

Klausur – Mantelbogen



UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES

Name, Vorname	
Matrikel-Nr.	
Studienzentrum	
Studiengang	Pflegemanagement (Diplom)
Fach	Allgemeine BWL / Pflegewirtschaftslehre
Art der Leistung	Prüfungsleistung (neues Studienmaterial)
Klausur-Kennzeichen	PM-BWH-P22-141115
Datum	15.11.2014

Ausgegebene Arbeitsbögen _____

Abgegebene Arbeitsbögen _____

Ort, Datum

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben und Unterschrift Aufsichtsführende(r)

Prüfungskandidat(in)

Aufgabe	1	2	3	Σ	Note
max. Punktzahl	35	35	30	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 Widerspruchsverfahrens

Anmerkungen Prüfer:

Datum, Unterschrift

Anmerkungen Gutachter:

Datum, Unterschrift

Sonstige Anmerkungen:

Datum, Unterschrift

Studiengang	Pflegemanagement (Diplom)
Fach	Allgemeine BWL / Pflegewirtschaftslehre
Art der Leistung	Prüfungsleistung (neues Studienmaterial)
Klausur-Kennzeichen	PM-BWH-P22-141115
Datum	15.11.2014

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 numerisch zu lösenden Aufgaben ist außer der Lösung stets der **Lösungsweg anzugeben**, aus dem eindeutig hervorzugehen 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	35	35	30	100

Viel Erfolg!

Aufgabe 1: Stationäre Krankenversorgung**35 Punkte**

Seit gut zehn Jahren ist das deutsche DRG-System für alle Krankenhäuser in Deutschland verpflichtend.

- | | |
|---|-----------|
| 1.1 Erklären Sie, auf welche Weise Patienten einer DRG zugeordnet werden und inwieweit hierbei der Pflegeaufwand der Patienten berücksichtigt wird. | 12 Punkte |
| 1.2 Skizzieren Sie <u>drei</u> Auswirkungen der Einführung der DRGs auf die Arbeitsbedingungen des pflegerischen Personals in Krankenhäusern. | 9 Punkte |
| 1.3 Beschreiben Sie den Aufbau, die Leistungsbereiche und das Ziel des Pflegekomplexmaßnahmenscores (PKMS). | 14 Punkte |

Aufgabe 2: Stationäre Altenhilfe**35 Punkte**

- | | |
|--|-----------|
| 2.1 Nennen Sie die <u>fünf</u> wichtigsten Gesetze, die im Rahmen der Finanzierung stationärer Pflegeeinrichtungen zu beachten sind <u>und</u> beschreiben Sie jeweils kurz ihre Bedeutung für die Finanzierung. | 20 Punkte |
| 2.2 Es gibt verschiedene Maßnahmen zur Auslastungssicherung stationärer Pflegeeinrichtungen. Charakterisieren Sie den Unterschied zwischen Zuweisermanagement und Belegungsmanagement. | 5 Punkte |
| 2.3 Benennen Sie <u>fünf</u> potenzielle Zuweiser oder Multiplikatoren stationärer Einrichtungen <u>und</u> erläutern Sie für <u>zwei</u> von diesen jeweils kurz, worin ihre Bedeutung besteht. | 10 Punkte |

Aufgabe 3: Ambulante Dienste**30 Punkte**

- 3.1 Beschreiben Sie die grundlegenden Rechts- und Leistungsbeziehungen zwischen Arzt, Versicherten, Krankenkasse, MDK und ambulantem Pflegedienst bei der häuslichen Krankenpflege nach SGB V. 10 Punkte
- 3.2 Im Folgenden sehen Sie ein Schema zur Berechnung der Nettoarbeitszeit pro Vollzeitstelle. Nennen Sie die darin fehlenden Angaben zusammen mit dem entsprechenden Buchstaben auf Ihrem Arbeitsbogen: 8 Punkte

Nettoarbeitszeit pro Vollzeitstelle	
a) ?	365
b) ?	113
c) ?	7,7
d) ?	5
Jahresarbeitsstunden Gesamt	1.940,4
e) ?	33,8
f) ?	13,8
Zwischensumme (Stunden)	1.573,9
Anzahl Mitarbeiter pro Vollzeitstelle	1,8
g) ?	2,2
h) ?	1,50
Nettoarbeitszeit pro Jahr = Leistungszeit	

in Arbeitswochen:
40,9
Std. pro Jahr:
30,5
110,4
1.433,0

- 3.3 Erläutern Sie, in welchem Zusammenhang und zu welchem Zweck die Berechnung der Nettoarbeitszeit pro Vollzeitstelle in einem ambulanten Pflegedienst eine Rolle spielt. 6 Punkte
- 3.4 In einem ambulanten Pflegedienst liegen folgende Daten zu den Fahrt- und Wegekosten vor: 6 Punkte

Stundensatz Mitarbeiter: 30 Euro

Durchschnittliche Wegezeit pro Einsatz: 6 Minuten

Verbrauchsdaten pro km: 0,16 Euro

Durchschnittliche Kilometerzahl pro Einsatz: 4 km

Berechnen Sie anhand dieser Daten eine Einsatzpauschale.

Geben Sie den Rechenweg mit an!

Studiengang	Pflegemanagement (Diplom)
Fach	Allgemeine BWL / Pflegewirtschaftslehre
Art der Leistung	Prüfungsleistung (neues Studienmaterial)
Klausur-Kennzeichen	PM-BWH-P22-141115
Datum	15.11.2014

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

03.12.2014

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 anzuzeigen (Tel. 040 / 35094-311 bzw. birgit.hupe@hamburger-fh.de).

Lösung 1**Stationäre Krankenversorgung****35 Punkte****1.1 vgl. SB 51, S. 11 ff. und SB 52, S. 9 ff.****12 Punkte**

Für die Zuordnung eines Patienten in eine DRG wird der klinische Austrittsdatensatz verwendet. Anhand der Hauptentlassdiagnose wird der Fall einer Hauptdiagnosegruppe (MDC) zugewiesen. Danach erfolgt innerhalb der Hauptdiagnosegruppe ergänzend die Zuweisung einer Behandlungsepisode (operative, medizinische oder andere Partition). Auf diese Weise ergibt sich eine Basis-DRG. Ergänzend werden behandlungsrelevante Nebendiagnosen und ihr jeweiliger Schweregrad erfasst und zu einem Gesamtschweregrad (PCCL) aggregiert. Unter Berücksichtigung weiterer aufwandserhöhender Faktoren (wie z. B. Alter oder evtl. Geschlecht) wird aus Basis-DRG und Gesamtschweregrad dann die jeweilige DRG ermittelt.

Bei der Vergütung der Klinikleistungen nach DRGs wird davon ausgegangen, dass die Patientengruppe einer DRG annähernd den gleichen Umfang an medizinischen Behandlungen und an Pflege benötigt und erhält. Pflegeindikatoren werden im Rahmen der DRGs nicht berücksichtigt.

Bewertungshinweis: Auch andere korrekte Erläuterungen sind entsprechend zu werten.

1.2 vgl. SB 52, S. 12 ff.**9 Punkte**

Auswirkungen der Einführung der DRGs auf die Arbeitsbedingungen des pflegerischen Personals in Krankenhäusern, z. B.:

- Der schon vor der Einführung der DRGs feststellbare Abbau von Pflegepersonal in den Krankenhäusern hat sich zunächst fortgesetzt, wenn auch in geringerem Maße als in den Vorjahren, während zugleich die Zahl der Behandlungsfälle kontinuierlich steigt. Folge ist eine deutliche Erhöhung der Pflegekraft-Patienten-Relation.
- Die Reduktion der durchschnittlichen Verweildauer und der Bettenzahlen hat mit dem erhöhten Patientendurchlauf zu einem gestiegenen Pflege- und Behandlungsaufwand pro Tag und dadurch zu einer Arbeitsverdichtung des Pflegepersonals geführt.
- Es ist eine z. T. wirtschaftlich bedingte Neuordnung der Aufgaben zwischen den beteiligten Berufsgruppen im Krankenhaus wie ärztlichem, pflegerischem und Servicepersonal festzustellen.

Bewertung: je plausibel beschriebener Auswirkung 3 Punkte, insgesamt max. 9 Punkte.

1.3 vgl. SB 52, S. 32 ff.**14 Punkte**

Der PKMS ist ein Instrument zur Abbildung von hochaufwendigen Patienten im Krankenhaus auf somatischen Allgemeinstationen und ein erster Schritt zur Abbildung der Pflege im deutschen DRG-System. Die dokumentierte hochaufwendige Pflege geht über den Hilfebedarf der vollen Übernahme bzw. der PPR-Kategorie A3 in mindestens einem der nachfolgend genannten Leistungsbereiche hinaus:

- Körperpflege,
- Ernährung,
- Ausscheidung,
- Bewegen / Sicherheit,
- Interaktion / Kommunikation.

Insgesamt wurden drei PKMS entwickelt, nämlich für Erwachsene, für Kinder und Jugendliche sowie für Kleinkinder. Es wurden je Bereich Gründe für hochaufwendigen Pflegebedarf und Pflegeinterventionen definiert. Liegt mindestens ein Grund in einem der Bereiche vor, erfolgt die Dokumentation der entsprechenden Pflegeinterventionen und ihrer Häufigkeit. Jedem Bereich sind Aufwandspunkte pro Tag zugeordnet, aus denen durch Summierung über die Verweildauer der Gesamtwert errechnet wird. Die Gesamtpunktzahl der Aufwandspunkte führt zu der OPS-Prozedur „Hochaufwendige Pflege“; sie ist dann erlösrelevant, wenn die entsprechende Punktzahl der jeweiligen Prozedur in den Altersgruppen erreicht ist.

Bewertungshinweis: Auch andere korrekte Erläuterungen sind entsprechend zu werten.

Lösung 2**Stationäre Altenhilfe****35 Punkte****2.1 vgl. SB 53, S. 12 f.****20 Punkte**

Die fünf wichtigsten Gesetze im Rahmen der Finanzierung stationärer Pflegeeinrichtungen:

- das SGB XI, weil darin der Leistungsumfang und die Finanzierung der Pflegeleistungen durch die Pflegekassen geregelt sind;
- das SGB XII, weil darin die Rechtsbeziehungen zwischen Einrichtungen und Bewohnern mit Sozialhilfeanspruch geregelt sind;
- das WBVG, weil es als Verbraucherschutzgesetz u. a. regelt, wann und in welcher Form eine Entgelterhöhung bei Änderung der Berechnungsgrundlage gegenüber den Bewohnern geltend gemacht werden kann;
- die Landesheimgesetze und die zugehörigen Verordnungen, weil sie inhaltliche Anforderungen an die Ausstattung und Organisation stationärer Einrichtungen formulieren, die bei der Kalkulation der Pflegesätze zu beachten sind;
- die Landespflegegesetze, weil sie u. a. Regelungen dazu enthalten, ob, in welchem Umfang und zu welchen Rahmenbedingungen die Länder Pflegeeinrichtungen planen und finanziell fördern.

Bewertung: je Gesetz 4 Punkte, davon 1 Punkt für die korrekte Nennung und drei Punkte für eine zutreffende Beschreibung, insgesamt max. 20 Punkte.

2.2 vgl. SB 54, S. 20 u. a.**5 Punkte**

Der wesentliche Unterschied zwischen Belegungs- und Zuweisermanagement ist der jeweilige Fokus. Während sich das Belegungsmanagement im Schwerpunkt mit der Herausstellung und Vermarktung der eigenen Stärken einer Einrichtung befasst, steht beim Zuweisermanagement die Gewinnung, Vernetzung und Kooperation von und mit Multiplikatoren im Vordergrund.

Bewertungshinweis: Auch andere korrekte Erläuterungen sind entsprechend zu werten.

2.3 vgl. SB 54, S. 27 ff.**10 Punkte**

Potenzielle Zuweiser oder Multiplikatoren stationärer Einrichtungen und ihre Bedeutung, z. B:

- Bewohner und Angehörige: sind eine wichtige Zielgruppe, da sie durch ihre Meinungsäußerung in der Öffentlichkeit unmittelbar zum Bild der Einrichtung beitragen. Ihre Meinung hat hohes Gewicht, vor allem, da negative Erfahrungen häufiger kommuniziert werden und länger in Erinnerung bleiben als positive Eindrücke.
- Krankenhäuser: sind aus Kostengründen an einer kurzen Verweildauer der Patienten interessiert. Als wesentlicher Zulieferer fungiert der Sozialdienst, der für die Beratung und Realisierung weiterer Versorgungsangebote zuständig ist. Der Sozialdienst greift auf vorliegende Informationen zurück und realisiert auf Wunsch den Erstkontakt.
- Ärzte
- Rehabilitationseinrichtungen
- Pflegestützpunkte
- Pflegeanbieter
- Akteure im Gemeinwesen
- Haushaltsnahe Dienstleistungen
- Anbieter von seniorengerechten Wohnformen
- Personen des öffentlichen Interesses
- Wohnungswirtschaft, Handel, Dienstleister

Bewertung: je plausibler Nennung 1 Punkt, max. 5 Punkte; je zutreffender Erläuterung 2,5 Punkte, max. 5 Punkte; insgesamt max. 10 Punkte.

Lösung 3**Ambulante Dienste****30 Punkte****3.1 vgl. SB 55, S. 19****10 Punkte**

Rechts- und Leistungsbeziehungen bei der häuslichen Krankenpflege nach SGB V:

- Der Arzt verordnet dem Versicherten die notwendige Leistung zu Lasten der Krankenkasse.
- Der Versicherte beantragt die Leistung bei der Krankenkasse unter Benennung eines Pflegedienstes.
- Die Krankenkasse bewilligt dem Versicherten die Leistung und bezahlt dem vom Versicherten ausgewählten Pflegedienst die Rechnung.
- Bei Fragen schaltet die Krankenkasse den MDK zur fachlichen Überprüfung ein.
- Nur im Ausnahmefall finanziert der Versicherte die Leistung selbst, beispielsweise weil die Krankenkasse die Übernahme abgelehnt hat.

Bewertungshinweis: Auch eine andere korrekte Darstellung der grundlegenden Beziehungen zwischen den gefragten fünf Akteuren ist entsprechend zu werten.

3.2 vgl. SB 56, S. 42**8 Punkte**

Angaben zur Berechnung der Nettoarbeitszeit pro Vollzeitstelle:

- a) Anzahl Jahresarbeitstage
- b) Anzahl arbeitsfreier Tage und Feiertage
- c) Arbeitsstunden pro Tag
- d) Arbeitstage pro Woche
- e) Urlaubstage pro Jahr
- f) Krankheitstage pro Jahr
- g) Tage für Fort- und Weiterbildung pro Jahr und Kopf
- h) Dienstbesprechung / Übergabe pro Arbeitswoche und Kopf in Stunden

Bewertung: je zutreffender Nennung 1 Punkt, max. 8 Punkte.

3.3 vgl. SB 56, S. 38 ff.**6 Punkte**

Die Nettoarbeitszeit pro Vollzeitstelle ist für die Berechnung und die Kalkulation der Stundensätze relevant, da nur in dieser Zeit abrechenbare Leistungen erbracht und damit Erlöse zur Deckung der Kosten erwirtschaftet werden können.

3.4 vgl. SB 56, S. 43 f.**6 Punkte**

Kosten für Zeiteinsatz pro Einsatz = $30 \text{ €} / 60 \text{ Min.} \cdot 6 \text{ Min.} = 3 \text{ €}$ (2 Punkte)

Kosten für Sachaufwand pro Einsatz = $0,16 \text{ €} / \text{km} \cdot 4 \text{ km} = 0,64 \text{ €}$ (2 Punkte)

Pauschale pro Einsatz = $3 \text{ €} + 0,64 \text{ €} = 3,64 \text{ €}$ (2 Punkte)