



Berufsprüfung für die Krankenversicherungs-Fachfrau den Krankversicherungs-Fachmann vom 13. bis 16. Mai 2024

Mit Lösungen

Kandidat/in: _____ Nr. _____

1. Prüfung **Module A, B, C und D**

Zeit: 90 Minuten

Hilfsmittel: Handbuch der Schweizer Kranken- und Unfallversicherung 2023
Einfacher Taschenrechner

Beilage: Tabelle Versicherungspflicht und Optionsrecht in der Krankenversicherung

Bewertung:

	Max. Punkte	Erreichte Punkte	Note
Note der 1. Prüfung	73		

Visum Experten:

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 (4 Punkte)

Herr R., Ihr neuer Nachbar, ist kürzlich aus Spanien in die Schweiz gekommen und informiert sich über das schweizerische Sozialversicherungssystem.

Er bittet Sie als Krankenversicherungsfachperson ihm zu erklären, wie das System der Krankenversicherung funktioniert.

Nennen Sie stichwortartig 4 Merkmale der OKP.

Lösungsvorschlag

Mögliche Lösungen

- Universelle Deckung (grundsätzlich für die gesamte Bevölkerung obligatorische Versicherung).
- Vielfalt der Versicherer, Wahlfreiheit der Versicherten
- Keine automatische Unterstellung, sondern aktives Vorgehen der zu versichernden Person erforderlich
- Solidarität zwischen kranken und gesunden Versicherten, Kopfprämien unabhängig vom Gesundheitszustand
- Gezielte Unterstützung für Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen (individuelle Prämienverbilligung)
- Umfassender, gesetzlich festgelegter und für alle Versicherer der OKP gleicher Leistungskatalog
- Zugang zu qualitativ hochstehender Gesundheitsversorgung, einschliesslich Spitzenmedizin
- Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit als zwingende Behandlungskriterien

Max. 4 Punkte. Weitere zutreffende Antworten sind ebenfalls möglich

Frage 2 (4 Punkte)

Das KVG beinhaltet eine Vielfalt von Tätigkeiten und Entscheidungskompetenzen, welche unterschiedlichen Behörden und Stellen zugeteilt sind.

Kreuzen Sie an, wer für jede der genannten Aufgaben zuständig ist. Es können mehrere Antworten pro Zeile richtig sein.

Lösungsvorschlag

	Bundesrat	Kanton	BAG	Versicherer	Niemand
Kann die Entschädigung der Vermittlertätigkeit einschränken				X (KVAG 19.3)	
Betreiben eine Institution zur Förderung der Verhütung von Krankheiten		X (KVG 19.2)		X (KVG 19.2)	
Kann die OKP-Versicherer verpflichten, in einem bestimmten Gebiet alle gesetzlich zulässigen Wahlfranchisen anzubieten					X
Genehmigt die Prämientarife für die OKP			X (KVAG 16.1)		
Legt die Kriterien und Beschränkungen für die Berücksichtigung von Provisionen für Vermittler in Bezug auf VVG-Produkte in den Verwaltungskosten der OKP fest					X
Regelt im Detail die besonderen Versicherungsformen	X (KVG 62.3)				
Informiert Personen mit Wohnsitz in der EU, in Island und Norwegen über die Versicherungspflicht		X (KVG 6a)			
Legt fest, über welche beruflichen Fähigkeiten die Mitglieder der leitenden Organe der Krankenversicherer verfügen müssen	X (KVAG 20.2)				

0.5 Punkte für jede richtige Zeile

Frage 3 (4 Punkte)

Frau C. hat in den letzten 30 Jahren in Kanada gelebt und am 1. Februar 2024 ihren Wohnsitz in die Schweiz verlegt. Sie schloss sich am 4. April 2024 dem Krankenversicherer W. für das Grundversicherungsangebot an: Prämie CHF 544.70 pro Monat, OKP mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers, inkl. Unfallrisiko, Jahresfranchise CHF 300.–.

Am 25. April 2024 schickt ihr der Versicherer W. die erste Prämienrechnung mit dem Wortlaut «Obligatorische Krankenpflegeversicherung bis Mai 2024». Statt der erwarteten CHF 544.70 stellt Frau C. einen Gesamtbetrag von CHF 2'157.40 fest, wobei ein minimaler Abzug von CHF 21.40 mit der Bezeichnung «CO2-Abgabe» berücksichtigt wurde.

- a) Ist die Abrechnung korrekt?
- b) Überprüfen Sie den Beginn der Versicherung und den Rechnungsbetrag für die OKP, begründen oder korrigieren Sie diese gegebenenfalls.
- c) Erklären Sie Frau C. die Berechnung in 2 bis 3 Sätzen.

Lösungsvorschlag

- a) Ja, die Abrechnung ist korrekt (1).
- b) Die OKP-Deckung wurde innerhalb der Frist von 3 Monaten ab Wohnsitznahme abgeschlossen. Die Versicherung beginnt somit bei Wohnsitznahme, d.h. am 1. Februar 2024 (1) (Art. 5 Abs. 1 KVG).
- c) Der Versicherer stellt folglich die Monate Februar, März, April sowie Mai 2024 in Rechnung, also 4 ganze Monate à CHF 544.70 (1) (= CHF 2'178.80). Der Abzug (CHF 21.40) entspricht der Rückerstattung von 4 Monaten (1) (zu CHF 5.35), d.h. der Rückverteilung von Umweltabgaben durch den Bund.

Frage 4 (6 Punkte)

Herr O. hat am 18. Oktober 2023 seine neue Versicherungspolice für das kommende Jahr erhalten. Die Prämien erscheinen ihm viel zu hoch und er macht sich Sorgen, dass er sie nicht bezahlen kann. Seine finanzielle Lage ist im Moment schwierig, weil er seine Arbeitsstelle verloren hat und nur eine bescheidene Arbeitslosenentschädigung erhält.

Aktuell ist Herr O. in der OKP mit freier Arztwahl und einer Franchise von CHF 1'000.– versichert. Er ist froh, dass er in den letzten Jahren keinen Franken Franchise bezahlen musste, da er nie krank war. Er fragt sich nun, wie er die CHF 1'000.- aus eigener Tasche bezahlen soll, wenn er plötzlich zum Arzt gehen müsste.

Herr O. fragt Sie, was er tun könne, um seine finanzielle Belastung in der Krankenversicherung zu senken.

Nennen Sie 4 Möglichkeiten und beschreiben Sie in je 2 bis 3 Sätzen Ihre Überlegungen dazu.

Lösungsvorschlag

- Erhält Herr O. bereits eine individuelle Prämienverbilligung oder könnte er einen Anspruch darauf geltend machen? **(1)** Da ihm anscheinend nur ein bescheidenes Einkommen zur Verfügung steht, könnte ein Teil oder die Gesamtheit seiner OKP-Prämien von der öffentlichen Hand (Kanton) übernommen werden **(0.5)**.
- Ist Herr O. bei einem günstigen OKP-Versicherer versichert oder nicht? **(1)** Da die Prämien in der Grundversicherung nicht bei allen OKP-Versicherern gleich sind, könnte sich ein Wechsel zu einem günstigeren Versicherer für ihn lohnen **(0.5)**.
- Hält Herr O. unbedingt an der freien Arztwahl fest? **(1)** Die Wahl eines OKP-Modells mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers wäre eine Möglichkeit für Herrn O.; die entsprechenden Prämien sind wesentlich günstiger **(0.5)**.
- Ist das Unfallrisiko in der OKP-Deckung von Herrn O. eingeschlossen? **(1)** Da er Arbeitslosenentschädigung bezieht, ist er bei der Suva für Nichtberufsunfälle versichert und könnte das Unfallrisiko in der OKP sistieren, was die Prämie leicht senken würde **(0.5)**.

Weitere zutreffende Antworten sind ebenfalls möglich

Frage 5 (2 Punkte)

Frau J. wohnt im Kanton Genf und ist wie folgt OKP-versichert: Jahresfranchise CHF 2'500.-, HMO-Modell mit einer Monatsprämie von CHF 440.– beim Versicherer Y., der in der ganzen Schweiz tätig ist.

Am 1. Juni 2024 verlegt sie ihren Wohnsitz in den Kanton Wallis. Das von Frau J. gewählte HMO-Modell ist bei diesem Versicherer im Kanton Wallis jedoch nicht verfügbar.

Was passiert mit der OKP-Deckung von Frau J. ab dem 1. Juni 2024? Kreuzen Sie an, welche Aussage richtig ist (nur eine Antwort möglich).

Lösungsvorschlag

Aussage	richtig
Frau J. muss beim Versicherer Y. mit einer Jahresfranchise von CHF 2'500.- bleiben. In den Versicherungsbedingungen ist festgelegt, ob ein anderes Modell mit eingeschränkter Wahl abgeschlossen werden kann, sonst wird sie in die Versicherung mit freier Arztwahl wechseln müssen.	<input checked="" type="checkbox"/>
Frau J. kann aus den verschiedenen Angeboten ihres Versicherers Y. im Kanton Wallis frei wählen, welches Modell und welche Franchise ab dem 1. Juni 2024 für sie infrage kommen.	<input type="checkbox"/>
Da Frau J. nicht mehr im Gültigkeitsbereich des HMO-Modells wohnt, kann sie gemäss Art. 7 Abs. 3 KVG per 1. Juni 2024 den Versicherer wechseln, sofern sie einem Versicherer beitrifft, der an ihrem neuen Wohnort ein HMO-Modell anbietet.	<input type="checkbox"/>
Da Frau J. nicht mehr im Gültigkeitsbereich des HMO-Modells wohnt, kann sie gemäss Art. 7 Abs. 3 KVG per 1. Juni 2024 den Versicherer wechseln, muss aber eine Jahresfranchise von CHF 2'500.– beibehalten, wenn der neue Versicherer diese Variante anbietet.	<input type="checkbox"/>
Ab dem 1. Juni 2024 wird Frau J. obligatorisch in die ordentliche Versicherung des Versicherers Y. überführt (Monatsprämie Kanton Wallis: CHF 552.-).	<input type="checkbox"/>

Wenn mehr als eine Antwort angekreuzt ist, 0 Punkte.

Frage 6 (4 Punkte)

Herr W., ein 66-jähriger AHV-Rentner, bezieht eine Altersrente nur aus der Schweiz (AHV). Er ist beim Versicherer N. OKP-versichert. Das Tätigkeitsgebiet des Versicherers N. beschränkt sich auf die Schweiz (Ausnahme nach Art. 4 KVAV).

Er erkundigt sich, was mit seiner Krankenversicherung passieren wird, wenn er demnächst die Schweiz verlassen und sich in Estland niederlassen wird, um mit seiner dort lebenden künftigen Ehefrau seinen Ruhestand zu verbringen. Diese ist nicht erwerbstätig und schwanger. Herr W. möchte deshalb auch wissen, wie es um die Versicherungsdeckung seiner Partnerin und des gemeinsamen ungeborenen Kindes bestellt ist.

Erklären Sie Herrn W. in 4 bis 5 Sätzen, ob beziehungsweise wann die Versicherungsdeckung bei seinem derzeitigen Versicherer endet und welche möglichen Pflichten für ihn und seine zukünftige Familie im Zusammenhang mit der Krankenversicherung und den Wahlmöglichkeiten für die OKP bestehen.

Lösungsvorschlag

- Das Versicherungsverhältnis mit dem Versicherer N. endet im Zeitpunkt der Verlegung des Wohnortes (1) (Art. 7 Abs. 3 KVG).
- Herr W. muss nach dem Wohnortwechsel weiter in der Schweiz (1) OKP-versichert sein.
- Er muss daher einen Versicherer wählen, der in Estland die OKP (0.5) anbietet.
- Die Internetseite www.priminfo.ch enthält Angaben zu den KVG-Versicherern, die in den verschiedenen EU-Ländern, einschliesslich Estland, tätig sind (0.5).
- Seine Partnerin und künftige Ehefrau kann sich nicht vor der Heirat in der Schweiz versichern (0.5). Sobald sie verheiratet sind, muss sie sich in der Schweiz (0.5) ebenfalls beim gleichen Versicherer (0.5) versichern lassen (Art. 4a KVG). Das gleiche gilt für ihr Kind ab der Geburt (0.5).
- Für Herrn W., seine Frau und ihr Kind ist der Anschluss an eine besondere Versicherungsform ausgeschlossen (0.5) (Art. 101a KVV).

Maximal 4 Punkte

Frage 7 (4 Punkte)

Frau L. schickt ihrem Krankenversicherer X. eine Rechnung der von ihr aufgesuchten Masseurin (Rückenmassage infolge Schmerzen) sowie der Dentalhygienikerin (Zahnsteinentfernung).

Auf der Abrechnung des Krankenversicherers steht lediglich «keine Versicherung nach VVG vorhanden» und die Rückerstattung beläuft sich auf CHF 0.-.

Frau L. ist erstaunt. Ihre Eltern sind bei demselben Versicherer versichert und haben ihr bestätigt, dass solche Kosten bei ihnen zumindest teilweise vergütet werden.

- a) Erklären Sie die Gründe, weshalb der Krankenversicherer von Frau L. diese Kosten nicht übernimmt.
- b) Was kann Frau L. tun, wenn sie solche Kosten in Zukunft zurückerstattet haben möchte? Beschreiben Sie die einzelnen Schritte.
- c) Zählen Sie die möglichen Konsequenzen dieser Schritte aus der Sicht des Versicherers auf.

Lösungsvorschlag

- a) Der Krankenversicherer darf keine Leistungen übernehmen, die nicht in den Leistungskatalog nach Art. 25 KVG fallen **(0.5)**. Für die Kostenübernahme von Leistungen wie eine Zahnsteinentfernung oder eine Behandlung durch eine diplomierte Masseurin braucht es eine Zusatzversicherung (nach VVG) **(0.5)**.
- b) Frau L. kann sich an den Versicherer ihrer Wahl **(0.5)** oder an einen Versicherungsvermittler **(0.5)** wenden, um eine oder mehrere Zusatzversicherungen abzuschliessen. Um den für sie passendsten Versicherungsschutz zu finden **(0.5)**, kann sie die Produkte selbst bewerten oder sich von einer Fachperson beraten lassen. Anschliessend muss Frau L. einen Antrag zum Abschluss eines Versicherungsvertrages **(0.5)** nach VVG einreichen. Dazu muss sie einen Fragebogen zu ihrem Gesundheitszustand **(0.5)** mit Vollmacht ausfüllen, damit der Versicherer die Ärzteschaft befragen kann **(0.5)**.

(Max. 1.5 Punkte für Teil b)

- c) Der Versicherer kann den Abschluss der Zusatzversicherung ablehnen **(0.5)** oder einen Vorbehalt/Ausschluss **(0.5)**, unbefristet und zeitlich befristet **(0.5)**, zu bereits bestehenden Gesundheitsbeeinträchtigungen anbringen. Der Versicherer kann den Antrag auch ohne Vorbehalt **(0.5)** annehmen.

(Max. 1.5 Punkte für Teil c)

Weitere zutreffende Antworten sind ebenfalls möglich

Frage 8 (4 Punkte)

Frau und Herr J., ein frisch verheiratetes Paar, möchte den Versicherungsschutz von Frau J. anpassen. Im Moment ist Frau J. lediglich OKP-versichert. Im Falle einer Schwangerschaft möchte sie jedoch die maximal möglichen Leistungen in Anspruch nehmen können.

Frau und Herr J. wollen eine Familie gründen und in den kommenden Monaten, wenn alles wie erhofft verläuft, ihr erstes Kind bekommen. Frau J. gibt an, dass sie, soweit sie wisse, noch nicht schwanger sei.

- a) Nennen Sie 4 Leistungen bei Schwanger-/Mutterschaft, welche die OKP nicht (oder nicht vollständig) übernimmt, aber durch eine Zusatzversicherung versichert werden können.
- b) Welche Auswirkungen könnte es haben, wenn Frau J. sich für den Abschluss einer Zusatzversicherung entscheidet und sich herausstellt, dass sie zu diesem Zeitpunkt bereits schwanger ist, auch wenn sie es selbst noch nicht weiss. Geben Sie zudem an, auf welche Grundlage sich diese Auswirkungen stützen.

Lösungsvorschlag

- a) Es sind mehrere stichhaltige Antworten möglich: Kostendeckung in der privaten oder halbprivaten Abteilung, Deckung der Transportkosten bei einer notfallmässigen Geburt, Hors-Liste-Medikamente, zusätzliche medizinische Kontrollen während der Schwangerschaft (Konsultationen, Ultraschall usw.), Stillgeld, Beitrag an präventive Leistungen wie Geburtsvorbereitungskurse oder Gymnastik nach der Geburt, Beteiligung an den Kosten für eine Haushaltshilfe nach der Geburt usw.

0.5 Punkte pro stichhaltige Antwort, max. 2 Punkte für Teil a)

- b) In der Regel sehen die Zusatzversicherungen in ihren AVB (0.5) eine Karenzzeit (0.5) im Zusammenhang mit dem Mutterschaftsrisiko vor. Das heisst, dass die Kosten für Leistungen, die vor Ablauf der genannten Karenzfrist in Anspruch genommen werden, nicht versichert sind (1). In diesem Fall bleibt Frau J. Schuldnerin der Prämien für die von ihr gewählten Zusatzversicherungen (0.5) und muss die nicht gedeckten Kosten selbst übernehmen (0.5) oder auf die Leistungen verzichten (0.5).

Max. 2 Punkte für Teil b)

Frage 9 (3 Punkte)

Kreuzen Sie an, ob die folgenden Aussagen zum Thema «Aufsicht im Krankenversicherungswesen» richtig oder falsch sind.

Lösungsvorschlag

Aussage	richtig	falsch
Die Aufsichtstätigkeit sowohl des BAG als auch der FINMA beinhaltet unter anderem, die Versicherten vor Missbrauch zu schützen.	X	
Wenn ein OKP-Versicherer nach der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde den Prämientarif für das Folgejahr auf seiner Internetseite veröffentlicht, muss er den Tarif für alle von ihm angebotenen Versicherungsformen veröffentlichen.	X	
Neben der Solvenz des Krankenversicherers prüft das BAG auch die Verwaltungskosten, insbesondere die Werbeausgaben und die an Vermittlerinnen und Vermittler ausbezahlten Provisionen.	X	
Die OKP-Krankenversicherer dürfen untereinander eine Vereinbarung abschliessen, um die an Vermittlerinnen und Vermittler ausbezahlten Provisionen zu begrenzen.	X	
Sämtliche Feststellungen von Unregelmässigkeiten, die das BAG bei Aufsichtsaudits feststellt, werden öffentlich bekannt gemacht.		X
Das BAG genehmigt die Prämientarife für die OKP und die freiwillige Einzeltaggeldversicherung; nicht in die Zuständigkeit des BAG fällt die Genehmigung der Prämientarife der kollektiven Krankentaggeldversicherung nach KVG.	X	

0.5 Punkte für jede richtige Antwort

Frage 10 (2 Punkte)

In der Schweiz besteht die allgemeine Pflicht zum Abschluss einer OKP.

Erklären Sie in 1 bis 2 Sätzen, was in der Krankenversicherung eine «Zuweisung an einen Versicherer» bedeutet.

Lösungsvorschlag

Wenn eine versicherungspflichtige Person (**0.5**) sich nicht innerhalb der gesetzlichen Frist (**0.5**) einem OKP-Versicherer (**0.5**) anschliesst, weist sie der Wohnkanton (**0.5**) einem Versicherer zu (**0.5**). In der Regel erfolgt die «Zuweisung an einen Versicherer», nachdem der Kanton die Person vergeblich an die Krankenversicherungspflicht (**0.5**) erinnert hat.

Max. 2 Punkte

Frage 11 (3 Punkte)

Herr H. wohnt in Lausanne und ist OKP-versichert. Seit einigen Wochen fühlt er sich deprimiert und hat sich auf Anraten seines Umfelds entschlossen, den Psychiater Dr. med. B. zu konsultieren. Der Arzt verfügt über eine Zulassung im Kanton Genf.

Nennen Sie 3 Gründe, weshalb die OKP die Konsultationen und die Behandlung (klassische Depressionsbehandlung) von Herrn H. durch Dr. med. B. allenfalls nicht übernehmen könnte.

Lösungsvorschlag

- Dr. med. B. ist von der quantitativen Beschränkung der Anzahl zugelassener Ärztinnen und Ärzte gemäss Art. 55a KVG betroffen (1).
- Dr. med. B. hat seinen Ausstand nach Art. 44 Abs. 2 KVG erklärt (1).
- Herr H. hat ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers, das es ihm nicht erlaubt, direkt eine Fachärztin oder einen Facharzt seiner Wahl zu konsultieren, beziehungsweise der Versicherte hat keinen Überweisungsschein der Hausärztin oder des Hausarztes (1).

Frage 12 (6 Punkte)

Frau Q., 30-jährig, wohnt und arbeitet in Zürich. Während eines 3-monatigen Praktikums in Lausanne in einer Filiale der Firma, bei der sie angestellt ist, bekommt sie plötzlich starke Bauchschmerzen und verliert das Bewusstsein. Mit der Ambulanz wird sie ins Lausanner Universitätsspital CHUV gebracht und dort sofort wegen eines Blinddarmdurchbruchs operiert.

Folgende Informationen stehen Ihnen zur Verfügung:

- OKP mit Jahresfranchise CHF 500.-
- Dauer des Aufenthalts im Universitätsspital Lausanne (CHUV) vom 27. Dezember 2023 bis 3. Januar 2024 (8 Tage)
- Diagnose: K35.31 «Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur», Kostengewicht: 0.796
- Basistarif Kanton Waadt (allgemeine Abteilung): CHF 9'840.-
- Referenztarif Kanton Zürich: CHF 9'870.-
- Verteilschlüssel für die Leistungsvergütung zwischen Krankenversicherer/Kanton: ZH und VD, Krankenversicherer 45 % / Kantone 55 %
- Ambulanzrechnung: CHF 950.-

Erstellen Sie eine detaillierte Kostenabrechnung (Spital und Transport) und berücksichtigen Sie dabei die Kostenbeteiligung. Geben Sie an, welche Kosten von der Krankenversicherung, vom Kanton und von Frau Q. getragen werden. Frau Q. hat bis jetzt noch keine Rechnungen eingereicht, weder für das Jahr 2023, noch für das Jahr 2024.

Führen Sie Ihre Berechnungen genau auf und runden Sie auf die nächsten 5 Rappen.

Lösungsvorschlag

Spitalrechnung: Basistarif Kanton Waadt = CHF 7'832.65 **(1)**

Anteil Krankenversicherung: (CHF 9'840.- x 0.796 x 45 %) = CHF 3'524.70 **(1)**

Anteil Kanton: (CHF 9'840.- x 0.796 x 55 %) = CHF 4'307.95 **(1)**

Von der OKP übernommene Kosten: CHF 3'999.70

Das entspricht: CHF 3'524.70 für das CHUV + CHF 475.- für die Ambulanz **(0.5)**

Kostenbeteiligung von Frau Q.: CHF 1'394.50

CHF 1'000.- **(0.5)** für die Franchise 2023 und 2024

CHF 105.- **(0.5)** für den Beitrag zu den Kosten eines Spitalaufenthalts (7 x 15.-)

CHF 289.50 **(0.5)** für den Selbstbehalt

+ CHF 475.- **(0.5)** (die Hälfte der nicht übernommenen Transportkosten)

Zu Lasten von Frau Q. insgesamt: CHF 1'869.50 (0.5)

Frage 13 (3 Punkte)

Ein Zusammenschluss verschiedener Leistungsanbieter will ein Bade- und Wellnesszentrum eröffnen. Das Zentrum will Dienstleistungen in folgenden Fachdisziplinen anbieten:

- Heilbäder
- Physiotherapie
- Maniküre-Pediküre
- Ernährungsberatung
- Anti-Zellulitis-Massagen

Das Zentrum beabsichtigt eine Liste mit Leistungen zu erstellen, die der OKP in Rechnung gestellt werden dürfen.

Sie erhalten den Auftrag, für jede für die OKP relevante Fachdisziplin die Behörde zu nennen, welche die Anspruchsvoraussetzungen für die Zulassung als Leistungserbringer zur Tätigkeit zu Lasten der OKP prüft. Geben Sie dazu die entsprechenden Rechtsgrundlagen an.

Lösungsvorschlag

Heilbäder: EDI **(0.5)** Art. 40 Abs.1 KVG oder Art. 57 KVV **(0.5)**

Physiotherapie: Kanton **(0.5)** Art. 47 Bst. a KVV **(0.5)**

Ernährungsberatung: Kanton **(0.5)** Art. 50a KVV **(0.5)** - Art 52c KVV auch geltend lassen

(Maniküre-Pediküre: fällt nicht unter das KVG)

(Anti-Zellulitis-Massagen: fallen nicht unter das KVG)

Wenn Maniküre und/oder Anti-Zellulitis aufgeführt werden, dann max. 2.5 Punkte

Frage 14 (4 Punkte)

Frau F. ist OKP-versichert und verfügt über eine Zusatzversicherung für ambulante und stationäre Behandlungen, die private Leistungen weltweit und auch in der Schweiz abdeckt.

Frau F. hat einen Hausarzt gefunden, der ihre Muttersprache (Arabisch) spricht. Dr. med. A. ist in Zürich niedergelassen (Zulassung zur OKP plus Vertragsarzt) und hat der Patientin zugesichert, sich rund um die Uhr vorrangig um sie zu kümmern. Der Arzt hat sich sogar bereit erklärt, Frau F. jederzeit an ihrem Wohnort in Davos (Graubünden) aufzusuchen.

In Bezug auf die Leistungen informiert Dr. med. A. seine Patientin, dass ein Teil seines Honorars direkt der Krankenversicherung in Rechnung gestellt wird, aber die OKP weder den von ihm angebotenen 24-Stunden-Service, noch die Entschädigung für die Fahrten nach Davos zu Konsultationszwecken übernehmen kann. Er weist sie darauf hin, dass er ihr folgende Leistungen unter der Bezeichnung «Privates Honorar ausserhalb des KVG» direkt in Rechnung stellen wird:

- a) Reisekosten nach Zeitaufwand: CHF 500.–/Std.
- b) Zuschlag für Notfalldienst: CHF 300.–/Std. zuzüglich zum Tarif der Versicherung
- c) Für mündliche und/oder schriftliche Erklärungen in der Muttersprache der Versicherten zu Beipackzetteln von Medikamenten: eine Pauschale von CHF 100.–
- d) Bei einem Spitalaufenthalt praktiziert Dr. med. A. ausschliesslich in der Privatabteilung einer anerkannten Klinik. Er weist darauf hin, dass er für seine persönlichen Leistungen keinen Tarif im Voraus nennen kann, sondern einen «von den Versicherungen bewilligten» Privattarif anwendet, der für alle seine Patienten gleich hoch ist.

Beurteilen Sie, ob Dr. med. A. berechtigt ist, der Patientin seine Leistungen wie oben aufgeführt in Rechnung zu stellen. Begründen Sie Ihre Einschätzung.

Lösungsvorschlag

- a) Fahrten des Arztes, die nicht medizinisch begründet sind, sondern auf Wunsch und aus Bequemlichkeitsgründen der Versicherten erfolgen, sind nicht über das KVG gedeckt; private Verrechnung ist zulässig (1)
- b) Der Zuschlag für prioritären Notfalldienst ist nicht verrechenbar; Dringlichkeits- und Notfallzuschläge sind im anwendbaren Tarmed-Tarif im KVG enthalten (1)
- c) Mündliche und/oder schriftliche Erklärungen in Arabisch, nicht durch KVG gedeckt; private Verrechnung ist zulässig (1)
- d) Honorar bei Spitalaufenthalt in der Privatabteilung, nicht zulasten der OKP; private Verrechnung ist zulässig (1)

Angaben zu den erbrachten Leistungen unter b) und c): Mit entsprechender Begründung sind auch andere stichhaltige Antworten zulässig.

Der Tarifschutz gemäss Art. 44 KVG erlaubt keine Zuschläge für ambulante Leistungen. Für Leistungen, die eindeutig nicht über das KVG abgedeckt sind, kann indes nicht bestätigt werden, dass sie nach Tarmed zu verrechnen sind.

Frage 15 (2 Punkte)

Die Leistungserbringer erstellen ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen.

Ordnen Sie die einzelnen Tarife oder Tarifarten den jeweiligen Leistungserbringern zu.
Es sind mehrere Zuordnungen pro Zeile möglich.

Lösungsvorschlag

Tarifart	Spital	Ärzterschaft	Physiotherapeut/in	Pflegefachperson
Einzelleistungstarif	X	X	X	
Tarpsy	X			
Tarmed	X	X		
Zeittarif				X

0.5 Punkte pro richtige Zeile

Frage 16 (3 Punkte)

Damit die Krankenversicherer die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit von Leistungen prüfen können, müssen die Leistungserbringer in ihren Rechnungen verschiedene administrative und medizinische Angaben machen.

Zählen Sie 5 dieser Angaben auf, die Ärztinnen und Ärzte auf ihren Rechnungen machen müssen. Nennen Sie die Rechtsgrundlagen dazu.

Lösungsvorschlag

Datum beziehungsweise Daten der Behandlung **(0.5)**

Erbrachte Leistungen im Detail mit Tarif **(0.5)**

Diagnose und Verfahren **(0.5)**

Nummer der Versichertenkarte **(0.5)**

AHV-Nummer **(0.5)**

Art. 59 Abs.1 KVV **(0.5)**

Frage 17 (3 Punkte)

Herr T. hat beschlossen sich selbständig zu machen. Er kündigt seine Stelle als angestellter Gärtner bei der Firma Z. Seinen Businessplan hat er unterdessen erstellt und auch bereits ein Lokal für sein Geschäft angemietet.

Für die Erstellung einer Offerte für die Krankentaggeldversicherung nimmt er nach der Gründung der Firma Kontakt mit einem Versicherungsberater auf. Er gibt dem Berater an, dass er gemäss seinem Businessplan ein geschätztes Einkommen von ca. CHF 80'000.- haben wird. Grosse Rücklagen verzeichnet er nach Einkauf der Firmengeräte nicht mehr.

Er erhält folgende Offerte vom Versicherungsberater:

Taggeld	Wartefrist
Summenversicherung mit CHF 80'000.-	14 oder 30 Tage

Herr T. ist sich bei der Offerte nicht sicher und versteht auch den Begriff Summenversicherung nicht. Er bittet Sie um folgende Erklärungen:

- Was ist der Unterschied zwischen einer Summen- und einer Schadensversicherung bezüglich der Anspruchsbegründung? Erklären Sie den Unterschied in 2 bis 3 Sätzen.
- Erläutern Sie zusätzlich je 1 Vorteil bzw. Nachteil der Summenversicherung gegenüber der Schadensversicherung.

Lösungsvorschlag

- Bei der Schadenversicherung muss im Leistungsfall der effektive finanzielle Schaden nachgewiesen werden. **(1)**
Bei der Summenversicherung wird die effektiv versicherte Summe bezahlt ohne einen Nachweis des finanziellen Schadens. **(1)**
- Vorteil: Er kann allfällige Fixkosten in die Summe einrechnen **(0.5)**.
Nachteil: Die Prämie ist höher **(0.5)**.

Frage 18 (3 Punkte)

Es gibt verschiedene Formen der Taggeldversicherung. Ordnen Sie die folgenden Aussagen der eindeutigen Form der Taggeldversicherung nach KVG oder VVG zu.

Lösungsvorschlag

Aussage	KVG	VVG
Treffen 2 Sozialversicherungen aufeinander, so wird das Taggeld immer bis zum Erreichen des mutmasslichen Lohnausfalles ergänzt.	X	
Die Taggeldversicherung wird 14 Tage nach der gesetzlichen Mahnung mit einer Leistungssperre versehen.		X
Ohne vertraglich anderslautende Regelung wird ab einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % bezahlt.	X	
Die Rückfallfrist ist bei vielen Krankenversicherern gemäss den AVB 12 Monate.		X
Werden Taggelder infolge Überentschädigung gekürzt, so verlängert sich der Taggeldanspruch immer entsprechend der Kürzung.	X	
Es kann zur Versicherung bis maximal zum 60. Altersjahr beigetreten werden.		X

Pro richtige Zeile 0.5 Punkte

Frage 19 (2 Punkte)

Erläutern Sie 4 Unterschiede zwischen Krankentaggeldleistungen eines arbeitsunfähigen Arbeitnehmers infolge einer Berufskrankheit und einer nicht beruflich bedingten Krankheit.

Lösungsvorschlag

- Gesetz (UVG vs keine Versicherung/KVG/VVG) **(0.5)**
- Obligatorium (Versicherung obligatorisch / Versicherung grundsätzlich für den Arbeitgeber freiwillig) **(0.5)**
- Höhe der Deckung (Deckung 80 % bis max. CHF 148'200.- vs Deckung je nach Vertrag) **(0.5)**
- Wartefrist (Leistungsbeginn ist gesetzlich geregelt / mehrere Wartefristmöglichkeiten) **(0.5)**
- Prämien (zu Lasten des Arbeitgebers / dürfen teilweise zu Lasten des Arbeitnehmers (Abzug auf dem Lohnblatt) erscheinen) **(0.5)**
- Leistungsdauer «unbegrenzt» vs begrenzt **(0.5)**

Max. 2 Punkte – ein halber Punkt, vorausgesetzt der Unterschied ist ersichtlich.

Frage 20 (4 Punkte)

Aus der Auswertung der Statistiken der Krankenversicherer stellt sich heraus, dass Dr. med. D. im Vergleich mit anderen vergleichbaren Arztpraxen massiv zu hohe Honorare fakturiert hat. Zumindest ist es die Einschätzung der Stelle «Wirtschaftlichkeitsprüfung» von santésuisse, welche im Auftrag von Krankenversicherern mit dem Arzt Kontakt aufgenommen hat.

Für das Jahr 2022 soll die behauptete Überarztung zu einer Honorarrückerstattung von mehr als einer halben Million Schweizer Franken führen. Nach dem Scheitern des Schlichtungsverfahrens bleibt nur noch der Rechtsweg.

- a) Welche Instanz kann nach dem Scheitern des Schlichtungsverfahrens den Streitfall behandeln?
- b) Erklären Sie in 2 bis 3 Sätzen, welche Rollen und Kompetenzen diese Instanz innehat.
- c) Welche formellen Bedingungen muss der Entscheid der erwähnten Instanz erfüllen?

Lösungsvorschlag

- a) Das (kantonale) Schiedsgericht **(0.5)**
- b) Es ist die im KVG vorgesehene gerichtliche Instanz zur Klärung von Streitigkeiten zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern **(0.5)**. Das Schiedsgericht kann insbesondere Sanktionen bei Verstössen gegen das Wirtschaftlichkeitsprinzip aussprechen **(0.5)**, Streitigkeiten bei Anfechtung von Rechnungen beurteilen **(0.5)** sowie bei Anfechtung der Ernennung eines Vertrauensarztes oder einer Vertrauensärztin durch den Versicherer entscheiden **(0.5)**. (Art. 57 Abs 3 KVG)

Frage b) Max. 1.5 Punkte

- c) Die Entscheide werden mit einer Begründung **(0.5)** und einer Rechtsmittelbelehrung versehen **(0.5)** sowie mit den Namen der Mitglieder des Gerichts **(0.5)** und sie werden schriftlich **(0.5)** eröffnet (Art. 89 KVG)

Frage 21 (3 Punkte)

Herr S. wohnt im Kanton Appenzell AR. Sein Krankenversicherer Z. mit Sitz in Luzern teilt ihm mit, dass die Kosten für seine Zahnarztbehandlung in Zürich durch die OKP nicht übernommen werden. Die Ablehnung wird ihm auch mit Einspracheentscheid nochmals bestätigt.

- a) Nennen Sie die exakte Bezeichnung des Gerichtes, an das sich Herr S. wenden kann sowie den zuständigen Kanton.
- b) Innert welcher Frist muss die Beschwerde eingereicht werden?
- c) Was passiert, wenn Herr S. die Frist verpasst?

Lösungsvorschlag

- a) Obergericht **(1)**, Appenzell AR **(0.5)**
- b) 30 Tage **(0.5)** nach der Eröffnung des Einspracheentscheides **(0.5)**
- c) Der Entscheid wird definitiv **(0.5)** (=tritt in Kraft, d. h. kann nicht mehr angefochten werden)