

I Erläuterungen

Aufgabenart

materialgebundene Aufgabenstellung

Voraussetzungen gemäß Lehrplan und Erlass „Hinweise zur Vorbereitung auf die schriftlichen Abiturprüfungen im beruflichen Gymnasium (fachrichtungs-/schwerpunktbezogene Fächer)“ in der für den Abiturjahrgang geltenden Fassung

Aufgabe 1 basiert auf dem Kurshalbjahr Q3: „Public Health als Steuerungskonzept im Gesundheitswesen und gesundheitsökonomische Analysemethoden“. Inhalte: Gesundheitsziele in Deutschland, Aufgaben und Ziele von Public Health, evidenzbasierte Medizin, Gesundheitsberichterstattung, Disease-Management-Programme und entsprechende Organisationsformen, Formen gesundheitsökonomischer Evaluation, epidemiologische Kennzahlen.

Aufgabe 2 bezieht sich auf das Kurshalbjahr Q1: „Aufbau und Funktion des deutschen Gesundheitswesens“. Inhalte: Finanzierungsformen, Leistungen, Grundprinzipien (Sachleistungsprinzip, Kostenerstattungsprinzip, Solidarprinzip), aktuelle Probleme gesetzlicher und privater Krankenversicherung, aktuelle Reformen und Reformansätze, Leistungs- und Finanzierungsbeziehungen sowie aktuelle Entwicklungen in der ambulanten Versorgung, der stationären Versorgung und der Arzneimittelversorgung.

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	zuordnen – Den direkten Kosten können die Kosten für die ambulanten und stationären Einrichtungen zugeordnet werden, da sie die für die Behandlung tabakbedingter Krankheiten notwendigen Dienstleistungen erbringen. Der Wert dieser erbrachten Dienstleistungen kann unmittelbar der Krankheit zugerechnet werden. – Den indirekten Kosten lassen sich die Kosten aufgrund von Mortalitätsverlusten in bewerteter Arbeitszeit, Verlusten durch Zigarettenpausen, Produktionsausfällen durch Rehabilitation, Arbeitsunfähigkeit GKV und Frühberentung zuordnen. Die indirekten Kosten erfassen diejenigen Kosten, die dadurch entstehen, dass aufgrund von Krankheit, vorzeitigem oder vorübergehender Arbeitsunfähigkeit und vorzeitigem Tod ansonsten von den Betroffenen hergestellte Güter und Dienstleistungen nicht mehr erstellt werden können. – Den intangiblen Kosten können jene Kosten zugeordnet werden, die sich nicht direkt monetär messen lassen wie u. a. die Einschränkung der Lebensqualität, das Leid und die Schmerzen der Betroffenen. Hierunter könnten die Kosten für verlorene Lebensjahre erfasst werden.	4		

Aufg.	erwartete Leistungen	BE											
		I	II	III									
1.1	erläutern – Die Verfügbarkeit der Daten ist nicht immer gegeben bzw. die Erhebung der Daten ist schwierig. Zum einen werden manche Kosten nicht explizit für diese Krankheit erfasst, zum anderen fallen die Kosten bei unterschiedlichen Leistungserbringern an, sodass deren Zusammenführung mühselig ist. – Die Zurechenbarkeit der Kosten kann zum Teil nicht eindeutig vorgenommen werden. Kann z.B. die Ursache einer Krankheit nicht eindeutig geklärt werden, können die Kosten dieser Krankheit auch nicht mittelbar zugerechnet werden. Ebenfalls fällt es bei Allgemeinkosten wie z.B. Verwaltungskosten, die für die Aufnahme und Behandlung eines Patienten im Krankenhaus anfallen, schwer, den Teil auszumachen, der direkt der Krankheit zurechenbar ist. – Die monetäre Bewertung der Produktionsausfälle gestaltet sich schwierig, da sich nur schwer einschätzen lässt, welche Leistungen jemand in der Zeit seiner Krankheit erbracht hätte. – Intangible Kosten wie z.B. für die verlorene Lebensqualität oder die verlorenen Lebensjahre sind nur schwer monetär erfassbar. Zum einen ist die Lebensqualität per se subjektiv, zum anderen ist ihre monetäre Bewertung zu Marktpreisen problematisch. Dasselbe gilt für die verlorenen Lebensjahre.		6										
1.2	darstellen – Die Verhaltensprävention richtet sich an das individuelle Gesundheitsverhalten jedes einzelnen Menschen und zielt darauf ab, das individuelle (Risiko-)Verhalten zu verändern. – Die Verhältnisprävention umfasst all jene Maßnahmen, die zumeist behördlich organisiert der Schaffung risikoarmer Umwelt- und Lebensbedingungen dienen. Sie nehmen indirekt Einfluss auf Entstehung und Entwicklung von Krankheiten. – Die universelle Prävention setzt im Wesentlichen bei der Gesamtbevölkerung an. Es handelt sich dabei um flächendeckende Interventionsmaßnahmen, die nicht spezifisch an eine bestimmte Gruppe gerichtet sind. – Die zielgruppenspezifische Prävention richtet sich an bestimmte Segmente der Bevölkerung. Anhand von Selektionskriterien wie Alter, Risikostatus oder soziodemografische Merkmale werden die Zielgruppen bestimmt. entwerfen Im Folgenden sind mögliche Maßnahmen für die Präventionskombinationen aufgeführt. Andere nachvollziehbare Maßnahmen sind ebenso zu werten. <table><tr><th></th><th>Verhaltensprävention</th><th>Verhältnisprävention</th></tr><tr><td>zielgruppenspezifisch</td><td>z.B. Schockbilder auf Zigarettenpackungen, Entwöhnungstherapien</td><td>z.B. Kauf von Zigaretten am Automaten erst ab 18, an Jugendlichen ausgerichtete Werbespots/ Plakatwerbung, Verbot von Zusatz- und Geschmacksstoffen, Erhöhung der Tabaksteuer</td></tr><tr><td>universell</td><td>z.B. nicht zielgruppenspezifische Aufklärungskampagnen</td><td>z.B. Rauchverbot in öffentlichen Einrichtungen, Einrichtung rauchfreier Zonen wie in Restaurants etc., TV-Werbeverbote</td></tr></table>		Verhaltensprävention	Verhältnisprävention	zielgruppenspezifisch	z.B. Schockbilder auf Zigarettenpackungen, Entwöhnungstherapien	z.B. Kauf von Zigaretten am Automaten erst ab 18, an Jugendlichen ausgerichtete Werbespots/ Plakatwerbung, Verbot von Zusatz- und Geschmacksstoffen, Erhöhung der Tabaksteuer	universell	z.B. nicht zielgruppenspezifische Aufklärungskampagnen	z.B. Rauchverbot in öffentlichen Einrichtungen, Einrichtung rauchfreier Zonen wie in Restaurants etc., TV-Werbeverbote		6	
	Verhaltensprävention	Verhältnisprävention											
zielgruppenspezifisch	z.B. Schockbilder auf Zigarettenpackungen, Entwöhnungstherapien	z.B. Kauf von Zigaretten am Automaten erst ab 18, an Jugendlichen ausgerichtete Werbespots/ Plakatwerbung, Verbot von Zusatz- und Geschmacksstoffen, Erhöhung der Tabaksteuer											
universell	z.B. nicht zielgruppenspezifische Aufklärungskampagnen	z.B. Rauchverbot in öffentlichen Einrichtungen, Einrichtung rauchfreier Zonen wie in Restaurants etc., TV-Werbeverbote											

4

Aufg.	erwartete Leistungen	BE		
		I	II	III
1.3	erläutern – Die Sucht überwiegt. Es besteht eine zu starke körperliche und/oder psychische Abhängigkeit von Nikotin. – Gesetzliche Verbote oder normativ-regulatorische Maßnahmen werden übergangen, wie z. B. das Rauchverbot für Minderjährige. – Kognitiv erkennen Menschen zwar den Zusammenhang zwischen Risikofaktoren und einer möglicherweise entstehenden Krankheit, doch schätzen sie das individuelle Risiko, daran zu erkranken, als gering ein. Es wird nach dem Motto „mich wird es schon nicht treffen“ verfahren. – Es fällt Betroffenen schwer, sich von Gewohnheiten zu verabschieden, vor allem wenn sie Vorteile mit sich bringen. Zum Beispiel ermöglicht eine Zigarettenpause am Arbeitsplatz eine Arbeitspause. – Warnhinweise oder Abschreckungen wie Schockbilder wirken nur kurzfristig.		6	
1.4	Erläutern erörtern Bei der Einzelleistungsvergütung wird jede ärztliche Leistung einzeln honoriert. Eine Einführung oder Erhöhung der Einzelleistungsvergütung für präventive Tätigkeiten des Arztes würde für den Arzt einen Anreiz darstellen, mehr Präventionsleistungen zu erbringen, denn er erhält für jede erbrachte Leistung eine entsprechende Vergütung. Jedoch findet bei dieser Vergütungsart die Qualität keine Berücksichtigung. Der Arzt muss hier keinen Nachweis für den Erfolg seiner Präventionsleistungen erbringen. Bei der Kopfpauschale erhält der Arzt pro Patient eine pauschale Vergütung unabhängig von der Menge der erbrachten Leistungen und der Qualität. Mit dieser Vergütungsart können zum einen einzelne Präventionsleistungen nicht speziell gefördert werden, zum anderen führt sie eher dazu, dass Präventionsleistungen vom Arzt nur in einem begrenzten Umfang erbracht werden, da er schließlich nur eine Pauschale unabhängig vom Bedarf des Patienten an Präventionsleistungen erhält. Allerdings hätte der Arzt innerhalb der Grenzen der Kopfpauschale einen Spielraum für Präventionsangebote, den er je nach Patient unterschiedlich gestalten kann. Bei der Fallpauschale erhält der Arzt eine pauschale Vergütung pro Krankheitsfall. Die erbrachte Menge an Präventionsleistungen und auch deren Qualität spielen für die Vergütung keine Rolle. Ebenso wie bei der Kopfpauschale führt diese Art der Bezahlung eher zu einer Mengenbegrenzung der Präventionsleistungen. Lediglich ein Upcoding des Falls würde seine Einnahmesituation verbessern und einen Anreiz bieten, mehr Präventionsleistungen zu erbringen. Bei der erfolgsabhängigen Vergütung erhält der Arzt sein Honorar in Abhängigkeit vom Erfolg seiner Tätigkeit. Diese Vergütungsart motiviert den Arzt erfolgsversprechende Präventionsleistungen zu erbringen. Qualitativ gut arbeitende Ärzte würden hier mehr belohnt werden. Es besteht jedoch die Problematik, den Erfolg zu definieren und geeignete Indikatoren für die Messung des Erfolgs zu finden. Die Fehlanreize zur Mengenbegrenzung wären hier weniger gegeben. Als Fazit lässt sich festhalten, dass die Einzelleistungsvergütung eher dazu geeignet wäre, die Erbringung präventiver Maßnahmen im ambulanten Bereich zu fördern (quantitativer Aspekt). Liegt der Schwerpunkt noch auf dem Erfolg der Präventionsmaßnahmen (qualitativer Aspekt), ist die erfolgsabhängige Vergütung der Einzelleistungsvergütung vorzuziehen.		2 2 2 2	1 1 1 4

Aufg.	erwartete Leistungen	BE		
		I	II	III
1.5	darstellen Als Vorteile für den Patienten können folgende Punkte erwähnt werden: – Der Patient ist zeitlich unabhängig von Sprechzeiten des Arztes. – Über das Programm erhält der Patient regelmäßige Informationen. – Das Programm enthält keine Werbung. Der Patient wird nicht abgelenkt und ihm werden keine zusätzlichen Produkte seitens der Pharmabranche aufge-drängt. Der Einfluss der Pharmafirmen auf das Programm ist begrenzt. – Der Patient erhält aufeinander aufbauende Schulungen. – Bei alternativer Variante wird der Patient über den Hausarzt kontrolliert. Das fördert das Durchhaltevermögen des Patienten. – Der interaktive Aufbau des Programms wirkt motivierend. – Der Patient muss selbstständig aktiv werden. – Der Hausarzt hat weniger Aufwand für die Betreuung von Patienten. Er kann mehr Patienten in weniger Zeit „behandeln“ und hat dadurch mehr Zeit für andere Fälle.	10		
Summe 52		14	26	12

Aufg.	erwartete Leistungen	BE		
		I	II	III
2.1	nennen, beschreiben – freiverkäufliche Arzneimittel (OTC-Arzneimittel): Abgabe ist weder an Apotheken noch an eine Verordnung gebunden, daher z. B. auch in Drogerien oder Lebensmittelgeschäften erhältlich – apothekenpflichtige Arzneimittel: keine grundsätzliche Verordnungspflicht durch den Arzt, nur in Apotheken erhältlich – verschreibungspflichtige Arzneimittel: grundsätzliche Verordnungspflicht durch den Arzt, nur in Apotheken erhältlich – Betäubungsmittel: Abgabe nur unter Wahrung des Betäubungsmittelgesetzes mit entsprechender Dokumentation, Verordnungspflicht durch den Arzt, nur in Apotheken erhältlich	8		
2.2	erläutern Der demografische Wandel in Deutschland hat zur Folge, dass es mehr alte Patienten gibt, die mit Medikamenten versorgt werden müssen. Zusätzlich führt die Zunahme von Multimorbidität im Alter zu einem höheren Medikamentenbedarf. Alte Patienten müssen häufig mehrere Medikamente zu sich nehmen. – Auch ein stärkeres Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung sorgt für eine vermehrte Nachfrage nach Medikamenten. Der Erhalt der Gesundheit wird eher über die schnelle Einnahme von Medikamenten sichergestellt als über die Veränderung von gesundheitsschädigendem Verhalten. – Es gibt kein Gebot für Ärzte, konsequent Generika oder günstigere Varianten von Medikamenten zu verschreiben, sodass Versicherte zum Teil die teuren Medikamente erhalten. – Die Entwicklung neuer Pharmaprodukte hat auch ihren Preis. Gerade bei patentgeschützten Innovationen sind die Pharmahersteller noch weitestgehend frei in der Festsetzung ihrer Preise. Die Forschungs- und Entwicklungsleistungen schlagen sich im Preis des neuen Medikamentes nieder.			

Aufg.	erwartete Leistungen	BE		
		I	II	III
2.2	– In der Forschung geht der Trend in Richtung Biotechnologie und individualisierte Medizin. Dies bedeutet, dass Medikamente zur individuellen Bekämpfung von spezifischen Krankheiten hergestellt werden. Allerdings sind die Fallzahlen hier sehr niedrig, sodass hier höhere Entwicklungskosten durch eine niedrigere Anzahl an vertriebenen Medikamenten wieder eingebracht werden müssen. Dies führt zu höheren Medikamentenpreisen für Spezialpräparate. – In Deutschland wird auf Medikamente generell die volle Mehrwertsteuer erhoben, was eine zusätzliche Verteuerung der Preise zur Folge hat. darstellen – Kosten-Nutzen-Bewertung: Nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz, kurz AMNOG, werden Arzneimittel, die neu auf den Markt kommen, einer Kosten-Nutzen-Bewertung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) unterzogen. Erweist sich das Medikament als Scheininnovation ohne Zusatznutzen, wird es einer Gruppe von Festbetragsarzneimitteln und deren jeweiligem Preis zugeordnet. Wird ein Zusatznutzen festgestellt, haben die gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit einen Rabatt auf den Herstellerpreis mit dem Pharmaunternehmen auszuhandeln, um den sich der Herstellerpreis letztendlich reduziert. Die Kosten-Nutzen-Bewertung wirkt sowohl bei Innovationen als auch bei Scheininnovationen als Einschränkung der freien Preissetzung durch die Pharmahersteller. – Rabattverträge: Die gesetzlichen Krankenkassen haben die Möglichkeit mit der pharmazeutischen Industrie eigene Rabattverträge für Nicht-Festbetragsmittel abzuschließen. Das bedeutet, dass für Arzneimittel, die nicht zu einer Festbetragsgruppe zugeordnet werden können, jede Krankenkasse ihre eigenen Rabatte auf deren Preis mit den Pharmaherstellern aushandeln kann, um das Medikament für ihre gesetzlich Versicherten günstiger zu bekommen. – Festbetragsregelung: Der Festbetrag eines Arzneimittels ist der maximale Betrag, den die gesetzlichen Krankenkassen für dieses Arzneimittel bezahlen. Die Festbetragsregelung gilt für Arzneimittelgruppen, in der Arzneimittel mit derselben oder ähnlich therapeutischen Wirkung zusammengefasst sind. Ist der Verkaufspreis des Arzneimittels aus einer Festbetragsgruppe nun höher als der Festbetrag, tragen Patienten die Differenz zum Festbetrag entweder selbst oder erhalten ein anderes gleichwertiges Arzneimittel ohne Zuzahlung. – Richtgrößenbudget: Das Richtgrößenbudget gibt Vertragsärzten die Höhe eines Eurobetrages vor, für den er einem Patienten je Quartal Medikamente verschreiben darf. Wenn ein Arzt dieses deutlich überschreitet, droht dem Vertragsarzt Regress.		8	
			6	

Aufg.	erwartete Leistungen	BE		
		I	II	III
2.3	entwerfen Die Erhöhung der Generikaquote könnte erzielt werden durch: – Beeinflussung des Ordnungsverhaltens des Arztes, z. B. durch Verpflichtung zur Ausstellung von „aut idem“-Rezepten, durch eine Bonus-Malus-Regelung oder durch die Festlegung bzw. Reduzierung seines Richtgrößensbudgets. – Beeinflussung des Abgabeverhaltens des Apothekers, d. h. Apotheker dürfen nur das günstigere Arzneimittel mit dem gleichen Wirkstoff abgeben. – Einführung einer Positivliste für Medikamente, auf der vor allem Generika aufgeführt sind. Auf einer Positivliste sind alle Arzneimittel aufgeführt, die der Vertragsarzt gesetzlich Versicherten auf Kosten der GKV verordnen darf. – Einführung eines Generikarabatts, d. h. Generika sind zu einem bestimmten Prozentsatz günstiger abzugeben als Originalpräparate. – Abschluss von Krankenhausgruppenverträgen mit Herstellern von Generika, sodass diese bestimmte Krankenhausgruppen mit günstigen Generika beliefern. – Abschluss von Krankenkassenverträgen mit Herstellern von Generika, sodass die Versicherten von Apotheken die Generika von dem Hersteller erhalten, mit dem die Krankenkasse einen Rabattvertrag abgeschlossen hat.			6
	Summe 28	8	14	6

Aufg.	erwartete Leistungen	BE		
		I	II	III
3	darstellen – In der GKV werden die Ärzte nicht direkt von der Krankenkasse bezahlt, sondern die Krankenkassen stellen für die ambulante Versorgung ihrer Versicherten einen bestimmten Betrag zur Verfügung den sie an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) mit befreiender Wirkung auszahlen. Die KVen verteilen das Geld an die Vertragsärzte auf der Grundlage des Honorarverteilungsmaßstabs und der Gebührenordnung für Vertragsärzte, dem einheitlichen Bewertungsmaßstab, kurz EBM. – Der einzelne Vertragsarzt rechnet mit seiner zuständigen KV seine erbrachten Leistungen ab, d. h. jeweils am Ende eines Quartals reicht er eine Abrechnung der an all seinen Patienten erbrachten Leistungen in Form der Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) ein. Im EBM ist den einzelnen Leistungen oder Leistungskomplexen eine bestimmte Menge an Punkten zugeordnet. Wie viel ein Punkt letztlich Wert ist, bestimmen die KVen nach dem Honorarverteilungsmaßstab und nach den abgerechneten Leistungspunkten aller Vertragsärzte. Sie haben sich dabei an einem bundeseinheitlichen Orientierungswert zu orientieren, von dem sie jedoch regional abweichen können. Jedem Vertragsarzt ist zudem noch ein Regelleistungsvolumen zugeordnet. Dies ergibt sich aus der regionalen Gebührenordnung und dem regionalen Behandlungsbedarf der Versicherten und stellt die Obergrenze der Leistungserstattung dar. Wird das Regelleistungsvolumen überschritten, werden die Punktwerte stufenweise gesenkt. Durch die Vorteile bei der Honorierung besteht bei den Leistungserbringern (Ärzten) eine Tendenz hin zur privatärztlichen Praxis.	5		

Aufg.	erwartete Leistungen	BE		
		I	II	III
3	– Die Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen für Privatpatientinnen und -patienten erfolgt nach dem Kostenerstattungsprinzip. Anders als bei den gesetzlich Krankenversicherten geht der Privatpatient ein direktes Vertragsverhältnis mit seinem Arzt ein. Aus diesem Vertrag entsteht dem Arzt ein Anspruch auf Vergütung der Leistungen gegenüber dem Patienten. Der Arzt stellt die ärztlichen Leistungen dem Privatpatienten gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung. Im Gebührenverzeichnis der GOÄ werden Einzelleistungen (Gebührenpositionen) aufgelistet und mit einem Gebührensatz (feste Punktwerte) bewertet. Für jeden Einzelfall kann der Arzt den Gebührensatz mit einem Steigerungssatz von maximal 3,5 multiplizieren. Mit diesem Steigerungssatz sollen Schwierigkeit, Zeitaufwand und Umstände der Ausführung der Behandlung der einzelnen Patientin/des einzelnen Patienten berücksichtigt werden. Anders als bei der GKV ist hier die Abrechnung zusätzlicher Leistungen außerhalb des standardisierten Leistungsumfangs der GKV möglich. Im Rahmen der GOÄ ist keine Mengenbegrenzung vorgesehen. Der Patient muss die Rechnung direkt an den Arzt bezahlen. Anschließend kann er sich diese Ausgaben von der eigenen privaten Krankenversicherung – im vertraglich vereinbarten Umfang – zurückerstatten lassen. beurteilen Auswirkungen auf Leistungserbringer und Versicherte: Für die ambulante ärztliche Versorgung steht in der GKV nur ein festes Budget zur Verfügung. Die Ausgaben für die ärztlichen Leistungen sind gedeckelt durch das Gesamtbudget auf Bundesebene und durch das Regelleistungsvolumen auf regionaler Ebene. Dies führt dazu, dass Behandlungen nur im Rahmen des Budgets erbracht werden, also die Therapiefreiheit des Vertragsarztes eingeschränkt ist und die Qualität der Patientenversorgung leiden kann. Der Vertragsarzt kann über den standardisierten Leistungskatalog der GKV hinaus sogenannte Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL-Leistungen) erbringen. Diese kann er nach der GOÄ abrechnen, sodass er einen Anreiz hat GKV-Patienten solche vermehrt anzubieten. Allerdings müssen diese Leistungen von den GKV-Versicherten selbst gezahlt werden. Anders als im vertragsärztlichen Bereich sind die Vergütungen für privatärztliche Leistungen nicht gedeckelt. Die vorherrschende Einzelleistungsvergütung, die außerdem in der Regel nicht an Indikatoren der Prozess- und/oder Ergebnisqualität gebunden ist, und die vorherrschende Abrechnung von Leistungen zu einem erhöhten Steigerungssatz setzen ökonomische Anreize zu starker Leistungsausdehnung bis hin zur Gefahr von Überversorgung. Ärzte tendieren möglicherweise dazu, die Kosten der gesetzlichen Versorgung über höhere Honorarforderungen an Privatversicherte zu finanzieren. Dies hat zur Folge, dass Privatpatienten häufig in der ambulanten Behandlung bevorzugt werden, sei es durch kürzere Wartezeiten beim Zugang zur ambulanten Versorgung oder durch ein breiteres Leistungsangebot.	5		
	Summe 20	10		10

III Bewertung und Beurteilung

Die Bewertung und Beurteilung erfolgt gemäß den Bestimmungen in der Oberstufen- und Abiturverordnung (OAVO) in der jeweils geltenden 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 beruflichen Gymnasium (fachrichtungs-/schwerpunktbezogene Fächer)“ in der für den Abiturjahrgang geltenden Fassung 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	14	26	12	52
2	8	14	6	28
3	10		10	20
Summe	32	40	28	100

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