



Der Schweizerische Verband der Sozialversicherungs-Fachleute
La Fédération suisse des employés en assurances sociales
La Federazione svizzera degli impiegati delle assicurazioni sociali

Lösungsvorschlag

Höhere Fachprüfung für Sozialversicherungs-Expertinnen und -Experten 2023

Prüfungsteil 1.2 Falldossier

Kandidatennummer	
Zweig	Krankenversicherung
Dauer	90 Minuten
Falldossier	Nr. 1
	Ambulante Krankenpflege
Beilagen	7 Seiten <ul style="list-style-type: none">– Beilage 1: Bedarfsmeldung (2 Seiten)– Beilage 2: Anhang 4 / Vereinbarung über die Kontrolle der Versicherer (2 Seiten)– Beilage 3: Rechnung der Spitex Organisation XY für den Monat November 2022 (3 Seiten)
Anzahl Seiten	12

Höhere Fachprüfung für Sozialversicherungs-Expertinnen und -Experten

Falldossier: Ambulante Krankenpflege

Einführung in den Fall

Sie arbeiten bei der Assurance Viva und sind zuständig für die Bearbeitung des Dossiers von Hans Müller (87). Er ist seit dem 1. Januar 2019 bei der Assurance Viva grundversichert. Zudem hat er bei der Krankenkasse Vita Care eine Zusatzversicherung abgeschlossen. Hans Müller ist Witwer. Er wohnt in Burgdorf. Seine Tochter ist ausgebildete Kauffrau und wohnt ebenfalls in Burgdorf.

Die Spitex Organisation XY stellt Ihnen am 12. November 2022 eine Bedarfsmeldung (Beilage) für Hans Müller zu. Die ärztliche Verordnung wurde für den Zeitraum vom 1. November 2022 bis 31. Januar 2023 ausgestellt. Nach dem ärztlichen Auftrag werden Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV benötigt. Aus der von der Spitex Organisation XY am 5. Dezember 2022 eingereichten Pflegedokumentation ergibt sich Folgendes:

- Hans Müller ist am 31. Oktober 2022 zu Hause gestürzt und hat sich das linke Bein gebrochen. Infolgedessen benötigt er vermehrt Unterstützung in der alltäglichen Grundpflege. Pro Tag leistet die Pflegefachperson 90 Minuten Grundpflege.
- Die Pflegefachperson übernimmt seit dem Unfall für Herrn Müller den täglichen Spaziergang mit dessen Hund und unterstützt ihn bei der Wohnungspflege. Pro Tag sind das rund 60 Minuten, welche ebenfalls als Grundpflege deklariert werden.
- Die Tochter von Herr Müller hat ihr Pensum auf 90 % reduziert, damit sie sich vermehrt um ihren Vater kümmern kann. Sie übernimmt die tägliche Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten sowie deren Dokumentation. Diese Leistung wird mit 15 Minuten Behandlungspflege ausgewiesen und von der Spitex Organisation XY verrechnet.
- Nebst den Massnahmen der Tochter werden täglich 25 Minuten weitere Leistungen der Behandlungspflege von der Pflegefachperson durchgeführt.

Mitte Dezember 2022 trifft die Novemberrechnung (Beilage) ein.

Beilagen

- Beilage 1: Bedarfsmeldung
- Beilage 2: Anhang 4 / Vereinbarung über die Kontrolle der Versicherer
- Beilage 3: Rechnung der Spitex Organisation XY für den Monat November 2022

Aufgabe

1. Nehmen Sie eine ganzheitliche Analyse der Ausgangslage vor. Stellen Sie Ihre Ergebnisse auf strukturierte und nachvollziehbare Weise dar.
 - Listen Sie die anwendbaren Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen auf und erläutern Sie diese kurz. **(20 Punkte)**
 - Ordnen Sie die in der Pflegedokumentation aufgeführten Leistungen der KLV zu. Geben Sie pro Leistungsposition den passenden Artikel an. **(5 Punkte)**
2. Beschreiben Sie die zentralen Fragestellungen, die aus Ihrer Sicht in dieser Situation bestehen.
 - Ist der Pflegeleistungsbedarf von mehr als 60 Stunden im Quartal gerechtfertigt? **(5 Punkte)**
 - Welche Massnahmen können pflegende Angehörige unter Berücksichtigung des BGE 9C 187/2019 durchführen und welche Voraussetzungen sind notwendig, damit diese über die OKP vergütet werden? **(10 Punkte)**
3. Ziehen Sie erste Schlussfolgerungen in Bezug auf das weitere Vorgehen aus den bisher gewonnenen Erkenntnissen.
 - Wurden die Leistungen der Spitex Organisation XY korrekt in Rechnung gestellt? Bestehen Unklarheiten? **(10 Punkte)**
 - Erfassen Sie die Kostenübernahme der OKP pro Massnahme und erklären Sie die Kostenbeteiligung der versicherten Person. Nennen Sie die anwendbaren rechtlichen Grundlagen. **(5 Punkte)**
4. Um die Voraussetzung der erbrachten Pflegemassnahmen der Tochter des Versicherten zu klären, benötigen Sie genauere Auskünfte über sie. Welche Informationen fehlen Ihnen und wie beschaffen Sie diese? **(5 Punkte)**
5. Treffen Sie einen Entscheid.
 - Besteht ein Leistungsanspruch über die OKP für die erbrachten Massnahmen der Tochter des Versicherten? Begründen Sie Ihren Entscheid. **(5 Punkte)**
 - Ab welchem Zeitpunkt sind Anpassungen der Leistungen gemäss Kontrollverfahren (Anhang 4 - Vereinbarung über die Kontrolle der Versicherer) grundsätzlich gültig? Ab wann (Datum) ist Ihr Entscheid gültig und weshalb? **(10 Punkte)**
6. Sie haben festgestellt, dass nicht alle Leistungen der Spitex korrekt in Rechnung gestellt werden. Erstellen Sie eine formale Mitteilung und begründen Sie diese kurz, aber aussagekräftig. Wer muss wann und wie informiert werden? **(15 Punkte)**

Erwartungen

Bearbeiten Sie die oben angeführten Aufträge der Reihe nach. Stellen Sie Ihre Ergebnisse schriftlich dar (Seiten nur einseitig beschriften). Achten Sie darauf, dass Ihre Ausführungen für Dritte nachvollziehbar sind und Sie Ihre Aussagen hinreichend begründen. Als Richtgrösse werden 5-10 Seiten A4 erwartet, der effektive Umfang Ihrer Arbeit wird nicht bewertet. Beschriften Sie jede Seite oben rechts mit Ihrem Namen und Ihrer Kandidatennummer.

Für die Bearbeitung des Falldossiers stehen Ihnen 90 Minuten zur Verfügung.

Hinweis

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

Beurteilung

Ihre Leistung wird nach folgenden Leitfragen bewertet:

- Nimmt der/die Kandidat/in eine ganzheitliche Analyse der Ausgangslage vor und stellt er/sie die Ergebnisse nachvollziehbar dar?
- Beschreibt der/die Kandidat/in die zentralen Fragestellungen bzw. Herausforderungen?
- Zieht der/die Kandidat/in angemessene erste Schlussfolgerungen in Bezug auf das weitere Vorgehen?
- Beschafft der/die Kandidat/in alle erforderlichen Informationen und fasst er/sie diese nachvollziehbar zusammen?
- Trifft der/die Kandidat/in einen geeigneten Entscheid und argumentiert er/sie den Entscheid nachvollziehbar und fachlich korrekt?
- Kommuniziert der/die Kandidat/in den Entscheid korrekt und für die Zielgruppe angemessen?

Punkte

max. 90

Lösungsvorschlag Falldossier

Listen Sie die anwendbaren Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen auf und erläutern Sie diese kurz.

Die OKP leistet gemäss Art. 25a KVG einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden.

«Pflegefachpersonen haben nach Art. 49 KVV folgende Nachweise zu erbringen:

- a. Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung für die Berufsausübung als Pflegefachmann oder Pflegefachfrau nach Artikel 11 GesBG oder eine nach Artikel 34 Absatz 1 GesBG anerkannte Bewilligung.
- b. Sie haben während zwei Jahren eine praktische Tätigkeit ausgeübt:
 1. bei einem Pflegefachmann oder einer Pflegefachfrau, der oder die nach dieser Verordnung zugelassen ist;
 2. in einem Spital oder in einem Pflegeheim, unter der Leitung eines Pflegefachmanns oder einer Pflegefachfrau, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt; oder
 3. in einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause, unter der Leitung eines Pflegefachmanns oder einer Pflegefachfrau, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt.
- c. Sie üben ihren Beruf selbstständig und auf eigene Rechnung aus.
- d. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.»

Art. 51 KVV

«Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

- a. Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen.
- b. Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt.
- c. Sie verfügen über das erforderliche Fachpersonal, das eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende Ausbildung hat.
- d. Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen.
- e. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.»

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 oder Leistungen der Akut- und Übergangspflege nach Art. 25a Abs. 2 KVG benötigt.

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

- a. bei Leistungen nach Art. 7 Abs. 2: maximal neun Monate.
- b. bei Leistungen der Akut- und Übergangspflege: maximal zwei Wochen.

Aufträge und Anordnungen nach Absatz 2 Buchstabe a können verlängert werden.

Die Bedarfsermittlung (Art. 8a KLV) erfolgt durch eine Pflegefachperson 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.

Art. 8b Abs. 1 KLV

«Die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen muss sich auf ein Instrument stützen, das folgende Voraussetzungen erfüllt:

- a. Es grenzt die Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 von anderen Leistungen ab.
- b. Es stützt sich auf die in Zeitstudien ermittelten tatsächlich erbrachten Leistungen; es gewährleistet, dass der Durchschnitt der tatsächlich erbrachten Leistungen in allen in den Zeitstudien untersuchten Fällen, die es einer Bedarfsstufe zuweist, innerhalb des Minutenbereichs dieser Bedarfsstufe nach Artikel 7a Absatz 3 liegt.
- c. Die in den Zeitstudien ermittelte Varianz der tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen gegenüber dem ausgewiesenen Pflegebedarf wird für jede Bedarfsstufe ausgewiesen.»

Art. 8c KLV

«Das Kontrollverfahren dient der Überprüfung der Bedarfsermittlung sowie der Kontrolle der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen bei Leistungserbringern nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstaben a und b. Sieht die Bedarfsermittlung mehr als 60 Stunden Pflege pro Quartal vor, kann diese vom Vertrauensarzt oder von der Vertrauensärztin (Art. 57 KVG) überprüft werden. Sieht sie weniger als 60 Stunden pro Quartal vor, so führt der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin systematische Stichproben durch. Leistungserbringer und Versicherer können weitere Regelungen des Kontrollverfahrens vereinbaren.»

Gemäss **Art. 9 KLV** müssen die Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 der Pflegefachpersonen oder der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause nach Art der Leistung in Rechnung gestellt werden.

Ordnen Sie die in der Pflegedokumentation aufgeführten Leistungen der KLV zu. Geben Sie pro Leistungsposition den passenden Artikel an.

Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV / Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung

Punkt 7

«Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten sowie Dokumentation der damit verbundenen Tätigkeiten,»

Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV / Massnahmen der Grundpflege

Punkt 1

«Allgemeine Grundpflege bei Patienten oder Patientinnen, welche die Tätigkeiten nicht selber ausführen können, wie Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anlegen; Betten, Lagern; Bewegungsübungen, Mobilisieren; Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut; Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken,»

Korrekturhinweis:

Für die Nennung aller relevanten Bestimmungen und deren Erläuterung gibt es 20 Punkte.

Für die Zuordnung und Deklaration der Massnahmen gibt es 5 Punkte.

Ist der Pflegeleistungsbedarf von mehr als 60 Stunden im Quartal gerechtfertigt?

Nach Art. 8c KLV kann die Prüfung vom Vertrauensarzt oder von der Vertrauensärztin geprüft werden, wenn bei Bedarfsmitteilungen mehr als 60 Stunden Pflege pro Quartal vorgesehen sind. Diese Voraussetzung ist in diesem Fall gegeben.

Der Ausgangslage kann entnommen werden, dass der Versicherte verunfallt ist und sich das Bein gebrochen hat, weshalb die tägliche Grundpflege von 90 Minuten und die tägliche Behandlungspflege von 25 Minuten grundsätzlich nachvollziehbar ist. Jedoch können die Hinweise über die Erbringung von Nichtpflichtleistungen eine detailliertere Prüfung begründen.

Welche Massnahmen können pflegende Angehörige unter Berücksichtigung des BGE 9C_187/2019 durchführen und welche Voraussetzungen sind notwendig, damit diese über die OKP vergütet werden?

Damit ärztliche verordnete Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 b KLV von der OKP übernommen werden, sind gemäss Art. 7 Abs. 1 lit. a KLV jene durch eine Pflegefachperson nach Art. 49 KVV oder laut Art. 7 Abs. 1 lit. b KLV von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause laut Art. 51 KVV zu erbringen.

Hingegen können Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 c Ziff. 1 KLV auch ohne pflegerische Ausbildung über die OKP abgerechnet werden. Voraussetzung dafür ist ein «gewisses Anlernen» (Erw. 5.1) und die Anstellung bei der Spitexorganisation (Erw. 4.1).

Korrekturhinweis:

Für die Ausführungen zum Kontrollverfahren und einer entsprechenden Begründung zur Prüfung gibt es 5 Punkte.

Für die korrekte Interpretation des BGE 9C_187/2019 gibt es 10 Punkte.

Wurden die Leistungen der Spitex Organisation XY korrekt in Rechnung gestellt? Bestehen Unklarheiten?

Der Spaziergang mit dem Hund und die Unterstützung der Wohnungspflege sind keine Massnahmen der Grundpflege nach Art. 7 Abs. 2 c KLV, weshalb jene nicht über die OKP abgerechnet werden können.

Des Weiteren ist zu klären ob die Massnahmen, welche von der Tochter erbracht werden, über die Spitex und OKP abgerechnet werden können.

Erfassen Sie die Kostenübernahme der OKP pro Massnahme und erklären Sie die Kostenbeteiligung der versicherten Person. Nennen Sie die anwendbaren rechtlichen Grundlagen.

Die Kosten für die ambulante Krankenpflege werden zu einem Teil von der OKP und von der versicherten Person getragen. Der restliche Teil wird von der öffentlichen Hand (Kanton bzw. von der Gemeinde) finanziert.

Die OKP übernimmt gemäss Art. 7a Abs. 1 KLV folgende Beiträge pro Stunde:

- für Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination CHF 76.90 (Art. 7 Abs. 1 lit. a KLV)
- für Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung CHF 63.00 (Art. 7 Abs. 1 lit. b KLV)
- für Massnahmen der Grundpflege CHF 52.60 (Art. 7 Abs. 1 lit. c KLV)

Gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG bezahlen die Pflegebedürftigen an die nicht durch das KVG gedeckten Kosten, je nach Kanton/Gemeinde eine Patientenbeteiligung von höchstens 20% der höchsten vom Bundesrat festgelegten Pflegebeitrages, was somit CHF 15.40 pro Tag resp. CHF 5'621.00 pro Jahr ergibt, welche zusätzlich zum Selbstbehalt und der Franchise angerechnet werden.
Die Restfinanzierung übernehmen der Kanton, respektive die Gemeinden. Die Regelung der Restkostenübernahme liegt in der Verantwortung der Kantone (Art. 25a Abs. 5 KVG).

Korrekturhinweis:

Für die Nennung der Nichtpflichtleistungen gibt es 5 Punkte.

Für die Aufführung der noch offenen Klärung bezüglich der Behandlungspflege durch die Tochter gibt es 5 Punkte.

Für die Erläuterung und den entsprechenden Gesetzesartikel der Kostenübernahme und -beteiligung gibt es 5 Punkte.

Um die Voraussetzung der erbrachten Pflegemassnahmen der Tochter des Versicherten zu klären, benötigen Sie genauere Auskünfte über sie. Welche Informationen fehlen Ihnen und wie beschaffen Sie sich diese?

In der Ausgangslage kann entnommen werden, dass die Tochter Kauffrau ist. Sie hat ihr Pensum auf 90% reduziert, um bei der Pflege ihres Vaters mitzuwirken.

Ist die Tochter bei der Spitex angestellt und hat sie eine entsprechende Ausbildung absolviert?

Die Auskünfte sind bei der Spitex nach Anhang 4 - Vereinbarung über die Kontrollen der Versicherer innerhalb 15 Arbeitstagen zu verlangen.

Korrekturhinweis:

Für die Nennung der Informationen und die Beschaffung gibt es 5 Punkte.

**Besteht ein Leistungsanspruch über die OKP für die erbrachten Massnahmen der Tochter?
Erläutern Sie Ihren Entscheid.**

Nein.

Es hat sich herausgestellt **(was lässt im Sachverhalt darauf schliessen?)**, dass die Tochter nicht bei der Spitex angestellt ist und keine entsprechende Ausbildung absolviert hat, um die ausgeführten Massnahmen nach Art. 7 Abs. 2 b KLV über die OKP abzurechnen.

Kommentiert [PD(1)]: Diese Frage kann auch mit ja beantwortet werden, wenn dies entsprechend begründet wird (vgl. Korrekturhinweis unten)

Ab welchem Zeitpunkt sind Anpassungen der Leistungen gemäss Kontrollverfahren grundsätzlich gültig? Ab wann (Datum) ist Ihr Entscheid gültig und weshalb?

Anhang 4 – Vereinbarung über die Kontrollen der Versicherer

Zeitpunkt für die Anpassung ist:

- bei Prüfung beim Versicherer, sofern die Fristen eingehalten wurden: der Tag, an dem der Versicherer das Resultat kommuniziert.
- bei Prüfung beim Leistungserbringer oder beim Versicherten: der Tag der Kontrolle.

Im vorliegenden Fall sind die Anpassungen rückwirkend ab 1. November 2022 gültig, da ein grober Verstoß gegen die WZW-Kriterien nachgewiesen und begründet werden kann (vgl. Anhang 4 – Vereinbarung über die Kontrollen der Versicherer). In der Pflegedokumentation sind die Nichtpflichtleistungen und die Behandlungspflege durch die Tochter klar erläutert.

Korrekturhinweis:

Für den Entscheid mit entsprechender Begründung zum Leistungsanspruch der erbrachten Massnahme der Tochter gibt es 5 Punkte.

Für die Ausführungen zum Kontrollverfahren gibt es 5 Punkte.

Für den korrekten Zeitpunkt und die Begründung zu den Anpassungen gibt es 5 Punkte.

Sie haben festgestellt, dass nicht alle Leistungen der Spitex korrekt in Rechnung gestellt werden. Erstellen Sie eine formale Mitteilung und begründen Sie diese kurz, aber aussagekräftig. Wer muss wann und wie informiert werden?

Mitteilung mittels formalem Schreiben:

Sehr geehrte Damen und Herren

Vielen Dank für die Bedarfsabklärung und die Pflegedokumentation betreffend die Pflegeleistungen von Hans Müller.

Ihre Unterlagen haben wir gemäss Art. 8c Kontrollverfahren der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) und Art. 32 Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) geprüft. Dabei ergaben verschiedene Detailabklärungen einen Pflegebedarf für die vorliegende Verordnung gemäss Art. 7 Abs. 2 (KLV) von höchstens 172.50 Stunden pro Quartal, der sich wie folgt zusammensetzt:

Behandlungspflege	37.5 Std. pro Quartal
Grundpflege	135 Std. pro Quartal

Begründung:

- Wir haben Ihren gemeldeten Mehrbedarf und die erbrachten Leistungen im Bereich der Grundpflege mit den uns eingereichten Unterlagen überprüft. Dabei haben wir festgestellt, dass es sich um einen grossen Anteil an Massnahmen handelt, die nicht unter die pflichtigen Leistungen der Krankenpflegeleistungsvorschrift KLV fallen. In der KLV sind die Leistungen der Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim klar definiert. Hauswirtschaftliche Tätigkeiten sowie die Betreuung von Haustieren stellen keine gesetzliche Pflichtleistung zu Lasten eines Krankenversicherers dar. Demzufolge haben wir die Leistungen der Grundpflege um 30 Std. pro Monat gekürzt.
- In der Behandlungspflege werden die Medikamente täglich durch die Tochter vorbereitet und verabreicht. Im Bundesgerichtsentscheid 9C_187/2019 ist festgehalten, dass Behandlungspflege nur durch Personal mit pflegerischer Ausbildung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet werden darf. Infolgedessen haben wir die Behandlungspflege um 15 Minuten täglich reduziert.

Gemäss Vereinbarung über die Kontrolle der Versicherer machen wir unsere Korrektur der Bedarfsabklärung rückwirkend per 1. November 2022 geltend. Die bereits in Rechnung gestellten Leistungen für den Monat November 2022 werden wir Ihnen entsprechend zurückweisen.

Besten Dank für Ihre Kenntnisnahme.

Freundliche Grüsse

XY
Fachspezialist

Kopie an: Hans Müller

Wer muss wann und wie informiert werden?

Der Entscheid wird mittels Schreiben an die Spitex nach Durchführung der Kontrolle innerhalb von 15 Arbeitstagen zugestellt, wobei der Versicherte eine Kopie erhält (vgl. Punkt 2.4 Anhang 4 – Vereinbarung über die Kontrollen der Versicherer).

Korrekturhinweis:

Für eine entsprechende Mitteilung nach gewähltem Kommunikationskanal und korrektem Inhalt gibt es 10 Punkte.

5 Punkte gibt es für eine schriftliche Mitteilung innert 15 Arbeitstagen an den Leistungserbringer gemäss Anhang 4 - Vereinbarung über die Kontrollen der Versicherer.