

? *Das würde auch erfordern, dass die Industrie ihr Verhältnis zum Bundesausschuss und zum IQWiG verändern müsste?*

Kosche: Wir haben neben Transparenz und internationalen Standards immer den Dialog und die Beteiligung gefordert – und zwar zu einem frühen Zeitpunkt. Da wollen wir unsere Expertise einbringen, um Bewertungen auf eine gute sachliche Basis zu stellen. Dazu gehört auch die Einbindung der Betroffenen, vor allem der Ärzte und Patienten. Und eine ganzheitliche Sichtweise auf Nutzen und Kosten einer Innovation.

? *Eine Alternative wären dezentrale Verträge. Wie sind Ihre Erfahrungen als Vorreiter?*

Kosche: Bei vielen Produkten haben wir versucht, diesen Weg zu gehen und haben gute Erfahrungen gemacht. Recht einfach ist das bei Aclasta®. Dieses Osteoporosemedikament wird einmal im Jahr als Infusion verabreicht. Wir wissen, dass es damit zu weniger Knochenbrüchen kommt. Wir haben mit Krankenkassen vereinbart, die Kosten für Aclasta® zu erstatten, sollte es dennoch zu einem Knochenbruch kommen.

? *Eine Art „Geld-zurück-Garantie“...*

Kosche: Ja. Das geht, wenn man ein gutes Präparat und gleichzeitig einen eindeutigen Endpunkt hat. Letzteres ist bei anderen Produkten schwieriger.

? *Ist das eine Chance dafür, dass innovative Produkte von Ärzten schneller eingesetzt werden?*

Kosche: Das können wir nicht bestätigen. Was ich mir in dem Zusammenhang wünschen würde: Produkte, die in Mehrwert- oder Risk-Sharing-Verträgen erfasst sind, müssten bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung ausgenommen werden. Denn das Ziel solcher Verträge ist ja eine gute und wirtschaftliche Versorgung. Gleichzeitig versuchen wir in einzelnen Projekten mit Ärztenetzen zu kooperieren. So haben wir mit dem Prosper-Netz der Knappschaft ein Betreuungssystem aufgebaut.

? *Wie erklären Sie sich, dass Spitzenorganisationen der Ärzte solchen Verträgen skeptisch bis ablehnend gegenüberstehen?*

Kosche: Das liegt womöglich an mangelnder Transparenz, die aus Wettbewerbsgründen häufig nicht völlig herzustellen ist. Wenn die ärztliche Therapiefreiheit allerdings er-

halten bleibt, sind diese Verträge meiner Meinung nach nur zu begrüßen.

? *Bei dem nun geplanten Vorrang für zentrale Kosten-Nutzen-Bewertung und einheitlicher Kassenerstattung – sehen Sie da überhaupt noch eine Chance für dezentrale Verträge mit den Kassen?*

Kosche: Der Anreiz dazu fällt in der Tat weg. Ich sehe nicht, wie das parallel gut zueinander entwickelt werden kann.

? *Novartis ist stark in der klinischen Forschung in Deutschland engagiert. Ist der Standort im Ländervergleich besser als häufig behauptet wird?*

Kosche: 2009 haben wir 465 Millionen Euro investiert: und zwar in neue Technologien sowie Forschung und Entwicklung, davon 168 Millionen in eine neue Produktionsanlage für FSME- und Tollwut-Impfstoffe.

Färber: Um das zu ergänzen: Ende 2009 waren wir in Deutschland mit 152 klinischen Prüfungen vertreten, in die 16.000 Patienten eingeschlossen sind. Damit sind wir mit Abstand das am stärksten in der klinischen Forschung engagierte Unternehmen in Deutschland. Das liegt an der sehr guten medizinischen Infrastruktur und der ausgezeichneten medizinisch-wissenschaftlichen Expertise.

? *Das kontrastiert zur häufig geäußerten Kritik, etwa am bürokratischen Aufwand, dem komplexen Genehmigungsprozedere durch Ethikkommissionen ...*

Färber: Da haben Sie nicht Unrecht. Denn wir könnten noch sehr viel besser und schneller sein, wenn diese bürokratischen Hürden nicht wären. Und vor allem, wenn wir bei den Hochschulforschern sehr viel mehr überregionale indikations- und problembezogene Kooperationen – ich denke da vor allem an Studiengruppen – organisieren könnten.

? *Wie viele Arbeitsplätze in der Forschung außerhalb Ihres Unternehmens hängen denn von Ihrem Engagement ab?*

Färber: Bei unseren Aktivitäten und aktuellem Investitionsvolumen gehen wir von rund 5.000 Arbeitsplätzen aus.

Das Interview führten Wolfgang van den Bergh, Helmut Laschet und Peter Overbeck.

Abrechnung: Prävention weiterhin außerbudgetär

Nicht alle Leistungen bei GKV-Patienten fallen ins Regelleistungsvolumen (RLV) oder in die neuen Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) und sind damit budgetiert. Prävention – schon bisher außerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt – bleibt auch in Zukunft draußen. Leistungen wie der Check-up 35 oder Krebsvorsorge können damit forciert angeboten werden, z.B. über Recall-Maßnahmen der Praxis.

Vorsorgeuntersuchung: Keine Pflicht zur Erinnerung

Die Erinnerung an Vorsorgeuntersuchungen ist für Patienten wie für Ärzte vorteilhaft: Erkrankungen werden frühzeitig erkannt, und Ärzte generieren Zusatzhonorar. Doch gibt es keine Pflicht zur Erinnerung an eine Vorsorgeuntersuchung, selbst dann, wenn es einen konkreten Verdacht auf eine Erkrankung gibt – hat das Oberlandesgericht Koblenz entschieden. Im konkreten Fall hatte die Klägerin Schmerzensgeld verlangt, weil die Ärztin nicht gedrängt habe, weitere Krebsvorsorgeuntersuchungen zu machen.

Az.: 5 U 186/10

Entschädigung nach Wehrübung? Nur bedingt!

Wer als Arzt zu einer Wehrübung eingezogen wird, hat nur dann Anspruch auf Erstattung der Betriebsausgaben, wenn die Praxis komplett zu ist. Das hat jetzt das Bundesverwaltungsgericht in Leipzig im Fall eines Orthopäden entschieden, der in einer Praxisgemeinschaft arbeitet. Die Praxisgemeinschaft war in der Zeit der Wehrübung nur einen Tag komplett geschlossen, während der restlichen Zeit arbeiteten die Helferinnen überwiegend für die Kollegin des Orthopäden. An sie wurden auch Notfälle verwiesen.

Az.: 6 C 1.09