



Berufsprüfung für die Krankenversicherungs-Fachfrau den Krankversicherungs-Fachmann vom 4. bis 7. Mai 2021

Mit Lösungen

Kandidat/in: _____ Nr. _____

1. Prüfung **Module A, B, C und D**

Zeit: 90 Minuten

Hilfsmittel: Handbuch der Schweizerischen Krankenversicherung 2020
Einfacher Taschenrechner
Versicherungspflicht und Optionsrecht in der Krankenversicherung
Auszug Priminfo

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 schwarzer oder blauer Farbe zu verwenden!

Frage 1 (4 Punkte)

Frau M. ist 23 Jahre alt und studiert in Deutschland im 8. Semester Medizin. Sie wohnt bei ihren Eltern in Stuttgart. Sie plant, das für ihr Studium vorgesehene, 6-monatige Praktikum im Universitätsspital Zürich zu absolvieren. Ihr AHV-pflichtiger Praktikumslohn beträgt monatlich CHF 3'100.-.

Vom Migrationsamt erhält sie eine Kurzaufenthaltsbewilligung L. Während ihres Praktikums wohnt sie zusammen mit anderen Studentinnen in einer Wohngemeinschaft in Zürich. Nach dem Praktikum will sie wieder nach Stuttgart zurückkehren, um ihr Studium zu Ende zu führen. Bisher war sie über ihre Eltern in der Familienversicherung bei der AOK in Deutschland mitversichert. Die AOK bestätigt, dass sie dort weiterhin versichert bleiben könne, da sie sich lediglich vorübergehend in der Schweiz aufhalte.

Ihre Mitbewohnerin behauptet, sie müsse sich in der Schweiz nach KVG versichern, da sie sich länger als 3 Monate in der Schweiz aufhalte und hier arbeite.

- a) Erläutern Sie in 1 bis 2 Sätzen das Wohnsitzprinzip und geben Sie die massgebenden Rechtsgrundlagen an.
- b) Beurteilen Sie die versicherungsrechtliche Situation der Studentin. Muss sie sich in der Schweiz versichern, wie ihre Mitbewohnerin behauptet? Begründen Sie Ihre Antwort und nennen Sie das entsprechende Prinzip.

Lösungsvorschlag

- a) Wohnsitzprinzip bedeutet, dass sich eine Person dort krankenversichern muss, wo sie ihren Wohnsitz hat **(1)**. Art. 3 KVG **(0.5)** Art. 1 KVV **(0.5)**

Räumlicher Lebensmittelpunkt einer Person, Ort wo sich die Person mit der Absicht des dauernden Verbleibens aufhält, auch gelten lassen.

Art. 13 ATSG und Art. 23 – 26 ZGB auch korrekt.

Max. 1 Punkt für die Nennungen

- b) Ja, **(0.5)** da die Studentin in der Schweiz erwerbstätig ist **(1)**, ist sie in der Schweiz versicherungspflichtig. Es handelt sich um das Erwerbortprinzip **(0.5)**.

Frage 2 (2 Punkte)

Im Zusammenhang mit der Versicherungspflicht nach dem Freizügigkeitsabkommen (EU) kennen wir das sogenannte Optionsrecht.

Erklären Sie in 1 bis 2 Sätzen, was man im Allgemeinen unter dem Begriff Optionsrecht in der Krankenversicherung im Verhältnis zur Schweiz versteht.

Lösungsvorschlag

Optionsrecht bedeutet, dass eine Person grundsätzlich in der Schweiz versicherungspflichtig ist **(1)**, sich jedoch durch Ausübung des Optionsrechts auch im Wohnstaat versichern kann **(1)**.

Befreiung von der Versicherungspflicht in der Schweiz statt Optionsrecht auch gelten lassen.

Frage 3 (4 Punkte)

Kreuzen Sie die jeweilige Aussage zum Thema „Versicherungspflicht KVG“ mit richtig oder falsch an.

Falsche Antworten ergeben einen Abzug. Die Minimalbewertung der Frage beträgt 0 Punkte.

Aussage	richtig	falsch
Wer in der Schweiz wohnt, muss sich erst nach 3 Monaten in der Schweiz versichern.		X
Die Versicherungspflicht in der Schweiz endet automatisch mit dem Wegzug ins Ausland.		X
Personen, die in der Schweiz versicherungspflichtig sind, können unter den Versicherern, welche an ihrem Wohnort tätig sind, frei wählen.	X	
Als Nachweis für eine Versicherung nach KVG genügt die vom Versicherungsvertreter unterzeichnete Offerte.		X
Die Versicherung eines Neugeborenen beginnt in jedem Fall mit der Geburt, auch wenn die Anmeldung erst nach Ablauf von 3 Monaten erfolgt.		X
Eine Zuweisung zu einem Krankenversicherer erfolgt mittels Verfügung.	X	
Innerhalb der EU/EFTA kann eine Person auch in mehreren Staaten versichert sein.		X
Innerhalb der EU/EFTA werden im Ausland zurückgelegte Zeiten der Erwerbstätigkeit, Wohnzeiten, Versicherungszeiten etc. so betrachtet, als wären sie in der Schweiz zurückgelegt worden (Zusammenrechnungsprinzip).	X	

Pro richtige Antwort 0.5 Punkte

Frage 4 (1 Punkt)

Die Krankenversicherung in der Schweiz ist ein staatlich stark regulierter Bereich.

Nennen Sie sämtliche Rechtsformen, die Krankenversicherer aufweisen können, welche eine Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung haben.

Lösungsvorschlag

- Aktiengesellschaft
- Genossenschaft
- Verein
- Stiftung

1 Punkt für alle 4 Nennungen, keine Teilpunkte

Frage 5 (3 Punkte)

Kreuzen Sie die folgenden Aussagen zur Aufsicht der Behörden über die Krankenversicherungslandschaft mit richtig oder falsch an.

Falsche Antworten ergeben einen Abzug. Die Minimalbewertung der Frage beträgt 0 Punkte.

Aussage	richtig	falsch
Das BAG kann bestimmte Sanktionen gegen die Krankenversicherer aussprechen.	X	
Das EDI übt die Aufsicht über die Durchführung der Zusatzversicherungen gemäss VAG aus. Das BAG und das EDI koordinieren ihre Aufsichtstätigkeiten.		X
Neben der Solvenz des Krankenversicherers überprüft das BAG auch die Verwaltungskosten, insbesondere den Aufwand für Werbung und die Vermittlerprovisionen.	X	
Mit Ausnahme der Informationen nach Art. 71 KVAV ist die Aufsichtsbehörde gegenüber der Öffentlichkeit zur Verschwiegenheit gemäss Art. 33 ATSG verpflichtet.		X
Das EDI legt die Entschädigung der leitenden Organe jedes Krankenversicherers gesamthaft und ohne Nennung des Namens offen.		X
Das BAG ist für die Genehmigung der Prämientarife der OKP und der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung zuständig, nicht aber für die Genehmigung der kollektiven Krankentaggeldversicherung gemäss KVG.	X	

Frage 6 (6 Punkte)

Als selbstständiger Versicherungsvermittler beraten Sie den 22-jährigen Herrn C., der seinen Wohnsitz am 1. Juli 2021 in den Kanton Appenzell Innerrhoden verlegt. Herr C. wird dort als Schreiner in Vollzeit arbeiten. Derzeit ist er beim Krankenversicherer S. versichert, der im Kanton Appenzell Innerrhoden nicht tätig ist. Herr C. wurde darüber informiert, dass er sich einen neuen Krankenversicherer suchen muss. Er ist im Moment in der OKP mit einer Jahresfranchise von CHF 2'500.- versichert und möchte diese Franchisehöhe beibehalten, da er gesund ist und eine kostengünstige Versicherungslösung wünscht.

Sie verfügen über die vom Bund auf www.priminfo.ch veröffentlichte Prämientabelle 2021 (siehe Auszug im Anhang) für die entsprechende Region und Altersgruppe.

- a) Wie hoch wäre die monatliche Prämie von Herrn C., wenn er sich für die kostengünstigste Versicherung und deren billigstes OKP-Modell entscheidet?
- b) Wieviel müsste er beim kostengünstigsten Versicherer zusätzlich pro Monat bezahlen (im Vergleich zur Frage a), wenn er die freie Arztwahl will (mit der höchsten Jahresfranchise)?
- c) Einige Versicherer bieten bei den besonderen Versicherungsformen die gleiche Prämie an, egal ob eine Jahresfranchise von CHF 2'000.- oder CHF 2'500.- gewählt wird. Erklären Sie in 3 bis 4 Sätzen, warum dies möglich ist.
- d) Geben Sie an, welche Variante (Versicherer, Modell und Franchise sowie Monatsprämie) Sie Herrn C. anhand der Prämientabelle vorschlagen und erklären Sie Ihre Wahl in 1 bis 2 Sätzen. Persönliche Präferenzen (Grösse des Versicherers, Marke, Ruf, usw.) sind bei Ihrer Antwort nicht zu berücksichtigen.

Lösungsvorschlag

- a) CHF 125.20 **(1)**
- b) CHF 0.10 **(1)**
- c) Der höchste Rabatt **(0.5)**, den ein Versicherer für eine Wahlfranchise anbieten kann, bezieht sich grundsätzlich auf das von der versicherten Person übernommene zusätzliche Risiko **(0.5)**. Es ist eine minimale Prämie **(0.5)** vorgeschrieben, (Art. 90c KVV) so dass die tiefste Prämie für besondere Versicherungsformen mindestens 50 Prozent der Prämie der ordentlichen Versicherung mit Unfallddeckung beträgt **(0.5)**. Deshalb kann der Rabatt im Zusammenhang mit der Franchise nicht immer vollumfänglich gewährt werden **(0.5)**.
Max. 2 Punkte
- d) Nach eigener Wahl, entweder
Sanitas, OKP mit freier Wahl **(0.5)**, Jahresfranchise CHF 2'500.- **(0.5)** zu CHF 125.30 Monatsprämie **(0.5)**, weil sich der Rabatt für alternative Modelle nicht auszahlt **(0.5)**.
oder
Sanitas, Modell HMO Medbase MultiAccess oder Modell CallMed **(0.5)**, Jahresfranchise CHF 2'500.- **(0.5)** zu CHF 125.20 Monatsprämie **(0.5)**, weil es sich um die kostengünstigste Prämie handelt **(0.5)**.

«Swica, Modell HMO FAVORIT SANTE, Franchise von CHF 2'000.- zu CHF 126.-, weil sich der Rabatt für eine Franchise von CHF 2'500.- nicht auszahlt», mit max. 1 Punkt bewerten (unterjähriger Wechsel der Franchise von CHF 2'500.- zu CHF 2'000.- nicht gestattet).

Frage 7 (2 Punkte)

Im Bereich des KVG hat der Gesetzgeber verschiedene Aufgaben einer Behörde oder Einrichtung delegiert.

Kreuzen Sie bei den folgenden Fragen die jeweils zuständige Behörde oder Einrichtung an. Je nach Frage sind auch mehrere zuständige Behörden/Einrichtungen möglich.

Frage	Bundesrat	EDI	BAG	Kanton	Versicherer	Gemeinsame Einrichtung KVG
Wer regelt die Berechnung der Mindesthöhe der Reserven beziehungsweise der Solvenz?	X					
Wer übernimmt die gesetzlichen Leistungen eines insolventen Versicherers?						X
Wer trägt die aus dem Vollzug der Prämienverbilligung erwachsenden Kosten?				X	X	
Bei wem muss ein gemäss VAG bewilligtes privates Versicherungsunternehmen eine Bewilligung zur Ausübung der sozialen Krankenversicherung beantragen?			X			

0.5 Punkte pro richtige Zeile

Frage 8 (4 Punkte)

Gemäss KVG müssen sich gewisse Personen obligatorisch krankenversichern, andere können von der Versicherungspflicht ausgenommen werden. Wiederum andere können eine Unterstellung unter die schweizerische Krankenversicherung beantragen, während sich gewisse Personen aus verschiedenen Gründen nicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) anschliessen können.

Inwiefern unterstehen die folgenden Personenkategorien dem KVG? Kreuzen Sie die richtige Antwort an.

	Obliga- torisch	Versichert auf Gesuch	Ausnahme auf Gesuch	Nicht möglich
Das Neugeborene von Frau V., die in der Uhrenindustrie in Genf arbeitet und im französischen Annecy wohnt. Frau V. ist in Frankreich nicht versichert und der OKP unterstellt.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine japanische Staatsangehörige, die 2 Jahre an der ETH studiert.	(X)	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
Ein 66-jähriger Schweizer, der nur eine Schweizer Rente bezieht. Seit April 2021 wohnt er im Vereinigten Königreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
Erster Konsul der ständigen Mission Mexikos bei der UNO in Genf.	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der 25-jährige Herr R., der seit 2 Jahren bei Nestlé in Vevey (Kanton Waadt) als Ingenieur arbeitet. Er wird von seinem Arbeitgeber für 22 Monate nach Wellington (Neuseeland) entsandt, um an der Errichtung einer neuen Produktionsanlage mitzuwirken.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die 50-jährige Mutter des eben erwähnten Herrn R., die ihn während des gesamten Aufenthalts in Neuseeland begleitet, um sich vor Ort um das Zuhause zu kümmern. Sie übt keine Erwerbstätigkeit aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
Ein italienischer Staatsangehöriger, der seit 6 Jahren im Kanton Schaffhausen wohnt und seit 2 Monaten Vollzeit in Deutschland arbeitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
Ein iranischer Staatsangehöriger, der in Italien wohnt und als Grenzgänger im Tessin (Lugano) arbeitet.	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

0.5 Punkte pro richtige Zeile.

Frage 9 (2 Punkte)

Frau B. ist seit kurzem in der Schweiz wohnhaft und arbeitet Vollzeit als Assistenzärztin in einem Spital. Sie ist sehr erstaunt über die Höhe der monatlichen Krankenversicherungsprämie, die sie gemäss Ihrer Offerte bezahlen müsste. Gleichzeitig stellt sie fest, dass Sie in der Region der kostengünstigste Versicherer sind und es keinen Sinn ergibt, ein Angebot eines anderen Versicherers zu verlangen. Sie haben ihr die kostengünstigste der verfügbaren Varianten vorgeschlagen (höchste Franchise, begrenzte Wahl des Leistungserbringers).

Frau B. fragt Sie, was passieren würde, wenn sie sich nicht bei der OKP versichern würde, weder bei Ihrer Versicherung noch anderswo. Nennen Sie 4 Konsequenzen, mit denen Frau B. rechnen müsste, wenn sie ihrer Versicherungspflicht nicht nachkommt.

Lösungsvorschlag

- Kein Versicherungsschutz für Behandlungen/Leistungen vor Versicherungsbeitritt **(0.5)**
- Versicherungsunterstellung (Zuweisung) von Amtes wegen durch die zuständige Behörde **(0.5)**
- Keine freie Wahl des Versicherers **(0.5)** .
- Der Versicherer, dem sie zugewiesen wird, ist nicht unbedingt derjenige, der die attraktivsten Prämien anbietet. **(0.5)**
- Prämienzuschlag **(0.5)** für verspäteten Beitritt

Max. 2 Punkte

Frage 10 (4 Punkte)

Aufgrund der rapiden Verschlechterung der finanziellen Situation des Krankenversicherers Q. verlangt die Aufsichtsbehörde eine möglichst rasche unterjährige Erhöhung der OKP-Prämien in allen Kantonen, in denen der Versicherer tätig ist. Damit soll die Zahlungsfähigkeit gesichert werden.

Am 20. April 2021 teilt der Krankenversicherer Q. seinen Versicherten diese Entscheidung und die neue Prämie mit. Herr W. hat beim Krankenversicherer Q. eine Versicherung mit einer Jahresfranchise von CHF 2'500.- abgeschlossen und ist von der neuen Situation betroffen. Nun will er so rasch als möglich den OKP-Versicherer wechseln.

Geben Sie den nächstmöglichen Termin für den Versicherungsverwechsel an und erklären Sie, Schritt für Schritt, die Abläufe für den Wechsel des OKP-Versicherers. Nennen Sie dazu alle Fristen (Stichdaten) und alle Bedingungen, die Herr W. erfüllen muss, um den OKP-Versicherer zu wechseln.

Lösungsvorschlag

Die neue Prämie gilt ab dem 01.07.2021 (unter Berücksichtigung der 2-monatigen Frist gemäss Art. 7. Abs. 2 KVG); somit muss Herr W. die Vertragsauflösung **(0.5)** per 01.07.2021 **(0.5)** unter Einhaltung einer 1-monatigen Frist bekanntgeben. Krankenversicherer Q. muss die Kündigung spätestens am 31.05.2021 erhalten haben **(0.5)**.

Herr W. muss bis zum 30.06.2021 **(0.5)** eine OKP bei einem neuen Versicherer abschliessen **(0.5)** und dieser muss Krankenversicherer Q. mitteilen **(0.5)**, dass er Herrn W. ohne Unterbruch versichert, auch diese Mitteilung hat bis zum 30.06.2021 zu erfolgen **(0.5)**.

Damit ein Versicherungsverwechsel vollzogen werden kann, darf Herr W. kein säumiger Zahler **(0.5)** gegenüber Krankenversicherer Q. sein.

Frage 11 (3 Punkte)

Die 40-jährige Frau L. hat bei Ihrer Versicherung 3 Zusatzversicherungen abgeschlossen:

- Versicherung für Alternativmedizin
- Spitalversicherung für stationäre Behandlungen (allgemeine Abteilung) in der ganzen Schweiz
- ambulante Zusatzversicherung für Transportkosten, Nichtpflichtmedikamente, gewisse präventive Massnahmen und einen Kostenbeitrag für Brillen

Als freischaffende Schauspielerin (auf Gagen-Basis) hatte Frau L. in der letzten Zeit kaum Aufträge, was sie in grosse finanzielle Schwierigkeiten brachte. Sie leidet daher an Schlaflosigkeit und Stress.

Aufgrund ihrer derzeitigen finanziellen Situation befürchtet Frau L., die Zusatzversicherungen nicht mehr länger bezahlen zu können. Sie fragt bei Ihnen nach, ob es möglich sei, die Zusatzversicherungen aufzulösen. Sie erhält bereits eine Prämienverbilligung für die OKP.

Worauf machen Sie Frau L. aufmerksam, bevor sie die Entscheidung trifft, ihre Zusatzversicherungen zu kündigen oder nicht? Beschreiben Sie stichwortartig 3 Punkte.

Lösungsvorschlag

- Prüfen, ob Frau L. die Leistungen ihrer Zusatzversicherungen tatsächlich benötigt **(1)**. In Anbetracht ihres Gesundheitszustandes wird sie eventuell Leistungen dieser Zusatzversicherungen beanspruchen müssen. Eine Kündigung sollte nur in voller Kenntnis der Sachlage erfolgen.
- Kündigungsfrist in den AVB beachten **(1)**, oder nach Ermessen des Versicherers
- Unwiderruflichkeit der Kündigung **(1)**. Selbst wenn sich der Gesundheitszustand und die Zahlungsfähigkeit von Frau L. verbessern sollten, gibt es keine Garantie dafür, dass der Versicherer wieder bereit ist, Zusatzversicherungen mit ihr abzuschliessen.

Es sind auch andere Antworten möglich.

Frage 12 (5 Punkte)

Herr D. ist bei mehreren Ärzten in Behandlung und bezieht in diesem Zusammenhang OKP-Leistungen. Er versteht den Ablauf der Rechnungsstellung nicht: Manchmal erhält er die Rechnung direkt vom Arzt und muss sie bezahlen. Ein anderes Mal schickt ihm der Versicherer eine Leistungsabrechnung und schliesslich verlangt einer seiner Ärzte mitten im Jahr, eine Abtretung der Forderung an den Krankenversicherer zu unterzeichnen.

Erklären Sie Herrn D. die verschiedenen Systeme und weisen Sie dabei auf je 1 Vor- und Nachteil jedes Systems für ihn in Bezug auf die Kontrolle und auf eine allfällige Rechnungsbeanstandung hin.

Lösungsvorschlag

- System des *Tiers garant*: Die versicherte Person ist Schuldnerin der Forderung und kann vom Versicherer die Rückerstattung des von der OKP übernommenen Teils verlangen. **(0.5)**

Vorteile (0.5):

Die versicherte Person kann vor der Bezahlung kontrollieren, ob die in Rechnung gestellten Leistungen der Behandlung entsprechen, die sie erhalten hat.
Die versicherten Personen sind kostensensibler (Eigenverantwortung).

Nachteile (0.5):

Die versicherte Person muss die Rechnung bezahlen und allenfalls die Kosten vorschliessen, bevor der Versicherer eine Rechnungskontrolle vornehmen konnte.
Die versicherte Person ist in der Regel keine Tarifspezialistin und kann somit mögliche Fehler nicht erkennen.

- System des *Tiers payant*: Gemäss Vereinbarung oder für Spitalbehandlungen erhält der Versicherer die Rechnung direkt vom Leistungserbringer. **(0.5)**

Vorteil (0.5):

Bei Streitigkeiten zwischen dem Versicherer und dem Leistungserbringer, ob die Leistungen korrekt in Rechnung gestellt wurden, wird die versicherte Person nicht zur «Geisel». **(0.5)**
Der Versicherer kann die Rechnung einfacher beanstanden, ohne die Kundin oder den Kunden in die Sache zu involvieren.

Nachteil (0.5):

Die versicherte Person kann vor der Bezahlung nicht kontrollieren, ob die in Rechnung gestellten Leistungen der Behandlung entsprechen, die sie erhalten hat.
Ohne Einsicht in die Rechnung kennen die versicherten Personen die genauen Kosten ihrer Behandlung nicht (Eigenverantwortung kann verloren gehen).

- Abtretung der Forderung (System des *Tiers soldant*) **(0.5)**: Der Anspruch auf Rückerstattung kann an den Leistungserbringer abgetreten werden (Art. 42 Abs. 1 KVG). **(0.5)**

Vorteil (0.5):

Bei Streitigkeiten zwischen dem Versicherer und dem Leistungserbringer, ob die Leistungen korrekt in Rechnung gestellt wurden, wird die versicherte Person nicht zur «Geisel».

Nachteil (0.5):

Die versicherte Person kann vor der Bezahlung nicht kontrollieren, ob die in Rechnung gestellten Leistungen der Behandlung entsprechen, die sie erhalten hat.

Es sind auch andere Antworten möglich.

Frage 13 (3 Punkte)

Wenn die Leistungserbringer Leistungen zulasten der OKP erbringen, können sie die Preise für ihre Dienstleistungen grundsätzlich nicht selbst festlegen. Das KVG regelt die Zuständigkeiten.

Die Vergütung eines stationären Spitalaufenthalts in einer psychiatrischen Klinik beruht in der Regel auf einem Vertrag und einer einheitlichen Tarifstruktur für die gesamte Schweiz.

Kreuzen Sie bei den folgenden Fragen die jeweils zuständige Behörde oder Einrichtung an. Je nach Frage sind auch mehrere zuständige Behörden/Einrichtungen möglich.

Leistung	Bundesrat	EDI	Versicherer (oder Versichererverbände)	Spital (oder Spitalverbände)	Kanton
Wer ist Vertragspartei eines Tarifvertrages?			X	X	
Wer regelt die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler?	X				
Wer setzt eine für den Aufbau und die Weiterentwicklung der Tarifstruktur zuständige Organisation ein?			X	X	X
Wer legt den Tarif fest, wenn kein Vertrag zustande kommt?					X
Wer muss die Unterlagen zur Verfügung stellen, um schweizweite Vergleiche zwischen Spitälern zu ermöglichen?				X	X
Wer muss dafür sorgen, dass die Pflegeleistungen zweckmässig, sowie von hoher Qualität und gleichzeitig möglichst kostengünstig sind?	(X)		X	X	X

0.5 Punkte pro richtige Zeile.

Frage 14 (3 Punkte)

Wenn der Krankenversicherer eine Rechnung für OKP-Leistungen erhält, muss er prüfen können, ob diese richtig ausgestellt wurde und ob die Leistung wirtschaftlich war. Für eine Kontrolle braucht es medizinische Angaben, wie beispielsweise die Diagnosen, deren Bekanntgabe an den Versicherer nicht ohne weiteres mit den Datenschutzerfordernissen vereinbar ist.

Erklären Sie in 3 bis 4 Sätzen, wie der Gesetzgeber diese Schwierigkeit bei Rechnungen des Typus DRG (Diagnosis Related Groups) gelöst hat.

Lösungsvorschlag

Der Versicherer muss über eine Datenannahmestelle verfügen **(0.5)**. Diese muss nach Datenschutzgesetz zertifiziert sein **(0.5)**.

Nur diese Stelle **(0.5)** darf medizinische Daten entgegennehmen, d. h. die Diagnosen und Prozeduren in codierter Form, welche die Leistungserbringer systematisch übermitteln müssen **(0.5)**.

Anhand dieser Angaben bestimmt die Datenannahmestelle für welche Rechnungen eine weitere Prüfung benötigt wird **(0.5)** und leitet die dazu notwendigen Angaben an den Versicherer weiter **(0.5)**.

Frage 15 (3 Punkte)

Der in Zürich wohnhafte Herr X. ist grundversichert (OKP). Er hat alle Prämien und Kostenbeteiligungen usw. bezahlt. Er konsultiert Dr. V., um eine mögliche Krampfaderoperation zu besprechen. Dr. V. verfügt im Kanton Zürich über eine Berufsausübungsbewilligung.

Nennen Sie 3 Gründe, weshalb der Krankenversicherer von Herrn X. die Leistungen nach OKP verweigern könnte.

Lösungsvorschlag

- Verstoss gegen die Regel betreffend freie Wahl der Ärztin/ des Arztes im OKP-Modell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer
- Arzt/Ärztin in Ausstand
- Begrenzung der Anzahl Ärzte und Ärztinnen gemäss Art. 36 KVG
- Temporärer oder definitiver Ausschluss von der Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung infolge Sanktionen im Sinne von Art. 59 Abs. 1 Bst. d KVG.
- Leistung medizinisch nicht notwendig/indiziert (kosmetisch)

1 Punkt pro richtige Antwort.

Frage 16 (5 Punkte)

Frau Y. wohnt und arbeitet als Angestellte im Kanton Waadt.

Beim Verlassen der Arbeit am 25. März 2020 stürzt sie die Treppe hinunter und muss in die Notaufnahme des Lausanner Universitätsspitals (CHUV) gebracht werden, wo sie sofort operiert wird. Am Vortag der Entlassung aus dem Spital fühlt sich Frau Y. sehr schlecht und klagt über heftige Atembeschwerden, die es ihr verunmöglichen, normal zu atmen. Da die Intensivstation des CHUV voll belegt ist, wird Frau Y. ins Inselelspital nach Bern verlegt. Dort verstirbt sie am 21. April 2020.

Versicherungsdeckung von Frau Y.:

OKP mit Managed-Care-Netzwerk und Jahresfranchise von CHF 500.-.

Verweildauer CHUV: 25. März bis 2. April 2020

Angaben zur Rechnungsstellung:

DRG I28 A Komplexer Eingriff an Knochen
 Costweight 3.182
 Baserate 10'650

Verweildauer Inselelspital: 2. bis 21. April 2020

Angaben zur Rechnungsstellung:

DRG E90C Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit komplexer
 Behandlung
 Costweight 2.261
 Baserate 10'800

Berechnen Sie für die beiden Spitalaufenthalte die Kostenverteilung zwischen den verschiedenen Kostenträgern (Kantonsbeitrag VD/BE 55%). Frau Y. hat im Jahr 2020 keine weiteren Leistungen der OKP bezogen.

Lösungsvorschlag

	Berechnung	Betrag netto
Kanton Bern	---	0 (0,5)
Kanton Waadt	55 % Aufenthalt Inselelspital $2.261 \times 10'800 = 24'418.80$ davon 55 % Kostenübernahme = 13'430.35	13'430.35 (1)
OKP-Versicherer	45 % Aufenthalt Inselelspital minus Kostenbeteiligung $10'988.45 - 1485 = 8792.25$	9503.45 (1)
UVG-Versicherer	Der Erstaufenthalt im CHUV geht zulasten des UVG ($3.182 \times 10'650$)	33'888.30 (0.5)
Hinterbliebene von Frau Y.	Spitalbeitrag 19 Tage $\times 15.- = 285.-$ (0.5) + Franchise 500.- (0.5) + Kostenbeteiligung 700.- (0.5)	1485.- (0.5)

Frage 17 (2 Punkte)

Während eines Aufenthalts in der Rehaklinik Bellikon tauschen sich Herr X. und Frau A. über die Gesundheitskosten aus und vergleichen ihre Leistungsabrechnungen, die sie gerade erhalten haben. Beiden wurde im Kantonsspital Aarau eine Hüftprothese eingesetzt. Herr X. und Frau A stellen fest, dass das Kantonsspital Aarau sehr unterschiedliche Kosten in Rechnung gestellt hat.

Nennen Sie 3 mögliche Gründe für die unterschiedliche Rechnungsstellung.

Lösungsvorschlag

- Unterschiedliche DRG **(1)**; DRGs können von Komorbiditäten, Komplikationen, Alter usw. abhängen.
- Unterschiedliche Verweildauer **(0.5)**, was sich möglicherweise auf die Costweight auswirken kann.
- Die beiden OKP-Versicherer haben nicht zwingend die gleiche Baserate **(0.5)**.

Nennung unterschiedliche Abteilung Spital allgemein, halbprivat, privat gibt auch 0.5 Punkte

Frage 18 (2 Punkte)

Kreuzen Sie die folgenden Aussagen zum Thema „Rechnungsstellung der Leistungserbringer“ mit richtig oder falsch an.

Falsche Antworten ergeben einen Abzug. Die Minimalbewertung der Frage beträgt 0 Punkte.

Aussage	richtig	falsch
Die Leistungserbringer müssen die Kennnummer der Versichertenkarte nicht auf ihren Rechnungen aufführen.		X
Bei einem Spitalaufenthalt können Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren, dass die versicherte Person die Vergütung schuldet.		X
Bei der Erstattung von ambulanten ärztlichen Leistungen ist nur ein Einzelleistungstarif zulässig.		X
Ärztinnen und Ärzte können die von ihnen verschriebenen Medikamente, die auf der Spezialitätenliste (SL) aufgeführt sind, zu einem tieferen Preis in Rechnung stellen als dem vom EDI in der SL festgelegten Preis.	X	

0.5 Punkte pro richtige Antwort.

Frage 19 (3 Punkte)

Kreuzen Sie die folgenden Aussagen zum Thema „Krankentaggeld-Versicherung“ mit richtig oder falsch an.

Falsche Antworten ergeben einen Abzug. Die Minimalbewertung der Frage beträgt 0 Punkte.

Aussage	richtig	falsch
Ein Krankenversicherer, der Taggeldversicherungen sowohl gestützt auf das KVG als auch auf das VVG anbietet, kann einem Arbeitgeber den Abschluss eines VVG-Vertrags für dessen Angestellte verweigern.	X	
Arbeitnehmende sind bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer anerkannten Berufskrankheit obligatorisch über ihren Arbeitgeber versichert.	X	
Mitarbeitende können mit einem Vorbehalt aufgrund einer Vorerkrankung in die kollektive KVG-Taggeldversicherung aufgenommen werden.	X	
Ein Arbeitgeber muss seine Angestellten nie gegen krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit versichern.		X
Das Obligationenrecht (OR), beziehungsweise die Berner, Basler oder Zürcher Skala legen die Leistungsdauer für einen Selbstständigerwerbenden entsprechend seiner Dienstjahre fest.		X
Schliesst ein Arbeitgeber für seine Angestellten eine Versicherung gestützt auf das VVG für krankheitsbedingte Erwerbsausfälle ab, muss er einen Teil der Prämien den Angestellten anlasten (Lohnabzug), höchstens jedoch 50 % der Prämie.		X

0.5 Punkte pro richtige Antwort.

Frage 20 (6 Punkte)

Den Verdienstaufschlag kann man in der Schweiz unterschiedlich versichern.

Nach einer längeren Arbeitsunfähigkeit und intensiver Behandlung musste Frau W. infolge der Brustkrebstherapie ihre Erwerbstätigkeit aufgeben. Nach Abschluss der Behandlungen und mittlerweile symptomfrei, gilt Frau W. nun seit 5 Jahren als geheilt. Jetzt, mit 44 Jahren hat sie ihre Erwerbstätigkeit wieder aufgenommen und sich am 1. Mai 2021 als Bekleidungsgestalterin selbstständig gemacht.

Sie hat keine Angestellten und will wissen, wie sie ihr eigenes Einkommen bei einem krankheits- oder unfallbedingtem Erwerbsausfall versichern kann. Sie geht von einem Umsatz von rund CHF 25'000.- jährlich aus und hat nur geringe Fixkosten.

- Nennen Sie 3 Gesetze, auf denen eine freiwillige Versicherung im Zusammenhang mit dem gewünschten Versicherungsschutz gründen kann.
- Nennen Sie für jedes der 3 Gesetze 2 Merkmale, die beim Abschluss der Versicherung in Betracht gezogen werden müssen.
- Formulieren Sie schliesslich die beste Versicherungslösung, die Sie Frau W. anbieten können und legen dazu in 1 bis 2 Sätzen dar, weshalb diese Variante für die Kundin geeignet ist, beziehungsweise wo diese Variante in Bezug auf die Versicherungsdeckung ungenügend sein könnte.

Lösungsvorschlag

a) Gesetz	b) Merkmale
KVG (0.5)	<ul style="list-style-type: none"> • Vorbehalt von max. 5 Jahren möglich • Versicherer darf Versicherungsunterstellung nicht verweigern • Unfalldeckung kann eingeschlossen werden • Wartefrist wählbar • versicherbarer Höchstbetrag nicht unbedingt ausreichend <p style="text-align: right;">(0.5 Punkte pro Merkmal, max. 1 Punkt)</p>
VVG (0.5)	<ul style="list-style-type: none"> • Summenversicherung möglich • Verweigerung der Versicherungsdeckung möglich • lebenslange Gesundheitsvorbehalte möglich • Unfalldeckung kann eingeschlossen werden • Wartefrist wählbar <p style="text-align: right;">(0.5 Punkte pro Merkmal, max. 1 Punkt)</p>
UVG (0.5)	<ul style="list-style-type: none"> • deckt nur Unfall (und Berufskrankheit) • Verweigerung der Versicherungsdeckung durch den Versicherer möglich • Höhe des versicherten Verdienstes nach Vereinbarung <p style="text-align: right;">(0.5 Punkte pro Merkmal, max. 1 Punkt)</p>

c)

- KVG-Deckung von max. CHF 70.- (oder weniger, je nach Höchstbetrag des versicherten Verdienstes), da der Kundin angesichts ihres Gesundheitszustandes eine VVG-Deckung verweigert würde und, gemäss AVB, unzureichende Deckung infolge versichertem Verdienst, oder eventuell Vorbehalt von 5 Jahren
- KVG-Deckung von CHF X.-, da der Kundin angesichts ihres Gesundheitszustandes eine VVG-Deckung verweigert würde, eventuell mit freiwilliger UVG-Versicherung, damit ihr Einkommen zumindest bei einem Unfall ausreichend abgedeckt ist
- oder Summenversicherung nach VVG, unter der Prämisse eines lebenslangen Gesundheitsvorbehalts, der verhindert, dass die Kundin im Falle eines Wiederauftretens der Brustkrebskrankung Leistungen erhält, wenn der Versicherer überhaupt bereit ist, sie zu versichern.

***Jede vertretbare, korrekt dargelegte Lösung ergibt 1 Punkt, plus 0.5 Punkte für die Erwähnung der entsprechenden unzureichenden Deckung.
Die Frage der Wartefrist ist in diesem Kontext nicht zentral und wird bei Erwähnung mit 0 Punkten bewertet.***

Summenversicherung nach KVG mit entsprechender Begründung auch gelten lassen.

Frage 21 (2 Punkte)

Ein Physiotherapeut aus dem Kanton Waadt will einem älteren Patienten, der in einer Alters- und Pflegeeinrichtung wohnt und nicht in der Lage ist, sich zur Physiotherapiepraxis zu begeben, Fahrtkosten in Rechnung stellen.

Der Krankenversicherer mit Sitz im Kanton Luzern ist mit der Übernahme dieser Zusatzkosten nicht einverstanden. Er argumentiert, dass er nur die für die eigentlichen Behandlungen vertraglich vorgesehenen Kosten vergütet, da der entsprechende Tarif die Inrechnungstellung solcher Fahrtkosten nicht vorsieht. Nach Ansicht des Versicherers ist der Physiotherapeut wegen des Tarifschutzes auch nicht berechtigt, seine Fahrtkosten dem Patienten in Rechnung zu stellen. Keine der beiden Parteien ist bereit, ihre Meinung zu ändern.

Über welchen Instanzenweg kann eine solche Angelegenheit geklärt werden?

Antwort

Schlichtungsstelle (0.5), Schiedsgericht (0.5) des Kantons Waadt (0.5), Bundesgericht (0.5).

Frage 22 (4 Punkte)

Ist der Krankenversicherer in folgenden Fällen angehalten, eine begründete Verfügung zuzustellen?

Nennen Sie in Ergänzung zu Ihren Antworten die entsprechenden Rechtsgrundlagen.

- a) Rückforderung von CHF 65.-, die Herrn J. zu Unrecht ausbezahlt wurden (eine Medikamentenrechnung wurde irrtümlicherweise zweimal zurückerstattet).
- b) Rückforderung der Honorare eines Arztes nach erfolglosem Schlichtungsversuch, da dieser im Vergleich zu einer vergleichbaren Ärztegruppe statistisch betrachtet nicht wirtschaftlich arbeitet (Wirtschaftlichkeitsprüfung)
- c) Frau R. teilt ihrer Versicherung mit, dass sie mit deren Verweigerung der Kostenübernahme einer operativen Bauchdeckenstraffung nicht einverstanden ist.
- d) Abrechnung für kollektive Taggeldversicherung gemäss KVG, die der Firma N. AG infolge Arbeitsunfähigkeit mehrerer Mitarbeiter zugestellt wird. Die Abrechnung beläuft sich auf CHF 222'500.-.

Antwort

- a) Ja **(0.5)**, Art. 3 ATSV **(0.5)**.
- b) Nein **(0.5)**, Art. 89 KVG, Abs. 1 KVG. **(0.5)**.
- c) Ja **(0.5)**, Art. 49 Abs. 1 ATSG **(0.5)**.
- d) Nein **(0.5)** Art. 80 KVG **(0.5)**.