

Aufgabe
2

Als Risikoprüfer der PROXIMUS Versicherungs-AG erhalten Sie von Ihrem Vorgesetzten den Auftrag, Unterlagen für einen Workshop zu erarbeiten. Thema des Workshops ist: „Warum ist die Gestaltung von Annahmerichtlinien für den Unternehmenserfolg von entscheidender Bedeutung?“

- a) Beschreiben Sie die Unterschiede zwischen **(8 Punkte)**
- den objektiven Risikomerkmale und
 - den subjektiven Risikomerkmale
- in der Krankenversicherung.
- b) Nennen Sie jeweils zwei Beispiele. **(4 Punkte)**
- c) Erklären Sie vier Zielsetzungen, die bei der Gestaltung eines Antrages in der Krankenversicherung verfolgt werden. **(8 Punkte)**

Lösungshinweise Aufgabe 2

(RP: 4.3.1)

20 Punkte

- a) – Die objektiven Risikomerkmale beeinflussen die Eintrittswahrscheinlichkeit des Versicherungsfalles. Sie können von der versicherten Person nicht beeinflusst werden. Gerade in der Krankenversicherung sind dies die für die Prämienkalkulation entscheidenden Merkmale. Das objektive Risiko kann kalkuliert und bei der Risikobeurteilung durch eine entsprechende Beitragsgestaltung berücksichtigt werden.
- Die subjektiven Risikomerkmale liegen in der Person des Versicherten selbst, d. h. auch in seinem Verhalten und seiner Einstellung und können von der versicherten Person beeinflusst werden. Sie sind schwer erfassbar und damit kaum zu kalkulieren. Diese Merkmale können gegebenenfalls im Rahmen von Bonusprogrammen berücksichtigt werden. **(8 Punkte)**
- b) – Objektive Risikomerkmale:
- Lebensalter
 - Geschlecht
 - Vorerkrankungen
 - Beruf
- Subjektive Risikomerkmale:
- Betrugsabsichten
 - Lebenswandel
 - Gesundheitsbewusstsein
 - Ernährungsverhalten
- (4 Punkte)**
- c) – Bestandteil des Rechtsverhältnisses, da Angaben für Vertragsformulierung zwingend notwendig
- Grundlage der Datenerfassung für die weitere Vertragsbetreuung

- Mittel zur Beschreibung des Versicherungsschutzes, auch z. B. für gewünschte Zusatzleistungen
- Quelle für Ansprechpartner (z. B. Vermittler, Versicherungsunternehmen, BaFin usw.) zur Erstellung z. B. von Jahresstatistiken
- Mittel zur Bedarfsfindung
- Mittel zum Cross-Selling
- Gewinnung von Kundendaten
- Hilfestellung zum Verhalten im Schadenfall

(8 Punkte)

Aufgabe 4

Seit dem 1. Januar 2009 muss auch die PROXIMUS Krankenversicherungs-AG den Basistarif anbieten. Im Rahmen der Erstellung eines Produktportfolios gehen Sie auf die Prämissen des Basistarifs genauer ein.

Sie wollen folgende Regelungen im Basistarif darstellen. Dabei gehen Sie auf die gesetzlichen sowie vertraglichen Grundlagen ein:

- a) Erläutern Sie, welche Personenkreise aus heutiger Sicht Zugangsberechtigung in den Basistarif haben. **(10 Punkte)**
- b) Erläutern Sie die Besonderheiten der Beitragserhebung im Basistarif. **(10 Punkte)**

Lösungshinweise Aufgabe 4

(RP: 4.2.3.3)

20 Punkte

- a) § 193 VVG – MB Basistarif PROXIMUS:
 - Nach dem 30. Juni 2009 können Bestandsversicherte nur noch in den Basistarif ihres eigenen Unternehmens wechseln, wenn sie
 - das 55. Lebensjahr vollendet haben oder
 - eine Rente der Gesetzlichen Rentenversicherung beziehen oder
 - ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen oder
 - hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechtes sind.
 - Personen, die erst nach dem 31. Dezember freiwilliges Mitglied einer Krankenkasse werden, innerhalb von sechs Monaten nach Begründung ihrer freiwilligen Mitgliedschaft
 - alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die weder in der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind noch Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz beanspruchen können noch Sozialhilfe erlangen (Ausnahme: Leistungen nach dem 5., 8. und 9. Kapitel SGB XII)
 - Privatversicherte mit Wohnsitz in Deutschland, die ihren Versicherungsvertrag ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossen haben

(10 Punkte)

b) Gemäß § 12 VAG:

- Der zu zahlende Höchstbeitrag entspricht dem jeweils gültigen Höchstbeitrag in der Gesetzlichen Krankenversicherung (allgemeiner Beitragssatz · Beitragsbemessungsgrenze).
- Wenn nachgewiesen wird, dass durch die Zahlung des Höchstbeitrages Hilfebedürftigkeit entsteht, wird der Höchstbeitrag halbiert.
- Falls dann immer noch Hilfebedürftigkeit durch die Beitragszahlung droht, leistet der zuständige Träger nach dem SGB II oder SGB XII auf Antrag einen Zuschuss, sodass Hilfebedürftigkeit vermieden wird.
- Wenn unabhängig von der Beitragszahlung Hilfebedürftigkeit besteht und dies auch durch den zuständigen Träger nach dem SGB II oder SGB XII bescheinigt wird, reduziert sich der Beitrag auf die Hälfte des Höchstbeitrages.
- Auf Antrag gewährt der zuständige Träger nach dem SGB II oder SGB XII auch hierfür einen Zuschuss. Dieser ist auf den Beitrag begrenzt, den ein Arbeitslosengeld-II-Empfänger in der Gesetzlichen Krankenversicherung erhalten würde.

(10 Punkte)

Aufgabe 5

Sie sind im Team Leistung/Pflege. Die Tochter einer Ihrer Kundinnen schreibt Ihnen folgenden Brief:

„... meine Mutter hat mich vor fünf Wochen in Italien besucht. Leider stürzte sie vor zwei Wochen nach ihrer Rückkehr in Deutschland so schwer, dass sie in ein Krankenhaus musste. Sie ist seitdem gelähmt und pflegebedürftig. Hiermit stelle ich den Antrag auf Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung. Die Pflege werde ich dann hier in Italien durchführen. ...“

Ihre Kundin ist seit zehn Jahren krankheitskostenvoll- und pflegepflichtversichert und 62 Jahre alt.

Sie bereiten ein Telefonat mit der Tochter vor.

a) Beschreiben Sie die erforderlichen Schritte, um vom Grundsatz her die Leistungspflicht und deren Umfang feststellen zu können. **(10 Punkte)**

b) Angenommen, es besteht Pflegebedürftigkeit:

Prüfen und belegen Sie anhand der rechtlichen Grundlagen die Leistungspflicht und deren Umfang im vorliegenden Fall. **(10 Punkte)**

Lösungshinweise Aufgabe 5

(RP: 4.2.1)

20 Punkte

- a) – schriftlichen Antrag auf Pflegeleistungen stellen/Formular zur Erklärung zum Datenaustausch
- Auftrag an medizinischen Dienst
 - Untersuchung durch medizinischen Dienst im häuslichen Bereich

(10 Punkte)

- b)
- Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung gibt es zunächst nur in Deutschland.
 - Im europäischen Ausland wird nur Pflegegeld gezahlt (EU-Urteile).
 - Die Wartezeit ist erfüllt.
 - Die Leistungshöhe ist abhängig von der Pflegestufe, die durch den medizinischen Dienst festgestellt wird.
 - Grundlage: MB/Private Pflegeversicherung

(10 Punkte)