

Was bedeuten die Qualitätsaspekte 2020 mit Fokus auf kardiovaskuläre Erkrankungen?

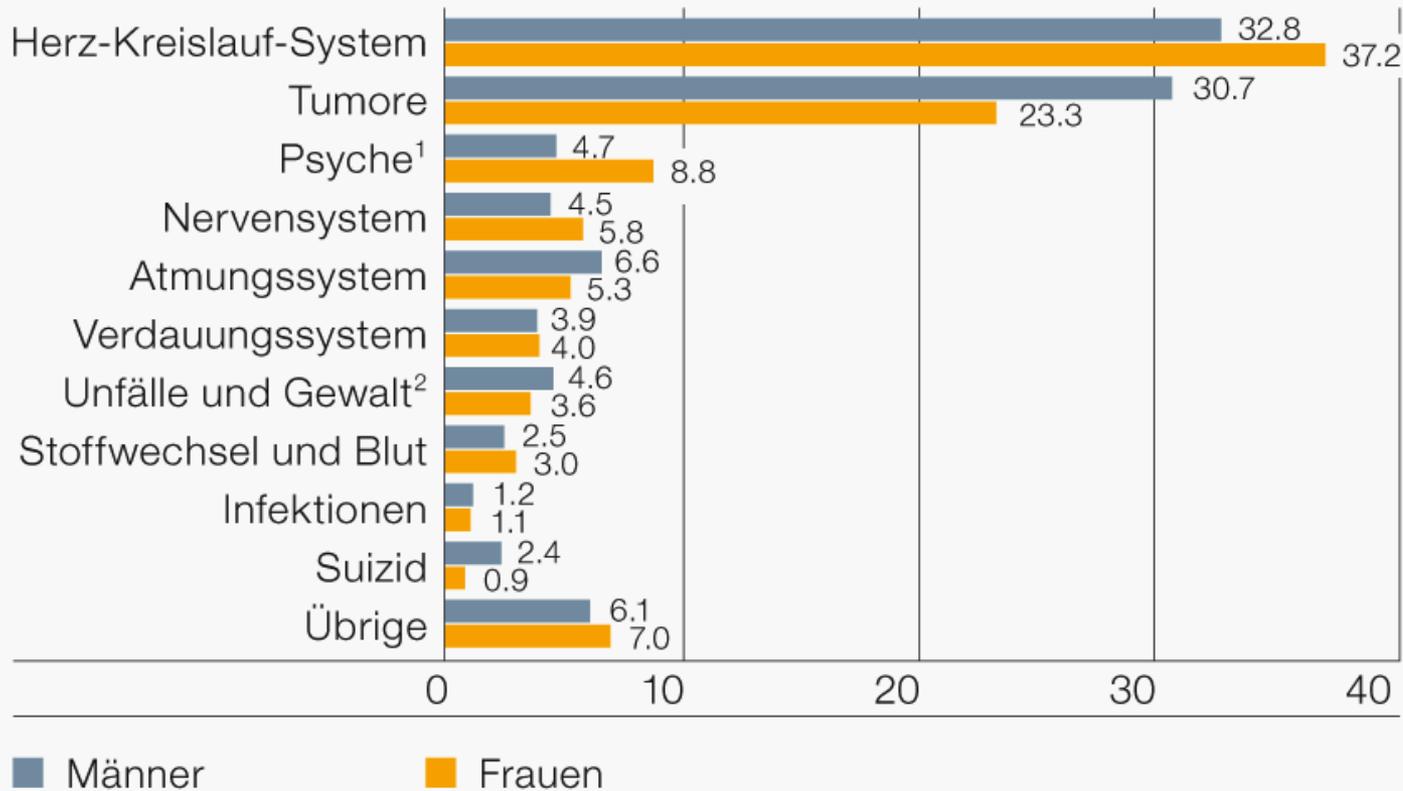


Prof. H. Saner

Kardiovaskuläre Prävention, Rehabilitation & Sportmedizin, Inselspital Bern

Die häufigsten Todesursachen nach Geschlecht

Todesfälle 2010: 62 649 (100%), in %



© Interpharma

Quelle: Todesursachenstatistik 2010, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel, 2012.

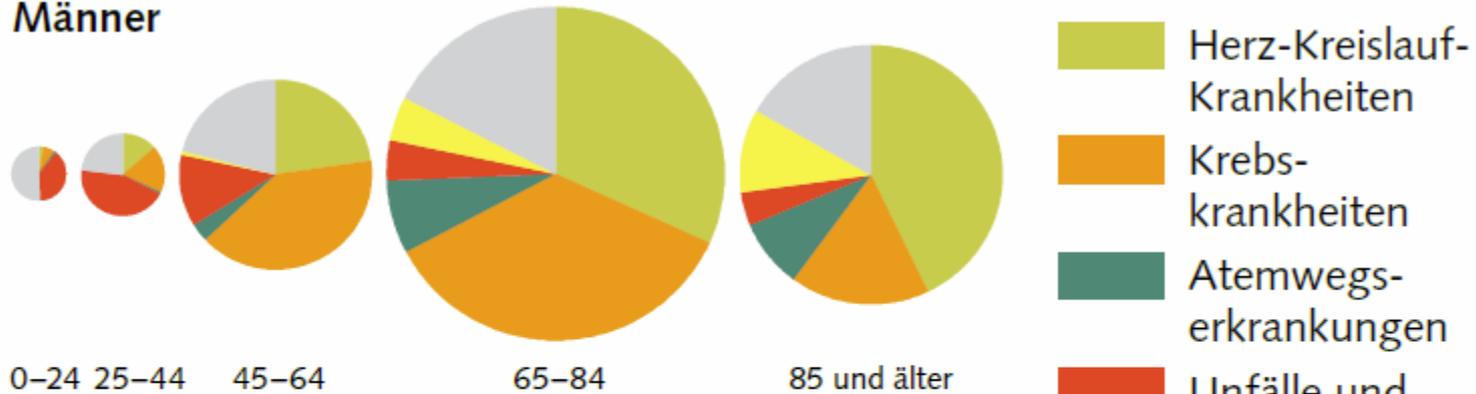
¹ Demenz (ohne Alzheimer), Schizophrenie, Abhängigkeit von psychotropen Substanzen, andere psychische Krankheiten.

² Ohne Suizid.

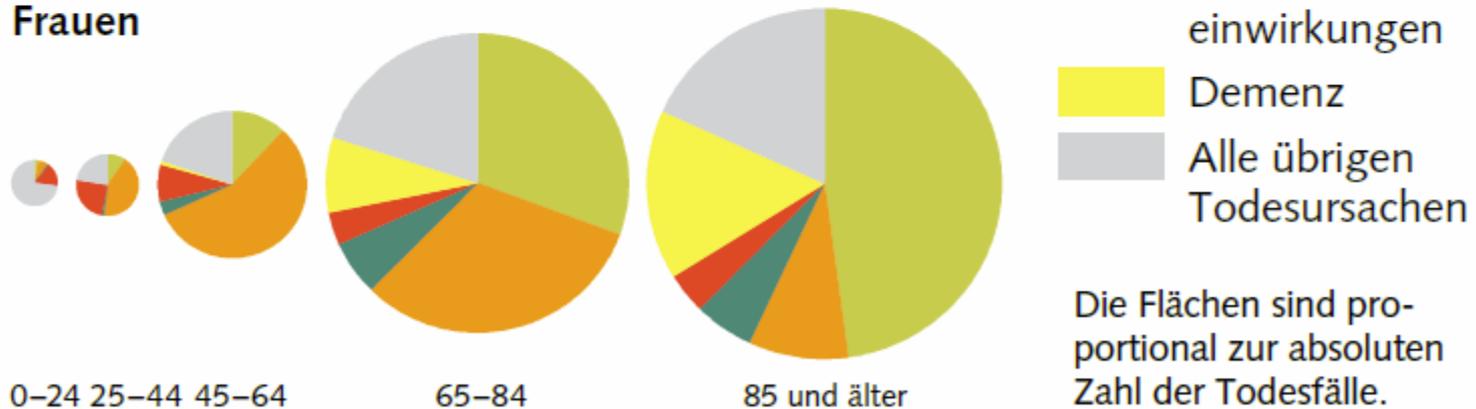
Todesursachen 2010

Häufigste Todesursachen nach Altersklassen 2010 G 2

Männer



Frauen

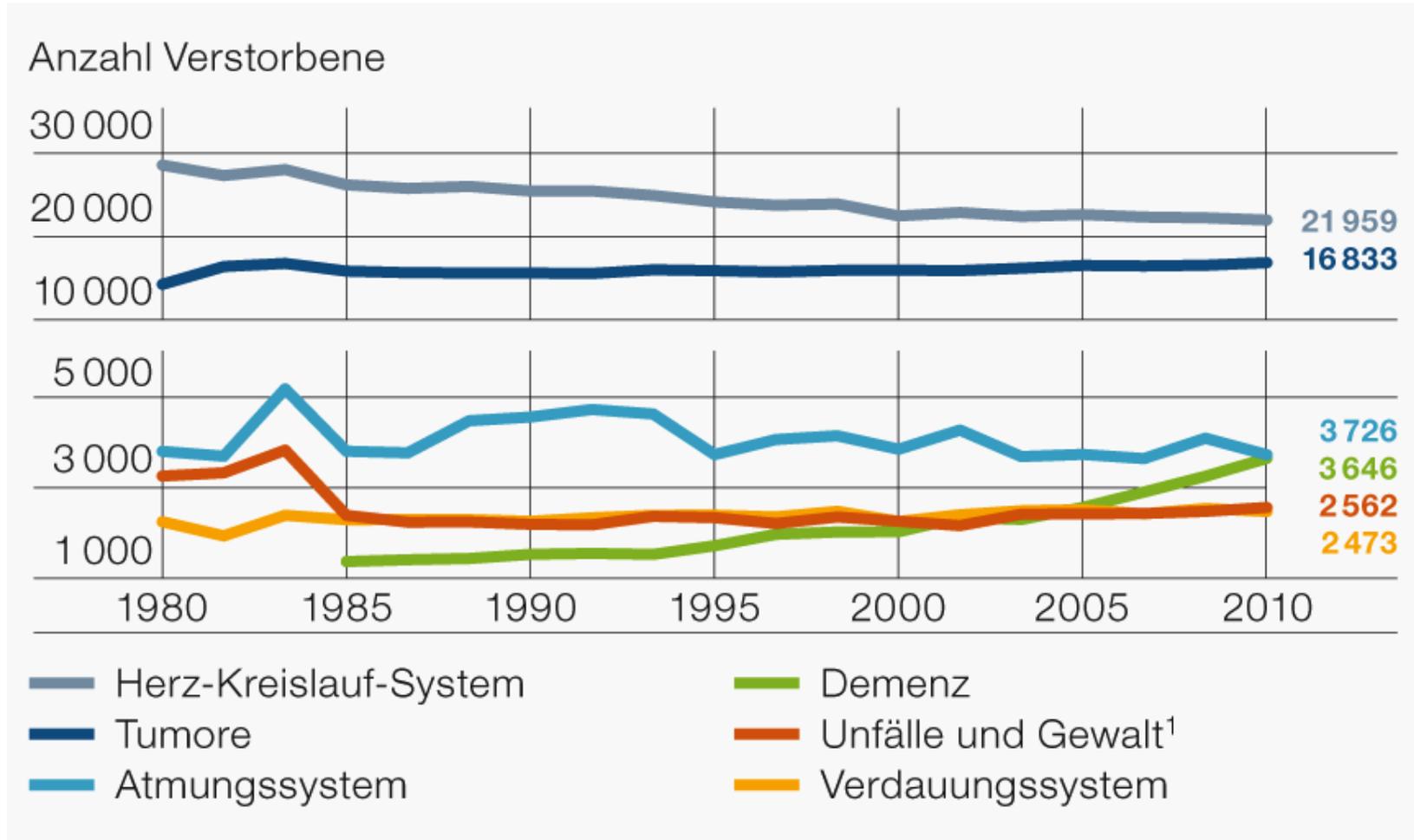


Die Flächen sind proportional zur absoluten Zahl der Todesfälle.

Quelle: BFS, Todesursachenstatistik

© BFS

Verlauf der wichtigsten Todesursachen



Quelle: Todesursachen-Statistik, diverse Jahrgänge, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel.

¹ Ohne Suizid



**Prof. Roberto Ferrari,
ESC President
2009/2010**

**Lebenserwartung
8 Jahre ↑ in 20 Jahren**



**6 Jahre wegen
Abnahme Herz-
Kreislaufkrankheiten ↓**



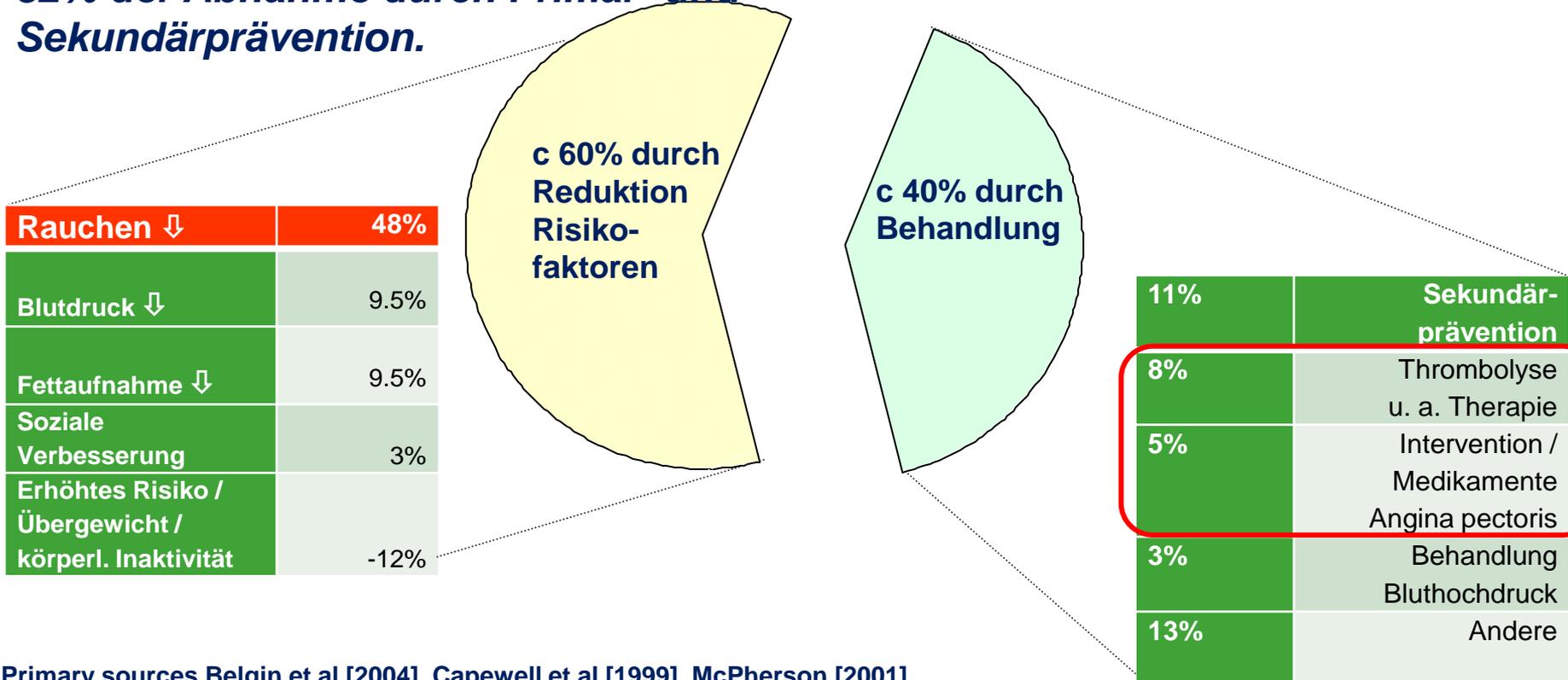
**4.7 Jahre Prävention
4 Monate Intervention
<1 Jahr andere Behandlungen**

Abnahme der Sterblichkeit an Herz/Kreislaufkrankungen 1980-2000

48% der Abnahme seit 1980 durch Abnahme des Rauchens.

32% der Abnahme durch Primär- und Sekundärprävention.

Informed assessment from analysis of English language literature in England, US, and Europe



Primary sources Belgin et al [2004], Capewell et al [1999], McPherson [2001]

ESC Agenda – Barcelona 2009



Frühzeitige
Diagnose

Angemessene
Behandlungs-
methoden

Rehabilitation
und Prävention

Lebensstil und Mortalität im Alter

1'507 Männer / 232 Frauen (gesund). 70 – 90 jährig, aus 11 europ. Ländern

⇒ 10 Jahre follow up Mortalität gesamt, Mortalität CHD, CVD, Krebs

	HR (99% CI)
Mediterrane Ernährung	0.77 (0.68 – 0.88)
Moderater Alkoholkonsum	0.78 (0.67 – 0.91)
Körperliche Aktivität	0.63 (0.55 – 0.72)
Nichtrauchen	0.65 (0.57 – 0.75)
4 Faktoren kombiniert	0.35 (0.28 – 0.44)

Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. Knuops KT, de Groot LC, Kromhout D, Perrin AE, Moreiras-Varela O, Menotti A, van Staveren WA. JAMA. 2004 Sep 22;292(12):1433-9

Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes

Chow CK, Jolly S, Rao-Melacini P, Fox KA, Anand SS, Yusuf S. *Circulation*. 2010 Feb 16;121:733-5.

18'809 patients from 41 countries (OASIS 5 trial)

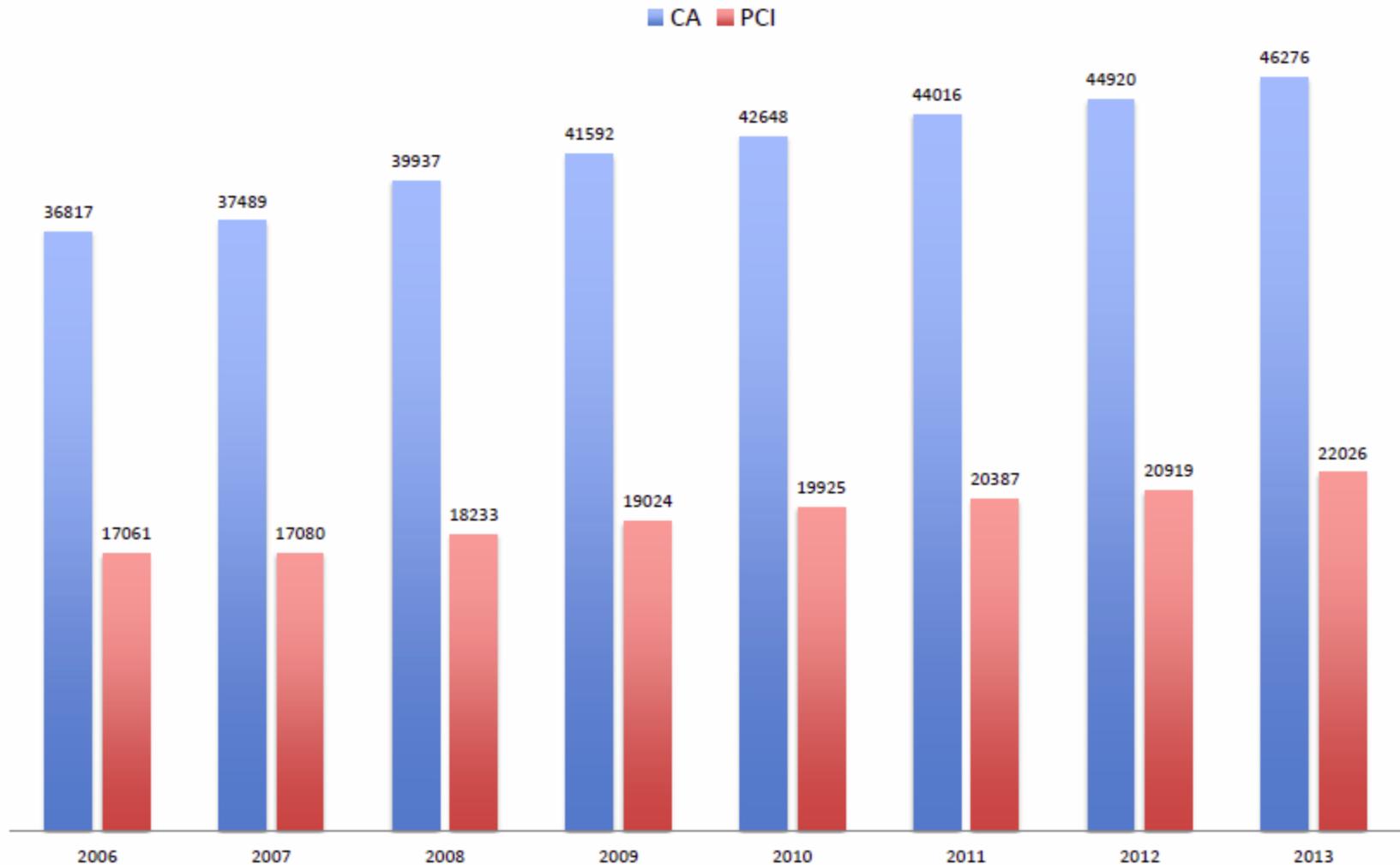
Self-reported adherence to diet, physical activity and smoking cessation

Medication: 96% antiplatelets, 79% statins, 72% ACDE inhibitors

➔ CV events and all-cause mortality at 6 months

	risk MI
quitting smoking	OR 0.57 (0.36 – 0.89)
diet and exercise adherence	OR 0.52 (0.40 – 0.69)
Persistent smoking and non-adherence diet / exercise	3.8 fold risk (2.5 – 5.9) MI / stroke / death

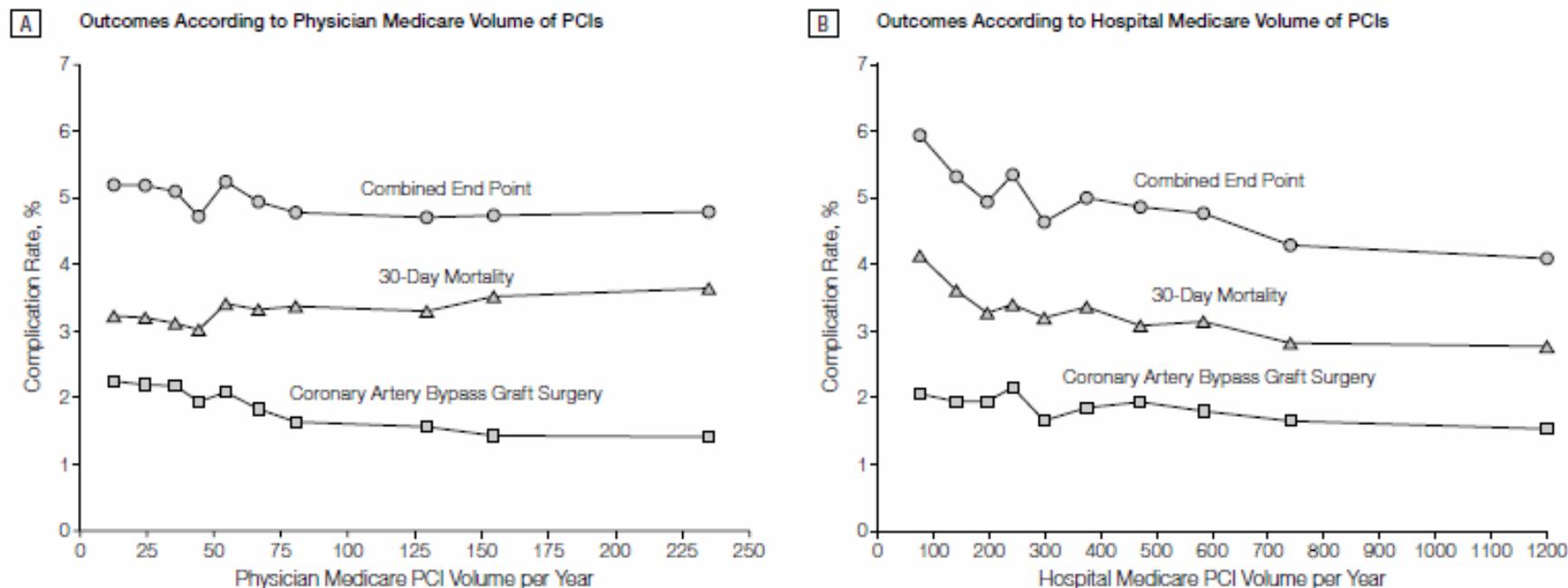
Coronary Angiographies (CA) and Percutaneous Coronary Interventions (PCI) from 2006 to 2013 in Switzerland



Relation between operator and hospital volume and outcomes following percutaneous coronary interventions in the era of the coronary stent

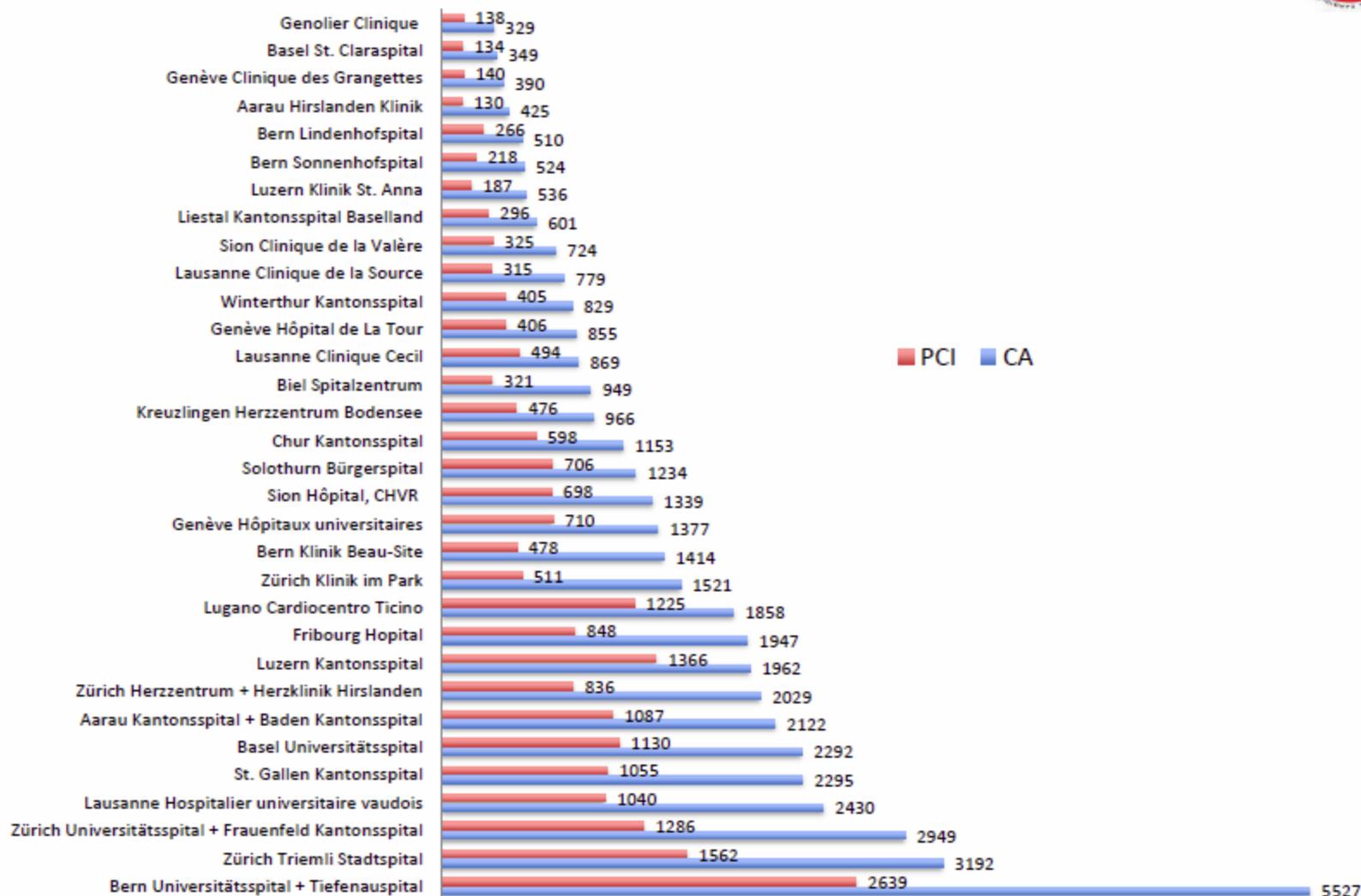
McGrath PD1, Wennberg DE, Dickens JD Jr, Siewers AE, Lucas FL, Malenka DJ, Kellett MA Jr, Ryan TJ Jr. *JAMA*. 2000;284:3139-3144

Figure. Adjusted Rates of 30-Day Mortality and CABG Following PCI Among Medicare Beneficiaries During 1997, According to Physician and Hospital Medicare PCI Volumes, in Deciles



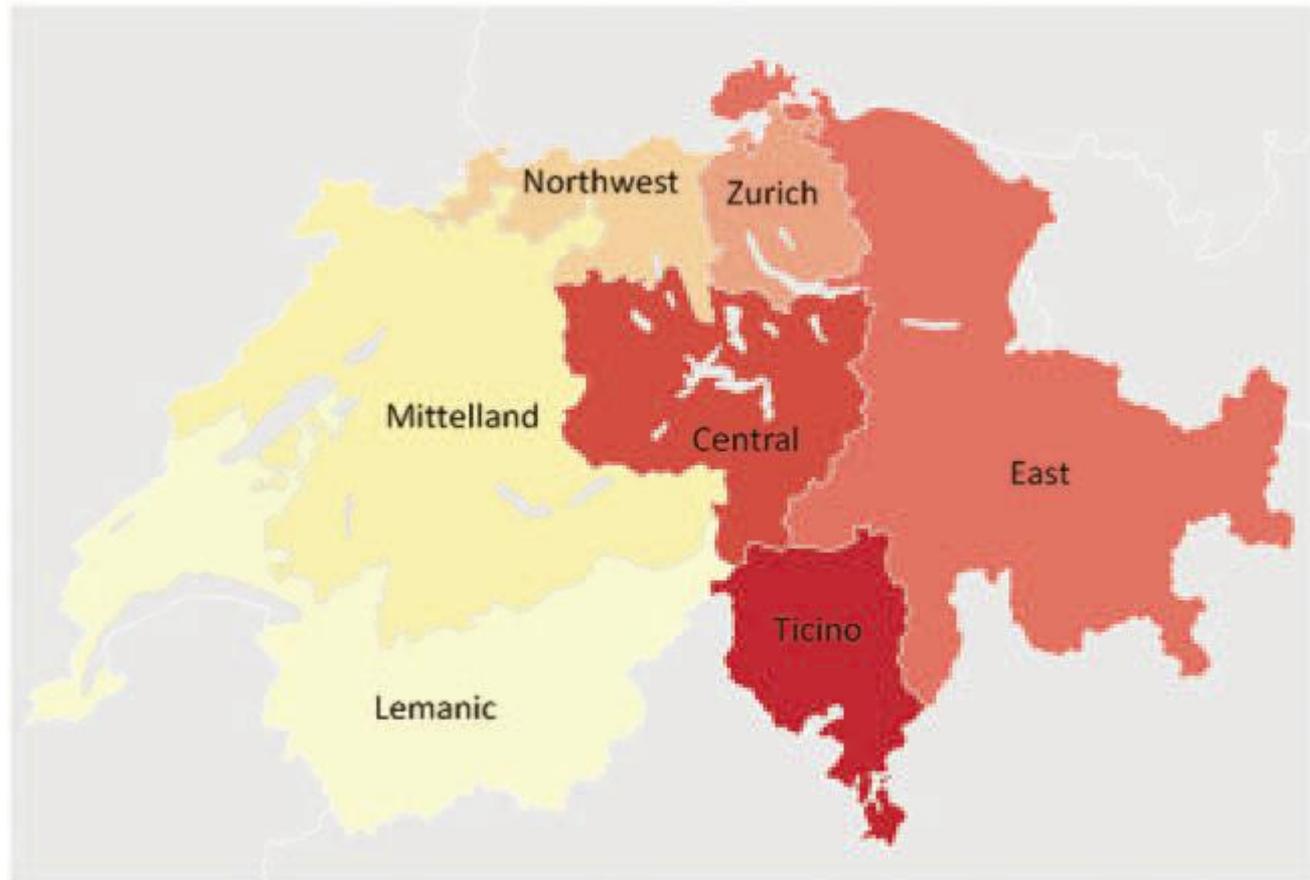


Coronary Angiographies (CA) and Percutaneous Coronary Interventions (PCI) in all centers during the year 2013 in Switzerland



The region makes the difference: disparities in management of acute myocardial infarction within Switzerland

Insam Ch., Paccaud F., Marques-Vidal P. *Eur J Prev Cardiol.* 2014 May;21:541-8



The region makes the difference: disparities in management of acute myocardial infarction within Switzerland

Insam Ch., Paccaud F., Marques-Vidal P. *Eur J Prev Cardiol.* 2014 May;21:541-8

	Leman (n = 4273)	Mittelland (n = 5521)	Northwest (n = 5526)	Zurich (n = 4196)	East (n = 3668)	Central (n = 1621)	Ticino (n = 1399)	Switzerland (n = 26,204)	Test
Hospital stay (days)									
Mean ± SD	8.5 ± 9.1	6.6 ± 6.6	8.8 ± 9.7	7.5 ± 9.7	8.7 ± 8.1	8.0 ± 7.8	6.8 ± 6.5	7.9 ± 8.2	262.6
Median (IQR)	6 (3–10)	5 (2–9)	7 (2–12)	7 (2–12)	7 (3–11)	7 (2–11)	4 (3–9)	6 (2–10)	
ICU	2965 (69.4)	1152 (20.9)	2353 (42.6)	842 (20.1)	1158 (31.6)	731 (45.1)	236 (16.9)	9437 (36.0)	3493.7
ICU (hours)									
Mean ± SD	36.4 ± 68.4	9.9 ± 32.4	20 ± 52.9	9.9 ± 52.9	11.8 ± 37.5	23.7 ± 60.2	7.7 ± 28.7	17.4 ± 49.6	3643.2
Median (IQR)	23 (0–44)	0 (0–0)	0 (0–27)	0 (0–27)	0 (0–17.5)	0 (0–25)	0 (0–0)	0 (0–22)	
Any IC intervention	2183 (51.1)	2281 (41.3)	1940 (35.1)	1925 (45.9)	1374 (37.5)	501 (30.9)	546 (39.0)	10,750(41.0)	390.0
Type of stent									
Bare	1341 (61.4)	811 (35.6)	725 (37.4)	935 (48.6)	351 (25.6)	276 (55.1)	92 (16.9)	4531 (42.1)	757.3
Drug-eluting	842 (38.6)	1470 (64.5)	1215 (62.6)	990 (51.4)	1023 (74.5)	225 (44.9)	454 (83.2)	6219 (57.9)	
CABG	170 (4.0)	188 (3.4)	127 (2.3)	150 (3.6)	18 (0.5)	11 (0.7)	67 (4.8)	731 (2.8)	163.2
Assistance	84 (2.0)	96 (1.7)	61 (1.1)	177 (4.2)	39 (1.1)	20 (1.2)	7 (0.5)	484 (1.8)	177.5
Thrombolysis	152 (3.6)	125 (2.3)	47 (0.9)	142 (3.4)	65 (1.8)	4 (0.3)	5 (0.4)	540 (2.1)	173.1
Rehabilitation	255 (6.0)	314 (5.7)	623 (11.3)	495 (11.8)	281 (7.7)	136 (8.4)	4 (0.3)	2108 (8.0)	339.0
Mortality	281 (6.6)	346 (6.3)	385 (7.0)	327 (7.8)	261 (7.1)	167 (10.3)	83 (5.9)	1850 (7.1)	39.0
Mortality ^b	242 (9.1)	284 (10.6)	346 (12.5)	287 (12.0)	237 (11.1)	151 (15.4)	77 (17.4)	1624 (11.5)	50.4

- ⇒ **unterschiedliches Management des akuten Herzinfarkts je nach Region**
- ⇒ **Therapieentscheide hauptsächlich von Spital – eigene Meinungen/Vorgehensweise abhängig**
- ⇒ **Verfügbarkeit von Interventionsmöglichkeiten wichtiger Entscheidungsfaktor**
- ⇒ **Kein signifikanter Unterschied betreffend Sterblichkeit**

Herzkatheterlabor SoH

Entscheidungsgrundlage \Rightarrow Entscheid



Indikation / Konsequenzen / Kosten

Prioritäten in der kardiovaskulären Medizin

Prävention

Frühe Diagnose

Therapie
- Medikamentös
- invasiv

● **Herztransplantation**

Sekundärprävention
Rehabilitation



CARE goes flat

acer

Apple's iPhone

RIM's BlackBerry

Nokia C600

Palm Treo, HTC, and Motorola Q

2 billion internet users worldwide (1/3 of world population)



The smart phone era

- smart phones > handy 2013
- smart phones > PC
- for all generations

Business Insider 2012



Unser Ziel: Ein Gerät, das sich Ihrem Leben anpasst Das Ergebnis: iBG*Star®

Die nahtlose Verbindung zu iPhone und iPod touch

**Kompakt
und einfach zum
Mitnehmen**

**iBG*Star®
Diabetes-Manager-App**

**Besonders große
Speicherkapazität**



Nahtlos verbunden mit:



iPod touch



iPhone

**Hohe Messgenauigkeit
durch intelligente
Technologie**

Design & Style

* 102 mg/dl = 5.6 mmol/l

iPhone, iPod touch sind Warenzeichen der Apple Inc., eingetragen in den USA und anderen Ländern

Monitoring of lifestyle

- smoking • physical activity • eating • stress •

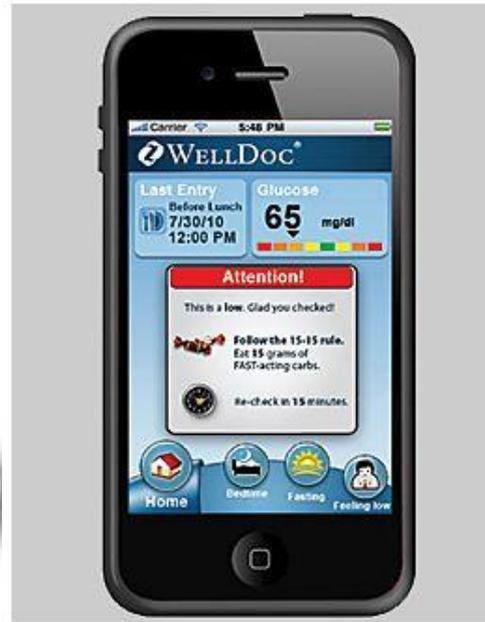
advice

motivation ↑

adherence ↑



Safety



SENACA

Passwort vergessen | Registrieren | Sprache | Hilfe | A* A | Q

Home

SENACheck

Was ist SENACA?

Wissen & Ressourcen

Benutzer

Passwort

Anmelden

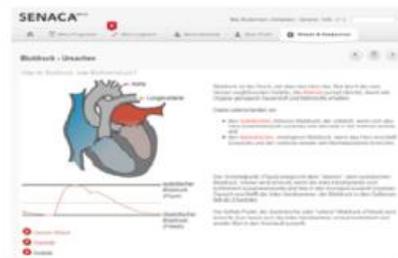


SENACA Gesundheitsmanagement übernimmt da, wo Sie oder Ihre Angehörigen selbst verantwortlich dafür sind. Zuhause, unterwegs, zur Zeit.

Starten Sie jetzt den SENACheck



Besser Bescheid wissen



Grundlage für eigenes Gesundheitsmanagement ist ein solides Basiswissen über eigene Krankheitsrisiken: wie sie entstehen, was sie bewirken können und wie man damit umgehen kann.

100 Tage für Ihre Gesundheit

In dieser Zeit sollten Sie Ihr Gesundheitsverhalten, Ihren Lebensstil, nachhaltig Ihren chronischen Risiken anpassen können.

In drei Stufen (Einstellen, Aufbauen, Halten) erreichen Sie die Zielwerte, die Sie selbst mit Ihrem Arzt zusammen festlegen.



Befolgen Sie das individuell für Sie angepasste Programm und verfolgen Sie täglich, wie Sie Schritt für Schritt Ihren Gesundheitszielen näher kommen!

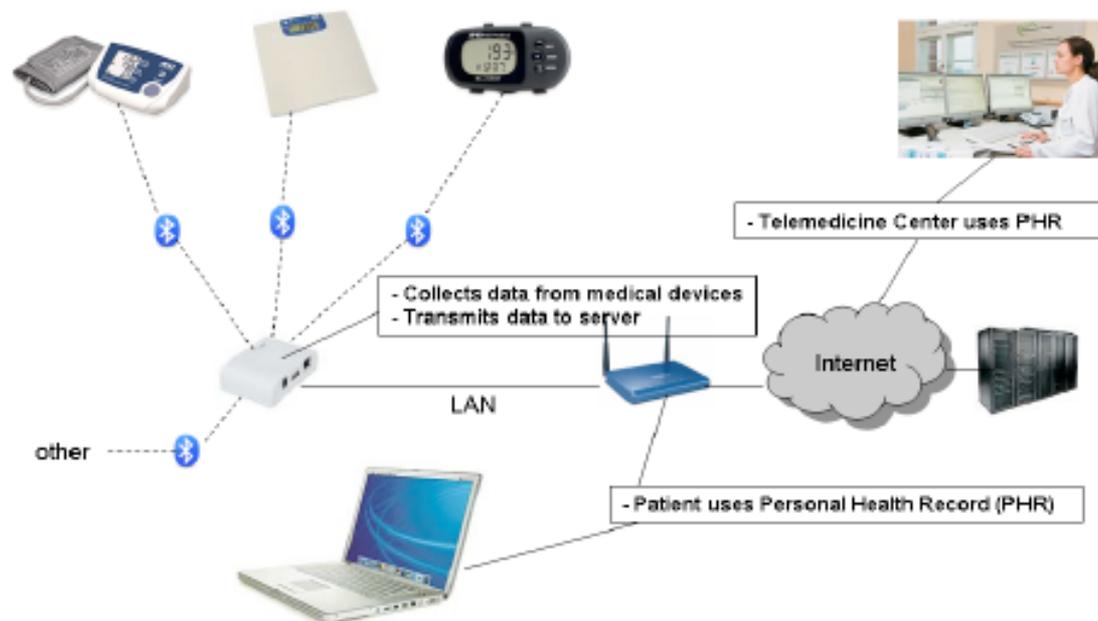
Ist SENACA für mich?

SENACA ist für Sie, wenn Sie 45 oder älter sind und damit mit chronischen Risiken rechnen müssen.

Oder wenn im Spital oder bei Ihrem Hausarzt kritische Blut- und andere Werte festgestellt worden sind.

Und ebenso, wenn Sie eine(n) Nahestehende(n) bei seinem Gesundheitsmanagement unterstützen wollen.

Using *bluetooth*-technology, these devices communicate wireless with a "data aggregator" which in turn automatically sends the collected data by encrypted transmission to the dedicated high security server.



Following monitoring devices are used during the trial:

- Blood Pressure, Pulse: *OMRON 708-BT*
- Scale (Weight, body fat): *OMRON BF206-BT*
- Activity (Pedometer): *OMRON HJ-721IT*
- SpO2: *NONIN Onyx II BT 9560*
- Glucose: *To Be Defined*



[Home](#) [Contact](#)

[Register Now!](#)



[Programme](#) [Registration](#) [Abstracts](#) [Start-ups](#) [Venue](#) [Faculty](#) [Partners](#) [2013](#)

European Congress on e-Cardiology & e-Health

29 - 31 October 2014
Kursaal Bern
Switzerland

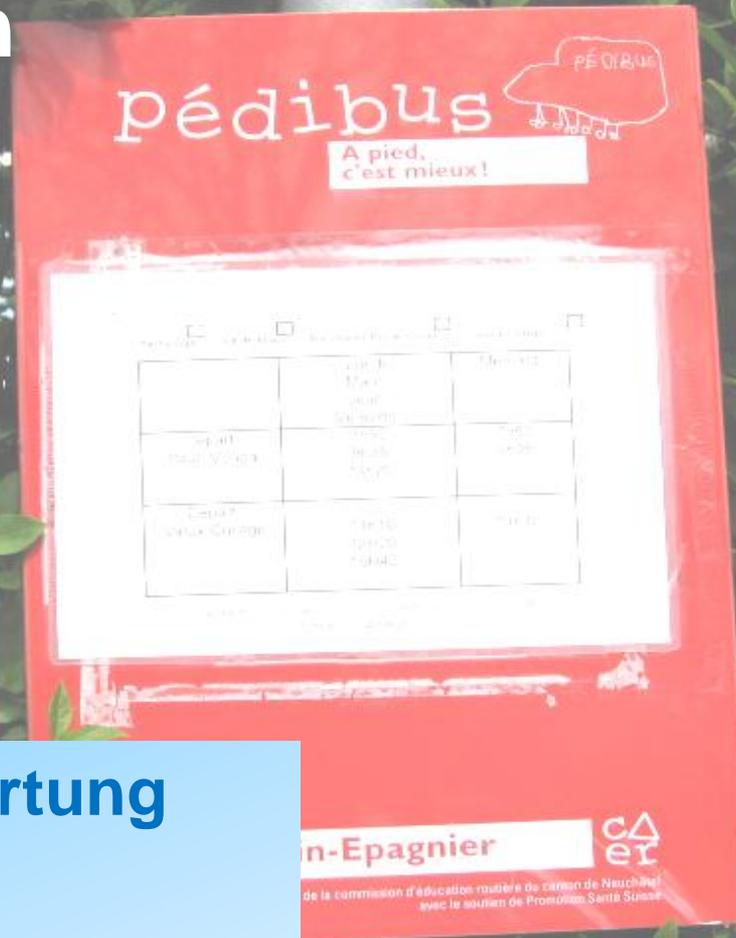


EUROPEAN CONGRESS ON E-CARDIOLOGY & E-HEALTH

BE THERE & CONNECT

FIRST CONGRESS FOCUSING ON CLINICAL APPLICATION, EVALUATION AND INTEGRATION OF E-HEALTH AND
TELEMEDICINE IN TODAY'S HEALTHCARE SYSTEMS

Bekämpfung der kardiovaskulären Risikofaktoren



→ Selbstverantwortung

→ Eigeninitiative

→ Staat subsidiär

Schutz vor Passivrauch

Rauchverbot in öffentlichen Lokalen und am Arbeitsplatz



→ Konsistente Reduktion der Spitaleintritte mit akutem Herzinfarkt
12% - 21%

Bürgerspital Solothurn
Spital Grenchen
Kantonsspital Olten
Klinik Allerheiligenberg
Spital Dornach
Psychiatrische Dienste

so H solothurner
spitalerag
kantonsspital olten

Medizinische Klinik

Präventionszentrum

Ein gemeinsames Projekt mit der Herzstiftung Olten,
dem Kanton Solothurn und Hausärzten der Region



**80% der Spitalregionen
in Europa sollen in
10 Jahren ein
Präventionszentrum
haben.**

EACPR-Deklaration 2009

Angebot

Gruppenprogramm oder Einzelberatungen

Gruppenprogramme

- Adipositas-Programm für Erwachsene (rund um fit)
- Adipositas-Programm für Kinder (OKAPI)
- Aktive Sturzprophylaxe
- Ambulante Diabetes-Rehabilitation
- Ambulante Herzrehabilitation
- Ambulante Rehabilitation
bei peripher-arterieller Verschlusskrankheit
- Ambulante pulmonale Rehabilitation
- Raucherberatung (Lungenliga Solothurn)

Einzelberatungen und -therapien

- Ergotherapie (Arbeits-Ergonomie, Gelenkschutz)
- Osteoporose-Abklärung (Osteomobil)
- Passive Sturzprophylaxe (Wohnungsabklärung)
- Physiotherapie
- Ernährungsberatung
- Psychologische Beratung
- Raucherberatung

Externe Angebote und Partner

- DIAfit- und Herzgruppe Olten
- Lungenliga Solothurn
- Oltner Kinder Adipositas Programm Intensiv (OKAPI)
- Pro Senectute Kanton Solothurn, Fachstelle für Altersfragen
Olten-Gösigen / Sanaprofil Solothurn
- Schulärztlicher Dienst Olten





Diabetes-Rehabilitation

Prospektive Kohortenstudie

201 konsekutive Patienten, die das Diabetes-Rehabilitationsprogramm in den Jahren 2000-2011 in Olten und in Bern absolviert haben

Charakteristika der Teilnehmer vor dem Programm:

- **Alter: 59.13 Jahre**
- **Grösse: 169.38 cm**
- **Gewicht: 94.54 kg**
- **BMI: 32.94 kg/m²**

Männer: 115; 57%

Frauen: 86; 43%



drop-out Rate: 14.9%

Resultate

HbA1C (%)	- 0.40	p < 0.001
LDL-Ch (mmol/l)	- 0.19	p = 0.006
Gewicht (kg)	- 0.77	p = 0.001
Leistung (W)	+ 9.5	p = 0.001
Schritte/Woche (n)	+ 6'880	p = 0.001

Kardiovaskuläre Prävention, Rehabilitation und Sportmedizin, Inselspital Bern (in file)

Ambulantes Rehabilitationsprogramm
für Patienten mit Diabetes mellitus

INSELSPITAL
UNIVERSITÄTSSPITAL BERN
HOPITAL UNIVERSITAIRE DE BERNE
BERN UNIVERSITY HOSPITAL

Poliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und
klinische Ernährung in Zusammenarbeit mit der
Kardiovaskulären Prävention und Rehabilitation
Schweizer Herz- und Gefässzentrum
Inselspital Bern

Für welche Patienten eignet sich das Diabetes-Rehabilitationsprogramm?

1. **Frisch entdeckter Diabetes = Lebensstil-Intervention**
2. **Diabetiker die schlecht eingestellt sind**
3. **Diabetiker die abnehmen möchten**

FAZIT

JEDER Typ 2 Diabetiker sollte einmal ein Diabetes-Rehabilitationsprogramm absolvieren

Zentrale Rolle des Hausarztes



Netzwerk

- Diagnose
- Therapie – Indikation
- Art der Therapie

⇒ outcome + Kosten

Zusammenarbeit mit Spezialisten

Kontrollwahn vs. Erfahrung / Wissen



Guidelines



The RACGP endorses a wide range of guidelines to assist general practitioners in their work.



Guidelines for preventive activities in general practice (the red book) 7th Edition 2009

[More information](#)
[PDF download \(939Kb\)](#)



Putting prevention into practice (the green book) 2nd edition

[More information](#)
[Full online version](#)
[PDF download \(322Kb\)](#)



The medical care of older persons in residential aged care facilities (the silver book)

[More information](#)
[Full online version](#)
[PDF download \(418Kb\)](#)



SNAP: a population health guide to behavioural risk factors in general practice

[More information](#)
[PDF download \(1Mb\)](#)



Abuse and violence: Working with our patients in general practice (the violet book)

[More information](#)
[PDF download \(987Kb\)](#)



Clinical guidelines for Musculoskeletal Diseases (OA, RA, JIA, OP)

[More information](#)



Clinical guidance on the use of antidiabetic medications in children and adolescents

[More information](#)
[PDF download \(403Kb\)](#)



Diabetes management in general practice (15th edition)

[More information](#)
[PDF download \(1.1Mb\)](#)



Handbook for the management of health inequalities in primary medical practice

[More information](#)
[PDF download \(404Kb\)](#)



Care of Patients with Dementia

[More information](#)
[PDF download \(3.5Mb\)](#)



Chronic Kidney Disease (CKD) Management in General Practice

[More information](#)
[PDF download \(334Kb\)](#)



Clinical Guidelines for Stroke and TIA Management

[More information](#)
[Concise version: PDF download \(1.1Mb\)](#)
[Full version: PDF download \(2.1Mb\)](#)



Diagnosis and management of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease in Australia

[More information](#)
[PDF download \(1.3Mb\)](#)

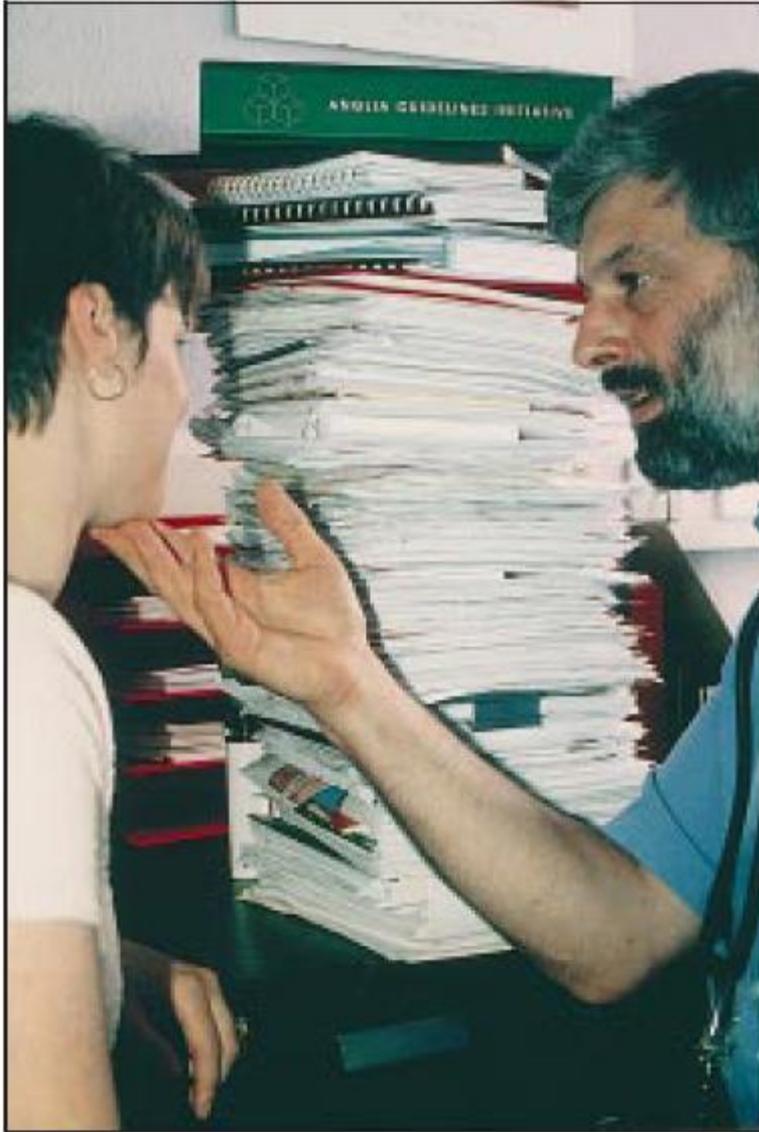


Intimate Partner Violence

[More information](#)
[PDF download \(233Kb\)](#)

Willkommene Leitplanken oder Quellen des Ärgers?

Prof. H. Saner, Olten / Bern



Pile of 855 guidelines in general practices in the Cambridge and Huntingdon Health Authority

Guidelines in general practice: The new Tower of Babel?

885 Guidelines

68 cm ↑
28 kg

- 243 mal 1 Seite, 195 mal 2 Seiten, 160 mal > 10 Seiten, 25 Bücher

Guidelines in general practice: the new Tower of Babel?
Hibble A, Kanka D, Pencheon D, Pooles F
BMJ. 1998 Sep 26;317:862-3.

Ziele von Guidelines

- **Evidenzbasierte Standards zugänglich machen (z. Zt. sind jedoch nur wenige Leitlinien evidenzbasiert)**
- **Die Entscheidungsfindung in Klinik und Praxis einfacher und objektiver machen**
- **Einen Massstab zur Bewertung der ärztlichen Leistung erstellen**
- **Arbeitsteilung, z.B. zwischen Hausärzten und Fachärzten, festlegen**
- **Patienten und Mediziner über das gegenwärtig beste Vorgehen informieren**
- **Die Kosteneffektivität im Gesundheitswesen verbessern**
- **Ein Instrument der externen Kontrolle bereitstellen**

Objektive und subjektiv wahrgenommene Nachteile von Guidelines

- **Rein verstandesmäässig sind uns Leitlinien mitunter suspekt, denn sie stellen eine „Expertenmeinung“ dar und manifestieren möglicherweise falsche Vorgehensweisen**
- **Die Einschränkung von Unterschieden in der Praxis kann dazu führen, dass anstelle einer optimalen medizinischen Praxis eine „Durchschnittsmedizin“ zum Standard erhoben wird**
- **Sie verhindern Innovationen und den diskreten und behutsamen Umgang mit individuellen Fällen**
- **Theoretisch könnten sie in juristischen Auseinandersetzungen dazu genutzt werden, vorzuschreiben, was ein kompetenter Arzt in dieser speziellen Situation „tun würde“**

Objektive und subjektiv wahrgenommene Nachteile von Guidelines

- **Auf nationaler und regionaler Ebene erstellte Leitlinien entsprechen unter Umständen nicht den lokalen Bedürfnissen oder geben den lokal praktizierenden Ärzten keine Möglichkeit, die Verantwortung für diese Richtlinien zu übernehmen**
- **Leitlinien können zu einer unerwünschten Verschiebung der Machtverhältnisse zwischen den verschiedenen medizinischen Berufsgruppen (z.B. zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern) führen. Daher lässt sich die Leitlinienerstellung auch als politische Massnahme begreifen.**

Spezialarzt

Hausarzt

Guidelines



Empfehlungsgrad, Definition

- I Evidenz oder allgemeine Akzeptanz, dass Massnahme nützlich/effektiv ist**
- IIa Umstritten, aber überwiegende Evidenz/Meinung, dass Massnahme nützlich / effektiv ist**
- IIb Umstritten, aber überwiegende Evidenz/Meinung, dass Massnahme nicht nützlich und/oder ineffektiv ist**
- III Evidenz und/oder übereinstimmende Auffassung dass Massnahme nicht nützlich, nicht effektiv oder sogar kontraindiziert ist**

Evidenzniveau, Definition

- A Daten aus mindestens 2 kontrollierten, randomisierten Studien und/oder Metaanalysen aus mehreren kontrollierten, randomisierten Studien**
- B Daten aus einer kontrollierten, randomisierten Studie und/oder aus Metaanalysen von nicht randomisierten Studien und Registern**
- C Konsensus-Meinung von Experten auf der Basis von Studien und klinischer Erfahrung**

Sollen Guidelines befolgt werden?

- Wichtige Frage**
- Wer steht dahinter?
 - Sind sie Evidenz-basiert?
 - Gewichtung der Empfehlung:
z.B. „may“ vs. „should“
 - Passt individueller Patient ins Schema?
Alter, Geschlecht, Begleiterkrankung,
persönliche Präferenzen,
Behandlungsdauer, Screening-
Intervalle, Verlauf



Wichtige Frage

- **persönliche Umstände**
- **individuelle Krankengeschichte**
- **Präferenzen des Patienten**

Guidelines bereiten Schwierigkeiten und Ärger

Befragung von Schweizer Hausärzten über das Management von Patienten mit Herz-Kreislauf-Problemen

Michel Burnier^a, Georg Noll^b

^a Service de Néphrologie, CHUV, Lausanne, ^b Klinik für Kardiologie, Universitätsspital Zürich



Quintessenz

- Ziel unserer Befragung war es, herauszufinden, welche Faktoren das Vorgehen von Hausärzten bei Patienten mit erhöhtem kardiovaskulärem Risiko bestimmen.
- Unsere Resultate zeigen, dass die einschlägigen Empfehlungen allgemein bekannt sind und dass hauptsächlich jüngere Ärzte diese auch anwenden.
- Die Ärzte berücksichtigen alle Risikofaktoren, aber die Förderung einer gesünderen Lebensweise und Ernährung der Patienten macht ihnen besonders Schwierigkeiten.
- Zahlreiche Ärzte bringen eine gewisse Skepsis im Hinblick auf die praktische Relevanz der Empfehlungen zum Ausdruck.

Stellenwert der in den Richtlinien formulierten Zielwerte in der Praxis

- Richtlinien strikte Vorgabe 6%
- Richtlinien generelles Ziel 56%
- Richtlinien als Anhaltspunkt 38%
- Richtlinien ohne Bedeutung 0%

Guidelines bereiten Schwierigkeiten und Ärger

Befragung von Schweizer Hausärzten über das Management von Patienten mit Herz-Kreislauf-Problemen

Michel Burnier^a, Georg Noll^b

^a Service de Néphrologie, CHUV, Lausanne, ^b Klinik für Kardiologie, Universitätsspital Zürich



47 verschiedene Empfehlungen aus 10 nationalen klinischen Guidelines kategorisiert und mit Entscheid korreliert

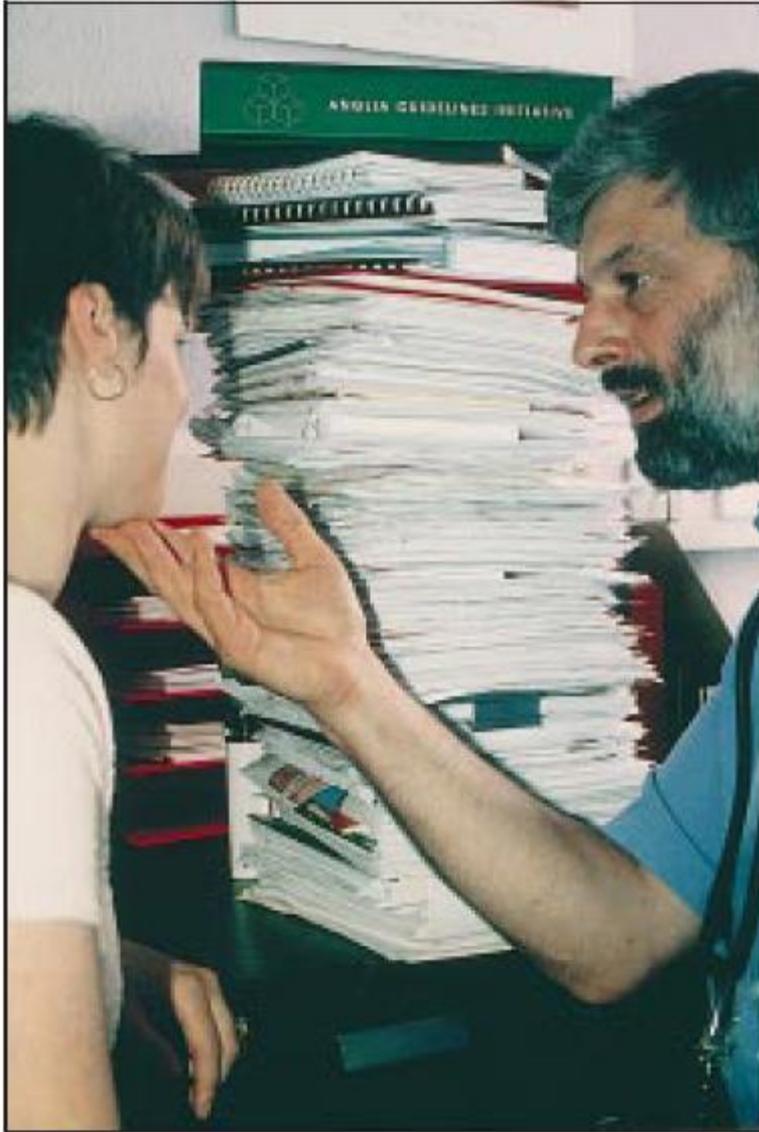
Empfehlung

befolgt

• allgemein	61%
• kontrovers	35%
• nicht-kontrovers	68%
• unspezifisch, vage	36%
• klar	67%
• Wechsel in aktueller Praxis	44%
• kein Wechsel in aktueller Praxis	67%

Grol R. et al. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *BMJ* 1998;317:858-861

- **Klinische Richtlinien werden zunehmender Bestandteil der klinischen Praxis**
- **Sie haben Vor- und Nachteile**
- **Klinische Richtlinien sind nur eine Option zur Verbesserung der Behandlungsqualität**
- **Rigorese Kriterien beim Erstellen der Guidelines minimieren das Risiko von Nachteilen**

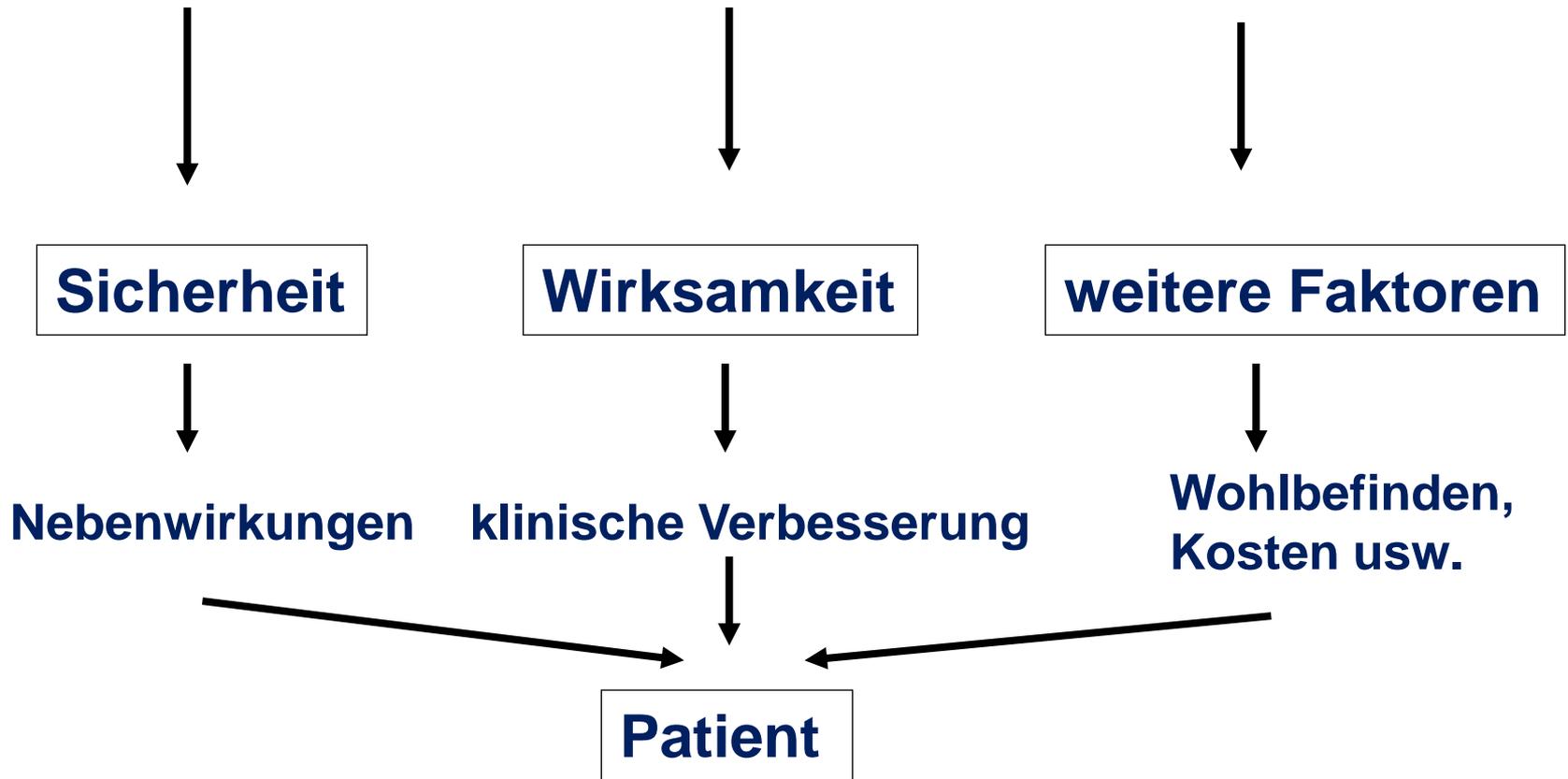


Pile of 855 guidelines in general practices in the Cambridge and Huntingdon Health Authority

Guidelines in general practice: The new Tower of Babel?

Guidelines in general practice: the new Tower of Babel?
Hibble A, Kanka D, Pencheon D, Pooles F
BMJ. 1998 Sep 26;317:862-3.

Aspekte medizinischer Interventionen



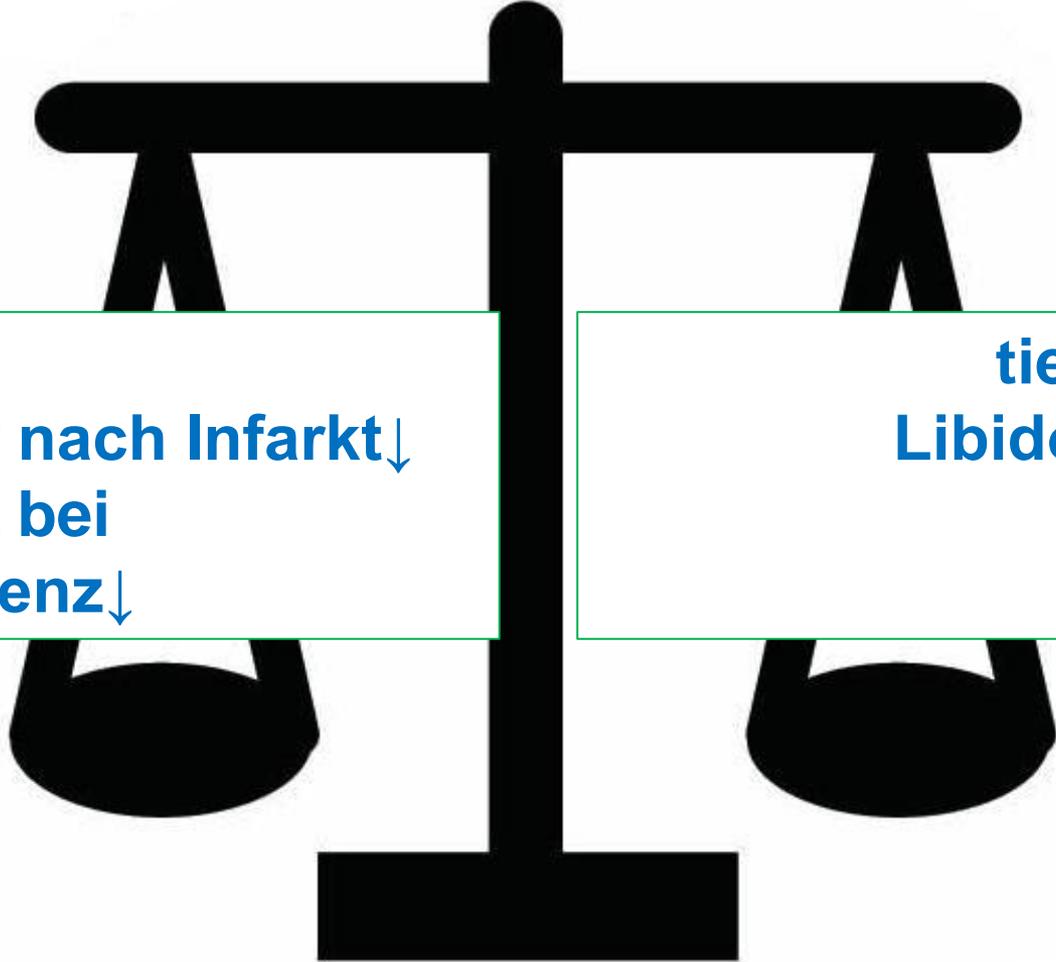
physisch, psychisch, sozial, ökonomisch

Ziel der Messung der Lebensqualität

- **Belastung des Patienten durch die Krankheit**
- **Effekt und Wirksamkeit einer Intervention**
- **Kosteneffizienz der Behandlung**

Medikation

Bsp. Betablocker

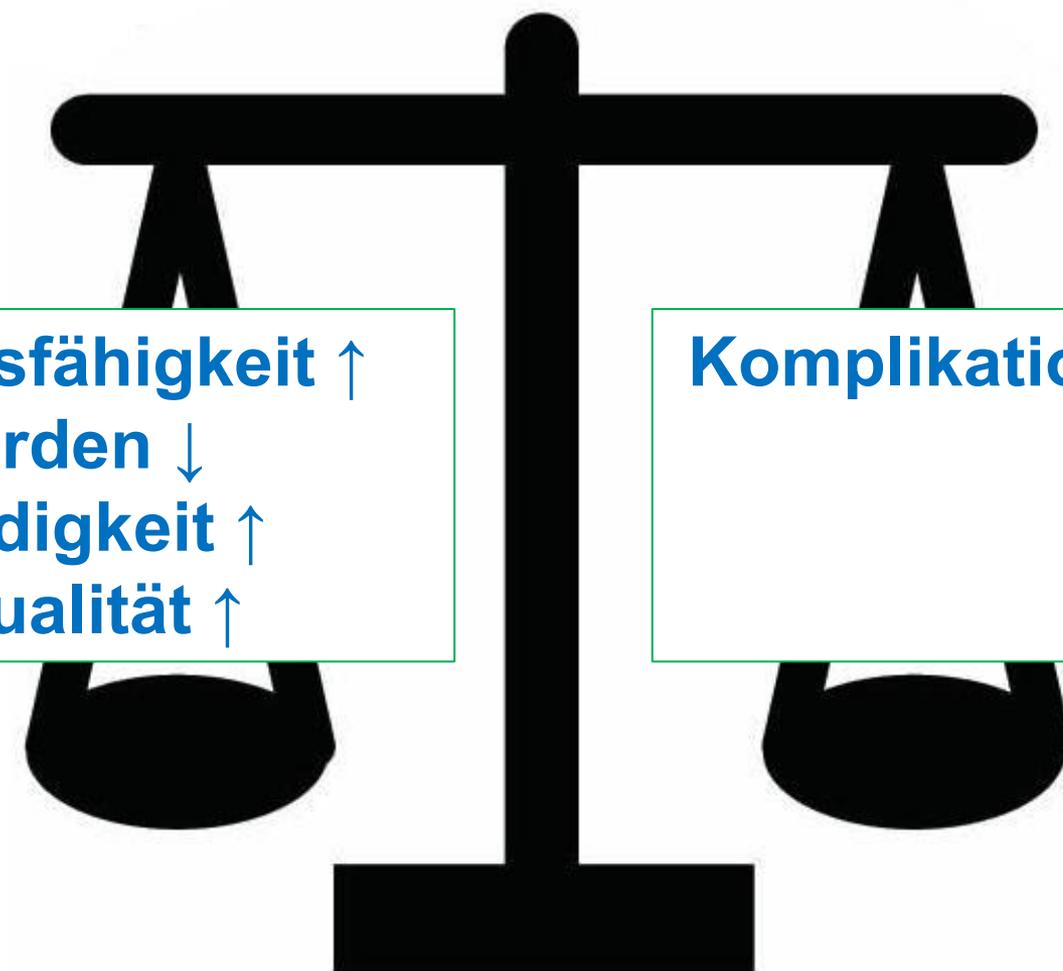


Blutdruck↓
Sterblichkeit nach Infarkt↓
Sterblichkeit bei
Herzinsuffizienz↓

tiefer Blutdruck
Libido ↓ / **Impotenz**
Antrieb↓

Intervention

Bsp. Herzklappenoperation



Leistungsfähigkeit ↑

Beschwerden ↓

Selbständigkeit ↑

Lebensqualität ↑

Komplikationsrisiko ↑

Kosten ↑

HeartQoL

Vielen Dank, daß Sie nachstehende Fragen beantworten wollen. Die Antworten helfen uns zu verstehen, in welchem Ausmaß Ihre Herzprobleme Sie beeinträchtigt haben.

Wir möchten gerne wissen, wie Ihre Herzprobleme Sie beeinträchtigt haben und wie Sie sich die VERGANGENEN 4 WOCHEN gefühlt haben.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an

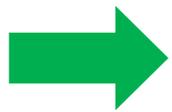
In den VERGANGENEN 4 WOCHEN, waren Sie da beeinträchtigt wenn Sie ...	Nein	Ein wenig	Etwas mehr	Stark
1. im Haus auf ebenem Boden gingen	3	2	1	0
2. im Garten arbeiteten, Staub saugten oder Einkaufstaschen trugen	3	2	1	0
3. bergauf gingen oder einen Treppenabsatz stiegen, ohne Halt zu machen	3	2	1	0
4. mehr als 100 Meter in zügigem Tempo gingen	3	2	1	0
5. schwere Dinge z.B. Möbel hoben oder bewegten, oder Kinder hochhoben	3	2	1	0

Man muss es nur machen!

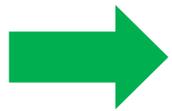
In den VERGANGENEN 4 WOCHEN waren Sie da beeinträchtigt...	Nein	Ein wenig	Etwas mehr	Stark
6. durch Kurzatmigkeit	3	2	1	0
7. durch körperliche Einschränkungen	3	2	1	0
8. durch Gefühle von Müdigkeit, Erschöpfung und Energielosigkeit	3	2	1	0
9. durch Gefühle, nicht entspannt und ohne Druck zu sein	3	2	1	0
10. weil Sie sich deprimiert fühlten	3	2	1	0
11. durch Gefühle von Frustration	3	2	1	0
12. weil Sie sich sorgen machten	3	2	1	0
13. durch Einschränkungen bei Sport oder körperlichen Aktivitäten	3	2	1	0
14. durch Einschränkungen bei Haus- oder Gartenarbeit	3	2	1	0

Danke

Erhebung der Lebensqualität



sollte obligat in der kardiovaskulären Forschung miterhoben werden



ist für die Evaluation des Lebensstils, der Medikamente und Interventionen unerlässlich



dürfte grosse ökumenische Konsequenzen haben

Welche Kosten verursachen Herz-Kreislaufkrankheiten, Diabetes und Adipositas in der Schweiz?

Adipositas	5.7 Mia / Jahr (Studie BAG Gesundheitsbefragung 2009)
Diabetes	1 Mia / Jahr (Hochrechnung Diabetesspezialisten)
Herz-/Kreislauf- krankheiten	1-2 Mia / Jahr (Hochrechnung europ. Daten)

Aktueller Trend: Verdoppelung bis 2020

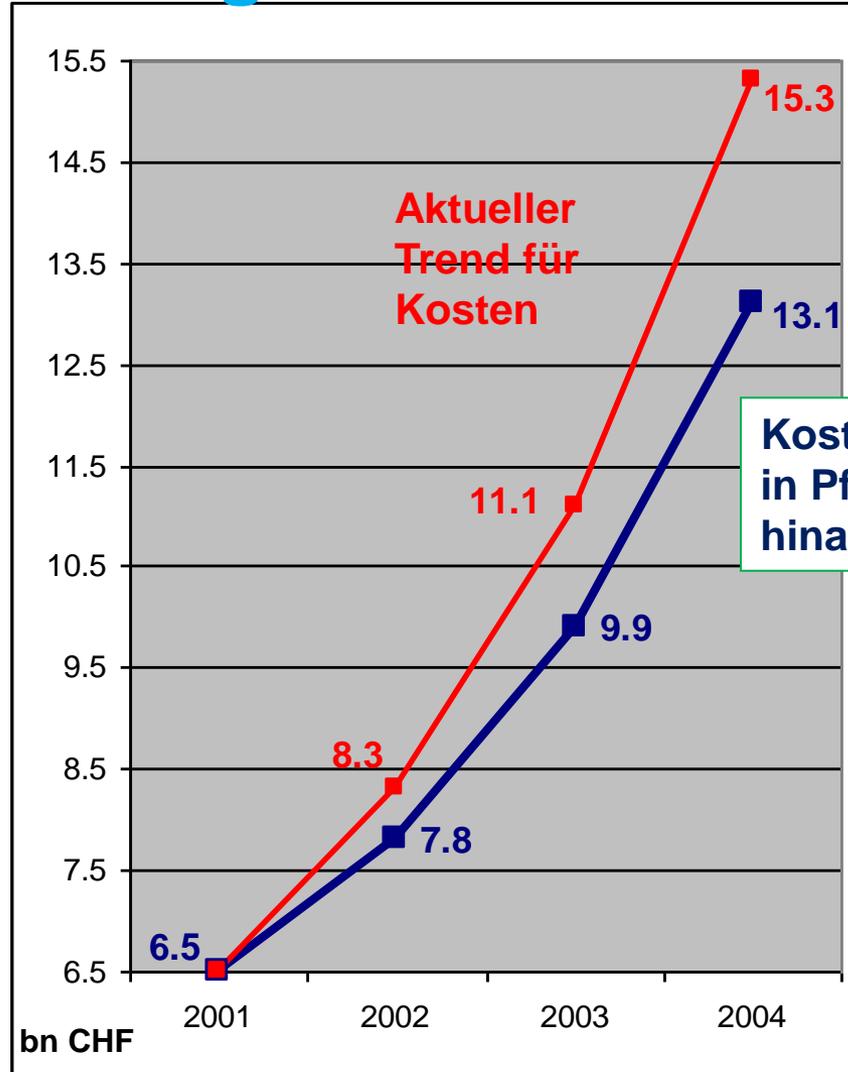


Wie kann die ältere Bevölkerung glücklich und gesund gehalten und das Gesundheitswesen vor dem Kollaps gerettet werden?



- **Reduktion Kosten**
- **Verbesserung Lebensqualität**
- **Unterstützung für ein unabhängiges und Produktives Leben so lange als möglich**
- **Verbesserung Prävention und Rehabilitation**

Kosten Langzeitbetreuung älterer Menschen mit Pflegebedürftigkeit



Kosten, wenn Eintritt in Pflegeheim 1 Jahr hinausgeschoben

Swiss Health Observatorium 2006

Übergeordnetes Denken



Was bedeuten die Qualitätsaspekte 2020 mit Fokus auf kardiovaskuläre Erkrankungen?

- **Bedeutung Prävention / Lebensstil**
- **Intervention bei Risikotherapie**
- **Früherkennung Arteriosklerose**
- **Rasche Intervention bei Herzinfarkt / Herzstillstand**
- **Bedeutung kardiovaskuläre Rehabilitation**
- **Negativer Einfluss von regionalen / sektoriellen Faktoren**



With the support of the European Commission and the World Health Organization (WHO) the European Heart Network and the European Society of Cardiology invite concerned European and International Organisations to sign up to a European Charter on Heart Health, commit to combating early death and suffering from cardiovascular disease through prevention, act on the Saint Valentine's Declaration from the Winning Heart Conference of 14 February 2000.

“Every child born in the new millennium has the right to live until the age of at least 65 without suffering from avoidable cardiovascular disease”



World Health Organization
Regional Office for Europe



Unterzeichnung European Heart Health Charter in Brüssel, 12. Juni 2007



August 2007: 98% der EU-Parlamentarier stimmen zu!

European Heart Health Charter

Über 30 Länder Europas haben bis jetzt unterzeichnet



Die Schweiz unterzeichnete am 28. Mai 2008

- Schweizerische Herzstiftung
- Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin
- Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
- Schweizerische Hypertonie Gesellschaft
- Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz
- CardioVascSuisse
- Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin
- Public Health Schweiz
- Schweizerische Diabetes-Gesellschaft
- Gesundheitsförderung Schweiz
- Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie
- Kollegium für Hausarztmedizin
- Schweizerische Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie
- Schweizerischer Verband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

