

- 
-
- Health Care Systems in Developed Countries – a comparative overview

Peter Hermanek

Kazan, April 17th 2013



European health systems

Beveridge System

=

financed by taxes

VS.

Bismarck System

=

financed by (social) insurance



US health system

- General assurance

Clinton(s) Ø
Obama 2012 (?)



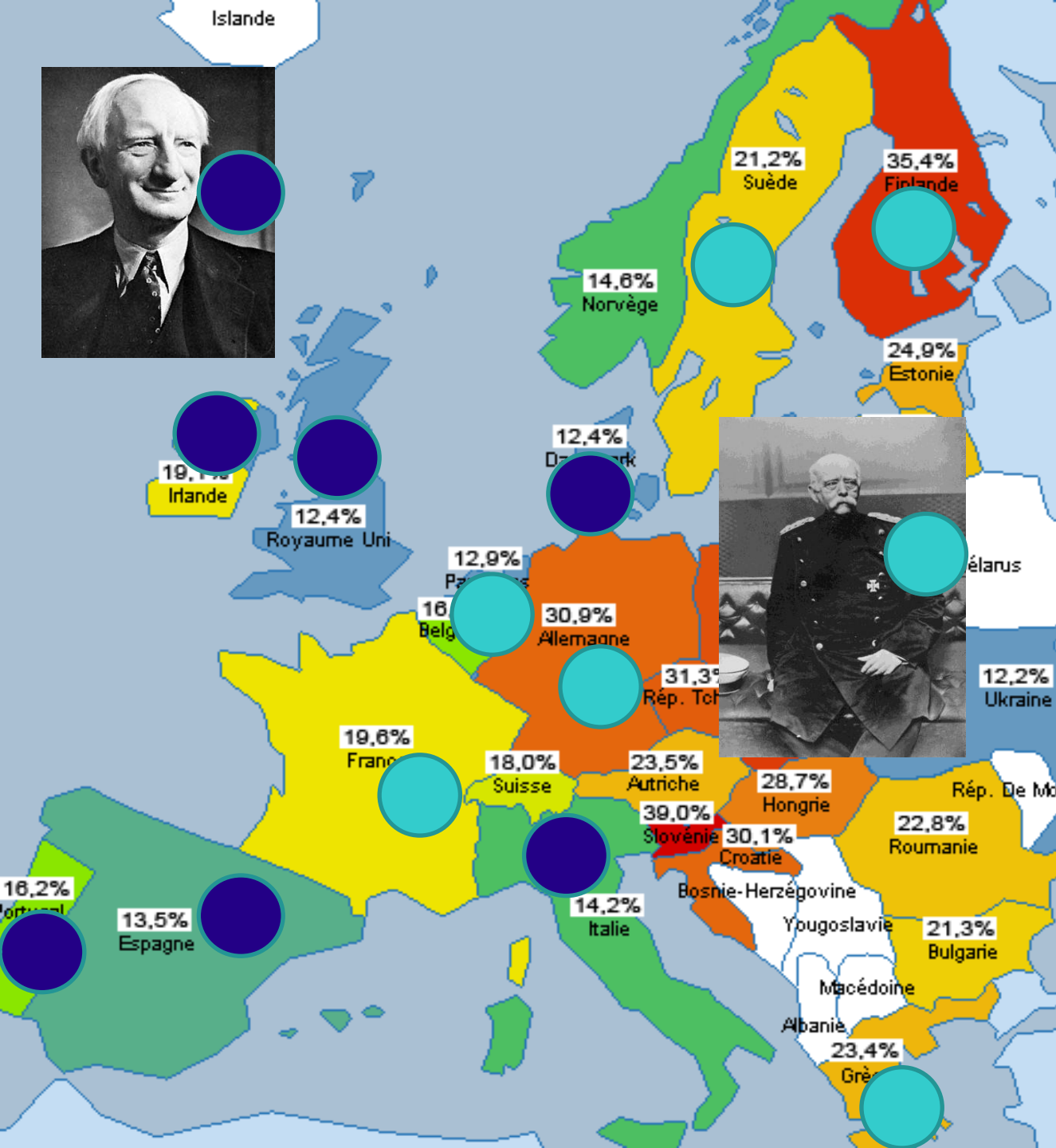
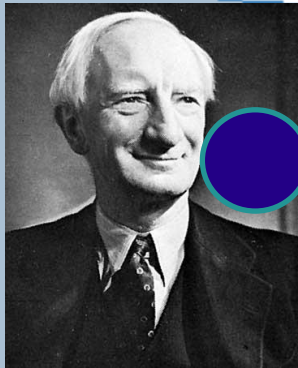
Challenges (1)

- demography
- number of hospitals (too many!)
- unnecessary operations
 - arthroscopy
 - endoprothesis (hip-, kneereplacement)
 - coronary angiography



Challenges (2)


- nosocomial infections
- patient's rights
- malpractice
- adverse events
- failure culture
- failure prevention



Bismarck

Beveridge

Bismarck System = financed by (social) insurance



WIKIPEDIA
Die freie Enzyklopädie

Hauptseite
Themenportale
Von A bis Z
Zufälliger Artikel

Mitmachen
Artikel verbessern
Neuen Artikel anlegen
Autorenportal
Hilfe
Letzte Änderungen
Kontakt
Spenden

Drucken/exportieren
Werkzeuge

In anderen Sprachen
Afrikaans
العربية
Aragonés
الاسمى
Asturianu
Azərbaycanca
Boarisch
Žemaitėška
Беларуская
Беларуская (тарашкевіца)
Български
Български
Brezhoneg
Bosanski

W Otto von Bismarck – Wiki x Google

de.wikipedia.org/wiki/Bismarck

Favoriten news.ORF.at Norisbank SZ Sueddeutsche.de Google

Benutzerkonto anlegen Anmelden

Suchen

Artikel Diskussion

Lesen Quelltext anzeigen Versionsgeschichte

Otto von Bismarck

(Weitergeleitet von Bismarck)

Bismarck ist eine Weiterleitung auf diesen Artikel. Weitere Bedeutungen sind unter Bismarck (Begriffsklärung) aufgeführt.

Otto Eduard Leopold von Bismarck-Schönhausen, ab 1865 Graf, ab 1871 Fürst von Bismarck, ab 1890 Herzog zu Lauenburg^[1] (* 1. April 1815 in Schönhausen; † 30. Juli 1898 in Friedrichsruh bei Hamburg) war ein deutscher Politiker und Staatsmann. Von 1862 bis 1890 – mit einer kurzen Unterbrechung im Jahr 1873 – war er Ministerpräsident von Preußen, von 1867 bis 1871 zugleich Bundeskanzler des Norddeutschen Bundes sowie von 1871 bis 1890 erster Reichskanzler des Deutschen Reiches, dessen Gründung er maßgeblich vorangetrieben hatte.

Als Politiker machte sich Bismarck im preußischen Staat zunächst als Vertreter der Interessen der Junker im Kreis der Konservativen einen Namen und war während der Reaktionsära Diplomat (1851–1862). 1862 wurde er zum preußischen Ministerpräsidenten berufen. Im preußischen Verfassungskonflikt kämpfte er gegen die Liberalen für den Primat der Monarchie. Als Außenminister setzte er im Deutsch-Dänischen Krieg und im Deutschen Krieg zwischen 1864 und 1866 die politische Vorherrschaft Preußens in Deutschland durch. Im Deutsch-Französischen Krieg von 1870/71 war er als treibende Kraft an der Lösung der deutschen Frage im kleindeutschen Sinn und an der Gründung des Deutschen Reiches beteiligt.

Die Politik des neu geschaffenen Reiches bestimmte er als Kanzler – allgemein im Volksmund und der Historiografie verbreitet wurde Bismarck daher auch der „Eiserne Kanzler“ genannt – und, bis auf eine kurze Unterbrechung, als preußischer Ministerpräsident bis zu seiner Entlassung 1890 entscheidend mit. Er setzte außenpolitisch auf einen Ausgleich der Mächte (europäisches Gleichgewicht, siehe Bündnispolitik Otto von Bismarcks).

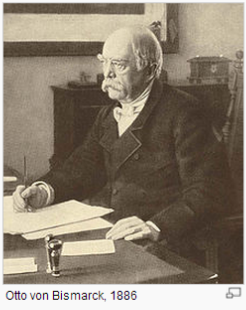
Innenpolitisch ist seine Regierungszeit nach 1866 in zwei Phasen einteilbar. Zunächst kam es zu einem Bündnis mit den gemäßigten Liberalen. In dieser Zeit gab es zahlreiche innenpolitische Reformen wie die Einführung der Zivilehe, wobei Bismarck Widerstand von katholischer Seite mit drastischen Maßnahmen bekämpfte (Kulturkampf). Seit den späten 1870er-Jahren wandte Bismarck sich zunehmend von den Liberalen ab. In diese Phase fällt der Übergang zur Schutzollpolitik und zu staatsinterventionistischen Maßnahmen. Dazu zählte insbesondere die Schaffung des Sozialversicherungssystems. Innenpolitisch geprägt waren die 1880er-Jahre nicht zuletzt vom repressiven Sozialistengesetz. 1890 führten Meinungsverschiedenheiten mit dem seit knapp zwei Jahren amtierenden Kaiser Wilhelm II. zu Bismarcks Entlassung.

In den folgenden Jahren spielte Bismarck als Kritiker seiner Nachfolger noch immer eine gewisse politische Rolle. Insbesondere durch seine viel gelesenen Memoiren *Gedanken und Erinnerungen* wirkte er selbst maßgeblich und nachhaltig an seinem Bild in der deutschen Öffentlichkeit mit.

In der deutschen Geschichtsschreibung dominierte bis Mitte des 20. Jahrhunderts eine ausgesprochen positive Bewertung von Bismarcks Rolle, die teilweise Züge einer nationalistischen Idealisierung trug. Nach dem Zweiten Weltkrieg mehrten sich jedoch kritische Stimmen, die Bismarck für das Scheitern der Demokratie in Deutschland verantwortlich machten und das von ihm geprägte Kaiserreich als obrigkeitstaatliche Fehlkonstruktion darstellten. Jüngere Darstellungen überwinden diesen scharfen Gegensatz zumeist, wobei die Leistungen und Mängel von Bismarcks Politik gleichermaßen betont werden, und zeigen ihn als eingebettet in zeitgenössische Strukturen und politische Prozesse.

Inhaltsverzeichnis [Verbergen]

- Frühe Jahre
 - Herkunft, Jugend und Bildung
 - Schulbildung
 - Religion
 - Studium und Ausbildung
 - Bon vivant und erfolgreicher Gutsverwalter
 - Ehemann und Vater



Otto von Bismarck, 1886

Beveridge System = financed by taxes

W William Henry Beveridge - x Google

de.wikipedia.org/wiki/William_Henry_Beveridge

Favoriten news.ORF.at Norisbank SZ Sueddeutsche.de Google

Benutzerkonto anlegen Anmelden

Artikel Diskussion Lesen Bearbeiten Versionsgeschichte Suchen

William Henry Beveridge

William Henry Beveridge, 1. Baron Beveridge (KCB; * 5. März 1879 in Rangpur, Bengalen^[1]; † 16. März 1963 in England) war ein britischer Ökonom und Politiker der liberalen Partei. Von 1919 bis 1937 war er Direktor der London School of Economics and Political Science.

Bekannt ist Beveridge vor allem wegen des 1942 veröffentlichten Berichts *Social Insurance and Allied Services* (besser bekannt als "Beveridge Report"), der zur Grundlage des Aufbaus der sozialen Sicherungssysteme im Großbritannien der Nachkriegszeit, insbesondere des **National Health Service** wurde. Seine Vorstellungen hatten großen Einfluss auf die Ausgestaltung der Sozialleistungssysteme in Großbritannien und den skandinavischen Staaten. Sie sind im Wesentlichen eine aus Steuermitteln finanzierte, staatlich organisierte, relativ egalitäre Einheitsversicherung mit niedriger Leistung, die alle Bürger erfasst. Der deutsche Sozialstaat dagegen, der seine Wurzeln in der **Bismarckschen Sozialgesetzgebung** hat, hat seinen sozialen Institutionen ein demokratisches Fundament gegeben: es besteht aus vielfältig gegliederten, sich selbst verwaltenden **Sozialversicherungen**, deren Leistungen aus Beiträgen finanziert werden, deren Höhe vom Arbeitseinkommen abhängt, und die sich in starkem Maße an der jeweiligen Bedürftigkeit orientieren.

Nach Beveridge ist auch die **Beveridge-Kurve** der Wirtschaftswissenschaften benannt, bei der die **Arbeitslosenzahlen** und die offenen Stellen gegenübergestellt werden.

Inhaltsverzeichnis [Verbergen]


- 1 Beveridges frühe Karriere
- 2 Der Beveridge-Report
- 3 Beveridges spätere Karriere
- 4 Werke
- 5 Weblinks
- 6 Einzelnachweise

Beveridges frühe Karriere [Bearbeiten]

William Beveridge war der älteste Sohn eines Richters, des **Indian Civil Service**, der von den Briten installierten indischen Verwaltung. Er wurde in Rangpur am 5. März 1879 geboren. Nach seiner Ausbildung an der **Charterhouse School** und dem Studium am **Balliol College** in Oxford wurde er Rechtsanwalt. Er interessierte sich für **Sozialarbeit** und schrieb zu diesem Thema für die Zeitung **Morning Post**. Bereits 1908 galt er als führender Fachmann zum Thema **Arbeitslosenversicherung**. Er wurde Mitglied des **Board of Trade** und wirkte an der Einführung des nationalen Systems von **Labour Exchanges**, lokalen Arbeitsvermittlungs- und Sozialagenturen (heute **Jobcenterplus**) im vereinigten Königreich mit. 1909 wurde er Direktor von Labour Exchanges. Seine Vorstellungen beeinflussten **David Lloyd George** und führten zur Verabschiedung des **National Insurance Act** im Jahr 1911. Während der liberalen Regierung von **Herbert Asquith** (1908–1914) war Beveridge Georges Berater in Fragen der Alterssicherung und Sozialversicherung.

Während des Ersten Weltkrieges war Beveridge mit der Mobilisierung und Kontrolle von Arbeitskräften befasst. Nach dem Krieg wurde er zum Ritter geschlagen und zum ständigen Sekretär des Ernährungsministeriums ernannt. 1919 verließ Beveridge den Staatsdienst und wurde Direktor der **London School of Economics (LSE)**. In den folgenden Jahren war er Mitglied verschiedener Kommissionen und Komitees zur Sozialpolitik.

Beveridge war so stark von den Sozialisten der **Fabian Society** beeinflusst – besonders von **Beatrice Potter Webb** mit der er 1909 den **Poor Laws Report** erarbeitete – dass man ihn durchaus zu deren Mitgliedern zählen könnte, unter denen er der beste Ökonom gewesen sein dürfte – seine frühen Arbeiten zur **Arbeitslosigkeit** (1909) und seine umfangreichen historischen Untersuchungen zu Preisen und Löhnen (1939) zeugen von seiner wissenschaftlichen Bedeutung. Die Fabians machten ihn 1919 zum Direktor der LSE, eine Funktion die er bis 1937 behielt. Seine ständigen Gefechte mit **Edwin Cannan** und **Lionel Robbins**, die versuchten, die LSE ihren Fabianischen Wurzeln zu entwenden, sind heute legendär. 1937 wurde Beveridge zum Master of University College, Oxford ernannt.




William H. Beveridge im Jahr 1943

Economic data

- Gross domestic product per head 25 924 \$
- Health care costs per head 2 748 \$
- | | |
|---------|--------|
| Germany | 10.6 % |
| USA | 13.0 % |
| Canada | 9.1 % |
| Finland | 6.6 % |
| Japan | 7.8 % |

Proportion of income spent for the social care system in Germany 2010



○ Pension funds	19.9%	limit 66.000 €
○ Unemployment funds	2.8%	limit 66.000 €
○ Health care	14.9%	limit 45.000 €
○ disabled care	1.95%	limit 45.000 €

total
39.55%



Health care costs and Gross domestic product 2006

○	USA	15.3 %
	Germany	10.6 %
	Hungary	8.3 %
	Poland	6.2 %

○ per head	USA	6 714\$
	Germany	3 371\$
	Hungary	1 504\$
	Poland	910\$

Economic data 2008

- Gross domestic product per head (Germany) 35 590 \$
- Health care costs per head (Germany) 3 737 \$
- UK 8.7%
- Spain 9.0%
- Italy 9.1%
- Sweden 9.4%
- Germany 10.5%
- France 11.2%
- Poland 7.0%
- USA 16.0%

OECD Health Data 2010

Proportion of inpatient care costs 2008

○ UK	n. a.	Poland	32.0%
○ Spain	28.2%	USA	24.5%
○ Italy	45.6%		
○ Sweden	29.2%		
○ Germany	34.1%		
○ France	37.3%		



Health care system in Germany

- Inpatient care
- Outpatient care



Health Care in Germany

- mandatory health insurance
(99% of the population)
- free access
- no waiting lists (so far)



Basic data 2006 Germany

82 400 000 Inhabitants

- acute hospitals total 2 104
- **general hospitals**
(incl. university hospitals) 1 809
- hospitals psychiatry/neurology 295
- prevention and rehabilitation hospitals
1 255



2 083 acute hospitals

○ public	665	(32%)
○ Confessional	781	(37%)
○ private	637	(31%)

503 360 beds



Acute Hospitals 2008 Germany

- **797 554 employees**

128 117 medical doctors

300 417 nurses



Basic data 2008 Germany

82 110 000 Inhabitants

○ acute hospitals total **2 083**

general hospitals (incl. university hospitals) 1 781

psychiatry/neurology hospitals 302

○ prevention and rehabilitation hospitals

1 388



1 809 acute hospitals

○ public	614	(34 %)
○ denominational	692	(38 %)
○ private	503	(28 %)

○ 472 286 beds



Basic data 2006 Germany

- 791 914 employees
- 123 715 medical doctors
- 299 328 nurses



Health care costs Germany 2008

- 10.5% of gross domestic product

263.2 Billion €

- inpatient care

66.7 Billion €

Challenges

- Demography: Proportion of people over 60 years

1950:	15%
1970:	20%
2001:	24%
2030:	34%

- Unemployment: 7.5% (october 2010)



The legal situation

- civil law
- criminal law
- **social law**



social law

- Priority to the partners in health care:
- medical societies/scientific societies
- hospital associations
- health insurances (public and private)



Key questions

- Do we get adequate quality in regard to the amount of spent resources ?
- Cost effectiveness ?
- Cost-quality effectiveness ?
- How to measure quality ?



Funding of hospitals

- unrestricted reimbursement until ca. 1992, since then frozen budgets
- partially unit costs 1995
- DRG 's (diagnosis related groups) since 2004 = price system



Why prices ?

- more adequate allocation of resources
- transparency of provision and costs
- duration of stay no longer steering instrument



Dangers of a DRG System

- inflation of treatments
(arthroscopy)
- inadequate care
- inadequate hospital duration
(early discharge)



DRG's and QA

- risks:
- inflation of treatments (arthroscopy)
- inadequate care, modified treatment



Diverticular bowel disease

- 2 severe attacks: indication for operation
- in the future ?



External Quality Assurance

- In god we trust,
everybody else has to
bring data

Dwight

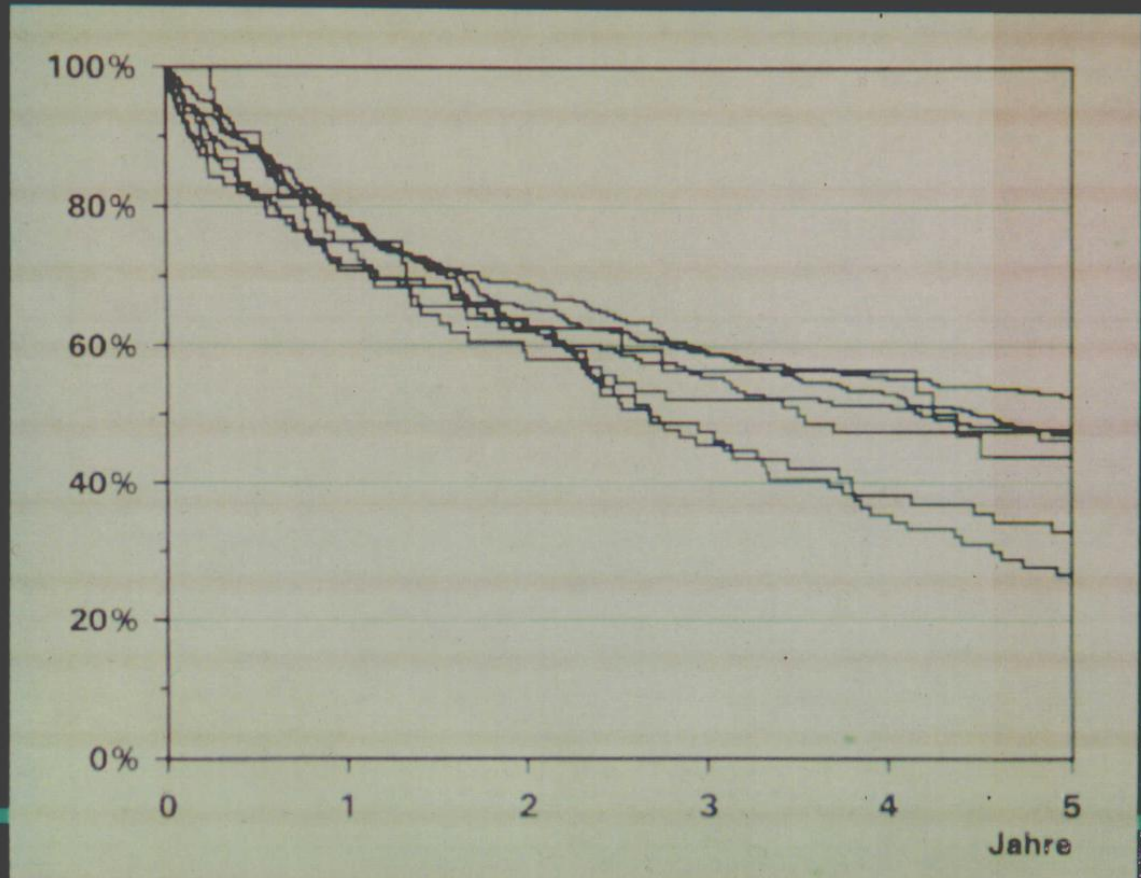
Eisenhower

SGKRRK

Kolonkarzinom

beobachtetes
Überleben

einzelne Kliniken



Bitte mit Kugelschreiber ausfüllen.

Qualitätssicherung Geburtshilfe										KIND									
Name, Vorname, Anschrift des Hebenden										Geb.-Zeit, Uhrzeit									
Geb.-Datum										Geb.-Dag									
Geb.-Monat										Geb.-Jahr									
1. Klinik-Nr.										Geb.-Nr.									
Anzahl Mehrlinge										Lfd. Nr. des Mehrlings									
ENTBINDUNG																			
21 In die Klinik watsorgelohet										22 Geschlecht									
23 Muttermundweite bei Aufnahme										24 APGAR									
25 Blausierung vor Wehenbeginn										26 Gewichte									
26 wie u. wann?										27 Länge									
27 Aufnahme CTG										28 Kopfumfang									
28 Doppelsonne in Geb. Abt.										29 Placenta/membr. intrauterin									
29 Path. Doppler										30 Vitals									
30 Geburtstinken										31 Puffung									
31 CTG-Kontrolle										32 O.-Anreicherung									
32 wie u. wann?										33 U.2 dungefuehrt									
33 Geburtsfaktoren										34 Fehlbildung vorhanden									
34 CTG-Kontrolle										35 Morbiditaet & Kindes									
35 wie u. wann?										36 Totgeburt									
36 Geburtsfaktoren										37 Totgeburt									
37 CTG-Kontrolle										38 wie u. wann?									
38 Geburtsfaktoren										39 wie u. wann?									
39 Geburtsfaktoren										40 wie u. wann?									
40 Geburtsfaktoren										41 wie u. wann?									
41 Geburtsfaktoren										42 wie u. wann?									
42 Geburtsfaktoren										43 wie u. wann?									
43 Geburtsfaktoren										44 wie u. wann?									
44 Geburtsfaktoren										45 wie u. wann?									
45 Geburtsfaktoren										46 wie u. wann?									
46 Geburtsfaktoren										47 wie u. wann?									
47 Geburtsfaktoren										48 wie u. wann?									
48 Geburtsfaktoren										49 wie u. wann?									
49 Geburtsfaktoren										50 wie u. wann?									
50 Geburtsfaktoren										51 wie u. wann?									
51 Geburtsfaktoren										52 wie u. wann?									
52 Geburtsfaktoren										53 wie u. wann?									
53 Geburtsfaktoren										54 wie u. wann?									
54 Geburtsfaktoren										55 wie u. wann?									
55 Geburtsfaktoren										56 wie u. wann?									
56 Geburtsfaktoren										57 wie u. wann?									
57 Geburtsfaktoren										58 wie u. wann?									
58 Geburtsfaktoren										59 wie u. wann?									
59 Geburtsfaktoren										60 wie u. wann?									
60 Geburtsfaktoren										61 wie u. wann?									
61 Geburtsfaktoren										62 wie u. wann?									
62 Geburtsfaktoren										63 wie u. wann?									
63 Geburtsfaktoren										64 wie u. wann?									
64 Geburtsfaktoren										65 wie u. wann?									
65 Geburtsfaktoren										66 wie u. wann?									
66 Geburtsfaktoren										67 wie u. wann?									
67 Geburtsfaktoren										68 wie u. wann?									
68 Geburtsfaktoren										69 wie u. wann?									
69 Geburtsfaktoren										70 wie u. wann?									
70 Geburtsfaktoren										71 wie u. wann?									
71 Geburtsfaktoren										72 wie u. wann?									
72 Geburtsfaktoren										73 wie u. wann?									
73 Geburtsfaktoren										74 wie u. wann?									
74 Geburtsfaktoren										75 wie u. wann?									
75 Geburtsfaktoren										76 wie u. wann?									
76 Geburtsfaktoren										77 wie u. wann?									
77 Geburtsfaktoren										78 wie u. wann?									
78 Geburtsfaktoren										79 wie u. wann?									
79 Geburtsfaktoren										80 wie u. wann?									
80 Geburtsfaktoren										81 wie u. wann?									
81 Geburtsfaktoren										82 wie u. wann?									
82 Geburtsfaktoren										83 wie u. wann?									
83 Geburtsfaktoren										84 wie u. wann?									
84 Geburtsfaktoren										85 wie u. wann?									
85 Geburtsfaktoren										86 wie u. wann?									
86 Geburtsfaktoren										87 wie u. wann?									
87 Geburtsfaktoren										88 wie u. wann?									
88 Geburtsfaktoren										89 wie u. wann?									
89 Geburtsfaktoren										90 wie u. wann?									
90 Geburtsfaktoren										91 wie u. wann?									
91 Geburtsfaktoren										92 wie u. wann?									
92 Geburtsfaktoren										93 wie u. wann?									
93 Geburtsfaktoren										94 wie u. wann?									
94 Geburtsfaktoren										95 wie u. wann?									
95 Geburtsfaktoren										96 wie u. wann?									
96 Geburtsfaktoren										97 wie u. wann?									
97 Geburtsfaktoren										98 wie u. wann?									
98 Geburtsfaktoren										99 wie u. wann?									
99 Geburtsfaktoren										100 wie u. wann?									
100 Geburtsfaktoren										101 wie u. wann?									
101 Geburtsfaktoren										102 wie u. wann?									
102 Geburtsfaktoren										103 wie u. wann?									
103 Geburtsfaktoren										104 wie u. wann?									
104 Geburtsfaktoren										105 wie u. wann?									
105 Geburtsfaktoren										106 wie u. wann?									
106 Geburtsfaktoren										107 wie u. wann?									
107 Geburtsfaktoren										108 wie u. wann?									
108 Geburtsfaktoren										109 wie u. wann?									
109 Geburtsfaktoren										110 wie u. wann?									
110 Geburtsfaktoren										111 wie u. wann?									
111 Geburtsfaktoren										112 wie u. wann?									
112 Geburtsfaktoren										113 wie u. wann?									
113 Geburtsfaktoren										114 wie u. wann?									
114 Geburtsfaktoren										115 wie u. wann?									
115 Geburtsfaktoren										116 wie u. wann?									
116 Geburtsfaktoren										117 wie u. wann?									
117 Geburtsfaktoren										118 wie u. wann?									
118 Geburtsfaktoren										119 wie u. wann?									



Social Law

- hospitals must introduce quality management
- standards of quality (structure, results)
- mandatory structured quality reports 2005
- catalogue for volume-outcome relationship



§135a german social law

- hospitals must systematically ask for their own quality of care and take efforts towards continuous improvement (PDCA - cyclus)
- a management method based upon efforts of all persons working in hospital independant from classic hierarchies



QM - competing methods

- DIN EN ISO 9001 2001
- EFQM
- KTQ/ProCumCert
- JCAHO (international)



Joint Commission

www.jcaho.org

- theoretically voluntary
- de facto: precondition for treating medicare patients in the USA



quality reports

treatment data

- quality data (structure und results)
- health insurances must publish reports via internet
- health insurances can make rankings and recommendations for patients, public ...



volume-outcome

- catalogue of elective procedures with evidence-based correlation of volume and outcome
- no reimbursement in case of not coming up to number

1 Basisstatistik

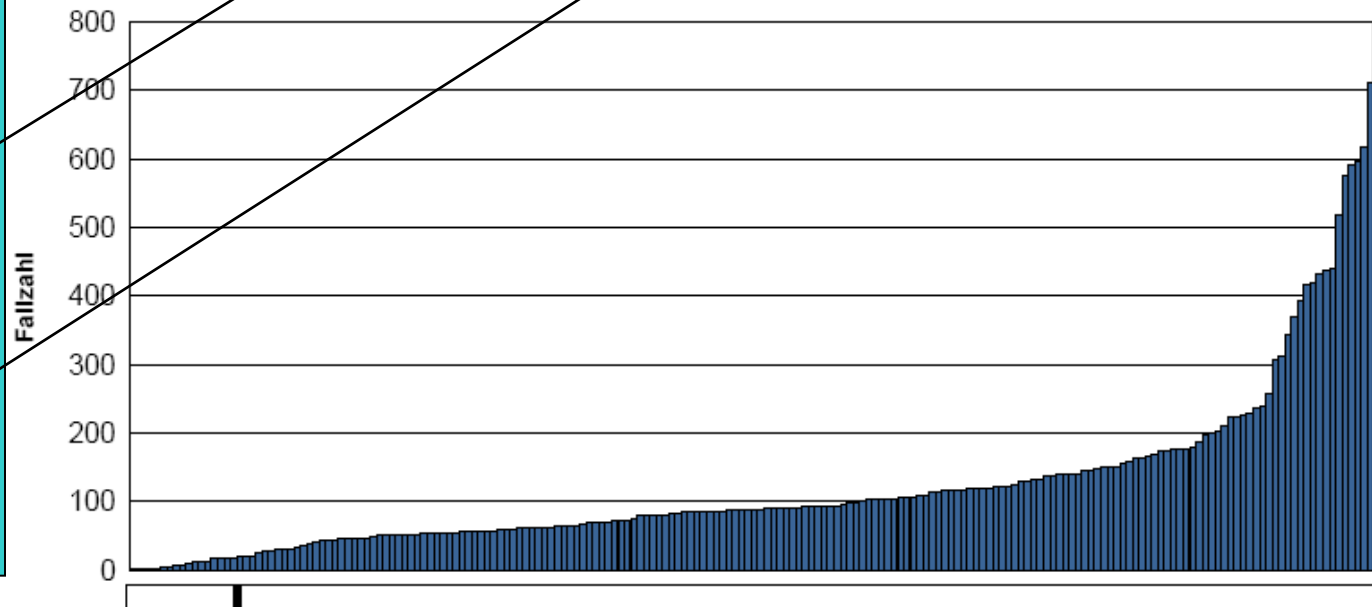
1 Patienten

Klinik				Bayern gesamt: (196 Kliniken/ Abteilungen)		
2007		Vorjahr		2007		Vorjahr
n	%	n	%	n	%	%

1 Fallzahlen

Kniegelenktotalendoprothese	19	100,0	1	100,0	23.657	100,0	100,0
1. Quartal	0	0,0	0	0,0	6.880	29,1	28,4
2. Quartal	2	10,5	0	0,0	5.614	23,7	23,5
3. Quartal	7	36,8	0	0,0	5.461	23,1	22,4
4. Quartal	10	52,6	1	100,0	5.702	24,1	25,7
Daten übermittelnde Fachabteilungen					196		

Fälle pro Klinik/Fachabteilung



2006:
182 Abt.

n =
21 175



volume-outcome catalogue

○ liver TX	20/year
○ kidney TX	25/year
○ oesophageal surgery	10/year
○ pancreatic surgery	10/year
○ stemcell TX	25/year
○ knee-endoprotheses	50/year

Quality Improvement by DRGs

- theory 1:
improvement by transparency
- theory 1:
improvement by specialisation



Health Care in Germany

- prices are fixed by the state
- Rules and details are defined by the partners first, not by politics

Obstetrics: Tendencies

- cesarian sectio rate 26%
(tendency ↑)

range 7% - 40%

- mortality birthweight < 1 000g

1989	38%
1998	25%
2007	22%

11 Reinterventionsrate

Kennzahl: 44927

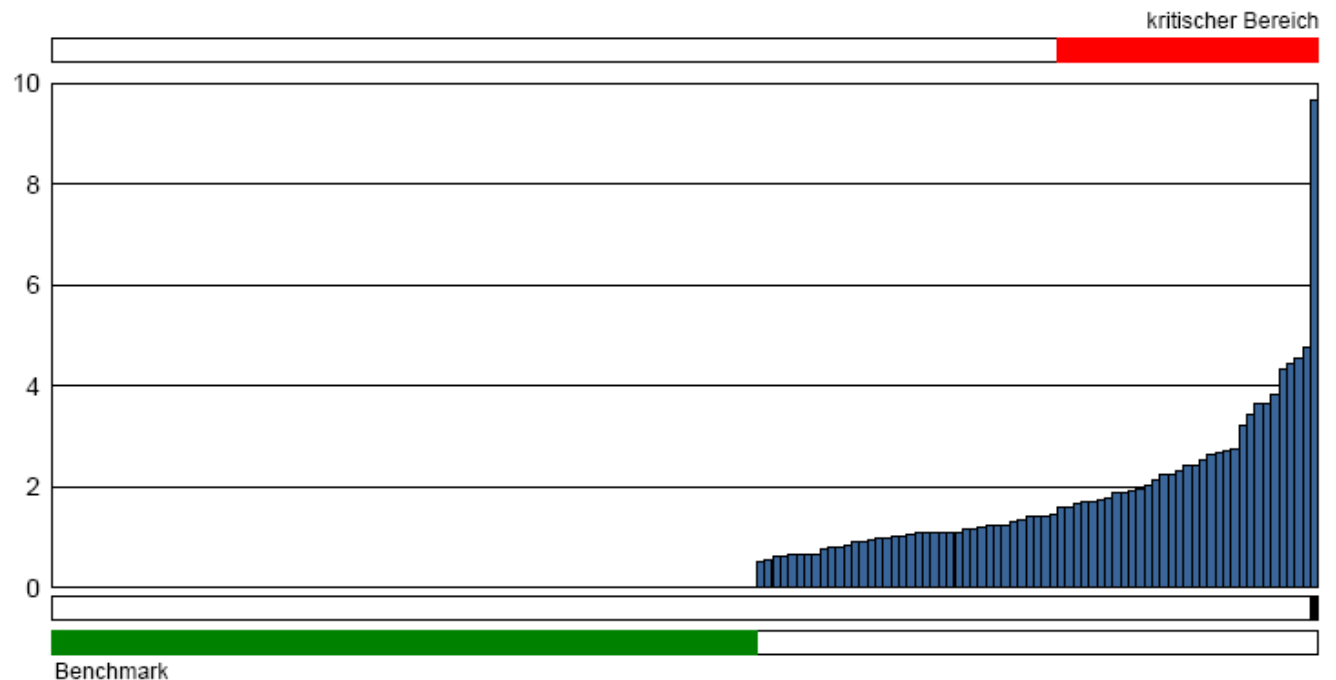
Ziel: Niedrige Reinterventionsrate

Klinikwert: (Aktuell) 9,7 % (100-te Perzentile)
(Vorjahr) 0,0 %

Ref.-bereich: <= 1,5 %

Zähler: Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikationen
(3 Fälle)

Nenner: Patienten mit laparoskopisch durchgeführter Operation (OPS 5-511.11, 5-511.12) der Risikoklasse ASA
(31 Fälle) 1 bis 3 ohne Entzündungszeichen



Die Rate an Reinterventionen (ungeplante Folgeeingriffe wegen Komplikationen des Primäreingriffs) bei muss seit 2007 im Qualitätsbericht jedes Krankenhauses veröffentlicht werden. Die BQS-Fachgruppe hat aufgrund der neu erfolgten Risikoadjustierung (nur Patienten ASA 1-3 ohne Entzündungszeichen, Umstieg auf offene Operation ausgenommen) ab 2007 einen Referenzbereich <= 1,5 % (Vorjahr <= 2%) festgelegt.

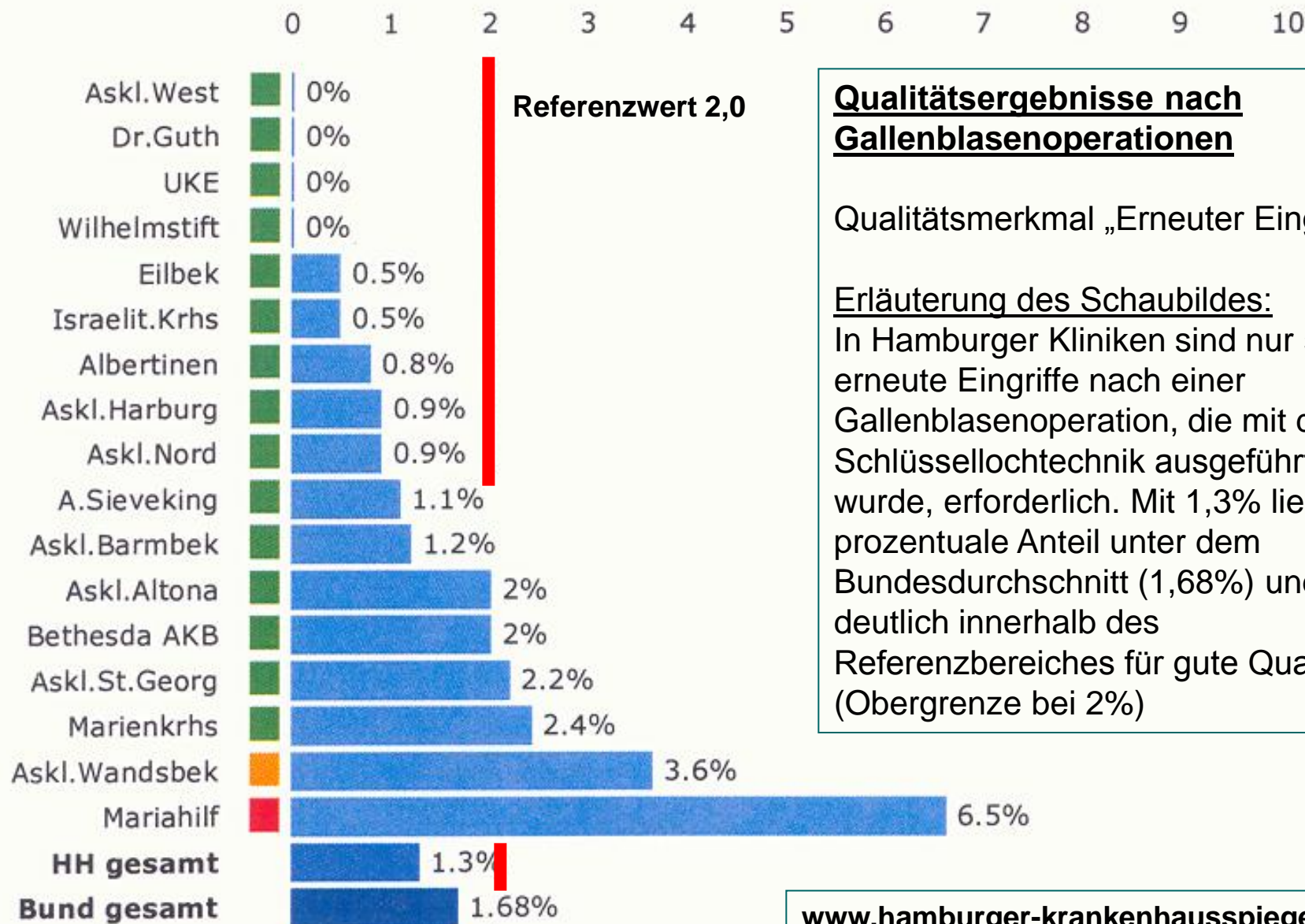
>> Hinweis: An Ihrem Haus wurde der Referenzbereich von einer Rate <= 1,5% an Patienten mit Reintervention nicht erreicht

Cholecystectomy

■ qualitativ unauffällig

■ wird erneut geprüft

■ qualitativ auffällig



Qualitätsergebnisse nach Gallenblasenoperationen

Qualitätsmerkmal „Erneuter Eingriff“

Erläuterung des Schaubildes:

In Hamburger Kliniken sind nur selten erneute Eingriffe nach einer Gallenblasenoperation, die mit der Schlüssellochtechnik ausgeführt wurde, erforderlich. Mit 1,3% liegt der prozentuale Anteil unter dem Bundesdurchschnitt (1,68%) und deutlich innerhalb des Referenzbereiches für gute Qualität, (Obergrenze bei 2%)



Times get harder !



Thank you very much

further information:
hermanek@baq-bayern.de

