



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

Mit Lösungen

Kandidat/in: _____ **Nr.** _____

2. Prüfung **Module A, B, C und D**

Zeit: 90 Minuten

Hilfsmittel: Handbuch der Schweizerischen Krankenversicherung 2021
Einfacher Taschenrechner

Bewertung:

	Max. Punkte	Erreichte Punkte	Note
Note der 2. Prüfung	59		

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 (1 Punkt)

Gemäss KVG erhebt der Versicherer für alle Versicherten grundsätzlich gleiche Prämien.

Frau V. und Frau B. sind Zwillingsschwestern und haben sich im Jahr 2022 beim gleichen Versicherer für die OKP versichern lassen. Beide haben sich für eine ordentliche Krankenversicherung (Franchise CHF 300.-) entschieden. Keine von beiden hat Anspruch auf eine Prämienverbilligung. Dennoch bezahlen sie nicht die gleiche monatliche Prämie.

Nennen Sie 2 Gründe dafür.

Lösungsvorschlag

Unterschiedliche Wohnorte **(0.5)**

Mit beziehungsweise ohne Unfaldeckung **(0.5)**

Frage 2 (2 Punkte)

Die Krankenversicherer sind verpflichtet, versicherungstechnische Rückstellungen und Reserven zu bilden.

Erklären Sie in 2 bis 3 Sätzen, wofür Rückstellungen und Reserven gebildet werden.

Lösungsvorschlag**Versicherungstechnische Rückstellungen:**

Die versicherungstechnischen Rückstellungen bestehen aus den Rückstellungen für noch nicht erledigte Versicherungsfälle in der OKP **(0.5)** und in der freiwilligen Taggeldversicherung **(0.5)**, sowie den Alterungsrückstellungen für die Tagelder, falls die Prämien nach dem Eintrittsalter abgestuft werden **(0.5)**.

Reserven:

Sie sollen die längerfristige Zahlungsfähigkeit des Versicherers garantieren. **(0.5)**

Frage 3 (3 Punkte)

Kreuzen Sie die folgenden Aussagen zum Thema «Genehmigung der Krankenversicherungsprämien» mit richtig oder falsch an.

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

Aussage	richtig	falsch
Die Prämientarife der OKP und der individuellen freiwilligen Taggeldversicherung nach KVG bedürfen der Genehmigung durch die FINMA (Aufsichtsbehörde).		X
Die Prämientarife der Spitalzusatzversicherungen bedürfen der Genehmigung durch das BAG (Aufsichtsbehörde).		X
Die Prämientarife der kollektiven Krankentaggeldversicherung nach KVG bedürfen der Genehmigung durch das BAG (Aufsichtsbehörde).		X
Der Bundesrat kann einen Prämientarif der OKP für eine Dauer von weniger als 1 Jahr genehmigen.		X
Vor der Genehmigung der Prämientarife der OKP können die Kantone Informationen zu den für ihren Kanton geschätzten Kosten erhalten und gegenüber der Aufsichtsbehörde Stellung nehmen.	X	
Vor der Genehmigung der Prämientarife der OKP muss die Aufsichtsbehörde die Preisüberwachungsbehörde konsultieren, ist aber nicht verpflichtet, deren Stellungnahme zu folgen.		X

0.5 Punkte pro richtige Antwort.

Frage 4 (2 Punkte)

Für manche Versicherte kann sich die Prämienlast der OKP als zu hoch erweisen. Da die Versicherung obligatorisch ist, können Betroffene nicht einfach darauf verzichten, sich versichern zu lassen. Deshalb verfügen die Kantone über Kompetenzen, um diesem Problem Rechnung zu tragen.

Welche Rechte und Pflichten haben die kantonalen Behörden gegenüber Versicherten, die ihre OKP-Prämien nicht bezahlen oder nicht bezahlen können?

Lösungsvorschlag

- individuelle Prämienverbilligung gewähren **(1)** (Art. 65 KVG)
- Kanton übernimmt 85 % der Forderungen **(1)** (Art. 64a Abs. 4 KVG)
- versicherte Personen, die ihrer Prämienpflicht nicht nachkommen, werden auf einer Liste erfasst, und es wird ein Leistungsaufschub angeordnet **(1)** (Art. 64a Abs. 7 KVG)

Max. 2 Punkte**Frage 5 (2 Punkte)**

Am 9. Mai 2022 stellt der Krankenversicherer von Herrn V. fest, dass dieser die Prämie für den Monat April 2022 für die Taggeldversicherung nach VVG, trotz Mahnung vom 25. April 2022, noch immer nicht bezahlt hat (die Zahlung war am 1. April 2022 fällig).

Geben Sie stichwortartig an, welches die möglichen Folgen für die Leistungspflicht und den Versicherungsvertrag sind, wenn Herr V. nach Ablauf der Mahnfrist die Prämien nicht bezahlt?

Lösungsvorschlag

Die Leistungspflicht des Krankenversicherers ruht vom Ablauf der Mahnfrist (14 Tage) an. **(1)**

Wird die Prämie nicht innert 2 Monaten nach Ablauf der Mahnfrist vom Krankenversicherer rechtlich eingefordert, gilt die Vermutung, dass der Krankenversicherer vom Vertrag zurücktritt **(1)**.

Frage 6 (6 Punkte)

Im Oktober 2021 sieht Frau K., nichterwerbstätig, auf www.priminfo.ch, dass die Prämie für das Jahr 2022 in der OKP (Franchise CHF 300.-) beim Krankenversicherer Y. für Erwachsene ohne Unfalldeckung monatlich CHF 392.- beträgt.

Frau K. steht am Schalter beim Krankenversicherer Y. und möchte die Prämien für die nachfolgend in der Tabelle aufgeführten Personen wissen. Sie leben alle im gleichen Wohnort.

Wählbare Franchisen:	Der Versicherer gewährt die Maximalrabatte gemäss den gesetzlichen Bestimmungen
Kinderrabatt:	76 %
Jugendlichenrabatt:	30 %
Rabatt Hausarztmodell:	10 %
Rabatt Telemedizin-Modell	8 %
Sistierungsrabatt Unfall:	Der Versicherer gewährt die Maximalrabatte gemäss den gesetzlichen Bestimmungen

Berechnen Sie die jeweils pro Familienmitglied gültige Monatsprämie 2022 beim Krankenversicherer Y. und zeigen Sie den Rechnungsweg auf.

Versicherte Person	Versicherter Umfang	Prämie CHF
Frau K., 51-jährig	Wählbare Franchise CHF 2'500.-	
Tochter, 24-jährig, Studentin	Wählbare Franchise CHF 2'000.- und Telemedizin-Modell	
Sohn, 20-jährig, 3. Lehrjahr als Schreiner	Franchise CHF 300.-	
Tochter, 13-jährig, Schülerin	Hausarztmodell, Franchise 0.-	

Lösungsvorschlag

Versicherte Person	Versicherter Umfang	Prämie CHF
Frau K., 51-jährig	Wählbare Franchise CHF 2'500.-	293.20 (1.5)
Tochter, 24-jährig, Studentin	Wählbare Franchise CHF 2'000.- und Telemedizin-Modell	172.40 (1.5)
Sohn, 20-jährig, 3. Lehrjahr als Schreiner	Franchise CHF 300.-	274.50 (1.5)
Tochter, 13-jährig, Schülerin	Hausarztmodell, Franchise 0.-	91.10 (1.5)

Rundungsdifferenzen gelten lassen

Frage 7 (2 Punkte)

Die öffentliche Hand ist verpflichtet, Beiträge zur Verbilligung der Prämien der OKP zu leisten.

- a) Geben Sie an, wem der Bund Beiträge gewährt und wie hoch diese sind.
- b) Nennen Sie die Voraussetzung zum Erhalt von individuellen Prämienverbilligungen bei OKP-Versicherten.

Lösungsvorschlag

- a) Den Kantonen **(0.5)**. Der Bundesbeitrag entspricht 7.5 % der Bruttokosten der OKP **(0.5)**.
- b) Die Prämienverbilligung kommt OKP-Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen **(1)** zugute.

Frage 8 (3 Punkte)

Im Bereich der OKP wurde eine Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK) eingerichtet.

- a) Wer ernennt die Kommissionsmitglieder? Nennen Sie zudem die entsprechende gesetzliche Grundlage.
- b) Zählen Sie 4 Aufgaben dieser Kommission auf.

Lösungsvorschlag

- a) Der Bundesrat **(0.5)**; Art. 33 Abs. 4 KVG oder Art. 37b Abs. 1 KVV **(0.5)**
- b) Die Kommission
 - berät den Bundesrat
 - berät das EDI bei der Bezeichnung der Leistungen
 - berät das EDI bei der Bezeichnung der Ausführungsbestimmungen
 - berät das EDI bei der Evaluation von Grundsatzfragen in der Krankenversicherung
 - berücksichtigt ethische Aspekte bei der Bezeichnung der Leistungen
 - legt Grundsätze im Bereich der Leistungen, des Datenschutzes und der Wahrung der Interessen der Versicherten fest
 - usw. gemäss Art. 37d Abs. 1 und 2 KVV

Pro richtige Nennung 0.5 Punkte, max. 2 Punkte

Frage 9 (3 Punkte)

Die Kostenentwicklung in der OKP zu dämpfen war ein erklärtes Ziel des KVG. Viele sind der Ansicht, dass dieses Ziel nicht zufriedenstellend erreicht wurde.

Erklären Sie mit eigenen Worten, welche kostendämpfende Auswirkung von jeder der 3 folgenden, im Gesetz verankerten Massnahmen zu erwarten wäre.

- a) Leistungserbringer und Versicherer legen vertraglich eine Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit fest.
- b) Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen überprüfen die Voraussetzungen der Leistungspflicht des Versicherers.
- c) Leistungserbringer müssen Vergünstigungen, die sie erhalten, an die Zahlungspflichtigen weitergeben.

Lösungsvorschlag

- a) Präventiver Effekt. Ärztinnen und Ärzte wissen, dass sie in Bezug auf die von ihnen verursachten Kosten (Durchschnittskosten pro Patienten) beobachtet werden und gegebenenfalls Honorare zurückerstatten müssen. **(1)**
- b) Auswirkung in Einzelfällen: medizinische Leistungen vermeiden, die gewisse definierte Voraussetzungen nicht erfüllen, dem Versicherer auf jeden Fall ermöglichen, die Kosten abzulehnen, wenn trotz allem eine Leistung ausserhalb der definierten Voraussetzungen für die Kostenübernahme erbracht wurde. **(1)**
- c) Folge: Es wird vermieden, dass sich die Leistungserbringer auf unrechtmässige Weise bereichern oder ein finanzielles Interesse an der Verschreibung oder am Verkauf einer medizinischen Massnahme, eines Hilfsmittels, eines Medikaments usw. haben (was sich verkaufsfördernd auswirken würde). **(1)**

Weitere sinngemässe Beispiele und Antworten sind möglich.

Frage 10 (2 Punkte)

Nicht jeder darf zu Lasten der OKP Leistungen verrechnen.

Der Student Herr P. wird die 3-jährige Ausbildung zum Physiotherapeuten an einer anerkannten Fachhochschule mit dem Titel «Bachelor of Science in Physiotherapie» im Sommer 2022 abschliessen. Er weiss, dass dieses Diplom gesamtschweizerisch anerkannt ist. Er hat das Ziel, in Zukunft eine eigene Praxis als Physiotherapeut zu betreiben.

Welche zusätzlichen Bedingungen, neben dem obgenannten Diplom, muss Herr P. erfüllen, um seinen Beruf als Physiotherapeut selbständig und auf eigene Rechnung zu Lasten der OKP ausüben zu dürfen (Stand 2021)?

Lösungsvorschlag

- Zulassung des Kantons **(1)** wo er tätig sein wird, nach kantonalem Recht bestimmt (Art. 46, Abs. 2 KVV).
- Ausübung einer 2-jährigen praktischen Tätigkeit **(1)** bei einem Physiotherapeuten, einer Physiotherapeutin oder in einer Organisation der Physiotherapie, in einer physikalisch-therapeutischen Spezialabteilung eines Spitals oder in einer fachärztlichen Praxis unter der Leitung eines Physiotherapeuten oder einer Physiotherapeutin (Art. 47, Abs 1, Bst b KVV).

Frage 11 (3 Punkte)

Ein Verein zur Unterstützung älterer Menschen organisiert eine Konferenz, die sich an Ärzteschaft und Pflegepersonal richtet und das Thema «Wohnraumgestaltung für ältere Menschen» behandelt.

Ein Ergotherapeut soll in diesem Rahmen erklären, «wie man Seniorinnen und Senioren dabei beraten kann, ihr Zuhause so einzurichten, dass es für alle Lebensphasen geeignet bleibt, und dass das KVG diese Leistungen erstattet».

Die 83-jährige Frau K. ist grundversichert und möchte wissen, welche Leistungen für Ergotherapie von der OKP vergütet werden. Sie wendet sich für Auskünfte an Sie.

- a) Genügt es, einfach alt zu sein, um Leistungen der Ergotherapie zu beanspruchen? Wenn ja, geben Sie an, ab welchem Alter dies möglich ist.
- b) Zählen Sie zudem auf, welche ergotherapeutischen Leistungen die OKP übernimmt und welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen.

Lösungsvorschlag

- a) Nein **(0.5)**.
- b) Die OKP übernimmt die von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (oder einer ergotherapeutischen Organisation) erbrachten Leistungen **(0.5)** auf ärztliche Verschreibung hin **(0.5)**, sofern sie
 - bei somatischen Erkrankungen **(0.5)** der versicherten Person Selbstständigkeit in alltäglichen Lebensverrichtungen verschaffen **(0.5)**
 - Teil einer psychiatrischen Behandlung sind **(0.5)**

Frage 12 (3 Punkte)

Können die folgenden Leistungen von der OKP übernommen werden, wenn sie von qualifizierten Ärztinnen und Ärzten verschrieben oder erbracht werden?

Kreuzen Sie die richtige - Antwort in der Tabelle an (höchstens ein Kreuz pro Zeile).

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

	Ja	Ja, unter gewissen Bedingungen	Nein
Arzneimitteltherapie der traditionellen chinesischen Medizin	X		
Blindenstock für Blinde/Sehbehinderte			X
Orthopädische Schuheinlagen		X	
Magnetresonanz-Imaging (MRI)	X		
Miete eines Rollstuhls			X
Wundbehandlung mit Maden		X	

Pro richtige Zeile 0.5 Punkte

Frage 13 (3 Punkte)

In der OKP besteht eine Einschränkung hinsichtlich der Kostenübernahme bei bestimmten elektiven (geplanten) Eingriffen.

Erklären Sie diese Einschränkung und geben Sie 1 Beispiel für einen elektiven Eingriff an, der unter diese Bestimmung fällt.

Lösungsvorschlag

Die in der Liste (Anhang 1a der KLV) aufgeführten Eingriffe übernimmt die OKP grundsätzlich nur, wenn sie ambulant erfolgen. **(1)** Ausnahmen sind unter Umständen möglich. **(1)**

Beliebiges Beispiel aus dem Anhang 1a KLV. **(1)**

Frage 14 (2 Punkte)

Die Krankenversicherung übernimmt Kosten für Leistungen bei Behandlungen der versicherten Personen, u.a. bei Krankheit.

Nennen Sie 2 Beispiele für Ausnahmen von diesem Grundsatz, in denen die OKP Leistungen für eine Behandlung übernimmt, die für eine andere Person als der versicherten Person erbracht wird.

Lösungsvorschlag

- isolierte Nierentransplantation (Leistungen für den Spender, einschliesslich bei Komplikationen)
- Lebertransplantation von einem lebenden Spender (Leistungen für den Spender, einschliesslich bei Komplikationen)
- Sterilisation des Ehegatten einer Frau, für die eine Schwangerschaft im Sinne des Anhangs 1 KLV lebensbedrohlich ist, zulasten der Versicherung der Frau
- Pflege/Betreuung von gesunden Neugeborenen während des Spitalaufenthalts seiner Mutter

1 Punkt pro richtige Antwort, max. 2 Punkte.

Frage 15 (5 Punkte)

Ein Lernender, der seine Ausbildung im Krankenversicherungsbereich absolviert, soll eine Zusammenfassung verschiedener von der OKP übernommenen Leistungen verfassen und das Ergebnis anderen Lernenden präsentieren. Er unterbreitet Ihnen seinen Entwurf zur Durchsicht.

Identifizieren Sie die Fehler (indem Sie die fehlerhaften Passagen durchstreichen) und geben Sie in der rechten Spalte in der gleichen Zeile an, welche Korrekturen der Lernende für eine richtige Antwort vornehmen muss. Wenn Sie eine korrekte Aussage als Fehler identifizieren, gibt es einen Punkteabzug.

Apothekerinnen und Apotheker können, neben ärztlich verordneten Hors-Liste-Präparaten (0.5), gewisse Leistungen in Rechnung stellen, wie beispielsweise den Ersatz eines ärztlich verordneten Originalpräparates oder eines Generikums durch ein preisgünstigeres Generikum.	SL (0.25) und ALT (0.25)
Wenn das Leben einer Person in Gefahr ist (Rettung), deckt die OKP bei einem Notfalltransport mit der Ambulanz die gesamten Kosten (0.5), jedoch nur bis zu einem Betrag von CHF 5'000.- pro Kalenderjahr.	50 % (0.5)
Corona-Selbsttests übernimmt die OKP nicht; sie sind nicht in der KLV aufgeführt.	
Eingriffe zur Entfernung der Weisheitszähne übernimmt die OKP normalerweise nicht. Bei einer Person mit einer schweren geistigen Behinderung werden die Kosten für eine Vollnarkose trotzdem übernommen.	
Für Brillengläser steht Kindern alle 3 Jahre ein Kostenbeitrag von CHF 180.- zu (0.5).	einmal jährlich (0.5)
Für ärztlich verordnete Badekuren übernimmt die Versicherung einen täglichen Beitrag CHF 100.- (0.5) für eine Höchstdauer von 21 aufeinanderfolgenden (0.5) Tagen	10 Franken (0.5) pro Kalenderjahr (0.5)

Für jede richtige Aussage, die als Fehler gezählt wird, gibt es einen Abzug von einem Viertelpunkt.

Frage 16 (2 Punkte)

Kreuzen Sie die folgenden Aussagen zum Thema «Krankentaggeld» mit richtig oder falsch an.

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

Aussage	richtig	falsch
Taggeldversicherungen müssen als Summenversicherungen nach VVG, aber nicht nach KVG angeboten werden.		X
Das VVG sieht vor, dass bei einer vereinbarten Wartezeit von 30 Tagen die maximale Entschädigungsdauer 700 Tage beträgt (730 Tage minus Wartezeit).		X
Das Risiko Mutterschaft kann aus der Versicherungsdeckung ausgeschlossen werden und zwar sowohl im KVG als auch im VVG.		X
Sobald eine Rente der Invalidenversicherung ausbezahlt wird, muss der Taggeldversicherer nach KVG seine Leistungen kürzen.		X

0.5 Punkte pro richtige Antwort.

Frage 17 (4 Punkte)

Wenn der Versicherer prüft, ob die Voraussetzungen für den Anspruch auf Leistungen der Taggeldversicherung in einem bestimmten Fall erfüllt sind, kann die Frage nach der Schadenminderungspflicht aufgeworfen werden.

Frau V. leidet an einem Bandscheibenvorfall, durch den sie gezwungen ist, ständig zu liegen. Sie kann daher ihre Tätigkeit als Lehrerin nicht ausüben. Da sich keine Besserung einstellt, schlägt der Arzt ihr eine Operation vor, bei der in der Wirbelsäule eine Bandscheibenprothese eingesetzt wird. Frau V. verweigert den Eingriff, da sie Angst vor einer Lähmung hat.

Sie sind der Versicherer des Arbeitgebers von Frau V. und bezahlen seit 5 Monaten ein Krankentaggeld nach KVG. Sie erhalten vom Vertrauensarzt, eine ärztliche Beurteilung. Er bestätigt die vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit von Frau V. in jeglicher Tätigkeit und weist darauf hin, dass diese wahrscheinlich auf unbestimmte Zeit andauern wird, ausser, die vom behandelnden Arzt vorgeschlagene Operation wird durchgeführt.

Was können Sie in dieser Situation als Krankentaggeldversicherer nach KVG unternehmen? Beschreiben Sie in 3 bis 4 Sätzen, wie der Versicherer auf das Verhalten von Frau V. reagieren kann und geben Sie die Gesetzesgrundlagen an.

Lösungsvorschlag

- die Versicherte auf die Schadenminderungspflicht hinzuweisen **(0.5)**
- Der Versicherten ist eine schriftliche Aufforderung **(1)** mit Bedenkzeit **(1)** zuzustellen.
- Falls dies nichts bringt, ist eine Kürzung **(0.5)** oder Verweigerung **(0.5)** der Leistungen möglich.
- Art. 21 Abs. 4 ATSG **(0.5)**

Es sind auch andere sinnvolle Antworten möglich.

Frage 18 (3 Punkte)

Der Arbeitgeber von Herrn N. hat für sein Personal eine kollektive Taggeldversicherung nach KVG abgeschlossen, die im Krankheitsfall nach einer Wartezeit von 60 Tagen 100 % des Lohnausfalles abdeckt.

Herr N. (57 Jahre alt und ohne familiäre Verpflichtungen) bezog einen Jahreslohn von CHF 120'000.-, bevor ihm fristgerecht auf den 28. Februar 2022 gekündigt wurde.

Am 1. März 2022 meldete er sich bei der Arbeitslosenversicherung an und machte von seinem Recht Gebrauch, in die Einzeltaggeldversicherung mit demselben Versicherungsschutz wie zuvor zu wechseln, wobei er jedoch die Wartezeit an seine neue Situation als Arbeitsloser anpasste.

Am 19. März 2022 erlitt Herr N. einen Herzinfarkt und ist seither vollständig arbeitsunfähig.

Erstellen Sie die Taggeldabrechnung für die Zeit vom 19. März bis 30. April 2022 (43 Tage). Die Berechnungen sind im Detail aufzuführen.

Lösungsvorschlag

Höhe des ausbezahlten Taggeldes ist auf AVIG-Leistungen begrenzt
 $10'000 / 21.7 \times 70 \% = 322.60 / 7 \times 5 = \text{CHF } 230.40$ (1)

19.03.2022 – 17.04.2022 30 Tage X 0.00 (Wartezeit) (1)

18.04.2022 – 30.04.2022 13 Tage X 230.40 = CHF 2'995.20 (1)

Frage 19 (5 Punkte)

Mit einem erstinstanzlichen Urteil lässt sich ein Streitfall nicht immer beilegen. Das Schweizer Sozialversicherungsrecht sieht die Möglichkeit einer letztinstanzlichen Beschwerde beim Bundesgericht vor.

Beantworten Sie folgende Fragen, bezogen auf die Krankenversicherung nach KVG:

- a) Welche Entscheide können beim Bundesgericht angefochten werden?
- b) Wer kann eine Beschwerde beim Bundesgericht einreichen?
- c) Nennen Sie 4 formelle Anforderungen, die eine Beschwerde mindestens erfüllen muss.
- d) Was macht das Bundesgericht, wenn eine dieser Anforderungen nicht erfüllt ist?

Lösungsvorschlag

- a) Die Entscheide der kantonalen Versicherungsgerichte **(0.5)**, die Entscheide der kantonalen Schiedsgerichte **(0.5)** (Art. 62 ATSG, Art. 91 KVG)
- b) Die durch das Urteil betroffenen Parteien **(0.5)** und das BAG **(0.5)** (Art. 27 KVV)
- c)
 - Die Beschwerde muss innerhalb von 30 Tagen eingereicht werden. **(0.5)**
 - Die Beschwerde muss einen konkreten Rechtsantrag enthalten **(0.5)** (d.h., es muss klar aufgeführt werden, was man will).
 - Die Beschwerde muss eine Begründung/Argumentation enthalten. **(0.5)**
 - Es sind Beweismittel zu benennen. **(0.5)**
 - Die Schriften müssen vom Beschwerdeführer oder von der gesetzlichen Vertretung unterschrieben werden **(0.5)**.

Max. 2 Punkte

- d) Das Bundesgericht räumt eine Frist zur Behebung des Mangels ein **(0.5)**, andernfalls wird die Beschwerde für unzulässig erklärt **(0.5)**.

Frage 20 (3 Punkte)

Herr T. ist in einem Forschungslabor als Biologe angestellt und leidet an einer Infektionskrankheit. Er ist sicher, dass er sich im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit angesteckt hat. Sein Unfallversicherer prüft den Fall und rät Herrn T. sich in der Zwischenzeit an seinen Krankenversicherer zu wenden.

Herr T. ist bei Ihnen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers (Hausarzt-Modell) grundversichert. Seine Jahresfranchise beträgt CHF 2'500.-. Er hat bereits ambulante Leistungen in Anspruch genommen (Hausarztbesuche, Analysen und Medikamente), die betragsmässig insgesamt unter der vereinbarten Jahresfranchise liegen.

Wie gehen Sie als Krankenversicherer in diesem Fall vor und was gilt es dabei zu beachten? Beschreiben Sie 3 Punkte in je 1 bis 2 Sätzen.

Lösungsvorschlag

- Der Krankenversicherer muss nichts unternehmen, wenn Herr T. auf die provisorische Kostenübernahme verzichtet und den Entscheid des Unfallversicherers abwartet. **(1)**
- Der Versicherer, der die Leistungen auf Anfrage oder von sich aus vorschiesst, tut dies gestützt auf die für die Krankenversicherung geltenden Bestimmungen **(1)**.
- Die Kostenbeteiligung kommt zum Tragen: Im Moment muss die OKP wegen der Franchise null Franken vergüten **(1)**.
- Kommt der UVG-Versicherer zum Schluss, dass er die Kosten übernehmen muss, macht der Krankenversicherer sein Recht auf Rückerstattung der durch ihn bereits vorausbezahlten Kosten geltend **(1)** und bezahlt Franchise, Selbstbehalte usw. an Herrn T. zurück **(1)**.
- Verweigert der UVG-Versicherer die Kosten, muss er eine Kopie seiner Verfügung der Krankenversicherung zustellen, die wiederum die gleichen Rechtsmittel zur Verfügung hat, wie der Versicherte **(1)**.

Max. 3 Punkte