

Berufsprüfung Fachperson Krankenversicherung vom 4. bis 7. Mai 2026

Mit Lösungen

Kandidat/in Nummer:

Prüfungsteil 1, Position 1.1, Handlungskompetenzbereiche A - D

Zeit: 90 Minuten

Hilfsmittel: Handbuch der Schweizer Kranken- und Unfallversicherung 2025
Einfacher Taschenrechner

Bewertung:

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

Note der Prüfungsposition 1.1	85		
-------------------------------	----	--	--

Visum Experten:

Bemerkungen:

Antworten, welche nur auf eine gesetzliche Bestimmung (Artikel) hinweisen, genügen nicht, ausser, es wird ausdrücklich verlangt.

Werden rechtliche Grundlagen gefragt, so sind Artikel, Absatz und allenfalls weitere präzisierende Teile anzugeben (Ziffern, Buchstaben etc.).

In den Schriftstücken (E-Mails, Schreiben usw.) benötigt es keine Anrede und Schlussformel (z.B. Freundliche Grüsse). Jedoch soll ein aussagekräftiger Titel oder Betreff erfasst werden.

Der angegebene Umfang in den Aufgaben ist ein Richtwert, hat aber keinen Einfluss auf die Bewertung und kann individuell abweichen.

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 (5 Punkte)

Versicherungspflicht und Wahl eines alternativen Versicherungsmodells

Sie arbeiten bei der NovaCura AG in der Kundenberatung. Eine 28-jährige Kundin mit deutscher Staatsangehörigkeit hat in Basel neu eine Stelle mit einem Pensum von 100 % angenommen. Die Kundin wohnt weiterhin in Lörrach (D). Sie meldet sich bei Ihnen, da sie unsicher ist, ob sie sich in der Schweiz versichern muss oder ob sie weiterhin in Deutschland versichert bleiben kann. Zudem interessiert sie sich für eine kostengünstige Versicherungsvariante und hat von Hausarzt- und HMO-Modellen gehört. Sie legt Wert auf tiefe Prämien, möchte aber gleichzeitig eine gute medizinische Versorgung sicherstellen. Die Kundin bittet Sie um eine fundierte Einschätzung ihrer Situation sowie um eine Empfehlung für eine geeignete Versicherungsform.

Beilage:

Befreiung von der Krankenversicherungspflicht auf Basis des Freizügigkeitsabkommens

Aufgabe

a) Erklären Sie die grundsätzliche Versicherungspflicht mit Angabe der rechtlichen Bestimmungen. Darauf bestimmen Sie die Versicherungspflicht der Kundin und erläutern diese gestützt auf die massgebenden gesetzlichen Bestimmungen.
(Umfang: ca. 4 - 5 Sätze)

b) Welche Versicherungsoptionen hat die Kundin?
Helfen Sie der Kundin bei der Wahl, indem Sie ein Vor- und ein Nachteilen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) nach KVG aufzeigen und nennen Sie dazu die gesetzliche Grundlage.
(Umfang: ca. 4 - 5 Sätze)

Fachliche Richtigkeit und Genauigkeit

Die Kandidatin bzw. der Kandidat muss die Versicherungspflicht korrekt beurteilen und die Möglichkeiten fachlich richtig darstellen.

Kundenorientierung

Die Empfehlung muss die Bedürfnisse der Kundin berücksichtigen. Es wird bewertet, ob Vor- und Nachteile der vorgeschlagenen Möglichkeiten aufgezeigt und verständlich begründet werden.

Lösungsvorschlag

a) Wer in der Schweiz Wohnhaft ist (oder eine Erwerbstätigkeit ausübt), ist krankenversicherungspflichtig und hat eine obligatorische Krankenversicherung (KVG) in der Schweiz abzuschliessen (Art. 3 KVG und Art. 1 KVV) (1 Pkt.).

Das Freizügigkeitsabkommen (FZA) bzw. sein Anhang II sieht vor, dass sich Grenzgänger mit Wohnsitz in Deutschland, Frankreich, Italien und Österreich auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreien lassen können, um dem Krankenversicherungssystem des Wohnstaats angeschlossen zu bleiben oder sich dort zu versichern (Optionsrecht) (1 Pkt.).

b) Die Kundin hat das Optionsrechts und kann sich von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreien lassen. Somit hat sie die Wahl sich in der Schweiz oder in Deutschland zu versichern. (1 Pkt.).

Mögliche Vor- und Nachteile der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG:

Vorteile:

Wahlfreiheit der Versicherer (0.5 Pkt.) / Art. 4 KVG (0.5 Pkt.)

Hinweis:

Besondere Versicherungsformen stehen gemäss Art. 101a für Versicherte mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der EU nicht offen. Somit kann dies kein Vorteil sein.

Nachteile:

Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) (0.5 Pkt.) / Art. 64 KVG (0.5 Pkt.)

*Weitere korrekte und nachvollziehbare Vor- und Nachteile werden gleich bewertet.
0.5 Pkt. für einen Vor- und 0.5 Pkt. für einen Nachteil und je 0.5 Pkt. für den entsprechenden Gesetzesartikel (max. 2 Pkt.).*

Frage 2 (12.5 Punkte)

Beratung zu Versichererwechsel und Einzeltaggeldoption

Sie arbeiten bei der NovaCura Krankenversicherung im Bereich der Kundenberatung. Eine 38-jährige Kundin kommt zur Beratung an den Schalter. Sie interessiert sich für einen Wechsel ihrer Grundversicherung zur NovaCura. Ebenso ist sie interessiert an einem Abschluss einer Einzeltaggeldversicherung.

Ihre aktuelle Versicherung hat ihr vor ein paar Tagen (im Oktober 2025) die neuen Versicherungsprämien mitgeteilt. Da die NovaCura attraktivere Prämien hat, würde Sie gerne Ihre ordentliche Krankenpflegeversicherung auf nächstmöglichen Termin wechseln.

Die Kundin ist zudem seit kurzem selbstständig erwerbend und möchte sich gegen einen Verdienstaufschlag infolge Krankheit absichern. Dazu stellt sie Fragen zur Versicherungsdeckung, zu Prämienunterschieden, Wartefristen und möglichen Leistungen. Sie sind zuständig für die Beratung sowie für die erste Einschätzung der Gesundheitsangaben. In der Gesundheitsdeklaration gibt sie an, seit mehreren Jahren an Migräne zu leiden und gelegentlich Medikamente einzunehmen.

Aufgabe

a) Erklären Sie der Kundin in ihrem Fall die nötigen Voraussetzungen für einen Versichererwechsel der Grundversicherung. Geben Sie dazu die rechtlichen Grundlagen an.
(Umfang ca. 4 – 6 Sätze)

b) Zeigen Sie der Kundin die zwei Optionen der Einzeltaggeldversicherung unter Nennung deren Eigenheiten zur Versicherungsdeckung, Leistungsdauer, Wartefrist und Vorbehalte auf. Listen Sie zudem drei Vor- und Nachteile der Summen- und Schadenversicherung auf. Auch gehen Sie darauf ein, welchen Einfluss die Gesundheitsdeklaration der Kundin auf den Abschluss einer Taggeldversicherung hat.
(Umfang: ca. ¾ A4-Seite)

Fachliche Richtigkeit und Genauigkeit

Die Kandidatin bzw. der Kandidat erläutert die Voraussetzungen für einen Versichererwechsel der Grundversicherung. Ebenso wird erwartet, dass die Optionen der Taggeldversicherung KVG und VVG korrekt erklärt und die Gesundheitsdeklaration fachlich richtig eingeordnet wird. Die Kandidatin bzw. der Kandidat zeigt zudem Vor- und Nachteile der Summen- und Schadenversicherung auf.

Lösungsvorschlag

a) Bei der Mitteilung der neuen Prämie, kann man unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht (KVG Art. 7 Abs. 2) (1 Pkt.). In diesem Fall wäre dies am letzten Arbeitstag im November 2025 (0.5 Pkt.). Das Versicherungsverhältnis endet beim bisherigen Versicherer erst, wenn ihm der neue Versicherer mitgeteilt hat, dass die betreffende Person bei ihm ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert ist (KVG Art. 7 Abs. 5). (1 Pkt.)

In Abweichung von Artikel 7 kann die säumige versicherte Person den Versicherer nicht wechseln, solange die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse und Betreibungskosten nicht vollständig bezahlt sind (KVG Art. 64a Abs. 6). (1 Pkt.)

b) Option 1 KVG-Lösung

Die freiwillige Taggeldversicherung nach KVG sichert die Arbeitsunfähigkeit bei Krankheit, Unfall (und Mutterschaft) ab (0.5 Pkt.) (KVG Art. 67 - 77). Die Deckung kann man auf Krankheit und Mutterschaft beschränken (0.5 Pkt.). Das Taggeld ist für eine oder mehrere Erkrankungen während mindestens 720 Tage innerhalb von 900 Tagen zu leisten (0.5 Pkt.). Sofern nichts anderes vereinbart wurde, entsteht am dritten Tag der Erkrankung der Leistungsanspruch (Wartefristen) (0.5 Pkt.). Beim Abschluss erfolgt in der Regel eine Gesundheitsprüfung (0.5 Pkt.) worauf Vorbehalte (max. 5 Jahre) angebracht werden können (0.5 Pkt.).

Option 2 VVG-Lösung

Bei der Taggeldversicherung nach VVG sind in der Regel Krankheiten versichert, welche eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben (0.5 Pkt.). Unfälle oder Mutterschaftsentschädigungen sind auch möglich, aber nicht wie im KVG direkt Bestandteil der Taggeldversicherung (0.5 Pkt.). Die Leistungsdauer (0.5 Pkt.) sowie Wartefrist können individuell (0.5 Pkt.) bestimmt werden. Beim Abschluss erfolgt eine Gesundheitsprüfung. Im Gegensatz zur KVG-Lösung besteht im VVG die Vertragsfreiheit (0.5 Pkt.). Somit kann die Versicherung den Antrag auch ablehnen oder unlimitierte Vorbehalte und Einschränkungen erheben (0.5 Pkt.).

Die rechtlichen Grundlagen werden in der Aufgabenstellung nicht verlangt.

Vor- und Nachteile Schaden- vs. Summenversicherung:

Schadensversicherung

- Deckt maximal den effektiven Lohnausfall (keine Überentschädigung) (0.25 Pkt.)
- Verlangt den Nachweis über den entgangenen Verdienstaufall (0.25 Pkt.)
- Massgebend ist der Grad der Arbeitsunfähigkeit (0.25 Pkt.)

Summenversicherung

- Zahlt den vereinbarten Frankenbetrag (0.25 Pkt.)
- Verlangt keinen Nachweis über entgangenen Verdienstaufall (0.25 Pkt.)
- Massgebend für Leistungsbezug ist nur der Grad der Arbeitsunfähigkeit (0.25 Pkt.)

Weitere richtige Vor- und Nachteile werden auch mit 0.25 Pkt. gewertet.

Maximale Punktzahl dieser Teilaufgabe sind 1.5 Pkt.

Aufgrund des bestehenden Gesundheitszustands (medikamentöse Behandlung infolge Migräne) wird es in beiden Optionen zumindest einen Vorbehalt geben (0.5 Pkt.).

In der KVG-Lösung entfällt dieser Vorbehalt spätestens nach 5 Jahren (0.5 Pkt.). In der Zusatzversicherung besteht dafür jedoch keine Limite (0.5 Pkt.).

Hingegen hat man in der Zusatzversicherung mehr Flexibilität, was den Leistungsanspruch angeht, was in der Regel zu attraktiveren Lösungen führt. Aber es besteht die Vertragsfreiheit, weshalb die Versicherung den Antrag auch ablehnen kann.

Frage 3 (9 Punkte)

Prämienverzug und Anzeigepflichtverletzung in der Zusatzversicherung

Sie arbeiten als Fachperson Krankenversicherung bei der NovaCura Krankenversicherung. Ein Kunde hat seit drei Monaten seine Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht bezahlt und bereits eine Mahnung mit einer Nachfrist erhalten.

Gleichzeitig wurde bei einer neu abgeschlossenen ambulanten Krankenzusatzversicherung nach VVG festgestellt, dass der Kunde eine frühere chronische Erkrankung im Gesundheitsfragebogen nicht angegeben hat.

Der Kunde meldet sich bei Ihnen, da er in zwei Tagen eine geplante Behandlung durchführen möchte und unsicher ist, ob die Kosten übernommen werden.

Zudem ist er verunsichert wegen der möglichen Konsequenzen aus der unvollständigen Gesundheitsdeklaration.

Aufgabe

a) Erklären Sie dem Kunden die Konsequenzen des Prämienverzugs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in seinem konkreten Fall, gestützt auf die massgebenden gesetzlichen Bestimmungen. Dazu nehmen Sie Stellung zur Ist-Situation sowie mögliche Konsequenzen bei Nichtbezahlen der gemahnten Prämie, ohne zu wissen, in welchem Kanton der Versicherte wohnhaft ist.

(Umfang: ca. 3 - 5 Sätze)

b) Erklären Sie dem Kunden die möglichen Konsequenzen der unvollständigen Gesundheitsdeklaration in der Krankenzusatzversicherung, unter Nennung der relevanten rechtlichen Grundlagen.

(Umfang: ca. 3 - 5 Sätze)

Fachliche Richtigkeit und Genauigkeit

Die Beurteilung fokussiert darauf, ob die rechtlichen Konsequenzen von Prämienverzug sowie Anzeigepflichtverletzung korrekt darstellen. Entscheidend ist, dass die richtigen gesetzlichen Mechanismen (Mahnung, Betreibung, Ruhen der Leistungen sowie Vertragsrücktritt) korrekt anwenden und fallbezogen erklären.

Lösungsvorschlag

a) Bei ausstehenden Prämien muss der Versicherer die versicherte Person mahnen, ihr eine Nachfrist von 30 Tagen geben und auf die Folgen hinweisen (KVG Art. 64a Abs. 1) (1 Pkt.). Dies ist in diesem Fall bisher geschehen. Erfolgt weiterhin keine Zahlung, wird die Betreibung eingeleitet (KVG Art. 64a Abs. 2) (1 Pkt.) und der kantonalen Behörde wird der Gesamtbetrag der Forderung (ausstehende Prämie und Kostenbeteiligung) bekanntgegeben (KVG Art. 64a Abs. 3) (1 Pkt.). Je nach Kanton wird eine Liste von Personen erfasst, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreibung nicht nachkommen (KVG Art. 64a Abs. 7) (1 Pkt.). Für diese Personen schieben die Versicherer auf Meldung des Kantons die Übernahme der Kosten für Leistungen mit Ausnahme der Notfallbehandlungen auf (kein Leistungsanspruch) (0.5 Pkt.).

Der Versicherte hat in zwei Tagen seine geplante Behandlung und muss somit nicht befürchten, dass die Leistungen von der OKP nicht übernommen werden, sofern er die Ausstände in der Nachfrist begleicht (0.5 Pkt.).

b) Wird eine erhebliche Tatsache im Gesundheitsfragebogen nicht angegeben, liegt eine Anzeigepflichtverletzung vor (VVG Art. 6 Abs. 1) (1 Pkt.). Der Versicherer kann den Vertrag innert vier Wochen, nachdem das Versicherungsunternehmen von der Verletzung Kenntnis hat, kündigen (VVG Art. 6 Abs. 1 & 2) (1 Pkt.). In diesem Fall entfällt die Leistungspflicht für die betroffene Behandlung. Bereits eingetretene Schäden, soweit deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrstatsache beeinflusst worden ist, können verweigert werden (VVG Art. 6 Abs. 3) (1 Pkt.).

Wurden oder werden Leistungen im Zusammenhang mit dieser Verschwiegenheit beansprucht, besteht kein Leistungsanspruch, sofern die NovaCura ihr Kündigungsrecht gemäss VVG Art. 6 Abs. 1 & 2 wahrnimmt (1 Pkt.).

Frage 4 (8 Punkte)

Kündigung und Wechsel von Krankenversicherungen bei Prämienanpassung

Sie arbeiten bei der CuraVita Krankenversicherung in der Kundenberatung. Ein 35-jähriger, selbstständig erwerbender Kunde meldet sich im November 2025, nachdem er die neuen Prämien für das kommende Jahr erhalten hat. Da die Prämien gestiegen sind, erkundigt er sich nach Möglichkeiten, wie er seine Prämie reduzieren kann. Er ist gesund, alleinstehend und hat keine besonderen Verpflichtungen.

Nebst der Grundversicherung hat er eine Spitalzusatzversicherung nach VVG für das Risiko Unfall bei der CuraVita. Da er seine Selbständigkeit auf Ende des Jahres aufgibt, möchte er die Zusatzversicherung kündigen.

Aufgabe

a) Zeigen Sie dem Kunden auf, welche Möglichkeiten er hat seine Grundversicherungsprämie zu reduzieren.

Aktuell hat er die ordentliche Krankenpflegeversicherung. Machen Sie eine Empfehlung und zeigen Sie die Vor- und Nachteile zu Ihrem Vorschlag auf.

Welchen Einfluss könnte die Aufgabe der Selbständigkeit im Zusammenhang mit der Versicherungsdeckung der Grundversicherung haben. Welchen Hinweis wäre angebracht und auf welche gesetzlichen Bestimmungen stützen Sie sich.

(Umfang: ca. 9 - 12 Sätze)

b) In welchem Gesetz ist die Krankenzusatzversicherung geregelt?

Erläutern Sie die ordentliche Kündigung der Zusatzversicherung und nennen den entsprechenden Artikel.

(Umfang: ca. 2 - 4 Sätze)

Fachliche Richtigkeit und Genauigkeit

Die Antwort muss die besonderen Versicherungsformen korrekt wiedergeben. Im Zusammenhang mit der Aufgabe der Selbständigkeit ist auf die Sistierung der Unfalldeckung aufmerksam zu machen. Zudem ist die Kündigungsmöglichkeiten der Zusatzversicherung darzustellen.

Kundenorientierung

Handlungsmöglichkeiten aufzeigen. Der Kunde soll erkennen, welche Optionen für ihn sinnvoll sind.

Lösungsvorschlag

a) Mit besonderen Versicherungsform (KVG Art. 62) können Prämien eingespart werden (1 Pkt.).

Empfehlung:

Der Kunde ist gesund und mit 35 Jahren relativ jung. Somit ist eine Wahlfranchise von CHF 2'500.00 empfehlenswert (KVV Art. 93) (1 Pkt.).

Zudem könnte man auch die Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (KVV Art. 99) vorschlagen (1 Pkt.).

Vor- und Nachteile:

Der wesentliche Vorteil bei diesen zwei besonderen Versicherungsformen ist die Prämieeneinsparung (0.5 Pkt.). Nachteil ist im Zusammenhang mit der Wahlfranchise die höhere Risikobereitschaft bei einem Leistungsbezug (0.5 Pkt.) und betreffend die eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer, muss man sich an die Vorgaben halten und kann sich somit z.B. nicht direkt von einem Facharzt behandeln lassen (0.5 Pkt.).

Andere nachvollziehbare Empfehlungen und entsprechende Vor- und Nachteile werden gleich bewertet.

Im Zusammenhang mit der Aufgabe der Selbständigkeit wäre zu prüfen, ob die Unfaldeckung sistiert werden kann (0.5 Pkt.). Dazu ist der Kunden auf das Ruhen der Unfaldeckung nach KVG Art. 8 (0.5 Pkt.) aufmerksam zu machen. Sofern er nach UVV Art. 13 (0.5 Pkt.) mindestens acht Stunden beim selben Arbeitgeber angestellt ist, so kann er die Unfaldeckung sistieren, da er für Berufs- wie Nichtberufsunfälle über das UVG versichert ist. Dafür muss der Kunde jedoch einen Antrag stellen, welcher diese Deckung nachweist (0.5 Pkt.).

b) Zusatzversicherungen unterliegen dem VVG (0.5 Pkt.).

Ordentliche Kündigung:

Die Krankenzusatzversicherungen können gemäss VVG Art. 35a ordentlich mit einer Frist von drei Monaten auf das Ende des Versicherungsjahres gekündigt werden (1 Pkt.).

Frage 5 (12 Punkte)**Unklare Leistungsabrechnung und Kostenbeteiligung bei ambulanter Behandlung**

Sie arbeiten als Fachperson Krankenversicherung bei der CuraCare. Eine versicherte Person war infolge Rückenschmerzen bei diversen Leistungserbringern in Behandlung. Die Rechnungen wurden Ihnen teils direkt von den Leistungserbringern und anderseits über die versicherte Person zur Rückerstattung zugestellt.

Nachdem Sie die Leistungsprüfung vorgenommen haben, wurde die Leistungsabrechnung der versicherten Person zugestellt. Die versicherte Person meldet sich bei Ihnen, da sie die Abrechnung nicht versteht und bei einzelnen Leistungen nicht nachvollziehen kann, weshalb diese nicht oder nur teilweise übernommen wurden.

CuraCare Krankenversicherung AG

Ihr persönliches Beratungsteam

Team XY

+41 58 440 xx xx

kb8.zuerich@CuraCare.ch

Rechnung Nr. **L-2026-11987**

Herr/Frau
Beispiel
Musterstrasse 10
8000 Zürich

20. Februar 2026

Leistungsabrechnung

myCuraCare App
Mit der myCuraCare App
Rechnungen einfach scannen:
www.myCuraCare.ch/info

Herr/Frau Beispiel, Versicherten Nr. 12 345 678

Behandlung vom	Rechnung von		Ihr Betrag
19.01.2026	Sihlspital Zürich Radiologie	CHF 583.70	zu Ihren Lasten CHF 583.70
20.01.2026	Orthopädie am See	CHF 378.50	zu Ihren Lasten CHF 378.50
23.01.2026 – 16.02.2026	Sihlspital Zürich Physiotherapie 9er Serie	CHF 439.00	zu Ihren Lasten CHF 77.90
02.02.2026	AlternA Klassische Massagen	CHF 120.00	zu Ihren Gunsten CHF 90.00
10.02.2026	A. Wolf Homöopathie	CHF 95.50	zu Ihren Gunsten CHF 0.00
Total			zu Ihren Lasten CHF 950.10

Der Betrag von **CHF 950.10** ist innerhalb 30 Tagen auf folgendes Konto zu überweisen:
Zürcher Kantonalbank AG / CH12 3456 7890 9876 5432 1

Ihre Kostenbeteiligung Grundversicherung nach dieser Leistungsabrechnung

Versicherte/r	Jahr	Spitalbeitrag	Franchise	davon bezahlt	Selbstbehalt	davon bezahlt
Herr/Frau Beispiel	2026	0.00	1'000.00	1000.00	700.00	40.10

Bis zum Erreichen der individuell festgelegten Jahresfranchise tragen Sie die Gesundheitskosten selbst. Nach Erreichen der Jahresfranchise beteiligen Sie sich an den anfallenden Kosten mit einem Selbstbehalt von 10%. Der jährliche maximale Selbstbehalt ist bei Erwachsenen auf CHF 700.– und bei Kindern auf CHF 350.– festgesetzt. Weitere Informationen finden Sie auf www.CuraCare.ch/kostenbeteiligung.

Detailabrechnung

Rechnung Nr. L-2026-11987

Herr/Frau Beispiel, Versicherten Nr. 12 345 678

Leistungsabrechnung Nr.	Zahlung durch CuraCare			
55 555 555 555	Sihlspital Zürich Externe Rechnung Nr. 123456			CHF 583.70
Behandlung vom	Rechnung von	Rechnungsbetrag	Beteiligung CuraCare	Ihre Beteiligung
19.01.2026	Sihlspital Zürich	CHF 583.70	CHF 0.00	CHF 583.70
	Total	CHF 583.70	CHF 0.00	CHF 583.70

Total zu Ihren Lasten CHF	CHF 583.70
----------------------------------	-------------------

ambulante Behandlung	Grundversicherung	CHF 583.70	CHF 0.00	
	Franchise 2026			CHF 583.70
	Selbstbehalt 10%			CHF 0.00

Herr/Frau Beispiel, Versicherten Nr. 12 345 678

Leistungsabrechnung Nr.	Zahlung durch CuraCare			
55 555 555 555	Orthopädie am See Externe Rechnung Nr. 234567			CHF 378.50
Behandlung vom	Rechnung von	Rechnungsbetrag	Beteiligung CuraCare	Ihre Beteiligung
19.01.2026 – 20.01.2026	Orthopädie am See	CHF 378.50	CHF 0.00	CHF 378.50
	Total	CHF 378.50	CHF 0.00	CHF 378.50

Total zu Ihren Lasten CHF	CHF 378.50
----------------------------------	-------------------

ambulante Behandlung	Grundversicherung	CHF 378.50	CHF 0.00	
	Franchise 2026			CHF 378.50
	Selbstbehalt 10%			CHF 0.00

Herr/Frau Beispiel, Versicherten Nr. 12 345 678

Leistungsabrechnung Nr.	Zahlung durch CuraCare			
11 122 233 344	Sihlspital Zürich Externe Rechnung Nr. 345678			CHF 439.00
Behandlung vom	Rechnung von	Rechnungsbetrag	Beteiligung CuraCare	Ihre Beteiligung
19.01.2026 – 20.01.2026	Sihlspital Zürich	CHF 439.00	CHF 361.10	CHF 77.90
	Total	CHF 439.00	CHF 361.10	CHF 77.90

Total zu Ihren Lasten CHF	CHF 77.90
----------------------------------	------------------

ambulante Behandlung	Grundversicherung	CHF 439.00	CHF 361.10	
	Franchise 2026			CHF 37.80
	Selbstbehalt 10%			CHF 40.10

Herr/Frau Beispiel, Versicherten Nr. 12 345 678Leistungsabrechnung Nr. **Ihre Zahlung an**

55 555 554 444	Alterna			CHF 120.00
	Externe Rechnung Nr. 432109			
Behandlung vom	Rechnung von	Rechnungsbetrag	Beteiligung CuraCare	Ihre Beteiligung
02.02.2026	Alterna	CHF 120.00	CHF 90.00	CHF 30.00
	Total	CHF 120.00	CHF 90.00	CHF 30.00

Total zu Ihren Gunsten CHF**CHF 90.00**

Klassische Massagen Behandlung ambulant	Zusatzversicherung 2018 75% max. CHF 100.00 Nicht gedeckte Kosten	CHF 90.00	CHF 30.00		
--	---	-----------	-----------	--	--

Herr/Frau Beispiel, Versicherten Nr. 12 345 678Leistungsabrechnung Nr. **Ihre Zahlung an**

65 465 465 465	A. Wolf			CHF 95.50
	Externe Rechnung Nr. 654321			
Behandlung vom	Rechnung von	Rechnungsbetrag	Beteiligung CuraCare	Ihre Beteiligung
02.02.2026	A. Wolf	CHF 95.50	CHF 00.00	CHF 95.50
	Total	CHF 95.50	CHF 00.00	CHF 95.50

Total zu Ihren Gunsten CHF**CHF 0.00**

Homöopathie Behandlung ambulant	Zusatzversicherung 2018 A. Wolf ist kein anerkannter Therapeut Nicht gedeckte Kosten	CHF 95.50			
------------------------------------	--	-----------	--	--	--

Rechnungskopien

Haben Sie für eine dieser abgerechneten Rechnungen keine Kopie erhalten? Verlangen Sie diese bitte direkt beim jeweiligen Rechnungssteller

Aufgabe

a) Die versicherte Person ist der Meinung, dass die ärztlich verordnete Physiotherapie vollständig übernommen werden müsste, da sie doch eine ambulante Zusatzversicherung habe, welche die Physiotherapie zu einem Betrag von CHF 60.00/pro Sitzung (max. 9 Sitzungen pro Kalenderjahr) ohne Selbstbeteiligung übernimmt.

Erklären Sie der versicherten Person, weshalb diese Therapie über die Grundversicherung abgerechnet wurde, wo die Details geregelt sind und welche Voraussetzungen ein/e Physiotherapeut:in erfüllen muss. Geben Sie dazu die massgebenden gesetzlichen Bestimmungen an.

(Umfang: ca. 6–8 Sätze).

b) Erklären Sie der versicherten Person anhand der vorliegenden Leistungsabrechnung adressatenrecht die Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt). Gehen Sie dabei verständlich und nachvollziehbar vor und geben die gesetzlichen Grundlagen an.

(Umfang: ca. 4–5 Sätze).

c) Die versicherte Person erkundigt sich bei Ihnen, weshalb die Homöopathie-Behandlung von der Zusatzversicherung abgelehnt und nicht über die Grundversicherung abgerechnet wurde. Erklären Sie der versicherten Person die Voraussetzungen, damit klassische Homöopathie von der OKP übernommen wird, wobei Sie auf die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen verweisen.

(Umfang ca. 3–4 Sätze).

Fachliche Richtigkeit und Genauigkeit

Die Kandidatin oder der Kandidat erklärt die Voraussetzungen der Physiotherapie, dass jene über die Grundversicherung abgerechnet wird. Dasselbe gilt für die klassische Homöopathie. Zudem wird die Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) erläutert. Zu den Erklärungen sind die gesetzlichen Grundlagen anzugeben.

Kommunikationsfähigkeit

Die Erklärung der Kostenbeteiligung muss klar, verständlich und adressatengerecht formuliert sein. Fachbegriffe wie Franchise oder Selbstbehalt sind korrekt, aber für die versicherte Person nachvollziehbar zu erläutern.

Kundenorientierung

Die Antwort berücksichtigt die Situation der versicherten Person und erklärt transparent, weshalb Kosten entstehen. Die Darstellung soll Vertrauen schaffen und dem Kunden helfen, die Abrechnung nachvollziehen zu können.

Lösungsvorschlag

a) Zusatzversicherungen sind Ergänzungen der Grundversicherung (0.5 Pkt.).

Die versicherte Person ist infolge Rückenbeschwerden in ärztlicher Behandlung. In der Aufgabenstellung steht, dass die Physiotherapie ärztlich verordnet ist. Da zudem eine Leistungsabrechnung vorliegt ist davon auszugehen, dass die Physiotherapie nach den entsprechenden Tarifvorgaben (Art. 59c KVV) verrechnet wurde (1 Pkt.).

Die Voraussetzung, dass die Physiotherapie von der Grundversicherung übernommen wird, ist, dass sie ärztlich verordnet wurde (KVG Art. 25 Abs. 2 Bst. a.) (1 Pkt.).

Die Physiotherapieleistungen, welche von der OKP übernommen werden, sind in KLV Art. 5 aufgeführt. In diesem Artikel ist genau geregelt, welche Voraussetzungen, Limitierungen und Anordnungen erforderlich oder gegeben sind (1 Pkt.).

Der/die Physiotherapeut:in muss die Voraussetzungen nach KVV Art. 47 erfüllen (0.5 Pkt.).

- kantonale Bewilligung (0.25 Pkt.)
- Zwei Jahre praktische Tätigkeit bei einem entsprechenden Leistungserbringer ausgeübt (0.25 Pkt.)
- Selbständige Ausübung des Berufs auf eigene Rechnung (0.25 Pkt.)
- Qualitätsanforderungen sind erfüllt (0.25 Pkt.)

b) Die versicherte Person hat eine Wahlfranchise von CHF 1'000.00. Das bedeutet, dass Sie für sämtliche Kosten der OKP aufkommt, bis dieser Betrag erreicht ist (KVG Art. 64 Abs. 2 Bst. a / KVG Art. 62. Abs. 2 Bst. a / KVV Art. 93) (2 Pkt.). Nach der vorliegenden Leistungsabrechnung laufen somit die Rechnungen von Sihlspital Zürich (Radiologie), der Orthopädie am See und ein Teil der Physiotherapie über die Franchise

(0.5 Pkt.). Bei der Physiotherapie wurde die restliche Franchise von CHF 37.80 von der Rechnung über CHF 439.00 abgezogen (0.5 Pkt.).

Von diesem Restbetrag (CHF 401.20) werden darauf 10% (CHF 40.10) als Selbstbehalt dem Versicherten in Rechnung gestellt (KVG Art. 64 Abs. 2 Bst. b) (1 Pkt.). Die 10 Prozent der Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt) wird vom Bundesrat festgesetzt und ist im Jahr 2026 CHF 700.00 für Erwachsene (KVV Art. 103 Abs. 2) (1 Pkt.).

Andere nachvollziehbare Erklärungen werden gleichbewertet.

Maximal 5 Punkte für diese Teilaufgabe.

c) Nach der Leistungsabrechnung ist der Therapeuten gemäss der entsprechenden Zusatzversicherung nicht anerkannt (0.5 Pkt.).

Komplementärmedizinische Leistungen werden für die OKP gemäss Artikel 35a KVV bewertet. (0.5 Pkt)

Damit die klassische Homöopathie (ärztliche Komplementärmedizin) über die Grundversicherung läuft, muss der Arzt oder die Ärztin über eine Weiterbildung verfügen, die dem Fähigkeitsprogramm Homöopathie (SVHA) des SIWF vom 1. Januar 1999, revidiert am 10. Dezember 2020, entspricht (KLV Art. 4b Bst. d) (1 Pkt.).

Frage 6 (15.5 Punkte)

Fehlerhafte Tarifpositionen bei ambulanter Behandlung

Sie arbeiten als Fachperson bei der NovaCura Krankenversicherung. Sie prüfen eine Hebammenrechnung betreffend eine versicherte Person, welche lediglich die Grundversicherung bei der NovaCura hat. Die Rechnung wurde Ihnen von der versicherten Person zugestellt, die jene bereits beglichen hat. Sie müssen die Rechnung fachlich korrekt beurteilen und das weitere Vorgehen einleiten.

Rückforderungsbeleg

Dokument	RID: 21183574703	20.04.2026	Seite 1
Rechnungssteller	GLN-Nr. 7601003264999	07:10:38	
Leistungserbringer	ZSR-Nr. H095601	Petra Müller-Meier	
Patient	Name	Beispiel	
	Vorname	N.	
	Strasse	Mühlestrasse 18	
	PLZ	8004	Frau
	Ort	Zürich	Beispiel
	Geburtsdatum	17.06.1997	Musterstrasse 10
	Falldatum	15.11.2025	8004 Zürich
	Fall-Nr.		
	AHV-Nr.	756.1234.5678.91	
	VEKA-Nr.	80756012345678912345	
	Versicherten-Nr.	123456	
	Kanton	ZH	
	Vergütungsart	TG	
	Gesetz	KVG	
	Behandlung	17.12.2025 – 16.03.2026	
	Behandlungsart	Ambulant	
	Behandlungsgrund	Mutterschaft	
	Rolle / Ort	Arzt/ Praxis	
		Rechnungsdatum	20.04.2026
		Rechnungsnummer.	4445208
Auftraggeber	GLN-/ ZSR-Nr. 7601003264999 / H095601		
Diagnose	Z35 (Überwachung einer normalen Schwangerschaft)		
EAN-Liste			

Bemerkung: Keine Risikoschwangerschaft

Datum	Tarif	Tarifziffer	Bezugsziffer	Si	St	Anzahl	TP	AL/Preis	f AL	TPW AL	TP TL	f TL	TPW TL	A V P M	Betrag
17.12.2025	550	A10		1		1.00		150.00	1.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1 1 0 0	150.00
Pauschale für Beratungsgespräch bei der Hebamme															
15.02.2026	550	A20		1		1.00		51.00	1.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1 1 0 0	51.00
Kontrolluntersuchung bei Schwangerschaft															
15.02.2026	999	999		1		1.00		12.40						1 1 0 0	12.40
Fiebermesser															
15.02.2026	452	01.01.02.00.1		1		1.00		200.00						1 1 0 0	200.00
Einzelmilchpumpe, elektrisch, inkl. Zubehör, Kauf															
16.03.2026	999	A30		2		1.00		43.00	1.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1 1 0 0	86.00
Betreuung bei Risikoschwangerschaft ohne manifeste Pathologie															
Gesamtertrag CHF 499.40 davon PLF CHF 462.65 Anzahlung CHF 0.00 Fälliger Betrag CHF 499.40															

Interpretationen zum Einzelleistungs-Tarifstrukturvertrag vom 28. Juni 2018 betreffend Ambulante Hebammenleistungen

Partnerorganisationen: Schweiz. Hebammenverband / IGGH-CH / curafutura / santésuisse

Version 1.1

Datum: 27. April 2022

Nr.
Tarifposition
Titel

022021
A10
Abrechnung des Beitrags an einen Geburtsvorbereitungskurs oder ein Beratungsgespräch

Auszug Tarifstruktur: Tarifposition A10 und Fahrten von und zu einer Klientin/Familie

Bezeichnung der Leistung	Taxpunkte	Beschreibung / Leistungsbezeichnung auf Rechnung	Beschreibung der Leistungsposition	Erlaubte Abrechnungskombinationen	Anwendungsregel
A10 Pauschale für Geburtsvorbereitung oder Beratungsgespräch bei der Hebamme	CHF 150	Pauschale für Kurse im Rahmen der Geburtsvorbereitung bei einer Hebamme oder einem Beratungsgespräch im Hinblick auf die Geburt.	Geburtsvorbereitungskurs - Geburtsvorbereitung in Kursen, welche die Hebamme oder die Organisation der Hebammen einzeln oder in Gruppen durchführt Beratungsgespräch - Beratungsgespräch mit der Hebamme oder der Organisation der Hebamme im Hinblick auf die Geburt, die Planung und Organisation des Wochenbetts zu Hause und die Stillvorbereitung.	-	Abrechenbar: 1 Mal pro Schwangerschaft - Die Position kann entweder für einen Geburtsvorbereitungskurs oder für ein Beratungsgespräch der Krankenversicherung in Rechnung gestellt werden

Interpretation:

Der Kostenbeitrag gemäss Art. 14 KLV bzw. die Tarifposition A10 ist limitiert auf CHF 150. Zusätzliche resp. weitergehende Kosten im Zusammenhang mit der Geburtsvorbereitung gemäss Art. 14 KLV dürfen der Versicherung nicht in Rechnung gestellt werden, der Klientin nach vorgängiger Information jedoch schon.

Auszug Tarifstruktur: Tarifpositionen A20 und A30

Bezeichnung der Leistung	Taxpunkte	Beschreibung / Leistungsbezeichnung auf Rechnung	Beschreibung der Leistungsposition	Erlaubte Abrechnungskombinationen	Anwendungsregel
A20 Kontrolluntersuchung bei Schwangerschaft	51	Kontrolluntersuchung bei Schwangerschaft	Kontrolluntersuchung in der Schwangerschaft Schwangerschaftsuntersuchungen in normalen Schwangerschaften	A40 Verbrauchsmaterial in der Schwangerschaft D10 Wegentschädigung D12 Wegentschädigung D14 Wegentschädigung D16 Wegentschädigung	Abrechenbar: 1 Mal pro Kontrolluntersuchung in der Schwangerschaft - Pro Schwangerschaft sind durch die Hebamme maximal 7 Kontrolluntersuchungen abrechenbar
A30 Betreuung bei Risikoschwangerschaft ohne manifeste Pathologie	43	Betreuung bei Risikoschwangerschaft «Behandlung durch eine Hebamme pro angebrochene 30 Minuten»	Zusätzlich Untersuchungen bei Risikoschwangerschaft	A40 Verbrauchsmaterial in der Schwangerschaft D10 Wegentschädigung D12 Wegentschädigung D14 Wegentschädigung D16 Wegentschädigung	Abrechenbar: 1 Mal pro angebrochene 30 Minuten der Untersuchung - Bei Risikoschwangerschaft ohne manifeste Pathologie in Zusammenarbeit mit dem Arzt, ohne ärztliches Zeugnis

Interpretation:

Eine Verrechnung der Positionen A20 und A30 am gleichen Tag ist möglich, falls nach einer Kontrolluntersuchung bei Schwangerschaft im Verlauf des Tages bei der Patientin unerwartete Beschwerden auftreten und die Indikation einer Risikoschwangerschaft mit nicht manifester Pathologie (gemäss tarifarischer Definition) erfüllt ist.

Quelle: www.hebamme.ch/wp-content/uploads/2022/06/220427_TSK_Hebammen_Interpretationen_final_de.pdf

Aufgabe

a) Erklären Sie, wie Sie die Rechnung prüfen und beurteilen.

Nach welchem System wird grundsätzlich abgerechnet und wie sollte die Rechnungsstellung dargestellt sein?

Gehen Sie zudem auf die rechtlich grundlegende Prüfschritte der Rechnungsstellung (wie Angaben zum Leistungserbringer, Behandlungsdaten usw.) ein. Auch erläutern Sie Ihr Vorgehen zu den jeweiligen Tarif-Positionen (A10, A20 und A30) sowie Hilfsmittel (Fiebermesser und Milchpumpe) und begründen dies gestützt auf die massgebenden rechtlichen Bestimmungen.

(Umfang: ca. ½ A4-Seite)

b) Welche Tarif-Position(en) darf nicht verrechnet werden und weshalb? Wie ist Ihr weiteres Vorgehen im Zusammenhang mit der zu beanstandeten Position(en)? Auf welche gesetzlichen Grundlagen stützen Sie sich dabei?

(Umfang: ca. 6 - 8 Sätze)

c) Verfassen Sie eine E-Mail an den Leistungserbringer, in der Sie die Rechnung beanstanden und die Rückweisung begründen. Formulieren Sie diese adressatengerecht und nachvollziehbar unter Nennung der relevanten rechtlichen Grundlagen.

(Umfang: ca. ½ A4-Seite)

Fachliche Richtigkeit und Genauigkeit

Die Kandidatin oder der Kandidat muss erkennen, dass Tarifpositionen anhand vertraglicher und gesetzlicher Grundlagen überprüft werden und fehlerhafte Positionen nicht vergütet werden dürfen. Es wird erwartet, dass die Prüfung systematisch erfolgt und die Rückweisung korrekt begründet wird. Die Anwendung der rechtlichen Grundlagen muss fallbezogen und präzise sein.

Kommunikationsfähigkeit

Die E-Mail an den Leistungserbringer muss klar strukturiert, verständlich und fachlich korrekt formuliert sein. Die Beanstandung soll nachvollziehbar begründet werden, ohne unnötige Fachkomplexität. Eine klare Darstellung der Fehler sowie der erwarteten Korrektur ist entscheidend.

Kundenorientierung

Obwohl der Leistungserbringer im Fokus steht, wird eine sachliche, respektvolle und lösungsorientierte Kommunikation erwartet. Die Argumentation soll transparent sein und dem Empfänger helfen, die Korrektur effizient vorzunehmen.

Lösungsorientierung

Die Kandidatin oder der Kandidat zeigt konkrete Schritte auf (z.B. Rückweisung, Neuanforderung der Rechnung, keine Zahlungsauslösung). Es wird erwartet, dass praktikable und gesetzeskonforme Lösungen vorgeschlagen werden.

Lösungsvorschlag

a) Grundsätzlich haben Leistungserbringer die Rechnung nach dem System Tiers garant zu stellen (KVG Art. 42 Abs. 1) (1 Pkt.).

Der Leistungserbringer muss dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zusenden und ihm alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung zu prüfen (KVG Art. 42 Abs. 2) (1 Pkt.).

Schritt 1: Prüfung des Leistungserbringers und der Angaben der versicherten Person (0.5 Pkt.).

Auch das Rechnungs- und Behandlungsdatum, den Behandlungsgrund sowie weitere Bemerkungen und wichtigen Informationen (erbrachte Leistungen, Diagnosen und Prozeduren, Kennnummer der Versichertenkarte, AHV-Nummer) werden analysiert und kontrolliert (vgl. Rechnungstellung - KVV Art. 59 / ambulante Rechnungsstellung KVV Art. 59a^{bis 251}) (1 Pkt.).

Schritt 2: Nach KVG Art. 44 müssen sich die Leistungserbringer an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach KVG keine weiteren Vergütungen berechnen (Tarifschutz) (1 Pkt.). Ausgenommen sind Bestimmungen über die Vergütung für Mittel und Gegenstände nach (KVG Art. 25 Bst. b. und) KVG Art. 52 (1 Pkt.).

Die Rechnung wird anhand der tariflichen Grundlagen und der geltenden Tarifverträge geprüft. Dabei wird jede Tarifposition anhand der Interpretationen auf korrekte Anwendung und Plausibilität geprüft. Doppelte oder nicht tarifkonforme Positionen werden identifiziert (1 Pkt.).

Schritt 3: Weitere nicht tarifliche Positionen wie Analysen und Arzneimittel, Mittel und Gegenstände (in dieser Abrechnung Fiebermesser und Milchpumpe) werden mittels der Mittel- und Gegenstandsliste (MiGeL) nach KVG Art. 52 geprüft und verglichen (1 Pkt.).

Andere nachvollziehbare Abläufe oder Erklärungen werden gleichbewertet.

Maximal 7.5 Punkte für diese Teilaufgabe.

b) Die Position A30 «Betreuung bei Risikoschwangerschaften ohne manifeste Pathologie» darf gemäss Anwendungsregel (Interpretation zum Einzelleistungs-Tarifstrukturvertrag) nur bei Risikoschwangerschaft verrechnet werden (1 Pkt.). Auf der Rückforderung ist unter Bemerkung deklariert, dass es sich nicht um eine Risikoschwangerschaft handelt (1 Pkt.). Da die Rechnung eine fehlerhafte Tarifposition enthält, darf keine Zahlung ausgelöst werden.

Die Rechnung wird vollständig zurückgewiesen und beim Leistungserbringer zur Korrektur eingefordert. Erst nach korrekter Neueinreichung erfolgt eine erneute Prüfung. Dieses Vorgehen stellt sicher, dass nur korrekt tarifierte Leistungen vergütet werden.

Schritt 1: Die Tarifposition A30 «Betreuung bei Risikoschwangerschaften ohne manifeste Pathologie» wird beim Leistungserbringer beanstandet und eine korrigierte Rechnung verlangt (KVG Art. 44 / KVG Art. 56 Abs. 1) (1 Pkt.).

Schritt 2: Information an die versicherte Person, dass die Rechnung beanstandet wurde und somit die Rückerstattung (Leistungsabrechnung) noch nicht erfolgen kann (1 Pkt.).

Andere nachvollziehbare Abläufe oder Erklärungen werden gleichbewertet.

Maximal 4 Punkte für diese Teilaufgabe.

c) In der E-Mail wird die entsprechende Tarifposition zurückgewiesen, begründet und eine korrigierte Rechnung verlangt (1 Pkt.). Die Begründung enthält zudem die rechtlichen und tariflichen Grundlagen (1 Pkt.).

2 Pkt. für die Struktur der E-Mail sowie verständlich und adressatengerechte Formulierung.

Frage 7 (7 Punkte)

Koordination zwischen Unfall- und Krankenversicherung bei unklarem Leistungsfall

Sie arbeiten beim Krankenversicherer NovaCura im Leistungsbereich. Eine versicherte Person stürzte auf der Treppe und verletzte sich dabei am Rücken. Die Person ist erwerbstätig und arbeitet mehr als 8 Stunden pro Woche beim selben Arbeitgeber. Die obligatorische Unfallversicherung UVG prüft aufgrund vorbestehender Rückenbeschwerden ab, ob das aktuelle Rückenleiden auf das Unfallereignis im Sinne von (ATSG Art. 4) zurückzuführen ist. In diesem Zusammenhang wendet sich die versicherte Person an Sie und verlangt die Übernahme der Behandlungskosten durch die Krankenversicherung. Gleichzeitig möchte sie wissen, wie die Leistungen zwischen den Versicherungen koordiniert werden und wer schlussendlich die Kosten trägt.

Aufgabe

a) Welcher Versicherer ist im vorliegenden Fall grundsätzlich leistungspflichtig und wie ist bei unklarer Zuständigkeit vorzugehen? Begründen Sie Ihre Antwort gestützt auf die massgebenden gesetzlichen Bestimmungen.

(Umfang: ca. 3 - 5 Sätze)

b) Erklären Sie der versicherten Person die Grundsätze und Koordinationsregelung nach ATSG anhand dieses Beispiels und zeigen Sie die korrekte Rückerstattung von Vorleistungen auf.

(Umfang: ca. 4 - 6 Sätze)

Fachliche Richtigkeit und Genauigkeit

Die Lösung muss korrekt zwischen den Zuständigkeiten der beteiligten Versicherungen unterscheiden und die Koordinationsregeln richtig anwenden. Insbesondere ist entscheidend, dass die Reihenfolge der Leistungspflicht sowie das Vorgehen bei unklarer Zuständigkeit fachlich korrekt dargestellt wird.

Lösungsvorschlag

a) Grundsätzlich ist bei erwerbstätigen Personen die obligatorische Unfallversicherung UVG leistungspflichtig, sofern ein Unfall nach ATSG Art. 4 vorliegt (0.5 Pkt.). Gemäss ATSG Art. 64 geht die Leistungspflicht der Unfallversicherung der Krankenversicherung vor (0.5 Pkt.). Ist die Zuständigkeit unklar, erbringt gemäss ATSG Art. 70 die Krankenversicherung vorläufig Leistungen (Vorleistungspflicht) (1 Pkt.). Nach Abschluss der Abklärungen erfolgt eine Kostenübernahme durch den zuständigen Versicherer oder eine Rückforderung (1 Pkt.).

b) Die Leistungen werden zwischen den Sozialversicherungen koordiniert, sodass keine Überentschädigung entsteht (ATSG Art. 69) (1 Pkt.). Die Heilbehandlung wird nur von einer Versicherung übernommen, wobei die Reihenfolge gesetzlich festgelegt ist (ATSG Art. 64) (1 Pkt.). Die Vorleistungen werden nach den geltenden Bestimmungen der vorleistungspflichtigen Versicherung erbracht (0.5 Pkt.). In diesem Fall wird somit die Krankenversicherung die Kostenbeteiligung für die Behandlungskosten erheben, sofern diese nicht bereits vollständig erbracht wurde (0.5 Pkt.). Wenn die Unfallversicherung (UVG) zum Schluss für die Behandlungen aufkommt, werden die Vorleistungen im Rahmen deren Leistungspflicht zurückerstattet (ATSG Art. 71). Bereits erhobene Kostenbeteiligungen werden in diesem Fall der versicherten Person zurückerstattet, so dass diese keine Kosten trägt (1 Pkt.).

Diese Aufgabe wird als Ganzes bewertet. Sind Antworten in der Lösung a, welche die Aufgabe b betreffen, werden diese auch berücksichtigt. Dasselbe gilt umgekehrt.

Frage 8 (10 Punkte)

Überprüfung eines IV-Entscheids und mögliche Rückforderung von Leistungen

Sie arbeiten als Fachperson bei der NovaVita Krankenversicherung. Eine versicherte Person (21) in Ausbildung war in medizinischer Behandlung, wobei die Kosten über die obligatorische Krankenpflegeversicherung abgerechnet wurden. Nachträglich liegt Ihnen ein Schreiben der Invalidenversicherung (IV) vor, wonach ein Teil dieser Behandlungskosten im Zusammenhang mit einer Eingliederungsmassnahme stehen könnte. Allein anhand des Schreibens der IV kann die Abgrenzung der Zuständigkeit nicht beurteilt werden, da genauere medizinische Angaben fehlen. Sie haben die Aufgabe zu prüfen, ob die Behandlungskosten im Zusammenhang mit IV-Massnahmen stehen und ob bereits erbrachte Leistungen allenfalls zurückzufordern sind.

IVG Art. 12 Anspruch auf medizinische Massnahmen zur Eingliederung

«1 Versicherte haben bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf medizinische Eingliederungsmassnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Eingliederung in die obligatorische Schule, in die berufliche Erstausbildung, ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich gerichtet sind.

2 Versicherte, die im Zeitpunkt der Vollendung ihres 20. Altersjahres an Massnahmen beruflicher Art nach den Artikeln 15–18c teilnehmen, haben bis zum Ende dieser Massnahmen, höchstens aber bis zum vollendeten 25. Altersjahr, Anspruch auf medizinische Eingliederungsmassnahmen, die unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben gerichtet sind.

3 Die medizinischen Eingliederungsmassnahmen müssen geeignet sein, die Schul-, Ausbildungs- oder Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, dauerhaft und wesentlich zu verbessern oder eine solche Fähigkeit vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Der Anspruch besteht nur, wenn die behandelnde Fachärztin oder der behandelnde Facharzt unter Berücksichtigung der Schwere des Gebrechens der versicherten Person eine günstige Prognose stellt.»

Aufgabe

a) Analysieren Sie die vorliegende Situation:

Welche Informationen zur Abgrenzung der Zuständigkeiten sind bekannt und welche müssen noch eingeholt werden?

(Umfang: ca. 3 - 5 Sätze)

b) Stellen Sie dar, wie die prüfungsrelevanten Informationen eingeholt werden können. Auf welche rechtlichen Grundlagen stützen Sie sich dabei?

(Umfang: ca. 4 - 6 Sätze)

c) Erstellen Sie ein entsprechendes Akteneinsichtsgesuch an die Invalidenversicherung und begründen Sie Ihren Anspruch rechtlich.

(Umfang ca. ½ A4-Seite)

Fachliche Richtigkeit und Genauigkeit

Die Kandidatinnen und Kandidaten analysieren die Situation korrekt und legen dar, welche zusätzlichen Informationen zur Klärung des Falls noch fehlen. Zudem erläutern sie anhand dieses Beispiels das Vorgehen bei einem Aktengesuch sowie die rechtlichen Voraussetzungen, die diesen Anspruch begründen.

Kommunikationsfähigkeit

Die E-Mail ist klar strukturiert, verständlich formuliert und adressatengerecht aufgebaut. Die Kernpunkte (Bezugnahme und Gesuchgrund) sind logisch dargelegt, damit die IV-Stelle den Sachverhalt nachvollziehen kann.

Lösungsorientierung

Die vorgeschlagenen Schritte (Analyse der Informationslage, definieren von fehlenden Informationen und Akteneinsicht) sind konkret, praxisnah und zielführend. Es wird aufgezeigt, wie die Situation effizient geklärt und korrekt weiterbearbeitet werden kann.

Verschwiegenheit

Die Kandidatin oder der Kandidat berücksichtigt im Gesuch an die IV die Bestimmungen des ATSG zur Akteneinsicht.

Lösungsvorschlag

a) Gemäss Art. 12 IVG übernimmt die Invalidenversicherung medizinische Massnahmen zur Eingliederung bis zum vollendeten 20. Altersjahr oder für Versicherte, die im Zeitpunkt der Vollendung ihres 20. Altersjahres an Massnahmen beruflicher Art teilnehmen, haben bis zum Ende dieser Massnahmen, höchstens aber bis zum vollendeten 25. Altersjahr, Anspruch auf medizinische Eingliederungsmassnahmen (1 Pkt.).

Es fehlen genauere medizinische Angaben (1 Pkt.). Diese Auskünfte müssen bei der IV eingeholt werden.

b) (Bei Abgrenzungsfrage zwischen den Sozialversicherungen erfolgt zunächst die Sachverhaltsabklärung bevor gegebenenfalls weitere Schritte eingeleitet werden.) In diesem Fall fehlen jedoch medizinische Informationen, weshalb ein Akteneinsichtsgesuch notwendig ist, um eine Beurteilung der Zuständigkeit zu ermöglichen (1 Pkt.) (ATSG Art. 47 Abs. 1 Bst. b (1 Pkt.) / ATSV Art. 8b Abs. 3 Bst. b (1 Pkt.)).

Beim Gesuch an die IV ist auf ATSG Art. 32 hinzuweisen, da für:

- a. die Festsetzung, Änderung oder Rückforderung von Leistungen;
- b. die Verhinderung ungerechtfertigter Bezüge;
- c. die Festsetzung und den Bezug der Beiträge;
- d. den Rückgriff auf haftpflichtige Dritte

die Organe der einzelnen Sozialversicherungen einander kostenlos Verwaltungshilfe leisten (1 Pkt.).

c) Im Akteneinsichtsgesuch wird aufgezeigt, weshalb das Gesuch erforderlich ist (1 Pkt.), wobei auf die rechtlichen Grundlagen verwiesen wird (1 Pkt.).

2 Pkt. für die Struktur der E-Mail sowie verständlich und adressatengerechte Formulierung.

Frage 9 (6 Punkte)

Ablehnung einer Kostenübernahme und Aufzeigen des Rechtswegs

Sie arbeiten als Fachperson bei der NovaCura Krankenversicherung. Eine versicherte Person reicht eine Rechnung für eine alternativmedizinische Behandlung ein, welche darauf von Ihnen abgelehnt wird. Die versicherte Person ist mit diesem Entscheid nicht einverstanden und verlangt Informationen zu den rechtlichen Möglichkeiten.

Sie ist sowohl in der obligatorischen Grundversicherung als auch in einer Krankenzusatzversicherung nach VVG bei NovaCura versichert.

Sie haben die Unterlagen geprüft und festgestellt, dass die Behandlung weder unter die Pflichtleistungen der Grundversicherung fällt noch Bestandteil der Zusatzversicherung ist.

Aufgabe

a) Wie und wo ist der Leistungsanspruch der Krankenzusatzversicherungen gesetzlich und vertraglich geregelt?

(Umfang: ca. 4 - 6 Sätze)

b) Schreiben Sie dem Versicherten eine E-Mail und zeigen Sie das vollständige Rechtsverfahren (sämtliche Instanzen) auf, welches bei Leistungsablehnungen der Krankenzusatzversicherung nach VVG zur Anwendung kommt.

(Umfang: ca. ½ A4-Seite)

Fachliche Richtigkeit und Genauigkeit

Die Kandidatin oder der Kandidat erklärt die vertraglichen Grundlagen der Zusatzversicherung. Zudem wird der korrekte Ablauf des Rechtswegs für die Zusatzversicherung nach VVG vollständig und sachlich richtig dargestellt.

Kommunikationsfähigkeit

Die Antworten sind klar strukturiert und verständlich formuliert. Fachbegriffe werden korrekt und adressatengerecht eingesetzt oder erklärt.

Kundenorientierung

Die Informationen sind so aufbereitet, dass der Versicherte seine Lage nachvollziehen kann und weiss, welche nächsten Schritte möglich sind.

Lösungsorientierung

Es werden konkrete Handlungsmöglichkeiten bezüglich des weiteren Vorgehens im Rechtsweg aufgezeigt. Die Darstellung hilft dem Versicherten, zielgerichtet und korrekt weiter vorzugehen.

Lösungsvorschlag

a) Bei Krankenzusatzversicherungen findet das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) Anwendung (0.5 Pkt.). Soweit dieses Spezialgesetz keine spezifischen Vorschriften enthält, gelten ergänzend die Bestimmungen des Obligationenrechts (OR) (0.5 Pkt.).

Grundsätzlich herrscht Vertragsfreiheit (0.5 Pkt.).

Die konkrete Ausgestaltung der Leistungen erfolgt über die allgemeinen und besonderen Versicherungsbedingungen (AVB/BVB) der jeweiligen Gesellschaft (1 Pkt.).

Hinweis:

Die Versicherer sind frei, ihre Zusatzversicherungen und deren Leistungen zu definieren, mit Ausnahme der zwingenden Bestimmungen:

Dazu gehören die in Art. 97 VVG genannten Artikel, die überhaupt nicht abgeändert werden dürfen, sowie jene in Art. 98 VVG, die nicht zuungunsten des Versicherungsnehmers oder des Anspruchsberechtigten verändert werden dürfen.

b) In der E-Mail wird der gesamte Rechtsweg von Klage beim kantonalen Zivilgericht (1. Instanz) (0.5 Pkt.) über Berufung beim kantonalen Obergericht/Kantonsgericht (2. Instanz) (0.5 Pkt.) bis zur Beschwerde in Zivilsache an das Bundesgericht (letzte Instanz) (0.5 Pkt.).

2 Pkt. für die Struktur der E-Mail sowie verständlich und adressatengerechte Formulierung.

Je nach kantonalem Gesetz ist eine einzige Instanz zur Beurteilung der Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung vorgesehen (Art. 7 ZPO). Somit wird in dieser Teilaufgabe auch die volle Punktzahl (1.5 Pkt.) gewährt, wenn die 2. Instanz nicht erwähnt wird.