
SOFTFAIR PFLEGE-LEISTUNGSRATING DOKUMENTATION JAHRGANG 2018



SOFTFAIR ANALYSE GMBH

WER WIR SIND

Als Tochterunternehmen des IT-Dienstleisters softfair GmbH können wir uns bei der softfair analyse GmbH voll und ganz darauf konzentrieren, die Marktteilnehmer objektiv und neutral, das heißt losgelöst von vertrieblichen Interessen, mit unserem Fachwissen und Know-how zu unterstützen.

Mit unseren Analyseergebnissen und Bewertungen helfen wir Vermittlern in Beratungssituationen und Verbrauchern bei Auswahlentscheidungen. Unsere Produkt- und Unternehmensratings dienen dabei als Orientierungs- und Entscheidungshilfe beim Produktvertrieb. Gleichzeitig geben sie den Versicherern die Möglichkeit, ihre relevanten Wettbewerber schnell zu identifizieren und Stärken-Schwächen-Vergleiche durchzuführen. Die eigenen Tarife können so permanent an Benchmarks gemessen und besser am Markt positioniert werden.

Darüber hinaus unterstützen wir Versicherungsunternehmen mit individuellen Wettbewerbsanalysen und Beratungsangeboten. Beides soll dabei helfen, Verbesserungspotenziale sowohl in der Tariflandschaft als auch in den eigenen Workflows aufzuzeigen. Ziel ist es, die Gesellschaften in die Lage zu versetzen, eine optimale Prozesslandschaft mit höchstmöglicher Effizienz und Qualität für ihre angeschlossenen Vertriebspartner zu errichten.

SOFTFAIR PFLEGE-LEISTUNGSRATING

GRUNDGESAMTHEIT UND BEWERTUNGSANSATZ

Für das aktuelle softfair Pflege-Leistungsrating haben wir über 180 Tarife bzw. Tarifkombinationen untersucht. Im folgenden Text wird aufgrund der besseren Lesbarkeit nur noch der Begriff Tarifkombinationen verwendet.

Basis des softfair Pflege-Leistungsratings sind ausschließlich die Versicherungsbedingungen der einzelnen Tarife. Diese Beschränkung auf exakt nachprüfbare Daten hilft, mögliche Fehler zu vermeiden, die sich durch Selbstauskünfte der Versicherer einschleichen können. Insgesamt haben wir 17 Regelungsbereiche mit jeweils bis zu acht Abstufungen in den einzelnen Leistungsaussagen analysiert und die erzielten Einzelbewertungen mittels unterschiedlicher Wertigkeitsfaktoren in ein Gesamturteil überführt.

Für Pflagegeldtarife wurde zusätzlich zu den unten aufgeführten 15 Regelungsbereichen untersucht, ob der Versicherer auf sein ordentliches Kündigungsrecht verzichtet und ob das Pflagegeld bei ambulanten Tarifen auch bei Laienpflege in voller Höhe zur Verfügung steht. Da dies bei allen untersuchten Tarifen der Fall war, wurden für diese Kriterien keine Punkte vergeben.

Für das Rating wurden ausschließlich Pflagegeldtarife betrachtet, die nicht gesetzlich gefördert werden (also keine Pflege-Bahr-Tarife und keine Pflege-Bahr-Aufbautarife). Außerdem werden nur Tarife betrachtet, die nicht nur bei Pflegebedürftigkeit aufgrund von Unfällen leisten.

Der neue Jahrgang des softfair Pflege-Leistungsratings wird von uns jährlich innerhalb des zweiten Quartals veröffentlicht. Die Bewertung der Tarife erfolgt jedoch im Falle von Bedingungsveränderungen unterjährig bzw. laufend.

Die aktuellen Ergebnisse können stets auf www.softfair-analyse.de eingesehen und von den Anwendern der Vergleichs- und Analysesoftware in den Modulen Kranken und Pflege als zusätzliches Filterkriterium im Programm genutzt werden.

DIE LEISTUNGSBEREICHE IM SOFTFAIR PFLEGE-LEISTUNGSRATING

A. LEISTUNGEN IN DEN VERSCHIEDENEN PFLEGEGRADEN

1 Leistungen in den Pflegegraden 1 bis 4

In allen betrachteten Tarifen werden Tagegelder in Abhängigkeit von den Pflegegraden 1 bis 5 gezahlt. Zusätzlich sind Leistungen aufgrund der Erfüllung der ADL-Kriterien möglich (vgl. Kriterium 1313).

Bei der Bewertung wurde berücksichtigt, ob ein Tarif ausschließlich bei ambulanter (häusliche Pflege durch Pflegefachkräfte oder durch Laien) bzw. stationärer Pflege leistet und ab welchem Pflegegrad geleistet wird. Die volle Punktzahl wird erreicht, wenn die Art der Pflege unabhängig von der Leistungserbringung ist und bereits ab Pflegegrad 1 geleistet wird.

Wertigkeitsfaktor: 9 (= max. 900 Punkte)

Beispiel für 100% Erfüllung:

„Mit Eintritt der Leistungspflicht wird:

1.1 für häusliche und teilstationäre Pflege das vereinbarte Tagesgeld

- im Pflegegrad 1 zu 10 %
- im Pflegegrad 2 zu 30 %
- im Pflegegrad 3 zu 60 %
- im Pflegegrad 4 zu 100 %
- im Pflegegrad 5 zu 100 %

gezahlt, unabhängig davon, durch wen die Pflege durchgeführt wird (Pflegefachkraft, Familienangehörige, etc.).

1.2 für vollstationäre Pflege in zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheimen) und für Kurzzeitpflege wird das vereinbarte Tagesgeld

- im Pflegegrad 1 zu 10 %
- im Pflegegrad 2 zu 100 %
- im Pflegegrad 3 zu 100 %
- im Pflegegrad 4 zu 100 %
- im Pflegegrad 5 zu 100 %

gezahlt.“

Beispiel für <100% Erfüllung:

„Das vereinbarte Pfl egetagegeld wird in den Tarifstufen [...] und ABC zu den in der folgenden Tabelle genannten Prozentsätzen je Pflegegrad gezahlt:

	Tarifstufe ABC
Pflegegrad 2	-
Pflegegrad 3	-
Pflegegrad 4	-
Pflegegrad 5	100



2 Sofortzahlung

Einige Tarife bieten eine Soforthilfe in Form einer einmaligen Zahlung bei erstmaligem Eintritt in einen Pflegegrad an. Bei der Punktevergabe wird unterschieden, ob ein Tarif eine Sofortzahlung vorsieht und ob diese am Leistungsbeginn oder erst später erfolgt. Die volle Punktzahl wird bei diesem Kriterium erreicht, wenn die Sofortzahlung mit dem Leistungsbeginn zusammenfällt. Wenn die Sofortzahlung mit den übrigen Leistungen des Tarifs verrechnet wird, erhält die Tarifkombination keine Punkte.

Wertigkeitsfaktor: 3 (= max. 300 Punkte)

Beispiel für 100% Erfüllung:

„100% der vereinbarten Einmalzahlung bei erstmaliger Feststellung einer Pflegebedürftigkeit nach den Pflegegraden 2, 3, 4 und 5.“ und Beginn der Tagegeldleistungen ab Pflegegrad 2.

Beispiel für <100% Erfüllung:

„Bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit nach mindestens Pflegegrad 4 wird zusätzlich zum Pfl egetagegeld des jeweiligen Tarifs eine Einmalzahlung in Höhe des 90fachen des vereinbarten Pfl egetagegeldsatzes gezahlt.“ und Beginn der Tagegeldleistungen bereits ab Pflegegrad 1.

3 Assistanzenleistungen gemäß AVB

Immer mehr Versicherer bieten eine Hotline oder ähnliche Beratungs- und Informationsangebote für ihre Versicherten und deren Angehörige an. Hier können sich Pflegebedürftige über diverse Angebote informieren. In einigen Fällen werden zusätzlich hauswirtschaftliche Leistungen vermittelt und deren Kosten bis zu einer gewissen Höchstgrenze übernommen. Um in diesem Kriterium Punkte zu erhalten, müssen die zugesagten Assistanzenleistungen in den allgemeinen Versicherungsbedingungen erwähnt sein, es reicht nicht aus, dass diese z. B. nur auf der Homepage des Versicherers erwähnt werden.

Bei der Bewertung wurde berücksichtigt, ob die Tarifkombination Assistanzenleistungen anbietet und hierfür auch die Kosten übernimmt. Die volle Punktzahl wird erreicht, wenn für hauswirtschaftliche Assistanzenleistungen auch die Kosten übernommen werden. Falls in den Versicherungsbedingungen keine Assistanzenleistungen genannt werden, bekommt die Tarifkombination null Punkte. Wenn zwar Assistanzenleistungen angeboten werden, eine Kostenübernahme jedoch nicht stattfindet, erhält die Tarifkombination weniger Punkte.

Wertigkeitsfaktor: 1 (= max. 100 Punkte)

Beispiel für 100% Erfüllung:

„In Ergänzung zu § 1 Abs. 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV2017) erbringen wir in den in Ziffer 2 - "Leistungsvoraussetzung" - definierten Fällen Hilfe- und Assistance-Leistungen im nachfolgend beschriebenen Umfang durch einen von uns beauftragten qualifizierten Dienstleister. [...] Die Kostenerstattung für die Leistungen gemäß Ziffer 5 ist auf 7.500 Euro je Versicherungsfall begrenzt.“

Beispiel für <100% Erfüllung:

Keine Erwähnung von Assistanzenleistungen in den Versicherungsbedingungen.

B. GELTUNGSBEREICH

4 Geographischer Geltungsbereich und Folgen eines Wegzugs

Dieses Merkmal bewertet, in welchen Ländern der Versicherungsschutz besteht. Dies ist insbesondere für Personen bedeutsam, die sich gelegentlich im Ausland aufhalten. Es wird hierbei unterschieden, ob die Versicherung lediglich für Deutschland gilt, oder ob eine europa- oder weltweite Ausdehnung des Geltungsbereichs besteht. Zusätzlich ist es für die Punktevergabe relevant, ob der Versicherungsnehmer für den Fortbestand der Versicherung eine zusätzliche Vereinbarung mit dem Versicherer treffen muss oder ob dies nicht notwendig ist. Dagegen kommt es für die Punktevergabe nicht darauf an, über welchen Zeitraum Versicherungsleistungen im Ausland gewährt werden.

Außerdem werden die Folgen eines Wegzugs der versicherten Person aus Deutschland untersucht. Diesbezüglich wird zwischen dem Umzug innerhalb Europas und außerhalb Europas unterschieden. Nur wenn die Tarifkombination keine Einschränkungen bei einem Wegzug vorsieht, wird die volle Punktzahl vergeben. Zu Punktabzügen kommt es hingegen, wenn nur vorübergehende Aufenthalte im Ausland versichert sind oder die Versicherung an den Fortbestand der deutschen Pflegepflichtversicherung (SPV oder PPV) geknüpft ist.

Wertigkeitsfaktor: 3 (= max. 300 Punkte)

Beispiel für 100% Erfüllung:

„(1) Der Versicherungsschutz besteht weltweit, auch bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland (alle Gebiete außerhalb Deutschlands).“

Beispiel für <100% Erfüllung:

„(5) Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegekosten-Versicherung und in der Pflagegeld-Versicherung auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. [...] (4) In der Pflagegeld-Versicherung endet das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.“

C. LEISTUNGSZUSAGEN

5 Leistungsdynamik

Um Inflationseffekte ausgleichen zu können, ist es wichtig, dass der Versicherer eine Leistungsdynamik anbietet. Hierbei werden in regelmäßigen Abständen die Leistungen erhöht. Dies geht mit einer entsprechenden Beitragsanpassung einher. Einige Versicherer bieten eine Dynamikregelung an, die jedoch vom Alter des Versicherungsnehmers oder vom Eintritt der Pflegebedürftigkeit abhängig ist.

Wenn die Leistungsdynamik vom Alter des Versicherungsnehmers oder vom Eintritt der Pflegebedürftigkeit abhängt, führt dies zu einer Gesamtpunktzahl unterhalb der maximalen Punktzahl. Nur wenn die Leistungsdynamik unabhängig von den genannten Einschränkungen erbracht wird, erhält die untersuchte Tarifkombination die Höchstpunktzahl. Wenn die Tarifkombination keine Dynamikregelung enthält, werden null Punkte vergeben.

Wertigkeitsfaktor: 3 (= max. 300 Punkte)

Beispiel für 100% Erfüllung:

*„Das Pflagegeld wird - auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit - zur Werterhaltung erhöht, wenn die versicherte Person zum Anpassungszeitpunkt
- ein tarifliches Lebensalter von mindestens 21 Jahren erreicht hat und
- seit mindestens zwei Jahren ununterbrochen nach Tarif ABC versichert ist.“*

Beispiel für <100% Erfüllung:

*„Alle drei Jahre, erstmals im 3. Quartal 2020, wird das vereinbarte Pflagegeld – unabhängig davon, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist – entsprechend der Veränderung des vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Verbraucherpreisindex für Deutschland der letzten drei Jahre erhöht und der Beitrag entsprechend angepasst. Voraussetzungen für die Teilnahme an der Dynamisierung sind:
· die versicherte Person vollendet im Kalenderjahr der Dynamisierung mindestens das 20. Lebensjahr aber höchstens das 70. Lebensjahr, [...]“*

6 Wartezeitverzicht

In den Musterbedingungen des PKV-Verbandes für Pflegetagegeldversicherungen ist eine Wartezeit von drei Jahren vorgesehen. Viele Versicherer verzichten jedoch auf diese Wartezeit. Alle untersuchten Versicherer verkürzen die Wartezeit der Pflegetagegeldtarife auf maximal ein Jahr. Wenn der Wartezeitverzicht nur für unfallbedingte Pflegebedürftigkeit gilt, werden für dieses Kriterium keine Punkte vergeben.

Bei der Bewertung wurde berücksichtigt, ob eine Tarifkombination die Wartezeit erlässt. Die volle Punktzahl wird erreicht, **wenn keine Wartezeit vorgesehen ist**. Beinhaltet eine Tarifkombination jedoch eine Wartezeit, werden **unabhängig von deren Länge** null Punkte vergeben.

Wertigkeitsfaktor: 1 (= max. 100 Punkte)

Beispiel für 100% Erfüllung:

„Wartezeiten bestehen nicht.“

Beispiel für <100% Erfüllung:

„Abweichend von § 4 AVB/PG 2017 beträgt die Wartezeit 12 Monate. Die Wartezeit entfällt bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit.“

7 Rückwirkende Erbringung der Leistungen

Grundsätzlich werden Pflegetagegelder erst ab Antragstellung erbracht. In diesem Kriterium wird untersucht, ob Versicherer bei verspäteter Antragstellung die Leistungen trotzdem rückwirkend ab Beginn der Pflegebedürftigkeit erbringen und ob diese Rückwirkung evtl. nur befristet gilt.

Falls die Leistungen bei verspäteter Antragstellung erst ab dieser erbracht werden und somit keine Rückwirkung vorgesehen ist, erhält die Tarifkombination keine Punkte. Die volle Punktzahl wird erreicht, wenn eine Rückwirkung **ohne Einschränkungen** stattfindet. Wird die **Dauer der Rückwirkung** begrenzt, werden weniger Punkte vergeben.

Wertigkeitsfaktor: 2,2 (= max. 220 Punkte)

Beispiel für 100% Erfüllung:

„Leistungspflicht besteht abweichend von § 6 Absatz 1 der AVB/EPV-VT und den Allgemeinen Tarifbedingungen zu § 9 Absatz 1 der AVB/EPV-VT unabhängig vom Zeitpunkt der Antragsstellung ab dem Tag der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 1, 2, 3, 4 oder 5.“

Beispiel für <100% Erfüllung:

„5.5 Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen (Pflegetagegeld; Beitragsbefreiung) auf seinen Antrag hin. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.“

8 Leistung auch ohne Vorleistung der SPV / PPV

Dieses Merkmal untersucht, ob Versicherer ihre Leistungen abhängig von den Leistungen der Pflegepflichtversicherung, also der sozialen Pflegeversicherung (SPV) bzw. der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV), anbieten, oder ob die Leistungsgewährung unabhängig von den Leistungen der Pflegepflichtversicherung stattfindet.

Nur wenn das Tagegeld unabhängig von der Leistung der Pflegepflichtversicherung ausgezahlt wird, wird die volle Punktzahl erreicht. Tarifkombinationen, die nur leisten, wenn auch die Pflegepflichtversicherung leistet, erhalten keine Punkte.

Wertigkeitsfaktor: 2 (= max. 200 Punkte)

Beispiel für 100% Erfüllung:

„Aufgenommen werden können alle Personen, die in der deutschen privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) oder der deutschen sozialen Pflegeversicherung (SPV) versichert sind und ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Endet die Versicherung in der PPV oder SPV, kann die Versicherung nach diesem Tarif unter Berücksichtigung der Regelungen in Nr. 1 a bestehen bleiben.“

Beispiel für <100% Erfüllung:

„Bei nachgewiesener Pflegebedürftigkeit gemäß §§ 1, 1a MB/EPV 2017, für die Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen werden, wird ein Pflegemonatsgeld gezahlt, [...]“

9 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Durch dieses Kriterium soll bewertet werden, wie einfach das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist. Für den Versicherungsnehmer ist ein aufwändiges Antragsverfahren meist gar nicht durchführbar, da er zu diesem Zeitpunkt bereits pflegebedürftig ist. Falls die Definition der Pflegebedürftigkeit an das Elfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) angelehnt ist, wird die volle Punktzahl vergeben, wenn der Versicherer sich keine Untersuchungen durch eigene oder beauftragte Ärzte vorbehält und wenn zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit der Nachweis der sozialen bzw. privaten Pflegepflichtversicherung ausreicht, sofern der Versicherungsnehmer Mitglied einer deutschen Pflegepflichtversicherung ist.

Wertigkeitsfaktor: 1 (= max. 100 Punkte)

Beispiel für 100% Erfüllung:

Der Tarif trifft keine Aussage dazu, dass der Versicherte sich durch eigene oder beauftragte Ärzte untersuchen lassen muss und z. B. Aussagen wie „Beginn und Fortdauer der Leistungspflicht des Trägers der Pflegepflichtversicherung sowie dessen Zuordnung der versicherten Person in einen der Pflegegrade 1, 2, 3, 4 oder 5 sind nachzuweisen.“

Beispiel für <100% Erfüllung:

„Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.“ und „Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Soweit Nachweise für die private oder soziale Pflegepflichtversicherung erstellt wurden, sind diese vorzulegen.“

10 Reaktion auf Änderungen der gesetzlichen Grundlagen

Bei allen untersuchten Pflagegeldtarifen stimmt der Begriff der Pflegebedürftigkeit mit dem des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) überein oder ist daran angelehnt. Durch dieses Kriterium soll untersucht werden, wie die Tarife mit Gesetzesänderungen umgehen. Für Tarife, die die Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI feststellen, werden hier Punkte vergeben, wenn dieser Tarif dem Versicherten die Möglichkeit bietet, ohne erneute Gesundheitsprüfung bzw. Wartezeiten in einen neuen Tarif des Versicherers zu wechseln, der aufgrund einer Gesetzesänderung erstellt wurde.

Die volle Punktzahl wird erreicht, wenn der Wechsel in einen neuen Tarif **ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten** möglich ist. Andernfalls werden keine Punkte vergeben.

Wertigkeitsfaktor: 0,8 (= max. 80 Punkte)

Beispiel für 100% Erfüllung:

„Der Versicherer garantiert jeder versicherten Person im Tarif ABC die Umstellung in neue Tarife im Sinne von Teil I und Teil II zur Ergänzung der SPV bzw. PPV, die in Reaktion auf in Kraft tretende Reformen der Leistungen in der SPV bzw. PPV vom Versicherer eingeführt werden, ohne Gesundheitsprüfung nach Maßgabe der nachfolgenden Abschnitte C 2 bis C 5.“

Beispiel für <100% Erfüllung:

Keine Erwähnung in den Versicherungsbedingungen oder „Wenn und soweit sich die gesetzlichen Bestimmungen ändern, werden die dem SGB XI gleichwertigen Teile der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gemäß § 19 entsprechend angepasst.“

11 Nachversicherungsoption bei Tod oder Pflegebedürftigkeit

Einige Versicherungsnehmer, die in einer Partnerschaft leben, planen, dass ihre jeweiligen Partner sie bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit (zumindest teilweise) pflegen werden. Wenn nun der Partner stirbt, muss diese Personengruppe ihre Pläne ändern. Hierzu ist es hilfreich, wenn seitens des Versicherers die Möglichkeit besteht, den Versicherungsschutz in einem solchen Fall entsprechend anzupassen.

Auch wenn der Partner oder die Kinder des Versicherungsnehmers pflegebedürftig werden, können sie die Pflege des Versicherungsnehmers nicht mehr übernehmen. Daher ist es auch in diesem Fall hilfreich, wenn der Versicherer dem Versicherungsnehmer die Möglichkeit eröffnet, den Versicherungsschutz anzupassen. Um in diesem Teilkriterium die volle Punktzahl zu erhalten, reicht es aus, wenn es eine Nachversicherungsmöglichkeit bei Pflegebedürftigkeit des Partners oder der Kinder gibt, es müssen nicht beide Varianten vorhanden sein.

Bei der Bewertung wurde berücksichtigt, ob ein Tarif Nachversicherungsoptionen anbietet. Die volle Punktzahl wird erreicht, wenn es diese sowohl bei Tod des Partners als auch bei Pflegebedürftigkeit des Partners / der Kinder gibt. Bietet ein Tarif keine Möglichkeit zur Nachversicherung, werden keine Punkte vergeben. Weniger Punkte werden vergeben, wenn die Nachversicherungsoptionen sich nur auf Tod bzw. nur auf Pflegebedürftigkeit beschränken.

Wertigkeitsfaktor: 1 (= max. 100 Punkte)

Beispiel für 100% Erfüllung:

„Stirbt nach Beginn des Versicherungsschutzes einer versicherten Person deren Ehegatte oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, kann der Versicherungsnehmer für die versicherte Person das Pflegetagegeld ohne erneute Gesundheitsprüfung um 20 % erhöhen. Dasselbe gilt, wenn der Ehegatte oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz der versicherten Person pflegebedürftig wird.“

Beispiel für <100% Erfüllung:

„Folgende Ereignisse können eine Erhöhung des Versicherungsschutzes ermöglichen, sofern die versicherte Person das 71. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist und noch kein Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit gestellt wurde:

- a) Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation (z. B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung) der versicherten Person;*
- b) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag;*
- c) Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind);*
- d) Beruflicher Statuswechsel zwischen Anstellung und Selbständigkeit;*
- e) Beruflicher Statuswechsel von einer Anstellung und Selbständigkeit in ein Beamtenverhältnis;*
- f) Versicherte Personen, die erstmalig eine Pflegezusatzversicherung bei XYZ abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Höherversicherung verlangen, wenn vorher 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz nach Tarif ABC bestand. Dies gilt nicht für versicherte Personen, die aufgrund § 198 Absatz 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz (Kindernachversicherung) versichert wurden.*
- g) Einmalig bei Veränderung der Rahmenbedingungen zur gesetzlichen Pflegeversicherung (geänderte Definition der Pflegebedürftigkeit bzw. Kürzung der Pflegeleistungen).“*

12 Leistungen auch nach Suchterkrankung

Einige Versicherer schließen ihre Pflicht zur Leistungserbringung für den Fall aus, dass die Pflegebedürftigkeit als Folge einer Suchterkrankung eingetreten ist. Nur wenn ein solcher Ausschluss nicht in den allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) auftritt, werden für dieses Kriterium Punkte vergeben.

Die volle Punktzahl wird erreicht, wenn Leistungen auch bei Pflegebedürftigkeit aufgrund einer Suchterkrankung erbracht werden. Leistet ein Tarif **nicht nach einer Suchterkrankung**, werden keine Punkte vergeben.

Wertigkeitsfaktor: 1,2 (= max. 120 Punkte)

Beispiel für 100% Erfüllung:

Kein Ausschluss in den Versicherungsbedingungen oder nur Einschränkungen wie „Wir leisten nicht für Versicherungsfälle, die ursächlich auf eine vorsätzlich herbeigeführte Gesundheitsbeeinträchtigung oder Gesundheitsbeschädigung einschließlich deren Folgen zurückzuführen sind.“

Beispiel für <100% Erfüllung:

„Keine Leistungspflicht besteht [...] b) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen; [...]“

13 Anerkennung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI und ADL-Kriterien

Alle untersuchten Pfl egetagegeldtarife machen die Anerkennung der Pflegebedürftigkeit von den im Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) festgelegten Kriterien abhängig. Neben dieser Bewertung gibt es aber noch weitere Merkmale, um Pflegebedürftigkeit festzustellen. Eine Möglichkeit besteht darin, die ADL-Kriterien anzuwenden. Diese beziehen sich auf Einschränkungen in den Verrichtungen des täglichen Lebens (*activities of daily living*: ADL). Da die verschiedenen Feststellungsmöglichkeiten meist verschiedene Schwerpunkte setzen, ist es für Versicherungsnehmer vorteilhaft, wenn der Versicherer mehrere Feststellungsverfahren akzeptiert, da dann die Wahrscheinlichkeit, Leistungen zu beziehen, steigt.

Bei der Bewertung wurde berücksichtigt, ob ein Tarif sowohl die Feststellung gemäß SGB XI als auch gemäß ADL-Kriterien anerkennt. Die volle Punktzahl wird erreicht, wenn **der Tarif beide Möglichkeiten** anbietet. Wird die Feststellung entweder nur gemäß SGB XI oder nur gemäß ADL-Kriterien durchgeführt, werden keine Punkte vergeben.

Wertigkeitsfaktor: 0,3 (= max. 30 Punkte)

Beispiel für 100% Erfüllung:

„Pflegebedürftige Personen werden dem Pflegegrad 1 bis 5 gemäß §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI, siehe Anhang) bzw. gemäß § 1 Abs. 6, 7, 9 und 10 der MB/PPV 2017 (siehe Anhang) zugeordnet. [...] 3.3 Alternativ-Begutachtung nach ADL (activities of daily living): Die Leistungen nach ADL sind davon abhängig, dass der Versicherte in mindestens drei der nachstehend aufgeführten sechs Verrichtungen des täglichen Lebens auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang der Hilfe einer anderen Person bedarf.“

Beispiel für <100% Erfüllung:

„Die Pflegegrade sind in § 1a Abs. 3 AVB analog der Pflegepflichtversicherung festgelegt.“ (Hier handelt es sich ausschließlich um die Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI.)

D. BEITRÄGE

14 Beitragsbefreiung (BBF)

Es gibt Tarife, in denen die Versicherten für den Zeitraum der Pflegebedürftigkeit keine Beiträge mehr entrichten müssen. Hierbei wird unterschieden, ob die Beitragsbefreiung bereits ab Pflegegrad 2, 3, 4 oder erst ab Pflegegrad 5 beginnt. Falls für die Beitragsbefreiung ein Antrag des Pflegebedürftigen nötig ist, werden in diesem Kriterium keine Punkte vergeben.

Bei der Bewertung wurde berücksichtigt, ob und ab welchem Pflegegrad eine Beitragsbefreiung stattfindet. Die volle Punktzahl wird erreicht, wenn **bei Einstufung in die Pflegegrade 2 bis 5** vom Versicherungsnehmer keine Beiträge mehr entrichtet werden müssen. Dagegen gibt es weniger Punkte, wenn die Beitragsbefreiung nur für einzelne Pflegegrade gilt. Wenn eine Tarifkombination keine Beitragsbefreiung vorsieht, erhält sie keine Punkte.

Wertigkeitsfaktor: 3 (= max. 300 Punkte)

Beispiel für 100% Erfüllung:

„Mit Beginn der tariflichen Leistungspflicht nach den Pflegegraden 2, 3, 4 oder 5 endet die Beitragszahlung für die Pflagegeldversicherung mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit festgestellt wird.“

Beispiel für <100% Erfüllung:

Der Tarif sieht keine Beitragsbefreiung für den Fall der Pflegebedürftigkeit des Versicherungsnehmers vor (keine Erwähnung in den Versicherungsbedingungen). In diesem Fall müssen die Beiträge bis zum Ende der Versicherungsdauer gezahlt werden. Auch wenn Formulierungen wie „Wird für eine versicherte Person Pflagegeld für Pflegegrad 5 aus dem Tarif ABC gezahlt, so werden die jeweils vereinbarten Tarifstufen für diese Person beitragsfrei gestellt.“ verwendet werden, wurde nicht die volle Punktzahl vergeben.

15 Stundung bei Zahlungsschwierigkeiten

In diesem Zusammenhang wird untersucht, ob der Tarif Möglichkeiten für den Versicherungsnehmer bietet, den Versicherungsschutz auch bei temporären Zahlungsschwierigkeiten zu behalten. Dies kann z. B. dadurch geschehen, dass die Beiträge für einen gewissen Zeitraum gestundet werden. Eventuell ist diese Möglichkeit an das Vorliegen von Arbeitslosigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit und einen diesbezüglichen Nachweis geknüpft.

Bei der Bewertung wurde berücksichtigt, ob ein Tarif eine Stundung der Beiträge bei Zahlungsschwierigkeiten ermöglicht. Die volle Punktzahl wird erreicht, wenn dies **ohne oder ggf. unter Vorlage von Nachweisen** möglich, jedoch an keine weiteren Bedingungen geknüpft ist. Sieht ein Tarif keine derartige Möglichkeit vor, werden keine Punkte vergeben.

Wertigkeitsfaktor: 0,5 (= max. 50 Punkte)

Beispiel für 100% Erfüllung:

„(1) Anlässe für ein Ruhen der Versicherung

a) Arbeitslosigkeit

Die →versicherte Person ist arbeitslos und hat Anspruch auf Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III). Sie können das Ruhen der Versicherung wegen Arbeitslosigkeit pro versicherte Person während der Vertragslaufzeit nur einmal verlangen. [...]

b) Elternzeit

Die →versicherte Person befindet sich in Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG). Sie können das Ruhen der Versicherung pro versicherte Person und Kind nur einmal verlangen. Sie können zwischen einer Ruhenszeit von

- 12,
- 24 oder
- 36

aufeinanderfolgenden Monaten wählen. Diese Wahl müssen Sie treffen, wenn Sie das Ruhen der Versicherung verlangen.“

Beispiel für <100% Erfüllung:

„Wurde der Tarif ABC geschlechtsunabhängig kalkuliert und besteht daneben ein Tarif XYZ, kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag drei Jahre ruhen lassen, wenn er hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ist oder allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig werden würde und der Tarif XYZ gleichzeitig ins Ruhen gestellt wird.“

SOFTFAIR PFLEGE-LEISTUNGSRATING

UNTERSUCHTE LEISTUNGSBEREICHE



Softfair Pflege-Leistungsrating		Pflegetagegelder
Untersuchte Leistungsbereiche (Ratingjahrgang 2018)		(max. 3.200)
Leistungen in den verschiedenen Pflegegraden		
1	Leistungen in den Pflegegraden 1 bis 4	900
2	Sofortzahlung	300
3	Assistanceleistungen gemäß AVB	100
Geltungsbereich		
4	Geographischer Geltungsbereich und Folgen eines Wegzugs	300
Leistungszusagen		
5	Leistungsdynamik	300
6	Wartezeitverzicht	100
7	Rückwirkende Leistungen	220
8	Leistung auch ohne Vorleistung SPV / PPV	200
9	Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	100
10	Reaktionen auf Gesetzesänderungen	80
11	Nachversicherungsoption bei Tod oder Pflegebedürftigkeit	100
12	Leistungen auch nach Suchterkrankung	120
13	Anerkennung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI und ADL-Kriterien	30
Beiträge		
14	Beitragsbefreiung	300
15	Stundung bei Zahlungsschwierigkeiten	50

PUNKTEVERGABE



softfair Pflege-Leistungsrating	Maximal-	●		●●		●●●		●●●●		●●●●●	
Punkte-/Eulenaugenvergabe (Ratingjahrgang 2018)	punktzahl	≥	≤	≥	≤	≥	≤	≥	≤	≥	≤
Pflegetagegelder											
	3.200	0	640	641	1.280	1.281	1.920	1.921	2.560	2.561	3.200



DAS RATING ALS FILTERKRITERIUM IN DEN MODULEN KRANKEN UND PFLEGE

WAHL DES LEISTUNGSBEREICHES / ALS FILTERKRITERIUM

Abbildung folgt

DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE IN DER VERGLEICHSTABELLE

Abbildung folgt

EINZELDARSTELLUNG IM LEISTUNGSBEREICH

Abbildung folgt

IHR MARKETINGARGUMENT

Nutzen Sie das „softfair Gütesiegel“, um mit Ihren Ratingergebnissen zu werben und ein klares, Vertrauen bildendes Signal an Vertriebspartner und Kunden zu senden.

Wenden Sie sich bei Fragen und für weitere Informationen zu Konditionen und Nutzungsvereinbarungen der Siegel einfach direkt an uns. Gerne stellen wir Ihnen vorab auch Mustersiegel im jpg- oder pdf-Format zur Verfügung.



IHRE ANSPRECHPARTNERIN

Vanessa Meyer
softfair analyse GmbH
Albert-Einstein-Ring 15
D - 22761 Hamburg
Tel.: +49 (0)40 609 46 77 50
Mail: v.meyer@softfair-analyse.de