

Übungsklausur



STAATLICH ANERKANNTE
FACHHOCHSCHULE

Studiengang	Pflegemanagement
Fach	Gesundheitsökonomie und -politik
Semester	3. Semester
Vorbereitung auf	Prüfungsleistung
Kennzeichen	PM-GOP-K11

Sehr geehrte Studierende,

die nachfolgenden Aufgaben sollen Sie auf die bevorstehende Prüfungsleistung im Studienfach **Gesundheitsökonomie und -politik** vorbereiten helfen. Die Prüfungsklausur wird die sechs hier aufgeführten Aufgabenkomplexe beinhalten, auch umreißt der Charakter der Aufgaben Umfang und Anforderungsniveau der abzulegenden Prüfung. Das bedeutet jedoch nicht, dass die Studieninhalte innerhalb der Fragenkomplexe in Art und Gewichtung mit der Prüfungsklausur übereinstimmen müssen. Auch können hier nicht berücksichtigte Stoffgebiete aus den Studienbriefen geprüft werden. Sie sollten deshalb auch die Wissensbereiche bearbeiten, die hier nicht abgefragt werden.

Wir empfehlen Ihnen, die Übungsklausur vollständig durchzuarbeiten, um einen Überblick über Ihren Kenntnisstand zu erhalten. Zusätzlich geben wir Ihnen Lösungen und Lösungshinweise und einen Bewertungs- und Notenschlüssel, damit Sie Ihr Wissen sofort überprüfen und einordnen können.

Sie werden natürlich nur dann ein objektives Bild Ihres Leistungsstandes erhalten, wenn Sie die Übungsklausur *unter Prüfungsbedingungen* absolvieren. Beachten Sie daher bitte, dass für diese Klausur **90 Minuten** Bearbeitungszeit veranschlagt sind und dass keine Hilfsmittel vorgesehen sind. Bearbeiten Sie die Klausur in ungestörter Atmosphäre und nehmen erst nach der Schreibphase anhand der Lösungshinweise und der Studienbriefe eine Einschätzung Ihres Leistungsstandes vor.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg
und eine gute Vorbereitung auf die Prüfung.

BEWERTUNGSSCHLÜSSEL

Aufgabe	1	2	3	4	5	6				
max. Punktzahl	15	20	15	15	15	20				
Erreichte Punktzahl										

NOTENSPIEGEL

Note	1,0	1,3	1,7	2,0	2,3	2,7	3,0	3,3	3,7	4,0	5,0
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 Aufgabenkomplexe sind zu bearbeiten.

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

Private Versicherungen können zu fehlerhaften Allokationen oder auch zu Marktversagen führen. Erklären Sie die Phänomene der „Negativselektion“ und der „Positivselektion“ bei privaten Versicherungen. 15 Punkte

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

- a) Auch in der Gesundheitsökonomie verhält sich die Nachfrage nach Gesundheitsgütern elastisch. Was verstehen Sie unter einer großen Nachfrageelastizität und was unter einer geringen Nachfrageelastizität? Welche Nachfrageelastizität ist für Staaten mit einer allgemeinen Krankenversicherung charakteristisch? 12 Punkte
- b) Die Gesundheitsökonomie erfaßt die Kosten von Gesundheitsleistungen. Welche Kostenarten können hierbei unterschieden werden? Charakterisieren Sie die Kostenarten. 8 Punkte

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

Was begründet den starken Einfluß der Ärzteschaft im deutschen Gesundheitswesen? 15 Punkte

Komplex 4: Internationale Gesundheitssysteme	15 Punkte
---	------------------

Erläutern Sie das Primärarztprinzip. Berücksichtigen Sie dabei, welche der vorgestellten Gesundheitssysteme dieses Prinzip anwenden. (Vorteile vs. Nachteile für Patienten, Ärzte, Gesundheitswesen) 15 Punkte

Komplex 5: Managed Care und Pflegeversorgung	15 Punkte
---	------------------

Welche Vorteile und welche Nachteile hat die Anwendung des „gatekeeping“ (oder des gatekeeper-Prinzips) für die Versicherten? 15 Punkte

Komplex 6: Analyse der Pflegemärkte	20 Punkte
--	------------------

- a) Wie schätzen Sie die Transparenz auf dem Pflegemarkt ein und welche Möglichkeiten haben Pflegebedürftige und ihre Angehörigen für eine sachgerechtere, kompetentere Auswahl unter den Anbietern? 15 Punkte
- b) Welche Konsequenzen hat das uno-actu-Prinzip für das Angebot von Pflegeleistungen? 5 Punkte

Lösungshinweise zur Übungsklausur Gesundheitsökonomie und -politik PM-GOP-K11

Um Ihnen die möglichst genaue Beurteilung Ihres Leistungsstandes zu ermöglichen, ist nachfolgend zu jeder Aufgabe eine Musterlösung inklusive der Verteilung der Punkte auf Teilaufgaben bzw. Lösungsschritte zu finden. Natürlich ist es nicht möglich, jede nur denkbare Lösung anzugeben. Stoßen Sie daher bei der Korrektur auf einen anderen als den angegebenen Lösungsweg, so nehmen Sie bitte die Verteilung der Punkte auf die einzelnen Lösungsschritte sinngemäß vor. Sind in der Musterlösung die Punkte für eine Teilaufgabe summarisch angegeben, so ist die Verteilung Ihnen überlassen.

Die Bewertung der Übungsklausur erfolgt gemäß dem Notenschlüssel auf dem Aufgabenblatt.

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

„Negativselektion“ und „Positivselektion“ bei privaten Versicherungen:	max. 15 Punkte
Auf Versicherungsmärkten bestehen Informationsasymmetrien zwischen dem Versicherungsnehmer und der Versicherung. (SB 1, S. 29)	2 Punkte
Das kann zur Negativselektion (adverse selection) in der Versichertengruppe führen, falls die Versicherung die Beiträge nach der durchschnittlichen Schadenshäufigkeit der Versicherungsnehmer erhebt und keine weiteren Vorkehrungen ergreift. (SB 1, S. 29)	3 Punkte
In diesem Fall ist die Versicherung vor allem für Klienten mit einem überdurchschnittlichen Risiko attraktiv. (SB 1, S. 29)	2 Punkte
Für Klienten mit einem geringen, unterdurchschnittlichen Risiko bestehen Anreize, die Versicherung zu verlassen bzw. erst keine Verträge abzuschließen, denn für diese Klientengruppe sind die Beiträge gemessen an ihrem individuellen Risiko zu hoch. (SB 1, S. 29)	2 Punkte
Die Attraktion der Versicherung für „schlechte“ Risiken kann letztlich zur Nichtversicherung von Risiken führen. (SB 1, S. 29-30)	2 Punkte
Private Versicherungen wirken der Gefahr der Negativselektion durch Maßnahmen der Positivselektion entgegen. (SB 1, S. 30)	2 Punkte
Maßnahmen der Positivselektion können Zuschläge zu den Beiträgen sein oder die Staffelung der Beiträge nach dem geschätzten Risiko des Versicherungswilligen. (SB 1, S. 30)	3 Punkte
Die Positivselektion geht bis zur Nichtversicherung von einzelnen Versicherungswilligen oder ganzen Risikogruppen. (SB 1, S. 30)	2 Punkte

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

a) Nachfrageelastizitäten:	max. 12 Punkte
Eine große Nachfrageelastizität bedeutet, daß sich die Nachfrage reziprok zur Preisentwicklung verhält, also bei Preiserhöhungen stark sinkt und bei Preissenkungen ansteigt. (SB 2, S. 14-15)	3 Punkte
Bei einer geringen Nachfrageelastizität beeinflussen Preisveränderungen die Nachfrage nur gering. (SB 2, S. 15)	2 Punkte
Im Extremfall erfolgt bei einer geringen Preiselastizität keine Änderung der Nachfrage. In diesem Fall würde die Elastizität bei Null liegen, die Nachfrage wäre also starr. (SB 2, S. 15)	3 Punkte
In Staaten mit einer allgemeinen Krankenversicherung beeinflussen Preiserhöhungen bei Gesundheitsgütern das Nachfrageverhalten nur in geringem Maße. Es herrscht also eine geringe Nachfrageelastizität. (SB 2, S. 15)	3 Punkte
Die Nachfrageelastizität ist jedoch nicht starr. Das zeigt sich bei Nachfrageänderungen im Bereich der Selbstmedikation oder bei deutlich erhöhten anderen Eigenbeteiligungen der Versicherten. (SB 2, S. 15-16)	3 Punkte
b) Kostenarten:	max. 8 Punkte
Die Gesundheitsökonomie unterscheidet, wie andere Bereiche auch, die Kosten nach direkten, indirekten und tangiblen Kosten. (SB 2, S. 51)	1 Punkt
Zu den direkten Kosten zählen alle Kosten, die im Prozeß der medizinischen Leistungserbringung entstehen. (SB 2, S. 51) Das sind die Personal- und Sachkosten bei den medizinischen Leistungserbringern., aber auch die Kosten der Patienten, wie Fahrkosten und Zeitaufwand (SB 2, S. 51)	2 Punkte
Zu den indirekten Kosten gehören die Produktionsausfälle aufgrund von Krankheit, Behinde-	2 Punkte

rung oder Tod. (SB 2, S. 51)	1,5 Punkte
Die indirekten Kosten können nur geschätzt werden. Hierfür werden die bisherige Wertschöpfung und das bisherige Einkommen der Kranken (Behinderten, Verstorbenen) linear oder progressiv über die statistische Lebenserwartung hochgerechnet. (SB 2, S. 51)	2 Punkte
Zu den intangiblen Kosten werden Schmerzen und psychische Belastungen gerechnet, die direkt oder indirekt aus dem Ergebnis der medizinischen Behandlung resultieren. (SB 2, S. 51)	1 Punkt
Die Bestimmung dieser Kosten erfolgt zumeist aufgrund von Schätzungen, ähnlich wie bei den indirekten Kosten. (SB 2, S. 51)	1,5 Punkte
Transferzahlungen wie Lohnfortzahlungen, Krankengeld, Renten o.ä. zählen nicht zu den Kosten des Gesundheitswesens. Mit ihnen ist kein Ressourcenverbrauch verbunden. Es handelt sich um die Umverteilung von Einkommen. (SB 2, S. 52)	

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

Gründe für den starken Einfluß der Ärzteschaft:	max. 15 Punkte
Die starke Stellung der Ärzteschaft im deutschen Gesundheitswesen beruht u.a. auf:	
- dem Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung, welchen die Kassenärztliche Bundesvereinigung vom Gesetzgeber erhalten hat (SB 3, S. 7);	3 Punkte
- der Professionalisierung der Ärzteschaft; diese Berufsgruppe bestimmt im Gesundheitswesen die fachlichen Inhalte und Standards (SB 3, S. 8-9);	3 Punkte
- dem hohen Organisationsgrad in der Ärzteschaft; er wird erreicht durch die Pflichtmitgliedschaft der niedergelassenen Ärzte in den KVen und aller praktizierenden Ärzte in den Ärztekammern (SB 3, S. 9);	3 Punkte
- der großen Differenzierung der Krankenkassen; sie sind gegenüber den KVen stärker heterogen (SB 3, S. 8-9, 12);	3 Punkte
- dem Kontrahierungszwang der gesetzlichen Krankenkassen mit allen medizinischen Leistungserbringern, die eine Kassenzulassung beantragen; deutsche Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung können nicht selektiv unter den medizinischen Leistungserbringern kontrahieren (SB 3, S. 39);	3 Punkte
Die Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung haben auch keinen direkten Einfluß auf die Honorargestaltung. Das obliegt der jeweiligen KV. (SB 3, S. 10, 33)	3 Punkte

Lösung Komplex 4: Internationale Gesundheitssysteme	15 Punkte
--	------------------

Primärarztprinzip:	max. 15 Punkte
Das Primärarztprinzip besagt, daß der Versicherte zunächst einen Primärarzt aufzusuchen hat. Dieser entscheidet über notwendige Überweisungen an Fachärzte oder die stationäre Versorgung. (SB 4, S. 26, 34)	2 Punkte
Hierfür muß der als Primärarzt agierende Mediziner aber auch befähigt sein. Er sollte fachlich in der Lage sein, als Primärarzt zu wirken und er sollte durch das Honorarsystem dazu befähigt werden. Er sollte kein Interesse entwickeln, den Patienten weder zu schnell „weiterzuleiten“ noch ihn möglichst lange selbst zu behandeln; diese Gefahr besteht bei Globalbudgets. (SB 4, S. 28)	5 Punkte
Für den Patienten hat dieses Prinzip den Vorteil, daß ein Arzt für die gesamte medizinische Versorgung verantwortlich ist. Idealerweise wirkt der Primärarzt als case manager für den Pati-	4,5 Punkte

enten. Es unterbindet aber auch die freie Arztwahl durch den Patienten. (SB 4, S. 26, 34)	
Die Länder, die das Primärarztprinzip eingeführt haben, versprechen sich davon eine effizientere Lenkung der Patienten und auch eine Verringerung der Gesundheitskosten. (SB 4, S. 33, 40)	2,5 Punkte
Letzteres ist in Großbritannien und den Niederlanden der Fall, wo das Primärarztprinzip die Grundlage der ambulanten medizinischen Versorgung bildet. (SB 4, S. 26, 33)	2 Punkte
In den USA und der Schweiz wird es punktuell angewandt. (SB 4, S. 23, 40)	1 Punkt
Estland und Lettland haben das Primärarztprinzip Ende der 90er Jahre eingeführt. Es wird aber noch nicht konsequent durchgesetzt, auch aufgrund eines Mangels an Primärärzten. (SB 4, S. 43-44)	1 Punkt

Lösung Komplex 5: Managed Care und Pflegeversorgung	15 Punkte
--	------------------

Gatekeeping:	max. 15 Punkte
Ein Vorteil der Anwendung des gatekeeping liegt in der Konzentration aller Patientendaten. Auf dieser Grundlage kann der als gatekeeper agierende Arzt sachkundiger entscheiden, als ohne die Kenntnis von Vorerkrankungen, anderen Behandlungen, Risiken etc. (SB 5, S. 22-23)	4 Punkte
Nachteilig für den Patienten ist die Begrenzung der freien Arztwahl. (SB 5, S. 24)	3 Punkte
Der Zugang zu Fachärzten und stationären Leistungen ist für den Patienten erschwert. Da dieser durch den gatekeeper vermittelt wird, muß der Patient hierfür längere Zeiten aufwenden. (SB 5, S. 24)	4 Punkte
Die Überweisung an Fachärzte kann zusätzlich verzögert werden, wenn für den gatekeeper finanzielle Anreize bestehen, möglichst viele Leistungen selbst zu erbringen, oder wenn die Sachkunde des gatekeepers nicht ausreicht. (SB 5, S. 25-26)	4 Punkte
	3 Punkte

Lösung Komplex 6: Analyse der Pflegemärkte	20 Punkte
---	------------------

a) Transparenz auf dem Pflegemarkt:	max. 15 Punkte
Die Markttransparenz auf dem Pflegemarkt ist sehr gering. Selbst die gesetzlich geforderten Preisvergleiche existieren noch nicht bei jeder Pflegekasse. (SB 6, S. 33)	2 Punkte
Es fehlen weitgehend systematische, periodische Übersichten über das Leistungsangebot der Pflegeeinrichtungen, über deren Ausstattung (räumlich und personell) und die Qualität der angebotenen Leistungen. (SB 6, S. 33)	2 Punkte
Das hat seine Ursachen in der Problematik des Vergleichs von Qualitäten bei Dienstleistungen,	2 Punkte
aber auch in der Tatsache, daß die Pflegekasse für eine wertende Empfehlung von Einrichtungen rechtlich nicht befugt ist. (SB 6, S. 33)	2 Punkte
Der potentielle Kunde ist bei seiner Entscheidung zunächst auf die Informationen der Sozialen Dienste in den Krankenhäusern und auf die Auskünfte der Pflegeeinrichtungen angewiesen. Beide sind interessegeleitet und nicht objektiv. (SB 6, S. 33)	2 Punkte
Auch die Checklisten der Pflegekassen bieten für die Entscheidung keine große Hilfe, da der Pflegebedürftige oder dessen Angehörige den Wahrheitsgehalt der von den Pflegeein-	3 Punkte

- richtungen gegebenen Auskünfte vielfach nicht prüfen können. Das ist bei grundlegenden Faktoren erst nach der Annahme der Pflegeleistung möglich. (SB 6, S. 34). 2 Punkte
- Damit bleiben als Möglichkeiten für eine Qualifizierung der Entscheidung nur die Informationen der Mund-zu-Mund-Propaganda und von Selbsthilfeorganisationen. (SB 6, S. 33-34) 3 Punkte
- Für den Kunden besteht die Schwierigkeit darin, eine entsprechende Organisation zu finden, die sachkundig beraten kann und die objektiv ist, die also weder inhaltlich noch personell oder finanziell durch die Leistungserbringer beeinflusst wird. (SB 6, S. 34-35)
- b) Konsequenzen des uno actu-Prinzips:** max. 5 Punkte
- Uno actu bedeutet, daß es keine räumliche und zeitliche Trennung von Produktion und Konsumtion bei Pflegeleistungen gibt. In dem Moment, in dem die Leistungen produziert werden, werden sie auch konsumiert. (SB 6, S. 38) 2 Punkte
- Diese Besonderheit hat zur Folge, daß Pflegeleistungen am Patienten nicht gelagert werden können. (SB 6, S. 38) 3 Punkte
- Diese Besonderheit der Pflege erschwert es Pflegeeinrichtungen, auf plötzliche Anstiege der Nachfrage nach Pflegeleistungen mit einer möglichst zeitnahen Ausweitung ihres Angebots zu reagieren. Ihre Reservekapazitäten sind darauf nicht eingerichtet. (SB 6, S. 38) 3 Punkte