

Keine Angst vor der praktischen Prüfung

Praktische Fertigkeiten

© Serin Alma
Trainerin im Gesundheitswesen

0

Abschn.-Nr.	Inhaltsverzeichnis	Seite
0	Inhaltsverzeichnis	1
1	Vordruckvereinbarungen nach Bundesmantelverträgen (BMV)	2
1.1 - 1.2	Aufbewahrungsfristen - Grundsätze	3
1.3	Elektronische Gesundheitskarte (eGK)	4
1.4	GKV - Kostenträger	5
1.5	Ersatzverfahren Muster 5	6
1.6	Überweisungsschein Muster 6 - Grundsätze zur Ausstellung	7
2	Leistungen nach Vergütungssysteme - Gebührenordnungen (EBM, GOÄ, UV-GOÄ)	8
2.1	Begrifflichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung: - Behandlungsfall, Krankheitsfall, Arztfall, BAG, Betriebsstätte, Betriebsstättennummer, Lebenslange Arztnummer (Arzt-Nr.)	9
2.2	Begrifflichkeit der Pauschalen: - Hausärztliche Versorgungsbereich/ Versichertenpauschale/Altersdefinition, Vorhaltepauschale - Zusatzpauschale, Versichertenpauschale bei Unvorhergesehener Inanspruchnahme	10
2.3	Chronikerzuschlag I/II, Gesprächsleistung	11
3	Gründliches Händewaschen/Hygienische Händedesinfektion	12 - 13
4	Bereitstellung von Injektionen/Vorbereitung der Spritze	14
4.1	Hygienische Vorbereitung einer Infusionslösung	15
5	Kapillare Blutentnahme, Venenblutentnahme (i.v. Blutentnahme):	16
5.1	- Entnahmestelle, Vorgehen	
5.2	Venenblutentnahme: - Entnahmereihenfolge, Begriffe, Präanalytik	17
6	Harnuntersuchung,	18
6.1	- Harngewinnung – und Arten, - Bestandteile eines Teststreifens	
6.2 / 6.3 / 6.4	Ablesevorgang am Urin-Teststreifen z.B. Combur-9 Test - Durchführung der Untersuchung - Fehlerquellen	19
6.5	Übersicht über Aussagekraft der Combur-9 Test - Urin-Teststreifenanalyse	20
7. / 7.1	Pulsmessung, - Technik des Pulsfühlers	21
8	Fehlerquellen beim Blutdruckmessung Blutdruckmessung nach Riva Rocci (RR)	22 23
8.1	- Normwerte laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO)	
9 / 9.1	Technik der EKG-Aufzeichnung - Arbeitsschritte bei der EKG - Aufzeichnung	24
9.2	EKG (Ruhe-EKG) - Extremitätenableitungen	25
9.3	EKG – Brustwandableitungen nach Wilson	26
10 / 10a / 11	Gesundheitsuntersuchung / Berechnung d. BMI	27- 28 - 29
12	Stabile Seitenlage	30
13	Quelle/Literaturverzeichnis	31
14	Anlage 1: Fallbeispiele M1, M2, M4, M6, M10A, M16, Anlage 2: Dient nur als Beispiel: Fallbezogene praktische Tätigkeiten in der praktischen Prüfung, dient nur als Hilfestellung Anlage 3: GOP Handzettel für hausärztliche Versorgungsbereich	32 - 38 beigefügt beigefügt

1

Formulare der Vordruckvereinbarung

Muster Nr.:	Definition
1 / 1 eAU Stand heute	elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Übergangsregelung gilt noch bis zum 30.06.2022. Ab dem 1. Juli 2022 ist dann das Muster 1 oder die Blankoformularbedruckung nicht mehr zulässig .
2	Verordnung von Krankenhausbehandlung
3	Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung
4	Verordnung einer Krankenbeförderung
5/6	Abrechnungsschein blau / Überweisungsschein gelb
7	Überweisung zur Abklärung somatischer Ursachen zur Psychotherapie
8	Verordnung einer Sehhilfe (Brillenverordnung)
8a	Verordnung einer vergrößernder Sehhilfe
9	Bescheinigung Mutterschaftsgeld bei Frühgeburten
10	Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen
10a	Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften
12	Verordnung häuslicher Krankenpflege
13	Heilmittelverordnung Maßnahmen der Physiotherapie, Podologischen Therapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- u. Schlucktherapie, Ergotherapie, Ernährungstherapie
15	Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe
16	Arzneiverordnungsblatt können über die Firma Swiss Post Solution bezogen werden
19	Abrechnungsschein Notfall/Krankheit/Urlaub
20	Maßnahmen zur Stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben
21	Bescheinigung für Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes
22	Konsiliarbericht, vor Aufnahme einer Psychotherapie
26	Verordnung einer Soziotherapie
27	Behandlungsplan zur Verordnung einer Soziotherapie
28	Überweisung zur Indikation vor Verordnung einer Soziotherapie
36	„Empfehlung Primärprävention“
52	Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit
55	Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung
56	Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport/Funktionstraining
61	Verordnung von Rehabilitationsmaßnahmen
63	Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)
64	Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gem. § 24 SGB V
65	Ärztliches Attest Kind
70	Behandlungsplan künstliche Befruchtung
70A	Folge-Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung
Siehe Liste der KV	Siehe Online Verfügbare Vordrucke der KV bitte z.B.: unter http://www.kvno.de/formulare Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung, alle Sprachen in einer Datei.
.....	Siehe Bestellschein für Kassen-und KV-Vordrucke der KV z.B. KVNO: Formular.Versand-KVNO@GVP-Bonn.de
.....	u.s.w.
600	Überweisungscode-Terminservicestelle
900	Sicherheitspapier A4-BFB Blankoformularbedruckung
901	Sicherheitspapier A5-BFB Blankoformularbedruckung

1.1 Aufbewahrungsfristen für

Bis zu 30 Jahre müssen Akten aufbewahrt werden Aufbewahrungsfristen für Patientendaten und andere Akten

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	1 Jahr
Ärztliche Aufzeichnungen / Arztakten / Karteikarten, Disease Management Programme Ambulantes Operieren (Aufzeichnungen und Dokumentationen)	10 Jahre
Betäubungsmittelrezepte: BTM-Rezeptdurchschriften BTM-Karteikarten Betäubungsmittelbücher	3 Jahre
Verordnung von Krankenhausbehandlung Muster 2	10 Jahre
Notfall-/ Vertretungsschein Muster 19a (EDV-Abrechnung) Notfall-/Vertretungsschein Muster 19c	4 Quartale 10 Jahre
Häusliche Krankenpflege (Verordnung von)	10 Jahre
Krebsfrüherkennungsuntersuchungen Männer geht nicht an die KV	5 Jahre
Krebsfrüherkennung-Untersuchungen Frauen Krebsfrüherkennung Frauen u. Männer Vordruck	5 Jahre 4 Quartale
Zytologische Untersuchungsbefunde	5 Jahre
Bei Früherkennungsuntersuchungen beträgt die Aufbewahrungsfrist für zystologischen Untersuchungsbefunde sowie Präparate	10 Jahre
Labor-Qualitätssicherung / Zertifikate von Ringversuchen	5 Jahre
Laborbuch, Laborbefunde	10 Jahre
Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen sind gemäß §28 Abs. 3 der Röntgenverordnung / Strahlenbehandlung, Berechnungen	30 Jahre
Aufzeichnungen u. Röntgenuntersuchungen, Filme, Strahlendiagnostik bei BG 30 Jahre	10 Jahre
Aufzeichnungen von Röntgenuntersuchungen einer Person, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, sind bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres dieser Person aufzubewahren	siehe Definition
Sicherungskopie der Abrechnungsdatei (lt. Bundesmantelvertrag-Ärzte §42), Asylverfahren –Abrechnungsscheine 2 Jahre	Seit Januar 2017 4 Jahre
Überweisungsschein (EDV abrechnende Ärzte, auch im Ersatzverfahren, auch Muster 7 Überweisung vor Aufnahme einer Psychotherapie)	4 Quartale
Durchgangsarzt / D-Arzt-Verfahren (ärztliche Unterlagen einschließlich Krankenblätter und Röntgenbilder)	15 Jahre

Quelle: BÄK, KBV, Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag, BMV / Kassenärztliche Praxislexikon

1.2

Grundsätze

- Vereinbarte Vordrucke gelten einheitlich im gesamten Bundesgebiet.
- Im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung nur diese Vordrucke verwenden.
- Sorgfältige Aufbewahrung zum Ausschluss missbräuchlicher Verwendung.
- Keine Weitergabe von Vordrucken sowie Verwendung in der **Privatpraxis**

1.3

Elektronische Gesundheitskarte (eGK)

Die elektronische Gesundheits-Karte (eGK), wird bei jedem Patienten in einem Behandlungsfall (z.B. im Quartal), mit Hilfe eines Kartenlesegerätes eingelesen. Alle verwendeten Formulare in der vertragsärztlichen Arztpraxis beinhalten das gleiche Personalienfeld. Beim Arzneiverordnungsblatt sind geringe Abweichungen vorhanden.

Leere Felder im Statusfeld werden seit **01.07.2018** durchweg mit „0“ bedruckt, um Fehlern beim Einlesen der eGK vorzubeugen.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Testort-Musterkasse/SVA		72
Name, Vorname des Versicherten		
Mustermann-Müller		geb. am
Prof. Dr. Johann von		20.10.25
Musterweg 6		
D 12345 Musterhausen		12/20
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
101234567	A123456789	5080601
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
123456789	123456499	01.07.18

Seit 01. Juli 2018/Statusfeld:

Bild/Quelle: www.mediaform.de

Liegen bei einem Patienten neben der **Versichertenart 5** (1, 3, 5) keine weiteren Statusangaben vor, so werden die Folgestellen hinter der 5 durchweg mit „0“ bedruckt, zum Beispiel: **5000000**.

Liegen weitere Statusangaben vor und nimmt dieser Patient z.B.: am DMP COPD teil, so würde im Statusfeld **5000600** aufgedruckt.

Erste Stelle des Status: Versichertenart	Zweite und dritte Stelle: Besondere Personengruppe	Vierte und fünfte Stelle: DMP-Kennzeichnung	Sechste u. siebte Stelle: Status-Kennzeichen
1 = M Mitglied 3 = F Familienangehöriger 5 = R Rentner 5 = RF Rentner-Familienangehörige	00 = keine besondere Personengruppe 04 = Sozialhilfeempfänger nach § 264 SGB V 06 = Bundesversorgungsgesetz (BVG), Anspruch auf Versorgung gemäß Gesetz über d. Versorgung der Opfer des Krieges 07 = Sozialversicherungsabkommen (SVA) z.B. EWR/EU nach Aufwand 08 = SVA (z.B. außerhalb d. EWR/EU), pauschal	00 = kein DMP-Kennzeichen 01 = Diabetes mellitus Typ 2 02 = Brustkrebs 03 = Koronare Herzkrankheit 04 = Diabetes mellitus Typ 1 05 = Asthma bronchiale 06 = COPD (chronic obstructive pulmonary disease)	00 = keine Angabe 01 = Behandlung im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV-Fall) 04 = Entlassmanagement-Fall 07 = Terminservicestellen-Fall (TSS-Fall)

Das Personalienfeld enthält folgende Daten:

- Name bzw. Kürzel des Kostenträgers bzw. Krankenkasse
- WOP-Kennzeichen (Kassenzeichen Wohnortprinzip, z.B. **72** steht für Berlin und **38** für Nordrhein)
- Name, Vorname, Geburtsdatum des Versicherten
- Vollständige Anschrift des Versicherten (Straße, Hausnummer.)
- Länderkennzeichen z.B. **D** für Deutschland, Postleitzahl, Ort
- Versicherungsschutz-Ende entsprechend eGK
- Kostenträgerkennung 9-stellig
- Versichertennummer (z.B.: A123456789) 10-stellig
- Versichertenstatus(-Art) **seit Juli 2018** 7-stellig
- Betriebsstättennummer (BSNR) 9-stellig
- Lebenslange Arztnummer (Arzt-Nr.) 9-stellig
- Datum/Tagesdatum

Merke Bitte hier die allgemeinen Hinweise zur Befreiung von Zuzahlungen beachten.

1.4

GKV - Gesetzliche Krankenversicherung

Der EBM gilt für folgende **Kostenträger**

Dazu gehören die:

➤ **Primärkassen**

- Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK)
- Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK)
- Innungskrankenkassen (IKK)
- Betriebskrankenkassen (BKK)
- Knappschaft

Vertragsgebührenordnung für Primärkassen: BMÄ „Bewertungsmaßstab für Ärzte“

➤ **Ersatzkassen**

Vdek: Verband der Ersatzkassen e.V. ist Interessenvertretung u. Dienstleistungsunternehmen aller sechs Ersatzkassen

- BARMER
- DAK Gesundheit (Deutsche Angestellten-Krankenkasse)
- Kaufmännische Krankenkasse (KKH)
- Techniker Krankenkasse (TK oder auch TKK)
- Hanseatische Krankenkasse (HEK)
- hkk Erste Gesundheit (hkk: Handelskrankenkasse)

Vertragsgebührenordnung für Ersatzkassen: E-GO
„Ersatzkassengebührenordnung“

➤ **Sonstige Kostenträger**

Wird unterschieden zwischen Primärkassen (BMÄ) und Ersatzkassen (E-GO)

- Sozialhilfeträger (BMÄ / E-GO) mit Schein z.B. Asylanten
- Ausländer-/EG-Abkommen (BMÄ / E-GO)
- Ausländer außerhalb EG-Abkommen (BMÄ / E-GO)
- Grenzgänger (BMÄ / E-GO)
- Rheinschiffer
- Bundesversorgungsgesetz (BMÄ / E-GO)
- Postbeamtenkrankenkasse Gruppe A (E-GO)
- Polizei (freie Heilfürsorge / E-GO)
- Bundespolizei (freie Heilfürsorge / E-GO)
- Bundeswehr (freie Heilfürsorge / E-GO)

1.5 Das Ersatzverfahren erfolgt auf dem Abrechnungsschein Muster 5

Ersatzverfahren bedeutet: Die Regelungen für die Fälle, in denen die elektronische Gesundheitskarte (eGK) aus bestimmten Gründen (siehe unten) nicht vorliegt oder ungültig ist.

Das Ersatzverfahren kommt dann zur Anwendung, wenn die Gesundheitskarte zwar vorliegt, die Daten der Gesundheitskarte aus technischen Gründen jedoch nicht eingelesen werden können und ersatzweise manuell erfasst werden.

Dies ist der Fall, wenn

- die eGK oder eine für das Einlesen erforderliche Komponente defekt ist,
- Probleme beim Einlesen einer elektronischen Gesundheitskarte auftreten
- Karte ungültig
- Gültigkeitsdauer und Versicherungsende der eGK
- Neugeborene hat noch keine eGK
- der Versicherte darauf hinweist, dass sich der Kostenträger oder die Versichertenstatus geändert hat, die eGK dies jedoch noch nicht berücksichtigt,
- für Hausbesuche kein entsprechendes Lesegerät zur Verfügung steht.
- Wird im Notfall keine eGK vorgelegt (im organisierter Notdienst wird Muster 19 Notfall/Vertretungsschein angelegt), darf direkt das Ersatzverfahren angewendet werden.

Mindestens folgende Daten sollten auf M5 Abrechnungsschein eingetragen werden.

- Kostenträger
- Name und Vorname sowie Geburtsdatum des Patienten,
- Adresse des Patienten
- Versichertenstatus, Kostenträgerkennung falls Vorhanden
- Versicherten-Nr. falls bekannt

Merke! Wenn der Patient seine eGK vergessen hat, darf das Ersatzverfahren nicht angewendet werden.

Grundsätzlich ist jeder Versicherte verpflichtet, vor Beginn der Behandlung seine eGKarte vorzulegen. Fehlt die eGK oder ist sie ungültig, muss er den Versichertenachweis innerhalb von zehn Tagen erbringen. Nach Ablauf dieser Frist kann der Arzt für die Behandlung eine Privatvergütung verlangen. Reicht der Patient bis zum Ende des jeweiligen Quartals die Karte nach, erhält er die Vergütung zurück.

1.6

Überweisungsschein Muster 6

ist die Rückseite zu Abrechnungsschein Muster 5

Der Überweisungsschein dient der Überweisung zur Durchführung erforderlicher diagnostischer oder therapeutischer Leistungen an einen anderen Vertragsarzt eine nach § 311 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V zugelassene Einrichtung, ein medizinisches Versorgungszentrum, einen ermächtigten Arzt oder eine ermächtigte, ärztlich geleitete Einrichtung.

- M 6 wird vom überweisenden Vertragsarzt ausgefüllt und vom Arzt.
 - Der Arzt, der auf Überweisung tätig wird, ist grundsätzlich an den ausgestellten Überweisungsschein gebunden; er darf sich keinen eigenen Abrechnungsschein (M5) ausstellen.
 - Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten darüber, dass dem Arzt, der auf Überweisung in Anspruch genommen wird, neben der elektronischen Gesundheitskarte auch der Überweisungsschein vorzulegen ist.
- **Grundsätze zur M 6 Ausstellung, einige Hinweise wie folgt:**
- Der überweisende Vertragsarzt hat zu kennzeichnen, ob die Überweisung zur **kurativen** Versorgung, zur **Prävention**, zur Hinzuziehung eines Arztes **bei belegärztlicher** Behandlung oder als Zuweisung zu einer **Behandlung gemäß § 116b SGB V** erfolgt
 - Bei Patienten mit eingeschränktem Leistungsanspruch **gemäß § 16 Abs. 3a SGB V** hat der überweisende Vertragsarzt das entsprechende **Feld anzukreuzen**, um den Arzt, der auf Überweisung tätig wird, über den eingeschränkten Leistungsanspruch zu informieren.
- **Es ist jeweils anzukreuzen, ob die Überweisung zur Ausführung von Auftragsleistungen, zur Konsiliaruntersuchung oder zur Mit-/ Weiterbehandlung**
- **Auftragsleistung** ist nach Art und Umfang konkret zu bestimmen (Angabe GO-Nr. oder präzise Leistungsbeschreibung). Der ausführende Arzt ist an den Auftrag gebunden.
 - **Konsiliaruntersuchung** Veranlassung diagnostischer Leistungen, über deren Art und Umfang der ausführende Arzt entscheidet.
 - **Mit-/Weiterbehandlung** Überweisung zur Begleitung, Ergänzung o. Weiterbehandlung diagnostischer und/oder therapeutischer Maßnahmen.
- **Folgende Arztgruppen dürfen nur auf Überweisung (+ eGK) tätig werden**
- Ärzte für Laboratoriumsmedizin, Transfusions-Medizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie auf Muster 10
 - Ärzte für Nuklearmedizin
 - Ärzte für Pathologie
 - Ärzte für Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie
 - Ärzte für Strahlentherapie

Merke

Eine Überweisung kann von begründeten Ausnahme Fällen abgesehen nur dann vorgenommen werden, wenn dem überweisenden Arzt die elektronische Gesundheitskarte oder ein anderer gültiger Behandlungsausweis vorgelegen hat!

2

Leistungen nach Vergütungssystemen

Man unterscheidet in der Abrechnung zwischen der **vertragsärztlichen (GKV) und privatärztlichen (PKV) Abrechnung**

- **Für den vertragsärztlichen Bereich** findet der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) mit den beiden Vertragsgebührenordnungen
- **E-GO** = Ersatzkassen-Gebührenordnung und **BMÄ** = Bewertungsmaßstab für Ärzte Anwendung.

Merke

Ein Arzt darf nur nach EBM abrechnen, wenn er eine **Zulassung** für **vertragsärztliche Tätigkeit** besitzt, somit ist er berechtigt alle Kassenpatienten mit gültigen eGK / Behandlungsschein die Leistungen nach den EBM quartalsweise über die KV abzurechnen.

- **Die privatärztlichen Leistungen** sind in der Gebührenordnung für Ärzte (**GOÄ**) aufgeführt.

Die GOÄ ist bei Privatpatienten, Selbstzahler, Kostenerstattung, IGeL (Individuelle Gesundheitsleistungen) usw. anzuwenden.

Merke

- Begründungen bei Schwellenwertüberschreitung
- Schwierigkeit der jeweiligen Leistung
- Zeitaufwand der einzelnen Leistung
- Umstände bei der Ausführung
- Abdingung (schriftliche Einverständniserklärung d. Patienten) bei Höchstwertüberschreitung.

Einfach	Schwellenwert/Faktor	Grenzwert /Höchstwert
1,0	2,3 = Ärztliche Leistung	3,5
1,0	1,8 = technische Leistung	2,5
1,0	1,15 =Labor	1,3

- **Bei der UV-GOÄ/ Unfallversicherungsträger-GOÄ**

handelt es sich um eine Vertragsgebührenordnung, bei der das Leistungsverzeichnis der GOÄ in vielen Bereichen übernommen wurde.

In der UV-GOÄ ist die Abrechnung der Arbeits- und Schulunfälle geregelt.

Merke

Ein Arbeitsunfall liegt vor, wenn eine versicherte Person bei einer versicherten Tätigkeit bei einer der gesetzlichen Unfallversicherungsträger z.B. Berufsgenossenschaft versichert ist und einen Unfall mit einem Körperschaden erleidet

2.1 Begrifflichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung

Behandlungsfall

Die gesamte Behandlung von derselben Arztpraxis, Innerhalb desselben Kalendervierteljahres, an demselben Versicherten, ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse.

Krankheitsfall

Ein Krankheitsfall umfasst das aktuelle sowie die nachfolgenden drei Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen GOP folgen.

Arztfall

Alle Leistungen bei einem Versicherten, durch denselben an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt in einem Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse unabhängig von der Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) Früher: „Gemeinschaftspraxis“. Es sind rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse von Vertragsärzten zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit. Praxisgemeinschaften, Apparategemeinschaften, Laborgemeinschaften und andere Organisationsgemeinschaften sind keine BAGs.

Betriebsstätte des Vertragsarztes oder des MVZ ist der Vertragsarztsitz. Betriebsstätte des ermächtigten Arztes ist der Ort der Berufsausübung im Rahmen der Ermächtigung. Betriebsstätte des angestellten Arztes ist der Ort seiner Beschäftigung. Betriebsstätte einer BAG sind die örtlich übereinstimmenden Vertragsarztsitze der Mitglieder der BAG. Bei örtlich unterschiedlichen Vertragsarztsitzen der BAG-Mitglieder ist Betriebsstätte der gewählte Hauptsitz, auf den sich die Mitglieder für zwei Jahre festlegen müssen.

Betriebsstättennummer (BSNR)

Die Betriebsstättennummer identifiziert die Praxis, alle dort tätigen Ärzte (Partner und angestellte Ärzte) und alle Tätigkeitsorte, an denen Leistungen erbracht werden. Die Betriebsstätte ist der primäre Tätigkeitsort der Leistungserbringer und bleibt auch bei Änderungen in der Praxiskonstellatation erhalten. Eine Änderung erfolgt lediglich, wenn die Praxis in einen anderen Zulassungsbereich verlegt wird.

Betriebsstättennummer besteht aus neun Ziffern.

- Die Nummer wird aus der bisherigen Arztrechnungsnummer (Vertragsarzt Nummer) erzeugt, in dem zu den bereits vorhandenen sieben Stellen der Arztrechnungsnummer an der 8. und 9. Stelle die „00“ ergänzt wird.
 - Für die Nebenbetriebsstättennummer wird die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein in der 3. und 4. Stelle den Schlüssel aus dem erweiterten Fachgebietenkontingent vergeben (bei Internisten beispielsweise 20 anstelle von 19).
 - Es besteht auch keine erkennbare Verbindung zwischen der Betriebsstättennummer des primären Tätigkeitsortes und der Nummer der Nebenbetriebsstätte.

Lebenslange Arztnummer (Arzt-Nr.):

- Jeder einzelne Arzt seine persönliche, lebenslange Arztnummer.
- Sie ist unabhängig vom Status (niedergelassener oder ermächtigter Arzt) o. der Betriebsstätte gültig. Auch die lebenslangen Arztnummern bestehen aus neun Ziffern.
- Die ersten sieben Stellen werden ausschließlich von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) generiert und gelten für den Rest des Berufslebens.
- Die 8. und 9. Stelle enthält den neuen Fachgruppencode, der den primären Versorgungsbereich eines Leistungserbringers widerspiegelt und sich durch einen Fachgruppenwechsel verändern kann.

2.2

Auszug aus dem EBM

Begrifflichkeit der Pauschalen

Versichertenpauschale	→ für Hausärzte (Kapitel 03/04)
Grundpauschale	→ für Fachärzte (Kapitel 05-27)
Konsiliarpauschale	→ für Fachärzte (Kapitel 12/17/19/24/25)

Hausärztliche Versorgungsbereich „Versichertenpauschale“

GOP 03000 Versichertenpauschale/VP	In der Regelversorgung, wenn der Patient <ul style="list-style-type: none">- keinen anderen Hausarzt im Quartal aufgesucht hat.- ist beim ersten persönlichen Arzt- Patienten-Kontakt abrechenbar- einmal im Behandlungsfall Die VP wird jetzt in 5 Altersstufen aufgeteilt, die Praxissoftware o. die KV wird entsprechend des Alters die GOP 03000 in die GOP 03001 – 03005 wandeln <ul style="list-style-type: none">- Bis zum vollendeten 4. Lebensjahr (03001)- Ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (03002)- Ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr (03003)- Ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr (03004)- Ab Beginn des 76. Lebensjahr (03005)
GOP 03008 für die Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins gemäß § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V i. V. m. § 17a Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)	Zuschlag zu der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03000 Obligatorischer Leistungsinhalt - Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt, - Überweisung an einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt. Die GOP 03008 ist gemäß § 17a BMV-Ä nur berechnungsfähig, sofern der vermittelte Termin beim Facharzt innerhalb eines Zeitraums von vier Kalendertagen nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit liegt. Der Tag nach der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit gilt als erster Zähltag d. 4 Kalendertage. Mehrfach abrechenbar in demselben Quartal zu mehreren Fachärzten unterschiedlicher Arztgruppen überwiesen wird
03010	Zusatzpauschale für die Behandlung aufgrund einer TSSVermittlung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1 oder 4.3.10.2. einmal im Arztgruppenfall

Vorhaltepauschale Zusatzpauschale (Strukturpauschale)

GOP 03040 Vorhaltepauschale Zusatzpauschale (Strukturpauschale)	zu den GOP 03000 und 03030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V <ul style="list-style-type: none">- Zu Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen- Wird durch die zuständige KV zugesetzt Einmal im Behandlungsfall
---------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme

GOP 03030 Versichertenpauschale/VP bei unvorhergesehener	Inanspruchnahme zwischen 19:00 u. 07:00 Uhr, an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. u. 31.12. bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt <ul style="list-style-type: none">- 1. Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend den GOP/unvorhergesehener Inanspruchnahme 01100, 01101- Zusätzlich bei Hausbesuch nach GOP 01411, 01412 oder 01415- Höchstens zweimal im Behandlungsfall- Es wird nicht in Altersstufen aufgeteilt!- Nicht neben anderer Versichertenpauschale GOP 03000 im Quartal und nicht im organisierten Notdienst berechnungsfähig
--------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Chronikerpauschale

<p>GOP 03220 Zuschlag zu der VP nach der GOP 03000 und 03222 Zuschlag zu der GOP 03220 Einmal im Behandlungsfall Wird durch die zuständige KV zugesetzt, ist im Behandlungsfall nicht neben <u>03362</u> berechnungsfähig u. im Krankheitsfall nicht neben 01630</p>	<p>für die Behandlung u. Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt - Die entsprechende gesicherte Kodierung nach ICD-10-GM ist anzugeben - Einmal im Behandlungsfall - ... - Ausschlüsse beachten <p>Merke Für die Fälle, in denen es einen HA-Wechsel gab muss eine bestimmte Kennzeichnung 4 Quartale eingetragen werden z.B. 03220H</p>
<p>GOP 03221 Zuschlag zu der VP nach der GOP 03000</p>	<p>für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mindestens 2 persönliche Arzt-Patienten-Kontakte - Überprüfung u./o. Anpassung u./o. Einleitung von Maßnahmen der leitliniengestützten Behandlung der chronischen Erkrankungen - Einmal im Behandlungsfall - Die entsprechenden gesicherten Kodierungen nach ICD-10-GM ist anzugeben - ... -Ausschlüsse beachten <p>Merke Für die Fälle in denen es im aktuellen Quartal einen HA-Wechsel gab muss eine bestimmte Kennzeichnung seitens des Hausarztes 4 Quartale lang eingetragen werden z.B. 03221H</p>
<p>GOP 03222 Zuschlag zu der VP nach 03220 wird durch die KV zugesetzt s.o. 03220</p>	<p>Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 03220, einmal im Behandlungsfall Die Gebührenordnungsposition 03222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt. Die Gebührenordnungsposition 03222 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01630 und 03362 berechnungsfähig.</p>

Gesprächsleistung

<p>GOP 03230 Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist</p>	<p>Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gespräch von mindestens 10 Minuten Dauer, mit einem Patienten <p>Und/oder mit einer Bezugsperson Je vollendete 10 min. Darf neben den VP 03000 abgerechnet werden Im organisierten Notfalldienst nicht berechnungsfähig ... Ausschlüsse beachten</p> <p>Merke Kontingentabhängig/Mengenbegrenzung, es gibt keine Liste mit lebensverändernden Erkrankungen. Dies liegt im Ermessen des Arztes</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3. Hände waschen schützt vor Infektionen

Waschen Sie Ihre Hände regelmäßig und gründlich mit Seife und Wasser, um Krankheitserreger zu entfernen.

Immer vor und nach dem Kontakt mit Patienten, nach der Behandlung von Wunden

Waschen Sie Ihre Hände gründlich

Die fünf Schritten:

- Halten Sie die Hände unter fließendes Wasser.
- Seifen Sie dann die Hände gründlich ein
- denken Sie auch an die Fingernägel.
- Reiben Sie die Seife an allen Stellen sanft ein (20 bis 30 Sekunden).
- Spülen Sie die Hände unter fließendem Wasser gründlich ab.
- Trocknen Sie anschließend die Hände sorgfältig ab, auch in den Fingerzwischenräumen

3.1 Hygienische Händedesinfektion

Die hygienische Händedesinfektion ist die wichtigste Maßnahme zur Verhütung von Krankheitserregern (insbesondere Bakterien und Viren). Sie dient sowohl dem Schutz des Patienten als auch dem eigenen Schutz für im Gesundheitswesen beschäftigte Personen.

Indikation:

- vor und nach jedem Verbandwechsel
- vor und nach Kontakt mit Eintrittsstellen von Kathetern, Drainagen o.ä.
- nach Kontakt mit Blut, Sekreten oder Exkreten
- vor invasiven Eingriffen (z.B. Legen eines Venenkatheters, Blasenkatheters,
- Durchführung einer Angiographie, Bronchoskopie, Endoskopie des Magen-Darmtraktes, Lumbalpunktion).

Merke

Diese Forderung gilt auch dann, wenn bei den Eingriffen sterile oder unsterile Einweghandschuhe getragen werden müssen;

- vor Kontakt mit Patienten, die im besonderen Maße vor Infektionen geschützt werden müssen (z.B. Leukämiepatienten, polytraumatisierte Patienten, Bestrahlungs- oder Intensivpatienten und sonstige schwer erkrankte Patienten)
- nach Kontakt mit Patienten, von denen Infektionen ausgehen können
- nach Kontakt mit kontaminierten Flächen oder Gegenständen (z.B. Beatmungs-Zubehör, Arbeitsflächen etc.)
- nach dem Ablegen von Einmal-Handschuhen, da diese keinen 100 %igen Schutz bieten (Mikroläsionen)

Vorgehen:

Standard Einreibemethode für die hygienische Händedesinfektion gemäß CEN EN 1500. Händedesinfektionsmittel (ca. 3ml = 2 – 3 Hübe aus Wandspender) in die trockene Hohlhand geben, auf beide Hände einschließlich Fingerzwischenräume, Fingerkuppen, Daumen und **zum Schluss Handgelenke** verteilen, **mind.30 Sec. Einwirkzeit einhalten, laut Herstellerangaben beachten!**

Reihenfolge wie folgt:

		
1. Schritt Händedesinfektionsmittel auf die Handfläche geben und verteilen inklusive Handgelenk	2. Schritt Handfläche auf Handrücken im Wechsel für beide Hände	3. Schritt Handfläche auf Handfläche und Fingerflächen, Fingerzwischenräume
		
4. Schritt Außenseite der Finger auf gegenüberliegende Handfläche mit verschränkten Fingern –Fingerspitzen-	5. Schritt kreisendes Reiben des Daumen i. d. geschlossenen Handfläche für beide Hände	6. Schritt kreisendes Reiben hin u. her mitgeschlossenen Fingerkuppen in der Hohlhand bzw. Handfläche für beide Hände

Sie wurde von Ignaz Semmelweis 1818-1845 eingeführt

... zum Schluss Handgelenke nicht vergessen!

4 Bereitstellung von Injektionen / Vorbereitung der Spritze



- Hygiene Vorschriften beachten (Handschuhe / Händedesinfektion)
- Ampulle und alle benötigte Materialien auf Verfallsdatum prüfen
- Einmalspritze von richtiger Größe, Aufzieh- u. Safety-Injektionskanüle bereitlegen
- Größe abhängig von Arzneimittel und Patient
- Zwei Safety-Kanülen (eine zum Aufziehen des Arzneimittels u. eine für die Injektion), die **Aufzieh-Safety-Kanüle darf nicht zugleich zur Injektion verwendet werden!**
- Die Brechampulle erst unmittelbar vor Gebrauch mit Tupfer (Verletzungsgefahr) öffnen
- Aufziehkanüle in Abwurfbehälter (Ausnahme: Fertigspritzen mit fest aufgesetzter Kanüle)
- Spritze senkrecht halten und luftleer (Luftblasen entfernen) machen
- Bei eventuellem Luftabspritzen die Safety-Kanüle wechseln!
- Die Injektion ist mit einer trockenen Safety-Kanüle vorzunehmen!
- Aufziehen von Impfstoff aus Brechringampullen stets mit Safety-Kanüle.
- Zwischen dem Aufziehen / Richten der Spritzen und der Durchführung der Injektion ist eine möglichst kurze Zeitspanne **einzuhalten max. 1 Std.**
- **Die Verwendbarkeitsdauer ist zu beachten**
- **Bei Verwendung von Mehrdosisbehältern** (z.B. NaCl):
Anbruchdatum und Uhrzeit auf der Ampulle vermerken.
- **Vor Punktion des Mehrdosisbehälters:**
 - Die Schutzkappe der Kanüle erst unmittelbar vor dem Aufziehen bzw. der Applikation entfernen
 - Desinfektion der Einstichstelle mit einem Hautdesinfektionsmittel
 - Hautdesinfektionsmittel aufsprühen
 - Nach der Einwirkungszeit (EWZ) von 15 s mit einem Tupfer abwischen
Durchstich darf erst erfolgen, wenn der Stopfen trocken ist
 - Keine Aufziehkanüle in der Ampulle belassen
 - Entnahme nur durch Spikes

Merke

- Zum Herstellen der Injektionslösung sind möglichst Einzeldosisampullen zu verwenden
- Nicht auf Vorrat aufziehen
- Zur Gewährleistung der Sterilität sind die Impfinstrumentarien aus den bis dahin keimdichten, verschlossenen Verpackungen erst unmittelbar vor der Impfung zu entnehmen
- Unbedingt beachten bei Adsorbat-Impfstoffen wegen der Gefahr von Lokalreaktionen, sterilen Spritzenabszessen oder Fremdkörpergranulomen!
- Aufbrauchfristen von Ein- oder Mehrdosisbehältern
- Lösungen ohne Konservierung max. 8 h
- Lösungen mit Konservierung (Arterenol, Clexane, Insuline, Xylocain etc.)
Unter Beachtung der Herstellerangaben

4.1

Hygienische Vorbereitung einer Infusionslösung



S.Alma **Durchflussregler** genannt auch Rädchen, Roll-/o.-Schlauchklemme

Durchführung

Als erstes wird das Verfallsdatum von Infusionsflasche- und Besteck auf Verfallsdatum geprüft. Der Behälter muss unbeschädigt sein. Das Haltbarkeitsdatum darf nicht überschritten und Farbveränderungen oder Ausflockungen dürfen nicht vorhanden sein.

- Hygiene Vorschriften beachten (Handschuhe / Händedesinfektion)
- Das Infusionssystem (auch Infusionsbesteck genannt) wird aus der Verpackung entnommen

Merke

je nach Verschlussart (steriler Verschluss/Umverpackung oder perforierter Kunststoffabdeckung), ist eine Desinfektion der **Durchstichmembran** notwendig. **Sprühdesinfektion** unter Beachtung der **Einwirkzeit** evtl. noch verbleibende Desinfektionsmittelreste mit einer Desinfektionsmittelgetränkten Kompresse/Tupfer abwischen, um ein Eindringen von Desinfektionsmittel in die Infusionslösung zu vermeiden.

- Die Verschlussvorrichtung, **Durchflussregler** des Infusionssystems zudrehen.
- Die Schutzkappe des Einstechteils (genannt auch **Einstichdorn**) entfernen und den Dorn des Infusionssystems (-Besteck) in den Flaschenverschluss einstecken
- Durchflussregler schließen und Flasche auf den Kopf stellen
- Die Infusionsflasche an den Infusionsständer aufhängen
- Durchflussregler und das **Entlüftungsventil (Belüftungsteil)** öffnen
- Spiegel einstellen; die Tropfkammer bis zur Hälfte füllen.

Der Spiegel des Schlauches in der Tropfkammer wird hergestellt durch Kompression zwischen Daumen und Zeigefinger

- Den Rollverschluss/Durchflussregler des Infusionssystems öffnen und den Schlauch mit Infusionslösung durchlaufen lassen bis keine Luft mehr im Schlauch ist, die Schutzkappe des **Außenkegels** (Endstück des Infusionsschlauches) bleibt dabei **verschlossen**
- Durchflussregler wieder zudrehen und das Entlüftungsventil schließen.
- Schlauchende an der Durchflussregler einklemmen.



Nun ist die Infusion einsatzbereit

Merke

- Zumischung von Medikamenten darf erst unmittelbar vor Gebrauch geschehen.
- Arzneimittel unter sterilen Bedingungen aufziehen.
- Kanüle wechseln, durch Durchstichmembran einbringen,
- Ampulle an Infusion kleben bzw. Infusion mit Etikett beschriften

5

Kapillare Blutentnahme

	<ul style="list-style-type: none">- Handschuhe- Desinfektionsmittel- Stechhilfe- Tupfer- Pflaster- Für die Untersuchung ggf.- geeignete Kapillare vorbereiten
	<ul style="list-style-type: none">- Desinfizieren des Mittel-o. Ringfingers- Seitliches Einstechen an der Fingerbeere- Blut muss spontan austreten, nicht drücken!- Die ersten beiden Tropfen verwerfen- Luftblasenfreie Blutentnahme mit Kapillare

5.1

Venenblutentnahme

Venenblutentnahme/Entnahmestelle: Grundsätzlich alle oberflächlich liegenden Venen der Ellenbeuge, des Unterarms und des Handrückens.

Unterschiedliche Venenblutentnahmesysteme (Vacutainer/Sarstedt) beachten:

- Zur herkömmlichen Blutentnahme benötigt man eine Safety-Kanüle
- Monovette (Röhrchen) zur Aufnahme des
- Eine o. mehrere Spritzen

Vakuum-Blutentnahme-Systeme bestehen aus

- Einer System-Kanüle o. einem Adapter u. einer Safety-Kanüle
- Einem Röhrchenhalter / Vacutainer genannt
- Einem Vakuumröhrchen aus Kunststoff für die jeweiligen Untersuchungen mit entsprechenden Zusätzen

Vorgehen:

Die Staubinde eine Handbreite proximal von der Punktionsstelle anlegen

Visuelles Begutachten u. Abtasten der Venen:

- Lage der Vene
- Verlauf der Vene
- Beschaffenheit der Vene
- Die Vene ein letztes Mal betasten und desinfizieren
- Entfernen der Schutzhülle über der Kanüle
- Einstichwinkel unter 30 Grad, die Haut wird gegen die Stichrichtung gespannt
- Die Schliffseite der Kanüle ist nach oben zu richten
- Patient kurz vor dem Einstich auf dem Vorgang aufmerksam machen
- Sobald das Blut fließt, Stauung lösen
- Ist das gewünschte Blutvolumen erreicht, Tupfer auf die Einstichstelle legen, die Kanüle rasch zurückziehen, unmittelbar danach Tupfer fest anpressen
- Der Patient kann, soweit er dazu in der Lage ist, mit einem Tupfer die Punktionsstelle abdrücken, dabei sollte der Arm gestreckt bleiben und
- Nach oben gehalten werden.
- Röhrchen mit Antikoagulantien müssen sofort mehrmals sorgfältig gekippt (schwenken) werden.

5.2

Entnahmereihenfolge bitte aktuelle Informationen beachten

1. Blutkulturen
2. Serum
3. Citratblut
4. Heparinblut
5. EDTA-Blut EDTA = **E**thylend**ia**mintetra**az**etat (das Blut wird ungerinnbar gemacht)
6. Fluoridblut

Merke

Das Gerinnungsröhrchen sollte nie am Anfang stehen, weil das erste Röhrchen zwangsläufig mit Gewebssaft kontaminiert ist.

- Bei allen Blutentnahme-Systemen werden eine Vielzahl von verschiedenen präparierten Röhrchen angeboten, die jeweils nur für bestimmte Untersuchungsgruppen geeignet sind.
- Zur besseren Erkennung sind die Röhrchen mit verschiedenfarbigen Deckeln verschlossen. Leider d. Farbkennzeichnung der Röhrchendeckel ist bei den einzelnen Firmen nicht identisch und kann zu Verwechslungen führen.

Hämolyse:

- Zu intensive Stauung
- Zu starkes Aspirieren, Mischen o. Ausspritzen des Blutes
- Schütteln
- Zu starkes Abkühlen o. Erwärmen
- Überschreiten der Aufbewahrungszeit des Blutes bis zur Serumgewinnung
- Unvollständige Zentrifugation

Präanalytik

Unter Präanalytik versteht man alle Prozesse, die vor der eigentlichen Laboranalyse ablaufen

6

Harnuntersuchung

Die Harnuntersuchung ist neben der Blutuntersuchung die wichtigste Methode, um Erkrankungen von Niere, Harnleiter, Blase und Harnröhre festzustellen.

Instruktion des Patienten

Merke

- Patienten vor Abgabe einer Urinprobe auf die Genitalreinigung hinzuweisen.
- Das Genital zu waschen, verringert bakterielle Kontaminationen.

Die Patienten hierauf hinzuweisen, gehört zu einem erfolgreichen Qualitätsmanagement in der Arztpraxis

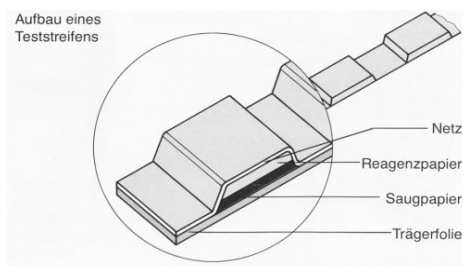
Welche Arten von Harngewinnung kennen Sie?

- Spontanurin
- Morgenurin
- Mittelstrahlurin (siehe Tabelle)
- Sammelurin -24 Stunden- (siehe Tabelle)
- Katheterurin
- Punktionsurin
- Beutelurin (Säuglinge / Kleinkinder)

Mittelstrahlurin	24-Stunden-Urin (Sammelurin)
<ul style="list-style-type: none">- Morgenurin verwenden (der Patient soll mindestens ab 2h nachts kein Wasser mehr lassen)- Harnröhrenmündung und Hände vor der Harngewinnung waschen- Erste Urinportion verwerfen, mittlere sammeln, Rest wieder verwerfen- Mittelstrahlurin muss sofort gekühlt oder innerhalb von 2 Std. verarbeitet werden.	<ul style="list-style-type: none">- Die Trinkmenge sollte bei 1,5 – 2 Liter /Tag liegen- Den ersten Morgenurin verwerfen und das letzte Sammeln- Während der Sammelperiode ist sämtlicher Urin kühl und lichtgeschützt zu sammeln und aufzubewahren- Bei den einzelnen Miktionen auf Desinfektion achten- Sammelmenge genau ermitteln- Urin vor dem Versand gut mischen und eine Portion in entsprechendes Röhrchen geben

6.1 Bestandteile eines Teststreifens

- Trägerfolie aus stabilem Plastik
- Saugpapier zur Aufnahme der überschüssigen Lösung
- Reagenzpapier mit chemischen Substanzen für die eigentliche chemische Reaktion
- Netz zum Schutz des Reaktionspapiers vor Verschmutzung und zur gleichmäßigen Benetzung des Reagenzpapiers.



Ein Teststreifen kann entweder nur ein Reagenzpapier (Einfachteststreifen) enthalten und dient damit der Aussage einer chemischen Reaktion (z.B. dem Nachweis von Glukose), oder er enthält mehrere Reaktionsfelder (z.B. Eiweiß, Glukose, Ketonkörper, pH-Wert, Nitrit etc.) und gibt Auskunft über mehrere chemische Reaktionen (Mehrfachteststreifen z.B. Combur 9/10)

6.2

Ablesevorgang am Teststreifen

Combur -9 Test genau nach Gebrauchsanweisung durchführen

unterschiedliche Reaktionszeiten beachten.



S. Alma

- Jeweils nur einen Teststreifen für die jeweilige Untersuchung entnehmen, Packung sofort wieder verschließen.
- Reaktionszone nicht berühren und Verunreinigungen vermeiden.
- Vor Gebrauch Veränderungen der Farbtöne in der Reaktionszone beachten. Sollte bereits eine Veränderung eingetreten sein, den Teststreifen verwerfen.
- Teststreifen vor Feuchtigkeit, Sonnen- Einstrahlung und Hitze schützen.
- Kühl und trocken aufbewahren, je nach Packungsvorschrift bei einer bestimmten Lagerungstemperatur.
- Verfallsdatum der Teststreifen beachten.

6.3

Durchführung der Untersuchung

- Den Teststreifen für eine bestimmte auf der jeweiligen Packung vorgegebenen Zeit (1– 2 Sek.) in die zu untersuchende Flüssigkeit eintauchen.
- Die Seitenkante des Teststreifens am Rande des Gefäßes abstreifen, um ihn von überschüssiger Flüssigkeit zu befreien.
- Die angegebene Reaktionszeit beachten, und das Ergebnis dann ablesen.
- Farbvergleich bei guten Lichtverhältnissen vornehmen, dabei die Reaktionszonen dicht an den Rand der passenden Farbstufe halten.
- Hierbei ist darauf zu achten, dass das Teststäbchen beim Ablesen richtig gehalten wird (s.o. / Bild)
- Die Ablesezeit ist jeweils auf der Packung vom Hersteller angegeben und muss eingehalten werden.

6.4

Fehlerquellen

- Die meisten Fehler kommen durch falsche Handhabung zustande, wenn die genauen Anweisungen für das Durchführen und Ablesen nicht beachtet werden.
- Die Genauigkeit des Ablesens von Teststreifen wird durch einige Faktoren beeinträchtigt, wie z.B. individuelles Farbunterscheidungsvermögen, unterschiedliche Lichtverhältnisse am Arbeitsplatz, nachlassende Konzentration beim Ablesen.

6.5 Übersicht über Aussagekraft der Urin-Teststreifenanalyse Combur 9 Test

Nachweis von Leukozyten	Eine vermehrte Ausscheidung von Leukozyten mit dem Harn nennt man Leukozyturie. Bei Entzündungen der Nieren und der ableitenden Harnwege werden vermehrt Leukozyten ausgeschieden
Nachweis von Nitrit	Ein positiver Nachweis im Harn deutet auf eine Bakteriurie (Ausscheidung von Bakterien mit dem Harn) hin.
PH-Wert	Normalwert: 4,8 – 7,5 0 – 7= sauer 7 =neutral 7-14 =alkalisch Der Harn eines gesunden Menschen reagiert schwach sauer, d.h. pH-Wert von ca. 6,0. Die Harnreaktion ist von der Zusammensetzung der aufgenommenen Nahrungsmittel abhängig. Bei eiweißreicher Ernährung (Fleisch) liegt er im sauren Bereich (6,0 – 6,9). Bei einer kohlenhydrat-reichen Ernährung (pflanzliche Nahrung) liegt er im alkalischen Bereich (7,1 – 7,5)
Nachweis von Protein/Eiweiß	Unter Proteinurie versteht man eine Eiweißausscheidung mit dem Harn, die in geringen Mengen durchaus normal ist, z.B. in der Schwangerschaft, durch körperliche Belastung, Sport, Stress etc.. Eine pathologische Ausscheidung, d.h. eine deutlich erhöhte Ausscheidung tritt bei einigen Erkrankungen, z.B. bei akuten und chronischen Infektionen (Fieber, Nierenentzündungen, Entzündungen der ableitenden Harnwege) auf.
Nachweis von Glucose Merke Nierenschwelle!	Unter Glukosurie versteht man eine Glukoseausscheidung mit dem Harn. Erst wenn der Glukosegehalt des Blutes einen gewissen Höchstwert überschreitet, wird Glukose über die Nieren mit dem Harn ausgeschieden (Nierenschwelle ca. 180 mg/dl). Während der Schwangerschaft kann es infolge der hormonbedingten Herabsetzung dieser Größe häufig zu einer Glukoseausscheidung im Urin kommen (ca. 10-15 %), außerdem bei stark kohlenhydratreicher Ernährung, bei herabgesetzter Nierenschwelle sowie bei einem Nierenschaden.
Nachweis von Ketonkörpern	Unter Ketonurie versteht man eine Ausscheidung von Ketonkörpern mit dem Harn. Ursachen sind z.B. Hungerzustände, Erbrechen, Schlankheitskuren (z.B. Null-Diät) und hohes Fieber bei Kindern. Der Nachweis von Ketonkörpern im Harn eines Diabetikers deutet auf eine Stoffwechsellentgleisung hin, die schnellstens behandelt werden muss, damit ein diabetisches Koma vermieden werden kann.
Nachweis von Bilirubin, Urobilinogen u. Urobilin	Zu den wichtigsten Gallenfarbstoffen gehören Bilirubin, Urobilinogen und Urobilin, die bei Lebererkrankungen, Gallenblasenerkrankungen und Erkrankungen der ableitenden Gallengänge vorkommen können.
Nachweis von Blut (Hämoglobin Erythrozyten)	Die Ausscheidung von Erythrozyten mit dem Harn wird als Hämaturie bezeichnet. Dabei werden zwei Arten unterschieden: - Makrohämaturie (mit dem bloßen Auge sichtbar rot verfärbter Urin) - Mikrohämaturie (nur im Mikroskop sichtbar). Ab 5 Erythrozyten/µl Blut wird die Hämaturie als pathologisch angesehen. Der Blutnachweis wird bei Verdacht auf Erkrankungen der Nieren und ableitenden Harnwege, z.B. Entzündungen, Nieren- und Blasensteinen sowie bösartigen Tumoren durchgeführt.

7

Pulsmessung

Wo kann der Puls getastet werden?

Wo Arterien oberflächlich verlaufen und gegen eine harte Unterlage (wie Knochen, Muskulatur usw.) gedrückt werden kann.



7.1 Technik des Pulsfühlers an der Speichenschlagader

- Patient hält Handgelenk leicht gebeugt und entspannt (siehe Bild oben)
- MFA legt zur Messung Zeige-, Mittel- und Ringfinger auf die Stelle an Arterie (Daumenseite peripheres Speichenende), wo der Puls gut fühlbar ist.
- 15 Sekunden lang die Pulsschläge zählen und anschließend mit vier multiplizieren
- Ist der Puls auffällig (unregelmäßig), zählt man 60 Sekunden
- Als Ergebnis erhalten wir dann als Pulsfrequenz d. Anzahl der Pulsschläge pro Minute

Normalwerte bei Erwachsenen	60 - 80 Pulsschläge pro Minute
Neugeborenen	120 – 140 Pulsschläge pro Minute
Kleinkind	100 – 120 Pulsschläge pro Minute
Kinder	80 - 90 Pulsschläge pro Minute

8

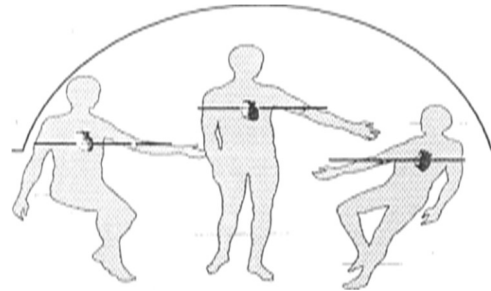
Fehlerquellen beim Blutdruckmessen



S. Alma

- Zu schmale oder zu breite Manschetten
- Die Manschette ist nicht richtig angelegt
- In der Manschette ist Restluft
- Patient ist eventuell belastet (**Treppensteigen**)
- Patient hat sich vor der Messung angestrengt oder aufgeregt
- Der Arm ist durch enge Kleidungsstücke gestaut
- Bei der Messung wurde zu lange gestaut
- Das Stethoskop liegt nicht richtig
- Die Schläuche sind verwickelt
- Das Sphygmomanometer ist nicht geeicht
- Zu rasches Ablassen des Manschettendruckes

8.1 Blutdruckmessung nach Riva-Rocci (RR)



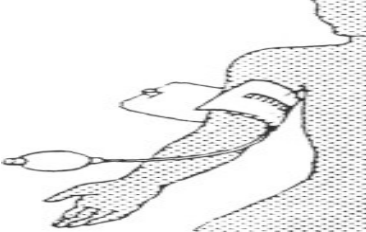
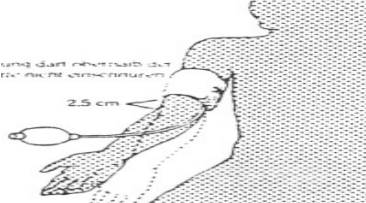
Messung des systolischen und diastolischen Blutdrucks:

- Die Messung kann am sitzenden o. b. liegenden Menschen erfolgen.
- Unabhängig von der Körperstellung sollen sich die Ellenbeuge und der ganz leicht im
- Ellenbogengelenk gebeugte Unterarm in Herzhöhe befinden.
- Blutdruckmessung bei einem neuen Patienten (Erstuntersuchung) ist an beiden Armen zu messen ergeben sich dabei größere Unterschiede, soll später stets an dem Arm mit dem höheren Blutdruck gemessen werden.
- Auch ist bei Kontrollmessungen immer der gleiche Arm zu verwenden.
- Bei Verdacht auf orthostatischen Blutdruckabfall sowie bei Hochdruckabfall sowie bei Hochdruckkranken vor und besonders während der Behandlung muss der Blutdruck stets auch im Stehen gemessen werden.
- Bei der Blutdruckmessung soll der Patient bequem/entspannt liegen oder sitzen. **Patient muss 3-5 Min. am Platz sitzen**

8.1 Blutdruckmessung nach Riva-Rocci (RR)

Welcher Arm: Links oder rechts?

Viele Patienten haben unterschiedlich hohe Blutdruckwerte zwischen rechtem und linkem Arm. Daher raten Experten, **beim erstmaligen RR-Messung** zu einer Vergleichsmessung an **beiden Armen**. Wird ein Messunterschied von mehr als 10 mmHg festgestellt, sollte die Messung stets am Arm mit den höheren Werten erfolgen. Sie sollen diesen Arm für weitere Messungen nutzen, da immer **die höheren Messwerte** entscheidend sind.

	<ul style="list-style-type: none"> - Die Manschette sollte 14 cm breit und 50 cm lang sein - Die Manschette sollte in Höhe des Herzens am Oberarm angelegt werden - Luftleere Manschette in passender Breite am sitzenden oder liegenden Patienten anlegen
	<ul style="list-style-type: none"> - Die Manschette muss fest anliegen ohne abzuschnüren und soll ungefähr 2,5 cm Oberhalb der Ellenbeuge enden

- ✓ Manschettendruck ca. 30 mmHg/sec. über den zu erwartenden systolischen Druck langsam den Manschettendruck verringern
- ✓ Das **erste Geräusch** ist der systolische Wert
 - **Systolischer Druck** Höchster messbarer arterieller Druck während der Kammer systole des Herzens (Kontraktion).
- ✓ Beim **letzten Geräusch** wird der diastolische Wert abgelesen.
 - **Diastolischer Druck** Niedrigster messbarer arterieller Druck während der

Einteilung der Blutdruck-Normalwerte laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO)		
RR bis 140 mmHg systolisch bis 90 mmHg diastolisch		
	systolisch (mmHg)	diastolisch (mmHg)
optimal	< 120	< 80
normal	< 130	< 90
hochnormal	130-139	85-89

Kammerdiastole des Herzens (Erschlaffung).

- **Korotkow-Geräusche:**
zwischen den beiden Messwerten (systolischer u. diastolischer Druck) entstehenden turbulenten Blutströmungen bedingt durch d. Gefäßverengung.

Merke: Der Beginn und das Ende der Strömungsgeräusche zeigen uns die beiden Extremwerte (systolischer und diastolischer Druck) an.

9 Technik der EKG-Aufzeichnung - Ruhe-EKG (12 Kanal)

- Der Untersuchungsraum muss ausreichend warm sein, damit der Patient ruhig und entspannt liegen kann
 - Der Patient soll kein Metall am Körper tragen
 - Er darf nicht sprechen und soll sich nicht bewegen
 - Zittert der Patient, so stört dieses Muskelzittern das Elektrokardiogramm, was das Messergebnis erheblich verfälschen kann
- **Raumtemperatur etwa 20 °C Patient darf keinesfalls frösteln oder frieren**
- Die elektrischen Vorgänge während der Herztätigkeit können zur Aufzeichnung im EKG-Gerät durch Metallplatten (Elektroden) abgeleitet werden.
 - Die EKG-Kurve verändert sich dabei in Abhängigkeit von der gewählten Ableitung.
- In der Praxis werden vor allem **Extremitätenableitungen u. Brustwandableitungen angewendet.**

9.1 Arbeitsschritte (Checkliste) bei der EKG-Aufzeichnung

1. Raum
2. Patienteninstruktion
3. Patienten Kabel anlegen (4 Extremitäten u. 6 Brustwandkabeln)
4. Gerät einschalten
5. Ableitungsprogramm wählen (z.B. I, II, III)
6. Registriergeschwindigkeit wählen (25 oder 50 mm/s nach Anweisung des Arztes)
7. **vor jeder Ableitung** Eich Taste drücken
Am Anfang jeder Aufzeichnung wird die Empfindlichkeit des Gerätes mit einer Eichzacke geprüft. Dabei soll 1 mV üblicherweise einem Ausschlag von 10 mm entsprechen.
Durch Vergleich mit der Eichzacke kann der Arzt das EKG später exakt auswerten und ausmessen.
8. Ableitung aufzeichnen
9. **Zum Schluss:** Gerät ausschalten,
Name und Geburtsdatum des Patienten auf dem EKG-Streifen notieren
Untersuchungsdatum, Ableitungsprogramm, Registriergeschwindigkeit
10. Patient verabschieden

Empfehlung als PRAXISTIPP:

Ich/Wir möchte(n) bei Ihnen eine elektrokardiografische Untersuchung (EKG) durchführen, durch die wir sehen können, ob Ihr Herz noch gesund ist. Wir zeichnen mit dem Gerät den Strom in Ihrem Herz auf.
Sie selbst kommen nicht mit Strom in Berührung.
Am besten gelingt die Untersuchung, wenn Sie sich so gut wie möglich entspannen.

9.2 EKG (Elektrokardiogramm) - Extremitätenableitungen

- Das **Patientenkabel** unterteilt sich in **4** Extremitätenkabeln, die sind länger als die **6** Brustwandkabel.
- Hierbei werden die Elektroden **an den Unterarmen oberhalb der Handgelenke** und **an beiden Unterschenkeln oberhalb der Knöchel** befestigt.
 - ✓ Zum **besseren Kontakt** werden die Metallflächen dabei mit einem **Kontaktgel** versehen oder mit **angefeuchtetem** Stoff oder **Papier** überzogen.
 - ✓ Die Elektroden sollen fest anliegen, jedoch Arme und Beine nicht abschnüren.
 - ✓ Die Elektroden werden durch farbig gekennzeichnete Kabel mit dem EKG-Gerät verbunden.

Rotes Kabel	rechter Arm
Gelbes Kabel	linker Arm
Grünes Kabel	linkes Bein
Schwarzes Kabel	rechtes Bein

Merke

Anlage erfolgt nach den Verkehrsampelregeln, es gilt folgender

Farbcode: **im Uhrzeigersinn: Rot – Gelb – Grün – Schwarz**

<i>Extremitätenableitungen</i> nach Einthoven Standardableitungen I – II - III	<i>Extremitätenableitungen</i> nach Goldberger Standardableitungen (augmentet Voltage) aVR – aVL – aVF
------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

9.3 Brustwandableitungen nach Wilson

Zusätzlich zu den Extremitätenkabeln werden sechs Elektroden an der Brustwand befestigt. Man verwendet dazu z.B. Saug- oder Klebeelektroden.

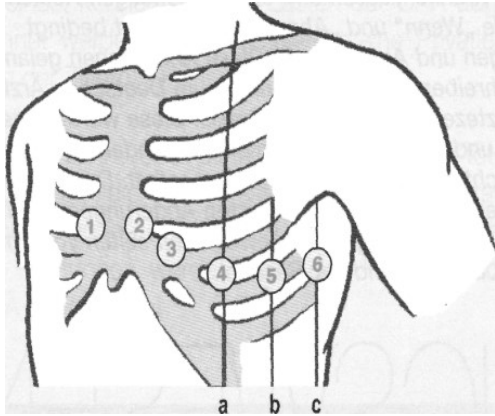


Bild 1

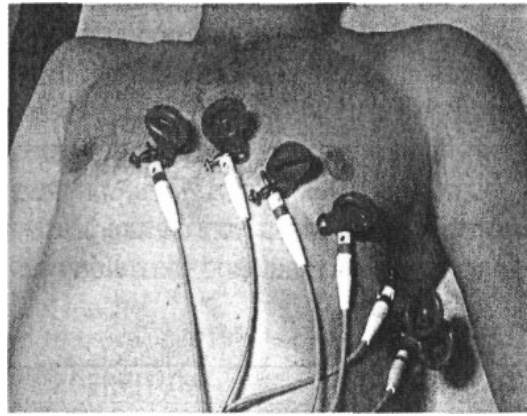


Bild 2

Die sechs Elektrodenpositionierungen (V1 bis V6) sind auf der Brustwand wie folgt vorgeschrieben:

- V 1** 4. Interkostalraum rechts Parasternal (ICR der Raum zwischen den einzelnen Rippen, wird **Zwischenrippenraum** genannt)
- V 2** 4. ICR links Parasternal
- V 3** **Auf der 5. Rippe** links zwischen V2 und V 4 **-nach V4 anlegen-**
- V 4** 5. ICR links, Schnitt **Medioclavicularlinie** (in der Mitte des linken Schlüsselbeins über der Herzspitze) siehe Bild 1: **Linie 4a**
- V 5** 5. ICR links in selbe horizontale Höhe wie V4, Schnitt **vorderer Axillarlinie** siehe Bild 1: **Linie 4b**
- V 6** 5. ICR links in selbe horizontale Höhe wie V4, Schnitt **mittlerer Axillarlinie** siehe Bild 1: **Linie 4c**

Merke

- Zählt man die Zwischenrippenräume ab, so ist zu beachten, dass die **1. Rippe** Unterhalb des Schlüsselbeins in der Regel **nicht zu tasten** ist.
- Der erste Zwischenrippenraum (ICR-Intercostalraum) befindet sich also über der ersten tastbaren Rippe.
- Die Extremitätenableitungen bleiben bei den Ableitungen nach Wilson angeschlossen, da sie im EKG-Gerät zusammen als Gegenelektrode benötigt werden.

10 Gesundheitsuntersuchung - Sekundärprävention

- Ab 35 Lebensjahr und Älter alle 3 Jahre
- Zwischen 18 – 35 Jahre einmalig, keine Harnteststreifenuntersuchung.
- Labor unter 35 Jahre nur bei positiver Familienanamnese (Risikoprofilindikation), Adipositas, Bluthochdruck
- Überprüfung des Impfstatus ggf. eine Impfung gegen Hepatitis B-Virus (HBV) ist möglich
- Bei Ganzkörperuntersuchung: Größe und Gewicht, Blutdruckmessung, Erhebung der Eigen-, Familien- u. Sozialanamnese, insbesondere Erfassung des Risikoprofils
- Laboruntersuchungen: Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin, LDL-Cholesterin, Triglyceride, Glukose und Harnteststreifenuntersuchung.
- Versicherte ab 35 Jahren haben einmalig den Anspruch, sich auf die Viruserkrankungen Hepatitis B und C (Hepatitis-Screening) als Bestandteil der GU testen zu lassen.

GU/Check-up in fünf Schritte (siehe www.g-ba.de/richtlinien)

1. Anamnese

2. Klinische Untersuchung:

Ganzkörper Untersuchung, Inspektion des Brustkorbs, Auskultation von Herz und Lunge, Abdomenpalpation inklusive der Nierenlager, Messen des Fußpulses, Karotisauskultation, Beurteilung der Haut, Sinnesorgane und der psychischen Verfassung, Überprüfung des Bewegungsapparats und des Nervensystems, Erhebung von Gewicht und Messen des Blutdrucks.

Ab 65 Jahren einmalige Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung von Aneurysmen der Bauchaorta (kann nur seitens der Ärzte mit einer entsprechenden Genehmigung zur Ultraschall Diagnostik durchgeführt werden).

3. Laboruntersuchung: ab 35 Jahren oder bei Risikoprofil zwischen 18-34 Jahren: Harnteststreifen (Eiweiß, Glucose, Erythrozyten, Leukozyten und Nitrit) im Blut; Glucose, gesamtes Lipidprofil: Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin, LDL-Cholesterin, Triglyceride. Seit 01.10.2021 können sich Versicherte ab 35 Lj einmalig auf Hepatitis B- und C-Virusinfektionen testen lassen

4. Überprüfung des Impfstatus

5. Risikoadaptierte ärztliche Beratung und Aufklärung;

Ärzte beraten Patienten auf Grundlage der Anamnese und der erhobenen Befunde. Unter Berücksichtigung des individuellen Risikoprofils soll über Möglichkeiten und Hilfen zur Vermeidung und zur Reduktion gesundheitsschädigender Verhaltensweisen wie z.B. Rauchen aufgeklärt werden. Eine motivierende Gesprächsführung soll gesundheitsförderndes Verhalten unterstützen. Zudem sollen Versicherte bei entsprechendem Impfstatus über Nachimpfung informiert werden. Die Ärzte stellen in Folge eine Präventionsempfehlung aus. Liegt nach den Untersuchungen der Verdacht einer Krankheit vor, kommt es zu einer gezielten Diagnostik und ggf. zu einer Therapie.

Abrechnung nach EBM / Extrabudgetäre Vergütung:

GOP 01732, GOP 32880, ab 50 Jahre IFOB GOP 01737, ab 35 Lj GOP 01734

Zuschlag zu GOP 01732 bei Hepatitis-Screening, in Kombination mit Hautkrebs ab 35 Jahren GOP 01746

Merke:

In der praktischen Prüfung – zwecks Dokumentation der Gesundheitsuntersuchung, kann ein Anamnese- und Untersuchungsbogen im Bearbeitungsraum je nach Prüfungsausschuss auslegen! In der Praxis: erfolgt Dokumentation ausschließlich in der ePatientenakte!

10 a Gesundheitsuntersuchung - Fragen & Antworten

1. Wer hat Anspruch auf eine Gesundheitsuntersuchung?

Antwort: Zwischen 18 und 34 Jahren einmalig ohne Labor, Ausnahme bei Indikation, Risikoprofil und Ab 35 Jahren alle 3 Jahre

2. Welche Laboruntersuchungen (-parameter) u. Untersuchungen) werden im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung veranlasst?

Antwort: Labor: Lipidprofil (Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin, LDL-Cholesterin, Triglyceride), Glucose, Harnteststreifen, Untersuchung: ganzkörperliche Untersuchung, RR, Puls, Überprüfen des Impfstatus, in der Patientenakte wird d. Anamnese, die Eigen-, Sozial- und Familienanamnese erhoben und insbesondere das Risikoprofil erfasst.

Merke!

Risikoadaptierte ärztliche Beratung u. Aufklärung: kardiovaskuläres u. entsprechende Managementstrategien, Nikotinkonsum, Alkohol- u. Drogenkonsum, Ernährungsverhalten, dauerhafte emotionale Belastungsfaktoren, Familiär bedingte Risiken, insbesondere onkologische Erkrankung, Impfstatus

Risikofaktoren sind: Rauchen, Übergewicht, Alkohol- und Drogenkonsum, familiäre Krebs- u. Risiken, das Bewegungsverhalten.

3. Welche Gebührenordnungspositionen rechnen Sie ab?

Antwort: GOP 01732 (GU), 32880 (HTS, präventiv), Hautkrebsscreening mit einer GU ab 35 Jahren Zuschlag GOP 01746, Hepatitis-Screening Zuschlag GOP 01734, ab 50 Jahren iFOB-Stuhltest GOP 01737

4. Ab welchem Alter wird iFOB-Stuhltest im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung durchgeführt und auf welchem Vordruck/Formular wird der Auftrag durchgeführt?

Antwort: Ab 50 Jahren auf Muster 10, iFOB-Stuhltest, präventiv nach Versand (Ausgabe-Weiterleitung an das Labor) GOP 01737

5. GK-Versicherte, die das 35. Lebensjahr vollendet haben, haben seit 01.10.2021 im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung einmalig einen Anspruch auf ein Hepatitis-Screening –Hepatitis B/-C Infektion. Auf welchem Vordruck/Formular wird der Auftrag durchgeführt?

Antwort: Muster 10 – präventiv.

Merke: Die Gesundheitsuntersuchung dient zur Früherkennung der typischen „Volkskrankheiten“. Diese konzentrieren sich vor allem auf die **Diabetes mellitus Typ 2, die Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen, Hypertonie und familiär bedingte Risiken, insbesondere zu onkologischen Erkrankungen.**

11 Wie wird der BMI (Body Mass Index) berechnet

Der Body Mass Index (BMI) setzt Gewicht und Körpergröße ins Verhältnis.

Die Formel, die dahinterliegt, setzt das Körpergewicht in Kilogramm mit der Körpergröße in Metern zum Quadrat ins Verhältnis:

Beispiel:

Eine Person mit einer Körpergröße von 160 cm und einem Körpergewicht von 60 kg hat einem BMI von 23,4

BMI-Formel = Körpergewicht (in kg) geteilt durch Körpergröße (in m) zum Quadrat.

Die Formel lautet wie folgt:

160:100

60: 1,6x1,6 (2,56) = 23,4 (Dreisatz)

Gewichtsklassen/ Kategorien	BMI (kg/m²)	Risiko für Begleiterkrankungen
Untergewicht	< 18,5	niedrig
Normalgewicht	18,5 - 24,9	durchschnittlich
Übergewicht:	> 25,0	
Präadipositas	25,0 - 29,9	schwach erhöht
Adipositas Grad 1 (moderate Adipositas)	30,0 - 34,9	erhöht
Adipositas Grad 2 (starke Adipositas)	35,0 - 39,9	hoch
Adipositas Grad III (extreme Adipositas)	40,0	sehr hoch

Quelle BMI Tabelle: WHO





Bewusstseinskontrolle/Vitalfunktionen überprüfen (Bewusstsein - Atmung - Kreislauf)

- ✓ Ansprechen, Rütteln, evtl. Schmerzreiz, Atmungskontrolle

Bei bewusstloser Patient, normale Atmung, ist die stabile Seitenlage lebenswichtig!

- ✓ Durch die stabile Seitenlage wird sichergestellt,
- ✓ dass die Atemwege freigehalten werden und Erbrochenes, Blut etc. ablaufen kann, der Mund des Betroffenen wird zum tiefsten Punkt des Körpers.

Der Betroffene wird so vor dem Ersticken bewahrt

	<p>Seitlich neben dem Patienten knien. Beine des Patienten strecken.</p> <p>Den nahen Arm des Bewusstlosen angewinkelt nach oben legen (vom Körper weg), die Handinnenfläche zeigt dabei nach oben.</p>
	<p>Fernen Arm des Patienten am Handgelenk greifen über den Brustkorb, Handrücken gegen zugewandte Wange des Patienten halten.</p> <p>Hand nicht loslassen</p>
	<p>An den fernen Oberschenkel greifen und Bein des Patienten beugen.</p> <p>Mit der anderen Hand das gegenüberliegende Bein des Patienten (knapp über dem Knie) hochziehen, Fuß bleibt auf Boden. Ziehen Sie den Patienten zu sich herüber.</p> <p>Das obenliegende Bein so ausrichten, dass der Oberschenkel im rechten Winkel zur Hüfte liegt.</p>
	<p>Kopf/Hals überstrecken, damit die Atemwege frei werden. Mund des Betroffenen leicht öffnen.</p> <p>Die an der Wange liegende Hand so ausrichten, dass der Hals überstreckt bleibt. Mund ist dann tiefster Punkt, so dass Sekret, Erbrochenes usw. abfließen können.</p> <p>Nach 30 Minuten in dieser Stellung sollte die Seite gewechselt werden, um den Druck vom unteren Arm zu nehmen.</p>

... den Notruf 112 nicht vergessen. W-Fragen...! üben!

Quelle Literaturverzeichnis

- AEKNO
- Ärztezeitung
- Auszug aus dem EBM / GOÄ
- BÄK
- BD Medical / Diagnostik
- Beckmann
- Bundesarbeitsgemeinschaft Erste Hilfe
- Firma Roche
- Firma Braun
- GKV/Spitzenverbände der Krankenkassen
- Karl-Werner Ratschko „die Arzthelferin“, Schlütersche Verlag Hannover 1999
- Kassenärztliche Praxislexikon
- KBV
- KVNO
- Sarstedt
- www.ekg-online.de
- Die Medizinische Fachangestellte
- BMI Tabelle: WHO

Viel Erfolg bei der Abschlussprüfung

Wünscht Ihnen

©Serin Alma

Fallbeispiele

Seite 33 - 38

Anlage 1:

M1, M2, M4, M10A, M16

Lösungen folgen

Anlage 2:

Handzettel für

Gebührenordnungspositionen des
hausärztlichen Versorgungsbereichs

Anlage 3:

Dient nur als Beispiel:

„Fallbezogene praktische Tätigkeiten in der
praktischen Prüfung

Viel Erfolg bei der Bearbeitung 😊

Wünscht Ihnen

© **Serin Alma**

Trainerin im Gesundheitswesen

Merke konventionelle Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist noch bis 30.06.2022 weiterhin in Papierform möglich

Fallbeispiel Muster 1

ARBEITSUNFÄHIGKEITSBESCHEINIGUNG (MUSTER 1)

Füllen Sie bitte das abgebildete Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung/M1 aufgrund der folgenden Angaben aus; das Personalienfeld wurde maschinell beschriftet.

Klara Haupt, geb. am 07.07.1975, wohnhaft in 40212 Düsseldorf, Porschestraße 10, ist bei der AOK Rheinland-Hamburg selbst versichert, Versicherungsnummer: A123855880, BSNR, LANR, Status, WOP 38 (für Nordrhein)
 Datum: Heute.

Dr. Mittwoch bescheinigt Klara Haupt, Aufgrund der erhobene Befunde und hypertensive Krise für 4 Tage Arbeitsunfähigkeit.

Freigabe 12.10.2017

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit dem Durchgangsarzt zugewiesen

arbeitsunfähig seit

voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit

festgestellt am

Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung 1

Erstbescheinigung

Folgebescheinigung

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)

ICD-10 - Code ICD-10 - Code ICD-10 - Code

ICD-10 - Code ICD-10 - Code ICD-10 - Code

sonstiger Unfall, Unfallfolgen Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stufenweise Wiedereingliederung

Sonstige

Im Krankengeldfall
 ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall
 Endbescheinigung

Muster 1a (1.2018)

Frage: Ein Patient wird sofort vom behandelnden Arzt in ein Krankenhaus eingewiesen. Er erhält eine Erstbescheinigung. Was schreiben Sie statt des Datums in die Zeile Voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich?

Antwort.....
 *Die Abkürzung ICD steht für Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
 in Englisch "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems"

Verordnung von Krankenhausbehandlung (Muster 2)

Füllen Sie bitte die abgebildete Verordnung von Krankenhausbehandlung/M2 aufgrund der folgenden Angaben aus; das Personalienfeld wurde maschinell beschriftet. **Johannes Rhein**, geb. am 14.10.40, wohnhaft in 40212 Düsseldorf, Winzer Str. 10, ist bei der **AOK Rheinland/Hamburg** als **Rentner** versichert. **WOP 38** (für Nordrhein), Kostenträgerkennung 9-stellig, BSNR 9-stellig und Arzt-Nr. (LANR) 9-stellig, Versichertennummer: 10-stellig.

Datum: Heute

Aufgrund der Symptome und eines EKG's (Elektrokardiogramms) ergibt sich der **Verdacht auf Koronare Herzkrankheit (KHK) mit drohendem Infarkt.**

Dr. Mittwoch veranlasst die Einweisung in die nahe liegende Uni Düsseldorf.

Freigabe 01.09.2014			Verordnung von Krankenhausbehandlung 2	
Krankenkasse bzw. Kostenträger			(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)	
Name, Vorname des Versicherten		geb. am	<input type="checkbox"/> Belegarztbehandlung <input type="checkbox"/> Notfall	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (BVG)	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser	
Diagnose			Verbindliches Muster	
_____ _____ _____ _____				
Bitte dem Patienten gesondert mitgeben!				
Untersuchungsergebnisse _____				

Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation) _____				

Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie) _____				

Mitgegebene Befunde _____				

Ausfertigung für den Krankenhausarzt! Vertraulich!				
Muster 2b (10.2014)				

Verordnung einer Krankenförderung (Muster 4)

Füllen Sie bitte die abgebildete Verordnung der Krankenförderung/M4 aufgrund der Handlungssituation im Fallbeschreibung bei stationärer Behandlung aus; das Personalienfeld wurde maschinell beschriftet.

Johannes Rhein, geb. am 14.10.40, wohnhaft in 40212 Düsseldorf, Winzer Str. 10, ist bei der **AOK Rheinland/Hamburg** als **Rentner** versichert. **WOP 38** (für Nordrhein), Kostenträgerkennung 9-stellig, BSNR 9-stellig und Arzt-Nr. (LANR) 9-stellig, Versichertennummer: 10-stellig.

Datum: Heute

Beförderungsmittel Fallbezogenen Rettungswagen (RTW) und Notarztwagen (NAW)

Zuzahlungs-pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Freigabe 17.02.2020
Zuzahlungs-frei	Name, Vorname des Versicherten geb. am	Verordnung einer Krankenförderung 4
	Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status	<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG)
	Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	<input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung vor-/nachstationäre Behandlung

b) ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „BI“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 **nur Taxi/Mietwagen (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)**

c) anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: _____

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

d) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)

e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)

f) anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am TTMMJJ / x pro Woche, bis voraussichtlich TTMMJJ

Behandlungsstätte (Name, Ort)

3. Art und Ausstattung der Beförderung

<input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
<input type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen _____	<input type="checkbox"/> Tragestuhl
<input type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> NAW/NEF <input type="checkbox"/> andere _____	<input type="checkbox"/> liegend

4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Verbindliches Muster

Muster 4 (7.2020)

Überweisungsschein (Muster 6)

Füllen Sie bitte das abgebildete Überweisungsschein/M6 aufgrund der folgenden Angaben aus; das Personalienfeld wurde maschinell beschriftet. Frau **Klara Haupt**, geb. am 07.07.1975, wohnhaft in 40212 Düsseldorf, Porschestra. 10, ist bei der **AOK Rheinland-Hamburg selbst** versichert, **WOP 38** (für Nordrhein), Versicherungsnummer: A123855880, BSNR, LANR, Status.

Datum: Heute

Sie erhält von **Dr. Mittwoch**, Facharzt für Allgemeinmedizin, eine Überweisung zum Augenarzt, bei bekannter Diabetes mellitus Typ II zur Kontrolluntersuchung

Freigabe 15.04.2019		Überweisungsschein		06 Quartal
Krankenkasse bzw. Kostenträger		<input type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> Präventiv	<input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V
Name, Vorname des Versicherten		<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	Q J J Geschlecht	
geb. am		<input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2	
		Überweisung an		T T M M J J
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Ausführung von Auftragsleistungen		AU bis
	Status	<input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung	<input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung	T T M M J J
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V		
	Datum			
Diagnose/Verdachtsdiagnose				
Befund/Medikation				
Auftrag				
				Verbindliches Muster
				Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Muster 6 (10.2019)				

Welche Formular Muster-Nummer hat der Abrechnungsschein?

- M1 M3 M5 M6

Welche Formular Muster-Nummer hat das Arzneiverordnungsblatt?

- M2 M4 M13 M16

Wie heißt die Kennziffer für Rentnerangehörige beim Versichertenstatus?

- 1 3 4 5

Fallbeispiel Muster 10A

Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften Muster 10A im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung

Handlungssituation: Dr. Mittwoch bittet Sie, bei Frau Klara Haupt im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung Laboruntersuchungen durchzuführen. Füllen Sie bitte das abgebildete Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften Muster 10A, aufgrund der folgenden Angaben aus; Das Personalienfeld wurde maschinell beschriftet. Klara Haupt, geb. am 07.07.75, wohnhaft in 40212 Düsseldorf, Porschestraße 10, ist bei der AOK Rheinland/Hamburg selbst versichert. WOP 38 (für Nordrhein), Kostenträgerkennung 9-stellig, Versichertennummer 10-stellig, BSNR 9-stellig und Arzt-Nr. (LANR) 9-stellig.

Datum: Heute. Diagnose Diabetes mellitus -ICD10-I, Laborkennziffer 32022 (Diagnose-abhängig z.B.: Bei Diabetes mellitus – gemäß KBV) wird nicht mehr auf d. M10A eingetragen!

Freigabe 06.05.2020

Verbindliches Muster

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Zusätzliche Angaben zu Untersuchungen

Anforderungsschein für Laboratoriums-
untersuchungen bei Laborgemeinschaften

Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikett
einkleben!

Knappschafts-kennziffer Geschlecht SSW

Abnahmedatum Abnahmezeit

TTMMJJ hhmm

10A

		Serum / Plasma / Vollblut		Urin
<input type="checkbox"/> Befund eilt	1	<input type="checkbox"/> EDTA-Blut	<input type="checkbox"/> alkalische Phosphatase 13	<input type="checkbox"/> Gamma GT 27
<input type="checkbox"/> großes Blutbild	2	<input type="checkbox"/> kleines Blutbild 3	<input type="checkbox"/> Amylase 14	<input type="checkbox"/> GOT / ASAT 29
<input type="checkbox"/> HbA1c	4	<input type="checkbox"/> ASL 15	<input type="checkbox"/> GPT / ALAT 30	<input type="checkbox"/> Natrium 44
<input type="checkbox"/> Retikulozyten	5	<input type="checkbox"/> Bilirubin direkt 16	<input type="checkbox"/> Harnsäure 31	<input type="checkbox"/> OP-Vorbereitung (32125) 45
<input type="checkbox"/> Blutsenkung	6	<input type="checkbox"/> Bilirubin gesamt 17	<input type="checkbox"/> Harnstoff 32	<input type="checkbox"/> Phosphat, anorg. 46
Gesundheitsuntersuchungen		<input type="checkbox"/> Calcium 18	<input type="checkbox"/> HDL-Cholesterin 34	<input type="checkbox"/> Transferrin 47
<input type="checkbox"/> Harnstreifenfest (32880)	62	<input type="checkbox"/> Cholesterin 19	<input type="checkbox"/> IgA 35	<input type="checkbox"/> Triglyceride 48
<input type="checkbox"/> Nüchternplasmaglukose (32881)	63	<input type="checkbox"/> Cholinesterase 20	<input type="checkbox"/> IgG 36	<input type="checkbox"/> TSH 49
<input type="checkbox"/> Lipidprofil (32882)	64	<input type="checkbox"/> CK 21	<input type="checkbox"/> IgM 37	<input type="checkbox"/> Citrat-Blut
		<input type="checkbox"/> CRP 23	<input type="checkbox"/> Kalium 38	<input type="checkbox"/> Quick 8
		<input type="checkbox"/> Eisen 24	<input type="checkbox"/> Kreatinin 39	<input type="checkbox"/> Quick unter Marcumar-Therapie 9
		<input type="checkbox"/> Eiweiß Elektrophorese 25	<input type="checkbox"/> Kreatinin Clearance 40	<input type="checkbox"/> Thrombinzeit 10
		<input type="checkbox"/> Eiweiß gesamt 26	<input type="checkbox"/> LDH 41	<input type="checkbox"/> PTT 11
			<input type="checkbox"/> LDL-Cholesterin 42	<input type="checkbox"/> Status 55
			<input type="checkbox"/> Lipase 43	<input type="checkbox"/> Mikroalbumin 56
			<input type="checkbox"/> Glukose 1 51	<input type="checkbox"/> Glukose 58
			<input type="checkbox"/> Glukose 2 52	<input type="checkbox"/> Glukose 60
			<input type="checkbox"/> Glukose 3 53	<input type="checkbox"/> Sediment 60
			<input type="checkbox"/> Glukose 4 54	<input type="checkbox"/> Citrat-Blut

Muster 10A (10.2020)

1. Welche Laboruntersuchungen (-parameter/Untersuchungen) werden im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung untersucht?
Antwort: G....., H.....
 L....., T....., Nü....., H.....

2. GK-Versicherte, die das 35. Lebensjahr vollendet haben, haben seit 01.10.2021 im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung einmalig **einen Anspruch** auf ein Hep..... –..... B/C I.....
Auf welchem Vordruck/Formular wird der Auftrag durchgeführt?
Antwort: Muster

3. Ab welchem Alter und in welchem Zeitabstände wird die Gesundheitsuntersuchung (Check-Up) durchgeführt?
Antwort: Im Alter zwischenJahren einmalig ohne Labor, Ausnahme bei Indikation, Risikoprofil. AbLj alle Jahre

4. Welche Gebührenordnungspositionen rechnen Sie ab?
Antwort: GOP(GU) (HTS, präventiv), Haut..... mit einer GU ab 35 Lj Zuschlag GOP, Hepatitisscreening Zuschlag GOP 01734

5. Ab welchem Alter wird iFOB-Stuhltest im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung durchgeführt und auf welchem Vordruck/Formular wird der Auftrag durchgeführt?
Antwort: Ab Lj auf Muster iFOB-Stuhltest, präventiv nach Versand (Ausgabe-Weiterleitung an das Labor) GOP

Arzneiverordnungsblatt (Muster 16)

Füllen Sie bitte das abgebildete Arzneiverordnungsblatt/M16 aufgrund der folgenden Angaben aus; das Personalienfeld wurde maschinell beschriftet. **Klara Haupt**, geb. am 07.07.75, wohnhaft in 40212 Düsseldorf, Porschestr. 10, ist bei der **AOK Rheinland/Hamburg selbst** versichert. WOP 38 (für Nordrhein), Kostenträgerkennung 9-stellig, Versichertennummer 10-stellig, BSNR 9-stellig und Arzt-Nr. (LANR) 9-stellig.

Datum: **Heute**.

Dr. Mittwoch bittet Sie, Fr. Haupt wegen der Hypertonie die entsprechende **Dauerverordnung** Metoprolol 100 mg Tabletten vorzubereiten.

Dr. Mittwoch erwartet, dass der Apotheker ein Präparat mit dem Wirkstoff aus dem unteren Preisdrittel der Festbetragsgruppe abgibt (**das Gleiche**)

Freigabe 01.09.2014

<p>Krankenkasse bzw. Kostenträger</p> <p>Name, Vorname des Versicherten</p> <p>geb. am</p> <p>Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status</p> <p>Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: small;">BVD</td> <td style="font-size: small;">Hilfs- mittel</td> <td style="font-size: small;">Arzt- stoff</td> <td style="font-size: small;">Soz.- Beitrag</td> <td style="font-size: small;">Beitrag- Pflicht</td> <td style="font-size: small;">Apotheken-Nr. / K.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="font-size: small;">Dunkelf.</td> <td colspan="3" style="font-size: small;">Gesamt-Brutto</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="font-size: small;">Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr.</td> <td style="font-size: small;">Faktor</td> <td colspan="2" style="font-size: small;">Tasse</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="font-size: small;">1. Verordnung</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="font-size: small;">2. Verordnung</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="font-size: small;">3. Verordnung</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	BVD	Hilfs- mittel	Arzt- stoff	Soz.- Beitrag	Beitrag- Pflicht	Apotheken-Nr. / K.	6	7	8	9			Dunkelf.			Gesamt-Brutto			Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr.			Faktor	Tasse		1. Verordnung						2. Verordnung						3. Verordnung					
BVD	Hilfs- mittel	Arzt- stoff	Soz.- Beitrag	Beitrag- Pflicht	Apotheken-Nr. / K.																																						
6	7	8	9																																								
Dunkelf.			Gesamt-Brutto																																								
Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr.			Faktor	Tasse																																							
1. Verordnung																																											
2. Verordnung																																											
3. Verordnung																																											

Rp. (Bitte Leeräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (10,2014)

1. Was ist zu beachten, wenn einem Patienten gleichzeitig z.B. Arzneimittel und Hilfsmittel verordnet werden müssen? **Antwort**

2. Wie viel Arzneimittel dürfen auf einem Arzneiverordnungsblatt verordnet werden?
Antwort:

3. Innerhalb welcher Frist muss das Arzneiverordnungsblatt in der Apotheke & Sanitätshaus eingelöst werden?
 - Arzneiverordnungsblatt in der Apotheke
 - Hilfsmittelverordnung/Arzneiverordnungsblatt.....

4. Innerhalb welcher Frist müssen BtM-Rezepte in der Apotheke eingelöst werden?
Antwort:

5. Wo muss der Arzt BtM-Rezepte anfordern?

<input type="checkbox"/> Ärztekammer	<input type="checkbox"/> Bundesopiumstelle	<input type="checkbox"/> Fachverlage
<input type="checkbox"/> KV	<input type="checkbox"/> Krankenkasse	

EBM Hausärztlicher Versorgungsbereich Kapitel 03

II Arztgruppenübergreifende allgemeine GOP → können alle Ärzte abrechnen (AUSZUG)	
01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I 19 – 22h - Sa, So u.F, 24. u. 31.12, 7-19h
01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II 22-7h - Sa, So u. F, 24.u. 31.12, 19-7h
01102	Inanspruchnahme an Samstagen 07:00 – 14:00 Uhr
01205	Abklärungspauschalen für Notfallambulanzen für Patienten, die keine dringende Behandlung benötigen. Tagsüber 7-19 h
01207	Abklärungspauschalen für Notfallambu- lanzen für Patienten, die keine drin- gende Behandlung benötigen. 19-7 h, Sa, So u. F., 24.12. u. 31.12.
01210	Notfallpauschale, pers. APK 7-19 U (außer Sa, So u. F, 24.u.31.12)
01212	Notfallpauschale, pers. APK 19-7h, ganztägig Sa, So u. F, 24. u.31.12)
01214	Notfallkonsultationspauschale I, weiterer pers. o. anderer APK
01216	Notfallkonsultationspauschale II, weiterer pers. o. anderer APK, 19-22h; Sa, So u. F, 24.u. 31.12, 7-19h
01218	Notfallkonsultationspauschale III, weiterer APK, 22-7h; Sa, So u. F, 24. u.31.12, 19-7h
01223	Zuschlag zur Notfallpauschale GOP 01210 für Pat. m. best. Diagnosen Tagsüber 7-19 h
01224	Zuschlag zur Notfallpauschale GOP 01210 für Pat. m. best. Diagnosen in der Nacht 19-7 h, ganztägig an Wochenenden und gesetzliche Feiertage 24.12. u. 31.12.
01226	Zuschlag zur Notfallpauschale GOP 01212 für Patienten mit eingeschränkter Kommunikations-fähigkeit, mit geriatrischem Versorgungsbedarf u. b. Neugeborenen, Säuglingen u. Kleinkindern in der Nacht 19-7h, ganztätig an WE u F., 24.12. u. 31.12.
02300 bis 02302	Kleinchirurgische Eingriffe I-II koordinierenden Vertragsarzt gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä

II Arztgruppenübergreifende allgemeine GOP → können alle Ärzte abrechnen (AUSZUG)	
01410 01410N	Besuch eines Kranken wg. d. Erkrankung ausgeführt
01411 01411N	Dringender Besuch unverzüglich nach Bestellung. 19-22h o. Sa, So u. F, 24.u.31.12, 7-19h
01412 01412N	Dringender Besuch/Visite unverzüglich, 22-7h o. Sa, So u. F, 24.u. 31.12. 19-7h o. Unterbrechung Sprechstunde
01413	Mitbesuch (in unmittelb. zeitlichen Zush. m. einem Besuch nach 01410, 01411, 01412, 01415 oder 01418)
01415 01415N	Dringender Besuch in beschützenden Wohnheimen, Pflegeheim, ... (nicht im OND)
01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt ins KH
01418 01418N	Besuch im organisierten Not(fall)dienst - Tag und Nacht
01430	Verwaltungskomplex (MFA)
01435	Haus-u. Fachärztliche Bereitschaftspauschale – telefonische Beratung durch den Arzt
01436	Konsultationspauschale
01630	Zuschlag z.03000 Medikamentenplan 1xKF, im BF nicht neben 03220/03221 u. im KF nicht neben 03222
01731	Krebsfrüherkennungsuntersuchung bei Mann ab 45 Lj
01732	Gesundheitsuntersuchung ab 35 Lj ab 50 Lj iFOBT –immunologischer Stuhltestverfahren
01734 präventiv	Seit 01.10.2021 Zuschlag bei der Gesundheits- Untersuchung für das Hepatitiscreening
01737 präventiv-	iFOBT-immunologischer Stuhltestverfahren Ausgabe u. Weiterleitung (Stuhlprobe auf M10/Labor Auftrag) ab 50 Lj im Rahmen Krebsfrüherkennungs- und GU-Untersuchung
01740	einmalige Beratung nach Vollendung d. 50. Lebensjahres z. Früherkennung von Darmkrebs
01745	Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs ab 35 Lj alle 2 Jahre
01732 + 01746	GU und Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs alle 2 Jahre
01720	Jugendgesundheitsuntersuchung (J1)

III a) Hausärztlicher Versorgungsbereich (AUSZUG) → für Hausärzte	
03000	Versichertenpauschale (VP) u/o. Videosprechstunde persönl. APK bis z. vollendeten 4.Lj. ab Beginn d. 5. Lj. - vollend. 18. Lj. KV 03001 KV 03002 KV 03003 KV 03004 KV 03005
03008	Zuschlag z. d. VP 03000, Vermittlung ei. Behandlungstermin innerhalb 4Tage b. ei. A. d. fachärztl. Versorgung teilnehm. Vertragsarzt
03010	Zusatzpauschale f. d. Behandlung aufgrund ei. TSSVermittlung einmal im Arztgruppenfall
03030	VP bei unvorhergesehener Inanspruchnahme höchstens zweimal im Behandlungsfall
03040	Hausärztliche Zusatzpauschale „Vorhaltepauschale“ Wahrnehmung d. hausärztlichen Versorgung zu GOP's 03000 u. 03030 (bis. 1 x 50 %, beim 2. 100%) KV setzt zu
03060	Zuschlag zu 03040/04040 NÄPA (z.B. EVA) je Behandlungsfall gemäß Präambel 3.1. Nr.10 + KV 03061
03062	Aufsuchen durch NÄPA in der Häuslichkeit, je Sitzung + KV 03064
03063	Aufsuchen durch NÄPA Pflegeheim weiterer Patient, je Sitzung +KV 03065
03220	Chronikerzuschlag b. einem APK persönlich zu VP 03000 (KV 03040)
03221	Chronikerzuschlag b. mind. 2 APK persönlich zu 03220 (KV 03040)
03222	Zuschlag z. d. 03220 einmal im BF, im BF nicht neben 03362 nicht im KF neben 01630 KV setzt zu
03230	Ärztliches Gespräch je vollendete 10 Minuten (Mengenbegrenzung)
03241	Computergestützte Langzeit EKG-Auswertung (mit KV-Genehmigung)
03242	Testverfahren b. Demenzverdacht, im Behandlungsfall, nicht neben 03360
03321	Belastungs-EKG
03322	Langzeit EKG Aufzeichnung
03324	Langzeit Blutdruckmessung
03330	Spirographische Untersuchung
03360	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment 1 x im BF, höchstens 2 x im KF
03362	Hausärztlich-geriatrischer Betreuungs- komplex, 1 x im Behandlungsfall

II Arztgruppenübergreifende allgemeine GOP → können alle Ärzte abrechnen (AUSZUG) Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	
01425	Erstverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37b SGB V
01426	Folgeverordnung zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37b SGB V, höchstens zweimal im Behandlungsfall

III a) Hausärztlicher Versorgungsbereich (AUSZUG) → für Hausärzte	
03370	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan, 1 x im KF
03371	Zuschlag zu VP 03000 für d. palliativ- medizinische Betreuung d. P. in der AP, 1 x im BF
03372	Zuschlag z. 01410 oder 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit, je voll.15min
03373	Zuschlag zu GOP 01411, 01412 oder 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit, je Besuch

***gilt für die KVNO (Nordrhein)**
**II Arztgruppenübergreifende
allgemeine GOP (Auszug)**

01410N	in der Nacht, zwischen
01411N	19:00 – 07:00 Uhr werden
01412N	mit „N“ gekennzeichnet,
01415N	wegen der Nacht-
01418N	Wegepauschale

EBM Hausärztlicher Versorgungsbereich Kapitel 03

IV	Arztgruppenübergreifende spezielle GOP
30.1	Allergologie
30.2	Chirotherapie
30.3	Neurophysiologische Übungsbeh.
30.4	Physikalische Therapie
32.1	Laborgrundleistungen
32.2	Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen
32025	Glukose
32025A	Glukose/BZ-TS im Akutlabor oder siehe unter 32057+32089 kurativ/KVNO
32026A	TPZ (Thromboplastinzeit)/KVNO
32027A	D-Dimer, s.o. Laborzert./KVNO
32033	Urinteststreifen Kurativ
32031	Harnsediment
32057-32089	Glukose in der Praxis – zusammen mit Zuschlag Trägergebundene Reagenzien nur kurativ - Verlaufskontrolle
32880 Präventiv	Harnstreifentest gemäß Anlage 1 der GU-Richtlinie auf Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten und Nitrit nur mit GOP 01732
32881 Präventiv	Glukosebestimmung gemäß der GU-Richtlinie nur mit GOP 01732
32882 Präventiv	Bestimmung Gesamtcholesterin gem. GU-Richtlinie nur mit GOP 01732
32120	Kleines Blutbild, Mechanisiertes BB
32121	Mechanisierte Zählung der Neut., Eos., Baso, Lymph. u. Monnozyten
32122	Großes Blutbild, Mechanisierter vollständiger Blutstatus
32125	Präoperative Labordiagnostik, mind. 6 Parameter
32150	Troponin I u./o. Troponin T b. Verd. Auf Myokardschädigung
37100 <small>Stationäre Pflegeeinrichtung</small>	Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für die Betreuung von Patienten gemäß Präambel 37.1 Nr. 3 und gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä
37102 <small>Stationäre Pflegeeinrichtung</small>	Zuschlag zu den GOPen 01410 oder 01413 f.d. Betreuung von Patienten gemäß Präambel 37.1 Nr. 3 und gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä
37105 <small>Stationäre Pflegeeinrichtung</small>	Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den
37113 <small>Stationäre Pflegeeinrichtung</small>	Zuschlag zur GOP 01413

IV Arztgruppenübergreifende spezielle GOP. Für alle Ärzte, wenn die Bedingungen erfüllt sind (AUSZUG)	
38100	Aufsuchen eines Patienten durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter
38105	Aufsuchen eines weiteren Patienten durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter
38200 +38100	Zuschlag zur GOP 38100 f. d. Besuch u. d. Betreuung durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten - HEIM
38205 +38105	Zuschlag zur GOP 38105 f. d. Besuch u. d. Betreuung eines weiteren Patienten durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistent - HEIM

IV Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen. Für alle Ärzte, wenn die Bedingungen erfüllt sind (AUSZUG) LABOR Ausnahmekennziffern	
32004	Diagnostik z. Best. der notwendigen Dauer, Dosierung u. Art eines gegebenenfalls erforderlichen Antibiotikums vor Einleitung einer Antibiotikatherapie o. b. persistierender Symptomatik vor erneuter Verordnung
32005	Antivirale Therapie der chronischen Hepatitis B oder C mit Interferon und/oder Nukleosidanaloga
32006	Erkrankungen oder Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht oder Mukoviszidose
32007	Vorsorgeuntersuchungen gemäß den Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Vertretung, im Notfall o. bei Mit- bzw. Weiterbehandlung. Leistungen der Mutterschaftsvorsorge, die bei Vertretung, im Notfall o. bei Mit- bzw. Weiterbehandlung nach den kurativen GOP erbracht werden, sind mit dem für die Mutterschaftsvorsorge vereinbarten Kennzeichen „V“ zu versehen.
32008	Anfallsleiden unter antiepileptischer Therapie oder Psychosen unter Clozapintherapie

Labor	Fortsetzung Ausnahmekennziffern
32009	Allergische Erkrankungen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr
32011	Therapie der hereditären Thrombophilie, des Antiphospholipidsyndroms oder der Hämophilie
32012	Erkrankungen unter antineoplastischer Therapie o. systemischer Zytostatikatherapie u./o. Strahlentherapie
32014	Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
32015	Orale Antikoagulantientherapie
32017	Manifeste angeborene Stoffwechsel- und/oder endokrinologische Erkrankung(en) bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr oder Mukoviszidose
32018	Chronische Niereninsuffizienz mit einer endogenen Kreatinin-Clearance < 25 ml/min
32020	HLA-Diagnostik vor einer Organ, Gewebe- oder hämatopoetischen Stammzelltransplantation u./o. immunsuppressiver Therapie nach erfolgter Transplantation
32021	Therapiebedürftige HIV-Infektionen
32022	Manifester Diabetes mellitus
32023	Rheumatoide Arthritis (PCP) einschließlich Sonderformen und Kollagenosen unter immunsuppressiver oder immunmodulierender Langzeitbasistherapie
32024	Erkrankungen oder Verdacht auf prä- bzw. perinatale Infektion

eArztbrief	
86900	Versand eines eArztbriefes je Empfänger-Praxis plus GOP 01660 für die Strukturförderpauschale (1 Punkt / 0,1099 Euro)
86901	Empfang von je eArztbrief
Für die Pauschalen 86900 und 86901 gilt ein gemeinsamer Höchstwert je Arzt im Quartal	

II Arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen 1.6 Schriftliche Mitteilungen	
01600	Ärztlicher Bericht nicht neben VP u. nicht neben einigen weiteren GOP
01601	Ärztlicher Brief in Form einer indiv. Schriftl. Information von Arzt zu Arzt, nicht neben VP u. nicht neben einigen weiteren GOP
01602	Mehrfertigungen/Kopien eines Berichtes o. Briefes
01611	VO med. Reha mit Muster 61

V Kostenpauschalen (AUSZUG)	
40110 <small>seit 01.07.2020 ist für die Versendung per E-Mail nicht berechnungsfähig</small>	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen. Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 wird gemäß Abschnitt 40.4 Nr. 2 arztgruppenspezifisch festgelegt.
40111 <small>seit 01.07.2020</small>	Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes, siehe 40110 bezüglich Höchstwert für die GOP
01660 <small>Der elektronische Versand von Arztbriefen ersetzt den Versand mit Post- und Kurierdiensten</small>	Zuschlag zur eArztbrief-Versandpauschale gemäß Anlage 8 § 2 Absatz 3 der Vereinbarung zur Finanzierung und Erstattung der bei den Vertragsärzten entstehenden Kosten im Rahmen der Einführung und des Betriebes der Telematikinfrastruktur zur Förderung der Versendung elektronischer Briefe
40128 <small>Videosprechstde</small>	KP für die postalische Versendung einer mittels Stylesheet erzeugten papiergebundenen eAU
40129 <small>VSpr</small>	KP f. d. postalische Versendung ei. Bescheinigung gemäß Muster 21 a – Videosprechstunde
40130	KP f. d. postalische Versendung ei. mittels Stylesheet an Patienten
40131	KP f. d. postalische Versendung einer mittels Stylesheet i. R. HBesuches

***GOP:** Gebührenordnungsposition

***KP:** Kostenpauschale

***VSpr:** Videosprechstunde



Praktische Tätigkeiten in der Praktischen Prüfung Fallbezogen z.B.:

Verwaltung

Patientenaufnahme, Datenverwaltung,
Datenschutz und Datensicherheit
Patientenanamnesebogen,
Medikamentenplan, Grundlagen zur
Abrechnungsorganisation,
GKV/PKV, eGK, Ersatzverfahren
Notfall ja/nein
Patient bekannt ja/nein
Patient chronisch erkrankt ja/nein
Verwaltungsarbeiten/Dokumentation,
Vordrucke/Formulare korrekt ausfüllen,
Bestellung von Formulare, BTM,
Aufbewahrungsfristen,
Dokumentation im Impfpass, Diabetespass,
Laborbuch, Umgang mit EBM, Abrechnung
erbrachter Leistungen, GOÄ, UV-GOÄ,
Rechnung privatärztlich nach GOÄ erstellen,
UV-GOÄ/BG Unfall aufnehmen F1050,
Materialbeschaffung und –Verwaltung:
Praxisbedarf u. Sprechstundenbedarf
Ausstellung von ärztl. Bescheinigungen,
Ausstellung von Quittung
Terminvergabe/Kommunikation mit den
Patienten/ Zeitmanagement
Qualitätssicherung u. Arbeiten im Team

Medizin

Erkennen von und Assistenz bei der
Behandlung von Not- und
Zwischenfällen. Ergreifen geeigneter
Erstmaßnahmen, Lagerung,
Organisation und Durchführung von
Maßnahmen zur Praxishygiene und
Infektionsvermeidung, Hygieneplan,
Desinfektionsmaßnahmen,
Vermeidung von Unfällen durch
richtliniengemäßes Handeln z.B.
Nadelstichverletzung, Entsorgung von
Materialien,
Unterstützung von Maßnahmen zur
Diagnostik und
Therapie von Erkrankungen und
Assistenz beim Erkennen und
Behandeln ... ,
KG, Gewicht ermitteln, BMI berechnen,
Blutdruck u. Pulsmessung,
Temperaturmessung
Blutentnahme: kapillar und venös,
Durchführung simulieren

Laboruntersuchungen und
Harnuntersuchung, Materialien zur
Blutentnahme, Kennzeichnen/Barcode der
Röhrchen, versandfertig machen,
Einnahmeverordnungen/Verabreichung für
Arzneimittel, Einnahmeverordnungen z.B.
Nitrolingualspray, Haltbarkeit überprüfen,
Lagerung, Kühlkette, Dosierung, EKG,
Infusion/Injektion vorbereiten,
Impfempfehlungen d. Ständige Impfkom-
mission (STIKO) –RKI, Injektion i.m., s.c.
Ultraschall vorbereiten u. Materialien
bereitlegen,
Verbände, Druckverband
anlegen/entfernen, Druckverband,
Wundversorgung,
Assistenz und Beratung bei Maßnahmen
zur Prävention, iFoB-Test
Hausbesuch u. Notfallkoffer,
Notruf absetzen, bei Notfall Transport ins
Krankenhaus organisieren