

Klausur – Mantelbogen



UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES

Name, Vorname	
Matrikel-Nr.	
Studienzentrum	
Studiengang	Pflegemanagement
Modul	Gesundheitsökonomie und -politik
Art der Leistung	Prüfungsleistung
Klausur-Kennzeichen	PM-GOP-P12-110402
Datum	02.04.2011

Ausgegebene Arbeitsbögen _____

Abgegebene Arbeitsbögen _____

Ort, Datum

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben und Unterschrift Aufsichtsführende(r)

Prüfungskandidat(in)

Aufgabe		1	2	3	4	Σ	Note
max. Punktzahl		20	30	25	25	100	
Bewertung	Prüfer						
	ggf. Gutachter ¹						

Prüfer (Name in Druckbuchstaben)

Datum, Unterschrift

ggf. Gutachter (Name in Druckbuchstaben)

Datum, Unterschrift

¹ Ggf. Gutachten im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens

Anmerkungen Prüfer:

Datum, Unterschrift

Anmerkungen Gutachter:

Datum, Unterschrift

Sonstige Anmerkungen:

Datum, Unterschrift

Studiengang	Pflegemanagement
Modul	Gesundheitsökonomie und -politik
Art der Leistung	Prüfungsleistung
Klausur-Kennzeichen	PM-GOP-P12-110402
Datum	02.04.2011

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.

Bearbeitungszeit:	90 Minuten
Anzahl der Aufgaben:	4
Höchstpunktzahl:	100
Hilfsmittel:	keine

Aufgabe	1	2	3	4	insg.
max. Punktzahl	20	30	25	25	100

Viel Erfolg!

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

Die soziale Sicherung kann nach dem Versicherungsprinzip, dem Versorgungsprinzip und dem Fürsorge- oder Sozialhilfeprinzip organisiert werden (Formen sozialer Sicherung). Beschreiben Sie das Versicherungsprinzip der Sozialversicherung anhand von vier charakteristischen Merkmalen.

20 Punkte

Aufgabe 2: Einführung in die Gesundheitsökonomie **30 Punkte**

Die Gesundheitsökonomie interessiert sich für die quantitativen Zusammenhänge zwischen dem Gesundheitsstatus einer Person oder einer Bevölkerungsgruppe und den zugehörigen Einflussfaktoren. Sie werden in der Gesundheitsökonomie auf der Basis einer Produktionsfunktion für Gesundheit analysiert.

- 2.1 Welche Einflussgrößen (Inputs) bestimmen den aktuellen oder erwarteten Gesundheitsstatus einer Person oder einer Bevölkerungsgruppe (verbale oder graphische Darstellung mit Erläuterungen möglich)? 19 Punkte
- 2.2 Stellen Sie die Produktionsfunktion für das Gut Gesundheit dar (graphische Darstellung oder verbale Erklärung). 5 Punkte
- 2.3 Erläutern Sie an einem Beispiel, was unter dem Begriff der Produktionselastizität zu verstehen ist. 6 Punkte

Aufgabe 3: Managed Care und Pflegeversorgung **25 Punkte**

Die typische Managed Care-Organisation ist die Health Maintenance Organisation (HMO).

- 3.1 Erläutern Sie grundsätzliche Wesensmerkmale einer HMO. 7 Punkte
- 3.2 Erläutern Sie drei Organisationsformen von HMO. 18 Punkte

Aufgabe 4: Analyse der Pflegemärkte **25 Punkte**

Die Begründung einer eigenständigen Disziplin Pflegeökonomik setzt die Auseinandersetzung mit der Existenz eines eigenen Pflegesystems voraus.

- 4.1 Was ist unter dem Begriff „Pflegesystem als sekundäres Funktionssystem“ zu verstehen? 10 Punkte
- 4.2 Nennen Sie drei der Subsysteme (Einrichtungen), die dem Pflegesystem zuzurechnen sind. 6 Punkte
- 4.3 Konkretisieren Sie die Zuordnung der Subsysteme (Einrichtungen) des Pflegesystems anhand des Codes pflegefähig / pflegeunfähig (pflegebedürftig). 9 Punkte

Studiengang	Pflegemanagement
Modul	Gesundheitsökonomie und -politik
Art der Leistung	Prüfungsleistung
Klausur-Kennzeichen	PM-GOP-P12-110402
Datum	02.04.2011

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:

Note	1,0	1,3	1,7	2,0	2,3	2,7	3,0	3,3	3,7	4,0	5,0
Punktzahl	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

20.04.2011

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. 25 - 26

20 Punkte**Das Versicherungsprinzip der Sozialversicherung**

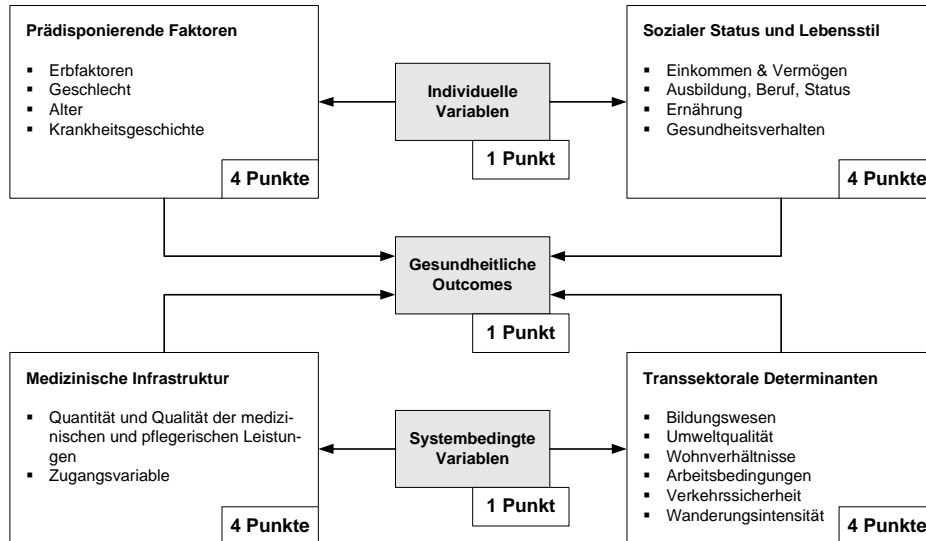
- In der Sozialversicherung wird die Versicherungsgemeinschaft nicht freiwillig, sondern zwangsweise gebildet. Es genügt das Vorliegen bestimmter Tatbestände (Stellung im Erwerbsprozess, Einkommen), um eine Versicherungspflicht zu begründen. Damit wird das Prinzip der privaten Vorsorge als wesentliches Kennzeichen der Individualversicherung zurückgedrängt.
- In der Sozialversicherung wird regelmäßig nicht nur ein bestimmter Kreis von Versicherten zwangsweise in einer Versicherung zusammengeschlossen, sondern auch bestimmten Personen aufgrund ihrer Stellung im Erwerbsprozess und ihres Einkommens der Zutritt zur Versicherung verwehrt oder zumindest erschwert.
- Der Sozialversicherung kommt neben der Aufgabe des versicherungsmäßigen Risikoausgleichs auch die Aufgabe der sozialen Umverteilung zu (sozialer Ausgleich). Das äußert sich in einkommensbezogenen Beiträgen (Privatversicherung: risikobezogene Beiträge) sowie in bedarfsorientierten Sachleistungen und familienpolitisch ausgerichteten Geldleistungen.
- Ein weiteres Merkmal des Sozialversicherungsprinzips: die Leistungen der Sozialversicherung werden durch den Gesetzgeber standardisiert - im Gegensatz zur freien vertraglichen Gestaltung in der Privatversicherung. Zudem besteht ein Kontrahierungszwang für die Sozialversicherungen, d. h. sie können niemandem etwa wegen eines hohen Risikos die Mitgliedschaft verweigern.
- Träger der Sozialversicherung sind Selbstverwaltungskörperschaften des öffentlichen Rechts, an die der Staat Aufgaben delegiert hat und die intern nach demokratischen Prinzipien verwaltet werden.

5 Punkte je
Merkmal

max. 20 Punkte

Lösung 2 vgl. SB 2, S. 16 - 21 **30 Punkte**

2.1 Einflussgrößen (Inputs) des aktuellen oder erwarteten Gesundheitsstatus einer Person oder Bevölkerungsgruppe



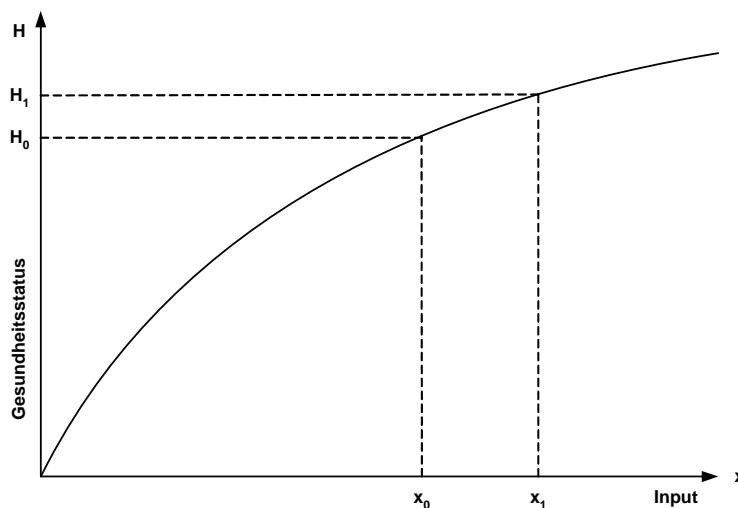
4 Punkte je Inputgruppe
max. 16 Punkte

3 Punkte für Zusammenhang

insgesamt max. 19 Punkte

2.2 Produktionsfunktion für das Gut Gesundheit

Die Produktionsfunktion für das Gut Gesundheit stellt eine funktionale Beziehung zwischen einer Einflussgröße x (Input) (z. B. Gesundheitsgüter oder Einkommen oder Bildung oder Umweltqualität usw.) und dem Gesundheitsstatus H her.



5 Punkte für verbale oder für graphische Lösung

2.3 Begriff Produktionselastizität

Die Produktionselastizität misst den relativen Einfluss eines Bestimmungsfaktors (Input) auf den Output bzw. Outcome (relative Änderung einer abhängigen Variable, die durch die relative Änderung einer unabhängigen Variablen hervorgerufen wird). Beispiele: eine x -prozentige Erhöhung des Einkommens führt zu einer y -prozentigen Verbesserung des Gesundheitsstatus; eine einprozentige Verlängerung der schulischen Ausbildung reduziert die Mortalität um 0,16 % usw.

6 Punkte

Lösung 3

vgl. SB 5, S. 6 - 11

25 Punkte**3.1 Grundsätzliche Wesensmerkmale einer HMO**

HMO bieten ihren Kunden gegen eine einheitliche Prämie eine Versorgung mit Gesundheitsleistungen an, die von Leistungsanbietern erbracht werden, zu denen die HMO in einer vertraglichen Beziehung steht. Dabei sollen die Patienten grundsätzlich auch nur diese Leistungsanbieter in Anspruch nehmen. Erste Anlaufstelle ist in der Regel der Allgemein- oder Primärarzt (gatekeeper). Damit unterscheiden sich HMO von traditionellen Krankenversicherungssystemen mit ihren risikospezifischen Prämien, der freien Arztwahl und dem Kostenerstattungsprinzip.

7 Punkte

3.2 Organisationsformen von HMO**Staff-HMO**

- ... beschäftigen Ärzte (Allgemein- und Fachärzte) und paramedizinisches Personal im Angestelltenverhältnis.
- Diese Ärzte beziehen ein Gehalt und tragen insofern kein finanzielles Risiko.
- Alle Einrichtungen befinden sich in der Regel unter einem Dach, so dass die organisatorische Kontrolle gewährleistet ist.

Group-HMO

- ... schließen selektive Verträge mit Ärzten, die ihrerseits in Gruppenpraxen organisiert sind.
- Diese Ärzte erhalten differenzierte Kopfpauschalen als Vergütung (fester Betrag für jeden in der HMO Versicherten).
- Ärzte einer Group-HMO behandeln in der Regel nur die Versicherten der eigenen HMO (closed panel).

Network-HMO

- ... sind eine Erweiterung der Group-HMO. Die HMO schließt einen Vertrag mit einem Netz von allgemeinmedizinischen oder spezialisierten Gruppenpraxen.
- Ziel ist eine Erweiterung der Wahlmöglichkeiten für die Versicherten.
- Die Vergütung erfolgt in der Regel auch hier nach Kopfpauschalen.

Independent Practice Association

- ... eine Gruppe von rechtlich unabhängigen und eigenständigen Ärzten, die Vertragspartner einer oder mehrerer HMO sind.
- Es erfolgt eine Kooperation sowie ein Informationsaustausch untereinander.
- Ärzte behandeln Patienten der Vertrags-HMO und auch andere Versicherte (open panel).

bis zu
6 Punkte je
Organisationsform

max. 18 Punkte

Lösung 4

vgl. SB 6, S. 7 - 8

25 Punkte**4.1 Pflegesystem als sekundäres Funktionssystem**

Das Pflegesystem kann als „sekundäres Funktionssystem“ bezeichnet werden, da sich dieses System später als primäre Funktionssysteme (z. B. 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. bei Pflegediagnosen oder durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung festgestellt, ob jemand pflegebedürftig ist oder nicht. Für das Pflegesystem lautet dieser Code „pflegefähig“ bzw. „pflegeunfähig“).

10 Punkte

4.2 Subsysteme des Pflegesystems

Dem Pflegesystem sind - in der Binnendifferenzierung - folgende Subsysteme zuzurechnen:

- die allgemeinen Krankenhäuser (dominantes Subsystem des Pflegesystems)
- die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen
- die teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen
- die ambulanten Pflegeeinrichtungen / die privaten Haushalte (häusliche Pflege)

2 Punkte je
Nennung

max. 6 Punkte

4.3 Zuordnung der Subsysteme (Einrichtungen) des Pflegesystems

Die Zuordnung der Einrichtungen des Pflegesystems erfolgt idealtypisch nach den Kriterien des Grades der Krankheit bzw. der Pflegebedürftigkeit. So kann man bei der Einrichtung Krankenhaus davon ausgehen, dass die Patienten krank und somit auch pflegebedürftig sind. In den stationären Pflegeeinrichtungen (z. B. im Pflegeheim) sind die Bewohner zumeist pflegebedürftig, aber nicht unbedingt krank. In den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sind die Patienten oft chronisch krank, aber zu einem guten Teil auch selbstpflegefähig. Die ambulanten Pflegeeinrichtungen versorgen zumeist Personen, die pflegebedürftig sind, aber zu einem gewissen Grad noch in der Lage sind, sich selbst zu pflegen.

9 Punkte

Korrekturhinweis: Eine graphische Lösung der Aufgabe (vgl. Abb. 1.1, SB 6, S. 8) ist angemessen zu bewerten.