

I. Erläuterungen

Aufgabenart

materialgebundene Aufgabenstellung

Voraussetzungen gemäß Lehrplan und Erlass „Hinweise zur Vorbereitung auf die schriftlichen Abiturprüfungen im Landesabitur 2014“ vom 22. September 2012

Aufgabe 1 bezieht sich auf das Kurshalbjahr Q2: „Gegenüberstellung von Gesundheitssystemen im internationalen Vergleich“. Inhalte: Definition Gesundheitssystem, Ziel von Gesundheitssystemen, Idealtypische Gesundheitssysteme, real existierende Gesundheitssysteme und die Bewertung von Gesundheitssystemen.

Aufgabe 2 basiert auf den Inhalten des Kurshalbjahres Q3: „Public Health als Steuerungskonzept im Gesundheitswesen und gesundheitsökonomische Analysemethoden“. Inhalte: Gesundheitsziele in Deutschland, Aufgaben und Ziele von Public Health, evidence-based medicine, Gesundheitsberichterstattung, Disease-Management-Programme und entsprechende Organisationsformen, Formen der gesundheitsökonomischen Evaluation und epidemiologische Kennzahlen.

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 Prüflinge stellen das Bismarck-Modell, das Beveridge-Modell und das Marktmodell in ihren Grundzügen dar. Bismarck-/verbandswirtschaftliches Modell: – Beiträge werden über Sozialversicherungsbeiträge solidarisch finanziert – Versicherte haben gleiche Leistungsansprüche – i.d.R. private Leistungserbringung, Staat gibt gesetzlichen Rahmen vor und agiert als Überwachungsorgan Beveridge-/staatswirtschaftliches Modell: – steuerfinanziert – alle Bürger haben kostenlosen und gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen – staatliche Leistungserbringung und Regulierung marktwirtschaftliches Modell: – private Finanzierung – private Leistungserbringung, der Preis von Gesundheitsleistungen regelt sich durch Angebot und Nachfrage – keine staatliche Einflussnahme	4		
		4		
		4		

Aufg.	erwartete Leistungen	BE		
		I	II	III
1.2	Abgebildet sind die Gesundheitsausgaben pro Kopf von Deutschland, Großbritannien und den USA von 1975 bis 2010. Das Diagramm zeigt drei Kurven. Bei allen Kurven ist ein fast kontinuierliches, jedoch unterschiedlich starkes Ansteigen zu erkennen. Im Einzelnen betrachtet weist das deutsche Gesundheitssystem seit 1975 einen relativ konstanten Anstieg bis 2005 auf. Ab hier beschleunigt sich das Ausgabenwachstum. Beim Verlauf der Gesundheitsausgaben von Großbritannien fällt der relativ konstante Abstand zu Deutschlands Gesundheitsausgaben auf. Ab Anfang der 80-er Jahre nimmt dieser Abstand zu bis etwa 1999, seither nähern sich die Ausgaben wieder an. Dennoch bleibt Großbritannien mit ca. 3.600 USD in diesem Dreiländer-Vergleich das Land mit den niedrigsten Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben. Die Gesundheitsausgaben in den USA liegen deutlich über denen von Deutschland und Großbritannien; mit ca. 8.300 USD in 2010 liegen die Ausgaben fast doppelt so hoch wie in Deutschland (ca. 4.500 USD) und mehr als doppelt so hoch wie in Großbritannien (ca. 3.600 USD). Ab 1985 nehmen die Ausgaben stärker zu, zwischen 1993 und 1996 fällt der Kostenanstieg dann gemäßiger aus. Seit 1996 steigen die Ausgaben kontinuierlich stark an.	9		
1.3	Die Prüflinge erläutern Ursachen, durch die es zum allgemeinen Trend der ansteigenden Gesundheitsausgaben seit 1975 kommt. Nachfolgend sind exemplarisch einige Ursachen nach Themenbereichen gegliedert erläutert. Es müssen nicht alle angeführten Beispiele genannt werden. Bei der Bewertung ist sowohl die Anzahl als auch die Qualität der Erläuterung zu berücksichtigen. medizinischer Fortschritt: – Möglichkeiten und Fähigkeiten der Medizin haben sich gewaltig entwickelt, mit ihnen sind auch die Kosten der Behandlung angestiegen. – Schwersterkrankte können länger am Leben erhalten werden und produzieren damit höhere Ausgaben. – Krankheiten, die zuvor nicht bekannt/als solche bekannt waren, werden „entdeckt“ und erfordern eine Behandlung mit entsprechenden Kosten (HIV/AIDS als Beispiel des 20. Jahrhunderts). – Neue pharmazeutische Produkte mit besonderen Eigenschaften und hohen Preisen bieten für Unternehmen der Pharmabranche gute Einnahmequellen und werden stetig weiterentwickelt. – Ein hoher technologischer Stand (gemessen an medizinischen Gerätschaften) verursacht kostenintensivere Behandlungen durch Verteilung der Anschaffungs- und Betriebskosten auf die Behandlungskosten.			

Aufg.	erwartete Leistungen	BE		
		I	II	III
1.3	einstellungs-/umweltbedingt: – Eine höhere Stressbelastung führt zum Anstieg von psychischen Erkrankungen, z. B. Depressionen und Burnout-Erkrankungen. – Ein höherer Stellenwert von Karriere und Beruf erfordert eine schnellere Genesung durch Einsatz kostspieliger Präparate/Behandlungen. – Die Neigung zu schnellen/frühen Arztbesuchen ist größer geworden und die steigende Zahl führt zu steigenden Ausgaben. – Durch Eigenrecherchen der Patienten im Internet werden Arztmeinungen häufiger angezweifelt als früher und daher wird häufiger eine Zweitmeinung/-untersuchung eingefordert. ernährungs-/lebensstilbedingt: – Zahlreiche Gesundheitsausgaben resultieren aus Zivilisationskrankheiten wie z. B. dem metabolischen Syndrom oder Adipositas. – Übergewicht und Bewegungsmangel fördern das Auftreten dieser Erkrankungen in fast allen Industrienationen. Die zunehmende Verbreitung von Fastfood, der abnehmende direkte Kontakt mit frischen Lebensmitteln und deren Zubereitung kann bei Bürgern zu einer Verringerung des Ernährungsbewusstseins führen. demografische Entwicklung: Eine alternde Bevölkerung (höhere Lebenserwartung, mehr Hochbetagte) erfordert mehr Gesundheitsleistungen, diese erhöhen dann die Gesundheitsausgaben. Die Ursachen zur unterschiedlichen Entwicklung in den drei Staaten können u. a. nachfolgende sein. Die Erläuterung der ökonomischen Ursachen, wie z.B. Inflation und Wechselkursveränderungen, sind vom Prüfling nicht zu erwarten, aber im Fall der richtigen Darstellung in der Bewertung zu berücksichtigen. USA: Hier soll verdeutlicht werden, warum die Gesundheitsausgaben deutlich höher sind und deutlich stärker zunehmen als in den anderen dargestellten Industrienationen. Der Gesundheitsmarkt unterliegt nur einer geringen staatlichen Kontrolle. Die Privatwirtschaft im Gesundheitssektor der USA erwirtschaftet so weltweit die höchsten Renditen innerhalb der Gesundheitsbranche, die Gewinne dieser Unternehmen sind in den vergangenen Jahrzehnten kontinuierlich stark gewachsen (Pharma-, Krankenversicherungs-, Medizintechnikbranche). Diese Gewinne erhöhen die Summe der Ausgaben für Gesundheit. Die Bevölkerung neigt stärker als in den anderen dargestellten Ländern zu ungesundem Lebensstil (z. B. Ernährung), der BMI zählt zu den höchsten weltweit. Der Bevölkerungsanteil in den Einkommenschichten, die sich eine Krankenversicherung nicht leisten können, nimmt zu. Staatliche Programme (z. B. medicaid, medicare etc.) müssen immer mehr Personen unterstützen. Da die Behandlung nicht von den Patienten selbst zu tragen sind, nehmen diese Personen tendenziell mehr medizinische Behandlung in Anspruch, als sie es vorher getan hätten. Durch die steigende Zahl von Senioren wird vor allem medicare stärker belastet. Die Preise für medizinische Leistungen (Arztgehälter, Arzneimittelpreise, ...) sind in den USA relativ hoch.		10	

Aufg.	erwartete Leistungen	BE		
		I	II	III
1.3	Deutschland: Der BMI der Deutschen zählt zu den höchsten in der EU. Relativ große Freiheiten in der Preisgestaltung der Pharmabranche sorgen für hohe Preise bei pharmazeutischen Produkten. Deutschland hat im internationalen Vergleich eine hohe Dichte an Ärzten, Krankenhäusern, Krankenhausbetten usw. (z. B. eine höhere als Großbritannien). Die Lebenserwartung mit über 80 Jahren ist (wie auch in Großbritannien) relativ hoch, damit fallen auch erhöhte Ausgaben für die gesundheitliche Versorgung der Senioren an. Durch staatliche Reglementierungen (verschiedene Gesundheitsreformen) konnte ein ausuferndes Ansteigen der Gesundheitsausgaben verhindert werden, z. B. durch Einführung von DRG im stationären Bereich, Einführung von Festpreisen im Arzneimittelbereich, Budgetierung im ambulanten Bereich. Großbritannien: Hier sollen die Prüflinge erläutern, warum die Gesundheitsausgaben in Großbritannien im dargestellten Zeitraum im Vergleich zu den beiden anderen Ländern am niedrigsten sind. Der National Health Service sorgt für vergleichsweise geringe Ausgaben durch den Staat als koordinierenden Großabnehmer. Er kann in Preisverhandlungen mit Herstellern/Anbietern von Gesundheitsprodukten seine Marktmacht ausspielen. Die Leistungen für die Bürger sind nicht ganz so umfangreich wie in Deutschland.		12	
1.4	Die Prüflinge stellen die Vielschichtigkeit der Fragestellung heraus. Sie beurteilen die Problemstellung unter Abwägung verschiedener Argumente. Dabei beziehen sie sich konkret auf die Erfordernisse und Bedingungen der in der Aufgabe umschriebenen Person und gelangen abschließend zu einer begründeten Einschätzung. U. a. sind folgende Argumentationen denkbar. USA: Als Arbeitnehmer besteht die Möglichkeit einer Krankenversicherung über den Arbeitgeber, sofern der Arbeitgeber dies anbietet. Der Umfang dieses Versicherungsschutzes kann dabei individuell unterschiedlich sein und ist meist über die Gruppentarife der Arbeitgeber vorgegeben. In der Regel ist diese Versicherungsmöglichkeit für den Arbeitnehmer die günstigste. Allerdings ist er somit auch vom Angebot seines Arbeitgebers abhängig. Besteht die Möglichkeit einer Krankenversicherung über den Arbeitgeber nicht, so kann sich der Arbeitnehmer privat versichern lassen. Hier ist der Leistungsumfang abhängig vom individuellen Risiko (Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand etc.) und dem gewünschten Umfang des Versicherungsschutzes. In der Regel ist diese Versicherungsform relativ teuer, sodass sie vom Arbeitnehmer entweder nicht bezahlt werden kann oder Abstriche beim Versicherungsumfang gemacht werden müssen. Jeder Bürger zahlt bei einer privaten Krankenversicherung nur für sein individuelles Risiko. Da es in den USA keine Versicherungspflicht gibt (Stand 2013), besteht auch die Möglichkeit, keine Krankenversicherung abzuschließen. In diesem Fall sind eventuelle Behandlungskosten selbst zu tragen, lediglich im medizinischen Notfall erfolgt eine Übernahme der Behandlungskosten. Der technische und medizinische Standard in vielen Fachbereichen ist als sehr hoch einzustufen.			

Aufg.	erwartete Leistungen	BE		
		I	II	III
1.4	Normalerweise herrscht freie Arztwahl. Viele Versicherungsverträge beruhen auf dem managed-care-Prinzip. Dieses beinhaltet die Zusammenarbeit von Versicherungsunternehmen mit bestimmten Leistungsanbietern, sodass es eventuell Einschränkungen im Bereich der freien Arztwahl geben kann. Falls der Arbeitnehmer bereits über 65 Jahre alt ist oder chronisch erkrankt, greift die staatliche medicare. Für eine staatliche Unterstützung in besonders schweren Härtefällen kommt der Arbeitnehmer nicht in Frage, da sein Einkommen deutlich über der Grenze für die medicaid liegen dürfte. Es gibt kaum gesetzliche Vorschriften zu Inhalten von Krankenversicherungsverträgen im Sinne eines Verbraucherschutzes. Der Arbeitnehmer als Laie ist hier gegenüber den Versicherungsunternehmen im Nachteil. Deutschland: Aufgrund seines Status als Arbeitnehmer und seinem mittlerem Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze besteht Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein einheitlicher Leistungskatalog gilt für alle GKV-Patienten und bietet im Vergleich zu Großbritannien gute Versorgungsleistungen. In den USA ist das Leistungsangebot abhängig von der Versicherung und dem gewählten Tarif, daher lässt sich hier kein eindeutiger Vergleich ziehen. Patienten können ihre Krankenkassen frei wählen und so eine auswählen, deren Angebote für ihre individuellen Bedürfnisse am besten geeignet sind. Die Arzt- und Krankenhausdichte ist hoch und damit eine wichtige Voraussetzung für eine gute Versorgung. Es herrscht freie Arztwahl. Die privaten Zuzahlungen für Behandlungen, Heilmittel etc. sind im Vergleich als gering zu bewerten. Eventuelle erwerbslose Familienangehörige sind kostenlos mitversichert. Bei Bedarf können auch private Zusatzversicherungen als Ergänzung abgeschlossen werden. Allerdings ist die Mitgliedschaft in der GKV für die beschriebene Person verpflichtend. Die Krankenversicherungsbeiträge reduzieren das verfügbare Gehalt und schränken damit die freie Entscheidung der eigenen Mittelverwendung ein. Der Arbeitgeberanteil ist vorerst eingefroren und bei weiteren Beitragssteigerungen wird der Hauptteil vom Bürger/Arbeitnehmer selbst zu tragen sein. Da die Beiträge nach dem Solidarprinzip einkommensabhängig sind, übersteigen sie eventuell das persönliche Risiko. Großbritannien: In Großbritannien sind alle Bürger des Landes im NHS versichert. Damit gibt es für alle Bürger die gleiche Absicherung. Die Finanzierung erfolgt durch eine solidarische Steuerbelastung. Also ist der Arbeitnehmer verpflichtet, mit seinen Steuern das System zu finanzieren. Die Versorgung ist als gut einzuordnen. Die meisten Behandlungen erfolgen ohne Zuzahlungen. Über den NHS gibt es eine kostenlose Familienversicherung. Das Leistungsniveau des NHS liegt etwas unterhalb der deutschen GKV. Bei einigen wichtigen Leistungen sind Zuzahlungen fällig. Diese übersteigen im Allgemeinen das Niveau der deutschen Zuzahlungen, sind aber aus US-amerikanischer Sicht als gering anzusehen. Viele Briten schließen zusätzlich private Krankenversicherungen ab, um ihren Versicherungsschutz aufzuwerten. Aufgrund seines mittleren Einkommens dürfte dies auch im vorliegenden Fall eine Option sein.			5
				5

Aufg.	erwartete Leistungen	BE		
		I	II	III
1.4	Kostenbewusstes Verhalten bzw. ein guter Gesundheitszustand bringen dem Arbeitnehmer keine Einsparungen oder Rückerstattungen. Die Wartezeiten sind im Allgemeinen länger als in Deutschland. Die Arzt-, Krankenhaus- und Bettendichte ist geringer als in Deutschland. Zuzahlungsbefreiungen u.Ä. dürften den thematisierten Bürger nicht betreffen, da er über den zulässigen Gehaltsgrenzen liegt. Auch der Wohnort kann eine Rolle spielen: starke regionale Unterschiede herrschen in der Versorgung durch den NHS. So wird von Kritikern z.B. der Unterschied von vier Jahren Lebenserwartung zwischen Glasgow und Chelsea auch auf das Gesundheitswesen zurückgeführt. Berücksichtigt man die anfallenden Kosten und den zu erwartenden Nutzen, dürfte entweder das deutsche oder das britische Gesundheitssystem für einen Arbeitnehmer mit durchschnittlichen Einkommen am vorteilhaftesten sein. Je nach Wahl und Gewichtung der Entscheidungskriterien sind hierbei aufgrund der Offenheit der Aufgabenstellung durchaus differenzierende Lösungen denkbar.			5
				3
	Summe 61	21	22	18

Aufg.	erwartete Leistungen	BE		
		I	II	III
2.1	Unter Integrierter Versorgung (IV) versteht man die interdisziplinäre und/oder sektorenübergreifende, patientenorientierte Versorgung, bei der Leistungsanbieter abgestimmt zusammenarbeiten. Neben Haus- und Fachärzten können auch Krankenhäuser, Einrichtungen wie Medizinische Versorgungszentren oder auch nicht-ärztliche Partner wie Apotheker daran teilnehmen. Versicherte nehmen an IV-Angeboten freiwillig teil. Die Leistungserbringer müssen für dieses Leistungsangebot vorher Verträge mit den zuständigen Krankenkassen schließen. Der Patient kann sich innerhalb der IV von seinem Arzt durch das Gesundheitswesen lotsen lassen. Die Leistungserbringer sollten dabei Ihre Leistungen auf- und miteinander abstimmen. In aller Regel achten die Krankenkassen bei ihren Vertragspartnern auf eine Behandlung nach Leitlinien und die regelmäßige Fortbildung durch z.B. Teilnahme an Qualitätszirkeln etc. Verträge zur IV können grundsätzlich alle medizinischen Belange der eingeschriebenen Versicherten umfassen, aber auch einzelne Indikationen abdecken. IV-Verträge sollen sich insbesondere auf eine flächendeckende medizinische Versorgung beziehen, die die Behandlung einer versorgungsrelevanten Volkskrankheit in einer größeren Region vernetzt.	9		

Aufg.	erwartete Leistungen	BE		
		I	II	III
2.2	mögliche Chancen der Integrierten Versorgung für Patienten: – Behandlungsabbrüche sind nicht so leicht und unbemerkt möglich. – Im deutschen Gesundheitssystem können Patienten mit ihrer Versorgung ohne Unterstützung (IV) durch ihre Orientierungslosigkeit im System „verloren“ gehen. Die IV soll solche Lücken schließen. – Die IV soll durch die koordinierte Betreuung durch Ärzte, Pfleger, Sozialarbeiter und Psychologen eine ähnlich gute Versorgung bieten wie ein Krankenhaus. Befürworter versprechen sogar eine verbesserte Versorgungsqualität. Diese soll durch die Koordinierung eintreten und beispielsweise Zeitkapazitäten bei ÄrztInnen schaffen. – In akuten Notfällen ist durch das engmaschige Versorgungsnetz unmittelbare Hilfe möglich. In solchen Phasen leidet die erkrankte Person besonders stark. – Es gibt bereits zahlreiche Programme im Rahmen von IV, also für viele Patienten die Möglichkeit, ein passendes für sich zu finden. – Die Abstimmung der Leistungsanbieter soll auch Geld/Kosten einsparen, das birgt für Patienten die Möglichkeit von Vergünstigungen in verschiedenster Form (Rückerstattungen, Zuschüsse). – Die Privatisierung der IV-Projekte könnte aufgrund des großen Marktpotenzials zu großem Wettbewerb führen und vorerst für geringe Preise sorgen, bis eine Marktbereinigung eintritt. – Verkürzte Klinikaufenthalte können Lebensqualität der Patienten verbessern. – Bisherige Ärgernisse für Patienten würden entfallen/sich verringern, z.B. bei Wartezeiten, überflüssigen Einweisungen oder Untersuchungen. – Die Krankenkassen haben durch das Vergütungssystem der IV ein berechtigtes Interesse, die Qualität der Behandlung genauer zu überwachen als bei der Regelversorgung. Der Patient hat hier also einen strengeren Kontrolleur auf seiner Seite, der auf besondere Qualitätsstandards seiner Vertragspartner achtet. mögliche Risiken der Integrierten Versorgung für Patienten: – Es gibt kaum praktische Erfahrungen mit der IV und diese sind auch kaum wissenschaftlich evaluiert worden, die Qualität ist also noch nicht bestätigt. – Kritiker bezweifeln die angemessene Versorgung schwer Erkrankter außerhalb von Krankenhäusern. – Privatwirtschaftliche Leistungsanbieter im Rahmen der IV haben natürlich erwerbswirtschaftliche Ziele. Die Absicht Gewinne zu erwirtschaften, könnte die Qualität der Versorgung beeinträchtigen. Es ist zu vermuten, dass zu diesem Zwecke Versorgungsangebote und -strukturen abgebaut werden, was zu Lasten der hilfebedürftigsten Patienten geht. – Grundsätzliche Versorgungsengpässe beispielsweise durch zu wenig medizinisches Personal werden ebenfalls nicht durch die IV behoben. – Das wirtschaftliche Potenzial dieses Markts um IV-Projekte ist so enorm, dass zahlreiche Unternehmen dies als Geschäftsfeld entdecken werden. Das könnte zu einem übergroßen Angebot führen, das kaum ein Patient mehr überblicken kann. – Wenn Ärzte zu Managern von IV-Projekten werden, droht bei ihnen damit eventuell auch ein Wandel in der Einstellung? Wandelt sich ihr Berufsethos als Arzt damit zum Gewinnstreben des Unternehmers? Diktieren dann gewinnorientierte Unternehmen die Verhaltensweisen der Gesundheitsdienstleister mit einer Fokussierung auf Effizienz statt Qualität der Versorgung?		9	

Aufg.	erwartete Leistungen	BE		
		I	II	III
2.2	- Privatwirtschaftliche Partner werden als notwendig angesehen, um den großen Kapitalbedarf für den Aufbau der neuen Strukturen zu decken. Wirtschaftsinteressen und die damit verbundenen Risiken (s.o.) folgen daraus. - Eine besondere Problematik liegt auch in der privatrechtlichen Basis der IV-Verträge. Wenn diese ausgesetzt werden, z.B. aufgrund von Nachverhandlungen, so stehen die Patienten vorübergehend ohne die gewohnte Betreuung da. Ein solcher Fall kann unter der Regelversorgung kaum eintreten und wäre bei entsprechend hoher Patientenbeteiligung ad hoc über die Regelversorgung auch nicht aufzufangen.		9	
2.3	Die Integrierte Versorgung zielt letztendlich auf eine Kostenreduzierung im Gesundheitswesen ab. Dies versucht sie auf zwei Wegen zu erreichen. Zum einen sollen durch die koordinierte Behandlung schnellere Genesungen eintreten, die die Ausgaben des Gesundheitswesens verringern (z.B. durch verkürzte Liegezeiten im Krankenhaus), zum anderen soll die Anzahl der Gesundheitsleistungen pro Patient reduziert und/oder die Versorgung effizienter gestaltet werden, indem z.B. überflüssige Doppeluntersuchungen, Informationsverlust in den Übergängen des Behandlungsprozesses, Fehlbelegungen in stationären Einrichtungen, unnötige Zeitverzögerungen bei der Diagnostik oder aber auch vernachlässigte Prävention vermieden werden. Durch die Koordination der Behandlung soll auch die Qualität der Behandlung zunehmen, dadurch könnten Folgekosten reduziert werden. Da die Gesundheitsausgaben in Deutschland wie in fast allen Industrienationen deutlich ansteigen und dies wohl auch in den kommenden Jahren zu erwarten ist (demografischer Wandel, Zunahme der sogenannten Volkskrankheiten), sind verschiedene Maßnahmen in Erwägung zu ziehen, die eine Ausgabenreduzierung versprechen. Durch eine koordinierte Behandlung bei den kostenintensiven Volkskrankheiten sind in besonderem Maße Einsparpotentiale vorhanden. Dies liegt zum einen an der enormen Anzahl der Erkrankten, aber auch an den meist langwierigen Behandlungsdauern und den zum Teil auch sehr aufwendigen Therapien. Die Kritiken aus Aufgabe 2.2 lassen erahnen, dass die Umsetzung konkreter IV-Projekte nicht so einfach ist, wie es vordergründig erscheinen mag. Gerade in Anbetracht der Effizienzzielsetzung von IV-Projekten ist zu hinterfragen, ob die Qualität der Versorgung tatsächlich denselben hohen Stellenwert erreicht wie in der allgemeinen Regelversorgung. So belegen auch die Zahlen, dass die IV nicht so sehr umgesetzt wurde, wie dies von der Gesundheitspolitik erhofft wurde. Nach Auslaufen der Anschubfinanzierung für IV-Projekte Ende 2008 ist die Anzahl der neuen IV-Projekte deutlich zurückgegangen. Der Prüfling gelangt abschließend zu einer begründeten Einschätzung.			9 3
Summe 39		9	18	12

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 2014“ vom 22. September 2012 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	21	22	18	61
2	9	18	12	39
Summe	30	40	30	100

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