

IQWiG-Herbst-Symposium, Köln 23.-24.11.2012

Geht auch weniger? Stand der Diskussion in Schweden

Jörg Carlsson

Geht auch weniger?

- **Medizinsch-wissenschaftlich:** Kardioversion, Chemotherapie bei Lungencarzinom, Radikalität bei Mammacarcinom-OP
- **Politisch:** weniger Geld für das Gesundheitswesen bedeutet mehr Geld für das Schulwesen
- **Medizinisch-ethisch:** weniger Lebenszeit kann mehr Lebensqualität bedeuten
- **Medizinische Priorisierung:** weniger vom Unwichtigen bedeutet mehr vom Wichtigen

Randomized Trial of Rate-Control Versus Rhythm-Control in Persistent Atrial Fibrillation

The Strategies of Treatment of Atrial Fibrillation (STAF) Study

Jörg Carlsson, MD, FESC,* Sinisa Miketic, MD,* Jürgen Windeler, MD,† Alessandro Cuneo, MD,* Sebastian Haun, MD,* Stefan Micus, MD,* Sabine Walter, MD,* Ulrich Tebbe, MD, FESC,*
for the STAF Investigators

Detmold and Essen, Germany

- OBJECTIVES** This study was designed to compare two treatment strategies in patients with atrial fibrillation (AF): rhythm-control (restoration and maintenance of sinus rhythm) and rate-control (pharmacologic or invasive rate-control and anticoagulation).
- BACKGROUND** Atrial fibrillation is the most common arrhythmia. It is unclear whether a strategy of rhythm- or rate-control is better in terms of mortality, morbidity, and quality of life.
- METHODS** The Strategies of Treatment of Atrial Fibrillation (STAF) multicenter pilot trial randomized 200 patients (100 per group) with persistent AF to rhythm- or rate-control. The combined primary end point was a combination of death, cardiopulmonary resuscitation, cerebrovascular event, and systemic embolism.
- RESULTS** After 19.6 ± 8.9 months (range 0 to 36 months) there was no difference in the primary end point between rhythm-control (9/100; 5.54%/year) and rate-control (10/100; 6.09%/year; $p = 0.99$). The percentage of patients in sinus rhythm in the rhythm-control group after up to four cardioversions during the follow-up period (rate-control group) was 23% (0%) at 36 months. Eighteen primary end points occurred in atrial fibrillation; only one occurred in sinus rhythm ($p = 0.049$).
- CONCLUSIONS** The STAF pilot study showed no differences between the two treatment strategies in all end points except hospitalizations. These data suggest that there was no benefit in attempting rhythm-control in these patients with a high risk of arrhythmia recurrence. It remains unclear whether the results in the rhythm-control group would have been better if sinus rhythm had been maintained in a higher proportion of patients, as all but one end point occurred during AF. (J Am Coll Cardiol 2003;41:1690–6) © 2003 by the American College of Cardiology Foundation
-

ORIGINAL ARTICLE

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer

Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky, M.A.,
Emily R. Gallagher, R.N., Sonal Admane, M.B., B.S., M.P.H.,
Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Constance M. Dahlin, A.P.N.,
Craig D. Blinderman, M.D., Juliet Jacobsen, M.D., William F. Pirl, M.D., M.P.H.,
J. Andrew Billings, M.D., and Thomas J. Lynch, M.D.

”Less aggressive end-of-life care did not adversely affect survival. Rather, patients receiving early palliative care, as compared with those receiving standard care alone, had improved survival.” NEJM 2010;363:733-42

SOUNDING BOARD

**Surgical Margins in Lumpectomy for Breast Cancer —
Bigger Is Not Better**

Monica Morrow, M.D., Jay R. Harris, M.D., and Stuart J. Schnitt, M.D.

”In summary, available data do not provide support for the view that wider cancer-free surgical margins (not just negative margins) reduce the risk of local recurrence after lumpectomy for invasive breast cancer.” NEJM 2012;367:79-82

Schweden: Weniger von allem!

- Arztbesuche
- Aufwand (ca. 1% Unterschied D-S; BSP)
- Herzkatheter, Schrittmacher, Defibrillatoren, Bypass-Operationen
- Knieprothesen
- Krankenhausverweildauer
- Krankenhausbetten
- ...

Arztbesuche

Tabelle 2: Stichprobengröße und bedingte Mittelwerte pro Land (Standardabweichung)

	Wahrscheinlichkeit von 3 oder mehr Arztbesuchen	Rang	Wahrscheinlichkeit mindestens eines Arztbesuchs	Rang	Stichpro- bengröße
Frankreich	0.77 (0.42)	1	0.94 (0.24)	1	2.905
Belgien	0.75 (0.44)	2	0.93 (0.26)	2	3.639
→ Deutschland	0.72 (0.45)	3	0.93 (0.26)	2	2.894
Spanien	0.70 (0.46)	4	0.89 (0.31)	4	2.274
Italien	0.67 (0.47)	5	0.84 (0.37)	6	2.463
Österreich	0.62 (0.49)	6	0.86 (0.35)	5	1.825
Griechenland	0.57 (0.49)	7	0.79 (0.41)	10	2.625
Niederlande	0.52 (0.50)	8	0.81 (0.39)	8	2.772
Schweiz	0.49 (0.50)	9	0.84 (0.36)	6	908
Dänemark	0.47 (0.50)	10	0.81 (0.39)	8	1.583
→ Schweden	0.40 (0.49)	11	0.78 (0.42)	11	2.920
Gesamt	0.62 (0.48)		0.86 (0.35)		26.808

AB/Jahr 8,2 vs. 2,9
LE 80,3 vs. 81,4

Quelle: SHARE 2004, release 2, eigene Berechnungen.

Invasive Kardiologie

Estimate of the collective dose to the European population from cardiac X-rays

Table 1. Estimated number of cardiac procedures per million population and the total number of cardiac interventional procedures for various European countries in 2006

Country	Number of procedures per million population				Population	Total number of procedures			
	CA	PTCA	Stent	Pacemaker		CA	PTCA	Stent	Pacemaker
Austria	7476	2,110	1561	<i>1413</i>	8192880	61246	17287	12792	<i>11577</i>
Belgium	6842	2,190	1328	1222	10379067	71017	22729	13779	12683
Bulgaria	<i>670</i>	186 ^a	<i>134</i>	<i>124</i>	7385367	<i>4948</i>	1373	990	<i>916</i>
Croatia	<i>3816</i>	1060	763	<i>710</i>	4494749	<i>17150</i>	4764	<i>3430</i>	<i>3191</i>
Czech Republic	4642	1483	1033	1041	10235455	47512	15175	10568	10655
Denmark	<i>6448</i>	1791	1290	<i>1199</i>	5450661	<i>35143</i>	9762	<i>7029</i>	<i>6535</i>
Estonia	2906	738	449	692	1324333	3849	978	595	916
Finland	7997	1926	1158	1143	5231372	41834	10074	6059	5979
France	5955	2318	2230	1185	60876136	362540	141084	135772	72138
→ Germany	<i>11646</i>	3235	<i>2329</i>	2167	82422299	<i>959987</i>	266663	<i>19197</i>	<i>178609</i>
Greece	2931	674	569	781	10688058	31325	7205	6077	8347
Hungary	2535	378	290	559	9981334	25305	3772	2893	5580
Iceland	6522	2658	1975	827	299388	1952	796	591	248
Ireland	<i>2851</i>	<i>792^a</i>	<i>570</i>	<i>530</i>	4062235	<i>11581</i>	3217	<i>2315</i>	<i>2153</i>
Israel	7353	3704	<i>2667</i>	<i>2481</i>	6352117	46704	23528	<i>16940</i>	<i>15760</i>
Italy	4556	1540	<i>1109</i>	<i>1032</i>	58133509	264854	89548	<i>64475</i>	<i>59994</i>
Latvia	2550	830	591	576	2274735	5802	1888	1345	1310
Lithuania	3182	1027	249	488	3585906	11410	3684	893	1750
Macedonia	1402	601	559	116	2050554	2876	1232	1146	238
Netherlands	<i>5098</i>	1416	<i>1020</i>	<i>948</i>	16491461	<i>84092</i>	23359	<i>16818</i>	<i>15634</i>
Poland	2919	1012	572	688	38536869	112499	38992	22027	26513
Portugal	3157	825	703	599	10605870	33487	8749	7459	6353
Romania	1421	207	200	142	22303552	31698	4617	4455	3167
San Marino	3243	1135	1135	760	29251	95	33	33	22
→ Spain	2662	939	726	601	40397842	107543	37950	29317	24279
Sweden	<i>5278</i>	1466	<i>1056</i>	982	9016596	<i>47570</i>	13214	<i>9514</i>	<i>8854</i>
Switzerland	6241	2169	1583	713	7523934	46958	16319	11913	5365
Turkey	3026	558	336	53	70413958	213101	39257	23640	3732
UK	<i>3096</i>	860	722	497	60609153	<i>187646</i>	52124	43785	30123
				TOTAL	569348641	2871726	859373	475847	522621

Data in italics estimated using the average ratio of coronary angiograms to percutaneous transluminal coronary angioplasties (PTCAs) (3.6), stents to PTCAs (0.72) and pacemakers to PTCAs (0.67), as appropriate.

^aCalculated from 2000 by the average rate of increase.

Table 9. Collective effective dose (man Sv) for four cardiac interventional procedures and total collective effective dose (man sv) for various European countries

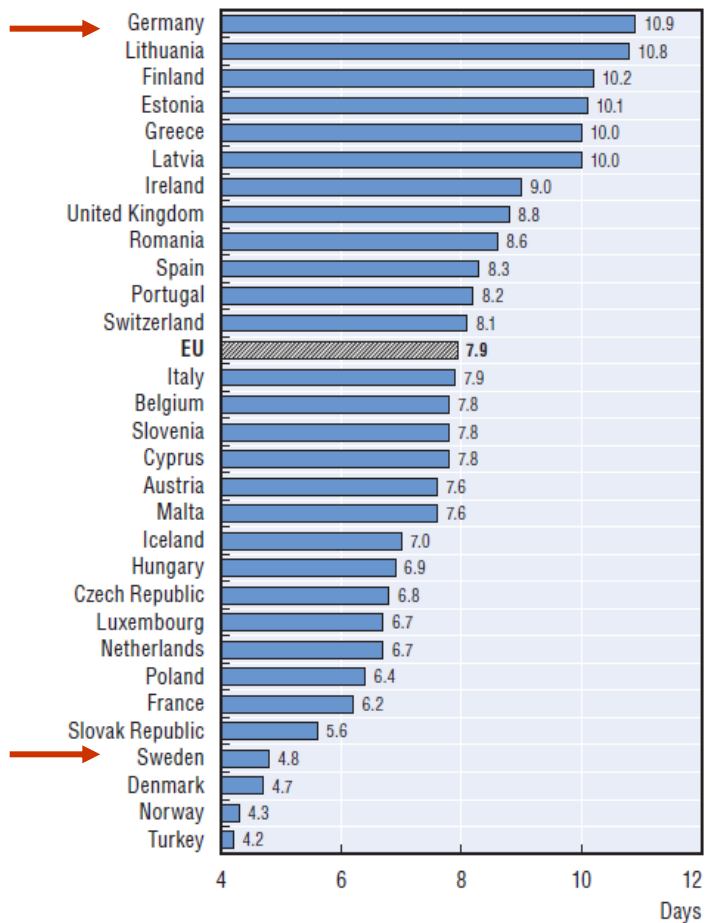
Country	CA	PTCA	Stent	Pacemaker	Total
Austria	327	127	97	35	586
Belgium	379	167	104	39	689
Bulgaria	26	10	7	3	47
Croatia	92	35	26	10	162
Czech Republic	254	111	80	33	477
Denmark	188	72	53	20	332
Estonia	21	7	5	3	35
Finland	223	74	46	18	361
France	1935	1035	1027	221	4218
Germany	5124	1956	145	547	7771
Greece	167	53	46	26	292
Hungary	135	28	22	17	202
Iceland	10	6	4	1	22
Ireland	62	24	18	7	110
Israel	249	173	128	48	598
Italy	1414	657	488	184	2742
Latvia	31	14	10	4	59
Lithuania	61	27	7	5	100
Macedonia	15	9	9	1	34
Netherlands	449	171	127	48	795
Poland	600	286	167	81	1134
Portugal	179	64	56	19	319
Romania	169	34	34	10	246
San Marino	1	0	0	0	1
Spain	574	278	222	74	1148
Sweden	254	97	72	27	450
Switzerland	251	120	90	16	477
Turkey	1137	288	179	11	1616
UK	1001	382	331	92	1807
TOTAL	15327	6303	3600	1599	26829

The data in this table have been rounded to the nearest whole number. CA, coronary angiogram; PTCA, percutaneous transluminal coronary angioplasty.

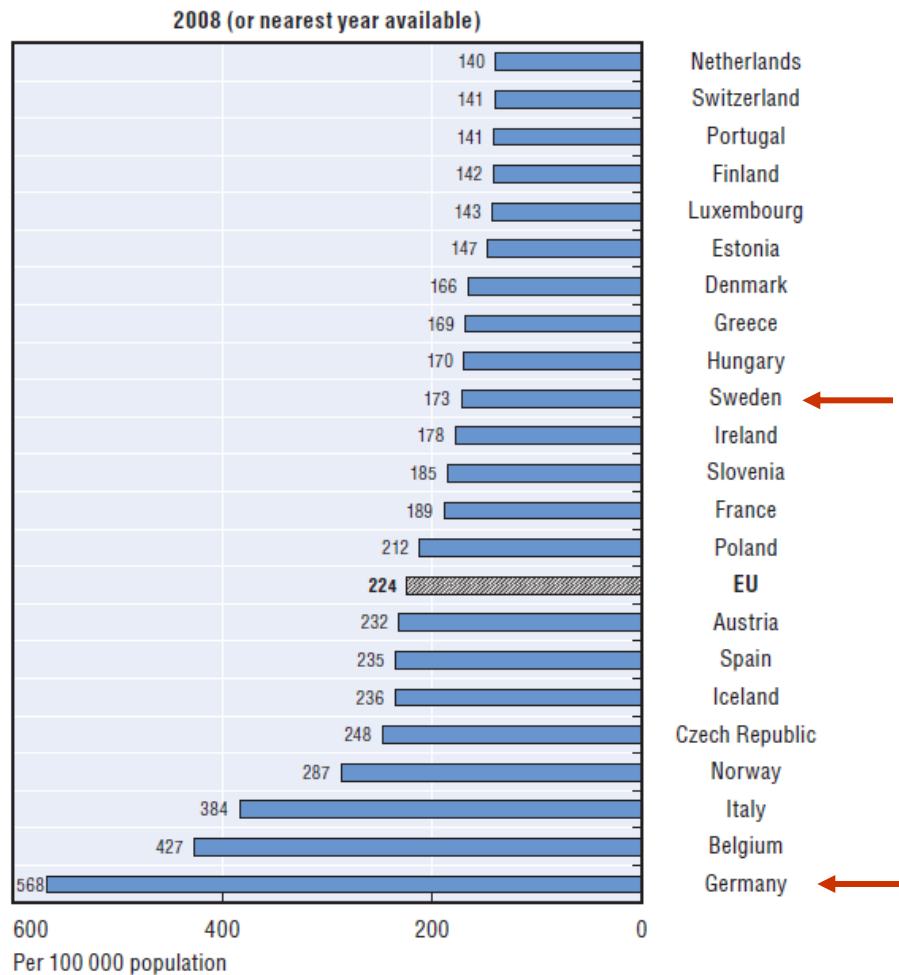
Invasive Kardiologie

Beispiel: Herzinfarkt, PTCA

3.8.2. Average length of stay following acute myocardial infarction (AMI), 2008 (or nearest year available)

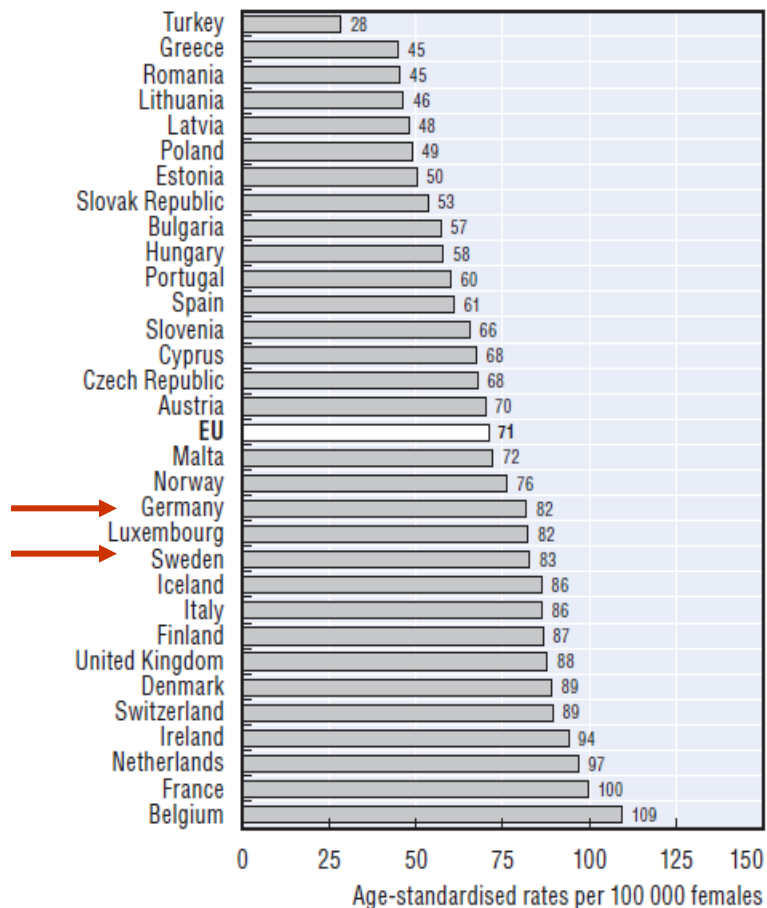


3.9.1. Coronary angioplasty per 2008 (or nearest year available)

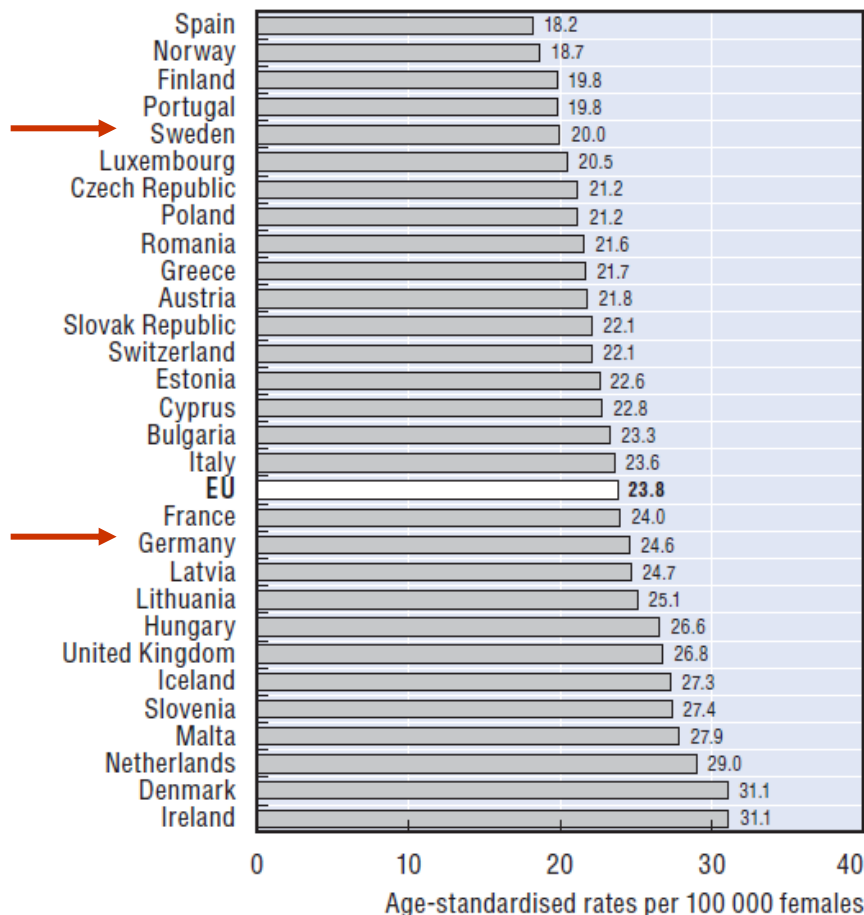


Beispiel: MammaCa

1.13.3. Breast cancer incidence rates, females, 2008



1.5.3. Breast cancer mortality rates, females, 2008 (or nearest year available)



EuroHealth Consumer Index 2012

Sub-discipline	Indicator	Albania	Austria	Belgium	Bulgaria	Croatia	Cyprus	Czech Republic	Denmark	Estonia	Finland	France	FYR Macedonia	Germany	Greece	Hungary	Iceland	Ireland
1. Patient rights and information	1.1 Healthcare law based on Patients' Rights	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
	1.2 Patient organisations involved in decision making	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
	1.3 No fault malpractice insurance	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
	1.4 Right to second opinion	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
	1.5 Access to own medical record	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
	1.6 Registry of bona fide doctors	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
	1.7 Web or 24/7 telephone HC info with interactivity	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
	1.8 Cross border care seeking financed from home	n.a.	Q	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	n.a.	Q
	1.9 Provider catalogue with quality ranking	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	n.a.
	1.10 EPR penetration	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
	1.11 Patients' access to on-line booking of appointments?	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
	1.12 e-prescriptions	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
Subdiscipline weighted score		102	141	117	88	146	112	107	175	141	131	136	112	117	88	122	146	107
2. Accessibility (waiting times for treatment)	2.1 Family doctor same day access	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
	2.2 Direct access to specialist	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
	2.3 Major elective surgery <90 days	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
	2.4 Cancer therapy < 21 days	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
	2.5 CT scan < 7days	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
Subdiscipline weighted score		217	217	233	133	133	183	183	167	167	133	167	183	200	200	167	183	150
3. Outcomes	3.1 Heart infarct case fatality	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
	3.2 Infant deaths	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
	3.3 Cancer deaths relative to incidence	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
	3.4 Preventable Years of Life Lost	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
	3.5 MRSA infections	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
	3.6 Caesarean sections	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
	3.7 Undiagnosed diabetes	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
	3.8 Depression	n.a.	Q	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	n.a.	Q
Subdiscipline weighted score		113	188	213	138	200	188	225	250	175	250	238	113	200	175	138	263	238
4. Prevention/ Range and reach of services provided	4.1 Equity of healthcare systems	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
	4.2 Cataract operations	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q
	4.3 Infant 4-disease vaccination	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
	4.4 Kidney transplants per million pop.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
	4.5 Dental care included in the public healthcare offering?	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
	4.6 Rate of mammography	Q	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
	4.7 Informal payments to doctors	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
	4.8 Smoking Prevention	n.a.	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q
	4.9 Long term care for the elderly	Q	Q	Q	Q	n.a.	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
	4.10 % of dialysis done outside of clinic	n.a.	Q	Q	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
Subdiscipline weighted score		70	111	140	64	128	88	117	140	123	152	140	82	111	88	99	146	134
5. Pharmaceuticals	5.1 Rx subsidy	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
	5.2 Layman-adapted pharmacopoeia?	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
	5.3 Novel cancer drugs deployment rate	n.a.	Q	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q
	5.4 Access to new drugs (time to subsidy)	Q	Q	Q	n.a.	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q
	5.5 Alzheimer drugs	n.a.	Q	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q
	5.6 Schizophrenia drugs	n.a.	Q	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	Q	n.a.
	5.7 Awareness of the efficiency of antibiotics against viruses	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	n.a.	Q
Subdiscipline weighted score		33	81	81	33	48	57	62	90	48	86	86	38	76	67	52	62	86
Total score		535	737	783	456	655	627	694	822	653	752	766	527	704	617	577	799	714
Rank		29	11	5	33	17	20	15	2	18	10	8	30	14	22	27	3	13

Health Consumer
Powerhouse, Euro
Health Consumer
Index 2012
<http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2012.pdf>

EuroHealth Consumer Index 2012

Sub-discipline	Indicator	Italy	Latvia	Lithuania	Luxembourg	Malta	Netherlands	Norway	Poland	Portugal	Romania	Serbia	Slovakia	Slovenia	Spain	Sweden	Switzerland	United Kingdom
1. Patient rights and information	1.1 Healthcare law based on Patients' Rights	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.2 Patient organisations involved in decision making	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.3 No fault malpractice insurance	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.4 Right to second opinion	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.5 Access to own medical record	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.6 Registry of bona fide doctors	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.7 Web or 24/7 telephone HC info with interactivity	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.8 Cross-border care seeking financed from home	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍
	1.9 Provider catalogue with quality ranking	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.10 EPR penetration	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.11 Patients' access to on-line booking of appointments?	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.12 e-prescriptions	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	Subdiscipline weighted score		131	107	131	112	88	170	160	126	126	88	102	122	112	102	141	126
2. Accessibility (waiting times for treatment)	2.1 Family doctor same day access	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	2.2 Direct access to specialist	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	2.3 Major elective surgery <30 days	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	2.4 Cancer therapy < 21 days	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	2.5 CT scan < 7days	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	Subdiscipline weighted score		133	117	183	233	183	200	83	117	117	167	117	200	133	100	100	233
3. Outcomes	3.1 Heart infarct case fatality	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.2 Infant deaths	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.3 Cancer deaths relative to incidence	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.4 Preventable Years of Life Lost	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.6 MRSA infections	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.7 Caesarean sections	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.8 Undiagnosed diabetes	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.8 Depression	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍
	Subdiscipline weighted score		213	138	138	250	163	263	300	188	163	100	113	188	213	213	300	213
4. Prevention/ Range and reach of services provided	4.1 Equity of healthcare systems	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	4.2 Cataract operations	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	4.3 Infant 4 disease vaccination	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	4.4 Kidney transplants per million pop.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	4.5 Dental care included in the public healthcare offering?	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	4.5 Rate of mammography	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	4.7 Informal payments to doctors	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	4.8 Smoking Prevention	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	4.9 Long term care for the elderly	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	4.10 % of dialysis done outside of clinic	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.
Subdiscipline weighted score		93	88	99	134	128	163	146	99	117	88	82	99	99	117	158	111	146
5. Pharmaceuticals	5.1 Rx subsidy	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	5.2 Layman adapted pharmacopoeia?	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	5.3 Novel cancer drugs deployment rate	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	5.4 Access to new drugs (time to subsidy)	👍	n.a.	n.a.	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	5.5 Alzheimer drugs	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	5.6 Schizophrenia drugs	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	5.7 Awareness of the efficiency of antibiotics against viruses	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍
Subdiscipline weighted score		52	43	33	62	48	76	67	48	67	48	38	67	81	71	76	86	81
Total score		623	491	585	791	609	872	756	577	589	489	451	675	638	603	775	769	721
Rank		21	31	26	4	26	1	9	27	25	32	34	16	19	24	6	7	12

Health Consumer
Powerhouse, Euro
Health Consumer Index
2012
<http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2012.pdf>

Weniger ist mehr!

Arzneimittel bei alten Patienten

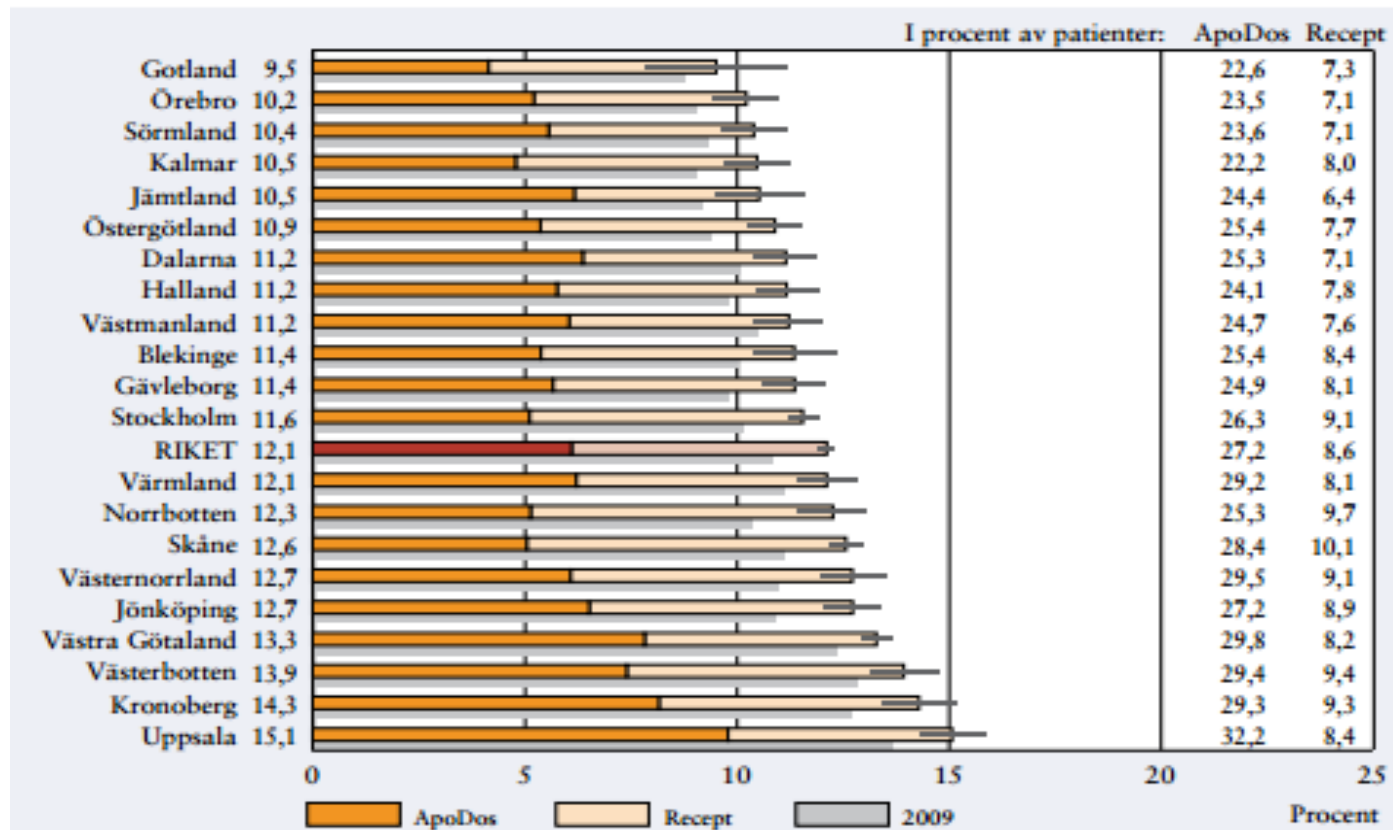


Diagram 31
Totalt

Andel äldre i befolkningen med tio eller fler läkemedel,
31 december 2010. Avser personer 80 år och äldre.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Weniger ist mehr! Arthroskopie bei Arthrose

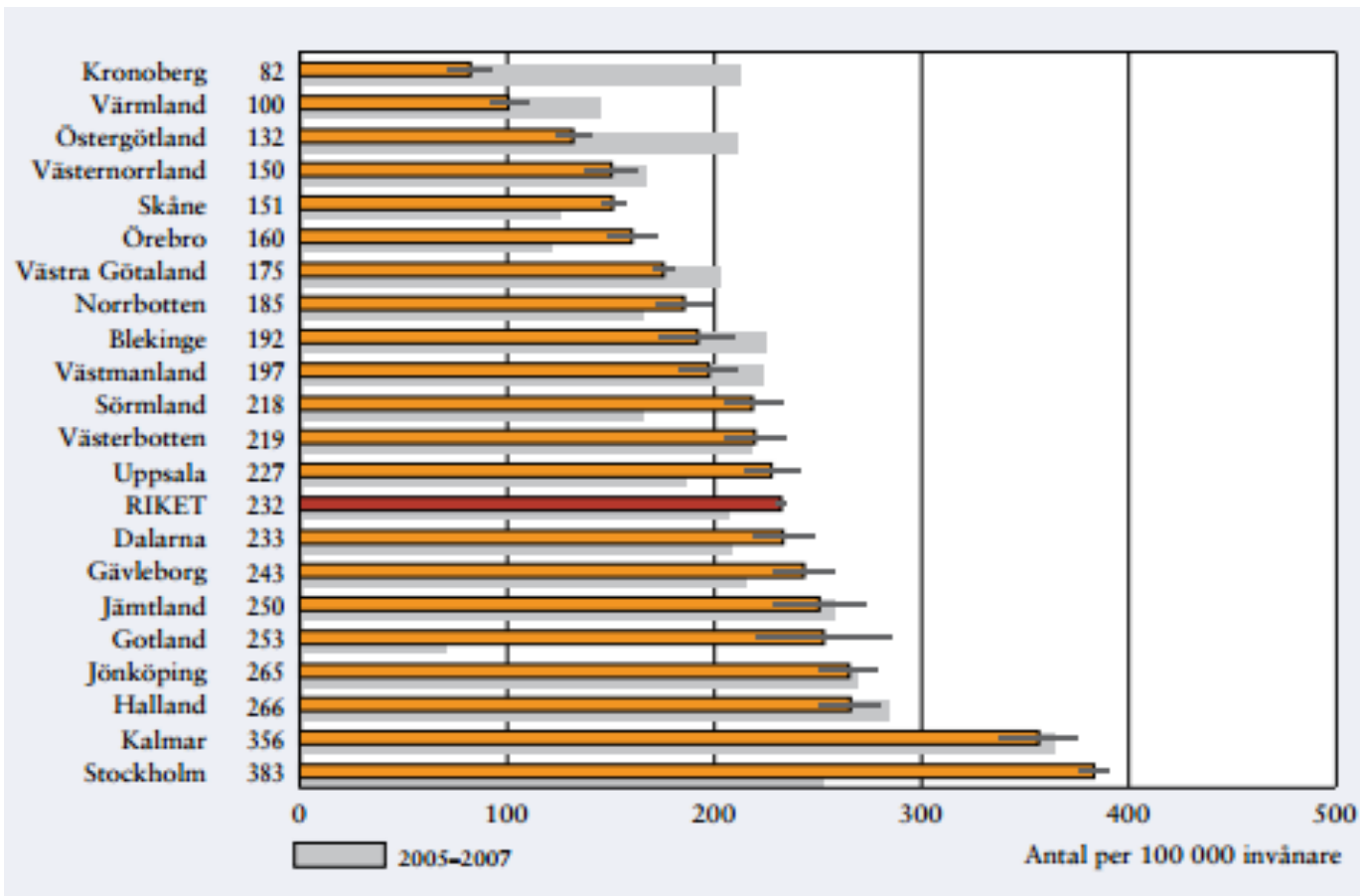


Diagram 71
Totalt

Antal artroskopier i knäled vid artros eller meniskskada per 100 000 invånare, 2008-2010. Avser patienter 40 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Geht auch weniger?

- **Medizinische Priorisierung:** weniger vom Unwichtigen bedeutet mehr vom Wichtigen

Priorisierung: von der Leitlinie zum Leistungsausschluss

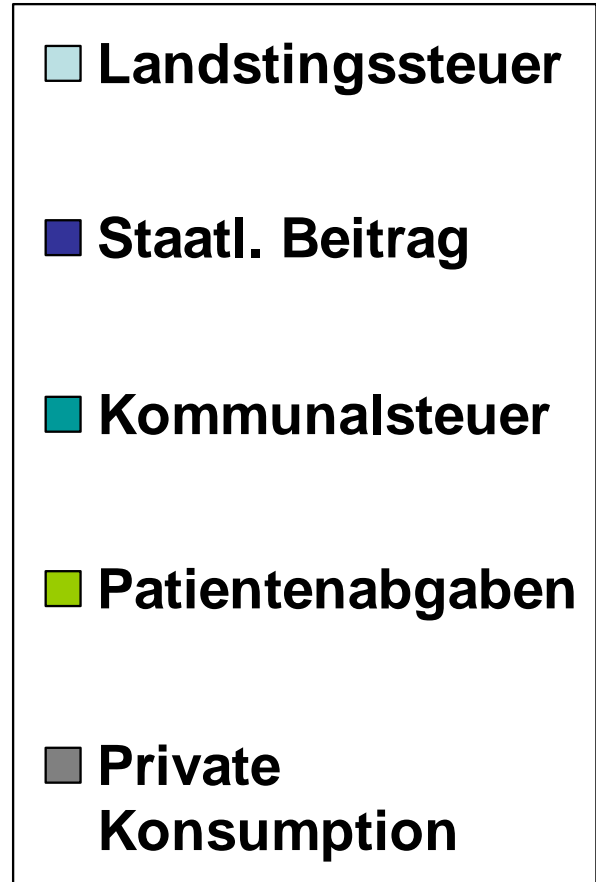
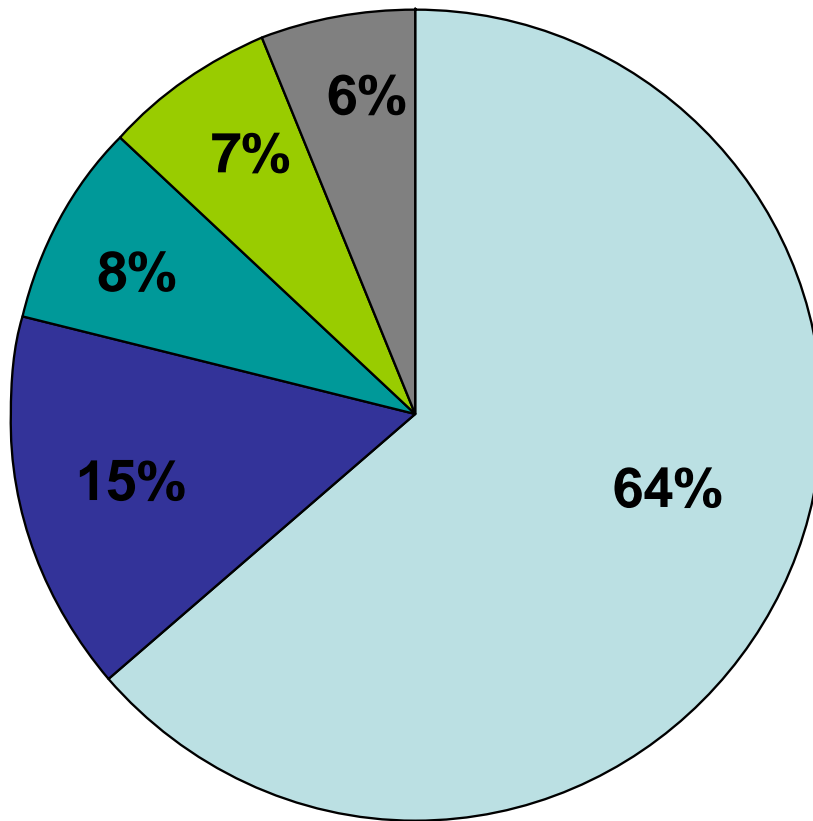
- Das schwedische Gesundheitswesen
- Priorisierung:
 - Nationale Priorisierung (Leitlinien)
 - Regionale Priorisierung (in/out)
- Geschichte der Leitlinien
- Zweck der Leitlinien
- Aufbau der Priorisierungslisten (national)
- Kardiologische Leitlinie, Beispiele
- Qualitätsindikatoren: Registerresultate, offener Vergleich, Laienpresse
- Regionale Priorisierung, Beispiele

Das schwedische Gesundheitswesen



- 21 Gebiete: 18 Provinziallandtage, 2 Regionen, Gotland
- Steuerfinanziert hauptsächlich durch Landstingsskatt
- Landstingsskatt: ca. 11%, davon 90% in das Gesundheitswesen (amb.+stat.)
- (häusl.) Pflege: kommunal (Kommunalskatt, ca. 23%)
- Politische Steuerung

Finanzierung des schwedischen Gesundheitswesens:



9% des BNP

Geschichte und Zweck der „nationella riktlinjerna“

- Gründung einer parlamentarische Kommission 1992 „Prioriteringsutredningen“
- Gesetzesänderung 1997 im Gesundheits- und Krankenversorgungsgesetz
- Auftrag des Reichstages an SOS, Leitlinien für die wichtigsten Krankheiten und ihre Behandlung auszuarbeiten (1997)
- Ziel ist, die im Gesundheitswesen Verantwortlichen in ihren Entscheidungen zur Verteilung der Ressourcen zu unterstützen
- Sicherstellung einer effektiven, gerechten und offenen (transparenten) Priorisierung von Gesundheitsleistungen
- SOS soll der Regierung mitteilen, in welcher Weise die Richtlinien die medizinische Praxis verändern
- SOS ist verantwortlich, die Richtlinien zu aktualisieren

Motivation, Ziele und Prinzipien der Prioritätslisten

”Hälso- och sjukvårdslagen” 2 §, Zusatz 1997:

Das Ziel des Gesundheitssystems ist die gute Gesundheit und die Gesundheitsfürsorge zu gleichen Bedingungen für die gesamte Bevölkerung.

Die Gesundheitsfürsorge soll auf der Gleichwertigkeit aller Menschen und der Würde des einzelnen Menschen basieren.

Der (Mensch), der den grössten Bedarf an Gesundheitsleistungen hat, hat Vorrang im Gesundheitswesen.

“Ethische Plattform”

Prinzip der Menschenwürde		
Bedarfs- und Solidaritätsprinzip		Kosteneffektivitätsprinzip
Schweregrad des Krankheitsbildes	Patientennutzen/Effekt der Maßnahme	Kosteneffektivität der Maßnahme
<p>Aktueller Gesundheitszustand</p> <ul style="list-style-type: none"> -Leiden -Funktionsbehinderung -Lebensqualität 	<p>Effekt auf den aktuellen Gesundheitszustand</p> <ul style="list-style-type: none"> -Leiden -Funktionsbehinderung -Lebensqualität 	<p>Direkte Kosten</p> <ul style="list-style-type: none"> -Maßnahmen des Gesundheitssystems -übrige Kosten, z.B. Fahrten
<p>Risiko für</p> <ul style="list-style-type: none"> -vorzeitigen Tod -Invalidität/fortgesetztes Leid -verschlechterte Lebensqualität 	<p>Effekt auf das Risiko</p> <ul style="list-style-type: none"> -vorzeitiger Tod -Invalidität -verschlechterte Lebensqualität <p>Risiko für Nebenwirkungen und Komplikationen der Maßnahme/des Eingriffes</p>	<p>Indirekte Kosten</p> <p>...im Verhältnis zum Patientennutzen</p>
Wissenschaftliche Evidenz		

SÖK

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z A Ä Ö

Start / Riktlinjer / Nationella riktlinjer

Nationella riktlinjer

Försäkringsmedicinskt beslutsstöd

Andra rekommendationer

Nationella medicinska indikationer

Intervjun

Ordlista

Om Nationella riktlinjer

Nyheter

Träffa Nationella riktlinjer på
Nationella prioriteringskonferensen
6-7 oktober

2011-10-04 10:00

Socialstyrelsens nationella riktlinjer
vill nå fler

2011-09-28 15:00

Stora brister i kommunernas
uppföljning av missbruks- och
beroendevården

2011-09-09 10:00

Visa fler – nyheter

Kontakt



Kontaktpersoner för nationella riktlinjer


Nyhetsbrev

Prenumerera på nyhetsbrevet om nationella
riktlinjer

Intervju

Nationella riktlinjer

SHARE    ...

 Skriv ut

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer är ett stöd vid
prioriteringar och ger vägledning om vilka behandlingar och
metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör
satsa resurser på.

Slutliga riktlinjer

- [Tandvård](#)
- [Lungcancer](#)
- [Schizofreni](#)
- [Demens](#)
- [Depression och ångest](#)
- [Diabetes](#)
- [Stroke](#)
- [Hjärtsjukvård](#)
- [Missbruk och beroende](#)
- [Bröst-, kolorektal- och prostatacancer](#)

Preliminära riktlinjer

- [Sjukdomsförebyggande metoder](#)
- [Rörelseorganens sjukdomar](#)
- [Komplettering av hjärtsjukvård och stroke](#)

Pågående projekt

- [Mat vid diabetes](#)
- [Palliativ vård](#)
- [Uppdatering av bröst-, kolorektal- och prostatacancer](#)
- [Revidering av missbruk och beroende](#)
- [Stöd till införandet av Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder](#)

Nyheter

Komplettering av nationella riktlinjer för hjärtakärl-läkemedel

2011-06-20 09:30

Frågestund om rekommendationer på kardiovaskulära vårmötet

2011-05-11 09:00

Experter samlade för klok hjärtvård

2011-05-03 08:00

[Visa fler – nyheter](#)

Kontakt

Övergripande frågor

Anders Jakobsson
075-247 38 33

Kommunikationsfrågor

David Svärd
075-247 38 34

Mer hos oss

Komplettering av nationella riktlinjer för hjärtsjukvård och strokesjukvård

National Guidelines for Cardiac Care – summary in English

Rapport Hjärtinfarkter 1987-2008

Mer om hjärta och kärl från Socialstyrelsen

Andra nationella riktlinjer

Fler sidor om

arytmier, hjärta och kärl, hjärtinfarkt, hjärtsjukvård, hjärtsvikt, medicinsk vård, nationella riktlinjer, riktlinjer, sjukdomar

Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård

rekommendation

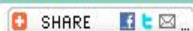


Foto: Matton

Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008 innehåller rekommendationer om vilka åtgärder som hjärtsjukvården bör använda. Förebyggande åtgärder samt behandling av förmaksflimmer, hjärtinfarkt och hjärtsvikt är exempel på viktiga områden.

Sök i hjärtriktlinjerna

- [Sök i alla rekommendationer](#)
- [Primärvård](#)
- [Prevention](#)
- [Akut kranskärlssjukdom](#)
- [Stabil kranskärlssjukdom](#)
- [Hjärt- och kärlfel](#)
- [Arytmier](#)
- [Hjärtsvikt](#)
- [Medfödda hjärtfel](#)

Centrala rekommendationer

- [Centrala rekommendationer](#)
- [Sammanfattning – centrala](#)

Pågående projekt

- [Komplettering av nationella riktlinjer för hjärtsjukvård och strokesjukvård](#)

Ladda ner/beställ riktlinjerna

För profession & tjänstemän

För politiker

För patient

Ladda ner/beställ hjärtuppföljningen

Nyheter

Komplettering av nationella riktlinjer för hjärtakärl-läkemedel

2011-06-20 09:30

Frågestund om rekommendationer på kardiovaskulära vårmötet

2011-05-11 09:00

Experter samlade för klok hjärtvård

2011-05-03 08:00

[Visa fler – nyheter](#)

Kontakt

Övergripande frågor
Anders Jakobsson
075-247 38 33

Kommunikationsfrågor
David Svärd
075-247 38 34


Mer hos oss

Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008
Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009
Rapport Hjärtinfarkter 1987-2008
Mer om hjärta och kärl från Socialstyrelsen
Andra nationella riktlinjer

Fler sidor om

arytmier, hjärta och kärl, hjärtinfarkt,

Preliminär version: Komplettering av Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård och strokesjukvård

 [SHARE](#)    ...

 [Skriv ut](#)

Kompletteringen av 2008-års nationella riktlinjer för hjärtsjukvård och 2009-års nationella riktlinjer för strokesjukvård innebär att de två riktlinjerna fortfarande gäller, men de har utökats med ett flertal nya rekommendationer. Riktlinjerna är ett stöd för dem som fattar beslut om hur resurserna ska fördelas inom hjärt- och strokesjukvården.

Ladda ner/beställ preliminär version

[Ladda ner/beställ riktlinjerna](#)

När är riktlinjerna klara?

En preliminär version av de kompletterade riktlinjerna är klar. Den slutliga versionen beräknas vara klar hösten 2011. [Läs mer om hur vi tar fram riktlinjer.](#)

Lämna synpunkter på den preliminära versionen av riktlinjerna

Fram till den 14 oktober 2011 kan du lämna synpunkter på den preliminära versionen av de kompletterade riktlinjerna. Skicka dina synpunkter till [e-postlådan för Komplettering av Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008 och strokesjukvård 2009.](#)

Prinzipien der Prioritätslisten

- **Menschenwürde (Gleichheit!), Bedarfs- und Solidaritätsprinzip, Kosteneffektivität**
- Offenheitsprinzip: Transparenz des Priorisierungsprozesses für alle: Bürger, Patienten, im Gesundheitswesen Arbeitende
- Rangordnung basierend auf:
 - Bedarf – Krankheitsschweregrad
 - Effekt der Therapie
 - Kosten/Nutzenrelation
 - Evidenz – wissenschaftliche Basis für Erwägungen
- Priorisierung von:
 - Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation
- Vertikale Priorisierung – horizontale Priorisierung
- Wertung:
 - Rangordnung 1 (höchste Priorität) – 10 (niedrigste Priorität)
 - Nicht durchführen (“icke göra”)
 - Forschung und Entwicklung (“FoU”)

“...muss die wissenschaftliche Literatur in Relation zu den klinischen (und wirtschaftlichen) schwedischen Gegebenheiten gedeutet werden”.

Leitlinien Herz- und Kreislaufkrankungen

- Nationale Leitlinien für die Behandlung von Herzkranzgefäßerkrankungen 2001
- SOS Leitlinien für Herzerkrankungen 2004
- Preliminäre Version der SOS Richtlinien für Herzerkrankungen Sept. 2007
 - Projektleitung 7 Pers. (3 SOS, 1 Hälsoekonom, 3 Kardiologen, u.a. Lars Wallentin)
 - Expertengruppen
 - Patientenorganisationen (“haft kontakt med”)
 - Veröffentlichung im Internet
 - Regionale Seminarien für Verantwortliche
 - Äusserung gegenüber SOS
 - Endgültige Fassung kam Februar 2008
- Ergänzungen 2011 (TAVI, antithrombotische Medikamente, Antiarrhythmika), preliminär Juni 2011, definitiv November 2011

Kardiologie, Dokument 2008

- Beschlussunterlage für Priorisierung (173 Seiten)
- Gemeinsame gesundheitsökonomische Anlage (96 Seiten)
- Qualitätsindikatoren (49 Seiten)
- Methodenbeschreibung (18 Seiten)
- Politikerversion (48 Seiten)
- Plötzlicher Herztod bei Pers.< 35 Jahren (von 2006)
 - Populärversion (von 2006)
- Patientenversion 2008 (42 Seiten)
- Medizinische und gesundheitsökon. Faktensammlung zu
 - Herzinsuffizienz (60 Seiten)
 - Arrhythmien (80 Seiten)
 - Angeborenen Herzfehlern (40 Seiten)
 - Klappenfehler (68 Seiten)
 - Kranzgefässerkrankungen (160 Seiten)

2004: 119 Erkrankungszustände/Behandlungen

2007/08: 350 Erkrankungenzustände/Behandlungen

Schwedische Prioritätslisten

Kardiologie (2008)

Problem-Massnahmen-Paare

Krankheit	Patient mit hohem Risiko für SCD, EF \leq 30% (35 %), NYHA II-III
Massnahme	Prophylaktische ICD-Implantation
Schweregrad/Bedarf	Hohe Mortalität resp. hohes Risiko
Effekt der Massnahme	Mässige bis erhebliche Senkung der Mortalität; Effekt auf Lebensqualität uneinheitlich; kleines Risiko des Eingriffes
Evidenz für Effekt	Evidenzgrad 1 für Mortalitätssenkung
Kosten pro QALY	Mässig bis hoch
Gesundheitsökonomische Evidenz	Gut
Priorität	4

Internationale Richtlinien Prophylaktischen ICD-Implantation post. Infarkt, EF \leq 30%, NYHA II-III

Schweden	Deutschland	USA	ESC
Prio. 4	Klasse 1 Empfehlung	Class 1 Recommen- dation	Class 1 Recommen- dation
Evidenz 1	Evidenz B	Evidenz A	Evidenz A

Guidelines versus schwedische Leitlinien

Tabelle 3: Methoden und Prinzipien der schwedischen nationalen kardiologischen Leitlinien im Vergleich mit europäischen und deutschen „Guidelines“ (modifiziert nach [4]). ESC = European Society of Cardiology; DGK = Deutsche Gesellschaft für Kardiologie; SOS = Socialstyrelsen

Methode/Prinzip	Schweden	ESC	DGK
Auftraggeber	Regierung	Professionelle Organisation	Professionelle Organisation
Ausführung	Behörde (SOS)	Professionelle Organisation	Professionelle Organisation
Durchführung	Behörde (SOS)	Professionelle Gruppe	Professionelle Gruppe
Finanzierung	Behörde (SOS)	Professionelle Organisation	Professionelle Organisation
Sponsoring	Keines	Arzneimittel- und <u>med -techn</u> Industrie	Arzneimittel- und <u>med -techn</u> Industrie
Befangenheitsproblem	Gering	größer	größer
Gültigkeitsbereich (?)	national	europäisch	europäisch
Mitarbeit	multiprofessionell, ges. Gesundheitssystem Patientenorganisationen	Fachärzte	Fachärzte
Ökonomie	Gesundheitsökonomie Volkswirtschaftliche Perspektive	-	-

Carlsson J: Priorisierung in der Kardiologie (2010)

Beispiel: Vorhofflimmern

IA

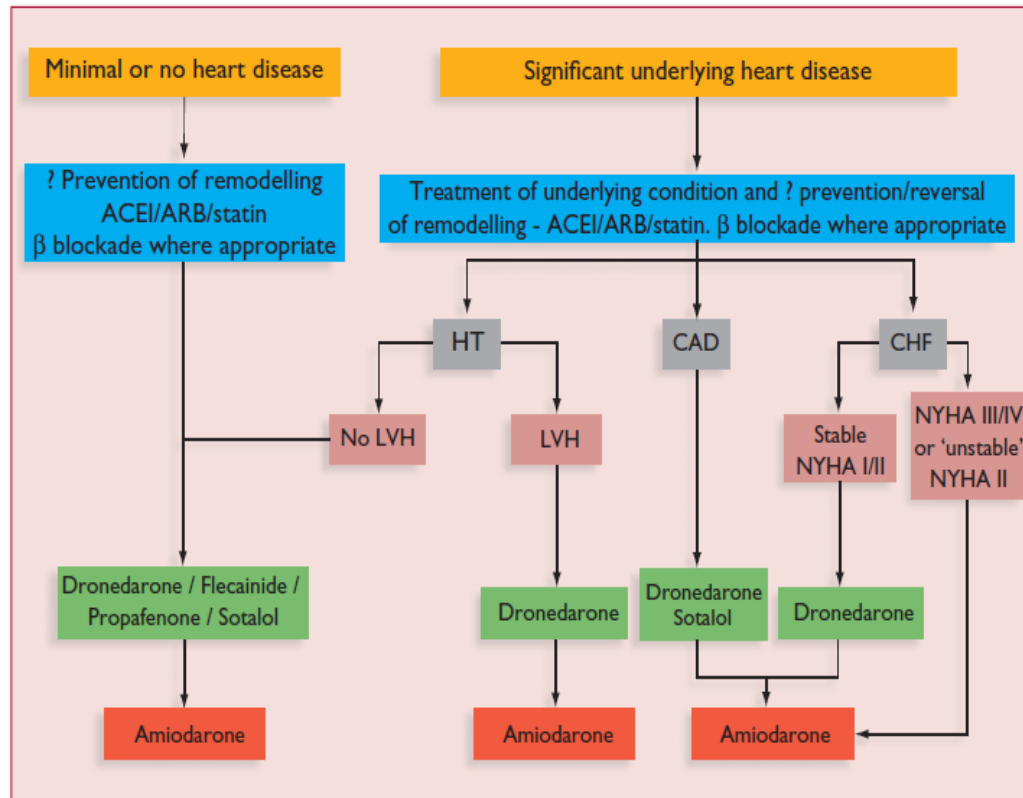


Figure 11 Choice of antiarrhythmic drug according to underlying pathology. ACEI = angiotensin-converting enzyme inhibitor; ARB = angiotensin receptor blocker; CAD = coronary artery disease; CHF = congestive heart failure; HT = hypertension; LVH = left ventricular hypertrophy; NYHA = New York Heart Association; unstable = cardiac decompensation within the prior 4 weeks. Antiarrhythmic agents are listed in alphabetical order within each treatment box. ? = evidence for 'upstream' therapy for prevention of atrial remodelling still remains controversial.

Beispiel: Vorhofflimmern

Socialstyrelsens motivering till rekommendationen

Socialstyrelsen ger dronedaron en prioritering i nivå med standardbehandling (klass 1c läkemedel). Dronedaron har dokumenterad antiarytmisk effekt jämfört med placebo men underlag för dess effekt på livskvalitet och död saknas. Det saknas även underlag för att bedöma dronedarons effekt jämfört med andra antiarytmiska läkemedel. Till dronedarons fördel talar effekt på sjukhusinläggning och liten risk för allvarigare arytmier än förmaksflimmer, vilket är en fruktad biverkan av denna läkemedelsgrupp. Till dronedarons nackdel talar oklarheter kring långtidseffekter, inklusive leverbiverkningar liksom en betydligt högre kostnad än andra läkemedelsalternativ

Rekommendation om förebyggande behandling med dronedaron vid uttalat symtomatisk paroxysmalt eller persisterande förmaksflimmer

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda dronedaronbehandling som profylax till patienter med uttalat symtomatisk paroxysmalt eller persisterande förmaksflimmer (prioritet 7).

Schwedische Prioritätslisten

Kardiologie 2008

Erkrankung/ Massnahme	Diagnostik/Therapie	Priorität
ST-Strecken- hebungsinfarkt	Direkt PCI	1
AV-Block III	PM-Implantation	1
V.a. stabile AP	Kardiologische Basis- untersuchung	2
Path. Ergometrie, ge- ringer klin. V.a. KHK	Koronarangiografie	9
PCI	DES als Routine	10
PCI	DES bei hohem Risiko für Restenose	5
VHF, hoher Leidensdruck	Lungenvenenablation	4

Schwedische Prioritätslisten Kardiologie 2008

Erkrankung	Diagnostik/Therapie	Priorität
NYHA III-IV trotz optimaler medik. Therapie, LSB	Biventrikuläres pacing	3
Stabile AP CCS I-II, keine weiteren klin. Risikokriterien	Angiografie/ggf. PCI/CABG	10
Herzinsuff./KHK	Eplerenon	8
Symptomfreie Person ohne bek. KHK	Screening mit CT-Angiografie oder Kalziumscore	Nicht durchführen
Pat. mit Angina und mittlerer Wahrscheinlichkeit für KHK	CT-Angiografie	FoU

Kopplung der Leitlinien an Qualitätsparameter

- Letalität nach Herzinfarkt
- Wartezeit auf elektive Koronarografie
- Zeit zwischen EKG und PCI bei Infarkt
- ICD-Implantationsfrequenz
- Anteil von Pat. im Sinusrhythmus nach Lungenvenenablation
- Anteil von Patienten, die nach Herzinfarkt aufgehört haben, zu rauchen
- Anteil von Patienten mit 3-Gefässerkrankung, die mit PCI behandelt werden

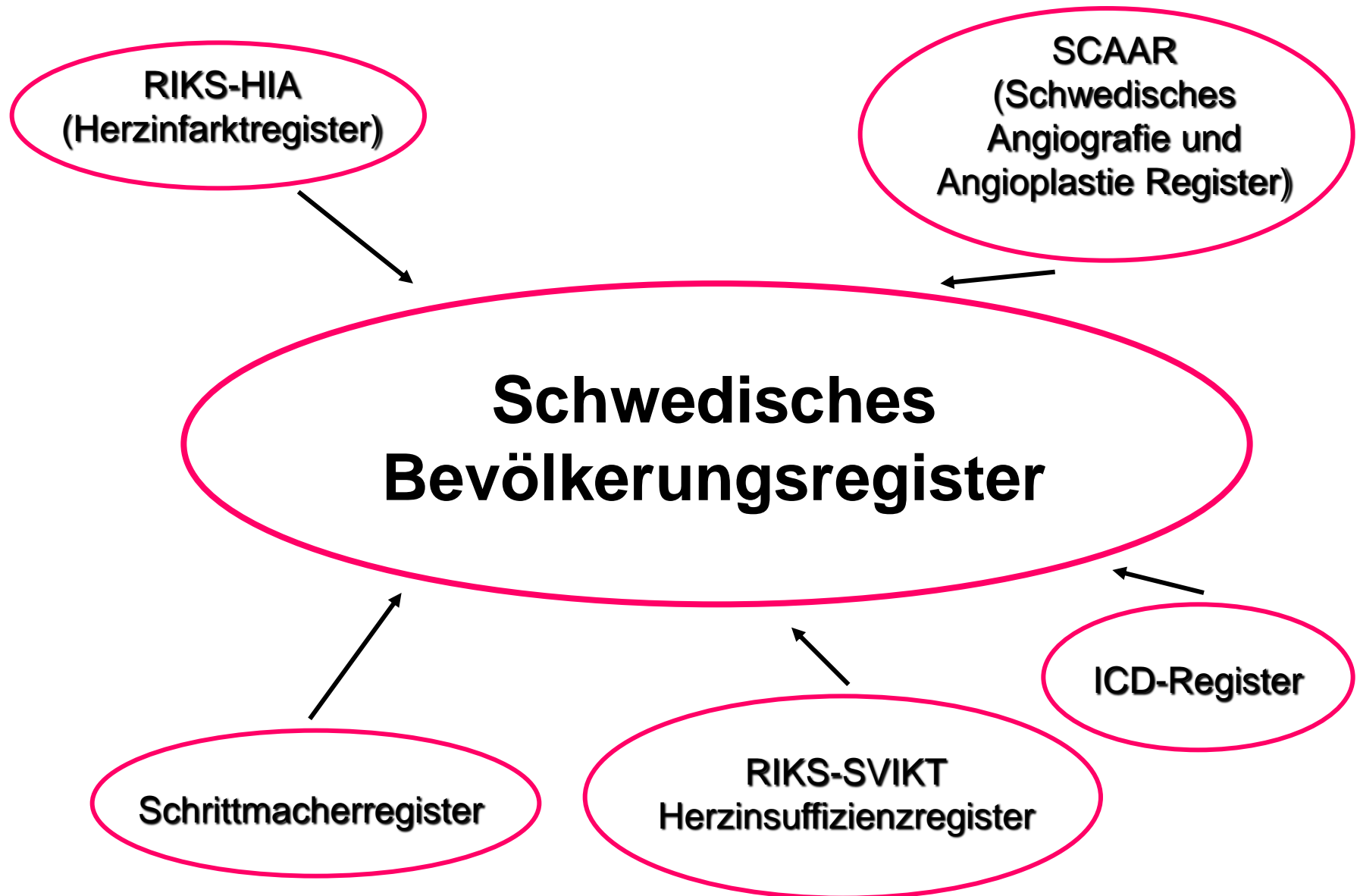
- ...insgesamt 32 Parameter!

Leitlinie - Register - Öppna Jämförelser - Laienpresse

- Richtlinien
- Swedeheart Register
- Aftonbladet

Erhebung von Registerdaten

11 Register im Bereich kardiovask. Medizin, Beispiele:



Regionale Priorisierung Ein- und Ausschluss von Leistungen

- Östergötland 2004 (schwarze Listen, Einbeziehung des Alters bei Arthroskopie bei Kniebeschwerden)
- Västerbotten 2008, 2011
- Jämtland 2010

Ausschluss von Leistungen

- Augenhintergrundsuntersuchung, D.m. II, jedes dritte Jahr anstelle von jedes zweite Jahr
- Begrenze die routinemässige Behandlung mit Chemotherapie “dritter Linie” bei MC und Rezidiven nach erster und zweiter Linie Chemotherapie. Individueller Beschluss bei Tumorkonferenz!

Ausschluss von Leistungen

- Pacemakerkontrollen jedes zweite Jahr (anstelle einmal pro Jahr)
- Keine Koronarangiografie/PTCA bei Pat. mit leichten Angina pectoris Beschwerden
- Der Einzelfall bleibt immer eine individuelle Entscheidung von Patient/Arzt

Weniger kann mehr sein!

- Medizinisch-wissenschaftlich
- Politisch
- Medizinisch-ethisch
- Medizinische Prioritätensetzung ermöglicht mehr vom Wichtigem im Austausch gegen weniger vom Unwichtigen