

Foto: SCHLITT



# Dann machen wir es

Berlins Ärzteverbände protestieren wieder. Sie sehen auch nach einem Wegfall der Budgetierung kein Ende der Leistungsbegrenzung. Die mit den Krankenkassen anstelle der Budgets auszuhandelnden Regelleistungsvolumina stellen in ihren Augen eine Art Ersatzbudget dar. Für MEDI-Landeschef Wolfgang Mitlehner kommt es jetzt darauf an, öffentlichen Druck herzustellen, um bei den Verhandlungen ein Optimum für die ärztliche Vergütung herauszuholen. Gleichzeitig fordert der Moabiter Lungenfacharzt ein Vertragsarztsicherungsgesetz, das den Krankenkassen eine ausreichende Honorierung ärztlicher Leistungen verbindlich vorschreibt. Aus Anlass der Praxisschließungsaktionen Ende Juni hat das KV-Blatt mit Wolfgang Mitlehner gesprochen.

” Die mussten auch erst eine bestimmte Marge überschritten haben, um die Mehrheit zum Protest bewegen zu können. “

# wie die Milchbauern

**KV-Blatt:** Herr Mitlehner, nächstes Jahr, so heißt es überall, fällt die Budgetierung weg und die Morbidität soll auf die Krankenkassen übergehen. Warum also Ihr Protest?

**Mitlehner:** So, wie Sie das sagen, klingt das ja fast schon nach Himmelreich. Die Morbidität soll zwar auf die Kassen übergehen, aber sicher nicht schon im kommenden Jahr. Denn dafür gibt es noch gar keine Regelungen. Und die Budgetierung fällt auch nicht weg, denn wir kriegen eine Ersatzbudgetierung und die heißt Regelleistungsvolumen.

**KV-Blatt:** Was heißt das für die Ärzte?


**Mitlehner:** Wir werden die Öffentlichkeit über die Folgen der Budgetierung

unterrichten. Wir werden ihr sagen: Budgets führen zur Zwei-Klassen-Medizin. Zwangsläufig. Die Patienten leiden zunehmend darunter, weil sie keine adäquate Versorgung im Rahmen der Budgetierung mehr erwarten können.

**KV-Blatt:** Sie fordern ein Vertragsarztsicherungsgesetz, mit anderen Worten: eine gesetzlich garantierte und regelmäßige Honorarerhöhung. Es gibt wohl keinen freien Beruf, in dem solche Privilegien durchzusetzen wären. Warum dann bei den Ärzten?

**Mitlehner:** Die Ärzte sind ohnehin nur zum Teil Freiberufler. Als Kassenärzte sind wir in einer Zwangsjacke mit beamtenähnlichen Verhältnissen, allerdings hier mit dem Unterschied des

fehlenden Alimentierungszwangs. Es besteht ein Mangel in der Medizin, das ist Geld. Dieser Mangel ist errechenbar. Er hat die Hausnummer 4,5 Milliarden Euro. Und wenn diese fehlen, dann muss ein Weg gefunden werden, wie das Geld wieder rein kommt. Die Regelung muss sicherstellen, dass dieses Geld dann tatsächlich im Gesundheitswesen auftaucht. Es muss also ein Ambulantes Gesundheitswesensicherungsgesetz geschaffen werden – und zwar vor 2009.

**KV-Blatt:** Wenn aber Ihre Gesetzesforderung darauf hinausläuft, dass es nur um die gesetzliche Sicherung angemessener Honorare geht, könnten Politiker auf die Idee kommen, die Freiberuflichkeit in der ambulanten Versorgung ganz 

## Stichwort: Vergütung ab 2009

Im Zusammenhang mit der Vergütungsreform 2009 kommt es immer wieder zu Missverständnissen – bis hin zu Versprechungen, dass der Leistungsumfang künftig „nach oben offen“ ist. **Richtig ist jedoch: Auch ab 2009 wachsen die Bäume nicht in den Himmel. Auch dann wird es Budgets und eine Gesamtvergütung geben. Anders als heute gibt es allerdings keine kassenunterschiedlichen Kopfpauschalen mehr und die Vergütung kann dem tatsächlichen Leistungsbedarf angepasst werden.**

Die künftige Honorarstruktur besteht aus mehreren Komponenten:

### Landespunktwert:

Für alle Leistungen wird ein einheitlicher Punktwert, der so genannte *Landespunktwert*, errechnet. Dieser *Landespunktwert* leitet sich von einem *Orientierungspunktwert auf Bundesebene* ab und dürfte von diesem kaum bis gar nicht abweichen. Die Höhe des Landespunktwertes wird vermutlich unter dem bisherigen Individualbudgetpunktwert in Berlin liegen. Die Krankenkassen wollen zukünftig alle Leistungen, also auch Leistungen der Prävention, nur zu diesem Punktwert bezahlen. Die Ärzteseite kämpft dafür, dass jedoch gerade die Präventionsleistungen weiter zu den bisher in Berlin geltenden Punktwerten bezahlt werden.

### Behandlungsbedarf:

Darüber hinaus zahlt zukünftig jede Krankenkasse je Versicherten den so genannten Behandlungsbedarf. Es gibt somit weiterhin eine Gesamtvergütung und ein Budget. Allerdings wird es ab 2009 im Gegensatz zur jetzigen Situation die Möglichkeit der Anpassung des Behandlungsbedarfs an die Morbidität geben.

### Wie geht es weiter?

Derzeit werden alle relevanten Einflussfaktoren im Bewertungsausschuss verhandelt. Beschlüsse sind bis Ende August zu erwarten. Das KV-Blatt wird rechtzeitig den weiteren „Fahrplan“ der Verhandlungen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Krankenkassen bzw. dem Erweiterten Bewertungsausschuss veröffentlichen.

uk/red

Fortsetzung von Seite 11

abzuschaffen und Sie gleich zum Angestellten machen.

**Mitlehner:** Einen solchen Zusammenhang kann ich nicht erkennen. Bloß, weil die Kassen verpflichtet werden, jetzt mehr zu bezahlen oder der geplante Gesundheitsfonds sie verpflichtet, mehr auszuschütten an niedergelassene Ärzte ...?

**KV-Blatt:** Sie lehnen eine anonyme ambulante Klinikmedizin ab. Was macht denn die ambulante Klinikmedizin schlechter als die Arbeit der niedergelassenen Fachärzte?

**Mitlehner:** Wir halten es für völlig abwegig, eine neue Facharztschiene aufzumachen. Das ist eine politische Entscheidung, die von ganz anderen als medizinischen Interessen getragen ist.

Durch diese Gesetzesänderung (§ 116 b SGB V, d. Red.) entsteht jetzt die Möglichkeit, dass Krankenhäuser den ambulanten tätigen Fachärzten Konkurrenz machen – ungezügelt und unkontrolliert mit noch nicht festgelegten Preisen und mit staatlicher Subventionierung. Das ist nicht nur vom Wettbewerbsrecht her unzulässig, sondern auch von der Sache her völlig überflüssig.

Pos. 18



Foto: SCHLITZ

Fordert ein „Vertragsarztsicherungsgesetz“:  
MEDl-Landeschef Wolfgang Mitlehner im  
KV-Blatt-Interview

**KV-Blatt:** Aber die Kassenärztliche Ver-  
einigung wird bei Zulassungen nach  
§ 116b SGB V gehört ...

**Mitlehner:** ... ja, ja, sie wird gehört, aber  
ihr Votum muss nicht beachtet wer-  
den. Entscheidend ist offenbar, dass  
zwar eine Behörde, letztlich aber doch  
deren Senatorin nach parteipolitischen  
Erwägungen darüber entscheidet, wel-  
che ambulanten Leistungen eine Klinik  
erbringen darf. Das ist ein völlig irrsin-  
niger Weg. Denn für solche Entschei-  
dungen sollte ausschließlich ein fach-  
kompetentes Gremium zuständig sein.

**KV-Blatt:** Sie fordern, versicherungs-  
fremde Leistungen aus der GKV heraus-  
zunehmen. Was versprechen Sie sich  
davon?

**Mitlehner:** Wir haben mindestens  
35 Milliarden Euro versicherungsfremde  
Leistungen in Deutschland in der GKV.  
Diese Leistungen sollen nicht aus der  
GKV herausgenommen, sondern mit  
Steuermitteln finanziert werden. Mut-  
terschaftsgeld ist keine Versicherungs-  
leistung, sondern eine politische Lei-  
stung. Mitversicherung von Kindern ist  
eine politische Entscheidung, darf also  
nicht von der Versichertengemeinschaft  
bezahlt werden. Ehefrauenversicherung  
– dasselbe Thema. Als weiteres Beispiel  
könnte ich die Mehrwertsteuer nehmen.  
Trivial-Druckerzeugnisse werden  
zum ermäßigten Prozentsatz versteu-  
ert, Arzneimittel hingegen mit den vol-  
len 19 Prozent. Wir haben einen stän-  
digen Preisanstieg bei Arzneimitteln,  
dennoch ist der Finanzminister nicht

## Pos. 21

Anzeigen

## Pos. 17

Fortsetzung von Seite 13

bereit, den reduzierten Steuersatz auch bei Arzneimitteln anzuwenden. Das spricht Bände.

**KV-Blatt:** Gleichwohl sind das alles keine neuen Forderungen ...

**Mitlehner:** ... aber aktuelle, denn wenn diese umgesetzt würden, dann wären – bei einer Lücke von etwa 18 Milliarden Euro – allein damit die Finanzierungsprobleme in der GKV gelöst.

**KV-Blatt:** Zurück zum Protest. Was versprechen Sie sich von weiteren Aktionen?

**Mitlehner:** Wir haben den Eindruck, dass die Misere im Gesundheitswesen wieder aus dem Blickwinkel des öffentlichen Bewusstseins verschwunden ist. Wir wollen das öffentliche Bewusstsein wieder auf diese Probleme lenken. Die Proteste der vergangenen Jahre waren erfolgreich, aber im Bewusstsein der Bevölkerung haben wir schon die neue Gebührenordnung in Euro und Cent, obwohl dieses Thema überhaupt noch nicht in trockenen Tüchern ist. Die Patienten sind jedes Mal völlig entsetzt, wenn ich ihnen sagen muss, dass mein Budget für dieses Quartal bereits erschöpft ist. Planbare Leistungen müssen wir verschieben. Das versteht niemand. Deswegen muss die Diskussion

erneut angestoßen werden. Und zwar jetzt, weil in den Sommerferien der bundeseinheitliche Punktwert festgelegt wird. Wenn alle verreist sind.

**KV-Blatt:** Was passiert, wenn es entgegen den Beteuerungen aus der Politik unterm Strich doch nicht mehr Geld gibt?

**Mitlehner:** Ich gehe davon aus, dass die Wut der Ärzte dann wächst. Ich gehe auch davon aus, dass viele sich überlegen werden, ihre Kassenarztzulassung zurückzugeben, auch in Berlin. Mir ist aber auch klar, dass die überwiegende Mehrheit der Ärzte dieses nicht tun wird, sondern versucht, sich in kleine Fluchten zu retten. Kollegen über 50, deren Praxen abbezahlt sind, werden versuchen, nur Leistungen zu erbringen, die wirklich bezahlt werden. Sie werden keinen zusätzlichen Service mehr für die Patienten bieten. Und die Jüngeren werden sich überlegen, ob sie in irgendwelche Modelle flüchten sollten, die ihnen mehr Hoffnung geben. Es wird also zum Niedergang der ambulanten Medizin kommen, wenn dieses Versprechen nicht eingehalten wird.

Das ist wie bei den Milchbauern. Die mussten auch erst eine bestimmte Marge überschritten haben, um die Mehrheit zum Protest bewe-

gen zu können. Wenn diese Marge überschritten ist, gehen die Leute wieder auf die Straße und machen Druck. Und was wir machen, ist der Anfang, die Drohung: Schlimmeres passiert, wenn ihr nichts tut.

*Die Fragen stellten Reinhold Schlitt und Ina Harloff*

*Dieses und andere Motive wurden während der Protestwoche im Berliner U-Bahn-Fernsehen gezeigt.*

# Praxis zu Arzt hat FERTIG!



FOTO: SCHLITT

Anzeige

Pos.9