

# 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-P12-091219</b>
Datum	<b>19.12.2009</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	7	Σ	Note
max. Punktzahl		18	12	16	9	15	12	18	100	
Bewertung	Prüfer									
	ggf. Gutachter <sup>1</sup>									

\_\_\_\_\_  
Prüfer (Name in Druckbuchstaben)

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

\_\_\_\_\_  
ggf. Gutachter (Name in Druckbuchstaben)

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

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

Anmerkungen Prüfer:

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

Anmerkungen Gutachter:

\_\_\_\_\_  
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-P12-091219</b>
Datum	<b>19.12.2009</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>	7
<b>Höchstpunktzahl:</b>	100
<b>Hilfsmittel:</b>	keine

<b>Aufgabe</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>insges.</b>
max. Punktzahl	18	12	16	9	15	12	18	100

Viel Erfolg!

**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 Alternativen sind also: Auslagerung kostenträchtiger Leistungen oder Einführung gewinnbringender Leistungen.

- 1.1 Nennen Sie drei Vorteile und drei Nachteile der Durchführung von Outsourcingmaßnahmen. 12 Punkte
- 1.2 Nennen Sie drei Bereiche, in denen sich für Krankenhäuser Insourcingpotenziale erschließen können. 6 Punkte

**Aufgabe 2: Projekte I****12 Punkte**

Vor dem Hintergrund einer auf feste Erlösbudgets aufbauenden Krankenhausfinanzierung, die die krankenhausespezifischen Spezifika (z. B. Infrastruktur des Krankenhauses) nicht mehr berücksichtigt, sind die Krankenhäuser gehalten, ihre Wettbewerbsposition nicht nur durch Leistungsqualität, sondern auch durch Maßnahmen der Akquise von Neukunden zu sichern. Eine dieser Möglichkeiten zur existentiellen Sicherung von Krankenhäusern liegt z. B. in der Erweiterung von Leistungsangeboten durch den Abschluss von Integrationsverträgen nach §§ 140 a ff SGB V.

- 2.1 Nennen Sie vier weitere Möglichkeiten der Erweiterung von Leistungsangeboten im Krankenhaus. 6 Punkte
- 2.2 Stellen Sie zwei ökonomische Vorteile integrierter Versorgungsformen für den Krankenhausbetrieb dar. 6 Punkte

**Aufgabe 3: Projekte II****16 Punkte**

Trotz Einrichtung der Stelle einer „Krankenschwester für Pflegeüberleitung“ weist die Praxis der Pflegeüberleitung in Folge der Interaktion mit externen ambulanten Pflegeeinrichtungen immer wieder Probleme auf. Die Krankenhausleitung stellt deshalb Überlegungen zur Einrichtung eines krankenhauseigenen ambulanten Pflegedienstes an.

Neben der Verbesserung des Entlassungsmanagements erhofft sich die Krankenhausleitung mit dieser Maßnahme auch die Erschließung ökonomischer Vorteile auf der Kostenebene des Krankenhauses.

- 3.1 Beschreiben Sie die sich aus dem DRG-System herleitenden Vorteile eines verbesserten Entlassungsmanagements. 6 Punkte
- 3.2 Beschreiben Sie fünf der damit einhergehenden organisatorischen und ökonomischen Vorteile auf der Kostenebene des Krankenhauses. 10 Punkte

**Aufgabe 4: Duales Finanzierungssystem****9 Punkte**

- 4.1 Erläutern Sie das Prinzip des dualen Finanzierungssystems im Krankenhaus (Leitfrage: Wer zahlt was?). 3 Punkte
- 4.2 Nennen Sie drei Investitionszwecke, für die eine öffentliche Förderung nach § 9 KHG möglich ist. 6 Punkte

**Aufgabe 5: Fallpauschalen****15 Punkte**

Patientenklassifikationssysteme wie das DRG-System folgen der Zielsetzung, hinsichtlich der Ressourcenintensität des Behandlungsfalles homogene Behandlungsfallgruppen zu bilden. Homogene Fallgruppen können einerseits als Bezugseinheiten für Fallpauschalen herangezogen werden, andererseits eröffnen sie die Möglichkeiten externer Betriebsvergleiche. Hinsichtlich dieses Homogenitätsansatzes ergeben sich auch im deutschen DRG-System Probleme.

- 5.1 Beschreiben Sie die wesentlichen Ursachen für die schlechte Homogenität in DRG-Systemen. 6 Punkte
- 5.2 Beschreiben Sie die sich aus der schlechten Homogenität speziell für die Pflege ergebenden Probleme. 9 Punkte

**Aufgabe 6: Umweltmanagement****12 Punkte**

In Krankenhäusern fallen regelmäßig gefährliche Abfälle zur Beseitigung an. Nach § 54 Kreislaufwirtschafts- und Abfallgesetz muss daher ein Betriebsbeauftragter für Abfall bestellt und eingesetzt werden. Die Bestellung hat formal durch Unterschriften der Geschäftsleitung und des Betriebsbeauftragten zu erfolgen und ist der Aufsichtsbehörde mitzuteilen.

Nennen Sie sechs Aufgaben, die ein Abfallbeauftragter erfüllen muss. 12 Punkte

**Aufgabe 7: Vernetzung und Koordination****18 Punkte**

- 7.1 Case-Management ist eine einzelfallorientierte Methode: Ein Patient/Klient wird unter Berücksichtigung des relevanten Lebenslagenkontextes persönlich über eine längere Zeitspanne hinweg durch das Sozial- und Gesundheitssystem geleitet. Der Begriff wird keineswegs einheitlich gebraucht. Das hängt u.a. damit zusammen, dass Case Management durch unterschiedliche Instanzen erbracht werden kann (1. Neutrale Instanzen, 2. Leistungserbringer, 3. Kosten- bzw. Leistungsträger) und weil unterschiedliche Funktionen mit diesem Begriff assoziiert werden können. 6 Punkte

Nennen und erläutern Sie kurz die drei Funktionen (Rollen), die mit dem Begriff Case Management assoziiert werden können.

- 7.2 Eine dieser Funktionen ist umstritten, weil sie mit der zentralen Funktion des Case Managements nicht ohne Weiteres vereinbar ist.
- a) Nennen Sie die umstrittene Funktion. 2 Punkte
- b) Erläutern Sie kurz den Konflikt. 4 Punkte

- 7.3 Die Fachgruppe Case Management der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit beschreibt die Zielgruppe für professionelles Case Management wie folgt: „Case Management soll nur nach entsprechender fachlicher Begründung / Indikation eingesetzt werden.“ 6 Punkte

Erläutern Sie, unter welchen Voraussetzungen Case Management eingesetzt werden sollte.

Studiengang	<b>Pflegemanagement</b>
Fach	<b>Studienschwerpunkt Stationäre Krankenversorgung</b>
Art der Leistung	<b>Prüfungsleistung</b>
Klausur-Kennzeichen	<b>PM-SKB-P12-091219</b>
Datum	<b>19.12.2009</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

**06.01.2010**

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

**Lösung 1**

vgl. SB 1, S. 24 ff.

**18 Punkte****1.1** *Drei Vorteile und drei Nachteile der Durchführung von Outsourcingmaßnahmen***max. 12 Punkte**• Vorteile von Outsourcing:

- Konzentration auf die eigentlichen Kernaufgaben des Unternehmens
- Höhere Kostenreduktion und die Erhöhung der Kostentransparenz
- Verlagerung des Unternehmensrisikos auf den Dienstleister für die ausgelagerten Bereiche
- Sicherung von aktuellem Fach- und Spezialwissen
- Verminderung von Betriebsblindheit
- Schaffung unternehmerischer Freiräume

2 P pro Vorteil

• Nachteile von Outsourcing:

- 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

2 P pro Nachteil

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

**1.2** *Erschließung von drei Insourcingpotenzialen***max. 6 Punkte**

- 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

2 P pro Bereich

**Lösung 2**

vgl. SB 1, S. 30 ff.

**12 Punkte****2.1** *Vier Möglichkeiten zur Erweiterung des Leistungsspektrums***max. 6 Punkte**

- Zusätzliche Leistungen im Vor- und Nachstationären Bereich (Diagnostik, Tagesklinik)
- Integration von Leistungen der Altenpflege (Kurzzeitpflege, Tagespflege)
- Integration eines stationären Hospizes
- Integration eines ambulanten Pflegedienstes
- Angebot alternativer medizinischer Leistungen
- Angebot von Beratungsleistungen: Schulung und Beratung pflegender Angehöriger

je 1,5 P

**2.2** *Zwei ökonomische Vorteile integrierter Versorgungsformen für das Krankenhaus :***max. 6 Punkte**

- Leistungen im Rahmen der Integrierten Versorgung können mit den Sozialleistungsträgern außerhalb des Budgets der vollstationären Versorgung vereinbart werden. Dem Krankenhaus erschließen sich damit potenziell neue Einnahmequellen neben dem festen Erlösbudget aus der DRG-Abrechnung.
- Der systemimmanent hohe Fixkostenanteil eines Krankenhauses kann damit auf eine insgesamt breitere Leistungsbasis verteilt werden (Fixkostendegression). Damit können ggf. Kostenbelastungen, die sich aus den infrastrukturellen Bedingungen eines Krankenhauses ergeben, reduziert und den Leistungserlösen im DRG-Bereich angepasst werden.

3 P pro Vorteil

**Lösung 3**

vgl. SB 3, S. 6 ff. i.V.m. SB 4, S. 17 / SB 1, S. 35 ff.

**16 Punkte****3.1** *Vorteile eines verbesserten Entlassungsmanagements***6 Punkte**

Die Einrichtung eines ambulanten Pflegedienstes am Krankenhaus führt in Zusammenarbeit mit der pflegerischen Überleitung zur einer Erweiterung des Wertschöpfungsprozesses und einer qualitativen Ergänzung des Versorgungsprozesses. Ein vom Krankenhaus steuerbarer komplexer Behandlungsprozess eröffnet dem Haus die Nutzung der aus dem diagnoseorientierten Fallpauschalensystem (DRG) ableitbaren ökonomischen Anreize. Hierzu zählt neben der Verkürzung des stationären Aufenthaltes eines Patienten durch Sicherstellung einer ambulanten pflegerischen Weiterversorgung auch die Verhinderung der Wiederaufnahme eines Patienten innerhalb der oberen Grenzverweildauer einer DRG, da das Krankenhaus im Rahmen der Wiederaufnahmeregelungen u. a. für den Patienten keine zusätzliche Vergütung erhält, wenn dieser mit derselben Diagnose oder DRG erneut stationär aufgenommen werden muss.

**3.2** *Fünf Vorteile auf Kostenebene***max. 10 Punkte**

Durch die räumliche Nähe zum Krankenhaus erschließen sich auch für den ambulanten Pflegedienst organisatorische und ökonomische Vorteile, wie z. B.

2 P pro Vorteil

- Der ambulante Pflegedienst kann als eigene Kostenstelle innerhalb des Krankenhauses vorhandene Strukturen nutzen.
- Die verwaltungstechnischen Aufgaben des ambulanten Pflegedienstes können von den Krankenseinrichtungen (z. B. Buchhaltung, Rechnungswesen, Einkauf etc.) übernommen werden.
- Vom Controlling des Krankenhauses können Kosten und Leistungserbringung gesteuert werden.
- Die Lagerkosten können durch eine gemeinsame Lagerhaltung und Versorgung mit medizinischem und pflegerischem Verbrauchsmaterial neben dem Krankenhausbereich auch auf den ambulanten Pflegedienst verteilt werden.
- Eine Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit kann kostengünstiger organisiert werden, wenn die Telefonzentrale des Krankenhauses und bestehende Strukturen hinsichtlich der Bereitschaftsdienstorganisation mitgenutzt werden können.
- Ökonomisch führt die Einrichtung eines krankenseitigen Pflegedienstes im Vergleich zu anderen ambulanten Pflegediensten zu einer Kostenreduzierung durch die insgesamt breiter werdende Basis der Gemeinkostenverteilung.
- Ein wesentlicher wirtschaftlicher Vorteil besteht für das Krankenhaus darin, dass die durch den ambulanten Pflegedienst erbrachten Leistungen nicht unter das festgeschriebene Krankenhausbudget des stationären Versorgungsbereiches fallen, d. h., dass die Erlöse aus ambulanten pflegerischen Tätigkeiten zu 100 % bei dem ambulanten Pflegedienst des Krankenhauses verbleiben.

<b>Lösung 4</b>	<b>vgl. SB 4, S. 6 f.</b>	<b>9 Punkte</b>
-----------------	---------------------------	-----------------

- 4.1** Das Prinzip des dualen Finanzierungssystems im Krankenhaus bedeutet die Übernahme der Investitionskosten durch öffentliche Förderung (im wesentlichen auf Landesebene) und die Übernahme des laufenden Unterhaltes zur Finanzierung der Betriebskosten durch die Krankenkassen über DRG und (im psychiatrischen Bereich noch) über Pflegesätze. **3 Punkte**
- 4.2** *Drei Zwecke, für die eine Investitionsförderung nach § 9 KHG möglich ist:* **max. 6 Punkte**
- Errichtung von Krankenhäusern einschließlich der Erstausrüstung
  - Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren
  - Nutzung von Anlagegütern mit Zustimmung der zuständigen Landesbehörde
  - für Anlaufkosten und für Umstellungskosten bei innerbetrieblichen Änderungen sowie für Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken
  - für Lasten aus Darlehen für förderungsfähige Investitionskosten
  - als Ausgleich für die Abnutzung von Anlagegütern, soweit sie mit Eigenmitteln des Krankenhausträgers beschafft worden sind und bei Beginn der Förderung vorhanden waren
  - zur Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern
  - zur Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben, insbesondere zu ihrer Umwidmung in Pflegeeinrichtungen oder selbständige, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennte Pflegeabteilungen;
  - Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie
  - für kleine bauliche Maßnahmen durch feste jährliche Pauschalbeträge.
- 2 P pro Zweck

<b>Lösung 5</b>	<b>vgl. SB 5, S. 40 ff. / S. 46 f.</b>	<b>15 Punkte</b>
-----------------	--	------------------

- 5.1 Ursachen für die mangelhafte Homogenität in DRG-System** **6 Punkte**
- Ungenaue Falldefinitionen
  - Missachtung kostenrelevanter Patientenmerkmale, z. B. Fähigkeitseinschränkungen, ausgewählte soziale Kriterien des Behandlungsfalles und Variationsmöglichkeiten der Fallzuordnung in Hauptdiagnosekategorien infolge einer unpräzisen Definition der Hauptdiagnose
  - Die in den meisten DRG-Systemen fehlende Berücksichtigung von Mehrfachbehandlungen und deren aufwandserhöhende Folgen
- 5.2 Probleme, die sich speziell für den Pflegebereich ergeben:** **9 Punkte**
- Wenn bereits bei der Aufnahme eines Patienten vorbestehende Pflegeprobleme existieren, werden diese in der DRG-Systematik weitgehend nicht berücksichtigt. Pflegerische Aspekte (Verwirrtheit, Dekubitus, Selbstversorgungsdefizite älterer Patienten) finden nur eine ungenügende bzw. keine Berücksichtigung in der primär medizinisch definierten Fallklassifizierung. Dies gilt analog auch für pflegerische Maßnahmen zur Verhinderung von potenziellen Gefahren (Dekubitusprophylaxe, Sturzprophylaxe u. ä.).
  - Im DRG-System findet keine Differenzierung zwischen aktivierender und unterstützender Pflege statt, d. h. die DRG-Zuordnung ist unabhängig vom gewählten Behandlungsziel.
  - Patienten mit gleicher DRG bezüglich des medizinisch definierten Krankheitsbildes sind einander nicht immer ähnlich, für die Pflege müssten „pflegerische Prozeduren“, wie z. B. Mobilisation, Lagerung, therapeutische Pflege, Beratung und Anleitung u. a. hinsichtlich der Fallschwerebestimmung eines Behandlungsfalles abgebildet werden können. Die Schaffung von pflegebezogenen Gruppen als Ergänzung zur Fallklassifizierung wäre hier eine ebenfalls denkbare Alternative.

**Lösung 6**

vgl. SB 1, S. 22

**12 Punkte***Sechs Aufgaben eines Abfallbeauftragten***max. 12 Punkte**

Der Betriebsbeauftragte für Abfall hat unter anderem folgende Hauptaufgaben zu erfüllen:

2 P pro Aufgabe

- Überwachung der Abfallströme von der Entstehung bis zur Entsorgung,
- Überwachung der Einhaltung von Gesetzen und Verordnungen,
- Wahrnehmung der Initiativfunktion hinsichtlich abfallarmer Beschaffung,
- Abgabe von Stellungnahmen zu abfallrelevanten Investitionsentscheidungen,
- Information und Aufklärung der Mitarbeiter über Vermeidungsmaßnahmen und mögliche schädliche Umwelteinwirkungen von Abfällen,
- Erstellung eines jährlichen Berichts an die Geschäftsleitung über Aufkommen und geplante und durchgeführte Vermeidungs- und Verwertungsmaßnahmen.

**Lösung 7**

Vgl. SB 3, S. 12, ff.

**18 Punkte**

- 7.1**
- Im Rahmen seiner Anwalts- und Unterstützungsfunktion (Advocacy- und Support-Funktion) steht der Case Manager den jeweils Hilfe suchenden Klienten unterstützend zur Seite. Er klärt etwa den Unterstützungsbedarf und hilft bei der Beantragung von Leistungen. Dabei nimmt er konsequent die Perspektive des Klienten ein. **max. 6 Punkte**
  - Im Rahmen seiner Dienstmaklerfunktion (Broker-Funktion) vermittelt der Case-Manager seinem Klienten passende Angebote verschiedener Leistungserbringer und stimmt deren Einsatz aufeinander ab. (Regelmäßig damit verbunden ist auch eine Kontrolle, ob die vermittelten Leistungen noch adäquat sind - Monitoring und Evaluation). **1P pro Nennung,**
  - In der angloamerikanischen Literatur ist es überdies üblich, den Begriff auch für die durch Mitarbeiter der Sozialleistungsträger gewährten Zugänge zu Leistungen und deren Kontrolle zu verwenden. (Versorgungsmanager- bzw. Gatekeeper-Funktion). Auf deutsche Verhältnisse übertragen sind damit etwa die Pflegeexperten in den Leistungsabteilungen der Krankenversicherungen gemeint oder die von den Pflegekassen finanzierten Pflegeberater der Pflegestützpunkte. **1 Punkt pro Erläuterung**
- 7.2**
- a) Umstritten ist die Versorgungsmanager- bzw. Gatekeeper-Funktion. **2 Punkte**
- b) Diese Funktion kann mit der Advocacy-Funktion in Konflikt treten. Sicherlich ist das Interesse der in Anspruch genommenen Sozialleistungsträger nicht notwendigerweise deckungsgleich mit dem Interesse des Versicherten. „Eine Reduzierung des Case Managements auf Gatekeeper-Funktionen und rein ökonomisch motivierten Zielstellungen (...) widerspricht dem Selbstverständnis des Case Managements (...) fundamental. Die sozialanwaltschaftliche (advocacy) sowie die durch ihre starke inhaltliche Ausrichtung auf unterstützende und befähigende Inhalte gekennzeichnete Support-Funktion stellen (...) ein unverzichtbares Essential dar.“ **4 Punkte**
- 7.3** Case Management greift bei Menschen in **komplexen Problemlagen**, zu deren Lösung eine Beteiligung mehrerer Akteure (Leistungserbringer), die in einem kooperativen Prozess aufeinander abgestimmt agieren, notwendig ist (**hohe Akteursdichte**). Sofern zwar die Klärung einer komplexen Notlage, aber keine Kooperation von Diensten zur Behebung dieser notwendig ist, handelt es sich nicht um Case Management, sondern um einen allgemeinen Beratungsprozess.“ **6 Punkte**