

# Bundeseinheitliche Weiterbildungsprüfung

der Industrie- und Handelskammern

## Lösungshinweise

### **Geprüfte/-r Fachwirt/-in für Versicherungen und Finanzen**

- **Handlungsbereich** Kranken- und Unfallversicherungen  
– Schaden- und Leistungsmanagement
- **Prüfungstag** 13. Oktober 2011

# Bundeseinheitliche Weiterbildungsprüfung

## 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 eingengt.
- 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.
- 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](mailto:service@wbv.de)

## Aufgabe 1

Sie sind Sachbearbeiter in der Krankenversicherung der PROXIMUS Versicherung AG. Herr Gruber beantragte am 26. Juli 2011 eine Heilkostenvollversicherung mit Versicherungsbeginn 1. Oktober 2011. Aufgrund der Vorerkrankung „Bluthochdruck“ hat Herr Gruber eine Risikozuschlagsvereinbarung über 35 € Risikozuschlag unterzeichnet. Am 9. August 2011 erhält Herr Gruber den Versicherungsschein. Wartezeitenerlass ist gegeben.

Aus eingereichten Rechnungen (ambulante Behandlungen wg. Bandscheibenvorfall – Oktober 2011) und einer Arztauskunft stellen Sie am 24. Oktober 2011 fest, dass sich Herr Gruber erstmalig bereits am 29. Juli 2011 aufgrund dieses Bandscheibenvorfalles in ambulanter Behandlung befand.

- Prüfen Sie die Möglichkeit eines Rücktrittes aufgrund vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung. Begründen Sie Ihre Entscheidung. (12 Punkte)
- Prüfen Sie die Leistungspflicht der PROXIMUS Versicherung AG im oben genannten Fall und begründen Sie Ihre Antwort. Gehen Sie dabei auch auf die vertraglichen Grundlagen ein. (13 Punkte)

## Lösungshinweise Aufgabe 1

(RP: 7.1.1.2)

- Gemäß § 19 Abs. 1 VVG muss der Versicherungsnehmer bis zur Abgabe der Vertragserklärung – im vorliegenden Fall der 26. Juli 2011 – die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind, anzeigen.

Herr Gruber hat am 26. Juli 2011 die Anzeigepflicht erfüllt.

Die Behandlung am 29. Juli 2011 muss Herr Gruber nicht anzeigen, da Herr Gruber keine Nachmeldepflicht trifft.

Nach § 19 Abs. 1 Satz 2 VVG trifft Herr Gruber nur eine Nachmeldepflicht, wenn der Versicherer nach Abgabe der Vertragserklärung – hier der 26. Juli 2011 – aber vor Vertragsannahme – hier der 9. August 2011 – Fragen zum Gesundheitszustand/Anzeigepflicht stellt.

Da dies im vorliegenden Fall nicht geschehen ist, entfällt das Rücktrittsrecht des Versicherers. (12 Punkte)

- b) Es handelt sich um einen gedehnten Versicherungsfall, der vor Beginn des Versicherungsschutzes (1. Oktober 2011) eingetreten ist.

Gemäß § 2 Abs. 1 Satz 2 MB/KK 2009 PROXIMUS wird für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, nicht geleistet.

Der materielle Versicherungsschutz beginnt gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2009 PROXIMUS am 1. Oktober 2011.

Die Behandlung wegen des Bandscheibenvorfalles ist gemäß § 1 Abs. 2 Satz 2 MB/KK 2009 PROXIMUS ein gedehnter Versicherungsfall, der am 29. Juli 2011 begonnen hat.

Da der Versicherungsfall vor dem 1. Oktober 2011 eingetreten ist, ist er allein schon deshalb vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Versicherungsschutz ist somit nicht gegeben.

(13 Punkte)

## Aufgabe 2

Als Sachbearbeiter in der Leistungsbearbeitung der PROXIMUS Versicherung AG haben Sie Arztrechnungen zu prüfen. Aufgrund von Leistungskürzungen sind Rückfragen nicht zu vermeiden. Ein betroffener Kunde tritt mit Ihnen in Kontakt.

- a) Infolge der Prüfung des Zielleistungsprinzips konnten bei dem Kunden mehrere Gebührensatzungen nicht anerkannt werden.

Informieren Sie den Kunden über das Zielleistungsprinzip innerhalb der Gebührenordnung für Ärzte.

(5 Punkte)

- b) Der Kunde fragt nach, welche Besonderheiten sich bei der Erstattung ergeben würden, bzw. welche Prüfungen erfolgen würden, wenn er im Basistarif versichert wäre und einer Arztbehandlung in Anspruch nehmen wollte.

Geben Sie dem Kunden Auskunft.

(10 Punkte)

- c) Der Kunde weist aufgrund einer Rechnungskürzung darauf hin, dass die GOÄ nach Ansicht des behandelnden Arztes veraltet sei und ja ohnehin novelliert werde.

Stellen Sie kurz das Vorgehen bei Ermittlung einer GOÄ-Gebühr dar und zeigen Sie auf, welche Neuerung die PKV bei einer Novellierung der GOÄ einbringen möchte.

(10 Punkte)

## Lösungshinweise Aufgabe 2

(RP: 7.1.1.1, 7.1.1.4, 7.4.3)

(25 Punkte)

a) Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Arzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen Einzelschritten.

(5 Punkte)

b) Für den Basistarif gilt, dass die kassenärztlichen Vereinigungen und die kassenärztliche Bundesvereinigung verpflichtet sind, die ärztliche Versorgung im Umfang der im Basistarif versicherten Leistungen sicherzustellen. Im Umkehrschluss umfasst der Basistarif nur die Behandlung bei kassenärztlich bzw. kassenzahnärztlich zugelassenen Ärzten.

Die privaten Krankenversicherer und die kassenärztliche Bundesvereinigung waren deshalb aufgerufen, für Basisversicherte eine Vereinbarung zur ambulanten Vergütung zu treffen. Diese ist zwischenzeitlich getroffen worden.

Hiernach erfolgt die Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte zu geringeren Steigerungssätzen, als es gewöhnlich bei privat Versicherten üblich ist. So werden Laborleistungen mit dem Steigerungssatz 0,9-fach, technische Leistungen 1,0-fach und persönliche Leistungen 1,2-fach vergütet.

(10 Punkte)

c) Abrechnungsbasis für Ärzte ist die veraltete Gebührenordnung für Ärzte, die einen gesetzesähnlichen Charakter hat. Die Ärzte müssen jede medizinisch notwendige Leistung im hierfür festgelegten Gebührenrahmen abrechnen. Abweichungen, z. B. die Vereinbarung von günstigeren Preisen zwischen Versicherer und Ärzten, sind nicht erlaubt.

Diese Situation wird durch die private Krankenversicherung bemängelt. Infolgedessen werden sogenannte Öffnungsklauseln, d. h. die Möglichkeit von Abweichungen zur GOÄ, gefordert. Sie würden es den privaten Krankenversicherern alleine oder im Verbund erlauben, im gegenseitigen Einvernehmen mit den Ärzten direkt über Qualitätsstandards und Vergütungen zu verhandeln und dabei Vereinbarungen abweichend der Regelungen aus den Gebührenordnungen zu treffen. Die Interessen der privaten Krankenversicherung sind, dass der überproportionale Kostenanstieg der letzten Jahre gebremst wird und der Einfluss auf die Qualität und die damit verbundenen Mengen und Preise gestärkt wird.

Voraussetzung für eine „Öffnungsklausel“ wäre aber eine entsprechende gesetzliche Änderung.

(10 Punkte)

## Aufgabe

### 3

Als Sachbearbeiter der Leistungsabteilung der PROXIMUS Versicherung AG sollen Sie einen einführenden Vortrag über reaktives Leistungsmanagement im Bereich der Abrechnung zahntechnischer Leistungen halten.

- a) Erläutern Sie, ob und inwieweit private Krankenversicherer im Rahmen der Leistungsprüfung Kostengesichtspunkte berücksichtigen und mit Blick auf eine überhöhte Eigenlaborrechnung eines niedergelassenen Arztes ggf. die Leistung an den Versicherten kürzen können.

Nennen und erläutern Sie ggf. mögliche Rechtsgrundlagen und deren Effektivität als Kostensenkungsinstrumente.

- b) Anhand des folgenden Sachverhaltes wollen Sie den Teilnehmern die Rechtsgrundlagen zu einem Leistungsfall erklären:

Herr Volkmanns Gebiss muss gründlich saniert werden. Aus zahnärztlicher Sicht gibt es zwei gleichwertige Behandlungsmethoden (A und B), die beide medizinisch notwendig im Sinne von § 1 Abs. 2 MB/KK sind. Behandlung A kostet 20.000 €, Behandlung B kostet 30.000 €.

Volkman wählt Behandlung B und reicht nach Behandlungsende die Rechnung über 30.000 € bei der PROXIMUS Versicherung AG ein.

Von dort erhält er folgende Mitteilung:

Sehr geehrter Herr Volkmann,  
leider können wir Ihnen nur 20.000 € erstatten. Die Behandlung B war als solche medizinisch notwendig und wurde auch korrekt abgerechnet. Bei gleicher Eignung zweier Behandlungsmethoden sind wir nur verpflichtet, die Kosten für die günstigere Behandlung zu übernehmen.

Erläutern Sie, ob die PROXIMUS Versicherung AG die Erstattung zu Recht ablehnt oder nicht. Begründen Sie Ihre Entscheidung.

(13 Punkte)

(12 Punkte)

## Lösungshinweise Aufgabe 3

(RP: 7.1, 7.4)

(25 Punkte)

- a) Nach § 192 Abs. 2 VVG und § 5 Abs. 2 MB/KK ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als die Aufwendungen für Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

Zu klären ist, was unter einem auffälligen Missverhältnis zu verstehen ist.

Klar ist, dass dies unterhalb der sogenannten Wuchergrenze des § 138 BGB liegt, sonst hätte es der Vorschrift in § 192 Abs. 2 VVG nicht bedurft.

Gegenüberzustellen und ins Verhältnis zu setzen sind Umfang und objektiver Wert der konkreten Behandlungsleistung – Umfang, Schwierigkeit, Zeitaufwand – und der Preis.

Das Verhältnis zwischen Leistung und der geforderten Vergütung muss als noch vertretbar und objektiv sachgerecht erscheinen. Zu berücksichtigen ist hierbei auch die sogenannte Marktüblichkeit – Was verlangt die Mehrzahl der übrigen Zahnlabore für vergleichbare Leistungen?

Bei Privatpatienten kann auch die sogenannte BEL-Liste, die allerdings nur eine unverbindliche Orientierung darstellt, Aufschluss darüber geben, zu welchem Preis Leistungen eines Zahnlabors erbracht werden können.

Dies eröffnet von vornherein eine gewisse Bandbreite, was die Festlegung von Durchschnittswerten als allein verhältnismäßig ausschließt.

Insgesamt erscheint es schwierig, genau festzulegen, wo die Grenze zwischen einem noch verhältnismäßigen Preis und einem Missverhältnis verläuft.

Effektive Instrumente zur Kostenreduzierung können die genannten Regelungen nur sein, wenn der Versicherer zumindest ausreichende und überzeugende Erhebungen über marktübliche Preise durchgeführt hat und somit über ausreichend viele Daten verfügt und so ggf. überzeugend darlegen kann, dass die strittige Rechnung ersichtlich weit über dem üblichen Preisniveau liegt.

(13 Punkte)

b) Nach dem Sachverhalt war die Behandlung B medizinisch notwendig i. S. v. § 1 Abs. 2 MB/KK. Die Abrechnung war auch korrekt, ein Fall des § 5 Abs. 2 MB/KK liegt mangels auffälligem Missverhältnis zwischen Leistung und Preis nicht vor.

§ 1 Abs. 2 MB/KK enthält nach der Rechtsprechung des BGH (insbesondere Alpha-Klinik-Urteil) keine Begrenzung auf rein wirtschaftliche Notwendigkeit. Ob der Versicherungsfall vorliegt, entscheidet sich ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten, nach der Eignung der durchgeführten Behandlung. Da die Behandlung B auch nach Auffassung der PROXIMUS Versicherung AG medizinisch notwendig war und kein Fall des § 5 Abs. 2 Satz 2 MB/KK gegeben ist, fehlt es für eine Kürzung an der Rechtsgrundlage.

Die Schadenminderungsobliegenheit des § 9 Abs. 4 MB/KK könnte verletzt sein. Allerdings enthält diese nicht die Verpflichtung, unter zwei gleich geeigneten Methoden die billigere zu wählen (anderes Ergebnis mit entsprechender Begründung noch vertretbar). Dies würde die Bestimmung des § 1 Abs. 2 MB/KK aushöhlen, der eindeutig nur medizinische Notwendigkeit voraussetzt.

Es ist voll zu erstatten. Die PROXIMUS Versicherung AG lehnt die weitere Erstattung zu Unrecht ab.

(12 Punkte)

## Aufgabe 4

Ihr Kunde, Herr März, meldet Ihnen, dass nach einem Unfall sein rechtes Bein unterhalb des Kniegelenkes amputiert wurde. Außerdem ist sein linkes Bein zu 6/10 in der Funktionsfähigkeit eingeschränkt. Allerdings wirkt bei der Einschränkung am linken Bein ein bestehendes Leiden zu 30 % mit.

a) Herr März möchte von Ihnen wissen, wie hoch sein Invaliditätsgrad ist.

Berechnen Sie den Grad der Invalidität. Zeigen Sie dabei den Rechenweg auf.

(6 Punkte)

b) Herr März möchte wissen, welche Auswirkungen die Vorschädigung des linken Beines auf den Invaliditätsgrad hat.

Erläutern Sie Herrn März, welcher Invaliditätsgrad vorliegen würde, wenn die Vorschädigung nur 20 % betragen würde.

(6 Punkte)

c) Aufgrund des Unfalles hat Herr März große Schwierigkeiten, seine Haushaltsführung aufrechtzuhalten. Er hat daraufhin eine Haushaltshilfe engagiert, die für ihn die „Dinge des täglichen Bedarfs“ wie Einkäufe, Putzen, Bügeln usw. erledigt.

Herr März fragt Sie nun, wer denn für die Kosten dieser Haushaltshilfe aufkommt.

Erläutern Sie Herrn März die Erstattungsmöglichkeiten.

(6 Punkte)

d) Im Gespräch erzählt Ihnen Herr März von einer Bekannten, bei der – ohne nachvollziehbare Ursache – eine Schenkelhalsfraktur festgestellt wurde.

Er möchte nun von Ihnen wissen, inwieweit hier Versicherungsschutz über die Unfallversicherung gegeben wäre.

Erläutern Sie Herrn März den Versicherungsschutz.

(7 Punkte)

## Lösungshinweise Aufgabe 4

(RP: 7.2)

(25 Punkte)

a) Invaliditätsgrad rechtes Bein unterhalb des Knies	50,0 %
Invaliditätsgrad linkes Bein	= 70 %
6/10 Einschränkung des Beines (60 % von 70 %) = 42 %	
30 % durch bestehendes Leiden (70 % von 42 %)	<u>29,4 %</u>
gesamter Invaliditätsgrad	79,4 %

(6 Punkte)

b) Der Invaliditätsgrad würde dann auf insgesamt 92 % steigen, da erst ab einem Mitwirkungsgrad eines bestehenden Leidens von mindestens 25 % eine Minderung des Invaliditätsgrades erfolgt.

(6 Punkte)

c) Folgende Möglichkeiten stehen Herrn März zur Verfügung:

- Zuschuss der Krankenkasse zur Haushaltshilfe
- Zahlung der Kosten über die ggf. mitversicherten Assistance-Leistungen  
Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass eine Leistung aus der Unfallversicherung/Assistance nur erfolgt, wenn der Versicherer die Hilfsorganisation beauftragt; eine Beauftragung durch den Versicherten bedingt die Leistungsfreiheit.

Darüber hinaus gilt, dass der Versicherer die aus anderem Rechtsgrund erstattungsfähigen Kosten (z. B. Krankenkasse) nur nach Abzug erstattet (zeitliche Befristung).

(6 Punkte)

d) Eine ohne nachvollziehbare Ursache entstandene Schenkelhalsfraktur ist im Rahmen der AUB nicht als ersatzpflichtiger Unfall zu sehen (außer im Tarif 50 PROXIMUS); im Rahmen der ggf. mitversicherten Assistance-Leistungen jedoch sind die versicherten Leistungen des Versicherers zu erbringen, da die Fraktur als solche – ohne Berücksichtigung der Ursache – versichert gilt.

(7 Punkte)