

Kranken- und Unfallversicherungen

Lösungshinweise für die Aufgaben zur Selbstüberprüfung

Fach- und Führungskompetenz für die Assekuranz

3., aktualisierte Auflage

Geprüfter Fachwirt für Versicherungen
und Finanzen

Geprüfte Fachwirtin für Versicherungen
und Finanzen

Volker Dicke
Ilona Härle
Dirk Lullies
Kurt Saidole
Darius Santowski
Jörg ter Schmitten
Martin Sommerreißer

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.

3., aktualisierte Auflage

Januar 2019

Vorbemerkung

Die Fachwirliteratur „Kranken- und Unfallversicherungen“ enthält am Ende jedes Kapitels „Aufgaben zur Selbstüberprüfung“. Sie sollen den Lernenden einen Anreiz geben, sich zur Vertiefung der Lerninhalte Antworten auf zentrale Fragestellungen eines Kapitels selbstständig zu erarbeiten.

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

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

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

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

Berufsbildungswerk der Deutschen Versicherungswirtschaft (BWV) e. V.

Inhaltsverzeichnis

Teil I: Krankenversicherung

Kapitel 1: Ergebnisse von Marketingmaßnahmen im Prozess der Produktentwicklung	1
Kapitel 2: Kriterien der Produktgestaltung unter Berücksichtigung von rechtlichen und kalkulatorischen Rahmenbedingungen	3
Kapitel 3: Regeln der Annahmepolitik im Hinblick auf die betriebswirtschaftlichen und vertrieblichen Auswirkungen	10

Teil II: Unfallversicherung

Kapitel 1: Ergebnisse von Marketingmaßnahmen im Prozess der Produktentwicklung	13
Kapitel 2: Kriterien der Produktgestaltung unter Berücksichtigung von rechtlichen und kalkulatorischen Rahmenbedingungen	15
Kapitel 3: Regeln der Annahmepolitik im Hinblick auf die betriebswirtschaftlichen und vertrieblichen Auswirkungen	22

Teil III: Kranken- und Unfallversicherung

Kapitel 4: Auswirkungen der Entwicklung neuer Produkte auf die betrieblichen Kernprozesse	24
Kapitel 5: Prozess der Markteinführung neuer Produkte, Mechanismen der Steuerung und des Controllings bei der Einführung neuer Produkte	28

Teil I Krankenversicherung

Kapitel 1 – Ergebnisse von Marketingmaßnahmen im Prozess der Produktentwicklung

1. Erklären Sie das duale Krankenversicherungssystem aus Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung.

PKV: Personen, die sich in der PKV versichern können, sind beispielsweise Selbstständige, Beamte oder diejenigen Arbeitnehmer mit Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze.

GKV: Personen, die in der GKV versicherungspflichtig sind, sind z. B. Arbeitnehmer mit Einkommen unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze und Landwirte. Ein Teil der Versicherten der GKV ist in der Familienversicherung beitragsfrei mitversichert.

2. Unterscheiden Sie das Sachleistungs- und das Kostenerstattungsprinzip.

In der GKV herrscht das Sachleistungsprinzip vor, d. h., der Versicherte kann eine gesetzlich festgelegte Leistung in Anspruch nehmen, ohne dafür eine Rechnung zu erhalten. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung des Bundeslandes.

In der PKV kommt das Kostenerstattungsprinzip zum Tragen. Der Versicherte wird gegenüber dem Leistungserbringer zahlungspflichtig. Er erhält von seiner PKV die vertraglich vereinbarten Leistungen für die Behandlungskosten erstattet.

3. Erläutern Sie das Wesen des Gesundheitsfonds.

Die Einführung des Gesundheitsfonds in der GKV hat dazu geführt, dass alle Beitragszahler seit dem 01.01.2009 bundesweit den gleichen Beitragssatz entrichten müssen, der derzeit 14,6 % beträgt. Hiervon trägt der Arbeitgeber 7,3 %, der Arbeitnehmer 7,3 %. Zusammen mit den Steuermitteln, die der Staat zur Verfügung stellt, fließen die Beiträge in den Gesundheitsfonds, von wo aus sie an die Krankenkassen verteilt werden.

Pro versicherter Person erhält jede Krankenkasse einen Pauschalbetrag, der sich je nach Geschlecht, Alter und bestimmten Krankheiten des Versicherten erhöhen kann.

Für den Fall, dass eine Krankenkasse mit den ihr zugewiesenen Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommt, ist sie dazu berechtigt, einen prozentualen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern zu verlangen. Evtl. erhält der Versicherte im Rahmen eines Sozialausgleichs Teile des Zusatzbeitrags zurück. Ab dem 01.01.2019 wird auch dieser Beitragsteil paritätisch von Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen.

4. Erläutern Sie die Portabilität von Alterungsrückstellungen.

Die Altersrückstellung in der PKV ist ein Teil des Versicherungsbeitrags, der u. a. auf dem Kapitalmarkt angelegt wird, um Beitragssteigerungen im Alter zu mildern. Denn die Versicherten benötigen im fortgeschrittenen Lebensalter statistisch gesehen mehr und höhere Leistungen als in jungen Jahren.

Seit 2009 ist es für alle Neukunden in der PKV möglich, beim Wechsel ihrer PKV einen Teil der Altersrückstellungen ihrer Krankheitskosten-Vollversicherung mitzunehmen, wird als (teilweise) Portabilität von Altersrückstellungen bezeichnet.

Dabei werden bei jedem Unternehmenswechsel Altersrückstellungen in einer Höhe mitgegeben, die einem Betrag entspricht, als ob der Versicherte von Anfang an im Basistarif versichert gewesen wäre. Dieser Teil der Altersrückstellung wird als Übertragungswert bezeichnet.

Die Höhe der übertragbaren Altersrückstellungen hängt von mehreren Faktoren wie der Bestandsdauer des Vertrages oder dem Umfang des Versicherungsschutzes ab.

Seit Januar 2009 kann der Versicherte von seinem Unternehmen Auskunft über die Höhe der Altersrückstellungen verlangen, die bei einem Unternehmenswechsel mitgenommen werden können.

Bei einem Wechsel in andere Tarife desselben Unternehmens werden Alterungsrückstellungen übrigens zu 100 Prozent übertragen.

5. Stellen Sie an zwei Kriterien den Unterschied zwischen dem Krankenversicherungssystem der Niederlande und Deutschlands dar.

In Deutschland hat die PKV u. a. eine substituierende Funktion zur GKV. Der zugangsberechtigte Personenkreis ist gesetzlich geregelt und grundsätzlich vom Gesetzgeber stark begrenzt. Für den krankheitskostenvollversicherten PKV-Kunden werden im Regelfall mit der Prämienzahlung Alterungsrückstellungen gebildet. Darüber hinaus bietet die deutsche PKV die Möglichkeit umfangreicher Zusatzversicherungen nicht nur für GKV-Versicherte an. Der GKV-Versicherte zahlt grundsätzlich einkommensabhängige Beiträge; eine beitragsfreie Familienversicherung wird angeboten. Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge werden im Rahmen des Bürgerentlastungsgesetzes (BEG) steuerlich berücksichtigt.

Die PKV der Niederlande bietet neben der gesetzlichen Grundabsicherung die Möglichkeit für Zusatzversicherungen an. Die Beiträge der Grundabsicherung werden einkommensbezogen und pro Versichertenkopf erhoben. Die Zusatzversicherungen sind nach Art der Schadensversicherung kalkuliert, d. h., Alterungsrückstellungen werden nicht gebildet; die Prämienzahlung erfolgt durch den Versicherten. Steuerliche Subventionen für Härtefälle sind vorgesehen. Aufgrund der geringen Voraussetzungen erhalten weite Teile der niederländischen Krankenversicherten diese Unterstützung.

Kapitel 2 – Kriterien der Produktgestaltung unter Berücksichtigung von rechtlichen und kalkulatorischen Rahmenbedingungen

1. Zu Beginn des Jahres 2000 wurde die erste PKV-Sterbetafel eingeführt, auf deren Grundlage zum Teil nicht unerhebliche Beitragsanpassungen vorgenommen wurden. Erläutern Sie die folgenden Aspekte der Beitragsgestaltung, die auch für die Beantwortung kritischer Kundenanfragen von Bedeutung sind:

a) **Beschreiben Sie den Anteil der Prämie, in dem die Lebenserwartung berücksichtigt wird.**

Die Sterbewahrscheinlichkeit wird in der Ausscheideordnung berücksichtigt. Die aufzubauende Alterungsrückstellung hängt ebenfalls von der Lebenserwartung ab. Andere Abgangswahrscheinlichkeiten sind Kündigungen u. a. wegen Eintritt der GKV-Versicherungspflicht oder Beitragsanpassungen.

b) **Erläutern Sie die Wirkung einer erhöhten Lebenserwartung auf die Prämie.**

Im Sparanteil wird für das Alter vorgesorgt. Höhere Lebenserwartungen führen zu einem Mehrbedarf an Alterungsrückstellungen, was Beitragsanpassungen erforderlich machen kann.

c) **Nennen Sie die Möglichkeiten für den Versicherungsnehmer, auf Beitragsanpassungen zu reagieren.**

Der Kunde kann durch Kündigung oder Umstellung der Verträge reagieren.

d) **Beschreiben Sie die gesetzlichen Regelungen.**

Die Garantie kann in § 204 VVG und das Kündigungsrecht in § 13 (5) AVB nachgelesen werden.

e) **Beschreiben Sie die erweiterten Pflichten der PKV-Unternehmen gegenüber älteren Versicherten anhand von drei Beispielen.**

PKV-Unternehmen müssen älteren Kunden bei Beitragsanpassungen Tarifalternativen im Unternehmen nennen. Ab dem 65. Lebensjahr müssen sie die Mittel aus dem gesetzlichen Zuschlag für die Versicherten einsetzen. Weitere Maßnahmen sind u. a. Beitragsentlastungstarife. Die Portabilität der Alterungsrückstellung ist für Bestands- und für Neukunden unterschiedlich geregelt.

2. Einer Ihrer Kunden, der bei Ihnen krankheitskostenvollversichert ist, hat in einem Artikel etwas zu dem Thema „Steigende Beiträge der PKV im Alter“ gelesen. Er bittet Sie in einem Gespräch um Informationen und Hintergründe zu diesem Thema.

a) Erklären Sie ihm stichpunktartig, aus welchen Gründen es zu überproportional steigenden Beiträgen im Alter käme, würden die PKV-Unternehmen nichts dagegen tun.

Bei der Prämienkalkulation dürfen nach gesetzlicher Vorgabe steigende Preise nur im Nachhinein berücksichtigt werden. Da das Erkrankungsrisiko im Alter wächst, würden sich ohne Kapitaldeckungsverfahren, d. h. dem Aufbau von Alterungsrückstellungen, dann auch Preissteigerungen stärker auswirken.

b) Nennen und beschreiben Sie ihm kurz zwei Aktivitäten der PKV-Unternehmen zur Begrenzung der Beitragssteigerung.

Beispiele für Maßnahmen zur Begrenzung der Beitragshöhe können sein: der gesetzliche Zuschlag, die Einführung des Standardtarifes/Basistarifes, das Recht zum internen Tarifwechsel oder auch Angebote von Beitragssicherungsprogrammen.

3. Sie sind Mitarbeiter der Vertragsabteilung der Proximus Krankenversicherung AG. Ihr Kunde, Herr Weise, ist bei Ihrer Gesellschaft seit acht Jahren krankheitskostenvollversichert.

Herr Weise beschwert sich bei Ihnen wegen einer Beitragsanpassung, die Ihre Gesellschaft angekündigt hat. Er bezieht sich auf die Zusage in § 8a AVB, wonach der Versicherte eine „gleichbleibende Prämie“ für die gesamte Laufzeit des Vertrages erhebt. Erklären Sie dem Kunden die Sachlage!

Die Zusage der gleichbleibenden Prämie bezieht sich auf den Sachverhalt, dass in jungen Jahren der Sparanteil in der Prämie für die im Alter und die damit verbundene wachsende Erkrankungswahrscheinlichkeit (Morbidität) eigentlich ansteigende Prämie angesammelt wird. Eine Erhöhung allein wegen des Älterwerdens ist also ausgeschlossen. Einzig durch eine Erhöhung des versicherungstechnischen Risikos (siehe § 8b AVB) – aufgrund des medizinischen Fortschritts und der Lebenserwartung – können Beiträge angepasst werden. Das Prinzip der gleichbleibenden Prämie bleibt aber auch dann erhalten.

4. Erläutern Sie die Finanzierungsarten in der sozialen und der privaten Pflegepflichtversicherung.

SPV – Beiträge nach dem Umlageverfahren. Es werden einkommensabhängige Beiträge für Versicherte erhoben, kinderlose Versicherte zahlen einen Zusatzbeitrag. Familienversicherte in der GKV bleiben in der SPV beitragsfrei. Arbeitnehmer erhalten einen Beitragszuschuss.

PPV – Kalkulation nach dem (Unisex-)Kapitaldeckungsverfahren. Für gleichfalls in der PKV versicherte Ehegatten ist eine Beitragskappung vorgesehen. Kinder sind beitragsfrei, wenn bei einer GKV-Versicherung ein Anspruch auf Familienversicherung bestünde. Ein Arbeitgeberzuschuss wird maximal bis zur Höhe des Beitrags gewährt, der bei einer SPV-Versicherung zu zahlen wäre.

5. Beschreiben Sie je zwei Vor- und Nachteile, die sich für PKV-Kunden durch den Basistarif ergeben können.

Vorteile sind z. B. die Absicherung bei Hilfebedürftigkeit ohne die Gefahr, unter das GKV-Leistungsniveau zu fallen, und die Regelungen zum Höchstbeitrag.

Nachteile für den Kreis der PKV-Vollversicherten sind die Beitragsausfälle im Fall der Nichtzahlung des Basisversicherten für das Kollektiv und der Status „PKV-Versicherter mit GKV-Leistungsumfang“ für die Basisversicherten.

6. Erläutern Sie, welcher Personenkreis Zugang zum Basistarif hat.

Zugang zum Basistarif haben u. a.:

- Krankheitskostenvollversicherte mit Vertragsbeginn ab 01.01.2009 (neue Welt)
- Krankheitskostenvollversicherte mit Vertragsbeginn vor dem 01.01.2009 (alte Welt), wenn sie das 55. Lebensjahr vollendet haben oder die Voraussetzungen für den Rentenanspruch aus der GRV oder beamtenrechtliches Ruhegehalt erfüllen oder hilfebedürftig im Sinne SGB II oder XII sind
- Unversicherte, die dem System der PKV zugeordnet werden, also nicht unter § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V fallen

7. Stellen Sie Voraussetzungen der Familienversicherung in der GKV dar.

Die Voraussetzungen ergeben sich aus § 10 SGB V. Beim betroffenen Personenkreis muss es sich um den Ehegatten, einen gleichgeschlechtlichen eingetragenen Lebenspartner oder Kinder handeln. Die Person darf nicht der eigenen Versicherungspflicht unterliegen und kein Einkommen über 1/7 der monatlichen Bezugsgröße bzw. über der Minijobgrenze haben. Bei Kindern sind Altersgrenzen zu beachten.

Ist ein Elternteil des Kindes PKV-versichert, kann das Kind bei dem anderen Elternteil nur dann familienversichert werden, wenn der PKV-Elternteil kein Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze erzielt. Sofern dieser Umstand nicht zutrifft, kann die Familienversicherung gewählt werden, wenn der GKV-versicherte Elternteil mehr als der PKV-versicherte Elternteil verdient.

8. Beschreiben Sie den Kontrahierungszwang und den Ausschluss von Rücktritts- und Kündigungsmöglichkeiten in der privaten Pflegepflichtversicherung. Erläutern Sie insbesondere auch Sinn und Zweck dieser Bestimmung.

Die Pflege folgt der Kranken nach § 23 SGB XI, da dort auch die allgemeinen Krankenhausleistungen definiert sind. Damit entfällt auch das Rücktritts- und Kündigungsrecht des Versicherers. Somit findet keine Risikoselektion statt. Ausnahme: Wird die Krankenversicherung gekündigt, kann auch die Pflege gekündigt werden. Die Kündigung ist jedoch nur möglich, wenn eine sich nahtlos anschließende Folgeversicherung nachgewiesen wird.

9. Ein zurzeit freiwillig in der GKV Versicherter meldet sich bei Ihnen. Seine Frau und sein Kind sind bei ihm familienversichert.

Erklären Sie ihm die augenblickliche Versichertensituation, erläutern Sie seine Bedarfslücken vor dem gesetzlichen Hintergrund und die Beteiligung des Arbeitgebers an den Beiträgen.

Der Versicherte hat die Möglichkeit, die GKV mit einer Frist von zwei Monaten zum Ende des Monats zu kündigen. Jede Person muss dann mit einem eigenen Beitrag eine Kranken- und Pflegeversicherung abschließen. Der Arbeitgeber beteiligt sich im Rahmen des § 257 SGB V an den Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung. Bedarfslücken bestehen für GKV-Versicherte z. B. bei ambulanter ärztlicher Behandlung, bei gewünschter Behandlung durch Heilpraktiker, im stationären Bereich für ärztliche Wahlleistungen und die Unterbringung im Krankenhaus, bei zahnärztlicher Behandlung und bei Zahnersatz. Im Fall einer Arbeitsunfähigkeit wird das Krankengeld zeitlich limitiert und der Höhe nach gekürzt gezahlt.

In allen genannten Fällen müssen GKV-Versicherte erhebliche Leistungseinschränkungen hinnehmen. Zusatzversicherungen zur Deckung dieser Bedarfslücken müssen sie selbst finanzieren.

10. Listen Sie fünf grundsätzliche Überschussquellen auf und erklären Sie in diesem Zusammenhang den Unterschied zwischen einer erfolgsabhängigen und einer erfolgsunabhängigen Beitragsrückerstattung.

Die fünf Überschussquellen sind: Einsparungen bei den Leistungen, überrechnungsmäßige Zinsen, Kosteneinsparungen, ein nicht verbrauchter Sicherheitszuschlag, geringere Abschlusskosten.

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (BRE) ist vom Unternehmenserfolg im abgelaufenen Geschäftsjahr abhängig, die erfolgsunabhängige BRE ist im Tarif garantiert, sie ist in die Prämienberechnung eingepreist.

11. Beschreiben Sie das Ergänzungsprinzip. Mögliche Kundengruppen und Bedarfssituationen sind dabei von besonderem Interesse.

Die GKV erfasst einen festgelegten Personenkreis mit festgelegten Leistungen. Darauf aufbauend bietet die PKV ihre Produkte und Tarifvarianten an. Beispiele sind die Wahlleistungen im Krankenhaus, Zahnersatzleistungen, Behandlungen durch Heilpraktiker oder Pflegeergänzungen.

12. Berechnen Sie den Krankentagegeldbedarf eines GKV-versicherten Angestellten, der sechs Wochen Gehaltsfortzahlung hat und 4.500 EUR brutto bzw. 3.000 EUR netto verdient.

Grundlage für die Berechnung sind 70 % von 4.500 EUR, max. aber 70 % von der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) und max. 90 % vom Nettoeinkommen, in diesem Fall sind das 2.700 EUR Krankengeld minus den AN-Anteilen für die Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung. Das errechnete Krankengeld liegt deutlich unter dem Nettoentgelt. Die Differenz bis zum Netto wird als Lücke bezeichnet, die mit einer Zusatzversicherung geschlossen werden kann.

13. Die Leistungen der Pflegepflichtversicherung beziehen sich bei einer Unterbringung in einem Pflegeheim lediglich auf die Kosten für die Pflege. Nennen Sie weitere Kosten, die der Pflegebedürftige selbst zu tragen hat, und zählen Sie weitere Versicherungsmöglichkeiten durch die PKV auf.

Der Pflegebedürftige hat die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten zu zahlen. Damit der Eigenanteil in den Pflegegraden 2 bis 5 nicht mit dem Umfang der Pflege steigt, vereinbaren Pflegekassen und Pflegereinrichtungen einen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil.

Weitere Versicherungsmöglichkeiten stellen die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung oder Ergänzungsversicherungen zur privaten und zur sozialen Pflegeversicherung dar.

14. Ein Zeitsoldat mit Familie (Dienstzeit acht Jahre) möchte seinen Versicherungsbedarf klären. Seine Frau erzielt ein sozialversicherungspflichtiges Jahreseinkommen von 9.000 EUR, er hat zudem zwei minderjährige Kinder. Erstellen Sie ein Angebot.

Er bekommt für die Dauer der Dienstzeit freie Heilfürsorge und danach im Rahmen der Übergangsgebühren Beihilfe. Seine Frau (mit einem Einkommen unter 17.000 EUR) erhält wie die Kinder Beihilfe. Ein Soldat erhält eine Anwartschaft auf Beihilfetarife mit voller Pflege, seiner Frau und den Kindern können Quotentarife mit Pflege angeboten werden, evtl. noch Ergänzungstarife für die Pflege und Beihilfe.

15. Beschreiben Sie die Rechtsgrundlagen einer PKV. Gehen Sie dabei auch auf die Wertigkeit der einzelnen Bestimmungen ein.

Die Rechtsgrundlagen für einen PKV-Vertrag finden sich im

- Grundgesetz (GG),
- Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB),
- Handelsgesetzbuch (HGB),
- Versicherungsvertragsgesetz (VVG),
- Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG),
- in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB, MB, TB, Tarife),
- in den Besonderen Bedingungen (BB) sowie
- in der Police und im Antrag.

Generell gilt: Spezielle Regelungen haben Vorrang vor dem allgemeinen Recht.

16. Die Zugangsmöglichkeiten zum Standardtarif sind Ihr Thema für eine interne Schulung. Beschreiben Sie die Zugangswege und auch den Leistungsumfang des Tarifes.

Der Standardtarif eignet sich grundsätzlich für Kunden, die vor dem 01.01.2009 schon Bestandskunden waren: z. B. für über 65-Jährige, die schon zehn Jahre versichert sind. Er eignet sich auch für Kunden, die 55 Jahre alt sind und ein Einkommen unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze haben. Die Leistungen bewegen sich auf dem gesetzlichen Niveau mit gebührenrechtlichen Begrenzungen.

17. „Das besondere Angebot der PKV für Beamte!“ Als Produktmanager informieren Sie Ihre Vertragsabteilung über dieses Thema. Inhalte sind die besonderen Eintrittsmöglichkeiten für Beamtenanfänger und die in der GKV versicherten Beamten sowie das besondere Tarifangebot der PKV für diese Klientel.

Für Beamtenanfänger gilt ein garantierter Zugang zur PKV, wenn sie einen Aufnahmeantrag innerhalb der ersten sechs Monate seit der Begründung des Dienstverhältnisses stellen. Die besonderen Konditionen sind: keine Ablehnung aus Risikogründen, keine Leistungsausschlüsse, Risikozuschläge max. 30 %.

Beamte oder z. B. auch Richter mit Anspruch auf Beihilfe, die seit dem 31.12.2004 im Dienstverhältnis standen und freiwillig in der GKV versichert sind, erhalten die gleichen Vergünstigungen.

18. Erläutern Sie, in welcher Höhe sich Arbeitgeber am Beitrag eines privat versicherten Arbeitnehmers zur Kranken- und Pflegeversicherung beteiligen.

Grundsätzlich beträgt der Arbeitgeberzuschuss 50 % des zu zahlenden Beitrags zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung. Er ist auf den aktuellen Höchstbeitrag der GKV und SPV begrenzt. Der Höchstbeitrag zur GKV ergibt sich aus der aktuellen Beitragsbemessungsgrenze, dem halben allgemeinen Beitragssatz der GKV und dem halben Durchschnittszusatzbeitrag. Zur SPV ergibt sich der Höchstbeitrag ebenfalls aus aktueller Beitragsbemessungsgrenze und halbem Beitragssatz der SPV. Der in der SPV von kinderlos Versicherten zu zahlende Zuschlag bleibt unberücksichtigt.

19. Ein Kunde verdient nur knapp über der Versicherungspflichtgrenze und ist privat krankheitskostenversichert. Er hat Sorge, bei der nächsten Erhöhung der Grenze wieder versicherungspflichtig zu werden. Mit seinem Versicherungsschutz ist er sehr zufrieden.

Erläutern Sie dem Kunden seine Möglichkeiten für den Fall, dass die Versicherungspflichtgrenze angepasst wird und sein Einkommen übersteigt.

Die GKV-Versicherungspflicht tritt dann ein, wenn zum Jahreswechsel der Kunde durch die Anhebung der Jahresarbeitsentgeltgrenze mit seinem Gehalt darunter fällt. Dann wird er zum 01.01. versicherungspflichtig, kann sich aber befreien lassen (§ 8 (5) SGB V).

20. Für den Marketingvorstand bereiten Sie einen Vortrag zum Thema „Systemunterschiede von GKV und PKV“ vor. Neben den systemübergreifenden Unterschieden erwähnen Sie jeweils zwei Beispiele aus der ambulanten und stationären Versorgung sowie zum Auslandsversicherungsschutz.

Für die PKV gilt: freiwillige Mitgliedschaft; Kinder zahlen einen eigenen Beitrag; Äquivalenzprinzip; freie Wahl unter allen Ärzten (auch ambulant im Krankenhaus); Behandlungsvertrag; freie Wahl unter allen Krankenhäusern; Wahlleistungen (auch Chefarzt); weltweiter Versicherungsschutz, u. U. mit Ergänzungen für den Auslandsbereich.

Für die GKV gilt: Mitgliedschaft kraft Gesetz; Familienversicherung; Solidaritätsprinzip; Behandlung durch Vertragsärzte; Sachleistungen als Regel; zugelassene Krankenhäuser; allgemeine Krankenhausleistungen; Leistungen in Ländern mit Sozialversicherungsabkommen auf deren Niveau, darüber hinaus kein Auslandsschutz.

Kapitel 3 – Regeln der Annahmepolitik im Hinblick auf die betriebswirtschaftlichen und vertrieblichen Auswirkungen

- 1. Ihr Versicherungsnehmer lebt überwiegend in Portugal und hat ein Herzleiden. Er möchte seinen Versicherungsschutz aufrechterhalten, da er eventuell lieber in Deutschland ärztlich behandelt werden will. Gehen Sie auf das Krankheitsbild im Rahmen der Risikoeinschätzung ein und zeigen Sie auch die Probleme in der Leistungserstattung auf.**

Dem Kunden ist der Geltungsbereich der Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und Pflegepflichtversicherung aufzuzeigen, auch bei Wohnsitzverlegung. Dabei sind Leistungsbeschränkungen der Tarife, z. B. bei der Erstattung im Rahmen des deutschen Gebührenrechts, zu beachten.

Das Krankheitsbild ist also auch bei Vertragsumstellungen relevant, insbesondere bei Vertragserhöhungen.

- 2. Erläutern Sie drei Möglichkeiten der Versicherung von anomalen Risiken.**

Die Möglichkeiten sind: die Vereinbarung eines Zuschlags, der Ausschluss von Behandlungskosten für bestehende Vorerkrankungen oder besondere Vereinbarungen wie z. B. für eine gestaffelte Leistung.

- 3. Beschreiben Sie die Anwendbarkeit der Möglichkeiten der Versicherung anomaler Risiken in der privaten Kranken- und Pflegeversicherung. Erläutern Sie je zwei Vor- und Nachteile aus Kundensicht.**

Anomale Risiken können unterschiedlich eingestuft werden (die Deckung kann abgelehnt bzw. es kann ein Risikozuschlag vereinbart werden). Die Vorteile für den Kunden: Er hat Klarheit über den Versicherungsschutz, hat überhaupt Versicherungsschutz. Die Nachteile: Er muss u. U. einen höheren Beitrag zahlen oder eine leistungsfreie Zeit in Kauf nehmen, z. B. bei Staffelregelungen.

- 4. Für eine chronische Bronchitis wird ein Risikozuschlag in Höhe von 20% vereinbart. Der Zuschlag war beim Verkaufsgespräch mündlich verhandelt und in der Police nicht gesondert kenntlich gemacht. Erläutern Sie die vertragsrechtlichen Konsequenzen.**

Der Vertrag befindet sich in einem schwebenden Zustand; auf die Änderung muss ausdrücklich und schriftlich hingewiesen werden, damit der Vertrag wie beantragt zustande kommen kann (§ 5 VVG).

5. Befassen Sie sich mit dem subjektiven und objektiven Risiko. Stellen Sie die Besonderheiten der PKV im Vergleich zu anderen Sparten dar. Darüber hinaus beschreiben Sie auch das moralische Risiko.

Ein subjektives Risiko liegt u. a. in einer potenziellen Überempfindlichkeit sowie in der Gefahr des Betrugs oder einer mangelnden Zahlungsmoral des Kunden. Das objektive Risiko definiert sich u. a. durch Gesundheitszustand, Alter oder Geschlecht.

Das moralische Risiko wird insbesondere durch die Werthaltung des einzelnen Versicherten, aber auch durch die öffentliche Meinung beeinflusst. Die Kranken- und Pflegeversicherung ist als Personenversicherung generell betrachtet in starkem Maße von dem einzelnen Versicherten abhängig.

6. Stellen Sie im Zusammenhang mit der Antragsprüfung die Rückdatierung und deren Konsequenzen dar. Nennen Sie je einen Vor- und Nachteil für den Kunden und das Unternehmen.

Eine Rückdatierung ist bis zu einem Zeitraum von max. 15 Tagen möglich. Es wird der technische Beginn in die Vergangenheit datiert. Der Grund hierfür kann z. B. im Eintrittsalter des Versicherten liegen.

Der Vorteil einer Rückdatierung besteht für den Kunden darin, dass ein vorverlegter Versicherungsbeginn ggf. von Bedeutung für die Anrechnung auf Wartezeiten sein kann. Der Nachteil ist, dass vor dem formalen Beginn bei Rückdatierungen trotz Prämienzahlung kein Versicherungsschutz besteht.

Die Vorteile des Versicherers sind: Er erhält eine Prämie, ohne leisten zu müssen. Das Vertragsverhältnis kann besser gestaltet werden, weil z. B. auf eine Wartezeit verzichtet wird. Ein Nachteil tritt für den Versicherer dann ein, wenn der Versicherer die Rückdatierung nicht akzeptiert und er den potenziellen Kunden verliert.

7. Beschreiben Sie die Rückwärtsversicherung und deren risikorelevanten Auswirkungen auf den einzelnen Vertrag und die Risikogemeinschaft.

Bei der Rückwärtsversicherung werden der technische und der materielle Beginn in die Vergangenheit gelegt, z. B. bei der Kindermitversicherung oder einem Übertritt. Da z. B. bei den Kindern ein Kontrahierungszwang besteht, können auch kranke Versicherte in den Bestand kommen. Nur die Versicherungsfälle, die vor dem formellen Beginn eingetreten sind, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

8. Sie haben im Rahmen Ihrer Fortbildung den Auftrag, einen kundenfreundlichen und leicht auszufüllenden Antrag für eine Zahnergänzungsversicherung zu präsentieren. Dazu erstellen Sie eine Übersicht, was im neuen Antrag enthalten sein sollte.

Folgende Themen bzw. Fragen sollten Inhalt sein: Zahnstatus; behandelnder Zahnarzt; Behandlungen der letzten fünf Jahre; Hinweis auf die vorvertragliche Anzeigepflicht, eventuelle Zahnstaffel oder Wartezeiten; gesetzliche Krankenkasse.

9. Stellen Sie anhand von Beispielen den Unterschied zwischen der Antrags- und der Risikoprüfung dar.

Die Risikoprüfung umfasst: Alter, Geschlecht, Größe, Gewicht, Krankheitsvorgeschichte (ambulant, Zahn, stationär), die Höhe des Krankenhaus-Tagegelds (KHT) oder des Krankentagegelds (KT) etc.

Die Antragsprüfung berücksichtigt: Karenzzeit beim KT, Vorversicherung, gewünschte Tarife, Familiensituation, Höhe von Selbstbeteiligungen etc.

10. Bei einer Familienfeier werden Sie auf die Vor- und Nachteile von Versicherungsabschlüssen über einen angestellten Einfirmenvertreter und über einen Makler angesprochen. Beziehen Sie zu diesem Thema Stellung.

Bei Vermittlungen über einen angestellten Einfirmenvertreter liegen die Vorteile in der Anbindung des Vermittlers an den Kundendienst eines Versicherers und evtl. bei der Gewährung von Vorteilen bei der Annahme. Nachteile können die Gebundenheit an ein Tarifierungssystem und die geringe Marktübersicht des Einfirmenvertreters sein.

Der Makler verfügt dagegen über ein weites Produktangebot, da er nicht an ein Unternehmen gebunden ist. Nachteile können sein, dass er evtl. rein provisionsorientiert arbeitet und aufgrund vieler Vertragspartner weniger Service gewährt.

Teil II Unfallversicherung

Kapitel 1 – Ergebnisse von Marketingmaßnahmen im Prozess der Produktentwicklung

1. Beschreiben Sie anhand von drei Aspekten, was das Angebot und die Nachfrage in der Unfallversicherung bestimmt.

a) Bestimmungsfaktoren für das Angebot:

Bedarf am Markt:

Je nach Bedarfssituation der jeweiligen Zielgruppen entwickeln die Versicherer regelmäßig neue Tarife. So entstanden in den vergangenen Jahren gezielte Tarife für Kinder bzw. Senioren.

Mitbewerber:

Durch Konkurrenzbeobachtungen und Marktvergleiche ergeben sich wichtige Erkenntnisse für die Produktentwicklung.

Preise:

Damit die Produkte am Markt auch abgesetzt werden können, müssen die Beiträge vorsichtig – dennoch nach versicherungsmathematischen Grundlagen – kalkuliert werden.

b) Bestimmungsfaktoren für die Nachfrage:

Erfahrungen:

Der Bedarf beim Kunden wird z. T. erst durch Erfahrungen geweckt. In diesen Fällen setzt sich der Kunde intensiv mit den Leistungen auseinander.

Einkommen:

Das zur Verfügung stehende Einkommen der privaten Haushalte bestimmt den Spielraum für die Wahl des Versicherungsschutzes.

Präferenzen:

Die Nutzeneinschätzung für die Unfallversicherung ist bei den Bundesbürgern insgesamt eher gering. In der Prioritätenliste stehen andere Versicherungsprodukte weiter oben.

2. Beschreiben Sie für zwei Berufsgruppen spezielle Leistungsarten.

Die private Unfallversicherung bietet spezielle Leistungsarten für verschiedene Berufsgruppen an:

- Selbstständige: Die Absicherung des Tagegelds ist bereits ab dem 1. Tag einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit möglich.
- Ärzte, Handwerker, Musiker: Für diese Personengruppen stehen spezielle Glieder-taxen zur Verfügung, da z. B. der Absicherung von Fingern eine größere Bedeutung zukommt.

3. Beschreiben Sie die Notwendigkeit und inhaltliche Ausgestaltung von Assistance-Leistungen in der privaten Unfallversicherung.

Die privaten Unfallversicherer bieten ihren Kunden (in der Regel sind es Senioren) im Versicherungsfall neben den klassischen Geldleistungen auch sog. Assistance-Leistungen an. Diese Hilfs- und Pflegeleistungen ergänzen die Geldleistungen, um die verunfallte Person bei alltäglichen Aufgaben zu unterstützen, die ggf. von keinem anderen Mitglied des Haushalts übernommen werden können. Hierfür beauftragt der Versicherer externe Dienstleister, die dem Kunden ggf. rund um die Uhr im Rahmen der abgesicherten Leistungen zur Verfügung stehen.

Häufig gliedern sich die Leistungen wie folgt in

- Erstgespräch
- Hilfsleistungen (Menüservice, Einkäufe und Besorgungen sowie Begleitservice bei Behördengängen)
- Pflegeleistungen (Grundpflege und Pflegeberatung)

4. Erläutern Sie, warum der Kunde eine Progression mit einschließen sollte.

Seit längerer Zeit wird die Invaliditätsleistung in Verbindung mit verschiedenen Progressionsmodellen angeboten. Solche Vereinbarungen haben aus der Sicht der Kunden den Vorteil, dass die Höhe der Invaliditätsleistung überproportional zur eigentlichen Versicherungssumme ansteigt. Diese Notwendigkeit ergibt sich daraus, dass der Kunde bei einer größeren Invalidität i. d. R. einen deutlich höheren Geldbedarf hat, der sich nicht linear zum Invaliditätsgrad entwickelt.

Beispielsweise werden Umbaumaßnahmen im Wohnumfeld bei höheren Invaliditätsgraden notwendig, wenn diese Einschränkungen in der Mobilität zur Folge haben.

Kapitel 2 – Kriterien der Produktgestaltung unter Berücksichtigung rechtlicher und kalkulatorischer Rahmenbedingungen

1. Nennen Sie fünf Personenkreise, die kraft Gesetzes unfallversichert sind.

Kraft Gesetzes unfallversichert sind

- Beschäftigte (alle Arbeiter und Angestellten)
- Lernende während der betrieblichen Aus- und Fortbildung
- Kindergartenkinder, Schüler und Studierende
- behinderte Menschen in anerkannten Werkstätten
- Personen, die im öffentlichen Interesse stehen (Blutspender, Schöffen, Zeugen etc.)

2. Beschreiben Sie die unterschiedlichen Aufgabenstellungen der Berufsgenossenschaften.

Berufsgenossenschaften haben die Aufgabe der:

- Unfallverhütung und Prävention (Verhinderung von Unfällen und Berufskrankheiten)
- Rehabilitation
- Entschädigung bei Berufsunfällen und Berufskrankheiten in Geldleistungen

3. Bei welchen Kunden könnte das Risikobewusstsein so ausgeprägt sein, dass die Nachfrage eigenständig erfolgt?

Bei Selbstständigen und bei Kunden mit gefährlichen Berufen, wie z. B. bei Sprengmeistern, ist erfahrungsgemäß die Abschlussneigung hoch, da die Gefährdung bekannt ist.

4. Vergleichen Sie die Leistungen der privaten und der gesetzlichen Unfallversicherung:

a) hinsichtlich der Leistungsarten

GUV	PUV
Heilbehandlung, Verletztengeld, Berufshilfe, Übergangsgeld, Verletztenrente, Pflegegeld, Sterbegeld, Überführungskosten (zum Ort der Bestattung), Witwen-/Witwerrente, Waisenrente, Elternrente	Kapitalzahlung bei Invalidität bzw. Tod durch Unfall, Unfall-Krankenhaus-Tagegeld mit oder ohne Genesungsgeld, Unfall-Tagegeld, Kosten für unfallbedingte kosmetische Operationen, Bergungs- und Rettungskosten, Unfallrente

b) bei langfristigen Verletzungen

GUV	PUV
<p>Verletztenrente: wird erst ab einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (= MdE) von 20 % gezahlt. Bei 100 % MdE: die Vollrente in Höhe von 2/3 des Jahresarbeitsverdienstes (= JAV)</p> <p>Bei teilweiser MdE: entsprechender Teil der Vollrente</p>	<p>Die Leistungen richten sich nach der Höhe der gewählten Versicherungssummen. Der VN kann die Zusammenstellung der verschiedenen Leistungsarten sowie die Höhe der Versicherungssummen gemäß seinen individuellen Risikoverhältnissen beantragen (z. B. progressive Invaliditätsleistungen ab 26-prozentigem Invaliditätsgrad, doppelte Invaliditätsleistung ab 90-prozentigem Invaliditätsgrad oder dreifache Invaliditätsleistung ab 70-prozentigem Invaliditätsgrad).</p> <p>Soweit eine Einstufung des Invaliditätsgrades nach der Gliedertaxe erfolgt, gilt als Leistungskriterium der Verlust oder die Funktionsunfähigkeit von Sinnesorganen oder Körperteilen.</p> <p>Die in der GUV erforderliche Mindestinvalidität von 20 % gibt es hier nicht.</p>

c) im Todesfall

GUV	PUV
<p>Sterbegeld: 1/7 der Bezugsgröße</p>	<p>Führt der Unfall innerhalb eines Jahres zum Tode, wird die vereinbarte Todesfallleistung fällig. Ansonsten hat die versicherte Person Anspruch auf Invaliditätsentschädigung.</p>

5. Frau Richter befindet sich auf einer viertägigen Dienstreise zu einer Fortbildungsmaßnahme.

Beurteilen Sie, ob Versicherungsschutz im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung besteht.

a) Die Reise zum Seminarort erfolgt mit der Bahn.

Ja

b) Während der Veranstaltung bricht in dem Seminarraum ein Brand aus.

Ja

c) Frau Richter besucht allein in den Abendstunden ein Museum.

Eigenwirtschaftliche Tätigkeit – nein

d) Für die Heimreise werden auf dem Bahnhof Erkundigungen nach Zugverbindungen eingeholt.

Ja

6. Erläutern Sie zwei Leistungsarten der privaten Unfallversicherung, bei denen es sich um eine Summenversicherung, und zwei Leistungsarten, bei denen es sich um eine Schadensversicherung handelt.

Summenversicherung:

- Todesfalleistungen
- Tagegeld

Schadensversicherung:

- Kosten für kosmetische Operationen
- Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze

7. Nennen Sie drei Rechtsgrundlagen für den Abschluss eines Unfallversicherungsvertrages.

- Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (Proximus AUB 2017)
- Besondere Bedingungen (Proximus Besondere Bedingungen für die Versicherung von Hilfs- und Pflegeleistungen)
- Zusatzbedingungen, Klauseln und individuelle Vereinbarungen

8. Bei einer bedarfsgerechten Beratung der Familie Holz müssen viele wichtige Punkte in der Versorgungsanalyse berücksichtigt werden. Beschreiben Sie fünf Merkmale.

In der Versorgungsanalyse sollten berücksichtigt werden:

- die Berechnung des Leistungsanspruchs der zu versichernden Person bei einem Berufsunfall bzw. bei einem Unfall während der Schulzeit.
- die Klärung eines evtl. bestehenden Versicherungsschutzes über die gesetzliche Rentenversicherung (Erwerbsminderungsrente) mit den Fragen: Sind die Wartezeiten erfüllt? Wie hoch ist die zu erwartende Leistung?
- die Prüfung einer evtl. bereits bestehenden PUV und deren Leistungsumfang.
- die Prüfung, ob ein Versicherungsschutz über eine private Berufsunfähigkeitsversicherung bereits besteht und ob hieraus evtl. Leistungen zu erwarten und zu berücksichtigen sind.
- die Klärung, ob für den Bereich „Unfall“ eine Vorsorge getroffen werden soll und/oder lieber andere Dinge wie Zusatzkosten abgesichert werden sollen

9. Erläutern Sie die Versorgungssituation nach einem Arbeitsunfall.

Nach einem Arbeitsunfall sollte das bisherige durchschnittliche Nettoeinkommen abgesichert sein. Bei einem Aufeinandertreffen von gesetzlichen Leistungen, wie z. B. einer Verletzten- und einer Erwerbsminderungsrente, kann eine Kürzung vorgenommen werden.

Allerdings sind durch die Leistung aus der gesetzlichen Unfallversicherung und/oder der gesetzlichen Rentenversicherung Zusatzkosten wie Umbaumaßnahmen des Hauses bzw. der Wohnung, die Ausrüstung eines behindertengerechten Kraftfahrzeugs etc. nicht oder nur in geringem Maße abgesichert.

Trotz der Sicherung des Nettoeinkommens besteht bei einem Berufsunfall Versorgungsbedarf, idealerweise durch eine einmalige Kapitalleistung.

10. Erläutern Sie die Prämienkalkulation in der privaten Unfallversicherung.

Für die Prämienkalkulation in der Unfallversicherung sollten möglichst viele Daten herangezogen werden. Dies können Daten aus dem eigenen Bestand oder auch Daten von anderen Trägern wie der Berufsgenossenschaft, der Sozialversicherung oder auch des Statistischen Bundesamtes sein. Allerdings werden vorrangig Daten des eigenen Unternehmens berücksichtigt. Die Prämie setzt sich zusammen aus: Netto- und Risikoprämie, Sicherheitszuschlag, dem Kostenanteil sowie dem Ertragsanteil.

11. Beschreiben Sie die Prämienkalkulation der Unfallversicherung mit Prämienrückgewähr.

Bei einer Unfallversicherung mit Prämienrückgewähr (UPR) erhält der Kunde zum Vertragsablauf einen fest definierten Prämienanteil erstattet, wobei die Möglichkeiten von Versicherer zu Versicherer variieren. Bei einer Kündigung vor Vertragsablauf wird ein Rückkaufswert fällig.

Bei der Ermittlung des Beitrages spielen das Eintrittsalter, die Laufzeit und der Beruf der versicherten Person eine Rolle. Der Beitrag setzt sich zusammen aus Unfallrisikobeitrag, Sterblichkeitsrisikobeitrag, Sparbeitrag, Kosten und Versicherungsteuer. In der Regel wird auch ein Ratenzahlungszuschlag mit einberechnet. Sowohl der Ratenzahlungszuschlag als auch die Versicherungsteuer sind nicht rückgewährpflichtig. Da der Beitrag mit einem Rechnungszins kalkuliert ist, wird ein über die Kalkulation hinausgehender Überschuss dem Versicherungsnehmer in Form einer Überschussbeteiligung ausgezahlt.

12. Erläutern Sie Herrn Schuster, Geschäftsführer eines Druckereibetriebes, die vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten einer Gruppen-Unfallversicherung.

- Der Betrieb kann zwischen den zwei Vertragsgestaltungen „Versicherung mit Namensnennung“ und „Versicherung ohne Namensnennung“ wählen:
- Bei der Versicherung mit Namensnennung wird jeder Mitarbeiter namentlich erfasst, Zu- und Abgänge müssen sofort angezeigt werden und es sind unterschiedliche Versicherungssummen vereinbar.
- Bei der Versicherung ohne Namensnennung wird eine Gruppe des Betriebs erfasst (z. B. sämtliche kaufmännischen Mitarbeiter), es werden jährlich die durchschnittlich versicherten Personen erfasst und die Gruppen haben jeweils gleiche Versicherungssummen.

13. Beschreiben Sie fünf Leistungsarten der privaten Unfallversicherung.

Die Leistungsarten einer Unfallversicherung können individuell auf den Bedarf des Kunden zugeschnitten werden. Dies stellt einen enormen Vorteil z. B. im Vergleich zur gesetzlichen Unfallversicherung dar. Der Kunde kann aus einer Vielzahl möglicher Leistungen wählen, z. B.:

- Invaliditätsleistung
- Todesfallsumme
- Krankenhaustagegeld
- Kosten für kosmetische Operationen
- Tagegeld

14. Erläutern Sie, ob nach einem Unfall die Invaliditätsleistung und die Todesfallleistung beansprucht werden können.

Aus dem gleichen Leistungsfall kann nicht beides beansprucht werden: Die Invaliditätsleistung wird gewährt, wenn die Invalidität innerhalb von 15 Monaten (vom Unfalltag an gerechnet) eingetreten ist, ärztlich festgestellt und geltend gemacht wird.

Der Anspruch auf die Todesfallleistung entsteht, wenn der Tod infolge eines Unfalls innerhalb eines Jahres (vom Unfalltag an gerechnet) eintritt. Abweichungen ergeben sich nur nach Nr. 2 AUB.

15. Erklären Sie die Progression bei der Invaliditätsleistung.

Der Versicherte erhält eine höhere Leistung, je höher der Invaliditätsgrad ist. Die Leistung ist grundsätzlich linear, d. h., der Invaliditätsgrad bemisst den gleichen prozentualen Leistungsanspruch von der Versicherungssumme. Bei Progression kann die Leistung, z. B. bei Vollinvalidität, dadurch von 100 % auf 225 % ansteigen.

16. Beschreiben Sie, wie der Geldwertverlust und der höhere Lebensstandard in der privaten Unfallversicherung ausgeglichen werden können.

Eine Angleichung bei Geldwertverlust und höherem Lebensstandard kann bei einer privaten Unfallversicherung über die Dynamik erfolgen. Diese stellt ein Recht des Versicherungsnehmers dar, Beitrag und Leistung jährlich um 5 % bis 10 % anzupassen. Diesem Zuwachs kann der VN innerhalb von 6 Wochen nach Erhalt der Mitteilung schriftlich widersprechen.

17. Erläutern Sie den Unterschied zwischen einer Invaliditätsleistung und der Leistung aus einer Pflegeversicherung.

- „Invalidität“ ist eine dauernde Beeinträchtigung (länger als drei Jahre) der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit und in den AUB beschrieben. Sie ist somit eine Leistung, die in der privaten Unfallversicherung definiert ist und in individueller Höhe vereinbart werden kann. Maßgeblich für die Höhe der Leistung sind die vereinbarte Versicherungssumme, die gewählte Progression bzw. Mehrleistung und der Grad der Invalidität.
- Bei der Pflegeversicherung wird die Höhe der Leistung nach sog. Pflegegraden (I bis V) bemessen. Leistungen erfolgen z. B. in Form einer monatlichen Rentenzahlung. Da es sich bei der Pflegeversicherung um eine gesetzliche Grundvorsorge handelt, ist der Abschluss einer privaten Pflegeergänzungsversicherung zu empfehlen.

18. Beschreiben Sie, was man unter der Unfallrente 50/90 versteht.

Diese Invaliditätsleistung wird gemäß AUB 2017 immer als einmalige Kapitaleistung erbracht. Die Unfallrente stellt hierzu eine sinnvolle Ergänzung dar. Die Rentenzahlung dient im Leistungsfall dazu, monatliche Einkommensbußen auszugleichen, die sich z. B. durch den Verlust der Arbeitskraft ergeben.

Die Zahlung der Unfallrente erfolgt ab einem Invaliditätsgrad von 50 % rückwirkend ab dem Unfalltag. Sie wird monatlich und lebenslang gezahlt. Ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 90 % wird die Rente verdoppelt. Hier ist während der Beratung auf den § 22 I EStG hinzuweisen.

Kapitel 3 – Regeln der Annahmepolitik im Hinblick auf die betriebswirtschaftlichen und vertrieblichen Auswirkungen

1. Erläutern Sie zwei Klauseln für anomale Risiken.

Die privaten Unfallversicherungen stellten in ihren Antragsformularen in der Vergangenheit häufig Gesundheitsfragen und führten auf diesem Wege eine Risikoprüfung durch. Heute hingegen stellen nur noch wenige Versicherer solche Fragen, sodass einige Versicherer zum Teil Tarife ohne Gesundheitsfragen anbieten.

Für die Versicherer ist es von großer Wichtigkeit, zu erfahren, ob die zu versichernde Person bereits früher Unfälle erlitten hat oder an erheblichen Krankheiten oder Gebrechen leidet bzw. litt. Bestimmte Krankheiten, die auch als anomale Risiken bezeichnet werden, führen dabei zur Vereinbarung von Klauseln, deren Ziel die Erleichterung der Abgrenzung zwischen Unfallfolge und Vorschädigung bzw. Mitwirkung im Schadenfall ist.

- So werden bei extremer Kurzsichtigkeit Glaskörperblutungen oder Netzhautablösungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, da diese bei extrem Kurzsichtigen, i. d. R. ab 8 Dioptrien, bereits durch leichte Traumen entstehen können.
- Des Weiteren werden Unfallfolgen, bei denen Diabetes mitwirkt, vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, da es sich bei dieser Krankheit um eine Stoffwechselerkrankung handelt, die regelmäßig zur Verzögerung von Heilprozessen und zur Verschlechterung von Heilergebnissen führt.

2. Grenzen Sie die Gefahrengruppe A von der Gefahrengruppe B ab.

Neben dem Gesundheitszustand zählen auch das Alter sowie der Beruf zu den objektiven Risikomerkmale. Mithilfe von Statistiken zu Unfallhäufigkeiten bei diesen Risikomerkmale kann der Versicherer seine Kalkulation aufbauen und diese in der Tarifgestaltung berücksichtigen. Dem Risikomerkmale Beruf kommt eine besondere Bedeutung zu, hierzu wurde eine besondere Gefahrengruppeneinteilung eingeführt.

- Zur Gefahrengruppe A, der günstigeren Gruppe, gehören alle Personen mit kaufmännischer oder verwaltender Tätigkeit sowie alle Personen ohne Beschäftigung.
- Der Gefahrengruppe B werden alle Personen mit körperlicher oder handwerklicher Tätigkeit zugeordnet, auch wenn diese nur gelegentlich erfolgt. Dabei ist zu beachten, dass Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung auch während der Vertragsdauer anzuzeigen sind.

3. Begründen Sie, warum Unfallversicherer eine Begrenzung tariflicher Höchstsummen vornehmen.

Die Versicherungssummen sind ein weiteres Kriterium der Risikoprüfung. Zwar sind die Summen grundsätzlich frei wählbar, dennoch sollten sie bedarfsgerecht sein. Aus diesem Grund legen die Anbieter tarifliche Höchstsummen fest, die in Einzelfällen auch überschritten werden dürfen. Dafür muss der Antragsteller allerdings außer dem eigentlichen Antrag auch noch eine Selbstauskunft erteilen. Dabei werden konkrete Fragen nach finanziellen Verhältnissen, Gesundheitszustand und vorhandenen Versicherungen gestellt, die dem Versicherer zur Einschätzung des subjektiven Risikos dienen.

4. Nennen Sie drei Kriterien, bei denen in der Sparte Unfallversicherung ein Wachstum objektiv gemessen werden kann.

Es gibt mehrere Kriterien, anhand derer ein Wachstum objektiv gemessen werden kann: Beispiele dafür sind die Anzahl der Versicherungsverträge, die versicherten Risiken oder auch die Anzahl der Kunden.

5. Erläutern Sie die Auswirkungen auf die Ertragslage des Versicherers, wenn die Tarifprämie zu niedrig kalkuliert worden ist.

Gesetzt den Fall, dass die Tarifprämie zu niedrig kalkuliert worden ist, können sich unterschiedliche Auswirkungen auf die Ertragslage des Versicherers ergeben. Es ist möglich, dass die zu niedrig tarifierten Prämien zu einem vermehrten Kundenzufluss führen, der sich umsatzsteigernd auswirkt. Allerdings würde die Risikoprämie für die Deckung der Schäden nicht ausreichen, sodass ein steigender Umsatz zu einer Verminderung des Ertrages führen würde.

Teil III Kranken- und Unfallversicherung

Kapitel 4 – Auswirkungen der Entwicklung neuer Produkte auf die betrieblichen Kernprozesse

1. **Erläutern Sie die erforderlichen Schritte, um die Leistungspflicht und deren Umfang in der privaten Pflegepflichtversicherung feststellen zu können. Beschreiben Sie dabei auch die möglichen Leistungsansprüche.**

Es muss ein schriftlicher Antrag auf Pflegeleistungen mit einem Formular zum Datenaustausch gestellt werden, dann erhält der medizinische Dienst einen Auftrag und führt eine Untersuchung im häuslichen Bereich durch. In Abhängigkeit vom Pflegegrad und der persönlichen Situation des Pflegebedürftigen werden Leistungen aus der Pflege gewährt.

2. **Eine Ihrer Kundinnen ist bei Ihnen seit sechs Jahren krankheitskostenvollversichert und hat auch ein Krankentagegeld und die Pflegepflichtversicherung. Sie ruft Sie in der Agentur an und will u. a. wissen, ob eine Rückkehr in die GKV möglich und sinnvoll ist. Da ihr Mann deutlich mehr verdient und bei einer anderen Gesellschaft privat versichert ist, stellt sich zudem die Frage, wo das Kind zu versichern ist. Muss der Vertrag während der Elternzeit geändert werden? Wie gestaltet sich der Vertrag bei einer Teilzeitbeschäftigung?**

Eine Rückkehr in die GKV ist nicht möglich (§§ 5, 9, 10 SGB V). Unabhängig vom Verdienst kann das Kind bei der Gesellschaft des Mannes oder der Frau gegen einen eigenen Beitrag versichert werden. Der Vertrag läuft auch während der Elternzeit weiter. Eine Teilzeitbeschäftigung begründet eine Versicherungspflicht, von der sich die Kundin befreien lassen kann (§ 8 SGB V).

3. **Am 03.12. nehmen Sie einen Antrag beim Kunden auf, versichert werden sollen ergänzende Leistungen zur GKV. Unter anderem werden für Krankenhausaufenthalte auch das Zweibettzimmer und die Chefarztbehandlung vereinbart. Die Police geht am 22.12. dem Kunden zu, der technische Beginn ist der 01.01. Der Kunde hat am 17.12. einen Skiunfall, ist fünf Tage in Österreich im Krankenhaus und wird dann noch einmal stationär drei Tage lang vom 10. bis 12.01. in Deutschland behandelt. Beschreiben Sie die Situation vor dem vertragsrechtlichen Hintergrund.**

Die vorvertragliche Anzeigepflicht (vVA) ist bis zur Vertragserklärung zu erfüllen. Bis zum Vertragsschluss nur dann, wenn ausdrücklich und schriftlich nach weiteren Erkrankungen gefragt wird. Die Möglichkeiten der vVA scheiden damit aus. Zu klären ist hier noch die Wartezeitregelung (allgemeine und besondere Wartezeiten). Für Versicherungsfälle vor formellem Vertragsschluss besteht kein Versicherungsschutz! Deshalb erhält der Kunde keine Leistungen.

- 4. Sie bereiten sich auf eine Schulung von Auszubildenden vor. Das Thema ist die Beendigung von Versicherungsverhältnissen. Sie beschränken sich auf die Möglichkeiten aus den vertraglichen Rahmenbedingungen.**

Gemeint sind hier die Beendigung durch den VN, den VR und sonstige Möglichkeiten nach den §§ 13 bis 15 der AVB.

- 5. Der Betreuer eines Ihrer Kunden meldet sich. Für seine Mutter, die zurzeit noch zu Hause gepflegt wird, steht eine vollstationäre Versorgung an. Erläutern Sie ihm die Voraussetzungen, unter denen eine vollstationäre Pflege in Betracht kommt. Außerdem nennen Sie ihm drei mögliche Gründe für die Unterbringung seiner Mutter in einer vollstationären Pflege.**

Die Voraussetzung ist, dass Pflegebedürftigkeit gegeben ist und häusliche oder teilstationäre Versorgung nicht mehr möglich ist. Gründe sind die Überforderung der Pflegeperson, die Häufigkeit der Pflegeleistungen oder auch unabänderliche häusliche Gegebenheiten.

- 6. Ein Kunde ist bei Ihnen krankheitskostenvollversichert, u. a. hat er auch die Pflegepflichtversicherung. Seine Frau ist selbstständig und bei einem anderen PKV-Unternehmen versichert, auch in der Pflege. Sie hat ein Einkommen in Höhe von 450 EUR monatlich. Beide zahlen in der Pflege den vollen Beitrag. Erläutern Sie beiden die Situation bezogen auf den Versicherungsbeitrag.**

Voraussetzungen für den Ehegattenhöchstbeitrag (150 %): Beide Ehegatten sind privat versichert, einer ist seit dem 01.01.1995 privat pflegeversichert, das Einkommen muss unter einem Siebtel der Bezugsgrenze oder der Geringfügigkeitsgrenze liegen. Da die letzte Voraussetzung nicht erfüllt ist, zahlt jeder seinen risikogerechten Beitrag.

- 7. Eine 56-jährige Kundin, die seit 15 Jahren bei Ihnen krankheitskostenvollversichert ist, nimmt eine Teilzeitbeschäftigung mit einem Jahresgehalt von 20.000 EUR auf. Sie kündigt ihren Vertrag, da sie davon ausgeht, dass sie nun der gesetzlichen Krankenkassenversicherungspflicht unterliegt. Die Gesetzliche Krankenkasse verweigert ihr aber die Aufnahme. Die Kundin hat mittlerweile Diabetes und will zu Ihnen zurück. Beraten Sie die Kundin.**

Sie kann nicht GKV-Mitglied werden, da sie über 55 Jahre alt ist. Nach § 5 (10) SGB V kann sie aber zu den alten Bedingungen (ohne Risikoprüfung und Wartezeiten, bei Anrechnung der gebildeten Alterungsrückstellungen) in die PKV zurück, da die PKV längstens zwölf Monate zum Abschluss verpflichtet ist.

- 8. In Ihrer Agentur wollen Sie Ihre Innendienstkräfte über das Thema Arbeitslosigkeit bei Kunden und Möglichkeiten für die Versicherungsverträge informieren. Sie wählen das Beispiel eines vollversicherten Angestellten, der auch eine Krankentagegeldversicherung und die Pflegepflichtversicherung hat. Ihm droht die erstmalige Arbeitslosigkeit. Beschreiben Sie die vertraglichen und gesetzlichen Lösungsmöglichkeiten und erläutern Sie jeweils die Vorteile für den Kunden.**

Der Kunde wird mit dem Bezug von Arbeitslosengeld I versicherungspflichtig in der GKV. Davon kann er sich befreien lassen, wenn er über fünf Jahre PKV-versichert ist. Er erhält dann einen Zuschuss, das Krankentagegeld kann ruhend gestellt werden. Die Alternative ist die GKV-Pflicht, dann könnte der gesamte Vertrag ruhend gestellt werden. Der Kunde sichert sich damit seine Rechte aus dem Vertrag.

- 9. Einer Ihrer Versicherten erhält die Auskunft, bei der von ihm für eine Behandlung ausgewählten Krankenanstalt handele es sich um eine sog. „gemischte Anstalt“. Erklären Sie ihm in diesem Zusammenhang, warum für die Behandlung in dieser Krankenanstalt ein Ausnahmetatbestand und eine schriftliche Zusage des Versicherers vorliegen müssen.**

Es ist nachträglich nicht möglich, die Notwendigkeit und den Ausschlussstatbestand der gemischten Anstalt zu prüfen. Deshalb soll über eine schriftliche Anfrage und Überprüfung vor der Behandlung eine evtl. Zusage des Versicherers möglich sein. Es muss eine Abgrenzung zur Kur- und Sanatoriumsbehandlung (§ 5 Abs. 1 d AVB) vorgenommen werden können, die in der Regel keine Vertragsleistung sind. Ausnahmen gelten, wenn die Einlieferung aus akutem Anlass erfolgt oder der Heilbehandlungszweck nur in dieser Anstalt zu erreichen ist.

- 10. Einer Ihrer Kunden fährt für zwei Wochen in den Urlaub nach Österreich. Er ist krankheitskostenvollversichert mit einem Krankentagegeld und der Pflegepflichtversicherung. Auf seine Frage, ob er umfassend versichert ist, antworten Sie mit „Nein“. Beschreiben Sie dem Kunden den Geltungsbereich seines Vertrages und die Deckungslücken.**

In der Krankheitskosten-Vollversicherung besteht grundsätzlich in Europa unbegrenzt Versicherungsschutz, beim Krankentagegeld u. a. nur dann, wenn ein Krankenhausaufenthalt gegeben ist, und bei der Pflege besteht grundsätzlich kein Schutz (Ausnahme: Pflegegeld). Lücken können sich z. B. für einen Rettungsflug, die Absicherung im Krankenhaus oder dann ergeben, wenn Leistungen auf die deutschen Gebührenverzeichnisse begrenzt sind.

- 11. Sie stellen fest, dass ein Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss eine weitere Krankentagegeldversicherung abgeschlossen hat. Gleichzeitig erhalten Sie eine Bescheinigung über einen Krankenhausaufenthalt. Beschreiben Sie die vertragsrechtlichen Konsequenzen aus diesem Sachverhalt.**

Hier liegt eine Obliegenheitsverletzung nach § 9 (6) AVB vor. Da sich durch eine weitere Versicherung die Vertragsgefahr erhöht, muss der Versicherer vor Eintritt des Versicherungsfalles darauf reagieren können. Es besteht innerhalb eines Monats ab Kenntnisnahme ein Kündigungsrecht und damit besteht dann auch Leistungsfreiheit (§ 10 (2) AVB i. V. m. § 28 VVG), der Verschuldensgrad ist zu berücksichtigen.

- 12. Ein bei Ihnen versichertes Ehepaar hat einen achtjährigen Jungen aus Brasilien adoptiert. Erklären Sie den Kunden die vertraglichen Möglichkeiten, auch im Vergleich zu einem leiblichen Kind.**

Nach § 2 (3) AVB können minderjährige Adoptivkinder ohne Wartezeiten versichert werden. Voraussetzung ist, dass ein Elternteil seit drei Monaten versichert ist und der Versicherungsschutz nicht umfassender ist. Im Gegensatz zu den leiblichen Kindern kann ein Zuschlag maximal bis zur einfachen Beitragshöhe vereinbart werden.

- 13. Ein älterer Kunde möchte die ständigen Beitragssteigerungen der letzten Jahre nicht mehr kommentarlos akzeptieren. Bei allen Anpassungsschreiben erhielt er Hinweise auf Tarifvarianten. Jetzt möchte er von Ihnen über die wesentlichen Eckpunkte zum Basis- und Standardtarif und sein „Umstellungsrecht“ informiert werden. Klären Sie ihn über die kalkulatorischen und rechtlichen Hintergründe aus dem Vertrag auf.**

Das Umstellungsrecht und die Grundlagen ergeben sich aus dem § 204 VVG und § 1(6) AVB. Danach kann der Kunde in den Basistarif oder Standardtarif (letzteres nur für Bestandskunden vor 2009!) wechseln. Die Eckpunkte für dieses Umstellungsrecht werden in den §§ 19 und 20 der AVB definiert. Er kann aber auch im Rahmen der bestehenden Tarifwelten wechseln. Dabei ist aktuell auf die Portabilität der Alterungsrückstellung einzugehen, ebenso sollte in dem Lösungsvorschlag auf die Vor- und Nachteile beim neuen Tarif eingegangen werden.

- 14. Für den telefonischen Kundendienst bereiten Sie eine Schulung zum Thema „Übertritte aus der GKV und PKV“ vor. Stellen Sie eine Liste zu formalen Voraussetzungen und Vergünstigungen bei Übertritten zusammen.**

Ein Übertritt liegt immer dann vor, wenn im unmittelbaren Anschluss an den Vorversicherer (GKV/PKV) der Versicherungsschutz beginnt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Kündigung vom Vorversicherer nur dann anerkannt wird, wenn der Versicherungsschutz beim nächsten Versicherer bestätigt ist. Der unmittelbare Versicherungsschutz (ohne Wartezeiten) beginnt nur dann, wenn innerhalb von zwei Monaten der Übergang stattfindet und die Vorversicherungszeit mit mindestens acht Monaten angerechnet wird. Zu beachten ist bei einem PKV-Übertritt noch die Problematik der Portabilität der Alterungsrückstellung aus der Kranken- und Pflegeversicherung.

- 15. Sie arbeiten im Leistungsdienst der Proximus Versicherung AG. Sie erläutern einem Kunden telefonisch seinen Leistungsanspruch. Er bittet Sie um eine kurze schriftliche Antwort zu möglichen Selbstbeteiligungsformen des Krankenversicherungsvertrages. Verfassen Sie dazu ein Merkblatt, das künftig bei Kundenanfragen zu diesem Thema eingesetzt werden kann.**

In dem Merkblatt sollten u. a. folgende möglichen Selbstbeteiligungsformen aufgeführt werden: Abzugsfranchise (Selbstbehalt), prozentuale Beteiligungen, Maximierungen, Mischformen, Begrenzungen auf Gebührenverzeichnisse etc.

Kapitel 5 – Prozess der Markteinführung neuer Produkte, Mechanismen der Steuerung und des Controllings bei der Einführung neuer Produkte

1. Beschreiben Sie, was man unter Controlling versteht.


Das Controlling als Führungssubsystem soll nach Deyhle vor allem

- betriebswirtschaftlichen Service leisten,
- für Kosten-, Ergebnis- und Strategietransparenz sorgen,
- Teilpläne des Unternehmens zahlenmäßig und ganzheitlich koordinieren,
- ein unternehmensübergreifendes Berichtswesen organisieren,
- für mehr Wirtschaftlichkeit im System sorgen.

2. Jürgen Breuer ist Controller bei der Proximus Versicherung AG. Für seinen ausländischen Kollegen soll er darstellen, welche Aufgaben er bei der Proximus Versicherung AG übernimmt. Stellen Sie fünf Aufgaben für Herrn Breuer heraus.

Controller gestalten und begleiten den Management-Prozess der Zielfindung sowie die Planung und Steuerung der Unternehmensprozesse und tragen dadurch Mitverantwortung für die Zielerreichung.

3. Grenzen Sie den Aufgabenbereich des Controllers zum Management ab.

Management des Unternehmens		Controller des Unternehmens
Strategieverantwortung		Strategietransparenz
Finanz- und Ergebnisverantwortung		Finanz- und Ergebnistransparenz
Prozessverantwortung		Prozesstransparenz

4. Erläutern Sie die Bedeutung von Ratings für ein Versicherungsunternehmen.

Die Versicherungswirtschaft ist als Folge der seit 1994 bestehenden Deregulierung von wachsender Konkurrenz- und Produktvielfalt gekennzeichnet. Der zunehmenden Markttransparenz steht ein Informationsbedarf von Kunden, Vermittlern, aber auch Investoren (z. B. Aktionären) gegenüber. Mithilfe des Ratings sollen komplexe Zusammenhänge in einer vergleichbaren und leicht verständlichen Form zusammengebracht werden. Dem Marktteilnehmer verschafft es einen Überblick über die Finanzkraft der am Markt tätigen Erst- und Rückversicherer und bietet ihm eine wertvolle Entscheidungshilfe bei der Wahl seines Versicherers. Die Aussage über die Finanzkraft durch eine unabhängige dritte Institution stellt für das Unternehmen selbst ein wirkungsvolles Marketinginstrument dar.

5. Erläutern Sie, wie das Controlling eine Produkteinführung unterstützen kann.

Zu den Controlling-Aufgaben gehören bei der Zusammenarbeit verschiedener Bereiche zur Tarifierstellung auch die Erstellung der erforderlichen Planungsunterlagen und die zeitliche Koordination der Teilpläne in Form eines Planungskalenders, der den Bereichen vorgegeben wird. Die Teilpläne der Bereiche werden anschließend durch den Controller zusammengefasst, d. h. auf Zielkonformität überprüft und zu einem abgestimmten Gesamtplan zusammengefasst.

6. Beschreiben Sie die Inhalte einer Balanced Scorecard. Wo wird sie i. d. R. im Versicherungsunternehmen eingesetzt?

Die Balanced Scorecard (BSC) ist ein Konzept zur Dokumentation der Ergebnisse aus Messungen der Aktivitäten im Hinblick auf die Vision und Strategien des Versicherungsunternehmens, um den Führungskräften einen umfassenden Überblick über die Leistungsfähigkeit und Effektivität der Organisation zu bieten. Die Balanced Scorecard macht die Erreichung strategischer Ziele messbar.

7. Beschreiben Sie die drei Schritte, wie ein Controller in der Praxis vorgehen sollte.

Ein Controller sollte sich im Prozess des Controllings folgende Fragen stellen:

1. Abstimmung mit dem Auftraggeber und Definition der Fragestellung bzw. des Problems:
 - Wie lautet die grundsätzlich zu lösende Frage?
 - Wie ist die Ausgangslage?
 - Wer sind die Entscheidungsträger?
 - Wie ist Ihre Rolle als Controller?
 - Wer sind die anderen Interessengruppen?
 - Was ist das erwartete Endprodukt?
2. Strukturieren des Problems bzw. der Fragestellung und Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten, Priorisieren der Ansätze, Ableiten von Analysen:
 - Habe ich die grundsätzlich zu lösenden Fragen formuliert und Lösungsansätze dargestellt?
 - Habe ich die Lösungsansätze nach relevanten Kriterien priorisiert?
 - Habe ich die Lösungsansätze durch Analysen untermauert?
3. Synthetisieren der Ergebnisse:
 - Habe ich die erarbeiteten Ergebnisse gegenübergestellt?
 - Habe ich Pro und Contra der unterschiedlichen Lösungen herausgearbeitet?
 - Habe ich jeweils den „springenden Punkt“ der Ergebnisse herausgearbeitet?

4. Entwickeln der Empfehlung: Wie ist die Geschichte?

- Habe ich Ihre Zielgruppe und Ihr Ziel festgelegt, das Sie mit der Präsentation Ihrer Ergebnisse aus dem Controlling-Prozess erreichen wollen?
- Habe ich eine klare Einleitung/Ausgangslage?
- Habe ich eine Kernaussage/Handlungsempfehlung?
- Ist diese auf den verschiedenen Ebenen logisch untermauert?
- Passt meine Untermauerung zu der erwarteten Frage der Adressaten?
- Logische Gruppe: Warum? Wie? Was?
- Logische Kette: Warum?
- Habe ich die Struktur in Ihrem Unternehmen überprüft?
- Was möchte Ihr Auftraggeber bzw. das Management erreichen?
- Was kann von den Beteiligten geleistet werden?
- Habe ich einen überzeugenden Schluss (Zusammenfassung, nächste Schritte)?

5. Grafisches Darstellen der Empfehlung – Schaubilddesign

- Erzählung einer logisch und sinnvoll aufgebauten „Story“ mit den aneinandergereihten Aussagetiteln der Schaubilder.
- Hat jedes Schaubild eine Kernaussage, einen Titel und eine visuelle Darstellung?
- Unterstützt die visuelle Darstellung die Aussage des Schaubildes (kleine Pyramide)?
- Wie geht es weiter?
- Wo und wann finden die Ergebnisse Berücksichtigung?
- Welche Entscheidungen sind erforderlich und wer kümmert sich ggf. hierum?

8. Beschreiben Sie in zwei Beispielen für ein Finanz- und Versicherungsunternehmen, wie das Controlling die Prozesse im Unternehmen verbessern kann.

Beispiele für mögliche Verbesserungsprozesse sind:

- Schadensmanagement: Es bestehen hohe Schadensquoten im Bereich der Berufsunfähigkeitsversicherung. Das Controlling kann einen Zusammenhang zwischen der Risikoprüfung bei Antragstellung und dem späteren Schaden herstellen.
- Beschwerdemanagement: Das Controlling kann die Beschwerde als Chance nutzen, um ggf. innerbetriebliche Schwierigkeiten zu erkennen, sie transparent und damit bearbeitbar zu machen.
- Vergleiche von Gruppen bei der Produktivität der geleisteten Arbeit: Das Controlling kann einen Best-Practice-Ansatz anhand eines Benchmark-Vergleichs verfolgen.

9. Erläutern Sie die Abweichungsanalyse und beschreiben Sie, wie sie in einem Versicherungsunternehmen genutzt werden kann.

Wenn Pläne immer voll erfüllt würden, gäbe es keine Abweichungen. Es wird aber immer Unsicherheiten und damit Annahmen geben bei der Planerstellung (Stimmen die angesetzten Mengen, Kosten, Aufwände etc.?). Deshalb sind Abweichungsanalysen zwischen Plan und Ist-Zustand als fest zum Führungsprozess und damit auch zum betrieblichen Rechnungswesen gehörig zu betrachten. Hieraus kann – wenn die Analyse richtig eingesetzt wird – ein Lernprozess im Unternehmen entstehen, da ein Fehler nach Möglichkeit nicht zweimal gemacht wird. Ein Beispiel:

Ein Versicherungsunternehmen plant die Bearbeitung der KV-Zusatzversicherung mit einem geplanten Arbeitseinsatz von 1.000 Stunden zu einem Planpreis von 22 EUR/Stunde. Wie sich später herausstellt, wurden jedoch 1.250 Stunden benötigt und der Preis je Arbeitsstunde lag bei 15 EUR/Stunde.

Daraufhin überprüft der Controller diesen Arbeitseinsatz nach dem folgenden Muster:

- Verbrauchsabweichung: Preisabweichung und/oder Beschäftigungs-/Mengenabweichung: Für die tatsächlichen (IST-)Mengen werden mehr/weniger Ressourcen benötigt.
- Die tatsächlichen (IST-)Preise der Produktionsfaktoren liegen unter/über dem geplanten Rahmen.
- Kostenabweichungen zwischen dem tatsächlichen IST und dem ursprünglichen PLAN durch höhere/geringere Menge

10. Welche Punkte sind bei einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) von besonderem Interesse? Nennen Sie mindestens vier Punkte.

- Vorgabe der Sollwerte
- Kennzahlensystem der Agentur
- Soll-Ist-Vergleich
- Abweichungsanalyse
- Anreize/Sanktionen
- Steuerung der Maßnahme
- Ergebnis der Rechnungsperiode
- Sicherstellung der Kommunikation im Prozess