

Klausur – Aufgaben



UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES

Studiengang	Pflegemanagement
Fach	Gesundheitsökonomie und -politik
Art der Leistung	Prüfungsleistung
Klausur-Knz.	PM-GOP-P12-050312
Datum	12.03.2005

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	28	18	22	20	12	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 **28 Punkte**

- 1.1 In welchem Jahr wurde das erste deutsche Krankenversicherungsgesetz verabschiedet? 2 Punkte
- 1.2 Wer **wurde** dadurch abgesichert? 2 Punkte
- 1.3 Welcher Anteil der Bevölkerung **ist** im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung versichert? 2 Punkte
- 1.4 Auf dem Markt für private Krankenversicherungen tritt bei sehr vielen Versicherten das Phänomen auf, dass Versicherten mit hohem Risiko dem Versicherungsunternehmen ihre Risiken (z.B. Vorerkrankungen) verschweigen. Zeigen Sie auf, wie sich daraus Marktversagen ergibt. 12 Punkte
- 1.5 Was könnte die Versicherung dagegen unternehmen? Nennen Sie zwei Maßnahmen 10 Punkte

Aufgabe 2: Einführung in die Gesundheitsökonomie **18 Punkte**

- 2.1 Krankheiten verursachen Kosten, so auch Rückenschmerzen, die aufgrund ihrer Häufigkeit zu den kostenträchtigsten Krankheiten gehören. Geben Sie für diese Krankheit **je zwei Beispiele** direkter, indirekter und intangibler Kosten an. 12 Punkte
- 2.2 Für eine neue Behandlungsmethode der Rückenschmerzen wird in einer Universitätsklinik eine Kosteneffektivitätsuntersuchung durchgeführt; die Outcomemessung erfolgt anhand der Anzahl schmerzfreier Tage. Die Kosteneffektivitätsuntersuchung erbringt sehr gute Ergebnisse; jedoch zeigt sich im Folgenden, dass die Behandlungsmethode, angewandt im Alltag der ärztlichen Praxis, viel weniger erfolgreich ist. Woran kann das liegen? 6 Punkte

Aufgabe 3: Gesundheitssystem der Bundesrepublik **22 Punkte**

- 3.1 Stellen Sie dar, welche vier Beteiligten (-gruppen) in die Leistungs-, Vertrags- und Abrechnungsbeziehungen der kassenärztlichen Versorgung eingebunden sind. Was wird jeweils zwischen diesen Beteiligten ausgetauscht? (Lösung kann auch grafisch mit Beschriftung dargestellt werden) 16 Punkte
- 3.2 Warum ist es nötig, die Gesamtvergütung zu budgetieren, wie es in der Bundesrepublik praktiziert wird? 6 Punkte

Aufgabe 4: Managed Care und Pflegeversorgung **20 Punkte**

- 4.1 Erläutern Sie das Managed Care Steuerungsinstrument „Case Management“. 10 Punkte
- 4.2 In Deutschland gibt es seit einigen Jahren disease management Programme für Diabetes Typ II und Brustkrebs. Erklären Sie anhand der beiden Indikationen (Diabetes, Brustkrebs) die typischen Kennzeichen des „disease management“. 6 Punkte
- 4.3 Vor Einführung dieser Programme gab es heftigen Protest von Seiten der Ärzte. Erläutern Sie, aus welchen Gründen die Ärzte dagegen protestierten. 4 Punkte

Aufgabe 5: Analyse der Pflegemärkte

12 Punkte

- 5.1 Auf dem Pflegemarkt treten sogenannte Informationsasymmetrien zwischen Anbietern und Nachfragern auf. Zeigen Sie dies anhand von zwei Beispielen auf. 6 Punkte
- 5.2 Welche Aufgabe kommt dem Staat in einer solchen Situation zu? 6 Punkte



Studiengang	Pflegemanagement
Fach	Gesundheitsökonomie und -politik
Art der Leistung	Prüfungsleistung
Klausur-Knz.	PM-GOP-P12-050312
Datum	12.03.2005

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	28	18	22	20	12	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

30. 03. 2005

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 28 Punkte

1.1/1.2

SB1, S.34

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wurde **1883** mit der Krankenversicherung für **Arbeiter** im Rahmen der BISMARCKSchen Sozialgesetzgebung **eingeführt**. Die wesentliche gesetzliche Grundlage der GKV bildet das *Sozialgesetzbuch V. Teil* (SGB V).

2 Punkte

2 Punkte

1.3

SB1, S.34

Heute sind in ihr etwa 88% der Bevölkerung versichert. Versicherungspflichtig sind alle Arbeiter und Angestellte bis zur festgelegten einkommensbezogenen *Versicherungspflichtgrenze*. Die Versicherungspflichtgrenze ist dynamisiert und beträgt 75% der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung, die ihrerseits an den dynamisierten aktuellen Rentenwert gebunden ist. Versicherungspflichtig sind ferner u. a. Studenten, Rentner, Arbeitslose, Künstler.

2 Punkte

SB 1, S.11 ff.:

1.4

Da die Versicherung das tatsächliche Risiko nicht kennt, muss sie die Prämien nach **durchschnittlichen Risiken** kalkulieren. Diese Prämien sind aber für **gute Risiken zu hoch**, so dass diese abgeschreckt werden und sich nicht versichern. Für die **schlechten Risiken sind durchschnittliche Prämien attraktiv**, sie schließen also Versicherungsverträge ab. Daraufhin muss die **Versicherung die Prämien erhöhen**, mit der Folge, dass relativ gute oder **durchschnittliche Risiken die Versicherung verlassen** und der Kreis der dann noch Versicherten sich immer mehr auf schlechte Risiken verengt. **Marktzusammenbruch!**

max. 12 Punkte

je Nennung

2 Punkte

1.5

Sie könnte z.B. vorschreiben, dass man sich vor Vertragsabschluss von einem Arzt untersuchen lassen muss; sie könnte sehr schlechte Risiken von der Versicherung ausschließen; sie könnte Risikozuschläge erheben oder unterschiedliche Prämien je Risikogruppe kalkulieren (Positivselektion).

max. 10 Punkte

je Beispiel

5 Punkte

Lösung 2: Einführung in die Gesundheitsökonomie

18 Punkte

SB2, S. 49 ff.:

max.12 Punkte

je Nennung

2 Punkte

2.1

direkte Kosten: z.B. Arztbesuch, Röntgen, Arzneimittelverbrauch, Rehalistungen etc.

indirekte Kosten: Arbeitsunfähigkeitstage, frühzeitige Verrentung, Zeitkosten für Dritte (z.B. Familienangehörige, die im Haushalt Arbeiten übernehmen müssen, die sonst der Erkrankte ausführt.

intangibile Kosten: z.B. Schmerzen, Angst, psychische Belastung der Familie.

6 Punkte

2.2

efficacy vs. effectiveness: Ein Schwachpunkt gesundheitsökonomischer Evaluationen ist es, dass sie in aller Regel von hochmotivierten Ärzten und Patienten, meist auch in medizinischen Hochleistungszentren durchgeführt werden. Das verbessert natürlich die Ergebnisse. Die reale alltägliche Welt in den Praxen (Krankenhäusern etc.) sieht meistens anders aus; Patienten sind nicht compliant, die technische oder personelle Ausstattung ist nicht so wie in einer Uniklinik etc.

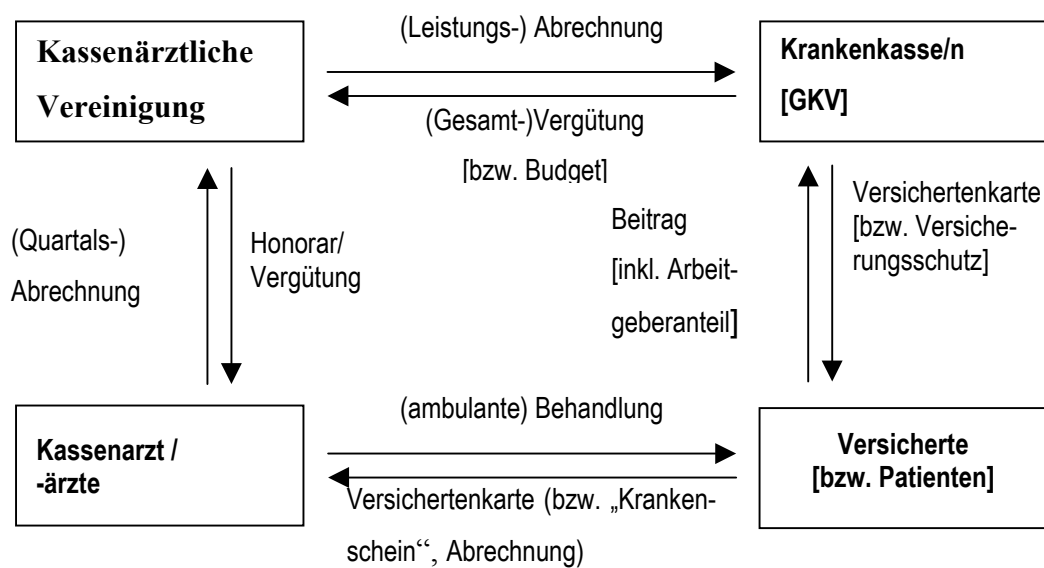
SB3, S. 26, Abb. 1.9:

max. 16 Punkte
s. Korrekturhinweis

3.1

Hinweise zur Korrektur:

- Je Beteiligtem (Kästchen, fett) 1 Punkt.
- Je Weiterleitung 1.5 Punkte (Pfeil: Benennung der zu erbringenden/ geschuldeten Leistung)
- Darstellung kann auch ohne Grafik oder mit abgewandelter Grafik erfolgen.



6 Punkte

3.2 Ein Budget ist v.a. deshalb nötig, weil die in Deutschland praktizierte Einzelleistungsvergütung zu einer unkontrollierten Mengenausweitung durch die Ärzte und damit zu einer starken Belastung der Kassen bzw. der Beitragszahler führen könnte. Aufgrund der Budgetierung muss der Punktwert je Einzelleistung sinken, wenn die Ärzte die Einzelleistungen ausweiten.

4.1

max. 10 Punkte

SB5, S. 36 ff.:

- CM ist kooperativer Prozess zur Steuerung des (komplizierten) Einzelfalls Management,
- Steuerung meist durch ausgebildete Pflegekräfte,
- Case Management orientiert an standardisierten Ablaufpfaden,
- CM kann auch retrospektiv (rückschauend) erfolgen,
- CM kann Effizienzsteigerung und Qualitätssteigerung mit sich bringen,
- Bei Pauschalvergütung wird Case Management von Leistungserbringern wahrgenommen, (durch angestellte Case Manager).

je Nennung
2 Punkte

Korrekturhinweis:

Sollten die Studierenden Beispiele benennen, bzw. den Begriff des „Case Managers“ beschreiben, ist jeweils nur 1 Punkt zu vergeben. Es können in den benannten Bereichen insgesamt nicht mehr als 4 Punkte vergeben werden.

max. 4 Punkte
s. Korrekturhinweis

Fallnennung:

- Meist Patienten mit hohen Risiken, lebensgefährlichen Erkrankungen, chronische Erkrankung,
- Ebenfalls: Patienten mit langen Liegezeiten, hohen Fallkosten oder gescheiterten Operationen, „unklare“ Behandlungssituation,
- (Ein) Beispiel Erkrankung (aus: Aids, Schlaganfall, Transplantation, Kopfverletzungen, Verbrennungen, Risikoschwangerschaften, Risikogeburten, Rückenmarksverletzungen, neuromuskuläre Erkrankungen, Depressionen, Schmerzpatienten).

Aussagen zum Case Manager:

- Case Manager auch bei anderen Einrichtungen oder frei tätig und durch Leistungsfinanzierer oder Patient / Angehörige beauftragt möglich.
- Aufgabe des Case Managers: Kommunikation mit Patienten (inkl. finanzieller Beratung des Pat.).
- Aufgabe des Case Managers: Kooperation mit Behandlern (auch Einholung Zweitmeinung).
- Aufgabe des Case Managers: Kooperation mit Arbeitgeber zur Wiedereingliederung des Patienten.
- CM steht und fällt mit Fähigkeiten des Case Managers.

SB 5, S.31ff:

4.2

Typische Kennzeichen:

Disease management setzt nicht an seltenen **Einzelfällen an, sondern an sog. Volkskrankheiten**, also häufigen Krankheiten. Für diese Krankheiten gibt es **evidenzbasierte Behandlungsstrategien** aus denen sich **guidelines** erarbeiten lassen; beide Krankheiten sind gut er-

max. 6 Punkte
je Nennung
1 Punkte

forscht. Die **Outcomes sind messbar** (z.B. Abnahme der Anzahl von Erblindungen, Amputationen, Sterblichkeit etc.). **Eine Verbesserung der Versorgung** ist zu erwarten, **wenn Ärzte strukturiert und koordiniert vorgehen und sich an die Vorgaben halten.**

Korrekturhinweis:

Hier könnten die Studierenden z.B. auch auf die aus den beiden Indikationen resultierenden Notwendigkeiten zur Zusammenarbeit mit weiteren Leistungsanbietern eingehen: Diabetes erfordert Umstellung des Lebensstils, der Ernährungsgewohnheiten etc., Brustkrebspatientinnen könnten psychologische Hilfe benötigen etc.

4.3

Gründe für den Protest der Ärzte:

Zwang zu Kooperation mit anderen Leistungsanbietern könnte die Autonomie bedrohen; der Arzt ist damit nicht mehr der alleinige „Herr“ des Verfahrens. Statusminderung könnte resultieren aus:

- Einschränkung der Therapiefreiheit;
- Vorwurf der „Kochbuchmedizin“ bei Anwendung von Richtlinien;
- mögliche Konflikte zwischen Arzt und Patient: Patient wünscht bestimmte, z.B. medikamentöse Behandlung, die aber den Richtlinien nicht entspricht,
- Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient kann in Mitleidenschaft gezogen werden.

max. 4 Punkte
je Nennung
1 Punkt

Lösung 5: Analyse der Pflegemärkte

12 Punkte

SB 6, S. 32 ff.:

5.1

Pflege ist ein **Erfahrungsgut**. Man muss es erst in Anspruch genommen haben (den Kaufentscheid also schon getroffen haben), bevor man seine Qualität beurteilen kann. Ein Pflegebedürftiger bzw. seine Angehörigen entscheiden sich für ein bestimmtes Pflegeheim, unterzeichnen den Heimvertrag und stellen (nachdem der Pflegebedürftige einige Monate als Bewohner im Heim lebt) erhebliche Pflegemängel fest. (Ähnlich z.B.: Pauschalreisen). Der Gegensatz dazu wären sog. Suchgüter; hier weiß der Konsument im Voraus über das Gut Bescheid.

Pflege ist ein **Vertrauensgut**. Wer Pflegeleistungen nachfragt, verlässt sich darauf, dass der Leistungserbringer gute Qualität erbringt, sich den Maßstäben der Berufsethik gemäss verhält. Zum Zeitpunkt der Vertragsunterzeichnung geht der Pflegebedürftige davon aus, dass sich der Leistungsanbieter wie sein „Agent“ verhält, also die Interessen des Pflegebedürftigen vertritt. Er vertraut auf ihn. Umgekehrt kann auch der Leistungserbringer vom Pflegebedürftigen getäuscht werden. Er hatte darauf vertraut, dass der Pflegebedürftige kooperiert und sich in die Gemeinschaft des Heimes einfügt und wird nun in seinen Erwartungen enttäuscht.

max. 6 Punkte
je Beispiel
3 Punkte

5.2

Da Informationsasymmetrien vom Markt selbst in der Regel nicht beseitigt werden, ist der Staat dann gefordert, wenn es um ein wichtiges, u.U. die Menschenwürde betreffendes Gut wie die Pflegeleistung geht. Der Staat gibt Qualitätsanforderungen vor, ohne deren Einhaltung eine Pflegeeinrichtung nicht betrieben werden darf; der Staat schreibt z.B. auch vor, dass unabhängige Institutionen Pflegeeinrichtungen stichprobenartig unangemeldet überprüfen dürfen.

6 Punkte