

KONTROLLBLATT

Kandidatennummer: D-25-000-0

Fach: Krankenversicherung

Allgemeiner Teil 2

Prüfungsteil 1.1: Allgemeiner Teil

Kandidatennummer

D-25-000-0

Zweig

Krankenversicherung

Allgemeiner Teil

Nr. 2

Ambulante Psychotherapie

Prüfungsdauer

75 Minuten

Anzahl Seiten der Prüfung

21 Seiten

Beilage(n)

2 Seiten

- Beilage 1: Leistungsabrechnung Handlungssimulation (1 Seite)
- Beilage 2: Leistungsabrechnung Critical Incident (1 Seite)

Maximale Punkte

75

Erzielte Punkte

Die Experten/innen

Datum

Unterschriften

Experte/in 1

Expert/in 2

Prüfungsteil 1.1: Allgemeiner Teil

Kandidatennummer

D-25-000-0

Arbeitsauftrag

Ausgangslage

Im Folgenden werden Sie einen konkreten Praxisfall bearbeiten. Der Fall besteht aus einer Ausgangslage und separaten Teilaufgaben. Diese Teilaufgaben sind wie folgt eingeteilt:

- eine Analyseaufgabe
- eine Handlungssimulation
- ein Critical Incident

In der Analyseaufgabe werden Sie aufgefordert, den beschriebenen Praxisfall mit Hilfe von Internetrecherchen zu analysieren.

Bei der Handlungssimulation werden Sie aufgefordert, das Vorgehen im entsprechenden Praxisfall zu beschreiben oder dieses auszuführen.

Beim Critical Incident werden Sie aufgefordert, Ihr Vorgehen unter geänderten Rahmenbedingungen, in denen es in besonderem Masse darauf ankommt, kompetent zu handeln, zu schildern und zu begründen.

Aufgabe

Lesen Sie die Fallbeschreibung genau durch und sichten Sie etwaige Beilagen. Die Informationen aus der Fallbeschreibung sowie die hier angeführten Beilagen gelten für alle nachfolgenden Aufgaben. Bearbeiten Sie anschliessend die Analyseaufgabe, die Handlungssimulation und den Critical Incident.

Für die Bearbeitung des Arbeitsauftrages stehen Ihnen 75 Minuten zur Verfügung.

Hinweis

Für die Recherche steht Ihnen während der Prüfung der Online-Zugriff ins Internet zur Verfügung.

Prüfungsteil 1.1: Allgemeiner Teil

Kandidatennummer

D-25-000-0

Arbeitsauftrag (Fortsetzung)

Beurteilung

Ihre Leistung wird nach folgenden Leitfragen bewertet:

Analyseaufgabe (max. 25 Punkte):

- Vollständigkeit: Berücksichtigt der/die Kandidat/in alle relevanten Aspekte in der Analyse (10 Punkte)?
- Fachliche Korrektheit und Nachvollziehbarkeit: Sind die angeführten Analyseergebnisse fachlich korrekt und nachvollziehbar dargestellt (15 Punkte)?

Handlungssimulation (max. 25 Punkte):

- Vollständigkeit und fachliche Korrektheit: Beschreibt der/die Kandidat/in seine/ihre Handlungen in der dargestellten Situation vollständig, nachvollziehbar und fachlich korrekt oder führt er/sie diese korrekt aus?

Critical Incident (max. 25 Punkte):

- Plausibles Vorgehen und Begründung: Schildert der/die Kandidat/in ein plausibles Vorgehen in den beschriebenen Situationen und begründet er/sie dieses korrekt?

Punkte

max. 75

Organisation

Für die Bearbeitung aller Teilaufgaben dieser Fallarbeit stehen Ihnen 75 Minuten zur Verfügung. Teilen Sie sich Ihre Zeit selbst ein. Idealerweise nutzen Sie

- ca. 25 Minuten für die Analyseaufgabe,
- ca. 25 Minuten für die Handlungssimulation,
- ca. 25 Minuten für den Critical Incident.

Prüfungsteil 1.1: Allgemeiner Teil

Kandidatennummer

D-25-000-0

Fallbeschreibung

Herr Stefan Kurt Gerber (geb. 25.7.1997) hat eine Lehre als Florist bei Blumen Stricker in Zweisimmen absolviert. Bereits in der Lehrzeit hatte er mit psychischen Problemen zu kämpfen. Er hat damals jegliche professionelle Unterstützung abgelehnt und musste aufgrund längerer Abwesenheiten während der Lehrzeit das dritte Lehrjahr wiederholen. Herr Gerber pflegt einen sehr guten Kontakt zu seiner Familie und wohnt seit drei Jahren in einer kleinen Zweizimmerwohnung in Blankenburg (Kanton Bern).

Herr Gerber befindet sich seit 8 Wochen in der psychiatrischen Tagesklinik (PTK) der Universitären Psychiatrischen Dienste in Bern. Bei Herrn Gerber wurde eine Borderline-Persönlichkeitsstörung und eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert. Er leidet zudem seit dem 17. Lebensjahr an einer gedrückten, depressiven Verstimmung.

Vor dem Eintritt in die Tagesklinik war er 6 Wochen auf der Akutstation des Psychiatriezentrum Münsingen (PZM) hospitalisiert. Herr Gerber wurde von der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde als stark selbst- und fremdgefährdet eingestuft und schliesslich in Form einer fürsorglichen Unterbringung (FU) gegen seinen Willen ins PZM eingewiesen.

Im PZM war es zu Beginn des Aufenthaltes äusserst schwierig, Herrn Gerber auf die richtige Medikation einzustellen. Aktuell ist er mit der Einnahme folgender Medikamente in einen sehr gutem Allgemeinzustand:

- ABILIFY MAINTENA Depot 400 mg Fertigspritze
- Seroquel XR Ret Tabl 50 mg

In der Tagesklinik hat Herr Gerber grosse Fortschritte gemacht und seit Eintritt von einem interdisziplinären und umfassenden Therapieprogramm profitiert. Durch die Emotionsregulation hat er gelernt, seine emotionale und psychische Stabilität jederzeit zu bewahren und früheres selbstverletzendes Verhalten durch spezielle Skills zu ersetzen. Zudem konnte er während der Kunsttherapiesitzungen seiner Kreativität freien Lauf lassen.

Herr Gerber bezieht aktuell ein Krankentaggeld bei der Kollektivkrankentaggeldversicherung seines aktuellen Arbeitgebers der Blumen Stricker AG.

Herr Gerber ist aktuell sehr zuversichtlich, dass er nach seinem Austritt in der PTK die Arbeitsaufnahme langsam wieder bis zu seinem ursprünglichen Pensum von 100% steigern kann. Für ihn ist jedoch sehr wichtig zu wissen, von welchen Leistungen er nach seinem Austritt aus der PTK profitieren kann. Er habe von einem anderen Patienten die Info erhalten, dass beispielsweise auch von einer Spitex psychiatrische Leistungen erbracht werden.

Beilagen

- Leistungsabrechnung Handlungssimulation
- Leistungsabrechnung Critical Incident

Prüfungsteil 1.1: Allgemeiner Teil

Kandidatennummer

D-25-000-0

Aufgabe 1: Ganzheitliche Analyse (25 Punkte)

Erzielte Punkte

Ausgangslage

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung OKP übernimmt gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und gemäss der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) diverse ambulante, psychotherapeutische Leistungen.

Herr Gerber möchte sich nun über diverse Behandlungsmöglichkeiten/Therapieoptionen nach seiner Entlassung aus der PTK erkundigen und vereinbart einen Beratungstermin mit der zuständigen Sozialarbeiterin der PTK, Frau Franziska Wandeler.

Aufgabenstellung

Sie agieren nun als Sachbearbeiterin Frau Wandeler und zeigen Herr Gerber auf, in welchem Umfang und nach welcher Rechtslage die verschiedenen, ambulanten psychotherapeutischen Leistungen nach dem Austritt aus der Tagesklinik von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden.

- Machen sie für Herrn Gerber eine Aufstellung mit zwei verschiedenen, ambulanten, psychotherapeutischen Leistungen, welche nach dem Austritt aus der Tagesklinik von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet werden könnten (Es muss auf zwei verschiedene Leistungsarten eingegangen werden, nicht erwähnt werden darf Neuropsychologie, stationäre Psychiatrie, Tagesklinik) (5 Punkte).
- Bei den zwei erwähnten Leistungsarten müssen die Voraussetzungen zur Kostenübernahme aufgeführt werden (Welche Leistungen werden in welchem Umfang übernommen. Auf die Zulassungsbedingungen der Leistungserbringer muss nicht eingegangen werden) Führen Sie die wichtigsten Gesetzes- und Verordnungsartikel auf (20 Punkte).

Hinweise

-

Prüfungsteil 1.1: Allgemeiner Teil

Kandidatennummer

D-25-000-0

Aufgabe 1: Ganzheitliche Analyse (Fortsetzung)

Lösungsvorschlag

Machen sie für Herrn Gerber eine Aufstellung mit zwei verschiedenen, ambulanten, psychotherapeutischen Leistungen, welche nach dem Austritt aus der Tagesklinik von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet, werden könnten (Es muss auf zwei verschiedene Leistungsarten eingegangen werden, nicht erwähnt werden darf Neuropsychologie, stationäre Psychiatrie, Tagesklinik) (5 Punkte)

Bei den zwei erwähnten Leistungsarten müssen die Voraussetzungen zur Kostenübernahme aufgeführt werden (Welche Leistungen werden in welchem Umfang übernommen. Auf die Zulassungsbedingungen der Leistungserbringer muss nicht eingegangen werden) Führen Sie die wichtigsten Gesetzes- und Verordnungsartikel auf (20 Punkte)

Leistungsart: Ärztliche Psychotherapie

Leistungsumfang

KLV Art. 2 Grundsatz

Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der ärztlichen Psychotherapie nach Methoden, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist.

Psychotherapie ist eine Form der Therapie, die:

- a. psychische und psychosomatische Erkrankungen betrifft;*
- b. ein definiertes therapeutisches Ziel anstrebt;*
- c. vorwiegend auf der sprachlichen Kommunikation beruht, aber eine unterstützende medikamentöse Therapie nicht ausschliesst;*
- d. auf einer Theorie des normalen und pathologischen Erlebens und Verhaltens sowie einer ätiologisch orientierten Diagnostik aufbaut;*
- e. die systematische Reflexion und die kontinuierliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung beinhalten*
- f. sich durch ein Arbeitsbündnis und durch regelmässige und vorausgeplante Therapiesitzungen auszeichnet; und*
- g. als Einzel-, Paar-, Familien- oder Gruppentherapie durchgeführt wird.*

KLV Art. 3 Kostenübernahme

Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen. Artikel 3b bleibt vorbehalten.

Prüfungsteil 1.1: Allgemeiner Teil

Kandidatennummer

D-25-000-0

Aufgabe 1: Ganzheitliche Analyse (Fortsetzung)

KLK Art. 3b Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen

Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin rechtzeitig zu berichten. Der Bericht muss enthalten:

- a. Art der Erkrankung;*
- b. Art, Setting, Verlauf und Ergebnisse der bisherigen Behandlung;*
- c. einen Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie unter Angabe von Ziel, Zweck, Setting und voraussichtlicher Dauer.*

Der Bericht darf nur Angaben enthalten, die zur Beurteilung der Leistungspflicht des Versicherers nötig sind.

Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin prüft den Vorschlag und beantragt, ob und für welche Dauer bis zum nächsten Bericht die Psychotherapie zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden kann.

Der Versicherer teilt der versicherten Person mit Kopie an den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin innerhalb von 15 Arbeitstagen nach Eingang des Berichts beim Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin mit, ob und für welche Dauer die Kosten für die Psychotherapie weiter übernommen werden.

Leistungsart: Psychologische Psychotherapie

Leistungsumfang

Art. 11b KLV

Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der psychologischen Psychotherapie und der damit in Beziehung stehenden Leistungen der Koordination, die von nach Artikel 50c KVV zugelassenen psychologischen Psychotherapeuten und psychologischen Psychotherapeutinnen oder von nach Artikel 52e KVV zugelassenen Organisationen der psychologischen Psychotherapie durchgeführt werden, wenn die Grundsätze nach Artikel 2 eingehalten und die Leistungen wie folgt erbracht werden:

- a. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen oder einem anerkannten ausländischen Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin, in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder in Kinder- und Jugendmedizin oder eines Arztes oder einer Ärztin mit dem interdisziplinären Schwerpunkt Psychosomatische und psychosoziale Medizin der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin;*

Prüfungsteil 1.1: Allgemeiner Teil

Kandidatennummer

D-25-000-0

Aufgabe 1: Ganzheitliche Analyse (Fortsetzung)

b. bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel. Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Abklärungs- und Therapiesitzungen. Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet vor Ablauf der angeordneten Anzahl Sitzungen dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht.

Soll die Psychotherapie für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a nach 30 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden, so ist das Verfahren nach Artikel 3b sinngemäss anwendbar. Der Bericht mit dem Vorschlag zur Fortsetzung erfolgt durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin.

Bei einer von einem Arzt oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen oder einem anerkannten ausländischen Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin oder in Kinder- und Jugendmedizin angeordneten psychologischen Psychotherapie ist dem Bericht nach Absatz 3 eine durch einen Facharzt oder eine Fachärztin mit einem Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie oder in Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vorgenommene Fallbeurteilung beizulegen.

Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe b übernimmt die Versicherung höchstens 10 Abklärungs- und Therapiesitzungen

Prüfungsteil 1.1: Allgemeiner Teil

Kandidatennummer

D-25-000-0

Aufgabe 1: Ganzheitliche Analyse (Fortsetzung)**Leistungsart: Ambulante Krankenpflege zu Hause (Psy. Spitex)****Leistungsumfang****Art. 7 KLV**

Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination	Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung	Massnahmen der Grundpflege
(Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV)	(Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV)	(Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV)
A-Leistungen	B-Leistungen	C-Leistungen
<p>Zu den „Massnahmen der Beratung“ gehört die Beratung der Patienten sowie der an der Pflege beteiligten Personen (z.B. Laien wie Familienangehörige oder Bekannte), insbesondere im Umgang mit Krankheitssymptomen, bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte (z.B. Inhalationsgeräte).</p> <p>Bei der „Koordination“ geht es um Massnahmen und Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch spezialisierte Pflegefachpersonen.</p> <p>Unter die „Massnahmen der Abklärung“ fallen die Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfelds der Patienten sowie die gemeinsame Planung der notwendigen Massnahmen</p>	<p>Zu den „Untersuchungen und Behandlungen“ gehören verschiedene medizinische Massnahmen wie z.B. die Messung der Vitalzeichen (Puls, Blutdruck, Temperatur, Atem und Gewicht) oder etwa die einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin. Für Details wird auf die Aufzählung in Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV verwiesen.</p>	<p>Zur „allgemeinen Grundpflege“ gehören Tätigkeiten, welche die Patienten nicht mehr selber ausführen können (z.B. das Einbinden von Beinen, das Anlegen von Kompressionsstrümpfen oder das Betten und Lagern).</p> <p>Zur „psychiatrischen Grundpflege“ gehören Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung von psychisch kranken Personen in der Alltagsbewältigung (z.B. Erarbeitung und Einübung einer angepassten Tagesstruktur oder zielgerichtetes Training zur Gestaltung und Förderung sozialer Kontakte).</p>

Art. 7a Beiträge

Die Versicherung übernimmt für Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstaben a und b folgende Beiträge an die Kosten der Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 pro Stunde:

- für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a: 76.90 Franken
- für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b: 63.00 Franken
- für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c: 52.60 Franken

Art. 8a KLV Bedarfsermittlung

In Art. 8 KLV ist der ärztliche Auftrag geregelt. Der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung bestimmt, ob die Patientin oder der Patient Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV benötigt

Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung für folgende Höchstdauer erteilen:

- bei Leistungen nach Artikel 7 Abs. 2: maximal neun Monate.

Prüfungsteil 1.1: Allgemeiner Teil

Kandidatennummer

D-25-000-0

Aufgabe 1: Ganzheitliche Analyse (Fortsetzung)

Die Bedarfsermittlung (Art. 8a KLV) erfolgt durch einen Pflegefachmann oder eine Pflegefachfrau nach Art. 49 KVV in Zusammenarbeit mit dem Patienten oder der Patientin oder den Angehörigen. Das Ergebnis der Bedarfsermittlung ist umgehend dem Arzt/der Ärztin zur Kenntnisnahme zuzustellen, der/die die Anordnung oder den Auftrag erteilt hat.

Prüfungsteil 1.1: Allgemeiner Teil

Kandidatennummer

D-25-000-0

Aufgabe 2: Handlungssimulation (25 Punkte)

Erzielte Punkte

Ausgangslage

Vier Monate sind nun seit dem Austritt aus der Tagesklinik vergangen und Herr Gerber profitiert von diversen Behandlungen und konnte seine Arbeitsfähigkeit bereits auf 50% steigern.

Herr Gerber hat nun Fragen bezüglich dem Thema Medikamente. Er kontaktiert seine Kundenberaterin bei der Versicherung X AG. Er habe zudem eine Leistungsabrechnung für den Medikamentenbezug in der Apotheke Muster erhalten. Seine persönliche Kundenberaterin verbindet ihn mit der zuständigen Medikamentenabteilung. Für die Prüfung der Anfragen benötigt die Mitarbeiterin der Medikamentenabteilung folgende Internetseite: www.compendium.ch

Aufgabenstellung

- Herr Gerber möchte als Erstes wissen, welche zwei Hauptinhaltsstoffe in den in der Fallbeschreibung aufgeführten Medikamenten enthalten sind. Er habe bereits die Apotheke gefragt, kann sich jedoch nicht mehr daran erinnern (Nennen Sie die zwei Hauptinhaltsstoffe für die in der Fallbeschreibung erwähnten Medikamente) (2 Punkte).
- Herr Gerber hat nun die Leistungsabrechnung (siehe Beilage) vor sich und versteht nicht, weshalb er für das Medikament Seroquel einen Selbstbehalt von 40% bezahlen muss. Er sei immer davon ausgegangen, dass der Selbstbehalt für alle Leistungen bei 10% liege. Hier liege ein Fehler vor. Er ist damit nicht einverstanden und möchte eine plausible Erklärung. Da er mit finanziellen Problemen zu kämpfen hat, ist er auf jeden Franken angewiesen (Sie erklären Herr Gerber, weshalb er einen erhöhten Selbstbehalt bezahlen muss. Stützen Sie sich auf die Gesetzes- und Verordnungsartikel. Zeigen Sie zudem zwei Möglichkeiten auf, damit er sich künftig nur mit 10% Selbstbehalt an den Medikamentenkosten beteiligen muss) (10 Punkte).
- Auf der Leistungsabrechnung (siehe Beilage) wird unter «nicht versicherte Leistungen» ein Betrag über CHF 15.00 aufgeführt. Er kann diese Berechnung respektive diesen Betrag nicht nachvollziehen. (Schreiben Sie detailliert auf, wie sich der Betrag über CHF 15.00 genau zusammensetzt) (10 Punkte).
- Da er sich bei seiner Arbeit als Florist nur sehr schlecht konzentrieren kann, möchte er zudem von Ihnen wissen, ob das Medikament CONCERTA Ret Tabl 18 mg aus der Grundversicherung vergütet wird (Teilen Sie dem Versicherten mit, ob die Kosten übernommen werden und falls ja, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen) (3 Punkte).

Prüfungsteil 1.1: Allgemeiner Teil

Kandidatennummer

D-25-000-0

Aufgabe 2: Handlungssimulation (Fortsetzung)

Hinweise

Keine

Beilagen

Beilage 1: Leistungsabrechnung Handlungssimulation

Prüfungsteil 1.1: Allgemeiner Teil

Kandidatennummer

D-25-000-0

Aufgabe 2: Handlungssimulation (Fortsetzung)

Lösungsvorschlag

Herr Gerber möchte als Erstes wissen, welche zwei Hauptinhaltsstoffe in den in der Fallbeschreibung aufgeführten Medikamenten enthalten sind. Er habe bereits die Apotheke gefragt, kann sich jedoch nicht mehr daran erinnern (Nennen Sie die zwei Hauptinhaltsstoffe für die in der Fallbeschreibung erwähnten Medikamente) (2 Punkte)

ABILIFY MAINTENA Depot 400 mg Fertig-spritze	Seroquel XR Ret Tabl 50 mg
Wirkstoff: Aripiprazol	Wirkstoff: Quetiapin

Herr Gerber hat nun die Leistungsabrechnung (siehe Beilage) vor sich und versteht nicht, weshalb er für das Medikament Seroquel einen Selbstbehalt von 40% bezahlen muss. Er sei immer davon ausgegangen, dass der Selbstbehalt für alle Leistungen bei 10% liege. Hier liege ein Fehler vor. Er ist damit nicht einverstanden und möchte eine plausible Erklärung. Da er mit finanziellen Problemen zu kämpfen hat, ist er auf jeden Franken angewiesen (Sie erklären Herr Gerber, weshalb er einen erhöhten Selbstbehalt bezahlen muss. Stützen Sie sich auf die Gesetzes- und Verordnungsartikel. Zeigen Sie zudem zwei Möglichkeiten auf, damit er sich künftig nur mit 10% Selbstbehalt an den Medikamentenkosten beteiligen muss) (10 Punkte)

Sie teilen Herrn Gerber mit, dass dies korrekt ist. Normalerweise wird auf den Leistungen der Grundversicherung nach Erreichung der Jahresfranchise ein Selbstbehalt von 10% verrechnet. Sie erklären Herr Gerber, dass die Abrechnung über 40% in diesem Fall jedoch korrekt durchgeführt wurde. Beim Medikament Seroquel handelt es sich um ein Originalpräparat. Sie erklären ihm, dass dies in Art. 38a KLV (Selbstbehalt bei Arzneimitteln) aufgeführt ist.

Art. 38a KLV

*Für Medikamente deren Fabrikationspreis den Durchschnitt der Fabrikabgabepreise des günstigeren Drittels aller Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung auf der SL um mindestens 10% übersteigt, beträgt der **Selbstbehalt 40 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten**.*

Gesetzlich wurde hier also korrekt ein Selbstbehalt von 40% abgerechnet.

Es gebe jedoch zwei Möglichkeiten, dass er künftig nur 10% des Selbstbehaltes entrichten müsse. In KVG Art. 52a (Substitutionsrecht) wird Folgendes vermerkt:

Sind mehrere Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung auf der Spezialitätenliste aufgeführt, so können Apotheker oder Apothekerinnen bei gleicher medizinischer Eignung für die versicherte Person ein preisgünstigeres Arzneimittel abgeben, wenn nicht der Arzt oder die Ärztin beziehungsweise der Chiropraktor oder die Chiropraktorin ausdrücklich die Abgabe des Originalpräparates verlangt.

Prüfungsteil 1.1: Allgemeiner Teil

Kandidatennummer

D-25-000-0

Aufgabe 2: Handlungssimulation (Fortsetzung)

1. Möglichkeit wäre also somit auf ein Generikum umzusteigen. Hier handelt es sich um ein Medikament mit dem gleichen Wirkstoff, jedoch einer anderen Zusammensetzung. Wenn Herr Gerber somit ein anderes Medikament mit gleichem Wirkstoff nehmen würde, welches die Kriterien gemäss Gesetz erfüllt, dann würde ihm nur 10% des Selbstbehalts verrechnet
2. Die zweite Möglichkeit wäre, dass der Arzt ausdrücklich die Abgabe des Originalpräparates verlangt und er somit auf kein anderes Medikament umgestellt werden kann. Die KLV sieht vor, dass die Verschreibung des teureren Originalpräparates oder Referenzpräparates bzw. die Ablehnung der Substitution aus medizinischen Gründen nachgewiesen und dokumentiert sein muss, damit die erhöhte Kostenbeteiligung der Versicherten entfällt. Als Nachweis kann beispielsweise gelten, dass Therapieversuche mit mindestens zwei Generika resp. Biosimilars erfolgt sind und die entsprechende Unverträglichkeit oder ungenügende Wirksamkeit kontrollierbar dokumentiert wurde. Ebenso gilt als Nachweis, dass es sich um ein Arzneimittel mit einem Wirkstoff mit enger therapeutischer Breite handelt. Wenn somit ein solcher Nachweis des Arztes vorliegen würde, dann müsste er für das Medikament Seroquel kein erhöhter Selbstbehalt von 40% bezahlen. Ihm würde dann für das Medikament lediglich ein Selbstbehalt von 10% verrechnet.

Auf der Leistungsabrechnung (siehe Beilage) wird unter «nicht versicherte Leistungen» ein Betrag über CHF 15.00 aufgeführt. Er kann diese Berechnung respektive diesen Betrag nicht nachvollziehen. (Schreiben Sie detailliert auf, wie sich der Betrag über CHF 15.00 genau zusammensetzt) (10 Punkte)

Leistungsabrechnung vom 16.12.2024

Leistungsabrechnungs.Nr.: 13487907412

Grundversicherungsleistungen gemäss KVG

Rechnungssteller: Apotheke Muster

Behandlung vom 30.6.2024 -30.6.2024

Rechnungsbetrag: CHF 100.- wurde dem Rechnungssteller bereits durch die Versicherung X bezahlt.

Restliche Franchise 2024 vor dieser Abrechnung: CHF 0.-

Restlicher Selbstbehalt 2024 vor dieser Abrechnung: CHF 500.-

Leistung	Betrag	Franchise	Selbstbehalt	Nicht versicherte Leistungen	Unsere Leistung	Ihr Anteil
Medikament Seroquel Selbstbehalt 40%	100.00	-	25.00	15.00	60.00	40.00
Total CHF KVG	100.00				60.00	40.00
Total CHF zu Ihren Lasten						40.00

Der Betrag über CHF 40.- wird Ihnen in den nächsten Tagen auf Ihrem Konto der BEKB belastet.

Prüfungsteil 1.1: Allgemeiner Teil

Kandidatennummer

D-25-000-0

Aufgabe 2: Handlungssimulation (Fortsetzung)

*Für Medis, deren Fabrikationspreis den Durchschnitt der Fabrikabgabepreise des günstigeren Drittels aller Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung auf der SL um mindestens 10% übersteigt, beträgt der **Selbstbehalt 40 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten.***

*In **Art. 64 Absatz 2 Buchstabe c KVG** wird folgendes geschrieben:*

Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

Die Kostenbeteiligung für das Kind ist bis zum Ende des Monats, in dem dieses volljährig wird, ausschliesslich von den Personen geschuldet, die die Prämien schulden. Das Kind kann für diese Kostenbeteiligung auch nach Eintritt der Volljährigkeit nicht belangt werden; eine dazu eingeleitete Betreibung ist nichtig.

Prüfungsteil 1.1: Allgemeiner Teil

Kandidatennummer

D-25-000-0

Aufgabe 2: Handlungssimulation (Fortsetzung)

Diese Kostenbeteiligung besteht aus:

- a. einem festen Jahresbetrag (Franchise); und*
- b. 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt).*

In Art. 103, Absatz 2 KVV wird folgendes geschrieben:

¹ Die Franchise nach Artikel 64 Absatz 2 Buchstabe a des Gesetzes beträgt 300 Franken je Kalenderjahr.

² Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes nach Artikel 64 Absatz 2 Buchstabe b des Gesetzes beläuft sich auf 700 Franken für Erwachsene und 350 Franken für Kinder.

WICHTIG: in Art. 104a Absatz 2 KVV wird folgendes geschrieben:

Das EDI bezeichnet die Leistungen, für die nach Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe a des Gesetzes eine höhere Kostenbeteiligung zu entrichten ist, und bestimmt deren Höhe. Es kann auch eine höhere Kostenbeteiligung vorsehen, wenn die Leistungen:

- a. während einer bestimmten Zeit erbracht worden sind;*
- b. einen bestimmten Umfang erreicht haben.*

^{1bis} Das EDI bezeichnet die Arzneimittel, für die nach Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe a des Gesetzes ein höherer Selbstbehalt zu entrichten ist, und bestimmt dessen Höhe.

² Ist ein höherer als der in Artikel 64 Absatz 2 Buchstabe b des Gesetzes festgelegte Selbstbehalt zu entrichten, wird der den gesetzlichen Ansatz übersteigende Betrag nur zur Hälfte an den Höchstbetrag nach Artikel 103 Absatz 2 angerechnet.

Berechnung:

Ist ein höherer als der in Art. 64 Absatz 2 Buchstabe b des Gesetzes festgelegten Selbstbehalt zu entrichten, wird der den gesetzlichen Ansatz (10%) übersteigende Betrag (dieser ist 30%, da gesetzlich ja 10% und zusammen total 40%) nur zur Hälfte an den Höchstbetrag nach Art. 103 Absatz 2 angerechnet. --> somit werden nicht die vollen 40%, sondern nur 25% an den Höchstbetrag angerechnet. Somit wird bei der Rechnung von CHF 100 nur 25% an den Selbstbehalt angerechnet also CHF 25.00 und 15% also CHF 15.00 werden als nicht versicherte Leistungen ausgewiesen und werden somit nicht an den Selbstbehalt angerechnet.

Da er sich bei seiner Arbeit als Florist nur sehr schlecht konzentrieren kann, möchte er zudem von Ihnen wissen, ob das Medikament CONCERTA Ret Tabl 18 mg aus der Grundversicherung vergütet wird (Teilen Sie dem Versicherten mit, ob die Kosten übernommen werden und falls ja, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen) (3 Punkte)

Prüfungsteil 1.1: Allgemeiner Teil

Kandidatennummer

D-25-000-0

Aufgabe 2: Handlungssimulation (Fortsetzung)

Das Medikament befindet sich auf der Spezialitätenliste. Somit würde dieses aus der Grundversicherung vergütet werden. Dieser unterliegt jedoch gemäss Spezialitätenliste einer Limitation. Es würde somit nur aus der OKP bezahlt werden, wenn folgende Bedingungen erfüllt wären:

*Diagnosestellung durch Spezialarzt (Pädiater/Psychiater) mit Spezialisierung auf Behandlung des ADHS,
Behandlung im Rahmen eines umfassenden Therapieprogramms,
Die Diagnose hat anhand der Kriterien resp. Richtlinien der Fachinformation zu erfolgen,
Bei Erwachsenen müssen entsprechende Symptome bereits in der Kindheit bestanden haben.*

Prüfungsteil 1.1: Allgemeiner Teil

Kandidatennummer

D-25-000-0

Aufgabe 3: Critical Incident (25 Punkte)

Erzielte Punkte

Ausgangslage

Herr Gerber befindet sich aktuell bei Herrn Dr. Müller Peter (Facharzt FMH für Psychiatrie) in Behandlung. Herr Dr. Müller stellt ihm jeweils auch die Rezepte für seine Medikamente aus. Herr Dr. Müller ist nicht mit den neusten Standards für die Rechnungsstellung an die Krankenversicherung vertraut. Er stellt noch Papierrechnungen für seine erbrachten Leistungen aus und sendet diese per Postweg den Patienten zu. Da Herr Gerber von der Taggeldversicherung nicht das volle Taggeld erhält, befindet er sich zurzeit in einer finanziell schwierigen Situation. Die Rechnungen bei Herrn Dr. Müller werden seit Monaten nicht fristgerecht bezahlt. Herr Dr. Müller hat aufgrund der Zahlungsschwierigkeiten eine gegenseitige Vereinbarung mit Herrn Gerber unterschrieben. Darin tritt Herr Gerber seine Forderungen gegenüber der Krankenkasse an Herrn Dr. Müller ab. Herr Gerber wendet sich nun an seine persönliche Kundenberaterin bei der Krankenkasse X. Er ist skeptisch, ob die unterschriebene Vereinbarung mit Herr Dr. Müller rechtlich überhaupt gestattet sei. Zudem hat er eine Leistungsabrechnung von der Krankenkasse X erhalten. Er versteht nicht, wieso die Krankenkasse die Rechnung von Dr. Müller nicht übernommen hat. Er habe nun einen Einzahlungsschein von Dr. Müller über den Rechnungsbetrag erhalten und muss die Rechnung nun selbst bezahlen. Er versteht dies nicht. Genau um dies zu verhindern, habe er doch die Vereinbarung mit Dr. Müller unterschrieben. Er möchte, dass die Leistungsabrechnung umgehend korrigiert wird.

Aufgabenstellung

Beschreiben Sie alle Massnahmen, die Sie in dieser Situation ergreifen. Begründen Sie bei jeder Massnahme, warum Sie diese ergreifen.

- Teilen Sie dem Versicherten den fachlich korrekten Begriff für die Abtretung der Forderung mit und erklären Sie ihm, wie dieses System funktioniert und ob dies rechtlich gestattet ist. Was müsste unternommen werden, dass die Rechnungen nicht mehr in diesem System verarbeitet werden?) (10 Punkte).
- Erläutern Sie Herr Gerber, ob die Leistungsabrechnung korrekt ist (1 Punkt) und zeigen Sie folgende Punkte auf:
 - Welcher Betrag muss Herr Gerber an die Krankenkasse bezahlen (3 Punkte)?
 - Welcher Betrag muss Herr Gerber an Herrn Dr. Müller bezahlen (3 Punkte)?
 - Welcher Betrag bezahlt die Krankenkasse an Herrn Dr. Müller (3 Punkte)?
- Nehmen Sie Stellung dazu, ob die Leistungsabrechnung korrigiert wird (5 Punkte).

Prüfungsteil 1.1: Allgemeiner Teil

Kandidatennummer

D-25-000-0

Aufgabe 3: Critical Incident (Fortsetzung)

Hinweise

Keine

Beilagen

Beilage 2: Leistungsabrechnung Critical Incident

Prüfungsteil 1.1: Allgemeiner Teil

Kandidatennummer

D-25-000-0

Aufgabe 3: Critical Incident (Fortsetzung)

Lösungsvorschlag

Beschreiben Sie alle Massnahmen, die Sie in dieser Situation ergreifen. Begründen Sie bei jeder Massnahme, warum Sie diese ergreifen.

Reihenfolge	Massnahme	Begründung
1.	Vergütungssystem erklären	<i>Wenn im System des Tiers garant der Anspruch auf Rückerstattung gegenüber dem Versicherer durch die versicherte Person (nach Art. 42 Abs. 1 KVG) dem Leistungserbringer abgetreten wird, spricht man auch von dem System Tiers soldant. Das bedeutet, dass der Leistungserbringer mit dem Versicherten eine Abtretungsvereinbarung unterschreibt. Im Falle des tiers soldant schickt der Leistungserbringer die Rechnung in Papierform (Scanning) direkt mit der Abtretungsvereinbarung an die Krankenkasse. Anders als bei tiers payant zahlt die Krankenkasse dem Leistungserbringer aber nur die Nettoleistung aus. Das heisst, die Leistungskosten, die nach Abzug der Franchise und des Selbstbehalts noch übrig sind. Das System Tiers soldant ist somit rechtlich gestattet. Beide Parteien (Dr. Müller und Herr Gerber) waren mit dieser Abtretung einverstanden und haben dies in Form einer Abtretungsvereinbarung festgehalten. Falls VN dieses System nicht mehr wünscht, dann muss diese schriftliche Vereinbarung widerrufen werden. Dies muss ebenfalls schriftlich erfolgen.</i>

Prüfungsteil 1.1: Allgemeiner Teil

Kandidatennummer

D-25-000-0

Aufgabe 3: Critical Incident (Fortsetzung)

2	Leistungsabrechnung	<p><i>Die Leistungsabrechnung ist korrekt.</i></p> <p>1) <i>Welcher Betrag muss Herr Gerber an die Krankenkasse bezahlen?</i></p> <p><i>Herr Gerber muss keine Kosten an die Krankenversicherung bezahlen. Es fallen keine Kosten an, da wir die Nettoleistung an Herrn Dr. Müller vergüten (Rechnungsbetrag abzüglich Franchise und Selbstbehalt). Von der Krankenkasse erhält er somit eine 0er Abrechnung. Er muss somit CHF 0 bezahlen.</i></p> <p>2) <i>Welcher Betrag muss Herr Gerber an Herrn Dr. Müller bezahlen?</i></p> <p><i>Herr Gerber muss somit die Franchise und den Selbstbehalt an Herrn Dr. Müller bezahlen. Somit schuldet er ihm einen Betrag über CHF 100 (Restsaldo der Franchise).</i></p> <p>3) <i>Welcher Betrag bezahlt die Krankenkasse an Herrn Dr. Müller?</i></p> <p><i>Wir bezahlen die Nettoleistung an Herrn Dr. Müller. (Rechnungsbetrag abzüglich Franchise und Selbstbehalt). Der Rechnungsbetrag beläuft sich auf CHF 100. Da Herr Gerber jedoch noch eine restliche Franchise von CHF 100 hat, wird dem Leistungserbringer nichts zurückerstattet von der Krankenkasse. Herr Müller erhält somit von der Krankenkasse eine 0er Abrechnung. Ihm wird von der Krankenkasse somit CHF 0 vergütet.</i></p>
3	Korrektur der Leistungsabrechnung	<p><i>Die Leistungsabrechnung ist aus oben genannten Gründen korrekt und behält ihre Gültigkeit. Die Abrechnung wird nicht korrigiert.</i></p>