

Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte  
Betriebsorganisation und -verwaltung Sommer 2021



Name: .....

Berufliche Schule: .....

Zeit: insgesamt ca. 120 Minuten

Datum: 08.06.2021

64 Aufgaben

Seiten 1 - 22

Hinweise:

1. Vor Ihnen befindet sich ein Aufgabensatz mit einem Lösungsbeleg.  
Bevor Sie mit der Beantwortung beginnen, prüfen Sie bitte, ob der Aufgabensatz vollständig ist und die oben angegebene Zahl von Aufgaben enthält. Aufgabensatz und Lösungsbogen müssen Ihren Namen enthalten. Bei Unstimmigkeiten wenden Sie sich bitte sofort an die Aufsicht.
2. Für jede Aufgabe können 6 Antworten (A-F) oder 5 Antworten (A-E) vorgegeben werden. Die Anzahl der richtigen Antworten für jede Aufgabe befindet sich unter jeder Aufgabe. (z.B. 1 Punkt = 1 Antwort richtig oder 2 Punkte = 2 Antworten richtig)
3. Wenn Sie mehr Felder markieren, als Antworten möglich sind, verlieren Sie den Punkt für diese Aufgabe auch dann, wenn Sie unter anderem die richtige Lösung angekreuzt haben.
4. Sollten Sie feststellen, dass Sie ein falsches Feld markiert haben, entwerten Sie dieses, indem Sie das ganze Antwortfeld auf dem Lösungsbeleg voll ausfüllen (schwärzen). Dann tragen Sie bitte das Kreuz in das richtige Antwortfeld ein.
5. Verwenden Sie für das Markieren (Ankreuzen) der Antwortfelder bitte nur Kugelschreiber oder Filzschreiber. Keinen Bleistift benutzen!
6. Lösen Sie die Aufgaben zunächst durch Ankreuzen der richtigen Antwort(en) im Aufgabensatz. Wenn Sie sicher sind, die Aufgabe richtig beantwortet zu haben, kennzeichnen Sie den entsprechenden Lösungsbeleg.

Für Notizen, Rechnungen usw. darf der Aufgabensatz benutzt werden.



## Verwaltung Sommer 2021

**1** Für den Abschluss des Behandlungsvertrages müssen verschiedene Bedingungen erfüllt werden.

**Stellen Sie fest, in welchem Fall ein Behandlungsvertrag zustande gekommen ist!**

- A Frau Kaiser besucht ihren Patienten, der in einem Belegbett im Krankenhaus liegt.
- B Ein neuer Patient betritt die Praxis, schaut sich eine Weile um und verlässt die Praxis wieder.
- C Julia März sitzt an der Anmeldung und vergibt telefonisch einen Termin zur Behandlung.
- D Die Patientin Agnes Krause hinterlässt eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter der Praxis und bittet um einen Hausbesuch.
- E Auf Grund akuter Schmerzen kam Sarah Concert gestern Abend unangemeldet in die Praxis, welche inzwischen unbesetzt war.
- F Frau Dr. Kaiser hält vor Praxisbeginn beim Bäcker an und unterhält sich mit der Bäckerin über ihre Allergien.

(2 Punkte)

**2** Wie wird der Vertrag genannt, der zwischen Arzt und Patient geschlossen wird?

- A Arbeitsvertrag
- B Behandlungsvertrag
- C Dienstleistungsvertrag
- D Dienstvertrag
- E Werkvertrag
- F Kreditvertrag

(2 Punkte)

**3** Was gehört zu den Pflichten eines gesetzlich versicherten Patienten?

- A ärztlichen Weisungen folgen
- B Bezahlung der Leistungen
- C Einhaltung von Terminen
- D grundsätzlich nüchtern sein
- E elektronische Gesundheitskarte vorlegen
- F Personalausweis vorlegen

(2 Punkte)



#### 4 Welche Pflichten aus dem Behandlungsvertrag hat der Arzt gegenüber seinem Patienten?

- A Ausweispflicht
- B Aufklärungspflicht
- C Zahlungspflicht
- D Dokumentationspflicht
- E Meldepflicht
- F Rufweitepflicht

(2 Punkte)

#### 5 Mit welchem Dokument wird der Anspruch auf eine vertragsärztliche Behandlung belegt?

- A Führerschein
- B elektronische Gesundheitskarte
- C Kreditkarte
- D Personalausweis
- E Reisepass

(1 Punkt)

#### 6 Was ist eine Patientenkartei?

- A Sie ist zentraler Datenspeicher sämtlicher Informationen eines Patienten und wichtigstes Organisationsmittel.
- B Sie ist zentraler Datenspeicher sämtlicher Diagnostikmaßnahmen aller Patienten innerhalb des zuständigen Bereiches der kassenärztlichen Vereinigung.
- C Es ist eine Übersicht sämtlicher Versicherten einer gesetzlichen Krankenversicherung.
- D Sie ist wichtigstes Hilfsmittel bei der Erlangung der Zulassung als Facharzt.
- E Es ist eine übersichtliche und vollständige Dokumentation (z.B. von Anamnese, Diagnose, Befunde, Behandlungsmaßnahmen) eines Patienten.
- F Es ist eine übersichtliche und vollständige Dokumentation (Laborbefunde, Arztberichte, Medikamente) einer Patientengruppe.

(2 Punkte)



## 7 Nennen Sie die Merkmale einer Patientenakte!

- A Sie umfasst die Dokumentation der gesamten Behandlung eines Patienten zur Gedächtnisstütze und zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen.
- B Sie umfasst die Dokumentation der angeforderten Unterlagen bei der Ärztekammer.
- C Sie ist ein wichtiges Dokument zur Beweisführung bei Streitigkeiten.
- D Sie dient der Identifizierung von Ärzten.
- E Sie umfasst die Dokumentation der gesamten Behandlung aller Patienten zur Abrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung.
- F Sie dient als Querverbindung zur Kassenärztlichen Vereinigung.

(2 Punkte)

## 8 Auf welcher Rechtsgrundlage basiert der einheitliche Bewertungsmaßstab?

- A Bundesärzteordnung
- B Bürgerliches Grundgesetz
- C Reichsversicherungsordnung
- D SGB V
- E SGB XII

(1 Punkt)

## 9 Für Blankoformulare gilt:

- A Sie dürfen nie vom Arzt im Vorfeld unterschrieben werden.
- B Sie dürfen nur vom Arzt unterschrieben werden, wenn eine MFA diese in Verwahrung nimmt.
- C Sie müssen immer vorrätig und vom Arzt unterschrieben sein.
- D Sie müssen für eine Urlaubsvertretung unterschrieben sein.
- E Nur Arzneiverordnungsblätter dürfen vom Arzt blanko unterschrieben werden.

(1 Punkt)

## 10 Wer trägt die Herstellungskosten für die Formulare in der vertragsärztlichen Versorgung?

- A Ärztekammer
- B Arzt
- C Bundesgesundheitsministerium
- D Kassenärztliche Vereinigung
- E Krankenkassen

(1 Punkt)



**11 Wo kann der Praxisinhaber sich die Praxisformulare, von wenigen Ausnahmen abgesehen, beschaffen?**

- A Ärztekammer
- B Agentur für Arbeit
- C Kassenärztliche Vereinigung
- D Druckerei
- E Krankenkassen
- F Ministerium für Gesundheit

(2 Punkte)

**12 Welche Formular-Muster-Nummer hat das Arzneiverordnungsblatt?**

- A Nr. 1
- B Nr. 3
- C Nr. 5
- D Nr. 6
- E Nr. 16

(1 Punkt)

**13 Der Vertragsarzt kann mit dem Arzneiverordnungsblatt verschreibungspflichtige Arzneimittel und Verbandmittel verordnen.**

**Welche Aussagen zum Arzneiverordnungsblatt treffen nicht zu?**

- A Rezeptfreie Medikamente sind nur in Ausnahmefällen bei bestimmten Indikationen verordnungsfähig, z. B. ASS nach Schlaganfall.
- B Rezeptfreie Medikamente sind bis zum 12. Lebensjahr oder bei Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen verordnungsfähig.
- C Jeder Vertragsarzt muss seine eigenen Verordnungsblätter verwenden, die mit seiner Vertragsarzt Nummer kenntlich gemacht sind.
- D Die Befreiung von der Zuzahlung muss angekreuzt werden.
- E Das Arzneiverordnungsblatt muss die Unterschrift des Versicherten neben dem Stempel enthalten.
- F Für Arbeits- und Wegeunfälle dürfen keine Arzneiverordnungsblätter ausgestellt werden.

(2 Punkte)



**14 Wie lange ist die rote Arzneimittelverordnung gültig?**

- A 1 Tag
- B 7 Tage
- C 1 Woche
- D 1 Monat
- E 1 Quartal

(1 Punkt)

**15 Wann wird das Kästchen "noctu" angekreuzt?**

- A Eine Nachttaxe ist zu zahlen.
- B Eine Nachttaxe ist nicht zu zahlen.
- C Die Apotheke bringt das Medikament nach Hause.
- D Die Apotheke muss das genau bezeichnete Medikament liefern.
- E Der Patient ist umgehend zu betreuen.

(1 Punkt)

**16 Auf einer Arzneimittelverordnung kann der Arzt bis zu drei Verordnungen verschreiben.**

**Welche Verordnungen kann er dabei kombinieren?**

- 1) Grippeimpfstoff
- 2) Antibiotika
- 3) Diuretikum
- 4) Halskrawatte
- 5) Beta-Blocker
- 6) Tetanol-Impfstoff

- A 1 - 4 - 6
- B 2 - 3 - 6
- C 2 - 3 - 5
- D 1 - 2 - 3
- E 3 - 4 - 5

(1 Punkt)

MUSTER  
Nicht ausfüllen!

**17** Mit dem Arzneiverordnungsblatt können auch Hilfsmittel verordnet werden.

**Welche Aussagen zur Hilfsmittelverordnung sind falsch?**

- A** Hilfsmittel sind Gegenstände oder technische Produkte, die fehlende oder beeinträchtigte Körperfunktionen ersetzen oder ausgleichen.
- B** Badewannenlifte und Toilettensitzerhöhungen sind keine Hilfsmittel.
- C** Gehstöcke und Rollatoren sowie Seh- und Hörhilfen sind Hilfsmittel.
- D** Alle Hilfsmittel, deren Kosten von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden, sind in einem Hilfsmittelkatalog aufgelistet.
- E** Bei Verordnung von Hilfsmitteln wird das Feld "7" markiert und eine Diagnose im Klartext eingetragen.
- F** Die Rückseite des Verordnungsblattes dient als Empfangsbescheinigung, der Arzt bestätigt mit Datum und Unterschrift den Erhalt des Hilfsmittels.

(2 Punkte)

**18** Arzneimittel, die unter die Betäubungsmittel-Verschreibungsordnung fallen, können nur auf einem amtlichen Betäubungsmittelrezept (BtM-Rezept) rezeptiert werden.

**Welche Aussagen zum BtM-Rezept treffen zu?**

- A** Das BtM-Rezept gilt für alle Patienten, auch für Privatpatienten.
- B** Das BtM-Rezept ist ein vertragsärztliches Formular.
- C** Die besonderen Regelungen sind in der Berufsordnung für Ärzte nachzulesen.
- D** Die Bundesopiumstelle gibt die Betäubungsmittelrezepte heraus.
- E** Der Arzt muss die Betäubungsmittelrezepte ausschließlich telefonisch anfordern.
- F** BtM-Rezepte müssen gegen Diebstahl nicht gesondert gesichert sein.

(2 Punkte)

**19** Darf ein Betäubungsmittel im Notdienst auf einem roten Arzneiverordnungsblatt verordnet werden?

- A** Ja, einmal im Quartal bei hausärztlicher Grundversorgung.
- B** Nein.
- C** Ja, mit dem Zusatz "Notfallverschreibung" und umgehendem Nachreichen der Verordnung, die mit einem "N" versehen ist.
- D** Ja, mit dem Zusatz "Langfristverordnung" für Dauermedikation, die mit einem "D" versehen ist.
- E** Ja, mit dem Zusatz "Notfallverschreibung" bei Versicherten privater Kassen mit einem "P" versehen.

(1 Punkt)



**20 Was muss bei gleichzeitiger Verordnung von Arzneimitteln und Impfstoffen für gesetzlich versicherte Patienten beachtet werden?**

- A Erst das Arzneimittel, dann das Hilfsmittel aufschreiben.
- B Erst das Hilfsmittel, dann das Arzneimittel aufschreiben.
- C Verordnungen müssen an zwei unterschiedlichen Tagen erfolgen.
- D Rückfrage bei der zuständigen Krankenkasse ist erforderlich.
- E Es müssen zwei Arzneverordnungsblätter verwendet werden.

(1 Punkt)

**21 Welche Formular-Muster-Nummer hat die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung?**

- A Nr. 1
- B Nr. 3
- C Nr. 5
- D Nr. 6
- E Nr. 16

(1 Punkt)

**22 Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist ein vierteiliges Formular.**

**Welche Aussagen treffen nicht zu?**

- A Muster 1a - das Original mit Angabe der Diagnose zur Vorlage bei der Krankenkasse
- B Muster 1b - der Durchschlag zur Vorlage beim Arbeitgeber ohne Diagnose
- C Muster 1b - der Durchschlag zur Vorlage bei der Unfallversicherung
- D Muster 1c - der Durchschlag für den Patienten
- E Muster 1c - der Durchschlag für die Abrechnung des Krankengeldes
- F Muster 1d - der Durchschlag zum Verbleib beim Arzt mit einer Aufbewahrungsfrist von 12 Monaten

(2 Punkte)

**23** Der Arzt verwendet zur Krankschreibung die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.

**Welche Aussagen zum Formular treffen zu?**

- A** Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung darf nur nach einer ärztlichen Untersuchung ausgestellt werden, ggf. wegen Corona auch telefonisch ohne Untersuchung möglich.
- B** Es ist immer der Tag der Feststellung anzugeben.
- C** In Ausnahmefällen darf höchstens zwei Tage rückdatiert werden.
- D** Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist ein dreiteiliges Formular.
- E** Das Personalienfeld kann nicht mit der elektronischen Gesundheitskarte gedruckt werden.
- F** Das Feld Erstbescheinigung muss angekreuzt werden, wenn der Versicherte erstmalig im Quartal die Arbeitsunfähigkeit erhält.

(2 Punkte)

**24** Welche gesetzliche Aufbewahrungsfrist gilt für ein BtM-Rezept?

- A** 1 Jahr
- B** 2 Jahre
- C** 3 Jahre
- D** 10 Jahre
- E** 15 Jahre

(1 Punkt)

**25** Welche Formular-Muster-Nummer hat der Abrechnungsschein?

- A** Nr. 1
- B** Nr. 3
- C** Nr. 5
- D** Nr. 6
- E** Nr. 16

(1 Punkt)

**26 Bei welchen medizinischen Behandlungen darf der Abrechnungsschein nicht verwendet werden?**

- A** ambulante Behandlung von Arbeits- und Wegeunfällen
- B** belegärztliche Behandlung von privaten Unfällen ohne Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte
- C** Behandlung von Berufskrankheiten mit Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte
- D** ambulante Behandlung von gesetzlich Versicherten Patienten ohne Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte
- E** ambulante Behandlung eines gesetzlich Versicherten mit Vorlage einer defekten elektronischen Gesundheitskarte
- F** ambulante Behandlung eines gesetzlich versicherten Patienten, Lesegerät in der Praxis ist defekt

(2 Punkte)

**27 Welche Formular-Muster-Nummer hat der Überweisungsschein?**

- A** Nr. 1
- B** Nr. 3
- C** Nr. 5
- D** Nr. 6
- E** Nr. 16

(1 Punkt)

MUSTER  
Nicht ausfüllen!

**28** Bei einer Überweisung müssen verschiedene Angaben gemacht werden.

**Ordnen Sie die Fachbegriffe den Definitionen zu!**

1. Kurative Medizin
2. Mitbehandlung
3. Präventive Medizin
4. Konsiliaruntersuchung
5. Auftragsleistung
6. Weiterbehandlung

- a. Sie dient dazu, einen Kranken oder Verletzten zu heilen. Die Überweisung erfolgt wegen einer bestehenden Erkrankung.
- b. Sie soll vorbeugend das Entstehen von Gesundheitsschäden verhindern. Die Überweisung erfolgt zum Zweck einer Vorsorgeuntersuchung.
- c. Der die Überweisung annehmende Arzt darf ausschließlich die nach Art und Umfang genau benannte Leistung erbringen.
- d. Der die Überweisung annehmende Arzt wird ausschließlich zur Diagnose zu Rate gezogen. In der Wahl der diagnostischen Mittel ist er frei.
- e. Der überweisende Arzt wünscht gebietsbezogene begleitende bzw. ergänzende diagnostische und therapeutische Maßnahmen.
- f. Die gesamten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen gehen auf den die Überweisung annehmenden Arzt über.

- A** 2a 4c 6b  
**B** 2e 4d 6f  
**C** 1a 3f 5b  
**D** 3c 5a 6f  
**E** 2f 3b 4a  
**F** 1a 3b 5c

(2 Punkte)

**29 Die elektronische Gesundheitskarte hat folgende Aufgaben:**

- A** Dem Inhaber Kredit für die Honorarforderungen eines Arztes zu gewähren.
- B** Dem Inhaber zu ermöglichen, kostenlos im Ausland Medikamente zu erhalten.
- C** Den Inhaber auszuweisen, dass er Anspruch auf vertragsärztliche Versorgung hat.
- D** Den Personalausweis zu ersetzen.
- E** Eine Erleichterung der Praxisorganisation zu ermöglichen.
- F** Den Anspruch auf IGeL Leistungen zu gewährleisten.

(2 Punkte)



**30 Welche Angaben enthält der Speicherchip der elektronischen Gesundheitskarte, die auf der Vorderseite der Karte lesbar sind?**

- A Anschrift des Versicherten
- B Geburtsdatum des Versicherten
- C Gültigkeit der Karte
- D Name der Krankenkasse
- E Versichertenstatus
- F Versichertennummer

(2 Punkte)

**31 In der Praxis werden die Angaben der elektronischen Gesundheitskarte benötigt, um Formulare auszufüllen.**

**Wie ist zu verfahren, wenn die elektronische Gesundheitskarte des Patienten defekt ist?**

- A Der Patient wird behandelt, hat aber keinen Anspruch auf Medikamente.
- B Der Patient wird behandelt und die auf Vorrat ausgedruckten Formulare werden verwendet.
- C Der Patient wird behandelt und die Abrechnung erfolgt im Ersatzverfahren.
- D Der Patient wird als letzter Tagespatient behandelt, um mehr Zeit für die Prüfung der Personalien zu haben.
- E Der Patient wird nicht behandelt.

(1 Punkt)

**32 Mit welchen Organisationen hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) Bundesmantelverträge abgeschlossen?**

- A mit den Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesländer
- B mit dem Verband der privaten Krankenversicherer
- C mit dem Bundesverband der Primärkassen
- D mit dem Bundesverband der Ersatzkassen
- E mit den Landesärztekammern
- F mit der Bundesärztekammer

(2 Punkte)

### 33 Welche Aussagen zur Versichertenpauschale sind richtig?

- A Sie darf nur von hausärztlichen und in der Kinder- und Jugendmedizin tätigen Ärzten abgerechnet werden.
- B Sie ist bei jedem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig.
- C Sie ist bei jedem krankheitsbezogenen Telefongespräch des Arztes mit dem Patienten berechnungsfähig.
- D Sie ist beim ersten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal berechnungsfähig.
- E Sie ist beim ersten Telefongespräch im Quartal des Arztes mit dem Patienten berechnungsfähig.
- F Sie darf nur beim ersten Telefongespräch im Quartal abgerechnet werden.

(2 Punkte)

### 34 Welche Angaben beinhaltet der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) zu den ärztlichen Leistungen?

- A Höchstzeit, die für ärztliche Leistung benötigt wird.
- B Inhalt der Leistungen
- C Mindestanzahl von Leistungen je Patient
- D Steigerungssätze
- E Wert der Leistung in Punkten
- F Höhe des Punktwertes

(2 Punkte)

### 35 Obligate Leistungsinhalte einer Gebührennummer im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) sind Leistungsinhalte, die:

- A ...der Arzt nicht abrechnen darf.
- B ...der Patient sich wünschen kann.
- C ...in jedem Fall erbracht werden müssen.
- D ...nach GOÄ abgerechnet werden.
- E ...von Fall zu Fall erbracht werden.

(1 Punkt)

**36 Welche Aussagen zu obligaten und fakultativen Leistungsinhalten sind nicht korrekt?**

- A Bei obligaten Leistungsinhalten, die nach einer Gebührenordnungsposition benannt sind, ist das Fehlen einzelner Leistungen nicht von Bedeutung.
- B Obligat bedeutet: unvermeidlich, unentbehrlich, unerlässlich
- C Fakultativ bedeutet: zwingend notwendig, unumgebar
- D Fakultativ bedeutet: nach freiem Ermessen, freigestellt, nach eigener Wahl
- E Bei obligaten Leistungsinhalten, die nach einer Gebührenordnungsposition benannt sind, müssen alle Leistungen verpflichtend erbracht werden.
- F Fakultative Leistungsinhalte sind Teilleistungen, die zu einer definierten Leistung dazugehören, die aber grundsätzlich nicht oder teilweise nicht erbracht werden müssen.

(2 Punkte)

**37 Nach welchem Gesichtspunkt richtet sich die richtige EBM-GOP für die Grundpauschale?**

- A Kinderzahl des Patienten
- B Behandlungsmonat
- C Anfangsbuchstabe des Nachnamens des Patienten
- D Alter des Patienten
- E Beruf des Patienten

(1 Punkt)

**38 Welche Aussagen zur Grundpauschale sind richtig?**

- A Sie gilt nur für Arztgruppen, die im fachärztlichen Versorgungsbereich tätig sind.
- B Sie gilt nur für Arztgruppen, die im hausärztlichen Versorgungsbereich tätig sind.
- C Sie kann für jeden Arzt-Patienten-Kontakt mit Ganzkörperstatus abgerechnet werden.
- D Sie kann nur abgerechnet werden, wenn der Arzt-Patienten-Kontakt länger als 10 Minuten dauert.
- E Sie kann von medizinischen Versorgungszentren mit verschiedenen Arztgruppen bei einem Patienten mehrfach abgerechnet werden.
- F Sie kann beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt einmal im Quartal abgerechnet werden.

(2 Punkte)



### 39 Wann wird eine Liquidation auf Basis GOÄ § 12 erstellt?

- A Bei der Behandlung eines Patienten, der nicht gesetzlich versichert ist und Mitglied bei einer privaten Krankenversicherung ist.
- B Bei der ambulanten Behandlung eines Patienten, der Mitglied bei einer gesetzlichen Krankenversicherung ist.
- C Bei der belegärztlichen Behandlung eines Patienten, der bei einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist.
- D Bei der ambulanten Behandlung eines Patienten, der einen Arbeitsunfall erlitten hat.
- E Bei der Behandlung eines Patienten, der eine individuelle Gesundheitsleistung in Anspruch nimmt.
- F Bei der ambulanten Behandlung eines Schulkindes, das auf dem Weg zur Schule von einem Auto angefahren wurde.

(2 Punkte)

### 40 Wie sind Leistungen nach GOÄ abrechenbar, die medizinisch erforderlich, in der GOÄ aber noch nicht enthalten sind?

- A berechnungsfähig nach EBM
- B analog einer nach Art, Kosten und Zeit gleichwertigen Leistung der GOÄ
- C gar nicht
- D nur mit Einzelgenehmigung der Ärztekammer
- E nur mit Einzelgenehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung

(1 Punkt)

### 41 Wie erfolgt die Abrechnung mit einem Privatpatienten?

- A Der Arzt erstellt eine Rechnung über die erbrachten Leistungen und rechnet direkt mit dem Patienten ab.
- B Der Arzt rechnet die erbrachten Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung des Landes ab, die dann eine Rechnung an den Patienten stellt.
- C Der Arzt erhält eine Pauschale für jeden Privatpatienten durch die private Krankenkasse.
- D Die Rechnung über die erbrachten Leistungen nach EBM-GOP wird vom Patienten bar bezahlt.
- E Der Arzt erhält eine Pauschale für jeden Privatpatienten durch die Kassenärztliche Vereinigung des Landes.

(1 Punkt)



**42 Welche der folgenden Aussagen sind, bezogen auf den in der GOÄ festgelegten Schwellenwert, für die Berechnung der Gebühr richtig?**

- A** Der Schwellenwert für ärztliche Leistungen entspricht dem 2,3 fachen Gebührensatz.
- B** Der Schwellenwert für technische Leistungen entspricht dem 2,5 fachen Gebührensatz.
- C** Eine über dem Schwellenwert liegende Gebühr bedarf einer besonderen Honorarvereinbarung.
- D** Eine über dem Schwellenwert liegende Gebühr darf der Arzt nicht berechnen.
- E** Eine über dem Schwellenwert liegende Gebühr muss der Arzt schriftlich begründen.
- F** Der Schwellenwert beträgt immer 1,0.

(2 Punkte)

**43 Welche der folgenden Arztgruppen dürfen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen?**

- A** Fachärzte für Allgemeinmedizin
- B** Fachärzte für Chirurgie
- C** Fachärzte für Gynäkologie
- D** Fachärzte für Orthopädie
- E** Praktische Ärzte
- F** Fachärzte für Pulmologie

(2 Punkte)

**44 Nach welcher GOÄ-GOP wird die Ausstellung einer Wiederholungs-Arzneimittelverordnung abgerechnet?**

- A** Nr. 2
- B** Nr. 3
- C** Nr. 4
- D** Nr. 5
- E** Nr. 6

(1 Punkt)

**45 Mit welchem Gebührensatz dürfen die Zuschläge in der GOÄ berechnet werden?**

- A** 1,0 facher Gebührensatz
- B** 1,15 facher Gebührensatz
- C** 1,3 facher Gebührensatz
- D** 1,8 facher Gebührensatz
- E** 2,3 facher Gebührensatz

(1 Punkt)



**46 Welche Leistungen können laut GOÄ auch telefonisch erbracht werden?**

- A Leistung nach Nr. 1 GOÄ
- B Leistung nach Nr. 2 GOÄ
- C Leistung nach Nr. 4 GOÄ
- D Leistung nach Nr. 5 GOÄ
- E Leistung nach Nr. 6 GOÄ
- F Leistung nach Nr. 8 GOÄ

(2 Punkte)

**47 Welcher Zeitaufwand ist mindestens erforderlich, damit die Leistung nach Nr. 3 GOÄ berechnungsfähig ist?**

- A 5 Minuten
- B 10 Minuten
- C 15 Minuten
- D 20 Minuten
- E 30 Minuten

(1 Punkt)

**48 Nennen Sie Inhalte einer Zahlungserinnerung!**

- A neues Zahlungsziel
- B Begrifflichkeit Mahnung
- C Rechnungsnummer der Ausgangsrechnung
- D Datum der Mahnung
- E Höhe der Mahnkosten
- F Ende des gerichtlichen Mahnverfahrens

(2 Punkte)

**49 Über wen erfolgt die Abrechnung der erbrachten ärztlichen Leistungen bei einem Arbeitsunfall?**

- A das Gesundheitsamt
- B Kassenärztliche Bundesvereinigung
- C örtliche AOK
- D zuständige Kassenärztliche Vereinigung
- E zuständiger Unfallversicherungsträger

(1 Punkt)



**50 Bei welcher Berufsgenossenschaft sind Medizinische Fachangestellte pflichtversichert?**

- A Berufsgenossenschaft für Gesundheitspflege und Wohlfahrtsdienst
- B Berufsgenossenschaft für Gesundheitspflege und Wohlfahrtsorge
- C Berufsgenossenschaft für Gesundheitspflege und Wohlfahrtsdienst
- D Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
- E Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtsdienst

(1 Punkt)

**51 Was ist bei Arzneiverordnungen im Rahmen der Unfallheilverfahren zu beachten?**

- A Freivermerk "Gebührenfrei" ankreuzen
- B Angabe Unfallbetrieb
- C Angabe Art der Verletzung
- D Ankreuzen Kästchen 8
- E Ankreuzen Kästchen 9 mit "U"
- F Ankreuzen "aut idem"

(2 Punkte)

**52 Was muss bei einer Einzelverordnung von Impfstoff beachtet werden?**

- A "Achtung Impfstoff" auf die Verordnung
- B Ausstellung als Sprechstundenbedarf
- C Ausstellung auf den Patienten
- D Kästchen 8 markieren
- E Kästchen 9 markieren
- F Einzelverordnung bedeutet, ein Impfstoff pro Rezept ist zu verordnen

(2 Punkte)

**53 Welchen Formtext verwendet der D-Arzt für seinen Bericht an den Unfallversicherungsträger?**

- A ärztliche Unfallmeldung F1000
- B Briefbogen mit Praxisstempel
- C Durchschrift der AU-Bescheinigung
- D Rückseite des Abrechnungsscheines (Muster 5)
- E ärztliche Unfallmeldung F1050

(1 Punkt)



**54 Welche Aufgaben hat der erstbehandelnde Arzt im Rahmen der allgemeinen Heilbehandlung?**

- A Bericht an den Hausarzt des Verletzten
- B Bericht an den zuständigen Unfallversicherungsträger
- C Entscheidung über eine notwendige Vorstellung des Verletzten beim D-Arzt
- D Mitteilung (sofort telefonisch) an den Arbeitgeber über Art und Dauer der Verletzung
- E Schätzung der Gesamtkosten des Heilverfahrens
- F Bericht an die gesetzliche Versicherung des Patienten

(2 Punkte)

**55 Nennen Sie Träger der gesetzlichen Unfallversicherung!**

- A Berufsgenossenschaft
- B Eigenunfallversicherungen der Länder
- C Gemeindeunfallversicherungsverbände
- D Krankenkassen
- E private Versicherungsunternehmen
- F Ärztekammer

(2 Punkte)

**56 Wofür ist die gesetzliche Unfallversicherung zuständig?**

- A Arbeitsunfälle
- B häusliche Unfälle
- C Unfall im Garten bei einer Familienfeier
- D Freizeitunfälle
- E Wegeunfälle
- F Urlaubsunfälle

(2 Punkte)

**57 Was ist ein Bagatellfall im Rahmen der allgemeinen Heilbehandlung?**

- A Der Verletzte ist nicht bewusstlos.
- B Die Behandlung wird voraussichtlich spätestens innerhalb einer Woche abgeschlossen sein.
- C Die Gesamtkosten des Heilverfahrens werden wahrscheinlich nicht mehr als 250,00 Euro betragen.
- D Die Verletzung führt nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit über den Unfalltag hinaus.
- E Die Wunde blutet nicht stark.
- F Es ist eine einseitige Unterarmfraktur.

(2 Punkte)



**58 Welche Merkmale treffen auf die besondere Heilbehandlung zu?**

- A** fachärztliche Behandlung einer Unfallverletzung, die wegen ihrer Art und Schwere besondere unfallmedizinische Qualifikation verlangt
- B** Behandlung durch Fachärzte für Allgemeinmedizin
- C** kein besonderer personeller oder apparativ-technischer Aufwand erforderlich
- D** Arbeitsunfähigkeit nur am Unfalltag und Dauer der Behandlung nicht länger als eine Woche
- E** Einleiten von medizinischen und schulischen/beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen nicht erlaubt
- F** Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln ist möglich

(2 Punkte)

**59 Wer finanziert die gesetzliche Unfallversicherung?**

- A** Arbeitgeber und Arbeitnehmer je zur Hälfte
- B** der Staat durch Steuereinnahmen
- C** nur die Arbeitgeber
- D** nur die Arbeitnehmer
- E** Rentenversicherungsträger

(1 Punkt)

**60 Welche Aufgaben gehören nicht zu den Aufgaben der gesetzlichen Unfallversicherung?**

- A** Verhütung von Arbeitsunfällen
- B** Kostenübernahme bei den Kinder-Vorsorgeuntersuchungen
- C** Heilung von Unfallverletzten durch Heilbehandlung
- D** finanzielle Entschädigung für Unfallfolgen
- E** Einleitung von beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen

(1 Punkt)

**61** Frau Winter, 64 Jahre, versichert bei der AOK Nordost, hat in ihrem Urlaub einen Fahrradunfall auf dem Weg zum Einkaufen. Bei diesem Sturz hat sich ein großer Holzsplitter in den rechten Oberarm gebohrt. Sie zieht sich eine große Schürfwunde am rechten Bein zu und begibt sich zur Behandlung zum Hausarzt.

**Welcher Kostenträger ist in diesem Fall zuständig?**

- A AOK Nordost
- B Pflegeversicherung der AOK Nordost
- C gesetzliche Unfallversicherung
- D zuständige Berufsgenossenschaft des Supermarktes
- E Straßenbauamt

(1 Punkt)

**62** Die Größe der Wunde ist entscheidend bei der Abrechnung.

**Definieren Sie die Größe von Wunden bei kleinchirurgischen Eingriffen unter den Gesichtspunkten Länge, Fläche und Raum!**

- A Eine Wunde ist groß, wenn sie länger als 3 cm ist.
- B Eine große Wunde ist klein, wenn die Fläche kleiner als 5 cm<sup>2</sup> ist.
- C Eine Wunde ist groß, wenn der Raum größer als 1 cm<sup>3</sup> ist.
- D Eine Wunde ist klein, wenn die Fläche größer als 2 cm ist.
- E Eine Wunde ist klein, wenn der Raum unter 3 cm<sup>3</sup> liegt.
- F Eine Wunde wird im EBM nicht weiter definiert, da sie grundsätzlich operativ behandlungsbedürftig ist.

(2 Punkte)

**63** Welche der folgenden Aussagen treffen zu, wenn mehrere Wunden zugleich versorgt werden und die Leistungen bei einem Patienten mit Privatversicherung abgerechnet werden?

- A Die Wundversorgung kann nur einmal je Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet werden.
- B Es sind höchstens Leistungen für zwei große Wunden nebeneinander berechnungsfähig.
- C Für jede Wunde kann die Leistung abgerechnet werden.
- D Hinter jeder Leistung muss der versorgte Wundbereich angegeben werden.
- E Nur Leistungen für eine kleine und eine große Wunde sind berechnungsfähig.
- F Die Abrechnung der Wunden erfolgt nur nach dem EBM.

(2 Punkte)



**64 Welche Leistungen der Wundversorgung sind in den jeweiligen Gebührenordnungspositionen bzw. Abrechnungsnummern enthalten?**

- A EBM - Anästhesieleistung
- B GOÄ - Impfleistung
- C EBM - Impfleistung
- D GOÄ - Erstverband
- E GOÄ - Orthese
- F GOÄ - Anästhesieleistung

(2 Punkte)

MUSTER  
Nicht ausfüllen!

Verwaltung Sommer 2021

	A	B	C	D	E	F
1	■	□	■	□	□	□
2	□	■	□	■	□	□
3	□	■	□	□	■	□
4	□	■	□	■	□	□
5	□	■	□	□	□	
6	■	□	□	□	■	□
7	■	□	■	□	□	□
8	□	□	□	■	□	
9	■	□	□	□	□	
10	□	□	□	■	□	

	A	B	C	D	E	F
31	□	□	■	□	□	
32	□	□	■	■	□	□
33	■	□	□	■	□	□
34	□	■	□	□	■	□
35	□	□	■	□	□	
36	■	□	■	□	□	□
37	□	□	□	■	□	
38	■	□	□	□	□	■
39	■	□	□	□	■	□
40	□	■	□	□	□	

	A	B	C	D	E	F
11	□	□	■	■	□	□
12	□	□	□	□	■	
13	□	□	□	□	■	■
14	□	□	□	■	□	
15	□	■	□	□	□	
16	□	□	■	□	□	
17	□	■	□	□	□	■
18	■	□	□	■	□	□
19	□	□	■	□	□	
20	□	□	□	□	■	

	A	B	C	D	E	F
41	■	□	□	□	□	
42	■	□	□	□	■	□
43	■	□	□	□	■	□
44	■	□	□	□	□	
45	■	□	□	□	□	
46	■	■	□	□	□	□
47	□	■	□	□	□	
48	■	□	■	□	□	□
49	□	□	□	□	■	
50	□	□	□	■	□	

	A	B	C	D	E	F
21	■	□	□	□	□	
22	□	□	■	□	■	□
23	■	■	□	□	□	□
24	□	□	■	□	□	
25	□	□	■	□	□	
26	■	□	■	□	□	□
27	□	□	□	■	□	
28	□	■	□	□	□	■
29	□	□	■	□	■	□
30	□	□	□	■	□	■

	A	B	C	D	E	F
51	■	■	□	□	□	□
52	□	□	■	■	□	□
53	■	□	□	□	□	
54	□	■	■	□	□	□
55	■	□	■	□	□	□
56	■	□	□	□	■	□
57	□	■	□	■	□	□
58	■	□	□	□	□	■
59	□	□	■	□	□	
60	□	■	□	□	□	

	A	B	C	D	E	F
61	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
62	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUSTER  
Nicht ausfüllen!