



Berufsprüfung Fachperson Krankenversicherung Prüfungsteil 1, Position 1.1 Mini Cases A - D

Lösungen

0-Serie

Die folgenden Handlungskompetenzbereiche werden geprüft:

HKB A – Beraten von Kundinnen und Kunden von Krankenversicherungen.

HKB B – Bearbeiten von Leistungsansprüchen von Kundinnen und Kunden von Krankenversicherungen.

HKB C – Koordinieren mit Anspruchsgruppen von Krankenversicherungen.

HKB D – Bearbeiten von rechtlichen Streitigkeiten im privaten und öffentlichen Recht im Bereich von Krankenversicherungen.

Dauer: 90 Minuten

Hilfsmittel: Handbuch der Schweizer Kranken- und Unfallversicherung 2024

Beilagen: keine

Bewertung

	Max. Punkte	Erreichte Punkte	Note
Note der Prüfung	44		

Bemerkungen:

Antworten, welche nur auf eine gesetzliche Bestimmung (Artikel) hinweisen, genügen nicht, ausser, es wird ausdrücklich verlangt.

Werden Gesetzesartikel gefragt, so sind der Artikel, der Absatz und allenfalls weitere präzisierende Teile anzugeben (Ziffern, Buchstaben etc.).

Für die Prüfung ist Kugelschreiber oder Tinte (nicht radierbar) mit blauer oder schwarzer Farbe zu verwenden.

Frage 1 (6.5 Punkte) Geschätzte Zeit: 10 Minuten

Ausgangslage

Frau Wiederkehr, am 10. April 2024 neu in der Schweiz angekommen, hat zuvor 10 Jahre in Australien gelebt. Bei ihrer Ankunft in der Schweiz hatte sie mit einer ganzen Menge Papierkram zu tun, der sie viel Zeit gekostet hat. Am 28. September 2024 schliesst sie eine Grundversicherung gemäss KVG bei der Krankenkasse Y. mit einer Franchise von CHF 300.- einschliesslich Unfaldeckung zu monatlich CHF 562.- ab.

Erläutern Sie Frau Wiederkehr das Prinzip der Versicherungspflicht (ohne Berechnungen), sowie die Konsequenzen, welche bei verspäteter Anmeldung entstehen. Wie ist die Situation bei Frau Wiederkehr?

Antwort

Frau Wiederkehr hatte ab dem Zeitpunkt der Ankunft am neuen Wohnort in der Schweiz 3 Monate Zeit, um sich einer Krankenversicherung anzuschliessen **(0.5)**. Hätte sie dies innerhalb der gesetzten Frist getan, wäre der Versicherungsschutz rückwirkend ab Einreisedatum gewesen **(0.5)**.

Da sie sich erst nach Ablauf dieser 3 Monate angemeldet hat, gilt dies als verspäteter Beitritt **(0.5)**. Der Versicherungsschutz **(0.5)** und die Prämienzahlungspflicht **(0.5)** beginnt erst ab dem Tag des Beitritts **(0.5)**.

Ist die Verspätung nicht entschuldbar, wird ein Prämienzuschlag fällig **(0.5)**. Dieser erfolgt für die doppelte Dauer der Verspätung **(0.5)**. Er beträgt 30 bis 50 % der Prämie **(0.5)**.

Der Versicherer setzt den Prämienzuschlag nach der finanziellen Situation des Versicherten fest **(0.5)**. Führt dieser zu einem finanziellen Engpass beim Versicherten, setzt der Versicherer einen niedrigeren Satz an **(0.5)**.

Werden die Prämien über die Sozialhilfe **(0.5)** geleistet, fällt kein Prämienzuschlag an **(0.5)**.

Frage 2 (5 Punkte) Geschätzte Zeit: 15 Minuten

Ausgangslage 1

Herr Arrighi hat beim Krankenversicherer X. eine freiwillige Taggeldversicherung nach KVG in Höhe von CHF 250.- pro Tag für eine Jahresprämie von CHF 6'860.00 abgeschlossen. Die Wartefrist beträgt 30 Tage. Er arbeitet Vollzeit als selbstständiger Uhrmacher.

Nach einem gesundheitlichen Vorfall ist er zu 100 % krankgeschrieben. Er meldet den Fall seinem Krankenversicherer:

Der Krankenversicherer verlangt von Herr Arrighi einen Nachweis über die Höhe seines Einkommens. Darf die Versicherung diesen Nachweis verlangen? Erklären Sie Herr Arrighi, weshalb die Versicherung einen Einkommensnachweis verlangt.

Antwort

Ja **(0.5)**. Die freiwillige Krankentaggeldversicherung gemäss KVG ist eine Schadensversicherung **(0.5)**. Bei einer Schadensversicherung wird im maximum nur der tatsächlich entstandene Schaden vergütet **(0.5)**.

Ausgangslage 2

Herr Arrighi gibt dem Krankenversicherer an, dass sein Einkommen CHF 6'000.- pro Monat auf Basis von 12 Monaten beträgt. Zeigen Sie ihm auf, wie viel ihm bei einer Arbeitsunfähigkeit von 90 Tagen ausbezahlt wird.

Antwort

CHF 6'000 x 12 Monate : 360 Tage = CHF 200 **(0.5)**

CHF 200 x 60 Tage = CHF 12'000 **(0.5)**

Wird mit 365 Tagen gerechnet, gelten lassen

(Frage 2) Ausgangslage 3

Nach 90 Tagen nimmt Herr Arrighi seine Arbeit wieder vollumfänglich auf. Nach ein paar Tagen stellt er jedoch fest, dass er noch nicht zu 100 % einsatzfähig ist. Sein Arzt rät ihm, seine Arbeitszeit für die nächsten 60 Tage auf 60 % zu reduzieren und stellt ihm dafür ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis aus. Wieviel Taggeld pro Tag wird ihm bezahlt? Begründen Sie Ihre Antwort.

Antwort

Er erhält keine Leistungen **(0.5)**. Gemäss Artikel 72 Abs. 2 KVG entsteht erst ab einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % ein Leistungsanspruch **(0.5)**.

Nennung des KVG-Artikels nicht nötig

Ausgangslage 4

Leider verschlechterte sich der Gesundheitszustand von Herrn Arrighi. Nach der Anmeldung bei der Invalidenversicherung IV stellt diese nach über einem Jahr Arbeitsunfähigkeit eine Erwerbsunfähigkeit fest. In diesem Zusammenhang spricht ihm die IV eine Rente in Höhe von CHF 1'800.00 zu.

Erstellen Sie eine Taggeldabrechnung für 30 Tage unter Berücksichtigung des IV-Rentenanspruchs.

Antwort

$30 \times 200 = 6'000.-$ **(0.5)**

minus IV-Rente $30 \times 60.-$ ($1'800 / 30$) **(0.5)**

Taggeldanspruch KVG: $4'200.-$ ($30 \times 140.-$) **(0.5)**

Wenn das Taggeld in Ausgangslage 2 falsch berechnet wurde, als 'Folgefehler' Rechnungsweg nachrechnen und bewerten

Frage 3 (4 Punkte) Geschätzte Zeit: 10 Minuten

Ihr Lehrling im 2. Lehrjahr kommt mit dem Anliegen zu Ihnen, dass er den Unterschied zwischen der Gemeinsamen Einrichtung und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) nicht versteht.

Zeigen Sie ihm anhand der untenstehenden Tabelle, welche Institution für die vorgegebenen Aufgaben zuständig ist. Geben Sie auch den jeweiligen Gesetzes- oder Verordnungsartikel (inkl. Abs. und Buchstabe) an.

Aufgaben	Gemeinsame Einrichtung KVG	BAG	Gesetzes-/Verordnungsartikel
Sicherstellung der Kostenübernahme für insolvente Krankenversicherer	X		Art. 18.2 KVG oder Art. 51 KVAG
Genehmigung der Krankenversicherungsprämien für die OKP		X	Art. 16.1 KVAG oder Art. 27 KVAV
Erstellen einer Liste der pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel mit Preisen (Spezialitätenliste)		X	Art. 52.1. Bst. b KVG
Aufgaben als Verbindungsstelle als aushelfender Träger am Wohn- oder Aufenthaltsort der Versicherten, die Anspruch auf internationale Leistungsaushilfe haben	X		Art. 19.1 KVV
Veröffentlichung einer Liste der zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung zugelassenen Versicherer		X	Art. 4.2 KVAG oder Art. 71 Bst. a KVAV
Durchführung des Risikoausgleichs unter Versicherern innerhalb der einzelnen Kantone	X		Art. 17a Abs. 1 KVG
Recht zur Beschwerde eines kantonalen Gerichtsurteils an das Bundesgericht		X	Art. 27.2 KVV
Erlass einer Verfügung zwischen Streitigkeiten zwischen der Gemeinsamen Einrichtung und einem Krankenversicherer bezüglich Beiträge der Versicherer an den Insolvenzfonds	X		Art. 22.3 Bst. b KVV

Pro richtige Antwort und pro vollständige Bezeichnung des Artikels je 0.5 Punkte

Frage 4 (6.5 Punkte) Geschätzte Zeit: 13 Minuten

Sachverhalt

Benno Känzig hat einen Marschbefehl erhalten. Er muss seinen Dienst am 8. Februar antreten. Der Dienst wird voraussichtlich bis 30. Mai dauern.

Aufgabe 4.1

Wie muss Herr Känzig vorgehen, damit seine Prämie für diese Zeit sistiert wird?

Antwort

Er muss die Unterstellung mindestens 8 Wochen **(0.5)** vor Beginn des Dienstes an seinen Krankenversicherer melden **(0.5)**.

Aufgabe 4.2

Welche Konsequenzen ergeben sich, wenn die von Ihnen genannte Frist nicht eingehalten wird? Erläutern Sie das Vorgehen aus Sicht der Krankenversicherung in ein bis zwei Sätzen.

Antwort

Der Krankenversicherer wird die Sistierung auf den nächstmöglichen Termin vornehmen **(0.5)**, spätestens 8 Wochen nach der Meldung **(0.5)**.

Erweiterung des Sachverhalts 1 (Frage 4)

Die Prämien müssen im Voraus bezahlt werden. Benno Känzig bezahlt jeweils drei Monate zusammen. Er hat die Prämie für die Monate Januar bis März bereits Anfang Januar bezahlt. In der korrigierten Prämienrechnung stellt er fest, dass die bisherige Prämienverbilligung für die Monate Februar und März nicht mehr berücksichtigt wurde.

Aufgabe 4.3

Ist die korrigierte Prämienrechnung korrekt ausgestellt? Begründen Sie Ihre Antwort stichwortartig.

Antwort

Ja **(0.5)**, die Prämienverbilligung wird während der Sistierung nicht bezahlt, weil keine Prämien geschuldet sind **(0.5)**.

Erweiterung des Sachverhalts 2 (Frage 4)

Benno Känzig muss den Militärdienst vorzeitig am 10. März abbrechen. Diese vorzeitige Beendigung meldet er seiner Krankenversicherung nicht.

Am 20. März muss er notfallmässig ins Spital. Der Krankenversicherer erhält ein Kostengutsprachegesuch für einen stationären Aufenthalt. Dieser teilt dem Spital mit, dass die Militärversicherung zuständig sei und informiert auch Benno Känzig darüber. Darauf meldet Benno Känzig seinem Krankenversicherer, dass er seit dem 10. März nicht mehr im Militärdienst sei.

Der Krankenversicherer stellt sich auf den Standpunkt, dass die Meldung zu spät erfolgt sei. Sie lehnt die Kostenübernahme ab. Die Sistierung der OKP wird per 28. März (Meldedatum) aufgehoben. Benno Känzig ist damit nicht einverstanden und verlangt die Aufhebung der Sistierung per 10. März und die Kostenübernahme des stationären Aufenthaltes.

Aufgabe 4.4

Kommt Benno Känzig mit seinen beiden Forderungen durch? Begründen Sie Ihre Antwort stichwortartig und erwähnen Sie alle Folgen, die diese Änderung mit sich bringt.

Antwort

Nein in Bezug auf die Sistierung **(0.5)**

Ja in Bezug auf die Kostenübernahme **(0.5)**

Da der Militärdienst nicht mehr als 60 aufeinanderfolgende Tage gedauert hat **(0.5)**, muss die OKP rückwirkend per 8. Februar wieder aktiviert werden **(0.5)**. Es gibt keine Sistierung und Benno Känzig muss die gesamten Prämien bezahlen **(0.5)**.

Der Krankenversicherer meldet dies dem Kanton und Benno Känzig hat auch für diese Monate Anspruch auf Prämienverbilligung **(0.5)**.

Der Krankenversicherer muss, weil die Deckung rückwirkend wieder besteht, die Kosten für den stationären Aufenthalt tragen und dem Spital Kostengutsprache erteilen **(0.5)**.

Frage 5 (3 Punkte) Geschätzte Zeit: 6 Minuten

Sie haben für Ihre Versicherte, Frau Bader, 53-jährig, die nachfolgend aufgeführten Rechnungen vor sich. Erstellen Sie die korrekte Leistungsabrechnung. Es handelt sich um die ersten Rechnungen im jeweiligen Kalenderjahr.

Frau Bader ist alleinstehend und hatte im Jahr 2024 eine wählbare Jahresfranchise von CHF 1'000.- und 2025 die gesetzliche Franchise von CHF 300.-.

Rechnung	Leistung	Behandlungszeitraum	Rechnungsbetrag CHF
1	Ambulante Arztkosten	September 2024	1'200
2	Erste Screening-Mammografie im Rahmen eines nationale Präventionsprogramms	Oktober 2024	350
3	Medizinisch indizierte Transportkosten	Januar 2025	1'200
4	Stationärer Spitalaufenthalt (15 Tage / Anteil Krankenversicherung)	Januar 2025	15'000
5	Behandlung beim selbständigen Psychologen	Januar 2025	360
6	Badekur 23 Tage für Aufenthaltskosten	Januar/Februar 2025	2'000

Lösung

Rechnung	Spitalbeitrag	Franchise	Selbstbehalt	Nettoleistung KV
1		1'000	20	180
2		0	35	315
3		300	20	180
4	210		680	14'110
5				0
6				210

Pro richtige Nettoleistung 0.5 Punkt. Folgefehler berücksichtigen

Frage 6 (4.5 Punkte) Geschätzte Zeit: 6 Minuten

6.1

Ein neuer Arbeitskollege kommt zu Ihnen und fragt Sie, was der Tarifschutz in der OKP sei. Erklären Sie ihm in zwei bis drei Sätzen, was Sie darunter verstehen.

Antwort

Die Leistungserbringer müssen sich an die vertraglich **(0.5)** und behördlich **(0.5)** festgelegten Tarife halten. Sie dürfen keine weiteren Leistungen verrechnen **(0.5)**.

Maximal 2 Punkte für diese Antwort

6.2

Welche Ausnahmen gibt es beim Tarifschutz? Erklären Sie ihm diese Ausnahmen.

Antwort

Lehnt ein Leistungserbringer es ab, Leistungen nach KVG zu erbringen, muss er dies der Kantonsregierung melden (Ausstand erklären) **(0.5)** und hat keinen Anspruch auf Vergütung nach KVG **(0.5)**. Wenden sich die Versicherten an solche Leistungserbringer, so müssen diese die Versicherten zuerst (vor der Behandlung) darauf hinweisen. **(0.5)** Ausnahme: Notfälle **(0.5)**

Auch gilt folgende Ausnahme

In der MiGeL sind Höchstpreise festgelegt, die aus der OKP bezahlt werden **(0.5)**. Die Höchstpreise dürfen von den Leistungserbringern überschritten werden **(0.5)**.

Maximal 3 Punkte für diese Antwort

Frage 7 (6 Punkte) Geschätzte Zeit: 15 Minuten

Herr Müller (45) ist als Lagerarbeiter (100% Pensum) bei einer grösseren Logistikgesellschaft in der Schweiz angestellt.

Er hat seit einigen Jahren leichte Rückenbeschwerden, für die er gelegentlich seinen Hausarzt konsultiert, wobei die Behandlungskosten über die obligatorische Krankenpflegeversicherung abgewickelt werden.

Auf dem Weg zur Arbeit stürzt Herr Müller auf dem vereisten Trottoir und zieht sich dabei einen komplizierten Beinbruch zu. Er ist für mehrere Wochen vollständig arbeitsunfähig.

Nach der Akutbehandlung im Spital und der anschliessenden Physiotherapie bestehen weiterhin erhebliche Bewegungseinschränkungen im Bein, welche seine Arbeitsfähigkeit als Lagerarbeiter dauerhaft beeinträchtigen.

Nach einiger Zeit wird Herr Müller von der IV eine Invalidenrente zugesprochen.

7.1

Welche Versicherung ist für die erwähnten Heilungskosten im Zusammenhang mit dem Beinbruch nach dem Sturz auf dem Arbeitsweg zuständig? Begründen Sie Ihre Antwort.

Antwort

Herr Müller ist ein in der Schweiz beschäftigter Arbeitnehmer, weshalb er der obligatorischen Unfallversicherung UVG unterstellt ist. **(0.5)**

Die UVG-Versicherung übernimmt zweckmässige Behandlungen der Unfallfolgen wie ambulante sowie stationäre Behandlungen in der allgemeinen Abteilung eines Spitals. **(0.5)**

Auch werden auf Anordnung von Ärzten ambulante Leistungen durch medizinische Hilfspersonen übernommen. **(0.5)**

Somit werden die Spital- und Physiotherapieleistungen von der UVG-Versicherung übernommen. **(0.5)**

Gemäss Art. 64 Abs. 2 ATSG geht die Heilbehandlung in der Reihenfolge Militärversicherung, Unfallversicherung, Invalidenversicherung und dann Krankenversicherung zu Lasten, sofern die Voraussetzungen des jeweiligen Einzelgesetzes erfüllt sind. Da es sich um einen Unfall auf dem Arbeitsweg handelt, fällt dies unter die obligatorische Unfallversicherung (UVG)

7.2

Inwieweit beeinflusst die Vorerkrankung von Herrn Müllers Rücken die Zuständigkeit für die Behandlungskosten des Beinbruchs? Begründen Sie Ihre Antwort.

Antwort

Die Heilbehandlung wird, soweit die Leistungen gesetzlich vorgeschrieben sind, ausschliesslich von einer einzigen Sozialversicherung übernommen. **(0.5)**

Gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG werden Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie Taggelder und Hilflosenentschädigungen nicht gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines Unfalles ist. **(0.5)**

Zudem ist der Beinbruch klar durch den Sturz verursacht wurde, weshalb die Unfallversicherung (UVG) für dessen Behandlungskosten vollumfänglich aufkommt. Die vorbestehenden Rückenbeschwerden, haben keinen Einfluss auf die Behandlungskosten des Beinbruchs. **(0.5)**

Hinweis

Der Anspruch auf Heilbehandlung erlischt grundsätzlich mit dem Anspruch auf eine Rente der Unfallversicherung (UVG). Solange Herr Müller arbeitsunfähig ist und keine UVG-Rente bezieht, ist die Unfallversicherung (UVG) für die Heilungskosten zuständig. (Art. 19 Abs. 1 UVG)

7.3

Wie erfolgt die Koordination zwischen der Unfallversicherung (UVG), der Invalidenversicherung (IV) und der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bezüglich der Leistungen an Herrn Müller nach der Renten-Zusprache?

Berücksichtigen Sie dabei sowohl die Renten (Überentschädigung) als auch allfällige weitere Heilbehandlungen.

Antwort

Renten verschiedener Sozialversicherungen werden unter Vorbehalt der Überentschädigung kumulativ gewährt, wobei die Renten der IV in der Regel vor den Renten der UVG ausgerichtet werden. **(0.5)**

Renten: Wenn Herr Müller eine Rente von der IV erhält und aufgrund der Unfallfolgen ebenfalls Anspruch auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung (UVG) hätte, so würde eine Komplementärrente der Unfallversicherung (UVG) in Abweichung von Art. 69 ATSG die Differenz zwischen 90 Prozent des versicherten Verdienstes und der Rente der IV ausgleichen, höchstens aber dem Betrag der UVG-Vollinvalidenrente entsprechen. **(0.5)** (Art. 20 Abs. 2 UVG)

Es gilt das Prinzip der Kumulation unter Vorbehalt der Überentschädigung. (Art. 69 ATSG).

Eine Überentschädigung liegt vor, wenn die gesamten Sozialversicherungsleistungen den mutmasslich entgangenen Verdienst zuzüglich der Mehrkosten übersteigen. **(0.5)**

Hinweis

Von einer Kürzung ausgeschlossen sind die Renten der AHV und IV sowie alle Hilflosen- und Integritätsentschädigungen. (Art. 69 Abs. 3 ATSG)

Heilbehandlung: Grundsätzlich erlischt der Anspruch auf Heilbehandlung der UVG mit dem Beginn einer UVG-Rente. **(0.5)** (Art. 19 Abs. 1 UVG)

Krankheit ist gemäss ATSG 3 jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, **die nicht Folge eines Unfalles ist** und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

Somit werden die Heilbehandlungen, welche nicht Folgen des Unfalls sind, von der OKP getragen. **(0.5)**

Hinweis

Sollte jedoch nach Rentenbeginn weiterhin eine medizinische Behandlung notwendig sein, die spezifisch auf die Unfallfolgen zurückzuführen ist, könnte unter Umständen die Unfallversicherung (UVG) weiterhin leistungspflichtig sein. Dies müsste im Einzelfall geprüft werden.

Frage 8 (8.5 Punkte) Geschätzte Zeit: 15 Minuten

Rentnerin Erika Müller (67), wohnhaft in Zürich und obligatorisch krankenkpflegeversichert bei der CuraSana Krankenversicherung, beantragt die Kostenübernahme für eine spezielle Physiotherapiebehandlung, die ihr behandelnder Arzt als medizinisch notwendig erachtet. Die CuraSana Krankenversicherung lehnt die Kostenübernahme mit einem formlosen Schreiben vom 10. Juni 2024 ab, da sie der Ansicht ist, dass die Behandlung nicht den Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit entspricht. Erika Müller ist mit dieser Ablehnung nicht einverstanden, da sie starke Schmerzen hat und sich durch die Therapie eine deutliche Verbesserung ihres Zustandes erhofft.

8.1

Welche Schritte kann Erika Müller unternehmen, um gegen die Ablehnung der Kostenübernahme vorzugehen? Beschreiben Sie die einzelnen Verfahrensschritte im Sozialversicherungsrechtsverfahren nach ATSG unter Angabe der relevanten Fristen und Rechtsgrundlagen.

Antwort

Erika Müller kann gegen die Ablehnung der Kostenübernahme durch die CuraSana Krankenversicherung die folgenden Schritte unternehmen:

1. **Verlangen einer Verfügung: (0.5)** Obwohl die Krankenkasse die Kostenübernahme mit einem formlosen Schreiben abgelehnt hat, hat Erika Müller das Recht, eine formelle Verfügung von der CuraSana Krankenversicherung zu verlangen. Gemäss **Art. 51 Abs. 2 ATSG (0.5)** kann die betroffene Person den Erlass einer Verfügung verlangen. Dieses Verlangen sollte schriftlich und innert einer vernünftigen Frist nach dem formlosen Entscheid erfolgen. Die CuraSana Krankenversicherung ist daraufhin verpflichtet, **innerhalb von 30 Tagen (0.5)** eine Verfügung zu erlassen (**Art. 127 KVV (0.5)**).

Hinweis

*Die Verfügung muss eine **Begründung** und eine **Rechtsmittelbelehrung** enthalten (Art. 49 Abs. 3 ATSG).*

2. **Einsprache:** Ist Erika Müller mit der Verfügung der CuraSana Krankenversicherung weiterhin nicht einverstanden, kann sie dagegen **Einsprache (0.5)** erheben (**Art. 52 Abs. 1 ATSG (0.5)**). Die Einsprache muss **innerhalb von 30 Tagen seit Zustellung der Verfügung (0.5)** bei der CuraSana Krankenversicherung eingereicht werden.

Hinweis

*Die Einsprache sollte eine **Begründung** enthalten, aus der hervorgeht, weshalb Erika Müller mit der Verfügung nicht einverstanden ist.*

3. **Einspracheentscheid: (0.5)** Die CuraSana Krankenversicherung prüft die Einsprache und erlässt **innerhalb einer angemessenen Frist (0.5)** einen **Einspracheentscheid** (Art. 52 Abs. 2 ATSG (0.5), Art. 85 KVG).

Hinweis

*Die herrschende Lehre geht von einer Frist von maximal zwei Monaten aus, sofern keine besonderen Umstände vorliegen. Der Einspracheentscheid muss ebenfalls eine **Begründung** und eine **Rechtsmittelbelehrung** enthalten (Art. 52 Abs. 2 ATSG).*

4. **Beschwerde an das kantonale Versicherungsgericht: (0.5)** Ist Erika Müller auch mit dem Einspracheentscheid nicht einverstanden, kann sie dagegen **Beschwerde** beim zuständigen **kantonalen Versicherungsgericht** einreichen (Art. 56 Abs. 1 ATSG **(0.5)**, Art. 86 KVG).

Die Beschwerde muss **innerhalb von 30 Tagen seit Zustellung des Einspracheentscheides schriftlich (0.5)** beim kantonalen Versicherungsgericht eingereicht werden (Art. 60 Abs. 1 ATSG) **(0.5)**.

Hinweis

Zuständig ist in der Regel das Versicherungsgericht des Kantons, in dem Erika Müller ihren Wohnsitz hat (Art. 58 Abs. 1 ATSG). Die Beschwerde sollte die Rechtsbegehren, die Begründung und eine Darstellung des Sachverhalts enthalten (Art. 61 lit. b ATSG). Das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist in der Regel kostenlos (Art. 52 Abs. 3 ATSG analog, kantonales Recht).

5. **Beschwerde an das Bundesgericht: (0.5)** Gegen den Entscheid des kantonalen Versicherungsgerichts kann Erika Müller oder die CuraSana Krankenversicherung **Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten** beim **Bundesgericht in Luzern** (sozialversicherungsrechtliche Abteilung) erheben (Art. 82 ff. BGG, Art. 62 Abs. 1 ATSG **(0.5)** i.V.m. Art. 100 Abs. 1 BGG).

Die Beschwerde muss **innerhalb von 30 Tagen seit Eröffnung des Entscheides des kantonalen Versicherungsgerichts schriftlich (0.5)** beim Bundesgericht eingereicht werden. Das Bundesgericht prüft in der Regel nur Rechtsfragen und ist an die Sachverhaltsfeststellung des kantonalen Gerichts gebunden.

Hinweis

Dieser Ablauf zeigt den ordentlichen Rechtsweg für Streitigkeiten zwischen einem Krankenversicherer und einer versicherten Person im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) auf. Wichtig ist die Einhaltung der genannten Fristen, da ein Versäumnis zum Verlust des Rechtsmittels führen kann.