



Studiengang	<b>Pflegemanagement</b>
Fach	<b>Studienschwerpunkt Ambulante Dienste</b>
Art der Leistung	<b>Prüfungsleistung</b>
Klausur-Knz.	<b>PM-ADB-P12-050129</b>
Datum	<b>29.01.2005</b>

**Die Klausur besteht aus 5 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.

<b>Bearbeitungszeit:</b>	120 Minuten
<b>Anzahl der Aufgaben:</b>	5
<b>Höchstpunktzahl:</b>	100
<b>zulässige Hilfsmittel:</b>	keine

### Bewertungsschlüssel

Aufgabe	1	2	3	4	5	insg.
max. erreichbare Punkte	21	27	28	14	10	<b>100</b>

### 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

## Alle 5 Aufgaben sind zu bearbeiten

### Aufgabe 1: Sachkonzept/ Finanzkonzept

21 Punkte

Fallbeispiel: Beatrix Müller plant die Gründung eines ambulanten Pflegedienstes. Im ersten Jahr möchte Sie 8 Mitarbeiter einstellen (zumeist in Teilzeit, teilweise auch geringfügig beschäftigt). Angeschafft werden sollen 4 Dienstwagen. Für das zweite und dritte Geschäftsjahr wird eine starke Expansion des Umsatzes angestrebt.

Stellen Sie dar, welche Investitionen und andere Ausgaben Frau Müller tätigen muss, bevor sie wirklich eröffnen kann **und** erläutern Sie diese.

Beschränken Sie sich bei Ihrer Darstellung auf die relevanten Faktoren; eine mengen- oder kostenmäßige Abschätzung ist dagegen nicht notwendig.

### Aufgabe 2: Vergütungsverhandlung

27 Punkte

In § 89 SGB XI heißt es: „Die Vergütungsvereinbarung ist für jeden Pflegedienst gesondert abzuschließen.“

- 2.1 Erläutern Sie den politischen Hintergrund dieser Regelung. 12 Punkte
- 2.2 Stellen Sie die Konsequenzen dar, die sich in der Praxis der Vergütungsvereinbarungen aus dieser Regelung ergeben. 5 Punkte
- 2.3 Eine Pflegeeinrichtung hat im abgelaufenen Verhandlungszeitraum ein Defizit von 50.000 Euro erwirtschaftet. Erläutern Sie, welche Folgen dies in der anstehenden Vergütungsverhandlung hat. 10 Punkte

### Aufgabe 3: Erstbesuch/ Pflegevisite

28 Punkte

- 3.1 Im Rahmen der MDK-Prüfung wird u.a. auch nach Pflegevisiten gefragt. Erläutern Sie die rechtlichen Grundlagen. 10 Punkte
- 3.2 Die Pflegedienstleitung (PDL) verfolgt bei einer Pflegevisite häufig auch organisationsbezogene Ziele. Nennen Sie mögliche organisationsbezogene Ziele einer PDL-Pflegevisite. 8 Punkte
- 3.3 Grenzen Sie die Begriffe „Pflegevisite“ und „Audit“ voneinander ab. 10 Punkte

### Aufgabe 4: 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 5: Vernetzung und Koordination

10 Punkte

- 5.1 Definieren Sie den Begriff „Case-Management“. 6 Punkte
- 5.2 Stellen Sie ihn in Zusammenhang mit dem Begriff der „Integrierten Versorgung“. 4 Punkte



Studiengang	<b>Pflegemanagement</b>
Fach	<b>Studienschwerpunkt Ambulante Dienste</b>
Art der Leistung	<b>Prüfungsleistung</b>
Klausur-Knz.	<b>PM-ADB-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	insg.
max. erreichbare Punkte	21	27	28	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.

**Kosten in der Gründungsphase (SB 2, S.21 ff.)**max. 21  
Punkte

Kosten in der Gründungsphase lassen sich grundsätzlich aufteilen in:

- a) Gründungsinvestitionen,
- b) gründungsspezifische Ausgaben und
- c) der notwendigen Liquiditätsreserve.

**Hinweis zur Korrektur:**

Sollten die Kostenarten der Gründungsphase nur benannt werden, werden je Nennung nur 2 Punkte vergeben.

- a) **Gründungsinvestitionen** im engeren Sinne sind Investitionen zum materiellen und immateriellen Anlagevermögen (in der Bilanz). Hierunter fallen bei einer Existenzgründung in der ambulanten Pflege Aufwendungen für: a) Grundstücke und Immobilien; b) Außenwerbung, c) Büroausstattung (Möbel, Teppiche, Lampen etc.); d) EDV- und Fernsprechanlagen; Präsentationstafeln etc.); e) PKW (und andere Transportmittel); f) ggf. Maschinen (z.B. Sterilisator); g) ggf. medizinisch-pflegerische Hilfsmittel (Pflegebett, Rollstuhl); h) Software und ähnliche (Nutzer)Rechte, h) Patente, Lizenzen (z.B. patentrechtlich geschützte Wort-Bild-Marke, Internet-Domain). 7 Punkte
- b) Die **gründungsspezifischen Kosten** umfassen alle Ausgaben, die unmittelbar im Zusammenhang mit dem Gründungsvorgang stehen. In Betracht kommen hier z.B.: Maklercourtage für die Anmietung von Räumlichkeiten; Renovierungs-/Instandsetzungskosten; Gründungsberatung durch Steuerberater, Rechtsanwälte, Unternehmensberater, Fort- und Weiterbildung zur Vorbereitung auf die Existenzgründung inkl. Literatur, Reisekosten, Eröffnungswerbung // Entwicklung von Werbekonzepten, Firmenlogo und Präsentationsmaterial; Anmeldegebühren (Gewerbeanmeldung, Handelsregister). 7 Punkte
- c) **Liquiditätsreserve für Kosten in der Anlaufphase:** Ein neu eröffneter ambulanter Pflegedienst hat natürlich nicht vom ersten Tag an genügend Patienten. Da die gewonnenen Kunden zudem nicht bar zahlen, sind weitere Verzögerungen einzuplanen; es dauert etwa zwei Monate bis die ersten Zahlungen auf dem Konto eingehen. Mit anderen Worten: Zwei Monate lang stehen weder den Ausgaben für den laufenden Betrieb (Personalkosten, Sachgemeinkosten etc.), noch den Ausgaben für den persönlichen Lebensunterhalt irgendwelche Zahlungseingänge gegenüber. Aus diesem Grund muss eine entsprechende Liquiditätsreserve einkalkuliert werden. Dieser so genannte Bodensatz an Umlaufvermögen sollte ebenso durch langfristiges Eigen- und Fremdkapital finanziert werden, wie die Investitionen zum Anlagevermögen. 7 Punkte

**2.1 Politischer Hintergrund (SB 3, S. 14)****max. 12  
Punkte**

- Der Gesetzgeber reagierte damit auf die Tatsache, dass fast überall weiterhin die Vergütungen auf Landesebene pauschal ausgehandelt wurden. **4 Punkte**
- Es stellt sich die Frage, wie eine pauschale Vergütung dem Grundsatz der Leistungsgerechtigkeit entsprechen kann. Schließlich hat jede einzelne Pflegeeinrichtung immer (zumindest etwas) andere Unternehmensstrukturen, Leistungsverteilungen und Arbeitsstrukturen. **4 Punkte**
- Die Pflegeverbände hatten und haben allerdings nicht unbedingt ein Interesse an einer Einzelverhandlung. Müssen die Pflegedienste die Verträge allein mit den Kranken- oder Pflegekassen aushandeln, führte das in der Vergangenheit oft dazu, dass der einzelne Pflegedienst der Verhandlungsmacht der Krankenkassen unterlegen war. (Konsequenz: zu niedrige Preise). Sobald Verbände diese Aufgabe für ihre Mitglieder übernahmen bzw. übernehmen, führt dies zu deutlich höheren Preisen. **4 Punkte**
- Auch von den Pflegekassen sind Einzelverhandlungen, wie sie der Gesetzgeber vorschreibt, praktisch nicht gern gesehen, bedeutet das doch für die Praxis, dass bei ca. 10.000 Pflegediensten jedes Jahr 10.000 Einzelverhandlungen geführt werden müssen. Da sind pauschale Verhandlungen aus dieser Sicht zwar gegen den Gedanken des Gesetzes, doch wesentlich ökonomischer. **4 Punkte**

**2.2 Konsequenzen aus § 89 SGB XI (SB 3, S. 14 f.)****5 Punkte**

Die besagte Forderung kann in der Praxis dadurch unterlaufen werden, dass der Pflegedienst das Verhandlungsmandat und das Unterschriftsmandat an den Verband überträgt. Wenn der Verband das Verhandlungs- und Unterschriftsmandat hat, dann ist dies so, als hätte der Pflegedienst persönlich unterschrieben.

**2.3 Was passiert mit einem Defizit?****10 Punkte**

Anders als bei der Selbstkostenerstattung wird die Vergütungsvereinbarung für einen zukünftigen Zeitraum ausgehandelt. Auf eine Formel gebracht heißt das: Neues Jahr – neues Glück. Verluste aus der letzten Periode sind im folgenden Vergütungszeitraum grundsätzlich nicht zu berücksichtigen (ebenso wenig wie etwaige Gewinne). Allerdings ist ein Defizit ein Indiz für eine bisher nicht leistungsgerechte Vergütung und kann von der Einrichtung unter Umständen als solches dargestellt werden (ein Verlust könnte aber auch ein Hinweis auf eine unwirtschaftliche Betriebsführung sein). Vgl. § 84 SGB XI, Abs. 2, Satz 4, der nach herrschender Auffassung auch ambulant gilt.

**3.1 Rechtlichen Grundlagen von Pflegevisiten (SB 4, S. 22 f.):**

- Pflegevisiten werden nicht explizit gefordert. Weder a) der Gesetzestext noch die relevanten Ausführungsbestimmungen ( Gemeinsame Grundsätzen und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI; die Rahmenverträge gemäß § 75 SGB XI) fordern Pflegevisiten. Allerdings ist die Aufzählung von Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung in den Gemeinsamen Grundsätzen nach § 80 SGB XI noch nicht abschließend.
- Da die Aufzählung von Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung in den Gemeinsamen Grundsätzen nach § 80 SGB XI nicht abschließend ist, hat sich der Medizinische Dienst der Kranken- und Pflegekassen erlaubt, in seiner MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege auch Pflegevisiten als eine *mögliche* Maßnahme der internen Qualitätssicherung aufzuführen. Pflegevisiten sind demnach keine Verpflichtung, aber eine Möglichkeit für den Träger einer Pflegeeinrichtung seiner Verpflichtung nachzukommen, dass Maßnahmen der internen Qualitätssicherung festgelegt und durchgeführt werden.
- Ein weiterer Impuls aus dem Pflegerecht für Pflegevisiten ergibt sich aus *zivil- und haftungsrechtlicher Sicht*. Aus der fachlichen Führungsverantwortung der leitenden Pflegefachkraft, die diese gemäß § 71 Abs. 1 SGB XI hat, folgt zwar keineswegs, dass sich die Führungskraft persönlich bei dem Patienten von der fachgerechten Pflege überzeugen muss (schon gar nicht bei jedem Patienten), denn Führungsverantwortung bedeutet im Kern immer eine Organisationsverantwortung (hier eben in fachlicher Hinsicht). Aber gerade weil in der ambulanten Pflege im Regelfall jeder Mitarbeiter alleine beim Patienten arbeitet, ist es aus zivil- und haftungsrechtlicher Sicht sehr *anzuraten*, eine Pflegevisite (verstanden hier als ein System der stichprobenartigen Inaugenscheinnahme der direkten Pflege) zu etablieren. Auf keinen Fall ableiten lässt sich aus dem Zivil- und Haftungsrecht jedoch, dass die Pflegevisite durch die Pflegedienstleitung persönlich durchgeführt werden muss.

max.  
10 Punkte  
5 Punkte  
je Item

**3.2 Organisationsbezogene Ziele einer PDL-Pflegevisite sind (SB 4, S. 25):**

- Aufdecken von Schwachstellen bei der Organisation des Pflegeprozesses; hierbei geht es vor allem um Schwächen existierender Pflegestandards.
- Erkennen sonstiger organisatorischer Qualitätsdefizite – auch unter wirtschaftlichen Aspekten.
- Eruiieren der Mitarbeiterzufriedenheit.
- Eruiieren der Unternehmenskultur.

max.  
8 Punkte  
2 Punkte  
je Item

**3.3 Abgrenzung „Pflegevisite“ und „Audit“ (SB 4, S. 19 f.)**

- Der im Qualitätsmanagement gebräuchliche Begriff des Audit meint eine unabhängige, systematische Untersuchung. Während eines Audits wird durch einen Kontrolleur („Auditor“ genannt) per Stichprobe festgestellt, ob eine Organisation zuvor festgelegte Anforderungen erfüllt.
- Der Begriff Pflegevisite wird unterschiedlich definiert:
  - a) Versteht man eine Pflegevisite analog zu einer Chefarztvisite als Kontrolle der Richtigkeit der Pflegediagnosen und der Angemessenheit der Interventionen von fachlich unterstellten Personen, läge ein prinzipieller Unterschied zum Audit vor. Denn bei einem Audit geht es nie um den Einzelfall, sondern, davon abstrahierend, um die Frage nach der Einhaltung von zuvor schriftlich festgelegten Anforderungen, d.h. von Standards, Spezifikationen oder dergleichen. Das Ziel bei einem (internen) Audit ist nicht die Verbesserung des Gesundheitszustandes eines Patienten oder dessen angemessenere Reaktion auf seine Krankheit, sondern die Verbesserung der Organisation.

max.  
10 Punkte  
1 Punkt  
  
max. 9 Punkte,  
je Nennung  
3 Punkte

- b) Diese insoweit eigentlich klare Abgrenzung zwischen den beiden Begriffen, wird jedoch in vielen Darstellungen dadurch verwischt, dass die Auditfunktion der betrieblichen Qualitätssicherung ebenfalls in den Begriff der „Pflegevisite“ integriert wird. So heißt es zum Beispiel im Pschyrembel Wörterbuch Pflege, eine Form der Pflegevisite sei die „Beurteilung der Organisation (zur Qualitätssicherung), inklusive der Tätigkeiten, die scheinbar in keinem direkten Zusammenhang mit dem Patienten stehen, z.B. die Anwendung und Umsetzung hygienischer Vorschriften, Rechtsvorschriften, Planung und Organisation des Arbeitsablaufs.) Versteht man den Begriff „Pflegevisite“ (auch) in diesem Sinne, lässt er sich vom Begriff des „Audit“ nicht mehr prinzipiell abgrenzen. Das wichtigste Abgrenzungsmerkmal wäre dann ein Unterschied in einer allerdings nicht unwichtigen Verfahrensfrage: Während Pflegevisiten zum Zwecke der Qualitätssicherung im Regelfall von Vorgesetzten durchgeführt werden (namentlich von der Pflegedienstleitung), verlangt die DIN 19011, dass das Audit unabhängig zu sein hat. Da aber die Auditoren frei sein sollen von Voreingenommenheit und Interessenkonflikten, können Vorgesetzte niemals ihre eigenen Verantwortungsbereiche auditieren.
- c) Versteht man Pflegevisiten als kollegiale Dienstübergaben „am Bett“ haben Pflegevisiten und Audits nichts miteinander zu tun.

## Lösung Aufgabe 4: Umweltmanagement

14 Punkte

**(SB 2, S. 8) Die „Guten Managementpraktiken“ bestehen aus folgenden Grundsätzen:**

max.

14 Punkte

je 2 Punkte  
pro Grundsatz

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

## Lösung Aufgabe 5: Vernetzung und Koordination

10 Punkte

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

max.

**5.1 Begriffsklärung Case Management**

10 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

6 Punkte

**5.2 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 Leistungs- und Kostenkontrolle und bei Disease Management die übergreifende Ver-

sorgung 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.*