



Berufsprüfung für die Krankenversicherungs-Fachfrau den Krankversicherungs-Fachmann vom 9. bis 12. Mai 2022

Mit Lösungen

Kandidat/in: _____ Nr. _____

1. Prüfung **Module A, B, C und D**

Zeit: 90 Minuten

Hilfsmittel: Handbuch der Schweizerischen Krankenversicherung 2021
Einfacher Taschenrechner
Beilage Auszug aus VVG

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 (3 Punkte)

Herr C. ist beim regional tätigen Krankenversicherer V. versichert und wechselte seinen Wohnsitz per 1. April 2022 an einen Ort, der ausserhalb des Tätigkeitsgebietes des Krankenversicherers V. liegt.

Beim Krankenversicherer V. war er bis am 31. März 2022 wie folgt versichert:

- OKP mit wählbarer Franchise von CHF 2'000.-
- Spitalzusatzversicherung «Privat» mit Vertragsablauf 31. Dezember 2023

Da Herr C. mit dem Krankenversicherer V. nicht zufrieden war, unterschrieb er am 22. März 2022 mit Beginn 1. April 2022 beim Krankenversicherer M. einen Antrag für die OKP mit der gesetzlichen Franchise von CHF 300.-, sowie einen Antrag für die Spitalzusatzversicherung mit Vertragsablauf 31. Dezember 2024.

Herr C. ist vollständig gesund, hat aber beim Krankenversicherer V. für die OKP gemahnte Ausstände über CHF 1'400.-. In der Spitalzusatzversicherung sind alle Prämien bezahlt.

Beantworten Sie die nachstehenden Fragen und begründen Sie Ihre Antworten in 1 bis 2 Sätzen.

- Ist der Versicherungswechsel in der OKP gültig?
- Ist der Wechsel in der OKP zu einer tieferen Franchise möglich?
- Ist der Wechsel für die Spitalzusatzversicherung gültig?

Lösungsvorschlag

- Ja **(0.5)**. Gemäss KVG (Art. 7 Abs. 3) endet das Versicherungsverhältnis im Zeitpunkt der Verlegung des Wohnortes **(0.5)**.
- Ja **(0.5)**, sofern der neue Versicherer die wählbaren Franchisen nicht anbietet **(0.5)**. (Auch richtig: Nein, sofern der neue Versicherer die wählbaren Jahresfranchisen anbietet)
- Nein **(0.5)**. Im VVG gibt es keine Regionalität **(0.5)**.

Frage 2 (1 Punkt)

Per 1. Januar 2022 ist das neu revidierte Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Kraft getreten (Auszug in Beilage).

Frau B. hat per 1. Januar 2022 beim Krankenversicherer A. eine Zusatzversicherung „Spital halbprivat“ mit Vertragsablauf 31. Dezember 2026 abgeschlossen.

Auf welches Datum kann Frau B. diese Zusatzversicherung frühestens kündigen, wenn immer alle Prämien bezahlt werden und keine Schäden eintreten?

Lösungsvorschlag

Auf 31. Dezember 2024 (1)

Frage 3 (2 Punkte)

Per 1. Januar 2022 ist das neu revidierte Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Kraft getreten (Auszug in Beilage).

Kreuzen Sie die jeweilige Aussage zum Thema «VVG» mit richtig oder falsch an.

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

Aussage	richtig	falsch
Wer dem Versicherungsunternehmen einen Antrag zum Abschluss eines privaten Versicherungsvertrages stellt, bleibt 14 Tage gebunden.	X	
Wer dem Versicherungsunternehmen einen Antrag zum Abschluss eines privaten Versicherungsvertrages stellt, hat eine Widerrufsfrist von 14 Tagen ab Datum des Zustandekommens des Vertrages.	X	
Wer dem Versicherungsunternehmen einen Antrag zum Abschluss eines privaten Versicherungsvertrages stellt, hat eine Widerrufsfrist von 14 Tagen ab Datum der Antragstellung.	X	
In der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung stehen das ordentliche Kündigungsrecht und das Kündigungsrecht im Schadenfall nur dem Versicherungsnehmer zu.	X	

Pro richtige Antwort 0.5 Punkte

Frage 4 (4 Punkte)

Kreuzen Sie zu den nachstehenden Aussagen zum Thema «Besondere Versicherungsformen in der OKP» an, ob sie richtig oder falsch sind.

Bei denjenigen Aussagen, die Sie mit «falsch» ankreuzen, begründen Sie Ihren Entscheid in 1 bis 2 Sätzen.

a) Die Versicherer können pro Kanton unterschiedliche Wahlfranchisen anbieten.

- richtig
 falsch

Begründung

b) Die Versicherer können ab einer Wahlfranchise von CHF 1'500.- ein Angebot ohne Selbstbehalt anbieten.

- richtig
 falsch

Begründung

Im Gesetz nicht vorgesehen (gesetzliche Grundlage fehlt)

c) Wurden für die beim gleichen Versicherer versicherten Kinder unterschiedliche Jahresfranchisen gewählt, beträgt der Höchstbetrag der Kostenbeteiligung für alle Kinder zusammen, maximal das doppelte des Höchstbetrages für 1 Kind.

- richtig
 falsch

Begründung

In diesem Fall legt der Versicherer die Höchstbeteiligung fest

d) Die Bonusversicherung darf weder in Verbindung mit einer wählbaren Jahresfranchise noch einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers angeboten werden.

- richtig
 falsch

Begründung

Mit einer EWL schon (mit einer WJF nicht)

e) Die Ausgangsprämie der Bonusversicherung beträgt immer 110 % der ordentlichen Prämie. Dies gilt auch dann, wenn der Versicherte in den Jahren vor Abschluss der Bonusversicherung keine Leistungen bezogen hat.

- richtig
 falsch

Pro richtiges Kreuz und pro sinnvolle Begründung je 0.5 Punkte

Frage 5 (2 Punkte)

Die Versicherer müssen die soziale Krankenversicherung auch versicherungspflichtigen Personen anbieten, die in der Europäischen Union, in Island oder Norwegen wohnen.

Führen Sie 2 Voraussetzungen auf, die erfüllt sein müssen, damit sich ein Versicherer von dieser Pflicht ganz oder teilweise befreien lassen kann und geben Sie die massgebliche Rechtsgrundlage an.

Lösungsvorschlag

- weniger als 500'000 Versicherte **(0.5)**
- will in keinem oder nur einem Teil der Staaten die OKP durchführen **(0.5)**.
- hat in den Staaten nur sehr kleine Versichertenbestände **(0.5)**.

Art. 4 Abs. 1 KVAV **(1)**

Insgesamt maximal 2 Punkte

Frage 6 (2 Punkte)

Die Voraussetzungen, damit ein Versicherer die soziale Krankenversicherung durchführen kann, sind in Art. 5 KVAG aufgeführt (Bewilligungsvoraussetzungen).

Kann diese Bewilligung wieder entzogen werden? Begründen Sie Ihre Antwort in 2 bis 3 Sätzen.

Lösungsvorschlag

Ja **(1)**

Wenn während 2 Jahren niemand versichert ist, gilt die Versicherungstätigkeit als beendet. **(0.5)**
(Das BAG entzieht die Bewilligung)

Wenn ein Versicherer die gesetzlichen Voraussetzungen nicht mehr erfüllt **(0.5)**. (Art. 43.1 KVAG)

Frage 7 (2 Punkte)

Die Kantone sorgen im Bereich der sozialen Krankenversicherung für die Einhaltung der Versicherungspflicht.

Nennen Sie 2 Aufgaben bzw. Kompetenzen der Kantone, die mit der Einhaltung der Versicherungspflicht im Zusammenhang stehen.

Lösungsvorschlag

- Zuweisung an einen Versicherer bei Nichteinhaltung der Versicherungspflicht **(1)** (Art. 6 Abs. 2 KVG)
- Periodische Information der Bevölkerung über die Versicherungspflicht **(1)** (Art. 10 Abs. 1 KVV)

Auch gelten lassen: Entscheid über Befreiungsgesuche (1), (Art. 10 Abs. 2 KVV) sowie informieren die nach dem FZA versicherungspflichtigen Personen (1), (Art. 6a Abs. 1 KVG).

Frage 8 (3 Punkte)

Die Versicherer müssen, um eine Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung zu erhalten, unter anderem den Grundsatz der Gleichbehandlung einhalten.

Beschreiben Sie in 2 bis 3 Sätzen, was unter dem Grundsatz der Gleichbehandlung im Sinne der Aufsicht in der Krankenversicherung zu verstehen ist und geben Sie den massgebenden Verordnungsartikel an.

Lösungsvorschlag

Der Versicherer muss alle versicherten Personen gleich behandeln hinsichtlich ihres Gesundheitszustands **(0.5)**, in Bezug auf die Aufnahme in die Versicherung **(0.5)**, der Wahl der Versicherungsform **(0.5)**, der Mitteilungen an die Versicherten **(0.5)** sowie der Frist, in welcher die Leistung vergütet wird **(0.5)**. Art. 61 KVAV **(0.5)**.

Frage 9 (5 Punkte)

Personen mit Wohnsitz in der Schweiz müssen sich innerhalb von 3 Monaten nach Wohnsitznahme oder Geburt in der Schweiz versichern (Art. 3 Abs. 1 KVG). Die Krankenversicherungsverordnung (KVV) sieht weitere Personenkategorien vor, die der Versicherungspflicht in der Schweiz unterstehen oder sich auf Gesuch hin der Versicherungspflicht unterstellen können.

Geben Sie in der folgenden Tabelle zu jedem Fall den Beginn der Versicherungspflicht an und nennen Sie die massgebende Rechtsgrundlage in der KVV. Gehen Sie, falls erforderlich, stets von einem rechtzeitigen Beitritt aus.

Personenkategorie	Beginn der Versicherungspflicht	Verordnungsartikel
Unselbständige Ausländerin mit einer Kurzaufenthaltsbewilligung von weniger als 3 Monaten	Mit dem Datum der Einreise	Art. 7 Abs. 2 KVV
Diplomatischer Angehöriger mit Vorrechten nach internationalem Recht, der sich der schweizerischen Versicherung unterstellen möchte	Mit dem Tag des Erhalts der Legitimationskarte durch das EDA	Art. 7 Abs. 6 KVV
Ausländerin mit einer Niederlassungsbewilligung von mindestens 3 Monaten	Mit dem Tag der Anmeldung bei der Einwohnerkontrolle	Art. 7 Abs. 1 KVV
Vorläufig Aufgenommener	Mit dem Zeitpunkt der Anordnung der vorläufigen Aufnahme oder der Gewährung vorübergehenden Schutzes	Art. 7 Abs. 5 KVV
Arbeitnehmerin aus der EU/EFTA mit Erwerbstätigkeit von weniger als 3 Monaten in der Schweiz	Mit dem Zeitpunkt der Aufnahme der Erwerbstätigkeit	Art. 7 Abs. 2bis KVV

Jedes korrekt ausgefüllte Feld 0.5 Punkte.

Frage 10 (3 Punkte)

Bei rechtzeitigem Beitritt beginnt die Versicherung (OKP) zum Zeitpunkt der Wohnsitznahme oder Geburt.

Erläutern Sie die Folgen, welche auf eine Person zukommen können, wenn sie der Versicherung nicht rechtzeitig beiträgt. Gehen Sie auch auf allfällige Ausnahmen ein.

Lösungsvorschlag

- Die Versicherung beginnt im Zeitpunkt des Beitritts **(0.5)**
- Eventuell entstandene Kosten für medizinische Behandlungen sind nicht gedeckt **(0.5)**
- Entrichtung eines Prämienzuschlags **(0.5)** bei unentschuldbarer -Verspätung **(0.5)**,
(auch richtig: Kein Prämienzuschlag (0.5) bei entschuldbarer Verspätung (0.5))
- Kein Prämienzuschlag, wenn Sozialhilfebehörde für die Prämien aufkommt **(0.5)**
- Prämienzuschlag bleibt auch bei einem Versichererwechsel verbindlich **(0.5)**

Maximal 3 Punkte**Frage 11 (2 Punkte)**

Herr L. aus Serbien erhält von der Gemüse- und Obstanbau AG einen Arbeitsvertrag für die Sommermonate Juli und August. Er erhält hierfür vom zuständigen Migrationsamt eine Kurzaufenthaltsbewilligung für 2 Monate. Für seinen Aufenthalt in der Schweiz hat Herr L. vorsorglich eine Reisekrankenversicherung abgeschlossen, die ihn im Krankheitsfall mit EUR 30'000 deckt.

Die Gemüse- und Obstanbau AG, welche stets um ihre Mitarbeitenden besorgt ist, möchte von Ihnen wissen, ob Herr L. sich in der Schweiz nach KVG versichern müsse.

Erklären Sie in 2 bis 3 Sätzen, ob Herr L. versicherungspflichtig ist und begründen Sie Ihre Antwort. Nennen Sie zudem den massgebenden Artikel in der KVV.

Lösungsvorschlag

Ja **(0.5)**, er ist versicherungspflichtig, da er als unselbständig Erwerbstätiger über eine Kurzaufenthaltsbewilligung von weniger als 3 Monaten **(0.5)** und nicht über einen gleichwertigen Versicherungsschutz (EUR 30'000 reichen nicht aus) verfügt **(0.5)**.
Art. 1 Abs. 2 Bst. b. KVV **(0.5)**

Frage 12 (4 Punkte)

Führen Sie 4 Personenkategorien auf, welche ihren Wohnsitz in der Schweiz haben, aber nach dem Freizügigkeitsabkommen (FZA) bzw. dem EFTA-Abkommen von der Versicherungspflicht in der Schweiz ausgenommen sind.

Lösungsvorschlag

- Personen, die eine Erwerbstätigkeit in der EU/Island/Norwegen ausüben **(1)**, (Art. 2 Abs. 1 Bst. c KVV)
- Personen, die eine Geldleistung der ausländischen Arbeitslosenversicherung beziehen **(1)**, (Art. 2 Abs. 1 Bst. d KVV)
- Personen, die eine Rente aus der EU/Island/Norwegen beziehen und keinen Anspruch haben auf eine Rente aus der Schweiz **(1)**, (Art. 2 Abs. 1 Bst. d KVV)
- Die Familienangehörigen einer der vorerwähnten Personen, wenn sie Anspruch auf Leistungsaushilfe haben oder für Behandlungen in der Schweiz über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen **(1)**, (Art. 2 Abs. 1 Bst. f KVV)

auch gelten lassen: Familienangehörige einer im Ausland wohnhaften und erwerbstätigen Person oder eines Rentners, wenn sie Anspruch auf Leistungsaushilfe haben (0.5), (Art. 2 Abs. 1 Bst. g KVV) -

Frage 13 (3 Punkte)

Das Versicherungsverhältnis zwischen den Krankenversicherern nach Art. 2 KVAG und den versicherungspflichtigen Personen kommt, mit Ausnahme von der Zuweisung durch die zuständige Behörde, mittels Beitrittserklärung zustande.

Beschreiben Sie stichwortartig 3 Punkte, welche die Krankenversicherer beachten müssen, damit der Beitritt zur OKP rechtmässig vollzogen werden kann (kein Versichererwechsel). Ob der Beitritt rechtzeitig oder verspätet erfolgt, ist nicht relevant.

Lösungsvorschlag

- Prüfung, ob eine Versicherungspflicht überhaupt besteht (Wohnsitz, Erwerbstätigkeit in der Schweiz) oder ob allenfalls eine Ausnahme von der Versicherungspflicht vorliegt **(1)**
- Vollständig ausgefülltes und unterschriebenes Beitrittsformular mit allen für die Durchführung der OKP relevanten Angaben **(1)**
- Prüfung, ob die Person im Tätigkeitsgebiet des Krankenversicherers wohnt oder, bei Wohnsitz in der EU/EFTA, ob der Krankenversicherer eine EU-Versicherung anbietet **(1)**
- Prüfung, ob allenfalls nicht erwerbstätige Familienangehörige mit Wohnsitz in der EU/EFTA vorhanden sind, die ebenfalls versichert werden müssen **(1)**

Maximal 3 Punkte

Frage 14 (2 Punkte)

Kreuzen Sie die folgenden Aussagen zum Thema «Streitigkeiten vor dem Schiedsgericht» mit richtig oder falsch an.

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

Aussage	richtig	falsch
Entscheide des Schiedsgerichts müssen mit einer Begründung, einer Rechtsmittelbelehrung sowie mit den Namen der Mitglieder des Gerichts, schriftlich eröffnet werden.	X	
Jeder Kanton ist verpflichtet, ein Schiedsgericht zu bezeichnen.	X	
Zuständig ist das Schiedsgericht desjenigen Kantons, in welchem der Versicherer seinen Hauptsitz hat.		X
Bei Streitigkeiten der Versicherer unter sich ist das Schiedsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem der beklagte Versicherer seinen Sitz hat.		X

Frage 15 (4 Punkte)

Kreuzen Sie zur generellen Lohnfortzahlung bei Krankheit oder zu Krankentaggeldversicherungen nach KVG oder VVG an, welches Gesetz diese Vorgaben regelt.

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

Aussage	OR	KVG / KVAG	VVG
Jeder Krankenversicherer, welcher die OKP anbietet, muss auch eine Krankentaggeldversicherung nach KVG anbieten.		x	
Wird eine Mitarbeitende im 1. Dienstjahr nach 6 Monaten krank, so ist der Arbeitgeber gesetzlich verpflichtet, während 3 Wochen den Lohn zu zahlen.	x		
Ich kann meine Taggeldversicherung einzeln nach den gewünschten Risiken Krankheit, Mutterschaft und Unfall abschliessen.			x
Personen mit einer Krankheit (Rückenleiden), welche eine Taggeldversicherung abschliessen, erhalten einen Vorbehalt von maximal 5 Jahren.		x	
Ein Übertritt in die Einzelversicherung muss gemäss Gesetz nur den arbeitslosen Personen gewährt werden.			x
Habe ich beim Abschluss der Taggeldversicherung den Gesundheitsfragebogen nicht korrekt ausgefüllt, kann es bei einer Verletzung der Anzeigepflicht zu einem lebenslangen Ausschluss kommen.			x
Im Krankheitsfall muss der Arbeitgeber den Mitarbeitenden den Lohn ab dem 2. Dienstjahr nach den gültigen Skalen bezahlen.	x		
Arbeitslose, welche krank und arbeitsunfähig sind, müssen von Versicherern als Neueintritt trotzdem aufgenommen werden.		x	

Pro korrekte Antwort 0.5 Punkte. Bei mehreren Kreuzen ist die Antwort falsch und ergeben einen Abzug

Frage 16 (8 Punkte)

Herr Z. ist Angestellter bei der Firma X. und über einen Taggeldkollektivvertrag nach VVG gegen Lohnausfall bei Krankheit versichert. Das Übertrittsrecht gilt gemäss Gesetz.

Er hat sich im Bereich Coaching weitergebildet und möchte sich per 1. Oktober 2022 selbständig machen. Er macht sich Überlegungen zur Absicherung seines Lohnes bei den Risiken Krankheit und Unfall. Er stellt eine Tabelle auf und möchte Ihre Hilfe als unabhängigen Beratenden.

Zählen Sie zu den Versicherungslösungen jeweils 2 Vor- und 2 Nachteile auf.

Versicherungslösung	Vorteile	Nachteile
Krankheit – KVG Taggeldversicherung nach KVG	<ul style="list-style-type: none"> • Aufnahmepflicht • Keine Risikoprüfung • Verlängerung bei Überentschädigung • Teilaussteuerung infolge Teil-AUF • Vorbehalt auf max. 5 Jahre begrenzt 	<ul style="list-style-type: none"> • Risiko Mutterschaft mit-versichert • Teurere Variante • Ev. Mehrfachversicherung notwendig • LS-Dauer fix 720 Tage
Krankheit – VVG Taggeldversicherung nach VVG beim bisherigen Versicherer der Firma X.	<ul style="list-style-type: none"> • Risiko Krankheit separat versicherbar • Prämien günstiger als KVG • Individuelle Produkte für SE 	<ul style="list-style-type: none"> • Risikoprüfung mit Vorbehalt, Ablehnung • Teil-AUF zählen oft als Ganze • Keine Verlängerung infolge Überentschädigung
Unfalleinschluss im Taggeld - VVG / KVG Risiko Unfall über die Taggeldversicherung versichert	<ul style="list-style-type: none"> • Günstigere Variante als UVG • Wartefrist frei wählbar und somit Prämienmitgestaltung • Versicherungshöhe und Summe wählbar 	<ul style="list-style-type: none"> • Risikoprüfung und ev. Ablehnung / Vorbehalt • Lohn muss regelmässig angepasst werden mit neuer Risikoprüfung • Keine Langfristleistungen
Unfallrisiko über UVG Risiko Unfall über eine freiwillige UVG-Versicherung abgedeckt	<ul style="list-style-type: none"> • HK und Langfristleistungen mitversichert • Aktueller Lohn ist mit-versichert • Keine Risikoprüfung 	<ul style="list-style-type: none"> • Höhere Prämien als bei Taggeldversicherung • Keine Leistungen und WF wählbar • Gesetzliche Bestimmungen

Pro Vor- oder Nachteil 0.5 Punkte, max. 1 Punkt pro Feld
Weitere sinnvolle Aussagen möglich

Frage 17 (3 Punkte)

Kreuzen Sie die folgenden Aussagen zum Thema «Tarife, Preise und Verträge» mit richtig oder falsch an.

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

Aussage	richtig	falsch
Tarife und Preise werden in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Tarifvertrag) vereinbart oder in den vom Gesetz her bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt.	x	
Einzelleistungstarife müssen auf einer kantonale vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Können sich die Tarifpartner nicht einigen, so legt die Kantonsregierung diesen Tarif (TPW) fest.		x
Kommt zwischen Leistungserbringern und Versicherern kein Tarifvertrag zustande, so legen deren Verbände nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest.		x
Die Leistungserbringer müssen sich an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach diesem Gesetz keine weitergehenden Vergütungen berechnen (Tarifschutz), ausser bei den Mitteln und Gegenständen gemäss Liste (MiGeL).	x	
Für die Vergütung der stationären Behandlungen in einem Spital oder einem Geburtshaus vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen. In den Pauschalen sind alle Leistungen zu Lasten der OKP abgegolten. Die Verrechnung von weiteren Kosten ist nicht zulässig.		x
Bei der Übernahme der Kosten durch die OKP eines vom Institut zugelassenen verwendungsfertigen Arzneimittels, das nicht in die Spezialitätenliste (SL) aufgenommen ist, für eine Anwendung innerhalb oder ausserhalb der Fachinformation, bestimmt der Versicherer nach Absprache mit der Zulassungsinhaberin (Pharmafirma) die Höhe der Vergütung.	x	

Pro richtige Antwort 0.5 Punkte

Frage 18 (3 Punkte)

Für die Krankenpflege ambulant oder in einem Pflegeheim gelten einheitliche Beiträge, die von der OKP übernommen werden.

Beantworten Sie die folgenden Fragen, ohne dabei die Kostenbeteiligung zu berücksichtigen.

- a) Welchen Betrag übernimmt die OKP an Massnahmen der Grundpflege bei einem Bedarf von 2 Stunden pro Woche, wenn die Bedarfsmeldung für 12 Wochen ausgestellt wurde?
- b) Ein Heimbewohner hat einen Pflegebedarf von 1.5 Stunden pro Tag. Mit wieviel Franken beteiligt sich die OKP an den Kosten pro Monat (30 Tage)?

Lösungsvorschlag

- a) 2 Stunden pro Woche à CHF 52.60 **(1)** x 12 Wochen = CHF 1'262.40 **(0.5)**
- b) 1.5 Stunden pro Tag à CHF 48.- **(1)** x 30 Tage = CHF 1'440.- **(0.5)**

Frage 19 (4 Punkte)

Sie arbeiten beim Krankenversicherer S. Die Kundin M. ruft Sie an und möchte wissen, wie die Kostenübernahme für ihren bevorstehenden Spitalaufenthalt im Spital Beau-Rivage aussieht. Die Kundin teilt Ihnen mit, dass sie beim Krankenversicherer A. eine Spitalzusatzversicherung nach VVG für die private Abteilung hat.

Sie kennen folgende Angaben:

- OKP mit Unfalldeckung
- Frau M. ist 42 Jahre alt
- Frau M. hat für das laufende Jahr noch keine anderen Behandlungskosten (Rechnungen) eingereicht
- Die Zusatzversicherung nach VVG beim Krankenversicherer A. übernimmt gemäss den Versicherungsbedingungen die anfallenden Kosten bei einem Spitalaufenthalt auf der privaten Abteilung in einem Listenspital.

Das Spital Beau-Rivage ist auf keiner kantonalen Liste. Der Krankenversicherer S. hat mit dem Spital aber einen Vertrag für die allgemeine Abteilung (OKP).

Beantworten Sie die folgenden Fragen:

- Wie hoch ist der gesetzlich maximal festgelegte prozentuale Anteil der Kostenübernahme seitens Krankenversicherers S.? Begründen Sie Ihre Aussage in 1 bis 2 Sätzen.
- Kann Frau M. davon ausgehen, dass die gesamten (alle) Kosten für den Spitalaufenthalt gedeckt werden, da sie ja über eine Zusatzversicherung nach VVG bei einem anderen Versicherer verfügt? Begründen Sie Ihre Aussage in 1 bis 2 Sätzen.
- Mit welchen Selbstkosten (keine Beträge) muss Frau M. rechnen?

Lösungsvorschlag

- Obwohl das Spital kein **Listenspital** ist, werden die Kosten für den Spitalaufenthalt vom Krankenversicherer S. zu maximal 45 % **(0.5)** übernommen, weil der Krankenversicherer S. mit dem Spital einen Vertrag nach Art. 49a Abs. 4 KVG abgeschlossen hat (**Vertrags-spital 0.5**).
- Nein; **(0.5)**. Beim Krankenversicherer A. sind die Zusatzkosten für die private Abteilung nur in einem Listenspital gedeckt **(0.5)**.
- Jahresfranchise **(0.5)**, Spitalbeiträge **(0.5)**, Selbstbehalt **(0.5)**, Differenzkosten zur Allgemeinen Abteilung für die private Abteilung **(0.5)**

Weitere Aufzählungen zur privaten Abteilung wie anfallende Arzt- und/oder Anästhesiehonoreare gelten lassen.

C maximal 2 Punkte

Frage 20 (3 Punkte)

Kreuzen Sie die folgenden Aussagen zum Thema «Wahl des Leistungserbringers» mit richtig oder falsch an.

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

Aussage	richtig	falsch
Bei Grenzgängern, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, Island oder Norwegen wohnen, und deren Familienangehörigen, übernehmen die Versicherer und die Kantone gemeinsam bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung höchstens nach dem Tarif, der im Listenspital des Referenzkantons Bern gilt.		x
Die versicherte Person kann für die stationäre Behandlung unter den Listenspitälern frei wählen.	x	
Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital, so übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Kosten anteilmässig (Krankenversicherer 45 %, Kanton mindestens 55 %).	x	
Eine schwangere Frau kann sich für die Niederkunft auch in ein Geburtshaus begeben, das nicht auf einer Spitalliste steht, sofern ihr Krankenversicherer mit diesem Geburtshaus einen Vertrag für stationäre Behandlungen gemäss Art. 49a, Abs. 4 KVG abgeschlossen hat.	x	
Für ambulante Behandlungen können die Versicherten die Behandlung unter den zugelassenen Leistungserbringern frei wählen. Der Versicherer übernimmt die Kosten nach dem Tarif, der im Wohnkanton der versicherten Person gilt.		x
Für versicherte Personen mit Wohnsitz ausserhalb des Standortkantons des Listenspitals gilt die Aufnahmepflicht nur aufgrund von Leistungsaufträgen sowie in Notfällen	x	

Pro richtige Antwort 0.5 Punkte

Frage 21 (2 Punkte)

Gemäss Art. 22 Abs.-1 ATSG ist der Anspruch auf Leistungen weder abtretbar noch verpfändbar. Jede Abtretung oder Verpfändung ist nichtig. Im KVG kann in Abweichung dieser Bestimmung der Anspruch auf Leistungen dem Leistungserbringer abgetreten werden.

Erklären Sie in 2 bis 3 Sätzen worum es dabei geht und welches die Bedingungen sind für ein solches Vorgehen. Geben Sie zusätzlich den Gesetzesartikel an.

Lösungsvorschlag

Der Leistungserbringer kann sich von der versicherten Person eine Abtretung/Zession **(0.5)** unterzeichnen lassen. Mit seiner Unterschrift bestätigt der Versicherte, dass die Krankenversicherung seine Leistungsansprüche, nach Abzug der Kostenbeteiligung **(0.5)**, direkt dem Leistungserbringer vergüten darf **(0.5)**.

Art. 42 Abs. 1 KVG **(0.5)**.

Nennungen wie Nettoauszahlung, Tiers soldant ebenfalls gelten lassen.

Frage 22 (2 Punkte)

Die OKP übernimmt die Kosten im Zusammenhang mit einer zahnärztlichen Behandlung nur, wenn diese unter die Art. 17 bis 19a KLV fallen und bei Schäden des Kausystems, die durch einen Unfall verursacht worden sind.

Gibt es eine Abweichung/Ausnahme zu diesem Grundsatz? Wenn ja, nennen Sie diese und geben Sie zusätzlich den Gesetzes- oder Verordnungsartikel an.

Lösungsvorschlag

Ja **(0.5)**

Die Versicherung übernimmt die Kosten der Allgemeinnarkose von zahnärztlichen Behandlungen, die nicht unter die Art. 17 bis 19a fallen, wenn sie wegen einer schweren geistigen oder körperlichen Behinderung der versicherten Person ohne Allgemeinnarkose nicht möglich sind **(1)**.

Art. 19b KLV **(0.5)**.

Frage 23 (6 Punkte)

Frau R. ist 73 Jahre alt und wohnt seit 10 Jahren in Spanien. Sie bezieht eine Schweizer AHV-Rente und ist in der Schweiz OKP versichert. Sie musste sich ein künstliches Hüftgelenk implantieren lassen und hat hierfür das Kantonsspital (KS) Graubünden gewählt, weil ihre Tochter im Kanton Graubünden lebt.

Sie kennen die folgenden Angaben:

- OKP mit Jahresfranchise CHF 300.-
- Aufenthaltsdauer im KS Graubünden vom 5. Februar 2021 bis 25. Februar 2021
- Diagnose: Revision oder Ersatz des Hüftgelenks mit komplizierter Diagnose, Kostengewicht 2.846
- Baserate/Basispreis KS Graubünden (allgemeine Abteilung) CHF 9'790.-
- Baserate/Basispreis Kanton Bern: CHF 9'600.-
- Vergütungsteiler Krankversicherer/Kanton: BE und GR 45 % / 55 %

Erstellen Sie die Abrechnung unter Berücksichtigung der Kostenbeteiligung. Geben Sie an, welche Kosten auf den Krankversicherer, den Kanton und Frau R. fallen. Frau R. hat für das Jahr 2021 noch keine Rechnungen eingereicht.

Antwort

Spitalrechnung: Baserate Bern CHF 9'600.- x 2.846 (Kostengewicht) = CHF 27'321.60 **(1)**

Anteil Krankenversicherung: CHF 27'321.60 x 45 % = CHF 12'294.70 **(1)**

Anteil Kanton: CHF 15'026.90 **(1)**

Anteil / Kostenbeteiligung Frau R.: CHF 1'315.- **(1)**

Rechnung KV: 12'294.70

./. CHF 300.- Franchise **(0.5)**

./. CHF 315.- Spitalbeitrag (21 x 15.-) **(1)**

./. CHF 700.- Selbstbehalt **(0.5)**

(Nettoleistung KV: CHF 10'979.70)