



EUROPA FACHBUCHREIHE  
für Berufe im Gesundheitswesen

**Dr. med. Susanne Nebel,  
Bettina Vogedes**

---

# **Medizinische Fachangestellte**

## **Patientenbetreuung und Abrechnung**

**Band 1 – Grundlagen**

13. Auflage

**Lösungen**

VERLAG EUROPA-LEHRMITTEL · Nourney, Vollmer GmbH & Co. KG  
Düsselberger Straße 23 · 42781 Haan-Gruiten

**Europa-Nr.: 65292L (unbegrenzte Lizenz) · 65292V (Jahreslizenz)**

---

Autoren:

Dr. med. Susanne Nebel, Mettmann  
Bettina Vogedes, Mönchengladbach

13. Auflage 2021  
Druck 5 4 3 2 1

Alle Drucke derselben Auflage sind parallel einsetzbar, da sie bis auf die Korrektur von Druckfehlern identisch sind.

ISBN 978-3-8085-6518-6 (unbegrenzte Lizenz)  
ISBN 978-3-8085-6517-9 (Jahreslizenz)

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden.

© 2021 by Verlag Europa-Lehrmittel, Nourney, Vollmer GmbH & Co. KG, 42781 Haan-Gruiten  
[www.europa-lehrmittel.de](http://www.europa-lehrmittel.de)

Umschlag: tiff.any GmbH, 10999 Berlin  
Satz: Typework Layoutsatz & Grafik GmbH, 86167 Augsburg

**Kapitel 1.1: Voraussetzungen**

1. In Deutschland erfolgt die ambulante und stationäre Versorgung der Patienten weitgehend unabhängig voneinander. Die ambulante Versorgung übernehmen hauptsächlich freiberuflich tätige, niedergelassene Ärzte; die stationäre Versorgung im Krankenhaus übernehmen die zumeist angestellten Krankenhausärzte.
2. Niedergelassener Arzt
3. Bei der ambulanten Behandlung verlässt der Patient nach Diagnostik und Therapie die Arztpraxis wieder, während bei der stationären Behandlung der Patient in einem Krankenhaus über Nacht bleibt.
4. Ein Vertragsarzt hat eine Zulassung von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und darf gesetzlich Krankenversicherte ambulant behandeln und abrechnen.
5. Mit der zuständigen KV
6. An der Aufschrift: „Privat und alle Kassen“
7. Ein approbierter Arzt hat eine Approbationsurkunde vom zuständigen Regierungspräsidenten erhalten und ist berechtigt, den Arztberuf auszuüben.
8. Der Titel „Doktor“ besagt, dass die betreffende Person eine wissenschaftliche Arbeit verfasst hat. Wissenschaftliche Arbeiten können alle Hochschulabsolventen aus verschiedenen Bereichen verfassen, also auch z. B. Pädagogen, Chemiker oder Apotheker. Man kann also nicht aus dem Titel „Doktor“ auf die Berufsgruppe Arzt schließen.
9. Für den Facharztstitel muss der approbierte Arzt zunächst eine Weiterbildung in einem bestimmten Gebiet der Medizin absolvieren. Am Ende der Weiterbildungszeit erfolgt eine Prüfung vor der Ärztekammer.
10. a) Urologe  
b) Chirurg  
c) Kardiologe  
d) Gynäkologe  
e) Neurologe  
f) Gastroenterologe  
g) Anästhesist
11. Eine Schwerpunktkompetenz ist eine zusätzliche Spezialisierung in einem Gebiet der Medizin.
12. Akupunktur, Allergologie, Diabetologie, Flugmedizin, Homöopathie, Naturheilverfahren, Phlebologie, Palliativmedizin, Schlafmedizin, Sportmedizin
13. Aberkennung des Facharztstitels, Entzug der Zulassung als Vertragsarzt
14. Medizinstudium, Approbation, Weiterbildung zum Facharzt, Eintragung in das Arztregister der KV, Niederlassung, Zulassung durch den Zulassungsausschuss der KV
15. Die Zulassung berechtigt, ambulante Behandlung bei gesetzlich Krankenversicherten über die zuständige KV abzurechnen. Die Ermächtigung ermöglicht Ärzten ohne Zulassung, in begrenztem Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen (z. B. Krankenhausärzte, die eine besondere Facharztbezeichnung haben).

16. Der psychologische Psychotherapeut ist ein Psychologe mit Diplom-, Bachelor- oder Masterabschluss und nimmt an der vertragsärztlichen Versorgung teil, ohne selbst Arzt zu sein.
17. Belegärzte

### **Kapitel 1.2: Formen der Berufsausübung**

1. In einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) üben mindestens zwei Ärzte den Beruf gemeinschaftlich aus. Berufsausübungsgemeinschaften haben nur eine Patientenkartei und rechnen gemeinsam mit der KV ab. Die Errichtung einer BAG muss von der KV zuvor genehmigt werden. In einer Praxisgemeinschaft arbeiten mindestens zwei Ärzte voneinander unabhängig. Jeder führt seine eigene Patientenkartei und rechnet eigenständig mit der KV ab. Die Zusammenarbeit erfolgt aus wirtschaftlichen Gründen, da die Ärzte sich Räume, Geräte und Personal teilen. Die Einrichtung einer Praxisgemeinschaft bedarf keiner Genehmigung durch die KV.
2. In der Einzelpraxis bestimmt der Praxisinhaber alleine und muss sich nicht mit anderen absprechen. Im Krankheitsfall muss der Praxisbetrieb ruhen, während die Kosten weiterlaufen.
3.
  - a) Die Apparatgemeinschaft ist ein Zusammenschluss von Ärzten zur gemeinsamen Nutzung von Apparaten (z. B. Lungenfunktionsmessgerät). Die Abrechnung der Apparateleistungen erfolgt durch den Arzt, der die Untersuchung angefordert hat.
  - b) Die Laborgemeinschaft ist ein Zusammenschluss von Ärzten zur gemeinsamen Durchführung von Laborleistungen. Die Abrechnung erfolgt durch die Laborgemeinschaft.
4. In örtlichen Berufsausübungsgemeinschaften (auch Gemeinschaftspraxen genannt) üben mindestens zwei Ärzte zusammen den Beruf in einer Praxis bzw. an einer Betriebsstätte aus. Bei überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften üben mindestens zwei Ärzte an mindestens zwei Betriebsstätten (in zwei Praxen) den Beruf gemeinschaftlich aus.
5. Das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) ist eine medizinische Einrichtung, in der mehrere Ärzte tätig sind. Es kann von Ärzten, aber auch von Krankenhäusern, gemeinnützigen Trägern, Kommunen oder anderen gegründet werden. Die Abrechnung der ärztlichen Leistungen erfolgt gemeinschaftlich durch das MVZ.
6. Das MVZ muss durch einen Arzt geleitet werden. Gründer oder Geschäftsführer können auch Nicht-Ärzte sein.

### **Kapitel 1.3: Berufsständische Organisationen**

1. Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen sind „Körperschaften des öffentlichen Rechts“. Solche Körperschaften sind gesetzlich vorgeschrieben und übernehmen öffentliche Aufgaben. Die Ärzte sind aufgrund ihres Berufsstandes Pflichtmitglieder der Ärztekammer ihres Bundeslandes, Vertragsärzte sind zudem Pflichtmitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung ihres Bundeslandes.
2. Vereine sind freiwillige Zusammenschlüsse von Interessengemeinschaften. Die Mitgliedschaft im Verein ist kündbar, der Verein selbst kann sich jederzeit wieder auflösen. Die berufsständischen Organisationen der Ärzte (Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen) sind gesetzlich vorgeschrieben, die Mitgliedschaft ist für die betreffenden Personen verpflichtend.
3. Landesärztekammer seines Bundeslandes

4. Auch approbierte Ärzte im Ruhestand bleiben Pflichtmitglieder ihrer zuständigen Landesärztekammer.
5. In Nordrhein-Westfalen gibt es jeweils zwei Ärztekammern und zwei Kassenärztliche Vereinigungen (für den Bereich Nordrhein und für den Bereich Westfalen-Lippe).
6. Die zuständige Landesärztekammer
7. Erstellung einer Berufsordnung für Ärzte, Überwachung der ärztlichen Berufspflichten, Einrichtung von Kommissionen wie Ethikkommission und Schlichtungskommission, Festlegung der Weiterbildungsordnung und Durchführung der Weiterbildungsprüfungen, Anbieter von Fortbildungsprogrammen, Erstellung der Ausbildungsordnung für MFA und Durchführung der MFA-Prüfungen
8. Die Bundesärztekammer ist keine Körperschaft des öffentlichen Rechts, sondern eine Vertreterversammlung der Landesärztekammern. Dort gefasste Beschlüsse haben für die Landesärztekammern nur empfehlenden Charakter.
9. Vertragsärzte, in einer Praxis angestellte Ärzte mit Zulassung, Vertragspsychotherapeuten, ermächtigte Ärzte
10. Vor Errichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen schlossen die Krankenkassen mit den niedergelassenen Ärzten Einzelverträge ab. Die Höhe der Vergütung wurde von den Krankenkassen willkürlich je nach Arzt festgelegt und führte zu wirtschaftlichen Problemen der Kassenärzte. Durch den Zusammenschluss der Kassenärzte muss sich nicht mehr jeder einzelne Arzt gegenüber den Krankenkassen behaupten, die Interessen werden gemeinschaftlich vorgetragen.
11. Wenn der Arzt aufgrund eines grippalen Infektes einen Kururlaub verordnet
12. Eine Lungenfunktionsdiagnostik bei Fußpilz
13. Zunächst führt die KV beim Vertragsarzt eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durch. Hier wird geklärt, ob Praxisbesonderheiten das Verhalten des Arztes verursacht haben. Bleibt das Verhalten des Arztes weiterhin unwirtschaftlich oder unplausibel, muss der Arzt mit Honorarkürzungen und Honorarrückforderungen (Regress) rechnen.
14. Sind in einer Region genug Vertragsärzte einer bestimmten Fachrichtung vorhanden, dürfen dort keine weiteren Zulassungen für niedergelassene Ärzte dieser Fachrichtung ausgesprochen werden.
15.
  - a) Interessenvertretung
  - b) Gewährleistungsauftrag
  - c) Sicherstellungsauftrag
  - d) Gewährleistungsauftrag
  - e) Sicherstellungsauftrag
  - f) Interessenvertretung
  - g) Interessenvertretung
  - h) Gewährleistungsauftrag
  - i) Sicherstellungsauftrag
  - j) Sicherstellungsauftrag
  - k) Interessenvertretung
  - l) Interessenvertretung

16. Der Gemeinsame Bundesausschuss stellt verbindliche Richtlinien für die zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten auf. Hier wird z. B. festgelegt, welche Therapie zur Behandlung eines Diabetes mellitus von den Krankenkassen übernommen wird. Dort nicht festgelegte Therapiestandards müssen von den Versicherten privat gezahlt werden.
17. Marburger Bund, Hartmann-Bund, NAV-Virchow-Bund, Deutscher Hausärzteverband, Berufsverband Deutscher Internisten (BDI), Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie
18. Freiwilliger Verband für Ärzte und Fachärzte, der sich ähnlich wie eine Gewerkschaft für die ärztlichen Interessen einsetzt.

#### **Kapitel 1.4.1: Das vertragsärztliche Viereckmodell**

1. Durch Vorlage der Gesundheitskarte vor Beginn der ärztlichen Behandlung dokumentiert der Patient seinen Behandlungsanspruch durch die gesetzliche Krankenversicherung.
2. Vertragsarzt, Patient, Krankenkasse, Kassenärztliche Vereinigung
3. a) Der gesetzlich Krankenversicherte legt vor Beginn der Behandlung seine Gesundheitskarte vor, der Vertragsarzt behandelt den gesetzlich Krankenversicherten.  
b) Der gesetzlich Krankenversicherte zahlt einen monatlichen Beitrag an die gesetzliche Krankenkasse. Von dieser erhält er eine Gesundheitskarte, mit der er seinen Behandlungsanspruch beim Arzt dokumentieren kann.  
c) Der Vertragsarzt reicht am Ende eines Quartals seine Abrechnung bei der zuständigen KV ein. Die KV zahlt dem Arzt auf der Grundlage des Honorarverteilungsvertrags das Honorar aus.  
d) Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten von den Krankenkassen eine Gesamtvergütung für alle Leistungen ihrer Versicherten. Die KV übersendet den Krankenkassen die Abrechnungsunterlagen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen leisten Gewähr für die korrekte Abrechnung der Vertragsärzte.

#### **Kapitel 1.4.2: Ärztliche Pflichten**

1. Sorgfaltspflicht, Schweigepflicht, Meldepflicht, Dokumentationspflicht, Aufbewahrungspflicht, Aufklärungs- und Einwilligungspflicht, Haftpflicht, Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung, Pflicht zum Aushang amtlicher Texte, Präsenzplicht
2. Verstoß gegen die Sorgfaltspflicht, die Schweigepflicht, die Aufklärungs- und Einwilligungspflicht, die Aufbewahrungspflicht
3. Die Schweigepflicht gilt gegenüber allen anderen Personen, auch gegenüber Familienangehörigen, dem Arbeitgeber, Behörden, Gerichten.
4. Die Schweigepflicht endet nie.
5. Nur, wenn sich der Patient auf die Verschwiegenheit des Arztes und des Personals verlassen kann, entsteht ein Vertrauensverhältnis, das für den Behandlungserfolg von Bedeutung ist.
6. Aufklärung über die Behandlung und Einwilligung des Patienten.
7. a) 10 Jahre                      b) 10 Jahre                      c) 15 Jahre  
d) 10 Jahre                      e) 30 Jahre                      f) 10 Jahre

8. Jeder Patient ist berechtigt, seine Unterlagen ausgehändigt zu bekommen, soweit diese objektive Befunde enthalten.
9. Operative Eingriffe, eigenständige Untersuchung des Patienten, medikamentöse Verordnungen
10. Er kann sich an die zuständige Ärztekammer wenden, die Gutachter- und Schlichtungsstellen eingerichtet hat.
11. Jugendarbeitsschutzgesetz, Mutterschutzgesetz, Röntgenverordnung, Strahlenschutzverordnung, Unfallverhütungsvorschriften
12. Präsenzpflcht: Der Vertragsarzt ist verpflichtet, seine Sprechstunden an seinem Praxissitz zu halten und seine Sprechzeiten bekannt zu geben. Residenzpflicht: Der Vertragsarzt ist verpflichtet, seinen Wohnsitz so zu wählen, dass er für die Versorgung seiner Patienten an seinem Vertragsarztsitz zur Verfügung steht.

### **Kapitel 1.4.3: Verträge zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen**

1. Die Krankenkassen zahlen der Kassenärztlichen Vereinigung eine Gesamtvergütung für alle Leistungen, die in dem Bundesland bei ihren Versicherten durch Vertragsärzte erbracht wurden. Die KV sorgt für die Verteilung des Geldes an die Ärzte.
2. Die Verteilung erfolgt aufgrund eines Schlüssels, dem sogenannten Honorarverteilungsvertrag.
3. Gebührenordnung für die Abrechnung von Leistungen bei gesetzlich Krankenversicherten im EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab), Vordruckvereinbarungen für die bundesweit gültigen Kassenformulare
4. Einheitlicher Bewertungsmaßstab
5. Der EBM beinhaltet alle Leistungen, die zulasten der gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden können.
6. Leistungen, die nicht im EBM aufgeführt sind, muss der Patient selbst zahlen.

### **Kapitel 1.4.4: Besondere Versorgungsformen**

1. Mit dem Hausärzteverband
2. Behandlung nach anerkannten Leitlinien, Teilnahme an Qualitätszirkeln zur Arzneitherapie, Erfüllung der Fortbildungspflicht, Einführung eines Qualitätsmanagements
3. Festlegung auf einen Hausarzt für ein Jahr, ambulante fachärztliche Leistungen nur mit Überweisung durch den Hausarzt möglich
4. Vernetzte Zusammenarbeit verschiedener Anbieter im Gesundheitswesen, z. B. Kooperation eines bestimmten Arztes mit einem bestimmten Krankenhaus, einer bestimmten Apotheke und einem bestimmten Physiotherapeuten
5. Integrierte Versorgung wird hauptsächlich für bestimmte Krankheiten wie Bandscheibenleiden angeboten.

### **Kapitel 1.5: Die vertragsärztliche Abrechnung**

1. Das Praxisverwaltungssystem ist eine Software, die die Organisation und Dokumentation der Praxisarbeiten ermöglicht. Die Telematikinfrastruktur ist ein elektronisches Netzwerk, über das verschiedene Beteiligte des Gesundheitssystems miteinander kommunizieren können.
2. Der Konnektor verbindet das Kartenterminal und das Praxisverwaltungssystem per Netzwerk mit der Telematikinfrastruktur.
3. Beim Einlesen der Versichertenkarte im Kartenterminal werden die auf der Karte gespeicherten Daten über die Telematikinfrastruktur der Krankenkasse mitgeteilt. Dort erfolgt ein Abgleich der Daten. Es wird auf Glütigkeit und Aktualität geprüft. Liegen der Krankenkassen Datenänderungen vor, können diese sofort auf der Karte gespeichert werden.
4. International Classification of Diseases – 10. Version-German Modification
5. Alle Behandlungsdiagnosen des Quartals
6. Maximal 5 Stellen
7. A = Ausschluss einer Erkrankung  
V = Verdacht auf eine Erkrankung  
G = gesicherte Diagnose  
Z = symptomloser Endzustand nach überstandener Krankheit
8. R = rechts  
L = links  
B = beidseitig
9. Die Übermittlung der Abrechnungsdaten erfolgt grundsätzlich online.
10. Abrechnungsscheine von Patienten, die sich nicht mit einer Gesundheitskarte ausweisen, und die persönlich unterschriebene Sammelerklärung.
11. Der Arzt erklärt durch seine Unterschrift unter die Sammelerklärung, dass er ordnungsgemäß abgerechnet hat.
12. QES bedeutet „qualifizierte elektronische Signatur“. Die QES übernimmt im Rahmen des digitalen Informationsaustausches die rechtssichere elektronische Unterschrift des Arztes.
13. Die Übertragung der Abrechnungsdaten erfolgt direkt vom Praxis-PC zur KV-Abrechnungsstelle.
14. Die Praxis logt sich am KV-Portal ein und lädt die Abrechnungsdateien hoch. Vor dem Versand der Dateien muss sich die Praxis mithilfe einer Nummer, die von einem TAN-Generator ausgegeben wird authentifizieren. Die TAN-Nummer entfällt, wenn der Zugang zum KV-Portal über die Telematikinfrastruktur und einem KIM-Dienstleister erfolgt.



**Kapitel 2.1.1: Kostenträger der gesetzlich krankenversicherten Patienten**

1. Die gesetzlichen Krankenkassen haben die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder den Gesundheitszustand zu verbessern.
2. Ca. 100 (Anmerkung: Langfristig halten Politiker 30–50 Krankenkassen für ausreichend.)
3. Landwirtschaftliche Krankenkasse, regional arbeitende Krankenkassen
4. a) AOK, IKK, BKK, LKK, Knappschaft  
b) Barmer, DAK, TK, KKH, hkk, HEK

**Kapitel 2.1.2: Mitglieder und Beiträge der gesetzlichen Krankenkassen**

1. Die Sozialversicherungen sind Pflichtversicherungen; das heißt, Auszubildende und andere Arbeitnehmer mit einem Verdienst unterhalb der Versicherungspflichtgrenze müssen dort versichert sein. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, den Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung direkt vom Gehalt des Arbeitnehmers abzuziehen und der Krankenkasse zu überweisen.
  2. Arbeitnehmer mit einem Bruttogehalt unterhalb der Versicherungspflichtgrenze sind Pflichtmitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung. Unter bestimmten Voraussetzungen sind die Angehörigen dieser Personen kostenfrei mitversichert. Personen, die nicht pflichtversichert sind, können freiwillig Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sein. Aus diesem Grund sind ca. 90 % der Bevölkerung in Deutschland gesetzlich krankenversichert.
  3. Die Versicherungspflichtgrenze gibt an, bis zu welchem Jahresbruttogehalt ein Arbeitnehmer Pflichtmitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Unterhalb dieser Grenze besteht Versicherungspflicht, oberhalb Versicherungsfreiheit. Bei Versicherungsfreiheit kann der Betroffene freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben oder eine private Krankenversicherung abschließen.
  4. Arbeitgeber und Arbeitnehmer zahlen je 7,85 Prozent. Somit zahlt sowohl der Arbeitnehmer als auch der Arbeitgeber je 120,26 €, also einen Gesamtbetrag von 240,52 €.
  5. Die Beitragsbemessungsgrenze gibt an, bis zu welchem Bruttogehalt ein prozentualer Anteil des Gehalts als Krankenkassenbeitrag gezahlt werden muss. Unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze zahlt er also den Prozentsatz von seinem Bruttolohn, oberhalb zahlt er einen einheitlichen Höchstbeitrag, unabhängig von der Höhe seines Gehalts.
  6. Versicherungspflichtgrenze für die gesetzliche Krankenversicherung im Jahr 2021: 5.362,50 € im Monat bzw. 64.350 € im Jahr; Beitragsbemessungsgrenze für die gesetzliche Krankenversicherung im Jahr 2021: 4.837,50 € im Monat bzw. 58.050 € im Jahr.
  7. Ehepartner mit einem Verdienst unterhalb der Grenze für geringfügig Beschäftigte; Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres; Kinder bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind; Kinder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in einer Schulausbildung befinden; Kinder ohne Altersgrenze bei Behinderung.
- 8.a) Arbeitgeber, Arbeitnehmer, Staat  
b) Anzahl der Mitglieder, Krankheitsrisiko der Mitglieder

### **Kapitel 2.1.3: Elektronische Gesundheitskarte**

1. Die elektronische Gesundheitskarte ist ein Behandlungsausweis, ein Datenspeicher und ein Zugangsschlüssel.
2. Lichtbild auf der Vorderseite, PIN, „Zwei-Schlüsselprinzip“
3. Bei der Gesundheitskarte (Vorderseite): Name der Krankenkasse, Name und Vorname des Versicherten, Institutionskennnummer, Versichertennummer
4. Innerhalb von 10 Tagen
5. Er ist berechtigt, die Leistungen privatärztlich abzurechnen.
6. Bei Missbrauch von Versichertendaten werden zunächst die gesetzlichen Krankenkassen zu Unrecht belastet. Für den Schaden kommt die Versichertengemeinschaft, also alle gesetzlich Versicherten, auf. Bei offensichtlichem Missbrauch haftet der Vertragsarzt unter Umständen persönlich für den Schaden.

### **Kapitel 2.1.4: Zuzahlungs- und Befreiungsregelung**

1.
  - Patienten unter 18 Jahren (Ausnahme: Krankenförderung)
  - Verordnungen im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft
  - Patienten mit Befreiungsausweis
2. Wenn er im laufenden Kalenderjahr Quittungen über geleistete Zuzahlungen in Höhe von 2 % seines Jahresbruttoeinkommens vorweisen kann
3. Als schwerwiegend chronisch krank gilt, wer mindestens ein Jahr lang einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde und zusätzlich eine Schwerbeschädigung von mindestens 60 % aufweist, Pflegegrad 3, 4 oder 5 aufweist oder dauerhaft medizinisch versorgt werden muss.
4. Wenn er im laufenden Kalenderjahr Quittungen über geleistete Zuzahlungen in Höhe von 1 % seines Jahresbruttoeinkommens vorweisen kann
5. Bei seiner zuständigen Krankenkasse
6. Für den Rest des laufenden Kalenderjahres
7. a) Belastungsgrenze (2 %): 168 €; Belastungsgrenze (1 %): 84 €  
b) Belastungsgrenze (2 %): 211,44 €; Belastungsgrenze (1 %): 105,72 €  
c) Belastungsgrenze (2 %): 1.714,38 €; Belastungsgrenze (1 %): 857,19 €

### Kapitel 2.1.5: Wahltarife

1. Durch Wahltarife wird der Wettbewerb der verschiedenen Krankenkassen gestärkt. Krankenkassen mit attraktiven Wahltarifen können mehr Kunden gewinnen.

Tarif	Vorteil/Nachteil
<b>Selbstbehalttarif:</b> Versicherter erhält einen Bonus, wenn er einen Teil seiner verursachten Kosten selbst übernimmt.	Bei geringen Krankheitskosten profitiert der Versicherte, bei hohen zahlt er dazu.
<b>Beitragsrückerstattung:</b> Versicherter erhält einen Bonus (Rückerstattung eines Monatsbeitrags), wenn er und seine kostenfrei mitversicherten Familienangehörigen ein Jahr lang keine Leistungen in Anspruch nehmen.	Risikoarmer Wahltarif, der allerdings möglicherweise vom notwendigen Arztbesuch abhält, um den Bonus nicht zu verspielen
<b>Teilnahme an besonderen Versorgungsprogrammen:</b> Versicherter erhält einen Bonus, wenn er an einem Versorgungsprogramm wie DMP, hausarztzentrierte Versorgung oder integrierte Versorgung teilnimmt.	Versicherter profitiert von der besonderen Versorgungsform, muss sich allerdings an seine Verpflichtungen halten.
<b>Kostenerstattung:</b> Patienten bezahlen die Behandlungskosten zunächst selbst und reichen anschließend die Rechnungen zur Kostenerstattung ihrer Krankenkasse ein.	Versicherte treten in der Praxis als Privatpatienten auf und werden auch als solche behandelt bzw. abgerechnet. Für die Versicherten ist nicht absehbar, wie hoch die Kostenerstattung der Krankenkasse ausfällt, da die gesetzlichen Krankenkassen nur die Kosten übernehmen, die im Regelfall beim gesetzlich Versicherten anfallen würden.

3. Gesetzlich Versicherte mit dem Wahltarif „Kostenerstattung“ werden wie Privatpatienten nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet, während im Regelfall gesetzlich Versicherte nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgerechnet werden. Häufig werden die Leistungen in der GOÄ höher vergütet als im EBM. Die Differenz der Kosten trägt der Versicherte.

### Kapitel 2.1.6: Leistungen

1. Dienstleistungen sind Maßnahmen an einem Menschen, z. B. die ärztliche Behandlung eines Patienten. Sachleistungen sind Waren, z. B. Arzneimittel.
2. Gesetzliche Krankenkassen haben die Möglichkeit, freiwillige Leistungen (Satzungsleistungen) anzubieten, die variieren können. Die gesetzlich vorgeschriebenen Pflichtleistungen (Regelleistungen) müssen alle gesetzlichen Krankenkassen anbieten.
3. Zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen, zusätzliche Impfungen, bestimmte Naturheilverfahren

4. Das Wirtschaftlichkeitsgebot besagt, dass die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen.
5. Es gilt für alle Beteiligten: Versicherte, Ärzte und Krankenkassen.
6. Individuelle Gesundheitsleistungen muss der Patient selbst zahlen.
7. Der Gemeinsame Bundesausschuss
8. Präventive Leistungen dienen der Vorsorge und Früherkennung; kurative Leistungen dienen der Diagnostik und Therapie von Krankheiten.
9. präventive Leistungen: Vorsorgekuren, empfohlene Schutzimpfungen, 10 Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (U1–U9 + U7a), Jugendgesundheitsuntersuchung (J1), Gesundheitsuntersuchung, Hautkrebs-Screening, Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Frauen und Männern, Vorsorgekoloskopie, DMP  
kurative Leistungen: ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, häusliche Krankenpflege, stationäre Krankenhausbehandlung, Psychotherapie, Rehabilitationsmaßnahmen
10. Wenn die Impfungen vom Robert-Koch-Institut für Deutschland empfohlen sind
11. Mutterschaftsgeld und Krankengeld
12. Sechs Wochen vor bis acht Wochen nach der Geburt des Kindes
13. Nach Wegfall der Lohnfortzahlung, das heißt, sechs Wochen nach Beginn der krankheitsbedingten Arbeitsunterbrechung
14. 70 % des Bruttoeinkommens

### **Kapitel 2.2.1: Private Krankenversicherungsunternehmen**

1. Arbeitnehmer mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze haben die Möglichkeit, eine private Krankenversicherung abzuschließen. Durch diese Tatsache lässt sich die Vermutung von Kristina nachvollziehen. Allerdings können auch die meisten Beamten sowie Selbstständige und Freiberufler eine private Krankenversicherung abschließen, unabhängig von der Höhe ihres Einkommens. Damit ist eine private Krankenversicherung nicht ausschließlich „Reichen“ vorbehalten.
2.
  - Patienten ohne gültigen Behandlungsausweis
  - gesetzlich Versicherte bei IGeL
  - gesetzlich Versicherte mit Kostenerstattung
  - privat Versicherte
3. nach der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte)
4. nach dem Äquivalenz- und Risikoprinzip (Art der versicherten Leistung, Eintrittsalter, Krankheitsrisiko)
5. Mehrausgaben durch allgemeine Kostensteigerung, neue medizinische Behandlungsmethoden oder längere Lebenserwartung werden sofort an die Versicherten weitergegeben.

6. Aufgrund des Behandlungsvertrags zwischen Arzt und Patient ist der Patient verpflichtet, das vereinbarte Honorar in vollem Umfang nach Erhalt der Liquidation zu begleichen, unabhängig davon, ob oder in welcher Höhe seine Versicherung für die Kosten aufkommt. Auf die Kostenerstattung durch die Versicherung des Patienten braucht ein Arzt nicht zu warten.

### **Kapitel 2.2.2: Private Vollversicherung**

1.
  - Arbeiter und Angestellte mit einem Gehalt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze
  - Selbstständige, Unternehmer, Freiberufler
2. maximal die Hälfte des Versicherungsbeitrags aber nicht mehr als der Arbeitgeberanteil einer gesetzlichen Krankenversicherung
3. a) Kostenfreie Familienmitversicherung gibt es nur bei den gesetzlichen Krankenkassen.  
b) Der versicherte Leistungsumfang ist bei der gesetzlichen Krankenversicherung gesetzlich vorgeschrieben. Leistungen außerhalb des Leistungskatalogs werden nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Bei privaten Krankenversicherungen bestimmt der Versicherungsnehmer den Leistungsumfang selbst und zahlt entsprechend hohe oder niedrige Beiträge.  
c) Gesetzlich Versicherte haben freie Arztwahl nur unter den Vertragsärzten, während die privat Versicherten sich von jedem Arzt behandeln lassen können.  
d) Die Zuzahlungsregelung gilt nur für gesetzlich Versicherte.  
e) Die private Krankenversicherung deckt im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung Krankengeld nicht ab. Aus diesem Grund müssen privat Krankenversicherte zusätzlich eine Krankentagegeldversicherung abschließen.

### **Kapitel 2.2.3: Beihilfe und private Teilversicherung**

1. Mitarbeiter des öffentlichen Dienstes (z. B. Lehrer)
2. Treuepflicht des Mitarbeiters gegenüber seinem Dienstherrn, Versorgungspflicht des Dienstherrn gegenüber seinem Mitarbeiter
3. 50–80 Prozent
4. eine private Krankenversicherung

### **Kapitel 2.2.4: Private Zusatzversicherung**

1.
  - Krankenhauszusatzversicherung
  - ambulante Zusatzversicherung (nur bei Kostenerstattung)
  - Zusatz- und Ergänzungsversicherung
  - Auslandskrankenversicherung
2. bei Reisen ins Ausland

### **Kapitel 2.2.5: Brancheneinheitliche Tarife der privaten Krankenversicherung**

1. Die privaten Krankenversicherungen sind gesetzlich verpflichtet für Personen, die sich die Tarife nicht mehr leisten können, Billigtarife anzubieten.
2. Basistarif, Standardtarif, Notlagentarif
3. Basistarif:
  - freiwillig gesetzlich Versicherte innerhalb von 6 Monaten nach Eintritt der freiwilligen Mitgliedschaft
  - Beihilfeberechtigte
  - Personen, die nicht in der GKV versicherungspflichtig sind bzw. keine Sozialhilfe oder Asylhilfe erhalten
  - Privatversicherte, die seit 2009 Mitglied in der privaten Versicherung sind
  - Privatversicherte, die vor 2009 Mitglied der privaten Versicherung wurden unter bestimmten VoraussetzungenStandardtarif:
  - nur Privatversicherte, die vor 2009 Mitglied der privaten Versicherung wurden unter bestimmten Voraussetzungen
4. Der Beitrag darf nicht höher sein als der Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung
5. Vorerkrankungen des Versicherten
6. Die Sicherstellung der Behandlung von Patienten in den beiden Tarifen übernimmt die Kassenärztliche Bundesvereinigung
7. Der Standardtarif ist in der Regel günstiger als der Basistarif. Ehepaare zahlen im Basistarif den doppelten, im Standardtarif den 1,5-fachen Beitrag. Der Leistungsumfang ist im Standardtarif geringer als im Basistarif.
8. Wenn ein privat Versicherter trotz mehrfacher Mahnung seine monatlichen Beiträge nicht zahlt
9. Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen, Mutterschaftsvorsorge, Kinder- und Jugendvorsorge, Impfungen
10. 100–125 Euro im Monat
11. Wenn er seine Rückstände einschließlich der Säumniszuschläge zurückgezahlt hat.

### **Kapitel 2.3.1: Freie Heilfürsorge**

1. Sammelbegriff für verschiedene Kostenträger, die neben den gesetzlichen Krankenkassen durch eigene Verträge am vertragsärztlichen System teilnehmen
2. Da jeder Kostenträger aus dem Bereich der „Sonstigen Kostenträger“ einen eigenständigen Vertrag mit der Landes-KV oder der KBV abgeschlossen hat
3. Versichertenkarten oder Vordrucke
4. Freie Heilfürsorge ist die unentgeltliche Krankenversorgung für bestimmte Personengruppen.
5. Soldaten der Bundeswehr: nur mit Überweisungsauftrag, Polizeibeamte der Bundespolizei und Polizeibeamte der Länder: je nach Region voller Umfang oder nur mit Überweisungsauftrag

6. In Notfällen kann der Vertragsarzt den Bundeswehrsoldaten behandeln. Der Soldat ist verpflichtet, innerhalb von vier Wochen dem Arzt den entsprechenden Überweisungsschein vom Truppenarzt nachzureichen, ansonsten ist der Arzt berechtigt, dem Soldaten eine Privatrechnung auszustellen. Im Notdienst genügt die Vorlage des Dienstausweises als Behandlungsausweis, die Abrechnung erfolgt dann auf Muster 19.

### **Kapitel 2.3.2: Sozialversicherungsabkommen (SVA) mit ausländischen Krankenkassen**

1. Einen Identitätsnachweis wie Reisepass oder Personalausweis
2. Der Patient füllt die »Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung« aus.
3. Der ausländische Patient darf sich eine beliebige deutsche Krankenkasse aussuchen, die die finanziellen Fragen regelt.
4. Mit den Statusziffern 1070000
5. Die Türkei zählt zu den Ländern, die ein Sozialversicherungsabkommen mit Deutschland abgeschlossen haben. In der Praxis kann als Behandlungsausweis nur ein Nationaler Anspruchsnachweis einer deutschen Krankenkasse akzeptiert werden. Vor der Behandlung muss der Patient dementsprechend eine beliebige deutsche Krankenkasse aufsuchen, die seinen Behandlungsanspruch zunächst prüft und dann den Nationalen Anspruchsnachweis ausstellt.
6. Da es kein Sozialversicherungsabkommen mit den USA gibt, wird der Patient privat behandelt und nach der GOÄ abgerechnet.

### **Kapitel 2.3.3: Bundesversorgungsgesetz (BVG)/Kriegsopferversehrte (KOV)**

1. Personen mit gesundheitlichen Schäden aus militärischen oder militärähnlichen Diensten
2. Schwerbeschädigte nach dem BVG haben eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von 50 % und mehr, Beschädigte von unter 50 %. Schwerbeschädigte sowie deren Angehörige, Hinterbliebene und Pflegepersonen haben Anspruch auf Kostenübernahme aller Behandlungskosten, während Beschädigte nur Anspruch auf Leistungen nach dem BVG bezogen auf ihre Kriegsschädigung haben.
3. Beschädigte nach dem BVG, die nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung sind, legen als Behandlungsausweis für ihr Kriegsleiden einen roten Bundesbehandlungsschein vor. Teil 1 des Scheines ist für die Abrechnung bestimmt, Teil 2 muss von der Praxis sofort an die ausstellende Krankenkasse geschickt werden.
4. Stusergänzung »6«

### **Kapitel 2.3.4: Sozialhilfeempfänger und Asylbewerber**

1. Mit einer Gesundheitskarte oder mit einem Krankenschein vom örtlichen Sozialamt
2. Die Behandlung von Asylbewerbern muss unbedingt nötig und unaufschiebbar sein. Überweisungen und Krankenhauseinweisungen müssen genehmigt werden.

### **Kapitel 2.3.5: Jugendarbeitsschutzuntersuchung**

1. Jugendliche vor Vollendung des 18. Lebensjahres vor der Aufnahme eines Beschäftigungsverhältnisses
2. Die Erstuntersuchung vor der Aufnahme der Beschäftigung und eine Folgeuntersuchung nach Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres
3. Nach der GOÄ mit einer festgelegten Komplexgebühr, die nicht gesteigert werden darf

### **Kapitel 2.3.6: Post- und Bahnbeamte**

1. Postbeamte der Gruppe A und Bahnbeamte der Beitragsklassen I, II und III
2. Postbeamte der Gruppe A legen eine Versichertenkarte der Postbeamtenkrankenkasse vor, Bahnbeamte einen Mitgliedsausweis ihrer Krankenkasse.
3. Postbeamte der Gruppe A werden wie gesetzlich Krankenversicherte nach dem EBM über die KV abgerechnet. Bahnbeamte erhalten eine Privatliquidation nach der GOÄ. Zu beachten ist, dass die Leistungen nach der GOÄ bei Bahnbeamten der Beitragsklasse I – III geringere Steigerungsmöglichkeiten haben.
4. Bei Dienstunfällen von Post- und Bahnbeamten findet das D-Arzt-Verfahren keine Anwendung, sodass jeder Vertragsarzt behandeln kann. Die Abrechnung erfolgt mit den entsprechenden Unfallkassen nach der GOÄ mit erniedrigtem Steigerungssatz.

### **Kapitel 2.4.1: Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung**

1. Man hätte den Patienten fragen können, ob er sich auf der Arbeit eine Verletzung zugezogen hat, die sein Humpeln erklären würde.
2. Berichtet der Patient von einem Unfall während der Arbeit, spricht die Situation für einen Arbeitsunfall; berichtet er hingegen, er habe die Schmerzen schon seit längerer Zeit, spricht dieses gegen einen Arbeitsunfall.
3. Sozialgesetzbuch VII
4. Die gesetzliche Unfallversicherung kommt für die Kosten im Erkrankungsfall auf und hat die Aufgabe, Arbeitsunfälle durch Aufklärung und Vorschriften zu verhindern.
5. Allein durch die Beiträge des Arbeitgebers
6. Ein Unfall ist ein zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes, schädigendes Ereignis.
7. Für private Sportunfälle und häusliche Unfälle
8. Pflichtversichert sind alle abhängig Beschäftigten, unabhängig von der Höhe des Einkommens, sowie Schüler, Studenten, Kindergartenkinder und ehrenamtlich Tätige. Freiwillig versichern können sich Unternehmer und Selbstständige.
9. Es muss sich um eine versicherte Person handeln, die bei einer versicherten Tätigkeit einen Unfall erlitten hat, der zu einem Körperschaden führte.



10. Ein Wegeunfall liegt vor, wenn sich die versicherte Person auf dem direkten Weg zur Arbeit befindet und dort einen Unfall erleidet. Unfälle auf Umwegen sind nur zur Bildung von Fahrgemeinschaften versichert oder wenn ein Kind zur Betreuung gebracht bzw. abgeholt wird.
11. Unfallschäden bei einer Blutspende oder bei Erste-Hilfe-Leistungen
12.
  - a) Kein Versicherungsfall, da keine versicherte berufliche Tätigkeit beim Unfall ausgeführt wurde
  - b) Versicherungsfall, da der direkte Weg zur Arbeit nicht zwangsläufig von zu Hause aus starten muss
  - c) Versicherungsfall, da der Unfall bei einer versicherten Tätigkeit passierte
  - d) Kein Versicherungsfall, da das Öffnen einer Colaflasche keine versicherte Tätigkeit ist (Anmerkung: Es handelt sich um einen tatsächlichen Fall, der höchstrichterlich als Arbeitsunfall abgelehnt wurde.)
  - e) Versicherungsfall, da Umwege zur Kinderbetreuung versichert sind
  - f) Versicherungsfall, da eine berufliche Tätigkeit ausgeübt wurde. Die Tatsache, dass in der Praxis Feierabend war, ist ohne Bedeutung.
  - g) Versicherungsfall, da anzunehmen ist, dass die MFA gerade eine berufliche Tätigkeit ausübte. Die Tatsache, dass ein Besen in der Praxis nicht so abgestellt werden sollte, dass ein Unfall geschehen kann, ist ohne Bedeutung.
  - h) Kein Versicherungsfall, da beamtete Lehrer nicht zum versicherten Personenkreis gehören
  - i) Kein Versicherungsfall, da keine versicherte berufliche Tätigkeit verrichtet wurde
  - j) Versicherungsfall, da der Unfall auf dem direkten Weg von der Arbeit stattfand
  - k) Versicherungsfall, da diese ehrenamtliche Tätigkeit über die Unfallversicherungen der öffentlichen Hand versichert ist

#### **Kapitel 2.4.2: Träger der gesetzlichen Unfallversicherung**

1. Gewerbliche und landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften, Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand
2. Den Patienten befragen, den Arbeitgeber des Patienten fragen, im Verzeichnis der Berufsgenossenschaften nachschlagen
3.
  - a) Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
  - b) Die Gemeindeunfallversicherung (in NRW: die Unfallkasse NRW)

#### **Kapitel 2.4.3: Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung**

1. Die Heilbehandlung umfasst die gesamte ärztliche oder zahnärztliche Behandlung, einschließlich der Kosten für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Krankenhausbehandlung und Rehabilitation.
2. Pflegegeld, Verletztengeld, Sterbegeld
3. Das Verletztengeld erhält der Betroffene nach Wegfall der Lohnfortzahlung. Es wird für maximal 78 Wochen gewährt.

### **Kapitel 2.4.4: Allgemeine Heilbehandlung**

1. Vertrag „Ärzte/Unfallversicherungsträger“
2. Vorstellungspflicht beim D-Arzt besteht, wenn die Verletzung zur Arbeitsunfähigkeit über den Unfalltag hinaus führte oder wenn die Behandlung voraussichtlich länger als eine Woche dauern wird oder wenn eine Verordnung von Heil- oder Hilfsmitteln notwendig ist oder wenn es sich um eine Wiedererkrankung an den Unfallfolgen handelt.
3. Die Überweisung zum D-Arzt erfolgt formlos, z. B. mittels Privatrezept oder auf Praxispapier.
4.
  - a) Keine D-Arzt-Pflicht, da die Schülerin keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung benötigt
  - b) D-Arzt-Pflicht, da eine Heilmittelverordnung notwendig ist
  - c) D-Arzt-Pflicht, da es sich um eine Wiedererkrankung handelt
  - d) Keine D-Arzt-Pflicht, da keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung über den Unfalltag hinaus ausgestellt wird und keine längere Behandlungsdauer vermutet werden muss
  - e) D-Arzt-Pflicht, da eine längere Behandlungsdauer angenommen werden muss
5.
  - a) Falls keine D-Arzt-Pflicht besteht (und es sich um einen Arbeitsunfall handelt), kann der Arzt den Patienten behandeln. Zunächst muss die Ärztliche Unfallmeldung F1050 ausgefüllt werden und spätestens am nächsten Werktag der zuständigen Berufsgenossenschaft zugesandt werden. Siehe Abbildung 1 (Seite 29)
  - b) Der Patient muss zum D-Arzt überwiesen werden. Die Überweisung erfolgt formlos. Der Hausarzt nimmt ggf. die Notfallversorgung vor.
6. Die allgemeine Heilbehandlung ist die ärztliche Versorgung einer Unfallverletzung, die nach Art und Schwere weder eines besonderen personellen, apparativ-technischen Aufwandes noch einer spezifischen unfallmedizinischen Qualifikation des Arztes bedarf.
7. Wenn im Rahmen eines Arbeitsunfalls keine D-Arzt-Pflicht besteht oder wenn der Patient zur Weiterbehandlung vom D-Arzt zum Vertragsarzt (rück-)überwiesen wurde
8. Wenn der Vertragsarzt einen Patienten, bei dem keine D-Arzt-Pflicht besteht, im Rahmen eines Arbeitsunfalls primär behandelt
9. Die Ärztliche Unfallmeldung F 1050 muss spätestens am nächsten Werktag der zuständigen Berufsgenossenschaft zugesandt werden.
10. Mit der Rückseite der Ärztlichen Unfallmeldung F 1050 oder mit einem speziellen Abrechnungsfeld (F9990) oder mit einer Privatliquidation
11. Zu dem entsprechenden Vertragsfacharzt
12. Überweisung zum Hautarzt

### **Kapitel 2.4.5: Besondere Heilbehandlung**

1. Der Arzt muss Facharzt für Chirurgie oder Facharzt für Unfallchirurgie und Orthopädie sein, die Praxis muss Operations- und Röntgenräume aufweisen, das Personal muss qualifiziert sein, der Arzt muss zur Übernahme bestimmter Pflichten bereit sein. Die Erlaubnis zur Teilnahme am D-Arzt-Verfahren erhält der Arzt auf Antrag von den Landesverbänden der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung.

2. Die besondere Heilbehandlung ist die fachärztliche Behandlung einer Unfallverletzung, die wegen Art und Schwere besondere unfallmedizinische Qualifikationen verlangt. Im Gegensatz zur allgemeinen Heilbehandlung, die jeder Arzt durchführen kann, sind bei der besonderen Heilbehandlung die speziellen unfallmedizinischen Kenntnisse des Arztes und die apparative Ausstattung der Praxis notwendig.
3. Besondere Heilbehandlung darf veranlasst werden durch: D-Ärzte, Unfallversicherungsträger und Handchirurgen.

#### **Kapitel 2.4.6: Weitere Formulare im Rahmen eines Arbeitsunfalls**

1. Heilmittel- und Hilfsmittelverordnungen
2. Im Kostenträgerfeld muss die Berufsgenossenschaft eingetragen werden, Unfalltag und Unfallbetrieb müssen im unteren Teil des Formulars eingetragen werden, die Kästchen „Gebühr frei“ und „Arbeitsunfall“ müssen angekreuzt werden.
3. Die gesetzliche Krankenkasse des Patienten
4. Falls die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung über den Unfalltag hinaus geht, müssen die Kästchen „Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolge, Berufskrankheit“ und „Dem D-Arzt zugewiesen“ angekreuzt werden.

#### **Kapitel 3.1.1: Allgemeine Bestimmungen**

1. Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist die Verwendung bestimmter, genormter Formulare verbindlich.
2. Die Vordruckvereinbarung des Bundesmantelvertrags zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband
3. Die Krankenkassen
4. Die Kassenärztlichen Vereinigungen, in bestimmten Regionen auch Druckereien direkt
5. Von autorisierten Fachverlagen
6. Der Arzt
7. Bundesopiumstelle, Bonn
8. Der Vertragsarzt muss die Genehmigung hierfür von der zuständigen KV erhalten haben. Er muss von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung genehmigte Software benutzen. Er muss besonderes Sicherheitspapier mit einem Wasserzeichen und einem aufgedruckten Barcode verwenden.

#### **Kapitel 3.1.2: Normiertes Personalienfeld**

1. Betriebsstättennummer, Arzt-Nummer, Tagesdatum
2. Neben der Bezeichnung der Krankenkasse bzw. des Kostenträgers. Durch die WOP-Nr. kann der Versicherte einem KV-Gebiet zugeordnet werden.
3. Der Patient ist familienversichert und nimmt am DMP für COPD teil.
4. 1060100

### **Kapitel 3.1.3: Abrechnungsschein und Ersatzverfahren**

1. Die Abrechnung ohne eingelesene Gesundheitskarte
2. Wenn die Gesundheitskarte des Patienten nicht eingelesen werden kann: Karte ist beschädigt, Lesegerät bzw. Praxis-PC sind defekt, Lesegerät steht nicht zur Verfügung, das Neugeborene hat noch keine Gesundheitskarte, im Rahmen einer Notfallbehandlung, der Versichertenstatus hat sich geändert und die Daten sind auf der Gesundheitskarte noch nicht geändert worden.
3. Die Abrechnung erfolgt manuell auf Muster 5, dem Abrechnungsschein.
4. Mit der Unterschrift auf Muster 5 bestätigt der Patient die Richtigkeit seiner angegebenen Daten und die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenkasse.

### **Kapitel 3.2: Überweisungen**

1. Siehe Abbildung 2 (Seite 30)
2. Wenn der überweisende Arzt eine bestimmte Untersuchung nicht erbringen kann; wenn der Patient seinen Wohnort wechselt
3. Kurativ: Überweisung an einen Neurologen zur Abklärung chronischer Kopfschmerzen; präventiv: Überweisung an einen Allgemeinmediziner zur Durchführung einer Gesundheitsuntersuchung
4. Die Überweisung erfolgt zur Hinzuziehung eines Arztes bei belegärztlicher Behandlung.
5. Ausführung von Auftragsleistungen: Ein Hausarzt stellt eine Überweisung zu einem Kardiologen aus, der eine Langzeit-EKG-Untersuchung durchführen soll. Konsiliaruntersuchung: Ein Hausarzt stellt eine Überweisung zu einem Kardiologen zum Ausschluss einer koronaren Herzerkrankung aus. Mit-/Weiterbehandlung: Ein Hausarzt stellt eine Überweisung zum Augenarzt aus, da der Patient seine Sehstärke überprüfen lassen möchte, eine Beratung und Therapie wünscht.
6. Es darf immer nur eine der drei Überweisungsarten markiert werden. Hier muss mit dem ausstellenden Arzt Rücksprache gehalten werden; ggf. muss eine neue Überweisung ausgestellt werden.
7. Er muss Rücksprache mit dem überweisenden Arzt halten und sich ggf. eine neue Überweisung ausstellen lassen, auf der die Überweisungsart Konsiliaruntersuchung bzw. Mit-/Weiterbehandlung markiert ist.
8. Das Feld wird bei einem privaten Unfall markiert und gibt Auskunft darüber, ob ggf. ein anderer Kostenträger als die gesetzliche Krankenversicherung ermittelt werden muss.
9. Die Überweisung kann mit einem Dringlichkeitscode gekennzeichnet werden. Hierdurch erhält der Patient einen Anspruch auf die Vermittlung eines Facharzttermins innerhalb von vier Wochen. Der Termin wird über eine Termin-Servicestelle vermittelt.
10. Der überweisende Arzt entscheidet über die Dringlichkeit der Überweisung. Der Patient erhält eine Überweisung, die mit einem Dringlichkeitscode im Auftragsfeld markiert ist. Der Patient kontaktiert die Termin-Servicestelle. Die Termin-Servicestelle versucht innerhalb einer Woche einen Termin innerhalb von vier Wochen zu erhalten. Der Patient bestätigt den