

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

Frank Kalenborn
Jörg ter Schmitt
Martin Sommerreißer

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.

Dezember 2015



Vorbemerkung

Die zwei Fachwirtbände „Risikomanagement – Kranken- und Unfallversicherungen“ und „Schaden- und Leistungsmanagement – Kranken- und Unfallversicherungen“ enthalten 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 vieler Nachfragen veröffentlichen wir nun Lösungshinweise zu den Aufgaben zur Selbstüberprüfung. Sie enthalten keine zusätzlichen Informationen und dürfen auch 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 mit Nachdruck die Wahrnehmung dieser Bildungsangebote, für die das reine Selbststudium kein Ersatz sein kann.

Berufsbildungswerk der Deutschen Versicherungswirtschaft (BWV) e.V.

Inhaltsverzeichnis

RISIKOMANAGEMENT

Krankenversicherungen	1
Unfallversicherungen	3

SCHADEN- UND LEISTUNGSMANAGEMENT

Kapitel 1	Komplexe Schaden- und Leistungsfälle unter Berücksichtigung von Regressmöglichkeiten sowie Mit- und Rückversicherung	4
Kapitel 2	Geschäftsprozesse im Schaden- und Leistungsmanagement, Assistance-Leistungen	20
Kapitel 3	Durchführung von Controllingmaßnahmen im Schaden- und Leistungsbereich	28
Kapitel 4	Empfehlungen zur Schadenverhütung und Schadenminderung	33

RISIKOMANAGEMENT

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? Unterscheiden Sie das Sachleistungs- und das Kostenerstattungsprinzip.

Mit der Wissenserklärung werden die gefahrerheblichen Umstände im Antrag angegeben, die Grundlage für die Risikobewertung in der privaten Krankenversicherung sind.

3. Erläutern Sie den Begriff „morbidityorientierte Risikobewertung“.

Bei der morbiditätsorientierten Risikobewertungen werden die Krankheitshäufigkeit, und die Erkrankungswahrscheinlichkeit in die Risikobewertung miteinbezogen.

4. Was ist ein „Partialrisiko“?

Ein Partialrisiko kann aus einer Grunderkrankung entstehen. Zum Beispiel ist Diabetes ein Partialrisiko bei der Erkrankung Übergewicht.

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

- Antragsmodell
- Verzichts-/Policenmodell
- Druckstückmodell

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

Ergebnisse von Gentests dürfen grundsätzlich nicht zur negativen Risikoanalyse verwendet werden. Sollte ein diagnostischer Gentest eine Erkrankung bestätigen ist diese im Rahmen der Antragsfragen anzugeben

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

- Leistungsausschluss
 - Vorteil: Versicherer muss nicht leisten
 - Nachteil: Abgrenzbarkeit meist schwierig
- Riskozuschlag
 - Vorteil: Versicherungsschutz gegeben
 - Nachteil: höhere Kosten

8. Erläutern Sie zwei Vorteile eines maschinellen Risikoprüfsystems.

- Schnelligkeit: Durch eine maschinelle Risikobewertung fallen langwierige Arztanfragen weg.
- Automatische Bewertung von Partialrisiken: Durch eine statistische Bewertung können Partialrisiken mitbewertet werden.

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

Eine Befreiung von der gesetzlichen Versicherungspflicht wegen Arbeitslosigkeit ist nach § 8 SGB V möglich, wenn der PKV-Vertrag mind. 5 Jahre besteht und die Befreiung innerhalb von 3 Monaten ab Beginn der Versicherungspflicht erfolgt.

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

Fehlende individuelle risikogerechte Riskozuschläge werden durch Umlagen ausgeglichen (Risikoausgleich). Bei einem Tarifwechsel aus dem Basistarif auf Normaltarife kann eine Gesundheitsprüfung nur für die hinzukommenden Mehrleistungen erfolgen. Deshalb werden Riskozuschläge bereits beim Abschluss berechnet jedoch nicht aktiv gefordert – die Zuschläge kommen erst bei einem Tarifwechsel zum Tragen.

11. Nennen Sie den gesetzlichen Hintergrund für einen Mehrleistungsausschluss.

Bei einem Tarifwechsel mit Mehrleistungen kann der Versicherungsnehmer die Vereinbarung eines Riskozuschlages oder von Wartezeiten abwenden, wenn die Mehrleistungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen werden.

12. Erläutern Sie den Begriff Rezidivrisiko.

Ein Rezidivrisiko liegt vor, wenn eine Erkrankung wieder auftreten kann. Erkrankungen mit einem hohen Rezidivrisiko verursachen langfristig höhere Kosten.

Unfallversicherungen

1. Nennen Sie vier Risikomerkmale, die in der privaten Unfallversicherung bei der Risikoprüfung durch den Versicherer relevant sind.

- Beruf
- Alter
- Gesundheitszustand
- Hobbys

2. Beschreiben Sie die Möglichkeiten des Versicherers im Hinblick auf Vorerkrankungen sowohl bei der Antragsprüfung als auch im Leistungsfall.

Sind bei Antragstellung bereits Vorerkrankungen vorhanden, ist zu prüfen, ob diese für den Abschluss der Unfallversicherung relevant sind. Je nach Art der Vorerkrankung kann der Antrag entweder uneingeschränkt oder mit einer entsprechenden Klausel angenommen werden oder der Antrag wird vom Versicherer abgelehnt.

Im Leistungsfall ist der Versicherer berechtigt den Mitwirkungsanteil unfallfremder Krankheiten oder Gebrechen in Abzug zu bringen, sofern dieser Anteil mindestens 25 % beträgt.

3. Entscheiden Sie, ob es sich bei den nachfolgend aufgeführten Sachverhalten um eine Gefahrerhöhung im Rahmen der privaten Unfallversicherung handelt.

- a) **Ein als kaufmännischer Angestellter in Gefahrengruppe A Versicherter hilft am Wochenende ab und zu in der Werkstatt seines Schwagers aus, da er sich privat sehr für Autos interessiert.**
- b) **Ein Versicherter macht aus seinem bisherigen Hobby seinen Beruf und arbeitet nun als Artist in einem Zirkus.**

a)

Hier handelt es sich nicht um eine Gefahrerhöhung, da keine Änderung der Berufstätigkeit vorliegt.

b)

Hier handelt es sich um eine Gefahrerhöhung, da eine Änderung der Berufstätigkeit vorliegt. Hinzu kommt in diesem Fall, dass die Versicherer in der Regel keinen Versicherungsschutz für Artisten über die normale Unfallversicherung bieten. Der Vertrag müsste somit beendet werden.

SCHADEN- UND LEISTUNGSMANAGEMENT

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

Krankenversicherungen

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.

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

Behandlungsmaßnahmen müssen dem Gebiet der professionalisierten Heilkunde zurechenbar sein. Eine Heilbehandlung gilt dann als notwendig, wenn sie nach medizinischem 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 Behandlung einer Krankheit (z. B. erster Arztkontakt wegen Symptomen) und endet, wenn keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht. Bei längeren Unterbrechungen werden verschiedene Rechtsauffassungen vertreten. Eine stellt darauf ab, ob die einzelnen Behandlungen 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, Massagen) häufiger praktiziert als es medizinisch notwendig ist. Bei der Übermaßvergütung wird durch Leistungserbringer eine unangemessen hohe Vergütung verlangt (z. B. Wucherpreise).

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 Methoden 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 erfolgswirksame 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 2012, die der VN am 15.8.2013 eingereicht hat und die am 1.9.2013 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 selbst gewählten Beispiels den Eintritt eines leistungspflichtigen Versicherungsfalls in der Auslandsrankenversicherung.

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.

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

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

Als Präsenz- oder Vorortapotheken werden die gewöhnlichen Apotheken bezeichnet, die überall in Deutschland zu finden sind. Weitere Arten sind die Versand- und die Krankenhausapotheken. Versandapotheken verschicken Arzneimittel von einer zentralen Stelle bundesweit an ihre Kunden, soweit sich Arzneimittel hierfür eignen und ein Versand dieser Arzneimittel erlaubt ist. Krankenhausapotheken versorgen Patienten während und (oft übergangsweise) nach einer stationären Behandlung.

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-/Zwei-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. Stellen Sie dar, welche Vorteile für Versicherer und Kunden das BGH-Urteil aus dem Jahr 2000 zur Wahlleistung „gesonderte Unterkunft“ gebracht hat.

Die durchschnittlichen Zuschläge in Deutschland für das Ein- bzw. Zweibettzimmer konnten deutlich gesenkt werden. Trotz der allgemeinen Preisentwicklung waren die durchschnittlichen Zuschläge in 2012 immer noch geringer als die in 2000.

Die Kenntnis, dass die PKV die Qualität der Unterkunft fair würdigt, führte zu Verbesserungen der Unterkunftsleistungen der Krankenhäuser.

34. 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.

35. 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.

36. 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

37. 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.

38. 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.

39. 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

40. 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.

41. 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.

42. 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.

43. 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.

44. Begründen Sie die Rechtmäßigkeit einer Hausarzt Klausel, 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.

45. 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.

46. 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.

47. 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 SB-Stufen angeboten werden: 300, 600, 900 und 1.200 €.

48. 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.

49. 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.

50. 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.

51. 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

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

Tarif-Voraussetzungen für eine geförderte Pflegezusatz-Versicherung:

- kein Höchstaufnahmearter
- 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

53. Benennen 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.

54. 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.

55. 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.

Unfallversicherungen

56. Stellen Grenzen Sie die Mitteilungspflicht bei Berufsänderungen von den vertraglichen Obliegenheiten ab.

Bei der Mitteilung von Berufsänderungen handelt es sich um eine vertragliche Mitteilungspflicht. Das Versäumnis der Mitteilung allein führt dabei jedoch nie zum Verlust des Versicherungsschutzes -nur wenn der Versicherer für die neue Tätigkeit tariflich keinen Versicherungsschutz bietet, kann es zu einer rückwirkenden Aufhebung des Vertrages kommen.

Dagegen kann die Verletzung einer Obliegenheit unter bestimmten Voraussetzungen sehr wohl zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

57. Beschreiben Sie die Bedeutung der Unfallanzeige.

Die Unfallanzeige ist im Leistungsfall für den Versicherer eine elementare Unterlage, die in der Vielzahl der Fälle nahezu alle wesentlichen Informationen liefert. Auf Basis dessen kann der Sachbearbeiter über die weitere Vorgehensweise entscheiden.

58. Bis zu welcher Höhe übernimmt der VR die Kosten für ärztliche Bescheinigungen?

Die Regelungen zur Übernahme von Kosten für ärztliche Bescheinigungen sind bei den VR unterschiedlich geregelt. Oft werden die Kosten bei Krankenhaustagegeld und Tagegeld bis zu einem versicherten Tagessatz, bei der Übergangsleistung bis zu 1 % der VS und bei Invalidität bis zu 1 ‰ der VS übernommen. Die Proximus-AUB sehen eine Kostenübernahme bei ärztlichen Bescheinigungen von maximal 100 € je Leistungsart vor.

59. Erläutern Sie die Begriffe „Unfallereignis“ und „Unfallereignisfolge“.

Unter „Unfallereignis“ versteht man die plötzliche von außen kommende Einwirkung auf den Körper des Versicherten. Die unfreiwillige Gesundheitsschädigung stellt die „Unfallereignisfolge“ dar. Zusammen ergeben Unfallereignis und Unfallereignisfolge den Unfallbegriff gemäß AUB.

60. Begründen Sie, warum es sich bei der Regelung zur erhöhten Kraftanstrengung um eine Erweiterung des Unfallbegriffes handelt.

Bei der erhöhten Kraftanstrengung fehlt es immer an der Einwirkung von außen. Da somit ein Merkmal des Unfallbegriffes nicht erfüllt ist, aber dennoch Versicherungsschutz (weitere Voraussetzungen sind zu beachten) besteht, handelt es sich um eine Erweiterung des Unfallbegriffes.

61. Nennen Sie jeweils drei Risikoausschlussklauseln und ausgeschlossene Gesundheitsschädigungen.

Risikoausschlussklauseln

- Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen
- Unfälle bei der Ausübung oder dem Versuch von Straftaten
- Unfälle infolge von epileptischen Anfällen

Gesundheitsschädigungen

- Gesundheitsschädigungen durch Strahlen
- Infektionen
- Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen und Eingriffe

62. Erläutern Sie die Beweislast in Bezug auf den Eintritt des Versicherungsfalles und das Vorliegen eines Ausschlusses.

Beweispflichtig für das Vorliegen eines Versicherungsfalles ist der Versicherungsnehmer, während der Versicherer das Vorliegen eines Ausschlusses beweisen muss, um leistungsfrei zu werden.

63. Erläutern Sie die „15-Monats-Frist“.

Die 15-Monats-Frist stellt die absolute Anspruchsvoraussetzung für die Invaliditätsleistung dar.

Sie besagt, dass die Invalidität innerhalb der ersten 15 Monate nach dem Unfall dem Grunde nach eingetreten sein muss und innerhalb dieser Zeit auch ärztlich festgestellt und bescheinigt werden muss. Darüber hinaus ist der Anspruch beim VR geltend zu machen.

(Regelung nach Proximus-AUB)

64. Erläutern Sie, welche Bedeutung die Vereinbarung einer Progressionsstaffel in der Unfallversicherung hat.

Die Invaliditätsleistung der privaten Unfallversicherung soll bei schweren Unfällen einerseits Verdienstauffälle kompensieren und andererseits Kapital für notwendige Maßnahmen (Hausumbauten etc.) zur Verfügung stellen. Durch die Progression wird gewährleistet, dass bei ausreichend hoher Grundsumme eine ausreichend hohe Invaliditätsentschädigung bei hohen Invaliditätsgraden erfolgt.

65. Begründen Sie, warum in der Unfallversicherung eine ausreichend hohe Todesfallsumme vereinbart wird?

Eine Vorauszahlung auf die Invaliditätsleistung im ersten Unfalljahr ist, vor Abschluss des Heilverfahrens, nur bis zur Höhe der Todesfallsumme möglich. Um hier bei schweren Unfällen eine möglichst hohe Flexibilität zu gewährleisten, sollte eine entsprechende Todesfallsumme versichert werden.

66. Beschreiben Sie die Besonderheit beim Abzug des Mitwirkungsanteils bei der Invalidität.

Der Abzug eines Mitwirkungsanteils (ab 25 %) erfolgt bei der Berechnung der Invaliditätsleistung vom Invaliditätsgrad. Somit wird sichergestellt, dass die Mitwirkung nicht durch ein Progressionsmodell doch noch zu einer erhöhten Leistung führt.

67. Grenzen Sie das Krankenhaustagegeld vom Genesungs-Geld ab.

Das Krankenhaustagegeld wird für jeden Tag der unfallbedingten medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung gezahlt. Darüber hinaus sehen die Bedingungen unter bestimmten Voraussetzungen auch eine Leistung bei unfallbedingten ambulanten chirurgischen Operationen vor. Versichert sind alle vollstationären Aufenthalte innerhalb der ersten 2 Jahre nach dem Unfall.

Genesungsgeld wird für dieselbe Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die auch Krankenhaustagegeld gezahlt wird, jedoch maximal für 100 Tage. Der Anspruch auf Genesungsgeld entsteht erst mit Entlassung aus dem Krankenhaus. Verstirbt die versicherte Person also im Krankenhaus, haben die Hinterbliebenen nur Anspruch auf das Krankenhaustagegeld.

Genesungsgeld wird zwischenzeitlich bei vielen VR durch eine zusätzliche Krankenhaustagegeldzahlung ersetzt, z. B. einer Verdoppelung ab dem 4. Tag der vollstationären Behandlung.

68. Erläutern Sie, warum Leistungsarten wie zum Beispiel Bergungskosten und kosmetische Operationen eine Besonderheit in der privaten Unfallversicherung darstellen.

Zunächst handelt es sich bei diesen Leistungsarten um subsidiäre Leistungsarten, d.h. der Versicherer zahlt erst nachdem andere Versicherungsträger ihrer Leistungspflicht nachgekommen sind oder diese abgelehnt haben.

Zudem findet sich bei diesen Leistungsarten eine konkrete Bedarfsdeckung, da hier echte Kosten übernommen werden.

69. Unterscheiden Sie widerrufliches und unwiderrufliches Bezugsrecht.

Das widerrufliche Bezugsrecht kann jederzeit vor dem Leistungsfall mit einer schriftlichen Erklärung des Versicherungsnehmers geändert werden. Für den Bezugsberechtigten stellt die Verfügung somit bis zum Leistungsfall lediglich eine Anwartschaft auf die Leistung dar.

Beim unwiderruflichen Bezugsrecht ist eine Änderung nur mit Zustimmung des Bezugsberechtigten möglich. Er hat somit einen Rechtsanspruch auf die Leistung im Leistungsfall.

70. Welche Leistungsfälle gibt es in der gesetzlichen UV?

Der Deckungsumfang in der gesetzlichen Unfallversicherung umfasst Berufsunfälle, Wegeunfälle und anerkannte Berufskrankheiten.

Kapitel 2 – Geschäftsprozesse im Schaden- und Leistungsmanagement, Assistance-Leistungen

Krankenversicherungen

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. Die 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 Privatversicherte, 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 Herzerkrankung.

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.

Unfallversicherungen

21. Nennen Sie fünf Bereiche, nach denen in der Unfallanzeige gefragt wird.

- Unfallhergang
- Vorerkrankungen
- Behandelnde Ärzte und Krankenhäuser
- Unfalltag und -Uhrzeit
- Bestehen weiterer Unfallversicherungen

22. Beschreiben Sie den Begriff „abstrakte Bedarfsdeckung“.

Im Gegensatz zur Schadenversicherung gilt in der Summenversicherung das Prinzip der abstrakten Bedarfsdeckung. Dieses besagt, dass es keinen eindeutig definierten Versicherungswert gibt, sondern die Leistung über die individuell vereinbarte Versicherungssumme bestimmt wird.

23. Erläutern Sie die Familienvorsorgeversicherung.

In der Familienvorsorgeversicherung werden hinzukommende Angehörige des Versicherten (Kinder und Ehepartner) im bestehenden Vertrag beitragsfrei mitversichert. Somit besteht, insbesondere bei Kindern keine Versicherungslücke. Eine Mitteilung beim Versicherer führt zur Verlängerung des beitragsfreien Versicherungsschutzes und gibt dem Versicherer darüber hinaus die Möglichkeit, den Vertrag entsprechend umzugestalten.

24. Nennen Sie fünf typische Bestandteile von Assistance-Leistungen in der privaten Unfallversicherung.

- Menüservice
- Wäscheservice
- Begleitung bei Arztbesuchen
- Wohnungsreinigung
- Einrichtung Hausnotruf

25. Begründen Sie, warum Hilfs- und Pflegeleistungen insbesondere für Senioren eine wichtige Ergänzung des Versicherungsschutzes sind.

Gerade bei älteren Menschen dauert die Genesung nach einem Unfall oft deutlich länger. Somit ist eine unfallbedingte Hilfsbedürftigkeit häufiger gegeben. Gegebenenfalls wird dies noch durch altersbedingte Gebrechen verstärkt. Sind die Menschen zudem noch alleinstehend, stellen die Hilfs- und Pflegeleistungen einen enorm hohen Mehrwert im Leistungsfall dar.

Kapitel 3 – Durchführung von Controllingmaßnahmen im Schaden- und Leistungsmanagement

Krankenversicherungen

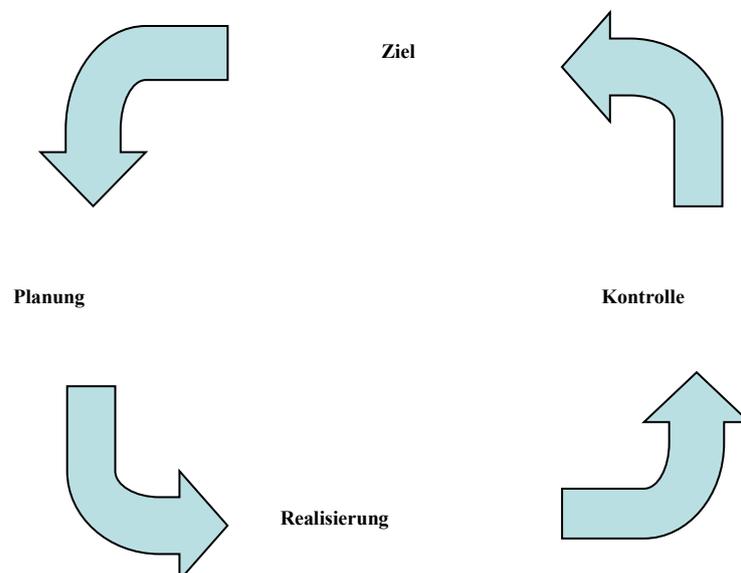
1. Erklären Sie die Aufgabe des Controllings und dessen Bedeutung für ein Unternehmen.

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. 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.

14. 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.

15. 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

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

- Steigerung der Anzahl der Neuverträge
- Reduktion der Schadennebenkosten

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

Solche Vereinbarungen sind in den

- Schadenquote in %
- Kostenquote in %

18. Sie 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.

19. 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.

20. 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

Krankenversicherungen

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 Medikalisierungs- und der Kompressionsthese.

Medikalisierungsthese: 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“ und begründen Sie, weshalb sich entsprechende Verfahren im Allgemeinen noch nicht als erstattungsfähige Leistungen in der GKV/PKV durchgesetzt haben.

Telemedizin bezeichnet die Diagnostik und Therapie unter Überbrückung einer räumlichen oder auch zeitlichen Distanz zwischen Leistungserbringer und Patient mittels Telekommunikation. Eine Vielzahl von medizinischen, technischen, rechtlichen (z. B. Datenschutz) und wirtschaftlichen (z. B. Kosten-Nutzen-Betrachtungen) Herausforderungen und auch subjektive Bedenken haben aber bislang einen Durchbruch in größerem Maße verhindert. In Folge haben sich telemedizinische Ansätze bislang weder im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung noch im Leistungsverhalten der privaten Krankenkassen durchgesetzt.

15. Erklären Sie den PKV-Gütesiegel „Partner der PKV – Qualität und Service“.

Die PKV bietet Leistungserbringern Vereinbarungen über Qualität und Service an. Im Falle so einer Vereinbarung gewährleistet der Leistungserbringer eine gehobene medizinische Versorgung und einen guten Service, stellt sich einer wiederkehrenden Überprüfung und wird hierfür mit dem werbewirksamen PKV-Gütesiegel („Partner der PKV – Qualität und Service“) ausgestattet. Die Auszeichnung mit diesem Siegel erzeugt unabhängig vom Versichertenstatus ein positives Signal auf alle Patienten des Leistungserbringers und führt in der Außenwirkung auch dazu, dass sich weitere privat Versicherte für diesen Leistungserbringer entscheiden.

16. 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.

17. 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 Patient compliance 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.

18. 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.

19. 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.

20. Begründen Sie, weshalb die Vereinbarung „Wahlleistung Unterkunft“ zwischen der PKV und der KHG ein gutes Beispiel dafür ist, dass – wider kartellrechtlicher Bedenken – die Versicherer gemeinsam als faire Partner gegenüber Leistungserbringern auftreten.

Ein Beispiel, dass private Krankenversicherer, dort wo sie dürfen, als faire Partner für Leistungserbringer und Versicherte auftreten und keine Marktmacht missbrauchen, ist mit den Vereinbarungen zur Wahlleistung Unterkunft erbracht worden. Mit der überwiegenden Anzahl von Krankenhäusern der Akutbehandlung wurden Vereinbarungen getroffen, die eine gute Qualität zu vernünftigen Preisen gewährleisten. Die bisherige Praxis zeigt, dass diese Vereinbarungen funktionieren, die Vertragspartner zufrieden sind und der Versicherte eine höhere Qualität in der Wahlleistung Unterkunft erlebt als früher.

Unfallversicherungen

21. Beschreiben Sie zwei Bereiche des täglichen Lebens, die im Bereich der Unfallprävention von Bedeutung sind.

- Vermeidung von häuslichen Unfällen von Senioren durch Analyse von Unfallursachen und deren Beseitigung durch geeignete Maßnahmen
- Erhöhung der technischen Sicherheit im Straßenverkehr, z.B. durch Ergebnisse aus Crash-Tests oder finanzielle Förderung von Fahrsicherheitstrainings

22. Nennen Sie zwei Beispiele, wie Unfallversicherer aktiv Prävention in bestehenden Unfallprodukten betreiben.

- Assistenzleistungen bei Auslandsaufenthalten
- Beratung und Förderung im Bereich Fitness und Wellness

23. Beschreiben Sie zwei Aspekte, die einen Verdacht auf Versicherungsbetrug hinlänglich begründen.

- Der Kunde meldet einen Versicherungsfall mit Amputation eines Fingers eine Woche nach Abschluss des Vertrages.
- im Verlauf der Bearbeitung erfolgt die Information, dass der Kunde mehrere Unfallversicherungen bei unterschiedlichen VR hat, die er weder im Antrag noch in der Unfallanzeige angegeben hat

24. Beschreiben Sie die Bedeutung der gesetzlichen Unfallversicherung in Bezug auf Unfallprävention.

In der gesetzlichen Unfallversicherung ist Unfallprävention ein wesentlicher Leistungsbestandteil. Daher gibt es in diesem Bereich eine Vielzahl von Maßnahmen und Vorschriften, die der Verhütung von Unfällen dienen. Da die private Unfallversicherung üblicherweise auch den beruflichen Bereich abdeckt, haben Erfolg und Misserfolg von Unfallverhütungsmaßnahmen der gesetzlichen Unfallversicherung auch direkten Einfluss auf die private Unfallversicherung.

25. Nennen Sie exemplarisch zwei Bereiche, auf die sich „Berufsgenossenschaftliche Vorschriften“ beziehen können.

- Sicherheitsvorschriften im Unternehmen
- Sicherheitsbeauftragte im Unternehmen