinden.

Mai 2019

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