

Klausur – Mantelbogen



UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES

Name, Vorname	
Matrikel-Nr.	
Studienzentrum	
Studiengang	Pflegemanagement
Fach	Allgemeine BWL / Pflegewirtschaftslehre
Art der Leistung	Prüfungsleistung
Klausur-Kennzeichen	PM-BWH-P22-111126
Datum	26.11.2011

Ausgegebene Arbeitsbögen _____

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben und Unterschrift Aufsichtsführende(r)

Abgegebene Arbeitsbögen _____

Ort, Datum

Prüfungskandidat(in)

Aufgabe	1	2	3	Σ	Note
max. Punktzahl	60	20	20	100	
Bewertung	Prüfer				
	ggf. Gutachter ¹				

Prüfer (Name in Druckbuchstaben)

Datum, Unterschrift

ggf. Gutachter (Name in Druckbuchstaben)

Datum, Unterschrift

¹ Ggf. Gutachten im Rahmen eines Widerspruchverfahrens

Anmerkungen Prüfer:

Datum, Unterschrift

Anmerkungen Gutachter:

Datum, Unterschrift

Sonstige Anmerkungen:

Datum, Unterschrift

Klausur – Aufgaben



UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES

Studiengang	Pflegemanagement
Fach	Allgemeine BWL / Pflegewirtschaftslehre
Art der Leistung	Prüfungsleistung
Klausur-Kennzeichen	PM-BWH-P22-111126
Datum	26.11.2011

Bezüglich der Anfertigung Ihrer Arbeit sind folgende Hinweise verbindlich:

- Verwenden Sie ausschließlich das vom Aufsichtsführenden **zur Verfügung gestellte Papier**, und geben Sie sämtliches Papier (Lösungen, Schmierzettel und nicht gebrauchte Blätter) zum Schluss der Klausur wieder bei Ihrem Aufsichtsführenden ab. Eine nicht vollständig abgegebene Klausur gilt als nicht bestanden.
- Beschriften Sie jeden Bogen mit Ihrem **Namen und Ihrer Immatrikulationsnummer**. Lassen Sie bitte auf jeder Seite 1/3 ihrer Breite als Rand für Korrekturen frei, und nummerieren Sie die Seiten fortlaufend. Notieren Sie bei jeder Ihrer Antworten, auf welche Aufgabe bzw. Teilaufgabe sich diese bezieht.
- Die Lösungen und Lösungswege sind in einer für den Korrektanten **zweifelsfrei lesbaren Schrift** abzufassen (**kein Bleistift**). Korrekturen und Streichungen sind eindeutig vorzunehmen. Unleserliches wird nicht bewertet.
- Bei nummerisch zu lösenden Aufgaben ist außer der Lösung stets der **Lösungsweg anzugeben**, aus dem eindeutig hervorzuheben hat, wie die Lösung zustande gekommen ist.
- Die Klausur-Aufgaben können einbehalten werden. Dies bezieht sich **nicht** auf ausgeteilte Arbeitsblätter, auf denen Lösungen einzutragen sind.

Zur Prüfung sind bis auf Schreib- und Zeichenutensilien ausschließlich die nachstehend genannten Hilfsmittel zugelassen. Werden **andere als die hier angegebenen Hilfsmittel verwendet oder Täuschungsversuche** festgestellt, gilt die Prüfung als nicht bestanden und wird mit der Note **5** bewertet.

Bearbeitungszeit:	90 Minuten
Anzahl der Aufgaben:	3
Höchstpunktzahl:	100
Hilfsmittel:	keine

Aufgabe	1	2	3	insg.
max. Punktzahl	60	20	20	100

Viel Erfolg!

Aufgabe 1: Stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen**60 Punkte**

- 1.1 Die Vergütung von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen nach SGB XI ist unterschiedlich geregelt. Erläutern Sie kurz die jeweilige Abrechnungseinheit für stationäre und für ambulante Pflegeleistungen. 8 Punkte
- 1.2 Benennen Sie die drei Nachfragefunktionen, die sich in der Nicht-Markt-Struktur im Bereich der Pflegeversicherung unterscheiden lassen. 6 Punkte
- 1.3 Die Pflegebuchführungsverordnung unterscheidet eingliederige, mehrgliederige und gemischte Einrichtungen. Erklären Sie jeweils kurz, welche Einrichtungen damit erfasst werden (6 Punkte) und inwiefern diese Unterscheidung für die Einrichtungen relevant ist (2 Punkte). 8 Punkte
- 1.4 Nennen Sie die vier wesentlichen Aufgaben der Kosten- und Leistungsrechnung nach der Pflegebuchführungsverordnung. 6 Punkte
- 1.5 Erläutern Sie die folgenden Begriffspaare aus der Kostenrechnung: 12 Punkte
- Einzel- und Gemeinkosten
 - Fixe und variable Kosten
 - Primäre und sekundäre Kosten
- 1.6 In stationären Pflegeeinrichtungen kann die Wertkettenanalyse als ein Instrument des Controllings eingesetzt werden, um interne Arbeitsabläufe zu gestalten. 20 Punkte
- Erläutern Sie, was man unter einer Wertkette versteht (4 Punkte) und wofür ihre Analyse in einer stationären Pflegeeinrichtung nützlich sein kann. (4 Punkte)
 - Beschreiben Sie, welche vier Tätigkeitsphasen bezogen auf die Primäraktivitäten sich bei Anbietern von Pflegeleistungen im Konzept der Wertkettenanalyse unterscheiden lassen. (12 Punkte)

Aufgabe 2: Strategie und Planung**20 Punkte**

- 2.1 Erläutern Sie, was man unter einer Nutzenpotenzialanalyse versteht, und skizzieren Sie jeweils zwei externe und interne Nutzenpotenziale. 12 Punkte
- 2.2 Nennen Sie die vier Teilschritte, die bei der Umsetzung eines Unternehmensleitbildes zu beachten sind. 8 Punkte

Aufgabe 3: Wirtschaftlichkeit und Qualität**20 Punkte**

Der sogenannte Case-Mix hat bedeutenden Einfluss auf die Kosten eines Krankenhauses.

- 3.1 Erläutern Sie, was man unter dem Case-Mix eines Krankenhauses versteht und durch welche Faktoren er beeinflusst wird. 6 Punkte
- 3.2 Beschreiben Sie die wesentlichen Verfahrenselemente, über die DRG-basierte Vergütungssysteme die Fallschwere erfassen. Erklären Sie in diesem Zusammenhang die Termini „Relativgewicht“ und „Case-Mix-Index (CMI)“. 12 Punkte
- 3.3 Was sagt ein Case-Mix-Index (CMI) von 1,4 über den Case-Mix eines Krankenhauses aus? 2 Punkte



Korrekturrichtlinie

UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES

Studiengang	Pflegemanagement
Fach	Allgemeine BWL / Pflegewirtschaftslehre
Art der Leistung	Prüfungsleistung
Klausur-Kennzeichen	PM-BWH-P22-111126
Datum	26.11.2011

Für die Bewertung und Abgabe der Prüfungsleistung sind folgende Hinweise verbindlich:

- Die Vergabe der Punkte nehmen Sie bitte so vor, wie in der Korrekturrichtlinie ausgewiesen. Eine summarische Angabe von Punkten für Aufgaben, die in der Korrekturrichtlinie detailliert bewertet worden sind, ist nicht gestattet.
- Nur dann, wenn die Punkte für eine Aufgabe nicht differenziert vorgegeben sind, ist ihre Aufschlüsselung auf die einzelnen Lösungsschritte Ihnen überlassen.
- Stoßen Sie bei Ihrer Korrektur auf einen anderen richtigen als den in der Korrekturrichtlinie angegebenen Lösungsweg, dann nehmen Sie bitte die Verteilung der Punkte sinngemäß zur Korrekturrichtlinie vor.
- Rechenfehler sollten grundsätzlich nur zur Abwertung des betreffenden Teilschrittes führen. Wurde mit einem falschen Zwischenergebnis richtig weitergerechnet, so erteilen Sie die hierfür vorgesehenen Punkte ohne weiteren Abzug.
- Ihre Korrekturhinweise und Punktbewertung nehmen Sie bitte in einer zweifelsfrei lesbaren **roten** Schrift vor.
- Die von Ihnen vergebenen Punkte und die daraus sich gemäß dem nachstehenden Notenschema ergebende Bewertung tragen Sie bitte in den Klausur-Mantelbogen ein. Unterzeichnen Sie bitte Ihre Notenfestlegung auf dem Mantelbogen.
- Gemäß der Prüfungsordnung ist Ihrer Bewertung das folgende Notenschema zu Grunde zu legen:

Note	1,0	1,3	1,7	2,0	2,3	2,7	3,0	3,3	3,7	4,0	5,0
Punktzahl	100-95	94,5-90	89,5-85	84,5-80	79,5-75	74,5-70	69,5-65	64,5-60	59,5-55	54,5-50	49,5-0

Die korrigierten Arbeiten reichen Sie bitte spätestens bis zum

14.12.2011

bei Ihrem Studienzentrum ein. Dies muss persönlich oder per Einschreiben erfolgen. Der Abgabetermin ist unbedingt einzuhalten. Sollte sich aus vorher nicht absehbaren Gründen eine Terminüberschreitung abzeichnen, so bitten wir Sie, dies unverzüglich dem Prüfungsamt der Hochschule anzugeben (Tel. 040 / 35094-311 bzw. birgit.hupe@hamburger-fh.de).

Lösung 1 **Stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen** **60 Punkte**

1.1 vgl. Thiele et al., S. 301, Nr. 857 ff., und S. 351 f., Nr. 1015 ff. **8 Punkte**

Die Abrechnungseinheit für stationäre Pflegeleistungen ist der tagesgleiche Pflegesatz, der prospektiv vereinbart wird und über den alle voll- und teilstationären Pflegeleistungen einschließlich der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung abgegolten sind. (4 Punkte)

Die Vergütung für ambulante Pflegeleistungen kann nach dem erforderlichen Zeitaufwand, nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder Einzelleistungen bemessen werden und wird im Einzelnen auf Landesebene bestimmt. (4 Punkte)

1.2 vgl. Thiele et al., S. 248, Nr. 717 **6 Punkte**

Die Nachfragefunktionen sind:

- Leistungsveranlasser: z. B. Angehörige (2 Punkte),
- Leistungsverbraucher: z. B. Bewohner einer stationären Einrichtung (2 Punkte),
- Leistungsfinanzierer: z. B. Pflegeversicherung (2 Punkte).

1.3 vgl. Thiele et al., S. 272, Nr. 775, und S. 292 f., Nr. 831 ff. **8 Punkte**

Einrichtungen nach der Pflegebuchführungsverordnung:

- Eingliederig: Einrichtungen, die nur eine bestimmte Leistungsart nach SGB XI erbringen, z. B. ausschließlich ambulante oder ausschließlich stationäre Leistungen. (2 Punkte)
- Mehrgliederig: Einrichtungen, die gleichzeitig mehrere Arten von Pflegeleistungen nach dem SGB XI erbringen, also z. B. sowohl teil- als auch vollstationäre. (2 Punkte)
- Gemischt: Einrichtungen, die neben Pflegeleistungen nach SGB XI weitere Leistungen nach dem SGB erbringen, z. B. Leistungen nach dem SGB V. (2 Punkte)

Die Unterscheidung ist für Einrichtungen insofern relevant, als aus der jeweiligen Zuordnung unterschiedliche Pflichten für Buchführung und Jahresabschluss resultieren. (2 Punkte)

1.4 vgl. Thiele et al., S. 279 f., Nr. 786 f. **6 Punkte**

Aufgaben der Kosten- und Leistungsrechnung nach der Pflegebuchführungsverordnung sind:

1. betriebsinterne Steuerung,
2. Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit,
3. Ermittlung / Abgrenzung der Kosten der jeweiligen Betriebszweige,
4. Erstellung der Leistungsnachweise gemäß § 85 Abs. 3 SGB XI bzw. nach den weiteren Vorschriften des achten Kapitels SGB XI.

Bewertung: je Aufgabe 1,5 Punkte.

1.5 vgl. Thiele et al., S. 285, Nr. 802 **12 Punkte**

- a) Einzel- und Gemeinkosten unterscheiden sich in Hinblick auf ihre Verrechnung: Einzelkosten werden einem Kostenträger oder einer Kostenstelle direkt zugerechnet. Gemeinkosten werden den Kostenträgern mittelbar zugeordnet. (4 Punkte)
- b) Fixe und variable Kosten unterscheiden sich hinsichtlich der Auslastung: Fixe Kosten fallen unabhängig vom Auslastungsgrad bzw. von Schwankungen der Auslastung an. Variable Kosten unterliegen dem Auslastungsgrad, variieren also mit den Auslastungsschwankungen. (4 Punkte)
- c) Primäre und sekundäre Kosten unterscheiden sich in Hinblick auf die Herkunft der Kostengüter: Primäre Kosten entstehen durch den Bezug von Kostengütern am Beschaffungsmarkt. Sekundäre Kosten entstehen durch den Verbrauch innerbetrieblicher Leistungen. (4 Punkte)

1.6 vgl. Thiele et al., S. 304 f., Nr. 871 ff.**20 Punkte**

- a) Ein Unternehmen kann man als eine Ansammlung von Tätigkeiten begreifen, durch die sein Produkt bzw. seine Leistung entworfen, hergestellt, vertrieben, ausgeliefert und unterstützt wird. All diese Tätigkeiten lassen sich als strukturierter Ablauf in einer Wertkette darstellen. (4 Punkte)

Für eine stationäre Einrichtung kann eine Wertkettenanalyse nützlich sein, um Tätigkeiten zu identifizieren, die besonders kostenintensiv oder erfolgskritisch sind oder die einen eigenen Wettbewerbsvorteil begründen. (4 Punkte)

- b) Vier Tätigkeitsphasen bei Anbietern von Pflegeleistungen:

1. Akquisitionsphase: Ermittlung des Bedarfs an pflegerischen Leistungen und Festlegung des pflegerischen Konzepts, um diesen Bedarf zu befriedigen.
2. Eingangsphase: umfasst Anamnese, Aufnahmegespräch und die Pflegeplanung für die Bewohner.
3. Kontaktphase: beinhaltet die konkrete pflegerische Arbeit am und mit dem Bewohner.
4. Nachkontaktphase: Hier erfolgen Arbeiten wie die Dokumentation und die Ermittlung der Bewohnerzufriedenheit.

Bewertung: je Phase 3 Punkte, max. 12 Punkte.

Lösung 2**Strategie und Planung****20 Punkte****2.1 vgl. SB 14, S. 32****12 Punkte**

Bei der Nutzenpotenzialanalyse geht es darum, dass eine Strategische Geschäftseinheit herausfindet, welche noch verborgenen oder bereits erkennbaren Konstellationen in der Umwelt, im Markt oder im Unternehmen vorhanden sind, die das Unternehmen zum Vorteil aller Anspruchsgruppen nutzen kann. (4 Punkte)

Externe Nutzenpotenziale u. a.

- Beschaffungspotenzial: Möglichkeiten zur Nutzung von Veränderungen auf den Beschaffungsmärkten oder zur Realisierung innovativer Beschaffungskonzepte/-systeme;
- externes Humanpotenzial: Möglichkeiten zur Rekrutierung von bisher ungenützten Arbeitskräften;
- Finanzpotenzial: Möglichkeiten zur günstigen Unternehmensfinanzierung;
- Imagepotenzial: Vorteile aus einem hohen Bekanntheits- und Prestigegrad der Produkte/Leistungen/Marken des Utnernehmens.

Bewertung: je plausibler Angabe 2 Punkte, max. 4 Punkte.

Interne Nutzenpotenziale u. a.:

- Immobilienpotenzial: Möglichkeiten zur gesteigerten Wertschöpfung aus dem Eigentum von Grundstücken und Gebäuden;
- internes Humanpotenzial: Möglichkeiten zur Nutzung bisher nur unzureichend aktivierter Leistungsressourcen bei den gegenwärtigen Mitarbeitern;
- Kostensenkungspotenzial: Möglichkeiten für Kosteneinsparungen z. B. durch Entbürokratisierung;
- organisatorisches Potenzial: Möglichkeiten zur Leistungssteigerung durch die Neugestaltung innerbetrieblicher Prozesse.

Bewertung: je plausibler Angabe 2 Punkte, max. 4 Punkte.

2.2 vgl. SB 14, S. 22 f. 8 Punkte

Teilschritte zur Umsetzung eines Unternehmensleitbildes:

1. Kommunikation des Entwicklungsprozesses (Mission, Vision, Leitbild);
2. Einleitung von Sofortmaßnahmen zur Verdeutlichung der Ernsthaftigkeit;
3. Strategieentwicklung mittels der vorliegenden Informationen;
4. Überprüfung der Zielerreichung in regelmäßigen Abständen.

Bewertung: je *Teilschritt 2 Punkte, max. 8 Punkte*.

Lösung 3

Wirtschaftlichkeit und Qualität

20 Punkte

3.1 vgl. SB 15, S. 12 6 Punkte

Der Case-Mix erfasst die Zusammensetzung der Leistungen eines Krankenhauses über die Art, Anzahl und Schwere der Behandlungsfälle. (2 Punkte)

Er ergibt sich zum einen aus dem Leistungsspektrum (Spezialisierung, Versorgungsniveau u. a.) eines Krankenhauses (Art, Anzahl), zum anderen aus der jeweiligen Fallschwere, die patientenindividuell von der Komplexität des Falls und der Konstitution eines Patienten abhängt. (4 Punkte)

3.2 Vgl. SB 15, S. 19 und 32 12 Punkte

Mittels der DRG werden die einzelnen Behandlungsfälle diagnoseorientierten Gruppen zugeordnet. Dies geschieht über einen mehrstufigen Prozess per EDV durch einen sogenannten „Grouper“ anhand eines medizinischen Klassifikationssystems bzw. anhand von Klassifikationsmerkmalen wie: Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Art der Operation, Alter, Geschlecht, Geburtsgewicht. (4 Punkte)

Jeder Fallgruppe bzw. DRG wird ein relatives Kostengewicht zugeordnet, wobei das Relativgewicht von 1,0 dem durchschnittlichen Ressourcenverbrauch der Gesamtheit der Fälle entspricht. Das **Relativgewicht** einer DRG stellt somit die Wertigkeit dieser Fallgruppe gegenüber dem Durchschnitt aller Fälle dar. (4 Punkte)

Der **Case-Mix-Index** ist die Kennzahl für den durchschnittlichen Case-Mix einer Einrichtung (Krankenhaus, Fachabteilung). Er ergibt sich aus der Summe der Relativgewichte aller Behandlungsfälle dividiert durch die Anzahl der Behandlungsfälle. (4 Punkte)

3.3 vgl. SB 15, S. 33 2 Punkte

Das Krankenhaus weist in seinem Case-Mix überdurchschnittlich viele schwere Fälle auf bzw. Fälle, für deren Behandlung ein überdurchschnittlicher Ressourcenverbrauch angenommen wird.