

# Klausur – Mantelbogen



UNIVERSITY  
OF APPLIED SCIENCES

Name, Vorname	
Matrikel-Nr.	
Studienzentrum	
Studiengang	<b>Pflegemanagement</b>
Modul	<b>Gesundheitsökonomie und -politik</b>
Art der Leistung	<b>Prüfungsleistung</b>
Klausur-Kennzeichen	<b>PM-GOP-P12-121006</b>
Datum	<b>06.10.2012</b>

**Ausgegebene Arbeitsbögen** \_\_\_\_\_

**Abgegebene Arbeitsbögen** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben und Unterschrift Aufsichtsführende(r)

\_\_\_\_\_  
Prüfungskandidat(in)

Aufgabe		1	2	3	4	5	Σ	Note
max. Punktzahl		20	20	20	20	20	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>
Modul	<b>Gesundheitsökonomie und -politik</b>
Art der Leistung	<b>Prüfungsleistung</b>
Klausur-Kennzeichen	<b>PM-GOP-P12-121006</b>
Datum	<b>06.10.2012</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>	90 Minuten
<b>Anzahl der Aufgaben:</b>	5
<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>insg.</b>
max. Punktzahl	20	20	20	20	20	100

Viel Erfolg!

**Aufgabe 1: Einführung in die Sozial- und Gesundheitspolitik** **20 Punkte**

- 1.1 Skizzieren Sie stichwortartig die gesundheitspolitische Bedeutung folgender Bereiche der Sozialpolitik:
- Familienpolitik
  - Bildungspolitik
  - Soziale Sicherung
- 1.2 Erklären Sie die Begriffe „Sozialbudget“ und „Sozialleistungsquote“.

15 Punkte

5 Punkte

**Aufgabe 2: Einführung in die Gesundheitsökonomie** **20 Punkte**

- 2.1 Nennen Sie vier Themen- bzw. Problembereiche, mit denen sich die Gesundheitsökonomie befasst.
- 2.2 GesundheitsökonomInnen unterstellen ein Marktversagen auf Gesundheitsmärkten. Nennen Sie vier Annahmen bzw. Merkmale des Modells der vollständigen Konkurrenz und erläutern Sie, inwieweit diese auf Gesundheitsmärkten erfüllt bzw. nicht erfüllt sind.

4 Punkte

16 Punkte

**Aufgabe 3: Gesundheitssystem der Bundesrepublik** **20 Punkte**

- 3.1 Beschreiben Sie in knapper Form insgesamt drei wesentliche Strukturprinzipien der gesetzlichen bzw. der privaten Krankenversicherung (4 Punkte je Strukturprinzip).
- 3.2 Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz wurde 1993 der Risikostrukturausgleich eingeführt. Begründen Sie die Notwendigkeit der Einführung dieses Risikostrukturausgleichs.

12 Punkte

8 Punkte

**Aufgabe 4: Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich** **20 Punkte**

- 4.1 Auch wenn die Organisationsformen nationaler Gesundheitssysteme als Mischsysteme ausgestaltet sind, lassen sich zugrunde liegende Organisationsmodelle erkennen. Nennen Sie drei mögliche Organisationsformen (Modelle) von Gesundheitssystemen (6 Punkte) und skizzieren Sie die charakteristischen Merkmale dieser Organisationsformen (9 Punkte).
- 4.2 Um internationale Systemvergleiche durchführen zu können, werden objektivierbare Messgrößen (Daten) benötigt. Nennen Sie fünf Anforderungen an die Qualität erhobener Daten.

15 Punkte

5 Punkte

**Aufgabe 5: Analyse der Pflegemärkte** **20 Punkte**

- 5.1 Erklären Sie, was unter dem Begriff „Pflegesystem als sekundäres Funktionssystem“ zu verstehen ist.
- 5.2 Die Diskussion des Pflegesystems als personenbezogene Dienstleistung setzt eine Klärung des Begriffs „Dienstleistung“ voraus. Erläutern Sie kurz drei mögliche Definitionsvorschläge.
- 5.3 Nennen Sie zwei der vier Handlungsebenen, auf denen personenbezogene Dienstleistungen erbracht werden.

10 Punkte

6 Punkte

4 Punkte

Studiengang	<b>Pflegemanagement</b>
Modul	<b>Gesundheitsökonomie und -politik</b>
Art der Leistung	<b>Prüfungsleistung</b>
Klausur-Kennzeichen	<b>PM-GOP-P12-121006</b>
Datum	<b>06.10.2012</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

**24.10.2012**

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).

**Lösung 1**

vgl. SB 1, S. 13 - 15, S. 17 - 20

**20 Punkte****1.1 Gesundheitspolitische Bedeutung von Bereichen der Sozialpolitik**

- Familienpolitik: Unterschiedliche Familiengrößen und -strukturen führen bei auf Leistung beruhenden Einkommen zu beträchtlichen Unterschieden im Versorgungsniveau von sozialen Schichten (Ein- oder Zweipersonenhaushalte vs. Familien), auch in der präventiven und kurativen Versorgung. Familienpolitik als Sozialpolitik verfolgt unter anderem das Ziel, ökonomisch benachteiligte Familien mit Kindern entsprechend dem Prinzip der ausgleichenden Gerechtigkeit zu entlasten (Familienlastenausgleich) und damit einen adäquaten Zugang zu Gesundheitsleistungen zu schaffen. 5 Punkte
  
- Die Bildungspolitik beeinflusst über einen höheren Bildungsgrad nicht nur das Präventionsverhalten und das gesundheitsrelevante Wissen positiv, sondern nimmt indirekt über den Arbeitsplatz und das höhere Einkommen Einfluss auf den Gesundheitsstatus. Eine Studie über die Lebenserwartung von 25jährigen in den USA kam zu dem Ergebnis, dass die Differenz in der Lebenserwartung bei Weißen mit dem höchsten und dem niedrigsten Ausbildungsniveau zwischen 5 und 6 Jahren betrug. 5 Punkte
  
- Die soziale Sicherung zielt auf die Absicherung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gegen fundamentale (existenzielle) Risiken, die die einkommenserzielende Tätigkeit gefährden (Krankheit und Pflegebedürftigkeit, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit u. a.). Ihre Aufgabe ist es, den Risikoeintritt vorbeugend zu verhindern, im Falle des Eintritts der Risiken die Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen und den Ausfall des Arbeitseinkommens auszugleichen. Dafür werden entweder aus dem über Steuern finanzierten Staatshaushalt Mittel bereitgestellt (Versorgungsprinzip, Fürsorgeprinzip) oder die Gefährdeten werden zum Eintritt in eine Solidargemeinschaft gezwungen (Sozialversicherungsprinzip). 5 Punkte

*Korrekturhinweis: Wie in der Aufgabenstellung gefordert, ist eine stichwortartige Behandlung der Aufgabe ausreichend.*

**1.2 Sozialbudget und Sozialleistungsquote**

**Sozialbudget:** Die statistische Darstellung der Sozialleistungen erfolgt im Sozialbudget. Das Sozialbudget listet die Finanzierung nahezu aller Sozialleistungen auf und stellt die Leistungen, die Institutionen sowie die Einbettung der Sozialleistungen in die Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung dar. 2,5 Punkte

**Sozialleistungsquote:** Die Sozialleistungsquote ist der Quotient (also das Verhältnis) aus den im Sozialbudget ausgewiesenen Sozialleistungen und dem Bruttoinlandsprodukt. Sie lag 2002 bei 32,5 %. 2,5 Punkte

**Lösung 2**

vgl. SB 2, S. 5 - 6, S. 39 - 42

**20 Punkte****2.1 Themenbereiche der Gesundheitsökonomie**

- Allokation von Gesundheitsgütern (Allokationsproblem) 1 Punkt
- Effizienz der Produktion von Gesundheitsgütern (Effizienzproblem) 1 Punkt
- Distribution von Gesundheitsgütern (Distributionsproblem) 1 Punkt
- Wertschöpfung von Gesundheitsgütern (Wertschöpfungsproblem) 1 Punkt

**2.2 Annahmen bzw. Merkmale des Modells der vollständigen Konkurrenz / Marktversagen auf Gesundheitsmärkten**

- **Polypolistischer Markt / viele Anbieter und Nachfrager** ⇒ **Gesundheitsmarkt**: In der ambulanten Versorgung sind bedingt durch die geringe Größe von Arztpraxen polypolistische Marktstrukturen anzutreffen. In Krankenhausmärkten bestehen zuweilen regionale Monopole.
- **Homogener Markt / homogene Güter** ⇒ **Gesundheitsmarkt**: Die Qualität ambulanter und stationärer Leistungen ist unterschiedlich, so dass sich kein einheitlicher Preis bilden wird.
- **Freier Marktzutritt** ⇒ **Gesundheitsmarkt**: Auf Gesundheitsmärkten ist der Zutritt für Anbieter in unterschiedlichem Maße beschränkt; eine Praxiseröffnung verlangt eine bestimmte Ausbildung (Zulassung) und ein bestimmtes Startkapital. Der Betrieb eines Krankenhauses kann von der öffentlichen Hand beschränkt werden. Weiteres Beispiel: Zulassung von Arzneimitteln.
- **Vollständige Information** ⇒ **Gesundheitsmarkt**: die Arzt-Patient-Beziehung in der ambulanten und der stationären Versorgung ist als typische Prinzipal-Agent-Beziehung durch eine ausgeprägte Informationsasymmetrie gekennzeichnet; Patienten können die Qualität der medizinischen Leistungen eher selten beurteilen.
- **Unabhängigkeit von Angebot und Nachfrage** ⇒ **Gesundheitsmarkt**: Ärzte und andere Experten in Gesundheitseinrichtungen können als Folge der Informationsasymmetrie die Nachfrage beeinflussen (Mengeneffekt; angebotsinduzierte Nachfrage).
- **Ausschlussprinzip anwendbar** ⇒ **Gesundheitsmarkt**: Grundsätzlich sind Gesundheitsgüter keine öffentlichen Güter. Das Ausschlussprinzip ist anwendbar und der Konsum rivalisiert; eine Ausnahme bilden Krankenhäuser oder Rettungsdienste. Sie bieten so genannten Optionsnutzen an (Option auf eine Versorgung); Optionsgüter haben den Charakter von öffentlichen Gütern. je 1 Punkt für die Nennung eines Merkmals der vollständigen Konkurrenz; max. 4 Punkte
- **Keine externen Effekte** ⇒ **Gesundheitsmarkt**: Gesundheitsgüter weisen durchaus positive externe Effekte auf. Die Gesundung oder die Rehabilitation eines Patienten begünstigt Dritte (geringere Infektionsgefahr, höhere Arbeitsproduktivität). Allerdings sind Nachfrager oder Kostenträger nicht bereit, diesen Nutzen mit zu finanzieren. je 3 Punkte für die Erläuterung der Anwendung auf Gesundheitsmärkten; max. 12 Punkte
- **Verteilungskriterium Zahlungsfähigkeit** ⇒ **Gesundheitsmarkt**: Die bedarfsgerechte Verteilung von Gesundheitsgütern, unabhängig von Einkommen und Vermögen und damit von der Zahlungsfähigkeit, ist wegen der existenziellen Bedeutung von Gesundheit ein wesentliches Ziel der Gesundheitspolitik. Dieses politische Ziel widerspricht der Güterverteilung nach Zahlungsfähigkeit. max. 16 Punkte

**Lösung 3**

vgl. SB 3, S. 8, S. 15, S. 20 f., S. 18 f., S. 45 ff., S. 70 f.

**20 Punkte****3.1 Strukturprinzipien der gesetzlichen bzw. der privaten Krankenversicherung**

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist eine Pflichtversicherung, in der bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze alle abhängig Beschäftigten versichert sind. Innerhalb dieser Versichertengemeinschaft besteht das so genannte Solidarprinzip mit einer interpersonellen Umverteilung von Ressourcen.

In der GKV dominiert das Sachleistungsprinzip, nur das Krankengeld nach dem Ende der Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber entspricht dem Geldleistungsprinzip. Die Patienten erhalten von den Leistungsanbietern in der Regel Gesundheitsleistungen, die diese dann von den Kassen erstattet bekommen (Kostenerstattungsprinzip).

Innerhalb der GKV besteht Wahlfreiheit der Kassen, allerdings mit Kontrahierungszwang: kein potentiell Versicherter darf abgelehnt werden.

Anders als in der GKV dominiert in der privaten Krankenversicherung (PKV) das Kostenerstattungsprinzip: Der Versicherte streckt in der Regel die Summen für Behandlungen, Medikamente u. a. vor, reicht die Rechnungen ein und bekommt dann die Kosten erstattet. Auf diese Weise erhalten die Versicherten einen Überblick über ihre Behandlungskosten.

*Korrekturhinweis: Der obige Lösungsvorschlag berücksichtigt nur die in Studienbrief 3 diskutierten Strukturprinzipien. Lösungsvorschläge, die sich auf Ausführungen in Studienbrief 1 beziehen (Stichworte: Versicherungsprinzip, Äquivalenzprinzip, Risikostreuung u. a.), sind angemessen zu bewerten.*

je 4 Punkte  
pro Strukturprinzip;  
max. 12 Punkte

**3.2 Notwendigkeit der Einführung eines Risikostrukturausgleichs**

Krankenkassen, in denen überdurchschnittlich viele Versicherte mit niedrigen Einkommen und höheren gesundheitlichen Belastungen (so genannte schlechte Risiken) organisiert sind - traditionell z. B. die Allgemeinen Ortskrankenkassen - sehen sich dem Problem einer chronischen Unterfinanzierung ausgesetzt. Die in der Folge steigenden Beitragssätze in Verbindung mit schlechten Risiken führten - insbesondere nach dem im Jahr 1996 geschaffenen Recht der freien Kassenwahl - zu Wettbewerbsverzerrungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 wurde ein Lastenausgleich (Risikostrukturausgleich) auf der Einnahmenseite der Krankenkassen eingeführt (einnahmeorientierter Ausgleich, Kompensationszahlungen).

8 Punkte



**Lösung 4**

vgl. SB 4, S. 11 - 13, S. 18 - 20

**20 Punkte**4.1 **Organisationsformen von Gesundheitssystemen**

Organisationsform	Merkmale
Nationaler Gesundheitsdienst (National Health Service)	Vollversicherung für die ganze Bevölkerung; steuerfinanziert (direkte und indirekte Steuern) und (meist) öffentliche Leistungsanbieter.
Sozialversicherungsmodell (Bismarck-Modell)	Umfassende Pflichtversicherung; beitragsfinanziert über einkommensabhängige Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge; Organisation durch öffentliche oder gemeinnützige Versicherungsträger; sowohl öffentliche als auch private Leistungsanbieter.
Semasko-Modell (benannt nach dem ersten Gesundheitsminister Russlands)	Zentral geplantes staatliches Versorgungssystem mit freiem Zugang für die gesamte Bevölkerung; der Staat selbst ist Leistungsanbieter und beschäftigt das Gesundheitspersonal; Einheit von Ökonomie und Sozialpolitik.
Privatversicherungsmodell	Privater Krankenversicherungsschutz; individuell oder als Gruppenvertrag über die Arbeitgeber abgeschlossen und finanziert; private Leistungsanbieter.

je 2 Punkte für die Benennung der Organisationsform;  
max. 6 Punkte

je 3 Punkte für die Benennung der Merkmale;  
max. 9 Punkte

max. 15 Punkte

4.2 **Anforderungen an die Qualität erhobener Daten im Systemvergleich**

- Reliabilität
- Genauigkeit
- Validität
- Sensitivität
- Vollständigkeit
- Konsistenz
- Aktualität
- Homogenität

je 1 Punkt pro Anforderung;  
max. 5 Punkte

**Lösung 5**

vgl. SB 6, S. 7 - 8, S. 13 - 15

**20 Punkte****5.1 Pflegesystem als sekundäres Funktionssystem**

Das Pflegesystem kann als „sekundäres Funktionssystem“ bezeichnet werden, da sich dieses System später als primäre Funktionssysteme wie Wirtschaft, Recht und Medizin ausdifferenziert hat. Die Etablierung des Pflegesystems ist mit der Einführung und der Erweiterung der Sozialversicherungssysteme in Verbindung zu bringen. Damit im Sinne der Systemtheorie von einem spezifischen Funktionssystem ausgegangen werden kann, muss es durch einen Code für sich selbst und durch andere zu erkennen sein: im Rahmen des Fremd- bzw. Umweltbezugs des Pflegesystems wird z. B. im Rahmen von Pflegediagnosen oder durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung festgestellt, ob jemand pflegebedürftig ist oder nicht, d. h. für das Pflegesystem lautet dieser Code pflegefähig / pflegeunfähig (der Code im Medizinsystem: krank / gesund).

10 Punkte

**5.2 Vorschläge zur Definition des Begriffs der Dienstleistung**

- Dienstleistungen können durch die Aufzählung von Beispielen definiert werden. 2 Punkte
- Dienstleistungen können durch Negativdefinition in Abgrenzung zu den Sachgütern definiert werden (Dienstleistungen sind alle Leistungen und Güter, die **nicht** dem Sachgüterbereich zuzuordnen sind). 2 Punkte
- Dienstleistungen können auf der Grundlage konstitutiver Merkmale explizit definiert werden (potenzialorientierte, prozessorientierte und ergebnisorientierte Definitionen). 2 Punkte

**5.3 Handlungsebenen bei personenbezogenen Dienstleistungen**

- Ebene der personenbezogenen Interaktion (face to face)
  - Ebene der Funktionsgewährleistung (berufliche Handlungsebene)
  - institutionell-organisatorische Handlungsebene
  - sozialstaatliche Handlungsebene
- 2 Punkte  
je benannter  
Handlungsebene;  
max. 4 Punkte