

Klausur – Aufgaben



UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES

Studiengang	Pflegemanagement
Fach	Gesundheitsökonomie und –politik
Art der Leistung	Prüfungsleistung
Klausur-Knz.	PM-GOP-P12-060916
Datum	16.09.2006

Die Klausur besteht aus 5 Aufgaben, 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 Aufgaben:	5
Höchstpunktzahl:	100
zulässige Hilfsmittel:	KEINE

Bewertungsschlüssel

Aufgabe	1	2	3	4	5	insg.
max. erreichbare Punkte	16	31	16	17	20	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

Alle 5 Aufgaben sind zu bearbeiten.

Aufgabe 1: Einführung in die Sozial- und Gesundheitspolitik 16 Punkte

Im Rahmen der politischen Diskussion über eine Reform der Sozialsysteme in der Bundesrepublik Deutschland wird unter anderem gefordert, die Finanzierung der Sozialleistungen verstärkt an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Bürger auszurichten („**Leistungsfähigkeitsprinzip**“).

Erläutern Sie den Inhalt des Leistungsfähigkeitsprinzips sowie zwei Möglichkeiten zur Umsetzung im Rahmen der Reform der Sozialsysteme.

Aufgabe 2: Einführung in die Gesundheitsökonomie 31 Punkte

Gegenstand der Gesundheitsökonomie ist unter anderem die **ökonomische Evaluation** von Gesundheitstechnologien.

2.1

15 Punkte

Bei den Kosten der zu evaluierenden Gesundheitstechnologien werden

- direkte Kosten,
- indirekte Kosten,
- intangible Kosten

unterschieden.

Erläutern Sie diese unterschiedlichen Kostenarten und nennen Sie jeweils zwei Beispiele.

2.2

Ein gesundheitsökonomisches Evaluationsverfahren ist die **Kosten–Effektivitäts-Analyse**.

Erläutern Sie das Konzept der Kosten–Effektivitäts-Analyse.

10 Punkte

Worin liegen die Schwächen dieses Konzeptes?

6 Punkte

Aufgabe 3: Gesundheitssystem der Bundesrepublik 16 Punkte

Ein Aspekt im Rahmen der aktuellen Diskussion über die Gesundheitsreform ist unter anderem die Forderung, die Zahl der (gegenwärtig ca. 250) Krankenkassen in Deutschland deutlich zu reduzieren.

Erläutern Sie jeweils ein gesundheitsökonomisches Argument, welches für eine Reduzierung sowie gegen eine Reduzierung der Zahl der gesetzlichen Krankenkassen spricht.

Aufgabe 4: Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich 17 Punkte

Zu den Indikatoren, die für einen internationalen Vergleich der Gesundheitssysteme verwendet werden, gehört unter anderem die **gesamtwirtschaftliche Gesundheitsausgabenquote**.

- 4.1 Was versteht man unter der gesamtwirtschaftlichen Gesundheitsausgabenquote? 7 Punkte
- 4.2 Worin liegen die Probleme, die mit einem internationalen Vergleich der jeweiligen Gesundheitsausgabenquoten verbunden sind? 4 Punkte
Welche Rolle spielt dabei das „System of Health Accounts“ (SHA)? 6 Punkte

Aufgabe 5: Managed Care und Pflegeversorgung 20 Punkte

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

- 5.1 Erläutern Sie die grundsätzlichen Wesensmerkmale einer HMO. 5 Punkte
- 5.2 Erläutern Sie drei Organisationsformen von HMO's. 15 Punkte



Studiengang	Pflegemanagement
Fach	Gesundheitsökonomie und -politik
Art der Leistung	Prüfungsleistung
Klausur-Knz.	PM-GOP-P12-060916
Datum	16.09.2006

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	insg.
max. erreichbare Punkte	16	31	16	17	20	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

04. 10. 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 Studienzentrumsleiter anzuzeigen.

Lösung 1: Einführung in die Sozial- und Gesundheitspolitik 16 Punkte

Inhalt und Umsetzung des Leistungsfähigkeitsprinzips (SB 1, S. 54 und 55)

Inhalt des Leistungsfähigkeitsprinzips:

Nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip sollen Anbieter höherer Einkommen aufgrund ihrer größeren wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit überproportional (progressiv) zur Finanzierung der Sozialleistungen herangezogen werden. Dieses Prinzip steht im Gegensatz zum Äquivalenzprinzip, nach welchem sich die finanzielle Belastung der Bürger nach den von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen richten soll.

6 Punkte

Mögliche Antwortvarianten können sein:

Die **Finanzierung der Sozialleistungen** erfolgt nicht nur über Beiträge, sondern auch über Steuern, wobei der Anteil der direkten Steuern (Einkommensteuer) mit progressivem Steuertarif gegenüber dem Anteil der indirekten Steuern mit regressiver Wirkung erhöht wird.

max. 10 Punkte

je Aspekt
5 Punkte

Die **Bemessungsgrundlage** der Sozialversicherung wird nicht nur durch die Einkommen aus unselbständiger Arbeit gebildet, sondern durch andere Einkunftsarten ergänzt (Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen).

Die **Beitragsbemessungsgrenzen** werden angehoben und die Versicherungspflichtgrenze bei der gesetzlichen Krankenversicherung aufgehoben. Dies beinhaltet auch eine Einbeziehung der Versicherten der privaten Krankenversicherung in die Finanzierung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (sowie gesetzlichen Pflegeversicherung).

Lösung 2: Einführung in die Gesundheitsökonomie

31 Punkte

2.1 Kosten der zu evaluierenden Gesundheitstechnologien (SB 2, S. 56)

max. 15 Punkte

Direkte Kosten sind Kosten, die mit der Herstellung sowie dem dauerhaften Einsatz einer Gesundheitstechnologie verbunden sind, **z.B.** die Kosten des ärztlichen und nicht ärztlichen Personaleinsatzes, Arzneimittel- und Gerätekosten, Verwaltungskosten, Betriebskosten von Gesundheitseinrichtungen.

je Erläuterung
max. 5 Punkte

Zu den **indirekten Kosten** zählen die Produktionsverluste als Folge von Morbidität und Mortalität, **z.B.** Arbeitsausfall, Erwerbsunfähigkeit und vorzeitiger Tod. Sie werden mit dem Humankapitalansatz erfasst. Der Wert des Humankapitals wird bei diesem Ansatz durch den Beitrag einer vergleichbaren nicht erkrankten oder gestorbenen Person zum Bruttosozialprodukt gemessen. Dieser entspricht der Summe der auf den Ereigniszeitpunkt diskontierten (abgezinsten) zukünftigen Arbeitseinkommen, berechnet für die Restlebenserwartung vergleichbarer Personen.

Intangible Kosten sind die monetär nur schwer messbaren bzw. bewertbaren Kosten wie **z.B.** psychische Belastungen, Schmerzen, Ängste, soziale Isolierung. Diese werden in den meisten Evaluationsstudien nicht in die Bewertung einbezogen, weil die bislang vorliegenden Bewertungsansätze unbefriedigend sind.

2.2 a) Konzept der Kosten-Effektivitäts-Analyse

10 Punkte

In der Kosten-Effektivitäts-Analyse (cost-effectiveness analysis) werden die Effekte von Gesundheitstechnologien in physischen Einheiten gemessen. Dabei kann es sich um Zeiteinheiten (z. B. gewonnene Lebensjahre), Fallzahlen oder klinische Werte (Blutdruckwerte u. ä.) handeln.

Die Kosten der Technologien werden in der Kosten-Effektivitäts-Analyse als *Nettokosten* kalkuliert (Nettokostenkonzept). D. h. von den direkten und indirekten Kosten, die mit ihrem Einsatz verbunden sind, werden die Krankheitskosten subtrahiert, die in Zukunft teilweise oder ganz vermieden werden können. Informationen über die vermiedenen Kosten liefern Krankheitskostenstudien, in denen die direkten Kosten und die Produktionsverluste (Arbeitsausfall, Erwerbsunfähigkeit, vorzeitiger Tod) von Krankheiten kalkuliert werden.

Die Nettokosten werden auf das in physischen Einheiten gemessene Ergebnis bezogen, z. B. die Kosten pro gewonnenem Lebensjahr (**Kosten-Effektivitätsquotient KEQ**):

$$\text{KEQ} = \frac{\text{Nettokosten}}{\text{gewonnenes Lebensjahr}} .$$

Mit dem Kosten-Effektivitätsquotienten lässt sich die Kosten-Effektivität einer Technologie mit der einer anderen Technologie vergleichen.

2.2 b) Schwächen der Kosten-Effektivitäts-Analyse:

6 Punkte
je Aspekt
3 Punkte

- Nur solche Technologien sind vergleichbar, deren Ergebnis mit dem gleichen physischen Indikator gemessen werden kann.
- Die Werte geben keine Auskunft darüber, wie sie von den Betroffenen oder Dritten subjektiv beurteilt werden, obwohl z. B. ein gewonnenes Lebensjahr eine durchaus unterschiedliche Lebensqualität aufweisen kann. Diesen Mängeln versucht die Kosten-Nutzwert-Analyse Rechnung zu tragen.

Lösung 3: Gesundheitssystem der Bundesrepublik

16 Punkte

Argumente für eine große Zahl an Krankenkassen (SB 3, S. 38 und 39)

8 Punkte

Eine große Zahl an Krankenkassen bedeutet Konkurrenz und Wettbewerb. Wettbewerb zwischen den Krankenkassen wiederum hat zur Folge, dass diese gezwungen sind, auf einen möglichst niedrigen Beitragssatz hinzuwirken sowie durch höhere (Wahl-)Leistungen um Mitglieder zu werben. Für die Krankenkassen besteht somit ein permanenter Anreiz, auf ein möglichst optimales Preis-Leistungs-Verhältnis für ihre Versicherten hinzuwirken.

Argumente gegen eine hohe Zahl an Krankenkassen

8 Punkte

Eine hohe Zahl an Krankenkassen bedeutet, dass die Verwaltungskosten der Krankenkassen für jede einzelne Kassenart anfallen. Durch eine Fusion wird eine Fixkosten-Degression sowie eine Ersparnis im Bereich der Overhead-Kosten erwartet. Auf diese Weise sollen Wirtschaftlichkeitsreserven in der Verwaltung der Krankenkassen gehoben werden. Ein Schritt in diese Richtung soll mit dem durch die Gesundheitsreform beschlossenen „Gesundheitsfonds“ gegangen werden, welcher einen zentralen Einzug der Beiträge der Krankenkassenversicherten vorsieht.

Hinweise zur Bewertung: Auch andere, schlüssige Argumente sind zu werten.

Lösung 4: Gesundheitssysteme im intern. Vergleich

17 Punkte

4.1 Gesamtwirtschaftliche Gesundheitsausgabenquote (SB 4, S. 15 f)

7 Punkte

Hierunter versteht man den Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt eines Landes. Anhand dieser Kennziffer kann die relative gesamtwirtschaftliche Bedeutung des jeweiligen nationalen Gesundheitswesens international verglichen werden, ohne dass unterschiedliche Wechselkurse bzw. Kaufkraftparitäten berücksichtigt werden müssen. Eine Variante der Gesundheitsausgabenquote sind die Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung.

4.2 Probleme im internationalen Vergleich

4 Punkte

- Abgrenzungsprobleme, da zu klären ist, was zu den Gesundheitsausgaben gezählt wird.
- Probleme bezüglich der Strukturierung der einzelnen Teilbereiche.

je Problem

2 Punkte

Bedeutung der SHA (SB 4, S. 15 und 16)

6 Punkte

Das SHA ist ein System von Gesundheitskonten, welches einheitliche internationale Richtlinien für die Darstellung der Ausgaben, der Inputs sowie der Outputs der Gesundheitssysteme liefern soll. Das System basiert auf den drei Teilklassifikationen der International Classification for Health Accounts, welches eine Klassifikation nach Funktionen, nach Leistungserbringern und nach Finanzierungsträgern vorsieht.

Lösung 5: Managed Care und Pflegeversorgung

20 Punkte

5.1 Wesensmerkmale einer HMO (SB 5, S. 8)

5 Punkte

HMO bieten ihren Kunden (gegen eine einheitliche Prämie) eine Versorgung mit Gesundheitsleistungen, welche von Leistungsanbietern erbracht werden, zu denen die HMO in einer (mehr oder weniger) engen Beziehung steht. Dabei sollen die Patienten grundsätzlich auch nur diese Leistungsanbieter in Anspruch nehmen. Erste Anlaufstelle ist in der Regel der Allgemein- oder Primärarzt (Gate Keeper).

5.2 Organisationsformen von HMO's (SB 5, S. 8 und 9)

max. 15 Punkte

Staff-HMO

je Organisationsform

- beschäftigen Ärzte im Angestelltenverhältnis.
- Diese Ärzte beziehen ein Gehalt und tragen insofern kein finanzielles Risiko.
- Alle Einrichtungen befinden sich in der Regel in einem gemeinsamen Gebäude, so dass die organisatorische Kontrolle gewährleistet ist.

max. 5 Punkte

Group-HMO

- schließen selektive Verträge mit Ärzten, die ihrerseits in Group-Praxen organisiert sind.
- Diese erhalten differenzierte Kopfpauschalen als Vergütung.
- Die Ärzte einer Group-HMO behandeln in der Regel nur die Versicherten der eigenen HMO.

Network-HMO

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

Independent Practice Association

- Gruppe von rechtlich unabhängigen und eigenständigen Ärzten, die Vertragspartner einer oder mehrerer HMO's sind.
- Es erfolgt eine Kooperation sowie Informationsaustausch untereinander.
- Die Ärzte behandeln nicht nur Patienten der Vertrags-HMO sondern auch andere Versicherte.