

# Weiterbildungsprüfungen der Industrie- und Handelskammern

**Prüfung:** Geprüfte/-r Versicherungsfachwirt/-in

**Themenbereich:** Private Kranken- und Pflegeversicherung  
(§ 6 Abs. 13)

**Lösungshinweise:** 23. April 2008

Hinweise für den Korrektor:

- Die folgenden Lösungen sind lediglich Lösungshinweise und keine Musterlösungen.
- Sie sollen nur den Rahmen der zu erwartenden Prüfungsleistung abstecken.
- Der Korrektor ist durch die hier aufgeführten Lösungshinweise in seinem Bewertungsspielraum nicht eingeengt.
- Bei Aufgaben, die eine Aufzählung von n-Fakten zur Lösung erfordern, werden nur die ersten n-Fakten gewertet. Alle darüber hinausgehenden Aufzählungen werden gestrichen.
- Bei Berechnungen sollen Folgefehler berücksichtigt werden und somit nicht zum Punktabzug führen.

Die Vervielfältigung, Verbreitung oder öffentliche Wiedergabe der Publikation [der Prüfungssätze] ist nicht gestattet (§§ 53, 54 UrhG) und strafbar (§ 106 UrhG). Im Fall der Zuwiderhandlung wird Strafantrag gestellt.

Der leichten Lesbarkeit wegen geben wir in den Aufgaben/Texten der männlichen Form den Vorzug. Mit diesem einfacheren sprachlichen Ausdruck sind selbstverständlich immer Männer und Frauen gemeint.

Die Aufgaben mit Lösungsvorschlägen können von den Industrie- und Handelskammern oder Dritten nach einer Frist von sechs Monaten direkt bestellt werden bei:

W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG, Service-Center DIHK,  
Postfach 10 06 33, 33506 Bielefeld  
Tel.: 0521/91101-16, Fax: 0521/91101-19, E-Mail: service@wbv.de

IHK ■ Die Weiterbildung

### Aufgabe 3

Als Mitarbeiter im Kundenservicecenter der Proximus-Krankenversicherungs AG erhalten Sie von Ihrem Abteilungsleiter den Auftrag, Argumente zusammenzustellen, die es den Kollegen in Ihrem Kundenservicecenter ermöglichen, die vertraglich vereinbarten bedingungsgemäßen Leistungseinschränkungen besser „verkaufen“ zu können.

- a) Argumentieren Sie Sinn und Zweck der vertraglich vereinbarten bedingungsgemäßen Leistungseinschränkungen und deren positive Auswirkungen für die/den Versicherten im Allgemeinen. (8 Punkte)

Darüber hinaus konkretisieren Sie jeweils Ihre Argumentation bezogen auf Sinn und Zweck der folgenden zwei konkreten Leistungseinschränkungen:

- b) „Ausgeschlossene Leistungserbringer“ nach § 5 I 1 c) AVB (6 Punkte)
- c) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen der Gesetzlichen Rentenversicherung nach § 5 I 1 f) AVB (6 Punkte)

#### Lösungshinweise Aufgabe 3

**20 Punkte**

(Lz./Tax.: 68/3)

- a) Leistungsausschlüsse werden dazu verwendet, um das versicherte Risiko in den Bereichen einzugrenzen, in denen es
- aus versicherungsmathematischer Sicht sehr schwer (oder gar nicht) kalkulierbar ist, sei es hinsichtlich des objektiven Risikos (z. B. Kriegsereignisse) oder sei es hinsichtlich des subjektiven Risikos (z. B. Verwandtenbehandlung).
  - durch gesetzliche Regelungen bereits anderweitig abgesichert ist (z. B. WDB).
  - aus Gründen der Vereinfachung von Geschäftsprozessen sinnvoll/angezeigt ist (Kurortklausel).

**(5 Punkte)**

Die Summe der in § 5 MB/KK enthaltenen Leistungseinschränkungen ermöglichen es daher erst, einen Versicherungsschutz gegen einen für den Einzelnen bezahlbaren und für das Unternehmen wettbewerbsfähigen Beitrag anzubieten. Jeder einzelne Leistungsausschluss reduziert den für den Versicherungsschutz zu kalkulierenden und damit vom Versicherungsnehmer zu zahlenden Beitrag.

**(3 Punkte)**

- b) Sinn und Zweck dieser Regelung besteht darin,
- besonders schwere Störungen des Vertrauensverhältnisses zwischen Versicherungsnehmer und Versicherer abstellen zu können, wie sie durch Fehlverhalten von einzelnen Leistungserbringern verursacht werden.
  - die für das Kollektiv der Versicherten entstehenden Aufwendungen, die durch dauerndes Fehlverhalten einzelner Leistungserbringer verursacht werden, verhindern zu können.
  - Wird die Inanspruchnahme eines ausgeschlossenen Leistungserbringers bekannt, muss umgehend reagiert werden. Der VN/HV ist mit Hinweis auf die AVB über den Ausschluss der Rechnung des Leistungserbringers/der Krankenanstalt von der Erstattung zu unterrichten. Die schriftliche Benachrichtigung ist wichtig, weil damit auch die Dauer des begrenzten Leistungsanspruches bei der „Übergangsregelung“ eingeleitet wird.

**(6 Punkte)**

- c) Sinn und Zweck dieser Regelung besteht darin, die Versichertengemeinschaft vor ungerechtfertigten Ansprüchen einzelner versicherter Personen zu schützen, die sich so einen einseitigen – weil im Einzelfall ohne konkret nachweisbare Gegenleistung forderbare Geldleistung – Vermögensvorteil verschaffen könnten. Kein Kostenrisiko, da als Kostenträger die Deutsche Rentenversicherung vorhanden ist. **(6 Punkte)**
- b) – Der Unfall ereignete sich in Italien, also im Ausland; dies hat Einfluss auf die Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung; die Leistungen gibt es nur bei Pflegegeld (EU-Urteil; Widerspruch zu Proximus). **(3 Punkte)**
- Die Wartezeit beträgt fünf Jahre, deshalb Leistungen ab dem 1. August 2007. **(2 Punkte)**
- Die Leistungshöhe ist abhängig von der Pflegestufe, die durch den medizinischen Dienst festgestellt werden muss. **(2 Punkte)**

## Aufgabe 5

Herr M. Uster ist bei Ihrem Unternehmen seit Jahren mit einer Krankheitskostenvollversicherung privat krankenversichert. In einem Zeitungsartikel hat er etwas über steigende Beiträge der Privaten Krankenversicherungen im Alter gelesen. Dort wurde die Behauptung aufgestellt: „Jung angelockt! Alt abgezockt!“

- a) Erläutern Sie stichpunktartig die Mechanismen der Beitragskalkulation in der privaten Krankenversicherung, die gegen diese Behauptung sprechen. **(5 Punkte)**
- b) Beschreiben Sie, warum die Beiträge in der privaten Krankenversicherung bei älteren Versicherten stärker als bei jüngeren steigen. **(5 Punkte)**
- c) Nennen und erklären Sie Herrn Uster zwei Reaktionen der privaten Krankenversicherung auf die überproportional steigenden Beiträge. **(10 Punkte)**

### Lösungshinweise Aufgabe 5

(Lz./Tax.: 51/4)

**20 Punkte**

- a) Die überdurchschnittlich wachsende Beitragsbelastung älterer Versicherter liegt an dem Prinzip der Kalkulation der privaten Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung – also der Kapitaldeckung.

Kapitaldeckung bedeutet hier: Aus einem Teil der Beiträge wird für die Versicherten zunächst eine „Altersrückstellung“ aufgebaut. Diese soll später, vermehrt um die Zinserträge, helfen, altersbedingt steigende Versicherungsleistungen zu decken. Der Durchschnittsversicherte finanziert also seinen Vertrag aus zunächst zu hohen, später zu niedrigen Prämien selbst.

Lebenslange Beitragskonstanz setzt jedoch Konstanz der Kalkulationselemente voraus. Daran hapert es aber, denn die Krankheitskosten steigen im Trend aus Gründen, die mit dem Alter der Versicherten nichts zu tun haben.

Außerdem wird die vorhandene Alterungsrückstellung systematisch aufgestockt. Im VAG wird festgeschrieben, dass der Versicherer in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskostenversicherung der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge entsprechend eines genau festgelegten Schlüssels jährlich direkt gutzuschreiben hat. 90 % der überrechnungsmäßigen Zinsen kommen direkt den Alterungsrückstellungen der Versicherten zugute.

Zusätzlich gibt es den 10%igen gesetzlichen Zuschlag, der ab dem 65. Lebensjahr zur Reduzierung von Beitragsanpassungen verwandt werden soll.

**(5 Punkte)**

- b) In der privaten Krankenversicherung hat ein Gleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben zu herrschen.

Auf der einen Seite steht der Ausgabenbarwert für alle entstehenden Leistungen und auf der anderen Seite der Einnahmenbarwert für alle ausstehenden Beiträge zuzüglich der Alterungsrückstellungen.

Erhöht sich nun der Ausgabenbarwert aufgrund von medizinischen Fortschritten, größerer Krankheitsrate oder aufgrund inflationärer Entwicklung, steigt der Ausgabenbarwert (beispielsweise um 20 %), entsteht eine Deckungslücke.

Erhöht man nun den Einnahmenbarwert ebenfalls um 20 %, ergibt sich für das Neugeschäft wieder eine ausgeglichene Situation.

Für den Bestand verbleibt eine Deckungslücke, denn ein Teil der Einnahmen war die angesammelte Alterungsrückstellung, die sich nicht ohne Weiteres erhöht.

Betrachtet man nun die älteren Versicherten, so stellt man fest, dass hier schon ein Anteil zur Deckung der Schäden den Alterungsrückstellungen entnommen wird. Da diese Entnahme nun eher oder umfassender als geplant passiert, wird die Alterungsrückstellung vorzeitig aufgebraucht. Es entsteht ein Fehlbetrag. Außerdem kann dieser „fehlende“ Anteil nicht mehr verzinst werden, da er ja bereits voll zur Deckung der tatsächlichen Schäden genutzt werden musste. Es müssen demnach auch die geplanten Zinsgewinne durch die Beitragsanpassung ausgeglichen werden (bei den älteren Versicherten).

**(5 Punkte)**

- c) Es gibt verschiedene Möglichkeiten, diese Problematik in den Griff zu bekommen.

– Einmalbeiträge aus den Überschüssen der Versicherung können bei Beitragsanpassungen den Versicherten zur Verfügung gestellt werden und füllen direkt die bestehende Alterungsrückstellung auf. Allerdings ist dies mit einem sehr hohen Aufwand verbunden.

– Umwandlung der Beitragsrückerstattung für z. B. schadenfreie Jahre in einem Einmalbetrag und als zusätzliche Zuschreibung für die Alterungsrückstellung: Auch dieser Aspekt füllt die Alterungsrückstellung zusätzlich auf und wirkt ab Alter 65.

– Die Veränderung der Überschusszuweisung wie im VAG festgelegt: Die Alterungsrückstellungen werden von vornherein höher dotiert. Es müssen Jahr für Jahr Teile des über 3,5 % hinausgehenden Zinses zur zusätzlichen Erhöhung der Alterungsrückstellung benutzt werden. Auch diese Maßnahme füllt entsprechend auf.

– Beitragsentlastungstarif: Mit diesem Tarif kann man durch eine bestimmte Zuzahlung im Monat zusätzliche Rückstellungen bilden und sie dann ab 65 nutzen, um Beitragsanpassungen zu mildern bzw. die Beiträge zu senken.

– Gesetzlicher Zuschlag: von der Bundesregierung ab dem Jahr 2000 bei Neuabschlüssen vorgeschrieben: Der Zuschlag in Höhe von 10 % auf die Krankenversicherungsprämie berechnet wird bis 60 erhoben. Ab 65 wird das verzinslich angesammelte Geld zur Minderung von Beitragsanpassungen oder zu Beitragsreduzierungen (ab 80) verwandt.

– Wechsel in den Standardtarif: Der Versicherte kann entsprechend der Zugehörigkeit zur privaten Krankenversicherung und bei Erreichen eines bestimmten Alters in den Standardtarif wechseln. Der Vorteil wäre die Höchstbeitragsgarantie.

**(10 Punkte)**