

# Berufsprüfung Fachperson Krankenversicherung vom 5. bis 8. Mai 2025

## Mit Lösungen

**Kandidat/in:**

**Prüfungsteil 1, Position 1.1, Handlungskompetenzbereiche A - D**

**Zeit:** 90 Minuten

**Hilfsmittel:** Handbuch der Schweizer Kranken- und Unfallversicherung 2024  
Einfacher Taschenrechner

**Bewertung:**

| Max. Punkte | Erreichte Punkte | Note |
|-------------|------------------|------|
|-------------|------------------|------|

|                               |    |  |  |
|-------------------------------|----|--|--|
| Note der Prüfungsposition 1.1 | 47 |  |  |
|-------------------------------|----|--|--|

**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!

Beschriften Sie jede Seite von Zusatzblättern oben rechts mit Ihrer Kandidatennummer.

**Frage 1 (3 Punkte)**

Der Krankenversicherer Z. musste auf den 1. Juni 2024 die Prämien der OKP erhöhen.

- a) Wann mussten die Versicherten durch den Krankenversicherer Z. gemäss Gesetz spätestens informiert werden? Geben Sie den Monat und das Jahr und den entsprechenden Gesetzes- oder Verordnungsartikel an.
- b) Dürfen bei Prämienhöhung alle Versicherten den Krankenversicherer wechseln? Begründen Sie Ihre Antwort und nennen Sie den entsprechenden Gesetzes- oder Verordnungsartikel.

**Lösungsvorschlag**

- a) Ende März 2024 **(1)**. KVG 7.2 **(0.5)**
- b) Nein. **(0.5)** Gemäss Art. 64a Abs. 6 KVG **(0.5)** dürfen versicherte Personen mit offenen und gemahnten Zahlungsrückständen die Krankenversicherung nicht wechseln. **(0.5)**

**Art. 105I KVV auch richtig**

**Frage 2 (3 Punkte)**

Kreuzen Sie die folgenden Aussagen zum Thema «Versicherungspflicht und Beitritt» mit richtig oder falsch an.

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

**Lösungsvorschlag**

| Aussagen  | richtig  | falsch   |
|---|----------|----------|
| Bei verspätetem Beitritt beginnt die Versicherung am Tag des Beitritts  | <b>X</b> |          |
| Für aktive und pensionierte Bundesbedienstete beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Militärversicherung, dies aber nur, wenn sie sich innert 3 Monaten nach Ausscheiden aus der Militärversicherung bei einem OKP-Versicherer anmelden | <b>X</b> |          |
| Für Asylsuchende beginnt die Versicherung ab dem Zeitpunkt der Zuweisung des Bundes an die Kantone  |          | <b>X</b> |
| Alle Ehegatten der Grenzgänger aus einem Nicht-EU-Staat, Island oder Norwegen können sich in der Schweiz freiwillig OKP versichern, sofern sie sich innert 3 Monaten nach Beginn der Gültigkeit der Grenzgängerbewilligung versichern                           |          | <b>X</b> |
| Das Beitrittsformular zur OKP und zur freiwilligen Taggeldversicherung darf keinerlei Angaben, Hinweise und Verbindungen zur Zusatzversicherung nach VVG enthalten  |          | <b>X</b> |
| Nicht jeder OKP-Versicherer in der Schweiz ist verpflichtet, Personen gemäss bilateralen Abkommen zu versichern   | <b>X</b> |          |

**Pro richtige Antwort 0.5 Punkte. Pro falsche Antwort minus 0.5 Punkte.**

### Frage 3 (4 Punkte)

Herr P. kommt bei Ihnen am Schalter vorbei und möchte auf Ende 2025 die Zusatzversicherung „Spital allgemeine Abteilung“ kündigen. Diese Spitalzusatzversicherung deckt ausschliesslich die allgemeine Abteilung aller Spitäler in der ganzen Schweiz ab. Er ist der Meinung, dass diese überflüssig sei, weil gemäss Art. 41 Abs. 1bis KVG die freie Wahl unter den Spitälern gilt, ohne dass die versicherten Personen einen finanziellen Nachteil haben.

In welchen Fällen hat Herr P. ohne eine Zusatzversicherung bei einer stationären Behandlung die volle Kostendeckung, wenn er in der allgemeinen Abteilung eines Spitals ausserhalb seines Wohnkantons hospitalisiert wird?

### Lösungsvorschlag

- Wenn sich das Spital auf der Spitalliste des Wohnkantons befindet **(1)**
- wenn das Spital für die notwendige Behandlung einen entsprechenden Leistungsauftrag des Standortkantons hat **(0.5)** und der Tarif denjenigen eines Listenspitals des Wohnkantons nicht übersteigt **(0.5)**,
- im Notfall **(1)** oder
- bei Aufenthalt aus medizinischen Gründen **(1)**.

#### Frage 4 (6 Punkte)

Ein Versicherter hat bei Ihnen per 1. Januar 2025 eine Taggeldversicherung nach KVG abgeschlossen. Den Versicherungsantrag hat er am 20. November 2024, mit der Angabe „vollständig gesund“, unterzeichnet.

Am 25. Februar 2025 ruft er Sie an und teilt Ihnen mit, dass er einen schweren Schub seiner langjährigen Diabeteserkrankung habe und deshalb länger arbeitsunfähig bleibe.

- a) Welche Angaben benötigen Sie vom Versicherten zur Prüfung eines Leistungsanspruchs und welche Abklärungen nehmen Sie vor?
- b) Welche möglichen Konsequenzen hat die vorbestehende Krankheit für den Versicherten auf seine Versicherungsdeckung und den aktuellen Leistungsanspruch seiner Taggeldversicherung?
- c) Informieren Sie den Kunden schriftlich (maximal ½ Seite A4) über einen möglichen Leistungsanspruch im Zusammenhang mit dem vorbestehenden Leiden. Zudem teilen Sie dem Kunden mit, wie sich dieser Zustand über die Zeit verändern kann und begründen Sie dies nachvollziehbar.

Der Betreff, die Struktur und die adressatengerechte Formulierung werden bewertet. Es braucht keine Anreden/Schlussformeln oder Rechtsmittelbelehrung für das Schriftstück (E-Mail oder Brief).

#### Lösungsvorschlag

- a) Angaben: Arbeitsunfähigkeitszeugnis **(0.5)** und Lohnausfallbestätigung **(0.5)**  
Abklärung: Medizinische Prüfung für die Anzeigepflichtverletzung **(1)**
- b) Konsequenzen: (5 Jahre) Versicherungsvorbehalt für die Versicherungsdeckung **(0.5)**  
Keine Leistung für den aktuellen Leistungsfall **(0.5)**
- c) + 1.5 Pkt. Kundenorientierung + 1.5 Pkt. Kommunikation **(3)**

##### **Kundenorientierung:**

*keine (zu) grossen Vorwürfe, klar faktenbasiert kommuniziert (0.5)*

*klarer, aussagekräftiger Betreff (0.5)*

*klare, nachvollziehbare Darstellung der Konsequenzen (0.5)*

##### **Kommunikation:**

*Strukturiertes Mail, welches das Lesen/das Verständnis unterstützt (0.5)*

*Sprache adressatengerecht und verständlich (Fachbegriffe etc. gut erklärt, umschrieben) und korrekt (grammatikalisch ohne grobe Fehler) (0.5)*

*Angemessene Länge der E-Mail (ca. ½ A4 Seite in PC Schrift sollte nicht überschritten werden) (0.5)*

### Frage 5 (3 Punkte)

Nach welchen 3 Grundvoraussetzungen wird die Kostenübernahme einer OKP-Pflichtleistung geprüft?

Nennen Sie diese und erklären Sie eine davon in 2 bis 3 Sätzen.

### Lösungsvorschlag

Die Leistungen müssen wirksam **(0.5)**, zweckmässig **(0.5)** und wirtschaftlich **(0.5)** sein.

**Wirksamkeit** bedeutet, dass das angestrebte Ziel im Allgemeinen erzielt wird. Allerdings muss dieser allgemeine Wirkungsnachweis mit wissenschaftlichen Methoden bewiesen sein. **(1.5)**

oder

**Zweckmässigkeit** bedeutet, dass die Leistungen so zu bestimmen sind, dass sie im konkreten Einzelfall den angestrebten Heilerfolg erwarten lassen. Die Leistungen sind somit adäquat zu erbringen, das heisst unter Berücksichtigung der im Einzelfall gegebenen Umstände (z.B. Diagnose, Zustand Patient, Erfolgchancen, Risiken etc.). **(1.5)**

oder

**Wirtschaftlichkeit** bedeutet, dass die Leistungen in einem angemessenen Kosten-Nutzen-Verhältnis stehen müssen. Das Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen einer Massnahme hat jedoch nur Bedeutung mit Bezug auf verschiedene in Betracht fallenden Behandlungsmethoden, nicht dagegen im Hinblick darauf, ob sich der Aufwand einer an sich geeigneten und wissenschaftlich anerkannten Methode gemessen an dem zu erwartender Behandlungserfolg noch rechtfertigen lässt. **(1.5)**

**Total maximal 3 Punkte**

### Frage 6 (7 Punkte)

Herr M. wohnt in Zug und leidet seit 5 Jahren unter Diabetes mellitus Typ II. Jedes Jahr geht er deswegen zu seinem Hausarzt. Im Jahre 2022 war er wegen seiner Diabetes-Erkrankung 8 Tage im Kantonsspital Luzern hospitalisiert und ging 3 Wochen (21 Tage) zur Rehabilitation in die Luzerner Klinik in Montana. Die Kostengutsprache für die ausserkantonalen Leistungen wurde erteilt.

Im Jahr 2024 musste Herr M. aus denselben medizinischen Gründen im Kantonsspital Luzern hospitalisiert werden. Und wieder war gemäss ärztlicher Verordnung, ein Reha-Aufenthalt von 3 Wochen (21 Tage) in der Luzerner Klinik Montana notwendig

Ihnen sind folgende Angaben bekannt:

Swiss DRG - Luzerner Tarif CHF 9'800 – Kostengewicht: 1.84

Zuger Tarif CHF 7'300 – Kostengewicht: 1.84

Luzerner Klinik in Montana: CHF 1'000.- pro Tag

Kantonsbeitrag 55 % - OKP Beitrag 45 %

- Wie hoch ist die OKP-Rechnung für den stationären Aufenthalt in Luzern im 2024?
- Wie hoch sind die gesamten Kosten des Aufenthalts im Kantonsspital Luzern im 2024?
- Welchen Betrag übernimmt die OKP für den Aufenthalt in der Luzerner Klinik Montana für 2024? Begründen Sie Ihre Antwort in 1 bis 2 Sätzen.
- Erklären Sie dem Kunden in einer kurzen Mail (maximal ca. eine halbe A4 Seite Text), welche Kosten er von der Luzerner Klinik Montana selbst tragen muss und erläutern Sie ihm dieses Ergebnis.

Der Betreff, die Struktur und die adressatengerechte Formulierung werden bewertet.  
Es braucht keine Anreden/Schlussformeln oder Rechtsmittelbelehrung im Schriftstück (E-Mail oder Brief).

### Lösungsvorschlag

- $9'800 \times 45 \% = 4'410.- \times 1.84 = \text{CHF } 8'114.40$  (1)
- $9'800 \times 1.84 = \text{CHF } 18'032.-$  (1)
- CHF 0.00 (1) => Rehabilitation nicht zu Lasten OKP gemäss Voraussetzungen KLV Anhang 1 Ziffer 11 (Seite 398) (1) => Darf nur ambulant durchgeführt werden, höchstens einmal in 3 Jahren
- Kundenorientierung:**  
Empathie (z.B. Glaubwürdige Kommunikation, dass es leider keine für Kunde bessere Lösung gibt) (0.5)  
klarer, aussagekräftiger Betreff (0.5)  
klare, nachvollziehbare Darstellung der für den Kunden anfallenden Kosten(0.5)  
**Kommunikation:**  
Strukturiertes Mail, welches das Lesen/das Verständnis unterstützt (0.5)  
Sprache adressatengerecht (Fachbegriffe etc. gut erklärt, umschrieben) und korrekte (0.5)  
Antwort umfassend und nicht viel zu lange (ca. 1/2 A4 Seite in PC Schrift sollte nicht überschritten werden) (0.5)

### Frage 7 (2 Punkte)

Herr U. hat als Arbeitsloser gemäss AVIG bei Ihnen eine Taggeldversicherung nach KVG abgeschlossen. Er ist aktuell arbeitsunfähig und hat seine erste Taggeldabrechnung mit einem Taggeld erhalten. Sie haben ihm das Taggeld auf die Höhe der Arbeitslosenentschädigung gekürzt.

Herr U. ist mit dieser Kürzung nicht einverstanden.

Erklären Sie ihm die Gründe für die Kürzung und geben Sie dabei die gesetzlichen Bestimmungen an.

### Lösungsvorschlag

Beim KVG handelt es sich um eine Schadensversicherung wo eine Überentschädigung nicht erlaubt ist **(1)**. Gemäss Art. 69 Abs. 2 ATSG **(1)** liegt eine Überentschädigung vor, wenn die gesetzlichen Sozialversicherungsleistungen den mutmasslich entgangenen Verdienstaufschlag zuzüglich der durch den Versicherungsfall verursachten Mehrkosten und allfälliger Einkommenseinbussen von Angehörigen übersteigen.

### Frage 8 (6 Punkte)

Das Ehepaar Z. befand sich in den Ferien in Frankreich als Frau Z. notfallmässig ins Spital eingeliefert wurde. Um die Rechnung musste sich das Ehepaar Z. dank der Europäischen Versicherungskarte nicht kümmern. Beim Spitalaustritt musste Frau Z. jedoch Euro 480 aus der eigenen Tasche bezahlen.

Zurück in der Schweiz verlangte Frau Z. bei ihrer Krankenversicherung eine Rückerstattung dieser Euro 480. Die Krankenversicherung lehnte dies ab, mit der Begründung, eine Kostenbeteiligung in der EU sei nicht versichert.

- a) Ist die Antwort des Krankenversicherers von Frau Z. korrekt? Begründen Sie Ihre Antwort in 2 bis 3 Sätzen.
- b) Erstellen Sie als Mitarbeiter dieser Krankenversicherung ein Schreiben (E-Mail oder Brief) an das Ehepaar Z. mit dem Ergebnis ihrer Abklärung und erläutern Sie dem Ehepaar Z. Ihre Ansicht dieser Ablehnung.

Der Betreff, die Struktur und die adressatengerechte Formulierung werden bewertet.  
Es braucht keine Anreden/Schlussformeln oder Rechtsmittelbelehrung im Schriftstück (E-Mail oder Brief).

### Lösungsvorschlag

- a) Ja. **(1)** Die Kostenbeteiligung in den EU-Ländern bemisst sich nach den Regeln des Behandlungslandes **(1)**. (Sie ist auch meistens vor Ort zu bezahlen). Die Kostenbeteiligung der EU-Länder kann nicht mit der Schweizer OKP abgedeckt werden **(1)**.
- b) **Kundenorientierung:**  
Empathie (z.B. Bedauern, dass keine Ausnahme gemacht werden dürfen, bitten um Verständnis, an die gesetzlichen Regelung gebunden zu sein, etc.) **(0.5)**  
klarer, aussagekräftiger Betreff **(0.5)**  
klare, nachvollziehbare Darstellung der für den Kunden anfallenden Kosten**(0.5)**  
**Kommunikation:**  
Strukturiertes Mail, welches das Lesen/das Verständnis unterstützt **(0.5)**  
Sprache adressatengerecht (Fachbegriffe etc. gut erklärt, umschrieben) und korrekte **(0.5)**  
Antwort umfassend und nicht viel zu lange (max. 1/2 A4 Seite in PC Schrift sollte nicht überschritten werden) **(0.5)**

**Frage 9 (1 Punkt)**

Herr A. meldet am ersten Tag bei der Eintrittsmusterung zum Wiederholungskurs (WK) ein Knieleiden. Er wird im Militärdienst behalten und leistet den ganzen Dienst ohne weitere Verschlimmerungen. Vier Monate nach dem Dienst verschlimmert sich dieses Leiden, weshalb ein chirurgischer Eingriff mit Spitalaufenthalt notwendig wird.

Beurteilen Sie, ob die Militärversicherung für diesen Fall aufkommt, und begründen Sie Ihre Antwort.

**Lösungsvorschlag**

Nein **(0.5)**. Die MV ist nicht leistungspflichtig, weil es während des Dienstes zu keiner Verschlimmerung gekommen ist **(0.5)**. Auch zählt, dass das Leiden schon vor Dienstbeginn bestanden hat.

**Frage 10 (2 Punkte)**

Kreuzen Sie an, ob folgende Aussagen zum Thema «Vorleistungspflicht» richtig oder falsch sind.

**Lösungsvorschlag**

| <b>Aussagen</b>  | <b>richtig</b> | <b>falsch</b> |
|--|----------------|---------------|
| Der Krankenversicherer muss Vorleistung auf Ersuchen der versicherten Person erbringen   | <b>X</b>       |               |
| Der vorleistende Krankenversicherer macht die versicherte Person auf die Rückerstattungsordnung von Art. 71 ATSG aufmerksam  | <b>X</b>       |               |
| Der Krankenversicherer ist gegenüber der Invalidenversicherung (IV) nur dann vorleistungspflichtig, wenn der Fall bei der IV angemeldet ist  | <b>X</b>       |               |
| Sind mehrere Krankenversicherer rückvergütungsberechtigt oder rückvergütungspflichtig, so bemisst sich ihr Anteil nach den Leistungen, die sie erbracht haben oder hätten erbringen sollen | <b>X</b>       |               |

**Pro korrekte Antwort 0.5 Punkte**

**Frage 11 (3 Punkte)**

**Beantworten Sie folgende Fragen zur Vorleistungspflicht in der Krankenversicherung.**

a) Ergänzen Sie folgenden Satz unter Angabe der in Frage kommenden Versicherungen.

Vorleistungspflichtig ist die Krankenversicherung für Sachleistungen und Taggelder, deren Übernahme durch

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

umstritten ist.

b) Erläutern Sie in 2 bis 3 Sätzen, was Vorleistungspflicht in der Sozialversicherung bedeutet.

**Lösungsvorschlag**

a) Vorleistungspflichtig ist die Krankenversicherung für Sachleistungen und Taggelder, deren Übernahme durch

- die Krankenversicherung **(0.5)**
- die Unfallversicherung **(0.5)**
- die Militärversicherung **(0.5)**
- oder die Invalidenversicherung **(0.5)**

umstritten ist.

b) Wenn ein Versicherungsfall Anspruch auf Sozialversicherungsleistung begründet, aber Zweifel bestehen, welche Sozialversicherung Leistungen erbringen muss, kann die versicherte Person Vorleistung verlangen. **(1)**

**Frage 12 (3 Punkte)**

Kreuzen Sie die folgenden Aussagen zum Thema «Haftpflicht und Regress» mit richtig oder falsch an.

**Lösungsvorschlag**

| <b>Aussage</b>  | <b>richtig</b> | <b>falsch</b> |
|---|----------------|---------------|
| Damit eine Person haftbar gemacht werden kann, muss sie urteilsfähig sein, nicht aber mündig  | <b>X</b>       |               |
| Bei der milden Kausalhaftung muss der Geschädigte das Fremdverschulden nicht nachweisen   | <b>X</b>       |               |
| Die gesetzliche Subrogation bedeutet, dass zum Zeitpunkt des Eintritts des Schadenfalles sämtliche Rechte der geschädigten Person auf den zuständigen Sozialversicherer übergehen |                | <b>X</b>      |
| Urteilsfähig ist, wer die Folgen seiner Handlung abschätzen kann  | <b>X</b>       |               |
| Das Quotenvorrecht bedeutet, dass die Schadenersatzansprüche des Versicherers vor denjenigen des Geschädigten befriedigt werden   |                | <b>X</b>      |
| Damit Regress genommen werden kann, braucht es einen Haftungsgrund des Schädigers   | <b>X</b>       |               |

**Pro richtige Antwort 0.5 Punkte**

**Frage 13 (2 Punkte)**

Herr T. hat von seiner Krankenversicherung eine Leistungsabrechnung für den erfolgten Spitalaufenthalt erhalten. Muss die Krankenversicherung diese Abrechnung von Versicherungsleistungen in Form einer Verfügung erlassen? Beantworten Sie diese Frage mit «Ja oder Nein» und geben Sie den entsprechenden Gesetzesartikel an.

**Lösungsvorschlag**

Nein **(1)**. Art. 80 KVG **(1)**

Ja (1), auf Verlangen mit Verweis auf Art. 51 ATSG (1) auch gelten lassen

**Frage 14 (2 Punkte)**

Der Krankenversicherer X. stellt fest, dass der Arzt Y. den Tarif nicht richtig anwendet und informiert ihn in einem Schreiben, dass er dies nicht akzeptieren wird.

Der Arzt verlangt nun vom Versicherer, dass dieser einen anfechtbaren Entscheid (Verfügung) erlässt.

Muss der Versicherer eine Verfügung erlassen?  
Begründen sie ihre Antwort in 1-2 Sätzen.

**Lösungsvorschlag**

Nein (1)

Art. 89 KVG (1) **oder** Hinweis auf Schiedsgerichtverfahren