

I. Erläuterungen

Aufgabenart

materialgebundene Aufgabenstellung

Voraussetzungen gemäß Lehrplan und Erlass „Hinweise zur Vorbereitung auf die schriftlichen Abiturprüfungen im Landesabitur 2013“ vom 20. Juni 2011

Dem Aufgabenvorschlag liegen die Kurshalbjahre Q1: „Aufbau und Funktion des deutschen Gesundheitswesens“ und Q2: „Gegenüberstellung von Gesundheitssystemen im internationalen Vergleich“ zu Grunde. Im Rahmen des Kurshalbjahres Q1 wird der Arzneimittelsektor umfassend behandelt; u. a. werden mögliche gesundheitspolitische Maßnahmen zur Regulierung der GKV-Arzneimittelausgaben diskutiert. Zentraler Kursinhalt von Q2 ist der Vergleich des deutschen Gesundheitssystems mit Systemen anderer Länder anhand vorher gemeinsam entwickelter Kriterien. Eine Zuordnung zu idealtypischen Grundmodellen ist ebenfalls thematischer Gegenstand dieses Halbjahres.

II. Lösungshinweise

In den nachfolgenden Lösungshinweisen sind alle wesentlichen Gesichtspunkte, die bei der Bearbeitung der einzelnen Aufgaben zu berücksichtigen sind, konkret genannt und diejenigen Lösungswege aufgezeigt, welche die Prüflinge erfahrungsgemäß einschlagen werden. Selbstverständlich sind jedoch Lösungswege, die von den vorgegebenen abweichen, aber als gleichwertig betrachtet werden können, ebenso zu akzeptieren.

Aufg.	erwartete Leistungen	BE		
		I	II	III
1.1	Die Arzneimittel werden nach ihrer Zugänglichkeit für Patienten in vier Gruppen eingeteilt: – freiverkäufliche Arzneimittel (OTC-Arzneimittel): Abgabe ist weder an Apotheken noch an ein Rezept gebunden, daher z. B. auch in Drogerien oder Lebensmittelgeschäften erhältlich – apothekenpflichtige Arzneimittel: keine grundsätzliche Verordnungspflicht, nur in Apotheken erhältlich – verschreibungspflichtige Arzneimittel: grundsätzliche Verordnungspflicht, nur in Apotheken erhältlich – Betäubungsmittel: Verabreichung und Abgabe nur unter Wahrung des Betäubungsmittelgesetzes mit entsprechender Dokumentation, nur in Apotheken erhältlich	8		
1.2	Fremdbesitzverbot: – Der Betreiber einer Apotheke muss ein approbierter Apotheker sein. Mehrbesitzverbot: – Aktuell darf ein Apotheker nur eine Hauptapotheke mit bis zu drei Filialapotheken betreiben (eingeschränktes Mehrbesitzverbot). – Die Hauptapotheke muss er persönlich leiten, die Filialapotheken kann er an angestellte Apotheker delegieren. Gründe: – Die obigen Regelungen minimieren das Risiko einer ausschließlichen Gewinnorientierung und dienen damit dem Schutz der Gesundheit und der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Arzneimittelversorgung. Die Qualität der Beratung und Charakter des Heilberufs stehen im Vordergrund. – Apothekenketten sind damit in Deutschland nur beschränkt möglich.	8		

Aufg.	erwartete Leistungen	BE		
		I	II	III
1.3	Die Prüflinge stellen die Vor- und Nachteile des Internethandels mit Arzneimitteln für die Kunden gegenüber. Mögliche Vorteile der Internet-Versandapotheken sind: – erleichterter Einkauf per Mausklick, der Weg zur Apotheke entfällt – zeitsparend, zeitliche Flexibilität, keine Bindung an Öffnungszeiten – Anonymität (Bei bestimmten Medikamenten ist ggf. eine gewisse Scham beim persönlichen Kauf vorhanden.) – Medikamente werden direkt nach Hause geliefert (Lieferservice), vorteilhaft für kranke, immobile Menschen – schneller, umfassender Preisvergleich mit Hilfe von Preissuchmaschinen möglich – Kostenersparnis für Patienten durch Preisrabatte bei freiverkäuflichen Medikamenten – Wettbewerbsintensivierung auf dem Apothekenmarkt – Kooperation mit mehreren großen deutschen Drogeriemärkten: Bestell- und Abholservice in der Drogerie, Versandkosten entfallen Mögliche Nachteile der Internet-Versandapotheken sind: – Beratungsproblematik: Beratung erfolgt (wenn überhaupt) per E-Mail, Chat, Telefon – Risiko für den Patienten – anonym, keine Sicherheit darüber, ob man wirklich von medizinisch geschultem Personal beraten wird – „Die Stimme im Call-Center kann das menschliche Auge nicht ersetzen“: in der stationären Apotheke sieht der Apotheker die Verfassung des Patienten direkt und kann so mögliche Risiken und Nebenwirkungen bestmöglich ausschalten – Beratung ist ggf. gebührenpflichtig – keine Akutversorgung aufgrund von zwei- bis dreitägigen Lieferzeiten möglich – Online-Apotheken positionieren sich v. a. über den Preis (Leistung und Service stehen nicht an erster Stelle.) – zusätzliche Serviceleistungen (wie z.B. Blutdruck-, Blutzuckermessung etc.) entfallen – teilweise hohe Versandkosten (können Preisersparnis zunichte machen) – Die Anonymität im Netz bietet eine Plattform für unseriöse Anbieter, die z.B. gefälschte Medikamente oder qualitativ minderwertige Medikamente verschicken.		9	3
1.4	Material 1, Abbildung 1.1 (Beschreibung und Probleme) – Es wird die zeitliche Entwicklung der jährlichen GKV-Fertigarzneimittelausgaben (Umsätze) in Mrd. Euro für die Jahre 1981 bis 2010 sowie die zahlenmäßige Entwicklung der ärztlichen Arzneimittelverordnungen im o.g. Zeitraum dargestellt. – Es ist zu erkennen, dass die GKV-Ausgaben im Zeitablauf, mit wenigen Unterbrechungen, steigen, während die Zahl der Verordnungen, nach ihrem Höchststand im Jahr 1992 bis zum Tiefststand im Jahr 2004, ebenfalls mit Unterbrechungen, rückläufig ist und in der Folge tendenziell einen leichten Anstieg verzeichnet.	4	12	10

Aufg.	erwartete Leistungen	BE		
		I	II	III
1.4	– Im Jahr 2010 hat die GKV fast 30 Mrd. Euro für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel ausgegeben (dies sind ca. 54% mehr als 10 Jahre bzw. ca. 165% mehr als 20 Jahre zuvor), während nur 626 Mio. Verschreibungen erfolgten (dies sind ca. 16% weniger als im Jahr 2000 und im Jahr 1990) ⇒ Problem der stark gestiegenen und hohen Ausgaben für GKV-Fertigarzneimittel – Hieraus lässt sich ableiten, dass eine durchschnittliche GKV-Fertigarzneimittelverordnung im Jahr 2010 ca. 47 Euro kostete und damit ca. 84% mehr als im Jahr 2000 (ca. 26 Euro) ⇒ Problem der überproportional steigenden Ausgaben pro GKV-Fertigarzneimittelverordnung Material 1, Abbildung 1.2 (Beschreibung und Probleme) – Dargestellt wird die Umsatzentwicklung patentgeschützter Medikamente unterschiedlicher Klassifikationen im Zeitraum von 1993 bis 2010 – Die Umsätze steigen im dargestellten Zeitraum, mit Ausnahme des Jahres 2004, kontinuierlich ⇒ Problem der gestiegenen Ausgaben für patentgeschützte Arzneimittel – Im Jahr 2010 belief sich der Umsatz mit patentgeschützten Arzneien auf über 14 Mrd. Euro ⇒ Problem der hohen Ausgaben für patentgeschützte Arzneimittel – Problematik: während mehr als die Hälfte des Umsatzes mit „echten“ Innovationen erzielt wird und ca. ein Viertel auf nicht genau definierte patentgeschützte Präparate (z.B. Kombinationen) entfällt, wird ungefähr ein Viertel des Umsatzes mit Analogpräparaten (Scheininnovationen) generiert, die keinen oder einen nur marginalen Unterschied zu bereits eingeführten Präparaten aufweisen Um die oben dargestellten Probleme zu lösen, sind u. a. folgende staatliche Maßnahmen denkbar: – Rabattverträge (werden zwischen Herstellern und Spitzenverbänden der Krankenkassen ausgehandelt, Verhandlungskompetenz liegt bei den Krankenkassen) – Festpreise (betreffen v. a. Generika, die Kassen bestimmen den Preis; möchte der Patient ein wirkstoffgleiches, aber teureres Medikament, so muss er die Differenz selbst bezahlen.) – Höchstbeträge für teure, neue Arzneimittel (gemeinsame Festlegung: Krankenkasse-Hersteller) – Nutzenbewertung bei neuartigen, patentgeschützten Medikamenten: Pharmahersteller müssen für neue Medikamente beweisen, dass diese einen tatsächlichen Mehrnutzen haben und keine Scheininnovationen sind. Wird kein Zusatznutzen nachgewiesen, wird das Medikament in das Festpreissystem eingebunden, d.h. der Hersteller ist in seiner Preisgestaltung nicht mehr so frei wie früher. – bei der Zulassung neuer Medikamente nicht nur die bisherigen drei Kriterien (Wirksamkeit, Unbedenklichkeit, pharmazeutische Qualität) berücksichtigen, sondern auch den Kosten-Nutzen-Aspekt – Aut-idem-Regelung (Austauschbarkeit wirkstoffgleicher Präparate) – Erhöhte Zuzahlungen für Patienten fördern Preisvergleiche durch Patienten. – Einschränkung des Patentschutzes – Negativlisten, ggf. auch Positivlisten			
	Summe 54	20	21	13

Aufg.	erwartete Leistungen	BE			
		I	II	III	
2.1	Gegenüberstellung der Regelungen des schweizerischen und des deutschen Gesundheitssystems		12	5	5
	Schweizer Gesundheitssystem	Deutsches Gesundheitssystem			
	Pflichtversicherung mit freier Wahl der Krankenversicherung (Material 2, Z. 2 f., 27)	Pflichtversicherung mit freier Wahl der Krankenversicherung, ab Versicherungspflichtgrenze Möglichkeit des Wechsels zur PKV			
	Grundsicherung auf niedrigerem Niveau, freiwillige Zusatzversicherung (Material 2, Z. 8 f.) Zahnersatz- und Zahnbehandlung müssen vollständig privat bezahlt werden (Material 2, Z. 22 f.)	Grundsicherung auf höherem Niveau, Möglichkeiten der privaten Zusatzversicherung (z. B. für Zahnersatz)			
	einkommens- und vermögensunabhängige Kopfpauschale (Material 2, Z. 9 f.), kein Arbeitgeberanteil (Material 2, Z. 27 f.), Sozialausgleich (Material 2, Z. 11 ff.)	einkommensabhängige Beiträge (AG 7,3%, AN 7,3% plus 0,9%), Möglichkeit der Erhebung von Zusatzbeiträgen			
	obligatorische Jahresfranchise von 300 Franken (Material 3, Z. 2)	Zuzahlungen bei bestimmten Leistungen			
	Wahlmöglichkeiten hinsichtlich des Zuzahlungsanteils und der Versicherungsform (Hausarztssystem, Health-Maintenance-Organization) (Material 2, Z. 19 ff., Material 3, Z. 3 ff.)	Wahlmöglichkeiten hinsichtlich des Zuzahlungsanteils und der Versicherungsform (z. B. Hausarzttarife)			
	nicht-erwerbstätige Familienmitglieder und Kinder zahlen extra (Vergünstigungen für unter 25-jährige) (Material 2, Z. 10 ff.)	nicht-erwerbstätige Familienmitglieder und Kinder sind in der GKV kostenfrei mitversichert			
	Risikostrukturausgleich nach Alter und Geschlecht (Material 2, Z. 31 ff.)	morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich			
	Niederlassungsfreiheit für Ärzte (Material 2, Z. 39 ff.)	Stellenplansystem, Zulassung der Kassenärztlichen Vereinigung erforderlich			
	einheitlicher Leistungskatalog (Material 2, Z. 27 f.)	weitgehend einheitlicher Leistungskatalog			
	ca. 90% öffentliche Krankenhäuser, die aus öffentlichen Mitteln unterstützt werden (Material 2, Z. 47 f.)	größtenteils öffentliche Krankenhäuser mit staatlicher Investitionsfinanzierung			
im Krankenhausbereich Abrechnung nach tages- bzw. leistungsbezogenen Pauschalen (Material 2, Z. 52 f.)	DRG (Fallpauschalen)				

Aufg.	erwartete Leistungen	BE		
		I	II	III
2.2	Zuordnung des schweizerischen Gesundheitssystems zu den idealtypischen Modellen Grundsätzlich Zuordnung zum Bismarck-Modell – Pflichtbeiträge durch Arbeitnehmer (aber: kein Arbeitgeberbeitrag, Lohnunabhängigkeit, hoher Steueranteil bei der Gesamtfinanzierung) – Leistungserbringung durch private und öffentliche Träger – freier Zugang der Patienten zu den Leistungserbringern – begrenzter staatlicher Einfluss		8	
2.3	Mögliche Ansatzpunkte für eine Diskussion – Vor- und Nachteile der Kopfpauschale (Fehlen des Solidarprinzips, aber teilweiser Ausgleich über das Steuersystem) – Entlastung des Faktors Arbeit aufgrund fehlender Arbeitgeberbeiträge (vorteilhaft für Wachstum und Beschäftigung) – System der Grundsicherung mit hoher Selbstbeteiligung und privaten Zusatzversicherungen (Wahlfreiheit des Einzelnen wird Rechnung getragen, Gefahr der Zwei-Klassen-Medizin) – Wirkung der obligatorischen Jahresfranchise – Vergütungssysteme im stationären Bereich (Tagespauschalen/leistungsbezogene Pauschalen vs. DRG)		4	12
	Summe 46	12	17	17

III. Bewertung und Beurteilung

Die Bewertung und Beurteilung erfolgt gemäß den Bestimmungen in der OAVO in der jeweils gültigen Fassung, insbesondere § 33 OAVO in Verbindung mit den Anlagen 9a und ggf. 9b bis 9f, sowie in den Einheitlichen Prüfungsanforderungen in der Abiturprüfung (EPA). Für die Umrechnung von Prozentanteilen der erbrachten Leistungen in Notenpunkte nach § 9 Abs. 12 der OAVO gelten die Werte in der Anlage 9a der OAVO. Darüber hinaus sind die Vorgaben des Erlasses „Hinweise zur Vorbereitung auf die schriftlichen Abiturprüfungen im Landesabitur 2013“ vom 20. Juni 2011 zu beachten.

Bei der Bewertung und Beurteilung ist auch die Intensität der Bearbeitung zu berücksichtigen. Als Bewertungskriterien dienen über das Inhaltliche hinaus qualitative Merkmale wie Strukturierung, Differenziertheit und Schlüssigkeit der Argumentation.

Im Fach Gesundheitsökonomie besteht die Prüfungsleistung aus der Bearbeitung eines Vorschlags, wofür insgesamt maximal 100 BE vergeben werden können. Ein Prüfungsergebnis von **5 Punkten (ausreichend)** setzt voraus, dass insgesamt 46 BE, ein Prüfungsergebnis von **11 Punkten (gut)**, dass insgesamt 76 BE erreicht werden.

Gewichtung der Aufgaben und Zuordnung der Bewertungseinheiten zu den Anforderungsbereichen

Aufgabe	Bewertungseinheiten in den Anforderungsbereichen			Summe
	AFB I	AFB II	AFB III	
1	20	21	13	54
2	12	17	17	46
Summe	32	38	30	100

Die auf die Anforderungsbereiche verteilten Bewertungseinheiten innerhalb der Aufgaben sind als Richtwerte zu verstehen.