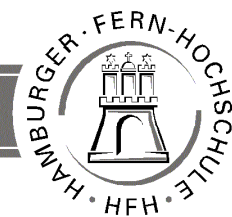


# Klausur – Aufgaben



UNIVERSITY  
OF APPLIED SCIENCES

Studiengang	<b>Pflegemanagement</b>
Fach	<b>Studienschwerpunkt Stationäre Krankenversorgung</b>
Art der Leistung	<b>Prüfungsleistung</b>
Klausur-Knz.	<b>PM-SKB-P12-050129</b>
Datum	<b>29.01.2005</b>

**Die Klausur besteht aus 7 Aufgaben, von denen alle zu lösen sind.**

Ihnen stehen 120 Minuten für die Lösung zur Verfügung. Die maximal erreichbare Punktzahl beträgt 100 Punkte. Zum Bestehen der Klausur müssen mindestens 50 % der Gesamtpunktzahl erzielt werden.

Lassen Sie 1/3 Rand für die Korrekturen und **schreiben Sie unbedingt leserlich.**

Denken Sie an Name und Matrikelnummer auf den von Ihnen benutzten Lösungsblättern.

**Bearbeitungszeit:** 120 Minuten  
**Anzahl der Aufgaben:** 7  
**Höchstpunktzahl:** 100  
**zulässige Hilfsmittel:** keine

## Bewertungsschlüssel

Aufgabe	1	2	3	4	5	6	7	insg.
max. erreichbare Punkte	14	14	15	16	17	14	10	100

## Notenspiegel

Note	1,0	1,3	1,7	2,0	2,3	2,7	3,0	3,3	3,7	4,0	5,0
notw. Punkte	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

## Aufgabe 1: Problemanalyse

14 Punkte

Die Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems (Diagnosis Related Groups) stellt Krankenhäuser vor die Aufgabe einer grundlegenden Reorganisation ihrer betrieblichen Leistungsprozesse. In diesem Zusammenhang kommt dem Aspekt einer vernetzten Versorgung eine wachsende Bedeutung zu.

Einer Projektgruppe, der Sie angehören, ist von der Unternehmensleitung die Aufgabe erteilt worden, Vorschläge einer vernetzten Versorgung in dem Schwerpunkt „Ambulantes Operieren“ zu erarbeiten.

Beschreiben Sie die Intentionen dieses Ansatzes und diskutieren Sie dessen Vor- und Nachteile.

## Aufgabe 2: Projekte 1

14 Punkte

Zunehmender wirtschaftlicher Druck und fortschreitende Ökonomisierung stellen Krankenhäuser seit längerem vor die Aufgabe, ihr Leistungsspektrum kostenreduzierend auf das eigentliche „Kerngeschäft“ der medizinischen Versorgung zu konzentrieren. Im Rahmen von Outsourcing-Projekten werden hierbei vor allem die nicht-medizinischen Dienstleistungsbereiche einer kritischen Überprüfung unterzogen.

In Ihrem Krankenhaus soll der Bereich „Reinigungsdienst“ mittelfristig an einen externen Dienstleister vergeben werden.

Beschreiben Sie die Rechtsgrundlagen einer Ausschreibung sowie die Kriterien einer sachgerechten Bewerberauswahl.

## Aufgabe 3: Projekte 2

15 Punkte

Zur Sicherstellung eines effektiven Entlassungsmanagements hat Ihr Krankenhausträger entschieden, Kooperationsverträge mit ambulanten Pflegediensten zu schließen, die die nach SGB V und SGB XI definierte Weiterbehandlung Ihrer Patienten sicherstellen sollen.

Als Inhaber/in einer Stabsstelle bei der Pflegedirektion des Krankenhauses soll es Ihre Aufgabe sein, die Verfahrensschritte einer qualifizierten Pflegeüberleitung aus dem stationären in den ambulanten Pflegebereich festzulegen.

Beschreiben Sie die sich aus den Abrechnungsmodalitäten des DRG-Systems herleitende Notwendigkeit eines effizienten Entlassungsmanagements sowie die einzelnen Verfahrensschritte der Pflegeüberleitung.

## Aufgabe 4: Pflegesatzverhandlungen

16 Punkte

Die Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems (DRG) erfolgt ab dem Jahre 2004 mit der sog. budgetneutralen Phase, die dadurch gekennzeichnet ist, dass die Fallkosten des Krankenhauses sich in einer sog. krankenhausesindividuellen Basisrate darstellen. Diese krankenhausesindividuelle Basisrate wird in den Folgejahren bis 2007 (Ende der Konvergenzphase) schrittweise an die dann landesweit geltenden Basisfallvergütungen angepasst.

Auf der Ebene der Krankenhausleitung (Verwaltungs-, Pflege- und ärztliche Direktion) werden Überlegungen angestellt, mit welchen Mitteln in den zu führenden Pflegesatzverhandlungen der zukünftige Druck der notwendigen Fallkostenreduzierungen abgemildert werden könnte.

Sie werden um Darlegung Ihrer strategischen Überlegungen gebeten. Welche Vorgehensweise schlagen Sie vor?

## Aufgabe 5: Fallpauschalen

17 Punkte

Gemessen an den Gesamtkosten eines Krankenhauses stellt der Pflegebereich den weitaus höchsten Kostenanteil dar. Im diagnose-orientierten Fallpauschalensystem (DRG) werden jedoch Pflegeleistungen zumeist nach der Dauer des stationären Krankenhausaufenthaltes bemessen, d. h. ein höherer bzw. niedrigerer Pflegeaufwand wird proportional zur Aufenthaltsdauer eines Patienten ermittelt. Dieses Verfahren wird in pflegerischen Fachkreisen als problematisch und unzureichend eingeschätzt.

Ein methodisch anders geartetes Verfahren zur Bemessung des Pflegeanteils ist z. B. das auf die North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) zurückgehende Verfahren von Pflegediagnosen.

Beschreiben Sie die Probleme des im deutschen DRG-System immer noch zur Anwendung kommenden Verfahrens der Pflegepersonalregelung (PPR) im Vergleich zum NANDA-Verfahren.

## Aufgabe 6: Umweltmanagement

14 Punkte

Der Eintritt in das Umweltauditverfahren z. B. eines Krankenhauses beginnt mit der Festlegung einer auf Dauer angelegten Umweltpolitik. Es handelt sich hierbei um den Bereich Umweltschutz als Teil der Unternehmensphilosophie.

Nennen Sie 7 von den Handlungsgrundsätzen für die Umweltpolitik, die auch unter dem Namen „gute Managementpraktiken“ bekannt sind.

## Aufgabe 7: Vernetzung und Koordination

10 Punkte

Definieren Sie den Begriff „Case-Management“.

6 Punkte

Stellen Sie ihn in Zusammenhang mit dem Begriff der „Integrierten Versorgung“.

4 Punkte



Studiengang	<b>Pflegemanagement</b>
Fach	<b>Studienschwerpunkt Stationäre Krankenversorgung</b>
Art der Leistung	<b>Prüfungsleistung</b>
Klausur-Knz.	<b>PM-SKB-P12-050129</b>
Datum	<b>29.01.2005</b>

Um größtmögliche Gerechtigkeit zu erreichen, ist nachfolgend zu jeder Aufgabe eine Musterlösung inklusive der Verteilung der Punkte auf Teilaufgaben zu finden. Natürlich ist es unmöglich, jede denkbare Lösung anzugeben. Stoßen Sie bei der Korrektur auf eine andere als die als richtig angegebene Lösung, ist eine entsprechende Punktzahl zu vergeben. Richtige Gedanken und Lösungsansätze sollten positiv bewertet werden.

Sind in der Musterlösung die Punkte für eine Teilaufgabe summarisch angegeben, so ist die Verteilung dieser Punkte auf Teillösungen dem Korrektor überlassen.

50 % der insgesamt zu erreichenden Punktzahl (hier also 50 Punkte von 100 möglichen) reichen aus, um die Klausur erfolgreich zu bestehen.

Die differenzierte Bewertung in Noten nehmen Sie nach folgendem Bewertungsschema vor:

### Bewertungsschlüssel

Aufgabe	1	2	3	4	5	6	7	insg.
max. erreichbare Punkte	14	14	15	16	17	14	10	100

### Notenspiegel

Note	1,0	1,3	1,7	2,0	2,3	2,7	3,0	3,3	3,7	4,0	5,0
notw. Punkte	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

**16.02.2005**

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 Ihrem Studienzentrum anzuzeigen.

## Lösung Aufgabe 1

14 Punkte

### Vorschläge zur vernetzten Versorgung

14 Punkte

Mit Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems stellt sich für das Krankenhausmanagement die Aufgabe der Effektivierung der betrieblichen Leistungsprozesse i. S. der Nutzung der in diesem System liegenden ökonomischen Chancen, wie z. B. der Verkürzung des stationären Aufenthaltes der Patienten. Ein Mittel zur Umsetzung dieser Veränderungsprozesse könnte die *Intensivierung der ambulanten Versorgung* (Ambulantes Operieren oder stationersetzende Eingriffe) sein.

4 Punkte

Mit dem Ausbau des ambulanten Operierens kann das Krankenhaus *dauerhafte Beziehungen zu Kunden* aufbauen und diese langfristig sichern. Darüber hinaus können *ökonomische Vorteile* dadurch erschlossen werden, dass

6 Punkte

- mit dem Ausbau des ambulanten Sektors Einnahmen erwirtschaftet werden, die nicht dem Kernbereich der stationären Versorgung zuzuordnen sind, und
- durch die Herauslösung der „leichteren Fälle“ die jahresdurchschnittliche Fallschwere des Krankenhauses im vollstationären Bereich erhöht werden kann, was eine durchschnittlich höhere Leistungsvergütung zur Folge haben könnte.

Nachteilig könnte sich dies auswirken, wenn es dem Krankenhaus nicht gelingt, diese fehlenden Fallzahlen des vollstationären Sektors mit zusätzlichen Behandlungsbedürftigen aufzufüllen. Die Folge wäre eine Reduzierung des Budgets im vollstationären Bereich, der ggf. nur teilweise durch das Zusatzgeschäft des ambulanten Operierens zu kompensieren wäre.

4 Punkte

(SB 1, S. 30 ff; SB 4, S. 17 f)

## Lösung Aufgabe 2

14 Punkte

### Rechtsgrundlagen und Kriterien

max. 14 Punkte

Grundlage der Ausschreibung ist die für alle öffentlichen Auftraggeber verbindliche *Vergabeordnung* (VgV) sowie die das Ausschreibungsverfahren regelnden *Verdingungsordnungen* (VOL / VOB), die u.a. zum Inhalt haben, dass die zu vergebenden Leistungen eindeutig und erschöpfend zu beschreiben sind und dass Leistungen zu festen Preisen vergeben werden sollen.

3 Punkte

Die Ausschreibung erfolgt im Wege einer Reinigungsgruppeneinteilung mit differenzierter Angabe der jeweiligen Reinigungsfrequenzen sowie der Anzahl regelmäßig anfallender Sonderarbeiten mit abweichenden Stundenverrechnungssätzen.

3 Punkte

*Kriterien* für die Auswahl geeigneter Bewerber sind:

max. 8 Punkte

- deren Marktpräsenz, die mindestens drei Jahre auf dem Markt gegeben sein sollte
- eine vorhandene aussagefähige Zertifizierung, die ein wesentliches Qualitätskriterium darstellt (DIN ISO 9000 ff)
- das Vorliegen einer Unbedenklichkeitsbescheinigung von Finanzamt, Berufsgenossenschaft und Krankenkasse, die ausweist, dass der Bewerber seinen sozialen Pflichten gegenüber seinen Mitarbeitern ordnungsgemäß nachkommt
- das Vorhandensein eines ausreichenden Versicherungsschutzes
- die Verbands- und Tarifzugehörigkeit des Bewerbers
- die Einhaltung umweltschutzrechtlicher Auflagen (fachgerechte Auswahl von Reinigungs- und Pflegemitteln usw.) (weitere Kriterien SB 2, S. 16 f)

je Kriterium  
2 Punkte

(SB 2, S. 6 ff)

## Lösung Aufgabe 3

15 Punkte

### 1. Notwendigkeit eines effizienten Entlassungsmanagements

5 Punkte

Das DRG-System vergütet einen stationären Behandlungsfall auf Basis der sich aus Hauptdiagnose, Nebendiagnosen und Prozeduren ergebenden *patientenindividuellen Fallschwere* (ausgedrückt über Komplexitäten und Komorbiditäten). Die Dauer des stationären Aufenthaltes ist von untergeordneter Bedeutung. Wird jedoch ein Patient im Rahmen der oberen Grenzverweildauer wegen erneuter Komplikationen wieder in das Krankenhaus aufgenommen (Wiederkehrer, Drehtür-Effekt) erfolgt keine neue Berechnung des Behandlungsfalls. Für das Krankenhaus bedeutet dies, dass zur Vermeidung dieser Fallkonstellationen eine sach- und fachgerechte Weiterversorgung des Patienten gesichert sein muss.

### 2. Verfahrensschritte der Pflegeüberleitung

10 Punkte

Ergänzend zum Sozialdienst des Krankenhauses erfolgt die Schaffung einer Stelle „Krankenschwester / -pfleger für Pflegeüberleitung“, deren Aufgabenbereich die Koordination und den Transfer der Pflege vom stationären in den ambulanten Bereich umfasst.

Hierzu gehören:

- Die Sicherstellung eines effektiven schriftlichen und mündlichen Berichtssystems zwischen Krankenhaus, kooperierenden Sozialstationen, Altenheimen usw.
- Die Sicherstellung der Erfassung der Patientenüberleitungsanamnese mit dem Ziel der Kontinuität der Pflegeversorgung.
- Die Beratung und Qualifizierung von pflegenden Angehörigen.
- Die Sicherstellung der Interaktion mit dem weiterbehandelnden Hausarzt des Patienten hinsichtlich Rezeptierung von Pflegehilfsmitteln u. ä.
- Die Erstellung eines strukturierten Pflegeüberleitungsberichts bei Entlassung des Patienten aus der stationären Versorgung.
- Die Evaluation und Kontrolle der eingeleiteten und durchgeführten Maßnahmen.

(SB 2, S. 19 ff; SB 4, S. 17)

## Lösung Aufgabe 4

16 Punkte

*Die nachfolgend wiedergegebene Lösung stellt eine Ideallösung dar. Bei der Bewertung ist auf eine logische Argumentation und Zielerreichung zu achten (Minderung des Drucks auf das Krankenhaus, der durch die Fallkostenreduzierungen entsteht).*

16 Punkte

Die Basisrate im diagnose-orientierten Fallpauschalensystem stellt abrechnungsmethodisch die Vergütung eines stationären Behandlungsfalles mit der Fallschwere (CW) von 1,0 dar. Wenn in der budgetneutralen Phase bzw. in der nachfolgenden Konvergenzphase die hausindividuelle Basisrate aus der Division des krankenshausindividuellen Budgets und der prospektiv angenommenen Fallzahl errechnet wird, würde eine hohe Fallzahl zu einer Reduzierung der hausindividuellen Basisrate und damit zu einer Verringerung des Anpassungsdrucks in der Konvergenzphase führen. Dies würde im Ergebnis jedoch dazu führen, dass mit den Kostenträgern höhere Leistungsmengen für das vorjahresbezogene Entgelt vereinbart würden. Die betriebswirtschaftliche Folge wäre eine kurzfristige Fallkostenreduzierung ohne Bezug auf das krankenshausindividuelle Kosten- und Leistungsverhältnis.

8 Punkte

Anders stellt sich die Situation dar, wenn es dem Krankenhaus gelingen könn-

4 Punkte

te, den Kostenträgern auf Basis einer differenzierten Falldokumentation nachzuweisen, dass die Fallschwere die Referenzwerte von 1,0 deutlich übersteigt. Auf diese Weise könnten die krankenhausindividuellen Kosten bei gleich bleibender Fallzahl durch eine geringere Basisfallvergütung refinanziert werden.

Beispiel:

Budget	Fallzahl	CMI	hausindividuelle Basisrate
a) 30.000.000 EUR	8.000	1,0	3.750,-- EUR
b) 30.000.000 EUR	8.000	1,5	2.500,-- EUR

4 Punkte

Der Anpassungsdruck während der Konvergenzphase (2005 bis 2007) könnte für das Krankenhaus deutlich reduziert werden.

Die Zielsetzung für die zu führenden Pflegesatz- bzw. Budgetverhandlungen liegt mithin in einer auf Basis einer hohen Kodierqualität zu dokumentierenden hausindividuellen durchschnittlichen Fallschwere (CMI) des Krankenhauses. (SB 4, S. 17 ff; SB 5, S. 17 ff)

## Lösung Aufgabe 5

17 Punkte

### Verfahren zur Messung des Pflegeanteils

17 Punkte

Die Darstellung des Pflegebereichs im deutschen DRG-System erfolgt auf Basis der Bemessung des Pflegezeitaufwands für den einzelnen Patienten (Pflegezeiterfassung nach Pflegepersonalregelung PPR). Dabei ist der spezifische Arbeitszeitaufwand nur unzulänglich differenziert.

4 Punkte

Qualitativ anders als das PPR-System stellen sich die Verfahren der Erfassung des Pflegeanteils an der Behandlung eines Patienten durch eigene Pflegediagnosen dar. Diese Pflegediagnosenkategorisierungen gehen auf die NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) zurück, die in eigenen, das Patientenmanagement und den Patientenerlös verändernden Pflegediagnosen im Gegensatz zu pflegerelevanten Nebendiagnosen oder medizinischen Diagnosen die gesamte Krankheitssituation des Patienten in die pflegerische Behandlung und Klassifizierung einbezieht. In der NANDA-Version 2001–2002 sind 155 Pflegediagnosen definiert.

8 Punkte

Während die Kodierung pflegerelevanter Nebendiagnosen keine Erfassung der Einzelleistung zum Inhalt hat und allenfalls den Pflegemehraufwand in einem komplexen Krankheitsbild darstellt, erweitern die fallindividuellen Pflegediagnosen (NANDA) die Erfassung und Darstellung des Pflegeanteils an der stationären Versorgung eines Patienten und führen im Ergebnis ggf. zu einer Verbesserung der jeweiligen Fallvergütung.

5 Punkte

(SB 5, S. 37 ff)

## Lösung Aufgabe 6

14 Punkte

Die „Guten Managementpraktiken“ bestehen aus folgenden Grundsätzen: **max.14 Punkte**

1. Förderung des Umweltbewusstseins bei den Mitarbeitern
  2. Folgenabschätzung von jetzigen und geplanten umweltrelevanten Tätigkeiten, Verfahren und Produkten
  3. Beurteilung und Überwachung der Umweltauswirkungen
  4. Umsetzen von Schutzmaßnahmen, um Umweltbelastungen auf ein Mindestmaß zu reduzieren
  5. Vorsorge gegen Unfälle mit Umweltauswirkungen
  6. Einhaltung der Unternehmensleitlinien
  7. Korrektur bei festgestellten Abweichungen von den Unternehmensleitlinien
  8. Krisenmanagement in Kooperation mit Behörden
  9. Dialog mit der Öffentlichkeit
  10. Kundenberatung über Umweltaspekte von Produkten
  11. Einwirkung auf Vertragspartner, ebenfalls fortschrittliche Umweltnormen anzuwenden
- (SB 2, S. 8)
- je 2 Punkte pro Grundsatz

## Lösung Aufgabe 7

10 Punkte

**Case Management** (SB 1, S. 6 ff) **10 Punkte**

1. Begriffsklärung *Case Management* **6 Punkte**
  - Vorgehensweise / Managementstrategie / abgestimmter Prozess bei der ein Patient durch die Institutionen der Gesundheitsversorgung geleitet wird.
  - Ziel: Zeitnahes Bereitstellen der individuell notwendigen Gesundheitsleistungen
  - Einzelfallbezogen / fallbezogener Ansatz
2. Verbindung und Abgrenzung zum Begriff *Integrierte Versorgung* **4 Punkte**

*Case Management* ist ein Teilgebiet der *Integrierten Versorgung* und beinhaltet den Prozess der Patientenleitung durch die Institutionen, während bei *Managed Care* die Leitungs- und Kostenkontrolle und bei *Disease Management* die übergreifende Versorgung chronisch Kranker im Vordergrund steht. Diese Konzepte konkretisieren die *Integrierte Versorgung*, die den Rahmen für die übergreifende Zusammenarbeit darstellt.

*Kommentar zur Bewertung: Die sinngemäße Wiedergabe aller wesentlichen Bestandteile des Begriffs ist bei der Bewertung zu berücksichtigen.*