

Leserservice

Schreiben
Sie uns!

Redaktion DER KASSENARZT
„Leserbriefe“
Am Forsthaus Gravenbruch 7
63263 Neu-Isenburg

Fax: 0 61 02 / 502-190

„NICE ist nicht der Nabel
der Welt!“

Heft 7/2007

In seinem Beitrag „NICE ist nicht der Nabel der Welt!“ setzt sich Michael Schlander kritisch mit meinem Gutachten zu den gesetzlichen Vorgaben für Kosten-Nutzen-Bewertungen von Arzneimitteln gemäß §§ 35b und 139a SGB V auseinander. So sehr eine kritische Diskussion gerade jetzt nötig und gewünscht ist, so kontraproduktiv ist billige Polemik. Dass Schlander die Feststellungen, dass das „NICE der Nabel der Welt“ sei und „bei der Durchführung gesundheitsökonomischer Evaluationen habe das NICE den Stein der Weisen gefunden“ für „gelinde gesagt, absurd“ erachtet, kann man gut verstehen, denn niemand, auch nicht das Gutachten, haben dies behauptet. Insofern ist auch nicht klar, wen der Mediziner Schlander mit folgendem Satz gemeint hat: „Das bedürfe schon eines hohen Maßes an ökonomischer Unkenntnis oder einer gehörigen Portion Chuzpe.“

In der derzeitigen Diskussion und auch in meinem Gutachten geht es vielmehr um die Frage, wie der unumstößliche gesetzliche Auftrag ausgefüllt werden sollte, dass die neue Kosten-Nutzen-Bewertung durch das IQWiG nach den „in den jeweiligen Fachkreisen anerkannten internationalen Standards der evidenzbasierten Medizin und der Gesundheitsökonomie“ (§ 35b Abs. 1) zu erfolgen haben. Im Gegensatz zu Schlanders Feststellung, es gebe „nicht einmal ansatzweise einen tatsächlichen „internationalen Standard“ gesundheitsökonomischer Evaluationen“, gibt es sowohl nationale wie auch internationale – zum Beispiel europäische – Leitlinien, die auf einem breiten Konsens innerhalb der gesundheitsökonomischen Fachkreise beruhen. Hierzu mag Schlander ebenso wenig gehören wie die von ihm genannten und im Gutachten vermissten

Philosophieprofessoren Daniels und Harris. Beide haben sich nie mit gesundheitsökonomischen Evaluationen beschäftigt, da sie sich primär mit Gerechtigkeitsfragen beschäftigen und gar nicht den Anspruch erheben, Gesundheitsökonom zu sein. Ebenso wenig wie ein Ökonom zum Chirurg wird, wenn er mehrmals neben einem Operationstisch steht, wird ein Arzt auf die Schnelle zu einem Gesundheitsökonom. Ob die von Schlander geforderte und in seinem Artikel bereits beispielhaft geführte „intensive demokratische Debatte“ bei der Verbesserung der medizinischen wie auch ökonomischen Kriterien zur richtigen Therapiewahl hilft, mag jeder Kassenarzt für sich entscheiden. Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie meine Replik Ihren geschätzten Lesern zugänglich machen könnten. ■

J.-Matthias Graf von der Schulenburg
Christoph Vauth, Dipl.-Ök.

Gottfried Wilhelm Leibniz Universität
30167 Hannover

Kosten-Nutzen-Evaluationen
nach „internationalen Standards“?

Ich freue mich, dass Matthias Graf von der Schulenburg in meinem angesprochenen Artikel aus der Rubrik „Politik“ in DER KASSENARZT (Heft 7/2007, Seiten 18–19) einen Beitrag zur notwendigen demokratischen Debatte über zieladäquate Kriterien für die Evaluation medizinischer Verfahren sieht. In der Tat wird NICE in der hiesigen Diskussion von interessierter Seite als vorbildlich dargestellt, oftmals mit Seitenblick auf die Arbeit des deutschen IQWiG. Als im internationalen Vergleich exemplarisch gilt das Bemühen von NICE um eine transparente und faire Verfahrensweise, worauf ich explizit hingewiesen habe. Anders verhält es sich jedoch sowohl mit der theoretischen als auch mit der empirischen Fundierung des quasi-utilitaristischen Kalküls der QALY-Maximierung als dem angenommenen primären Ziel medizinischer Maßnahmen, wie u.a. durch die Arbeiten von Gesundheitsökonomien wie Paul Dolan, Jeff Richardson, Peter Ubel oder in Deutschland David Schwappach umfassend belegt ist (mit genau diesem zentralen Themenkomplex haben sich auch die Moralphilosophen Daniels und Harris intensiv auseinandergesetzt). Diese kontrafaktische Prämisse ist eine wesentliche Ursache für zum Teil problematische und heftig umstrittene Rangordnungen medizinischer Maßnahmen, wie sie in „QALY

League Tables“ zum Ausdruck kommen. Aus diesen und weiteren (normativen und methodischen) Gründen halten Wissenschaftler wie Jaime Caro und Daniel Kahneman (und viele andere, einschließlich des Autors dieses Artikels) eine größere Vorsicht beim Umgang mit QALYs als Effektivitätsmaß für ratsam. Der Verweis auf internationale Leitlinien führt hierbei nicht weiter, denn diese divergieren (auch) in diesem Punkt merklich. Sie repräsentieren überwiegend gewisse Konventionen von Fachvertretern aus dem Umfeld der sogenannten extrawelfaristischen Denkschule (aber keinesfalls „der gesundheitsökonomischen Fachkreise“ schlechthin) und damit Konzepte, welchen gerade international anerkannte Ökonomen wie Steven Birch, John Bridges, Richard Cookson, Cam Donaldson oder Amiram Gafni (um nur einige Namen zu nennen) zum Teil vehement widersprochen haben – nicht zuletzt wegen beachtlicher Abweichungen von der ökonomischen Theorie.

Es ist daher eine kritische Lücke des von Schulenburg für den VFA erstellten Gutachtens und zugleich ein Hinweis auf einen selektiven Umgang mit der einschlägigen Literatur, dass die genannten Wissenschaftler und ihre Ansätze weder erwähnt noch diskutiert werden. Damit bleibt die im Artikel zum Ausdruck gebrachte Schlussfolgerung unwiderlegt, dass das von mir angesprochene Auftragsgutachten in entscheidenden Aspekten das Ziel eines ausgewogenen und den gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Diskussion reflektierenden Diskussionsbeitrags verfehlt.

Im Übrigen ergibt sich aus meinem Beitrag eindeutig, dass Schulenburg mit der von mir gewählten – zugespitzten, das sei gerne konzediert – Formulierung „ökonomischer Unkenntnis“ nicht angesprochen war.

Gerne lade ich ihn ein, seine kontroverse gutachterliche Aussage über die vermeintlich ähnlichen Werturteile bei klinischen Studien und bei bestimmten QALY-basierten (patientengruppenübergreifenden) ökonomischen Evaluationen anlässlich der diesjährigen Sommerakademie Gesundheitsökonomie in Heidelberg vorzustellen und im Kreise ausgewiesener internationaler Experten zu vertreten. ■

Michael Schlander

Institute for Innovation & Valuation in Health
Care; Hochschule für Wirtschaft Ludwigshafen

Die Redaktion behält sich vor,
Leserbriefe sinngemäß zu kürzen.

Retardtabletten: Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O [E172]. **Anw.:** Starke bis sehr starke Schmerzen. **Gegenanz.:** Überempfl. gg. Oxycodon-HCl od. einen d. sonst. Bestandt., schwere Atemdepr. m. Hypoxie u./od. Hyperkapnie, schwere chron. obstrukt. Lungenerkr., Cor pulmonale, schweres Bronchialasthma, paralyt. Ileus, Schwangersch., Stillz., akut. Abdomen, verzög. Magenentleerung. **Nebenw.:** Atemdepress. (schwerwiegendste NW!), Miosis, Krämpfe d. Bronchialmuskeln u. d. glatten Musk., Dämpf. d. Hustenreflex. **Häufigste NW:** Übelk. u. Obstip. **Sehr häufig:** Sed. (Müdigk. bis Benommenh.), Schwind., Kopfschm., Verstopf. (in Einzelfällen b. z. Darmverschl.), Übelk., Erbr., Juckreiz. **Häufig:** versch. psych. NW wie Stimmungsveränd. (z. B. Angst, Depress., Euph.), Veränd. i. d. Aktiviertheit (meist Dämpf., ggf. m. Antriebsarmut, gelegentl. Erhöh. m. Unruhezust., Nervos. u. Schlafstör.) u. Veränd. d. Leistungsfähigk. (Denkstör., Verwirrth., selten Erinnerungslücken, in Einzelfällen Sprachstör.), Asthenie; Parästh., Blutdrucksenk. (selten m. Folgesympt. wie z. B. Herzklöpf., Ohnmacht), Dyspnoe, Mundtrock. (selten auch m. Durst u. Schluckbeschw.), Magen-Darm-Beschw. (wie z. B. Bauchschm., Durchf., Schluckauf, Dysp., Appetitabn.), Hautersch. (wie Hautausschl., selten erh. Photosens., in Einzelfällen Urtikaria od. exfol. Dermatitis), Beeinträchtigt b. Wasserlassen (Harnverh., aber auch vermehrter Harndrang), Schwitzen bis hin z. Schüttelfrost. **Gelegentl.:** Veränd. d. Wahrnehm. (z. B. Entpersönl., Halluz., Geschmacks- u. Sehstör., Hyperakusis), erhöh. u. vermind. Muskelspann., Tremor, unwillkürl. Muskelkontrakt., Hypästh., Koordinationsstör., Unwohlsein, Pulsbesch., Vasodilat., vermehrter Husten, Rachenentzünd., Schnupf., Veränd. d. Stimme, Gallenkoliken, Mundgeschw., Zahnfleischentzünd., Flatulenz, vermind. Libido, Impotenz, Verletz. durch Unfälle, Schmerzen (z. B. Brustschm.), Ödeme, Migräne, physische Abhängigk. m. Entzugssympt., allerg. Reakt. **Selten:** Lymphadenopath., Dehydrat., Tränensekretionsstör., epilept. Krampfanf. (insb. b. Personen m. Epilepsie od. Neig. zu Krampfanf.), Zahnfleischbluten, gesteig. Appetit, Teerstuhl, Zahnveränd., trock. Haut, Herpes simplex, Hämaturie, Amenorrhoe, Gewichtsveränd. (Ab- od. Zunahme), Zellgewebsentz. **Sehr selten:** Anaphylakt. Reakt. Toleranz u. Abhängigkeit können sich entwickeln. **Warnhinw.:** enth. Glucose u. Sucrose. Pat. m. d. seltenen heredit. Fructose-Intol., Glucose-Galactose-Malabs. od. Saccharase-Isomaltase-Mangel sollten Oxycodon-HCl beta Retardtabletten nicht einnehmen. **Handelsformen:** 20 (N1), 50 (N2) u. 100 (N3) Retardtabletten. **Verschreibungspflichtig, Betäubungsmittel!** Unsere vollständige Fachinformation erhalten Sie unter www.betapharm.de oder auf Anfrage: betapharm Arzneimittel GmbH, Augsburg PT 90485100

Neu: Die Alternative zu Oxycodone®



Oxycodon-HCl beta

Mehr Freiheit in der Schmerztherapie

- **erstmalig teilbare Retardtabletten 20 mg, 40 mg, 80 mg**
- **einfache Dosisfindung mit 1 x 20 mg N1**
- **kindergesicherte Blisterverpackung**
- **Ersparnis bis zu 165,- €***

*im Vergleich: Oxycodone® 80 mg N3 zu Oxycodon-HCl beta 80 mg N3, Stand: 15.03.2007

beta pharm
Mehr Mensch, weniger Kosten