

Abschlussprüfung Sommer 2015

6520

3

Gesundheitswesen

Kaufmann im Gesundheitswesen
Kauffrau im Gesundheitswesen

34 Aufgaben
90 Minuten Prüfungszeit
100 Punkte

Bearbeitungshinweise

1. Bevor Sie mit der Bearbeitung der Aufgaben beginnen, prüfen Sie bitte, ob dieser Aufgabensatz die auf dem Deckblatt angegebene **Zahl 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 und erst dann in den Lösungsbogen von links nach rechts in der richtigen Reihenfolge einzutragen!
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. Als Hilfsmittel ist grundsätzlich ein **nicht programmierter**, netzunabhängiger **Taschenrechner** ohne Kommunikationsmöglichkeit mit Dritten zugelassen.
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.

Beschreibung des Unternehmens

Name Geschäftssitz	Medical GmbH Virchowstraße 12, 10000 Berlin		
Dienstleistungen	<ul style="list-style-type: none"> - stationäre Versorgung - ambulante Versorgung - Rehabilitation - Pflege - Ausbildungsstätten 		
Ausstattung	Bettenanzahl: 450 Akutbetten 250 Rehabetten 100 Pflegepatienten ambulante Versorgung Medizinische Geräte Einrichtung für Diagnostik und Therapie Wirtschaft- und Versorgungsbereich Insgesamt 30 Auszubildende	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

Als Mitarbeiter/-in der Vertragsabteilung erläutern Sie die Vorteile der integrierten Versorgung für die Patienten, Leistungserbringer und Kostenträger. Prüfen Sie, welcher Vorteil der integrierten Versorgung unmittelbar für den beteiligten Patienten von Bedeutung ist!

1. Vermeidung von unnötigen Wartezeiten, z. B. durch gesonderte Terminvergabeverfahren
2. Die pauschalierte Vergütung bietet die beste Gewähr für eine kostengünstige Versorgung
3. Möglichkeit, Verträge direkt mit den Leistungserbringern abzuschließen
4. Erhöhung der Kundenbindung
5. Zusammenführung von Finanzverantwortung und Vertragskompetenz

2. Aufgabe

Die Medical GmbH in Berlin möchte ihre ambulante Versorgung ausweiten und beabsichtigt daher ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) in der Rechtsform einer GmbH zu gründen. In Berlin gibt es die kirchliche Einrichtung „Barmherzige Ärzte Helfen“ (kurz BÄH), die in der Rechtsform einer Stiftung betrieben wird. Diese Einrichtung hat großes Interesse ein MVZ mit der Medical GmbH zu gründen. Prüfen Sie, welche 2 Aussagen bezüglich der Rechtsformen richtig sind!

1. Die Medical GmbH ist als Krankenhaus immer gemeinnützig und muss daher keine Körperschaftssteuer zahlen.
2. Eine kirchlich geleitete Einrichtung darf niemals gewinnorientiert geleitet werden und darf daher nicht zu einem MVZ in der Rechtsform einer GmbH fusionieren.
3. Eine Stiftung hat die erzielten Gewinne immer für den Stiftungszweck zu verwenden.
4. Eine Stiftung ist keine juristische Person und kann daher keine eigenständigen Verträge schließen.
5. Ein Krankenhaus in der Rechtsform einer GmbH darf keine ambulanten Versorgungsformen außerhalb der eigenen Räumlichkeiten anbieten.
6. Ein MVZ in der Rechtsform einer GmbH kann auch durch zwei juristische Personen gegründet werden.

3. Aufgabe

Stellen Sie fest, welche Aussage bezüglich der Rechtsform „Stiftung des öffentlichen Rechts“ richtig ist!

1. Ein Krankenhaus soll Ruhe und Erholung stiften. Es kann daher nicht in der Rechtsform einer AG geführt werden, sondern nur in der Rechtsform einer Stiftung.
2. Eine Stiftung hat grundsätzlich nur gemeinnützige Zwecke zu verfolgen. Da ein Krankenhaus nach aktueller Gesetzgebung auch immer gewinnorientiert arbeiten muss, dürfen Krankenhäuser gar keine Stiftungen sein.
3. Da Stiftungen immer von einer juristischen oder natürlichen Person finanziell abhängig sind, kann aus allgemeinen Erwägungen im Bereich der Gesundheitsversorgung ein Zusammenschluss mit einer Stiftung nicht gestattet werden.
4. Eine Stiftung ist eine juristische Person, die mit Hilfe eines eigenen auf Dauer zu erhaltenden Vermögens einen vom Stifter festgelegten gemeinnützigen Zweck verfolgt.
5. Stiftungen können keine gültigen Rechtsgeschäfte eingehen, da sie keine juristischen oder natürlichen Personen sind.

4. Aufgabe

Im Rahmen Ihrer Ausbildung zum Kaufmann/zur Kauffrau im Gesundheitswesen haben Sie verschiedene Institutionen des Gesundheitswesens und ihre Aufgaben kennen gelernt. Geben Sie an, welche Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) laut den Regelungen des Sozialgesetzbuches korrekt beschrieben sind (2 Nennungen)!

1. Der MDK führt bei Antragstellern vor der Aufnahme in eine Krankenkasse die Untersuchung durch.
2. Der MDK stellt Gutachten zur Pflegebedürftigkeit, auf deren Grundlage die Pflegekasse über die Vergabe einer Pflegestufe entscheidet, aus.
3. Der MDK vergütet den niedergelassenen Ärzten die Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung.
4. Der MDK erteilt angehenden Ärzten die Approbation sowie die Kassenzulassung.
5. Der MDK kann im Auftrag der Krankenkasse den Leistungsumfang und die Leistungsabrechnung der stationären Behandlung überprüfen.
6. Der MDK ist eine unabhängige Schlichtungsstelle, die Patienten bei vermeintlichen Behandlungsfehlern über ihre Rechte gegenüber den Krankenkassen informiert.

5. Aufgabe

Die Intensivierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA) kann unter bestimmten Voraussetzungen bei Herz-Kreislauf-Beschwerden, Stoffwechselerkrankungen, orthopädischen Erkrankungen beziehungsweise psychologischen oder neurologischen Erkrankungen von der Rehabilitationseinrichtung empfohlen und von den Versicherten wohnortnah in Anspruch genommen werden (siehe Auszug aus einer Information der Deutschen Rentenversicherung Bund). Geben Sie an, welche Aussage für eine intensivierte Rehabilitationsnachsorge zutrifft!

1. IRENA-Maßnahmen können unbefristet über die Krankenkassen durchgeführt werden um den Gesundheitszustand zu stabilisieren.
2. IRENA-Maßnahmen müssen vom Versicherten selbst gezahlt werden.
3. IRENA-Maßnahmen dienen der Sicherung und Besserung des Rehabilitationsergebnisses.
4. IRENA-Maßnahmen können nur bei freiwillig Versicherten zur Stabilisierung der Gesundheit durchgeführt werden.
5. IRENA-Maßnahmen können nur bei Privatversicherten zur Stabilisierung der Gesundheit durchgeführt werden.

Auszug aus einer Information der Deutschen Rentenversicherung Bund

Intensivierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA)

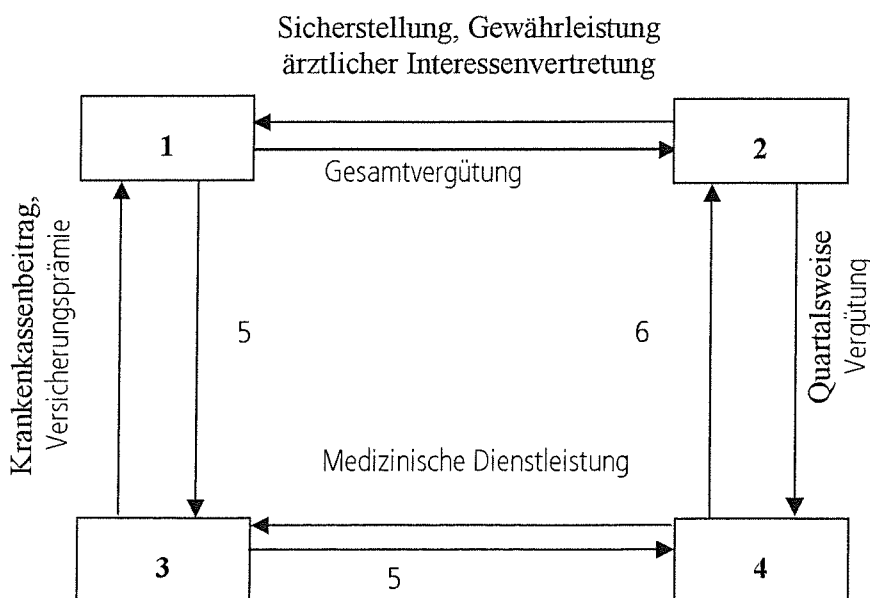
IRENA ist eine Nachsorge-Programm der Deutschen Rentenversicherung Bund. Es kann im Anschluss an eine stationäre bzw. ambulante Leistung zur medizinischen Rehabilitation den Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Bund vom Ärzteteam zum Ende des Aufenthaltes in der Rehabilitationseinrichtung empfohlen werden. Es wird bei folgenden Indikationen angeboten:

- Herz- und Kreislauferkrankungen (HZ)
- Erkrankungen des Bewegungsapparates (BO)
- Neurologische Erkrankung (NS)
- Stoffwechselerkrankungen (ST) und
- Psychische Störungen (PS), außer stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen

6. Aufgabe

In der unten stehenden, jedoch noch unvollständigen Abbildung des Systems der ambulanten ärztlichen Versorgung, sind Begriffe durch Ziffern ersetzt. Ordnen Sie zu, indem Sie die 6 Kennziffern in der Abbildung in die Kästchen neben den 6 entsprechenden Elementen der vertraglichen Beziehungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung eintragen! Übertragen Sie anschließend Ihre senkrecht angeordneten Lösungsziffern in dieser Reihenfolge von links nach rechts in den Lösungsbogen!

System der ambulanten ärztlichen Versorgung



Elemente der vertraglichen Beziehungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung

- Vertragsarzt
- Krankenkasse
- Gesundheitskarte
- Kassenärztliche Vereinigung
- Kassenpatient
- Abrechnung der ärztlichen Leistung

Situation zur 7. und 8. Aufgabe

Das Solidarprinzip der Sozialversicherung wird durch das Subsidiaritätsprinzip ergänzt.

7. Aufgabe

Geben Sie an, in Bezug auf welche Sozialleistung das Subsidiaritätsprinzip gilt!

1. Krankengeld
2. Regelaltersrente
3. Mutterschaftsgeld
4. Pflegekurse
5. Arbeitslosengeld II

8. Aufgabe

Prüfen Sie, welche Voraussetzung erfüllt sein muss, damit der Einzelne Anspruch auf eine Leistung nach dem Subsidiaritätsprinzip (siehe Auszug aus § 2 SGB XII) erwerben kann!

Auszug aus dem SGB XII:

§ 2 Nachrang der Sozialhilfe

1) Sozialhilfe erhält nicht, wer sich vor allem durch Einsatz seiner Arbeitskraft, seines Einkommens und seines Vermögens selbst helfen kann oder wer die erforderliche Leistung von anderen, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen, erhält.

1. Der Leistungsempfänger muss auf seine Bedürftigkeit hin überprüft werden.
2. Der Leistungsempfänger muss mindestens 21 Jahre alt sein.
3. Der Leistungsempfänger darf nicht verheiratet sein.
4. Der Leistungsempfänger muss registrierter Arbeitsloser sein.
5. Der Leistungsempfänger darf das staatliche Mindesteinkommen nicht überschreiten.

9. Aufgabe

Eine Mitarbeiterin der Medical GmbH erleidet auf dem Weg zu einer Mitfahrerin einer beruflichen Fahrgemeinschaft einen Unfall. Prüfen Sie, welche 2 Aussagen bezüglich der Kostenerstattung durch die gesetzliche Unfallversicherung richtig sind!

1. Die gesetzliche Unfallversicherung erstattet keine Kosten, da sich der Unfall nicht auf dem kürzesten oder dem schnellsten Weg zwischen Wohnstätte und Arbeitsplatz ereignet hat.
2. Die gesetzliche Unfallversicherung zahlt alle Kosten, holt sich aber wegen Eigenverschuldens einen angemessenen Teil der Kosten von der Arbeitnehmerin wieder.
3. Die gesetzliche Unfallversicherung zahlt alle medizinischen und rehabilitativen Kosten.
4. Nur eine private Unfallversicherung würde alle medizinischen, rehabilitativen und gegebenenfalls rentenbedingten Kosten tragen.
5. Die gesetzliche Unfallversicherung zahlt alle Kosten. Die Mitarbeiterin wird jedoch mit 10 € pro Aufenthaltstag im Krankenhaus oder in der Reha beteiligt (nicht mehr als 28 Tage).
6. Die gesetzliche Unfallversicherung zahlt gegebenenfalls die Verletztenrente.

Situation zur 10. und 11. Aufgabe

In einem Krankenhaus der Medical GmbH wurde ein Patient von einem Arzt, der eine übertragbare und nicht heilbare Krankheit hat, bei der stationären Behandlung infiziert.

10. Aufgabe

Entscheiden Sie, welche der 2 Aussagen bezüglich der straf- und zivilrechtlichen Haftung richtig sind!

1. Da der Arzt nachweislich den Schaden verursacht hat, kann der Patient nur vom Arzt nicht aber vom Krankenhaus zivilrechtlich Schadenersatz verlangen.
2. Da das Krankenhaus bei der Auswahl seines Personals eine besondere Verpflichtung hat, ist neben dem Arzt auch die Leitung des Krankenhauses, obwohl sie keine Kenntnisse von der Erkrankung des Arztes hatte oder haben konnte, strafrechtlich zur Verantwortung zu ziehen.
3. Der Arzt ist alleine für seine Handlung strafrechtlich verantwortlich und muss daher auch mit strafrechtlichen Konsequenzen rechnen.
4. Ausschließlich das Krankenhaus haftet zivilrechtlich gegenüber dem Patienten, da nur dieses mit dem Patienten einen Krankenhausbehandlungsvertrag abgeschlossen hat.
5. Da der Arzt wegen der Erkrankung ohnehin nicht mehr lange leben wird, ist eine strafrechtliche Verfolgung nicht möglich.
6. Der Patient hat gegenüber dem Arzt zivilrechtliche Schadenersatzansprüche aus dem Delikt und gegenüber dem Krankenhaus Schadenersatzansprüche aus dem Vertrag als rechtliche Grundlage.

11. Aufgabe

Stellen Sie fest, wie in diesem Fall die zivilrechtliche Beweislast richtig beschrieben werden kann!

1. Da die Krankenakten Eigentum der Medical GmbH sind, muss der geschädigte Patient mit eigenen Mitteln beweisen, dass das Krankenhaus oder der Arzt einen Fehler begangen hat.
2. Da die Medical GmbH keine Berechtigung hat, in die Patientenakte Einblick zu nehmen (Schweigepflicht), muss es den Arzt auf Einsicht in die Patientenakten verklagen, um Schaden von sich abwenden zu können.
3. Der Arzt ist alleine für seine Handlung verantwortlich und muss daher die zivilrechtlich relevanten Beweise nicht herausgeben.
4. Da der Arzt sich strafrechtlich nicht selber belasten muss, ist er zur Herausgabe von ihm belastenden Beweisen nicht verpflichtet.
5. Im Bereich des Zivilrechtes im Gesundheitswesen hat der Geschädigte für den Fall von Schadenersatzansprüchen Anspruch auf Herausgabe von Kopien der Krankenakten gegenüber der Medical GmbH.

12. Aufgabe

Zu den Pflichten aus dem Behandlungsvertrag gehört die Aufklärungspflicht des Arztes. Prüfen Sie, in welchem Fall ein **Verstoß** gegen die Aufklärungspflicht durch den Arzt vorliegt!

1. Vor einer Kehlkopfoperation verzichtet ein Patient freiwillig auf eine Aufklärung durch den Arzt. Eine unterschriebene Verzichtserklärung liegt vor. Eine Aufklärung des Patienten geschieht daraufhin nicht.
2. Direkt vor dem geplanten Eingriff erhält der Patient ausschließlich ein ausführliches Aufklärungsformular.
3. Der die Operation durchführende Arzt verzichtet auf eine Aufklärung, da der Patient bereits durch einen anderen Arzt aufgeklärt wurde.
4. Auch bei einem aufgeregten Patienten verzichtet der Arzt nicht auf die Aufklärung.
5. Bei einem bewusstlosen Unfallopfer werden lebensrettende Maßnahmen durchgeführt. Eine Aufklärung des Patienten war nicht möglich.

13. Aufgabe

Bei bestimmten Berufen und Tätigkeiten in der Medical GmbH ist der Abschluss eines entsprechenden Studiums notwendige Voraussetzung. Entscheiden Sie, für welche **2** Berufe dieses zutrifft!

1. Operationstechnische Assistentin/Operationstechnischer Assistent
2. Apotheker/in
3. Diätassistent/in
4. Stationsleitung
5. Psychotherapeut/in
6. Physiotherapeut/in

14. Aufgabe

Im Reha-Bereich kommen die nachfolgend aufgeführten Berufe zum Einsatz. Ordnen Sie zu, indem Sie die Kennziffern der **5** Berufe in die Kästchen neben den typischen 5 Tätigkeiten eintragen! Übertragen Sie anschließend Ihre senkrecht angeordneten Lösungsziffern in dieser Reihenfolge von links nach rechts in den Lösungsbogen!

Berufe

1. Orthopäde/-in
2. Logopäde/-in
3. Psychotherapeut/-in
4. Physiotherapeut/-in
5. Diätassistentin/-in

Tätigkeiten

- Sprachübungen
- Gelenkinjektion
- Lymphdrainage
- Gesprächstherapie
- Ernährungsberatung

15. Aufgabe

Prüfen Sie, welche **2** Tätigkeiten **nicht** zum Tätigkeitsgebiet einer Stationsleitung gehören!

1. Personal- und Einsatzplanung für die Station
2. Motivierung durch adäquate Mitarbeiterführung
3. Erstellen von Diätplänen für Patienten
4. Organisation der fach- und patientengerechten Pflege
5. Betriebswirtschaftliche Zusammenhänge erkennen und auf der Station umsetzen
6. Festlegen eines Bestrahlungsplanes für Patienten
7. Organisation der Essensausgabe für Diätpatienten

16. Aufgabe

An einem „Tag der offenen Tür“ interessieren sich einige Besucher für den Pflegeberuf im Krankenhaus und die Möglichkeiten der Aufstiegsqualifizierung bis zur Pflegedienstleitung. Ihnen fällt die Aufgabe zu, eine Möglichkeit der Aus- und Weiterbildung an einem Schaubild zu erläutern. Bringen Sie die folgenden Schritte der Aus- und Weiterbildung in die zeitlich korrekte Reihenfolge, indem Sie die Ziffern 1 bis 6 in die Kästchen neben den Schritten eintragen! (Hinweis: Schritt 4 ist bereits vorgegeben) Übertragen Sie anschließend Ihre senkrecht angeordneten Lösungsziffern in dieser Reihenfolge von links nach rechts in den Lösungsbogen!

Schulabschluss, der zu Ausbildung berechtigt

Sammeln von Berufspraxis

Studium oder entsprechende Weiterbildung

Ausbildung in der Krankenpflege

Pflegedienstleitung

Weiterbildung, Stationsleitung

4

Situation zur 17. und 18. Aufgabe

In der Notaufnahme der Medical GmbH stellen sich drei 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 seinem Unternehmen, in welchem 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 Rentner, der privatversichert ist. Er wird durch einen Internisten untersucht. Dieser stellt fest, dass eine ambulante Behandlung genügt und schickt den Patienten mit dem Arztbrief zurück.

17. 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

Patient

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

Patient 1

Patient 2

Patient 3

18. Aufgabe

Sie haben den Auftrag, die Leistungen der Medical GmbH für die 3 Patienten (siehe Situation!) 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. DRG-System
4. Einzelleistungsabrechnung nach EBM
5. Pflegesätze je Behandlungstag
6. Pflegesätze je Behandlungstag zuzüglich anteiliger Investitionskosten

Patient

- Patient 1
- Patient 2
- Patient 3

19. Aufgabe

Prüfen Sie, welche **2** Feststellungen in Bezug auf Wahlleistungen im Krankenhaus korrekt sind!

1. Wahlärztliche Leistungen können nur PKV-Patienten erhalten.
2. Wahlärztliche Leistungen werden durch die GOÄ nicht abgedeckt.
3. Wahlärztliche Leistungen dürfen nur vom Chefarzt erbracht werden.
4. Das Krankenhaus hat Anspruch auf einen Teil der wahlärztlichen Erlöse.
5. Der Umfang wahlärztlicher Leistungen muss im Vorfeld schriftlich vereinbart werden.
6. Die Abrechnungsbestimmungen wahlärztlicher Leistungen sind im Sozialgesetzbuch V näher geregelt.

20. Aufgabe

Im Rahmen einer internen Fortbildungsveranstaltung wurde auch über die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung gesprochen. Entscheiden Sie, welche **2** Aussagen die Beitragsfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung korrekt wiedergeben!

1. Die Beiträge sind abhängig vom versicherten Risiko.
2. Die Beiträge erhöhen sich nicht, wenn das Bruttogehalt die Beitragsbemessungsgrenze übersteigt.
3. Die Beiträge werden allein vom Arbeitnehmer gezahlt.
4. Die Beiträge richten sich nach dem Familienstand des Versicherten.
5. Die Beiträge werden beim Auftreten einer chronischen Erkrankung erhöht.
6. Die Beitragshöhe wird von der Jahresarbeitsendgeltgrenze (Versicherungspflichtgrenze) nicht beeinflusst.

21. Aufgabe

Prüfen Sie, welche **2** Feststellungen zur dualistischen Krankenhausfinanzierung korrekt sind!

1. Die Finanzierung der Krankenhäuser unterteilt sich in Lohn- und Sachkosten, diese werden von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet.
2. Krankenhäuser müssen nach SGB V zugelassen sein, um an der dualistischen Finanzierung teilnehmen zu können.
3. Der Staat und die Länder übernehmen die Finanzierung komplett im Rahmen des Sozialstaatsprinzips.
4. Krankenhäuser müssen nach SGB VI zugelassen sein, um an der dualistischen Finanzierung teilnehmen zu können.
5. Krankenhäuser erhalten Investitionskosten aus der öffentlichen Hand und erwirtschaften die Betriebskosten im Rahmen ihrer Versorgungsaufträge eigenständig.
6. Zugelassene Krankenhäuser erhalten eine Erstattung der Investitionskosten aus den gesetzlichen und privaten Krankenkassen jeweils zur Hälfte.

Situation zur 22. bis 25. Aufgabe

Für die interne Weiterbildung nutzen Sie folgenden „Allfall“: Nach einem Schlaganfall wurde Frau Beck noch während ihres Klinikaufenthaltes in die Pflegestufe 1 eingestuft. Da einige häusliche Umbaumaßnahmen erforderlich waren, musste Frau Beck vorübergehend Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen.

Die Kurzzeitpflege erstreckt sich auf den Zeitraum vom 03.09. - 19.09. (siehe Auszug Rechnung!)

Rechnung (Auszug) für Kurzzeitpflege

Name: Beck, Elfriede Geb. Datum: 10.01.1939 Pflegestufe: 1	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Rechn.- Nr.: 3456 Datum: 20.09.20.. Debit. – Nr.: 76324 </div> </div>
------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

von	bis	Leistung	Preis	Tage	Gesamt €
03.09.	19.09.	Pflegeleistung Stufe 1	52,50		
03.09.	19.09.	Unterkunft	15,50		
03.09.	19.09.	Verpflegung	11,90		
03.09.	19.09.	Investitionskosten	4,94		
Gesamtbetrag aller Positionen					

Weiterhin liegt Ihnen folgender Auszug aus dem SGB XI vor.

§ 42 SGB XI Kurzzeitpflege

(1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt:

1. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
 2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.
- (2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1 470 Euro ab 1. Juli 2008, 1 510 Euro ab 1. Januar 2010 und 1 550 Euro ab 1. Januar 2012 im Kalenderjahr.

22. Aufgabe

Ermitteln Sie die Anzahl der Abrechnungstage!

[illegible]

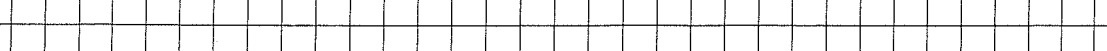
23. Aufgabe

Ermitteln Sie den Gesamtbetrag der Heimkosten!

[illegible]

24. Aufgabe

Ermitteln Sie den Anteil der Pflegekasse an den Heimkosten in €!



25. Aufgabe

Bezogen auf die **Kurzzeitpflege** bestehen noch weitere Fragen. Entscheiden Sie, ob die folgenden Fragen zu **bejahen** = Kennziffer **1** oder zu **verneinen** = Kennziffer **2** sind, indem Sie die jeweils zutreffenden Kennziffern in die Kästchen neben den Fragen eintragen. Übertragen Sie anschließend Ihre senkrecht angeordneten Lösungsziffern in dieser Reihenfolge von links nach rechts in den Lösungsbogen!

Werden die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von der Pflegekasse übernommen?

Beeinflusst bei der Kurzzeitpflege die Pflegestufe den Höchstbetrag der Pflegekasse?

Beträgt der Leistungsanspruch bei der Kurzzeitpflege maximal 4 Wochen pro Jahr?

Beträgt die Aufenthaltsdauer in der Kurzzeitpflege maximal 4 Wochen pro Jahr?

Kann die Kurzzeitpflege auch bei einem Unfall der pflegenden Angehörigen mit Krankenhausaufenthalt in Anspruch genommen werden?

Situation zur 26. und 27. Aufgabe

Sie arbeiten im Rahmen Ihres Ausbildungsbetriebes beim QMB (Qualitätsmanagementbeauftragten). Zurzeit wird eine externe Zertifizierung nach dem KTQ-Verfahren (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) vorbereitet.

26. Aufgabe

Das Qualitätsmanagement beinhaltet die Organisationsstruktur, Verantwortlichkeiten, Verfahren, Prozesse und erforderliche Mittel für dessen Verwirklichung. Stellen Sie fest, welche **2** Tätigkeiten im Rahmen des Qualitätsmanagement-Prozesses Führungsaufgaben darstellen!

1. Checklisten ausfüllen
2. Auditierung
3. Tarifverträge umsetzen
4. Flussdiagramm erstellen
5. Leitziele formulieren
6. Teamsitzungen protokollieren

27. Aufgabe

Um Prozessziele zu kontrollieren, werden Messgrößen benötigt. Ordnen Sie zu, indem Sie die Kennziffern der **5** Ziele der Klinik in die Kästchen neben den 5 Messgrößen eintragen! Übertragen Sie anschließend Ihre senkrecht angeordneten Lösungsziffern in dieser Reihenfolge von links nach rechts in den Lösungsbogen!

Ziele der Klinik

1. Patientenzufriedenheit
2. Hohe Standardisierung
3. Zeitnahe Rechnungsstellung
4. Mitarbeiterzufriedenheit
5. Niedrige präoperative Verweildauer

Messgrößen

Zeit: Aufnahme bis OP

Ergebnisse von Patientenbefragungen

Zahl der implementierten Behandlungspfade

Tage zwischen Entlassung und Rechnungsstellung

Fluktuationsrate

Situation zur 28. und 29. Aufgabe

Gemäß § 137 SGB V sind die dort aufgeführten Krankenhäuser verpflichtet, einen strukturierten Qualitätsbericht zu erstellen (Die Medical GmbH ist davon betroffen.). Inhalt und Umfang dieses Berichtes ist u. a. zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, dem Verband der Privaten Krankenversicherungen sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbart worden.

28. Aufgabe

Prüfen Sie, welche Beschreibung in Bezug auf den Qualitätsbericht **nicht** zutrifft!

1. Der Qualitätsbericht bietet Informationen und Entscheidungshilfen für Versicherte und Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung.
2. Durch den Qualitätsbericht wird ein Nachweis der im Krankenhaus durchgeführten Qualitätsmaßnahmen erbracht.
3. Der Qualitätsbericht dient als Orientierungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung der Patienten, insbesondere für Ärzte und Krankenkassen.
4. Die Erstellung des Qualitätsberichtes ist von Krankenhäusern über 100 Planbetten zwingend zu erstellen; für Krankenhäuser unter 100 Planbetten ist dieses eine freiwillige Angelegenheit.
5. Der Qualitätsbericht bietet den Krankenhäusern die Möglichkeit, ihre Leistungen nach Art, Anzahl und Qualität nach außen transparent und sichtbar darzustellen.

29. Aufgabe

Ein großes Krankenhaus mit 1 000 Betten hat den fälligen Qualitätsbericht nicht fristgerecht geliefert. Für solche Fälle hat der Gesetzgeber Sanktionen geregelt. Entscheiden Sie, um welche **2** Sanktionen es sich handelt!

1. Dem Krankenhaus droht eine empfindliche Kürzung des Basisfallwertes bis zur Vorlage des Qualitätsberichtes.
2. Dem Krankenhaus drohen Überprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK).
3. Vor Aufnahme von Patienten zur stationären Behandlung prüft der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) die Notwendigkeit und legt die Vergütungshöhe fest.
4. Dem Krankenhaus droht im Wiederholungsfall eine erhebliche Bettenreduzierung.
5. Dem Krankenhaus droht ein Qualitätssicherungsabschlag je stationärem Behandlungsfall.
6. Die Vergütung sämtlicher durchgeführter Leistungen wird mit sofortiger Wirkung von den gesetzlichen und privaten Krankenkassen so lange eingestellt, bis der Qualitätsbericht vorliegt.

30. Aufgabe

Geben Sie an, welche **2** Argumente, die in Bezug auf den Nutzen von Qualitätsmanagement-Systemen (QM-Systemen) vorgebracht werden, als **falsch** zurückweisen werden können!

1. Ein QM-System ist ein Mittel, um im Verlauf der Zeit erzielte Fortschritte zu messen.
2. Ein QM-System ist ein leistungsfähiges Instrument zur Erkennung und Benennung von Stärken und Verbesserungsbereichen.
3. Ein QM-System ist grundsätzlich zu aufwendig, da auch bisher Qualitätsaspekte erfolgreich berücksichtigt und weiterentwickelt wurden.
4. Ein QM-System ist ein Mittel, um verschiedene Qualitätsinitiativen in die normale Geschäftstätigkeit einzubeziehen.
5. Ein QM-System hat das Ziel, Prozesse und Ereignisse kontinuierlich zu verbessern.
6. Ein QM-System erreicht schnell die Grenzen der Effektivität, zumal es viele personelle Ressourcen bindet.

31. Aufgabe

Die Mitarbeiterbefragung ist ein Hauptbestandteil der Qualitätsmanagement-Konzeption (QM-Konzeption) und bietet die Gelegenheit, alle Beteiligten schon frühzeitig in das QM-Projekt einzubinden. Es wird in der Steuergruppe festgelegt, dass die Befragung sich an alle Mitarbeiter richtet und anonym in schriftlicher Form mit geschlossener Fragestellung durchgeführt wird. Stellen Sie fest, welche Vorgehensweise der festgelegten Erhebungsform entspricht!

1. Die Befragten formulieren selbst die Antworten.
2. Die Befragten werden persönlich interviewt.
3. Es werden Zusatzfragen gestellt.
4. Die Befragten unterschreiben den Fragebogen.
5. Die Befragung erfolgt nach einem Auswahlverfahren.
6. Die Antwortmöglichkeiten werden vorgegeben.

32. Aufgabe

Sie haben die Aufgabe, die drei Dimensionen der Qualität in ihrem Qualitätszirkel zu erläutern und beispielhaft mögliche Parameter zu nennen, an denen man diese messbar machen kann. Ordnen Sie zu, indem Sie die Kennziffern der jeweils zutreffenden **3** Qualitätsdimensionen in die Kästchen neben den 7 Parametern eintragen! Übertragen Sie anschließend Ihre senkrecht angeordneten Lösungsziffern in dieser Reihenfolge von links nach rechts in den Lösungsbogen!

Qualitätsdimensionen

1. Strukturqualität
2. Prozessqualität
3. Ergebnisqualität

Parameter

- Durchschnittliche Wartezeiten in der Notaufnahme
- Wiederaufnahme von Patienten wegen derselben Erkrankung
- Technische Ausstattung der OP-Säle
- Anzahl von Wundinfektionen pro Station und Jahr
- Zufriedenheit der Patienten mit dem Pflegepersonal
- Zahlenmäßiges Verhältnis von Pflegern zu Patienten
- Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer

33. Aufgabe

Der PDCA-Zyklus dient der Grundorientierung sämtlicher qualitätsbezogener Aktivitäten. Er strukturiert die Entwicklung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements. So geschieht dies beispielsweise auch bei der zentralen Frage der Hygiene im Krankenhaus. Ordnen Sie zu, indem Sie die Kennziffern der **4** Phasen des PDCA-Zyklus in die Kästchen neben den 4 Tätigkeiten/Aktionen eintragen! Übertragen Sie anschließend Ihre senkrecht angeordneten Lösungsziffern in dieser Reihenfolge von links nach rechts in den Lösungsbogen!

Phasen des PDCA-Zyklus

1. P (Plan)
2. D (Do)
3. C (Check)
4. A (Act)

Tätigkeiten/Aktionen

- Regelmäßige wiederholende Unterweisung zur weiteren Optimierung
- Hygieneplan wird erstellt
- Mitarbeiter desinfizieren sich bei ihrer beruflichen Tätigkeit.
- Überprüfung durch den Hygieneausschuss

34. Aufgabe

In der Versorgung von Patienten wird häufig von Behandlungspfaden gesprochen. Prüfen Sie, welche Aussage im Zusammenhang mit Behandlungspfaden korrekt ist!

1. Behandlungspfade werden individuell von jedem einzelnen niedergelassenen Arzt erstellt, um die Arbeitsabläufe in seiner Praxis zu optimieren.
2. Behandlungspfade stehen dem Gedanken des Qualitätsmanagements entgegen, da sie ausschließlich vom behandelnden Arzt erarbeitet werden sollen.
3. Behandlungspfade standardisieren Behandlungen im Zusammenhang mit leichten Erkrankungen, die ausschließlich vom nichtärztlichen Personal durchgeführt werden sollen.
4. Behandlungspfade werden erstellt, um die Qualität der Behandlung sicherzustellen und den gesamten Behandlungsablauf zu strukturieren und damit zu optimieren.
5. Behandlungspfade werden ausschließlich im Reha-Bereich eingesetzt, um Abrechnungen der einzelnen Leistungsträger untereinander zu erleichtern.

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.

Diese Kopfleiste bitte unbedingt ausfüllen!

Bereich														Berufsnummer				IHK-Nummer			Prüfungsnummer			
0 6														6 5 2 0										
Sp. 1 - 2														Sp. 3 - 6				Sp. 7 - 9			Sp. 10 - 14			

Familienname, Vorname (bitte durch eine Leerspalte trennen)

Beachten Sie bitte zum Ausfüllen dieses Lösungsbogens die Hinweise auf dem Deckblatt Ihres Aufgabensatzes!

Aufgabe	Nr.	Seite	Prüfungsnummer	Sp.
Aufgabe	Nr. ① ② ③	Seite 2		Sp. 15-18
Aufgabe	Nr. ④ ⑤ ⑥	Seite 3		Sp. 19-27
Aufgabe	Nr. ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	Seite 4	Prüfziffer 9	Sp. 28-34
Aufgabe	Nr. ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	Seite 5		Sp. 35-43
Aufgabe	Nr. ⑮ ⑯ ⑰	Seite 6		Sp. 44-54
Aufgabe	Nr. ⑱ ⑲ ⑳ ㉑	Seite 7	Prüfziffer 9	Sp. 55-64
Aufgabe	Nr. ㉒ ㉓	Seite 8		Sp. 65-72
Aufgabe	Nr. ㉔ ㉕ ㉖ ㉗	Seite 9		Sp. 73-89
Aufgabe	Nr. ㉘ ㉙ ㉚ ㉛	Seite 10		Sp. 90-95
Aufgabe	Nr. ㉜ ㉝ ㉞ ㉟	Seite 11	Prüfungszeit ㉟	Prüfziffer 9 Sp. 96-109

3