Berufsverband der Deutschen Urologen e.V.

Urologe 2013 · 52:743

DOI 10.1007/s00120-013-3209-2

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Redaktion

W. Bühmann, Wenningstedt/Sylt

+++ URO-Telegramm +++

**Köhler kritisiert Kassen:
Der Kollektivvertrag ist
nicht mehr innovativ**

Der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Andreas Köhler, hat den Krankenkassen vorgeworfen, sie blockierten innovative Versorgungsstrukturen. „Der Kollektivvertrag ist nicht mehr innovativ“, sagte Köhler bei der Auftaktveranstaltung der KBV Messe Versorgungsinnovationen 2013 in Berlin. „Die Kassen haben sich im Wettbewerb um bessere Versorgungsmodelle auf die Selektivverträge verlagert.“

Deshalb gelinge es nicht, erfolgreiche Innovationen flächendeckend zu übernehmen. Als Beispiel führte Köhler die spezialisierte ambulante Palliativversorgung an. Sie sei 2004 eingeführt worden, ohne eine Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen vorzusehen. „Jetzt, acht Jahre später, haben wir immer noch Insellösungen“, kritisierte der KBV-Vorstand. „Warum können wir diese guten Erfahrungen nicht flächendeckend umsetzen?“

Die Diskussion um neue Versorgungsstrukturen oder neue Formen der Versorgungssteuerung ende oft in Verteilungskämpfen um Honoraranteile, entgegnete Uwe Deh, Vorstand des AOK Bundesverbandes, der mit Köhler auf dem Podium über Anreiz- und Wettbewerbsmodelle in der vertragsärztlichen Versorgung diskutierte.

„Wir müssen uns mit anderen Anreizen auseinandersetzen“, so Deh. Es gehe darum, eine gute Versorgung sicherzustellen. Positives Beispiel seien hier die Disease Managementprogramme. „Das war ein pragmatischer Ansatz, der zu einem guten Umgang mit chronischen Erkrankungen geführt hat.“

Sowohl Deh als auch Köhler sprachen sich für eine Weiterentwick-

lung der bestehenden Versorgungsstrukturen aus. „Wir kommen mit den alten Mitteln nicht weiter“, sagte Köhler. Alternative Steuerungsinstrumente aus dem Ausland eigneten sich aber nur bedingt als Modell für Deutschland, meinte der KBV-Chef. Für „Pay for Performance“, bei der sich ein Teil der ärztlichen Vergütung an der Erreichung bestimmter Versorgungsziele orientiert, sei die Zeit noch nicht reif. Über „Bundle Payments“ nach niederländischem Vorbild könne man aber nachdenken. Bei diesem Modell steuert der Primärarzt die Versorgung. Er verwaltet dabei das Budget beispielsweise für die Behandlung von Diabetikern und schließt Verträge mit den Mitbehandlern. Befürworter des Modells versprechen sich davon eine bessere Betreuung der Patienten und eine effizientere Verwendung der Mittel.

Darüber hinaus schlug Köhler vor, den Kollektivvertrag zu revitalisieren. „Warum schließen wir nicht kassenspezifische Verträge? War das Gemeinsam und Einheitlich in der Vergangenheit immer richtig?“ Der KBV-Vorstand setzt für die Zukunft eher auf regionale Lösungen und lokale Strukturen mit klarem Populationsbezug.

© HK/aerzteblatt.de

**Pharmaunternehmen bei
Geschäftsbeziehungen zu
Ärzten zunehmend kritisch**

Die deutschen Pharmaunternehmen sehen ihre Geschäftsbeziehungen zu niedergelassenen Ärzten zunehmend kritisch und sind sensibler für Korruptionsgefahren geworden. Das berichten die Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsgesellschaft PriceWaterhouseCoopers (PwC) und die Universität Halle-Wittenberg in der Stu-

die „Wirtschaftskriminalität – Pharmaindustrie“.

Die Autoren befragten zunächst 36, dann für eine Folgeuntersuchung 50 Unternehmen aus der Pharmabranche. Danach sehen rund drei Viertel der befragten Unternehmen ein signifikantes Korruptionsrisiko bei der Überlassung von Geräten, der Vergabe von Anwendungsbeobachtungen und Beraterverträgen.

Im Jahr 2011 war das Problembewusstsein deutlich schwächer ausgeprägt: Nur gut jedes zweite Unternehmen sah die Geräteüberlassung (50 Prozent), Beraterverträge (54 Prozent) oder die Auftragsvergabe von Studien (53 Prozent) als potenzielle Einfallstore für Korruption.

„Offenkundig haben prominente Verdachtsfälle, in denen niedergelassene Ärzte für mehr oder weniger verdeckte Zuwendungen bevorzugt bestimmte Medikamente verschrieben haben sollen, den Pharmaunternehmen die Risiken deutlich vor Augen geführt“, sagte Michael Burkhart, Partner bei PwC und Leiter des Bereichs Gesundheitswesen und Pharma. Er kritisierte aber, die Unternehmen täten nach wie vor zu wenig, um derartige Absprachen zu unterbinden.

Der Studie zufolge waren zwischen 2009 und 2011 gut vier von zehn Unternehmen (42 Prozent) von Wirtschaftskriminalität betroffen. Damit liegt die Quote leicht unter dem branchenübergreifenden Durchschnitt von 52 Prozent. Fast vier von fünf geschädigten Pharmaunternehmen berichteten über einen Reputationsverlust durch Wirtschaftskriminalität. Eine Beeinträchtigung der Geschäftsbeziehungen konstatierten sogar 85 Prozent der Betroffenen, und rund 60 Prozent mussten zur Aufarbeitung von Schadensfällen signifikante Ressourcen in die Öffentlichkeitsarbeit investieren.

PwC weist darauf hin, dass Korruption „keineswegs die einzige Deliktart ist, mit der sich Pharmaunternehmen auseinandersetzen müssen“. Die mit Abstand häufigste Deliktart in der Pharmabranche seien Verstöße gegen das Patent- beziehungsweise Markenrecht.

© hil/aerzteblatt.de