



Name, Vorname	
Matrikel-Nr.	
Studienzentrum	
Studiengang	<b>Pflegemanagement</b>
Fach	<b>Gesundheitökonomie und -politik</b>
Art der Leistung	<b>Prüfungsleistung</b>
Klausur-Knz.	<b>PM-GOP-P11-030927</b>
Datum	<b>27. 09. 2003</b>

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 Arbeitsbögen** \_\_\_\_\_

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Aufsichtsführende(r)

\_\_\_\_\_  
Prüfungskandidat(in)

### Bewertungsschlüssel

Aufgabe	1	2	3	4	5	6	insg.	
max. erreichbare Punkte	20	16	24	12	18	10	100	<b>Note:</b>
Bewertung	1. Prüfer							
	ggf. 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 1. Prüfer

\_\_\_\_\_  
Name des 2. Prüfers in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift 2. Prüfer

Anmerkungen des ersten Prüfers:

---

Datum, Unterschrift 1. Prüfer

---

ggf. Anmerkungen des zweiten Prüfers:

---

Datum, Unterschrift 2. Prüfer

---



Studiengang	<b>Pflegemanagement</b>
Fach	<b>Gesundheitsökonomie und -politik</b>
Art der Leistung	<b>Prüfungsleistung</b>
Klausur-Knz.	<b>PM-GOP-P11-030927</b>
Datum	<b>27. 09. 2003</b>

**Die Klausur besteht aus 6 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:** 6  
**Höchstpunktzahl:** 100  
**zulässige Hilfsmittel:** keine

## Bewertungsschlüssel

Aufgabe	1	2	3	4	5	6	insg.
max. erreichbare Punkte	20	16	24	12	18	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

Alle 6 Aufgaben sind zu bearbeiten.

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

- a) Definieren Sie die Begriffe „Solidaritätsprinzip“ und „Subsidiaritätsprinzip“ und grenzen Sie die Begriffe voneinander ab. 12 Punkte
- b) Erläutern Sie folgende Organisationsprinzipien der Träger der sozialen Sicherung: „Kausalprinzip“ und „Finalprinzip“. 8 Punkte

**Aufgabe 2: Einführung in die Gesundheitsökonomie** 16 Punkt

- a) Skizzieren/ beschreiben Sie den grafischen Verlauf der Produktionsfunktion für Gesundheit (bei variierendem Konsum von Gesundheitsgütern) **und** erläutern Sie den Verlauf. 8,5 Punkte
- b) Nennen Sie 5 Faktoren, die die individuelle Nachfrage nach Gesundheitsgütern beeinflussen. 7,5 Punkte

**Aufgabe 3: Gesundheitssystem der Bundesrepublik** 24 Punkte

- a) Aus welchen **zentralen** Gründen ist das deutsche Gesundheitssystem in eine Kostenkrise geraten? Nennen und erläutern Sie diese Gründe und benennen Sie Folgen. 12 Punkte
- b) Was versteht man unter „Neokorporatismus“, welche Vorteile kann er für den Staat mit sich bringen und welche Nachteile kann er haben? 12 Punkte

**Aufgabe 4: Internationale Gesundheitssysteme** 12 Punkte

Nennen Sie acht besondere Merkmale/ Eigenheiten des US-amerikanischen Gesundheitssystems! 12 Punkte

**Aufgabe 5: Managed Care und Pflegeversicherung** 18 Punkte

Erläutern Sie die Managed Care-Steuerungsinstrumente „Utilization Review“ und „Utilization Management“ **und** nennen Sie Unterformen. 18 Punkte

**Aufgabe 6: Analyse der Pflegemärkte** 10 Punkte

Nennen und erläutern Sie (drei) Marktzutrittsschranken für neue Anbieter auf dem Pflegemarkt. 10 Punkte

Studiengang	<b>Pflegemanagement</b>
Fach	<b>Gesundheitsökonomie und -politik</b>
Art der Leistung	<b>Prüfungsleistung</b>
Klausur-Knz.	<b>PM-GOP-P11-030927</b>
Datum	<b>27.09.2003</b>

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	20	16	24	12	18	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. 10. 2003**

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 20 Punkte

## a) Solidaritätsprinzip und Subsidiaritätsprinzip (SB1, S.12 f., S. 64 f., ÜA 1.2)

max. 12 Punkte

### Solidaritätsprinzip/ Solidarprinzip

- Solidaritätsprinzip ist sozialetisches Prinzip 1,5 Punkte
- Grundgedanke „einer für alle, alle für einen“ 1,5 Punkte
- Beruht auf der Tatsache, dass Menschen in gegenseitiger Abhängigkeit leben 1,5 Punkte
- Gesellschaftlich organisierte Vorsorge ist mit Eigenvorsorge (mindestens) gleichrangig 1,5 Punkte
- Ist Gestaltungsprinzip (für Staat, Gesellschaft und Wirtschaft) 1,5 Punkte
- Ist in verschiedenen Weltanschauungen ideologisch verankert (z.B. kath. Soziallehre, Arbeiterbewegung) 1,5 Punkte
- In sozialer Sicherung wird Solidarprinzip durch sozialen Ausgleich (Risiko, Einkommen...) verkörpert 1,5 Punkte
- Solidarprinzip zudem in Teilhabe der Sozialleistungsempfänger an Wirtschaftsentwicklung verkörpert 1,5 Punkte
- In (großen) Gesellschaften ist wegen fehlender Solidarität eine Verrechtlichung erforderlich 1,5 Punkte
- Ist ein Grundprinzip der deutschen Sozialversicherungen 1,5 Punkte

### Subsidiaritätsprinzip

- Bezeichnet Nachrangigkeitsbeziehung 1,5 Punkte
- Hauptsächlich aus katholischer Soziallehre stammend 1,5 Punkte
- Eigenvorsorge hat Vorrang vor gesellschaftlicher Vorsorge 1,5 Punkte
- Selbstbestimmung und Selbstverantwortung stehen im Vordergrund (sollen nicht eingeengt werden) 1,5 Punkte
- (Organisatorisches Subsidiaritätsprinzip:) Kleinere Einheiten sollen Vorzug vor größeren haben 1,5 Punkte
- Daher muss Gemeinschaft Individuen und kleinere Einheiten zur Selbstverantwortung befähigen 1,5 Punkte
- Ist ein Grundprinzip der Sozialhilfe 1,5 Punkte

## b) Kausalprinzip und Finalprinzip (SB1, S.33, S. 62 f.)

max. 8 Punkte

### Kausalprinzip

- Relevant für Leistungsgewährung ist die Ursache eines Schadens 3 Punkte
- Für jedes Schadensrisiko ist eigenständiger Versicherungsträger zuständig 1 Punkt
- Dies ist Organisationsprinzip der dt. Sozialversicherungsträger 1 Punkt

### Probleme:

- Leistungen können je nach Schadensursache unterschiedlich sein 1 Punkt
- Es kann zu Überschneidungen kommen (die zur Verantwortungsverlagerungen führen) 1 Punkt
- Finanzausgleich (zw. Versicherungsträgern) kann erforderlich sein 1 Punkt

### Finalprinzip

- Relevant für Leistungsgewährung ist Zweck der Leistung 3 Punkte
- Leistungsempfänger müssen zuvor KEINE Anwartschaft erworben haben 1 Punkt
- Dies ist (Haupt-) Organisationsprinzip der dt. Sozialhilfe (bzw. einer Staatsbürgerversorgung) 1 Punkt

## Lösung 2: Einführung in die Gesundheitsökonomie

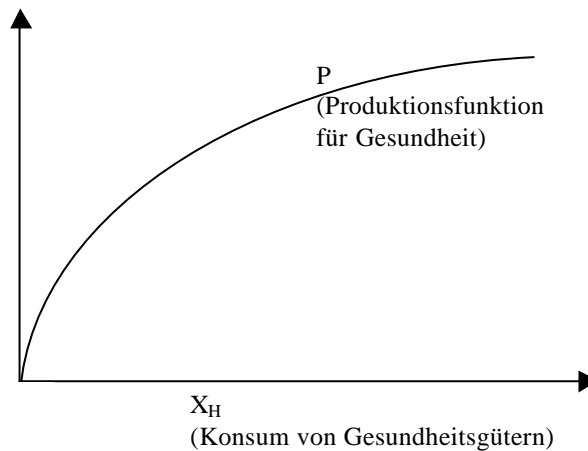
16 Punkte

### a) Verlauf Produktionsfunktion für Gesundheit (SB2, S.17 f.)

max. 8,5 Punkte

Skizze:

H  
(resultierender  
Gesundheitsstatus)



6 Punkte

oder entsprechende Beschreibung (z.B.: mit steigendem Konsum von Gesundheitsgütern steigt der resultierende Gesundheitsstatus nicht linear an, sondern die Kurve ist abflachend gekrümmt)

4 Punkte

Erläuterung:

Bei geringem Gesundheitsstatus haben medizinische Leistungen einen großen Einfluss

1,5 Punkte

Je größer der bestehende Gesundheitsstatus ist, umso geringer ist der Effekt von Gesundheitsgütern

1,5 Punkte

Ursache ist das Gesetz des abnehmenden Grenzprodukts

1,5 Punkte

### b) Faktoren, die Nachfrage nach Gesundheitsgütern bestimmen (SB2, S. 9 ff.)

max. 7,5 Punkte

- Gesundheitszustand (auch erwarteter Gesundheitszustand -> Bildung) 1,5 Punkte
- Einkommen 1,5 Punkte
- Preis (der Gesundheitsgüter) 1,5 Punkte
- Finanzierungsanteil (des Versicherten) 1,5 Punkte
- Preis anderer Güter (Substitutionsgüter und/ oder Komplementärgüter) 1,5 Punkte
- Zeit/ Zeitkosten 1,5 Punkte
- Anbietereinfluss 1,5 Punkte

## Lösung 3: Gesundheitssystem der Bundesrepublik

24 Punkte

### a) Gründe für Kostenkrise (SB3, S. 29 ff., ÜA 2.3)

max. 12 Punkte

- In erster Linie Einnahmenkrise (nur nachrangig Ausgabenkrise) 1,5 Punkte
- Gesundheitsquote (Anteil Gesundheitsausgaben am BIP) nur moderat steigend 1,5 Punkte
- Problem: Lohnquote geht kontinuierlich zurück 1,5 Punkte
- Damit geht auch Beitragsgrundlage der Krankenkassen zurück 1,5 Punkte
- Ursache: Massenarbeitslosigkeit 1,5 Punkte
- Ursache: Verbreitung geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse/ Teilzeitarbeit 1,5 Punkte
- Folge: Anstieg der Beitragssätze 1,5 Punkte
- Folge: Preis für Arbeit steigt 1,5 Punkte
- Folge: verfügbares Einkommen sinkt 1,5 Punkte
- Zudem steigen auch Ausgaben wegen zunehmendem Alter und med.-tech. Fortschritt 1,5 Punkte

**b) Neokorporatismus (SB3, S. 53 f., ÜA 4.2 & 4.5)****max. 12 Punkte**

- Neokorporatismus bedeutet: Verbände übernehmen öffentliche Funktionen vom Staat 1,5 Punkte
- Damit sind Verbände in die Umsetzung politischer Programme eingebunden (inkorporiert) 1,5 Punkte
- Verschiedene Formen: Von Anhörungsrecht bis zu Kontrollaufgaben/ Selbstregulierung 1,5 Punkte
- Neokorporatismus ist typisch für das deutsche Gesundheitssystem 1,5 Punkte

**Vorteile für Staat:**

- Staat kann Konflikte in Verbände/ Selbstregulierung hineinverlagern 1,5 Punkte
- Staat schützt sich vor Überlastung 1,5 Punkte
- Verbände haben häufig mehr Sachverstand/ Erfahrung als Staat 1,5 Punkte

**Mögliche Nachteile:**

- Konfliktlösungen/ Reformen können erschwert sein (wg. Anzahl Beteiligter) 1,5 Punkte
- Einfluss der Berufsgruppen/ Verbände ist sehr unterschiedlich 1,5 Punkte
- Entscheidungen können von den Verbänden (willentlich) blockiert werden 1,5 Punkte

**Lösung 4: Internationale Gesundheitssysteme****12 Punkte****US-amerikanisches Gesundheitssystem (SB 4, S. 20 ff.)****max.12 Pkt.**

- Krankenversicherung i.d.R. über Arbeitgeber (Teil der betrieblichen Sozialleistung) je Nennung
- Krankenversicherung (für Arbeitgeber) nicht obligatorisch (sondern Aushandlung zw. Tarifparteien) 1,5 Punkte
- Umfang und Finanzierung branchenabhängig sehr unterschiedlich
- Große Unternehmen zahlen i.d.R. höheren Beitragsanteil als kleinere
- Daneben staatliche Sozialprogramme
- Daneben Möglichkeit der Selbstversicherung
- Beiträge können steuerlich geltend gemacht werden
- Konditionen der Selbstversicherung häufig schlechter (als Versicherung über Arbeitgeber)
- KEINE Pflicht zur Krankenversicherung (für Versicherte)
- Viele US-Amerikaner (13 - 16 %) gar nicht oder nur schlecht versichert
- Sehr viele Anbieter von Krankenversicherungen
- Starke Variation von Leistungsspektrum und Finanzierungsbedingungen
- Daraus folgend stark variierende Beitragssätze
- Fast alle Krankenversicherten verfügen über bestimmte Grundsicherung
- Daneben bieten Versicherungen Spezial- und Zusatzversicherungen (z.B. für chronisch Kranke) an
- Ein Drittel der Gesundheitsausgaben ist steuerfinanziert
- Staatliche Programme für bestimmte Gruppen (Ältere (Medicare), Arme (Medicaid), Veteranen)
- Starker Anstieg der Gesundheitsquote in den letzten 40 Jahren (nahezu verdreifacht)
- Im internationalen Vergleich sehr hohe Gesundheitsquote (> 14 %)
- Sehr hohe (Durchschnitts-)Ausgaben pro Einwohner
- Sehr ungleichmäßige Verteilung der Gesundheitsgüter (starke Konzentration auf Wohlhabendere)
- Private Beteiligung meist als Selbstbehalt
- Zusätzlich häufig Obergrenze für versicherte Gesundheitsausgaben je Person
- Kostenerstattungsprinzip vorherrschend
- Starker Anstieg der privaten Zuzahlungen in den letzten Jahrzehnten
- Krankenversicherungen sind privatwirtschaftlich (gewinnorientiert)
- Gemeinnützige Unternehmen in der Minderzahl



- Im Vergleich wenig Krankenhausbetten
- Im Vergleich wenig Ärzte
- Geringerer Anteil Arzneimittelausgaben (wg. Preisen, aber auch wg. statistischer Zuordnung)
- Höherer Anteil an Ausgaben für ambulante Leistungen
- Vertikale Integration zwischen Leistungsanbietern und -finanzierern (HMOs)
- Anwendung der Prinzipien des managed care

<b>Lösung 5: Managed Care und Pflegeversorgung</b>	<b>18 Punkte</b>
--	------------------

**Utilization Review/ Utilization Management (SB5, S. 41 ff., S. 66)**

**max. 18  
Punkte**

**Utilization review:**

Individuelle Fallbetrachtung 1,5 Punkte  
kann vor, während und nach der Behandlung erfolgen 1,5 Punkte

Drei Fragen stehen im Vordergrund:

- Rechtfertigen die Symptome des Pat. bestimmte Leistungen? („do the right thing“) 1,5 Punkte
- Muss Pat. stationär behandelt werden oder reicht andere Form? (Ort und Stufe der Leistungserstellung) 1,5 Punkte
- Falls stationärer Aufenthalt erforderlich: Wie lange muss Patient im KH verweilen? („do the things right“) 1,5 Punkte

**Utilization management:**

KEINE Betrachtung des Einzelfalls 1,5 Punkte  
Vergleich aggregierter Leistungen mit statistischem Mittel oder best practice 1,5 Punkte  
Entspricht im wesentlichen benchmarking

**[Gemeinsamkeiten:]**

- Externe Begutachter 1,5 Punkte
- Angemessenheit der medizinischen Leistung wird beurteilt 1,5 Punkte
- Offenlegung aller durchgeführten oder geplanten Leistungen durch Leistungsersteller 1,5 Punkte
- Verlust der Diagnose- und Therapiefreiheit für Leistungsersteller 1,5 Punkte
- Leistungsfinanzierer im Gegenzug im Kräfteverhältnis gestärkt 1,5 Punkte

**Wirkmechanismen:**

- Erhöhung der Hemmschwellen für Leistungsersteller 1,5 Punkte
- Ablehnung (nachrangig) 1,5 Punkte

**Ziele:**

- Systematische Überprüfung der Angemessenheit der Leistung 1,5 Punkte
- (dadurch) Kostenkontrolle/ -senkung 1,5 Punkte
- (durch) Vermeidung unangemessener Leistungen 1,5 Punkte
- (und auch) Qualitätssteigerung 1,5 Punkte
- (durch) Aufdeckung von Fehl- und Unterversorgung

**Formen:**

- Vor stationärer Einweisung (preadmission review/ precertification review) 1,5 Punkte

- In ambulanter Versorgung (preauthorization review) 1,5 Punkte
- Einschätzung durch weiteren Fachkollegen (second opinion-Programme) 1,5 Punkte
- Behandlungsplan vorzulegen (concurrent review) 1,5 Punkte
- Kontrolle ex-post/ anhand Aktenlage (retrospektive/ discharge review) 1,5 Punkte
- Fallanalyse zusammen mit Fachkollegen (peer review) 1,5 Punkte

## Lösung 6: Analyse der Pflegemärkte

10 Punkte

### Marktzutrittsschranken (SB6, S. 25 f.)

max. 10  
Punkte

- Marktzutrittsschranken sind** Bedingungen, die Marktzutritt erschweren oder verhindern. 1,5 Punkte
- Folge: etablierte Unternehmen sind gegen Konkurrenz durch Newcomer geschützt 1,5 Punkte
- Folge: etablierte Anbieter können monopolistische Preisbildung/ Absprachen vornehmen 1,5 Punkte
- Auch ohne Absprachen ist Preiswettbewerb eingeschränkt und Preisniveau erhöht 1,5 Punkte

### Formen:

- Zulassung 1,5 Punkte
- Konkurrenz etablierter Anbieter/ Produktdifferenzierungsvorteile 1,5 Punkte
- Investitionskosten 1,5 Punkte

### Erläuterungen:

#### Zulassung (durch Pflegekassen)

- Gemäß Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) 1,5 Punkte
- Leistungen dürfen nur für Einrichtungen mit Versorgungsvertrag vergütet werden 1,5 Punkte
- Bestimmte Zulassungskriterien sind von Pflegekassen zu beachten 1,5 Punkte
- (Allgemeine Kriterien:) Vielfalt, Unabhängigkeit, Selbstständigkeit & Träger-Selbstverständnis 1,5 Punkte
- Ziel: Vielfältige Marktstruktur (wie unter Wettbewerbsbedingungen zu erwarten wäre) 1,5 Punkte
- (Konkrete Voraussetzung:) Leitung durch ausgebildete Pflegekraft 1,5 Punkte
- (Konkrete Voraussetzung:) Gewähr für leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung 1,5 Punkte
- Anspruch auf Zulassung besteht, wenn Voraussetzungen erfüllt sind (Kontrahierungszwang) 1,5 Punkte
- Zulassung kann aber auch wieder entzogen werden 1,5 Punkte
- Zulassungskriterien nicht sehr restriktiv 1,5 Punkte
- Verdrängungswettbewerb eher ein Preis- als ein Qualitätswettbewerb 1,5 Punkte

#### Konkurrenz etablierter Anbieter/ Produktdifferenzierungsvorteile

- Bestehende Einrichtungen/ Pflegedienste sind bekannt und haben Vertrauenspotential 1,5 Punkte
- Newcomer müssen sich erst noch bekannt machen, um Kundenstamm zu akquirieren 1,5 Punkte

#### Investitionskosten

- Insbesondere für Pflegeheime 1,5 Punkte
- Ohne Gewähr für ausreichende Auslastung 1,5 Punkte
- Kreditbeschaffung (von Banken) für Newcomer schwieriger 1,5 Punkte