



Berufsprüfung für die Krankenversicherungs-Fachfrau den Krankversicherungs-Fachmann vom 8. bis 11. Mai 2023

Mit Lösungen

Kandidat/in: _____ Nr. _____

2. Prüfung **Module A, B, C und D**

Zeit: 90 Minuten

Hilfsmittel: Handbuch der Schweizerischen Krankenversicherung 2022
Einfacher Taschenrechner

Beilage: Kalender 2022

Bewertung:

	Max. Punkte	Erreichte Punkte	Note
Note der 2. Prüfung	60		

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 (3 Punkte)

Kreuzen Sie die folgenden Aussagen zum Thema „Prämienfestsetzung in der OKP“ mit richtig oder falsch an.

Aussage	richtig	falsch
Wenn der Versicherer die Prämien in der OKP festsetzt, muss er das Kostenniveau jedes Kantons, in dem er Versicherte hat, berücksichtigen; es sind keine Ausnahmen möglich.		X
Wenn der Versicherer die Prämien in der OKP festsetzt, muss er die sogenannten „versicherungstechnischen“ Rückstellungen zur Deckung der Kosten von bereits durchgeführten, noch nicht abgerechneten Behandlungen berücksichtigen.	X	
Die Prämie der besonderen Versicherungsformen beträgt höchstens 50 % der Prämie der ordentlichen Versicherung mit Unfaldeckung für die Prämienregion und Altersgruppe des Versicherten.		X
Die Prämien für Versicherte mit wählbarer Franchise müssen zwingend einen Beitrag an die Reserven und den Risikoausgleich beinhalten.	X	
Die Prämien für Versicherte mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers müssen zwingend einen Beitrag an die Reserven und den Risikoausgleich enthalten.	X	
Lagen die Prämieinnahmen eines Versicherers in einem Kanton in einem Jahr deutlich über den kumulierten Kosten in diesem Kanton, so muss der Versicherer im betreffenden Kanton im Folgejahr einen Prämienausgleich machen.		X

pro richtige Antwort 0.5 Punkte

Frage 2 (6 Punkte)

Frau A., Verwaltungsangestellte, sieht im November 2022 auf der Internetseite www.priminfo.ch, dass die OKP-Prämie mit einer Franchise von CHF 300.- beim Versicherer Y. für das Jahr 2023 (Unfallrisiko nicht eingeschlossen) für eine erwachsene Person CHF 377.60 pro Monat beträgt.

Frau A. erkundigt sich, wie hoch die Prämien für sie und ihre Familie gemäss den Angaben in der untenstehenden Tabelle sind. Alle Personen leben im selben Haushalt.

Sie haben folgende Angaben des Versicherers Y. zur Prämiengestaltung.

Wahlfranchise:	maximal zulässiger Rabatt
Kinderrabatt:	75 %
Jugendrabatt:	20 %
Rabatt für Hausarzt-Modell:	15 %
Sistierung Unfallrisiko:	maximal zulässiger Rabatt

Berechnen Sie für jedes Familienmitglied die Monatsprämie für 2023 beim Versicherer Y. und zeigen Sie den Rechnungsweg auf.

Versicherte Person	Versicherungsumfang	Prämie in CHF
Frau A., 51-jährig, Arbeitnehmerin zu 100 %	Hausarztmodell Wahlfranchise CHF 2'500.-	
Ehemann, pensioniert	Hausarztmodell Franchise CHF 300.-	
Sohn, 3. Lehrjahr als Konditor, 23-jährig	Franchise CHF 500.-	
Tochter, Studentin, 17-jährig	Hausarztmodell Franchise CHF 300.-	

Lösungsvorschlag

Versicherte Person	Versicherungsumfang	Prämie in CHF
Frau A., 51-jährig, Arbeitnehmerin zu 100 %	Hausarztmodell Wahlfranchise CHF 2'500.-	203.00 (1.5)
Ehemann, pensioniert	Hausarztmodell Franchise CHF 300.-	345.10 (1.5)
Sohn, 3. Lehrjahr als Konditor, 23-jährig	Franchise CHF 500.-	291.30 (1.5)
Tochter, Studentin, 17-jährig	Hausarztmodell Franchise CHF 300.-	68.80 (1.5)

**Teilpunkte für Rechnungsweg möglich
Rundungsdifferenzen zulassen**

Frage 3 (4 Punkte)

Ihr Nachbar Herr D. ist über die Prämienhöhung per 1. Januar 2023 sehr verärgert. Insbesondere seine Spitalzusatzversicherung verdoppelt sich im neuen Jahr nahezu. Zusammen mit der Erhöhung der OKP, die er beim selben Versicherer abgeschlossen hat, ist diese Situation für ihn finanziell problematisch.

In der Presse hat er gelesen, dass gewisse Personen einen Anspruch auf individuelle Prämienverbilligung für ihre Krankenversicherung geltend machen können. Er ist überrascht, dass Versicherer nach Gutdünken einen Rabatt gewähren können. Da Sie in der Versicherungsbranche arbeiten, sucht Herr D. Sie auf und bittet um eine Erklärung. Er will vor allem wissen, wie er selber eine solche Prämienverbilligung erhalten kann.

- a) Erklären Sie Herrn D., was die individuelle Prämienverbilligung in der Krankenversicherung nach KVG und VVG bedeutet.
- b) Nennen Sie die grundsätzliche Voraussetzung für den Anspruch auf individuelle Prämienverbilligung.
- c) Nennen Sie die zuständige Stelle, welche die individuelle Prämienverbilligung durchführt.
- d) Zeigen Sie die Rechnungsabläufe des Krankenversicherers für Personen mit Anspruch auf individuelle Prämienverbilligung auf.

Lösungsvorschlag: mögliche korrekte Antworten

- a) Prämienverbilligung nur in der OKP, die Zusatzversicherung ist nicht betroffen **(1)**
- b) Anspruch nur, wenn bescheidene wirtschaftliche Verhältnisse vorliegen **(1)**
- c) Der Wohnkanton oder die vom Kanton dafür definierte Stelle ist zuständig **(1)**.
- d) Wenn eine Prämienreduktion gewährt wird, erhält der Krankenversicherer sie direkt **(0.5)** vom betroffenen Kanton und stellt der versicherten Person nur einen allfälligen Restbetrag für die OKP in Rechnung **(0.5)** sowie die Prämie nach VVG.

Max. 4 Punkte

Weitere sinnvolle Antworten sind möglich.

Frage 4 (4 Punkte)

Die OKP-Prämien sind sowohl bei Prämienzahlerinnen und Prämienzahlern wie auch bei den Dachverbänden der Krankenversicherer und der Politik ein ständig wiederkehrendes Thema, das Anlass zur Sorge gibt.

Kreuzen Sie an, welche der folgenden Aussagen richtig sind.

Aussage	richtig
Seit Inkrafttreten des KVG und bis 2022 haben sich die Prämien der OKP im Durchschnitt mehr als verdreifacht (durchschnittliche Prämien pro versicherte Person).	
Gesamthaft gesehen und im Mehrjahresvergleich verläuft die Entwicklung der OKP-Prämien praktisch parallel zur Kurve der Kosten zu Lasten der OKP.	X
Verglichen mit den Prämien der Zusatzversicherungen nach VVG haben die OKP-Prämien eine starke solidarische Komponente zwischen den Altersklassen.	X
Dank des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung können Versicherer mit proportional mehr jungen und gesunden Versicherten günstigere Prämien anbieten, als dies ohne Risikoausgleich der Fall wäre.	
In der Schweiz ist das Wachstum des BIP (Bruttoinlandprodukt) pro Kopf Jahr für Jahr geringer als der Anstieg der durchschnittlichen OKP-Prämien.	X
Die meisten Versicherten entscheiden sich für eine besondere Versicherungsform in der OKP, so dass sie mit zusätzlichen Verpflichtungen eine niedrigere Prämie als bei der normalen Versicherung erhalten.	X
Das Finanzierungssystem nach dem sogenannten „Bedarfsdeckungsverfahren“ stellt sicher, dass die Versicherer auf keinen Fall mehr Prämien einnehmen, als sie in einem bestimmten Kalenderjahr (Geschäftsjahr) benötigen.	
Das KVG verpflichtet jede versicherte Person, neben der OKP-Prämie, auch einen Beitrag zur Finanzierung der Prävention von Krankheiten zu leisten.	X

Max. 0.5 Punkte pro richtige Zeile

Frage 5 (2 Punkte)

Der Krankenversicherer X. bietet auch die OKP für Personen mit Wohnsitz in der EU, Island oder Norwegen an. Aus Gründen der Vereinfachung plant dieser, für die Versicherten mit Wohnsitz in den angrenzenden Staaten Deutschland, Frankreich, Italien und Österreich eine Einheitsprämie für alle diese Staaten zu berechnen.

Darf dies der Krankenversicherer? Begründen Sie Ihre Antwort in 1 bis 2 Sätzen und nennen Sie die Rechtsgrundlage.

Lösungsvorschlag

Nein **(0.5)**. Er muss je Wohnsitzstaat eine Prämie berechnen **(1)**. Art. 61 Abs. 4 KVG **(0.5)**.

Frage 6 (4 Punkte)

Das KVG sieht vor, dass der Bundesrat Kommissionen einsetzt, die ihn bei der Bezeichnung der Leistungen beraten.

- a) Nennen Sie jede dieser Kommissionen.
- b) Geben Sie an, für welche Aufgabe eine dieser Kommissionen ethische Aspekte berücksichtigen muss und nennen Sie die entsprechende Rechtsgrundlage.

Lösungsvorschlag

- a) Eidgenössische Kommission für Leistungen und Grundsatzfragen (Kommission für Leistungen und Grundsatzfragen) **(1)**; Eidgenössische Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände (Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände) **(1)**; Eidgenössische Arzneimittelkommission **(1)**.
- b) Für die Beurteilung von Grundsatzfragen in der Krankenversicherung bei der Leistungsbezeichnung **(0.5)**, Art. 37d Abs. 1 KVV **(0.5)**

Frage 7 (3 Punkte)

Vom Grundsatz her müssen die von der OKP übernommenen Leistungen unter anderem das Kriterium der Wirtschaftlichkeit erfüllen.

Nennen Sie 3 Massnahmen, welche die Versicherer treffen können, um zu vermeiden, dass sie die Kosten für unwirtschaftliche medizinische Leistungen tragen müssen.

Lösungsvorschlag

- Den Vertrauensarzt abklären lassen, ob die Voraussetzungen für die Kostenübernahme (einschliesslich Wirtschaftlichkeit) in Einzelfällen erfüllt sind.
- Leistungen zurückfordern, die das Interesse der versicherten Person sowie Ziel und Zweck der Behandlung übersteigen (Art. 56 Abs. 2 KVG)
- Statistische Kontrollen nach Art. 56 Abs. 6 KVG (Wirtschaftlichkeitsprüfung von santésuisse) durchführen und, wenn nötig, übertriebene Leistungen zurückfordern.
- Mit Leistungserbringern Verträge abschliessen, die die Wirtschaftlichkeit der Leistungen sicherstellen, z. B. indem diagnostische Massnahmen nicht unnötig wiederholt werden (Art. 56 Abs. 5 KVG)
- Tarife vorsehen, die Anreize für eine effiziente Leistungserbringung schaffen

Es sind auch andere zutreffende Antworten möglich. 1 Punkt pro Massnahme, max. 3 Punkte

Frage 8 (4 Punkte)

Damit die OKP Leistungen übernehmen kann, müssen die Leistungserbringer zahlreiche Anforderungen erfüllen. Die Zuständigkeit dafür liegt bei verschiedenen Behörden.

Ergänzen Sie die untenstehende Tabelle.

	Behörde	Rechtsgrundlage
Wer kann eine Bewilligung für die Berufsausübung als Physiotherapeut oder Physiotherapeutin ausstellen?		
Wer hat festgelegt, dass ein Zahnarzt oder eine Zahnärztin während 3 Jahren eine praktische Tätigkeit ausüben muss, bevor er oder sie für die OKP zugelassen werden kann?		
Wer ist für die Zulassung von Heilbädern zuständig?		
Wer muss eine Planung für Spitäler und Geburtshäuser erstellen, damit sie zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassen sind?		

Lösungsvorschlag

	Behörde	Gesetzesgrundlage
Wer kann eine Bewilligung für die Berufsausübung als Physiotherapeut oder Physiotherapeutin ausstellen?	Die Kantone (0.5)	Art. 47 Bst. a KVV (0.5)
Wer hat festgelegt, dass ein Zahnarzt oder eine Zahnärztin während 3 Jahren eine praktische Tätigkeit ausüben muss, bevor er oder sie für die OKP zugelassen werden kann?	Der Bundesrat (0.5)	Art. 42 Bst. b KVV (0.5)
Wer ist für die Zulassung von Heilbädern zuständig?	Das EDI (0.5)	Art. 40 Abs. 1 KVG (0.5)
Wer muss eine Planung für Spitäler und Geburtshäuser erstellen, damit sie zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassen sind?	Die Kantone (0.5)	Art. 39 KVG (0.5)

Fragen 9 (4 Punkte)

Herr W. ist in der OKP versichert und war bisher völlig gesund. Nun hat er von seinem Arzt erfahren, dass er an einer Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) leidet.

Neben einer medikamentösen Behandlung mit Insulin verordnet der Arzt 12 Beratungssitzungen bei der Schweizerischen Diabetesgesellschaft, weigert sich aber, eine ärztliche Verordnung für Fusspflege auszustellen, „weil die Versicherung nicht zahlen werde“. Herr W. weiss aber, dass die Versicherung seinem ebenfalls an Diabetes erkrankten Bruder seit einigen Jahren die Kosten für Fusspflege erstattet.

Herr W. hat den Eindruck, dass sein Arzt sich vielleicht irrt und dass er mit einer ärztlichen Verordnung die von ihm gewünschte Fusspflege erhalten könnte.

- a) Prüfen Sie, ob Herr W. mit seiner OKP-Versicherungsdeckung Anspruch auf Diabetesberatung hat und, wenn ja, um welche Leistungen es sich handelt.
- b) Beurteilen Sie, ob der Arzt zu Recht davon ausgeht, dass die OKP die Fusspflegeleistungen bei Herrn W. nicht übernehmen wird.

Begründen Sie Ihre Antworten in 1 bis 2 Sätzen und geben Sie die entsprechenden Rechtsgrundlagen an.

Lösungsvorschlag

- a) Die OKP übernimmt die von einer Beratungsstelle der Schweizerischen Diabetesgesellschaft erbrachte Diabetesberatung **(1)**, gemäss Art. 9c KLV **(0.5)**, für max. 10 Sitzungen **(0.5)**, auf ärztliche Verordnung hin **(0.5)**.
- b) Der Arzt hat Recht **(0.5)**. Fusspflegeleistungen werden Diabetespatientinnen und -patienten nur dann gewährt, wenn sie einen Risikofaktor nach Art. 11c Abs. 1 Bst. a KLV aufweisen **(0.5)**. Selbst wenn der Arzt eine Verordnung ausstellt, übernimmt die OKP die Leistungen nicht, da keine Komorbidität vorliegt **(0.5)**.

Frage 10 (3 Punkte)

Frau U., 66-jährig, nicht erwerbstätig, ist in der OKP für Unfall versichert. Sie wendet sich mit folgendem Schreiben an ihren Krankenversicherer:

„Wie Sie wissen, habe ich mir nach einem schlimmen Sturz den linken Arm gebrochen. Ich habe Ihnen diesen Unfall gemeldet. Ich musste 6 Wochen einen Gips tragen und mich bei meinem Chiropraktiker behandeln lassen, um die Armmuskulatur wieder aufzubauen.

Aufgrund meiner Schmerzen hat mir mein Chiropraktiker empfohlen, während 7 Tagen ein Elektrostimulationsgerät (TENS) zu mieten. Er hat mir lediglich ein Rezept geschickt. Nach den TENS-Sitzungen habe ich Ihnen die Rechnung und die ärztliche Verordnung für eine Rückerstattung eingereicht.

Laut Ihrer Abrechnung lehnen Sie die Kostenübernahme ohne jegliche Erklärung ab, obwohl es sich um einen sehr geringen Betrag handelt. Ich bitte Sie, die Angelegenheit noch einmal zu prüfen und mir die Kosten zu erstatten“.

Hat der Krankenversicherer richtig gehandelt, als er die Kostenübernahme ablehnte? Begründen Sie Ihre Antwort und nennen Sie die Kostenübernahmekriterien.

Lösungsvorschlag

Ja **(1)**, denn gemäss MiGeL (Pos. 09.02.01.00.2) **(0.5)** muss das Gerät mindestens für 10 Tage gemietet werden **(0.5)**, damit die Kosten von der OKP übernommen werden. Zudem muss die Wirksamkeit am Patienten getestet und der Patient muss in die Anwendung des Geräts eingewiesen worden sein **(0.5)**; Der Vertrauensarzt muss der versicherten Person die Selbstbehandlung empfohlen haben **(0.5)**.

Frage 11 (4 Punkte)

Herr Y. erhält nach einer schweren Operation an der Wirbelsäule eine stationäre Rehabilitation mit anschliessender ambulanter Badekur verordnet. Beide Behandlungen sollen jeweils für 28 Tage in der Leukerbad AG (alter Name = Rheuma- und Rehabilitationsklinik) im Kanton Wallis stattfinden. Die ärztlichen Berichte wurden an den Vertrauensarzt des Krankenversicherers von Herrn Y. weitergeleitet.

Herr Y. wohnt im Kanton Freiburg und ist in der OKP versichert. Die Leukerbad AG steht auf der Spitalliste des Kantons Wallis, nicht aber auf jener des Kantons Freiburg.

Welche Leistungen kann Herr Y. von seiner Krankenversicherung erwarten, im Wissen, dass der Vertrauensarzt des Krankenversicherers eine positive Stellungnahme abgegeben und die Durchführung der beantragten stationären Rehabilitation empfohlen hat?

Geben Sie in Stichworten an, ob und in welchem Umfang die Kosten für die folgenden Leistungen in der OKP übernommen werden:

- a) die stationäre Rehabilitation
- b) die ambulante Badekur

Lösungsvorschlag

- a) Ja, der Versicherer kann die angeordnete Rehabilitationsbehandlung in der Klinik übernehmen **(1)** (gestützt auf die KLV, Anhang 1, Kapitel 11) da es sich um eine Einrichtung handelt, die auf der Liste der kantonalen Spitalplanung steht, und der Vertrauensarzt eine positive Stellungnahme abgegeben hat.
Da es sich jedoch um eine ausserkantonale Einrichtung handelt, beschränkt sich die Kostenübernahme auf den vom Wohnkanton festgelegten Referenztarif **(1)** – eine allfällige Tariffdifferenz geht zulasten von Herrn Y.
- b) Ja, die Einrichtung wird auf der EDI-Liste als zugelassenes Heilbad geführt **(1)** (Liste im Handbuch Seite 487). Die OKP kann während höchstens 21 Tagen pro Kalenderjahr **(0.5)** einen täglichen Beitrag von CHF 10.- **(0.5)** übernehmen (gemäss Art. 25 KLV).

Frage 12 (3 Punkte)

Herr X. wohnt in der Schweiz und ist in der OKP versichert (ohne eingeschränkte Wahl des Leistungserbringers). Im Jahr 2015 konsultierte er einen Facharzt für plastische und rekonstruktive Chirurgie und musste sich einer Operation am Bauch unterziehen. Dieser Eingriff ging zu Lasten der OKP.

Mehrere Jahre lebte Herr X. beschwerdefrei, bevor er 2023 Schmerzen und ein Ziehen im Bauch verspürte. Der aufgesuchte Facharzt stellte eine neue Diagnose: Verwachsungen um die Narbe herum. Als Folge ist ein chirurgischer Eingriff mit einem mehrtägigen Spitalaufenthalt vorgesehen. Der Krankenversicherer soll die Kosten übernehmen.

Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit der Krankenversicherer die Kosten für diesen neuen Eingriff übernehmen kann?

Lösungsvorschlag

Für eine Kostenübernahme durch die OKP muss sich der Eingriff auf eine Krankheit zurückführen lassen **(1)**.

Stationäre Spitalbedürftigkeit muss gegeben sein **(1)**.

Der Eingriff muss zudem von einem Leistungserbringer, der zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassen ist **(1)**, und in einem Spital mit einem entsprechenden kantonalen Leistungsauftrag **(1)** durchgeführt werden.

Max. 3 Punkte

Frage 13 (3 Punkte)

Kreuzen Sie in der folgenden Tabelle in Bezug auf das Krankentaggeld für jede Aussage an, ob sie im Rahmen der Versicherung nach KVG, nach VVG, in beiden Fällen oder in keinem der beiden Fälle zutrifft.

	trifft zu gemäss KVG	trifft zu gemäss VVG	trifft zu gemäss KVG und VVG	trifft nicht zu
Die Wartezeit kann von der Dauer der Taggeldzahlungen abgezogen werden.				
Der Versicherer darf nie Leistungen ausrichten, wenn kein Erwerbsausfall vorliegt.				
Das Unfallrisiko ist immer abgedeckt.				
Die Mutterschaft ist in der Versicherungsdeckung immer inbegriffen.				
Von Gesetzes wegen endet die Versicherung mit Erreichen des AHV-Alters.				
Die minimale Leistungsdauer kann weniger als 720 Tage innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen betragen.				

Lösungsvorschlag

	trifft zu gemäss KVG	trifft zu gemäss VVG	trifft zu gemäss KVG und VVG	trifft nicht zu
Die Wartezeit kann von der Dauer der Taggeldzahlungen abgezogen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
Der Versicherer darf nie Leistungen ausrichten, wenn kein Erwerbsausfall vorliegt.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Unfallrisiko ist immer abgedeckt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
Die Mutterschaft ist in der Versicherungsdeckung immer inbegriffen.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von Gesetzes wegen endet die Versicherung mit Erreichen des AHV-Alters.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
Die minimale Leistungsdauer kann weniger als 720 Tage innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen betragen.	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

0.5 Punkte pro Zeile

Frage 14 (4 Punkte)

Bei der Abklärung des Anspruchs auf Leistungen der kollektiven Krankentaggeldversicherung nach KVG muss der Krankenversicherer mehrere Punkte überprüfen, bevor er die fälligen Leistungen festsetzen und auszahlen kann.

Ihr Lernender hat dazu eine Liste erstellt und bittet Sie zu kontrollieren, ob sein Entwurf richtig ist.

a) Streichen Sie die falschen Textpassagen durch und fügen Sie Ihre Korrekturen in die rechte Spalte ein (siehe Beispiel).

b) Ergänzen Sie die Liste um 2 Punkte, die der Lernende nicht erwähnt hat.

	Checkliste der zu kontrollierenden Punkte bei einem oder einer Angestellten mit kollektiver Krankentaggeldversicherung nach KVG	Korrekturen
	Beispiel <i>Grund der Arbeitsverhinderung (Krankheit / Mutterschaft / Geburtsgebrechen)?</i>	<i>Invalidität / Unfall</i>
a)	Meldung der Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitgeber innerhalb der in Art. 24 ATSG erwähnten Fristen? (5 Jahre)	
	Ist die versicherte Person bei Ihnen auch OKP versichert?	
	Wenn ja, hat die versicherte Person die fälligen OKP-Prämien bezahlt?	
	Hat ein Arzt oder eine Ärztin die Arbeitsunfähigkeit bestätigt (ärztliches Zeugnis)?	
	Beginn Datum der erwähnten Arbeitsunfähigkeit oder Fortsetzung einer bereits bestehenden Arbeitsunfähigkeit?	
	Bestehen Versicherungsvorbehalte?	
	Dauer der vertraglichen Wartefrist	
	Unterliegt die Person der Quellensteuer?	
	Hat die versicherte Person in den 900 vorangegangenen Tagen bereits Leistung der Taggeldversicherung erhalten?	

b)	<ul style="list-style-type: none"> • •
----	--

Lösungsvorschlag

a)	- Meldung der Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitgeber innerhalb der in Art. 24 ATSG erwähnten Fristen? (5 Jahre)	- streichen (0.5) - gemäss Vertragsbedingungen / AVB (0.5)
	Ist die versicherte Person bei Ihnen auch OKP versichert?	- streichen (0.5)
	Wenn ja, hat die versicherte Person die fälligen OKP-Prämien bezahlt?	- streichen (0.5)
	- Hat ein Arzt oder eine Ärztin die Arbeitsunfähigkeit bestätigt (ärztliches Attest)?	
	- Beginndatum der erwähnten Arbeitsunfähigkeit oder Fortsetzung einer bereits bestehenden Arbeitsunfähigkeit?	
	- Bestehen Versicherungsvorbehalte?	
	- Dauer der vertraglichen Wartefrist	
	- Unterliegt die Person der Quellensteuer?	
	- Hat die versicherte Person in den 900 -vorangegangenen Tagen bereits Leistung der Taggeldversicherung erhalten?	- streichen (0.5) - 180 Tage (0.5)
b)	- Überprüfung eines Erwerbsausfalls	
	- Grad der Arbeitsunfähigkeit	
	- Datum des Arbeitsantritts im Unternehmen	
	- Wurde der Arbeitsvertrag aufgelöst?	
	- Schadenminderungspflicht	
	- Höhe des versicherten Einkommens	

b) Je korrekte Aussage 1 Punkt (max. 2 Punkte)
Für a) und b) je max. 2 Punkte

Frage 15 (3 Punkte)

In der Taggeldversicherung nach KVG sind die Begriffe „Übersicherung“ und „Überentschädigung“ wichtig.

Erklären Sie die beiden Begriffe mit Ihren eigenen Worten und geben Sie 1 Beispiel zur Übersicherung.

Lösungsvorschlag

Für die richtige Erklärung des Begriffs Überentschädigung (bei Krankheit mehr erhalten, als wenn man nicht krank wäre, mehr erhalten als den entgangenen Verdienst) **(1)**.

Für die richtige Erklärung des Begriffs Übersicherung (einen Betrag abdecken, der höher ist als der tatsächliche Verdienstaussfall) **(1)**.

Für den Hinweis, dass die Überentschädigung nach ATSG nicht zulässig ist **(0.5)**.

Für den Hinweis, dass die Übersicherung nicht grundsätzlich verboten ist **(0.5)**.

Für den Hinweis, dass die Übersicherung in bestimmten Fällen nützlich sein kann **(0.5)**.

Für ein korrektes Anschauungsbeispiel der Übersicherung **(1)**.

max. 3 Punkte

Frage 16 (3 Punkte)

Der Krankenversicherer V. war der Ansicht, dass die OKP von Herrn Q. zu Unrecht abgeschlossen wurde und annulliert werden muss. Mit Urteil vom 12. Juli 2022 gab das Walliser Kantonsgericht der Beschwerde von Herrn Q. gegen den Einspracheentscheid des Krankenversicherers V. statt und stellte fest, dass der Versicherte tatsächlich der OKP unterstand.

Das Urteil wurde am 13. Juli 2022 dem Krankenversicherer V. zugestellt.

Der Krankenversicherer V. ist mit diesem Urteil nicht einverstanden.

- a) Geben Sie an, welche Schritte der Krankenversicherer V. unternehmen kann, um dieses Urteil anzufechten, bei welcher Instanz und innerhalb welcher Frist (genaues Datum).
- b) Erklären Sie, was mit dem Urteil des Kantonsgerichts geschieht, wenn die Frist gemäss Punkt a) nicht eingehalten wird.

Lösungsvorschlag

- a) Der Krankenversicherer kann eine Beschwerde **(0.5)** beim Bundesgericht **(0.5)** in Luzern **(0.5)** einreichen bis spätestens 13. September 2022 **(1)**.
- b) Das kantonale Urteil kann nicht mehr angefochten werden **(0.5)**. (Andere richtige Antworten: Urteil wird rechtskräftig, vollstreckbar).

Frage 17 (3 Punkte)

Bei einer Wanderung in den Bergen spürt Herr Z. (Lehrer, Vollzeit, 36 Jahre alt), wie sein Knie in einem Steilhang plötzlich „nachgibt“. Da ein Weitergehen unmöglich ist, beschliesst er, Hilfe zu rufen. Ein Helikopter holt ihn ab und bringt ihn ins nächstgelegene Spital.

Obwohl er die Unfalldeckung in der OKP sistiert hat, schickt Herr Z. alle Rechnungen an seinen Krankenversicherer: Helikopterrechnung, Spitalrechnung für die ambulante Notfallbehandlung.

Der Unfallversicherer seines Arbeitgebers, dem er den Fall gemeldet hat, ist nicht in der Lage, seine Leistungspflicht sofort festzulegen.

- a) Nach welchen Bestimmungen muss der OKP-Krankenversicherer die Leistungen vorleisten?
- b) Nennen Sie die Rechtsgrundlage.
- c) Was hat die Vorleistung für Herrn Z. zur Folge?

Lösungsvorschlag

- a) Der Krankenversicherer hat die Vorleistungen nach den für ihn geltenden Bestimmungen zu erbringen **(1)**.
- b) Art. 71 ATSG **(0.5)**.
- c) Er muss die Kostenbeteiligung (Franchise/Selbstbehalt) bezahlen **(1)**.
ungedeckte Kosten der Helikopterrechnung aufgrund von Art. 27 KLV **(0.5)**.