

## Indikationsqualität als Kernstück der aktuellen Quality & Safety - Diskussion

IQN Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein  
2. Fortbildungsveranstaltung "Indikationsqualität im Fokus"

Bandscheibenschäden -  
gute Behandlung mit oder ohne Skalpell?

Düsseldorf, 29.06.2016

pdf-Version unter  
[matthias.schrappe.com](http://matthias.schrappe.com)

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

## Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Einordnung des Themas
- ➔ Screening
- ➔ Diagnostik
- ➔ Therapie
- ➔ Zusammenfassung

Improving the Quality of Health Care:

00qmrmalglchassin13.cdr

## What's Taking So Long?

- ➔ Methodik der Qualitätsverbesserung nicht adäquat
- ➔ Komplexität nicht berücksichtigt
- ➔ Sicherheitskultur nicht im Fokus
- ➔ **Overuse kein Thema**

- Händedesinfektion
- Wrong Site
- ...



Mark R. Chassin, Health Aff. 32, 2013, 1761

Prof. Dr. M. Schrappe

## Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Einordnung des Themas
- ➔ Screening
- ➔ Diagnostik
- ➔ Therapie
- ➔ Zusammenfassung

## Indikationsqualität: Systematik

- ➔ Ergebnis-Quantität
- ➔ Indikations-Quantität
- ➔ Prozess-Quantität
- ➔ Struktur-Quantität

## Abgrenzung Ergebnis-/Prozessindikatoren

### ➔ Ergebnis-Ind.

- Mortalität
- Heilung
- Funktion
- Alltagsbewältigung
- Zufriedenheit
- Komplikationen
- Nosok. Infektionen
- Rückverlegung ICU
- Arzneim.-Ereignisse
- Indikationsstellung
- Entlassungsprozess
- Arzbrief
- Kommunikation
- Organisation
- Kooperation

### ➔ Grenzbereich

### ➔ Prozess-Ind.

## Prozess-Indikatoren: NQF

“Next in the preferred hierarchy are measures of intermediate outcomes and processes closely linked to desired outcomes.”



## Systematik

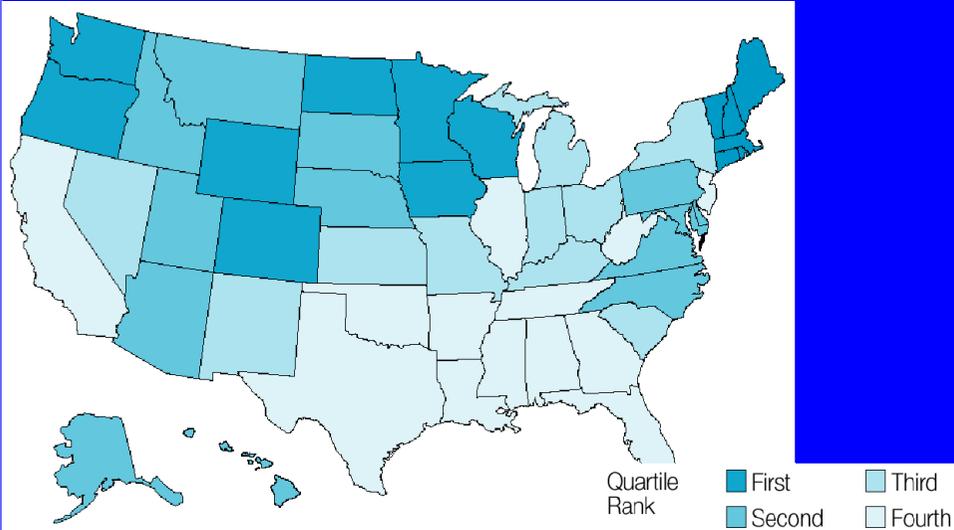
### ➔ Epidemiologie

### ➔ Inhalt

- ➔ Qualitäts-Systematik
- ➔ Erhebungsmethodik
- ➔ Perspektive

## 24 Indikatoren Medicare FFS: Varianz

Jencks et al.: JAMA  
284, 2000, 1670-6

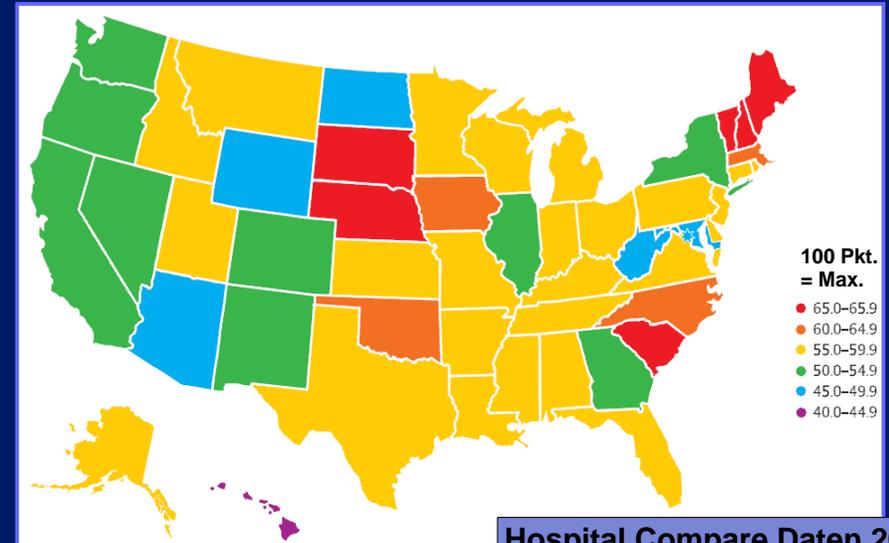


00qmVndicjencks.cdr

Prof. Dr. M. Schrappe, Klinikum der Philipps-Universität Marburg/L.

## Value-Based Purchasing: Simulation

00qmP4pWerner11b.cdr



Hospital Compare Daten 2009

Werner et al. Health Aff. 31, 2012, 1932

Prof. Dr. M. Schrappe

## Kleinräumige Varianz

gesoeko/variatio/wennberg73.cdr

1972 Social Security Act  
Professional Standard Review  
Organizations (PSRO's)

Surgical procedure	Lowest two areas	Entire state	Highest two areas
Tonsillectomy	13 32	43	85 151
Appendectomy	10 15	18	27 32
Hemorrhoidectomy	2 4	6	9 10
<b>Males</b>			
Hernioplasty	29 38	41	47 48
Prostatectomy	11 13	20	28 38
<b>Females</b>			
Cholecystectomy	17 19	27	46 57
Hysterectomy	20 22	30	34 60
Mastectomy	12 14	18	28 33
Dilation and curettage	30 42	55	108 141
Varicose veins	6 7	12	24 28

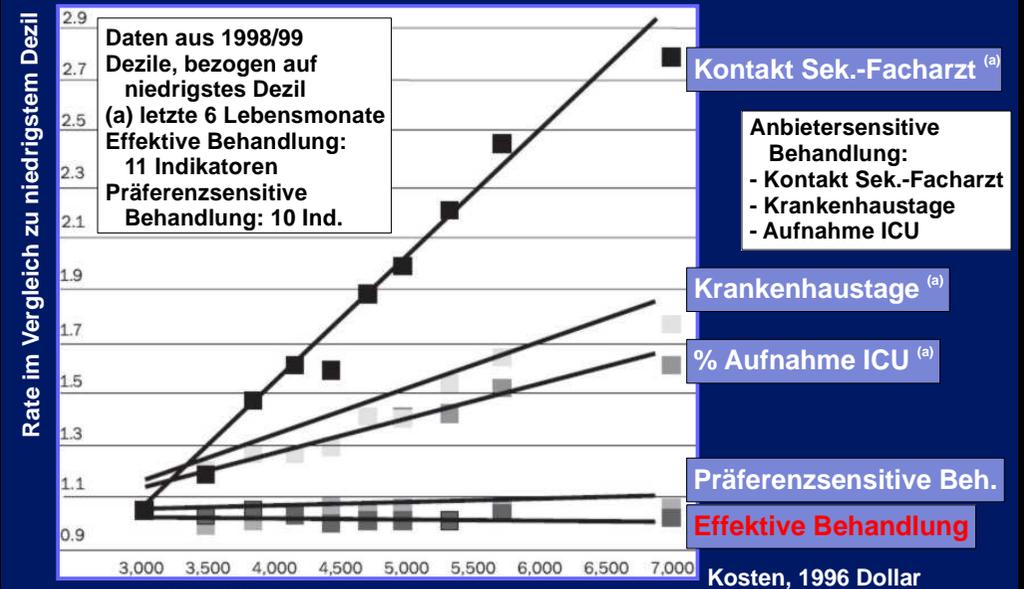
Vermont  
444000 EW  
19 Krhs.  
13 "areas"

Prof. Dr. M. Schrappe

Wennberg Science 182, 1973, 1102

## Variation der Kosten und Leistungen

gesoeko/variation/wennberg02.cdr



Wennberg et al. Health Aff. 21, 2002, w96

Prof. Dr. M. Schrappe

## Qualität: Systematik

- ➔ Über-, Unter- und Fehlversorgung
- ➔ Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
- ➔ sachlich, interaktiv, gesellschaftlich

Prof. Dr. M. Schrappe

## Übersversorgung: Metaanalyse zu USA

### EDITOR'S NOTE

### Overuse of Health Care

#### Where Are the Data?

**W**hat is most striking about this report is how hard the authors searched for data on overuse of health care and how little they found. They reviewed 21 years of the medical literature and evaluated 114831 publications, yet found only 172 articles that addressed overuse of health care.

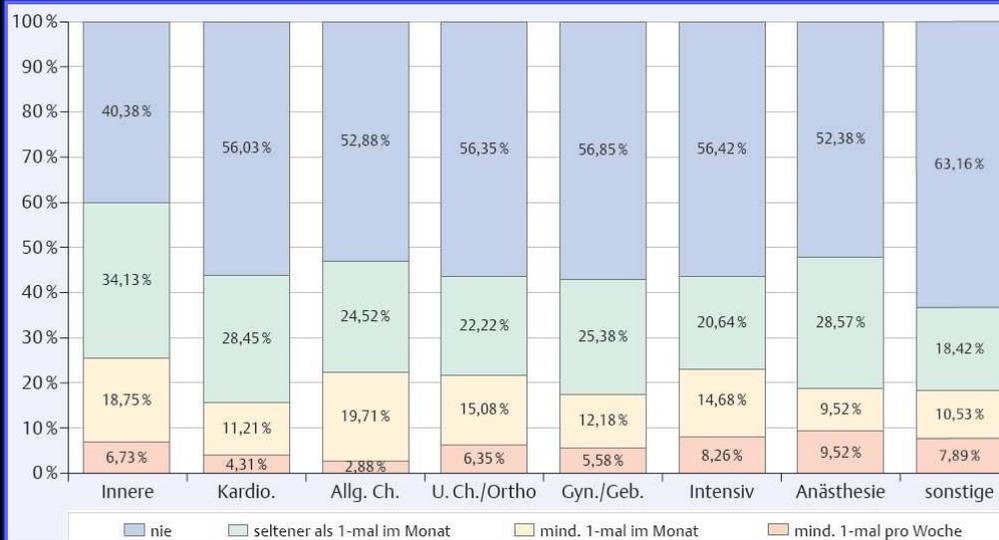
If we are to improve health care in the United States, we must know as much about overuse of health care as we do about underuse of health care. This article gets us started.

Mitchell H. Katz, MD

M.H. Katz, Editor, zu Korenberg et al.  
Arch. Intern. Med. 172, 2012, 171

Prof. Dr. M. Schrappe

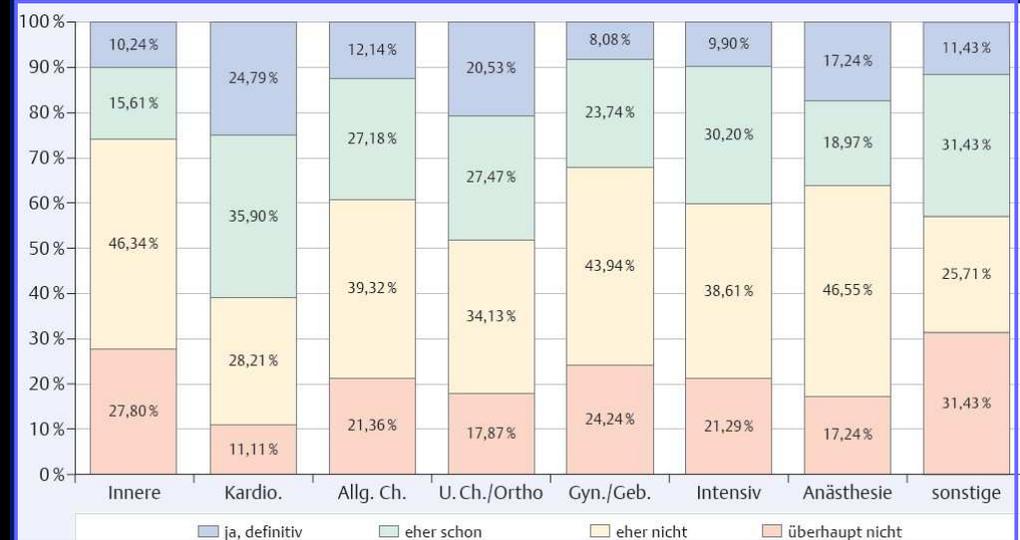
## Rationierung: Umfrage deutsche Krhs.



Reifferscheid et al. DMW 2015

Prof. Dr. M. Schrappe

## Übersversorgung: Umfrage deutsche Krhs.



Reifferscheid et al. DMW 2015

Prof. Dr. M. Schrappe

## Choosing Wisely-Kampagne

*“Physicians’ willingness to sincerely advance professionalism in medicine and to own their role as stewards of limited health care resources will be revealed by physician-led efforts such as Choosing Wisely. General acceptance of this effort to date by physicians and the public is encouraging and probably reflects our enduring trust in physicians as healers and credible leaders of health care reform. This trust must not be squandered; rather, it should be leveraged to restore balance in our nation’s health care investment.”*

## Übersversorgung: Definitionen

### ➔ IOM

**"potential for harm from the provision of a service exceeds the possible benefit"**

Chassin et al. 1998

### ➔ SVR

**"Versorgungsleistungen, die über die individuelle Bedarfsdeckung hinaus und ohne oder ohne hinreichend gesicherten gesundheitlichen (Zusatz-)Nutzen (z.B. aus Unwissenheit, Gefälligkeit, zu Marketing- oder aus Einkommensinteressen) gewährt werden."**

SVR 2001, Nr. 40

Prof. Dr. M. Schrappe

## Bedarf

### Bedarf

➔ Zustand, dessen Behandlung gesundheitlichen Nutzen erwarten läßt

### Objektiver Bedarf

➔ **Fachlich bzw. wissenschaftlich bestätigter Bedarf**

### Nachfrage

➔ Wunsch nach Versorgung und Zahlungsbereitschaft

Prof. Dr. M. Schrappe

## Über-, Unter- und Fehlversorgung

Tabelle 4: Zur Definition von Über-, Unter- und Fehlversorgung

Leistung <sup>a)</sup> \ Bedarf	wird fachgerecht erbracht	wird nicht fachgerecht erbracht	wird nicht erbracht <sup>b)</sup>
nur objektiver, kein subjektiver Bedarf (latenter Bedarf)	bedarfsgerechte Versorgung	Fehlversorgung	(latente) Unterversorgung
subjektiver und objektiver Bedarf	bedarfsgerechte Versorgung	Fehlversorgung	Unterversorgung (ggf. Fehlversorgung)
nur subjektiver, kein objektiver Bedarf	Übersversorgung (ggf. Fehlversorgung)	Übersversorgung und Fehlversorgung	bedarfsgerechte Versorgung

a) Annahme: Leistung mit gesichertem gesundheitlichen Netto-Nutzen und angemessener Nutzen-Kosten-Relation

b) Annahme: Es wird auch keine alternative Leistung erbracht

SVR 2001, Nr. 40

Prof. Dr. M. Schrappe

## Angemessenheit

"Most patients (...) require the answers to 6 questions:

- ➔ What is wrong?
- ➔ Why is it wrong?
- ➔ What can be done?
  - ➔ What should be done?
- ➔ Who should do it?
- ➔ What can I expect?"

Chandler, C, Lancet 353, 1999, 1178

Prof. Dr. M. Schrappe

## Angemessenheit - Definition

"Der Rat ... definiert Angemessenheit als Attribut wirksamer Maßnahmen, in dem deren **Effizienz** und deren **Übereinstimmung mit Grundsätzen, Werten und Präferenzen** auf der Ebene von Personen, Gemeinschaften und Gesellschaft zusammenfassend zum Ausdruck kommt."

SVR Gutachten 2007 "Kooperation und Verantwortung" Bd. II, Nr. 579

Prof. Dr. M. Schrappe

## Angemessenheit

- Gegenstand der Versorgungsforschung -  
Zentraler Nutzenaspekt von Behandlungsmethoden

- ➔ **Notwendige Bedingung 1. Ebene**
  - ➔ Absolute Wirksamkeit (efficacy)
- ➔ **Notwendige Bedingung 2. Ebene**
  - ➔ **Effizienz (efficiency)**
  - ➔ **Grundsätze, Werte und Präferenzen** von
    - Personen
    - Gemeinschaften und
    - Gesellschaft

SVR Gutachten 2007 "Kooperation und Verantwortung" Bd. II, Nr. 579

Prof. Dr. M. Schrappe

## Gesamt-Nutzen

einer Untersuchungs- und Behandlungsmethode

- ➔ **Absolute Wirksamkeit (efficacy)**
  - prioritäre notwendige Bedingung
- +
- ➔ **Relative Wirksamkeit (effectiveness)**
  - sekundäre notwendige Bedingung

Prof. Dr. M. Schrappe

## Definition Versorgungsforschung

Versorgungsforschung ist ein fachübergreifendes Forschungsgebiet, das ausgehend von der Patienten- sowie Populationsperspektive und vor dem Hintergrund komplexer Kontextbedingungen die Versorgungsstrukturen und -prozesse der Gesundheitsversorgung untersucht, den **Outcome auf Ebene der Alltagsversorgung** beschreibt und komplexe Interventionen zu Verbesserung der Versorgung evaluiert.

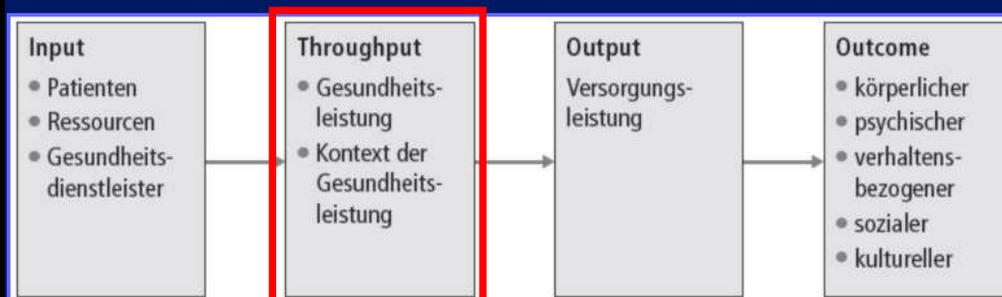
## Definition Versorgungsforschung

Versorgungsforschung ist ein fachübergreifendes Forschungsgebiet, das ausgehend von der Patienten- sowie Populationsperspektive und vor dem Hintergrund komplexer Kontextbedingungen die Versorgungsstrukturen und -prozesse der Gesundheitsversorgung untersucht, den Outcome auf Ebene der Alltagsversorgung beschreibt und komplexe Interventionen zu Verbesserung der Versorgung evaluiert.

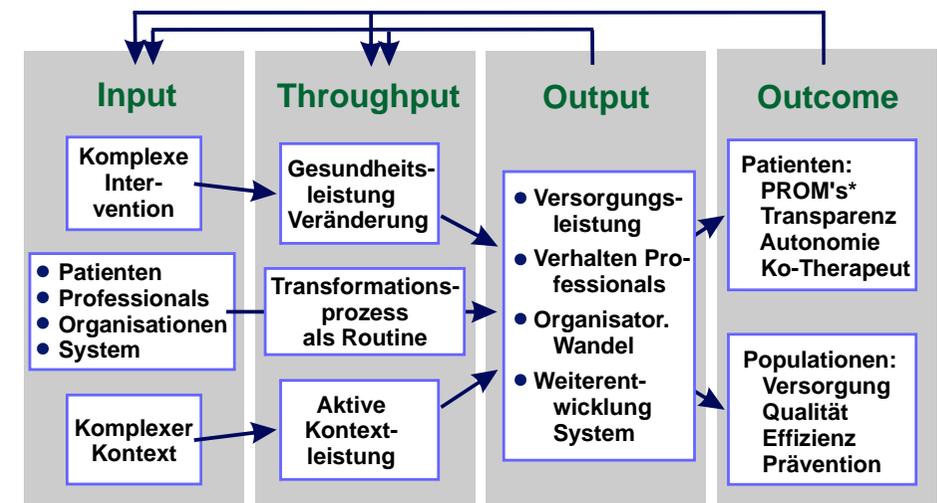
### 5 Elemente der Definition:

- Patientenorientierung
- Outcome-Orientierung auf Patienten- u. Populationsebene
- Umsetzungsperspektive und Kontextbezug
- Komplexe Interventionen und Verbesserung
- Multidisziplinarität und Multiprofessionalität

## VF: Throughput-Modell



## Throughput-Modell: Weiterentwicklung



## Übersorgung als Systemproblem

- ➔ Mengenanreiz durch Fallpauschalierung
- ➔ IGeL-Leistungen
- ➔ Medizintechnik: fehlende Nutzenbewertung
- ➔ Arzneimittel: *publication bias*
- ➔ Diagnostik: Schlechte Ausbildung, Sicherheitsbedürfnis
- ➔ Fehlende Leitlinien-Adhärenz

## KHSG vom 22.12.2015

- ➔ Neustrukturierung des 9. Abschnitt Kap. 4 SGB V
- ➔ Qualitäts-orientierte Vergütung
- ➔ **Eindämmung des Mengenanreizes**
- ➔ Qualitätsverträge - Selektivverträge
- ➔ Mindestmengen
- ➔ Zugangsindikatoren
- ➔ Qualitäts-orientierte Krankenhausplanung
- ➔ Weiterentwicklung Public Reporting
- ➔ Patientenorientierung
- ➔ Kontrolle und Durchsetzung

## KHSG: Mengenanreiz

- ➔ **Ausgangssituation:** Widersprüchlich!
- ➔ **"Wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen"**

Vertragsparteien auf Bundesebene werden verpflichtet, "**Leistungen mit eingetretenen oder zu erwartenden wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen gezielt abzusenken oder abzustaffeln**" (Text Begründung), soweit „wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen“ oder eine „systematische Übersvergütung der Sachkostenanteile“ vorliegen (Neufassung des §17b Abs. 1 Satz 5 und 6 KHG, Vorschlag bis zum 31.5.2016, der bereits für die Kalkulation der Bewertungsrelationen für 2017 zu berücksichtigen ist.)

## KHSG: Mengenanreiz (2)

22.12.2015

- ➔ **"Fixkostendegressionsabschlag"**

Bei der Vereinbarung von Mehrleistungen muss ab 2017 ein Abschlag in Höhe der veranschlagten Fixkosten der zusätzlichen Leistungen berücksichtigt werden, dessen Höhe von den Vertragsparteien bis zum 30.9.2016 konsentiert werden muss (§10 Abs. 13 [neu] KHEntG).

- ➔ **"Vertiefte" DRG-Kalkulation**

Vertragsparteien auf Bundesebene (DKG, Kassen, PKV) haben durch das INEG bis zum 30.6.2015 ein "**Konzept für sachgerechte Korrekturen der Bewertungsrelationen der kalkulierten DRGFallpauschalen**", um Vergütungsfehlansätze durch sinkende Sachkosten bei gleichzeitig steigenden Landesbasisfallwerten zu vermeiden (§17b Abs.1 Satz 6).

## KHSG: Mengenanreiz (3)

### ➔ Arbeitsvertragliche Regelungen auf Chefarzdebene

Auf Ebene der arbeitsvertraglichen Regelungen auf Chefarzdebene soll in Verschärfung der bisherigen Vorschrift der Mengenanreiz relativiert werden, indem die DKG im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer Formulierungshilfen erstellt, durch die **„Zielvereinbarungen ausgeschlossen sind, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen, welche die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen gefährden“** (§135c [neu])

## KHSG: Mengenanreiz (4)

22.12.2015

### ➔ Zweitmeinungsverfahren nach §27b SGB V

- Planbare, "mengenanfällige" Leistungen
- Voraussetzungen für den Erbringer der Zweitmeinung:
  - "langjährige fachärztliche Tätigkeit"
  - "Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung"
  - Kriterien GBA (bis 31.12.2015 - *nicht erfolgt* -)
    - "Erfahrungen mit der Durchführung"
    - "regelmäßige gutachterliche Tätigkeit"
    - "besondere Zusatzqualifikationen"
    - telemedizinische Erbringung ist möglich
- Berechtig: zugelassene Ärzte, MVZ, ermächtigte Ärzte und Einrichtungen, zugelassene Krankenhäuser, "nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, die nur zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen"

## KHSG: Mengenanreiz (4)

22.12.2015

### ➔ Zweitmeinungsverfahren nach §27b SGB V

- Planbare, "mengenanfällige" Leistungen
- Voraussetzungen für den Erbringer der Zweitmeinung:
  - "langjährige fachärztliche Tätigkeit"
  - "Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung"
  - Kriterien GBA (bis 31.12.2015 - *nicht erfolgt* -)
    - "Erfahrungen mit der Durchführung"
    - "regelmäßige gutachterliche Tätigkeit"
    - "besondere Zusatzqualifikationen"
    - telemedizinische Erbringung ist möglich
- Berechtig: zugelassene Ärzte, MVZ, ermächtigte Ärzte und Einrichtungen, zugelassene Krankenhäuser, "nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, die nur zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen"

## KHSG: Mengenanreiz

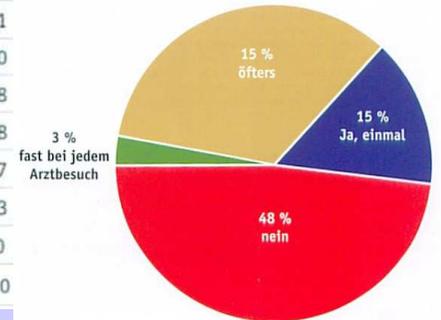
- ➔ "Wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen"
- ➔ "Fixkostendegressionsabschlag"
- ➔ "Vertiefte" DRG-Kalkulation
- ➔ Arbeitsvertragliche Regelungen auf Chefarzdebene
- ➔ Zweitmeinungsverfahren nach §27b SGB V

# Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Einordnung des Themas
- ➔ **Screening**
- ➔ Diagnostik
- ➔ Therapie
- ➔ Zusammenfassung

Verteilung privat angebotener ärztlicher Leistungen	
Art der Leistung	Angaben in %
Ultraschalluntersuchungen	24,8
Glaukomvorsorgeuntersuchung	17,6
Verordnung Medikament bzw. Heil- und Hilfsmittel	11,4
Blutuntersuchungen / Laborleistungen	11,2
ergänzende Krebsfrüherkennung bei Frauen	8,2
PSA-Wert-Bestimmung	4,3
Akupunktur	3,1
Kosmetische Leistungen	3,0
Hautkrebsvorsorge	2,8
Knochendichtemessung	1,8
EKG	0,7
Nahrungsergänzungsmittel	0,3
Sonstige Leistungen	10
<b>gesamt</b>	<b>100</b>

Igel-Monitor des GKV-Spitzenverbandes (Pick et al. MVf 3/2015)



# Screening: Testevaluation

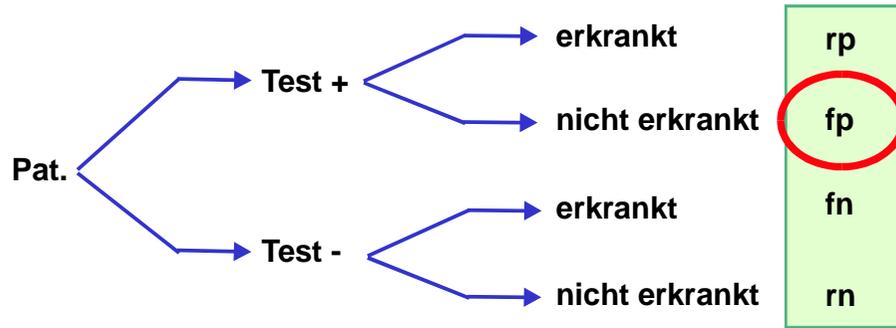
	Referenztest		
	positiv	negativ	
Experim. Test positiv	richtig + mit Therapieoption	“richtig” + ohne Therapieoption	falsch +
Experim. Test negativ	falsch - mit Therapieoption	“falsch” - ohne Therapieoption	richtig -

Barratt et al. JAMA 281, 1999, 2029

# Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Einordnung des Themas
- ➔ Screening
- ➔ **Diagnostik**
- ➔ Therapie
- ➔ Zusammenfassung

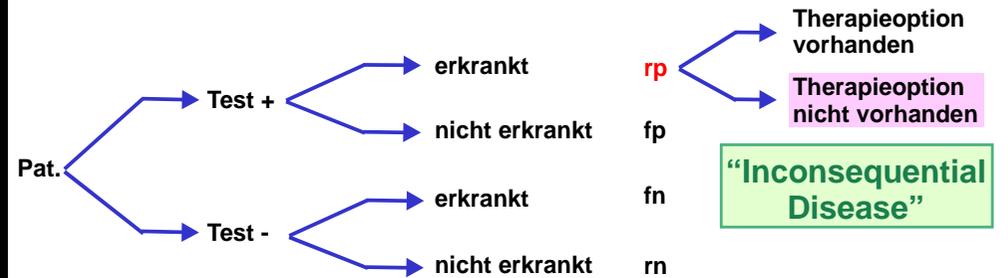
# Test-Charakteristika: fp Befunde



➔ Test werden nicht nur durch die rp oder rn Befunde, sondern genauso durch die fp Befunde charakterisiert.



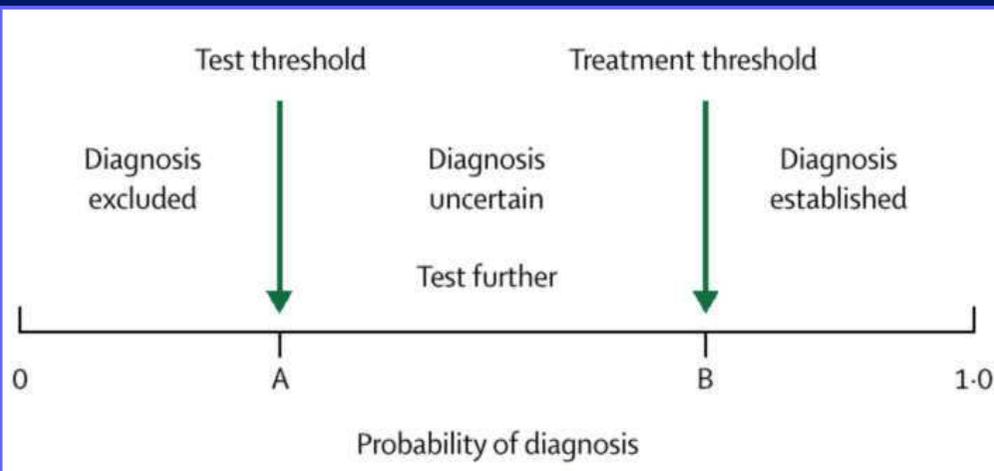
# Test-Charakteristika: fp Befunde



➔ Tests werden nur dann sinnvoll durch die Rate rp Befunde charakterisiert, wenn Therapie-Optinen vorliegen.



# Test- und Treatment Threshold



# Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Einordnung des Themas
- ➔ Screening
- ➔ Diagnostik
- ➔ Therapie
- ➔ Zusammenfassung

## Haltung und Einstellung

POLITIK  
MEDIZINREPORT

Therapieentscheidung wider besseres Wissen

### Warum Ärzte gegen Viren mit Antibiotika vorgehen

Für die Kluft zwischen medizinischem Wissen und ärztlichem Handeln gibt es mehrere Gründe. Dazu gehört auch die Erwartungshaltung der Patienten.

Prof. Dr. M. Schrappe

## Acute Respiratory Infections: Antibiotic Use

ARI diagnosis	No. of prescriptions (in millions)	Cost estimate <sup>a</sup> (in millions)	95% CI (in millions)
Otitis media	9.6	\$280	\$271–\$290
Pharyngitis	8.7	\$215	\$208–\$223
URI	7.4	\$227	\$218–\$235
Sinusitis	7.9	\$310	\$299–\$321
Bronchitis	7.8	\$289	\$279–\$300
Total	41.4	\$1322	\$1290–\$1353

<sup>a</sup> In US dollars, based upon average pharmacy retail price, as provided by Source Prescription Database of NDC Health Information Services. URI, upper respiratory tract infection.

Gonzales R et al, CID 33, 2001, 757-62

Prof. Dr. M. Schrappe, Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Witten/Herdecke



## Acute Respiratory Infections: Antibiotic Use

ARI diagnosis	No. of prescriptions (in millions)	Cost estimate <sup>a</sup> (in millions)	95% CI (in millions)
Otitis media	9.6	\$280	\$271–\$290
Pharyngitis	8.7	\$215	\$208–\$223
URI	7.4	\$227	\$218–\$235
Sinusitis	7.9	\$310	\$299–\$321
Bronchitis	7.8	\$289	\$279–\$300
Total	41.4	\$1322	\$1290–\$1353

**55% der AB nicht indiziert entspr. Kosten von \$726 Mill.**

<sup>a</sup> In US dollars, based upon average pharmacy retail price, as provided by Source Prescription Database of NDC Health Information Services. URI, upper respiratory tract infection.

Gonzales R et al, CID 33, 2001, 757-62

Prof. Dr. M. Schrappe, Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Witten/Herdecke



## NIDEP-2: Prävalenz von NI in D

### Nosokomiale Infektionen und Antibiotika-Anwendung: Zweite nationale Prävalenzstudie in Deutschland

*Nosocomial infection and antibiotic use—a second national prevalence study in Germany*

Dtsch Arztebl Int 2013; 110(38): 627-33; DOI: 10.3238/arztebl.2013.0627

Behnke, Michael; Hansen, Sonja; Leistner, Rasmus; Diaz, Luis Alberto Peña; Gropmann, Alexander; Sohr, Dorit; Gastmeier, Petra; Piening, Brar

- ➔ 46 Krhs, med. 216 Betten, 9626 Patienten
- ➔ Neu erworbene NI: 3,37% (2,95-3,82)
- ➔ NI gesamt: 5,07% (4,51-5,67)
- ➔ Antibiotika bei 23,33% der Patienten
- ➔ Keine Veränderung der globalen Zahlen gegenüber 1996

Prof. Dr. M. Schrappe

## NIDEP-2: Prävalenz von NI in D

TABELLE 5

Anteil der Indikationen für die prophylaktische Antibiotikagabe

Art der Prophylaxe	Anzahl	Anteil (%)
nichtoperative Indikation	1022	30,7
perioperative Prophylaxe Einzeldosis	575	17,3
perioperative Prophylaxe < 1 Tag	146	4,4
perioperative Prophylaxe > 1 Tag	1587	47,6
<b>Summe</b>	<b>3330</b>	<b>100,0</b>

Behnke et al. D. Ärztebl. 110, 2013, 627

Prof. Dr. M. Schrappe

## A National Profile Of Patient Safety In U.S. Hospitals

A low-cost, universally available **administrative data set** allows tracking of patient safety indicators in hospitals across the country.

by Patrick S. **Romano**, Jeffrey J. Geppert, Sheryl Davies, Marlene R. Miller, Anne Elixhauser, and Kathryn M. McDonald

**ABSTRACT:** Measures based on routinely collected data would be useful to examine the epidemiology of patient safety. Extending previous work, we established the face and consensual validity of **twenty Patient Safety Indicators (PSIs)**. We generated a national profile of patient safety by applying these PSIs to the **HCUP Nationwide Inpatient Sample**. The incidence of most nonobstetric PSIs increased with age and was higher among African Americans than among whites. The adjusted incidence of most PSIs was highest at urban teaching hospitals. The **PSIs may be used in AHRQ's National Quality Report**, while providers may use them to screen for preventable complications, target opportunities for improvement, and benchmark performance.

Romano et al. Health Aff. 22, 2003, 154

Prof. Dr. M. Schrappe

Patient safety indicator	Total		Surgical		Medical/obstetric <sup>a</sup>	
	Number (95% CI)	Rate	Number	Rate	Number	Rate
Anesthesia reactions and complications	5,305 (±455)	0.056%	5,305	0.056%	4,835	0.068%
Death in low-mortality DRGs	5,912(±433)	0.043	1,075	0.040		
Decubitus ulcer	201,459 (±10,104)	2.130	55,139	1.755	146,321	2.316
Failure to rescue	267,541 (±5,056)	17.424	68,671	17.497	196,823	17.579
Foreign body left during procedure	2,710 (±204)	0.008	2,284	0.024	431	0.002
Iatrogenic pneumothorax	19,397 (±1,025)	0.067	8,847	0.117	10,547	0.050
Infection due to medical care	54,490 (±2,658)	0.193	24,898	0.037	29,585	0.147
Postop hip fracture	5,207 (±327)	0.080	5,207	0.080		
Postop hemorrhage/hematoma	17,014 (±968)	0.206	17,014	0.206		
Postop physiologic or metabolic derangement	4,003 (±419)	0.089	4,003	0.089		
Postop respiratory failure	12,842 (±938)	0.359	12,842	0.359		
Postop thromboembolism	75,811 (±4,156)	0.919	75,811	0.919		
Postop septicemia	14,055 (±1,060)	1.091	14,055	1.091		
Postop abdominopelvic wound dehiscence	3,858 (±289)	0.193	3,857	0.193		
Accidental puncture or laceration	89,348 (±5,669)	0.324	82,931	1.002	6,417	0.033
Transfusion reaction	138 (±49)	0.0004	85	0.0009	45	0.0002
Birth trauma	27,035 (±5,674)	0.667			27,035 <sup>b</sup>	0.667 <sup>b</sup>
Obstetric trauma—vaginal with instrumentation	60,622 (±3,104)	24.408			60,622 <sup>b</sup>	24.408 <sup>b</sup>
Obstetric trauma—vaginal without instrumentation	249,243 (±12,570)	8.659			249,243 <sup>b</sup>	8.659 <sup>b</sup>
Obstetric trauma—cesarean	5,523 (±597)	0.593			5,523 <sup>b</sup>	0.593 <sup>b</sup>

Romano et al. Health Aff. 22, 2003, 154

00qmindic\admin\romano0.cdr

## Gliederung

- Einführung
- Einordnung des Themas
- Screening
- Diagnostik
- Therapie
- Zusammenfassung

# Doctors: The Fife "e"s

vfsvr2001.cdr

Chantler, C.  
Lancet 353,  
1999, 1178

➔ **Efficacy**

Does the treatment work?

➔ **Effectiveness**

How well does it work in practice?

➔ **Efficiency**

Is the maximum output obtained for the minimum of input?

➔ **Equity**

Are those most in need receiving priority?

➔ **Economy**

Is the expense justifiable compared with opportunity costs?

Prof. Dr. M. Schrappe

# Indikationsqualität: Führung

geseko/ue\_u\_fhoppe.cdr

- ➔ Ausbildung
- ➔ Vorbildfunktion
- ➔ Patientengefährdung
- ➔ Ökonomische Anreize
- ➔ Autonomie



„Parallel zur Arztpraxis darf kein Gewerbe angemeldet sein. ... Ärzte dürfen nicht als Kaufleute empfunden werden. ... Ich will mich dafür einsetzen, dass das Vertrauen der Patienten zum Arzt erhalten bleibt.“

Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe

Dtsch. Ärztebl. Heft 8, 2005

Prof. Dr. M. Schrappe

# Das deutsche Gesundheitswesen

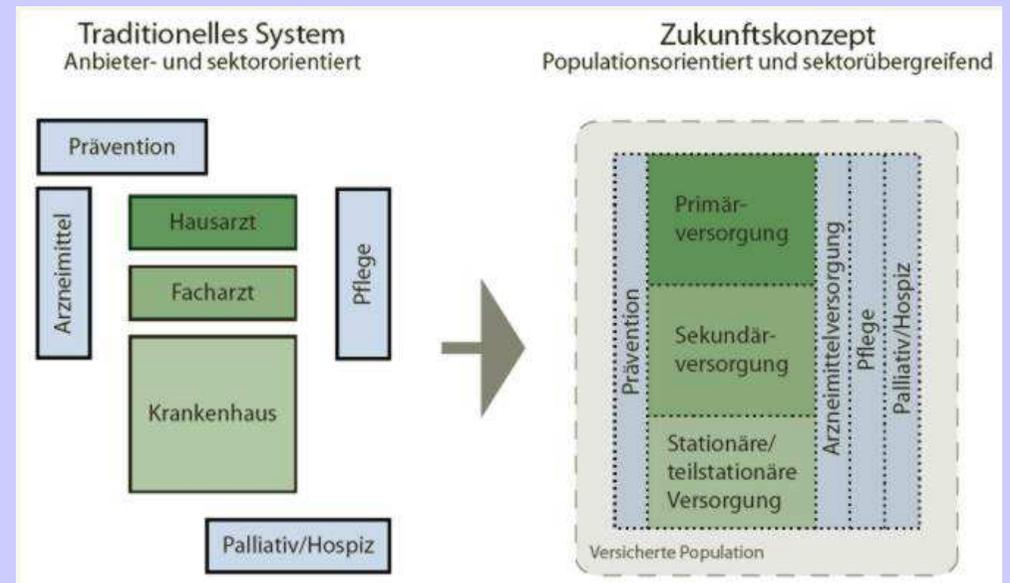
geseko/allgvd\_allg.cdr

## - Charakteristika -

- ➔ Operative Akuterkrankungen
- ➔ Erkrankungsbezug
- ➔ Zunehmende Sektorisierung
- ➔ Mengenorientierung
- ➔ Anbieter-Bezug

Prof. Dr. M. Schrappe

# „Zukunftskonzept“ des SVR



SVR Sonder-GA 2009 Nr. 1179

# Schluß

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !**

Download pdf-Version unter  
[www.matthias.schrapp.com](http://www.matthias.schrapp.com)

Prof. Dr. M. Schrappe