

Ökostoff

Approbation	Erteilung / Entzug durch die obersten Gesundheitsbehörden der Bundesländer
Dokumentation: Präzision	Anzahl der aufgefundenen <i>relevanten</i> Dokumente : Anzahl der <i>insgesamt gefundenen</i> Dokumente → Welcher Anteil der gefundenen Dokumente ist tatsächlich relevant?
Dokumentation: Recall	Anzahl der <i>aufgefundenen</i> relevanten Dokumente : <i>tatsächliche</i> Anzahl der relevanten Dokumente → Welcher Anteil der relevanten Dokumente wird auch gefunden?
Effektivität	→ Werden die angestrebten Ziele erreicht?
Effizienz	→ Mit welchem Aufwand werden die Ziele erreicht? erbrachte Leistung im Verhältnis zum Aufwand Kosten-Nutzen-Evaluation
Gewicht: Body-mass- Index	= KG [kg] / (Körperlänge) ² [m ²]
Gewicht: Idealgewicht	= Körpergröße in cm – 100
Kaplan-Meier	→ therapievergleichende Überlebenszeitkurven auch für kleine Fallzahlen Berechnung, nach welcher Zeit noch welche der Pat. am Leben sind („für jeden Tag, an dem Todesfälle aufgetreten sind, wird die Wahrscheinlichkeit neu bestimmt, ihn lebend zu überstehen“)
Number needed to treat (NNT)	Def.: Anzahl der Pat., die ich behandeln muß, um dadurch 1 Krankheits-Ereignis (Apoplex, Herzinfarkt, Tod, ...) zu verhindern → Maß für das <i>benefit</i> : je ↓ desto besser !
Risiko: Attributable Risk = zuschreibbares Risiko	Def.: tatsächliche Erkrankungshäufigkeit allein aufgrund eines Risikofaktors = Erkrankungshäufigkeit der Exponierten – Erkrankungshäufigkeit der Nicht-Exponierten (=Basis-Risiko) → Ausmaß der Gesundheitsschädigung durch die Exposition gegenüber eines Risikofaktors
Risiko: Odd's ratio (OR)	Def.: Wahrscheinlichkeit, an einer bestimmten NW zu leiden im Vergleich zum Nichtbehandelten (Nichtbehandelte: OR = 1,0) → Maß für das <i>risk</i> je näher bei 1, desto besser
Risiko: relatives Risiko	Maß für den Zusammenhang zwischen einem Risikofaktor und einer Krankheit = Quotient aus den Inzidenzen Exponierte : Nicht-Exponierte → wieviel häufiger tritt eine Krankheit bei Exponierten im Vergleich zu Nicht-Exponierten auf?

Fürsorgeprinzip (Sozialhilfe):

gezielte Hilfen bei Bedürftigkeit, gewährt nach Prüfung bezügl. Art, Höhe, ...
 → **Subsidiaritätsprinzip:** Danach werden Mittel von "subsidiären" Stellen nur dann bewilligt, wenn vorrangigere Stellen Leistungen nicht (mehr) erbringen können.
 Finanzierung nicht durch Beiträge, sondern durch die Kommunen

Versorgungsprinzip:

Versorgungsanspruch nicht durch Beiträge erworben, sondern beruht auf der bestmöglichen **Wiedergutmachung** nach einem vorausgegangenen Opfer an Gesundheit oder einer anderen Benachteiligung, die die Versorgungspflicht der öffentlichen Hand begründet. Die benötigten Mittel werden aus den Steuergeldern der Allgemeinheit bereitgestellt (z.B. Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung, Kriegsopferversorgung, Bundesentschädigungsrecht bei Impfschäden).

Äquivalenzprinzip:

in den **privaten** Kranken-, Unfall- und Lebensversicherungen: Höhe der Beitragsleistung **gemäß des erwarteten Risikos** des einzelnen und des vereinbarten Leistungsumfanges

Solidaritätsprinzip:

gesetzliche Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherungen
 Mittel für jeden Einzelfall aus dem Pool der gesamten **Beitragselder**

Validität: 4-Felder-Tafel		Kranke	Gesunde
	Positive	A	B
	Negative	C	D
Sensitivität:		A/A + C	
Spezifität:		D/B + D	
Positive Korrektheit:		A/A + B	
Negative Korrektheit:		D/C + D	

Validität: positive Prädiktion = positive Korrektheit
 Wahrscheinlichkeit, die Krankheit zu haben, wenn der Befund positiv ist
 Verhältnis richtig-positiver Test : alle Positiven (= richtig-positiver Test + falsch-positiver Test)
 → Anhaltspunkt für das Voraussagevermögen eines Tests in Bezug auf die Krankheit
 → z.B. zur Beurteilung eines sinnvollen Aufwands bei Screeningtests

Validität: Sensitivität Sind die ‚Kranken‘ wirklich krank?
 Verhältnis positiver Test : tatsächlich Erkrankten (= positiver Test + falsch-negativer)

Validität: Spezifität Sind die ‚Gesunden‘ auch wirklich gesund?
 Verhältnis negativer Test : Nicht-Kranken