

Risikomanagement

Schaden- und Leistungsmanagement

Lösungshinweise für die Aufgaben zur Selbstüberprüfung

Fach- und Führungskompetenz für die Assekuranz

Kranken- und Unfallversicherungen

Geprüfter Fachwirt für Versicherungen
und Finanzen

Geprüfte Fachwirtin für Versicherungen
und Finanzen

2. Auflage



Silke Hamacher
Martin Sommerreißer
Manuel Steinmetz

Risikomanagement, Schaden- und Leistungsmanagement

Kranken- und Unfallversicherungen

Lösungshinweise für die Aufgaben zur Selbstüberprüfung

Fach- und Führungskompetenz für die Assekuranz

Geprüfter Fachwirt für Versicherungen und Finanzen
Geprüfte Fachwirtin für Versicherungen und Finanzen

Herausgegeben vom Berufsbildungswerk
der Deutschen Versicherungswirtschaft (BWW) e.V.

2. Auflage



Vorbemerkung

Die Fachwirltliteratur „Risikomanagement Schaden- und Leistungsmanagement“ enthält am Ende eines jeden Kapitels „Aufgaben zur Selbstüberprüfung“. Sie sollen den Lernenden einen Anreiz geben, sich zur Vertiefung der Lerninhalte Antworten auf zentrale Fragestellungen eines Kapitels noch einmal selbstständig zu erarbeiten.

Aufgrund zahlreicher Nachfragen veröffentlichen wir Lösungshinweise zu den Aufgaben zur Selbstüberprüfung. Sie enthalten keine zusätzlichen Informationen und dürfen nicht als einzig mögliche Musterlösung verstanden werden.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass es sich bei den Aufgaben und Lösungen zur Selbstüberprüfung nicht um simulierte Prüfungsaufgaben handelt.

Das Berufsbild „Geprüfte/-r Fachwirt/Fachwirtin für Versicherungen und Finanzen“ ist auf den Erwerb von Handlungskompetenz ausgerichtet. Die bundeseinheitlichen Prüfungen vor der Industrie- und Handelskammer enthalten deshalb auch situationsgebundene Fragen, in denen nicht nur die Wiedergabe von Wissen, sondern auch das Erkennen von Zusammenhängen und die Formulierung von Problemlösungen gefordert ist.

Diese Kompetenzen werden im Unterricht der regionalen Berufsbildungswerke der Versicherungswirtschaft bzw. im Rahmen des Fernlehrgangs der Deutschen Versicherungsakademie (DVA) vermittelt. Herausgeber und Redaktion empfehlen deshalb zur Prüfungsvorbereitung ausdrücklich die Wahrnehmung dieser Bildungsangebote, die das reine Selbststudium nicht ersetzen kann.

Berufsbildungswerk der Deutschen Versicherungswirtschaft (BWV) e. V.

Inhaltsverzeichnis

Risikomanagement

Kapitel 5 – Risikoanalyse und Portfoliomanagement- Unfallsversicherung	1
---	----------

Schaden- und Leistungsmanagement

Kapitel 1 – Bearbeitung komplexer Schaden- und Leistungsfälle unter Berücksichtigung von Regressmöglichkeiten sowie Mit- und Rückversicherung	9
--	----------

Kapitel 2 – Gestaltung von Geschäftsprozessen im Schaden- und Leistungsmanagement auch unter Berücksichtigung von Assistance-Leistungen	30
--	-----------

Kapitel 3 – Durchführung von Controllingmaßnahmen im Schaden- und Leistungsbereich	37
---	-----------

Kapitel 4 – Empfehlungen zur Schadenverhütung und Schadenminderung	43
---	-----------

Risikomanagement

Kapitel 5 – Risikoanalyse und Portfoliomanagement-Unfallsversicherung

Krankenversicherungen

1. Nennen Sie die drei Bereiche, in die sich das Risk-Management untergliedern lässt.

- Risikovermeidung
- Risikovorsorge
- Risikoabwälzung

2. Weshalb hat die Wissenserklärung in der privaten Krankenversicherung eine besondere Rolle?

Mit einer Wissenserklärung wird im Gegensatz zur Willenserklärung keine rechtliche Absicht erklärt. Der Antragsteller teilt mit einer Wissenserklärung (z. B. mit seiner Antwort auf Antragsfragen) sein Wissen zu seiner Person, zum bisherigen Versicherungsverlauf und zu seinem gesundheitlichen Zustand mit. Die Angaben im Antrag stellen als Wissenserklärung die Grundlage für eine Risikoprüfung dar.

3. Erläutern Sie den Begriff „morbidityorientierte Risikobewertung“.

Der Begriff Morbidität leitet sich von „morbidus“ ab, dem lateinischen Wort für „krank“. Man versteht darunter die Krankheitshäufigkeit bzw. Die Erkrankungswahrscheinlichkeit.

Durch die morbiditätsorientierte Risikoprüfung wird eine Art „Kostenvorhersage“ für den jeweiligen Krankheitsverlauf erstellt, auf deren Basis Erschwernisse (z.B. Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse) ermittelt.

4. Was ist ein „Partialrisiko“?

Partialrisiken sind Risiken, welche aus einer anderen Erkrankung bzw. aus Kombinationen verschiedener Erkrankungen entstehen können. Aus der Grunderkrankung Adipositas (Fettsucht) kann beispielsweise das Partialrisiko Diabetes entstehen.

5. Nennen Sie drei gängige Vertragsschlussmodelle für die private Krankenversicherung.

- Antragsmodell
- Druckstückmodell
- Policenmodell / Verzicht

6. Erläutern Sie, ob die Ergebnisse von Gentests zur Risikobewertung in der Krankenversicherung herangezogen werden dürfen.

Laut § 18 Abs. 1 GenDG darf der Versicherer weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrages die Vornahme genetischer Untersuchungen oder Analysen verlangen oder die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus der vorgenommenen genetischen Untersuchung oder Analysen verlangen oder solche Ergebnisse oder Daten entgegennehmen oder verwenden. Gemäß § 18 Abs. 2 GenDG sind Vorerkrankungen und Erkrankungen weiterhin anzuzeigen.

7. Erläutern Sie zwei Möglichkeiten für die Zeichnung anomaler Gesundheitsrisiken und nennen Sie je einen Vor- und Nachteil.

Risikozuschlag:

Der Zuschlag (auch Risikozuschlag) gleicht den Anteil des Risikos aus, welchen der Versicherungsnehmer bereits vor Antragstellung – als Vorerkrankung – in den Vertrag mit einbringt.

Vorteil: kein Leistungsausschluss

Nachteil: höhere Kosten

Leistungsausschluss:

Durch einen Ausschluss wird die betroffene Vorerkrankung gänzlich oder teilweise vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Bei Eintritt des Versicherungsfalles erhält der Versicherte keine Leistungen für die bestimmte Erkrankung.

Vorteil: keine höheren Beiträge

Nachteil: wirtschaftliche Folgen eines Ausschlusses für Laien nicht abschätzbar

8. Erläutern Sie zwei Vorteile eines maschinellen Risikoprüfsystems.

- zukunftsorientierte Risikobewertung
- geringe Kosten für den laufenden Risikoprüfprozess
- objektive Auswertung anhand statistischer Wahrscheinlichkeiten
- Fachkenntnisse (systembedingt) über eine große Bandbreite
- Auch häufig auftretende Bagatellerkrankungen finden Berücksichtigung
- keine Quersubvention gesunder Kunden an Kunden mit Vorerkrankungen
- stabile Beitragsentwicklung und einheitliche Risikoprüfung – Controlling
- schnelle Risikobewertung (zum Teil durch den Vermittler am Point of sale möglich)

9. Nennen Sie die Voraussetzung zur Befreiung von der gesetzlichen Versicherungspflicht bei Arbeitslosigkeit und die gesetzliche Grundlage.

§ 8 SBG V:

Personen, die wegen Arbeitslosigkeit krankenversicherungspflichtig werden, können sich von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen. Dafür müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- keine GKV-Mitgliedschaft in den letzten 5 Jahren vor Bezug von Arbeitslosengeld I
- Die private Krankenversicherung entspricht nach Art und Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung (substitutive Krankenversicherung).
- Es besteht eine Krankentagegeldversicherung (nur bei Arbeitslosengeld I)

Privat krankenversicherte Personen, die über 55 Jahre alt sind und in den letzten 5 Jahren vor Leistungsbezug (ALG I und ALG II – seit 1.1.2009) privat krankenversichert waren, werden grundsätzlich nicht krankenversicherungspflichtig.

10. Erläutern Sie die Hintergründe, weshalb bei einer Versicherung im Basistarif eine Risikoeinschätzung erfolgt

Obwohl im Basistarif individuelle Risikozuschläge nicht zulässig sind, muss eine Gesundheitsprüfung durchgeführt werden, um die Mehraufwendungen und einen dafür notwendigen Risikozuschlag zu berechnen, die sich aufgrund von Vorerkrankungen ergeben.

11. Nennen Sie den gesetzlichen Hintergrund für einen Mehrleistungsausschluss.

§204 Abs. 1 VVG

Bei einem Tarifwechsel mit Mehrleistungen kann der Versicherungsnehmer die Vereinbarung eines Risikozuschlages oder von Wartezeiten abwenden, wenn die Mehrleistungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen werden. Die Leistungen entsprechen dann den Leistungen des bisherigen Versicherungsschutzes. Sinnvoll ist diese Lösung grundsätzlich bei einem Tarifwechsel in einen höherwertigen Tarif, aber mit günstigeren Tarifbeiträgen.

12. Erläutern Sie den Begriff Rezidivrisiko.

Das Rezidivrisiko (Wiederauftrettswahrscheinlichkeit) wird bei der versicherungsmedizinischen Bewertung ebenfalls berücksichtigt. Erkrankungen mit hoher Rezidivwahrscheinlichkeit führen mittel- bis langfristig zu höheren Kosten und werden oft – sofern eine Abgrenzbarkeit besteht – vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Bei der Bewertung fällt ein Risikozuschlag meist entsprechend höher aus. Beispiele: Myome, Zysten, Brustkrebs.

Unfallversicherung

13. Was ist der Unterschied zwischen objektiven und subjektiven Risikofaktoren?

Objektive Risikofaktoren weisen einen statistisch nachweisbaren Zusammenhang zu dem Unfallrisiko auf.

Bei subjektiven Risikofaktoren handelt es sich um Verhaltensmerkmale der versicherten Person. Diese lassen sich von ihr subjektiv beeinflussen und wirken sich entscheidend auf den Risikoverlauf und die Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus.

14. Erläutern Sie vier objektive Risikomerkmale in der privaten Unfallversicherung.

Hierzu zählen insbesondere der Beruf, gesundheitliche Beeinträchtigungen, das Alter und Hobbys. Beim Beruf lassen sich auf statistischer Grundlage Tätigkeiten mit hohem und mit niedrigerem Unfallrisiko differenzieren. Gesundheitliche Beeinträchtigungen lassen sich in der privaten Unfallversicherung in Krankheiten und Gebrechen unterteilen, die aufgrund der Schadenfrequenz und/oder des Schadenumfangs risikoerheblich sind, wie beispielsweise eine Glasknochenkrankheit, oder aber als nicht versicherbar gelten, da das Verhältnis zwischen Prämienzahlung und Versicherungsschutz nicht mehr vertretbar ist. Auch das Lebensalter ist entscheidend, da der statistische Grundbedarf bei Rentnern/Pensionären stark erhöht ist. Da ein Großteil der Unfälle in der Freizeit geschieht, sind auch bestimmte sportliche Hobbys risikoerheblich.

15. Erläutern Sie, inwieweit Altersgrenzen in den Annahmerichtlinien mit dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz vereinbar sind.

Gemäß § 20 Abs. 2 Satz 2 AGG ist eine unterschiedliche Behandlung wegen des Alters zulässig, sofern diese auf anerkannten Prinzipien einer risikoadäquaten Kalkulation basiert, insbesondere auf einer versicherungsmathematisch ermittelten Risikobewertung, die unter Heranziehung statistischer Erhebungen erfolgt ist. Bei der Auswertung des statistischen Grundbedarfs ist ab einem Alter von 65 Jahren ein starker Anstieg ersichtlich. Wichtig ist die Verwendung statistisch nachvollziehbarer Grenzen. Altersgrenzen bei älteren Antragstellern sind aufgrund der Ausnahmeregelung in § 20 AGG daher zulässig.

16. Warum dürfen Frauen nicht automatisch aufgrund des im Vergleich zu Männern geringeren Unfallrisikos in Gefahrengruppe A eingestuft werden?

Aufgrund des Urteils des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) vom 1.3.2011 dürfen Versicherungen zu keinen unterschiedlichen Beiträgen und Leistungen für Frauen und Männer führen. Durch die Unisexrechtsprechung darf der VR nicht mehr anhand des Risikomerkmals Geschlecht seine Prämien differenzieren.

17. Welche Berufe sind nach den Proximus AUB der Gefahrengruppe A und welche der Gefahrengruppe B zuzuordnen?

Der Gefahrengruppe A werden im Proximus-Tarif Personen mit verwaltender bzw. kaufmännischer Berufstätigkeit im Innen- oder Außendienst zugeordnet. Ferner gehören dieser Gefahrengruppe auch Personen mit leitender oder aufsichtführender Tätigkeit sowie Personen im Gesundheitswesen oder der Schönheitspflege an. Hierzu zählen beispielsweise Geschäftsführer, Informatiker, Juristen, Ärzte sowie Pädagogen.

Der Gefahrengruppe B entsprechen Berufe, die körperlich oder handwerklich tätig sind. Dies sind beispielsweise Elektriker, Köche, Polizisten und Mechaniker.

18. Nennen Sie ein Beispiel für ein subjektives Risikomerkmale in der privaten Unfallversicherung.

Der bedeutendste subjektive Risikofaktor in der privaten Unfallversicherung ist die Überversicherung in Form von Versicherungssummen, die in einem Vertrag abgeschlossen wurden oder die sich kumuliert aus mehreren parallel bestehenden Verträgen ergeben und die in keinem wirtschaftlich nachvollziehbaren Zusammenhang zu den ökonomischen Verhältnissen der versicherten Person stehen.

19. Welche Konsequenzen hat ein unterbliebener Hinweis auf die Rechtsfolgen bei einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht?

Unterbleibt der Hinweis gemäß § 19 Abs. 5 VVG, kann der VR weder einen Rücktritt noch eine Vertragsanpassung oder eine Kündigung aufgrund falscher Antragsangaben vornehmen. In diesem Fall bliebe nur noch die Anfechtung des Vertrages aufgrund einer arglistigen Täuschung.

20. Welche Bedeutung haben Summengrenzen für die einzelnen Leistungsarten in den Annahmerichtlinien?

Die Beschränkung der Höchstversicherungssummen ist im Kontext der Betrugsprävention sinnvoll. Durch die Limitierung der Höchstversicherungssummen lässt sich das Betrugsrisiko beschränken, da der unredliche Versicherungsnehmer seine Verträge negativ selektiv dort abschließen wird, wo auf der Grundlage der höchsten Versicherungssummen der größte finanzielle Profit möglich ist. Zudem sollen das subjektive Risiko beschränkt und keine Anreize für einen Leistungsfall geboten werden.

Auch im Zusammenhang mit der Rückversicherung sind Summengrenzen zu beachten. In dem obligatorischen Rückversicherungsvertrag sind Höchstgrenzen für die abgesicherten Versicherungssummen vorgesehen. Übersteigt ein Versicherter diese Summe, ist der darüberhinausgehende Anteil wieder von dem VR zu übernehmen. Es ist ebenfalls zu beachten, dass die Versicherungssummen durch eine vertraglich vereinbarte Dynamisierung auch während der Vertragslaufzeit ansteigen.

21. Welche Möglichkeiten stehen dem VR zur Verfügung, erhöhte Risiken zu zeichnen?

Ist das abzusichernde Risiko zu hoch oder steht die Prämie in keinem Verhältnis zu dem Versicherungsumfang, erfolgt eine Ablehnung. Hierzu gehören beispielsweise Antragsteller, die an einer Osteogenesis imperfecta (Glasknochenkrankheit) leiden, da diese Erkrankung mit einer hohen Schadenfrequenz verbunden ist und der Mitwirkungsanteil immer im hochgradigen Bereich liegt.

Kann das abzusichernde Risiko kalkulatorisch durch einen Risikozuschlag getragen werden und würde eine Ausschlussklausel zu einer Aushöhlung des Versicherungsschutzes führen, ist ein Risikozuschlag zu definieren.

Zur Risikobegrenzung kann der VR auch vorsehen, dass beispielsweise nur Produktlinien mit einem geringen Leistungsumfang gezeichnet werden. Der geringe Leistungsumfang kann durch eine Gliedertaxe, die dem Standard aus den GDV-Musterbedingungen entspricht, gekennzeichnet sein sowie durch nur eine geringe Anzahl von Leistungserweiterungen in Bezug auf die Mitwirkungsklausel, die Ausschlussstatbestände sowie die einzelnen Leistungsarten. Auch die Versicherungssummen können beschränkt sein. Statt einer Invaliditätsleistung kann eine Unfallrente angeboten werden. Bei der Beantragung von Tagegeld können höhere Karenzzeiten vereinbart werden.

Risiken können zudem durch eine Ausschlussklausel von dem Versicherungsschutz ausgeklammert werden. Es besteht in der Unfallversicherung jedoch häufig das Risiko, dass die Ausschlussklausel zu weit greift.

22. Erläutern Sie den Begriff der „Integralfranchise“.

Bei Antragstellern, die statistisch gesehen ein hohes Risiko für eine Invalidität haben, gibt es die Möglichkeit, das Risiko mit einer Integralfranchise zu zeichnen. Dabei wird ein Invaliditätsgrad definiert, ab dessen Höhe die Summe voll ausgezahlt wird. Liegt der unfallbedingte Invaliditätsgrad darunter, erfolgt keine Invaliditätsleistung. Marktüblich sind Werte von 25 % für die Integralfranchise.

23. Was ist als Gefahrerhöhung in der privaten Unfallversicherung anzusehen?

Als Erhöhung der Gefahr gilt gemäß § 181 Abs. 1 VVG eine Änderung von Umständen, die in Textform vereinbart und nach ausdrücklicher Vereinbarung als Gefahrerhöhung angesehen werden soll. Nach Ziffer 6.2.1 der Proximus AUB ist eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person dem VR unverzüglich mitzuteilen. Grundlage ist das für den jeweils abgeschlossenen Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis.

24. Entscheiden Sie, ob es sich bei den folgenden Beispielen um eine Gefahrerhöhung handelt:

- a) Ein Bankkaufmann restauriert gelegentlich Oldtimer und ist dabei handwerklich tätig.
Die gelegentliche Durchführung nebenberuflicher Tätigkeiten stellt keine Gefahrerhöhung oder einen Wechsel der Gefahrengruppe dar.
- b) Ein Versicherter leistet Bundesfreiwilligendienst.
Der Bundesfreiwilligendienst stellt keine Änderung der beruflichen Tätigkeit dar und führt zu keiner Änderung der Gefahrengruppe.
- c) Ein kaufmännischer Angestellter macht eine Umschulung bei der Berufsfeuerwehr.
Dies ist eine Gefahrerhöhung, da die versicherte Person von einer Tätigkeit mit niedrigem Gefahrenpotenzial in Gefahrengruppe A in eine Beschäftigung mit hohem Unfallrisiko in Gefahrengruppe B wechselt.

25. Wie wird der Vertrag umgestellt, wenn die versicherte Person volljährig wird?

Gemäß Ziffer 6.1.1 der Proximus AUB wird der Vertrag nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das Kind das 18. Lebensjahr vollendet, auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Erwachsenentarif umgestellt. Der Versicherungsnehmer verfügt dabei über folgendes vertragliches Wahlrecht:

- Option 1: Der Beitrag bleibt gleich und die Versicherungssummen werden anteilig reduziert.
- Option 2: Die Versicherungssummen werden beibehalten und der hierfür gültige Beitrag für den Erwachsenentarif berechnet, der sich aus dem Verhältnis zwischen der alten und der neuen Versicherungssumme ergibt.

26. Welche Rechtsfolgen hat ein Wechsel der Gefahrengruppe der versicherten Person?

Wechselt die versicherte Person von einer Tätigkeit mit niedrigem Gefahrenpotenzial (Gefahrengruppe A) in eine Beschäftigung mit hohem Unfallrisiko (Gefahrengruppe B), ergeben sich gemäß Ziffer 6.2.2 der Proximus AUB 2017 bei gleichbleibender Prämie in dem abgeschlossenen Tarif niedrigere Versicherungssummen. Diese gelten nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen durch einen Wechsel von der Gefahrengruppe B in die Gefahrengruppe A, gelten diese, sobald dem VR die Mitteilung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Auf Wunsch kann der Versicherungsnehmer den Vertrag jedoch auch mit den bisherigen Versicherungssummen weiterführen. Die Änderung gilt, sobald dem VR die Mitteilung zugeht.

27. Erläutern Sie zwei Maßnahmen für das laufende Management von Unfallversicherungsbeständen.

Zwei mögliche Maßnahmen sind die Rückversicherung sowie das Bestandscontrolling.

Die Rückversicherung beschäftigt sich mit der Übernahme von Risiken, die von einem Versicherungsunternehmen oder einem anderen Rückversicherungsunternehmen abgegeben werden. Das Vertragsverhältnis besteht zwischen dem risikoabgebenden Unternehmen (Zedent) und dem Rückversicherer (Zessionär). Die Rückversicherung wird zur Absicherung exponierter Einzelrisiken sowie eines gesamten Versicherungsbestands genutzt.

Das Bestandscontrolling dient der Ermittlung und Analyse exponierter Unfallrisiken. Durch fehlerhafte Zeichnungen können beispielsweise nicht versicherbare Risiken vom Versicherungsschutz erfasst sein. Zudem kann die Dynamisierung der Versicherungssummen oder der zusätzliche Einschluss von versicherten Personen in einzelnen Verträgen dazu führen, dass die Höchstgrenze für das Einzel- und/oder Kumulrisiko des obligatorischen Rückversicherungsvertrags überschritten ist. Zudem können Bestände falsch in dem Bestandsführungssystem hinterlegt sein, was zu einer nicht risikogerechten Prämie führt.

Kapitel 1 – Bearbeitung komplexer Schaden- und Leistungsfälle unter Berücksichtigung von Regressmöglichkeiten sowie Mit- und Rückversicherung

Krankenversicherung

1. Definieren Sie den Begriff „Versicherungsfall“.

Als Versicherungsfall gilt die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen.

2. Nennen Sie die Sachverhalte, die gemäß MB/KK zusätzlich als Versicherungsfall gelten und somit die allgemeine Definition erweitern.

Als Versicherungsfall gelten auch Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und der Entbindung, ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und der Tod, soweit hierfür (tarifliche) Leistungen vereinbart sind.

3. Charakterisieren Sie den Begriff „Krankheit“.

Der Krankheitsbegriff ist im Sinne des Sprachgebrauchs des täglichen Lebens zu verstehen, wie er sich auf der Grundlage allgemein bekannter Erkenntnisse der Medizin gebildet hat: Es muss ein anomaler, regelwidriger Körper- oder Geisteszustand vorliegen, der eine nicht unerhebliche Störung körperlicher und geistiger Funktionen bewirkt.

4. Definieren Sie den Unfallbegriff in der Krankenversicherung.

Als Unfallbegriff gilt auch in der Krankenversicherung, das plötzlich von außen auf dem Körper einwirkende Ereignis, welches zu einer unfreiwilligen Gesundheitsbeschädigung führt.

5. Erläutern Sie den Begriff der Heilbehandlung und grenzen Sie davon Maßnahmen ab, die explizit nicht zur Heilbehandlung gehören.

Als Heilbehandlung sind sowohl Leistungen zur Heilung als auch jegliche ärztliche Tätigkeiten anzusehen, die durch die betreffende Krankheit verursacht worden sind, sofern diese auf Besserung, Linderung oder Verhinderung der Verschlimmerung der Krankheit abzielt. Behandlungen am oder mit dem Patienten müssen das Ziel verfolgen, eine positive Änderung des körperlichen oder seelischen Zustandes der versicherten Person zu erreichen.

Keine Heilbehandlung liegt vor, wenn feststeht, dass eine Krankheit weder geheilt noch gelindert werden kann (z. B. Pflegeverwahrung) oder die Leistung ausschließlich anderen Zwecken dient (z. B. Sterilisationen, Schönheitsoperationen) oder nur zu Nachweiszwecken Atteste oder Bescheinigungen ausgestellt werden. Ebenso ist die Beseitigung von krankheitsverursachenden Umweltfaktoren keine Heilbehandlung. Schaden- und Leistungsmanagement – Kranken- und Unfallversicherungen

6. Nennen Sie die Voraussetzungen, die an medizinisch notwendige Behandlungsmaßnahmen gestellt werden.

Behandlungsmaßnahmen müssen dem Gebiet der professionalisierten Heilkunde zu-rechenbar sein. Eine Heilbehandlung gilt dann als notwendig, wenn sie nach medizini-schem Befund und Erkenntnis im Zeitpunkt der Vornahme objektiv vertretbar ist.

7. Erklären Sie den Begriff des gedehnten Versicherungsfalls und die Auswirkungen von längeren Unterbrechungen einer Behandlung auf den Versicherungsfall.

Da sich der Versicherungsfall regelmäßig über einen längeren Behandlungszeitraum streckt, wird dieser als „gedehnt“ bezeichnet. Er beginnt mit dem Eintritt in die Behand-lung einer Krankheit (z. B. erster Arztkontakt wegen Symptomen) und endet, wenn keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht. Bei längeren Unterbrechungen werden ver-schiedene Rechtsauffassungen vertreten. Eine stellt darauf ab, ob die einzelnen Be-handlungen weiterhin Teil eines Gesamtplans sind. Ist dies der Fall, so liegt auch nur ein Versicherungsfall vor. Die andere Rechtsauffassung rechtfertigt zwei Versicherungsfälle, wenn eine längere Unterbrechung aus medizinischen Gründen notwendig ist.

8. Grenzen Sie die Übermaßbehandlung von der Übermaßvergütung ab und geben Sie jeweils ein Beispiel.

Bei der Übermaßbehandlung werden Maßnahmen/Methoden (z. B. Injektionen, Massa-gen) häufiger praktiziert als es medizinisch notwendig ist. Bei der Übermaßvergütung wird durch Leistungserbringer eine unangemessen hohe Vergütung verlangt (z. B. Wu-cherpreise).

9. Erläutern Sie, unter welchen Umständen ein Versicherer Heilbehandlungskosten nicht ablehnen kann, obwohl der Versicherungsfall vor dem Versicherungsbeginn eintritt.

Wenn der formelle Versicherungsbeginn vor dem technischen Versicherungsbeginn liegt und in dieser Zwischenzeit der Versicherungsfall eintritt, ist der Versicherer zumindest ab dem technischen Versicherungsbeginn leistungspflichtig.

10. Erläutern Sie, unter welchen Umständen und in welcher Höhe die Leistungspflicht des Versicherers auch für Methoden und Arzneimittel der Alternativmedizin gilt.

Der Versicherer leistet für Methoden und Arzneimittel der Alternativmedizin, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie schulmedizinische Me-thoden und Arzneimittel. Mit der Ausnahme, dass der VR die Leistungen auf den Betrag herabsetzen kann, der bei schulmedizinischer Versorgung angefallen wäre, stehen schulmedizinische und nicht schulmedizinische, aber erfolgsbewährte Behandlungsmethoden gleichrangig nebeneinander.

11. Nennen Sie mindestens fünf Leistungsausschlüsse im Sinne der sekundären Risikobegrenzung aus den MB/KK.

Leistungsausschlüsse ergeben sich im Wesentlichen aus § 5 MB/KK: z. B. Vorsatz, Entziehungsmaßnahmen, ambulante Heilbehandlungen am Kurort, Behandlungen durch ausgeschlossene Heilbehandler, Pflegeverwahrung, Verwandtenbehandlung, Kur- und Sanatoriumsbehandlungen, Kriegsereignisse.

12. Nennen Sie Versicherungsfälle, die zwar den Anschein des Vorsatzes erwecken, jedoch unter die Leistungspflicht des Versicherers fallen.

Suchtkrankheiten, Folgen von Selbstverstümmelungen oder Suizidversuchen können den Anschein des Vorsatzes (= Wissen und Wollen des Ergebnisses) erwecken. Bei Suchtkrankheiten fehlt es aber regelmäßig am „Wollen“ (= Vorsatz) des Versicherten, da bei einer Sucht die erforderliche Einsicht fehlt, dass Körper derart geschädigt wird. Schäden nach Selbstmordversuchen oder Selbstverstümmelungen sind oft die Folge von anomalen, regelwidrigen Geisteszuständen und dann als Folge einer Krankheit versichert.

13. Informieren Sie über die Vorgehensweise beim Ausschluss eines Leistungserbringers und nennen Sie einen wichtigen Grund, der einen Ausschluss rechtfertigt.

Da der Ausschluss eine besondere Härte für den Leistungserbringer darstellt, sind vor einem Ausschluss die Rechnungen des Leistungserbringers mehrfach zu beanstanden und auch zu kürzen, um eindeutig sowohl das bedeutende Fehlverhalten aufzuzeigen als auch die Chance zur Änderung zu geben. Ein wichtiger Grund für einen Leistungsausschluss kann z. B. vorliegen, wenn in einer Mehrzahl von Versicherungsfällen Rechnungen unangemessen erhöht werden, weil eine medizinisch nicht vertretbare, ungerechtfertigte Überdiagnostik und -therapie betrieben wird.

14. Grenzen Sie eine leistungspflichtige Krankenhausbehandlung von einer abzulehnenden Kur- und Sanatoriumsbehandlung ab.

Eine erstattungsfähige Krankenhausbehandlung ist in der Regel gekennzeichnet durch den besonders intensiven Einsatz ärztlichen und medizinischen Personals. Der Tagesablauf des Patienten wird durch die Notwendigkeit der ständigen medizinischen und ärztlichen Überwachung, Betreuung und Behandlung bestimmt.

Für eine abzulehnende Kur- und Sanatoriumsbehandlung spricht, wenn der Patient nicht ans Bett gefesselt ist, nicht laufend ärztlich betreut und überwacht werden muss und Behandlungsmethoden angewandt werden, die typischerweise vorbeugend oder im Anschluss an einer akuten Krankheitstherapie eingesetzt werden.

15. Geben Sie kurz und prägnant Auskunft über den Personenkreis und die Leistungsinhalte des Notlagentarifs.

Für Versicherte, die der allgemeinen Versicherungspflicht genügen müssen, ist zum 1.8.2013 ein Notlagentarif eingeführt worden. In diesem Tarif werden Versicherte umgestellt, die ihre Beiträge nicht mehr zahlen können. Die Leistungen beschränken sich im Wesentlichen auf akute Erkrankungen, Schmerzzustände und Mutterschaft. Bei Kindern und Jugendlichen werden auch gezielte Vorsorgeuntersuchungen geleistet.

16. Ermitteln Sie die Verjährung einer Versicherungsleistung für eine Rechnung mit Behandlungen aus dem Jahr 2019, die der VN am 15.8.2020 eingereicht hat und die am 1.9.2020 abgelehnt wurde.

31.12.2016.

17. Definieren Sie die Arbeitsunfähigkeit in der Krankentagegeldversicherung.

Arbeitsunfähigkeit in der Krankentagegeldversicherung liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderen Erwerbstätigkeit nachgeht.

18. Definieren Sie die Berufsunfähigkeit in der Krankentagegeldversicherung.

Berufsunfähigkeit in der Krankentagegeldversicherung liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist.

19. Nennen Sie drei Leistungsausschlüsse in der Krankentagegeldversicherung.

Leistungsausschlüsse in der Krankentagegeldversicherung:

- alkoholbedingte Bewusstseinsstörung
- Schwangerschaft
- Mutterschutz
- Wohnsitzklausel
- Kur-/Sanatoriumsbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen gesetzlicher Rehabilitationsträger, Behandlung in gemischten Anstalten und Kurortklausel

20. Erläutern Sie anhand eines Beispiels den Eintritt eines leistungspflichtigen Versicherungsfalls in der Auslandskrankenversicherung.

Eine akute Viruserkrankung oder eine Lebensmittelvergiftung vor Ort sind klassische Fälle für Versicherungsfälle in der Reisekrankenversicherung, da unstreitig diese Fälle nicht vorhersehbar sind.

21. Erläutern Sie die beiden Eigenschaften, die ein ambulanter Arzt bzw. Zahnarzt gemäß MB/KK erfüllen muss.

Der Arzt bzw. Zahnarzt muss niedergelassen und approbiert sein.

- Approbation
- Die Approbation ist die staatliche Erlaubnis zur Berufsausübung.
- Niederlassung
- Die Ausübung der Heilkunde muss im Wesentlichen in einer eignen Praxis erfolgen, die persönlich und nicht als juristische Person (z. B. GmbH) geführt ist.

22. Erläutern Sie kurz die Systematik der Steigerungssätze in den Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte für persönliche Leistungen

Für persönliche Leistungen des Arztes/Zahnarztes können verschiedenen Steigerungssätze zur Anwendung kommen. Ab dem 3,5fachen Satz (= Höchstsatz) muss er eine gesonderte Honorarvereinbarung mit dem Patienten treffen. Ab dem 2,3fachen Satz (= Regelhöchstsatz) hat er die Überschreitung des Regelhöchstsatzes zu begründen (z. B. Erschwernisse). Bis zum 2,3fachen Satz kann er Leistungen ohne weitere Begründungen liquidieren.

23. Nennen Sie die zwei Voraussetzungen der MB/KK, die beim Bezug eines medizinisch notwendigen Arzneimittels zu erfüllen sind.

Heilpraktiker dürfen z. B.

- keine Geburtshilfe leisten
- keine Untersuchungen auf bzw. keine Behandlungen von Geschlechtskrankheiten und Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane vornehmen
- keine meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten behandeln
- keine verschreibungspflichtigen Arzneimittel und Betäubungsmittel verordnen

24. Nennen und erläutern Sie die drei Arten von Apotheken, in denen Arzneimittel bezogen werden dürfen.

Arzneimittel müssen durch einen in den Musterbedingungen genannten Heilbehandler verordnet und in einer Apotheke bezogen werden.

25. Erläutern Sie die Ursachen dafür, dass PKV-Versicherer von Rabattverträgen mit Arzneimittelherstellern weniger profitieren als Krankenkassen.

Es fehlt in der PKV eine gesetzliche Verpflichtung, dass Ärzte und Apotheken Rabattverträge unterstützen müssen. Das hat zur Folge, dass die Ärzte weiterhin andere Arzneimittel verordnen bzw. Apotheken andere Arzneimittel herausgeben, obwohl „wirkstoffgleiche“ Arzneimittel aus einem Rabattvertrag vorliegen. Oftmals sind dem Arzt bzw. der Apotheke diese Rabattverträge sogar unbekannt.

26. Definieren Sie den Begriff „Heilmittel“ und nennen Sie Beispiele.

Eine Legaldefinition gibt es nicht. Abgeleitet aus Tarifbedingungen oder umgangssprachlich gelten als Heilmittel vornehmlich die zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen oder Behandlungen durch Angehörige von Heilhilfsberufen. Beispiele sind z. B. Massagen, logopädische Behandlungen oder die Krankengymnastik.

27. Nennen Sie die Voraussetzungen, die Krankenhäuser nach den Musterbedingungen erfüllen müssen.

Voraussetzungen, die Krankenhäuser erfüllen müssen:

- öffentliche oder private Trägerschaft
- ständige ärztliche Leistung
- ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten
- Führung von Krankengeschichten

28. Erklären Sie das Prinzip der einheitlichen Versorgungsplanung in Krankenhäusern.

Das Prinzip der einheitlichen Versorgungsplanung basiert auf dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, welches die Bundesländer verpflichtet Krankenhaus- und Investitionspläne mit den teilnehmenden Krankenhäusern (= Plankrankenhäuser) aufzustellen und abzustimmen. Für die Regelleistungen von Plankrankenhäuser gelten klar definierte Versorgungsaufträge und Preise, um die Versorgung der gesamten Bevölkerung - unabhängig des Versichertenstatus – zu gewährleisten.

29. Begründen Sie, warum ohne das GKV-Versorgungsstrukturgesetz durch die Ausgliederung von Betriebsstätten in Plankrankenhäusern (sog. Ausgründung) Nachteile für die Versicherer entstanden.

Nach einem BGH-Urteil waren sog. Ausgründungen rechtmäßig. Obwohl weiterhin im selben (örtlichen) Plankrankenhaus mit dem gleichen Personal, Geräten etc. behandelt wurde, billigte der BGH, dass Räume/Teile von Plankrankenhäuser als gesonderte Privatkliniken ausgewiesen werden konnten, um für diese Patienten höhere Preise für Regelleistungen zu verlangen. Der Gesetzgeber heilte diese Situation zu Lasten von vornehmlich PKV-Versicherten mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz.

30. Stellen Sie die positiven Folgen der Einführung des DRG-Fallpauschalensystems in Krankenhäusern dar und geben Sie Auskunft über besondere Prüffelder in der Bearbeitung von DRG-Rechnungen.

Sehr positiv ist, dass seit Einführung der DRG die Verweildauer im Krankenhaus erheblich gesunken ist und der Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander gefördert wird. Besondere DRG-Prüffelder sind das sog. Up-Grading (= Erreichen einer höheren Vergütung durch „falsche“ Kodierungen zur DRG-Bestimmung) und die sog. „blutige Verlegung“ (= Entlassungen aus vorrangig „wirtschaftlichen“ Gründen, weniger aus Sicht einer medizinischen Notwendigkeit, die dann teure Nachbehandlungen bedingen).

31. Nennen Sie die Wahlleistungen gemäß Krankenhausentgeltgesetz und beschreiben Sie das Koppelungsverbot.

Als Wahlleistungen gelten die gesonderte Unterkunft (= Ein-/Zwi-Bett-Zimmer) und die wahlärztliche Behandlung (sog. Chefarzt-Behandlung). Das Koppelungsverbot gewährleistet, dass die Wahlleistung Unterkunft und die wahlärztliche Behandlung getrennt voneinander vereinbart werden können.

32. Erklären Sie die Wahlarztkette und entscheiden Sie, ob der gewählte Chefarzt für Leistungen liquidieren darf, die nur ein Vertreter erbracht hat.

Auch wenn nur mit dem Chefarzt der Hauptleistungen eine Wahlarztvereinbarung getroffen wurde, gilt diese für alle an der Behandlung beteiligten liquidationsberechtigten (Chef-)Ärzte – z. B. der Pathologe, der Radiologe. Gemäß GOÄ kann sich der Chefarzt in bestimmten Situationen vertreten lassen, ohne die Liquidationsberechtigung zu verlieren. Bei „Hauptleistungen“ (z. B. der operative Eingriff) steht aber immer die persönliche Leistungspflicht des Chefarztes im Vordergrund, da dies den Kern eines Wahlarztvertrages (= beabsichtigter Wille des Patienten) entspricht. Leistungen eines fachkompetenten Vertreters, der ohnehin bereits in der Wahlarztvereinbarung genannt sein muss, sind dann nur in Ausnahmen erlaubt (z. B. Krankheit des Chefarztes).

33. Beschreiben Sie die Vorteile des Klinik-Card-Verfahrens für das Krankenhaus, für den Versicherten und für den Versicherer.

Das Krankenhaus kann direkt mit dem Versicherer abrechnen und hat somit die Sicherheit, dass die „hohen“ Forderungen zeitnah beglichen werden. Der Versicherte muss nicht in Vorleistung gehen und wird von administrativen Aufwänden befreit, da die vollständige Abwicklung zwischen Versicherer und Krankenhaus erfolgt. Der Versicherer erhält zeitnah zur Aufnahme in einem Krankenhaus erforderliche Informationen, um die Leistungspflicht zu prüfen bzw. auf zukünftige Behandlungskosten (z. B. Case-Management) schnell einzuwirken.

34. Erläutern Sie die Pflichten, die sich für den Versicherer aus der Nachfrageobliegenheit ergeben.

Die Nachfrageobliegenheit verpflichtet den Versicherer im Falle, dass im Antrag risikorelevante Angaben zweifelhaft, unglaubwürdig oder unvollständig erscheinen, nachzufragen. Tut er dies nicht, so kann er spätere Kenntnisse, die er auf Grund der unsicheren Angaben hätte erfragen können, nicht gegenüber dem Versicherungsnehmer verwenden.

35. Nennen Sie die für Krankenversicherungen relevanten Obliegenheiten, die im Versicherungsvertragsgesetz enthalten sind.

Neben der vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung beinhaltet das Versicherungsvertragsgesetz folgende für die Krankenversicherung relevante Obliegenheiten:

- der Versicherungsfall ist nicht herbeizuführen
- Schäden sind abzuwenden bzw. zu mindern
- der Versicherungsfall ist anzuzeigen
- Auskünfte sind zu erteilen

36. Erklären Sie, welche Auskünfte der Versicherer vom Versicherungsnehmer im Behandlungsfall einfordern kann und wer die Kosten für die Beschaffung dieser Informationen trägt.

Der Versicherer darf nur Auskünfte verlangen, die direkt für die Leistungsprüfung erforderlich sind. In diesem Rahmen kann er bspw. Informationen der behandelnden Ärzte und Einsicht in die Krankenunterlagen fordern. Zu den Auskünften können auch solche gehören, die das subjektive und moralische Risiko betreffen. Für Auskünfte, die auf Veranlassung des Versicherers eingeholt werden, trägt der Versicherer die Kosten.

37. Stellen Sie dar, welche Pflichten sich für den Versicherten aus der Schadenminderungsobliegenheit ergeben.

Die versicherte Person muss nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens sorgen und alle Handlungen unterlassen, die der Genesung hinderlich sind. Der Versicherte hat sich im Wesentlichen so zu verhalten, wie er sich verhalten würde, wenn er nicht versichert wäre.

Eine weitere Form der Schadenminderung ist die Pflicht zur Wiederherstellung in der Krankentagegeldversicherung. Die versicherte Person muss dazu beitragen, die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen, und Umstände vermeiden, die eine Gesundung verhindern. Im Rahmen der Heilbehandlung hat der Versicherte den zumutbaren Weisungen der untersuchenden und behandelnden Arztes weitgehend Folge zu leisten.

38. Erläutern Sie, wie sich die Schwere einer Obliegenheitsverletzung auf die Leistungspflicht des Versicherers auswirkt.

Arglist	=	Leistungsfreiheit
Vorsatz	=	bei Kausalität 100 % Leistungsfreiheit
grobe Fahrlässigkeit	=	bei Kausalität Minderung nach Verschuldensausprägung (z. B. 50 % Verschulden = 50 % Leistung)
(einfache) Fahrlässigkeit	=	Leistungspflicht

39. Stellen Sie dar, unter welchen Umständen eine Leistungsbeschreibung in den Versicherungsbedingungen geändert werden darf.

Eine Änderung der Leistungsbeschreibung in den Versicherungsbedingungen ist nur bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens erlaubt, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt.

40. Erklären Sie, welche Anforderungen an die Ausgestaltung von Tarifen in Bezug auf Leistungsausschlüsse und -beschränkungen durch die Rechtsprechung gestellt werden.

Die Tarifinhalte müssen nach den Normen zur Gestaltung von allgemeinen Geschäftsbedingungen u. a. klar, transparent und verständlich formuliert sein und dürfen den eigentlichen Zweck der Versicherung nicht aushöhlen.

41. Erläutern Sie die bisher üblichen Leistungsbeschränkungen bei psychotherapeutischen Behandlungen und begründen Sie, warum diese laut Rechtsprechung keine unzulässige Benachteiligung der Versicherungsnehmer darstellen.

Die Leistungsbeschränkungen beinhalten die Notwendigkeit einer vorherigen Leistungszusage, die Durchführung der Behandlung durch bestimmte Heilbehandler und die maximale Begrenzung von Sitzungen innerhalb eines Zeitraumes.

Laut BGH werden durch eine Tarifklausel, nach der sich der Versicherungsschutz auf die Psychotherapie erstreckt, soweit sie medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit ist und von einem niedergelassenen approbierten Arzt durchgeführt wird, Leistungen eines nicht ärztlich vorgebildeten Psychotherapeuten nicht gedeckt. Eine solche Klausel ist in der Krankheitskostenversicherung weder überraschend noch unklar und benachteiligt den Versicherungsnehmer nicht unangemessen.

Eine Klausel, die besagt, dass vor Behandlungsbeginn eine vorherige Leistungszusage erforderlich ist, ist laut BGH so zu verstehen, dass es ohne eine Zusage keinen Versicherungsschutz für die Behandlungen gibt. Dies gilt auch, wenn die Voraussetzungen für eine Leistungszusage nicht unmittelbar in der Klausel genannt werden, sich aber aus dem übrigen Regelwerk erschließen.

Der BGH hat ebenfalls entschieden, dass eine tarifliche Leistungsbeschränkung von 30 Sitzungen im Kalenderjahr wirksam ist, da durch die Klausel weder die Erreichung des Vertragszwecks gefährdet, noch eine unangemessene Benachteiligung des Versicherungsnehmers entgegen den Geboten von Treu und Glauben erfolgt ist.

42. Erläutern Sie die oft verwendete Klausel eines geschlossenen Hilfsmittelkatalogs und gehen Sie dabei auf das Für und Wider einer solchen Bestimmung ein.

Diese Klausel sieht eine abschließende Aufzählung (= geschlossener Katalog) von erstattungsfähigen Hilfsmitteln vor. Eine Leistungspflicht ist ausschließlich und dauerhaft auf die genannten Hilfsmittel beschränkt. Einerseits führt diese Klausel zu einer höheren Kalkulationssicherheit und Beitragsstabilität in diesem Leistungsbereich, der sich durch den medizinisch technischen Fortschritt (insb. neue Hilfsmittel) stetig verteuert. Andererseits leidet die Produktattraktivität und die Kundenzufriedenheit, weil den Versicherten mittel-/langfristig erhebliche Versicherungslücken entstehen, wenn dem technischen Fortschritt folgend neue Hilfsmittel eben nicht versichert sind, aber benötigt und gar Standard werden.

43. Begründen Sie die Rechtmäßigkeit einer Hausartzklausel, die einen Orthopäden als Erstbehandler ausschließt.

Die Nichteinbeziehung eines orthopädischen Facharztes als Erstbehandler gefährdet (in Analogie einer BGH-Rechtsprechung zu Internisten) weder den Vertragszweck einer Krankenversicherung noch werden die Versicherten unangemessen benachteiligt. Letztendlich kann ein Versicherer im Tarif eine solche Einschränkung verwenden, da dem Kunden eine vorherige Behandlung und Verordnung durch einen Hausarzt zugemutet werden kann. Insbesondere hat er dies vereinbart und partizipiert auch an „günstigeren“ Beiträgen in Folge einer solchen Regelung.

44. Erklären Sie den Zweck von Verbandsklagerechten.

In vielen Gerichtsprozessen zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer oder Leistungserbringer geht es bundesweit um die gleichen Sachverhalte. Bis zu höchstgerichtlichen Entscheidungen vergehen oft Jahre.

45. Legen Sie dar, wie die Beweislast bei der Prüfung von Leistungspflichten zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer verteilt ist.

Grundsätzlich gilt, dass der Versicherungsnehmer die tatbestandlichen Voraussetzungen des Anspruchs beweisen muss. Gelingt ihm dies nicht, ist der Versicherer nicht leistungspflichtig. Der Versicherer ist hingegen für das Vorliegen der Voraussetzungen von Risiko- und Leistungsausschlüssen beweispflichtig, sofern er Leistungen kürzen oder ablehnen will. Der Eintritt von Tatbestandsmerkmalen, die Individualabsprachen betreffen, ist wiederum durch den Versicherungsnehmer zu beweisen.

46. Erläutern Sie allgemein den Leistungsumfang des Basistarifs und geben Sie Auskunft über die Selbstbehaltsstufen.

Im Allgemeinen wird der GKV-Schutz in der Art, in der Höhe und im Umfang nachgebildet. Neben einer sb-losen Variante muss der Basistarif mit folgenden SBStufen angeboten werden: 300, 600, 900 und 1.200 €.

47. Erläutern Sie das Prinzip der gesamtschuldnerischen Haftung im Basistarif.

Im Basistarif haften Versicherte und Versicherer gegenüber den Leistungserbringern gesamtschuldnerisch. Der Leistungserbringer kann seinen Anspruch direkt gegen den Versicherer geltend machen, jedoch nur insoweit, wie der Versicherer aus dem Versicherungsvertrag gegenüber dem Versicherungsnehmer verpflichtet ist.

48. Erläutern Sie den Versicherungsfall Pflegebedürftigkeit und gehen Sie dabei auch auf die verschiedenen Pflegestufen ein.

Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

Je nach Intensität der erforderlichen Pflege wird die versicherte Person als erheblich Pflegebedürftiger (Stufe 1), als Schwerpflegebedürftiger (Stufe 2) oder als Schwerstpflegebedürftiger (Stufe 3) eingestuft. Mit steigender Stufe erhält der Versicherte höhere Leistungen.

Zudem wird sog. Pflegestufe 0 (mit Einstiegsleistungen) den besonderen Umständen von „nur“ Demenzkranken gerecht.

49. Stellen Sie die Aufgaben des Dienstleisters MEDICPROOF im Rahmen eines Erstantrages auf Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung dar.

MEDICPROOF obliegt die Begutachtung der Hilfebereiche und des Hilfebedarfes, um die versicherte Person als Pflegebedürftigen und in die richtige Pflegestufe einzuordnen. Darüber hinaus erfolgen Feststellungen zur Notwendigkeit von Pflegehilfsmitteln oder zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds, die der Erleichterung der Pflege dienen, sowie zur Sicherstellung der Pflege und zu möglichen Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen.

50. Stellen Sie die wesentlichen Änderungen dar, die sich aus dem Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes im Jahr 2012 ergaben.

Zum Beispiel:

- Verpflichtung des VRs zur Einhaltung von Fristen in der Pflegeberatung und Pflegebegutachtung
- Verpflichtung des VRs zur Prüfung und Empfehlung von Rehabilitationsmaßnahmen
- Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige mit einem erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf (sog. Demenzkranke)
- Förderung von Wohngruppen
- Einführung einer gesetzlich geförderten Pflege-Zusatzversicherung Schaden- und Leistungsmanagement – Kranken- und Unfallversicherungen

51. Nennen Sie die Tarif-Voraussetzungen für eine geförderte Pflegezusatz-Versicherung.

Tarif-Voraussetzungen für eine geförderte Pflegezusatz-Versicherung:

- kein Höchstaufnahmealter
- aber Ausschluss von Personen, die bereits Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung beantragt haben oder bereits beziehen
- Mindestbeitrag von 15 EUR im Monat (davon 5 EUR Zulage)
- Zulageberechtigung besteht ab Vollendung des 18. Lebensjahres
- Kontrahierungszwang für Verträge, die eine Zulage erhalten. Somit keine Risikoprüfung und keine Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse möglich
- Monatliche Leistung von mindestens 600 EUR bei Pflegestufe III (entspricht 20 EUR pro Tag); maximal die Verdoppelung der Leistung nach dem SGB XI
- Wartezeit beträgt höchstens 5 Jahre

52. Nennen Sie fünf Rubriken von Regressfällen und geben Sie jeweils ein kurzes Beispiel.

Nachdem Behandlungskosten in Folge eines Ereignisses (s. u.) an den VN erstattet wurden und ein Dritter dieses Ereignis verschuldet hat bzw. für den Schaden haftet, kann die Erstattung von diesem Dritten zurückgefordert werden (sog. Forderungsübergang).

Beispiele:

- Freizeitunfälle: VP stürzt beim Brötchenholen wegen Glatteis auf einen Gehsteig, bei dem der Hauseigentümer Verkehrssicherungspflichten verletzt hat.
- Verkehrsunfälle: Unachtsamer Autofahrer verletzt VP
- Tätlicher Angriff: VP wird in einer Diskothek grundlos durch einen Dritten geschlagen.
- Behandlungsfehler: Operateur vergisst Teile des OP-Bestecks im Körper der VP
- Produktfehler: Bei künstlichen Hüftgelenken eines Produktherstellers wird ein schwerwiegender Produktfehler festgestellt. Die implementierten Gelenke müssen bei der VP wieder entfernt bzw. ersetzt werden.
- Pflegefehler: Pflegeheim verletzt Sorgfalts- und Sicherungspflichten. In Folge stürzt versicherte demente Person aus dem Pflegebett.

53. Erläutern Sie die Gründe für einen steigenden Rückversicherungsbedarf in der Krankenversicherung.

Der steigende Rückversicherungsbedarf ist vornehmlich mit dem medizinisch technischen Fortschritt begründet. Dieser erlaubt den Patienten öfter als je zuvor eine schwerste Akutsituation zu überleben oder mit schweren Krankheiten jahrelang weiterzuleben. Der Preis hierfür sind Behandlungskosten, die in manchen Fällen inzwischen mehrere Hundert Tausend € pro Jahr oder auf längere Sicht mehrere Millionen € erreichen können. Auch die Angst vor neuen teuren (gar plötzlichen) Epidemien ist in der Krankenversicherung ausgeprägt.

54. Erläutern Sie den Zweck von Poolverträgen und nennen Sie drei praktizierte Beispiele aus der PKV.

Poolverträge sind ein Instrument, um das versicherungstechnische Risiko eines einzelnen Versicherers auf breitere Schultern zu legen. Ein Poolvertrag regelt dann einen Ausgleich zwischen den Versicherern, sodass alle Beteiligten im Rahmen festgelegter Regeln gleich be- bzw. entlastet (= Leistungen und Beiträge) werden. Beispiele in der PKV sind die Poolverträge zur Pflegepflichtversicherung, zum Basistarif und zum Standardtarif.

Unfallversicherung

56. Definieren Sie den Unfallbegriff nach Ziffer 1.3 der Proximus AUB.

Gemäß Ziffer 1.3 der AUB 2017 liegt ein Unfall vor, sofern die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Der Versicherte muss also eine Gesundheitsschädigung erleiden und die Merkmale des Unfallbegriffs nach Ziffer 1.3 erfüllen, um Versicherungsschutz gemäß dem Unfallbegriff zu erfahren.

57. Erläutern Sie die einzelnen Merkmale des Unfallbegriffs und deren Bedeutung.

- **Plötzliche Einwirkung:** Das Merkmal der Plötzlichkeit ist zunächst als zeitliches Element zu verstehen. Das Merkmal der Plötzlichkeit ist auch erfüllt, wenn das Ereignis unerwartet, überraschend und deshalb unentrinnbar war, da sich die versicherte Person der schädigenden Einwirkung nicht entziehen konnte. Durch die Regelung sollen allmähliche Ereignisse vom Versicherungsschutz ausgenommen werden.
- **Äußere Einwirkung:** Dieses Merkmal soll körperinnere Vorgänge vom Versicherungsschutz ausnehmen. Ansonsten führen Krankheiten, sofern diese plötzlich eine unfreiwillige Gesundheitsschädigung bewirken, zu einer Leistung.
- **Unfreiwilligkeit:** Das Merkmal dient der Abgrenzung gegenüber der freiwilligen Gesundheitsschädigung, die nicht von dem Versicherungsschutz erfasst werden soll.
- **Gesundheitsschädigung:** Es sollen nur Gesundheits-, aber keine Sachschäden erfasst werden.

58. Wer hat den Nachweis für die einzelnen Merkmale des Unfallbegriffs zu führen?

Die Unfreiwilligkeit der Gesundheitsschädigung wird gemäß § 178 Abs. 2 Satz 2 VVG vermutet. Alle übrigen Merkmale des Unfallbegriffs sind von dem Versicherungsnehmer nachzuweisen.

59. Erläutern Sie in Abgrenzung zu dem Unfallbegriff nach Ziffer 1.3 der AUB die erhöhte Kraftanstrengung.

Ein Unfall liegt gemäß Ziffer 1.4 AUB auch vor, wenn sich der Versicherte durch eine erhöhte Kraftanstrengung an den Gliedermaßen oder seiner Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt oder Muskeln, Sehnen, Kapseln oder Bänder an den Gliedmaßen oder der Wirbelsäule gezerrt oder zerrissen werden. Bei Menisken, Knochen und Bandscheiben handelt es sich um keine der aufgeführten Gewebearten, sodass bei deren Schädigung kein Versicherungsschutz über die Regelung der erhöhten Kraftanstrengung besteht. Es muss eine Bewegung vorliegen, für die ein Muskeleinsatz erforderlich ist, der über normale Alltagshandlungen hinausgeht. Grundlage für die Beurteilung dieses Muskeleinsatzes sind die individuellen körperlichen Verhältnisse des Versicherten. Durch die Regelungen in Ziffer 1.4 sollen dem Unfallbegriff nach Ziffer 1.3 gleichgestellte Ereignisse ebenfalls vom Versicherungsschutz erfasst werden.

60. Nennen Sie zwei Beispiele für eine versicherte erhöhte Kraftanstrengung nach den AUB.

- Durch den Antritt eines Sprinters reißt die Achillessehne.
- Beim Armdrücken verletzt sich ein Sportler an seiner Oberarmmuskulatur.

61. Was bedeuten die Begriffe „Summenversicherung“ und „Schadenversicherung“?

Die Summenversicherung agiert auf der Basis der abstrakten Bedarfsdeckung. Jeder Versicherungsnehmer bestimmt seinen individuellen Bedarf, indem er die Höhe der Versicherungssummen sowie die Leistungsarten eigenständig auswählt und auf seine Versorgungsbedürfnisse im Leistungsfall abstimmt. Einzelne Leistungsarten sind der Schadenversicherung zuzurechnen. Dabei wird die Leistungshöhe des VR durch den konkreten Schaden begrenzt.

62. Welche Leistungsarten sind in der privaten Unfallversicherung der Summenversicherung und welche der Schadenversicherung zuzuordnen?

Zur Schadenversicherung zählen die Leistungen bei kosmetischen Operationen sowie Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze.

Die Invaliditätsleistung, Unfallrente, Soforthilfe, Krankenhaustagegeld, Tagegeld und die Todesfalleistung sind der Summenversicherung zuzuordnen.

63. Wann besteht ein Anspruch auf die Invaliditätsleistung?

Leistungsvoraussetzung ist eine Invalidität der versicherten Person, die gemäß Ziffer 2.1.1.1 der Proximus AUB 2017 als dauerhafte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit definiert ist. Als dauerhaft wird eine Beeinträchtigung angesehen, die voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung dieses Zustands nicht zu erwarten ist.

64. Erläutern Sie die Fristen für den Eintritt, die Geltendmachung sowie die ärztliche Feststellung der Invalidität.

Gemäß Ziffer 2.1.1.2 der Proximus AUB 2017 muss die Invalidität innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall eingetreten sein und von einem Arzt schriftlich festgestellt werden. Des Weiteren muss die Invalidität nach Ziffer 2.1.1.3 der AUB innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall bei dem VR geltend gemacht werden.

Die Frist für den Invaliditätseintritt ist in der Praxis wenig bedeutsam, da bei rechtzeitiger ärztlicher Feststellung und Geltendmachung davon ausgegangen wird, dass die Invalidität auch rechtzeitig eingetreten ist.

Geltendmachung bedeutet, dass der Versicherungsnehmer dem VR dem Grunde nach mitteilt, dass von einer unfallbedingten Invalidität auszugehen ist.

Die ärztliche Feststellung der Invalidität ist die Beurteilung eines Arztes, ob ein körperlicher oder geistiger Schaden innerhalb der Frist für den Invaliditätseintritt entstanden ist, dieser in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfall steht, von Dauer ist und in welcher Form die Auswirkungen bestehen.

65. Unter welchen Umständen ist die Frist für die Geltendmachung der Invalidität ausnahmsweise entschuldbar?

Ein Fristversäumnis der Geltendmachung ist in Ausnahmefällen entschuldbar, sofern nachweisbar keine Möglichkeit bestand, die Leistung fristgerecht bei dem VR geltend zu machen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn der Anspruchsteller infolge schwerer Kopfverletzungen nicht in der Lage war, mit dem VR in Kontakt zu treten. Die Frist entfällt nicht bei einem entschuldbaren Versäumnis.

66. Welchen Zweck erfüllen Mehrleistungs- und Progressionsmodelle?

Die Invaliditätsleistung lässt sich in der Regel mit einer Progression oder Mehrleistung vereinbaren, wodurch sich die Versicherungsleistung bei höheren Invaliditätsgraden deutlich steigert.

Diese Absicherungsvarianten befriedigen den im Vergleich zu niedrigeren Invaliditätsgraden auch exponentiell steigenden Finanzbedarf, beispielsweise durch den behindertengerechten Umbau der Wohnung, bei schwerwiegenden dauerhaften Beeinträchtigungen. Sofern eine lineare Absicherung besteht, kann es zu Einzelfallkonstellationen kommen, welche den Finanzierungsbedarf nicht mehr auffangen.

67. Erläutern Sie die Vorinvalidität.

Eine Vorinvalidität besteht gemäß Ziffer 2.1.2.2.3 der AUB 2017, sofern betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 bemessen. Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

68. Berechnen Sie den Invaliditätsgrad bei einer unfallbedingten dauerhaften Beeinträchtigung eines Armes von 1/7. Wie hoch ist der Invaliditätsgrad, wenn eine Vorinvalidität an diesem Arm in Höhe von 1/10 vorliegt?

Dauerhafte Beeinträchtigung des Armes: $1/7$ von 70 % = 10 %

Vorinvalidität: $1/10$ von 70 % = 7 %

Unfallbedingter Invaliditätsgrad: $10\% - 7\% = 3\%$

69. Wie lange vom Unfalltag an gerechnet kann eine Neubemessung des Invaliditätsgrads verlangt werden?

Beide Vertragsparteien, sowohl der Versicherungsnehmer als auch der VR, sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen. Das Recht auf Neubemessung existiert längstens bis zu drei Jahre vom Unfalltag an gerechnet. Für Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres beträgt diese Frist fünf Jahre nach den Proximus AUB.

70. Erläutern Sie die Anspruchsvoraussetzungen für die Todesfalleistung.

Voraussetzung für die Leistung gemäß Ziffer 2.6.1 der Proximus AUB 2017 ist der unfallbedingte Tod der versicherten Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfall.

71. Erläutern Sie die Leistungsarten Krankenhaustagegeld und Tagegeld.

Das Krankenhaustagegeld soll Kosten, die während des stationären Aufenthalts entstehen, kompensieren. Die Versicherungssumme wird für jeden Tag der unfallbedingten und medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung, längstens für 2 Jahre, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt. Der Aufnahme- und Entlassungstag zählen jeweils als ein Tag. Alternativ wird auch eine Leistung bei ambulanten Operationen zur Verfügung gestellt, sofern der Versicherte für mindestens 7 Tage ununterbrochen und vollständig in der Berufsausübung beeinträchtigt war. In diesem Fall besteht ein Anspruch auf 7 Tage Krankenhaustagegeld.

Das Tagegeld dient der Kostenkompensation aufgrund unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit. Es wird gemäß Ziffer 2.4.1 der Proximus AUB 2017 fällig, sofern der Versicherte sich aufgrund eines versicherten Unfallereignisses in ärztlicher Behandlung befindet und er in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt ist. Die Höhe der Leistung ergibt sich aus der vertraglich vereinbarten Versicherungssumme in Kombination mit dem unfallbedingten Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Der VR leistet das Tagegeld maximal für einen Zeitraum von einem Jahr.

72. Warum wird das Tagegeld zum Teil mit sogenannten Karenzzeiten angeboten?

Grund dieser Regelung ist die Verminderung des subjektiven Risikos aufgrund der Betrugsmuster und der hohen Schadenfrequenzen.

73. Wann besteht ein Anspruch auf eine Soforthilfe nach den Proximus AUB?

Ein Anspruch auf die Soforthilfe besteht, sofern der Versicherte gemäß Ziffer 2.3.1 der Proximus AUB 2017 eine der aufgeführten Verletzungen erlitten hat (z. B. Beckenbruch, Schädelbasisbruch, Armbruch etc.).

Die Höhe der Soforthilfe errechnet sich gemäß Ziffer 2.3.2 der Proximus AUB 2017 aus den genannten Prozentsätzen sowie der vereinbarten Versicherungssumme. Bei mehreren Verletzungen erfolgt eine Addition der Beträge, wobei nicht mehr als 100 % berücksichtigt werden. Mehrere Verletzungen an einem Körperteil gelten als eine Verletzung, wobei sich die Höhe der Leistung in diesem Fall nach der eingetretenen Verletzung richtet, für die der höchste Prozentsatz vorgesehen ist.

74. Erläutern Sie die Anspruchsvoraussetzungen für kosmetische Operationen.

Kosten für kosmetische Operationen können gemäß Ziffer 2.7.1 der Proximus AUB bis zu der vereinbarten Versicherungssumme in Anspruch genommen werden, sofern die Behandlung dazu diente, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbilds zu beheben. Sie dienen der Absicherung von Kosten des Versicherten, die von der Krankenkasse/Krankenversicherung nicht übernommen werden, da sie medizinisch nicht notwendig sind.

Bei Zahnbehandlungen werden nur Schneide- und Eckzähne als zum äußeren Erscheinungsbild zugehörig gewertet. Es müssen natürlich Zähne betroffen sein. Die kosmetische Operation muss nach Abschluss der Heilbehandlung innerhalb von drei Jahren nach dem Unfallereignis durch einen Arzt erfolgen. Bei Kindern verlängert sich diese Frist bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres.

Ein Anspruch besteht nur, sofern Dritte, wie beispielsweise die Krankenkasse oder ein Haftpflichtversicherer, die Leistung abgelehnt haben oder nicht zur Kostenerstattung verpflichtet sind. Sofern dem Versicherten nach einer teilweisen Erstattung noch Restkosten verbleiben, werden diese ebenfalls nach Vorlage der Nachweise erstattet.

75. Erläutern Sie die Anspruchsvoraussetzungen für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze.

Die Leistungsart findet gemäß Ziffer 2.8.1.1 der AUB 2017 Anwendung, sofern der versicherten Person Kosten für die Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten oder im Rahmen eines ärztlich verordneten Krankentransports in das Krankenhaus oder eine Spezialklinik entstehen.

Kosten werden auch übernommen, sofern ein Unfall unmittelbar drohte oder aufgrund der Sachlage zu vermuten war.

Ein Anspruch besteht nur, wenn Dritte, wie beispielsweise die Krankenkasse oder ein Haftpflichtversicherer, die Leistung abgelehnt haben oder nicht zur Kostenerstattung verpflichtet sind. Sofern dem Versicherten nach einer teilweisen Erstattung noch Restkosten verbleiben, werden diese ebenfalls nach Vorlage der Nachweise erstattet.

76. Nennen Sie drei Leistungen, die im Rahmen der Besonderen Bedingungen für Hilfs- und Pflegeleistungen bei Proximus versichert sind, und erläutern Sie die Anspruchsvoraussetzungen.

Führt ein Unfall einer versicherten Person zu einer Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit und bedingt dies eine Hilfsbedürftigkeit bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens, werden im Rahmen der Besonderen Bedingungen Hilfs- und Pflegeleistungen in Deutschland durch von dem VR ausgewählte Dienstleister erbracht.

Erleidet die versicherte Person eine Oberschenkelhalsfraktur, wird ein Pauschalbetrag von 1.000 € erbracht, unabhängig von der Ursache. Auch eine durch Osteoporose bedingte Fraktur führt damit zu einem Leistungsanspruch.

Gemäß Ziffer 3 der BB sind folgende Leistungen versichert:

- Erstgespräch zur Feststellung der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit, der vorhandenen Ressourcen und der Ermittlung der zu erbringenden Leistungen und Termine.
- Menüservice
- Einkäufe und Besorgungen
- Begleitung bei Arzt- und Behördengängen
- Wohnungsreinigung
- Wäscheservice
- Hausnotruf
- Vermittlung von Pflegehilfsmitteln
- Vermittlung einer Tierbetreuung
- Gartenpflege, Kehrwochen- und Schneeräumdienst
- Grundpflege
- Pflegeberatung

Lebt die versicherte Person in häuslicher Gemeinschaft mit einem Ehe-, Lebenspartner oder Verwandten 1. Grades, der pflegebedürftig ist, und wurde ein Pflegegrad durch die soziale Pflegeversicherung anerkannt, werden die Leistungen auch für die jeweilige Person erbracht, wenn die versicherte Person diese gepflegt hat und aufgrund eines Unfalls dazu nicht mehr befähigt ist.

77. Erläutern Sie den Zweck der Mitwirkungsklausel.

Für das Zusammentreffen von Krankheiten oder Gebrechen mit den Unfallfolgen ist in den Musterbedingungen daher die Mitwirkungsklausel enthalten, die dem VR die Möglichkeit bietet, die unfallfremden von den unfallbedingten Folgen abzugrenzen.

78. Ab welcher Höhe ist ein Abzug von unfallfremden Krankheiten und Gebrechen möglich?

Wird der Mitwirkungsanteil mit einem Anteil von 25 % oder höher bemessen, erfolgt ein Abzug von unfallfremden Krankheiten und Gebrechen.

79. Grenzen Sie die Mitwirkungsklausel von der Vorinvalidität ab.

Während die Mitwirkung für alle vertraglich vereinbarten Leistungsarten gilt, bezieht sich die Vorinvalidität nur auf die Invaliditätsleistung. Es kann durchaus vorkommen, dass im Rahmen eines Leistungsfalles eine Vorinvalidität abgezogen wird und beispielsweise aufgrund der Mitwirkung eines Diabetes mellitus an den Unfallfolgen eine zusätzliche Minderung des Invaliditätsgrads über die Mitwirkungsklausel erfolgt. Beide Klauseln konkurrieren daher nicht miteinander und haben bedingungsrechtlich und ihrem Normzweck folgend ihre jeweilige Daseinsberechtigung.

80. Nennen Sie jeweils drei Ausschlussklauseln und erläutern Sie diese.

Nach Ziffer 5.1.1 der AUB sind fallen Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen und durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen, nicht unter den Versicherungsschutz. Dadurch sollen die erhöhte Unfallgefahr bei einer Bewusstseinsstörung, Schlaganfällen und Krampfanfällen sowie die schwerwiegenderen Verletzungsfolgen durch fehlende Abwehrbewegungen vom Versicherungsschutz ausgenommen werden.

Gemäß Ziffer 5.1.2 AUB sind Unfälle der versicherten Person durch vorsätzliche Ausführung einer Straftat aufgrund des erhöhten Risikos (z. B. durch Fluchtfahrten) ebenfalls vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Das aktive Kriegsrisiko wird in den Proximus-Bedingungen ebenfalls nicht vom Versicherungsschutz erfasst. Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurden, sind gemäß Ziffer 5.1.3 AUB nicht vom Versicherungsschutz erfasst, um keine unkalkulierbaren Großschadenrisiken zu decken.

81. Wer hat den Nachweis zu führen, dass ein Ausschluss vorliegt?

Der VR muss den Vollbeweis erbringen, dass ein Ausschluss im Sinne der AUB vorliegt.

82. Was ist ein sogenannter „Wiedereinschluss“ und welche Vertragspartei hat diesen zu beweisen?

Bei einigen Ausschlüssen existieren in der Klausel auch Wiedereinschlüsse. Bandscheibenschäden sind beispielsweise gemäß Ziffer 5.2.1 der AUB 2014 vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Versicherungsschutz besteht jedoch ausnahmsweise, sofern ein unter den Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache war, das heißt zu mehr als 50 % an der Gesundheitsschädigung mitwirkte. Für diesen Wiedereinschluss nach Abs. 2 ist der Versicherungsnehmer beweisbelastet. Es obliegt ihm, die überwiegende Verursachung eines Bandscheibenschadens durch ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 der AUB nachzuweisen.

83. Welche vertraglichen Obliegenheiten hat der Versicherungsnehmer nach Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen?

- Nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt, müssen der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und den VR unterrichten.
- Sämtliche Angaben, um die der VR bittet, sind wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich zu erteilen.
- Beauftragt der VR Ärzte zur Prüfung der Leistungspflicht, muss sich die versicherte Person von diesen untersuchen lassen.
- Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person müssen es dem VR ermöglichen, erforderliche Auskünfte von behandelnden Ärzten, anderen VR, Versicherungsträgern und Behörden zu erhalten. Dafür kann die versicherte Person die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, dem VR Auskünfte direkt zu erteilen oder die Auskünfte selbst einholen.
- Führt der Unfall zum Tod der versicherten Person, ist dies dem VR innerhalb von 48 Stunden zu melden. Sofern dies zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, ist dem VR das Recht einer Obduktion zu verschaffen.

84. Welche Konsequenzen hat ein Verstoß gegen die vertraglichen Obliegenheiten?

Für den Fall einer vorsätzlichen oder arglistigen Verletzung der in Ziffer 7 AUB 2017 genannten Obliegenheiten durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte, entfällt der Versicherungsschutz.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der VR berechtigt, die Versicherungsleistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Bei einer einfachen Obliegenheitsverletzung ergeben sich keine negativen Folgen für den Versicherungsnehmer. Der VR bleibt in diesem Fall in vollem Umfang leistungspflichtig.

Weist der Versicherungsnehmer nach, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Dies gilt auch im Fall des erfolgreichen Nachweises durch den Versicherungsnehmer, dass die Obliegenheitsverletzung weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.

85. Wann werden die Leistungen aus der privaten Unfallversicherung fällig?

Der VR muss gemäß Ziffer 9. 1 der AUB 2017 innerhalb eines Monats in Textform erklären, ob und in welchem Umfang er seine Leistungspflicht anerkennt. Bei der Invaliditätsleistung und Unfallrente beträgt die Frist drei Monate.

Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen.
- Bei Invaliditätsleistung und Unfallrente ist zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens erforderlich, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrads notwendig ist.

86. Wie werden die Leistungen aus der privaten Unfallversicherung besteuert?

Die Kapitaleistungen aus der Unfallversicherung sind steuerfrei. Der Ertragsanteil der Unfallrente ist allerdings, unabhängig davon, ob es sich um eine Einzelunfall- oder Gruppenunfallversicherung handelt, gemäß § 22 Nr. 1 Einkommenssteuergesetz (EStG) zu versteuern.

87. Welche Sanktionsmöglichkeiten stehen dem VR bei einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zur Verfügung?

Wird die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt, stehen dem VR in Abhängigkeit vom Verschulden gemäß Ziffer 13.2 der AUB 2017 folgende Optionen zur Sanktionierung offen:

- Rücktritt
- Vertragskündigung
- Vertragsänderung
- Anfechtung wegen arglistiger Täuschung

88. Erläutern Sie die Konsequenzen einer Anfechtung wegen arglistiger Täuschung in Bezug auf die Leistungspflicht des VR und die Prämienschuld.

Der VR ist leistungsfrei. Im Fall der Anfechtung steht ihm der Teil des Beitrags zu, der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Dadurch soll die arglistige Täuschung sanktioniert werden.

Kapitel 2 – Gestaltung von Geschäftsprozessen im Schaden- und Leistungsmanagement auch unter Berücksichtigung von Assistance-Leistungen

1. Nennen Sie die drei Komponenten, die ein Managed-Care-Modell vertraglich miteinander verknüpft.

Mit Managed Care erfolgt die vertragliche Verknüpfung der Komponenten Nachfrage (= Mitglied), Angebot (= Leistungserbringer) und Finanzierung (= Träger der Organisation).

2. Beschreiben Sie die negativen Folgen, die die kollektivvertragliche Versorgung für Ärzte bzw. Patienten birgt.

Der einzelne Arzt erhält nur „seinen“ vereinbarten Anteil an der Gesamtvergütung für die kollektivvertragliche Versorgung – im Wesentlichen fast unabhängig davon, ob er nur das Regelleistungsvolumen erbracht oder deutlich mehr geleistet hat, weil er besonders fleißig war oder besonders oft in Anspruch genommen wurde. Diese Budgetierung kann dazu führen, dass Ärzte nicht leistungsgerecht entlohnt werden oder gar in Kenntnis dieser Folgen Behandlungen verschieben oder auf das Notwendigste beschränken.

3. Nach Grenzen Sie die „integrierte Versorgung“, „medizinische Versorgungszentren“ und die „hausarztzentrierte Versorgung“ voneinander ab.

Integrierte Versorgung: Durch den Abschluss von Versorgungsverträgen mit einem regionalen Netz von Leistungserbringern soll für Versicherte mit bestimmten Krankheiten oder für schwere Akutfälle (z. B. Schlaganfall, Herzinfarkt) eine lückenlose Versorgungskette sowie eine bessere Koordination von Behandlungsabläufen erreicht werden.

Medizinische Versorgungszentren: Zielsetzung ist ebenso eine vernetzte Versorgung. Im Unterschied zur „integrierten Versorgung“, welche regional ausgerichtet ist, agiert das medizinische Versorgungszentrum unter einem Dach. Es sind fachübergreifend ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen mindestens zwei Ärzte als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind und oft Heilhilfsberufler oder eine Apotheke das Angebot ergänzen.

Hausarztzentrierte Versorgung: Durch die Einschreibung bei einem Hausarzt verpflichten sich die Versicherten, grundsätzlich diesen Hausarzt in Anspruch zu nehmen. Fachärztliche (oft teurere) Leistungen sind nur nach Überweisung des Hausarztes erlaubt. Der Hausarzt erhält somit die Funktion eines Lotsen („Gatekeeper“).

4. Erklären Sie die Entwicklung der Versicherer von „Payer zum Player“.

Hierunter wird der Umbruch vom reaktiven Leistungserstatter (Payer = Zahler) zum aktiven modernen Gesundheitsdienstleister (Player = Eingreifen/Mitspielen) verstanden. Wurden früher oft nur nachträglich die Rechnungen von Behandlungen geprüft und erstattet, besteht nun der Anspruch, den Versicherten bei der Vermeidung von Krankheiten zu unterstützen und Krankheiten sowie Behandlungen zu begleiten, um Qualität und Kosten während der Behandlung zu beeinflussen.

5. Nennen Sie jeweils drei Beispiele im Leistungsmanagement für die Arbeitsteilung nach Geschäftsprozessen und die Zerlegung in Teilprozesse.

Beispiele für die Arbeitsteilung nach Geschäftsvorfällen:

- Leistungsbearbeitung von Ansprüchen der ambulanten Behandlung
- Leistungsbearbeitung von Ansprüchen der stationären Behandlung
- Leistungsbearbeitung von Krankentagegeldansprüchen
- Leistungsbearbeitung von Ansprüchen zur Pflegeversicherung
- Leistungsbearbeitung von besonderen Tarifen (z. B. Basistarif)
- Betreuung von Kunden im Disease- oder Case-Management
- Leistungsbearbeitung von allgemeinen Anfragen (z. B. Kundendienst)

Beispiele für die Zerlegung in Teilprozesse:

- Aufbereitung der Eingangspost
- Erfassung von Daten
- Prüfung der Leistungsansprüche
- Freigabe der Auszahlung

6. Beschreiben Sie jeweils einen wesentlichen Vorteil für eine zentrale bzw. eine dezentrale (= regionale) Bearbeitung von Leistungsanträgen.

Eine zentrale Ausrichtung führt regelmäßig zu geringeren Bearbeitungskosten als eine dezentrale Ausrichtung, da Mitarbeiter und elektronische Datenverarbeitung wirtschaftlicher eingesetzt werden können. Eine Dezentralisierung hat den Vorteil, dass eine Verteilung der Leistungsbearbeitung auf viele bundesweite Standorte kundennäher ist und die regionalen Besonderheiten besser berücksichtigt werden können.

7. Begründen Sie, weshalb der Kundenwunsch einer schnellen, vollständigen und unbürokratischen Bearbeitung mit dem Ziel der Abwehr ungerechtfertigter Ansprüche kollidiert.

Um eine nachhaltige Beitragsstabilität zu erreichen muss der Versicherer ungerechtfertigte Ansprüche prüfen und ablehnen, da nicht jeder Inhalt eines Erstattungsanspruches versichert ist. Diese Tätigkeiten führen zu Leistungskürzungen, Leistungsablehnungen oder zumindest zu Verzögerungen in der Bearbeitung, wenn weitere Informationen oder Unterlagen vom Kunden angefordert werden. Insoweit erfolgt in diesen Fällen, wenn sich eine Bearbeitung verzögert oder wenn eine Ablehnung/Kürzung erfolgt, keine schnelle, unbürokratische und vollständige Erstattung.

8. Geben Sie Auskunft über die Vorteile der neuen Automatisierung in der Leistungsbearbeitung und nennen Sie die gewöhnlichen Teilprozesse der modernen Bearbeitungsweise.

Leistungsanträge werden durch die moderne Unterstützung der elektronischen Datenverarbeitung deutlich schneller und günstiger bearbeitet. Die neue Datenvielfalt, die vielen automatisierten Prüfungen und die skillbasierte Bearbeitung erlauben eine Optimierung in der Abwehr ungerechtfertigter Ansprüche und ein effizienteres Leistungs- und Schadenmanagement. Die Digitalisierung der Eingangspost führt auch zu einem besseren Service, weil eingereichte Leistungsanträge jederzeit, z. B. zu Auskunftszwecken, an den Bildschirmarbeitsplätzen einsehbar und reproduzierbar sind.

Scannen – Erkennen – Nacherfassen – Prüfen – Verteilen – Entscheiden – Freigeben

9. Begründen Sie die Aussage, dass das Versicherungsvertragsgesetz Dienstleistungen im Leistungsmanagement ausdrücklich fördert.

Für Dienstleistungen eines Versicherers im Schaden- und Leistungsmanagement, die dem Service oder der Beratung und Unterstützung des Versicherungsnehmers im Zusammenhang mit der Erbringung versicherter Leistungen dienen, können gemäß § 192,3 VVG Gegenstand einer Krankenversicherung sein.

Der Gesetzgeber fördert ausdrücklich den Weg zu einem modernen Gesundheitsdienstleister. Die junge Norm beinhaltet bedeutsame und bereits geläufige Dienstleistungen. Da der Wandel der privaten Krankenversicherer im Fluss und ausdrücklich von der Gesetzgebung gewünscht ist, kann es sich nur um eine exemplarische Aufzählung von Dienstleistungen handeln.

10. Erläutern Sie das Für und Wider, Rechnungsabbilder (sog. Images) zu akzeptieren, die der Kunde digital (z. B. per E-Mail-Anhang) einreicht.

Pro:

- Kundenerwartung wird erfüllt
- zeitgerechte moderne Kommunikationsmittel werden verwendet

Contra:

- Images in Folge von weniger hochwertigen Kundenscannern eignen sich oft nicht für automatisierte Bearbeitungen
- Originale eignen sich besser zur Betrugs-/Missbrauchsabwehr bzw. in der Prüfung von Doppel-/Mehrfachversicherungen

11. Erläutern Sie, warum Versicherer ihren Kunden allgemeine medizinische Informationen zur Verfügung stellen und das Internet ein bevorzugtes Informationsmedium ist.

Um als kompetenter Gesundheitsdienstleister wahrgenommen zu werden, nimmt die Bedeutung der Bereitstellung von allgemeinen Informationen mit medizinischen Themen zu. Neben dem Aspekt des Services soll der Versicherte durch entscheidungs- und selbstbehandlungsunterstützende Informationen dazu befähigt werden, mit medizinischen Dienstleistungen und Gütern als mündiger Patient vernünftig umzugehen. Bevorzugtes Kommunikationsmittel zum Abrufen von Informationen (= Demand-Management) ist inzwischen das Internet, weil dort kostengünstig, aktuell und sehr umfangreich Informationen jederzeit, leicht zugänglich und benutzerfreundlich (u. a. Suchfunktion/Download-Funktion) zur Verfügung gestellt werden können.

12. Geben Sie anhand von zwei Beispielen Auskunft über Qualitätsberichte von Leistungserbringern, die wegen gesetzlicher Verpflichtung erstellt und veröffentlicht werden müssen.

Krankenhäuser sind seit 2003 alle zwei Jahre verpflichtet, strukturierte Qualitätsberichte zu veröffentlichen, die im Inhalt und Umfang Vorgaben des gemeinsamen Bundesausschusses entsprechen müssen. Bei Pflegeheimen und -diensten erfolgen seit 2009 externe Qualitätsprüfungen durch die medizinischen Dienste der Krankenkassen bzw. durch den Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung. Nach dem SGB sind die Landesverbände der Pflegekassen zur Veröffentlichung der Ergebnisse verpflichtet wurden.

13. Beschreiben Sie die Unterstützung des Versicherers gegenüber dem Kunden, wenn dieser Rechnungen aufgrund von Abrechnungsmängeln des Arztes gekürzt hat.

Die Versicherer sind als Nebenleistungspflicht aus dem Versicherungsvertrag zur Hilfe verpflichtet. So hat ein Versicherer gegenüber dem Versicherungsnehmer Rechnungskürzungen oder Ablehnungen von Rechnungen ausführlich zu begründen. Als besonders guter Service wird von Versicherungsnehmern in Streitigkeiten mit Leistungserbringern gewürdigt, wenn der Versicherer nicht nur informativ unterstützt, sondern die Rechnung vollständig erstattet und nachträglich aus abgetretenem Recht die vom Versicherungsnehmer zu Unrecht gezahlte Beträge von einem Leistungserbringer zurückfordert.

14. Beschreiben Sie drei Funktionen, über die die elektronische Krankenversichertenkarte verfügen soll.

Zum Beispiel:

Versichertendaten: Wie mit den bisherigen Karten kann der Leistungserbringer die Gültigkeit des Krankenversicherungsnachweises prüfen sowie die Versichertendaten seines Patienten lesen und für die Abrechnung nutzen.

Elektronisches Rezept (eRezept): Bislang werden in Deutschland händisch oder per Computerdruck mehrere Hundert Millionen Papierrezepte jährlich von den Leistungserbringern ausgestellt, welche anschließend die Versicherten in den Apotheken einlösen. Mit Hilfe eines neuen Verfahrens soll der Leistungserbringer ein eRezept zukünftig in der Telematikumgebung abspeichern, wo es vom Apotheker mit der neuen Krankenversicherungskarte des Versicherten abgeholt und für die Abrechnung weiterverarbeitet werden kann.

Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC): Sofern die Karte von einer gesetzlichen Krankenversicherung ausgegeben wird, ist auf der Rückseite der Karte als Sichtausweis die Europäische Krankenversicherungskarte aufgebracht. So können sich Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung im Ausland ausweisen. In der privaten Krankenversicherung wird die Rückseite, wie bei der bisherigen Card für Privatversicherung, den stationären Versicherungsschutz ausweisen.

Notfalldaten: Die neue Karte soll die Möglichkeit für einen Notfalldatensatz bieten. Gemeinsam mit seinem Arzt kann der Versicherte einen Datensatz für die Karte erstellen, der Auskunft über Allergien, chronische Erkrankungen, operative Eingriffe und Arzneimittelunverträglichkeiten liefert. Auch soll auf der Karte die Speicherung der Entscheidung für oder gegen eine Organ- und Gewebespende erfolgen.

Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS): Die Karte soll den Versicherten ermöglichen, Ärzten wie Apothekern therapierelevante Daten zur eigenen Medikation bereitstellen zu können, damit diese hierauf aufbauend oder korrigierend eine sachgerechte Begleit- oder Weiterbehandlung vornehmen.

15. Unterscheiden Sie tariflich vereinbarte Assistance-Leistungen von allgemeinen Service-Leistungen eines Versicherers.

Im Unterschied zu allgemeinen (und alltäglichen) Service-Leistungen, die oft von Kunden erwartet werden und von den Versicherern aus Gründen der Kundenorientierung oder des Wettbewerbs – wenn auch regelmäßig freiwillig - erbracht werden, sind tariflich vereinbarte Assistance-Leistungen verbindlicher Bestandteil des Versicherungsschutzes. Insoweit sind diese in Art (z. B. Mahlzeitendiensten) und Höhe im Tarif beschrieben, in der Prämie kalkuliert und dauerhaft zu erfüllen.

16. Erläutern Sie allgemein die Begriffe „Case-Management“ und „Disease-Management“ und ordnen Sie jeweils zwei prägnante Ereignisse bzw. Krankheiten diesen Begriffen zu.

Case-Management ist die umfassende Betreuung des Versicherten mit schweren Erkrankungen im Zeitraum, in dem diese schwere Erkrankung besonders kosten- und behandlungsintensiv ist. Beispiele sind der Schlaganfall oder der Herzinfarkt.

Disease-Management ist die dauerhaft aktive Betreuung von Versicherten mit teuren chronischen Erkrankungen. Beispiele sind Diabetes mellitus, Asthma, koronare Herzkrankung.

17. Nennen Sie vier Tätigkeiten des Case-Managements, die sich bewährt und etabliert haben, um auf Qualität und Kosten einzuwirken.

Beispiele:

- die zeitnahe und sachkundige Auswahl und Organisation einer Fachklinik zur Erst-, zur Weiter- oder zur Anschlussheilbehandlung
- die Unterstützung in der Durchführung einer sachgerechten Rehabilitation
- die Vermittlung und die Organisation von Krankentransporten und Hilfsmitteln sowie die Hilfestellung zum notwendigen Umbau der Wohnung
- die sachgerechte Organisation eines nahtlosen Übergangs in die ambulante Folgebehandlung
- Unterstützung beim betrieblichen Eingliederungsmanagement und bei Arbeitsversuchen
- die Unterstützung in der Auswahl von geeigneten ambulanten Pflegediensten oder stationären Pflegeeinrichtungen
- die Koordination und Abstimmung mit weiteren Kostenträgern

18. Informieren Sie über den Begriff „Patientencompliance“ und begründen Sie die Auswirkungen auf die Leistungsausgaben von Chronikern.

Patientencompliance bezeichnet die Therapietreue des Versicherten, d. h. ob er sich an den Anweisungen, Ratschlägen etc. des Arztes hält oder diese missachtet. So verursacht ein chronisch kranker Versicherter, der zu einer hohen Patientencompliance und zu Lebensstiländerungen erfolgreich motiviert wird, deutlich weniger Behandlungskosten als ein Versicherter, der sich nur unregelmäßig behandeln lässt und darüber hinaus noch einen ungesunden Lebensstil pflegt. Dies ist vornehmlich darin begründet, dass der zuletzt genannte Chroniker häufiger und schwerer von Spätfolgen und von akuten Notfällen betroffen ist, die im Ergebnis oft ein Vielfaches der Kosten beanspruchen, die ein ärztlich gut betreuter Chroniker verursacht.

19. Stellen Sie dar, warum die erste Phase im Disease-Management oft sehr erfolgreich ist, aber die langjährige Begleitung eine besondere Herausforderung darstellt.

Einem Versicherten anfänglich zu einer verbesserten Patientencompliance bzw. zu Änderungen der Lebensgewohnheiten zu bewegen, gelingt oft, da die Anfangsphase durch eine enge Begleitung geprägt ist und sich daher erste Anfangserfolge schnell einstellen. Eine schwierige Phase im Disease-Management ist hingegen die Dauertherapie, weil sich der Versicherte aktiv und kompetent im Selbstmanagement an der Gesunderhaltung beteiligen soll. Oft ist es für einen Versicherten einfacher, ein definiertes Ziel zu erreichen, als es dauerhaft zu halten, auch weil die Kontaktintensität zwischen dem Patientenbegleiter und dem Versicherten in dieser Phase nicht mehr die Häufigkeit aus der Anfangsphase hat.

20. Erläutern Sie die besondere und persönliche Bedeutung von § 203 StGB für den Sachbearbeiter in der Leistungsbearbeitung.

Der Sachbearbeiter hat sehr sorgfältig darauf zu achten, dass besonders sensible Kundeninformationen (= sog. fremde Geheimnisse), wie sie eben insbesondere in der Leistungsbearbeitung (z. B. Diagnosen) vorliegen, ohne Einverständnis der versicherten Person nicht Dritten gegenüber offenbart werden. Eine Offenbarung kann gemäß § 203 StGB mit einer Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit einer Geldstrafe bestraft werden. Im Ergebnis dürfen diese Daten weder ungeschützt noch unberechtigterweise an Dritte herausgegeben werden.

Kapitel 3 – Durchführung von Controllingmaßnahmen im Schaden- und Leistungsbereich

Krankenversicherungen

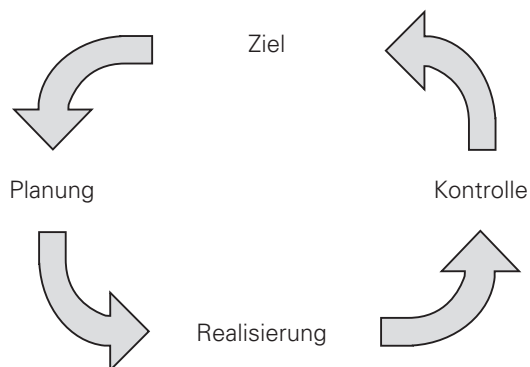
1. Erklären Sie die Aufgabe des Controllings und dessen Bedeutung für ein Unternehmen.

Controlling unterstützt das Management bzw. die Führungskraft in der Planung, Steuerung und Kontrolle des Unternehmen (bzw. des Unternehmensbereiches) mit den notwendigen Informationen. Ein Controlling informiert, ob im Gesamten die strategischen Unternehmensziele erreicht werden oder ob Plankorrekturen erforderlich sind. Ein funktionierendes Controlling ist daher eine wesentliche Triebfeder für die Unternehmensentwicklung, weil das Management zeitnah über Schwächen und Stärken im Unternehmen Kenntnis erlangt und immer kurzfristig erforderliche Entscheidungen zur Steuerung treffen kann.

2. Erläutern und unterscheiden Sie „strategische“ und „operative“ Ziele.

Strategische Ziele sind Ziele, die das Management als besonders wichtig definiert und entscheidet – angefangen von existenziellen Zielen, wie das Sicherstellen des langfristigen Bestehens des Unternehmens, über Sach- bzw. Leistungsziele (z. B. Produktionsmenge, Qualitätsansprüche) bis hin zu Formal- bzw. Erfolgszielen (z. B. Kostensenkung, Gewinnmaximierung). Diese regelmäßig langfristigen/nachhaltigen Unternehmensziele sind, sofern sie nicht Folge von gesetzlichen Vorschriften sind, immer Ausdruck einer unternehmerischen Philosophie, Vision sowie Tradition und positionieren ein Unternehmen im Wettbewerb. Operative Ziele ergeben sich aus der Operationalisierung der strategischen Ziele. Die vielen Maßnahmen, die gemeinsam zum Erfüllung der strategischen Ziele beitragen, sind jeweils mit eigenen Zielen zu versehen. Diese operativen Ziele sind regelmäßig kurz-/mittelfristig ausgelegt (z. B. Einführung einer neuen EDV, Entwicklung neuer Produkte).

3. Skizzieren Sie den kybernetischen Regelkreis.



4. Unterscheiden Sie zwischen der Umwelt- und Unternehmensanalyse und nennen Sie insgesamt fünf Informationsquellen.

Die Umweltanalyse ermittelt Chancen und Risiken, die der Markt bzw. die Wettbewerbssituation bietet. Im Gegensatz hierzu befasst sich die Unternehmensanalyse mit der internen Situation im Unternehmen und deren Reaktionen auf die Umwelt. Als Informationsquellen dienen bspw. Rechnungswesendaten, Schadenstatistiken, Ratings- und Rankings, Verbandsinformationen, Fachzeitschriften und Publikationen, Nachrichtendienste oder Reports aus den eingesetzten Controlling-Instrumenten.

5. Nennen Sie fünf strategische Controlling-Instrumente.

Zum Beispiel: Bilanzanalyse, SWOT-Analyse, Benchmarking, Target-Costing, GAP-Analyse, Produktlebenszykluskonzept, Bonson Consulting Group-Matrix, Mc Kinsey Portfolio, Six Sigma, Balanced Scorecard, Szenariotechnik

6. Erklären Sie in wenigen Worten das Benchmarking und die Prozesskostenrechnung.

Benchmarking: Hierunter verbirgt sich die vergleichende Analyse von Ergebnissen, Produkten oder Prozessen mit einem festgelegten Bezugswert oder Vergleichswert.

Prozesskostenrechnung: Mit der Prozesskostenrechnung werden die Kosten einzelner Prozesse transparenter gemacht. So werden Gemeinkosten nicht mehr einem Prozess als fester Zuschlag zugeordnet, sondern es erfolgt weitest möglich eine nachträgliche Zuordnung nach mengenmäßiger Beanspruchung.

7. Nennen Sie vier wichtige Inhalte des Leistungscontrollings.

Zum Beispiel: Controlling der Leistungsausgaben, der Prozesskosten, der Kundenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit, der Mitarbeiterqualität

8. Definieren Sie die Schadenquote und erläutern Sie, weshalb die Schadenquote allein wenig aussagekräftig i. S. eines Leistungscontrollings ist.

Die Schadenquote im Kennzahlenkatalog eines privaten Krankenversicherers gibt Auskunft, wie viel Prozent der Beiträge unmittelbar an den Kunden fließen. Von „außen“ betrachtet kann eine hohe Schadenquote einerseits ein negatives Indiz dafür sein, dass Beitragsanpassungen bevorstehen, weil die Beiträge nicht mehr auskömmlich sind, andererseits aber auch ein positives Indiz, dass eine besonders günstige Kostensituation vorliegt. Im „internen“ Leistungscontrolling kann die Schadenquote zwar als Zielwert Verwendung finden, sie ist jedoch aufgrund ihrer zu allgemeinen Aussagekraft zu unpräzise, um einen Krankenversicherer mit ihr zu steuern.

9. Geben Sie Auskunft, welche Gründe in der Krankenversicherung zu insgesamt höheren Leistungsausgaben für ein Kollektiv (= Bestand) führen.

Schadenfallbezogene Informationen sind z. B.:

- allgemeine Preisentwicklung für medizinische Leistungen
- steigende Lebenserwartung
- medizinisch technischer Fortschritt
- Risikostrukturänderungen (Zu-/Abgänge im Kollektiv)

10. Erläutern Sie verschiedene Möglichkeiten, wie die Kostenentwicklung der Schadenregulierung direkt oder behelfsweise abgeleitet werden kann.

Die Entwicklung der Schadenregulierungskosten kann als absolute Gesamtsumme, als prozentualer Anteil an den Beitragseinnahmen oder als Durchschnittskosten pro Versicherter verfolgt werden. Um eine höhere Transparenz über Teilprozesse zu erhalten, empfiehlt sich zusätzlich eine Prozesskostenrechnung. Jenseits dieser reinen Kostensicht kann die Produktivität der Mitarbeiter, der Technologiegrad oder die Fehlerhäufigkeit gemessen werden, da z. B. ein hoher Durchsatz an Regulierungen pro Mitarbeiter, eine gute Automatisierung bzw. Industrialisierung und wenige Bearbeitungsfehler, z. B. im Sinne eines Total-Quality-Managements, zwangsläufig zu geringeren Kosten und besseren Prozessen führen. Als Vergleichswerte eignen sich frühere Messungen im Sinne einer Zeitreihe oder Branchenwerte, wenn diese in gebotener Qualität vorliegen.

11. Erläutern Sie anhand von drei Beispielen, wie der Erfolg einer Multi-Channel-Fähigkeit gemessen werden kann.

Folgende Messungen geben über den Erfolg (= Zielerreichung) in der Multi-Channel-Fähigkeit Auskunft.

- Messung der telefonischen Erreichbarkeit
- Messung der Reaktionszeit auf Internetanfragen (inkl. E-Mail)
- Bearbeitungsqualität (z. B. Fallabschluss-Quote) am First-Level

12. Erläutern Sie, weshalb ein intensiveres Leistungsmanagement zwar das Ziel der Beitragsstabilität fördern kann, aber oft weitere Ziele im Leistungsmanagement negativ beeinflusst.

Wenn durch Kürzungen bzw. Ablehnungen ungerechtfertigte Ansprüche konsequent abgelehnt werden, senkt dies die Leistungsausgaben. Das Ziel Beitragsstabilität wird hierdurch gefördert. Ein intensives Leistungsmanagement hat aber oft zur Folge, dass negative Auswirkungen auf die Kundenzufriedenheit (= weiteres Ziel) und auf Schadenregulierungskosten (= weiteres Ziel) eintreten, da Kunden aufgrund von Ablehnungen bzw. Kürzungen und verlängerten Bearbeitungszeiten verärgert werden und mehr Mitarbeiter in der Schadenregulierung gebunden sind.

13. Was versteht man unter Predictive Analytics?

Unter Predictive Analytics versteht man die Analyse vergangener Daten unter Zuhilfenahme von externen Datenbeständen um Regelmäßigkeiten zu erkennen und zukünftige Entwicklungen vorhersagen zu können

14. Welche Möglichkeiten der im Zeitalter der digitalen Transformation immer wichtiger werdenden Analysemethoden findet immer häufiger Anwendung und was unterscheidet sie von den bisherigen Methoden?

Hierbei handelt es sich um ein wissenschaftliches Vorgehen, wobei Daten aus verschiedenen Datenquellen extrahiert und untersucht werden. Im Vordergrund stehen hierbei bekannte Daten eines Unternehmens / eines Fachbereiches. Ziel ist es Schlussfolgerungen aus den Daten zu ziehen, die in einem bestimmten Zusammenhang zueinander stehen. Im Gegensatz zu bisherigen Methoden, geht es hier im wesentlichen darum, die gewonnene Information zur Prozessanalyse und Prozessoptimierung zu verwenden und die eingesetzten internen Kontrollsysteme und die Gesamteffizienz des Unternehmens zu verbessern.

15. Beschreiben Sie eine Möglichkeit der Kundenzufriedenheitsmessung.

NPS (Net Promoter Score): Hierbei handelt es sich um eine standardisierte Methode, bei der an bestimmten Kontaktpunkten, z. B. im Zusammenhang mit einer Antragsprüfung oder Leistungsabrechnung das direkte Kundenfeedback in Echtzeitmessung erfragt wird. Die Kundenfeedbacks werden mithilfe von Scorewerten bewertet. Anhand dieser Scores kann das Unternehmen systematisch Maßnahmen zur Steigerung der Kundenzufriedenheit ableiten

16. Geben Sie Auskunft über die Smart-Methode zur Definition von Zielen.

Die Buchstaben in der SMART-Methode stehen für folgende Eigenschaften: Spezifisch, Messbar, Angemessen, Realistisch, Terminiert. Sofern in der Beschreibung der Ziele diese Eigenschaften ausreichend Berücksichtigung finden, sind diese erreichbar und können im Rahmen eines Controllings besonders valide geprüft und bewertet werden.

17. Erklären Sie in wenigen Worten die Balanced Scorecard (BSC).

Die BSC ist ein Konzept zur Messung, Dokumentation und Steuerung der Aktivitäten eines Unternehmens bzw. einer Organisation im Hinblick auf seine Vision und Strategie. Wie aus der deutschen Übersetzung („ausgewogenes Zielsystem“) ableitbar, liegt der Schwerpunkt im Handling von Zielen zueinander. Zentrales Element einer BSC ist, Kennzahlen über definierte Zustände zu erheben. Sie versucht hierbei, eine Verbindung zwischen der Strategie und den Unternehmenszielen sowie den abteilungs- und bereichsspezifischen Zielen und auch letztlich den Handlungen der Mitarbeiter herzustellen.

18. Nennen Sie die vier Perspektiven aus der klassischen BSC von Kaplan und Norton und ordnen Sie jeder Perspektive exemplarisch ein Ziel aus dem Leistungsmanagement zu.

Finanzperspektive: Zielbeispiel – Steigerung Leistungsausgaben < 2 %

Kundenperspektive: Zielbeispiel – Beschwerdequote < 0,05 %

Prozessperspektive: Zielbeispiel – Dunkelverarbeitungsquote von 10 %

Potenzialperspektive: Zielbeispiel – Verbesserung in der jährlichen MA-Befragung

Unfallversicherungen

19. Nennen Sie zwei mögliche strategische Unternehmensziele in Bezug auf die private Unfallversicherung.

- Steigerung der Anzahl der Neuverträge
- Reduktion der Schadennebenkosten

20. Nennen Sie zwei Aspekte, bei denen Benchmarking in der privaten Unfallversicherung angewendet werden kann.

Solche Vereinbarungen sind in den

- Schadenquote in %
- Kostenquote in %

21. Beschreiben Sie die Bedeutung der Unfallversicherung für die Versicherungswirtschaft.

Die private Unfallversicherung ist seit jeher eine der ertragreichsten Branchen in der Versicherungswirtschaft und daher strategisch von enormer Bedeutung. Gleichzeitig ist die Marktdurchdringung noch vergleichsweise gering, so dass auch für den Vertrieb große Möglichkeiten bestehen. Neue Produktkonzepte und Zielgruppenangebote orientieren sich immer wieder neu an veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und der Nachfrage der Kunden. Die Unfallversicherung ist mit von entscheidender Bedeutung für die finanzielle Solidität des einzelnen Versicherers.

22. Beschreiben Sie anhand von zwei Aspekten, inwiefern die Einführung von Produkterweiterungen mit neuen Leistungsmerkmalen trotz damit verbundener Kosten und Schadenausgaben sinnvoll sein kann.

- Durch Produkterweiterungen kann sich der einzelne Versicherer zumindest für einen gewissen Zeitraum von den übrigen Anbietern am Markt abheben und diesen Vorteil möglichst nutzen, um das Neugeschäft zu steigern und somit höhere Beitragseinnahmen zu generieren.
- Eine Produkterweiterung wie beispielsweise das Reha-Management kann zu einer deutlich erhöhten Kundenzufriedenheit und somit zu höherer Kundenbindung führen. Hierdurch werden Kündigungen und folglich der Verlust von Beitragseinnahmen vermieden. Darüber hinaus kann es in diesem speziellen Bereich auch zu verbesserten Heilergebnissen kommen, die sich dann wiederum in niedrigeren Invaliditätszahlungen ausdrücken. So werden die Kosten dann letztlich mindestens refinanziert.

23. Als Leiter der Schadenabteilung haben Sie den Auftrag erhalten, gemeinsam mit dem Controlling eine Senkung der Schadennebenkosten zu erzielen. Nennen Sie zwei Bereiche, in denen Sie ansetzen können.

- Kosten für ärztliche Gutachten im Zusammenhang mit Invaliditätsbewertungen
- Reduktion von Kosten durch Erprobung effizienterer und schnellerer Bearbeitungsabläufe

Kapitel 4 – Empfehlungen zur Schadenverhütung und Schadenminderung

1. Erläutern Sie die Begriffe „angebotsinduzierte Nachfrage“ und „Moral Hazard“ im Zusammenhang mit Versicherungsfällen in der Krankenversicherung.

Beide Sachverhalte führen zu höheren Behandlungskosten:

Angebotsinduzierte Nachfrage

Eine Heilbehandlung ist von einem hohen Maß an Informationsasymmetrie gekennzeichnet. Oft besitzt nur der Leistungserbringer das notwendige medizinische Wissen. Ob eine durchgeführte Diagnostik und Therapie medizinisch notwendig ist, kann der Patient meistens nicht beurteilen. Somit bestimmt der Leistungserbringer (= Anbieter) regelmäßig den Behandlungsumfang des Patienten (= Nachfrager). Leistungserbringer können dazu neigen, mehr Leistungen zu erbringen und abzurechnen als für die Erreichung des Behandlungserfolgs medizinisch notwendig ist. Hierbei werden das Vertrauen und die medizinischen Unkenntnisse der Patienten ausgenutzt, die diese Leistungen als medizinisch notwendig erachten und vorbehaltlos in Anspruch nehmen.

Moral Hazard

Moral Hazard ist die versicherungsinduzierte Verhaltensänderung des Versicherten. Da eine Kostenerstattung durch einen Krankenversicherer erfolgt, wird er sich im Krankheitsfall weniger kostenbewusst verhalten. Wie bei der anbieterinduzierten Nachfrage kann dies zu einer umfangreicheren, aber in Teilen nicht medizinisch notwendigen Versorgung führen.

2. Definieren Sie den Begriff Betrug und geben Sie zwei Beispiele aus der Krankenversicherung.

Betrug ist die Absicht, sich oder einem Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, das Vermögen eines anderen dadurch zu beschädigen, dass er durch Vorspiegelung falscher oder durch Entstellung oder Unterdrückung wahrer Tatsachen einen Irrtum erregt oder unterhält. Beispiele in der Krankenversicherung sind z. B. gefälschte Rechnungen oder die Verwendung einer fremden Versichertenkarte.

3. Beschreiben Sie jeweils den wesentlichen Inhalt der Medikalierungs- und der Kompressionsthese.

Medikalierungsthese: Durch zusätzliche Gesundheitsleistungen werden Lebensjahre hinzugewonnen. Diese werden allerdings in Krankheit und Pflege verbracht. Kompressionsthese: Eine steigende Lebenserwartung hat eine längere Gesundheit zu Folge. Krankheit und Pflege treten komprimiert vor dem Tod auf.

4. Geben Sie Auskunft über den Leistungsumfang für Vorsorgeuntersuchungen in der GKV und PKV.

Im Bereich Vorsorge bestimmt seit Jahren der gemeinsame Bundesausschuss den Leistungsumfang der GKV. Die Inhalte dieser sog. „gezielten Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen“ sind in Richtlinien niedergelegt und können bspw. im Internet (www.g-ba.de) eingesehen werden. Im Unterschied zur gesetzlichen Krankenversicherung sind die privaten Krankenversicherer in der Gestaltung des Versicherungsschutzes für Vorsorge deutlich freier. Nach den Musterbedingungen wird ein Versicherungsschutz nach gesetzlich eingeführten Programmen versprochen, sodass zumindest eine Analogie zur gesetzlichen Krankenversicherung hergestellt ist. Viele Tarife der privaten Krankenversicherer erlauben jedoch den Versicherten, weitere Vorsorgeleistungen in Anspruch zu nehmen.

5. Nennen Sie jeweils drei Maßnahmen, wie ein privater Krankenversicherer seine Versicherten zur eigenen Gesundheitsförderung motivieren bzw. einen Arbeitgeber in der betrieblichen Gesundheitsförderung unterstützen kann.

Beispiele zur Versichertenmotivation:

- Sensibilisierung zur Vorsorge und Gesundheitsempfehlungen durch gezielte Ansprache (z. B. regelmäßige Newsletter, Info-Briefe)
- Erinnerungen (sog. Reminder) oder gar Terminvereinbarungen zu Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen
- Vermittlung von Präventionsangeboten
- konkrete Unterstützung bei Lebensstiländerungen durch individuelles Gesundheitscoaching (z. B. gesunde Ernährung, Sport, Nikotinentzug)
- Benefit-Programme: Auf Basis von vertraglichen Vereinbarungen mit Kooperationspartnern aus dem Life-Style- und Gesundheitsbereich werden Kunden verschiedene Vergünstigungen gewährt.

Beispiele Arbeitgeberunterstützung (in Analogie der Versichertenmotivation):

- stetige Email-Information an die Arbeitnehmer
- Aufbau und Betrieb von unternehmenseigenen Internetseiten zum Thema Gesundheit
- Durchführung von Gesundheitstagen im Betrieb

6. Nennen Sie mindestens drei Beispiele, wie der PKV-Verband über moderne Medien und Kommunikationswege (insb. Internet) Öffentlichkeitsarbeit betreibt.

Beispiele:

- die Verbandszeitschrift PKV-Publik, der jährliche Rechenschaftsbericht, der jährliche Zahlenbericht usw. werden (auch) kostenlos als Download zur Verfügung gestellt.
- der PKV-Newsletter
- die eigenen PKV-Portale (z. B. www.pkv.de, www.derprivatpatient.de)
- Youtube (www.youtube.com/user/pkvverband)
- Twitter (https://twitter.com/pkv_verband)

7. Stellen Sie den Zweck und die Aufgaben von ZESAR dar.

Um die gesetzlichen Arzneimittelrabatte für die privaten Krankenversicherer und etwa ca. 11.000 Beihilfestellen bei den Pharmaunternehmen zu realisieren, wurde das Unternehmen ZESAR (Zentrale Stelle zur Abrechnung von Arzneimittelrabatten) gegründet. Über deren EDV-Plattform läuft die vollständige Kommunikation. Die VR bzw. Beihilfestellen melden die rabattfähigen Arzneimittel, ZESAR informiert die Pharmaunternehmen, realisiert die Rabatte und zahlt diese (abzüglich einer Bearbeitungsgebühr) an die VR aus.

8. Erläutern Sie die gemeinsame Eigenschaft, die den SANA-Kliniken und der MEDCOM eine besondere Stellung im Krankenhausmarkt bzw. im Markt der Abrechnungsstellen verleiht.

Eine besondere Stellung erreichen die SANA-Kliniken und die MEDCOM in ihren Geschäftsfeldern, da sie der PKV gehören. So sind bei den SANA-Kliniken die Gründungsmitglieder und Aktionäre ausschließlich private Krankenversicherer des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und die MEDCOM ist eine Tochter der MEDICPROOF.

9. Nennen Sie die beiden Präventionsbereiche bzw. jeweils hierzu eine Kampagne, die die PKV-Branche seit Jahren mit erheblichen Mitteln unterstützt.

Seit Jahren werden durch die PKV-Branche die Alkohol- und AIDS-Prävention besonders stark unterstützt. Dies betrifft z. B. beim Alkohol die Kampagne „Alkohol? Kenn Dein Limit!“ oder die AIDS-Kampagnen „Mach's mit“ oder „Gib AIDS keine Chance“.

10. Beschreiben Sie die Aufgabe der PKV-Abteilung „Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen“ und die Bedeutung dieser Aufgabe im Systemwettbewerb.

Der sog. PKV-Prüfdienst (= Verbandsabteilung „Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen“) prüft Pflegeeinrichtungen, um der gesetzlichen Festlegung der Qualitätssicherungen von Pflegeeinrichtungen nachzukommen. In der Praxis beauftragen die Landesverbände der Pflegekassen nach einem Zufallsverfahren den Prüfdienst der PKV mit 10 % der jährlich anfallenden Prüfungen der ambulanten, stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen.

Die PKV hat sich bewusst dafür entschieden, dieser Verpflichtung gesetzlicher Art durch eigenständige Prüfungen und mit eigenem Personal zu nachzukommen. Einerseits entspricht der Anteil von 10 % dem Anteil der Bevölkerung, den die PKV in der substitutiven Krankenversicherung repräsentiert, andererseits können im Wettbewerb mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) neue Akzente gesetzt und die Qualität in der Pflege insgesamt verbessert werden.

11. Erläutern Sie wesentliche Maßnahmen, die im Rahmen eines systematischen (professionalisierten) Versorgungsmanagements erforderlich sind.

Im Wesentlichen gilt es die Tätigkeiten im Aufbau und Ablauf in hoher Qualität zu systematisieren. So sind die Patientenprofile zu bestimmen, deren Behandlungspfade zu erarbeiten, die Patientenbegleiter aus- und weiterzubilden, Netzwerke von Leistungserbringern aufzubauen und die Abläufe in sog. Coaching- und Contentssystemen der elektronischen Datenverarbeitung zur schnellen und guten Unterstützung der Bearbeitung zu hinterlegen.

12. Erklären Sie den Begriff „Drug Utilization Review“ und der Bedeutung für einen Krankenversicherer.

Frei übersetzt ist das „Drug Utilization Review“ ein Monitoring über den Gebrauch und Verbrauch von Arzneimittel – insb. zur Identifikation von Kontraindikationen. Da der Versicherte oft nicht nur von einem Leistungserbringer behandelt wird und nicht immer ein vollständiger Austausch aller medizinisch notwendigen Informationen zwischen den Leistungserbringern gewährleistet ist, kann es zu einer nicht abgestimmten Arzneimittelversorgung mit ernststen Folgen für die Gesundheit kommen. Bei einem Drug Utilization Review gleicht der VR zur Erstattung vorgelegte Rezepte mit Informationen aus Arzneimitteldatenbanken ab. Über festgestellte Auffälligkeiten wird der Versicherte anschließend informiert.

13. Erläutern Sie, wie die Gesundheitsanalytik helfen kann, zukünftige Leistungsausgaben zu verringern.

Gesundheitsanalytik betrifft die Auswertung von gespeicherten Kundendaten zu Leistungsansprüchen im Gesundheitswesen. Diese Auswertungen können eine Prognose unterstützen, ob ein Versicherter zu bestimmten Krankheiten neigt oder ob sich eine bestehende Krankheitssituation verschlechtert. Der Abgleich mit Krankheitsprofilen oder Behandlungspfaden (z. B. nach Leitlinien der evidenzbasierten Medizin) können Wahrscheinlichkeiten sowohl für Fehl-, Unter- oder Überversorgungen als auch für künftige Langzeit-Arbeitsunfähigkeiten offenbaren.

In Folge der Ergebnisse der Gesundheitsanalytik kann ein Krankenversicherer prädiktiver (= vorsorglicher) als je zuvor auf zukünftige Behandlungskosten einwirken. Versicherte, die bestimmte Symptome oder Merkmale aufweisen, können zeitnah sensibilisiert und über sachgerechte Programme betreut werden.

Zugleich erlangen Krankenversicherer durch gesundheitsanalytische Bestandsauswertungen von Kundengruppen mit gleichen Krankheiten, aber unterschiedlichen Behandlungserfolgen wichtige Erkenntnisse zur Optimierung von Programmen im Versorgungsmanagement. Erfolgreiche Handlungen sind fortzuentwickeln, Fehlentwicklungen sind zu vermeiden.

14. Definieren Sie den Begriff „Telemedizin“.

Telemedizin bezeichnet die Diagnostik und Therapie unter Überbrückung einer räumlichen oder auch zeitlichen Distanz zwischen Leistungserbringer und Patient mittels Telekommunikation.

15. Geben Sie Auskunft, ob es einem Versicherer erlaubt ist, Bestandsversicherte mit freier Arztwahl zum Hausarztprinzip zu verpflichten oder Ärzten Behandlungsinhalte vorzuschreiben.

Nein. Ein Kunde, dessen Tarif die freie Arztwahl nicht einschränkt, kann nicht verpflichtet werden, zum Behandlungsbeginn immer einen Hausarzt statt eines Facharztes aufzusuchen. Auch einem Arzt kann der Versicherer keine Behandlungsinhalte vorschreiben, da Ärzten eine Therapie- und Verordnungsfreiheit gewährleistet ist.

16. Erläutern Sie, wie im Rahmen der Produktgestaltung oder Überschussverwendung die Teilnahme an Maßnahmen des Gesundheits-/Versorgungsmanagements gefördert werden kann.

Neue Tarife und deren Versicherungsbedingungen sind von der Produktentwicklung so zu gestalten, dass die Teilnahme an den Maßnahmen gefördert wird oder eine Nicht-Teilnahme sanktioniert werden kann. So können ein tariflicher Bonus (z. B. keine oder geringere Selbstbeteiligungen) oder ein tariflicher Malus (z. B. höhere Selbstbeteiligungen) zur Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen oder am Versorgungsmanagement, zu einem gesundheitsbewussten Lebensstil oder zu einer besseren Patientencompliance beitragen oder den Bezug von Generika fördern. Auch sind tarifliche Beschränkungen in der Auswahl der Leistungserbringer erlaubt, soweit eine medizinische Versorgung in der Praxis gewährleistet bleibt.

Jenseits der Kunden in neuen Tarifen muss verstärkt an die freiwillige Teilnahme appelliert werden. Als Anreiz wäre ebenfalls an einen Bonus zu denken. Möglicherweise bietet sich im Rahmen der Überschussverwendung die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung als Mittel der Wahl an. Orientiert sich diese heute noch vorrangig an der Leistungsfreiheit einer versicherten Person, könnten zukünftig Versicherte begünstigt werden, die ein bestimmtes gesundheitsförderndes Verhalten erfüllen.

17. Erläutern Sie, weshalb die Gebührenordnung für Ärzte Fehlanreize für Behandlungen bietet und welche Forderungen die Branche an eine Weiterentwicklung stellt.

Ärzten ist nach der GOÄ garantiert, dass für die Behandlung von privat Versicherten jede medizinisch notwendige Leistung „unbudgetiert“ im festgelegten Gebührenrahmen abgerechnet werden darf. Dies kann zu Fehlanreizen in der Behandlung führen, weil sich Mengenausweitungen oder Mehrfacharbeiten des Arztes zumindest immer finanziell lohnen, auch wenn die Versorgungsqualität hierdurch nicht merklich und nachhaltig verbessert wird.

In der Weiterentwicklung der Gebührenordnungen muss der Einfluss der privaten Krankenversicherer auf Qualität und der damit verbundenen Mengen und Preise von Behandlungen gestärkt werden. Dies umfasst Forderungen einer grundsätzlich fairen und transparenten Preisgestaltung sowie von sogenannten Öffnungsklauseln. Letztere würden es den privaten Krankenversicherern alleine oder im Verbund erlauben, im gegenseitigen Einvernehmen mit den Leistungserbringern direkt über Qualitätsstandards und Vergütungen zu verhandeln und dabei Vereinbarungen abweichend der Preise aus den Gebührenordnungen zu treffen.

18. Stellen Sie die Ziele von Öffnungsklauseln und gesetzlichen Verhandlungsmandaten dar.

Zielsetzung sind nicht hohe Preisnachlässe oder gar Preisdumpingbestrebungen, wie dies von der Leistungserbringerseite schon mal behauptet wird, sondern es soll durch eine leistungsgerechte Vergütung für eine gute medizinische Versorgung eine stets angemessene Preisentwicklung sowie eine nachhaltige Kostensituation in fairer Partnerschaft mit den Leistungserbringern erreicht werden. Der Leistungsvorteil der „Privatmedizin“ soll hierbei nicht gefährdet werden. Weiterhin wird die private Krankenversicherung für eine besondere Versorgungsqualität auf hohem Niveau und für die Förderung von medizinischen Innovationen eintreten – und das ohne Rationierung und Budgetierung.

19. Definieren Sie IDD und nennen Sie drei wesentliche daraus an den VR gerichtete Anforderungen.

Insurance Distribution Directive: Die Richtlinie löste die Richtlinie zur Versicherungsvermittlung (IMD-Insurance Mediation Directive) ab. Die IDD dient in erster Linie dazu, den Schutz der Verbraucher beim Erwerb von Versicherungsprodukten zu gewährleisten.

Drei wesentliche Anforderungen an den VR sind dabei

- Die Produktentwicklung ist zwingend auf die Bedürfnisse des Kunden abzustellen
- Zu jedem Produkt muss es ein umfassendes Produktinformationsblatt geben, das dem Kunden vor Abschluss des Vertrages ausgehändigt werden muss
- Die Bestandstarife des VR müssen in regelmäßigen Abständen überprüft werden und ggf. an Kundenbedürfnisse angepasst werden