



Prüfung	Geprüfte/-r Fachwirt/-in für Versicherungen und Finanzen
Handlungsbereich	Kranken- und Unfallversicherungen – Schaden- und Leistungsmanagement
Prüfungstag	10. Oktober 2012
Bearbeitungszeit	60 Minuten
Anzahl der Aufgaben	4
Prüfungsnummer	P 082-15-1012-6

Nr. d. Aufg.	Rahmenplan-Nummer/ Titel bzw. Thema	Einzelpunkte (bei a), b) usw.)	Punkte gesamt	Zeit- bedarf (in Min.)	Schwierigkeits- grad (Leicht, Mittel, Schwer)
1	7.1.1	a) 8 b) 8 c) 4 d) 5	25	13	L
2	7.2.1	a) 15 b) 10	25	15	M
3	7.4	a) 5 b) 10 c) 10	25	17	S
4	7.1.1	a) 7 b) 6 c) 4 d) 3 e) 5	25	15	M
Gesamt			100		

Bearbeitungshinweise:

- Die zur Prüfung zugelassenen Hilfsmittel wurden Ihnen separat mit der Einladung mitgeteilt.
- Sie erhalten einen Aufgaben- und einen Lösungsteil.
- Tragen Sie auf dem Deckblatt Ihre Prüfungsteilnehmer-Nummer ein.
- Die maximale Gesamtpunktzahl der Lösungen beträgt 100 Punkte.
- Die Lösungsgänge bzw. Rechenvorgänge sind klar und nachvollziehbar im Lösungsteil darzustellen. Sollte der Platz nicht ausreichen, benutzen Sie bitte das Konzeptpapier, verweisen Sie auf die Fortsetzung und kennzeichnen Sie diese. Wir weisen darauf hin, dass eine vom Prüfungsausschuss nicht lesbare Prüfungsarbeit mit der Note „ungenügend“ (null Punkte) bewertet wird mit den Rechtsfolgen, die sich aus der Prüfungsordnung ergeben.
- Verwenden Sie für jede Aufgabe ein neues Lösungsblatt bzw. eine neue Lösungsseite.
- Falls die Lösung auf einem beigefügten Anlageblatt erfolgen soll, wird in der Aufgabenstellung darauf hingewiesen.
- Für Ihre Notizen benutzen Sie bitte ausschließlich das Konzeptpapier.
- Das Konzeptpapier ist mit dem Aufgaben- und dem Lösungsteil abzugeben.
- Bei Aufgaben, die eine Aufzählung von n-Fakten zur Lösung erfordern, werden nur die ersten n-Fakten gewertet. Alle darüber hinausgehenden Aufzählungen werden gestrichen.

Hinweise für den Korrektor:

- Die folgenden Lösungen sind lediglich Lösungshinweise und keine Musterlösungen.
- Sie sollen nur den Rahmen der zu erwartenden Prüfungsleistung abstecken.
- Der Korrektor ist durch die hier aufgeführten Lösungshinweise in seinem Bewertungsspielraum nicht eingeengt.
- Bei Aufgaben, die eine Aufzählung von n-Fakten zur Lösung erfordern, werden nur die ersten n-Fakten gewertet. Alle darüber hinausgehenden Aufzählungen werden gestrichen.
- Bei Berechnungen sollen Folgefehler berücksichtigt werden und somit nicht zum Punktabzug führen.
- Der leichten Lesbarkeit wegen geben wir in den Aufgaben/Texten der männlichen Form den Vorzug. Mit diesem einfacheren sprachlichen Ausdruck sind selbstverständlich immer Männer und Frauen gemeint.

Aufgabe 1: (25 Punkte)

Als Schulungsreferent der PROXIMUS Versicherung AG halten Sie aus aktuellem Anlass eine Präsentation zum Thema „Neue Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)“ vor dem Vorstand.

- a) Beschreiben Sie den Hintergrund der Einführung der neuen GOZ. (8 Punkte)
- b) Erläutern Sie in diesem Zusammenhang den Begriff Analogleistung. (8 Punkte)
- c) Listen Sie zwei Bereiche der neuen GOZ auf, die eine Aufwertung erfahren haben. (4 Punkte)
- d) Erläutern Sie die Rahmenbedingungen für eine Honorarvereinbarung. (5 Punkte)

Lösungshinweise Aufgabe 1: (RP: 7.1.1)

- a) Das nach GOZ abzurechnende Honorarvolumen ist seit der letzten GOZ-Novellierung 1988 auch ohne Anpassung der GOZ-Honorare gestiegen. Dies geht z. B. auf Mengen und Struktureffekte zurück, wie z. B. auf die Erbringung und Berechnung von zahnärztlichen Leistungen, die bisher nicht im Gebührenverzeichnis der GOZ enthalten sind und die mit Analogbewertungen berechnet werden. Hierbei stand immer mehr die Notwendigkeit einer gerichtlichen Klärung im Vordergrund. Um den geänderten Anforderungen in der Zahnmedizin gerecht zu werden und den unterschiedlichen Auslegungen der Interessengruppen Zahnarzt, Kostenträger und Patient eine den aktuellen Anforderungen entsprechende Grundlage zu geben, war eine erneute Novellierung erforderlich. (8 Punkte)
- b) Die GOZ enthält die Grundlage dafür, dass der Zahnarzt eine nicht in der GOZ enthaltene Leistung analog einer anderen, in der GOZ enthaltenen Leistung, abrechnen kann. Dies berücksichtigt, dass die GOZ nicht immer den aktuellen Stand der Zahnmedizin abbildet, und gibt die Möglichkeit, neue Behandlungsmethoden zu bewerten.

Laut GOZ (§ 6 Abs. 2) können nur selbstständige zahnärztliche Leistungen, die nicht im Gebührenverzeichnis aufgeführt sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden. Die Leistung muss selbstständigen Charakter haben, d. h., Teilschritte einer anderen Leistung oder Modifikationen einer in der GOZ enthaltenen Leistung können analog nicht berechnet werden. Falls eine analoge Berechnung infrage kommt, ist eine GOZ-Leistung als Referenz zu wählen, die der erbrachten Leistung so nahe wie möglich kommt (nach Art, Kosten- und Zeitaufwand).

(8 Punkte)

- c) – Prophylaktische Leistungen; Nummer 1040 sowie 1030 wurden neu eingeführt für Leistungen bei der Kariesvorbeugung sowie der professionellen Zahnreinigung.
– Inlay-Versorgung wurde aufgewertet.
– Zahnersatz/implantologische Versorgung; die Versorgung mit einem Provisorium wurde neu in der GOZ aufgenommen.
– Prothetische Leistungen sind im Punktwert deutlich aufgewertet worden. (4 Punkte)
- d) In § 2 GOZ sind die Voraussetzungen für eine abweichende Vereinbarung genannt; diese wird auch als Vergütungsvereinbarung oder Honorarvereinbarung bezeichnet.

- Die Honorarvereinbarung muss vom Zahnarzt und vom Zahlungspflichtigen **vor** Beginn der Behandlung immer dann unterschrieben werden, wenn für eine Leistung aus der GOZ und/oder GOÄ der Höchstsatz (3,5-facher Faktor) überschritten werden soll.
- Die Vereinbarung muss enthalten:
 - Name des Zahnarztes/der Zahnärztin
 - Name des Zahlungspflichtigen
 - GOZ- und/oder GOÄ-Nummer
 - Kurztext der Leistungsbeschreibung
 - Anzahl der Leistungen
 - Steigerungsfaktor, Euroendbetrag
 - Gesamtbetrag in Euro
 - Hinweis auf eine ggf. nicht vollständige Erstattung der Vergütung
 - Datum und persönliche Unterschriften vom Zahnarzt und Zahlungspflichtigen
- Die Honorarvereinbarung darf keine weiteren Erklärungen enthalten.
- Gemäß § 2 Abs. 3 GOÄ ist für Leistungen aus den Abschnitten A, E, M und O der GOÄ eine abweichende Vereinbarung nicht möglich, d. h., der Höchstsatz darf nicht überschritten werden.

(5 Punkte)

Hinweis für den Korrektor: Die mögliche Lösung wurde sehr umfassend dargestellt. Vom Prüfungsteilnehmer wird dies so nicht erwartet, vielmehr soll er eine erschöpfende Darstellung geben.

Aufgabe 2: (25 Punkte)

Als Ausbilder der PROXIMUS Versicherung AG halten Sie eine Schulung ab:

- a) Sie informieren die neuen Auszubildenden über die Arbeitsabläufe in der Bearbeitung von Leistungsanträgen. Eine Besonderheit stellt das Clinic-Card-Verfahren mit Krankenhäusern dar.

Erläutern Sie dieses Verfahren und stellen Sie je zwei wesentliche Vorteile für den Kunden und für das Krankenhaus dar.

(15 Punkte)

- b) Die heutige Card für Privatversicherte soll zukünftig durch eine neue Krankenversicherungskarte abgelöst werden. Diese Krankenversicherungskarte ist bereits seit einigen Jahren in Planung und soll die Funktionalitäten der heutigen Karte deutlich erweitern.

Nennen Sie zwei geplante neue Funktionalitäten der zukünftigen Karte und beschreiben Sie dazu jeweils einen Vorteil, der sich hieraus ergibt.

(10 Punkte)

Lösungshinweise Aufgabe 2:

(RP: 7.2.1)

- a) Auf Grundlage des sogenannten Clinic-Card-Vertrages zwischen dem PKV-Verband und der Krankenhausgesellschaft sind Krankenhäuser dazu berechtigt, Pflege-/Unterbringungskosten direkt mit dem Versicherer abzurechnen, sofern sich der Patient durch die Vorlage seiner Card für Privatversicherte als PKV-versichert (inkl. Versicherungsschutz) ausweist und diese stationäre Aufnahme zeitnah dem Versicherer vom Krankenhaus angezeigt wird.

(3 Punkte)

– Vorteile Kunde, z. B.:

- Bei Aufnahme kann der Versicherungsschutz für Regelleistungen und für die gesonderte Unterkunft unbürokratisch ausgewiesen werden.
- Die maschinell lesbaren Kartendaten (z. B. Anschrift, Versicherungsschutz) erleichtern die Aufnahme.
- Es erfolgt eine direkte Kommunikation zwischen Versicherer und Krankenhaus (z. B. Aufnahmeanzeige, Entlassanzeige, Verlängerungsanzeigen, Kostenübernahmen).
- Die Abrechnung erfolgt zwischen Versicherer und Krankenhaus.

(6 Punkte)

– Vorteile Krankenhaus, z. B.:

- kein Inkassorisiko gegenüber dem Kunden
- schnelle und vollständige Zahlung durch zahlungskräftigen, liquiden Versicherer
- Sicherheit der Kostenübernahme für erfolgte Behandlungen, da immer garantierter Anspruch der Kostenerstattung bis zu dem Zeitpunkt, in dem der Versicherer widerspricht, d. h. bis zu diesem Zeitpunkt kein Ausfallrisiko und danach das Wissen, dass Patient ohne privaten Versicherungsschutz behandelt wird.

(6 Punkte)

b) Z. B.:

– Elektronisches Rezept (E-Rezept):

Ärzte sollen zukünftig die Rezeptdaten den Apotheken digital (d. h. statt Papier) zur Verfügung stellen.

Die Apotheken können die eindeutigen Daten dann mit der neuen Krankenversicherungskarte des Versicherten von einem zentralen Server abholen, den Kunden versorgen und die Daten für die Abrechnung verwenden.

Als weiterer Schritt ist die Anbindung der Versicherer absehbar.

Die Vorteile von Telematik kommen bei dieser Funktion vollständig zum Tragen.

Arzneimittelinformationen stehen innerhalb kürzester Zeit genau für denjenigen zur Verfügung, der sie benötigt: einfach, effizient, ohne Papier.

– Notfalldaten:

Die neue Karte soll die Möglichkeit für einen Notfalldatensatz bieten.

Gemeinsam mit seinem Arzt kann der Versicherte einen Datensatz für die Karte erstellen, der Auskunft über Allergien, chronische Erkrankungen, operative Eingriffe und Arzneimittelunverträglichkeiten liefert.

Dies kann die Behandlung im Notfall deutlich optimieren, gar Leben retten.

– Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS):

Die Karte soll den Versicherten ermöglichen, seinen Ärzten sowie Apothekern therapierelevante Daten zur eigenen Medikation bereitstellen zu können, damit diese hierauf aufbauend oder korrigierend eine sachgerechte Begleit- oder Weiterbehandlung vornehmen.

Dies führt zu optimierten Behandlungsverläufen und geringeren Kosten.

(10 Punkte)