

## BUITENLANDS NIEUWS

**Kwaliteitskeurmerk Duitse artsen in de maak**

Duitse patiënten kunnen binnenkort in een oogopslag de kwaliteit van hun behandelend arts beoordelen. Over ongeveer 2 jaar zal het zogenoemde ‘Gesundheitssiegel’ gaan gelden, een symbool dat artsen kunnen toevoegen aan hun naamkaartje op de deur van hun praktijk. ‘Patiënten kunnen daaraan aflezen dat deze arts voldoet aan de gestelde kwaliteitseisen’, stelt Andreas Köhler (foto), de nieuwe voorzitter van de Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), de grootste Duitse artsenorganisatie, in *Die Welt* (5 augustus 2007).



Köhler zegt in een vraaggesprek met het dagblad het beleid van de KBV te willen richten op kwaliteit. ‘Het moet voor patiënten duidelijk zijn dat zij met een beproefde praktijkvoering van doen hebben’, stelt hij. Het keurmerk is een algemene kwaliteitsaanduiding; wie vervolgens gedetailleerder informatie wil over de betreffende arts of zorginstelling, kan terecht op het internet. Via een nog te ontwikkelen website is dan bijvoorbeeld te achterhalen hoeveel correct uitgevoerde coloscopieën een arts op zijn naam heeft staan, maar ook hoeveel tijd een arts uittrekt voor het afnemen van de anamnese.

Köhler is van mening dat artsen die hoogkwalitatieve medische zorg aanbieden, daar ook naar mogen worden betaald; met andere woorden: een goede arts zal meer geld kosten. Op dit punt breekt de nieuwe KBV-voorzitter met zijn voorganger Ulrich Weigeldt, die zich vooral richtte op een uniform zorgstelsel. Köhler volgt nu de poli-

tieke meerderheid, die stelt dat er ook in het Duitse zorgstelsel meer concurrentie moet zijn. Hij ziet daarin een actieve rol weggelegd voor de KBV als overkoepelende organisatie.

Individuele artsen kunnen zich met het kwaliteitskeurmerk gaan onderscheiden en zij kunnen met elkaar concurreren. Daarom reageren artsen zelf vooralsnog kritisch op de uitlatingen van Köhler, ondanks zijn gelijktijdige pleidooi voor hogere honoraria vanwege onder meer de gestegen praktijkkosten. Velen zien toch vooral bezwaren in het beconcurreren van collega’s en in de aan kwaliteit gekoppelde vergoeding. Deze veranderingen zouden misstanden in de hand werken. Bovendien staat nog een aantal juridische obstakels het KBV-voornemen in de weg.

**Werken Britse huisartsen minder voor meer salaris?**

Britse huisartsen zouden de afgelopen jaren meer zijn gaan verdienen, terwijl zij minder zijn gaan werken. Dit lijkt in tegenspraak te zijn met de voortdurende strijd van Britse huisartsen voor betere betaling. Er is dan ook veel kritiek op de cijfers aangaande de huisartseninkomens die half juli 2007 openbaar zijn gemaakt door het Britse staatszorgstelsel, de National Health Service (NHS). De cijfers bevestigen volgens critici de bezwaren tegen de hervorming van het vergoedingstelsel voor huisartsen die een aantal jaren geleden in gang is gezet.

Er is maar liefst 25% toename van inkomsten en 15% afname van productiviteit, stelt *The Independent* (1 augustus 2007) in een reactie op de cijfers. Maar in een analyse van de NHS-rapportage nuanceert het dagblad deze percentages. In april 2004 besloot het Britse ministerie van Volksgezondheid dat NHS-huisartsen niet langer verantwoordelijk waren voor avond- en weekenddiensten, de zogenoemde ‘out-of-hours care’. Deze zorg werd overgenomen door de ziekenhuizen van de NHS. Hierop kwam veel kritiek, vooral toen bleek dat de geboden zorg slecht toegankelijk en van matige kwaliteit was. Door de ver-

schuiving van taken kregen huisartsen meer tijd voor hun reguliere praktijkvoering. Bovendien stegen de huisartsenvergoedingen. In combinatie met de toename van het aantal parttimehuisartsen creëert dit het beeld van ‘minder werk voor meer geld’, concludeert *The Independent*. De BBC (17 juli 2007) constateerde echter dat artsen nu meer gelegenheid hebben hun inkomen aan te vullen via overige – veelal commerciële – activiteiten.

Maar de British Medical Association (BMA) weerspreekt de kritiek en bestrijdt de opvatting dat huisartsen in Groot-Britannië te veel verdienen. ‘Artsen krijgen wel degelijk betaald naar prestatie. Zij zijn niet minder hard gaan werken; er heeft zich slechts een herverdeling van taken voorgedaan. Sommige activiteiten zijn intensiever geworden, terwijl andere, zoals de “out-of-hours care”, volgens planning zijn afgenomen’, stelt BMA-voorzitter Laurence Buckman in een toelichting ([www.bma.org.uk](http://www.bma.org.uk)). Het gemiddelde jaarinkomen van een Engelse huisarts is momenteel 150.000 euro; dit bedrag wijkt niet af van dat in andere Europese landen, aldus Buckman. Daarbij moet volgens *The Independent* wel worden aangetekend dat de individuele verschillen uiteen kunnen lopen van minder dan 75.000 euro tot meer dan 375.000 euro per jaar.

**Volledig tijdschrift gewijd aan ‘het geheugen van water’**

Een speciale uitgave van *Homeopathy* (2007; 96:141-230), een tijdschrift van de Britse Faculty of Homeopathy, is volledig gewijd aan het onderwerp ‘memory of water’. Wetenschappers uit Tsjechië, Frankrijk, Duitsland, Italië, Rusland, Groot-Britannië en de VS publiceren voor het eerst nieuwe onderzoeksresultaten en reviews en bediscussieren recent wetenschappelijk werk waarin het idee dat water geheugen kan hebben, wordt onderzocht. Het concept van ‘het geheugen van water’ is voor de homeopaten belangrijk omdat het een verklaring biedt voor het werkingsmechanisme van de extreme verdunningen die in de homeopathie gebruikt worden.

Gastredacteur prof. Martin Chaplin van de afdeling Applied Sciences aan de London South Bank University merkt in zijn overzicht op: 'Er zijn sterke bewijzen voor dat het mechanisme van het geheugen op veel manieren tot stand kan komen. Ook zijn er mechanismen waardoor zulke verdunde oplossingen effecten kunnen hebben op biologische systemen die substantieel verschillen van die van gewoon water.'



Het concept van het geheugen van water ontstond in 1988, toen prof. Jacques Benveniste in het tijdschrift *Nature* claimde dat extreem hoge (ultramoleculaire) verdunningen van een antistof effect hadden in de degranulatietest van menselijke basofiele granulocyten, een laboratoriummodel voor een immuunrespons. Met andere woorden, het water 'herinnerde zich' de antistof lang nadat die niet meer aanwezig was. Benvenistes bevindingen konden nooit overtuigend herhaald worden en werden als pseudowetenschap aangemerkt. Desondanks is het idee nooit verdwenen.

Chaplin is kritisch over de 'niet-wetenschappelijke retoriek' van sommige wetenschappers die het idee van het geheugen van water verwerpen 'zonder enig begrip van het onderwerp, zonder enig onderzoek en zonder beoordeling van het totale pakket aan bewijzen'. Hij is het met hoofdredacteur Peter Fisher eens dat het huidige 'bewijs' het vinden van een verklaring voor de claims van de homeopathie een stap dichterbij brengt en dat het geheugen van water een realiteit is.

Dat bewijs zou onder meer komen van onderzoek naar de fysisch-chemische veranderingen in extreme verdunningen, die onverwacht afhankelijk blijken van de ouderdom van het monster en het volume waarin de verdunning is bewaard (V.Elia

et al.). Ander onderzoek laat zien dat door spectroscopische metingen een onderscheid is te maken tussen twee sterk verdunde homeopathische middelen (M.Lata Rao et al.). Iets overeenkomstigs laat de studie van L.Rey zien, maar nu door middel van thermoluminescentie. Het tijdschrift is (betaald) toegankelijk via [www.science-direct.com](http://www.science-direct.com).

### Negatief advies van NICE over abatacept

Het Britse National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) heeft een negatief advies uitgebracht over abatacept van producent Bristol-Meyers Squibb. Dit is opmerkelijk, want het middel is het eerste van een nieuwe generatie medicamenten die kunnen worden ingezet bij de behandeling van reumatoïde artritis. Abatacept is een fusie-eiwit met een hoge affiniteit tot bepaalde T-lymfocyten, waardoor het een gerichte immuunmodulerende werking heeft. Maar volgens het NICE is het middel niet kosteneffectief ([www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)).

Het NICE werd in 1999 door de Britse overheid opgezet als onafhankelijk instituut om behandelingen te evalueren en om te beslissen of die gebruikt en vergoed dienen te worden binnen de National Health Service.

Abatacept is evenals de tumornecrosis factor(TNF)- $\alpha$ -remmers maar bij een deel van de reumapatiënten effectief. Wanneer

het middel wordt toegepast in combinatie met methotrexaat blijkt dat de ziekteverschijnselen voor de helft afnemen bij 40% van de patiënten. Dat resultaat verschilt volgens het NICE te weinig van de uitkomst van een behandeling met methotrexaat alleen of met een TNF- $\alpha$ -remmer. Bovendien is het middel duur: voor een gemiddelde patiënt ongeveer 9300 pond (13.700 euro) per jaar. Als de economische analyse wordt uitgedrukt in 'quality-adjusted life years' (QALY's), dan kosten de 1,6 extra levensjaren in goede gezondheid die een behandeling met de combinatie van abatacept en methotrexaat oplevert ten opzichte van een behandeling met methotrexaat alleen, ruim 40.000 pond (tabel 1). Ten opzichte van therapie met een TNF- $\alpha$ -remmer kost 1,1 extra levensjaar in goede gezondheid ruim 25.000 pond (tabel 2).

De Britse Society for Rheumatology is teleurgesteld over het advies van het NICE en stelt dat daarmee artsen een behandeloptie ontnomen wordt voor patiënten met de ernstige vorm van de ziekte ([www.rheumatology.org.uk](http://www.rheumatology.org.uk)).

Het dagblad *The Times* (2 augustus 2007) rekent voor waar de discussie over gaat. In Groot-Brittannië lijden ongeveer 400.000 mensen aan reumatoïde artritis. Van hen heeft 10% (40.000 patiënten) een ernstige vorm. Ongeveer driekwart van deze groep heeft baat bij TNF- $\alpha$ -remmers. Dan blijven er 10.000 patiënten over die voor abatacept

TABEL 1. Kosteneffectiviteit van abatacept + methotrexaat versus methotrexaat (£ 1,- = € 1,48)

behandeling	abatacept + methotrexaat	methotrexaat	verschil
totale kosten 2006	£ 84 679	£ 44 307	£ 40 372
totale QALY's	4,7501	3,1604	1,5897
ICER	£ 25 395/QALY		

QALY = 'quality-adjusted life year'; ICER = incrementele kosteneffectiviteitsratio.

TABEL 2. Kosteneffectiviteit van abatacept + methotrexaat versus sequentiële tumornecrosisfactor(TNF)- $\alpha$ -remmer (£ 1,- = € 1,48)

behandeling	abatacept + methotrexaat	TNF- $\alpha$ -remmer	verschil
totale kosten 2006	£ 84 679	£ 59 418	£ 25 261
totale QALY's	4,7501	3,6337	1,1164
ICER	£ 22 628/QALY		

QALY = 'quality-adjusted life year'; ICER = incrementele kosteneffectiviteitsratio.