

Klausur – Mantelbogen



UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES

Name, Vorname	
Matrikel-Nr.	
Studienzentrum	
Studiengang	Pflegemanagement
Fach	Gesundheitsökonomie und -politik
Art der Leistung	Prüfungsleistung
Klausur-Kennzeichen	PM-GOP-P12-090404
Datum	04.04.2009

Ausgegebene Arbeitsbögen _____

Abgegebene Arbeitsbögen _____

Ort, Datum

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben und Unterschrift Aufsichtsführende(r)

Prüfungskandidat(in)

Aufgabe		1	2	3	4	5	Σ	Note
max. Punktzahl		15	24	24	12	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
Fach	Gesundheitsökonomie und -politik
Art der Leistung	Prüfungsleistung
Klausur-Kennzeichen	PM-GOP-P12-090404
Datum	04.04.2009

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:	5
Höchstpunktzahl:	100
Hilfsmittel:	keine

Aufgabe	1	2	3	4	5	insg.
max. Punktzahl	15	24	24	12	25	100

Viel Erfolg!

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

Die soziale Sicherung kann z. B. nach dem Versicherungsprinzip, dem Versorgungsprinzip und dem Fürsorgeprinzip organisiert werden (Formen sozialer Sicherung). Beschreiben Sie das (modifizierte) Versicherungsprinzip der Sozialversicherung anhand von drei charakteristischen Merkmalen.

Aufgabe 2: Einführung in die Gesundheitsökonomie 24 Punkte

Informationsasymmetrien spielen auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Beziehungen des Gesundheitswesens eine wesentliche Rolle. Beschreiben Sie zwei mögliche Felder der Informationsasymmetrie. Zeigen Sie daraus resultierende Folgen auf.

Aufgabe 3: Gesundheitssystem der Bundesrepublik 24 Punkte

Erläutern Sie zwei der folgenden Strukturen, die in politikwissenschaftlichen Erklärungsansätzen zur Funktionsweise des deutschen Gesundheitssystems Verwendung finden: max. 24 Punkte

- 3.1 Neokorporatismus 12 Punkte
- 3.2 Föderalismus 12 Punkte
- 3.3 politische Netzwerke 12 Punkte

Aufgabe 4: Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich 12 Punkte

Um internationale Systemvergleiche durchführen zu können, werden objektivierbare Messgrößen und Indikatoren benötigt. max. 12 Punkte

Nennen Sie sechs Anforderungen an die Qualität erhobener Daten. je 2 Punkte

Aufgabe 5: Analyse der Pflegemärkte 25 Punkte

Bestimmen Sie die Begriffe „Pflegerwissenschaft“ und „Public Health“ und grenzen Sie sie voneinander ab.

Studiengang	Pflegemanagement
Fach	Gesundheitsökonomie und -politik
Art der Leistung	Prüfungsleistung
Klausur-Kennzeichen	PM-GOP-P12-090404
Datum	04.04.2009

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

22.04.2009

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

15 Punkte**Das modifizierte Versicherungsprinzip der Sozialversicherung****max. 15 Punkte**

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.

5 Punkte
pro Merkmal

- 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. 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.

Lösung 2

vgl. SB 1, S. 23; SB 2, S. 23 f., 44

24 Punkte**Informationsasymmetrien im Gesundheitswesen****max. 24 Punkte**

- Auf Versicherungsmärkten besteht eine Informationsasymmetrie zwischen den Versicherungsnehmern (Versicherten) und den Versicherungen, da die Versicherungsnehmer über ihre Risiken besser informiert sind als die Versicherungen. Diese Informationsasymmetrie kann zum Phänomen der Negativselektion (adverse selection) führen: Die Versicherungen sehen sich – wenn sie keine weiteren Vorkehrungen treffen – gezwungen, von allen Versicherungsnehmern eine gleiche, das durchschnittliche Risiko abdeckende Versicherungsprämie zu verlangen. Diese Prämie aber ist aus Sicht der Versicherten mit geringen Risiken zu hoch, so dass sie eher dazu neigen, keine Versicherung abzuschließen. Versicherungsnehmer mit schlechten Risiken dagegen schließen Verträge ab. In der Tendenz verschlechtert sich die Risikostruktur bei den Versicherungen, die Prämien (Beiträge) müssen angehoben werden, weitere Kunden mit guten Risiken kündigen ihre Verträge usw. Der Versicherungsmarkt trocknet aus.

12 Punkte
pro Asymmetrie
mit Folgen

- In der Gesundheitsversorgung sind Arzt-Patient-Beziehungen typische Prinzipal-Agent-Beziehungen: der Patient (Prinzipal) beauftragt den Arzt (Agent) stellvertretend, die Diagnose und Behandlung durchzuführen (andere Prinzipal-Agent-Beziehungen sind die Beauftragung eines Arztes oder eines Krankenhauses durch eine Versicherung oder Krankenkasse). Prinzipal-Agent-Beziehungen nun sind gekennzeichnet durch eine Informationsasymmetrie: der Arzt ist auf den Erwerb von Informationen über die Beziehungen zwischen Gesundheitsgütern und Gesundheitsstatus und deren Anwendung spezialisiert, er ist besser informiert als der Patient. Der Patient ist nur in seltenen Fällen in der Lage, das ärztliche Handeln zu beurteilen. Es besteht zum einen die Gefahr, dass das Erwerbsstreben des Arztes in Verbindung mit der Informationsasymmetrie eine Tendenz zur Überversorgung des Patienten begünstigt, zum anderen, dass schlechte Ärzte gute Ärzte verdrängen (adverse selection; negativer Qualitätseffekt).
- Bei staatlichen Interventionen auf dem Markt für Gesundheitsleistungen bzw. bei Regulierungen tritt das Problem der Informationsasymmetrie der staatlichen Behörden gegenüber den regulierten, zu kontrollierenden Einrichtungen auf (Informationsasymmetrie zu Lasten der Regulierungsinstanzen). Das ermöglicht Filterungen und Manipulationen der relevanten Informationen durch diese Einrichtungen in eigenem Interesse. Der mangelnde Einfluss der Entscheidungsträger auf die Entscheidungsfindung regt die zu kontrollierenden Institutionen dazu an, ihre kreativen Kräfte für das Ersinnen von Ausweichstrategien einzusetzen. Der Anreiz, im eigenen Interesse die Leistung zu steigern, wird abgebaut zugunsten einer Mentalität, die sich auf geschickte Antragstellung, Beeinflussung der Planungsbehörden und eine wirkungsvolle Lobby konzentriert.

Lösung 3

vgl. SB 3, S. 59 - 63

24 Punkte**Politikwissenschaftliche Erklärungsansätze****max. 24 Punkte****3.1 Neokorporatismus****12 Punkte**

Eine Besonderheit des deutschen Gesundheitssystems stellt die Form des Verbändewesens, insbesondere die Doppelstruktur von öffentlich-rechtlichen Körperschaften und freien Ärzteverbänden, dar: organisierte Einzelinteressen machen sich nicht nur öffentlich bemerkbar, sondern werden systematisch in politische Entscheidungen eingebunden bzw. „inkorporiert“. Diese Einbindung (Beteiligung) kann unterschiedliche Formen annehmen: sie reichen von Anhörungen und Stellungnahmen bis hin zur Übernahme von Kontrollaufgaben (Ausschüttung öffentlicher Gelder an Verbandsmitglieder). Mit dieser letzten Funktion ist die Kerneigenschaft neokorporatistischer Strukturen beschrieben. Verbände, die eigentlich private Interessen vertreten, übernehmen teilweise öffentliche Funktionen. Eine Variante der Einbindung von Verbänden ist die Selbstregulierung: Beispielsweise werden Angehörige eines Berufsstandes durch ihre eigene Kammer auf die Einhaltung berufsethischer Prinzipien verpflichtet oder gemeinsame Gremien schlichten Streitigkeiten zwischen Leistungsanbietern und öffentlich-rechtlichen Kostenträgern.

Institutionell sind im deutschen Gesundheitssystem verschiedene Stufen des Neokorporatismus zu finden:

- In den Selbstverwaltungsorganen der Krankenkassen tragen Gewerkschaften und Arbeitgeber (als Vertreter der Financier der Krankenversicherung) gemeinsam Verantwortung für die Geschäftspolitik der Krankenkassen.
- Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stellt das umfassendste Gremium für den organisierten Interessenausgleich dar.
- Der eigentliche neokorporatistische Kern liegt jedoch in der öffentlich-rechtlichen Organisationsform von Krankenkassen sowie der Ärzteschaft (in Form der Kassenärztlichen Vereinigung).

Eine kritische Würdigung des Neokorporatismus (vgl. Studienbrief 3, S. 60), auf die im vorliegenden Lösungsvorschlag verzichtet wurde, ist angemessen zu bewerten.

3.2 Föderalismus

12 Punkte

In der föderalistischen Bundesrepublik Deutschland werden viele Gesetze administrativ auf der Ebene der Bundesländer umgesetzt und teilweise von den Ländern mitfinanziert. Damit werden Gesetze zustimmungspflichtig. Auch gesundheitspolitische Gesetze fallen in der Regel unter die zustimmungsbedürftigen Gesetzgebungsmaßnahmen. Daher kann der Bundesrat als Vertretung der Bundesländer über den Vermittlungsausschuss Einfluss auf die Gesetzgebung ausüben:

- Gesetzesinitiativen werden in aller Regel von der Bundesregierung ergriffen, dem Bundesrat vorgelegt und in erster Lesung im Parlament beraten.
- Zusammen mit Stellungnahmen von Verbänden und anderen Institutionen werden die Entwürfe anschließend in nicht öffentlichen Ausschüssen beraten.
- Zweite Lesung im Bundestag, gegebenenfalls Änderung der Gesetzesentwürfe.
- In dritter Lesung werden die Gesetze dann vom Parlament beschlossen und erneut dem Bundesrat vorgelegt.
- Bei Missbilligung kann der Bundesrat den Vermittlungsausschuss anrufen, der das Gesetz ändern kann. Im Konfliktfall bleibt es einer Mehrheit der Bundesländer vorbehalten, ein Gesetz anzunehmen oder endgültig abzulehnen.

Politische Gremien, in denen Entscheidungen gesucht und gefunden werden, können problemlösungsorientiert oder verhandlungsorientiert sein. Zwar sind an der deutschen Gesundheitspolitik in vielerlei Hinsicht Expertengremien beteiligt, in denen nach Problemlösungen gesucht wird. Da in den meisten Gremien jedoch zugleich über finanzielle Ressourcen und damit über Einkommens- und Verteilungsfragen entschieden wird, werden sie zu Verhandlungsgremien (dominiert die Logik der Verhandlung, der ein beträchtliches Maß an interessenbestimmten Vetopositionen gegenübersteht). Das gilt auch für den Bundesrat: die Positionen der Bundesländer und ihrer jeweiligen Regierungen werden in der Gesundheitspolitik – unabhängig von Parteiprogrammen – überwiegend von finanziellen Fragen bestimmt. In der Politikwissenschaft ist weiterhin umstritten, ob der Föderalismus Problemlösungen erleichtert oder erschwert: er kann flexible Kompromisslösungen erleichtern, aber auch überfällige Reformen verhindern.

3.3 Politische Netzwerke

12 Punkte

In der politikwissenschaftlichen Analyse kommt dem Ansatz der politischen Netzwerke immer mehr Bedeutung zu. Im Mittelpunkt des Interesses stehen nicht primär Institutionen (Regierungen, Parlamente, Parteien usw.), sondern die für ein Politikfeld entscheidenden Netzwerke von individuellen Funktionsträgern und Organisationen. In der Gesundheitspolitik sind dies folgende Akteure: die gesundheitspolitischen Sprecher der großen Fraktionen, Verbandsvorsitzende großer Krankenkassen, Abteilungsleiter und Staatssekretäre des Gesundheitsministeriums, Experten aus den Länderministerien, Ärztevertreter und Gesundheitsökonom. Netzwerke entstehen häufig in den Politikfeldern, die ein hohes Expertenwissen verlangen und kompliziert aufgebaut sind.

Funktionsweise der Netzwerke: Die Vorbereitung, aber auch die Nachbereitung politischer Entscheidungen läuft über solche Netzwerke und vereinfacht häufig den politischen Prozess. Netzwerke können auch dafür verantwortlich sein, dass trotz parteipolitischer Wechsel in den Regierungen die Inhalte der Gesundheitspolitik relativ konstant bleiben. Wenn diese Netzwerke über einen längeren Zeitraum stabil sind, bilden sich zwischen den beteiligten Akteuren Vertrauensbeziehungen, die die sichtbaren politischen Ergebnisse stärker prägen als von der Öffentlichkeit wahrgenommen wird. Notwendige mittel- und langfristige Entscheidungen werden auf diese Weise nicht so stark von kurzfristigem parteipolitischem Kalkül bestimmt. Dadurch kann Gesundheitspolitik flexibel, aber auch berechenbar werden. Formelle Entscheidungen können Netzwerke jedoch nicht treffen. Und Vorentscheidungen müssen weiterhin in der Öffentlichkeit der parlamentarischen Auseinandersetzung bestehen können, in der sie der Kontrolle weiterer Interessengruppen und der Parteien ausgesetzt sind.

Lösung 4

vgl. SB 4, S. 18 - 20

12 Punkte

Anforderungen an Datenqualitäten im internationalen Vergleich

max. 12 Punkte

An Messgrößen und Indikatoren im internationalen Systemvergleich werden u. a. folgende Anforderungen gestellt:

2 Punkte
pro Anforderung

- Reliabilität
- Genauigkeit
- Validität
- Sensitivität
- Vollständigkeit
- Konsistenz
- Aktualität
- Homogenität

Lösung 5

vgl. SB 6, S. 10 - 14

25 Punkte

„Pflegerwissenschaft“ und „Public Health“

25 Punkte

Nach ihrem eigenen Selbstverständnis ist die Pflegerwissenschaft den Sozialwissenschaften zuzuordnen. Ein Konsens zur Definition von Pflegerwissenschaft besteht nicht. Allerdings kann aufgezeigt werden, mit welchen Fragestellungen sie sich auseinandersetzt. Diese Fragen lassen sich in drei Forschungskomplexen zusammenfassen (Bartholomeyczik):

8 Punkte

- Was machen gesundheitliche Beeinträchtigungen mit den davon betroffenen Menschen?
- Wie kann diesen Menschen geholfen werden, unter diesen Prämissen ihr Leben zu bewältigen?
- Wie kann mit dieser Hilfe die Gesundheit gefördert werden bzw. ein „gelingendes Leben“ auch bei vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen gelebt werden?

Entlang dieser Fragestellungen setzt sich die Pflegerwissenschaft mit dem Lebensrisiko Pflegebedürftigkeit – auch infolge von Krankheit – auseinander.

In enger Verbindung bzw. in hierarchischer Überordnung zur Pflegerwissenschaft steht die ebenfalls junge wissenschaftliche Disziplin Public Health (Gesundheitswissenschaft). Der Deutschen Gesellschaft für Public Health zufolge ist „Public Health ... ein problembezogenes und interdisziplinär arbeitendes gesundheitswissenschaftliches Fachgebiet. Sein Erkenntnisinteresse richtet sich auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung, auf den Zustand des Gesundheitswesens und die für seine Weiterentwicklung relevanten Rahmenbedingungen und Akteure. Public Health ist die Wissenschaft und Praxis der Gesundheitsförderung und der Systemgestaltung im Gesundheitswesen.“ Erkenntnisinteresse ist also zum einen die Gesundheitsforschung und zum anderen die Gesundheitssystemforschung.

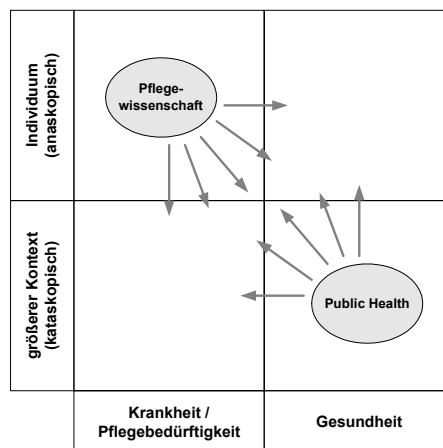
8 Punkte

Die Frage, wie Pflegerwissenschaft und Public Health zueinander stehen, kann

9 Punkte

- anhand der Entwicklung der Wissenschaftsdisziplinen,
- anhand der professionstheoretischen Einschätzung,
- anhand des Objektbereichs der Disziplinen und
- anhand der Erfordernisse der zukünftigen Herausforderungen beantwortet werden.

Die nebenstehende Abbildung verdeutlicht den Zusammenhang zwischen Pflegerwissenschaft und Public Health anhand des Objektbereichs der Disziplinen. (Der Zusammenhang kann auch in Erläuterungsform dargelegt werden.)



Pflegerwissenschaft hat als Ausgangspunkt das Individuum bzw. dessen Pflegebedürftigkeit. Diese Situation reflektiert sie aber auch in Beziehung zu Gesundheit und zum gesellschaftlichen Umfeld. Public Health hat als Ausgangspunkt die Gesundheit bzw. den Gesundheitszustand der Bevölkerung oder der Bevölkerungsgruppen. Sie sieht diesen im Kontext von Krankheit und der gesellschaftlichen Entwicklung. Beide Disziplinen bewegen sich aufeinander zu.