

# Klausur – Mantelbogen



UNIVERSITY  
OF APPLIED SCIENCES

Name, Vorname	
Matrikel-Nr.	
Studienzentrum	
Studiengang	<b>Pflegemanagement</b>
Fach	<b>Studienschwerpunkt Stationäre Krankenversorgung</b>
Art der Leistung	<b>Prüfungsleistung</b>
Klausur-Kennzeichen	<b>PM-SKB-P12-110625</b>
Datum	<b>25.06.2011</b>

**Ausgegebene Arbeitsbögen** \_\_\_\_\_

**Abgegebene Arbeitsbögen** \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben und Unterschrift Aufsichtsführende(r)

Prüfungskandidat(in)

Aufgabe		1	2	3	4	5	6	Σ	Note
max. Punktzahl		20	25	9	16	12	18	100	
Bewertung	Prüfer(in)								
	ggf. Gutachter(in) <sup>1</sup>								

Prüfer(in) (Name in Druckbuchstaben)

Datum, Unterschrift

ggf. Gutachter(in) (Name in Druckbuchstaben)

Datum, Unterschrift

<sup>1</sup> Ggf. Gutachten im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens

Anmerkungen Prüfer(in):

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Anmerkungen Gutachter(in):

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Sonstige Anmerkungen:

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Studiengang	<b>Pflegemanagement</b>
Fach	<b>Studienschwerpunkt Stationäre Krankenversorgung</b>
Art der Leistung	<b>Prüfungsleistung</b>
Klausur-Kennzeichen	<b>PM-SKB-P12-110625</b>
Datum	<b>25.06.2011</b>

**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.

<b>Bearbeitungszeit:</b>	120 Minuten
<b>Anzahl der Aufgaben:</b>	6
<b>Höchstpunktzahl:</b>	100
<b>Hilfsmittel:</b>	keine

Aufgabe	1	2	3	4	5	6	insges.
max. Punktzahl	20	25	9	16	12	18	100

Viel Erfolg!

**Aufgabe 1: Konsequenzen der Ökonomisierung****20 Punkte**

Die Ökonomisierung im Gesundheitswesen, u. a. ausgelöst durch die Einführung des DRG-Systems, führt zu einem verstärkten Wettbewerb unter den Krankenhausträgern in Deutschland.

- 1.1 Erläutern Sie den Begriff DRG und zeigen Sie auf, wie hier klinische und ökonomische Sicht zusammentreffen. 3 Punkte
- 1.2 Auf die Ökonomisierung reagieren die Krankenhäuser u. a. mit Outsourcing. Welche **anderen** Konzepte der Reaktion auf den verstärkten Wettbewerb kennen Sie noch? Nennen Sie drei und erläutern Sie diese. 9 Punkte
- 1.3 Das Konzept des Outsourcing wird nicht durchgängig positiv beurteilt. Stellen Sie vier Pro- und vier Contra-Argumente gegenüber. 8 Punkte

**Aufgabe 2: Projekte****25 Punkte**

Die Gesundheitspolitik fordert, dass Behandlungsprozesse nicht mehr isoliert für den jeweiligen Versorgungssektor gesehen werden. Zahlreiche Krankenhausträger haben darauf mit der Einführung von Pflegeüberleitungen neben einem bestehenden Sozialdienst reagiert.

- 2.1 Erläutern Sie fünf Zielsetzungen, die mit der Einführung einer Pflegeüberleitung verbunden sind. 5 Punkte
- 2.2 Die Abfolge einer Pflegeüberleitung lässt sich in verschiedene Schritte differenzieren, u. a. in die Pflegeüberleitungsanamnese und in die Sicherstellung der Versorgung nach der Entlassung. Im Rahmen eines Projekts bekommen Sie den Auftrag, einen Bogen für die Pflegeüberleitungsanamnese zu entwickeln. Benennen Sie acht Erfassungskriterien, die ein solcher Bogen enthalten müsste. 8 Punkte
- 2.3 Zur Sicherstellung der Versorgung nach der Entlassung bedarf es der Kooperation mit unterschiedlichen Institutionen. Erläutern Sie am Beispiel eines Patienten, einem Diabetiker mit einer Halbseitenlähmung, der sich bisher alleine und ohne fremde Hilfe versorgt hat, die Inhalte der Kooperation mit der Pflegekasse, einem ambulanten Pflegedienst und dem Hausarzt. Die Informationen zum oben genannten Patientenbeispiel können Sie selbst weiter ausgestalten. 12 Punkte

**Aufgabe 3: Budgetverhandlung****9 Punkte**

Die DRGs sind das Abrechnungssystem der Akutkrankenhäuser mit den Krankenkassen.

- 3.1 Welche Voraussetzungen muss ein Krankenhaus erfüllen, um DRGs mit den Krankenkassen abrechnen zu können? 3 Punkte
- 3.2 Welche Kosten werden dem Krankenhaus über die DRGs vergütet? 2 Punkte
- 3.3 Beim Abrechnungssystem der tagesgleichen Pflegesätze gab es für das Krankenhaus den Anreiz, einen Patienten möglichst lange im Krankenhaus zu belassen. Warum sinkt seit der Umstellung auf DRGs die Krankenhausverweildauer der Patienten? 4 Punkte

**Aufgabe 4: Fallpauschalen****16 Punkte**

Interdisziplinäre Behandlungspfade sind geeignet, die Verweildauer in Krankenhäusern zu verkürzen, Kosten zu reduzieren, aber vor allem auch die Behandlungsqualität zu sichern. Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie von Thomas Rotter u.a. (Universität Dresden) aus dem Jahr 2010.

- 4.1 Führen Sie drei Argumente aus, warum Behandlungspfade zu einer Qualitätsverbesserung führen. 6 Punkte
- 4.2 Es ist sinnvoll, interdisziplinäre Behandlungspfade unter Beteiligung verschiedener Berufsgruppen zu erarbeiten. Beschreiben Sie den Prozess der Entwicklung interdisziplinärer Behandlungspfade bis zur Implementierung in fünf Phasen. 10 Punkte

**Aufgabe 5: Umweltmanagement****12 Punkte**

Die Bundesregierung hat den Verkehr mit Gefahrstoffen und Giften durch die Verordnung über gefährliche Stoffe, die sogenannte *Gefahrstoffverordnung*, bundeseinheitlich geregelt. Zum 1.1.2005 ist die novellierte Gefahrstoffverordnung in Kraft getreten. Nennen und beschreiben Sie drei der sechs wesentlichen Änderungen der novellierten Gefahrstoffverordnung.

**Aufgabe 6: Vernetzung und Koordination****18 Punkte**

Case Management ist eine einzelfallorientierte Methode. Zielgruppe sind Menschen in komplexen Problemlagen, zu deren Lösung eine Beteiligung mehrerer Akteure notwendig ist. Die typische Vorgehensweise beim Case Management ähnelt dem Phasenmodell des Pflegeprozesses. Es gibt jedoch auch Unterschiede.

- 6.1 Nennen Sie die Schrittfolge für Vorgehensweisen beim Case Management in einer ordnungsgemäßen Reihenfolge. 9 Punkte
- 6.2 Erläutern Sie Aufgaben eines Case Managers beim so genannten Kontraktmanagement (Linking). 9 Punkte

Studiengang	<b>Pflegemanagement</b>
Fach	<b>Studienschwerpunkt Stationäre Krankenversorgung</b>
Art der Leistung	<b>Prüfungsleistung</b>
Klausur-Kennzeichen	<b>PM-SKB-P12-110625</b>
Datum	<b>25.06.2011</b>

**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:

<b>Note</b>	1,0	1,3	1,7	2,0	2,3	2,7	3,0	3,3	3,7	4,0	5,0
<b>Punktzahl</b>	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

**13.7.2011**

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 unter Angabe des Prüfungskennzeichens anzuzeigen (Tel. 040 / 35094-311 bzw. [birgit.hupe@hamburger-fh.de](mailto:birgit.hupe@hamburger-fh.de)).

**Lösung 1**

vgl. SB 5, S. 8; SB 1, S. 15 ff; SB 1, S. 24 f

**20 Punkte****1.1 Erläuterung des Begriffes DRG und wie hier klinische und ökonomische Sicht zusammenreffen:****3 Punkte**

„Diagnosis Related Groups“ bezeichnen eine Gruppe von ärztlich-ökonomischen Patientenklassifikationssystemen. Die Patientenklassifikationssysteme gruppieren Behandlungsfälle in Akutkrankenhäusern, um die bei der Behandlung einzelner Patienten entstehenden Kosten vergleichen und beurteilen zu können. Die Patientenklassifikationssysteme stellen eine Art gemeinsamen Nenner zwischen der klinischen und ökonomischen Sicht eines Krankenhauses dar. Die klinische Sicht fasst Fälle mit ähnlichen Problemstellungen und Behandlungszielen in Behandlungsfallgruppen zusammen, während die ökonomische Sicht Behandlungsfallgruppen als Produkte des Krankenhauses und als Tarifposition verwendet.

**1.2 Konzepte, mit denen Krankenhäuser auf die Ökonomisierung reagieren:****9 Punkte**

- Einführung von professionellen QM-Systemen: Durch die Einführung der §§ 135a ff SGB V hat der Gesetzgeber die Leistungserbringer verpflichtet, sich an Maßnahmen der Qualitätssicherung einrichtungsübergreifend zu beteiligen; stationäre Einrichtungen haben ein internes Qualitätssicherungssystem einzurichten. QM-Systeme schaffen Transparenz über die Art der Versorgungsprozesse und dienen der Kundenbindung.
- Ausbau des Controlling- und Berichtswesens: Kosten und Erlöse müssen ins Verhältnis zueinander gestellt werden, um Fehlentwicklungen frühzeitig aufzeigen und Gegenmaßnahmen einleiten zu können (Innere Budgetierung – Kostenträgerrechnung).
- Eine intensivere Orientierung der Organisation an den Patienten: Innovative Handlungsstrategien sind gefragt: Prozessabläufe müssen hinterfragt und neue Strukturen geschaffen werden. Die Notwendigkeit wird deutlich, wenn man beachtet, dass 80% der organisatorischen Probleme auf Reibungen an Schnittstellen, d.h. am Übergang des Arbeitsablaufs auf eine andere Person/Berufsgruppe/Abteilung zurückzuführen sind.
- Einführung von Vernetzungskonzepten: Um die Wettbewerbsposition eines Krankenhauses prospektiv auf gesunde Füße zu stellen, spielen die Gesichtspunkte der gelungenen Akquise von Neukunden, die Sicherstellung eines Kundenstamms, das Leistungsprofil, die Leistungsqualität, die Kosten der zu erbringenden Leistung als auch die Zeit, in der die Leistung erbracht wird, eine herausragende Rolle. Über integrierte Versorgungsnetze können mitunter kostspielige und diagnoseredundante Reibungsverluste behoben werden.

1 P. pro Konzept  
2 P. pro Erläuterung

*Korrekturhinweis: Es sind max. drei Konzepte zu werten.*

**1.3 Pro- und Contra-Argumente zum Outsourcing:****8 Punkte**

Pro:

- Straffung der Unternehmensstruktur
- Konzentration auf Kernaufgaben
- Verlagerung des Unternehmensrisikos auf den Dienstleister der ausgelagerten Tätigkeit
- Höhere Kostenreduktion und -transparenz
- Verminderung des Anteils an Routinetätigkeiten
- Sicherung aktuellen Fach- und Spezialwissens

1 P. pro Argument

Contra:

- Qualitätseinbußen bei der Leistungserbringung vor Ort
- Risiko der Unzuverlässigkeit des Dienstleisters
- Mangelnde Identifikation des Dienstleisters mit dem Unternehmen
- Mangelnde Integration des Dienstleisters durch das Unternehmen
- Störungen in der betrieblichen Ablaufstruktur
- Mangelnde ethische Verantwortung

Korrekturhinweis: Es sind max. vier Pro- und vier Contra-Argumente zu werten.

## Lösung 2

vgl. SB 2, S. 19 ff, 22 f, 44 f

**25 Punkte**

### 2.1 Zielsetzungen, die mit der Einführung einer Pflegeüberleitung verbunden sind:

**5 Punkte**

- Gewährleistung einer kontinuierlichen Qualität in der Versorgung über Sektoren hinweg
- Frühzeitige Entlassung von Patienten
- Reduktion von Aufnahmen (entstanden aus pflegerischen Defiziten) und Vorbeugung von Fehlbelegungen
- Ermutigung von Patient und Angehörigen, soziale Hilfe der ambulanten Pflege vermehrt und frühzeitig in Anspruch zu nehmen
- Unterstützung der Angehörigen bei der Hauspflege durch Einrichtung von Hauspflegekursen
- Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Angehörige sollen einen Ansprechpartner bekommen

1 P. pro Zielsetzung

Korrekturhinweis: Es sind max. fünf Zielsetzungen zu werten.

### 2.2 Inhaltskriterien eines Pflegeüberleitungsanamnesebogens:

**8 Punkte**

- Name des Patienten, Station
- Wer übernimmt die poststationäre Pflege?
- Pflegebedarf im Rahmen der Grundpflege
- Bedarf an Behandlungspflege
- Hauswirtschaftliche Hilfe
- Bisherige Wohnsituation
- Kommunikationsfähigkeit
- Bedarf an Pflegehilfsmitteln
- Pflegestufe nach MDK

1 P. pro Inhaltskriterium

Korrekturhinweis: Es sind max. acht Inhaltskriterien zu werten.



### 2.3 Sicherstellung der Versorgung nach der Entlassung - Kooperation mit unterschiedlichen Institutionen:

12 Punkte

4 P. pro Kooperation

Zum Fallbeispiel eines Diabetikers mit einer Halbseitenlähmung, der sich bisher zu Hause allein versorgt hat, könnte die Kooperation mit den Institutionen wie folgt aussehen:

- **Pflegekasse:** Die Einschaltung des MDK in der stationären Phase kann bereits die Ermittlung der zukünftigen Pflegestufe anbahnen. Damit entsteht eine möglichst rasche Klarheit über die Finanzierung der zukünftigen Versorgung, entsprechende Versorgungssettings (z.B. Unterstützung der Angehörigenpflege durch einen ambulanten Pflegedienst, Hauswirtschaftliche Hilfe) können so bereits frühzeitig sichergestellt werden. Notwendige Umbauten in der Wohnung (z.B. Dusche) können in die Wege geleitet werden, wenn die Finanzierung geklärt ist. Dadurch ergibt sich eine Planungssicherheit für alle Beteiligten.
- **Ambulanter Pflegedienst:** Hier kann bereits in der stationären Phase die Auswahl eines ambulanten Pflegedienstes durch Patient und Angehörige vorgenommen werden, ein Erstkontakt zwischen Pflegedienst und Patient lässt sich organisieren. Der Patient kann Leistungsspektrum und Kosten der Pflegeversorgung abschätzen und evtl. bereits einen Vertrag schließen über grundpflegerische, behandlungspflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen.
- **Hausarzt:** Sicherstellung der Medikamentenversorgung und der Sondenkost, die der Patient wegen seiner massiven Schluckstörungen braucht; ebenso Verordnung von Behandlungspflege (subkutane Insulininjektion).

*Korrekturhinweis:* Durch die Möglichkeit das Patientenbeispiel weiter auszugestalten (z.B. Schluckstörungen) sind hier verschiedene richtige Lösungen denkbar. Bei der Korrektur soll darauf geachtet werden, dass die Beschreibung der Kooperation mit den Institutionen schlüssig zu dem vorgegebenen und ausgestalteten Patientenbeispiel passt.

### Lösung 3

vgl. SB 4, S. 7 - 12

9 Punkte

#### 3.1 Voraussetzungen, die ein Krankenhaus erfüllen muss, um DRGs mit den Krankenkassen abrechnen zu können:

3 Punkte

Das Krankenhaus muss zugelassen sein und einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen abgeschlossen haben.

#### 3.2 Kosten des Krankenhauses, die über die DRGs vergütet werden:

2 Punkte

Vergütet werden Entgelte für laufende Kosten, die durch den stationären Aufenthalt verursacht werden.

#### 3.3 Gründe, warum seit der Umstellung auf DRGs die Krankenhausverweildauer der Patienten sinkt:

4 Punkte

Im DRG-System erfolgt ein konstanter Erlös, solange die untere Grenzverweildauer nicht unterschritten und die obere nicht überschritten wird. Dies bedeutet, dass der Deckungsbeitrag oberhalb der unteren Grenzverweildauer am größten ist und mit der Anzahl der Tage sinkt. Lange Verweildauern oberhalb der oberen Grenzverweildauer sind trotz der Zuschläge nicht mehr ökonomisch und werden daher vermieden.

**Lösung 4**

vgl. SB 5, S. 77 ff

**16 Punkte****4.1 Argumente, warum Behandlungspfade zu einer Qualitätsverbesserung führen:****6 Punkte**

2 P. pro Argument

- Interdisziplinäre Versorgungspfade binden durch die Überwachung des Behandlungsablaufes Risikomanagement und Qualitätssicherungsaspekte ein. Sie fördern das Verständnis des klinischen Prozesses und unterstützen klinische Kontrollmechanismen.
- Sie bieten eine Festlegung auf Standards an, die Risiken aufheben oder minimieren.
- Zuständigkeiten und Kompetenzen sind eindeutig geklärt, Schnittstellenprobleme werden vermieden.
- Ohne Versorgungspfade würde es unterschiedliche Behandlungs- und Pflegedurchführungsformen geben.

Korrekturhinweis: Es sind max. drei Argumente in die Bewertung einzubeziehen.

**4.2 Prozess der Entwicklung interdisziplinärer Behandlungspfade bis zur Implementierung in fünf Phasen****10 Punkte**

2 P. pro Phase

- Initiierung: Auswahl der Diagnosen, Zusammenstellung einer interdisziplinären Arbeitsgruppe
- Ermittlung des Ist-Zustands: Datenanalyse und –auswertung; Erstellung fehlender Leit-, Richtlinien, Standards oder Überarbeitung bestehender Konzepte
- Festlegung der zu erzielenden Ergebnisse: Erhöhung der Patientenzufriedenheit, Reduzierung von Komplikationen und Rezidiven, Senkung der Verweildauer, Erlösorientierung. Festlegung der Form und Formulierung des Pfades, Festlegung der Dokumentation
- Jede Disziplin erstellt den Anteil des Pathways, in welchem sie involviert ist.
- Festlegung der Einführungsstrategie, Schulung der Mitarbeiter, Hilfsmittel, Überlegungen zur Evaluation (z.B. Varianzanalysen)

**Lösung 5**

vgl. SB 1, S. 29 f

**12 Punkte****Wesentliche Änderungen der novellierten Gefahrstoffverordnung:**

- Anforderungen an die Gefährdungsbeurteilung (§ 7 Abs. 7 GefStoffV)  
Diese darf nur von fachkundigen Personen durchgeführt werden. Die Fachkraft für Arbeitsschutz und / oder der Betriebsarzt soll hier ausdrücklich beraten. Wenn vom In-Verkehr-Bringer des Gefahrstoffs keine Einstufung und Kennzeichnung zur Verfügung gestellt wird, dann muss der Anwender das selbst tun.
- Neues Schutzstufenkonzept (§ 8 – 11 GefStoffV)  
Ausgehend von der Informationsermittlung und Gefährdungsbeurteilung ergeben sich vier Schutzstufen. Je nach Schutzstufe sind Grundsätze, Grundmaßnahmen und ergänzende Schutzmaßnahmen festgelegt. Je höher die Schutzstufe, desto umfangreicher sind die Anforderungen.
- Neues Grenzwertmodell (§ 3 Abs. 6 + 7 GefStoffV)  
Es wird nur noch den Arbeitsplatzgrenzwert und den biologischen Grenzwert geben. Da es hierzu noch keine eigenen Technischen Regeln gibt, gelten bis dahin die alten MAK-, TRK- und BAT-Grenzwerte.
- Erweiterte Unterweisungen (§ 14 Abs. 3 GefStoffV)  
Ab Schutzstufe 2 müssen unter Beteiligung des Betriebsarztes „allgemeine arbeitsmedizinische-toxikologische Beratungen“ durchgeführt werden.

1 P. pro Nennung  
3. P. pro Erläuterung

- Vorsorgeuntersuchungen (§ 15 GefStoffV)  
Es gibt wie bisher Gefahrstoffe und Tätigkeiten, bei denen Vorsorgeuntersuchungen erforderlich sind. Es wurden aber auch Tätigkeiten festgelegt, bei denen die Vorsorgeuntersuchungen vom Arbeitgeber anzubieten sind.
- Gefahrstoffkataster und Sicherheitsdatenblätter (§ 7 Abs. 8 GefStoffV)  
Ein Gefahrstoffkataster muss nur noch in der Form geführt werden, dass es alle Gefahrstoffe enthält, die zu einer nicht „geringen Gefährdung“ führen. Der Inhalt des Verzeichnisses ist nicht mehr festgelegt, es muss aber ein Hinweis auf die vorhandenen Sicherheitsdatenblätter vorhanden sein. Die Sicherheitsdatenblätter müssen den Mitarbeitern zugänglich gemacht werden (§ 14 Abs. 1 GefStoffV).

Korrekturhinweis: Es sind max. drei Änderungen in die Bewertung einzubeziehen Eine Benennung der Paragraphen der Gefahrstoffverordnung ist nicht erforderlich.

## Lösung 6

vgl. SB 3, S. 15 ff

18 Punkte

- 6.1 Schrittfolge für Vorgehensweisen beim Case Management in einer ordnungsgemäßen Reihenfolge:** **max. 9 Punkte**
1. Fallerschließung und Aufnahme (Case Finding) 1 Punkt
  2. Problemeinschätzung und Bedarfsklärung (Assessment) pro Arbeitsschritt
  3. Zielvereinbarung und Hilfeplanung (Versorgungsplan/Serviceplan)
  4. Kontraktmanagement (Linking) 1 Punkt für die richtige Reihenfolge der Arbeitsschritte
  5. Monitoring der Leistungserbringung
  6. (Summative) Evaluation des Unterstützungsprozesses
  7. Entpflichtung
  8. Rechenschaftslegung
- 6.2 Aufgaben des Case Managers beim Kontraktmanagement (Linking):** **9 Punkte**
- Zu den wesentlichen Aufgaben des Case Managers gehört es, passende Dienstleistungsanbieter und informelle Helfer zu *vermitteln* bzw. zu verpflichten und aus diesem Kreis ein Team zu bilden, das die Umsetzung des Versorgungsplans in die Hand nimmt. 3 Punkte
  - Das setzt voraus, dass der Case Manager *Beziehungen* zur Vielzahl der gesundheitlichen, pflegerischen und sozialen Dienste *aufbaut*, damit er bei entsprechendem individuellen Bedarf die „richtige Maßnahme zur rechten Zeit“ einleiten kann. 3 Punkte
  - Seine Aufgabe ist es, das heterogene Team funktionsfähig zu machen bzw. zu halten. Um die divergierenden Interessen, Sichtweisen und Standpunkte unter einen Hut zu bekommen, muss der Case Manager *Verhandlungen führen* und ggf. *Konflikte schlichten*. 3 Punkte