Klausur – Aufgaben

HAMBURGER FERN-HOCHSCHULE
HFH
UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES

Studiengang	**Pflegemanagement**
Fach	**Studienschwerpunkt Stationäre Krankenversorgung**
Art der Leistung	**Prüfungsleistung**
Klausur-Knz.	**PM-SKB-P12-060128**
Datum	**28.01.2006**

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	15	16	14	16	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 — 14 Punkte

Die Umstellung der deutschen Krankenhausfinanzierung auf ein System diagnose-orientierter Fallpauschalen führt in der stationären Krankenversorgung zu einer qualitativ neuen Standortbestimmung der Krankenhäuser. Neben Kostenbegrenzungen der betrieblichen Leistungserstellung gewinnen Aspekte der Qualitätssicherung, der Erlösoptimierung und der Effizienzsteigerung eine zunehmende Bedeutung.
Die bislang in einem verweildauerorientierten Vergütungssystem zur Anwendung kommenden Verfahren der internen Budgetkontrolle werden den neuen Anforderungen in der Zukunft nicht mehr gerecht werden können.

Beschreiben Sie die Gründe für die notwendigen Veränderungen der internen Budgetkontrolle (8 Punkte) und die für diese Anpassung anwendbaren kostenrechnerischen Verfahren (6 Punkte). — 14 Punkte

Aufgabe 2: Projekte 1 — 15 Punkte

Krankenhäuser haben heutzutage aus pflegerischen wie auch aus ökonomischen Gründen ein großes Interesse an der Sicherstellung eines qualifizierten Entlassungsmanagements. Dies kann durch Einrichtung einer „Pflegeüberleitung“ umgesetzt werden.

a) Beschreiben Sie die Stelle einer „Pflegeüberleitung“ im Krankenhaus. — 5 Punkte
b) Welche Zielsetzungen sind mit einer Pflegeüberleitung verbunden? — 5 Punkte
c) Beschreiben Sie die damit einhergehenden institutionellen bzw. rechtlichen Probleme. — 5 Punkte

Aufgabe 3: Projekte 2 — 16 Punkte

Die demographische Entwicklung in Deutschland und das damit steigende Risiko von Pflegebedürftigkeit zieht auch in stationären Krankenpflegeeinrichtungen Überlegungen zur möglichen Erweiterung der bisherigen Leistungsstruktur nach sich.
In einer in Ihrem Krankenhaus eingesetzten Projektgruppe, der Sie angehören, sollen Möglichkeiten und Grenzen der Schaffung einer „Kurzzeitpflegeeinrichtung“ nach Maßgabe des SGB XI kritisch überprüft werden.

a) Beschreiben Sie die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Einrichtung einer Kurzzeitpflege nach SGB XI. — 10 Punkte
b) Diskutieren Sie vor dem Hintergrund des DRG-Systems die ökonomische Bedeutung einer solchen Einrichtung am Krankenhaus. — 6 Punkte

Aufgabe 4: Pflegesatzverhandlungen — 14 Punkte

Im Ergebnis der ersten Stufe der Konvergenzphase zum DRG-System (Geschäftsjahr 2005) ist in Ihrem Krankenhaus nachstehende Leistungs- und Erlösentwicklung eingetreten:

1. Die Zahl der mit den Kostenträgern vereinbarten Behandlungsfälle ist in Folge der vermehrten Durchführung ambulanter und stationsersetzender Eingriffe rückläufig, der CMI (Casemix-Index) hat sich jedoch gegenüber dem ursprünglich angenommenen Wert erhöht. Die Gesamterlöse des Krankenhau-

ses übersteigen im Ergebnis den Rahmen der ursprünglichen Erlösplanung.
2. Im Ergebnis der Einrichtung einer Kurzzeitpflege am Krankenhaus konnten die planerischen Ansätze im Hinblick auf die durchschnittliche Verweildauer reduziert werden.

Wie bewerten Sie die Leistungsentwicklungen bei Ergebnis (1) (9 Punkte) und Ergebnis (2) (5 Punkte) vor dem Hintergrund des Krankenhausentgeltgesetzes (Ausgleichsregelung zur flexiblen Budgetierung) und vor dem Hintergrund der hausindividuellen Kostensituation (variable Kosten und Fixkosten)? 14 Punkte

Aufgabe 5: Fallpauschalen 16 Punkte

Im deutschen DRG-System wird der Anteil und Umfang pflegerischer Leistungen eines Behandlungsfalles nur auf der Ebene der Fallpauschalenkalkulation berücksichtigt, d. h. bei der Ermittlung des Kostengewichts einer Fallpauschale geht der pflegerische Personalaufwand über den Verrechnungsschlüssel PPR-Minuten (Pflege-Personalregelung) ein. Prozessuale Verluste und ablauforganisatorische Schnittstellenprobleme führen in Folge einer ggf. die DRG-Kalkulation übersteigenden Aufenthaltsdauer des Behandlungsfalles zur systemimmanenten „Verteuerung“ des Faktors Pflege.
Eine Möglichkeit zur Verhinderung dieser ökonomisch unerwünschten Folgen stellt die Implementierung von interdisziplinären Versorgungspfaden, sog. Critical Pathways, dar.

Erläutern Sie, was Critical Pathways sind (8 Punkte), und stellen Sie deren Vor- und Nachteile dar (8 Punkte). 16 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

HAMBURGER · FERN-HOCHSCHULE · HFH ·
UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES

Studiengang	**Pflegemanagement**
Fach	**Studienschwerpunkt Stationäre Krankenversorgung**
Art der Leistung	**Prüfungsleistung**
Klausur-Knz.	**PM-SKB-P12-060128**
Datum	**28.01.2006**

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	15	16	14	16	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

15.02.2006

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

Budgetkontrolle (SB 1, S. 21-24) — **14 Punkte**

Das bisherige Verfahren interner Budgetkontrolle im System der Pflegesatzfinanzierung hatte primär die zahlenmäßige Darstellung geplanter Kosten auf der Basis geplanter Leistungen (ausgedrückt in Pflegetagen) zum Inhalt. Im Ergebnis einer periodischen Zuordnung von Kostenarten- und Kostenstellenrechnung wurden Kosten und Leistungen den Ergebniseinheiten zugerechnet und damit einem Soll-Ist-Vergleich mit dem Ziel einer kosten- bzw. leistungsbezogenen Anpassung unterzogen. Dieses Verfahren einer nicht leistungsdifferenzierten Kostenzuordnung auf der Ebene der Kostenstellenrechnung reicht unter DRG-Bedingungen nicht mehr aus, da auf diese Weise keine Informationen über die Kostenstruktur einzelner Leistungskomplexe gewonnen werden können. — 5 Punkte

Ziel einer aussagefähigen und strategierelevanten Kostenrechnung wird es unter DRG-Bedingungen sein, Informationen zu den mit dem einzelnen Behandlungsfall einhergehenden Kosten bereit zu stellen. Hierzu bedarf es der Implementierung eines Kostenträgerrechnungssystems. — 3 Punkte

Hierbei werden den Erlösen einer kostenhomogenen Diagnosegruppe die relevanten Kosten zugeordnet. Diese Zuordnung erfolgt a) im Wege einer direkten Kostenzurechnung und b) im Wege einer Gemeinkostenumlage unter Anwendung sachgerechter Umlageschlüsselungen (Pflegetage, PPR-Minuten, Ein- und Ausleitungszeiten usw.). — 3 Punkte

Im Ergebnis können einzel- bzw. gruppenleistungsbezogene Aussagen zum wirtschaftlichen Erfolg der einzelnen im Krankenhaus zur Anwendung kommenden DRGs getroffen werden. Aus der jeweiligen Gewinn- bzw. Verlustrelation können zudem seitens des Krankenhausmanagements operative und strategische Zielsetzungen abgeleitet werden. — 3 Punkte

Lösung Aufgabe 2 — 15 Punkte

Pflegeüberleitung am Krankenhaus (SB 2, S. 19-23 i.V.m. SB 3, S. 8ff) — **15 Punkte**

a) 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 Sozialdienste. — 5 Punkte

Darüber hinaus ist sie verantwortlich für die Sicherstellung einer vernetzten Kommunikation mit externen Institutionen wie Krankenkassen, Pflegekassen, Apotheken, Sanitätshäusern oder sonstigen Einrichtungen.

b) 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). — 5 Punkte

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 Betreuungsaufgabe wird im Konzept einer Pflegeüberleitung ergänzt durch eine verantwortliche Pflegefachkraft für die Koordination und den Transfer der Pflege vom Krankenhaus in den ambulanten Pflegebereich (Krankenschwester, -pfleger für Pflegeüberleitung).

c) Die Sicherstellung der Leistungserbringungen in der häuslichen Pflege wird parallel von den gesetzlichen Krankenkassen nach SGB V und den Pflegekassen nach SGB XI wahrgenommen. — 5 Punkte

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 bedürfen, ist der Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung (Sach- oder Geldleistungen) an die Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen gebunden. Diese sektorale Trennung von SGB V und SGB XI-Bereichen kann ggf. zu zeitlichen Verzögerungen der Pflegeüberleitung führen.

Lösung Aufgabe 3 — 16 Punkte

Einrichtung einer Kurzzeitpflege (SB 3, S. 19-23) **16 Punkte**

a) Ambulante und stationäre Pflegeleistungen nach SGB XI dürfen nur in Einrichtungen erbracht werden, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht. Bedingungen für den Abschluss eines Versorgungsvertrages sind: (10 Punkte)

- Pflegeeinrichtungen müssen selbständig wirtschaftende Einrichtungen sein, d. h. dass das Krankenhaus in geeigneter Weise die Ausgliederung der Einrichtung aus dem Krankenhausbetrieb vornehmen müsste (z. B. Gründung einer GmbH). 2 Punkte
- Pflegeeinrichtungen müssen unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft geführt werden, die vollzeitig in Leitungsfunktion für diese Einrichtung tätig ist. 2 Punkte
- Die Zusammensetzung der personellen Struktur richtet sich nach den in der Heimpersonalverordnung niedergelegten quantitativen und qualitativen Anforderungen (Fachkräftequote). 2 Punkte
- Die bauliche Struktur einer Kurzzeitpflegeeinrichtung muss den Anforderungen der Heimmindestbauverordnung angepasst sein. 2 Punkte

Bei Erfüllung dieser Anforderungen sowie der im § 75 SGB XI (Rahmenverträge und Bundesempfehlungen über die stationäre pflegerische Versorgung) genannten Bedingungen besteht für den Betreiber einer Kurzzeitpflegeeinrichtung der Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages. Einer Feststellung der Bedarfsgerechtigkeit bedarf es nicht. 2 Punkte

b) Im Zusammenhang mit der DRG-Einführung eröffnen sich durch die Einrichtung einer Kurzzeitpflege am Krankenhaus eine Reihe organisatorischer und ökonomischer Vorteile: (6 Punkte)

- Frei werdende räumliche und personelle Ressourcen können für weitere, das Krankenhausleistungsspektrum ergänzende Angebote genutzt werden. 2 Punkte
- Kurzzeitpflege ist nach SGB XI definiert als alternative Lösung, wenn häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann. Sie eröffnet mithin dem Krankenhaus Möglichkeiten der Nutzung ökonomischer Anreize im Sinne der Reduzierung der Aufenthaltsdauer stationärer Patienten. 2 Punkte
- Durch die Einrichtung einer Kurzzeitpflegeeinrichtung können wirtschaftlich eine Reihe von Synergievorteilen mit der vorhandenen Struktur des Krankenhauses realisiert werden (z. B. Speisenversorgung durch die Krankenhausküche, gemeinsamer Einkauf, Leistungen des Technischen Dienstes und des Verwaltungsdienstes des Krankenhauses, Leistungen des Krankenhausreinigungsdienstes u.v.m.). 2 Punkte

Lösung Aufgabe 4 — 14 Punkte

Leistungs- und Erlösentwicklung (SB 4, S. 22ff i.V.m. SB 3, S. 22f) **14 Punkte**

zu 1) In Folge der Ausweitung ambulanter Eingriffe ist die durchschnittliche Fallschwere aller im Krankenhaus behandelten stationären Patienten gestiegen. Hieraus entstehen dem Krankenhaus zunächst Mehreinnahmen pro Behandlungsfall. Diese realisierten Mehrerlöse müssen jedoch nach Maßgabe des Krankenhausentgeltgesetzes (KGEntG) im folgenden Budgetzeitraum gegenüber den Kostenträgern ausgeglichen werden. Für den Fall der Erlössteigerung durch Fallschwereerhöhung sieht das Gesetz einen Ausgleichsbetrag von 100% der Mehrerlöse vor. Nur für den Fall, dass es dem Medizincontrolling gelingt, die Erhöhung der durchschnittlichen Fallschwere plausibel zu erklären, besteht die Möglichkeit, diese realisierten Mehrerlöse als sonstige Mehrerlöse mit einem geringeren Ausgleichssatz von 65 % zu versehen. Kostenbezogen bedeutet die Reduzierung der Zahl der behandelten Fälle zunächst, dass die variablen Kosten pro Behandlungsfall tendenziell gesunken sind. Das zentrale Problem ergibt sich jedoch auf der Ebene der Fixkosten des Krankenhauses, die in Folge einer den realistischen Fixkostenanteil übersteigenden Ausgleichsquote nach KHEntG im Ergebnis dieser Entwicklung unterfinanziert sein könnten. — 9 Punkte

zu 2) Die Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer der Krankenhausfälle führt kostenbezogen zu einer Verringerung des variablen Kostenanteils pro Behandlungsfall. Den DRG-Erlös würde, zumindest bis zur Grenze der unteren Grenzverweildauer, eine solche Entwicklung nicht beeinflussen. Überdies könnte das Krankenhaus zusätzliche Leistungsentgelte aus dem nicht-stationären Leistungsbereich realisieren und damit seine Fixkostenfinanzierung insgesamt einer breiteren Basis zuführen. — 5 Punkte

Lösung Aufgabe 5 — 16 Punkte

Critical Pathways (SB 5, S. 40-42 i.V.m. S. 67ff) **16 Punkte**

Critical Pathways stellen ein Instrument der strukturierten Festlegung interdisziplinärer Versorgungspläne dar. Nach der Erstellung einer Diagnose legen die Critical Pathways die optimale Vorgehensweise aller an der Behandlung des Patienten beteiligten Disziplinen fest. Hierbei werden für einzelne Diagnosen – vorzugsweise für Diagnosen, die hohe Kosten verursachen bzw. in großen Fallzahlen auftreten – interdisziplinäre Versorgungspläne erstellt, die die optimale Abfolge und Terminierung der mit dem spezifischen Behandlungsfall einhergehenden Interventionen festlegen. Ein so festgelegter interdisziplinärer Versorgungspfad kann darüber hinaus als ein Hilfsmittel bei der Qualitätssicherung eingesetzt werden. — 4 Punkte

Zentraler Bestandteil von Critical Pathways ist die Festlegung zu erzielender Ergebnisse (Standardergebnisse, Erhöhung der Patientenzufriedenheit, Reduzierung von Komplikationen, Senkung von Verweildauer u. a.) und die kontinuierliche Erfassung von Abweichungsdaten, die entweder auf den Patienten, auf die Leistungserbringer oder auf Fehler in der Gesamtorganisation zurückzuführen sind. Insoweit stellt nicht der Critical Pathway selbst, sondern der Prozess der Dokumentation und kritischen Auswertung von Sollabweichungen (Varianzanalyse) das wesentliche Element interdisziplinärer Versorgungspfade dar. — 4 Punkte

Die Vorteile von Critical Pathways liegen in der strukturierten Dokumentation klinischer Ergebnisse, der Dokumentationsoptimierung sowie der Bestim- — 4 Punkte

mung der Effektivität von Interventionen oder Ergebnissen. Sie bieten darüber hinaus eine gute Grundlage zur Einschätzung und ggf. Planung des Ressourcenverbrauchs und dienen damit der Verbesserung der Effektivität der klinischen Versorgung.
Die Nachteile der Critical Pathways liegen vor allem in deren Nichtbeachtung seitens der Prozessbeteiligten (partielle Einschränkungen der Therapiefreiheit) und auf der Ebene möglicher haftungsrechtlicher Folgewirkungen bei mangelnder klinischer Präzision bei der Ausarbeitung. 4 Punkte
Ein weiteres Problem stellt die Ausrichtung der Behandlungspfade an der DRG-relevanten Diagnose, der Hauptdiagnose, dar, die jedoch z. T. erst während des stationären Leistungsprozesses entwickelt werden kann.

Lösung Aufgabe 6 — 15 Punkte

Umweltkennzahlenarten (am Beispiel Krankenhaus) (SB 2, S. 21f) **15 Punkte**

Umweltkennzahlen lassen sich in **drei unterschiedliche Klassen** einteilen, je nachdem, ob sie die Umweltauswirkungen (Umweltleistung) des Krankenhauses, die Aktivitäten des Umweltmanagements oder den unternehmensexternen Zustand der Umwelt beschreiben. je 1 Punkt für die Nennung und je 4 Punkte für die Beschreibung einer Kennzahlenart

1. **Umweltleistungskennzahlen** 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 Umweltdaten 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 durchgeführter Umweltbetriebsprüfungen, Mitarbeiterschulungen 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 Umweltmanagementkennzahlen 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. Zustandskennzahlen selbst zu erheben ist für

Krankenhäuser oft aufwendig und nur dann angemessen, wenn sie an ihrem Standort Hauptverursacher eines Umweltproblems sind. Ansonsten können Krankenhäuser häufig auch auf Informationen und Messwerte der regionalen Behörden zurückgreifen, um ihre direkten Auswirkungen auf regionaler Ebene zu kontrollieren und Entlastungen oder Verbesserungen aufzuzeigen.

Lösung Aufgabe 7 — 10 Punkte

Integrierte Versorgung: Modelle unter Beteiligung von Ärztenetzen **10 Punkte**
(SB 1, S. 24)

In den Projekten sind Praxisnetze als infrastruktureller Ausgangspunkt transsektoraler Kooperationen erkennbar. Zielsetzung ist die Ausweitung einer intrasektoralen Vernetzung (horizontale Kooperationsstrukturen), z. B. unter Einbeziehung von Krankenhäusern, ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen. 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. Als *Beispiel* kann das gescheiterte Medinet Berlin gelten. — 5 Punkte