

SpiFa: Fachärzte brauchen jetzt effektive politische Arbeit

Der aus der "Potsdamer Runde" hervorgegangene Spitzenverband der Fachärzte Deutschlands (SpiFa) hat sich in diesem Jahr viel vorgenommen. Der änd sprach mit den Vorstandsmitgliedern Dr. Dirk Heinrich und Dr. Andreas Gassen über die berufspolitischen Herausforderungen der nächsten Zeit.

Herr Dr. Gassen, Herr Dr. Heinrich, es hat in der Vergangenheit mehrfach Versuche gegeben, die berufspolitischen Interessen der verschiedenen Facharztgruppen unter einen Hut zu bekommen – nicht immer mit Erfolg. Weshalb sind Sie zuversichtlich, dass der Spitzenverband der Fachärzte dies schafft?



Heinrich: Wir sind überzeugt davon, dass der Spitzenverband der Fachärzte die Interessen aller Fachärzte in Klinik und Praxis effektiv vertreten kann. Wir haben inzwischen 16 Mitgliedsverbände – darunter die klassischen Facharztgruppen wie die Gynäkologen, Orthopäden, HNO-Ärzte, Urologen, Augenärzte oder zahlreichen internistischen Disziplinen. Die Zahl der Mitglieder ist kontinuierlich gewachsen. Das zeigt uns, dass wir auf dem richtigen Weg sind.

Natürlich glauben auch andere Organisationen, die Interessenvertretung der Fachärzte für sich in Anspruch nehmen zu können. Das interessiert uns aber nicht. Wichtig ist, dass effektiv politische Arbeit geleistet werden kann. Die Potsdamer Runde – aus der nun der SpiFa hervorgegangen ist – hat bewiesen, dass das möglich ist. Die großen Gutachten mit Herrn Rürup und Wille haben wir gemacht und dadurch gezeigt, wie der fachärztliche Behandlungsbedarf in den nächsten 30 Jahren steigen wird. Wir haben nachgewiesen, dass es keine doppelte Facharztschiene gibt. Dies alles haben die Mitgliedsverbände mitgetragen. Daher sind sie engagiert bei der Sache und bereit, Zeit und Geld zu investieren.

Gassen: Da Sie die verschiedenen Facharztgruppen ansprechen: Natürlich haben wir in der Vergangenheit auch vielleicht mal den einen oder anderen internen Verteilungskampf in der Fachärzteschaft erleben müssen. Das darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Facharztgruppen, die wirklich am Patienten arbeiten, im Grunde sehr ähnliche Interessen und Probleme haben. Die Fachärzte wollen ihre Unabhängigkeit wahren, ihre Therapiefreiheit verteidigen und nicht von börsennotierten Klinikketten gelenkt werden – um nur einige Punkte zu nennen. Es gibt genug Gemeinsamkeiten, für die der SpiFa innerärztlich und gegenüber der Politik kämpfen kann.

Wie sieht die praktische Arbeit im SpiFa aus?

Gassen: Es gibt natürlich regelmäßig Mitgliederversammlungen, bei denen sich die Bundesvorsitzenden der Facharztverbände treffen. Was mir dabei gefällt: Wir haben sehr flache Hierarchien und können sehr sachorientiert arbeiten. Bei den nächsten Treffen steht nun auch die Wahl des neuen Vorsitzenden an, da ja bekanntlich Herr Dr. Scharmann aus privaten Gründen das Amt abgegeben hat.

Heinrich: Ergänzend finden auch Klausurtagungen statt, um die politische Ausrichtung festlegen zu können. Wir machen dabei nicht die gleichen Fehler, die in der Vergangenheit bei der GFB zu finden waren: Die SpiFa-Satzung sieht sehr flexible Modelle der Mitgliedschaft vor. Alle sind geeignet, ein Stimmen- und Stimmungschaos wie in der GFB-Alt zu verhindern.

Darüber hinaus bin ich froh, dass wir mit professionellen Mitarbeitern in Geschäftsstelle oder Pressebereich arbeiten können. Wir sind gut aufgestellt und können in diesem Jahr so richtig loslegen.

Was im Wahljahr auch nötig sein könnte. Glauben Sie, dass im Bundestagswahlkampf über die „doppelte Facharztschiene“ diskutiert oder die Zukunft des niedergelassenen Facharztes infrage gestellt wird?

Gassen: Ich denke, dass die doppelte Facharztschiene kein Thema mehr ist – höchstens noch bei einigen völlig verbohrt Geistern. Auch den Politikern ist klar geworden, was die Fachärzte in der Versorgung leisten. Ihnen stellt sich eher die Frage, wie man die Fachärzte in der Versorgung halten kann. In diesem Punkt erwarten wir spannende Diskussionen vor der Bundestagswahl und werden uns dazu auch zunehmend äußern.

Äußern sollten Sie sich vielleicht auch zu Forderungen nach einem Primärarztmodell, die derzeit aus dem Hausärzterverband kommen...

Heinrich: Sie sagen das richtig: Es geht um eine Forderung des Hausärzterverbandes – der rund 20.000 Mitglieder hat – und nicht der kompletten Hausärzteschaft. Ein Primärarztmodell alter Prägung ist mit dem Ärztemangel doch schlichtweg passé. Welcher vernünftige Hausarzt will sich das Wartezimmer mit Leuten überfüllen, die nur eine Überweisung wollen? Das ist nicht zielführend. Es kommt darauf an, dass die Hausärzte und die wohnortnahen, grundversorgenden Fachärzte eng miteinander zusammenarbeiten und sich gegenseitig so unterstützen, dass man die Arbeit bewältigen kann. Wer dieses starre Sektorendenken fördert, hat nicht begriffen, was in der Zukunft passiert.

Gassen: Zum Primärarztmodell muss man auch ganz klar sagen: Das ist keine versorgungsorientierte Alternative – sondern ein Geschäftsmodell, das der Hausärzterverband sieht. Es entspricht in keiner Weise der Versorgungsrealität.

Wo wir gerade beim Sektorendenken sind: Gibt es Ihrer Ansicht nach Verbesserungsmöglichkeiten an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung?

Gassen: In Sachen Ressourcenallokation sind dort sicher neue Überlegungen nötig. Wir sollten uns vor Augen halten, dass ein Großteil der fachärztlichen Kollegen in den Kliniken im Grunde noch in der Ausbildung ist. Ganz wichtig ist es da meiner Meinung nach, dass wir in der Weiterbildung effektive Kooperationen schaffen. Manche fachärztliche Leistungen werden in den Kliniken ja gar nicht mehr erbracht und können dann auch nicht mehr gelehrt werden.

Zu berücksichtigen ist dabei natürlich, dass die duale Finanzierung den Kliniken den einen oder anderen Vorteil verschafft. Wenn in der Weiterbildung etwas optimiert werden soll, müssen natürlich auch entsprechende Finanzierungsoptionen für die Niedergelassenen etabliert werden. Es wird aber unabdingbar sein, eine komplette Weiterbildung anzubieten.

Was die Schnittstelle ambulant/stationär allgemein angeht: Wir begrüßen Schritte, die es den Vertragsärzten ermöglichen, auch in den Kliniken Leistungen zu erbringen. Bei allen Modellen darf es aber keine Top-Down-Strukturen unter Federführung der Kliniken geben. Man muss sich auf Augenhöhe begegnen.

Ist es noch ein Problem, dass Klinikkonzerne mit eigenen MVZ in den ambulanten Markt drängen?

Gassen: Da gibt es offenbar einen stabilen Wert – die Zahl der Klinik-MVZ scheint nicht weiter zu steigen. Sicher auch ein Hinweis darauf, dass das Geschäftsmodell in vielen Fällen nicht aufgegangen ist. Wir finden entsprechende Bestrebungen von Klinikkonzernen natürlich nicht besonders spannend. Das hat meist nichts mit der Versorgung zu tun. Es geht nur darum, die Patienten zu verschieben.

Heinrich: Prinzipiell lässt sich sagen: Die Zukunft liegt in der Kooperation und nicht darin, sich gegeneinander abzugrenzen. Die Politik hat das zum Glück nun verstanden und in den jüngsten Gesetzgebungsverfahren das ambulante und stationäre Operieren durch Niedergelassene im Krankenhaus legalisiert. Da geht die Reise hin, wenn man die Versorgung verbessern will. Kliniken, die gegen die Niedergelassenen agieren, sind daher auf dem falschen Dampfer.

Was sollten die Klinikbetreiber also tun?

Heinrich: Mit uns gemeinsam Antworten auf die Frage finden, wie gute Kooperationen zwischen Niedergelassenen und Kliniken ausgestaltet werden können. Wie schaffen wir es, gute Arbeitsbedingungen für die Kollegen in den Krankenhäusern zu garantieren? Wie begeistern wir den Nachwuchs für den Arztberuf? Wie lässt sich die Weiterbildung verbessern? Das sind die wichtigen Punkte.

Welche Rolle spielt die Ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV) künftig?

Gassen: Zunächst einmal ist die Idee mit einem sektorenübergreifenden Ansatz ja charmant. Doch nach der ersten Euphorie scheint bei der Politik nun eher die Angst vor der eigenen Courage sichtbar: Die Sache ist nicht komplett durchgeplant. Es gibt Definitionsprobleme, das Zeitfenster ist offen, es gibt offene juristische Fragen. In der derzeitigen Form sehe ich das Modell daher nicht so schnell kommen.

Die niedergelassenen Kollegen haben in Teilen Angst vor der ASV und sehen ein Einfallstor für Kliniken. Um diese Befürchtungen auszuräumen, müsste z.B. das festgezurrte, was für uns eigentlich selbstverständlich ist – der für die Behandlung verpflichtende Facharztstatus. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist da leider anderer Meinung und meint auch Ärzte in Weiterbildung wären dafür qualifiziert – schließlich arbeiteten sie ja schon in der entsprechenden Fachabteilung. Das kann aber natürlich nicht sein.

Heinrich: Bei aller Kritik bietet die ASV natürlich auch eine Chance für die Ärzteschaft, da sie den budgetierten Bereich aufbricht. Es ist doch unser Grundproblem, dass wir bei einem unbegrenzten Leistungsversprechen derzeit alle Leistungen budgetieren.

Wo wir beim Thema Budget sind: Wie stehen Sie zu den geplanten EBM-Änderungen?

Gassen: Der für die Fachärzte wesentliche Punkt ist dabei zunächst die fachärztliche Strukturpauschale. Aus unserer Sicht ist sie auch unabdingbar, da die fachärztliche Grundversorgung derzeit am Boden liegt. Ansonsten haben wir das Problem, dass die Basisversorger ihre Leistungen aufgrund der hohen Komplexierung im EBM gar nicht mehr angemessen abbilden können. Die Ärzte können nicht mehr zeigen, was ihr Fach leistet und kann. Deshalb muss es mehr Transparenz geben. Das derzeitige System verschleierte, wo die Leistungsträger sitzen – und damit auch, dass sie keine angemessene Vergütung bekommen. Ich denke, dass die Fachärzte bei der EBM-Entwicklung in diversen Punkten an einem Strang ziehen werden. Bei den Hausärzten erwarte ich eher hitzige Debatten. Da gibt es sehr unterschiedliche Meinungen zu den geplanten Änderungen.

Wie erleben Sie derzeit die Honorarverhandlungen mit den Kassen in den Ländern?

Heinrich: Sehr unterschiedlich. Anfangs haben sich die Kassen in vielen Ländern geweigert, über das Bundesergebnis hinauszugehen. Dann gab es doch Einigungen in manchen Ländern mit bis zu neun Prozent mehr – wie in Sachsen-Anhalt. In anderen Ländern sind Kassen äußerst geizig und machen

nicht einmal ein Angebot. Ich sehe die zunehmende Arroganz der Krankenkassen-Vertreter uns gegenüber mit Sorge. Offenbar denken die, dass sie alles im Alleingang schaffen. Das muss mit einem Generationenwechsel zusammenhängen: Mit den Vorgängern ließen sich noch Verhandlungen führen.

Heute geht es nur noch ums Geld und die PR-Abteilungen sind aufs Ärzdebashing spezialisiert. Das ist in meinen Augen zu wenig für eine Selbstverwaltung. Die Kassen haben nicht begriffen, was Selbstverwaltung bedeutet und dass sie sich primär um die Versorgung der Patienten kümmern müssen. Die Kassen müssen für die Versorgung eine Summe X zur Verfügung stellen. Wenn die nicht ausreicht, müssen sie offen sagen, welche Leistungen nicht mehr erbracht werden sollen. Aber mit so offenen Karten spielen sie leider nicht – daher erwarte ich in diesem Jahr noch deutliche Auseinandersetzungen.

Gassen: Die Krankenkassen haben offenbar vergessen, wozu sie da sind. Wenn der Patient krank ist, geht er zum Arzt. Die Kasse braucht es dabei eigentlich nicht – sie muss nur das Geld der Versicherten verwalten. Sinn der Übung ist es aber nicht, Milliarden anzuhäufen und sich wie ein börsennotiertes Unternehmen zu gebärden.

Wird der SpiFa zu Protestaktionen aufrufen, sollten die Kassen kommende Verhandlungen erschweren?

Heinrich: Natürlich werden wir genau das tun. Wir haben das ja auch schon intensiv im Herbst gemacht und werden es wieder tun, sollte es notwendig sein. So wie man in den Wald hineinruft, schallt es eben auch heraus – das muss den Kassen klar werden. Mit steigender Mitgliederzahl wird auch unser Durchsetzungsgrad höher. Wenn die Kassen in eine chronische Verweigerungshaltung fallen und den Versicherten die Versorgung vorenthalten, werden wir ihnen Grenzen aufzeigen. Ich glaube nicht, dass der Politik das im Wahljahr gefällt.

Macht es Sinn sich schon im Vorfeld der Bundestagswahl zu einigen politischen Themen – wie der Bürgerversicherung – zu äußern?

Heinrich: Sicherlich. Wir sind dabei, Wahlprüfsteine zu entwickeln und der Politik die Fragen zu stellen, die uns auf den Nägeln brennen. Wir müssen Pflöcke einschlagen, damit Politik weiß, was wir wollen. Zur Bürgerversicherung: Wenn der Betrag der Privatpatienten zur Finanzierung fachärztlicher Praxen und Kliniken wegfällt, muss klar sein, dass die Einnahmen aus der GKV um 36 Prozent steigen müssen. Kein Politiker ist bereit, das zu tun. Deshalb kann ich die Politiker nur warnen, diesen Stöpsel aus der Badewanne zu ziehen. Die Leidtragenden wären am Ende die Patienten.

Die SPD argumentiert mit sozialer Gerechtigkeit ...

Heinrich: ... und sollte noch einmal näher darüber nachdenken. Wir haben Einheitssysteme in einigen Ländern. Das waren dabei immer todsichere Modelle, um ein echtes Zweiklassenmodell zu erzwingen. Schauen Sie sich den NHS an, wo die vermögenden Patienten direkt zum Privatarzt gehen. Der Druck auf die Patienten, sich zusätzliche Leistungen privat kaufen zu müssen, ist extrem groß.

Gassen: Die Debatte über die Bürgerversicherung ist auch schlichtweg ideologisch überfrachtet. Da gibt es sicher intelligentere Konzepte. Sinnvoller wäre es, den Versicherten im GKV-System mehr Wahloptionen anzubieten. Ob Kostenerstattung, direkter Gang zum Facharzt oder Hausarzt. Es wäre doch sinnvoll zu schauen, was von den Patienten angenommen wird. Auch sind wir der Meinung, dass im GKV-System der Weg über Steuergelder sehr viel gerechter wäre als das derzeitige System. Das werden wir den Bürgern auch erklären.

25.02.2013 14:13 / Jan Scholz

URL dieses Beitrags: <http://www.facharzt.de/a/a/130604/>

© änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG