

## 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-P12-080628</b>
Datum	<b>28.06.2008</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	10	16	20	12	12	15	15	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: DRG-System

10 Punkte

Die Leistungserfassung im Krankenhaus diente vor In-Kraft-Treten des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems in erster Linie externen Zwecken bei der Erstellung des Kosten- und Leistungsnachweises für die Pflegesatzverhandlungen des Krankenhauses mit den jeweiligen Kostenträgern. Damit war es für die einzelnen Kliniken nicht zwingend erforderlich die tatsächlichen Kosten der einzelnen Leistungserbringung zu kennen. Dies hat sich mit der Einführung der DRGs qualitativ verändert.

- 1.1 Beschreiben Sie das Verfahren der internen Budgetierung in Krankenhäusern vor der Einführung des DRG-Systems. 5 Punkte
- 1.2 Beschreiben Sie die mit dem DRG-System einhergehenden veränderten Anforderungen an die Kostenrechnung im Krankenhaus. 5 Punkte

## Aufgabe 2: Problemanalyse

16 Punkte

Im Zuge der sukzessiven Umsetzung des DRG-Systems, das mit Ablauf der Konvergenzphase im Jahre 2009 krankenhausespezifische Spezifika und krankenhausespezifische Kostenunterschiede, nicht mehr berücksichtigt, sind Krankenhäuser gehalten, ihre Wettbewerbsposition durch Maßnahmen der Akquise von Neukunden oder durch Veränderung des Leistungsprofils und des Kundenstammes auszubauen. Eine dieser Möglichkeiten zur existentiellen Sicherung von Krankenhäusern liegt u.a. in der Erweiterung des Leistungsspektrums in Form des Abschlusses von Integrationsverträgen nach den §§140a ff SGB V (Integrierte Versorgung). Maßnahmen zur Erweiterung des Leistungsspektrums sind bislang jedoch häufig mit besonderen Problemen verbunden.

- 2.1 Bitte erläutern Sie, warum die Versorgungsstrukturen im stationären und im ambulanten Sektor derzeit durch eine Ressourcenverknappung gekennzeichnet. 4 Punkte
- 2.2 Beschreiben Sie je ein Problem bei Integrationsversuchen der Krankenhäuser in Bezug auf die Facharztstruktur, die Honorierungssysteme und den Aufwand der Budgetbereinigung. 12 Punkte

## Aufgabe 3: Prozessmanagement

20 Punkte

Die bloße Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausbedarfsplan eines Landes und die damit einhergehende Vorgabe des stationären Versorgungsauftrages des Krankenhauses bedeuten unter den aktuellen Versorgungs- und Finanzierungsbedingungen noch keine langfristige Bestandsgarantie des Krankenhauses. Vor dem Hintergrund des zunehmenden Konkurrenzdrucks auf dem Markt werden nur die Einrichtungen existieren können, die sich den jeweils veränderten Bedingungen dynamisch anpassen. Die qualitativ neuen Finanzierungsbedingungen fordern zudem eine Neuausrichtung auf einerseits verkürzte Leistungsprozesse im Krankenhaus und andererseits der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Leistung, die unerwünschte Begleiterscheinungen, wie z.B. die Wiederaufnahme von Patienten infolge von Komplikationen, weitgehend ausschließt.

- 3.1 Beschreiben Sie die sich aus dem Finanzierungssystem herleitenden Gründe eines veränderten Prozessmanagements im Krankenhaus. 4 Punkte
- 3.2 Beschreiben Sie die zunehmende Bedeutung einer vernetzten pflegerischen Versorgung und beschreiben Sie vier Möglichkeiten, die sich den Krankenhäusern hinsichtlich der Verbesserung des Entlassungsmanagements eröffnen. 16 Punkte

## Aufgabe 4: Projekt „Pflegeüberleitung“

12 Punkte

Während im verweildauerorientierten Finanzierungssystem von Krankenhäusern ein Ausgleich und eine Kostendeckung von a) degressiven Kostenverläufen im Laufe des stationären Aufenthaltes, und b) linearen Erlösverläufen direkt im Zusammenhang mit der Dauer des stationären Aufenthaltes erzielt werden konnte, wird diese „Vergütungslogik“ durch das diagnose-orientierte Fallpauschalensystem in ihr Gegenteil verkehrt. Lange Verweildauern führen zu Verlusten für das Krankenhaus. Das Interesse des Krankenhauses liegt jetzt schwerpunktmäßig in der Sicherstellung eines qualifizierten Entlassungsmanagements zur Realisierung kurzer stationärer Aufenthalte.

- 4.1 Beschreiben Sie das Projekt der „Einrichtung einer Pflegeüberleitung am Krankenhaus“ im Hinblick auf die damit verbundenen Zielsetzungen, die Durchführung, die zentralen Aufgaben, die gesetzliche Grundlage. 12 Punkte

## Aufgabe 5: Integrierte Versorgung

12 Punkte

Eine weitere Option zur Weiterentwicklung des Leistungsspektrums von Krankenhäusern im Zuge des DRG-Systems liegt in der Integration von vor- und nachgelagerten Leistungssektoren in den Krankenhausbereich. Viele Leistungen, die in Deutschland noch stationär erbracht werden, könnten auch ambulant erfolgen, allerdings ist es bei ambulanten Maßnahmen oftmals notwendig, bei möglichen Komplikationen stationäre Versorgungsmöglichkeiten zu bieten. Insoweit kommt dem Modell der „Integrierten Versorgung“ eine zunehmend höhere Bedeutung zu.

- 5.1 Beschreiben Sie das Modell der Integrierten Versorgung nach §§ 140a ff SGB V. 4 Punkte  
5.2 Skizzieren Sie stichwortartig zwei damit einhergehende erschließbare Erfolgspotentiale für das Krankenhaus. 8 Punkte

## Aufgabe 6: Umweltmanagement

15 Punkte

Bewährt hat sich bei der Umweltbetriebsprüfung die sogenannte ABC-Schwachstellenanalyse. Diese Analyse dient der Problemstrukturierung, Analyse und Bewertung von Umwelteinwirkungen sowie der Ermittlung von Schwerpunktproblemen. Umwelteinwirkungen werden anhand spezifischer Kriterien analysiert und entsprechend ihrer Bedeutung in drei Wichtigkeitsklassen eingeordnet. Dies bezieht sich auf Stoffe, Produkte und Verfahren, welche auf ihre Umweltverträglichkeit verglichen werden, um Probleme zu erkennen und Handlungsbedarf abzuleiten.

- 6.1 Nennen Sie drei Kriterien, die für die Erstellung einer ABC-Schwachstellenanalyse ausschlaggebend sind. 9 Punkte  
6.2 Erläutern Sie die drei Wichtigkeitsklassen der ABC-Schwachstellenanalyse. 6 Punkte

## Aufgabe 7: Vernetzung und Koordination

15 Punkte

Einrichtungen des Gesundheitswesens befinden sich in einem globalen Unternehmensumfeld. Dieses Umfeld nimmt in vielerlei Hinsicht Einfluss auf die einzelnen Einrichtungen.

- 7.1 Beschreiben Sie drei Umfeldbereiche unter Zuhilfenahme von Beispielen. 15 Punkte



Studiengang	<b>Pflegemanagement</b>
Fach	<b>Studienschwerpunkt Stationäre Krankenversorgung</b>
Art der Leistung	<b>Prüfungsleistung</b>
Klausur-Knz.	<b>PM-SKB-P12-080628</b>
Datum	<b>28.06.2008</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	10	16	20	12	12	15	15	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

**16.07.2008**

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.

**1.1 Verfahren der internen Budgetierung (SB 1, S. 21f)****5 Punkte**

Die Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Grundlage für die Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern) beinhaltet die vorkalkulierten Kosten ausgehend von einem prospektiv geplanten Leistungsspektrum für das kommende Geschäftsjahr. Vor diesem Hintergrund entstand die Notwendigkeit, diese Leistungen und Kosten im Jahresverlauf auf der Ebene der Leistungsstellen (Kostenstellen) zu überwachen, um evtl. bei entstandenen Abweichungen steuernd eingreifen zu können.

Mit Hilfe der periodengerechten Kombination von Kostenarten- und Kostenstellenrechnung konnten die Kosten den Ergebniseinheiten (Leistungsstellen) zugeordnet werden, um auf diese Weise den Leistungsverantwortlichen Informationen zu ihrer Kostenentwicklung geben zu können. Plan- und Istkosten wurden zum Zwecke des Aufzeigens von Trends und Abweichungen periodisch verglichen. Eine Zuordnung der einzelnen Leistungen zu den entstandenen Kosten ist auf diese Weise nicht möglich, insofern reicht diese Methode mit der Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems (DRGs) nicht mehr aus.

**1.2 Anforderungen an die Kostenrechnung (SB 1, S. 22 ff)****5 Punkte**

Mit der Einführung des durchgängigen Fallpauschalensystems gewinnt die Kostenträgerrechnung eine erhebliche Bedeutung. In der Kostenträgerrechnung soll die Frage beantwortet werden, wofür die Kosten angefallen sind. Sie übernimmt dabei die Einzelkosten aus der Kostenartenrechnung und die Gemeinkosten aus der Kostenstellenrechnung und verrechnet diese Kosten auf die einzelnen Kostenträger (Fallpauschalen). Die Kostenträger-Stückrechnung ermöglicht damit die Zuordnung auf die einzelne Leistung, was die Abbildung der Wirtschaftlichkeit der einzelnen im Krankenhaus erbrachten Leistungen ermöglicht.

Die Erlöse ergeben sich im DRG-System aus dem Produkt der jeweiligen Fallschwere und der Basisrate, die als Multiplikationsfaktor zugrundegelegt wird. Die Kosten errechnen sich aus der Zuordnung von dokumentierten Einzelkosten (Kostenarten) und verteilten Gemeinkosten (Kostenstellen), die dem einzelnen Fall zugeordnet werden. In Wege der Gegenüberstellung der Kosten- und Erlösrelation pro Fall können Rückschlüsse auf die wirtschaftliche Erbringung der einzelnen Leistungen gezogen werden. Durch eine zeitnahe Darstellung für die Ergebnis-Verantwortlichen kann die wirtschaftliche Steuerung der Abteilung bzw. der einzelnen Leistung sehr zeitnah einsetzen.

**2.1 Begründung der Ressourcenverknappung (SB 1, S. 32)****4 Punkte**

Die Versorgungsstrukturen im stationären und ambulanten Sektor sind derzeit gekennzeichnet durch eine fortschreitende Ressourcenverknappung, die sich durch einen ständigen Punktwerteverfall im ambulanten Versorgungsbereich und eine degressive Budgetentwicklung im stationären Versorgungssektor ausdrückt. Zudem haben sich durch die gesetzlich verankerte und historisch gewachsene Trennung der Leistungsbereiche „Ambulant und Stationär“ doppelte, zum Teil konkurrierende Facharztstrukturen gebildet. Bisher existierende Integrationsversuche scheitern oftmals auf der finanziellen Seite der Leistungssektoren.

**2.2 Probleme von Integrationsversuchen (SB 1, S. 32)**

**max. 12 Punkte**  
(pro korrekter Beschreibung eines Problems 4 Punkte)

- Kleine und mittlere Krankenhäuser haben auf Grund der bestehenden Facharztstruktur in ihrer Umgebung die Zulassung für eine erweiterte ambulante Tätigkeit sukzessive verloren.
- Die Integration von niedergelassenen Ärzten im Krankenhaus durch das Belegwesen, in denen der Belegarzt für seine am Patienten erbrachte Leistung separat mit der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnet und das Krankenhaus eine verringerte Vergütung für die stationäre Leistung erhält, ist gekennzeichnet durch eine Nichtabstimmung der Honorierungssysteme von Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhaus. Diese Nichtabstimmung führt in der Praxis häufig zu Zielkonflikten der Leistungspartner. Während das Krankenhaus über keinerlei Möglichkeiten der Einsicht in die ärztliche Honorierungspraxis verfügt, kann der Arzt seinerseits die Vergütung des Krankenhauses durch Fallzahlen bzw. die Festlegung von Behandlungsdiagnosen beeinflussen.
- Die vom Gesetzgeber beabsichtigten Lösungsversuche im Wege der §§ 140a ff SGB V (Integrierte Versorgung) sind für die Krankenhäuser in der Praxis mit einem nicht unerheblichen Aufwand der Budgetbereinigung verbunden, die die Umsetzung erschweren.

**3.1 Begründung für ein verändertes Prozessmanagements (SB 1, S. 27 f)****4 Punkte**

Die Verpflichtung, qualitativ hochwertige Versorgungsleistungen unter erheblichen wirtschaftlichen Druck erbringen zu müssen, ist nur im Wege der Reorganisation und Optimierung der Behandlungsabläufe, die idealerweise ohne Schnittstellenverluste in kürzester Zeit zum gewünschten Behandlungsergebnis führen sollen realisierbar. Damit dies gelingen kann, müssen Prozessabläufe hinterfragt und neue Strukturen geschaffen werden. Wenn eine Verkürzung der Verweildauer bei hoher Prozess- und Ergebnisqualität erreicht werden soll, ist eine prozessorientierte und interdisziplinäre Planung und Steuerung der Arbeitsabläufe unerlässlich. Die organisatorische Ausrichtung kann dann nicht mehr durch die medizinische Systematik bestimmt werden, sondern sie muss den Versorgungsbedarf und den Behandlungsablauf des Falles berücksichtigen. Dies hat zum einen die Auflösung traditioneller Abteilungsstrukturen mit dem Ziel der Reduzierung der Schnittstellenproblematik und zum anderen die Veränderung und Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit zur Folge.

**3.2 Bedeutung und Möglichkeiten einer vernetzen pflegerischen Versorgung (SB 1, S. 33 ff, SB 3, S. 6 ff und S. 19 ff)**

**max. 16 Punkte**  
(pro korrekter Beschreibung der Möglichkeiten 4 Punkte)

Die Vernetzung von ambulanten und stationären Leistungen bezieht sich nicht nur auf den ärztlichen, sondern auch auf den pflegerischen Bereich, denn auch in der pflegerischen Versorgung zeigen sich durch die Verlegung von Patienten nach einem stationären Aufenthalt Defizite in der Informationsweitergabe von pflegerelevanten Daten durch eine sehr verengte medizinische Sichtweise, was sich nachteilig auf den Patienten bzw. den zu Betreuenden auswirkt. Hier bieten sich dem Krankenhaus in Reorganisation seines Entlassungsmanagements, das den Zielsetzungen des DRG-Systems Rechnung tragen kann, eine Reihe von Möglichkeiten:

- Einrichtung einer Pflegeüberleitung am Krankenhaus mit dem Ziel der Sicherstellung einer kontinuierlichen Qualität der Pflegeversorgung. Hiermit sollen Möglichkeiten einer frühzeitigen Entlassung des Patienten aus der stationären Versorgung eröffnet werden. Gleichzeitig sollen Aufnahmen, entstanden aus pflegerischen Defiziten, reduziert und damit Fehlbelegungen des Krankenhauses vermieden werden.
- Kooperation mit ambulanten Pflegediensten, die dem Druck der Verweildauerreduzierung im Krankenhaus einhergehend mit einer qualitativ hochwertigen poststationären pflegerischen Patientenversorgung Rechnung trägt.
- Aufbau eines eigenen ambulanten Pflegedienstes am Krankenhaus, der zum einen freierwerdende personelle und räumliche Kapazitäten im Krankenhaus kompensieren kann, zum anderen den pflegerischen Wertschöpfungsprozess ergänzt und erweitert. Das Versorgungsnetzwerk wird damit sowohl unter qualitativen als auch unter ökonomischen Gesichtspunkten erweitert (Steuerung der Kundenströme usw.).
- Einrichtung einer Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI am Krankenhaus, die speziell die Übergangszeit im Anschluss an eine vollstationäre Behandlung, in der vorübergehend eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist, sicherstellen soll.

### 4.1 Projekt „Einrichtung einer Pflegeüberleitung am Krankenhaus“ ( SB 2, Seite 19-23 i.V.m. SB 3, Seite 8 ff )

**max. 12 Punkte**

#### Zielsetzung:

Ziel der Pflegeüberleitung ist die Sicherstellung einer weiteren kontinuierlichen Qualität in der Pflege beim "Übergang vom Krankenhaus zur ambulanten Pflege oder Pflegeheimversorgung ( nach: JOOSTEN 1995 ).

**te**  
(pro korrekter  
Erläuterung  
eines Projekti-  
tems 3 Punkte)

#### Durchführung:

Der Patient soll in geeigneten Fällen frühzeitig aus der stationären Versorgung entlassen werden, Wiedereinweisungen durch Komplikationen sollen vermieden werden. Die bislang vornehmlich vom Sozialdienst des Krankenhauses wahrgenommene Aufgabe einer institutionellen Patientenüberleitung wird im Konzept einer Pflegeüberleitung ergänzt durch eine verantwortliche Pflegefachkraft für die Koordination und den Transfer der Pflege von Krankenhaus in den ambulanten Pflegebereich.“

#### Zentrale Aufgaben:

Die zentralen Aufgaben dieser Stelle liegen in der Unterstützung und Beratung der Stationsteams bei Pflege- und Versorgungsproblemen der Patienten, der Interaktion mit dem behandelnden Arzt zur zeitgerechten Rezeptierung von ggf. notwendigen Hilfsmitteln sowie der engen patientenzentrierten Zusammenarbeit mit den Mitarbeiter/Innen weiterbetreuender Dienste. Darüber hinaus ist sie verantwortlich für die Sicherstellung einer vernetzten Kommunikation mit externen Institutionen wie Krankenkassen, Pflegekassen, Apotheken, Sanitätshäusern oder sonstigen Einrichtungen.

#### Gesetzliche Grundlage:

Die Sicherstellung der Leistungserbringung in der häuslichen Pflege wird parallel von den gesetzlichen Krankenkassen nach SGB V und den Pflegekassen nach SGB XI wahrgenommen. Während die Überleitung von Patienten aus der stationären Krankenversorgung nach SGB V in den Bereich der ambulanten Behandlungspflege nach SGB V lediglich der ärztlichen Verordnung bedarf, ist der Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung ( Sach- oder Geldleistungen ) an die Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung gebunden. Diese sektorale Trennung von SGB V und SGB XI-Bereichen kann ggf. zu zeitlichen Verzögerungen der Pflegeüberleitung führen, kann jedoch auch vom Krankenhaus durch frühzeitige Einleitung der Überleitungsmodalitäten beschleunigt werden.

**5.1 Das Modell der Integrierten Versorgung nach §§ 140a ff SGB V (SB 3, S. 32 ff )****4 Punkte**

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.

Eine oder mehrere Krankenkassen schließen mit einem Leistungserbringer einen Behandlungsvertrag ohne Kontrahierungszwang ab. Der sich wiederum Leistungspartner nach qualitativen und ökonomischen Gesichtspunkten sucht. Die Zahlung einer Pauschale für die Gesamtleistung bietet den Vorteil des ökonomischen Anreizes zur Optimierung der Leistungserbringung.

Da die Strukturen eines Krankenhauses sowohl sächlich als auch in personeller Hinsicht ein hohes Niveau repräsentieren, bieten sich Krankenhäuser als Vertragspartner und zentraler Koordinator integrierter Versorgungsmodelle geradezu an.

**5.2 Erfolgspotenziale für das Krankenhaus (SB 3, S. 32 ff )****max. 8 Punkte**

(pro korrekter

Skizzierung

eines Erfolgspotenzials 4 Punkte)

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

1. Durch die Zahlung von Leistungsentgelten für Leistungen der integrierten Versorgung außerhalb des mit den Kostenträgern vereinbarten Budgets für den fallpauschalenbezogenen stationären Kernbereich des Krankenhauses lassen sich für das Krankenhaus zusätzliche Einnahmequellen erschließen. Eine Vereinbarung zur IV müsste vor diesem Hintergrund die vom Gesetzgeber vorgesehenen Möglichkeiten des Ausschlusses einer Budgetbereinigung berücksichtigen.
2. 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 vollstationären Leistungsbereichs des Krankenhauses beitragen.
3. Dem Krankenhaus kommt im Prozess der Implementierung integrierter Versorgungsmodelle eine besondere Bedeutung zu, da die Kostenträger die Leistungen integrativ bei einem Vertragspartner „einkaufen“, der die koordinierende und steuernde Funktion im gesamten Behandlungsprozess übernimmt.

## 6.1 Kriterien für die Erstellung einer Schwachstellenanalyse (SB 2, S. 13 f.)

**max. 9 Punkte**

(pro korrekter  
Nennung eines  
Kriteriums 3  
Punkte)

- Kriterium 1: Einhaltung umweltrechtlicher Rahmenbedingungen (Grenzwerte, Auflagen, Verordnungen, Vorschriften)
- Kriterium 2: Gesellschaftliche Anforderungen (Kritik, Diskussion in Öffentlichkeit und Presse)
- Kriterium 3: Beeinträchtigung der Umwelt unter Normalbedingungen (Belastung der Luft, des Wassers und des Bodens)
- Kriterium 4: Beeinträchtigung der Umwelt durch potenzielle Störfälle und Einschätzung des Störfallrisikos
- Kriterium 5: Internalisierte Umweltkosten (Lager-, Entsorgungskosten, Abgaben)
- Kriterium 6: Beeinträchtigung der Umwelt durch vor- und nachgelagerte Stufen (Rohstoffgewinnung, Vorproduktion, Gebrauch, Entsorgung)

## 6.2 Wichtigkeitsklassen der Schwachstellenanalyse (SB 2, S. 13 f.)

**max. 6 Punkte**

(pro korrekter  
Beschreibung  
einer Wichtig-  
keitsklasse 2  
Punkte)

- A = Besonders dringlicher Handlungsbedarf, wichtig
- B = Handlungsbedarf mittelfristig, weniger wichtig
- C = Unbedenklich, unwichtig, nebensächlich

## 7.1 Globales Unternehmensumfeld (SB 2, S. 6 f.)

**max. 15 Punkte**

(pro korrekter Beschreibung eines Umfeldbereiches 5 Punkte)

Bei der Beschreibung der Umfeldbereiche können auch andere Beispiele als in der nachfolgenden Musterlösung genannt werden.

- Die natürliche Umwelt ist geprägt von einer relativ unbegrenzten Verfügbarkeit aller notwendigen Roh-, Betriebs- und Hilfsstoffe, wobei sukzessive Preiserhöhungen aus der Perspektive von solchen Unternehmen, die steigende Einkaufspreise nicht auf die eigenen Produktpreise umlegen können, erhebliche Probleme verursachen. Die Unternehmen des Gesundheitssektors zählen zu dieser Gruppe. Noch weitaus größere Probleme sind in der Zunahme bösartiger Tumorerkrankungen und so genannter Zivilisationskrankheiten zu sehen. Sehr häufig werden diese durch den Abusus legaler Drogen (Alkohol, Tabak) bzw. durch eine hochkalorische Ernährung und mangelnde Bewegung der Bevölkerung gefördert. Die Anzahl der bei gleich bleibenden finanziellen Ressourcen zu versorgenden Patienten wird größer. Durch die verbesserten Lebensbedingungen und eine Veränderung der Geburtenraten kommt es zu einer Überalterung der Gesellschaft. Hiermit verbunden ist im Bereich der natürlichen Umweltbedingungen des Gesundheitswesens eine Zunahme der altersbedingten Erkrankungen und somit der Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung.
- Soziokulturell ist die deutsche Gesellschaft zunehmend von informierten, qualitätsbewussten, kritischen und insgesamt mündigen Patienten geprägt. Qualität wird im Wertgefüge der Bevölkerung neu eingeordnet und zunehmend auch auf Dienstleistungen, Prozesse und Strukturen angewendet. Nicht zuletzt durch die Arbeit unterschiedlichster Organisationen (EFQM, KTQ) erhält der Qualitätsbegriff völlig neue Dimensionen. Das Umweltbewusstsein und das „gesellschaftliche Umweltbewusstsein“ entwickeln sich. Viel häufiger als früher wird von Konsumenten die Umweltverträglichkeit von Produkten hinterfragt und es steigt die Bereitschaft, für umweltverträgliche Produkte und Dienstleistungen höhere Preise zu zahlen. Gleichzeitig mit der gesellschaftlichen Entwicklung steigt das Anspruchsdenken an die Medizin. Durch eine breite Medienpräsenz werden neue, zum Teil noch in der Erprobung befindliche Therapieverfahren rasch publiziert und somit auch von den Patienten, unabhängig von einer klaren Indikationsstellung, eingefordert. Auf der Patientenseite ist somit eine klare Entwicklung zum Maximalanspruch an die Versorgungssysteme zu erkennen. Auf der Leistungserbringerseite ist, insbesondere durch die Einführung der DRG's, ein Wertewandel erkennbar – weg von einer Maximalethik (*Was können wir außerdem für den Patienten tun, um ihm zu helfen?*) hin zu einer Verzichtsethik (*Auf was können wir verzichten, ohne dem Patienten zu schaden?*). Das deutsche Sozialversicherungssystem sieht sich außerdem einem zunehmenden Moral Hazard bzw. einem Free Rider-Verhalten gegenüber. Angebotene Gesundheitsleistungen werden exzessiv in Anspruch genommen. Nachvertraglich werden von Versicherten zusätzliche, in der Versicherungskalkulation ursprünglich nicht berücksichtigte Risiken auf sich genommen (Extremsportarten, Rauchen, Abusus verschiedenster Art).
- Politisch-rechtlich ist das deutsche Gesundheitssystem von nahezu täglichen Neuerungen und parteipolitischen Scharmützeln geprägt. Das große Suchen nach der optimalen Lösung zum Erhalt des solidarischen Systems findet kein Ende, klare Perspektiven für Gesundheitseinrichtungen sind Mangelware. Für diesen Teilbereich gilt: *„Nichts ist so beständig wie der Wandel!“*
- Das makroökonomische Umfeld zeichnet sich durch zunehmende Kosten der Gesundheitsversorgung aus. Die Finanzierung dieser Kosten wird aufgrund der bisherigen Kopplung der Sozialversicherungsbeiträge an Arbeitsentgelte zusätzlich erschwert, da der deutsche Arbeitsmarkt durch verschiedene Probleme zunehmend an Attraktivität verliert und somit die Zahl beschäftigungsloser Bürger steigt. Hieraus entwickelt sich ein

Circulus vitiosus. Die noch im Arbeitsprozess befindlichen Menschen zahlen aufgrund der Kopplung der Sozialversicherungsbeiträge an Arbeitsentgelte prozentual mehr in eine solidarische Sozialversicherung ein. Die Europäisierung bzw. Globalisierung des Gesundheitsmarktes ist auch in Deutschland zunehmend spürbar. Zu nennen sind hier z. B. die Aktivitäten des CAPIO Konzerns zum Erwerb deutscher Akutkrankenhäuser bzw. Akutkrankenhausverbände sowie erste Aktivitäten amerikanischer Gesundheitskonzerne in Deutschland. Deutsche Gesundheitsunternehmen müssen sich somit internationalen Maßstäben stellen. Kooperationen und Fusionen zur Ausnutzung von Synergieeffekten und zur Erreichung unkritischer Betriebsgrößen sind zu beobachten.

- Die technologischen Rahmenbedingungen waren in den letzten Jahren durch eine zunehmende Miniaturisierung (minimal-invasive Operations- und Untersuchungstechniken, Verkleinerung von Herzschrittmachern usw.) gekennzeichnet. Die ebenfalls zunehmende informationstechnologische Vernetzung der verschiedenen Wirtschaftszweige führt zu einer rasanten Zunahme des Entwicklungstempos in allen Gesellschaftsbereichen. Neue Erkenntnisse in der Gentechnologie gestatten heute die Herstellung lebensnotwendiger Medikamente (Insuline) sowie neue Therapien bisher unheilbarer Krankheiten. Fortschritte in der pränatalen Diagnostik und Therapie führen dazu, dass Fehlbildungen bei ungeborenen Kindern erkannt und zum Teil so weit beeinflusst werden können, dass unmittelbar nach der Geburt effektive Therapien beginnen können und die Schädigung für das Neugeborene gering bleiben. Nicht zu unterschätzen sind die Fortschritte in der Prothetik.