

## 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-P12-070616</b>
Datum	<b>16.06.2007</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 in einer zweifelsfrei lesbaren Schrift**. Die Benutzung eines Bleistiftes ist nicht zulässig.

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	18	17	18	14	8	15	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

18 Punkte

Mit Einführung des diagnose-bezogenen Fallpauschalensystems (DRGs) verstärkt sich für Krankenhäuser der ökonomische Druck. Krankenhäuser stehen vor der Wahl, entweder den Faktoreinsatz zur Erstellung der betrieblichen Kernleistung zu reduzieren, oder über das „Kerngeschäft“ des Krankenhauses hinaus zusätzliche Geschäftsfelder, die außerhalb des eigentlichen Krankenhausbudgets liegen, zu erschließen.

Die Alternative ist also: Auslagerung kostenträchtiger Leistungen oder Einführung gewinnbringender Leistungen.

- a) Nennen Sie 3 Vorteile und 3 Nachteile der Durchführung von Outsourcing- 12 Punkte maßnahmen.
- b) Nennen Sie 3 Bereiche, in denen sich für Krankenhäuser Insourcingpotenziale 6 Punkte erschließen könnten.

## Aufgabe 2: Projekte 1

17 Punkte

In dem Krankenhaus, in dem Sie tätig sind, sind die hinlänglich bekannten Outsourcingmaßnahmen (z. B. Ausgliederung der Speisenversorgung, der Wäscheversorgung und anderer Supportbereiche) unterdessen durchgeführt worden. Sie erhalten nunmehr von der Geschäftsleitung den Auftrag, im Rahmen einer von Ihnen geleiteten Arbeitsgruppe die Potenziale der Erweiterung des Krankenhausleistungsspektrums zu prüfen. Die Geschäftsfelder des Krankenhauses sollen über die Kernkompetenzen hinaus im Sinne einer Diversifikation durch die Einführung integrierter Versorgungsmodelle nach § 140a ff. SGB V erweitert werden.

- a) Beschreiben Sie das Modell der Integrierten Versorgung. 5 Punkte
- b) Welche ökonomischen Erfolgspotenziale sind mit der Integrierten Versorgung 12 Punkte für das Krankenhaus verbunden?

## Aufgabe 3: Projekte 2

18 Punkte

Nach Auffassung der Klinikleitung sollten über den Bereich der Integrierten Versorgung hinaus auch die Möglichkeiten der Expansion auf dem Gebiet der sog. stationsersetzenden Eingriffe (z. B. des ambulanten Operierens) nach § 115b SGB V einer eingehenden Prüfung unterzogen werden. Diese werden im Laufe der Umsetzung des diagnose-bezogenen Fallpauschalensystems DRGs im Sinne erfolgswirksamer Substitutionspotenziale eine höhere Bedeutung in Bezug auf die Erlösoptimierung erfahren.

In einem Bericht für die Klinikleitung sollen Sie die Vor- und Nachteile einer Leistungserweiterung im Bereich des ambulanten Operierens darlegen.

- a) Warum stellt das ambulante Operieren eine Möglichkeit zur Erlösoptimierung 8 Punkte dar?
- b) Welche möglichen Probleme können mit der Einführung des ambulanten Operierens verbunden sein? 10 Punkte

## Aufgabe 4: Pflegesatzverhandlungen

14 Punkte

Im Ergebnis des abgelaufenen Geschäftsjahres konnte das Krankenhaus, in dem Sie tätig sind, seine mit den Sozialleistungsträgern vereinbarten Budgetdaten nicht exakt erreichen. Entgegen der ursprünglichen Leistungsannahmen ist die Zahl der vollstationären Fälle überschritten worden, die Budgeteinnahmen des Krankenhauses haben sich damit erhöht (1). Eine weitere Erhöhung der Budgeteinnahmen resultiert aus dem Umstand, dass der mit den Krankenkassen vereinbarte Wert der durchschnittlichen Fallschwere (CMI) der behandelten Patienten überschritten wurde (2).

- a) Wie bewerten Sie die Leistungsentwicklungen bei Ergebnis (1) vor dem Hintergrund des Krankenhausentgeltgesetzes (Ausgleichsregelungen zur flexiblen Budgetierung) und vor dem Hintergrund der krankenhausindividuellen Kostensituation (variable Kosten und Fixkosten)? 7 Punkte
- b) Welche Auswirkungen lassen sich aus den Leistungsentwicklungen (2) auf die krankenhausindividuelle Kostensituation herleiten? 7 Punkte

## Aufgabe 5: Fallpauschalen

8 Punkte

Neuere gesetzliche Regelungen im Sozialgesetzbuch V (§ 140a ff: Integrierte Versorgung, § 137 f: Strukturierte Behandlungsprogramme u. a.) zielen auf den Aufbau neuer Organisationsstrukturen und die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Patientenversorgung. Dabei sollen Synergien durch unternehmensübergreifende Koordination von arbeitsteilig zu erfüllenden Aufgaben genutzt werden. In Anlehnung an Erfahrungen aus den USA und deren Managed Care Organisation gewinnen im Rahmen der Integrierten Versorgung die Organisationsformen des Case Management und des Disease Management auch in Deutschland zunehmend an Bedeutung.

Definieren Sie die Begriffe *Case Management* und *Disease Management* und erläutern Sie deren Bezug zur Integrierten Versorgung. 8 Punkte

## Aufgabe 6: Umweltmanagement

15 Punkte

Umweltkennzahlen verdichten umfangreiche Umweltdaten auf eine überschaubare Anzahl aussagekräftiger Schlüsselinformationen. Sie gewährleisten den Entscheidern dadurch eine schnelle Einschätzung der wesentlichen Fortschritte sowie der Schwachstellen des betrieblichen Umweltschutzes und sie ermöglichen die Formulierung quantifizierter Umweltziele, mit deren Hilfe ein Erfolg oder Misserfolg bei der Umsetzung der Umweltschutzmaßnahmen messbar gemacht wird.

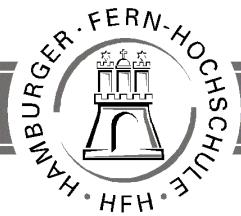
Es wird zwischen 3 umweltbezogenen Kennzahlenarten unterschieden. Nennen und beschreiben Sie diese Kennzahlenarten. 15 Punkte

## Aufgabe 7: Vernetzung und Koordination

10 Punkte

Zu den Formen der integrierten Versorgung, die derzeit in Deutschland erprobt werden, gehören Modelle mit Beteiligung von Ärztenetzen. Geben Sie eine Beschreibung (5 Punkte) und kritische Einschätzung (5 Punkte) dieser Modelle. 10 Punkte

# Klausur – Korrektur – Richtlinien



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-P12-070616</b>
Datum	<b>16.06.2007</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	18	17	18	14	8	15	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

**04.07.2007**

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

18 Punkte

## Geschäftsfelder (SB 1, S. 24 ff.)

### a) Vorteile und Nachteile der Durchführung von Outsourcingmaßnahmen

18 Punkte  
(max. 12 Punkte)  
je 2 Punkte  
pro Vorteil

- Vorteile des Outsourcing nach Krüger (2001) sind:
  - Die Konzentration auf die eigentlichen Kernaufgaben des Unternehmens
  - Die höhere Kostenreduktion und die Erhöhung der Kostentransparenz
  - Die Verlagerung des Unternehmensrisikos auf den Dienstleister für die ausgelagerten Bereiche
  - Die Sicherung von aktuellem Fach- und Spezialwissen
  - Die Verminderung der Betriebsblindheit
  - Die Schaffung von unternehmerischen Freiräumen
- Nachteile des Outsourcing könnten sich auf folgenden Ebenen darstellen:
  - Qualitätseinbußen bei der Leistungserstellung
  - Vertragsverletzungen des Dienstleisters
  - Mangelnde Identifikation des Dienstleisters und seiner Mitarbeiter mit dem Unternehmen
  - Mangelnde Integration des Dienstleisters und seiner Mitarbeiter durch das Unternehmen
  - Störungen der betrieblichen Ablauforganisation, wenn die Dienstleistung nicht den Anforderungen des Unternehmens angepasst wird
  - Mangelnde ethische Verantwortung des Dienstleisters gegenüber den Mitarbeitern

je 2 Punkte  
pro Nachteil

*Weitere Nennungen sind hier möglich, z. B. Nichtrutzbarkeit der ökonomischen Anreize des DRG-Systems, Verlängerung der Aufenthaltsdauer des Patienten im Krankenhaus in Folge prozessualer Störungen und Schnittstellenverlusten.*

### b) Erschließung von Insourcingpotenzialen

(max. 6 Punkte)  
je 2 Punkte  
pro Bereich

Diese Maßnahmen könnten sich sowohl auf die sog. Supportbereiche als auch auf den Bereich medizinischer Leistungen beziehen.

Insourcingpotenziale könnten sich in folgenden Bereichen erschließen:

- Ausbau der Leistungen der Küche des Krankenhauses durch die Versorgung anderer Einrichtungen, z. B. Altenpflegeeinrichtungen etc.
- Übernahme der Wäscheversorgung anderer Einrichtungen
- Übernahme von Verwaltungsdienstleistungen (z. B. Personalabrechnung) für andere Einrichtungen
- Übernahme von Routine-Laborleistungen für andere Krankenhäuser
- Insourcing von Bereichen der integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V in Form der Bildung medizinischer Versorgungszentren

## Lösung Aufgabe 2

17 Punkte

**Erfolgspotenziale der Integrierten Versorgung** (SB 3, S. 32 ff. i. V. mit SB 5, S. 80 ff.)

a) Nach § 140a ff SGB V wird den gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, mit dem Ziel der Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit mit zugelassenen Leistungserbringern Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten zu schließen. Ziel solcher Verträge ist die Optimierung der Behandlungsabläufe durch eine bessere Verzahnung von niedergelassenen Ärzten, Akutkliniken, Rehabilitationskliniken und anderen Leistungsanbietern und die damit einhergehende Erschließung von Synergieeffekten durch aufeinander abgestimmte Behandlungskonzepte.

b) Hinsichtlich der erschließbaren Erfolgspotenziale sind vor allem drei Aspekte zu nennen:

- Durch die Zahlung von Leistungsentgelten für Leistungen der integrierten Versorgung außerhalb des mit den Kostenträgern vereinbarten Budgets für das fallpauschalenbezogene „Kerngeschäft“ des Krankenhauses lassen sich für das Krankenhaus zusätzliche Einnahmequellen erschließen. Eine Vereinbarung zur Integrierten Versorgung müsste vor diesem Hintergrund die vom Gesetzgeber vorgesehenen Möglichkeiten des Ausschlusses einer Budgetbereinigung berücksichtigen. 4 Punkte
- Das Angebot integrierter Versorgungsmodelle könnte für das Krankenhaus längerfristig zu einer Erhöhung der Nachfrage führen, da neben der Sicherung langfristiger Kundenbeziehungen auch die Möglichkeit der Erschließung neuer Kundenpotenziale gegeben wäre. Diese marketing-strategische Option könnte darüber hinaus längerfristig auch zu einer Kapazitätsausweitung des stationären „Kerngeschäfts“ des Krankenhauses beitragen. 4 Punkte
- In Folge des Angebotes integrierter Versorgungsmodelle könnten darüber hinaus in ausgewählten Leistungsbereichen die ökonomischen Anreize einer Reduzierung der stationären Aufenthaltsdauer eines Patienten genutzt werden. Die baldmöglichste Entlassung der Patienten in eine adäquate ambulante, rehabilitative oder vertragsärztliche Versorgung ermöglicht dem Krankenhaus, seine personellen und sachlichen Faktoreinsätze zur Leistungserstellung zu reduzieren. 4 Punkte

## Lösung Aufgabe 3

18 Punkte

**Leistungserweiterung im Bereich des ambulanten Operierens** (SB 1, S. 15 ff. i.V.m. SB 4 S.17 f. u. S. 43 ff.)

a) Die Deckelung der Erlöse im diagnose-orientierten Fallpauschalsystem, in dem jeder stationäre Behandlungsfall entsprechend seines Ressourceneinsatzes pauschal vergütet wird, eröffnet dem Krankenhaus kaum Möglichkeiten einer Erlösoptimierung im Bereich der vollstationären Versorgung. Die Strategie der Krankenhäuser besteht unter diesen Gesichtspunkten in der Bildung eines ausgewogenen Mix von Kostenbegrenzung im stationären Bereich und Erlösoptimierung in den Leistungsbereichen, die nicht in das Budget des Krankenhauses einbezogen sind. Die ökonomische Relevanz stationärer Eingriffe ergibt sich aus dem Umstand, dass alle Leistungen aus dem ambulanten Bereich nicht Gegenstand der Budgetvereinbarung mit

den Krankenkassen sind. Damit können Erlöse aus ambulanten Leistungsbereichen wie z. B. dem ambulanten Operieren zu einer Erlösoptimierung des Krankenhauses führen.

- b) Hinsichtlich ihrer indirekten Budgetwirkung sind jedoch Leistungssubstitutionen aus dem stationären in den ambulanten Bereich auch mit möglichen Problemen behaftet:
- Die Herausnahme einer Zahl stationärer Behandlungsfälle, die das mögliche Potenzial für ambulante operative Eingriffe darstellen, d. h. Behandlungsfälle mit einer verhältnismäßig geringen Fallschwere (einem geringen CW-Wert) aus dem stationären Leistungsbereich, ist zunächst damit verbunden, dass Erlöse aus dem stationären Betrieb abbrechen. Ohne eine Kompensation der umverteilten Fälle durch eine höhere Zahl stationärer Fälle mit entsprechend höherer Fallschwere könnte die Verlagerung in den ambulanten Bereich mit Erlöseinbußen einhergehen.
  - Unter der Annahme, dass die Patienten, die am kürzesten auf Station liegen, auch die sind, die zukünftig ambulant behandelt werden könnten, fällt im Ergebnis der Umverteilung in den ambulanten Bereich deren Einfluss auf eine durchschnittlich kurze Verweildauer weg. Dies bedeutet, dass Längerliegende auf der Station verweilen, was mit einer Erhöhung der durchschnittlichen Verweildauer im stationären Bereich einhergeht. Die Erweiterung des Potenzials ambulanter operativer Eingriffe sollte daher von einer Erweiterung der Behandlungsquote stationärer Fälle mit vergleichsweise höherer durchschnittlicher Fallschwere begleitet werden, weil nur unter diesen Bedingungen die von den Krankenhäusern angestrebten Fixkostenreduzierungen (Fixkostendegressionseffekte) realisiert werden können.

## Lösung Aufgabe 4

14 Punkte

### Bewertung der Leistungsentwicklung (SB 4, S. 28 f.)

- a) Die Erhöhung der Zahl behandelter stationärer Krankenhausfälle führt zu einem steigenden Anteil variabler Kosten, da diese sich proportional zur Menge der behandelten Patienten verändern. Die Fixkosten (Personalkosten, Energiekosten, Kosten für Versicherungen u. a.) verändern sich jedoch nicht im Umfang der Leistungsveränderung infolge höherer Patientenzahlen. Dieser Hintergrund der krankenhauspezifischen Kostensituation liefert den Ansatz für das Verfahren der sog. flexiblen Budgetierung nach dem Krankenhausentgeltgesetz. Danach müssen die im Krankenhaus realisierten Mehrerlöse durch Erhöhung der Fallzahl im kommenden Budgetzeitraum zu 65% ausgeglichen werden, d. h. an die Krankenkassen zurückgeführt werden. Bei realistischer Annahme eines Fixkostenanteils von etwa 70% an den gesamten Betriebskosten hätte der Umstand der Mehrleistung zur Folge, dass einige Teile der fixen Kosten des Krankenhauses unterfinanziert wären, d. h. dass der Teil der krankenhausindividuellen Fixkosten zu einem Teil nicht erlösgedeckt wäre.

14 Punkte

7 Punkte

- b) Sehr problematisch ist das Ergebnis für die realisierten Mehrerlöse aus der Erhöhung der durchschnittlichen Fallschwere (CMI). Hier unterstellt der Gesetzgeber, dass der Grund für die CMI-Steigerung in der Verbesserung der Kodierung (Upcoding) liegt. Diese Mehrerlöse müssen nach Maßgabe des Krankenhausentgeltgesetzes im Folgebudget vollständig ausgeglichen werden, d. h. dass der Gesetzgeber für diesen Fall auch nicht die Steigerung der variablen Kosten anerkennt. Wenn unterstellt werden kann, dass die Erhöhung der Leistungserlöse infolge eines höheren CMI nicht auf ein

7 Punkte

gezieltes Upcoding durch das Krankenhaus zurückzuführen ist, bedeutet eine solche Leistungsentwicklung, dass sowohl ein Anteil der fixen Kosten des Krankenhauses als auch die gesamten mit einer höheren Behandlungsintensität einhergehenden variablen Kosten des Krankenhauses nicht ausgeglichen werden.

## Lösung Aufgabe 5

8 Punkte

### **Case Management und Disease Management** (SB 5, S. 84 f.)

8 Punkte

3 Punkte

Case Management stellt ein Verfahren des integrierten Gesundheitsmanagements von Einzelfällen dar. Es verfolgt das Ziel der Optimierung der Versorgungsqualität, der Kontinuität der Behandlung und der Kontrolle der mit dem Behandlungsprozess verbundenen Kosten. Einsatzgebiet des Case Management sind längere und nachsorgeintensive Krankheitsverläufe, zu deren Behandlung die Leistungsanteile unterschiedlicher Leistungserbringer koordiniert werden.

Mit Disease Management (Krankheitsmanagement) bezeichnet man ein „Integriertes Versorgungsmanagement über den gesamten Verlauf einer Erkrankung unter Einbezug von Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Pflege“ (Arnold, Lauterbach, Preuß 1997).

3 Punkte

Disease Management ist indikationsbezogen, während Case Management den Patienteneinzelbezug in den Vordergrund stellt. Case Management und Disease Management stellen damit mögliche Teilgebiete der Integrierten Versorgung dar.

2 Punkte

## Lösung Aufgabe 6

15 Punkte

### **Umweltkennzahlenarten (am Beispiel Krankenhaus)** (SB 2, S. 21 f.)

15 Punkte

je 1 Punkt  
für die Nen-  
nung und  
je 4 Punkte  
für die Be-  
schreibung  
einer Kenn-  
zahlenart

Umweltkennzahlen lassen sich in **drei unterschiedliche Klassen** einteilen, je nachdem, ob sie die Umweltauswirkungen (Umwelteleistung) des Krankenhauses, die Aktivitäten des Umweltmanagements oder den unternehmensexternen Zustand der Umwelt beschreiben.

1. **Umwelteleistungskennzahlen** bieten sich für jedes Krankenhaus als Einstieg in die Thematik an. Untergliedert in die Bereiche Stoff- und Energiekennzahlen sowie Infrastruktur- und Verkehrskennzahlen konzentrieren sie sich auf Planung, Steuerung und Kontrolle der Umweltauswirkungen des Krankenhauses. Typische Beispiele sind der absolute Energieverbrauch, das Abfallaufkommen pro Bett, die Anzahl umweltrelevanter Anlagen oder das gesamte Verkehrsaufkommen des Betriebs. Gleichzeitig sind Umweltleistungskennzahlen ein wichtiges Instrument für die Kommunikation von Umweltdata über Umweltberichte oder Umwelterklärungen nach der EG-Öko-Audit-Verordnung. Durch das Integrieren von Kostenaspekten stellen sie außerdem die Basis eines betriebswirtschaftlichen Umweltkostenmanagements dar.
2. **Umweltmanagementkennzahlen** stellen dar, welche organisatorischen Aktivitäten das Management unternimmt, um die Umweltauswirkungen des Krankenhauses zu minimieren. Beispiele hierfür sind Anzahl und Ergebnisse durchgeföhrter Umweltbetriebsprüfungen, Mitarbeitereschulungen oder Lieferantengespräche. Die Zahlen sind interne Steuerungs- und Informationsgrößen, geben aber keine Auskunft über die tatsächliche Umweltleistung des Betriebs. Da sie die stofflichen Auswirkungen nicht sichtbar machen, können zur Umweltleistungsbewertung nicht ausschließlich Umwelt-

managementkennzahlen herangezogen werden.

3. **Umweltzustandskennzahlen** beschreiben die Qualität der Umwelt in der Umgebung des Krankenhauses, beispielsweise die Wassergüte eines nahe gelegenen Sees oder die regionale Luftqualität. Da der Zustand der Umweltmedien (Luft, Wasser, Boden) und daraus resultierende Umweltprobleme (z. B. Ozonloch, Bodenversauerung, Treibhauseffekt) von verschiedenen Einflüssen abhängen (z. B. Immissionen anderer Betriebe, privater Haushalte oder des Verkehrs), wird er in der Regel von staatlichen Stellen mit Umweltdaten gemessen und registriert. Hieraus werden für prioritäre Umweltprobleme spezielle Umweltindikatorensysteme abgeleitet. In Verbindung mit umweltpolitischen Zielsetzungen dienen Umweltindikatoren den Krankenhäusern als Orientierungshilfe, um bei der betrieblichen Kennzahlenableitung sowie der Zielformulierung Prioritäten zu setzen.

## Lösung Aufgabe 7

**10 Punkte**

### **Integrierte Versorgung: Modelle unter Beteiligung von Ärztenetzen**

(SB 1, S. 24)

**10 Punkte**

In den Projekten sind Praxisnetze als infrastrukturelle Ausgangspunkte transsektoraler Kooperationen erkennbar. Zielsetzung ist die Ausweitung einer intrasektoralen Vernetzung (horizontale Kooperationsstrukturen). Die Integration erfolgt vorwiegend medizinisch inhaltlich.

**5 Punkte**

Projekte unter Beteiligung von Ärztenetzen zeigen häufig strukturelle und finanzielle Probleme sowie Managementprobleme. In den Netzstrukturen können Probleme bei der Verwaltung und Verteilung bestimmter Budgetanteile auftreten sowie aus Kosten- bzw. Kapazitätsgründen wird meistens auf ein professionelles Management verzichtet. Häufig werden diese Netze durch Krankenkassen mit erheblichen Anschubfinanzierungen unterstützt und lange Zeit subventioniert.

**5 Punkte**

Als Beispiel kann das gescheiterte Medinet Berlin gelten.