

Klausur – Mantelbogen



UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES

Name, Vorname	
Matrikel-Nr.	
Studienzentrum	
Studiengang	Pflegemanagement
Fach	Gesundheitsökonomie und -politik
Art der Leistung	Prüfungsleistung
Klausur-Knz.	PM-GOP-P11-030405
Datum	05.04.2003

Lösen Sie die Klausuraufgaben bitte auf den Klausurblättern und geben Sie diese zum Schluss der Klausur vollständig bei Ihrem Aufsichtführenden ab. Verwenden Sie bei Bedarf ausschließlich das vom Aufsichtführenden zur Verfügung gestellte Papier, und geben Sie sämtliches Papier (Lösungen, Schmierzettel, nicht gebrauchte Blätter sowie die Klausur) 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 Rand für Korrekturen frei, und nummerieren Sie die Seiten fortlaufend. Schreiben Sie jeweils zu Ihren Antworten, auf welche Aufgabe bzw. Teilaufgabe sich diese beziehen. **Schreiben Sie unbedingt leserlich!**

Viel Erfolg!

Ausgegebene Arbeitsblätter _____

Abgegebene Arbeitsblätter _____

Ort, Datum _____

Ort, Datum _____

Aufsichtführende(r) _____

Prüfungskandidat(in) _____

Bewertungsschlüssel

Aufgabe	1	2	3	4	5	6	insg.	
max. erreichbare Punkte	15	20	15	16	19	15	100	Note:
erreichte Punkte 1. Prüfer								
erreichte Punkte 2. Prüfer								

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

Name des 1. Prüfers in Druckbuchstaben / Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift 2. Prüfer

Anmerkungen des ersten Prüfers:

Datum, Unterschrift 1. Prüfer

Anmerkungen des zweiten Prüfers:

Datum, Unterschrift 2. Prüfer



Studiengang	Pflegemanagement
Fach	Gesundheitsökonomie und -politik
Art der Leistung	Prüfungsleistung
Klausur-Knz.	PM-GOP-P11-030405
Datum	05.04.2003

Die Klausur besteht aus 6 Aufgabenkomplexen, von denen alle zu lösen sind.

Ihnen stehen 90 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:	90 Minuten
Anzahl der Aufgabenkomplexe:	6
Höchstpunktzahl:	100
zulässige Hilfsmittel:	keine

Bewertungsschlüssel

Aufgabe	1	2	3	4	5	6	insg.
max. erreichbare Punkte	15	20	15	16	19	15	100
erreichte Punkte 1. Prüfer							
erreichte Punkte 2. Prüfer							

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

Komplex 1: Einführung in die Sozial- und Gesundheitspolitik	15 Punkte
--	------------------

Erläutern Sie, inwiefern Sozialversicherungen das ihnen zugrundeliegende Versicherungsprinzip in entscheidenden Punkten modifizieren. 15 Punkte

Komplex 2: Einführung in die Gesundheitsökonomie	20 Punkte
---	------------------

Von welchen Faktoren hängt die Nachfrage nach Gesundheitsgütern ab? 20 Punkte

Komplex 3: Gesundheitssystem der Bundesrepublik	15 Punkte
--	------------------

Erläutern Sie das Instrument des Risikoausgleiches innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). 15 Punkte

Komplex 4: Internationale Gesundheitssysteme	16 Punkte
---	------------------

Nennen Sie Merkmale, in denen das britische Gesundheitssystem sich vom deutschen Gesundheitssystem unterscheidet. 16 Punkte

Komplex 5: Managed Care und Pflegeversorgung	19 Punkte
---	------------------

a) Erläutern Sie die wesentlichen Elemente des „Disease Management“. 19 Punkte

b) Nennen Sie die Kriterien für den Einsatz von Disease Management und geben Sie zwei Beispiele für geeignete Erkrankungen. Erkrankung

c) Nennen Sie drei Steuerungselemente des Managed Care. 6 Punkte

Komplex 6: Analyse der Pflegemärkte	15 Punkte
--	------------------

Erläutern Sie drei Marktfehler (Formen des Marktversagens) der Pflegemärkte und geben Sie jeweils ein Beispiel. 15 Punkte je Nennung 5 Pkt.

Studiengang	Pflegemanagement
Fach	Gesundheitsökonomie und -politik
Art der Leistung	Prüfungsleistung
Klausur-Knz.	PM-GOP-P11-030405
Datum	05.04.2003

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	insg.
max. erreichbare Punkte	15	20	15	16	19	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

Lösung Komplex 1: Einf. in die Sozial- und Gesundheitspol. 15 Punkte

Sozialversicherungen: Modifizierung des Versicherungsprinzips (SB1, S. 31f.)

max. 15 Punkte

je 3 Punkte pro
Nennung

- Mitgliedschaft/Zugehörigkeit nicht freiwillig, sondern zwangsweise
- Versicherungspflicht ist gesetzlich geregelt
- Beiträge sind einkommensbezogen
- Leistungen der Sozialversicherungen sind durch Gesetzgeber standardisiert
- Es erfolgt soziale Umverteilung/ soz. Ausgleich, es gibt familienpolitisch ausgerichtete Geldleistungen
- Es können staatliche Zuweisungen erfolgen (& kollektive Äquivalenz durchbrechen)
- siert
- Versicherungspflicht (des Individuums) begründet Kontrahierungszwang der Versicherung gegenüber dem Auftraggeber. Niemandem kann wegen hohen Risikos die Mitgliedschaft verweigert werden
- Der Staat hat bestimmte Aufgaben an Sozialversicherungen delegiert

Lösung Komplex 2: Einführung in die Gesundheitsökonomie 20 Punkte

Faktoren, die die Nachfrage nach Gesundheitsgütern bestimmen (SB 2, S. 9 ff.)

max. 20 Punkte

Nachfrage ist mit Zahlungsbereitschaft/ Kaufkraft ausgestatteter Bedarf

1 Punkt

Einkommen (Nennung)

1 Punkt

- Je höher das Einkommen, umso höher die Nachfrage nach Gesundheitsgütern (unterstellt alle anderen Bedingungen sind gleich = c.p.)
- Einkommenseffekt insbesondere bei fehlendem Versicherungsschutz

0,5 Punkte

0,5 Punkte

Preis des Gesundheitsgutes

1 Punkt

- Je niedriger der Preis, umso höher die Nachfrage
- Relevant ist aus eigener Tasche zu zahlender Preis = Finanzierungsanteil (nächster Hauptpunkt)

0,5 Punkte

1 Punkt

Zeit/ Zeitkosten (zählen zu Gesamtkosten)

1 Punkt

- Je geringer die Zeitkosten, umso höher die Nachfrage (c.p.)
- Zeitkosten sind Opportunitätskosten (Einkommensausfall, entgangene Freizeit...)

0,5 Punkte

0,5 Punkte

Preis anderer Güter (Substitutionsgüter und/ oder Komplementärgüter)

1 Punkt

- Je höher der Preis für ein Substitutionsgut, umso höher die Nachfrage (c.p.)
- Beispiel für Substitution: ambulante Operationen als Substitution stationärer Operation
- Je geringer Preis für Komplementärgut, umso höher die Nachfrage (c. p.)
- Komplementärgüter stiften gemeinsam Nutzen/ werden gemeinsam konsumiert
- Beispiel (z.B. Brillen als Komplementärgut zur Optikerleistung)

1 Punkt

0,5 Punkte

0,5 Punkte

0,5 Punkte

0,5 Punkte

Finanzierungsanteil (des Versicherten) (Nennung)

1 Punkt

- Je geringer Finanzierungsanteil, umso höher die Nachfrage
- Finanzierungsanteil ist der Preisanteil, den Versicherte selbst zu zahlen hat
- Wirkt der versicherungsinduzierten Nachfrage/ dem moral hazard entgegen

0,5 Punkte

1 Punkt

0,5 Punkte

Beispiele

- Selbstbeteiligung ist der Kostenanteil, der jeweils vom Patienten zu tragen ist
- Selbstbehalt sind Kosten, die allein vom Patienten zu tragen sind
- Beitragsrückgewähr ist ein Bonus bei geringer Inanspruchnahme von Leistungen
- Wahltarif ist die Anpassung der Beiträge an gewählte Risikoabdeckung
- Monitoring bedeutet, dass Pat. z.B. verpflichtet ist, bestimmte Anbieter zu wählen

je Beispiel: 0,5 Punkte

Bedarf ist konkretisiertes (auf einen bestimmte Leistung ausgerichtetes) Bedürfnis

1 Punkt

Bedarf hängt auch vom Anbieterfluß (der ärztlichen Entscheidung) ab

1 Punkt

1 Punkt

<u>Anbiereinfluss</u>	1 Punkt
• Es besteht Prinzipal-Agent-Beziehung	0,5 Punkte
• Anbieter (Agent: Arzt/ Krankenhaus) strebt nach Einkommen/ Gewinn	0,5 Punkte
• Meist besteht Informationsasymmetrie	0,5 Punkte
• Informationsasymmetrie verstärkt bei geringer Bildung (des Prinzipals)	0,5 Punkte
• Effekt verstärkt durch hohe bis existenzielle Bedeutung von Gesundheitsleistungen	0,5 Punkte
• Effekt verstärkt bei bestehendem Versicherungsschutz (=> moral hazard des Arztes)	0,5 Punkte
• Effekt abhängig von Vergütungsform/ externe Kontrolle/ Bindungsinteresse/ Ethik	0,5 Punkte
• Effekt abhängig von Anbieterdichte/ Anbieterkapazität	1 Punkt
<u>Bedürfnis</u> ist ein „Gefühl des Mangels“	0,5 Punkt
• Mangelgefühl hier: körperliches und psychisches Unwohlsein und Einschränkung von Tätigkeiten	1 Punkt
• Bedürfnis nach Gesundheit hängt ab vom Gesundheitszustand (dem Nutzen der Gesundheitsgüter)	
<u>Gesundheitszustand</u>	1 Punkt
• Je niedriger Gesundheitszustand, umso höher der Bedarf nach Gesundheitsgüter (c.p.)	0,5 Punkte
• Gesundheitsgüter werden wegen erhoffter Gesundheitsverbesserung konsumiert	
• Gesundheit hängt ab vom Konsum von Gesundheitsgütern und von persönlichen, sozioökonomischen und anderen Faktoren	0,5 Punkte
• Auch erwarteter Gesundheitszustand beeinflusst Nachfrage (Bildung wirkt sich aus u.a. wegen Veränderung der Gesundheits-Wahrnehmung)	0,5 Punkte
Grenznutzen von Gesundheitsgütern sinkt bei zunehmendem Konsum	1 Punkt
Gesundheit ist Teil des Humankapitals der Gesellschaft	1 Punkt

Lösung Komplex 3: Gesundheitssystem der Bundesrepublik 15 Punkte

Risikostrukturausgleich (SB 3 S. 42 f.)	max. 15 Punkte
• Ist finanzieller Ausgleich zwischen den Krankenkassen	3 Punkte
• Abhängig von der Risikostruktur der jeweiligen Kasse, diese ist abhängig von folgenden Merkmalen:	insgesamt 4 Punkte
• Das Einkommen der Versicherten ist unter dem Durchschnitt der Kassen insgesamt.	
• Überdurchschnittlich viele Mitglieder im hohen Lebensalter	
• Zahlreiche mitversicherte Familienangehörige	
• Überdurchschnittlich viele Frauen	
• Kassen mit Versicherten deren Risiken über dem Durchschnitt aller Kassen liegen, zahlen in den Strukturausgleich ein und Krankenkassen deren Versicherte höhere Risiken als der Durchschnitt der Versicherten aller Krankenkassen aufweisen, erhalten Zahlungen. Diese Zahlungen gleichen die Mehraufgaben bis zum durchschnittlichen Risiko aus.	4 Punkte
• Ziel: Krankenkassen sollen nicht um Versicherte mit guten Risiken konkurrieren	2 Punkte
• Ziel: Kassen sollen unabhängig von Risiken in etwa gleiche Beitragssätze bieten können	2 Punkte
• Wurde 1993 (Gesetz) bzw. 1994 (in Kraft) eingeführt	2 Punkte
• Zahlende sind insbesondere Betriebskrankenkassen	2 Punkte
• Ohne finanziellen Ausgleich würden Kassen mit besonders gutem Versorgungsangebot Risikogruppen anlocken; dadurch würden die Beiträge steigen und gute Beitragszahler abgeschreckt.	3 Punkte

Merkmale des britischen Gesundheitssystems (SB 4, S. 25 ff.)**max. 16 Punkte**
pro Merkmal
2 Punkte

- Staatliche Institution (NHS) ist Hauptorganisation für Gesundheitssicherung
- Jeder Brite kann Leistungen (des NHS) in Anspruch nehmen
- Leistungen (NHS) überwiegend steuerfinanziert (72%)
- Geringe Gesundheitsquote/ Gesundheitsausgaben pro Kopf gemessen am Durchschnitt der EU
- Geringe Ausgaben v.a. für nicht stationäre Bereiche (ambulante Versorgung, Medikamente, Zahnärzte)
- Verhältnismäßig geringe Anzahl Krankenhausbetten
- Lange Wartezeiten auf planbare stationäre Versorgung
- Personalausstattung deutlich niedriger als in Deutschland
- Überdurchschnittliche Ausgaben für Pflege
- Primärarztprinzip bedeutet, dass zunächst ein Allgemeinmediziner aufzusuchen ist, der ggf. überweist (Gatekeeper)
- In der ambulanten Versorgung sind Gesundheitsfürsorger und Distrikt-Krankenschwestern tätig
- Globalbudgets für Krankenhäuser verbindlich/ für ambulante Einrichtungen auf Antrag
- Die DHAs/ GPFHs sind Käuferorganisationen auf Nachfrageseite
- Die NHS-Trusts sind Organisationen auf Anbieterseite
- Bei Medikamentenzahlung Wahl zw. Absolutbetrag je Verordnung und regelmäßiger Pauschale

Lösung Komplex 5: Managed Care und Pflegeversorgung 19 Punkte

Disease Management (SB 5, S. 31 ff.)

max. 19 Punkte

a) = 13 Punkte

b) = 6 Punkte

4 Punkte

a) Erläuterung

- Disease Management“ bedeutet Risikomanagement für Krankheitsgruppen, insbesondere für chronisch Kranke und Risikogruppen

Ziele:

- Kostensenkung (durch Prozessoptimierung) 4 Punkte
- Disease Management soll über Anbietergrenzen hinweg Leistungsanbieter besser koordinieren
- Dazu wird eine Evidenzbasierte Wissensbasis/ Outcomes-Forschung kontinuierlich ausgewertet, um das Qualitätsmanagement zu verbessern und Guidelines anzuwenden.
 - Ergebnisorientierte Vergütungssysteme
 - Patienteninformation/ Patientenschulung (um Compliance zu erhöhen, Risiken zu senken), Gesundheitserziehung und Prävention gefördert

b)

Kriterien für den Einsatz von Disease ;Management

- Hohe Kosten der bisherigen Behandlung 1,5 Punkte
- Große Variationsbreite in der Behandlung 1,5 Punkte

Beispiele für geeignete Erkrankungen:

- Diabetes
- Herzerkrankungen
- Krebserkrankungen
- Schlaganfall
- Asthma
- Hauterkrankungen
- Osteoporose
- Risikoschwangerschaften
- Nierenversagen

max. 2 Punkte
je Beispiel 1 Punkt

c) weitere Steuerungsinstrumente des managed care (SB 5, S 10 ff.)

- Gatekeeping/ Primärarztprinzip
- Selektives Kontrahieren (der Leistungsfinanzierer mit Leistungsanbietern)
- Guidelines/ Critical Path
- Positivlisten (von Medikamenten, Hilfsmitteln)
- Utilization Review
- Case Management
- Qualitätsmanagement
- Outcomes-Orientierung

6 Punkte
je Nennung
2 Punkte

Marktfehler/Marktversagen (SB6 S. 32 ff., SB2 S. 36 ff., SB1 S.29)**max. 15 Punkte****Externe Effekte** = Konsum kann auf Dritte positive oder negative Wirkung haben

5 Punkte

- Beispiel (z.B. Nutzen, wenn sich andere impfen lassen: geringeres Ansteckungsrisiko, der nicht geimpften)

Öffentliche Güter = Nichtausschließbarkeit von Nutzung

5 Punkte

- Beispiel (z.B. Leuchtturm)

Informationsmängel/ Informationsasymmetrien

5 Punkte

- (Typisch für) Prinzipal-Agent-Beziehung
- Mögliche Folge: eine Seite kann eigene Interessen (auch unbemerkt) durchsetzen
- Mögliche Folge: Angebotsinduzierte Nachfrage im Gesundheitswesen
- Kann zu adverse Selektion (Negativselektion) führen: Schlechte verdrängen Gute
- Beispiel (z.B. Medizinisches Fachpersonal hat größere Fachkenntnisse)

Marktmacht/ Marktbeherrschende Position = Eine Marktseite kann der anderen Bedingungen aufzwingen

5 Punkte

- Insbesondere bei (regionaler) Monopolstellung
- Oft Folge geringer Wechselbereitschaft
- Erleichtert durch Aufspaltung der Nachfragefunktion (Disposition, Konsum, Finanzierung)
- Beispiel (z.B. Einziges Pflegeheim in ländlicher Gegend)

Verteilungsgerechtigkeit fehlt/ Mängel der Verteilung = Mängel der Allokation (Ressourcenverteilung) und Mängel der Distribution (Güterverteilung)

5 Punkte

- Beispiel (z.B. kein angemessener Zugang zur Versorgung, da kein Anbieter erreichbar)