

Abschlussprüfung Winter 2021/22

6520

3

Gesundheitswesen

Kaufmann im Gesundheitswesen
Kauffrau im Gesundheitswesen

36 Aufgaben

90 Minuten Prüfungszeit

100 Punkte

Hinweis:

Bei der Bearbeitung der Aufgaben ist von einem gewöhnlichen Geschäftsbetrieb auszugehen, der **nicht** durch die COVID-19-Pandemie beeinflusst bzw. durch entsprechende behördliche Verfügungen eingeschränkt ist.

Bearbeitungshinweise

1. Bevor Sie mit der Bearbeitung der Aufgaben beginnen, prüfen Sie bitte, ob dieser Aufgabensatz die auf dem Deckblatt angegebene **Anzahl von Aufgaben** enthält! Wenden Sie sich bei Unstimmigkeiten sofort an die Aufsicht! Reklamationen nach Schluss der Prüfung können nicht anerkannt werden.
2. Diesem Aufgabensatz liegt ein **Lösungsbogen** zur Eintragung der Lösungen bei. Füllen Sie als Erstes die **Kopfleiste** aus! Tragen Sie Ihren Namen, Vornamen sowie die IHK- und Prüflingsnummer ein! Verwenden Sie nur einen **Kugelschreiber**, drücken Sie dabei kräftig auf und schreiben Sie **deutlich**, da Ihnen bei unleserlichen Eintragungen Punkte verloren gehen! Beachten Sie, dass ausschließlich Ihre Eintragungen im Lösungsbogen **Grundlage der Bewertung** sind!
3. Verwenden Sie den Lösungsbogen **nicht als Schreibunterlage** und kontrollieren Sie vor dem Abgeben des Lösungsbogens, ob Ihre Eintragungen auf der Durchschrift deutlich erscheinen (auch in der Kopfleiste)!
4. Die Aufgaben können in **beliebiger Reihenfolge** gelöst werden. Bei zusammenhängenden Aufgaben mit gemeinsamer Situationsvorgabe sollten Sie sich jedoch an die vorgegebene Reihenfolge halten.
5. Die Lösungskästchen für die auf einer Seite abgedruckten Aufgaben sind auf dem Lösungsbogen jeweils in einer Zeile angeordnet. Tragen Sie in die Lösungskästchen die Kennziffern der **richtigen** Antworten bzw. bei **Offen-Antwort-Aufgaben** die Lösungen, zumeist Lösungsbeträge, ein! Bei **Zuordnungs- und Reihenfolgeaufgaben** empfiehlt es sich, die Lösungsziffern zunächst in die hierfür vorgesehenen Kästchen im Aufgabensatz einzutragen. Sie sind dann von links nach rechts in der richtigen Reihenfolge in den Lösungsbogen zu übertragen!
6. Die **Anzahl** der **richtigen** Lösungsziffern erkennen Sie an der Zahl der vorgedruckten Lösungskästchen.
7. Eine bereits eingetragene Lösungsziffer, die Sie **ändern** wollen, streichen Sie bitte deutlich durch. Schreiben Sie die neue Lösungsziffer ausschließlich **unter** dieses Kästchen, niemals daneben oder darüber!
8. Zur Lösung der Rechenaufgaben darf ein **nicht programmierter**, netzunabhängiger **Taschenrechner** ohne Kommunikationsmöglichkeit mit Dritten verwendet werden.
9. Für **Nebenrechnungen/Hilfsaufzeichnungen** können Sie die im Anschluss an die jeweiligen Aufgaben abgedruckten Rechenkästchen verwenden. Bewertet werden jedoch nur Ihre Eintragungen auf dem Lösungsbogen.

Bearbeiten Sie die Aufgaben, indem Sie die Kennziffern der richtigen Antworten entsprechend den Bearbeitungshinweisen auf dem Deckblatt in die Kästchen auf dem Lösungsbogen eintragen! Bei Offen-Antwort-Aufgaben (z. B. Rechenaufgaben) tragen Sie das Ergebnis in die Kästchen auf dem Lösungsbogen ein!

Sie sind Mitarbeiter/-in der Medical GmbH (siehe Unternehmensbeschreibung!), auf die sich die nachfolgenden Aufgaben überwiegend beziehen.

Name, Geschäftssitz	Medical GmbH Virchowstraße 12 10000 Berlin		
Dienstleistung	<ul style="list-style-type: none"> - stationäre Versorgung - ambulante Versorgung - Rehabilitation - Pflege - Ausbildungsstätten 		
Ausstattung	Bettenanzahl: Medizinische Geräte Einrichtung für Diagnostik und Therapie Wirtschaft- und Versorgungsbereich Insgesamt 30 Auszubildende	450 Akutbetten 250 Rehabetten 100 Pflegepatienten ambulante Versorgung	600 Mitarbeiter 150 Mitarbeiter 80 Mitarbeiter 60 Mitarbeiter
Leistungsangebot für	<ul style="list-style-type: none"> - gesetzlich Versicherte - privat Versicherte - Versicherte sonstiger Kostenträger - Versicherte von Rentenversicherungen 		

1. Aufgabe

Prüfen Sie, bei welchen 2 Leistungen es sich um kurative Leistungen handelt!

1. Schwangeren-Vorsorgeuntersuchung
2. Wiedereingliederung einer Krone beim Zahnarzt
3. Kurs für gesunde Ernährung bei einer Krankenhasse
4. Leistungen in Werkstätten für Behinderte
5. Verschreibung von Kortisonsalbe durch den Hausarzt wegen einer Hauterkrankung
6. Impfung gegen Hepatitis B wegen einer Auslandsreise

Situation zur 2. bis 4. Aufgabe

Die Prävention ist eine wesentliche Aufgabe der Gesundheitspolitik. Sowohl von Seiten der Krankenkassen als auch von Unternehmen werden Präventionsmaßnahmen angeboten.

2. Aufgabe

Geben Sie an, welche Leistung eine Maßnahme der primären Prävention (Prophylaxe) darstellt!

1. Physiotherapie nach einem Bandscheibenvorfall
2. Zusatzbeitragszahlung an die gesetzliche Krankenversicherung
3. Insulingabe an einen Diabetes-Patienten
4. Reha-Aufenthalt nach einem Arbeitsunfall
5. Influenza-Impfung

3. Aufgabe

Es besteht ein Zusammenhang zwischen Präventionsmaßnahmen und krankheitsbedingten Fehlzeiten.

Stellen Sie in diesem Zusammenhang fest, welche Aussage für krankheitsbedingte Fehlzeiten **nicht** zutrifft!

1. Krankheitsbedingte Fehlzeiten von Mitarbeitern bewirken einen Verlust an Produktivität für die Betriebe.
2. Krankheitsbedingte Fehlzeiten von Mitarbeitern verursachen hohe Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen. Es besteht die Gefahr der Beitragserhöhung der Sozialversicherung.
3. Krankheitsbedingte Fehlzeiten von Mitarbeitern bewirken eine unmittelbare Erhöhung der Fluktuationsrate.
4. Krankheitsbedingte Fehlzeiten von Mitarbeitern können durch die Früherkennung von symptomlosen Krankheitsvor- und -frühstadien gesenkt werden.
5. Krankheitsbedingte Fehlzeiten von Mitarbeitern werden gemäß Entgeltfortzahlungsgesetz bis zu sechs Wochen vom Arbeitgeber vergütet. Danach ist die gesetzliche Krankenversicherung zur Zahlung von Krankengeld verpflichtet.

4. Aufgabe

Geben Sie an, aus welchem Buch des Sozialgesetzbuches (SGB) der folgende Auszug entnommen ist!

Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen... Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen...

1. SGB III
2. SGB V
3. SGB VI
4. SGB VII
5. SGB XI

5. Aufgabe

Während einer stationären Rehabilitation durch die Rentenversicherung musste eine akute Blinddarmentzündung eines Patienten im Krankenhaus behandelt werden. Stellen Sie fest, wer die Kosten für den Krankenhausaufenthalt übernimmt!

1. Da es eine neu hinzugekommene Erkrankung ist, muss der Kostenträger der Reha-Maßnahme die Krankenhausleistungen übernehmen.
2. Da es eine neu hinzugekommene Erkrankung ist, muss die Krankenkasse des Versicherten die Kosten der Krankenhausbehandlung übernehmen.
3. Der Patient hat die Kosten der Krankenhausbehandlung selbst zu tragen.
4. Die Kosten einer neu hinzugekommenen Erkrankung werden zwischen den Kostenträgern aufgeteilt.
5. Da die akute Blinddarmentzündung während der stationären Reha-Maßnahmen auftrat, ist es keine neu hinzugekommene Erkrankung.

6. Aufgabe

Sie haben sich über Aufgaben und Rollen der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer im Gesundheitswesen informiert.

Geben Sie an, welche 2 Informationen korrekt sind!

1. Alle Vertragsärzte (Kassenärzte) sind Pflichtmitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung.
2. Die Kassenärztliche Vereinigung vertritt die wirtschaftlichen Interessen der Vertragsärzte gegenüber den Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherungen.
3. Jeder Arzt ist Pflichtmitglied der Ärztekammer.
4. Die Kassenärztliche Vereinigung überwacht die Berufsausübung der Ärzte und bietet Möglichkeiten zur Weiterbildung z. B. zum Facharzt.
5. Beide Institutionen sind öffentliche Stiftungen und übernehmen damit im staatlichen Auftrag öffentliche Aufgaben.
6. Der Sicherstellungsauftrag beinhaltet die Pflicht der Kassenärztlichen Vereinigung, die Versorgung der gesetzlich Versicherten im Bereich der stationären Versorgung zu gewährleisten.

7. Aufgabe

Stellen Sie fest, welche Institution **nicht** Träger der sozialen Sicherung ist!

1. DAK-Gesundheit
2. DRV Knappschaft- Bahn-Ssee
3. Bundesagentur für Arbeit
4. Industrie- und Handelskammer
5. Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

8. Aufgabe

Sie sind Mitarbeiter/-in einer stationären Reha-Einrichtung. Zu ihrem Aufgabengebiet gehört auch die Abrechnung von Reha-Leistungen mit den zuständigen Kostenträgern. Sie erhalten den Auftrag, die stationäre Reha-Maßnahme von Frau Beyer mit dem Kostenträger abzurechnen. Frau Beyer ist nicht erwerbstätig und bei ihrem Mann (Altersrentner) in seiner Krankenkasse familienversichert.

Entscheiden Sie, wer in diesem Fall der zuständige Kostenträger ist!

1. Die gesetzliche Rentenversicherung
2. Die Sozialhilfe
3. Die zuständige Berufsgenossenschaft
4. Die gesetzliche Krankenversicherung
5. Die private Rentenversicherung von Frau Beyer

9. Aufgabe

Stellen Sie fest, welcher der folgenden Akteure am Gesundheitsmarkt zu den sogenannten „Leistungserbringern“ gehört!

1. Gesetzliche Krankenversicherung
2. Private Krankenversicherung
3. Berufsgenossenschaft
4. Physiotherapeut
5. Privat Versicherter

Situation zur 10. und 11. Aufgabe

Sie sind Mitarbeiter/-in im Bewohnerservice der vollstationären Pflegeeinrichtung und sind zuständig für die Beratung von Bewohnern, Angehörigen, Bevollmächtigten und gesetzlich bestellten Betreuern. Frau Emma Piehl, Pflegrad 3, demenziell erkrankt, kann zu Hause nicht mehr gepflegt werden. Ihre Tochter hat eine gültige Generalvollmacht und darf damit alle rechtlichen Interessen ihrer Mutter vertreten.

10. Aufgabe

Die bevollmächtigte Tochter von Frau Piehl ist heute bei Ihnen zu einem Informationsgespräch bezüglich einer Zuordnung der Leistungen zu den Heimentgeltbestandteilen. Sie erklären die grundsätzlichen Regelungen. Ordnen Sie zu, indem Sie die Kennziffern der jeweils zutreffenden 5 Entgelte in die Kästchen neben die 8 Leistungen der Einrichtungen eintragen! Übertragen Sie anschließend Ihre senkrecht angeordneten Lösungsziffern in dieser Reihenfolge von links nach rechts in den Lösungsbogen!

Entgelte

1. Investitionskosten
2. Betreuungszuschlag
3. Unterkunft
4. Pflegesatz
5. Verpflegung

Leistungen der Einrichtung

Soziale Betreuung

Neubau eines Wohnbereiches

Zusätzliche Betreuung und Aktivierung

Pflegebedingte Aufwendungen

Hände-Desinfektionsmittel

Getränk zu den Hauptmahlzeiten

Medizinische Behandlungspflege

Überlassung eines Pflegeplatzes

11. Aufgabe

Die Tochter von Frau Piehl möchte wissen, wie es sich mit der Abrechnung verhält, wenn ihre Mutter in der Einrichtung lebt und längere Zeit im Krankenhaus ist (Abwesenheitsvergütung).

Prüfen Sie unter Anwendung des beigefügten Gesetzesauszuges die folgenden fünf Aussagen und entscheiden Sie, welche Aussage zur Abwesenheitsvergütung **nicht** korrekt ist!

Gesetzesauszug aus § 87a SGB XI

(1) (...) Der Pflegeplatz ist im Fall vorübergehender Abwesenheit vom Pflegeheim für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr für den Pflegebedürftigen freizuhalten. Abweichend hiervon verlängert sich der Abwesenheitszeitraum bei Krankenhausaufenthalten und bei Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen für die Dauer dieser Aufenthalte. In den Rahmenverträgen nach § 75 sind für die nach den Sätzen 5 und 6 bestimmten Abwesenheitszeiträume, soweit drei Kalendertage überschritten werden, Abschläge von mindestens 25 vom Hundert der Pflegevergütung, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der Zuschläge nach § 92b vorzusehen.

1. Eine Abwesenheitsvergütung kommt beispielsweise zum Tragen, wenn der Pflegebedürftige 5 Tage im Urlaub ist.
2. Das tägliche Entgelt für den Pflegesatz beträgt bei längerer Abwesenheit maximal 75 Prozent.
3. Grundsätzlich ist der Pflegeplatz für 6 Wochen freizuhalten.
4. Das Entgelt für Investitionskosten wird nicht reduziert.
5. Eine Abwesenheitsvergütung kommt zum Tragen, sofern der Pflegebedürftige 3 Tage im Krankenhaus ist.

12. Aufgabe

Herr Meier steht mit einer Einweisung vor der Patientenverwaltung der Medical GmbH und sucht die richtige Abteilung des Hauses. Auf der Einweisung steht: „Aufnahme zur elektiven Cholecystektomie“.

Geben Sie an, in welche Fachabteilung Sie Herrn Meier schicken!

1. Orthopädie
2. Gynäkologie
3. Pädiatrie
4. Innere Medizin
5. Allgemeinchirurgie

13. Aufgabe

Stellen Sie fest, welche der folgenden Aufgaben **nicht** in das Berufsbild des/der Kaufmann/-frau im Gesundheitswesen gehört!

1. Abrechnung von Leistungen in Reha-Einrichtungen
2. Aufklärungsgespräch vor dem Röntgen in einer ambulanten Arztpraxis
3. Qualitätsmanagement in ambulanten Therapiezentren
4. Finanzbuchhaltung im Krankenhaus
5. Lagerverwaltung im Sanitätshaus

14. Aufgabe

Stellen Sie fest, wie die gesetzliche Regelung zur Personalausstattung stationärer Altenhilfeeinrichtungen zutreffend beschrieben werden kann!

1. Mindestens 50 % der Ergotherapeuten müssen examiniert sein.
2. Der Anteil der Mitarbeiter/innen in Teilzeitbeschäftigung darf nicht mehr als 20 % betragen.
3. Der Anteil der examinierten Altenpflege-Fachkräfte muss mindestens 20 % betragen.
4. Mindestens 50 % der Mitarbeiter/innen in Pflege und Betreuung müssen examinierte Fachkräfte sein.
5. Der Anteil der Altenpflegehelfer darf 20 % nicht überschreiten.

15. Aufgabe

In der Medical GmbH werden verschiedene ambulante und stationäre Leistungen angeboten. Ordnen Sie zu, indem Sie die Kennziffern der 4 Abrechnungsmöglichkeiten in die Kästchen neben den 5 ambulanten und stationären Leistungen eintragen! Übertragen Sie anschließend Ihre senkrecht angeordneten Lösungsziffern in dieser Reihenfolge von links nach rechts in den Lösungsbogen!

Abrechnungsmöglichkeiten

1. DRG
2. GOÄ
3. UV-GOÄ
4. EBM

ambulante und stationäre Leistungen

Stationäre Krankenhausleistungen bei Privatversicherten

Heilbehandlung im ambulanten Bereich nach Arbeitsunfall

Ambulante Behandlung gesetzlich Versicherter

Stationäre Behandlung gesetzlich Versicherter

Ambulante Behandlung bei Privatversicherten

Situation zur 16. bis 18. Aufgabe

Die Medical GmbH hat folgende Behandlungsfälle erbracht:

Anzahl der Fälle	Bewertungsrelation
4 000	0,8
3 500	1,5
5 500	1,4

Der landesweite Basisfallwert (die Base-Rate) beträgt 3.680,00 €.

16. Aufgabe

Ermitteln Sie den Case Mix!

[illegible]

Bitte wenden!

17. Aufgabe

Ermitteln Sie den Case Mix Index (kfm. gerundet auf zwei Stellen hinter dem Komma)!

18. Aufgabe

Ermitteln Sie das Erlösbudget der Medical GmbH!

[illegible]

Situation zur 19. und 20. Aufgabe

Als Mitarbeiter der Abteilung Beschaffung fragen Sie ein Auszubildende, warum man die Finanzierung von Krankenhäusern als sogenannte „Duale Finanzierung“ bezeichnet.

19. Aufgabe

Stellen Sie fest, welcher Erklärungsansatz zur „Dualen Finanzierung“ korrekt ist!

1. Gemeinde und Bund kommen gemeinsam für die Finanzierung auf.
2. Die laufenden Betriebskosten werden aus Beitragsmitteln von den Krankenkassen oder Selbstzahlern erstattet und die Investitionskosten werden aus Steuermitteln von der öffentlichen Hand übernommen.
3. Neben den Krankenkassen müssen auch die Patienten einen Eigenanteil bei stationärem Aufenthalt von zurzeit 10,00 € für längstens 14 Tage pro Kalenderjahr leisten.
4. Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden über DRGs und Tagespflegesätze finanziert.
5. Bund und Länder kommen gemeinsam für die Finanzierung aller als förderungswürdig anerkannten Kliniken auf, soweit das KHG keine andere Lösung vorsieht.

20. Aufgabe

Als Mitarbeiter/-in der Medical GmbH sind Sie mit Fragen der Investitionsförderung betraut.

Prüfen Sie, bei welchen **2** Investitionsvorhaben keine öffentliche Förderung im Rahmen der „Dualen Finanzierung“ möglich ist!

1. Kauf eines neuen Grundstücks für den Neubau der Kinderklinik
2. Anschaffung neuer Pflegematrizen für die Intensivstation
3. Neubau der Kinderklinik
4. Neumöblierung eines Chefarztzimmers
5. Anfallende Grunderwerbsteuer und Notarkosten für das neue Grundstück für den Neubau der Kinderklinik
6. Renovierung eines Stationszimmers
7. Wiederbeschaffung von 10 Pflegebetten, Nutzungsdauer 5 Jahre

Situation zur 21. und 22. Aufgabe

Herr Fischer wird aufgrund eines **Arbeitsunfalls** vom 13.04.XX bis 05.05.XX in der stationären Rehabilitationseinrichtung der Medical GmbH behandelt. Der Tagessatz für eine Behandlung in dieser Einrichtung beträgt 125,00 €. Hinweis: Aufnahme- und Entlassungstag werden als ein Tag zusammengerechnet.

21. Aufgabe

Ermitteln Sie die Höhe des Behandlungsentgeltes, welches die Medical GmbH vom Kostenträger für die Rehabilitationsleistung erhält!

[illegible]

22. Aufgabe

Entscheiden Sie, in welcher Höhe Herr Fischer Zuzahlung zu leisten hat!

1. 280,00 €
2. 240,00 €
3. 220,00 €
4. 10,00 €
5. 0,00 €

[illegible]

Situation zur 23. und 24. Aufgabe

Frau Marion Riese feierte am 19. August dieses Jahres ihren 18. Geburtstag.

23. Aufgabe

Frau Riese wird in diesem Jahr in folgenden Zeiträumen stationär in der Medical GmbH behandelt:

18.08. bis 21.08.

15.10. bis 02.11.

Berechnen Sie anhand der beigefügten Rechtsgrundlagen, in welcher Höhe sich Frau Riese an den stationären Behandlungskosten zu beteiligen hat!

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V)

§ 39 SGB V – Krankenhausbehandlung

...

(4) ¹ Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag je Kalendertag an das Krankenhaus ...

§ 61 SGB V – Zuzahlungen

¹ Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. ² Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. ³ Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung ...

[illegible]

24. Aufgabe

Auf Empfehlung ihrer behandelnden Ärzte begibt sich Frau Riese nach ihrer stationären Behandlung am 04.11. dieses Jahres in eine medizinisch notwendige Anschlussrehabilitation. Diese endet am 02.12. dieses Jahres.

Ermitteln Sie anhand der beigelegten Rechtsgrundlagen, in welcher Höhe sich Frau Riese an den Kosten der Anschlussrehabilitation zu beteiligen hat!

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V)

§ 40 SGB V – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

• • •

(1) ¹ Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung ... (zur medizinischen Rehabilitation) ... in Anspruch nehmen, deren unmittelbarer Anschluss an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist (Anschlussrehabilitation), zahlen den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag für längstens 28 Tage je Kalenderjahr an die Einrichtung; als unmittelbar gilt der Anschluss auch, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt ² Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete kalendertägliche Zahlung ... sowie die nach § 39 Abs. ⁴ geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen. ...

§ 61 SGB V – Zuzahlungen

¹ Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. ² Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. ³ Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung ...

[illegible]

Situation zur 25. bis 27. Aufgabe

In der Notaufnahme der Medical GmbH stellen sich 3 Patienten vor. Bei Erhebung des Krankheitsbildes durch den Arzt erhalten Sie als Mitarbeiter der Verwaltung auch wichtige Hinweise für die Zuordnung zum richtigen Kostenträger und die spätere Abrechnung.

Patient 1 hatte einen Unfall auf dem Weg zu seiner Firma, in der er pünktlich seinen Dienst aufnehmen wollte. Er wird ambulant versorgt.

Patient 2 klagt über heftige Schmerzen im Unterbauch. Er wird auf der Station B 1 der Allgemeinchirurgie aufgenommen. Dort muss er sich einer Appendektomie unterziehen. Er ist bei der AOK versichert.

Patient 3 ist ein privatversicherter Rentner. Er wird durch einen Internisten untersucht. Dieser stellt fest, dass eine ambulante Behandlung genügt und schickt den Patienten mit einem Arztbrief zurück in dessen Pflegeheim.

25. Aufgabe

Stellen Sie für jeden Patienten den entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen zuständigen Kostenträger fest. Ordnen Sie zu, indem Sie die Kennziffern von **3** der insgesamt 6 Kostenträger in die Kästchen neben den Patienten eintragen! Übertragen Sie anschließend Ihre senkrecht angeordneten Lösungsziffern in dieser Reihenfolge von links nach rechts in den Lösungsbogen!

Kostenträger

1. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)
2. Soziale Pflegeversicherung (SPV)
3. Patient selbst
4. Gesetzliche Unfallversicherung (GUV)
5. Sozialamt
6. Kassenärztliche Vereinigung

Patient

Patient 1

Patient 2

Patient 3

26. Aufgabe

Sie haben den Auftrag, die Leistungen der Medical GmbH für die 3 Patienten abzurechnen. Dafür müssen Ihnen die richtigen Abrechnungssysteme bekannt sein. Ordnen Sie zu, indem Sie die Kennziffern von **3** der insgesamt 6 Abrechnungssysteme in die Kästchen neben den Patienten eintragen! Übertragen Sie anschließend Ihre senkrecht angeordneten Lösungsziffern in dieser Reihenfolge von links nach rechts in den Lösungsbogen!

Abrechnungssysteme

1. Einzelleistungsabrechnung nach GOÄ
2. Einzelleistungsabrechnung mit der Berufsgenossenschaft
3. Fallpauschale
4. Einzelleistungsabrechnung nach EBM
5. Pflegesätze je Behandlungstag
6. Pflegesätze je Behandlungstag zuzüglich anteiliger Investitionskosten

Patient

Patient 1

Patient 2

Patient 3

27. Aufgabe

Für den stationär behandelten Patienten werden die Behandlungsdaten dokumentiert. Dafür nutzt der Arzt das hausinterne EDV-System. Sie sollen anschließend abrechnen. Bringen Sie die folgenden betrieblichen Handlungen, die Voraussetzung für eine sachgerechte Abrechnung sind, in die richtige Reihenfolge, indem Sie die Ziffern 1 bis 5 in die Kästchen neben den Handlungen eintragen! (Beginnen Sie mit „Klärung...“) Übertragen Sie anschließend Ihre senkrecht angeordneten Lösungsziffern in dieser Reihenfolge von links nach rechts in den Lösungsbogen!

Klärung bzw. Bestätigung des Versicherungsverhältnisses des Patienten

Dokumentation der Aufnahmediagnose

Dokumentation der Entlassungsdiagnose

Abrechnung der entsprechenden Fallpauschale

Dokumentation der Prozeduren nach OPS 301

28. Aufgabe

Die Medical GmbH bietet stationäre Altenpflege an. Herr Schulz (Pflegegrad 3) wurde bis dato zu Hause von den Angehörigen versorgt, er erhielt zusätzlich medizinische Behandlungspflege vom Hausarzt verordnet. Nun möchte er stationär gepflegt werden, da die häusliche Versorgung nicht mehr sichergestellt ist und fragt nach, ob sein Hausarzt die medizinische Behandlungspflege weiter verordnen soll. Ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege liegt nicht vor.

Benennen Sie die richtige Aussage!

1. Der Hausarzt von Herrn Schulz braucht dies nicht mehr zu verordnen, da das Heim einen eigenen Hausarzt hat und dieser die Verordnung übernimmt.
2. In einer stationären Einrichtung zur Pflege ist grundsätzlich keine Behandlungspflege möglich, hierbei wird die Medical GmbH jedoch von einem ambulanten Dienst unterstützt, der über Verordnung abrechnet.
3. Eine Verordnung ist im Rahmen der stationären Pflege nicht mehr erforderlich, da die Behandlungspflege in der Pauschale der Pflegekasse im stationären Bereich enthalten ist.
4. Der Hausarzt kann die Behandlungspflege weiter verordnen, das Heim rechnet dann immer direkt mit der Krankenkasse ab.
5. Eine Verordnung ist im Heim nicht möglich, Herr Schulz muss für die Kosten selbst aufkommen.

29. Aufgabe

Sie sind Mitglied in einem Qualitätszirkel der Medical GmbH. In diesem einigt man sich darauf, die Qualitätsziele nach der SMART-Formel zu definieren. Benennen Sie hierfür die richtige Aussage!

1. Die SMART-Formel lässt sich als Speziell, Mehrfach, Arbeit, Rolle, Termin bezeichnen.
2. Unter SMART versteht man: Sauber, Machbar, Artikel, Real und Team.
3. SMART – Super, Machbar, Alle gemeinsam, Real und Terminiert.
4. Die SMART-Formel bedeutet: Spezifisch, Messbar, Attraktiv, Realistisch und Terminiert.
5. Die Definition von SMART lautet: Spitzenleistung, Machbar, Alle sind beteiligt, Richtige Qualität und Team umgesetzt.

30. Aufgabe

In der Medical GmbH hat die Patientenbefragung ergeben, dass das ärztliche und pflegerische Personal des Reha-Bereiches sich zu wenig den Patienten zuwendet. Überlegen Sie sich anhand des PDCA-Zyklus, welche Verfahrensschritte die Klinik einleiten muss. Ordnen Sie zu, indem Sie die Kennziffern der 4 Verfahrensschritte des PDCA-Zyklus in die Kästchen neben den 4 Maßnahmen eintragen! Übertragen Sie anschließend Ihre senkrecht angeordneten Lösungsziffern in dieser Reihenfolge von links nach rechts in den Lösungsbogen!

Verfahrensschritte des PDCA-Zyklus

Maßnahme

- | | |
|----------|--|
| 1. Plan | Personalmaßnahmen einleiten, da die Zufriedenheit der Patienten immer noch unterdurchschnittlich bewertet wurde. |
| 2. Do | |
| 3. Check | Nach sechs Wochen wird eine erneute Befragung durchgeführt. |
| 4. Akt | Die Patientenzuwendung des Personals muss verbessert werden. |
| | Durchführung einer Mitarbeiterversammlung und Führen von Personalgesprächen. |

Situation zur 31. und 32. Aufgabe

Das Qualitätsmanagement in der Medical GmbH ist nach dem KTQ-Modell ausgerichtet.

31. Aufgabe

Das KTQ-Modell besteht aus sechs Kategorien. Prüfen Sie, welche Kategorie **nicht** dazugehört!

1. Patientenorientierung
2. Mitarbeiterorientierung
3. Sicherheit im Krankenhaus
4. Informationswesen
5. Krankenhausführung
6. Konfessionelle Orientierung
7. Qualitätsmanagement

32. Aufgabe

Bringen Sie die folgenden Abschnitte des KTQ-Verfahrens in die richtige Reihenfolge, indem Sie die Ziffern 1 bis 7 in die Kästchen neben den Abschnitten eintragen! (Beginnen Sie mit: „Vorbereitung der Selbstbewertung“) Übertragen Sie anschließend Ihre senkrecht angeordneten Lösungsziffern in dieser Reihenfolge von links nach rechts in den Lösungsbogen!

Vorbereitung der Selbstbewertung

Vorbereitung auf die Zertifizierung

Abschluss der Selbstbewertung

Entscheidung des Krankenhauses, ob nach eigener Einschätzung Zertifizierungsreife vorliegt und Erstellung des KTQ-Qualitätsberichtes

Durchführung der Selbstbewertung

Die Visitation

Die Zertifizierung

33. Aufgabe

Für die Medical GmbH steht ein externes Audit an, um eine Zertifizierung durchzuführen. Ein Auszubildender fragt Sie, was unter einem externen Audit zu verstehen ist. Benennen Sie die richtige Aussage!

1. Ein externes Audit ist eine Anhörung der Chefarzte zu den Qualitätsvorgaben der Medical GmbH.
2. Ein externes Audit wird von den Mitarbeitern der Medical GmbH durchgeführt und überprüft die Umsetzung der Qualitätsvorgaben.
3. Audits werden immer von der Landesregierung für Qualitätsmanagement durchgeführt und dienen der Krankenhausplanung.
4. Als externe Audits bezeichnet man Audits, die durch zertifizierte Visitoren durchgeführt werden.
5. Externe Audits werden immer von der Krankenhausgesellschaft durchgeführt.

Situation zur 34. und 35. Aufgabe

Die Medical GmbH benötigt Informationen, mit deren Hilfe sie überprüfen kann, ob mit den geplanten und durchgeführten Maßnahmen die angestrebten Qualitätsziele erreicht wurden. Dazu werden im Rahmen der Ist-Analyse verschiedene Instrumente eingesetzt.

34. Aufgabe

Entscheiden Sie, welche Aussage zur Ist-Analyse richtig ist!

1. Die Ist-Analyse ermittelt das angestrebte Ziel eines Gesundheitsbetriebes.
2. Die Ist-Analyse ist Voraussetzung für eine realistische Zielformulierung.
3. Die Ist-Analyse setzt ausschließlich das Instrument der Mitarbeiterbefragung ein.
4. Die Ist-Analyse hat im PDCA-Zyklus keine Bedeutung.
5. Die Ist-Analyse wird im PDCA-Zyklus nur in der Check-Phase eingesetzt.

35. Aufgabe

Im Rahmen der Ist-Analyse werden u. a. auch die Instrumente „Selbstbewertung“ und „Patientenbefragung“ eingesetzt. Beide Instrumente weisen Vor- und Nachteile auf. Prüfen Sie, welche Aussage über Vorteile **nicht** korrekt ist!

1. Über Patientenbefragungen können Bedürfnisse von Patienten eher ermittelt werden.
2. Bei Befragungen wird Patienten das Gefühl vermittelt, dass ihre Meinung für den Betrieb wichtig ist.
3. Patientenbefragungen ermöglichen einen externen Blick ohne „Betriebsblindheit“.
4. Selbstbewertungen ermöglichen einen externen Blick ohne „Betriebsblindheit“.
5. Selbstbewertungen sind im Regelfall kostengünstiger als Patientenbefragungen.

36. Aufgabe

Das Beschwerdemanagement ist ein wichtiger Bestandteil eines funktionierenden Qualitätsmanagements in der Medical GmbH. Zur Ermittlung der Kundenwünsche, -bedürfnisse und -zufriedenheit stehen unserem Beschwerdemanagement eine Reihe von Instrumenten zur Verfügung.

Stellen Sie fest, welche **2** Instrumente dazu **nicht** geeignet sind!

1. In der Einrichtung werden „Kummerkästen“ gut sichtbar angebracht und Leerungsfrequenzen angegeben. Meinungskarten liegen im Eingangsbereich auf den Stationen aus.
2. Die Einrichtung führt eine schriftliche Zufriedenheitsbefragung durch.
3. Die unzufriedenen Patienten werden persönlich von Ärzten und Pflegekräften angesprochen und ermuntert, ihre Beschwerden persönlich oder anonym abzugeben.
4. Die Einrichtung ist der Meinung, dass eine geringere Anzahl an Beschwerden als Indikator einer hohen Patientenzufriedenheit gewertet werden kann und diese keine weiteren Wünsche haben.
5. Die Patienten werden am Tag der Entlassung persönlich interviewt.
6. Die Verantwortlichen fragen die Mitarbeiter, ob die Patienten ihrer Meinung nach mit Behandlung, Pflege und Versorgung zufrieden sind.

PRÜFUNGSZEIT – NICHT BESTANDTEIL DER PRÜFUNG!

Wie beurteilen Sie nach der Bearbeitung der Aufgaben die zur Verfügung stehende Prüfungszeit?

1. Sie hätte kürzer sein können.
2. Sie war angemessen.
3. Sie hätte länger sein müssen.