

60 Jahre 1952–2012

Berufsverband der Deutschen Dermatologen



Schlaglichter zwischen Historie und Zukunft

Es ist ein gesellschaftlich lang geübter Brauch, die Wiederkehr von Geburtstagen und anderen Jubiläen in unterschiedlichen Ausprägungen zu würdigen, insbesondere dann, wenn es sich um sogenannte „runde Jahrestage“ handelt.

Jetzt ist wieder einmal unser Berufsverband an der Reihe, der der Dermatologen-Familie Anlass und Möglichkeit gibt, Rückblick zu halten und die aktuelle Standortbestimmung zugänglich zu machen. Der Vorstand hat sich dafür ausgesprochen, einen Festakt zu gestalten und eine Festschrift herauszugeben, die insbesondere die Aktivitäten der letzten zehn

„Jetzt ist wieder einmal unser Berufsverband an der Reihe, der der Dermatologen-Familie Anlass und Möglichkeit gibt, Rückblick zu halten.“

Jahre in den Vordergrund stellt.

Es werden Ereignisse, Entscheidungen und insbesondere die politischen Aktivitäten beleuchtet und Tendenzen der angestrebten zukünftigen Schwer-

punkte der Vereinstätigkeit dargelegt und erläutert. Nicht zuletzt gibt es gelegentlich auch eher „historische“ Rückblenden, die zum Teil auch bereits Inhalt der Festschriften von 1992 und 2002 waren.

Alles in allem kein Roman, den man kontinuierlich „durchlesen“ muss, sondern eine Sammlung interessanter Aspekte der Standespolitik und auch der Funktionäre, die sich um das Wohl



© BVDD

Ehrenpräsident des BVDD
Dr. Rüdiger Fritz

Dr. Rüdiger Fritz empfiehlt, sich die vorliegende Festschrift häppchenweise zu erarbeiten.

unseres Fachgebiets und die Mitglieder unseres Verbandes verdient gemacht haben bzw. weiter aktiv im Amt sind.

Ich wünsche Ihnen eine unterhaltsame Lektüre

Auf ein Wort

1997 übernahm ein neuer Vorstand den Staffelstab, der mit wenigen personellen Änderungen den Berufsverband der Deutschen Dermatologen auch durch das Jubiläumsjahr 2012 geführt hat. Diese Festschrift zum 60. Jahrestag der Gründung sollte, so der Auftrag, die zum 40-jährigen Bestehen des Berufsverbandes erschienene Monografie fortschreiben.

Nachdem zum 50-jährigen Bestehen 2002 eine monatliche Artikelreihe zu historischen Daten aus der Verbandsgeschichte veröffentlicht wurde, arbeitet die nun vorliegende Festschrift die Verbandshistorie der vergangenen 25 Jahre wieder stärker systematisch auf, ohne dabei in eine rückwärts gerichtete „Historisierung“ verfallen zu wollen.

Drei Dimensionen stehen dabei im Brennpunkt des Interesses: Die gesundheits- und berufspolitische Dimension des verbandlichen Handelns (ab Seite 21), die epochemachende Bedeutung der „Wende“ nach 1989 für die berufspolitische Arbeit des Berufsverbandes (ab Seite 51) und nicht zuletzt die organisatorische Weiterentwicklung des Verbandes (ab Seite 59).

Wie war das damals ...? Und wie kam es dazu, dass ...? „Geschichte“ ist immer im Fluss und kommt nie an ihr Ende. Unser Blick ist auf die Zukunft gerichtet, selbst wenn wir uns fragend der Ver-

gangenheit nähern. Daher ist die Berichterstattung von der zweistündigen Jubiläumsfeier am Sitz des BVDD in Berlin ein wesentliches Element dieser Festschrift, stand diese Feier doch ganz ausdrücklich im Zeichen der Frage nach der Zukunft: des Verbandes, der Dermatologie und der Rolle der hautärztlichen Patientenversorgung im bundesdeutschen Gesundheitswesen.

Eine Reihe von Autoren haben nicht nur ihren Beitrag für dieses Jubiläumsbuch abgeliefert, sondern sie haben darüber hinaus am Gesamtkonzept dieser Festschrift im Rahmen einer informellen Redaktionsrunde mitgewirkt, die online, telefonisch aber auch in Realpräsenz die Themen geplant und die Linie der Darstellung miteinander erörtert hat.



In ihrer aller Namen wünsche ich unseren heutigen Lesern aber auch nachfolgenden Dermatologen-Generationen eine anregende Lektüre.

Ralf Blumenthal,
Chefredakteur Der Deutsche Dermatologe

Festakt 60 Jahre BVDD

Der Berufsverband der Deutschen Dermatologen feiert dieses Jahr sein 60-jähriges Bestehen. Das Jubiläum wurde mit einem Festakt begangen.

8



Gesundheitspolitische Bilanz

Kostendämpfung, Budgetierung, Rationalisierung: die Bilanz der letzten zwei Jahrzehnte verdeutlicht die Folgen für die Berufsgruppe.

21



So erreichen Sie uns

Verlagsanschrift

Urban & Vogel Verlag
Aschauer Str. 30
81549 München

Verlagsredaktion

Markus Seidl
E-Mail: markus.seidl@springer.com

Schriftleitung

Ralf B. Blumenthal
Wilhelmstraße 46
53879 Euskirchen
Tel. 02251 7762525
E-Mail: r.blumenthal@bvdd.de

Geschäftsstelle BVDD

Angelika Bueno Román
Robert-Koch-Platz 7
10115 Berlin
Tel. 030 24625353
Fax 030 24625333
E-Mail: a.bueno@bvdd.de

Sprechzeiten:

Montag bis Freitag
10.00–16.00 Uhr

Editorial

- 3 — **Schlaglichter zwischen Historie und Zukunft**
Dr. Rüdiger Fritz
- **Auf ein Wort**
Ralf Blumenthal

Grußworte

- 6 — **„Zeichen gesetzt für konstruktive Selbstverwaltung“**
Rudolf Stadler
- 7 — **„In Berlin spielt die Musik und wird die Politik gemacht“**
Günther Jonitz

Festakt

- 8 — **Wir sind das Fach der langen Grenzen**
BVDD richtet zum 60-jährigen den Blick in die Zukunft

Fakten

- 14 — **Der Zenit ist überschritten**
Seit 2009 geht die Zahl der Mitglieder langsam zurück
- 16 — **Amtsträger und Auszeichnungen**
- 18 — **Adressen**

Gesundheitspolitik

- 22 — **Auftrag und Verpflichtung**
60 Jahre BVDD: Politische Bilanz und Ausblick
- 30 — **Nach der Reform ist vor der Reform**
Der Gesetzgeber korrigiert im Jahrestakt – neuerdings auch eigene Entscheidungen
- 32 — **Blumen für die Gesundheitsministerin**
Hautärzte-Kampagnen machen der Gesundheitspolitik Beine
- 38 — **Dermatologie – quo vadis?**
Das gemeinsame BVDD/DDG-Forum ist seit zehn Jahren eine strategische Keimzelle
- 40 — **Vom toten Meer in die Hautarztpraxis**
Die ambulante Balneo-Photo-Therapie wird Kassenleistung
- 42 — **Das Hautkrebscreening als IGeL hat Konkurrenz bekommen**
Wachsende Zahl an Hauttumoren veränderte die Lage in der GKV
- 44 — **Zu schlecht bezahlt oder zu aufwendig?**
Strukturvertrag ambulante OP fand nur langsam Zuspruch
- 46 — **Ihr Dermatologe kann mehr als die Kasse bezahlt**
IGeL gehen über das Krankenkassenangebot hinaus

Zeit der Wende

- 52 — **Wir verkaufen Ihnen nichts, aber vertreten Ihre Interessen**
Gründungswelle des BVDD in der Zeit der „Wende“ im Osten
- 56 — **Das gesundheitspolitische System bleibt reformbedürftig**
Rückblick: Die Gründung des ersten Landesverbandes im Osten
- 58 — **Die Wende – eine Herausforderung**
KV-Aufbau Ost im Namen der Freiberuflichkeit

Verbandsentwicklung

- 60 — **Zwei Geschäftsstellen unter einem Dach**
Am Anfang stand eine Einladung nach Berlin
- 62 — **Vom Mitteilungsblatt zum Deutschen Dermatologen**
Impressionen aus der Geschichte der innerverbandlichen Kommunikation im BVDD
- 65 — **DDG und BVDD ziehen an einem Strang**
Wissenschaftliche Basis und aktive Berufspolitik gehören zusammen
- 68 — **Die Breite des Fachs weckt Begehrlichkeiten**
Dermatologische Subspezialitäten unter Wettbewerbsdruck
- 70 — **Rechtsberatung unverzichtbarer Begleiter des Tagesgeschäfts**
Das Dermatologen-Urteil des Bundessozialgerichts zwang die KBV zum Einlenken
- 72 — **Satzungsänderungen im Zeichen der Professionalisierung**
Rechtliche Neuregelungen trugen der verbandlichen Entwicklung Rechnung
- 74 — **Drei Fälle in rund zwei Jahrzehnten**
Der Ehrenrat, seine Aufgaben, seine Fälle
- 76 — **Qualitätsoffensive in der Dermatologie**
Der BVDD fühlte sich früh der Leitlinienarbeit verpflichtet
- 78 — **Ja zur Fortbildung – aber freiwillig und selbst organisiert**
Der BVDD fühlt sich der akademischen Freiheit verpflichtet
- 80 — **Die DDA organisiert Fortbildung in vier Regionen**
Chipkarte und Zertifikate bieten den Mitgliedern umfassenden Service

- 83 — **Impressum**

Die Zeit der Wende

Noch vor zehn Jahren war es nicht möglich Innenansichten über die Dermatologie in der DDR zu veröffentlichen. Mittlerweile gelingt eine distanziertere Betrachtung der eigenen DDR-Geschichte.

51



Der BVDD entwickelt sich weiter

Die Erwartungen der BVDD-Mitglieder an Qualität und Umfang der verbandlichen Leistungen sind mit den Jahren gestiegen.

59



Titel

Ein Bild sagt mehr als viele Worte – die Festschrift zum 60-jährigen Bestehen des BVDD bietet mehr als zwei Dutzend Beiträge zu wichtigen Aspekten der Entwicklung des Verbandes und eben zahlreiche Bilder, die – pars pro toto – Momente der jüngeren Verbandsgeschichte lebendig werden lassen.



Zeichen gesetzt für konstruktive Selbstverwaltung

Im Namen der wissenschaftlichen Vereinigung deutschsprachiger Dermatologen, der DDG, übermittle ich die herzlichsten Glückwünsche zum 60-jährigen Bestehen des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen.

60 Jahre Berufsverband spiegeln die deutsch-deutsche Geschichte wider, den Aufbau der Dermatologie im Nachkriegsdeutschland und zu unserer großen Freude, einen gemeinsamen Weg nach der Wiedervereinigung beider Teile Deutschlands. Neben dem Aufbau der klinischen Medizin war es vor allen Dingen Aufgabe des Berufsverbandes, die ambulante flächendeckende Versorgung hautkranker Patienten sicherzustellen. Mit dem Blick zurück kann man festhalten, dass dies dem Berufsverband der Deutschen Dermatologen und den darin organisierten, mehr als 3.500 Dermatologinnen und Dermatologen in herausragender Weise gelungen ist.

Dermatologie konnte als Organfach mit seinen Subspezialitäten erhalten werden. In diesem Zeitraum haben epochale Entwicklungen in der Dermatologie Einzug gehalten. Zu Beginn der 60er-Jahre war die Dermatologie noch ein morphologisches Fach. Die Lokalthherapie dominierte. Mit dem biologischen Fortschritt und pathophysiologischen Erkenntnissen wurden die bisherigen Therapien durch neue Systemtherapien ergänzt, originär in der Dermatologie entwickelt. Als Beispiele seien die Retinoide genannt und in der jüngsten Dekade die Biologika.

Parallel zu diesem medizinischen Fortschritt wurden unzählige Gesundheitsreformen verabschiedet. Die Medizin geriet zunehmend unter ökonomischen Druck und wurde somit vor große Herausforderungen gestellt. Die jeweiligen Präsidenten des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen und der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft haben frühzeitig diese Entwicklung antizipiert und ein gemeinsames Handeln beider Verbände eingeleitet. Dies mündete letztendlich in eine räumliche Zusammenführung beider Verbände in der Kaiserin-Friedrich-Stiftung in Berlin. Es war hiermit die Plattform für richtungweisende gemeinsame Handlungen zwischen den Präsidien beider Verbände gelegt. In den Vorstandssitzungen konnten die jeweiligen Präsidenten und ihre Vertreter meinungsbildend eingreifen.

Aus dieser Gemeinsamkeit heraus und vor der gesetzlichen Notwendigkeit, Fortbildung zu strukturieren und mit Punkten zu hinterlegen, wurde die Deutsche Dermatologische Ausbildungsakademie (DDA) gegründet. Die Präsidenschaft wechselte zwischen den beiden Gesellschaften. Hiermit hat die Dermatologengemein-



© DDG

Präsident der DDG
Prof. Rudolf Stadler

Prof. Rudolf Stadler meint, dass die Wahrung dermatologischer Interessen ohne das gemeinsame Handeln von BVDD und DDG kaum möglich wäre.

„Nur durch gemeinsames Handeln werden wir die gesetzlichen Leistungsträger von einer hochwertigen Behandlung dermatologischer Krankheitsbilder überzeugen können.“

schafft ein Zeichen gesetzt in der konstruktiven Selbstverwaltung, Wissen auf höchstem Niveau innerhalb einer Fachgruppe zu verbreiten. Die DDA wird zukünftig besonders Aufgaben in der Fort- und Weiterbildung innerhalb der deutschsprachigen Dermatologie übernehmen.

Die Ökonomisierung der Medizin hat beide Gesellschaften vor größte Herausforderungen gestellt. Zur Beantwortung konkreter Fragen sind krankheitsrelevante Daten (Kostengewichtung, demographische Entwicklungen etc.) von grundsätzlicher Bedeutung. Hierzu wurde mit gemeinsamer Unterstützung des ersten Gesundheitsforschungszentrums CVderm am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf unter der Leitung von Prof. Matthias Augustin eine entscheidende Grundlage geschaffen, die Diagnostik und Behandlung von Hautkrankheiten mit den notwendigen Budgets zu hinterlegen. Als Beispiel sei die Etablierung von Psoriasisnetzen mit der Formulierung sozialmedizinisch relevanter Zielpunkte genannt.

Als Höhepunkt des bisherigen gemeinsamen Wirkens ist die Etablierung des Hautkrebscreenings, das seit Juli 2008 gesetzlich verankert ist, zu nennen. Trotz vieler Widerstände ist die Hautkrebsvorsorge in Deutschland eine Erfolgsgeschichte, um die uns andere Gesellschaften weltweit beneiden. In einer gemeinsam eingerichteten Task-Force wurden Begleitforschungsprogramme entwickelt, die den Wert von Vorsorgeuntersuchungen gegenüber der Gesellschaft belegen sollen.

Neben dieser jüngeren Erfolgsgeschichte gilt es, dem wirtschaftlichen Verfall medizinischer – insbesondere dermatologischer Leistungen – in Praxis und Klinik entgegenzuwirken. Nur durch gemeinsames Handeln werden wir die gesetzlichen Leistungsträger von einer hochwertigen und zeitgemäßen Behandlung dermatologischer Krankheitsbilder überzeugen können. Dies gilt vor allen Dingen in der Dermatookologie, die moderne persona-

lisierte Medizin auf diesem Sektor flächendeckend umzusetzen.

Ich bin zuversichtlich, dass wir diese Herausforderungen meistern werden, insbesondere bei der überaus vertrauensvollen Zusammenarbeit mit dem jetzigen Präsidium des Berufsverbandes in Vertretung durch den Präsidenten Michael Reusch.

Lieber Michael, die DDG möchte Dir auch ganz persönlich für Deine tragende Rolle innerhalb des Berufsverbandes, aber auch der deutschsprachigen Dermatolo-

gie danken. Deine ausgleichenden und sehr wohl überlegten Stellungnahmen sind für uns von besonderem Wert und waren für beide Verbände stets lösungsorientiert.

Die DDG wünscht Dir persönlich und dem BVDD im Interesse unserer Dermatologen-Familie eine überaus erfolgreiche Zukunft für unsere Patienten und unser Fach.

In Berlin spielt die Musik und wird die Politik gemacht

Herzlichen Glückwunsch zum 60-jährigen Jubiläum des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen. Ich freue mich, dass Sie in Berlin gefeiert haben. In Berlin spielt die Musik. Hier wird Gesundheitspolitik gemacht. Diese Politik hat Auswirkungen auf uns alle. Wie Sie alle wissen, entsteht Politik ganz einfach: Meinung macht Politik – Politik schafft Tatsachen. Wer sich an der Meinungsbildung nicht beteiligt, muss vergegenwärtigen, dass die Politik Tatsachen ohne ihn oder gegen ihn schafft. Deshalb ist es wichtig, dass der Berufsverband der Deutschen Dermatologen kontinuierliche Präsenz zeigt und sich an den richtigen Stellen klug in die politische Meinungsbildung einmischt.

Die Grundvoraussetzungen der Dermatologie sind dabei nicht einfach. Die Dermatologie ist kein besonders großes Fach. Die Dermatologen stel-

„Wer sich an der Meinungsbildung nicht beteiligt, muss vergegenwärtigen, dass die Politik Tatsachen ohne ihn oder gegen ihn schafft.“

len nicht die Mehrheit in Kammerversammlungen oder Ärztetagen und sind in der Regel zur Durchsetzung von Interessen in entsprechenden Organisationen auf Verbündete angewiesen. Dies ist in der Vergangenheit offensichtlich sehr gut gelungen.

Dazu gratuliere ich Ihnen, allen voran denjenigen, denen Sie in den letzten Jahren die Leitung Ihres Verbandes anvertraut haben.

Die Dermatologie ist ein kleines Fach, aber ein sehr großes Gebiet der Medizin. Sie deckt sämtliche Extreme ab, von malignen Erkrankungen der Haut bis zur plastisch-ästhetischen Medizin und Kosmetik. Durch die Patienten, die zu Ihnen kommen, sind Sie mit einem sehr weiten Spektrum an Anliegen an die Medizin und Patientennöten befasst. All diesen unterschiedlichen Patienten und Klienten begegnen Sie mit Respekt und hohem fachlichen Können. Durch die Erweiterung des Faches um den kosmetischen Bereich haben Sie die Rolle des Arztes verän-



© Ärztekammer Berlin
Präsident der Ärztekammer Berlin
Dr. Günther Jonitz

Dr. Günther Jonitz ist überzeugt, dass die BVDD-Geschäftsstelle in der Bundeshauptstadt genau richtig positioniert ist.

dert. Wie die Dermatologen mit dieser Rollenänderung klarkommen, würde ich bei Gelegenheit gerne von Ihnen lernen. So oder so ist gewährleistet, dass Eingriffe jeglicher Art an der Körperoberfläche und aus welchem Grund auch immer auf hohem fachlichen Niveau und in ärztlicher Verantwortung stattfinden. Dies ist ein Qualitätsmerkmal.

Auf die Leistungsfähigkeit und die Spannweite Ihres Faches können Sie stolz sein. Ich wünsche mir, dass es auch weiterhin gelingt, die Herausforderungen mit den Ansprüchen bestehender Regelwerke (z. B. Weiterbildungsordnung) in einen harmonischen Einklang zu bringen. Ich darf Ihnen für die Zukunft alles Gute wünschen und freue mich auf die weitere Zusammenarbeit.

„Wir sind das Fach der langen Grenzen“

BVDD richtet zum 60-jährigen den Blick in die Zukunft

WOLFGANG HARDT

BERLIN – Fast auf den Tag 60 Jahre nach der Gründungsversammlung des „Verbands der Niedergelassenen Dermatologen Deutschlands“ feierte der „Berufsverband der Deutschen Dermatologen“ am 4. November in der Bundeshauptstadt sein 60-jähriges Bestehen: mit fast 100 Gästen, Musik präsentiert von Jazz'n more und einem Empfang in den feierlich-schlichten Räumen des Kaiserin-Friedrich-Hauses.

Nicht in erster Linie die Erfolgsbilanz aus 60 Jahren Verbandsgeschichte bestimmte das mehr als dreistündige Programm, sondern Zukunftsfragen: die Rolle der Fachgruppe im zukünftigen Versorgungsgeschehen, das Spannungsfeld zwischen medizinischer Evidenz und der Versorgungswirklichkeit und nicht zuletzt die künftigen Folgen der gesellschaftlichen Entwicklung mit einem wachsenden Anteil alter Menschen und steigender Morbidität, in dem niedergelassene Dermatologinnen und Dermatologen in Zukunft ihren Beruf ausüben.

Gute Arbeit verdient gutes Geld

Die demographische Entwicklung, so stellte Bundesärztekammerpräsident Prof. Frank Ulrich Montgomery in seinem Vortrag zum Festtag fest, führe zu deutlich mehr Arbeit für die Ärzte. Dazu präsentierte er eindrucksvolle Zahlen: „In den nächsten 20 Jahren legen die heute bereits Geborenen nochmals um vier Jahre bei ihrer Lebenserwartung zu“, erklärte Montgomery. Die Altersgruppe der über 65-Jährigen werde bis 2050 um 6,3 Millionen, die der über 80-Jährigen um 6,1 Millionen Menschen wachsen. Dadurch würden in den nächsten Jahrzehnten auch

genau die Krankheiten zunehmen, die besonders Ältere betreffen: Lungenentzündung, Makuladegeneration und Demenz. „Bis zum Jahr 2050 werden 3 % der Bundesbevölkerung dement sein“, warnte der Bundesärztekammerpräsident. Das sei eine der zentralen Herausforderungen. Allerdings wundere er sich immer, mit welcher Lässigkeit die Verantwortlichen in der Politik über diese Zahlen hinweggingen.

Hinzu komme, dass dem zunehmenden Behandlungsbedarf sinkende Arztzahlen gegenüberstünden. Bis 2020 müsse eine Lücke von knapp 120.000 Ärztinnen und Ärzten gefüllt werden, die durch Alter, Krankheit oder Auswanderung entstehe. „Dem können wir aber nur einen Nachwuchs von knapp 82.000 jungen Ärzten entgegenstellen“, so der Bundesärztekammerpräsident. Immer mehr würden ins Ausland abwandern, etwa 1.000 pro Jahr. „Aber das sind die Besten“, warnte Montgomery. Dieser Braindrain bereite ihm



Die Band von Dr. Steffen Gass, Jazz'n more aus dem ober-schwäbischen Günzburg, sorgte im großen Hörsaal des Kaiserin-Friedrich-Hauses für beschwingte Unterhaltung zwischen den Redebeiträgen.



Die Mitglieder des erweiterten Präsidiums der DDG, darunter auch die Alterspräsidenten, waren als Gäste geladen. Im Bild von links nach rechts: Prof. Erwin Schöpf, DDG-Generalsekretär Prof. Roland Kaufmann und DDG-Präsident Prof. Rudolf Stadler



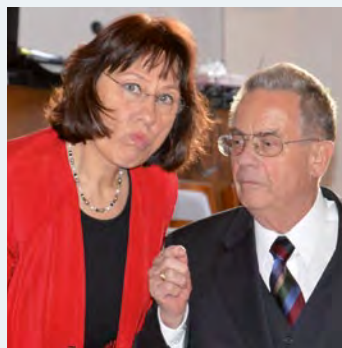
Zwanglos kamen die Gäste des Festakts miteinander ins Gespräch.



Von links: Prof. Erwin Schöpf, Dr. Klaus Holzegel und Ursula Reusch



Die BVDD-Mitarbeiterinnen Andrea Bode, Dagmar Höhner, Martina Weyh und Gabriela Götze



Angelika Bueno Román und Dr. Klaus Holzegel



Dr. Peter Pierchalla und Kerstin Drinnenberg



Dr. Uwe Schwichtenberg, Dr. Thyra Bandholz und ihre Praxispartnerin Dr. Antje Boetius-Thomsen



Im Bild von links nach rechts Prof. Enno Christophers, Prof. Gerd Klaus Steigleder und Prof. Erwin Schöpf



Grußworte des Berliner Ärztekammerpräsidenten Dr. Günther Jonitz (a) und des DDG-Präsidenten Prof. Rudolf Stadler (b) brachten die Verbundenheit mit dem BVDD zum Ausdruck. Zukunftsfragen rückten Prof. Frank U. Montgomery (c), Dr. Rainer Hess und Prof. Gerd Glaeske in den Brennpunkt des Interesses. Durch die Festveranstaltung führte moderierend BVDD-Präsident Dr. Michael Reusch (d).

große Sorgen. Auch in der Dermatologie sei durch Nachwuchsmangel in Zukunft wahrscheinlich keine flächendeckende Versorgung mehr gewährleistet.

Zur Lösung des Problems forderte Montgomery, den Arztberuf wieder attraktiver zu gestalten. Um das zu erreichen,

plädiere er dafür, mit den Verarmungstheorien aufzuhören und klar zu sagen, gute Arbeit verdiene gutes Geld. Die Ärzte hierzulande neigten dazu, sich arm zu rechnen und damit den Nachwuchs zu vergraulen. Darüber hinaus, so Montgomery, seien solide Honorare nötig, eben-

so eine tragfähige GOÄ. Im stationären Bereich komme es auf gute Tarifverträge an. „Wir müssen uns außerdem über die Gleichwertigkeit verschiedener Arbeitsformen unterhalten“, betonte der Bundesärztekammerpräsident. Der messianische Streit zwischen den reinen Angestellten im Krankenhaus und den niedergelassenen Freiberuflern greife zu kurz. „Es gibt viele Übergangsstufen, die wir ausloten müssen.“ Darüber hinaus müsse die Weiterbildung in den Fächern gesichert werden, die wie die Dermatologie nicht mehr im Krankenhaus vorkommen würden.

Zur Umsetzung der Ziele könne die Ärzteschaft selbst sehr viel beitragen, betonte Montgomery und nannte hier die Verbesserung der Weiterbildung, die Schaffung arbeitnehmergerechter Arbeitsverhältnisse, den Bürokratieabbau in Praxis und Klinik sowie die Renovierung der Gebührenordnung. „Zudem müssen wir neue Versorgungsformen anbieten“, forderte der Bundesärztekammerpräsident. Das heiße, eine höhere Zahl an Medizinischen Versorgungszentren und ärztlichen Angestelltenverhältnissen in Praxen zu schaffen, aber auch die Möglichkeit attraktiver zu gestalten, mehrere Praxissitze zu eröffnen.

Fachliche Expertise des Berufsverbandes hat Gewicht

Eine Lanze brach Dr. Rainer Hess für die Notwendigkeit des Evidenznachweises von medizinischen Leistungen. „Ich plädiere dafür“, erklärte der ehemalige Vorsitzende des Gemeinsamen-Bundesausschusses (G-BA), „dass die Medizin, die sich selbst das Instrument der Evidenz gegeben hat, akzeptiert, dass wir dieses Instrument auch einsetzen müssen.“ Und das auch als Methode, um politische Entscheidungen vorzubereiten, nämlich ob eine Leistung in den GKV-Leistungskatalog aufgenommen wird oder nicht.

Hess sagte, dass in einem solidarisch finanzierten Gesundheitswesen, die Versicherungsgemeinschaft Anspruch darauf habe, dass nur das bezahlt werde, was gesichert sei. „Wir brauchen ein System, in dem wir die Spreu vom Weizen trennen können“, erklärte Hess. Ansonsten müsse entweder alles bezahlt werden oder es gebe Willkür oder aber nur die Kassen würden darüber entscheiden. „Dem Kranken muss ich gewährleisten, dass er das Notwendige

bekommt“, so Hess. Dazu brauche es den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), dessen Leistungen auf Evidenz hin überprüft werden müssten.

Es stelle sich nicht die Frage „Evidenz ja oder nein?“, sondern welche Evidenzstufe einer Entscheidung zugrundegelegt werden solle. „Mit einer randomisierten kontrollierten Studie zur Balneo-Phototherapie haben Sie es geschafft, uns zu überzeugen, dass die Leistung Nutzen hat“, wandte sich Hess an BVDD-Präsident Dr. Michael Reusch und an den DDG-Präsidenten Prof. Rudolf Stadler. Das sei die höchste Evidenzstufe gewesen. Doch es gebe auch viele Beispiele, so Hess, bei denen der G-BA nicht die oberste Messlatte angelegt habe.

Anschaulich stellte der Jurist dar, wie der G-BA funktioniert. „Der Bundesausschuss ist in seiner Zusammensetzung kein wissenschaftliches Gremium, sondern ein politisches“, betonte Hess. Hier würden Meinungen und Interessen gegeneinander gestellt. „Die Unparteiischen haben das dann auszugleichen.“ Mit ihrer Stimme komme eine Entscheidung zustande. Die Bundesärztekammer habe im G-BA zwar kein Stimmrecht, aber ihre Einschätzung sei äußerst wichtig, ebenso die der Berufsverbände und der Patientenorganisationen.

Allerdings habe die Entscheidungsfindung im Gremium durchaus Schwächen, gab Hess unumwunden zu: „Was ist, wenn wir eine neue Leistung haben, aber die Evidenz nur mit einer kostenintensiven Studie belegen können?“ Dann müsse man die Evidenz verneinen und die Leistung mit teuren Methoden, deren Evidenz vorliege, substituieren. Das sei zwar wenig sinnvoll, „für dieses Problem hat der Bundesausschuss aber noch keine Lösung“, stellte Hess fest.

Zudem wirke sich fehlende Evidenz sehr ungleichgewichtig in der ambulanten und stationären Versorgung aus. „Stationär darf alles weitergemacht werden, nur ambulant gibt es die Hürde der evidenzbasierten Medizin“, erklärte Hess. Das Bett könne jedoch nicht entscheidend sein für die Frage, ob etwas evident sei oder nicht. „Wobei wir allerdings die Innovations-schiene Krankenhaus brauchen“, so der ehemalige G-BA-Vorsitzende, „um zunächst Erfahrungen sammeln zu können.“

Eine Verbesserung bringe der neue § 137e des SGB V. Er stelle eine Brücke



Die Gäste der Jubiläumsveranstaltung lauschten interessiert den Vorträgen.

zwischen stationärem und ambulantem Sektor dar. Komme eine neue Leistung ins Krankenhaus, deren Nutzen aber noch nicht evidenzbasiert geklärt sei, der G-BA aber ein Potenzial erkenne, könne das Gremium in Zukunft selbst eine Studie in Auftrag geben und sich an den Kosten beteiligen. „Wenn Sie sich als Berufsverband als Anbieter einer Leistung einstufen, können Sie selbst eine solche Studie beantragen“, machte Hess den Anwesenden Mut,

dieses Instrument in Zukunft zu nutzen. Der G-BA beteilige sich mit eigenen Haushaltsgeldern an der Finanzierung solcher Studien.

Der Patient muss sich auf die Diagnose verlassen können

Den Finger in die Wunde „Unter-, Über- und Fehlversorgung“ legte in seinem Vortrag der Gesundheitsökonom Professor Dr. Gerd Glaeske vom Zentrum für Sozi-



In der Abschlussrunde stellten sich die Referenten den kritischen Nachfragen von DDG-Präsident Dr. Rudolf Stadler und BVDD-Vizepräsident Dr. Klaus Strömer. Prof. Matthias Augustin moderierte. Auch das Publikum wurde einbezogen.

alpolitik an der Universität Bremen. Neueste Zahlen zeigten, dass die Psoriasis beispielsweise mit einer Prävalenz von 2,7 % ähnlich häufig sei wie Herzinfarkte. Schätzungsweise jeder zweite Patient mit mittelschwerer bis schwerer Psoriasis bleibe jedoch unterversorgt. Was ihn, so Glaeske, allerdings sehr irritiert habe, seien Studienergebnisse zur Verwendung von Arzneimitteln bei der Behandlung der Schuppenflechte. „Bei der Verschreibung topischer Arzneimittel sind die Dermatologen weit führend“, legte er dar.

„Wobei ich davon ausgehe, dass die Fachgruppe der Dermatologen weiß, was sie tut.“ Dagegen lägen die Dermatologen beim Einsatz systemischer Arzneimittel im Vergleich zu Internisten und Allgemeinmedizinern weit hinten.

„Das bringt mich zum Nachdenken“, konstatierte der Pharmazeut. Eigentlich müsse es umgekehrt sein. Immerhin wirkten doch die Dermatologen Leitlinien umsetzend, wie Glaeske formulierte. Er gehe davon aus, dass es hier Über- und Fehlversorgung gebe. „Vielleicht werden

auch die Leitlinien im eigenen Haus nicht richtig interpretiert“, warf Glaeske in den Raum. Die Frage müsse sein, wen man als Referenzgruppe nehme, die Dermatologen oder andere Arztgruppen, die mit dem Krankheitsbild eigentlich weniger zu tun hätten.

Gleiches gelte in noch stärkerem Umfang bei den Biologicals, merkte Glaeske an. Sie seien komplizierte Produkte, die eine sehr differenzierte Anwendung nötig machten. „Da sehen wir wieder, dass die Dermatologen bei den Verschreibungen weit unten liegen, während andere Arztgruppen wie Internisten im Vordergrund stehen.“ Auch da müsse man sich fragen, ob die Kompetenz in der Fachgruppe vergessen werde. Immerhin stellten in den allermeisten Fällen Dermatologen die Erstdiagnose Psoriasis. „Erst dann diffundieren die Patienten zu Internisten und Allgemeinmedizinern“, so Glaeske. Hier wünsche er sich intensivere Kooperationen zwischen den Fachgruppen.

Dass manche medizinische Leistung besser in den Händen der Fachärzte aufgehoben ist, machte der Gesundheitsökonom am Beispiel des gesetzlichen Hautkrebscreenings (HKS) deutlich. „Ich kenne viele Allgemeinärzte, die nach Möglichkeiten suchen, etwas hinzuzuverdienen, und ich kenne auch viele Allgemeinmediziner, die sich in relativ kurzer Zeit die Berechtigung erworben haben, das Hautkrebscreening durchzuführen“, merkte Glaeske kritisch an. Wenn man aber die Qualität vergleiche zwischen dem Erkennen von Hautkrebs durch Hausärzte und dem durch Dermatologen, seien die eklatanten Unterschiede zugunsten der Fachgruppe auffallend. Glaeske präsentierte Zahlen, die nach der eintägigen Einführungsschulung gemessen worden waren. Besonders auffällig sei der Unterschied ausgerechnet beim gefährlichen Basalzellkarzinom, so der Experte: Während die Dermatologen zu 86 % die richtige Antwort gaben, waren es bei den Hausärzten nur 51 %.

„Da muss man sich fragen, was an der Qualitätssicherung nicht in Ordnung ist.“ Oder sogar, ob es sinnvoll sei, dass die Hausärzte mit eingebunden würden. Bei einem so komplizierten Bereich des Screenings müsse der Patient sicher sein können, dass der Hausarzt nicht bei jedem zweiten Fall das Richtige übersehe, forderte

Glaeske. Zwar sei ihm klar, dass die Dermatologen alleine nicht ein flächendeckendes Screening bewerkstelligen könnten. „Ich würde aber erst einmal eine Bremse einziehen. Jetzt muss zunächst gezeigt werden, dass hier eine vernünftige Diagnostik stattfindet“, betonte Glaeske. „Wir brauchen hohes Vertrauen in der Bevölkerung für diese Untersuchung.“

Die deutsche Dermatologie hat Meilensteine markiert

BVDD-Präsident Dr. Michael Reusch rückte in seiner Einführung zum Festakt wichtige Erfolge, die der BVDD in der vergangenen Dekade erreicht hat, in den Mittelpunkt. Bereits 1952 im Mitteilungsheft zur Gründung sei gefordert worden, dass die Dermatologen zuständig sein sollten für Berufserkrankungen. Dies sei umgesetzt worden: Bei der Anerkennung von Berufskrankheiten mache die Dermatologie heute einen hohen Anteil aus. „Jetzt sind wir an dem Punkt“, führte Reusch weiter aus, „dass nächstes Jahr die aktinische Keratose, aber auch das Plattenepithelkarzinom als Berufskrankheiten anerkannt werden.“ Zudem sei der Berufsverband sehr zuversichtlich, dass die neue Bestimmung auch für das Basalzellkarzinom kommen werde.

Als weitere Erfolge nannte Reusch die Gründung der Deutschen Dermatologischen Akademie 1999 gemeinsam mit der DDG, die flächendeckende Einführung von Qualitätszirkeln und nicht zuletzt die intensive Leitlinienarbeit mit der DDG, aus der die S3-Leitlinien zur Psoriasis und zum malignen Melanom hervorgegangen sind. „Das sind Meilensteine“, betonte Reusch, „die es im europäischen Ausland so nicht gibt.“ Das Gleiche gelte für die Breite des Faches in Deutschland, die in Europa einmalig sei. Darüber hinaus sei mit der Gründung des CVderm im Jahr 2005 die Versorgungsforschung erfolgreich in Angriff genommen worden.

Allerdings sei es auch nicht immer leicht, so Reusch, als kleine Fachgruppe verstanden zu werden. „Wir sind das Fach der langen Grenzen, das heißt, wir sind nicht die Einzigen, die an der Haut operieren.“ Umso wichtiger sei es, die Leistungsfähigkeit des Faches herauszustellen. Dies gelang dem BVDD-Präsidenten eindrucksvoll mit Daten zum malignen Melanom. Der schwarze Hautkrebs gehöre

zu den am meisten zunehmenden Tumoren in Deutschland. Bei Frauen stehe er bereits an fünfter, bei Männern an achter Stelle der häufigsten Krebserkrankungen. Diese Versorgungslast trügen die Dermatologen. „Hautkrebserkrankungen werden fast ausschließlich bei uns operiert“, betonte Reusch – und das mit Erfolg: Bei der Sterblichkeitsrate in Europa liege Deutschland mit 12,9 % exzellent auf dem vorletzten Platz, nur die Schweiz sei besser. Das zeige, wie wichtig eine fachspezifische Onkologie sei. „Wir hoffen“, erklärte Reusch, „dass das Hautkrebsscreening nächstes Jahr prolongiert wird.“ Für Schleswig-Holstein gebe es Zahlen des dortigen Krebsregisters, die zeigten, dass die Früherkennung offenbar bereits zu einer Absenkung der Sterblichkeit beim malignen Melanom um 50 % geführt habe. Dort fand bereits 2004 ein Pilotversuch zum heutigen Hautkrebsscreening im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung statt. ■

Der Zenit ist überschritten

Seit 2009 geht die Zahl der Mitglieder langsam zurück

Von seiner Gründung im Jahr 1952 an verzeichnete der Berufsverband der Deutschen Dermatologen ein kontinuierliches Mitgliederwachstum. Gleichzeitig stieg der berufspolitische Organisationsgrad von anfänglich rund 55 % auf heute mehr als 96 %. Seit drei Jahren sorgt der demographische Faktor jetzt erstmals für einen Mitgliederrückgang.

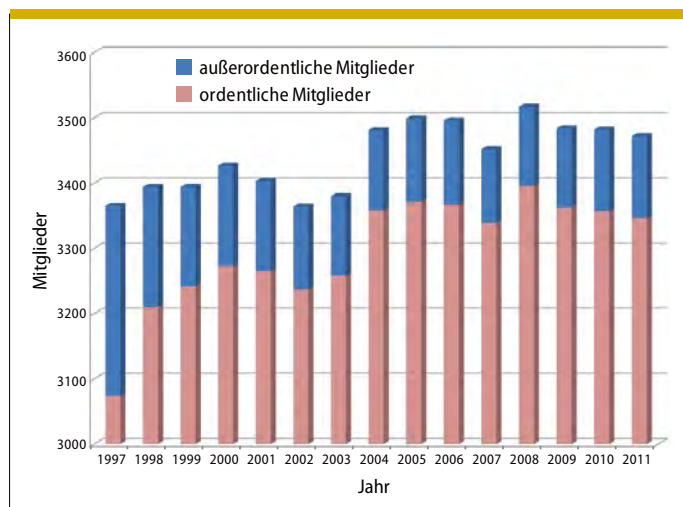
Wichtige Weichen für die Mitgliederentwicklung stellte 1976 eine Änderung der Satzung. Seitdem können auch nicht niedergelassene Hautärztinnen und Hautärzte gleichberechtigtes Mitglied im Berufsverband werden. Noch weit nachhaltiger wirkte der Fall von Mauer und Stachel-draht 1989 und die Angleichung der Rechtssysteme auch in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die ostdeutschen Kolleginnen und Kollegen entdeckten sehr bald nach dem Ende der Teilung der Welt in zwei politische Hemisphären den Berufsverband als ein wichtiges Instrument der gemeinsamen Willensbildung und berufspolitischen Interessenvertretung für sich, so dass von 1991/92 an über Jahre ein starker Zustrom neuer Mitglieder zu verzeichnen war (1992: 496 Mitglieder aus den neuen Bundesländern). Ein Übriges trug die

steigende Zahl der vertragsärztlich tätigen Fachärzte zur positiven Mitgliederentwicklung bei.

Immerhin 20 Jahre benötigte der Berufsverband, bis er die 1.000er-Marke überspringen konnte, die 2.000er-Schwelle wurde 1991 überwunden, die 3.000er-Marke fiel bereits Mitte der 90er-Jahre. Parallel wuchs der Anteil weiblicher Mitglieder von rund 23 % im Jahr 1978 auf 30 % 1990, auf 40 % im Jahr 1992 und schließlich auf heute etwas mehr als 46 %.

In der Gesamtentwicklung war im Jahr 2009 der Zenit überschritten. Demographisch bedingt sinkt seitdem die Zahl der Mitglieder, wenn auch vorerst nur sehr langsam. Der Grund dafür ist übrigens nicht etwa, dass die Hautärzte im Ruhestand in wachsender Zahl austreten, sondern vielmehr, dass weniger neue Mediziner ihre berufliche Tätigkeit als Dermatologin oder Dermatologe aufnehmen. **blu**



Mitgliederentwicklung des BVDD im Zeitraum 1997 bis 2011

Mitgliederentwicklung des BVDD

Jahr	Mitglieder	Frauenanteil
1952	660	-
1953	-	-
1954	710	-
1955	-	-
1956	740	-
1957	-	-
1958	-	-
1959	-	-
1960	-	-
1961	-	-
1962	-	-
1963	745	-
1964	-	-
1965	-	-
1966	-	-
1967	-	-
1968	-	-
1969	-	-
1970	906	-
1971	-	-
1972	1.158	-
1973	-	-
1974	1.203	-
1975	-	-
1976	1.323	-
1977	1.322	-
1978	1.408	23,51 %
1979	1.444	25,07 %
1980	1.518	26,68 %
1981	1.568	27,23 %
1982	1.627	28,40 %
1983	1.788	28,41 %
1984	1.771	30,77 %
1985	1.749	31,56 %
1986	1.742	32,20 %
1987	1.753	32,74 %
1988	1.814	32,69 %
1989	1.878	32,37 %
1990	1.918	33,52 %
1991	2.375	38,74 %
1992	2.565	40,62 %
1993	-	-
1994	-	-
1995	-	-
1996	-	-
1997	3.365	41,84 %
1998	3.394	42,73 %
1999	3.394	41,82 %
2000	3.427	43,52 %
2001	3.403	43,37 %
2002	3.364	43,49 %
2003	3.380	43,55 %
2004	3.481	43,95 %
2005	3.499	44,33 %
2006	3.496	44,65 %
2007	3.452	44,90 %
2008	3.517	45,78 %
2009	3.484	45,67 %
2010	3.482	46,07 %
2011	3.472	46,05 %

Für die Jahre mit fehlendem Eintrag (-) konnten die Zahlen anhand der noch vorhandenen Dokumentation nicht mehr rekonstruiert werden. Der Frauenanteil wurde bis 1977 gar nicht erhoben.

Vorstände des BVDD 1952 bis heute

1. Vorsitzender (Präsident)

1952–1955 Georg Bonk, Köln
 1955–1963 Ludwig Meyer, Peine
 1963–1973 Herbert Aretz, Velbert
 1973–1980 Karl-Heinz Böcker, Walsrode
 1980–1986 Heinz Walther, Pforzheim
 1986–1997 Rüdiger Fritz, Dortmund
 1997–2005 Erich Schubert, Würzburg
 2005–2013 Michael Reusch, Hamburg

2. Vorsitzender (Vizepräsident)

1952–1955 Hubert Ditges, Köln
 1955–1967 Hans Holzamer, Frankfurt
 1967–1973 Helmut Wezel, Fellbach
 1973–1977 Walter Gillesberger, München
 1977–1980 Heinz Walther, Pforzheim
 1980–1986 Rüdiger Fritz, Dortmund
 1986–1994 Hans Haberl, Unterhaching
 1994–1997 Richard Callies, Hannover
 1997–2005 Michael Hornstein, Düsseldorf
 2006–2013 Klaus Strömer, Mönchengladbach

Schriftführer (Generalsekretär), 1. Beisitzer

1952–1956 Friedrich Voss, Köln
 1956–1970 Hans Kandler, Frankfurt
 1970–1973 Heinz Böcker, Walsrode
 1973–1994 Karl-Jürgen Mense, Kassel
 1994–1997 Klaus-R. Gebhardt, Göppingen
 1997–2005 Michael Reusch, Hamburg
 2005–2006 Klaus Strömer, Mönchengladbach
 2006–2013 Klaus Fritz, Landau

Schatzmeister, 2. Beisitzer

1952–1955 Heinz Dreiner, Köln
 1955–1957 Hans-Werner Stiezel, Wolfenbüttel
 1957–1980 Leonhard Burgmann, Frankfurt
 1980–1986 Klaus Holzegel, Wunstorf
 1986–1988 Wolfgang Eggersmann, Nienburg
 1988–1997 Uwe Heyl, Rothenburg/Wümme
 1997–2013 Andreas Timmel, Bergen auf Rügen

3. Beisitzer

1982–1984 Ulrich Berendes, Weinheim
 1984–1986 Wolfgang Eggersmann, Nienburg
 1986–1988 Klaus Holzegel, Wunstorf
 1988–1997 Michael Hornstein, Düsseldorf
 1997–2001 Ulrike Wiemers, Leipzig
 2001–2005 Klaus Strömer, Mönchengladbach
 2005–2009 Kirsten Jung, Erfurt
 2009–2013 Thomas Stavermann, Berlin

4. Beisitzer

1998–2000 Martin Schlaeger, Oldenburg
 2000–2005 Mareile Wengenroth, Wiesbaden
 2005–2006 Klaus Fritz, Landau
 2006–2009 Thomas Stavermann, Berlin
 2009–2013 Steffen Gass, Günzburg

Verbindungsmann zur DDG

1988–1993 Hans-W. Kreysel
 1994–2004 Johannes Petres
 2005–2009 Peter Elsner
 2010–2013 Rudolf Stadler

Referenten des BVDD 1952 bis heute

Presse- und Öffentlichkeit

1988–1995 Johann Alexander von Preyß
 seit 1996 Klaus Fritz

Europäische Facharztfragen UEMS

1988–1993 Rüdiger Fritz, Hans-W. Kreysel
 1994 Rüdiger Fritz
 1995–1998 Rüdiger Fritz, Günther Sebastian
 1999–2005 Michael Hornstein, Harald Gollnick
 2006 Harald Gollnick
 seit 2007 Michael Reusch, Harald Gollnick

Gebührenordnung

1988 Johann Alexander von Preyß,
 Michael Hornstein
 1989–1995 Michael Hornstein
 1996–2008 ./.
 seit 2009 Klaus Strömer

Fortbildung

1988–1992 Helmut Pullmann
 1992–1993 Bernd-Rüdiger Balda
 1994–1997 Rudolf Stadler
 1998–2002 Nanna Schürer
 seit 2003 Ralf U. Peter

Juristische Beratung

1988–2009 Gerd Krieger
 2010 Bernd Halbe
 seit 2011 Andrea Schannath

Weiterbildungsordnung

1988–2007 Johannes Petres
 2008 ./.
 seit 2009 Michael Reusch

Schriftleitung DDD

1988–1991 Heinz Walther
 1992–1999 Klaus Holzegel
 seit 2000 Ralf Blumenthal

Fortbildungsfragen

seit 2006 Martin Schlaeger

Führung der Geschäfte

seit 2006 Erich Schubert

Qualitätsmanagement

seit 2009 Thomas Stavermann

Sonderreferenten des BVDD 1952 bis heute

Allergologie

1988–2005 Barthold Hornung
 2006–2008 Wolfgang Wehrmann
 seit 2009 Kirsten Jung

Ambulante Rehabilitation

1988–1997 ./.
 1998–2005 Joachim Weiß

Balneo-Phototherapie

1997–1999 Frank-Rüdiger Zimmeck

Ambulante Rehabilitation / Balneo-Phototherapie

seit 2000 Bernd Salzer

Andrologie

1988–1994 Hermann-Josef Vogt
 seit 1995 Gerhard Haidl

Angiologie

1988–1991 ./.
 1991 Klaus Hübner

Angiologie / Phlebologie

1993–1997 Klaus Hübner

Angiologie / Phlebologie und Lymphologie

1998–1999 Klaus Hübner



Namensschilder erleichtern in einem Verband mit Delegierten, die aus ganz Deutschland zusammenkommen, das Kennenlernen und die Ansprache.

Angiologie / Phlebologie

seit 2000 Klaus Hübner

Belegarztstätigkeit

1988–1996 Josef Wenning

1997–1998 ./.

seit 1999 Hans Michael Ockenfels

Berufsdermatosen

1988–1990 ./.

1991–1992 Ingo Schindera

Berufsdermatologie und Umwelt

1993–1999 Ingo Schindera

Berufsdermatologie

2000–2006 Ingo Schindera

seit 2007 Arno Köllner

Computerfragen

1988–1991 ./.

1992–1993 Willy Wentz

1994 ./.

1995 Markus Steinert

1996–1997 Ulrich Heidbüchel

seit 1998 ./.

Dermatohistologie

1988–1991 ./.

seit 1992 Heinz Kutzner

Dermatologische Rezepturen

1988–1994 ./.

1995–1996 Hans Haberl

1997–2000 Joachim v. Essen

2001–2008 Klaus Gerecht

2009–2011 Jürgen Weiß

seit 2011 Petra Staubach

Labor

1988–1990 Peter M. Kövary

1991–1997 Claus-Ekkehard Lange

1998 ./.

seit 1999 Gudrun Hamm

Lasertherapie

1988–1994 ./.

1995–1997 Elke Tashiro

1998–2008 Oliver Dörzapf

seit 2009 Gerd Kautz

Lymphologie

1988–1999 ./.

2000–2008 Manuel Cornely, Wilfried Jungkunz

seit 2009 Wilfried Jungkunz

Online-Dienste

1988–1996 ./.

1997 Matthias Herbst

Neue Medien

1998–2001 Matthias Herbst

seit 2002 ./.

Onkologie

1988–1997 ./.

1998–2000 Jochen Meyer

seit 2001 Rolf Ostendorf

Operative Dermatologie

1988–1994 Günter Schwenzer

1995–1997 Karin Behl

seit 1998 Matthias Kießling

Phlebologie

1988–1992 Klaus Hübner

Plastische und Ästhetische Dermatochirurgie

1988–2005 ./.

seit 2006 Thomas Dirschka

Proktologie

1998–1994 Rudolf Alpers

1995–2005 Gerd Aretz

seit 2006 Jan Kirsch

Psychosomatik

1988–1990 Ilse Rechenberger

1991–1994 Uwe Gieler

1995–1997 Walter Schultz-Amling

1998–2005 Ekkehard W. Jecht

2006–2008 ./.

seit 2009 Steffen Gass

Umwelt

1988–1998 ./.

seit 1999 Matina Herholz



Ehre, wem Ehre gebührt

Der BVDD hat zwei Möglichkeiten, verdiente Mitglieder in besonderer Weise auszuzeichnen. Die Einzelheiten sind im „Stiftungsstatut“ förmlich geregelt. Da heißt es: „Der Berufsverband der Deutschen Dermatologen e. V. stiftet eine Verdienstmedaille, um Persönlichkeiten zu ehren, die sich um den Verband und seine Ziele, insbesondere die Vertretung, Förderung und Wahrung der Standes- und gesundheitspolitischen Erfordernisse der dermatologischen Facharztgruppe, verdient gemacht haben.“ Die Ehrenmitgliedschaft kann Personen zuerkannt werden, die sich um den Berufsverband oder seine Ziele besonders verdient gemacht haben. Die Ernennung zum Ehrenmitglied erfolgt auf Antrag des Vorstandes durch die Delegiertenversammlung.

Träger der BVDD-Verdienstmedaille

Altmeyer, Josef
Aretz, Herbert
Bade, Wilhelm
Barkow, Dietrich
Baumann, Rolf
Böcker, Karl-Heinz
Borelli, Siegfried
Braun-Falko, Otto
Burgmann, Leonhard
Callies, Richard
Dreiner, Heinz
Dürre, Gerhard
Fegeler, Ferdinand
Gans, Oskar
Gillesberger, Walter
Grässer, Fritz
Haas, Franz
Hartmann, Wolfgang
Hartung, Jo
Heidbreder, Gunthram
Herrmann, Kurt
Heyl, Uwe
Holzamer, Hans
Holzegel, Klaus
Hornstein, Otto
Johné, Hans
Keilig, Werner
Kirchesch, Herbert
Mayenburg, Jost von
Meinicke, Kurt

Mense, Karl-Jürgen
Meyer, Jochen
Petres, Johannes
Preyss, Johann-Alexander von
Pullmann, Helmut
Ramsauer, Eva
Rieth, Hans
Sattler, Alois
Schmitz, Richard
Scupin, Joachim
Steigleder, Gerd Klaus
Stüttgen, Günter
Vogt, Hermann-Josef
Walther, Heinz)
Weitgasser, Hans
Wezel, Helmut

Ehrenmitglieder des BVDD

Braun-Falko, Otto
Fritz, Rüdiger
Gillesberger, Walter
Holzamer, Hans
Holzegel, Klaus
Krieger, Gerd
Krumm, Dieter
Preyss, Johann-Alexander von
Rassner, Gernot
Schindera, Ingo
Steigleder, Gerd-Klaus
Wezel, Helmut

Ehrenpräsident

Dr. med. Rüdiger Fritz
Cäcilienstr. 16
44309 Dortmund
Tel. 0231 251321
Tel. 0231 2009566 (Büro)
Fax 0231 2009567

Ehrenrat

Vorsitzender
Dr. med. Klaus Holzegel
Brombeerweg 21
06849 Dessau
Tel. 0340 8500261

1. Beisitzer
Dr. med. Rüdiger Fritz
Cäcilienstr. 16
44309 Dortmund

2. Beisitzer
Dr. med. Ulrike Wiemers
Strümpelstr. 41
04289 Leipzig

Bundesvorstand

Präsident
Dr. med. Michael Reusch
Tibarg 7-9
22459 Hamburg
Tel. 040 55495269
Fax 040 55495272
E-Mail: reusch-bvdd@t-online.de

Vizepräsident
Dr. med. Klaus Strömer
Straßburger Allee 7
41199 Mönchengladbach
Tel. 02166 680602
Fax 02166 680662
Tel. 02161 5764560 (privat)
E-Mail: dr.stroemer@t-online.de

Generalsekretär – 1. Beisitzer
Dr. med. Klaus Fritz
Reduitstr. 13
76829 Landau
Tel. 06341 9350523
Fax 06341 9350550
E-Mail: drklausfritz@t-online.de

Schatzmeister – 2. Beisitzer
Dr. med. Andreas Timmel
Markt 26
18528 Bergen auf Rügen
Tel. 03838 24592
Fax 03838 256612
Tel. 03838 23352 (privat)
E-Mail: dr.a.timmel@t-online.de

3. Beisitzer
Dr. med. Thomas Stavermann
Imbuschweg 40
12353 Berlin
Tel. 030 66622433
Fax 030 6032785
E-Mail: dr.stavermann@t-online.de

4. Beisitzer
Dr. med. Steffen Gass
Marktplatz 7
89312 Günzburg
Tel. 08221 32211
Fax 08221 250938
E-Mail: sgass@t-online.de

Verbindungsmann zur DDG
Prof. Dr. med. Rudolf Stadler
Hans-Nolte-Str. 1
32429 Minden
Tel. 0571 7904501
Fax 0571 79094500
E-Mail: Hautklinik@klinikum-minden.de

Justiziarin

Referentin für juristische Beratung des Berufsverbandes
Andrea Schannath
Anfragen über die BVDD-Geschäftsstelle
Tel. 030 24625353
E-Mail: a.bueno@bvdd.de

Geschäftsstelle BVDD

Angelika Bueno Román
Robert-Koch-Platz 7
10115 Berlin
Tel. 030 24625353
Fax 030 24625333
E-Mail: a.bueno@bvdd.de

Referent für Führung der Geschäfte
Dr. med. Erich Schubert
Kessburgstr. 48
97074 Würzburg
Tel. 0931 85141
Fax 0931 85335
E-Mail: dr.erich.schubert@t-online.de

Referenten

Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Dr. med. Klaus Fritz
Reduitstr. 13
76829 Landau
Tel. 06341 9350523
Fax 06341 9350550
E-Mail: drklausfritz@t-online.de

Presse- und Informationsstelle Dermatologie
Wilhelmstraße 46
53879 Euskirchen
Tel. 02251 77625-25
Fax 02251 77625-05
E-Mail: r.blumenthal@bvdd.de

Referent für Europäische Facharztfragen
Dr. med. Michael Reusch
Tibarg 7-9
22459 Hamburg
E-Mail: reusch-bvdd@t-online.de

Prof. Dr. med. Harald Gollnick
Uni-Klinik für Dermatologie und Venerologie
Leipziger Str. 44
39120 Magdeburg
E-Mail: harald.gollnick@med.ovgu.de

Beiträge

I. Ordentliche Mitglieder (Einzelmitgliedschaft) € 350,00
Gemeinschaftspraxen am gleichen Ort mit gemeinsamer Betriebsstättennummer
- von 2 ordentlichen Mitgliedern (2x 280,00 €) € 560,00
- von 3 ordentlichen Mitgliedern (3x 245,00 €) € 735,00
- von 4 ordentlichen Mitgliedern (4x 210,00 €) € 840,00
- für jedes weitere ordentliche Mitglied € 210,00

II. Außerordentliche Mitglieder
Nach § 4 Abs. 3c der Satzung mit Ausnahme der Mitglieder nach a-c. € 155,00
Beitragsermäßigungen können im Einzelfall vom Vorstand gewährt werden. Der Vorstand ist insbesondere ermächtigt, auf Antrag folgende Beitragsermäßigungen vorzunehmen:
a) Klinikassistenten € 45,00
b) ausländische außerordentliche Mitglieder € 45,00
c) Mitglieder ohne ärztliche Tätigkeit € 30,00

III. Der Beitrag für außerordentliche Mitglieder nach § 4 Abs. 3d der Satzung (juristische Personen) wird im Einzelfall vom Vorstand festgelegt. Er ist im Februar des laufenden Jahres fällig.

Der Mitgliedsbeitrag ist satzungsgemäß als Jahresbeitrag zu entrichten. Die Überweisung ist auf Anforderung des Schatzmeisters vorzunehmen. Die Mitglieder sollen auf Anforderung des Schatzmeisters den Bankeinzug veranlassen.

Das Konto des Berufsverbandes: Deutsche Apotheker- und Ärztebank Hannover, BLZ : 300 606 01 - Kto.Nr.: 0 002 174 952

Anschriftenänderungen, Veränderungen der Bankverbindungen der Mitglieder und Änderungen im Status als Mitglied sind dem Schatzmeister rechtzeitig mitzuteilen.

Referent für Fortbildung
Prof. Dr. med. Ralf U. Peter
Erhard-Grözinger-Str. 102
89134 Blaustein
Tel. 0731 9535-0
Fax 0731 9535-35

Referent für Weiterbildungsordnung
Dr. med. Michael Reusch
Tibarg 7-9
22459 Hamburg
Tel. 040 55495269
Fax 040 55495272
E-Mail: reusch-bvdd@t-online.de

Referent für Fortbildungsfragen CME Leitlinien
Dr. med. Martin Schlaeger
Gottorpstraße 12
26122 Oldenburg
Tel. 0441 26092
Fax 0441 25939
E-Mail: schlaeger.derm@t-online.de

Referent für Gebührenordnungsfragen
Dr. med. Klaus Strömer
Straßburger Allee 7
41199 Mönchengladbach
Tel. 02166 680602
Fax 02166 680662
Tel. 02161 5764560 (privat)
E-Mail: dr.stroemer@t-online.de

Referent für Qualitätsmanagement
Dr. med. Thomas Stavermann
Imbuschweg 40
12353 Berlin
Tel. 030 66622433
Fax 030 6032785
E-Mail: dr.stavermann@t-online.de

Sonderreferate

Allergologie
PD Dr. med. Kirsten Jung
Krämpferstr. 6
99084 Erfurt
Tel. 0361 55 04 90
Fax 0361 55 04 82 70

Ambulante Rehabilitation Balneo-Phototherapie
Dr. med. Bernd Salzer
Lohtorstraße 17-19
74072 Heilbronn
Tel. 07131 80301,
Fax 07131 962611
E-Mail: BVDD@dr-salzer.de

Andrologie
Prof. Dr. med. Gerhard Haidl
Klinik und Poliklinik für Dermatologie
Sigmund-Freud-Str. 25
53105 Bonn
Tel. 0228 287-5396
Fax 0228 287-4656
E-Mail: gerhard.haidl@ukb.uni-bonn.de

Belegarztstätigkeitenfragen
Prof. Dr. med. H. M. Ockenfels
Hautklinik,
Klinikum Stadt Hanau
Postfach 2164
63411 Hanau
Tel. 06181 296-5240
Fax 06181 9233344
E-Mail: hautklinikum-hanau@ndh.net

Berufsdermatologie
Dr. med. Arno Köllner
Wallstraße 48-50
47051 Duisburg
Tel.: 0203 288333
Fax.: 0203 288351

Dermatohistologie

Dr. med. Heinz Kutzner
Siemensstr. 6 1
88048 Friedrichshafen
Tel. 07541 60440
Fax 07541 604410
E-Mail: kutzner@w-4.de

Dermatologische Rezepturen

PD Dr. med. Petra Staubach
Hautklinik und Poliklinik der Uni-
versitätsmedizin
Johannes-Gutenberg-Universität
Langenbeckstr. 1
55131 Mainz
Tel. 06131 175244
Fax 06131 175594
E-Mail: petra.staubach@uni-
medizin-mainz.de

Laborfragen

Dr. med. Gudrun Hamm
Kleinschmieden 6
06108 Halle
Tel. 0345 503839
Fax 0345 502009
E-Mail: dr.hamm@t-online.de

Lasertherapie

Dr. med. Gerd Kautz
Am Markt 3
54329 Konz
Tel.: 06501 998163
Fax: 06501 998164
E-Mail: gerdkautz@telemed.de

Lymphologie

Dr. med. Wilfried Jungkunz
Haingraben 11
61169 Friedberg
Tel. 06031 15052
Fax 06031 770717
E-Mail: LeonJoshua@aol.com

Onkologie

Dr. med. Rolf Ostendorf
Viersener Str. 50–52
41061 Mönchengladbach
Tel. 02161 182475
Fax 02161 182476
E-Mail: Ostendorf-Rolf
@t-online.de

Operative Dermatologie

Dr. med. Matthias Kießling
Dammstorstr. 27
20354 Hamburg
Tel. 040 342692
Fax 040 351690
E-Mail: drkiessling
@drkiessling.de

Phlebologie Angiologie

Dr. med. Klaus Hübner
Kasinostraße 17
52066 Aachen
Tel. 0241 67200
Fax 0241 607336

Plastische und Ästhetische Dermatochirurgie

Prof. Dr. med. Thomas Dirschka
Schuchardstraße 15
42275 Wuppertal
Tel. 0202 555656
Fax 0202 2547822
E-Mail: drdirschka@aol.com

Proktologie

Dr. med. Jan Kirsch
Bismarckplatz 1
68165 Mannheim
Tel. 0621 1234750

Psychosomatische Dermatologie

Dr. med. Steffen Gass
Marktplatz 7
89312 Günzburg
E-Mail: sgass@t-online.de

Umwelt

Dr. med. Matina Herholz
Zeil 65–69
60313 Frankfurt
Tel. 069 288175
Fax 069 282542

Beirat

Vorsitzende der Landesverbände

Baden-Württemberg

Dr. med. Bernd Salzer
Lothorstraße 17–19
74072 Heilbronn
Tel. 07131 80301
Fax 07131 962611
E-Mail: BVDD@dr-salzer.de

Bayern

Dr. med. Steffen Gass
Marktplatz 7
89312 Günzburg
Tel. 08221 32211
Fax 08221 250938
E-Mail: sgass@t-online.de

Berlin

Dr. med. Thomas Stavermann
Imbuschweg 40
12353 Berlin
Tel. 030 66622433
Fax 030 6032785
E-Mail: dr.stavermann@t-online.de

Brandenburg

Dr. med. Dietrich Metz
Königstr. 32
16909 Wittstock
Tel. 03394 433412
Fax 03394 400861
E-Mail: dr.d.metz@t-online.de

Bremen

Dr. med. Uwe Schwichtenberg
Kaffeestr. 2
28777 Bremen
Tel. 0421 601066
Fax 0421 6007139
E-Mail: info@dr-schwichtenberg.de

Hamburg

Dr. med. Michael Reusch
Tibarg 7–9
22459 Hamburg
Tel. 040 55495269
Fax 040 55495272
E-Mail: reusch-bvdd@t-online.de

Hessen

Dr. med. Thomas Meyer
Obere Königsstr. 39
34117 Kassel
Tel. 0561 7390039
Fax 0561 7390014
E-Mail: kontakt@hautarzt-meyer.de

Mecklenburg-Vorpommern

Dr. med. Andreas Timmel
Markt 26
18528 Bergen auf Rügen
Tel. 03838 24592
Fax 03838 256612
E-Mail: dr.a.timmel
@t-online.de

Niedersachsen

Dr. med. Peter Thiem
Hasenstr. 17
49565 Bramsche
Tel. 05461 5787
Fax 05461 885592
E-Mail: derma-thiem@t-online.de

Nordrhein

Dr. med. Klaus Strömer
Straßburger Allee 7
41199 Mönchengladbach
Tel. 02166 680602
Fax 02166 680662
E-Mail: dr.stroemer@t-online.de

Rheinland-Pfalz

Dr. med. Ralph von Kiedrowski
Kirchstr. 1
56242 Selters
Tel. 02626 921450
Fax 02626 921451
E-Mail: r.vonkiedrowski@bvdd.de

Saarland

**Dr. med. Micha Meeth
Kommissarischer Vorsitzender**
Saarbrücker Str. 275
66125 Saarbrücken
Tel.: 06897 761828
Fax: 06897 765798
E-Mail: docmime@aol.com

Sachsen

Dr. med. Grit Richter-Huhn
Mary-Krebs-Str. 1
01219 Dresden
Tel. 0351 4719933
Fax 0351 4759051
E-Mail: info@hautarztpraxis-huhn.
de

Sachsen-Anhalt

Dr. med. Gabriele Merk
Lutherstr. 34
06886 Wittenberg
Tel. 03491 467831
Fax 03491 467899
E-Mail: gmerk@me.com

Schleswig-Holstein

**Dr. med. Thyra Caroline
Bandholz**
Preußerstr. 1–9
24105 Kiel
Tel.: 0431 565509
Fax: 0431 56019924
E-Mail: tc.bandholz@gmx.de

Thüringen

PD Dr. med. Kirsten Jung
Krämpferstr. 6
99084 Erfurt
Tel. 0361 550490
Fax 0361 55048270
E-Mail: kirsten-jung@t-online.de

Westfalen-Lippe

Dr. med. Peter Pierchalla
Bochumer Str. 106
45661 Recklinghausen
Tel. 02361 7074,
Fax 02361 7075
E-Mail: dr.pierchalla@t-online.de



Bei sonnigem Aprilwetter präsentiert sich der „Souverän“, die Delegiertenversammlung, vor dem Tagungshotel Abion am Spreebogen in Berlin dem Fotografen.

ÄRZTESTREIK



© Carsten Rehder / dpa

Gesundheitspolitische Bilanz

Seite 22 bis Seite 49

Reformen zeitweise im Jahrestakt, Kostendämpfung, Budgetierung, Rationierung bis hin zur – klammheimlichen – Priorisierung von medizinischen Versorgungsleistungen kennzeichnen seit mehr als zwei Jahrzehnten die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland. Die Bilanz dieser Jahre aus berufspolitischer Sicht zeigt, was dies für den ärztlichen Anspruch und das Selbstverständnis der Berufsgruppe bedeutet. Zugleich wird die Schärfe des Konfliktes verständlich, der hier über Jahre zwischen Ärzten und politischer Öffentlichkeit herangereift ist.

Auftrag und Verpflichtung

60 Jahre BVDD: Politische Bilanz und Ausblick

MICHAEL REUSCH

Die vergangenen 15 Jahre haben massive Veränderungen im Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland gebracht. Das 60-jährige Bestehen des Berufsverbandes stellt eine Zäsur dar: Anlass genug, diesen fulminanten Umgestaltungsprozess sowie seine Auswirkungen auf die Dermatologie und die Verbandsstrukturen kritisch zu reflektieren. Der Festakt zum Jubiläum stellt zugleich den Versuch dar, eine Prognose – Vorschau! – auf die dermatologische Versorgung der nächsten 15 Jahre zu wagen.



© (5) BVDD

Zu den zahlreichen Vertretungsaufgaben der Verbandsleitung zählt nicht nur die Teilnahme an einer großen Zahl von Gremiensitzungen, sondern auch vertrauliche Hintergrundgespräche, etwa wie hier im Bild mit KBV-Vorstand Dr. Andreas Köhler.

Noch zu Beginn des neuen Jahrtausends schien es der Mehrheit der Ärzteschaft und ihrer Standesvertreter erreichbar, die (freiwillige!) Aufgabe fester Punktwerte und die unter dem damaligen Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer begonnene, zunehmende Budgetierung ärztlicher Leistungen zu korrigieren, um Geld und Leistung wieder in Übereinstimmung zu bringen. Doch mit dem rot-grünen Regierungswechsel 1998 begann ein konsequenter Umbau des Gesundheitssystems, dessen langfristige Ziele, Systematik und Intensität über lange Jahre in ihrer Tragweite und Wirk-

samkeit unterschätzt wurden. Während es aus Sicht der organisierten Ärzteschaft galt, wieder zu alten Verhältnissen zurückzukehren, machte sich die Politik daran, den bereits bekannten Elementen einer zunehmend umfassenden Mangelverwaltung einen ideologischen Überbau und ein rechtssystematisches Korsett zu verleihen. Dabei sollte die bislang zentrale Rolle der Ärzteschaft und ihrer Institutionen im Gesundheitssystem zerschlagen und in neue Strukturen überführt werden.

Insbesondere die Abteilungsleiter des Bundesministeriums für Gesundheit, Dr. Hermann Schulte-Sasse und Hans Knieps,

schufen in zunehmendem Tempo ein immer dichteres Bündel systemverändernder Reformschritte, denen die Ärzteschaft zu allermeist nur reaktiv begegnen konnte. Bestenfalls gelang es, den geplanten Veränderungen in Teilen die Spitze zu nehmen und die unsinnigsten Reformvorhaben abzuwehren. Die Kraft für eine proaktive, gestaltende Rolle in der Ausgestaltung des Gesundheitssystems war jedoch verlorengegangen.

Mit der Instrumentalisierung der Begriffe Unter-, Über- und Fehlversorgung – durch den eilfertigen Sachverständigenrat geprägt –, verbunden mit dem Vorwurf der mangelnden Qualität ärztlicher Leistungen und der Parole von der angeblichen Fehlverteilung ausreichend vorhandener Finanzmittel durch die ärztliche Selbstverwaltung, gelang es letztlich fast ein Jahrzehnt lang, die zunehmende medizinische Unterversorgung zu verschleiern und das Fehlen einer ausreichenden Finanzierung politisch zu legitimieren. Dabei machte sich die Politik geschickt die tiefe Spaltung in Haus- und Fachärzte zu eigen. Diese führte zu einer weiteren politischen Lähmung der Ärzteschaft, der es nicht gelang, jenseits von Partialinteressen eine gemeinsame Linie zu finden.

Die besonders unter der Gesundheitsministerin Ulla Schmidt massiv vorangetriebene Umgestaltung wurde nur bedingt von der schwarz-gelben Opposition abgelehnt. Zunehmend fanden sich parteiübergreifende Konsense. Insbesondere die CDU/CSU – lange Zeit von vielen Ärzten als quasi natürlicher politischer Bündnispartner gesehen – war vielfach den Positionen der Sozialdemokraten oder Grünen näher als denen der Ärzteschaft. Nach dem Verlust der rot-grünen Bundesratsmehrheit entstand in dieser Phase de facto eine große Koalition zum Thema Gesundheit zwischen SPD, Grünen und CDU/CSU, die im breiten Konsens insbesondere mit den beiden C-Parteien eine Vielzahl von

weiteren Eingriffen in das Gesundheitssystem vornahm.

Das angebliche Versagen der Selbstverwaltung legitimierte die sogenannte Professionalisierung von KVen und KBV, aber auch der Krankenkassen. Dabei wurden die ärztlichen Vorstände und Vertreterversammlungen drastisch verkleinert. Letztlich führte dies auch zu Problemen in der Nachwuchsgewinnung für die berufspolitische Arbeit, denn viele Ärzte, darunter natürlich auch Dermatologen, haben ihr berufspolitisches Handwerkszeug in diesen Gremien gelernt.

Hand in Hand mit Eingriffen in die Struktur von KBV und KV wurde der Sicherstellungsauftrag durch unterschiedliche Varianten von Selektivverträgen, aber auch die integrierte Versorgung aufgebrochen. Dies führte insbesondere in den Süd-KVen Bayern und Baden-Württemberg, in denen dieser Prozess am weitesten fortgeschritten ist, zu weiteren politischen Spaltungen jenseits der Hausarzt-/Facharzt-Trennung.

War bereits das Element der Spaltung von Haus- und Fachärzten bis in die Honorarverteilung und Organisationsstrukturen von KBV und KVen festgeschrieben, führte das Herausbrechen weiterer Versorgungsanteile durch Selektivverträge zu immer komplizierteren Bereinigungsverfahren, neuen Abstimmungsproblemen und Abrissen in der qualitativen Unterlegung – eine Entwicklung, die die ambulante Versorgung rein organisatorisch zu lähmen drohte.

Maßgebliche Veränderungen im Niederlassungsrecht setzten den Umgestaltungsprozess weg vom Primat des niedergelassenen Arztes hin zu angestellten ambulanten Ärzten in neu geschaffenen Berufsausübungsgemeinschaften bis hin zu den MVZ fort. Gerade in den Metropolregionen findet sich eine dramatisch veränderte Versorgungslandschaft mit mittlerweile hohen Anteilen angestellter Ärzte und einem ausgedehnten, rein privatärztlich orientierten Versorgungsanteil.

Ab 2005 wurde von der schwarz-roten Koalition unter Angela Merkel die bislang informelle „Gesundheitskoalition“ nun auch formalisiert und in personeller Kontinuität im Bundesgesundheitsministerium von Ulla Schmidt und Hans Knieps mit aller Konsequenz weitergeführt. Die Stärkung des untergesetzlichen Normgebers, des



Bei Anhörungen im Gesundheitsausschuss des Bundestags haben die beteiligten Verbände und Organisationen die Chance, ihre Position darzustellen – wenn sie von einem Mitglied des Ausschusses um eine Stellungnahme gebeten werden. So befragte die Dermatologin und SPD-Bundestagsabgeordnete Dr. Marlies Volkmer BVDD-Vizepräsident Dr. Klaus Strömer (dritte Reihe Mitte) bei einer Anhörung zu den Folgen der OTC-Regelung.

Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die weitere Zentralisierung der Normgebung und Geldverteilung in Berlin in der KBV, die Schaffung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und zahlreicher weiterer Instrumente wurden konsequent vorangetrieben.

Langbewährte, aus ärztlicher Selbstverantwortung und -gestaltung entstandene Institutionen wurden durch neue arztferne Bürokratien ersetzt und schufen in dem ohnehin wenig Freiheitsgrade bietenden Gesundheitssystem einen immer erdrückenderen Kontrollwahn, den der damalige Bundesärztekammerpräsident, Prof. Jörg Dietrich Hoppe, treffend als „Misstrauenskultur“ geißelte.

Dabei sorgte Politik dafür, zwar ihren Einfluss erheblich zu intensivieren und staatsnahe, in Berlin zentrierte, mit politischer Aufsicht durchsetzte Instanzen zu schaffen, diese jedoch unter dem Deckmantel der Selbstverwaltung zu belassen. Dies schuf und schafft Gelegenheit, aus Politikersicht die Schuld für Probleme weiterhin in der Selbstverwaltung zu verorten und nicht im Parlament.

Zermürbt und frustriert von der Vielzahl dieser immer neuen Reformen, unterlegt von der unverhohlenen provokant arztfeindlichen Rhetorik einer Ulla Schmidt und ihres „agent provocateur“, Karl Lauterbach, kam es Anfang 2006 zu einem Aufbäumen der Ärzteschaft, das in drei großen Protestkundgebungen in Berlin kulminierte, an denen auch die Dermatologen teilnahmen.

Unter dem Eindruck dieses vehementen Protestes, der leider nur von einem Teil der Ärzteschaft unterstützt wurde und daher in seinem Erfolg begrenzt war, ge-

lang es, einen gewissen Kurswechsel zu erzwingen. Eine Gebührenordnung in Euro mit verlässlichen, vorab bekannten Geldvolumina für die Versorgung sollte ab Anfang 2009 für Ruhe sorgen. Die finanzielle Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung sollte sich überwiegend an der Morbidität orientieren, statt wie bisher an der Grundlohnsumentenentwicklung abhängig Beschäftigter.

Schon die Festlegung des Orientierungspunktwertes in Höhe von 3,5 Cent statt der dem EBM unterlegten 5,11 legte offen, dass die Politik die in den vorangegangenen Jahren gewachsene Unterversorgung nur in einem geringen, gerade noch zur Befriedung ausreichenden Maß ausgleichen wollte. Trotz des daraus resultierenden Mittelzuflusses von 3,5 Milliarden Euro kam es durch die nunmehr zentralisierte Mittelzuweisung zu neuen Ungleichgewichten. Während das neue Geld insbesondere in den östlichen KVen eine deutliche Verbesserung herbeiführte, sorgte diese Systematik in vielen westlichen KVen zu erheblichen, bis heute anhaltenden Honorarverlusten. Durch die Abschaffung regionaler Versorgungsverträge wurden diese Effekte noch verschlimmert. Die wiedererfolgte Re-Regionalisierung hat einen honorarpolitischen Flickenteppich hinterlassen.

In der prospektiven politischen Auseinandersetzung über die künftige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung prallten mit den Konzepten von Bürgerversicherung und Kopfpauschalen diametral entgegengesetzte Vorstellungen von SPD und CDU/CSU aufeinander. Zwar gelang es der Ärzteschaft, den politischen Parteien die Erkenntnis öffentlich abzu-



Politische Hintergrundgespräche – hier mit dem ärztlichen Kollegen und Bundestagsabgeordneten Dr. Hans Georg Faust (CDU) – dienen der Meinungsbildung auf Seiten der Parlamentarier wie der Verbandsverantwortlichen.

wurden, sondern sogar zunehmend Überschüsse entstanden.

Problemfall PKV

In dieser Phase machten sich jedoch auch die Bruchlinien weiter bemerkbar, z.B. in dem Unwillen des BMG (und der Koalition), eine neue GOÄ auf den Weg zu bringen und hiermit eine klare Positionierung zu Gunsten des dualen Systems von GKV und PKV zu beziehen. Enttäuschend ist hierbei auch die Rolle der privaten Krankenversicherer, die durch ihre hinhaltende Taktik, das Zeitfenster für eine energisch vorangetriebene privatärztliche Gebührenordnung (GOÄ) während der schwarz-gelben Koalition verstreichen ließen.

Es wurden dabei Allianzen gegen das Fortbestehen der privaten Krankenversicherung erkennbar, die weit in die CDU/CSU hineinreichen. Explizite Stellungnahmen zugunsten der PKV als Krankenversicherungssystem sind von Politikern aller Couleur gegenwärtig praktisch nicht zu erhalten. Es ist schon bemerkenswert, dass noch nicht einmal die FDP (wahrscheinlich aus Angst vor dem Makel einer Klientelpolitik) diese Frage aufgriff. Nachdem sich die Mär von einer Versicherung der Reichen in der PKV sachlich nicht halten lässt, sind es vor allem Aspekte wie der Zugang zur Medizin allgemein (Wartezeiten) oder zu Innovationen, aber auch die angeblich großen Probleme von Menschen, die sich diese PKV nicht mehr leisten können und sie verlassen wollen, die ganz offensichtlich das gesellschaftliche Umfeld für eine Abschaffung der PKV planieren sollen.

Sowohl während der rot-grünen als auch der schwarz-roten Koalition waren bereits klare Schritte zur Anpassung der Versicherungssysteme auf den Weg gebracht worden (allgemeine Versicherungspflicht, Schaffung des Basistarifes), die insbesondere ermöglichen sollen, den Topf der privatärztlichen Altersrückstellungen von mehr als 100 Milliarden Euro rechtssicher in die GKV umzudirigieren. Gegenwärtig

ist zwar zum einen aus Sicht der betroffenen Ärzte und Krankenhäuser unstrittig, dass das Gesundheitssystem dringend der Querfinanzierung durch die PKV bedarf, politisch aber gibt es weder zwischen Ärzten und PKV geschweige denn mit der Politik tragfähige Perspektiven für die Weiterentwicklung.

Professionalisierung der Verbandsstrukturen

Natürlich konnte in einem derart geprägten Umfeld die Arbeit des Berufsverbandes auf regionaler wie auch auf zentraler Ebene nicht einfach linear fortschreiten. In der raschen Aufeinanderfolge von Abschaffung und Neueinführung regionaler Verteilungskompetenz wurden insbesondere die regionalen Strukturen des BVDD in einer vom Datenmaterial her unübersichtlichen honorarpolitischen Landschaft massiv gefordert. Hierbei entstand ein kontinuierlicher, oft auch sehr akuter Bedarf an Informationen und Empfehlungen seitens der Bundesebene.

Durch den Umzug des Verbandes nach Berlin in eine gemeinsame Geschäftsstelle mit der DDG und der DDA ergab sich die dringend notwendige Nähe zu den wichtigsten Playern im Gesundheitssystem und eine intensiviertere Abstimmung und Zusammenarbeit von wissenschaftlicher Fachgesellschaft und Berufsverband. Durch die intensive Nutzung moderner IT-Technologie und den Aufbau einer elektronischen, „virtuellen“ Geschäftsstelle, war es möglich, trotz der räumlichen Distanzen der Vorstandsmitglieder und der hauptamtlich Beschäftigten eine funktionsfähige Einheit zu bilden. Diese Vernetzung schuf eine zunehmend belastbare Plattform für den Informationsfluss zwischen der Zentrale und den Regionen.

Hierbei ist die Rolle des Redakteurs von „Der Deutsche Dermatologe“, namentlich in der Person von Herrn Blumenthal, und des sich entwickelnden Gesamtbereiches Presse- und Öffentlichkeit zu benennen. Seine Einstellung 1998 markiert den ersten Schritt des Verbandes in einer Abfolge von vielen auf dem Weg zu einer notwendigen Professionalisierung der Verbandsstrukturen. Zunehmend wuchs eine nicht mehr wegzudenkende professionelle Arbeitsebene heran. Dies machte den BVDD – wie mittlerweile oft erprobt – kampagnenfähig. Im breit angelegten

trotzen, dass das Gesundheitssystem entgegen den früheren Mantra der Politik nicht an einem Ausgaben-, sondern an einem Einnahmeproblem leidet und eine Kostenexplosion nie stattgefunden hat, jedoch scheiterte jeder Versuch einer tragfähigen, konsensuellen Weiterentwicklung der Finanzierung.

Die Einführung des Gesundheitsfonds durch die schwarz-rote Koalition war dabei ein politisch durchaus sinnvoller Kompromiss, schuf er doch einen neuen rechtlichen Rahmen, neben den herkömmlichen Beiträgen der Versicherten für einen steuerfinanzierten Bundeszuschuss mit – abhängig von der Haushaltslage – deutlich höheren Ausgleichszahlungen als in der Vergangenheit für gesellschaftspolitische Kosten, wie die für die Betroffenen kostenlose Mitversicherung von Familienangehörigen in der GKV.

Letztlich enthüllten die darauf folgenden drei Jahre der schwarz-gelben Koalition ab 2009, wie wenig gemeinsame Positionen und Übereinstimmung zwischen den sogenannten bürgerlichen Parteien in der Gesundheitspolitik bestehen. Eine gemeinsame, gesellschaftlich tragfähige Vision zu Weiterentwicklung der Finanzierung des Systems wurde in dieser Legislaturperiode noch nicht einmal politisch thematisiert.

Trotzdem wird diese Legislaturperiode für die Ärzteschaft historisch als eine Art Verschnaufpause einzuordnen sein, denn durch die bei Koalitionsbeginn mutig beschlossene ausreichende Finanzierung des Gesundheitsfonds und die günstige ökonomische Entwicklung gab es die erste Amtszeit einer Bundesregierung seit langem, in der nicht kurzfristige Reformen zur Stabilisierung der Finanzen notwendig

Portfolio liegen Kampagnen wie die Eumelanoma-Kampagne, der Weltpsoriasisstag oder auch die berufsdermatologisch orientierte Woche „Haut&Job“.

Die räumliche Nähe in der gemeinsamen Geschäftsstelle schuf über die Vorstandssitzungen hinaus die Gelegenheit, die gemeinsame Arbeit mit der wissenschaftlichen Fachgesellschaft zu intensivieren und in einer Abfolge von informellen Treffen wie Jours fixes, aber auch im Quovadis-Kreis und anderen Foren zu verstetigen. In dem gesundheitspolitisch schwierigen Umfeld war und ist die immer bessere Abstimmung und das durch wachsendes Verständnis geprägte Verhältnis Voraussetzung für eine erfolgreiche gemeinsame Positionierung des Faches in Klinik und Praxis.

Mit der 2004 verabschiedeten Musterweiterbildungsordnung gelang es, der Dermatologie eine moderne und tragfähige Beschreibung in der Weiterbildungsordnung zu geben. Die Konsentierung der Zusatzweiterbildung Dermatohistologie schaffte Rechtssicherheit in diesem wichtigen Teilbereich des Faches.

Budgetierung und neue Leistungen

Im GKV-Bereich gelang es, die Position der Dermatologie weiterzuentwickeln. Der EBM 2000 plus stellt ein grundsätzlich geeignetes Gerüst dar. Seine größten Probleme entstammen nicht dem EBM

selbst, sondern den darüber gezogenen Elementen der Honorarverteilung, wie z.B. den viel zu knapp bemessenen Regelleistungsvolumina. Allerdings lässt sich nachweisen, dass eine zu ausgeprägte Komplexierung zu einer Einschränkung von Leistungen führt. Dies schafft in Kombination mit zu knapp bemessenen Regelleistungsvolumina ganz besonders schwere Probleme in Bereichen wie der Allergologie. Trotz vieler Anläufe und Versuche zumindest in Teilen der Allergologie zu Einzelleistungen zurückzukehren, ist die Verbandsleitung in diesem Bereich auf eine komplette Blockade von KBV und Krankenkassen gestoßen.

Erfolgreicher war die Studie des Verbandes zur ambulanten Balneo-Photo-Therapie mit der darauf aufbauenden Einführung als Leistung der GKV. Dabei stellt es ein Novum in der Geschichte der bundesdeutschen Gesundheitsadministration dar, dass ein Berufsverband allein eine derartige Studie auflegt.

Nahezu gleichzeitig wurde das Hautkrebscreening (HKS) als Leistung der GKV zugelassen. Trotz erheblichen Verbesserungspotenzials in der Struktur (Auflichtmikroskopie, klarere Rollenteilung mit den Hausärzten, Vergütung etc.) hat das HKS das Fach in der Onkologie gestärkt und zusammen mit der Vergütung der qualitätsgesicherten Operationen nach Kapitel 31 als Einzelleistungen ab 2009 die Grundlage für eine honorartechnische Stabilisierung und Weiterentwicklung des Faches geschaffen – trotz massiver Probleme mit den Regelleistungsvolumina.

Weiterhin wurde mit hoher Intensität seitens des Verbandes eine neue GOÄ als Diskussionsvorlage mit der Bundesärztekammer erstellt. Leider haben sich manche Fächer hier komplett verweigert, was sicher auch zu den Verzögerungen bei diesem Mammutprojekt beigetragen hat. In vielen Sitzungen mit der Bundesärztekammer wurde ein durchaus befriedigender Diskussionsstand erreicht, jedoch ist weder die private Krankenversicherung noch das Ministerium bereit, bis Ablauf der Legislaturperiode der schwarz-gelben Koalition dieses Thema noch abschließend anzugehen.

Fortbildung und Leitlinien

Schon sehr frühzeitig hat der BVDD durch die Gründung der Deutschen Der-

matologischen Akademie mit der DDG, durch die Leitlinienarbeit der Kommission Qualitätssicherung von DDG und BVDD und die Gründung von Qualitätszirkeln organisatorische und inhaltliche Strukturen geschaffen, den Bedarf nach strukturierter, qualitativ hochwertiger Fortbildung zu bedienen. Der geforderten Formalisierung ärztlichen Wissens konnte das Fach frühzeitig durch seine intensive Leitlinienarbeit begegnen, die gleichzeitig in den häufig fachübergreifenden Anteilen der Dermatologie mithilft, den Zugang, die Berechtigung und Expertise der Dermatologen in diesen Bereichen zu unterstützen

Natürlich musste sich im Umfeld einer derart massiven, vornehmlich politischen Umgestaltung die Berufspolitik für die Belange der Dermatologie weiterentwickeln und neben den üblichen Adressaten der Selbstverwaltung (im Regelfall Ärztekammern, KBV, KVen, Krankenkassen, Patientenorganisationen) auch die politische Ebene mit einbeziehen. Regelmäßig kam es noch in Bonn beginnend und dann fortgesetzt in Berlin zu kontinuierlichen Kontaktgesprächen mit den politischen Parteien, z.B. im Sinne parlamentarischer Abende oder in Einzelgesprächen. Die hierbei gewachsenen Gesprächskontakte sind unerlässlich, um unsererseits Themen zu platzieren, bereits im Vorfeld problematische Entwicklungen zu erkennen und nach Möglichkeit im Keim zu ersticken.

Dabei setzen die zumeist kurzfristig platzierten, typischerweise mehrere hundert Seiten starke Gesetzesvorhaben, zu denen jeweils im Vorfeld unterschiedliche Varianten eines „nicht autorisierten“ Referentenentwurfes zirkulieren, die ehrenamtliche Verbandsspitze unter massive Belastungen. Alle diese Vorhaben wollen analysiert und auf die Belange der Ärzteschaft insgesamt, der Fachärzte speziell und der Dermatologen spezifisch heruntergebrochen werden. Oft resultierten hieraus in kurzer Frist anberaumte Interventionen auf politischen Ebenen, aber auch den Institutionen der Selbstverwaltung. Vielfach wurden unter Einbeziehung des CVderm Kurzgutachten erstellt, um den politischen Prozess im Sinne der Dermatologie zu beeinflussen.

Möglicherweise ist die Vielzahl der abgewehrten unsinnigen Reformvorhaben



Der erste berufspolitische Kongress des BVDD im Jahr 2009 in Berlin diente der Schulung der regional aktiven Verantwortlichen des Berufsverbandes und verfolgte darüber hinaus das Ziel, interessierten Nachwuchs für die Verbandsarbeit zu gewinnen.

und Eingriffe des letzten Jahrzehntes ein besserer Gradmesser für die Arbeit des Verbandes in dieser Zeit, wenngleich auch schwer darstellbar.

Bündelung fachärztlicher Interessen

Mit dem Erstarren des Hausarztverbandes und der einseitigen Positionierung der Politik (insbesondere von Rot und Grün) zu Gunsten einer hausärztlichen Versorgung und ihrer Belange galt es, neben den spezifisch dermatologischen Interessen zunehmend die fachärztlichen Interessen zu bündeln. Den sehr dezidierten Vorstellungen des Hausarztverbandes musste dringend eine gemeinsame fachärztliche Positionierung entgegengesetzt werden, denn Politik und KBV waren kaum gewillt, allgemeine fachärztliche Anliegen mit mehr als 30 Verbänden individuell zu diskutieren.

Die Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände (GFB) als eher loser Interessensverband auf Bundesebene konnte jedoch keinen wirksamen Gegenspieler zum massiv auftretenden Hausarztverband bilden. Ihre heterogene Zusammensetzung, die praktisch alle Arztgruppen einschließlich der psychotherapeutisch tätigen Ärzte mit Ausnahme des Hausarztverbandes umfasst, machte klare Positionierungen faktisch unmöglich. So konnte es durch sie nur zu einer Politik des kleinsten gemeinsamen Nenners kommen, die in diesen konfliktreichen Zeiten ein schmerzhaftes berufspolitisches Vakuum in der Ausbalancierung haus- und fachärztlicher Aspekte hinterließ.

Neben den ohnehin schon divergierenden Interessen von Methodenfächern, wohnortnahen fachärztlichen Versorgern, fachärztlichen Hochspezialisten (z.B. invasive Kardiologen) und einer zum Teil sehr ausgeprägten Verankerung der Fächer im stationären Sektor (Anästhesisten) kommt komplizierend die besondere Situation der zahlenmäßig sehr starken Internisten und Kinderärzte hinzu. Durch ihre teilweise (hausärztliche Internisten) oder überwiegende Tätigkeit (Kinderärzte) im hausärztlichen Honorarbereich waren wichtige Positionierungen der GFB auch in Hinblick auf Interessenskonflikte mit den Hausärzten deutlich erschwert.

Seit der (honorartechnischen) Hausarzt-/Facharzt-Trennung vollzieht sich jedoch fast die gesamte Dynamik von In-

Pressekonferenzen in Berlin – oft in enger Zusammenarbeit mit der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft – sind ein wichtiges Mittel, die Interessen des Berufsverbandes einer großen Öffentlichkeit bekannt zu machen. Im Bild die Auftaktpressekonzert der Euro-melanoma-Woche 2012 mit Prof. Regina Fölster-Holst, die für die Deutsche Stiftung für Kinderdermatologie beteiligt war.



novation und Leistungserbringung innerhalb des fachärztlichen Bereiches, ohne dass hierfür zusätzliche Gelder zur Verfügung gestellt wurden. Dabei sorgen insbesondere drei Faktoren dafür, den wohnortnah arbeitenden Fachärzten, wie Dermatologen, HNO-Ärzten, Augenärzten, Gynäkologen, Urologen und anderen innerhalb eines viele Jahre praktisch stagnierenden Topfes kontinuierlich Honoraranteile zu entziehen:

1. Zum einen ist die Zahl der Ärzte ohne Zulassungsbeschränkung und damit ihr Anteil an der Honorarverteilung kontinuierlich gewachsen. Diese Methodenfächer, fachärztliche Hochspezialisten, Strahlentherapeuten und andere Kleingruppen tragen eine ungebremste Dynamik an (kostspieligen) innovativen Verfahren in die ambulante Versorgung, man denke allein nur an die Vielzahl von bildgebenden Verfahren (CT, MRT, ggf. später auch PET), die ohne zusätzliche Finanzierung den übrigen Fachärzten Honorar entzieht.
2. Verschärfend kommt die Tendenz von Kliniken hinzu, über MVZ-Strukturen eine erhebliche Zahl ihrer Leistungen in den ambulanten Bereich auszulagern und ambulante Leistungen zu erbringen – erneut ohne eine zusätzliche Finanzierung.
3. Als weiteres gravierendes Honorarrisiko trägt dieser Topf bislang die Psychotherapie von Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten. Dieser nach BSG-Urteil mit festen Punktwerten zu vergütende Bereich wird neben den Hausärzten von der Politik sehr gefördert und hat sich aufgrund dieser Konstruktion zu Lasten des Ho-

norars der übrigen Fachärzte entwickeln müssen. In einer Großstadt wie Hamburg gibt es fast genauso viele Psychotherapeuten wie niedergelassene Fachärzte.

Zur Wahrung der dermatologischen Interessen hat der BVDD gemeinsam mit anderen, gleichartig strukturierten Fächern der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung eine anfangs informelle Gruppierung, die Potsdamer Runde initiiert, die letztlich zur Gründung des Spitzenverbandes der Fachärzte geführt hat. Hier werden über das individuelle Fach hinausgehende gemeinsame Interessen wirkungsvoll gebündelt und an die politische Ebene, aber auch KBV und Krankenkassen herangetragen. Gerade die Verengung der Regelleistungsvolumina lässt sich nur in der Zusammenarbeit dieser Fächer wieder aufbrechen. Weiterhin findet hier zunehmend gemeinsame fachärztliche Öffentlichkeitsarbeit statt.

Versorgungsforschung in der Dermatologie

Die Veränderungen im G-BA, die Schaffung des IQWiG, der zunehmende Fokus auf beweisbare, nicht gefühlte Evidenz, aber auch der härter werdende Verteilungskampf zwischen den einzelnen Fachdisziplinen machten es notwendig, in analytisch unabweisbarer Form Versorgungsnotwendigkeiten oder -defizite in der Dermatologie zu erarbeiten und darstellen zu können. Hierzu entstand die Idee gemeinsam mit der wissenschaftlichen Fachgesellschaft ein Kompetenzzentrum für Versorgungsforschung in der Dermatologie am UKE Hamburg, das CV-Derm, einzurichten. In rascher Folge hat

diese Institution unter der Leitung von Prof. Matthias Augustin wesentliche Beiträge zur Versorgungssituation dermatologischer Erkrankungsbilder generiert, die an vielen Stellen in der politischen Diskussion und Arbeit ihren Nutzen entfaltet haben. In einer Vielzahl von Stellungnahmen und Anhörungen konnten wichtige Entscheidungen im Sinne unserer Fachgruppe beeinflusst werden. Der Aufbau des Psoriasisregisters und der Psoriasisnetze sowie die Entwicklung einer nationalen Versorgungsleitlinie sind nur einige Aspekte der dort geleisteten Arbeit.

Ärztmangel und verändertes Selbstverständnis

Wenig Beachtung hat lange Zeit – wen überrascht es noch! – in der Politik, aber auch bei den Krankenkassen der heraufziehende Ärztemangel gefunden. Anfangs manifestierte sich dieses Phänomen besonders bei der Wiederbesetzung von Praxen in den ländlichen Regionen und im Osten, aber auch bei der Besetzung von Arztstellen in Krankenhäusern außerhalb der Ballungsräume. Zunehmend greift dieses Problem auf andere Bereiche über. Dabei hat sich die Zahl der Ärzte im Laufe des letzten Jahrzehnts absolut zwar erhöht, die angebotene Arztzeit ist im selben Zeitraum jedoch um ca. 10 % gesunken. Dieser scheinbare Widerspruch löst sich, wenn man die Veränderung der Versorgungslandschaft und die Zusammensetzung der Mediziner in Betracht zieht. Nicht nur im Rahmen der MVZ, sondern auch in den übrigen Praxen ist die Zahl ambulant tätiger, angestellter Ärzte erheblich gestiegen.

Insbesondere der steigende Anteil von Frauen in der Medizin führt in der reproduktiven Phase zu einer Vielzahl von in Teilzeit tätigen Medizinerinnen, die dem klassischen Modell eines 50 bis 60 Stunden arbeitenden Arztes in Einzelpraxis nicht mehr entsprechen (wollen!). Im Laufe des letzten Jahrzehntes hat sich der Anteil der Frauen am Medizinstudium von 50 auf fast 70 % gesteigert. Die vorliegenden Strukturen sind nicht darauf vorbereitet, die daraus resultierenden Ansprüche zu befriedigen. Aber nicht nur Frauen, sondern auch die jungen männlichen Kollegen wollen nach Umfragen vom klassischen Modell des niedergelassenen Arztes weg hin zu einer ausgewogeneren Work-Life-

Balance und favorisieren Arbeiten in Gemeinschaftsstrukturen. Dies wird ganz erhebliche Auswirkungen auf den Bedarf an Medizinerinnen haben, denn gerade in den weniger verdichteten Räumen bestehen wenig Möglichkeiten von der traditionellen Einzelpraxis abzuweichen.

Dabei verstärkt die kontinuierliche artzfeindliche Propaganda die Zurückhaltung vor der Niederlassung. Ein immer größerer Anteil der jungen Kollegen scheut das unternehmerische Risiko. Dabei zeigt schon jetzt die Erfahrung mit den MVZ, die überwiegend aus angestellten Ärzten bestehen, dass diese unter den Bedingungen des monetär schlecht gestellten ambulanten Systems praktisch nicht profitabel zu führen sind. Die Abschaffung des Arztes als Unternehmer wird zu einer nachhaltigen Verteuerung des Systems führen.

Ausblick auf die kommenden 15 Jahre

Letztlich ist es der Politik gelungen, bis in die jüngsten Tage die Lebenslüge aufrecht zu halten, es sei genug Geld vorhanden, um trotz Geburtenmangels und eines immer größer werdenden Anteils älterer Menschen, einen unlimitierten Zugang zu medizinischen Innovationen und Leistungen für alle zu ermöglichen. In Europa hat Deutschland mittlerweile die älteste Bevölkerung mit dem höchsten Anteil an 65-jährigen und dem geringsten an unter 15-jährigen Einwohnern. Der Anteil der lohnabhängigen Bevölkerung schrumpft kontinuierlich, aber weiterhin baut die Finanzierung des Gesundheitssystems ganz überwiegend auf diesem Fundament.

Eine Steuerung des Zugangs zur Medizin ist weder politisch, noch von der Mehrheit der Ärzte oder der Bevölkerung zur Zeit gewünscht oder mehrheitsfähig. Wie bereits bei der Rente vorexerziert, übt sich unser politisches System, aber auch die gesellschaftspolitische Diskussion, in einer ausgeprägten Wirklichkeitsverdrängung hinsichtlich des enormen Finanzierungsbedarfs und der schwierigen Allokationsentscheidungen der Zukunft dieser Bevölkerung.

Konsequent wird eine argumentativ kaum aufzubrechende stille ambulante Rationierung über die Verengung der Arzthonorare und die Regressfurcht organisiert. Gerade die Furcht vor Regressen

sorgt für eine effektive Innovationsbremsung in der Arzneimittelversorgung. Über steigende Zuzahlungen im Arzneimittelbereich und die Ausgrenzung von Therapien in den OTC-Bereich wird auch die Nachfrage der Patienten nach Medikation effektiv gebremst. Im Krankenhaus haben das DRG-System mit immer kürzerer Verweildauer und die Betonung ökonomisch rentabler Erkrankungen ihren Beitrag zu einer Verschlechterung der Versorgungslandschaft getan.

Politik hat ein sorgsam konstruiertes System etabliert, in dem der Arzt seine zentrale Rolle als Gestalter, Entscheider und Anwalt des Patienten verlieren sollte. Ganz im Orwellschen Sinne hat die sprachliche Reduktion des Arztes auf den Leistungserbringer bereits die neue Wirklichkeit mit erschaffen. Die ihm abgepresste, unbezahlte Mehrarbeit wird durch ein straffes Korsett berufsrechtlicher und ethischer Verpflichtungen gerechtfertigt und erzwungen, wobei ihn ein eilfertiges, moralinsaures Feuilletton gesellschaftlich in die Pflicht nehmen soll.

Das deutsche Gesundheitssystem hat neben seinen großen Vorzügen, die es trotz allem auch weiterhin zu einem der weltweit besten macht, eine Reihe von systematischen Mängeln und Problemen, die so tief in unserem Gesellschaftssystem verankert sind und durch fast die gesamte Breite der politischen Klasse getragen werden, dass ihre mögliche Auflösung vorläufig noch in weiter Ferne liegt. Dabei hat Politik zunehmend mit den Konsequenzen des besonderen deutschen Weges zu kämpfen, der ein Gesundheitssystem ohne Einbindung und unverhohlenen Feinselig gegen die Ärzteschaft weiterentwickeln zu versucht.

Der heraufziehende Ärztemangel, aber auch eine hoffentlich selbstbewusste jüngere Generation werden es der Politik zunehmend schwer machen, die notwendige Beschränkung medizinischer Leistungen klammheimlich über die Ärzteschaft zu organisieren. Die Verantwortung, wie viel Medizin möglich sein soll, hat die Gesellschaft selbst zu tragen. Der Berufsverband wird alle Anstrengungen unternehmen, in diesem komplizierten System den Dermatologen und ihren Patienten eine angemessene Stellung in der Versorgungslandschaft zu sichern und weiterzuentwickeln. ■

Nach der Reform ist vor der Reform

Der Gesetzgeber korrigiert im Jahrestakt – neuerdings auch eigene Entscheidungen

GERD KRIEGER

Jeder Gesundheitsminister, gleich welcher Partei er angehört, hat offensichtlich die Tendenz, mit „seiner“ Reform dem deutschen Gesundheitswesen seinen Stempel aufzudrücken. 16 Reformgesetze wurden seit 1989 beschlossen. Zwar gilt der Grundsatz, dass das oberste Ziel eines Gesundheitssystems die Erhaltung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung sein soll. Faktisch geht es jedoch offenbar vordringlich darum, die begrenzten finanziellen Mittel, die für das Gesundheitssystem zur Verfügung stehen, zu verteilen.

Dem Gesundheitsreformgesetz (1989) folgte das Gesundheitsstrukturgesetz (1993) mit der Budgetierung. Im Jahr 1996 kam das GKV-Neuordnungsgesetz mit der Möglichkeit der Kostenerstattung. Von 1997 bis zur Jahrtausendwende kamen mit jährlicher Schlagzahl das Beitragsentlastungsgesetz, das GKV-Finanzierungsgesetz und das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz. Das Gesundheitsreformgesetz des Jahres 2000 brachte die integrierte Versorgung, die Hausarzt-/Facharzztrennung der Gesamtvergütung und eröffnete den Krankenkassen die Möglichkeit, Einzelverträge abzuschließen.

Schließlich wurde angesichts der ungleichen Verteilung des Kostenrisikos – insbesondere zwischen Ost und West – der Risikostrukturausgleich (2002) neu geregelt. Das Beitragssicherungsgesetz (2003) führte die Rabattverträge ein, die schwerwiegende Folgen für die Verordnungsfreiheit des Vertragsarztes nach sich zogen.

Die hausarztzentrierte Versorgung und die Möglichkeit, medizinische Ver-

sorgungszentren zu gründen, waren neu im GKV-Modernisierungsgesetz (2004), das als zusätzliche Belastung für die Vertragsärzte die Praxisgebühr einführte. Schlag auf Schlag folgten das Arzneimittel-Versorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (2006), das Wettbewerbsstärkungsgesetz (2007) und schließlich das Beitragsbemessungsgrenzen-gesetz (2009).

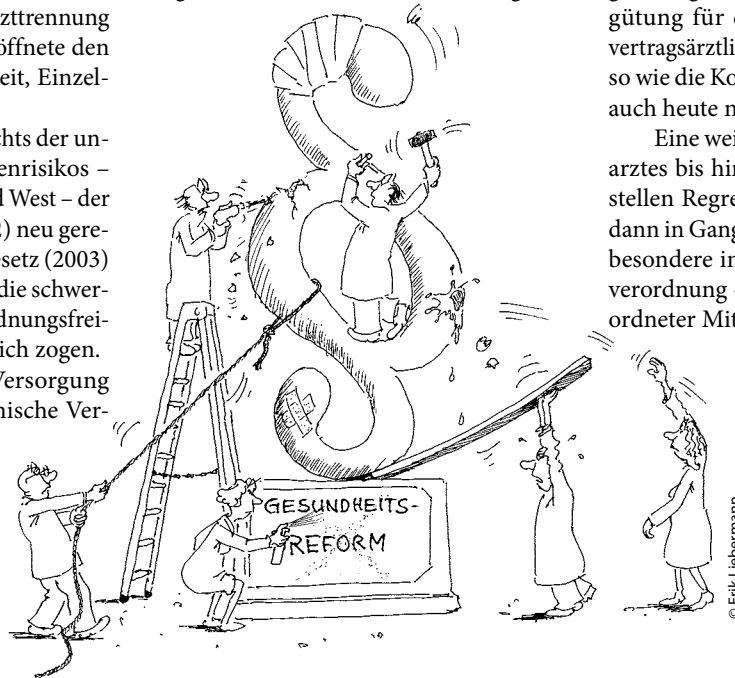
Das GKV-Finanzierungsgesetz (2011) hatte eine weitgehende Entmachtung der regionalen KVen bei der Verteilung der

Honorare zur Folge. Das Versorgungsstrukturgesetz (2012) machte die forcierte Zentralisierung der Honorarverteilung nur ein Jahr später wieder nahezu vollständig rückgängig.

2012 soll nach mehrjährigem Ringen nun ein Patientenrechtegesetz im Deutschen Bundestag verabschiedet werden, das die bisherige Rechtslage zum Behandlungsvertrag, zur Informationspflicht, zur Dokumentation und schließlich zur Beweislast im Haftungsfall zusammenfasst.

Vor allem die nunmehr seit fast drei Jahrzehnten fortgeschriebene Budgetierung von Leistungen stellt eine Zäsur und massive Beschränkung der beruflichen Tätigkeit des Vertragsarztes dar. Im Zuge sog. Abstaffelungen blieben lange Zeit erhebliche Teile der ärztlichen Leistung unter- oder sogar ganz unbezahlt, bis dieser Praxis die Gerichte teilweise einen Riegel vorgeschoben haben. Von einer betriebswirtschaftlich fundierten Kalkulationsgrundlage oder gar Planbarkeit der Vergütung für definierte Leistungen sind vertragsärztlich tätige Dermatologen ebenso wie die Kollegen anderer Fachgruppen auch heute noch weit entfernt.

Eine weitere Belastung des Vertragsarztes bis hin zur Einkommensenkung stellen Regressverfahren dar, die immer dann in Gang gesetzt werden, wenn – insbesondere im Bereich der Arzneimittelverordnung –, ein dem Fachgebiet zugeordneter Mittelwert überschritten wird. ■



Blumen für die Gesundheitsministerin

Hautärzte-Kampagnen machen der Gesundheitspolitik Beine

RALF BLUMENTHAL

Das von CDU/CSU und SPD gemeinsam im Deutschen Bundestag durchgepackte Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 brachte nicht nur eine – zunächst auf drei Jahre befristete – Honorardeckelung, eine unbefristete Budgetierung von Arznei- und Heilmitteln, Richtgrößen sowie eine regulierende Bedarfsplanung. Die daraus resultierende Reform des EBM von 1996 mit teils krassen Verwerfungen veränderte auch grundlegend Ton und Stil der gesundheits- und berufspolitischen Auseinandersetzung.

Die Mitglieder des BVDD zählen zu den Pionieren einer Bewegung, die den gesellschaftspolitischen Verteilungskonflikt aus den Gremien der

Selbstverwaltung hinaus auf die Straße trug. Im März 1997 zogen 600 Dermatologen aus ganz Deutschland friedlich, aber unüberhörbar mit Ratschen, Trillerpfei-

fen, Tröten und Signalhörnern in einer genehmigten Demonstration vom Kölner Rheinufer zum Sitzungssaal der KBV-Vertreterversammlung im Maritim-Hotel. Auf Bannern und Transparenten waren Parolen zu lesen wie: „KBV ruiniert Hautärzte“ oder „Ab 1. Juli 97: Hautärzte landen im Ruin“ oder „Hautärzte sind Hausärzte für die Haut“. Vor dem Maritim angekommen, löste sich die Demonstration nicht etwa auf, sondern postierte sich kurzentschlossen vor dem Sitzungssaal. Die Demonstranten verteilten Flugblätter an die Delegierten, die gerade vom Frühstück kommend ihre Beratungen aufnehmen wollten.



© N-Media-Images / Fotolia.com



Der Zug der Dermatologen zur Vertreterversammlung der KBV 1997 in Köln hat geradezu epochenmachende Bedeutung. Vielen ärztlichen Kollegen anderer Fachgruppen ist diese zumindest zeitweise sprengende Kundgebung in bleibender Erinnerung geblieben.

© (4) BVDD



Mit der Aktion „Blumen für die Gesundheitsministerin“ gelingt es dem BVDD 1999 das Herz von Andrea Fischer zu rühren (a) und eine 60-minütige Audienz zu erhalten, an der auch ihr Staatssekretär, Hermann Schulte-Sasse, teilnimmt (b).

Die Stoßrichtung war unmissverständlich: Die Leistungen, die der überwiegende Teil unserer Fachgruppe in der Versorgung der Bevölkerung erbringt, fand keinen angemessenen Niederschlag im sogenannten „Grünen Budget“, so die Klage. Insbesondere die ambulanten-operativen und phlebologischen Leistungen wurden herausgehoben. „Wir sind überzeugt, dass die Grundlage der dermatologischen Kostenrechnungen der KBV beweisbar falsch ist“, hieß es weiter. Die neu gewählte KBV-Vertreterversammlung wurde aufgefordert, die bislang verantwortliche KBV-Spitze abzuwählen und „neue Vertreter einer pragmatischen und zum Konsens führenden Honorarpolitik in die Vorstandsämter der KBV zu berufen“.

Vorausgegangen waren Ende 1996 vergebliche Verhandlungen der damaligen Verbandsleitung des BVDD mit der KBV-Spitze. Auch der eindrucksvolle Massenprotest in Köln blieb jedoch honorarpolitisch zunächst wirkungslos. Die KBV-Vertreterversammlung bestätigte den amtierenden Präsidenten, Dr. Winfried Schorre, in seinem Amt. Im Herbst 1997 bestätigte der Länderausschuss der KBV die Praxisbudgets. Die fehlerhafte Berechnung der Betriebskostenkalkulation wurde erst Jahre später durch ein Urteil des Bundessozialgerichts Kassel revidiert.

Grundlegende Neuausrichtung der Verbandsarbeit

Innerverbandlich hatte dieser Massenprotest und die anschließende Delegiertenversammlung des BVDD jedoch unmittelbar weitreichende Konsequenzen.

Der gemeinsame Protest wird zum Katalysator für eine Neuausrichtung des Berufsverbandes. Noch auf der Bahnfahrt zurück von Köln nach Würzburg wird Dr. Erich Schubert bearbeitet, für das Leitungsamt zu kandidieren. Dessen erste Amtshandlung als neu gewählter Präsident ist ein Brief an Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer mit der Aufforderung, wegen Falschberechnung „die notwendigen Schritte gegen die KBV einzuleiten“ und die Praxisbudgets für die Hautärzte neu zu berechnen. Flankiert wird diese Initiative durch Lobbyarbeit, ein parlamentarischer Abend am Regierungssitz in Bonn mit Beteiligung der DDG folgt bald darauf. Dermatologenproteste in zahlreichen Landesverbänden unterstreichen den Ernst der Lage. In Bayern schließen Hautärzte tageweise ihre Praxen, als weitere Kampfmaßnahmen werden einzelne Leistungen wie die Lichttherapie und die Hautkrebsvorsorgeuntersuchung zeitweise ausgesetzt. Bei einer Pressekonferenz im Sommer 1998 forderten BVDD- und DDG-Spitze gemeinsam die – damals unbezahlte – Hautkrebsprävention in den Leistungskatalog der GKV aufzunehmen, eine „angemessene Honorierung“ vertragsärztlicher Leistungen, den Erhalt der Erstattungspflicht für notwendige Arzneimittel und den Erhalt des Direktzugs zum Hautarzt.

In den Hintergrundgesprächen mit den Gesundheitsexperten von SPD, CDU/CSU und Fraktion zeichnet sich durchaus Verständnis dafür ab, dass Hautpatienten keiner Steuerung durch den Allgemein-

mediziner als Lotsen bedürfen. Doch diese Experten sind nach der Bundtagswahl im Oktober 1998 mit einem Schlag von der Bildfläche verschwunden: abgewählt oder in andere Ausschüsse abgewandert. Die große Koalition wird von einem rot-grünen Bündnis abgelöst und es kommt Andrea Fischer als Nachfolgerin von Horst Seehofer ...

Im Haifischbecken Gesundheitspolitik gerät die unerfahrene Ministerin sehr rasch unter Druck. Mit einer ungewohnten Form des Protestes gelingt es der Fachgruppe, sich im vielstimmigen Chor der Protestierenden Gehör und einen direkten Zugang zum Ministerium zu verschaffen. Hunderte von Hautärztinnen und Hautärzten folgen im Frühjahr 1999 dem Aufruf ihres Berufsverbandes und ordern „Blumen für die Gesundheitsministerin“. Vor laufenden Kameras zahlreicher Nachrichtensender bekennt die schon arg von Schmähkritiken gebeutelte Gesundheitsministerin: „Mit Freundlichkeit kann man mich packen.“ Listig deutet sie die Blumenaktion in ihrem Sinne um: Sie habe offenbar nicht nur Feinde in der Ärzteschaft. In der Sache – auskömmliche Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit – bleibt sie allerdings hart. Es sei nicht ihr eigenes Geld, das sie verwalte. Wer mehr Geld fordere, müsse sagen, woher es genommen werden soll. Das Gespräch im Ministerium markiert einen Wendepunkt: nicht mehr der innerärztliche Verteilungskampf, sondern die gesellschaftspolitische Frage nach dem Wert einer wohnortnahen Versorgung gerät in den Fokus.





teilungsmedizin, die nicht etwa zu mehr Solidarität führt, sondern die Spaltung in eine Mehr-Klassenmedizin verschärft. Im Dezember schließlich schicken BVDD und DDG Knecht Ruprecht in das Bundeskanzleramt. Er überbringt im Sack nicht etwa Süßigkeiten sondern 50.000 unterzeichnete Postkarten. Mit dabei BVDD-Generalsekretär, Dr. Michael Reusch, und DDG-Präsident, Prof. Wolfram Sterry, die gegen den geplanten Arzneimittelregress protestieren.

Verschärft wird der Konflikt der Dermatologen mit der Gesundheitsadministration durch das Aus für die ambulante Balneo-Photo-Therapie. Auf erste massive Proteste gemeinsam mit dem Deutschen Psoriasis Bund folgt eine Petition an den Deutschen Bundestag. Der Petitionsausschuss greift die Eingabe auf und fordert die Bundesregierung auf, Stellung zu nehmen ... Nicht das Parlament, sondern ein neuer Modellversuch, finanziert aus Eigenmitteln der beteiligten Zentren und des Berufsverbandes bringt eine Teillösung – zumindest für Psoriatiker: Der Gemeinsame Bundesausschuss bestätigt, was Dermatologen immer schon wussten: Die Balneo-Photo-Therapie ist der bloßen Lichtbestrahlung bei Psoriasis deutlich überlegen ...

Eine repräsentative Imagestudie liefert der Fachgruppe 2002 Argumente in der anhaltenden Auseinandersetzung mit der neuen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt. Eine deutliche Mehrheit lehnt es ab, vor dem Besuch bei einem Dermatologen verpflichtend zunächst einen Allgemeinmediziner aufsuchen zu müssen. Hohe Fachkompetenz, gute Behandlungserfolge und umfassende Erklärungen zum Krankheitsbild sprechen für den direkten Weg zum Hautexperten ergibt die Erhebung, die aus Drittmitteln der „Dialogpartner Öffentlichkeitsarbeit der Hautärzte in Klinik und Praxis“ finanziert werden konnte.

Im Wahljahr 2002 munitioniert der Berufsverband erstmals Hautarztpraxen mit drei Plakaten für die heiße Phase des Wahlkampfes. Parallel werden die Spitzenkandidaten der Parteien zum Thema Budgetierung und Rationierung in der GKV-Versorgung befragt. Rot-grün erhält für eine weitere Legislaturperiode ein Mandat von den Wählern. Deutlich ruhiger geht es bei der Bundestagswahl 2005 zu. Die Ärzte sind mit dem neuen EBM beschäf-

tigt, die Fachgruppe mit der BVDD-finanzierten Studie zur ambulanten Balneo-Photo-Therapie und den Ergebnissen der Pilotphase des Hautkrebscreenings als GKV-Leistung in Schleswig-Holstein.

Das Bild ändert sich schlagartig, als klar wird, dass auch die neue Bundesregierung nicht daran denkt, die Budgetierung zu beenden und statt fester Preise am „Muschelgeld“ für die ambulante Versorgung von Kassenpatienten festhält. Die zunächst dezentral organisierten Protestkundgebungen kulminieren in den „Chaostagen von Berlin“ mit mehreren Großdemonstrationen, bei denen in der Spitze rund 40.000 Vertragsärzte und ihre Unterstützer nach einem Zug entlang der Bannmeile zur Abschlusskundgebung vor dem Brandenburger Tor zusammenkommen. Die Empörung ebbt erst ab, als sich ein Teil der Demonstranten im Streit um Strategiefragen gegen die KBV wendet. Doch aufgeschoben ist nicht aufgehoben ...

Im Vorfeld der Bundestagswahl 2009 kommt es über Monate zu Ärzteproutesten zentral und bundesweit, in Köln, gleich mehrfach in Berlin, dann aber auch flankierend regional in einzelnen Bundesländern wie Bayern, Sachsen und Rheinland-Pfalz. Angeheizt wird die Stimmung im Frühjahr 2008 in der Fachgruppe durch eine Hängepartie bei der Legendierung des Hautkrebscreenings als neue Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Dermatologische Praxen plakatierten bundesweit „Nicht für’n Appel und ‘n Ei!“

Auf der bundespolitischen Bühne unterstützt der Berufsverband die Protestierenden mit logistischen Mitteln. Er macht die Demonstrationstermine bekannt und ruft zur Beteiligung auf. So trifft man sich etwa vor einer der großen Demos im schneereichen Dezember 2008 vor dem Zug rund um die Bannmeile des Deutschen Bundestags in der Berliner Geschäftsstelle zum gemeinsamen Plakatmalen.

Eine viel diskutierte Frage im Wahljahr 2009 lautet: Sollen wir eine Partei gezielt unterstützen? Teile der bayerischen Dermatologen beispielsweise organisieren Veranstaltungen mit den FDP-Bundestagsgrößen. Andere, wie der Ulmer Klinikleiter, Prof. Ralf U. Peter, arbeiten im Gesundheitsausschuss der Bundespartei mit. „Ich kann ja vor der Bundestagswahl meine Praxis blau-gelb anstreichen“, heißt es scherzhaft im Bundesvorstand, der sich

Nach der Bundestagswahl 2005 eskalierten die Ärzteprouteste in Deutschland. Regional kam es zu Kundgebungen vor dem Landtag in Mainz (a), in Dresden (b) und an vielen anderen Orten. Bei der ersten zentralen Protestaktion in der Bundeshauptstadt hatte es die Nacht zuvor geschneit und die Demonstranten – Ärzte und Helferinnen – mussten frierend ihre Plakate bei Minusgraden zur Abschlusskundgebung vor das Brandenburger Tor schleppen (c).

Regierungs- und Perspektivenwechsel

Im September 1999 startet eine Postkartenaktion mit Blumenstrauß als optischer Hingucker. Mit ihrer Unterschrift können die Patienten den Protest ihres Hautarztes aktiv unterstützen. BVDD und DDG wollen so gemeinsam verdeutlichen, wohin die von Andrea Fischer zu verantwortende neue Reformrunde führen wird: in eine verschärfte Rationierung und Zu-

© (3) BVDD

aus Gründen der Neutralität für Wahlprüfsteine und eine Kampagne „Wähle hautgesund“ in den Hautarztpraxen entscheidet, ohne eine konkrete Wahlempfehlung auszusprechen. Landauf landab sind Dermatologen oft im Konzert mit anderen Facharztverbänden an Informationsveranstaltungen zur Bundestagswahl beteiligt.

In Aachen verliert Ulla Schmidt ihren Wahlkreis, insgesamt die SPD die Bundestagswahl. Die alte und neue Bundeskanzlerin tauscht den Koalitionspartner aus, doch die neue Regierungsmannschaft enttäuscht durch monatelange Untätigkeit. Der Protest auf Bundesebene ist beendet, doch er setzt sich fort in den Bundesländern, nachdem die Folgen der zentralisierten Honorarpolitik spürbar werden. In Sachsen, in Bayern, in Baden-Württemberg und in Rheinland-Pfalz flammen neue Proteste auf. Der BVDD-Vorstand unterstützt die regionalen Aktivitäten personell und logistisch.

So machen auf Initiative des rheinland-pfälzischen Landesvorsitzenden Dr. Ralph von Kiedrowski die BVDD-Mitglieder über Monate Druck gegen den desaströsen Niedergang der RLV. In einer Pressekonferenz in der Landeshauptstadt in Mainz erläutern die Landesleitungen des BVDD und des Berufsverbands der HNO-Ärzte gemeinsam, warum sie zeitlich befristet allergologische Leistungen aussetzen. In einer weiteren Eskalationsstufe rücken die Dermatologen „Landesvater“ Kurt Beck vor die Tore seiner Staatskanzlei. Gespräche mit dem Landesgesundheitsministerium und der KV bringen keine Lösung. Am Ende strengt der BVDD in Rheinland-Pfalz eine Musterklage gegen die RLV an und verliert in erster Instanz vor dem Sozialgericht Mainz. Auf Bundesebene wird nach nur einem Jahr die Zentralisierung der Honorarordnung weitgehend zurückgenommen.

Prävention und Versorgungssituation im Fokus

Unter veränderten gesundheitspolitischen Voraussetzungen – die Prävention wird zu einem vorrangigen gesundheitspolitischen Ziel der Bundesregierung ausgerufen – entwickelt der BVDD zunehmend Aktivitäten zur Aufklärung der Bevölkerung. Im Brennpunkt steht die Hautkrebsvorsorge, aber auch die medizinische

Aufklärung über chronisch-entzündliche Hauterkrankungen und – unter Praxismarketinggesichtspunkten – die Darstellung des hautärztlichen Leistungsspektrums der Fachgruppe jenseits der Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung.

So tourt das „Centrum gesunde Haut“ – ein Kooperationsprojekt mit dem L’Oreal-Konzern – von 2004 bis 2008 – durch die Republik, um über die adäquate Hautpflege zu informieren. Pro Haar (2004) und „Boxenstopp für Männerhaar“ (2005) – gemeinsam mit MSD Sharpe & Dohm – informierten die Öffentlichkeit über die Möglichkeit, mit einer systemischen Therapie dem Haarverlust bei Männern zu begegnen. In Zusammenarbeit mit Pfizer Healthcare wird 2004 für Hautarztpraxen der Wettbewerb „Die haarkompetente Hautarztpraxis“ ausgeschrieben. Im darauffolgenden Jahr erscheint ein thematischer „Werkzeugkasten“ mit Materialien, die interessierten Praxen helfen sollen, eine Haarsprechstunde zu etablieren.

Pläne für eine die gesamte Dermatologie umfassende „Roadshow“ in einem breit angelegten Konsortium von Kooperationspartnern scheitern 2005 an den hohen Kosten und nicht lösbaren Finanzierungsproblemen. Im gleichen Jahr findet die erste bundesweite Hautkrebswoche statt. Der BVDD unterstützt die Initiative der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention (ADP) und der Deutschen Krebshilfe.

2006 organisieren die Referate für PR- und Öffentlichkeitsarbeit der DDG und des BVDD erstmals gemeinsam einen bundesweiten Hauttag. Schwerpunkt der Aktion ist in der Zeit vom 12. bis 22. September die öffentlichkeitswirksame Beantwortung von Publikumsanfragen zu Hautproblemen über das Internet durch Medientherapeuten beider Gesellschaften. Die Abschlusspressekonferenz am 22. September wertet die Anfragen unter Versorgungsgesichtspunkten aus. Hautarztpraxen und Kliniken präsentieren sich am gleichzeitig stattfindenden bundesweiten Aktionstag der Öffentlichkeit.

Im Jahr 2007 beteiligt sich der BVDD erstmals an der europaweiten Euromelanoma-Kampagne unter dem Dach der EADV. Das Thema „Hautkrebsvorsorge“ passt gleich in doppelter Hinsicht. Die Früherkennungsuntersuchung ist die wichtigste IGeL der



© BVDD



© BVDD



© E. Meyer-Rogge



© BVDD

Mit der Euromelanoma-Kampagne wirbt der BVDD für die Früherkennung von Hautkrebs. Zahlreiche Dermatologinnen und Dermatologen nutzen das hohe öffentliche Interesse, um im regionalen Umfeld ihrer Praxis oder Hautklinik über Hautkrebsrisiken zu informieren und Ängste vor der Vorsorgeuntersuchung abzubauen. An vielen Orten ist die Aufklärung auch mit besonderen Aktionen verbunden wie bei den „Spielen in Licht und Schatten“ auf dem Gelände einer Fachschule für angehende Erzieherinnen in Füssen bei Köln.

Fachgruppe und passt zugleich ausgezeichnet in die gesundheitspolitische Landschaft. Die BVDD-Bundesebene schafft für die Euromelanoma-Kampagne den publizistischen Rahmen: Ein Plakat mit einem – hoffentlich – griffigen Slogan und einem Hingucker als Bildmotiv, Flyer für die Praxis, ein Webauftritt und eine bundesweite Auftaktpressekonferenz in Berlin stellen



Mit immer neuen Motiven rückt die Euro-melanoma-Kampagne von Jahr zu Jahr Hautkrebsrisiken in den Fokus und spricht wechselnde Zielgruppen an.

den Standard dar. Die Refinanzierung erfolgt zum einen durch Kooperationen mit interessierten Industriepartnern, zum anderen in Form einer Umlage der beteiligten Trägerverbände auf Bundesebene.

In den Jahren 2010 und 2012 beschert ein öffentlich ausgeschriebener Plakat-Wettbewerb mit jeweils rund fünf bzw. sechs Dutzend Beiträgen junger Grafiker und Designer eine Fülle von Entwürfen, aus denen der Vorstand des BVDD das Trägermotiv der Aktion auswählen kann. Zugleich macht diese Ausschreibung die Aufklärungsaktion beim Grafikdesigner-Nachwuchses bekannt.

Träger der Euromelanoma-Aktivitäten vor Ort sind die bundesweit rund 2.700 Hautarztpraxen, die sich allerhand einfallen lassen, Euromelanoma zum Anlass für möglichst zahlreiche Vorsorgeuntersuchungen werden zu lassen. Vorträge in öffentlichen Einrichtungen, ein Spielenachmittag im Kindergarten, Screenings bei der Polizei, am Strand, auf hoher See, Projektunterricht in Schulen, „Lange Nächte der Hautfürsorge“, Info-Stände auf Straßen und öffentlichen Plätzen, Beteiligung am medizinischen Rahmenprogramm von Marathons, „Spiele in Licht und Schatten“ im Park einer Erzieherinnenschule, Telefonaktionen in Zusammenarbeit mit örtlichen Medien: Die Ideenvielfalt wird allenfalls begrenzt von der Belastbarkeit der Dermatologinnen und Dermatologen vor Ort. Sie machen die Euromelanoma-Kampagne in Reichweite und Basisorien-

tierung zu einer bundesweit in ihrer Art einzigartigen Aufklärungsinitiative, die sich deutlich abhebt von den üblichen „Materialschlachten“ im Bereich der gesundheitlichen Aufklärung. Unterstützt wird die Euromelanoma-Kampagne durch den UV-Check, ein in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Zentrum für Luft- und Raumfahrt entwickelten multimedial verfügbaren Hilfsmittel, das die Bevölkerung über die aktuelle Eigenschutzzeit der Haut unter Berücksichtigung aller relevanten Einflussfaktoren (Hauttyp, Alter, Umgebungsbedingungen) informiert.

Das mit Euromelanoma entwickelte Muster wird zum Vorbild und zur Blaupause für eine zweite Kampagne: die Aktionswoche Haut&Job – europaweit unter der Wortmarke healthyskin@work bekannt –, die 2010 zum ersten Mal stattfindet.

Im Rahmen der Zusammenarbeit bei Pressekonferenzen zum alljährlichen Weltpsoriasisstag entsteht der Plan, eine öffentlichkeitswirksame Awareness-Kampagne für Schuppenflechte-Patienten zu starten. Betroffene sollen selbst zu Wort kommen und Gelegenheit erhalten, die Krankheitslast darzustellen sowie Leidensgenossen Mut zu machen, besser und vor allem aktiv mit der lebenslangen Erkrankung umzugehen. Daraus entwickelt Biogen Idec „Psoriasis hautnah“, eine internetgestützte Kommunikationsplattform, in die Social-Media-Aktivitäten eingebunden werden.

Über Rosacea, eine in weiten Teilen der Öffentlichkeit unbekannt entzündliche

Hauterkrankung informiert „Aktiv gegen Rosacea“ seit 2010, eine Initiative von Galderma Laboratorium in Zusammenarbeit mit dem BVDD und der Deutschen Rosacea-Hilfe. Auch hier steht – flankiert von begleitender Pressearbeit – der Gedanke der Selbsthilfe und Eigeninitiative der Betroffenen im Mittelpunkt. Interaktivität ist Trumpf, ein Blog gibt den Betroffenen Gelegenheit zum Austausch, ein YouTube-Film stellt exemplarisch die Geschichte einer jungen Frau dar, mit Rosacea zu leben.

Nach Redaktionsschluss: alles von vorne?

Im Jubiläumsjahr erleben die bundesdeutschen Vertragsärzte ein Déjà-vu. Ende August erklärt die KBV die alljährliche Anpassungsrunde der Vergütung an die Kostenentwicklung für gescheitert und reicht Klage gegen den Schiedsspruch des Erweiterten Bewertungsausschusses ein. Schon mit Blick auf das kommende Bundestagswahljahr stellt die KBV den Stellungungsauftrag zur Debatte, der es den KVen verbietet, aktiv an Arbeitskampfmaßnahmen teilzunehmen. Eine „Allianz Deutscher Ärzteverbände“ organisiert erste Protestmaßnahmen. Ob der zwischenzeitlich vereinbarte Kompromiss hält, erscheint fraglich. Bei Redaktionsschluss läuft eine Mitgliederbefragung der KBV zur Zukunft des Stellungungsauftrags – eine Debatte, die den BVDD seit seiner Gründung beschäftigt ...

Dermatologie – quo vadis?

Das gemeinsame BVDD/DDG-Forum ist seit zehn Jahren eine strategische Keimzelle

MATTHIAS AUGUSTIN

Strategieplanungen passen schlecht in den formalisierten Ablauf von Gremiensitzungen. Eine wichtige, BVDD und DDG miteinander verbindende Arbeitsebene, ohne den Zwang zu einer zeitgetakteten Meinungsbildung, bieten seit fast zehn Jahren die in loser Folge stattfindenden Quo-vadis-Sitzungen, ein Forum des Austauschs, das auf Anregung des gesundheitspolitischen Sprechers im Förderkreis der DDG, Karlheinz Adler, entstand.

Glorreiche Zeiten liegen hinter uns – eine Ära der sorgenfreien dermatologischen Versorgung, die sich ganz auf medizinische Inhalte konzentrieren konnte. Noch in den Achtzigerjahren des letzten Jahrhunderts konnten wir uns – respektive unsere Amtsvorgänger – gänzlich unserer Leidenschaft, der Dermatologie, widmen. Mit den Neunzigerjahren entstand eine zunehmende Dichte an gesundheitspolitischen Herausforderungen, die schnellstens anzunehmen waren. Ein Blick auf die zunehmende Anzahl an Gesetzen legt davon Zeugnis ab.

Zu den wichtigen versorgungspolitischen Herausforderungen gehörten für die Dermatologie etwa die Positivliste (2001), das Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz (GMG) 2004 mit Ausschluss aller OTC-Arzneimittel, das GKV-BSG 2007 oder – untergesetzlich – der versuchte Ausschluss

aller topischen Kombinationsarzneimittel mit Steroiden. Es gehört zu den großen Stärken der deutschen Dermatologie, hier frühzeitig auf die aufziehenden Gefahren reagiert zu haben und zwischen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) und dem Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD) einen engen Schulterschluss zu vollziehen. Waren es zunächst die Präsidenten Prof. Erwin Schöpf und Dr. Erich Schubert mit ihren Generalsekretären Prof. Wolfram Sterry und Dr. Michael Reusch, die sich erfolgreich in die gesundheitspolitische Debatte einbrachten, so folgten mit den weiteren Präsidenten – Prof. Wolfram Sterry, Prof. Harald Gollnick und Prof. Thomas Luger sowie seitens des Berufsverbandes Dr. Michael Reusch – gleichermaßen politisch versierte wie kooperative Präsidenten, die DDG- und BVDD-übergreifend eine versorgungspolitische Ausrichtung der Der-

matologen mit zahlreichen erfolgreichen Maßnahmen erwirkten.

Eine zentrale Plattform dieser politischen Arbeit und zugleich eine strategische Keimzelle stellt das Forum „Dermatologie – quo vadis?“ dar, das im Vorfeld des GMG 2004 erstmals tagte. Zielsetzung der ersten Sitzung am 28. September 2003 war es, die möglichen Auswirkungen des neuen Gesetzes vor Inkrafttreten bereits zu antizipieren und aus dermatologischer Sicht frühzeitig notwendige Maßnahmen einzuleiten. Die Leitung der Sitzung hatten die Präsidenten Prof. Harald Gollnick und Dr. Erich Schubert, weitere Teilnehmer waren Mitglieder beider Vorstände sowie zusätzliche geladene Experten.

Zu den damaligen Kernthemen gehörten die Gründung des Gemeinsamen Bundesausschusses und des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), der geplante Ausschluss rezeptfreier Arzneimittel aus der GKV-Erstattung, die Einführung medizinischer Versorgungszentren sowie weiterer besonderer Versorgungsformen und die geplante Wiedereinführung der Positivliste.

Eine kurzfristige Analyse durch die gesundheitsökonomische Arbeitsgruppe von PD Dr. Augustin in Freiburg zeigte, dass mit Einführung der OTC-Regelung über 50 % der dermatologischen Wirkstoffe und ebenso viele Präparate zukünftig nicht mehr zu Lasten der GKV zu verordnen wären. Somit stellte allein dieser Bestandteil des neuen Gesetzes eine vehemente Beeinträchtigung der dermatologischen Versorgung dar. In den nachfolgenden Anhörungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gelang es nicht, diese für die Dermatologie schädliche Regelung abzuwenden.

Deutlich wurde, dass die strategische Diskussion und die gemeinsame Reaktion auf diese und weitere gesundheitspolitische Maßnahmen zukünftig noch intensiver erörtert und zugleich mit guten Daten unterlegt werden müssten. Folglich wurde „Quo vadis“ zu einer festen Einrichtung mit zwei jährlichen Sitzungen, die sich immer wieder um laufende und neue Themen der Versorgungspolitik drehten (Tabelle 1 und 2).

Nicht von ungefähr wurde die initiale Wegweisung zu einer systematischen Versorgungsforschung in der Dermato-

Tabelle 1

Zielsetzungen der „Quo-vadis-Sitzungen“ Dermatologie

1. Früherkennung relevanter Entwicklungen im Gesundheitswesen
2. Konsentierung von Maßnahmen zur Abwehr negativer Konsequenzen für die Dermatologie
3. Abstimmung und Arbeitsteiligkeit über die Maßnahmen
4. Schaffung einer einheitlichen Darstellung der Dermatologie nach außen
5. Gewinnung von Handlungshoheit über Daten und vertrauliche Informationen

Sitzungen von „Quo vadis Dermatologie?“ seit 2003

Datum	Ort	Themen
04.10.2003	Reinbek	GMG 2004
23.04.2004	Berlin	IV; MVZ; G-BA; „Positivliste“; Pressekonferenz; „Negativliste“; Arzneimittel-Richtgrößen
26.07.2004	München	GMG; G-BA; AWMF-Leitlinien
08.10.2004	Düsseldorf	OTC-Arzneimittel; AMG-Novelle; EDV-Tool
04.02.2005	Berlin	G-BA + IQWiG; AVR; Apotheker-Ordnung; OTC-Ordnung
17.06.2005	Berlin	Harnstoff-Erstattung, OTC-Kinderregelung; BEK-Vertrag; G-BA; IQWiG, AmPo; AVR; AKDÄ
20.10.2005	München	Hermal - quo vadis?; Harnstoff-Erstattung; Verfahrensordnung des G-BA; Projekt Versorgungsforschung
13.01.2006	Hamburg	Hermal - quo vadis?; Fumaderm - quo vadis?; Gesundheitssystem - quo vadis?; AVWG; Individualverträge und Dermatika; harnstoffhaltige Arzneimittel
12.05.2006	Berlin	Versorgungsforschung; HTA-Bericht Psoriasis; S3-Leitlinie; IQWiG; Harnstoff-Erstattung; NL-Gesundheitsreform; AVWG (Bonus-Malus-System); „Me-Too“-Listen; Solitärarzneimittel
08.09.2006	Oldenburg	Sozialgerichtsentscheidung vom 26. Juni 2006 zur Harnstoff-Erstattung; GKV-WSG; Versorgungsforschung; Hauttag 2006
31.01.2007	Berlin	OTC-Ausschlüsse in den KVen; Nutzenbewertung bei Dermatika; Aut-idem; Versorgungsforschung; GKV-WSG
04.07.2007	Hamburg	Verkaufsprozess Hermal; GKV-WSG; Psoriasis-Netzwerke; Arzneimittelrabattverträge; Solitär-Status; AMR-Novelle; TNF-alpha-Inhibitoren-Anbieter; Versorgungsforschung
31.10.2007	Hamburg	Versorgungsforschung; Arzneimittelrichtlinien-Novelle; Rabattverträge; Solitärarzneimittel; Arzneiverordnungs-Report 2007
23.04.2008	Hamburg	Arzneimittelrichtlinien; Solitärstatus; Magistralrezepturen; Arzneimittel-Rabattverträge; Wirtschaftlichkeitsprüfungen; morbiditätsbezogener RSA
03.09.2008	Reinbek	Arzneimittelrichtlinien; Solitärstatus; Hautkrebscreening; Versorgungsforschung; „Arzneiverordnungs-Report“; Individualverträge
14.01.2009	Hamburg	AMR-Novelle; Solitärstatus; Substitutionsverbot; HKS; Versorgungsforschung; Regelleistungsvolumen; G-BA und IQWiG; GKV-Spitzenverband; Gesundheitsfonds; AVR; Allergologische Typ II Diagnostik
10.06.2009	Hamburg	G-BA und IQWiG; Versorgungsforschung; HKS-Dokumentationen; „Rationale dermatologische Arzneimitteltherapie“; Aut-idem-Regelung; Individualverträge
02.12.2009	Hamburg	G-BA; Arzneimittelrichtlinien; Harnstoffstudien; IQWiG; Leitfaden zur Arzneimittelverordnung; Solitärstatus; Arzneimittel-Substitution; „Die Allergologie aus der Enge führen“; 15. AMG-Novelle; HKS; Versorgungsforschung
21.04.2010	Hamburg	Reformhaben; G-BA und IQWiG; Therapieleitfaden; Solitärstatus; Aut-idem; Qualitätszirkelvernetzung; Hautkrebscreening; Cvderm-Update; Rabattverträge; Register
29.09.2010	Hamburg	AMNOG; Aut-idem; Haftungsrisiko; Versorgungsforschung zu aktinischen Keratosen; QZ-Moderatoren; Fallzahlleistungen; Telematik und Telemedizin
08.12.2010	Hannover	AMNOG; Versorgungsforschung; „Gute Substitutionspraxis“; Arzneimittelrichtgrößen; Regress Service; QZ-Moderatoren-Input
15.06.2011	Hamburg	HKS; Flyer der KBV; Versorgungsforschung; Versorgungsgesetz; Fortbildungsdialog; AM-Positivliste
08.02.2012	Hannover	VStG: Auswirkungen; Wartezimmerflyer der KBV; AM-Positivliste; Fortbildungs-DVD „Leitfaden der sachgerechten AM-Verordnung“; Leitbild und strateg. Positionierung der Dermatologie; ABDA-KBV-Projekt; Update HKS
22.08.2012	Hannover	Gedenken an Prof. Korting; VStG, Neuregelung; Beratung vor Regress; AM-Regresse; Medikationsliste Dermatologie; Leitbild und strateg. Positionierung der Dermatologie; ABDA-KBV-Projekt; Harnstoff OTC-Ausnahmeliste; IGeL-Monitor; E-Card; Status Leitlinienarbeit; Toolbox Versorgungsdaten; Update Versorgungsforschung

logie im Sommer 2005 bei „Quo vadis“ gelegt. Den hieraus entstehenden Auftrag zur Gründung eines gemeinsamen Zentrums der Versorgungsforschung für DDG und BVDD nahm Prof. Matthias Augustin auf und gründete bereits im Oktober 2005 das Kompetenzzentrum Versorgungsforschung in der Dermatologie (CVderm) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

In den folgenden Jahren war „Quo vadis“ immer wieder diejenige Plattform, in der gesundheitspolitische Entwicklungen und ihre Auswirkungen auf die Dermatologie frühzeitig erkannt, systematisch untersucht und zwischen den Beteiligten

von DDG und BVDD diskutiert wurden. Fruchtbare Ergebnisse waren eine Vielzahl von Stellungnahmen, etwa an den Gemeinsamen Bundesausschuss, das Ministerium, die Krankenkassen und den GKV-Spitzenverband sowie an Abgeordnete des Deutschen Bundestages.

Auch wurde in diesem Rahmen der Bedarf nach qualitätserhaltenden Maßnahmen und weiteren Interventionen in der Dermatologie aufgeklärt und in Aktivitäten überführt, beispielsweise die Notwendigkeit einer verbesserten sachgerechten Arzneimitteltherapie in der vertragsärztlichen dermatologischen Versorgung. Der aus „Quo vadis“ heraus be-

auftragte entsprechende Leitfaden ist inzwischen in zweiter Auflage erschienen und wurde an alle Dermatologen in Praxen und Kliniken versendet. Heute wird er als Standard der dermatologischen Arzneimittelverordnungen angesehen, der auch über die Grenzen der Dermatologie hinaus zitiert und genutzt wird.

Zusammengefasst hat „Quo vadis“ mit seinen 24 Sitzungen die letzte der sechs Jubiläumsdekaden des Berufsverbandes nachhaltig geprägt. „Quo vadis“ ist damit zu einer festen Größe in der strategischen Planung der deutschen Dermatologie geworden, dessen Fortbestehen höchst wünschenswert ist. ■

Vom Toten Meer in die Hautarztpraxis

Die ambulante Balneo-Photo-Therapie wird Kassenleistung

ERICH SCHUBERT

Die Idee war bereits 25 Jahre alt. In Bad Bentheim hatte 1975 Dr. Markward Ständer mit 27%igen Solebädern mit anschließender UV-Bestrahlung die Leiden Hautkranker gelindert. Vorbild dieser Balneo-Photo-Therapie waren die am Toten Meer beobachteten Heilerfolge. Unabhängig vom Klima sollte diese Behandlung in deutschen Fachkliniken und ambulant in Hautarztpraxen möglich sein.

In Bayern versuchte 1992 der AOK-Landesverband eigene ehrgeizige Ziele durchzusetzen, indem er medizinische Bademeister in München beauftragte, eine ambulante Balneo-Photo-Therapie durchzuführen und als Heilmittel abzurechnen. Die Behandlung erfolgte ohne Hautärzte, die sollten nur Überweiser sein – ein Politikum! Die Aufsicht – das Landesgesundheitsministerium – musste ein „Machtwort“ gegen die AOK Bayern sprechen. Als Mitglied der Vertreterversammlung der KV Bayern und der Bayerischen Landesärztekammer ist es mir gelungen, am 25. Juli 1992 breite Zustimmung für folgende Anträge zu erreichen:

- die Durchsetzung des uneingeschränkten Arztvorbehaltes,
- mit dem Ziel, die rechtliche Begründung des Tomesa-Vertrages auszuhebeln (vgl. § 124/125 SGB V – Berufsbild des medizinischen Bademeisters erlaubt nicht die selbstständige Anwendung von UV-B-Strahlung) und
- mit dem Hinweis auf die Gefährdung der Gesundheit der Patienten bei unqualifizierter Anwendung von UV-B-Strahlen.

In der Folge gelang es der KVB das Gesundheitsministerium für diese Antragsziele zu interessieren und diese umzusetzen. Der AOK wurden die Verträge mit den „Tomesa-Zentren“ untersagt mit der Begründung, dass Balneo-Photo-Therapie nur von Hautärzten ausgeführt werden darf und keine Heilbehandlung durch medizinische Bademeister darstellt.



© BVDD

Seit 1. Oktober 2010 ist die ambulante Balneo-Photo-Therapie wieder zu Lasten der GKV abrechenbar.

Modellversuch der Ersatzkassen-Verbände

Das „Kieler Modell“ zur Behandlung der schweren Psoriasis vulgaris (BSO und PASI > 15) und der schweren Neurodermitis wurde für den Erprobungszeitraum 1. März 1994 bis 28. Februar 1999 von der DDG und dem BVDD zusammen mit dem Verband der Angestellten Kranken-

kassen (VdAK), Siegburg, vereinbart. Im Konkurrenzkampf der gesetzlichen Krankenkassen finanzierten aber schon bald auch andere Kassen dieses Projekt, das ein 15%iges Solebad von 15 Minuten und anschließende Phototherapie mit UV-A/UV-B oder UV-B-Breitband oder 311 nm Schmalband oder alternativ die Bade-PUVA einschloss. Bald wurden auch Folienbad-Anwendungen im Rahmen der Kieler Studie akzeptiert, die ökonomische und ökologische Vorteile (nur 4 l Sole-Bedarf) bei gleicher Wirksamkeit versprachen.

In einer sogenannten Initialbehandlung waren durchschnittlich 25 Badebehandlungen mindestens dreimal wöchentlich vereinbart. Eine eventuell notwendige Erhaltungstherapie von zweimal pro Woche konnte rund sechs Wochen lang durchgeführt werden. Die extrabudgetäre Vergütung war ursprünglich mit 57 DM vereinbart, wurde aber bei Beteiligung von immer mehr Hautarztpraxen und zunehmenden Patientenzahlen auf 46 DM einseitig vom VdAK vermindert. Zum Ende des auf fünf Jahre vereinbarten Modellversuchs wurden neu hinzukommenden Praxen nur noch 35 DM angeboten. Trotz dieser nicht mehr kostendeckenden Erstattung fanden sich noch etwa 100 Hautarztpraxen zur Teilnahme bereit. Es waren schließlich bundesweit rund 750 dermatologische Einrichtungen, vor allem Hautarztpraxen, die am Kieler Modell teilnahmen.

Der Berufsverband hatte zu Beginn des Modellversuchs einen Sonderreferenten für Balneo-Photo-Therapie berufen: Frank-Rüdiger Zimmeck, Limburg/Lahn. Seinem großen Einsatz war die immer größer werdende Teilnehmerzahl zu verdanken. Die von ihm erstellte betriebswirtschaftliche Kalkulation der Balneo-Photo-Therapie bezifferte die Kosten mit 47,60 DM. Dieser Betrag war BVDD-Verhandlungsinhalt und Widerspruchsgrund gegen die

zuletzt angebotenen 35 DM. Dieses „Diktat der Ersatzkassen“ konnte trotz der guten Gespräche mit Peter Widekamp vom VdAK in Siegburg nicht verändert werden. Unser Kollege Zimmeck sah keine Verhandlungsspielräume mehr und ist im Mai 1999 enttäuscht von seinem Amt zurückgetreten.

Das Tomesa-Modell in Bayern

Bereits Ende 1995 wurde von der KV Bayern ein Modellversuch mit dem Verband der Primärkassen (AOK, BKK, LKK) vereinbart. Die Anwender mussten die teure Tomesa-Wanne einsetzen (Leasing), bei der gleichzeitig (synchron) ein 10%iges Solebad und die Phototherapie mit UV-B 311 nm Schmalband stattfanden. Auch das Badesalz (Totes-Meer-Salz) musste von der Firma Okkaido, Alteglöfshaus, bezogen werden. Es war eine teures Verfahren, bei dem nur etwa die Hälfte der Erstattung von 99,50 DM den Leistungserbringern gutgeschrieben wurde.

Außer der Indikation Psoriasis konnte auch die Neurodermitis atopica (1%iges Solebad) sowie einige seltener chronische Dermatosen behandelt werden. Diese Behandlung erfolgte fraktioniert und umfasste 35 Einzelbäder (mindestens dreimal pro Woche) in der Initialphase und 20(–35) Einzelbäder (zweimal pro Woche) in der Erhaltungphase.

Der Modellversuch wurde von Anfang an wissenschaftlich eng betreut von der Universitäts-Hautklinik Regensburg (Prof. Dr. Michael Landthaler, Prof. W. Stolz). Jede teilnehmende Praxis musste einem Monitor (Dr. R. Schiffner) die vorgeschriebene Qualität nachweisen.

Das unerwartete Aus

Nach Prüfung der Studienergebnisse kam am 10. Dezember 1999 der ungeduldig erwartete Beschluss des Arbeitsausschusses „Ärztliche Behandlung“ (früher NUB): Die Balneo-Photo-Therapie wird wegen fehlender Evidenz als ambulante ärztliche Leistung nicht anerkannt. Viele Dermatologen und betroffene Patienten hielten diese Entscheidung angesichts der klinischen Wirksamkeit und guten Verträglichkeit für einen Skandal. Die Kosten für die weit verbreitete Anwendung wurden (zu Recht?) als Ursache für das Aus vermutet.

Jetzt stand die ambulante Balneo-Photo-Therapie nur noch Selbstzahlern und privat Krankenversicherten (aGOÄ 566 = 52,45 €) zur Verfügung. Eine Klage schien aussichtslos. Gespräche auf allen denkbaren Wegen einschließlich der wichtigsten Mitglieder des Gesundheitsausschusses des Bundestages waren erfolglos. Der Druck seitens der Mitglieder des BVDD zu handeln war groß.

Studie auf Kosten des BVDD

Am 6. Mai 2000 entschied die Delegiertenversammlung des BVDD, eine Studie ins Leben zu rufen, um die Grundlage zu legen, die ambulante Balneo-Photo-Therapie als GKV-Leistung anerkennen zu lassen. Als neuen Sonderreferent berief der Vorstand Dr. Bernd Salzer, Heilbronn, der bei dem Projekt vom Vizepräsidenten, Dr. Michael Hornstein (2005 verstorben), eng begleitet wurde.

Mühsam gestaltete sich die Finanzierung, deren Klärung fast ein Jahr in Anspruch nahm und erst durch eine Bürgschaft des BVDD über 100.000 DM als Anschubfinanzierung für die notwendige Statistik, das Monitoring und die wissenschaftliche Begleitung auf den Weg gebracht werden konnte. Die wissenschaftliche Begleitung übernahmen Prof. Ralf Uwe Peter und Dr. Ralf Schiener, beide von der Universitäts-Hautklinik Ulm, die Statistik und Analyse, das Forschungsinstitut für Balneologie (FBK) Bad Elster (Direktor Prof. K. L. Resch).

Die teilnehmenden Praxen mussten sämtliche Kosten in Höhe von etwa 650 € je Patient aus Eigenmitteln finanzieren. Ende 2002 kam die Studie ins Stocken, da die Kosten für Monitoring und Biometrie höher waren, als bis dahin angenommen. Ein engagierter Aufruf des BVDD-Sonderbeauftragten, Dr. Bernd Salzer, war erfolgreich: Rund 60 neue Teilnehmer meldeten sich bei ihm, sie waren bereit, je 500 € beizusteuern für die Aussicht auf spätere Zertifizierung und Patienten in die Studie einzubringen. Der Deutsche Psoriasis-Bund unterstützte das Projekt.

Untersucht wurden in der vierarmigen Studie Patienten mit Psoriasis in vier Kollektiven gleicher Größe: nur mit UV-A/UV-B-Bestrahlung (GKV-Standard), mit Leitungswasser und UV-B, mit PUVA-Bad und UV-A sowie mit einer 25%igen Stark-

sole und UV-B-Bestrahlung. Die Randomisierung erfolgte im FBK Bad Elster. Der letzte Patient wurde am 11. November 2003 in die Studie aufgenommen.

Endergebnis: eine extrabudgetäre EBM-Leistung

Den vorläufigen Abschlussbericht der Studie erhielt die KBV im Oktober 2004. Im Dezember 2004 reichte die KBV einen Antrag auf Wiedererstattung der ambulanten Phototherapie beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ein. Der finale Abschlussbericht erfolgte im März 2005. Im Sommer 2006 ging der Bericht der Tomesa-Studie – ohne BVDD-Beteiligung – beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ein, das im Auftrag des G-BA prüft. Mehrere Nachfragen zur BVDD-Studie ließen die politische Absicht erkennen, über beide Studien gemeinsam zu urteilen. So fiel die Entscheidung erst am 13. März 2008, die ambulante Balneo-Photo-Therapie (synchron und asynchron) für Psoriatiker als Leistung der GKV wieder einzuführen.

Zäh verliefen die Verhandlungen zur Qualitätssicherung zwischen dem Spitzenverband der GKV und der KBV, nachdem bereits am 3. Dezember 2009 als Vergütung ein Betrag von „nur“ 39,50 € je Behandlung festgelegt worden war (ohne BVDD-Zutun). Die hohen Anforderungen an die vorzuhaltende Struktur wurden seitens des beteiligten MdK-Hautarztes und mit Verweis auf einen beteiligten Dermatologen in den Reihen der KBV damit erklärt, dass die Balneo-Photo- bzw. Bade-PUVA-Therapie riskante Verfahren seien. Die einst angedachte Zertifizierung der Studienteilnehmer war nicht realisierbar. Die ambulante Balneo-Photo-Therapie sollte für jede dermatologische Praxis offenstehen, wenn die notwendige Struktur und Qualität erfüllt wird.

Zum 1. Oktober 2010 wurde die ambulante Balneo-Photo-Therapie nach über zehn Jahren voller Bemühungen des BVDD als extrabudgetäre EBM-Leistung eingeführt. Die Zertifizierung durch die DDA erlaubte den Studienpraxen bundesweit den Nachweis, die Eingangskriterien für die KV-Abrechnung zu erfüllen. Dermatologische Praxen können sich seitdem durch entsprechenden Nachweis der Eignung ebenfalls beteiligen. ■

Das Hautkrebscreening als IGeL hat Konkurrenz bekommen

Wachsende Zahl an Hauttumoren veränderte die Lage in der GKV

ERICH SCHUBERT

Gesetzliches Hautkrebscreening versus IGeL? Diese Frage drohte zeitweilig das Lager der Dermatologen zu spalten, einzelne Mitglieder verließen deshalb den Berufsverband.

Die Lage hatte sich über Jahre zuge- spitzt, einmal durch die Folgen der immer strikteren Budgetie- rung ab 1996 und andererseits durch die Möglichkeiten, sogenannte individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen zu können (1997/98). Das immer häufiger nachgefragte Hautkrebs- screening (HKS) wurde so zu einer wesentlichen zusätzlichen Einnahmequelle der Hautpraxen.

Seit 1976 stand die Früherkennung von Krebskrankheiten im damaligen Bun- desausschuss der Ärzte und Krankenkas-

sen auf der Tagesordnung. Der „kleine Gesetzgeber“ im Gesundheitswesen konn- te sich aber nicht zu einer Vorsorgeleistung zur Früherkennung von Hautkrebs durch- ringen, weil angeblich dafür keine Evidenz vorlag. Es wurde wohl aber auch ein An- stieg der Kosten befürchtet.

Erste Modellprojekte im Süden

Mit der Zunahme der Hauttumore von Jahr zu Jahr und zahlreichen Publika- tionen besonders zum malignen Mela- nom, veränderte sich die Ausgangslage. Gesetzliche Krankenkassen konnten nun Modellversuche oder Strukturverträge

mit den kassenärztlichen Vereinigungen oder anderen Partnern abschließen, die über einen Zeitraum von fünf bis acht Jahren auszuwerten waren. Das Behand- lungsziel wurde daraufhin überprüft, ob diese Leistung in die gesetzliche Kranken- versicherung aufgenommen werden könnte. Besonders die damals sehr innovativen Betriebskrankenkassen waren begehrte Partner solcher Verträge.

Nützliche Meilensteine auf dem Weg für ein gesetzliches HKS waren „Haut OK“, ein Screeningprogramm, das Hautärzte in Baden-Württemberg mit dem Landes- verband der Betriebskrankenkassen (BKK) und zeitweilig auch der Innungskranken- kassen (IKK) von 1995 bis 1998 anboten. Dr. Klaus Rüdiger Gebhardt und Dr. Mar- kus Steinert berichteten im Deutschen Ärzteblatt. Sie wiesen besonders auf die Wirtschaftlichkeit dieses HKS hin und warnten davor, ein künftiges HKS auch von Nicht-Dermatologen erbringen zu lassen.

In Bayern schloss der Landesverband der BKK mit der KV Bayern 1996 einen Vertrag ähnlichen Inhalts ab, der ein HKS durch Dermatologen beinhaltete. Regi- onal fanden in dieser Zeit zahlreiche kleinere Modellversuche, meist ebenfalls in Verträgen mit Betriebskrankenkassen, statt.

Valide Daten aus Schleswig-Holstein

Das wichtigste und entscheidende Projekt aber fand 2003 bis 2004 als Modellversuch in Schleswig-Holstein statt. Es wurde durch die Arbeitsgemeinschaft Dermato- logische Prävention (ADP) betreut und von der Deutschen Krebshilfe gefördert. 366.000 Menschen über 20 Jahren ließen ihre Haut untersuchen. Neben Dermato- logen waren auch Gynäkologen, Urolo- gen, Internisten und Allgemeinärzte/



Mit oder auch ohne Dermato- skop? Diese Frage wurde nach Einführung des „Kassenscreenings“ heiß dis- kutiert.

Praktische Ärzte in das Screening eingebunden. Die Kontrolle fragwürdiger Befunde erfolgte prinzipiell durch Dermatologen. Das Projekt war durch die große Teilnehmerzahl und den dabei aufgedeckten 41 Malignomen der Haut mit histologischer Sicherung ein großer Erfolg. Es war dem unermüdlichen Einsatz von Prof. Eckhard W. Breitbart aus Buxtehude zu verdanken, dass auf Basis der Ergebnisse das von den Hautärzten und den Versicherten gleichermaßen ersehnte GKV-Hautkrebscreening Wirklichkeit wurde.

Am 16. November 2007 erfolgte der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses, eine standardisierte Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs ab dem 35. Lebensjahr im Zwei-Jahres-Rhythmus einzuführen. Seit 1. Juli 2008 ist es gesetzliche Vorsorgeleistung, die nach fünf Jahren – also im Frühjahr 2013 – überprüft werden soll. Danach wird entschieden, so der damalige Beschluss, inwieweit und in welcher Form das HKS in Deutschland fortgeführt wird. Prof. Breitbart erhielt am 7. März 2012 in Berlin das Bundesverdienstkreuz am Band des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland für sein fachliches und ehrenamtliches Engagement für die primäre und sekundäre Prävention von Hautkrebs.

Streit im dermatologischen Lager

Die Einführung des gesetzlichen HKS zum 1. Juli 2008 fand bei den Hautärzten von Anfang an keine ungeteilte Zustimmung, gelegentlich sogar Ablehnung. Als Argumente wurden unter anderem aufgeführt:

- Der Beginn des Screenings ab 35 Jahren sei zu spät im Hinblick auf das oft früher auftretende maligne Melanoms.
- Der Zwei-Jahresabstand sei zu groß wegen Risikopatienten (z. B. Immunsuppression).
- Die Notwendigkeit, als Dermatologe einen Qualifikationskurs ableisten zu müssen, sei Schikane, da wohl niemand die fachliche Kompetenz bezweifle.
- Die Beteiligung der hausärztlichen Fachgruppen sei qualitativ unverantwortlich und lasse eine Fehlsteuerung befürchten.
- Die Honorierung sei mit 21,18 € zu gering im Vergleich zur GOÄ-Abrechnung der HKS-IGeL.

Eine kleine IGeL-Geschichte

Der ökonomische Druck durch die Budgetierung ab 1996 auf die Arztpraxen und die permanente Forderung der gesetzlichen Krankenkassen, dass das Sachleistungsprinzip jede ärztliche Leistung beinhalte und Zuzahlungen der Versicherten verbiete – anfänglich voll unterstützt von der Sozialgerichtsbarkeit – führten zur Konfrontation der Ärzteschaft und ihrer Körperschaften mit der GKV, den Sozialgerichten, einzelnen Patienten und besonders den Medien. Gerade letztere zeigten sich als Feinde der IGeL, die das Kürzel spöttisch als „intransparentes Gemisch entbehrlicher Leistungen“ bezeichneten oder kritisch unter der Überschrift „Wenn die Arztpraxis zum Basar wird“ (Stern) charakterisierten.

Die ärztlichen Körperschaften sahen sich gezwungen, sich vor die Fachärzte zu stellen. In der KBV kam es zum offenen Disput zwischen den Verantwortlichen, in deren Verlauf der stellvertretende Hauptgeschäftsführer, Dr. Lothar Krimmel, 1999 die KBV verließ und „Medwell“ gründete. Im Jahr davor hatte er eine Liste mit 68 sogenannten IGeL veröffentlicht, ein Jahr später eine Ergänzung mit 79 Leistungen, die keinesfalls zum Sicherstellungsauftrag gehörten. In dieser letzten Liste waren auch die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen der Haut sowie die Dermato-

skopie enthalten. Die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen publizierten Broschüren zum Umgang mit IGeL, wie z. B. die KV Bayern und KV Nord-Württemberg (1997), später die KV Westfalen-Lippe und andere.

Allmählich rückte auch das Bundessozialgericht von seiner strikten Ablehnung ab und formulierte 2001 Grundbedingungen zur Privatliquidation bei Kassenpatienten:

- IGeL sind möglich, wenn der Patient es wünscht und es keine Leistung der GKV ist.
- Zuzahlungen zu vertragsärztlichen Leistungen sind unzulässig.
- Jeder Vertragsarzt muss das „Kernfach“ seines Gebietes anbieten.
- Das Angebot einer EBM-Leistung für GKV-Versicherte als Privatleistung ist unzulässig.

Die Diskussion über das „Kernfach“ hat sich totgelaufen, weil niemand bestimmen will oder kann, was der Kern eines Fachgebietes ist. Die gesetzliche Sicherstellungspflicht ist von den KVen zu leisten, sie trifft nicht den einzelnen Arzt. Auch die Bundesärztekammer hat Änderungen beim Berufsrecht vorgenommen, um Rechtssicherheit für die IGeL zu schaffen und sie damit aus der „Schmuddel-Ecke“ der Medien zu holen. **ES**

- Die Beteiligung von Betriebsärzten oder das HKS in den Betrieben solle unterbunden werden.

Der BVDD-Vorstand hat über Jahre seine Mitglieder breit über den jeweiligen Stand des HKS informiert und bei den jährlichen Delegiertenversammlungen der letzten fünf Jahre darüber berichtet und jeweils förmlich abstimmen lassen. Es gab breite Zustimmung zur gesetzlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchung, zur notwendigen Qualifikation und zur Honorierung. Die überwiegende Mehrheit der Mitglieder hatte verstanden, dass es Krebsfrüherkennungsuntersuchungen exklusiv für ein Fachgebiet nicht geben kann, weil eine flächendeckende Versorgung nur durch Hautärzte nicht gewährleistet werden kann. Bei Zweifel der Hausärzte muss die Zweituntersuchung durch Dermatologen erfolgen.

Die Honorierung des HKS ist in der Größenordnung der übrigen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Die Derma-

toskopie ist nicht Inhalt des HKS, da sie bei der Einführung noch keine ausreichende Evidenz hatte – sie kann als IGeL privat abgerechnet werden. Die Teilnahme am HKS geschieht freiwillig, nach einem qualifizierenden Tageskurs.

Die Diskussion über die Einbindung von Betriebsärzten erscheint müßig, weil Hautkrebs zunehmend als Berufskrankheit anerkannt wird. Betriebsärzte rechnen ihr HKS im Rahmen des Präventionsauftrags mit der gesetzlichen Unfallversicherung nach dem SGB VII ab und nicht über die KV nach dem SGB V. Sie stellen also keine Konkurrenz dar.

Die angemahnte Altersbegrenzung ist auch den Krankenkassen ein Dorn im Auge. Deshalb vereinbaren zahlreiche Sonderverträge ein HKS schon im Jugendalter oder auch jährlich. Es ist davon auszugehen, dass bei der Evaluation im Jahr 2013 das Zugangsalter zum HKS gesenkt wird. Jedenfalls strebt die GKV dies übereinstimmend mit dem BVDD an. ■

Zu schlecht bezahlt oder zu aufwendig?

Strukturvertrag ambulante OP fand nur langsam Zuspruch

ERICH SCHUBERT

Erfolg bemisst sich in der Berufspolitik letztendlich daran, ob konkrete Regelungen verhandelt werden können, die im Idealfall für Patienten wie für die Fachgruppe gleichermaßen eine Verbesserung des Status quo darstellen. Hier hat der BVDD im Landesverband Bayern schon früh Vorbildliches geleistet.

Es war das Jahr 1998 kurz vor dem Ende der CDU/CSU/FDP-Regierungskoalition im Bund und wir Hautärzte hatten unter den zum 1. Juli 1997 eingeführten Praxisbudgets sowie durch Seehofers GKV-Neuordnungsgesetze (NOG 1997) zu leiden. Der Regierungswechsel kündigte sich an. Im November 1998 übernahm Andrea Fischer von den Grünen das Bundesgesundheitsministerium. Sie setzte die Budgetierung ihres Vorgängers einfach fort, bis 1999 das rot-grüne GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz weitere Budgetierungen vorschrieb.

Während zahlreiche Proteste gegen die rot-grünen Pläne auf der Straße stattfanden, haben die bayerischen Dermatologen im September 1998 eine Woche lang die Phototherapie in ihren Praxen ausgesetzt und diese Maßnahme medienwirksam angekündigt. Parallel setzten sie die Operationen von Tumoren aus, verwiesen diese an die Hautkliniken, wo rasch lange Wartelisten entstanden.

Dermatologen sind „richtige“ Operateure

Die KV Bayern konnte trotz der ungünstigen politischen Rahmenbedingungen noch im Frühjahr 1998 in mühsamen Vertragsverhandlungen mit den Primärkassen einen Strukturvertrag über die finanzielle Förderung ambulanter Operationen, ausgewählter belegärztlicher Leistungen und ausgewählter fachärzt-

licher internistischer Leistungen sowie hausärztlicher Leistungen zum Abschluss bringen. Es war schwierig, die ambulanten Operationen von uns Dermatologen in diesem Strukturvertrag aufzunehmen, weil der Eindruck bei den Primärkassen vorherrschte, dass Hautärzte nur ambulant operieren, ohne damit stationäre Behandlungen einzusparen und zudem große Mengen „kleiner Operationen“ drohten. Als Verhandler auf Seiten der KVB ist es mir möglich gewesen, in mehreren Randgesprächen die mir persönlich bekannten Kassenvertreter zu überzeugen, dass Dermatologen „richtige“ Operationen mit den notwendigen plastischen Deckungen qualifiziert durchführen und dass es sich hierbei um überschaubare Quantitäten handelt.

Vertragsbeginn war der 1. Juli 1998. Die Ersatzkassen folgten mit einem gleichlautenden Vertrag 2001. Diese Verträge wurden zum 31. Oktober 2004 gekündigt, fanden ihre Fortsetzung aber bis zur Einführung des EBM 2000 plus zum 1. April



© ArtmannWitte / fotolia.com

Der Strukturvertrag zu den ambulanten Operationen erlaubte es den bayerischen Dermatologen chirurgische Eingriffe mit festem Punktwert abzurechnen – beliebt war der Vertrag trotzdem nicht.

2005. Damit war Bayern 1998 das einzige Land, in dem nach dem Regelleistungsvolumen für alle Fachgruppen zu einem festen Punktwert von 8,3 DPf abgerechnet wurde und mit einem Strukturvertrag mit den Primärkassen für Operationen und weitere Leistungen die unterschiedlich großen finanziellen Defizite der Fachärzte und Hausärzte aufzufangen versucht wurde (vgl. Kasten).

Widerstand und Irritationen

Die Hautärzte hatten nach diesem Strukturvertrag die Möglichkeit, ambulante Operationen extrabudgetär bezahlt zu bekommen. Aber sie schienen diese Chance nicht begreifen zu wollen, weil sie das Vertragsergebnis wegen Mängeln nicht akzeptieren zu können glaubten. Widersprüche gab es gegen die in dem Vertrag festgelegten Qualitätskriterien, vor allem die Begehungen der Praxis und besonders der Operationsräume. Die Anforderungen entsprachen § 14 des Vertrages nach § 115 b SGB V.

Heftigen Widerstand erfuhren auch die Vorgabe der grundsätzlich nur einmal täglichen Abrechnung einer K-Ziffer, die daneben ausgeschlossene Briefgebühr und besonders die Nichtabrechnungsfähigkeit bei nachträglich histologisch nicht nachgewiesener Bösartigkeit. Dieses Thema wurde seitens der Ärztgruppen kontrovers diskutiert. Die Chirurgen und Gynäkologen argumentierten zurecht, dass der Aufwand einer Operation nicht von der Malignität

Abrechnungshäufigkeit der GOP des Strukturvertrages durch Hautärzte

Tabelle

Jahr	1998	2000	2002	2004
GOP 2105 K	1.135	1.870	4.589	5.378
GOP 2106 K	5.169	10.554	21.171	27.525

KVB-Statistik; bis 2001 nur Primärkassen, ab 2002 GKV gesamt

abhängig. Andererseits hatten diese Gruppen die meisten Operationen im höheren Bereich (Zuschläge GOP 82–87), die ohnehin extrabudgetär vergütet wurden. Nur wir Dermatologen und noch die Augenärzte hatten erhebliche Anteile von budgetierten kleinoperativen Leistungen (Zuschläge GOP 80–81), weshalb ich als Mitglied der Verhandlungskommission darauf bestehen musste, Kleinoperationen mit einzubeziehen, damit sie extrabudgetär vergütet wurden. Dabei wurde ich von den Hausärzten (Dr. Wittek und Dr. Hoppenthaler) kräftig unterstützt. Allerdings mussten wir auch Einschränkungen wie „histologisch gesicherte Malignome“ und das Verbot der Mehrfachberechnung am gleichen Tag hinnehmen. Die Verhandlungskommission der Primärkassen war darauf bedacht, nur eine bestimmte Honorar menge zur Verfügung zu stellen, geschätzt eine Million DM pro Quartal.

Von den Bayern nicht geschätzt

Berufspolitisch auffällig war neben den argumentativen Widersprüchen, die meist nach Erläuterungen verstummten, die Tatsache, dass sich anfangs nur wenige Hautärzte für diesen Strukturvertrag eintragen ließen (Tabelle). Es brauchte vier Jahre, bis ausreichende Abrechnungsziffern darauf hinwiesen, dass endlich genügend Teilnehmer am Strukturvertrag eingeschrieben waren. Man beachte, dass es sich um eine Gesamtstatistik Bayern der KVB handelt. Die damalige Zahl der hautärztlichen Vertragsärzte in Bayern betrug ca. 500.

Die bescheidene Teilnahme von Dermatologen an diesem Strukturvertrag warf für den BVDD die Frage auf, ob die finanzielle Not in den Praxen nicht so groß war, wie sie nach außen dargestellt wurde; ob die Qualitätsanforderungen mit Zustimmung zu Praxisbegehungen abschreckten oder überhaupt weniger in den Hautpraxen operiert wurde, als öffentlich behauptet. Oder war die angebotene Vergütung eventuell zu niedrig oder das Verfahren der Teilnahme zu kompliziert oder von der KVB nicht ausreichend bekanntgemacht worden? Dieser Strukturvertrag, der in Verbindung mit den Regelleistungsvolumina zu festen Punktwerten für planbare Honorare der Dermatologen sorgen sollte – was er auch tat – war in der ganzen Republik bekannt, aber die Bayern schätzten ihn zu wenig. ■

Strukturvertrag „Ambulante Operationen“ auf einen Blick

Der Strukturvertrag als Anlage 1 des 17. Nachtrags zum Gesamtvertrag mit den Primärkassen in Bayern hatte die nachfolgend aufgeführten Essentials:

§ 1 Ziele

- mehr ambulant statt stationär – weniger Krankenhauseinweisungen
- Steigerung der ambulanten Qualität
- Kosteneinsparungen (aus stationärem Budget)

§ 2 Teilnahme-Voraussetzungen

Qualitätsverpflichtungen

§ 3 Leistungskatalog – Hautärzte

GOP 2105 K und GOP 2106 K, GOP 2174 K und 2175 K an sichtbaren Flächen an Kopf, Hals, Händen und Unterarmen ab 1. Januar 2000; extrabudgetäre Vergütung mit 500 bzw. 410 Punkten à 9 DPf, später 4,35 Cent. Diese Vergütung entstand auf Druck der Kassen und war vom BVDD nicht initiiert, der die Laserleistung als IGeL vorsah.

§ 4 Qualitätssicherung

u. a. durch Praxisbegehungen

§ 5 Vergütung für hautärztliche Leistungen

9 DPf = 4,35 Cent

Für Hautärzte/innen infrage kommenden Leistungen

Nr 2105 K – Komplexgebühr für die ambulante Operation maligner Hauttumore (Basaliome, Spinaliome, Melanome) bei histologischem Befund – 1.380 Punkte à 9 DPf = 4,35 Cent, entspricht 124,20 DM (60,03 €)

Nr 2106 K – Komplexgebühr für die ambulante Operation großer maligner Hauttumore (Basaliome, Spinaliome, Melanome) bei histologischem Befund – 2.130 Punkte à 9 DPf = 4,35 Cent, entspricht 191,70 DM (92,65 €)

Berechnung

GOP	Punkte		GOP	Punkte	
2	50	Konsultationsgebühr	2	50	
17	300	eingehende Beratung	17	300	
75	80	Brief	75	80	
80	400	OP-Zuschlag	80	400	
451	150	LA	451	150	
2105	400	Exzision tiefliegend	2106	700	(große Ex.)
		Verschiebeplastik	2151	450	
Summe	1.380			2.130	

Nicht mehrfach am Behandlungstag berechnungsfähig

Neben der Nr. 2106 K sind die Nrn. 2, 17, 80 EBM sowie die Nr. 2105 K am gleichen Tag nicht berechnungsfähig, die Nrn. 452, 2105, 2106 und 2151 nur im Ausnahmefall mit besonderer Begründung. Im Behandlungsfall ist die Nr. 75 daneben nicht zusätzlich berechnungsfähig.

Ihr Dermatologe kann mehr als die Kasse bezahlt

Individuelle Gesundheitsleistungen gehen über das Krankenkassenangebot hinaus

KLAUS FRITZ

Unter individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) versteht man Leistungen der Vorsorge- und Service-Medizin, die nicht zum Leistungskatalog der GKV gehören. Sie werden dennoch von Patientinnen und Patienten nachgefragt, gelten als ärztlich empfehlenswert oder auf Grund des Patientenwunsches zumindest als ärztlich vertretbar.

Initiiert wurde der Begriff IGeL von einer durch den Länderausschuss der KBV eingesetzten Arbeitsgruppe. Sie erarbeitete auch eine erste IGeL-Liste, die in einem Abstimmungsverfahren von einer großen Mehrheit ärztlicher Verbände befürwortet wurde. Der Vorstand der KBV stimmte in seiner Sitzung am 4. März 1999 abschließend zu. Von den Spitzenverbänden der Krankenkassen wurde die IGeL-Liste hingegen damals nicht positiv aufgenommen.

Leistungen, für die keine Leistungspflicht besteht, weil sie nicht in den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung fallen oder auf Wunsch der Patienten erfolgen, können ausschließlich im Rahmen einer Privatbehandlung erbracht werden. Zu den Leistungen, die nur privat in Anspruch genommen werden können, zählen vorbeugende Impfungen für Auslandsreisen, Einstellungs- und Sporttauglichkeitsuntersuchungen und im Regelfall auch Außenseiterbehandlungen sowie die Ausstellung von Bescheinigungen.

Mit Mehrwertsteuer oder ohne?

Steuerlich sind IGe-Leistungen als Heilbehandlung weiter begünstigt, d.h. frei von der Mehrwertsteuer, sofern sie dem Zwecke des Heilens dienen. Sofern diese aber zur reinen Verbesserung des Lebensgefühls Gesunder zählen, werden sie mehrwertsteuerpflichtig (Anti-Aging,

ästhetische Leistungen, Wellnessmedizin): Im Einzelfall gibt es dazwischen Graubereiche, die nur durch Dokumentation und Einschätzung des Arztes selbst definiert werden können. Setzt man beispielsweise Botulinumtoxin zur Behandlung massiver Hyperhidrose ein, so wird dies zumindest hierzulande als medizinisch gewertet. Behandelt man aber jemanden, der nur nicht mehr so oft sein Deo nehmen möchte, ist es Wellnessmedizin.

Die Erstattungskategorien resultieren zum einen daraus, dass innovative und auch medizinisch evaluierte neue Verfahren noch nicht in die Erstattung durch die Kassen übernommen wurden, wie es früher bei der ambulanten Balneo-Phototherapie und lange Zeit auch beim Hautkrebsscreening der Fall war. Des Weiteren sind einige Leistungen aus der Erstattung herausgefallen, Beispiele sind die Aknebehandlung oder die Hardeningtherapie. Ein Großteil der IGeL ist allerdings dem Bereich innovative Medizin ohne bewiesenen Mehrwert zuzurechnen oder dem seit einem Jahrzehnt extrem breiter werdenden Bereich der ästhetischen Medizin, die streng genommen keine individuelle Gesundheitsleistung ist, sondern eine medizinische Wunschleistung, die noch nie erstattet wurde.

GOUDA-Gruppe ganz vorne

Facharztgruppen mit den meisten IGe-Leistungen gehören zur sogenannten



Lothar Krimmel gilt als der geistige Vater der IGeL. Um dieses Konzept zu verwirklichen, wechselte er von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum größten privaten Krankenversicherer in Deutschland, zur DKV, und entwickelte dort eine eigene Gebührenordnung für private Zusatzleistungen.

„GOUDA-Gruppe“. Das Akronym steht für Gynäkologen, Orthopäden, Urologen, Dermatologen und Augenärzte. Waren vor zehn bis 15 Jahren Selbstzahlerleistungen fast in keiner Praxis existent, so machen sie heute – nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund drastisch gesunkener Honorare – 5 bis 30 % des Praxisumsatzes aus.

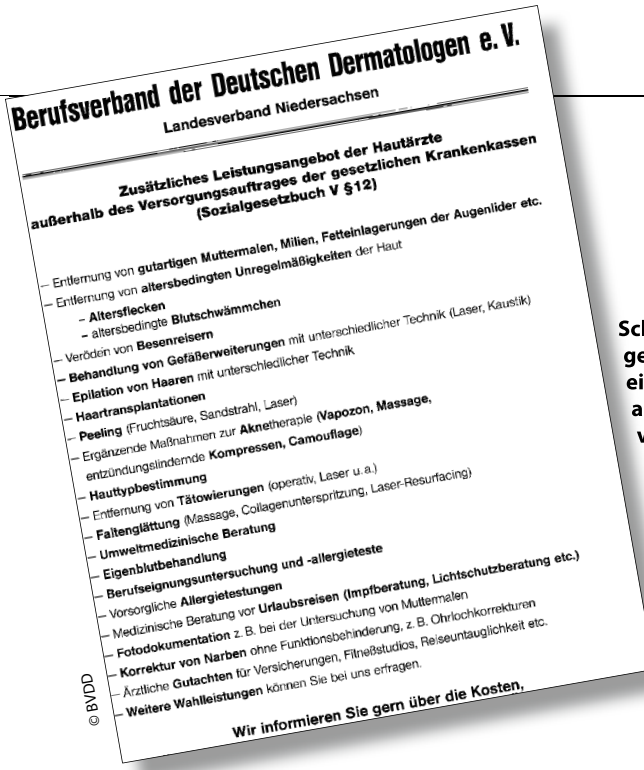
Die meisten Selbstzahlerleistungen gehören zu einer der folgenden vier Gruppen (Leistungen wie auch für Medikamente):
1. neue Therapien, die noch nicht in die Kostenerstattung aufgenommen worden sind,

2. Behandlungen, die nicht der kurativen, sondern einer ästhetischen Behandlung dienen,
3. Deluxe-Behandlungen, die auch anders durchgeführt werden können, dann aber weniger komfortabel sind und
4. alternative Behandlungsverfahren wie z. B. Gegensensibilisierung oder Bioresonanz; diese Methoden haben aber keinen großen Stellenwert oder Umfang bei den Selbstzahlerleistungen in der Dermatologie.

IGeL-Gruppe 1: neue Therapieformen in der Dermatologie

Zur 1. Fallgruppe zählten bis Sommer 2008 beispielsweise das Hautkrebscreening und die Balneo-Phototherapie, ab Sommer 2008 wurden diese zu außerbudgetären Kassenleistungen. Die ambulante Balneo-Phototherapie wurde vor Jahren erstattet, dann gestoppt und war zwischenzeitlich nur Selbstzahlern zugänglich. Da die Hautärzte aber mittels einer selbst finanzierten Studie den Nutzen zwischen wissenschaftlich bewiesen haben, ist auch diese Leistung wieder erstattungsfähig geworden.

Noch keine GKV-Leistung sind beispielsweise die Excimerlaserbehandlung von Erkrankungen wie Psoriasis und Vitiligo oder die Farbstofflaserbehandlung von Hämangiomen (wohl aber die der Nävi flammei). Die Excimerlaserbehandlung ist zwar im Nutzen wissenschaftlich bewiesen (S3-Leitlinie), wird aber nicht von der GKV bezahlt. Ähnliches gilt für die photodynamische Diagnostik und photodynamische Therapie von präkanzerösen aktinischen Keratosen und Basaliomen.



Schmucklos, aber vollgepackt mit Information: ein frühes IGeL-Plakat aus dem BVDD-Landesverband Niedersachsen.

Die Videodermatoskopie ist eine typische IGe-Leistung, bei der Pigmentflecke digital erfasst und ausgewertet werden. So lassen sich Veränderungen besser kontrollieren – auch über Jahre hinweg. Deshalb ist die Videodermatoskopie aus medizinischer Sicht sinnvoll, wird aber nicht von der GKV erstattet. Gleiches gilt auch für neue Verfahren wie die Messung von Lichtreflektionspektren und andere Methoden zur Früh- und Schnelldiagnose von Hautkrebs oder die hochauflösende Ultraschalluntersuchung, die manche histologische Diagnostik ersparen kann.

IGeL-Gruppe 2: ästhetische Behandlungen in der Dermatologie

Die Laserbehandlung von Altersflecken oder Besenreisern sind typische IGe-Leistungen der Fallgruppe 2, die medizi-

nisch nicht notwendig, sondern von Patienten aus rein ästhetischer Sicht gewünscht sind. Gleiches gilt für alle ästhetisch-operativen Maßnahmen, Faltenbehandlungen und Rejuvenationstherapien. Aus hautärztlicher Sicht spricht nichts gegen diese Behandlungen. Andere Fachbereiche, wie insbesondere die plastische Chirurgie, bieten überwiegend solche Leistungen an, sie müssten fast zu 100 % als IGeL-Ärzte gelten.

Ansonsten dienen alle ästhetischen Leistungen – ob chirurgisch, mit Laser, Unterspritzung oder Anti-Aging-Sprechstunden – dem Wohlbefinden Einzelner und können nicht zu Lasten der allgemeinen Versicherungsgemeinschaft finanziert werden. Da sie meist nicht medizinisch indiziert sind, sondern eine Frage des persönlichen Schönheitsempfindens, werden die Kosten dafür privat in Rechnung gestellt.

IGeL-Gruppe 3: Deluxe-Therapien in der Dermatologie

Leiden, wie die weit verbreitete Hyperhidrosis oder Erkrankungen wie beispielsweise Akne zählen zur dritten Kategorie. Die Krankenkassen übernehmen zwar die Kosten für eine Vielzahl von Therapieformen bei übermäßigem Schwitzen, Botoxinjektionen, bei denen die schweißtreibenden Nervenimpulse blockiert werden, sind jedoch nur in Ausnahmefällen eine Kassenleistung. Grundsätzlich ist die Wirksamkeit der Behandlung belegt, dennoch gibt es einerseits Alternativen und wer stark leidet, kann sich andererseits auch die



Die Augenärzte führen mit der Messung des Augeninnendrucks die IGeL-Hitliste an.

Schweißdrüsen kostengünstiger kuretieren oder absaugen lassen.

Ergänzende und die Behandlung ohne Zweifel optimierende Angebote bei Akne wie Laser oder Peels von Aknenarben oder die manuell-physikalische Aknetherapie sind sinnvoll, aber im Vergleich zum GKV-Basisangebot luxuriösere Zusatztherapien, die nicht erstattet werden wegen des GKV-Grundsatzes, dass eine Behandlung notwendig und ausreichend sein muss (Betonung auf letzterem Adjektiv: Ausreichend ist eben nicht gut).

In der Dermatologie reicht das Spektrum von der Besenreiserverödung bis zu anspruchsvollen operativen Korrekturen in einer Vielzahl von Lokalisationen des Integuments, wie BVDD-Vizepräsident, Dr. Klaus Strömer, auf der Grundlage einer Umfrage innerhalb der Fachgruppe ermittelt hat.

Kriterien für seriöse Angebote

Da in einzelnen Praxen scheinbar die Empfehlung von Selbstzahlerleistungen nicht immer dem Gebot der Seriosität folgte, macht sich die Bundesärztekammer schon lange darüber Gedanken, wie dies zu regeln sei. Daraus resultierten auch Empfehlungen für Patienten im Umgang mit solchen Angeboten. Im Kern geht es um vier Punkte:

1. Aufklärung über Nutzen und Kosten der Leistung
2. Freiwilligkeit der Entscheidung
3. ordnungsgemäße Rechnungsstellung nach GOÄ
4. schriftliche Zustimmung vor Behandlungsbeginn

Politisch haben sich Verbraucherschützer, Patientenselbsthilfeorganisationen und die rot-grüne Bundestagsopposition auf die Fahnen geschrieben, diese Empfehlungen von KBV und Bundesärztekammer auf eine gesetzliche Grundlage stellen zu lassen. Auch in diesen Kreisen ist offenbar die Überzeugung gewachsen, dass Krankenkassen keine Vollversorgung mehr darstellen können und der Wunsch des Patienten nach medizinisch wertvollen Leistungen weit über den Horizont der Krankenbehandlung hinausreicht. Auf die wachsende Nachfrage nach solchen Leistungen hat die Fachgruppe in den vergangenen 15 Jahren verstärkt ein überzeugendes und hoch qualifiziertes Angebot entwickelt. ■

Ärztliche Tätigkeit außerhalb des Budgets

Ein juristischer Blick auf individuelle Gesundheitsleistungen

GERD KRIEGER

Um die strengen vertragsärztlichen Beschränkungen aufzubrechen und als freier Beruf auch außerhalb des GKV-Systems Leistungen anbieten zu können, wurden die sog. individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) entwickelt. Es handelt sich dabei um den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen ergänzende ärztliche Leistungen.

IGeL werden von den gesetzlichen Krankenkassen – anders als teilweise von der privaten Krankenversicherung – nicht erstattet, weil sie nicht unabweisbar medizinisch notwendig sind, weil ihre Wirksamkeit als nicht empirisch gesichert gilt oder sie als nicht wirtschaftlich betrachtet werden. In

der Dermatologie betraf dies neben den ästhetisch-korrektiven Wunschleistungen des Patienten vor allem die Hautkrebsvorsorgeuntersuchung, die erst im Sommer 2008 mit starken Einschränkungen hinsichtlich Frequenz (alle zwei Jahre) und Anspruchsberechtigung (ab dem 35. Lebensjahr) vom Gemeinsamen Bundesausschuss als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen wurde.

Dermato-ästhetische Leistungen sind in den beiden letzten Jahrzehnten vermehrt zu einem wichtigen Standbein von Hautarztpraxen geworden. Angefangen bei Aknebehandlungen über Warzenentfernung mit innovativen, aber nicht zur GKV zugelassenen Methoden bis hin zur Nasenkorrektur und Hautplastik reicht das ästhetisch-korrektive Leistungsangebot der Fachgruppe. Aber auch gewerbliche Kosmetik in einem angeschlossenen Kosmetikinstitut außerhalb der eigenen Praxis-

räume mit eigenem Personal ergänzt heute vielfach das ärztliche Leistungsangebot. Grenzen setzen der Hautärztin bzw. dem Hautarzt als Unternehmer hier in erster Linie das Wettbewerbsrecht und die Berufsordnung.

Galt früher der Grundsatz, dass der Arzt nur mit guter Leistung wirbt und

jedes Marketing verboten war, so ist heute, nachdem die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts das Werbeverbot als Eingriff in die geschützte Berufsausübungsfreiheit erkannt hat, eine Einschränkung nur noch zulässig, wenn Gemeinwohlinteressen dies rechtfertigen. So ist für Ärzte ein umfänglicher Internetauftritt heute ebenso zulässig wie die Bandenwerbung in der Fußballarena.

Vor allem die – von Land zu Land graduell unterschiedlich gefassten – Berufsordnungen unterlagen in den letzten Jahren erheblicher Änderungen. Neue Möglichkeiten gibt es nach Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes und nachfolgender Reformen in der Berufsordnung auch hinsichtlich der Zusammenarbeit von Ärzten, sei es in Form der Praxisgemeinschaft, der Gemeinschaftspraxis, der Partnerschaftsgesellschaft oder des MVZ und ebenso für das Job-Sharing. ■





Die Zeit der Wende

Seite 52 bis Seite 58

Noch zum 50-jährigen Gründungsjubiläum des Berufsverbandes war es kaum möglich, fundierte Innenansichten über die Dermatologie in der DDR-Zeit zur Veröffentlichung zu erhalten. Ein Jahrzehnt später ist die vielschichtige Verunsicherung angesichts der epochalen Veränderungen nach dem Fall der Mauer einer Haltung gewichen, die eine distanziertere Betrachtung der eigenen DDR-Geschichte – wenigstens in der Phase der Wende – ebenso zulässt wie eine selbstbewusst-kritische Auseinandersetzung mit der Lebenswirklichkeit in der gemeinsamen Bundesrepublik.

Wir verkaufen Ihnen nichts, aber vertreten Ihre Interessen

Gründungswelle des BVDD in der Zeit der „Wende“ im Osten (1989 – 1990)

KLAUS HOLZEGEL

Auf der Delegiertenversammlung 1990 war eine Satzungsänderung beschlossen worden, die den Weg freimachte für eine Mitgliedschaft der Kollegen aus der DDR im BVDD. Eine Erinnerung an die Gründerzeit des BVDD in den neuen Bundesländern.



BVDD-Pressereferent Dr. Alexander von Preyss (a) und Verbandsjurist Dr. Gerd Krieger (b) zählten zu den BVDD-Aktiven, die immer wieder in die ostdeutschen Bundesländer reisten, um die Gründung von Landesverbänden mit Rat und Tat zu unterstützen. Führende Dermatikaanbieter förderten mit eigenen Ständen die ersten BVDD-Veranstaltungen im Osten (c).

Auch die ärztlichen Gremien machten sich nach dem Mauerfall Gedanken, was sie zu der zu erwartenden Einheit beitragen konnten. So erschien am 9. März 1990 die erste Ausgabe der „Ärzte Zeitung“ für die Nach-DDR als Wochenzeitung.

Delegiertenversammlung 1990

Auf der Delegiertenversammlung am 24. März 1990 in Würzburg – im Gebäude der KV Unterfranken – berichtete ich noch als 3. Beisitzer im Vorstand über die aktuelle Situation in der bestehenden DDR, über die Beratung zahlreicher geflüchteter oder übergesiedelter Kolleginnen und Kollegen – darunter auch Chirurgen, Gynäkologen und praktische Ärzte – im Hinblick auf ihre Aussichten bei der Gründung eigener Praxen und über Pharmafirmen, die durch Fortbildungsveranstaltungen auch in der DDR ihren Beitrag leisten wollten. Der Vorstand ernannte mich zum „Sonderreferenten für DDR-Verbindungen“.

Zunächst war es erforderlich, die Adressen der in den 14 Bezirken tätigen Hautärzte zu erfassen. Die Bezirksärzte zeigten sich sehr kooperativ bis auf die Abteilung Gesundheitswesen beim Ostberliner Magistrat, deren verantwortlicher Arzt die Herausgabe der Adressen aus datenschutzrechtlichen Gründen verweigerte. Hier half mir Prof. Niels Sönnichsen umgehend und unbürokratisch. Alle Daten wurden gesammelt, im so genannten „Orgarevi“ EDV-System aufbereitet und an den Generalsekretär, Dr. Karl-Jürgen Mense, sowie an verschiedene Pharmafirmen weitergegeben, um die Kolleginnen und Kollegen zu Fortbildungsveranstaltungen einladen zu können.

© (3) BVDD

Aus den bestehenden 14 DDR-Bezirken gründeten sich die fünf Länder, von denen sich Sachsen und Thüringen mit dem Attribut „Freistaat“ versahen. Die Staatsbezeichnung DDR musste immer mehr dem Begriff der „Fünf Neuen Länder“ (FNL) oder dem saloppen „Neufünfland“ Platz machen, obwohl Sachsen, Thüringen und Sachsen-Anhalt historisch betrachtet weit älter als beispielsweise NRW oder Niedersachsen sind.

Auf der Delegiertenversammlung 1990 war eine Satzungsänderung beschlossen worden, die den Weg freimachte für eine Mitgliedschaft der DDR-Kollegen im BVDD. Es galt: 1990 kostenfreie Mitgliedschaft, ab 1991 Jahresbeitrag 50,00 DM. Der Bezug unserer Verbandszeitschrift „Der Deutsche Dermatologe“ war im Mitgliedsbeitrag enthalten. Außerdem appellierte der Präsident an alle „Westkollegen“ DDR-Kollegen für ein bis drei Tage bei sich aufzunehmen, um diesen Gelegenheit zu geben, sich mit Fragen der Praxisorganisation, dem Leistungsspektrum sowie Abrechnungs-, Versicherungs- und Honorarfragen vertraut zu machen.

Sachsen vorn

Allen anderen voran hatten die Sachsen bereits vor der Währungsunion ihren

Landesverband am 15. Juni 1990 gegründet. 72 Kolleginnen und Kollegen wählten geheim die beiden Dozenten Dr. Albrecht Scholz, Leiter der Hochschulpoliklinik der Medizinischen Akademie, zu ihrem Vorsitzenden und Dr. Günther Sebastian, Leiter der Abteilung Dermatochirurgie der Hautklinik der Medizinischen Akademie, zu dessen Stellvertreter. Als Delegierte wurden die sehr aktive niedergelassene Dermatologin Dr. Ulrike Schwäblein-Sprafke und Dr. Ulrike Wiemers von der Hautabteilung der Poliklinik im BKH Leipzig gewählt. Nach einem Jahr, bis zum 3. Juni 1991, hatte der sächsische Landesverband 157 Mitglieder, von denen 73 % weiblich waren.

Einführung der D-Mark

Politisch wurde am 28. April 1990 auf einem EU-Gipfel der damaligen Mitgliedsländer einstimmig der Wiedervereinigung Deutschlands zugestimmt. Im Mai folgte die Bildung des Fonds „Deutsche Einheit“ in Höhe von 115 Mrd. DM, damit am 1. Juli 1990 die Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion in Kraft treten konnte.

Am 1. Juli 1990 wurde die D-Mark in den „FNL“ eingeführt. Im Juliheft von „Der Deutsche Dermatologe“ rief unser Prä-

sident, Dr. Rüdiger Fritz, die Dermatologen dazu auf, Mitglied im Berufsverband, „der kleinen, aber aktiven Dermatologenfamilie zu werden“. Dr. Johann Alexander von Preyss, Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit im Berufsverband, prophezeite: „Mit dem neuen Geld wird es in der bisherigen DDR zu einem umwerfenden Wandel der Verhältnisse kommen.“ Und versprach: „Wir verkaufen unseren Mitgliedern nichts, aber wir vertreten ihre Interessen, wo immer nötig.“

Am 3. Oktober 1990 ist Deutschland wiedervereint, ein Ereignis das so niemand vorausgesagt hatte. Auf dem „Tag der Deutschen Einheit“ vor dem Reichstag mahnte Bundespräsident Richard von Weizsäcker: „Sich zu vereinen, heißt teilen lernen!“ Und einen Tag später erklärte Prof. Niels Sönnichsen, Direktor der Universitäts-Hautklinik der Charité, in der Ärzte Zeitung: „Bei allen Schwierigkeiten, die noch vor uns liegen, erfasst mich ein Glücksgefühl dies mitgestalten zu können. Das macht Lust auf Arbeit.“

36. DDG-Tagung in Hannover

Vom 29. August bis zum 2. September 1990 fand die DDG-Tagung statt, die zu einer Begegnungsstätte von Ost und West wurde. Von den etwa 1.500 Teilnehmern

Eine kleine Chronik des Mauerfalls

Der monolithische Block der Warschauer Vertragsstaaten begann seit Jahren zu bröckeln, wurde aber immer wieder durch sowjetische Panzer in der DDR, Ungarn, Polen und der Tschechoslowakei zusammengehalten. Nun hatte sich aber ein Überdruck im „Kessel“ des Ostblocks entwickelt, der sich auch in der DDR immer deutlicher bemerkbar machte.

Am 4. September 1989 fand die erste Montagsdemonstration mit ca. 5.000 Teilnehmern in Leipzig statt. Im Oktober waren es bereits 20.000 Menschen, die sich montags in Leipzig zusammenfanden und auf 300.000 am 23. Oktober angewachsen waren. Die Sprechchor-Parolen waren: „Keine Gewalt!“, „Wir sind das Volk!“ und „Deutschland einig Vaterland!“ Am 4. November 1989 demonstrierten 500.000 Ostberliner für Reformen. Drei Tage später trat die DDR-Regierung unter Willi Stoph zurück.

Am 9. November fiel die „Mauer“ und die Grenzen zu Westberlin und der Bundesrepublik wurden geöffnet. Altbundeskanzler Willy Brandt sagte dazu: „Nun wächst zusammen, was zusammengehört.“ Vier Monate später, am 18. März 1990, konnten die ersten freien Wahlen in der DDR stattfinden. Stärkste Partei wurde die CDU, gefolgt von der SPD und der Partei des Demokratischen Sozialismus (PDS) als drittstärkste Kraft. Lothar de Maizière (CDU) wurde Ministerpräsident.



© DB / dpa

aus allen europäischen Ländern waren auch etwa 200 Kolleginnen und Kollegen aus der DDR gekommen.

Auf der parallel stattfindenden Präsidiumssitzung des BVDD am 29. August in Hannover wurde festgelegt, dass die sich gründenden Landesverbände Büroensilien erhalten sollten, um die Kommunikation mit ihren Mitgliedern und dem Bundesverband zu erleichtern. Ich wurde beauftragt, für die fünf Landesverbände je eine Schreibmaschine mit Display, ein Diktier- und Kopiergerät sowie Bürobedarf zu kaufen und diese in der Folgezeit den Landesverbänden zu überbringen.

Im Kongressgebäude hatten der Berufsverband und der Grosse-Verlag einen gemeinsamen Stand, auf dem der Verleger, Dr. Eduard Grosse, Berlin, und ich als Verbandsvertreter anwesend waren, um viele Fragen zu beantworten. Dr. Grosse war damals der Herausgeber unserer Verbandszeitschrift „Der Deutsche Dermatologe“.

Bereits ab dem Frühjahr 1990 hatten zahlreiche Kollegen aus dem Berufsverband und unser Justiziar, Dr. Gerd Krieger, begonnen, auf Veranstaltungen in den großen Städten der DDR die Fachkolleginnen und Fachkollegen auf das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik mit allen sich stellenden Fragen zu Praxiseinrichtung, Mietverträgen, Versicherungen, Abrechnungswesen, Kreditaufnahmen etc. vorzubereiten. Die großen, für die Dermatologen wichtigen pharmazeutischen Firmen waren bei der Vorbereitung dieser Seminare besonders aktiv, so dass die Veranstaltungen in Ost und West mit unseren Referenten gut akzeptiert und besucht wurden. Pars pro toto seien hier die beiden Veranstaltungen in Berlin und Chemnitz genannt, auf denen Dr. Uwe Heyl, Vorsitzender des Landesverbandes Niedersachsen, die Gründung einer eigenen Praxis „für jeden Arzt als einen Sprung ins kalte Wasser“ bezeichnete, bei der viel bedacht sein will. Wichtig war auch der Hinweis, dass die Firmen oft eine Erstausrüstung, z.B. für Verbandstoffe und Allergiebestecke kostenlos zur Verfügung stellten.

Weitere Landesverbandsgründungen

Sachsen-Anhalt: Am 26. September 1990 war es in Sachsen-Anhalt soweit. Zur Gründungsversammlung hatten sich im

Hörsaal der Hautklinik der Universität Halle-Wittenberg 32 Kolleginnen und Kollegen eingefunden, die Dr. Gert Kühn, Halle, zu ihrem Vorsitzenden und Dr. Rolf-Ulrich Willms, Magdeburg, zu seinem Stellvertreter wählten. Außerdem wurden sechs Obleute aus Weißenfels, Magdeburg, Dessau und Halle gewählt.

Thüringen: Nur drei Tage später konstituierte sich unter Anwesenheit des Generalsekretärs des Bundesverbandes, Dr. Karl-Jürgen Mense, als dritter Landesverband Thüringen im Pathologischen Institut der Medizinischen Akademie Erfurt. 41 stimmberechtigte Kolleginnen und Kollegen wählten zu ihrem Vorsitzenden Dr. sc. med. Jochen Meyer, Chefarzt der Hautklinik des Klinikums Gera, und als Stellvertreter Dr. Henning Schaarschmidt, Hautklinik der Friedrich-Schiller-Universität in Jena, sowie drei weibliche Obleute aus Suhl, Erfurt und Jena. Damals gab es etwa 70 Fachkollegen in Thüringen.

Ostberlin: Am 17. Oktober 1990 schlossen sich im großen Hörsaal der Hautklinik der Charité die Ostberliner Hautärzte dem Landesverband Berlin (Vorsitzender Prof. Friedrich Nürnberger und Stellvertreter Dr. Volker Beiglböck) an. In diesen Vorstand wurden die beiden Kollegen SR Dr. Hans-Günter Schaper und Dr. Udo Lenz aus Ostberlin kooptiert. Die in der Versammlung diskutierte und gewünschte Gründung eines Landesverbandes Berlin-Brandenburg war aus politischen und Satzungsgründen nicht möglich, so dass diese für das Land Brandenburg verschoben werden musste.

Mecklenburg-Vorpommern: Am 17. November 1990 fand die Gründung des nördlichsten Landesverbandes im Hörsaal der Universitätshautklinik Rostock statt. Als Wahlleiter hatte sich der Klinikchef, Prof. Dr. Heinz Flegel, zur Verfügung gestellt. Die 31 anwesenden Dermatologen wählten zu ihrer Vorsitzenden Dr. Kristina Heim, Greifswald, und zu ihrem Stellvertreter Dr. Andreas Timmel, Bergen/Rügen. Für die vier KV-Bereiche Schwerin, Rostock, Neubrandenburg und Greifswald wurden ortsnahe Obleute gewählt.

Brandenburg: Als letztes Bundesland wählte Brandenburg im Potsdamer „Haus

der Künste und Architekten“ seinen Vorstand. 43 Dermatologinnen und Dermatologen waren am Sonntag, den 10. Dezember 1990 erschienen. Als Gäste waren Präsident Dr. Rüdiger Fritz, Dr. Klaus Holzegel und vom Landesverband Berlin (West) Prof. Friedrich Nürnberger und Dr. Volker Beiglböck* gekommen. Brandenburg hatte damals 110 Dermatologen, von denen drei Viertel Frauen waren. Zum Vorsitzenden wurde Dr. Dietrich Metz, Wittstock, gewählt, der heute noch – im Jahr 2012 – ohne Unterbrechung brandenburgischer Vorsitzender ist. Außerdem wurden noch sein Stellvertreter Dr. Erich Matthei, Lübbenau, und drei Obleute für die ehemaligen Bezirke Potsdam, Frankfurt/Oder und Cottbus gewählt.

Erste gemeinsame Sitzung

Mit Brandenburg fand die Gründung der Berufsverbände in den „FNL“ ihren Abschluss und die gemeinsame Arbeit konnte beginnen. Sie fand ihren Ausdruck in der gemeinsamen Sitzung des Präsidiums der Delegierten und Landesvorsitzenden (Beirat) aus allen Bundesländern am 1. und 2. Februar 1991 in Hamm. Hier wurden bestehende Probleme diskutiert:

1. zu langsame Konstitution funktions-tüchtiger Körperschaften;
2. große Schwierigkeiten, geeignete Räume für eine Praxisgründung zu finden;
3. ungeklärte Besitzverhältnisse bei geeigneten Räumlichkeiten.

Gefragte Schwerpunkte waren Niederlassungs- und Abrechnungsseminare durch Dr. Michael Hornstein und Rechtsfragen mit Dr. Gerd Krieger. Im März 1991 waren rund 450 Ostkollegen dem BVDD beigetreten, so dass rund 2.400 Mitglieder nun im BVDD organisiert waren.

Doch der Weg zur „inneren Einheit“ war weit und schwer, wie wir heute im Jahr 2012 feststellen müssen. Allein die pekuniäre Einheit zwischen Ost und West für die gleiche geleistete Arbeit lässt noch auf sich warten. Vieles hat sich nivelliert, doch es wird eine Generation dauern, bis wir wieder „ein Volk“ geworden sind. ■

**Ein knappes Jahr später, am 3. November 1991, starb Volker Beiglböck plötzlich und unerwartet, erst 41-jährig, im Beisein seiner Kinder. Er hatte sich auf Seminaren in der Wendezeit sehr verdient gemacht.*



© (S) BVDD Sachsen

Reger Andrang herrschte bei den Wahlen des ersten Landesvorstands im BVDD Sachsen (a). Prof. Albrecht Scholz (b), Prof. Günther Sebastian (c) sowie SR Dr. Ulrike Schwäblein-Sprafke (d) setzten sich in der Gründungsversammlung für die Neugründung ein.

Das gesundheitspolitische System bleibt reformbedürftig

Rückblick: Die Gründung des ersten Landesverbandes im Osten

ALBRECHT SCHOLZ, GÜNTHER SEBASTIAN

Am 30. Juni 1990 wurde in der Carl-Gustav-Carus-Universität in Dresden der erste Landesverband des BVDD in den neuen Bundesländern gegründet. Zwei Initiatoren der Gründungsversammlung erinnern sich.

Der Blick von 2012 zurück auf das Jahr 1990 ist durch zwei Jahrzehnte Erfahrung und Beobachtung der neuen Strukturen im Gesundheitswesen bestimmt. Die Schlussfolgerungen sind ambivalent. Auf der einen Seite stand das Verlangen, ein festgefahrenes, insuffizientes System mit hohem Engagement zu erneuern. Das Erleben der oft genug dramatischen Mangelwirtschaft in Diagnostik und Therapie und das nivellierende, auf einem niedrigen Level

sich bewegende Entgeltungssystem stimulierten die Offenheit für neue Wege. Auf der anderen Seite hinterfragen wir aus der Sicht von 2012 die uneingeschränkte Übernahme eines damals und in wichtigen Bereichen heute noch reformbedürftigen gesundheitspolitischen Systems. Hieraus entstanden Frustrationen, die bis in die Gegenwart fortwirken.

Das hierfür klassische Beispiel ist die bis auf vereinzelte Ausnahmen generell durchgeführte Auflösung der Polikliniken,

in die selbstverständlich auch Hautabteilungen integriert waren. Die in den letzten Jahren umgesetzte „Neuerung“ von Medizinischen Versorgungszentren, deren Namensgebung den faden Beigeschmack von Sozialismus hat, ist eine verspätete Renaissance der in den 90er-Jahren verdrängten Konstruktion von Polikliniken. Die auch für die Dermatologie seit zwei Jahrzehnten geforderte verbesserte Zusammenarbeit von Niederlassung und Klinik ist bis in unsere Tage nicht verwirklicht.

Vorreiterrolle für Sachsen

Zurück zur Phase der Neuorientierung im Jahr 1990. Auf der Frühjahrstagung der Sächsischen Dermatologischen Ge-



Nach der Gründungsversammlung am 30. Juni 1990 in Dresden stellten sich Drs. Günther Sebastian, Hermine Schmoranzner-Schwenke, Ulrike Schwäblein-Sprafke, Albrecht Scholz, Ulrike Wiemers und Gerhard Herrmann den Fotografen.

sellschaft in Leipzig regten die Autoren dieses Beitrages die Gründung eines Landesverbandes Sachsen im Berufsverband Deutscher Dermatologen an, wenige Monate nach dem Fall der Mauer im November 1989. Nach einer Reihe von klärenden, hilfreichen Gesprächen, speziell mit dem „Sonderreferenten für Verbindungen zur DDR“ des BVDD, dem verbindlichen und berufspolitisch erfahrenen Kollegen Dr. Klaus Holzegel, fand am 15. Juni 1990 die Wahlversammlung im Rektoratsgebäude der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ in Dresden mit reichlicher Beteiligung der Kolleginnen und Kollegen statt.

Aus der Rede von Günther Sebastian seien folgende Sätze zitiert, die die damalige Situation kennzeichnen: „Wenn wir vor Ihnen stehen, sind wir keine von einer Partei sanktionierten oder gar aufgeforderten Gesandten, die dirigistisch auf Sie einwirken wollen. Mit unserer Initiative möchten wir einen Weg aufzeigen, den Sie in der Praxis gehen können. Die Zeiten der Versorgungsgesellschaft sind vorbei. Wir wollen nicht über Nacht reich werden, aber wir alle wollen Sicherheit. Dazu sind Voraussetzungen erforderlich, die einen starken Berufsverband erfordern. Unsere Forderungen gegenüber den zukünftigen Kassen und der Landesärztekammer können wir nur vereint durchsetzen. Unser

Vorschlag ist deshalb, einen Landesverband Sachsen im Berufsverband Deutscher Dermatologen zu gründen. Bedenken Sie bei Ihrer Wahl, dass integre, nicht geschichtsbelastete Kollegen das Heft in die Hand nehmen müssen.“

Als Vorstand wurden gewählt: Doz. Dr. Albrecht Scholz als Vorsitzender, Doz. Dr. Günther Sebastian als Stellvertretender Vorsitzender und Dr. Gerhard Herrmann als Schatzmeister. Damit hatte Sachsen als erstes Land der neuen Bundesländer einen eigenen Berufsverband.

Abrechnung am Anfang im Fokus

Dresden stellte seine Offenheit für die neuen Strukturen mehrfach unter Beweis. Vor der Gründung des Landesverbandes Sachsen hatte im Mai 1990 das 45. Reinbeker Symposium – das erste Symposium dieser Art in den neuen Ländern – in Dresden stattgefunden, wobei der in seiner Offenheit so loyale Geschäftsführer von Hermal, Dr. Gernot Brumm, hervorgehoben werden muss.

Prof. Joachim Barth, der Direktor der Dresdner Hautklinik an der Medizinischen Akademie, leitete sowohl das Reinbeker Symposium erfolgreich als auch den ersten „gesamtdeutschen“ Dermatologenkongress, den X. und damit letzten Kongress der Gesellschaft für Dermatologie der DDR

vom 31. Oktober bis zum 2. November 1990. Die Aktivitäten des neuen Landesverbandes konzentrierten sich in der Anfangsphase auf die Organisation von Abrechnungseminaren, um die Kollegen mit den neuen, für die Existenz entscheidenden Modalitäten bekanntzumachen. Hier seien die uns bald freundschaftlich verbundenen Herren hervorgehoben: der aus jahrzehntelanger Erfahrung der Niederlassung und Berufspolitik sprechende Dr. Johann A. von Preyss aus Hamburg und der Justiziar des BVDD, Rechtsanwalt Dr. Gerd Krieger aus Freiburg. Dr. Klaus Holzegel nahm an diesen frühen Tagungen ebenfalls als Berater teil.

Nach den ersten drei Jahren Tätigkeit übergaben wir auf der Mitgliederversammlung vom 6. November 1993 unsere Ämter Kolleginnen aus der Niederlassung. Die Wahl ergab die neuen Vertreter für den Landesverband Sachsen: Dr. Christina Alheit aus Heidenau bei Dresden als Vorsitzende und Dr. Ulrike Wiemers aus Leipzig-Liebertwolkwitz als Stellvertreterin. Dr. Ulrike Wiemers übernahm 1997 für mehrere Wahlperioden den Vorsitz des Landesverbandes Sachsen.

Heute kann der Landesverband Sachsen auf zwei Jahrzehnte erfolgreiche Tätigkeit im Interesse der Kolleginnen und Kollegen zurückblicken. ■

Die Wende – eine Herausforderung

KV-Aufbau Ost im Namen der Freiberuflichkeit

ULRIKE SCHWÄBLEIN-SPRAFKE

Die Vereinigung beider deutscher Staaten nach dem Fall von Mauer und Stacheldraht war rechtlich grundlegend geregelt im Einigungsvertrag und verbunden mit einer Vielzahl von Anpassungsprozessen, die die beiden unterschiedlich strukturierten Staaten miteinander kompatibel machen sollten. Das betraf auch den Aufbau von Kassenärztlichen Vereinigungen in den ostdeutschen Bundesländern.

In der Bibel steht, im Anfang war das Wort. Ich darf das ändern: Am Anfang war die KV. Die Nazis und die Kommunisten hatten die Körperschaften plattgemacht. Wir waren im sozialistischen Gesundheitswesen Angestellte mit geregelter Arbeitszeit und wurden als Ärzte in der DDR im Verhältnis nicht schlecht bezahlt. Aber mit der Wende kam unsere große Chance, der Schritt in die Freiberuflichkeit.

Wir wollten Arzt sein ohne materielle Zwänge, nur den Interessen unserer Patienten dienen. Wie ahnungslos wir damals waren. Wir wussten nichts von der Janusköpfigkeit der KV und dem bürokratischen GAU, der über uns hereinbrechen würde. Woher sollten wir auch die Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung kennen?

Aber wir hatten erlebt, dass es immer schief geht, wenn der Staat sich einmischt und reglementiert. Die einheitliche Sozialversicherung war laut Verfassung der DDR der Einheitsgewerkschaft „Freier Deutscher Gewerkschaftsbund“ (FDGB) unterstellt und die Abrechnungsstellen der wenigen übriggebliebenen niedergelassenen Ärzte waren Teil des FDGB.

Im Mai 1990 gründeten die niedergelassenen Ärzte in Chemnitz, Dresden und Leipzig die drei KVen als e.V. Im Juli 1990 vereinigten wir uns zur KV Sachsen e.V. und im Juli 1991 erhielten wir den

Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechtes, nachdem im Januar 1991 das SGB V auf die neuen Bundesländer ausgedehnt worden war. Bei der Gründung der KV wurden wir tatkräftig von der KV Bayerns unterstützt, der auch heute noch unser Dank gilt. An dieser Stelle sei die Bemerkung erlaubt, dass wir froh sind, dass wir in Sachsen in den Beziehungen Hausarzt/Facharzt das fürchterliche Hickhack nicht mitmachen, sondern uns mit gegenseitigem Respekt und der nötigen Kollegialität begegnen.

Mit der Wende kam der Enthusiasmus der ersten Stunde. Was haben wir damals unter widrigsten Umständen alles geschafft, ohne entsprechende Räume und ohne technische Ausrüstung. Wir haben die ab 1. Januar 1991 gültigen neuen Formulare rechtzeitig an die Ärzte verteilt, die erste Quartalsabrechnung termingerecht erledigt, zahlreiche Informationsveranstaltungen mit bis zu 1.000 Ärzten durchgeführt. In der Anfangsphase haben wir bürokratische Hürden umgangen, von denen wir gar nicht wussten, dass sie existierten. Natürlich wurde das später korrigiert, aber ohne zusätzlichen Aufwand für die betroffenen Kollegen.

Heute kommen die Kinder der Ärzte, die wir damals beraten haben, in die Abteilung Sicherstellung. Es ist eine neue Generation von Ärzten herangewachsen mit genauen Vorstellungen über die Ver-



© Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

Zwölf Jahre nach ihrer Gründung residiert die KV Sachsen heute in einer modernen Büroanlage in Dresden.

einbarkeit von Beruf und Familie und Forderungen nach einer geregelten Arbeitszeit und mehr Freizeit bzw. Lebensqualität. Der Arztberuf ist immer freier Beruf und übrigens der schönste, den ich mir vorstellen kann. Aber jetzt kann jeder selbst entscheiden, ob er als niedergelassener Arzt mit allen wirtschaftlichen Risiken oder als angestellter Arzt mit den Risiken des Arbeitnehmers arbeiten will. Und manchmal könnte eine Vernetzung verschiedener Fachgruppen durchaus zu einer Verbesserung der Patientenversorgung führen. Ohnehin stellt uns der demographische Wandel vor neue Aufgaben, die es zu lösen gilt.

Aber wir brauchen keine Polikliniken der alten Zeit, die unwirtschaftlich waren und in denen es keine echte Teamarbeit gab. Wie in der Poliklinik mit dem Datenschutz umgegangen wurde, zeigen zwei Schilder, die ich beim Einzug der KV in die Räume einer Poliklinik vor den Behandlungsräumen entfernt habe, Wortlaut: „Vorbereitung Geschlechtskrankheit“ und „Sprechzimmer Geschlechtskrankheiten“.

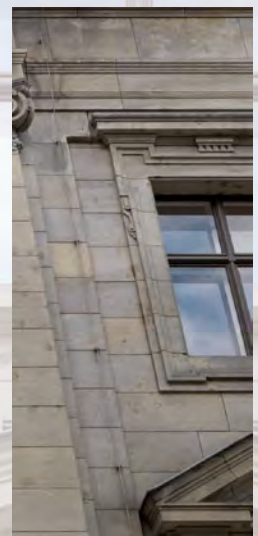
Was hat die KV in Sachsen groß gemacht? Unser Optimismus, unser Glaube in unsere Fähigkeiten und unser Können, unser Mut und unser Selbstvertrauen. Wir haben die Herausforderung angenommen und sind stolz auf das, was wir in den 20 Jahren seit der Wende geleistet haben. Wir brauchen starke Berufsverbände und eine starke KV, die im Interesse der Ärzteschaft zusammenarbeiten. ■



Der Berufsverband entwickelt sich weiter

Seite 60 bis Seite 82

Mit einem Organisationsgrad von weit über 90 % erzielt der BVDD einen Spitzenwert, um den ihn selbst Gewerkschaften oder große Religionsgemeinschaften beneiden dürften. Die grundlegende Motivation der Mitglieder hat sich in all den Jahren kaum geändert. Die gemeinsame Profession verbindet und das oft bereits seit der Studienzeit. Der Austausch unter Gleichgesinnten verspricht Sicherheit und Bestätigung im Kreis der „Dermatologenfamilie“. Immer noch, wie schon bei der Gründung, geht es um die gemeinsame Fortbildung und die kollektive Wahrnehmung wirtschaftlicher Interessen. Doch die Erwartungen an Qualität und Umfang der verbandlichen Leistungen haben sich gewandelt. In einem zunehmend differenzierteren und straff durchregulierten Gesundheitswesen ist mit feierabendlicher Berufspolitik kein Staat zu machen und Professionalität gefordert. Das gilt auch für die Logistik des Verbandes und insbesondere seine Medien.



© BVDD



Zwei Geschäftsstellen unter einem Dach

Am Anfang stand eine Einladung nach Berlin

ERICH SCHUBERT

Heute fast schon selbstverständlich und etabliert, war die Gründung der Geschäftsstelle in Berlin im Jahr 2001, wenn nicht eine Schweregeburt, so doch eine keineswegs einfache Operation mit komplexen Risiken und Nebenwirkungen.

Am Beginn der gemeinsamen Geschäftsstelle von BVDD und DDG stand eine Einladung. Erstmals nach seiner Wahl zum DDG-Präsidenten im Mai 2001 nahm Prof. Wolfram Sterry in Freiburg am 22. September des Jahres an einer Vorstandssitzung des BVDD als Gast teil. Er präsentierte Pläne der DDG, die Geschäftsstelle der wissenschaftlichen Gesellschaft in der Kaiserin-Friedrich-Stiftung in Berlin – unmittelbar neben der Hautklinik der Charité am Robert-Koch-Platz 7 – anzusiedeln und er schlug vor, möglichst viele gemeinsame Aufgaben von BVDD und DDG in Berlin zu bündeln.

Ringens um die richtige Entscheidung

Das in die Zukunft weisende Angebot einer gemeinsamen Geschäftsstelle der bis dahin getrennt handelnden Verbände – mit einer DDG-Geschäftsstelle in Frankfurt und einer BVDD-Geschäftsstelle beim jeweiligen Präsidenten – löste weitreichende Überlegungen beim BVDD-Vorstand aus. Sollte das Angebot nur organisatorische, strukturelle und finanzielle Vorteile haben oder drohte sogar eine Einflussnahme oder Bevormundung durch die wissenschaftliche Gesellschaft, lautete eine besorgte Frage.

Hinzu kam eine als bedenklich empfundene gesundheitspolitische Entwicklung:

Die damalige Einführung eines neuen Krankenhaus-Entgeltsystems (DRG) schien die bis dahin bewährte Arbeitsteilung zwischen Klinik und Praxis infrage zu stellen. Frühzeitige Entlassungen der Patienten aus klinischer Behandlung und damit vorzeitige ambulante Weiterbehandlung wurden befürchtet – und das bei unveränderten Praxisbudgets. Außerdem gab es kontroverse Diskussionen über die zunehmenden Angebote von individuellen Gesundheitsleistungen durch die Hautarztpraxen und besonders darüber, ob dabei auch Kliniker in wesentliche Konkurrenz zu niedergelassenen Dermatologen treten dürften. Andererseits sollte der BVDD in der Nähe der politischen Entscheidungen, also in der Hauptstadt Berlin, positioniert sein.

Einzug in Berlin

Dem Insistieren von Dr. Michael Reusch, damals Generalsekretär, war es zu verdanken, dass die zu erwartenden Vorteile allmählich die Bedenkenträger im Vorstand überzeugen konnten. Am 15. November 2001 trat der BVDD in den bereits bestehenden Mietvertrag der DDG gesamtschuldnerisch ein mit Wirkung und zur Nutzung ab 1. Januar 2002. Vermieter ist die Kaiserin-Friedrich-Stiftung, Berlin, die für Veranstaltungen darüber hinaus rund 200 Personen und eine alte Biblio-



© BVDD

Stabwechsel in der BVDD-Geschäftsstelle 2008: Katharina Genau übergibt an Angelika Bueno-Roman.

thek anbieten kann. Im Erdgeschoss wird eine Kantine betrieben.

Büromöbel konnten gemeinsam und günstig vom Vormieter, der Apo-Bank, übernommen werden, die Raumaufteilung der insgesamt ca. 158 m² mit der DDG geschah einvernehmlich, wobei ein gemeinsamer Besprechungsraum ausgespart werden konnte. Nachteilig ist die Verpflichtung der Mieter an die Dienstzeiten der Stiftung, also 7–20 Uhr an Wochentagen und an Samstagen nur in begründeten Einzelfällen. Wie in Ämterhäusern üblich, gibt es keinen Schlüssel für die einzelnen Mieter, sondern die Pfortenbesetzung gewährt den Zugang.

Die am 25. Juli 1998 gegründete Deutsche Dermatologische Akademie wurde von beiden Gesellschaften – DDG und BVDD – gemeinsam betrieben. Sie wurde als weiterer Untermieter in die Berliner Geschäftsstelle aufgenommen.

Zwischenspiel in Würzburg

Erste Geschäftsstellenleiterin des BVDD und der DDA war von März 2003 bis März

2008 Katharina Genau, deren vielfältige Erfahrungen in Marketing, Kongressorganisation und Pressearbeit sowie als Geschäftsführerin einer Mediengesellschaft für die Anstellung entscheidend waren. Für die DDA stand ihr Martina Pagels als Bürokräftin stundenweise zur Seite. Gleichzeitig und unabhängig entwickelte die DDG ihre Berliner Geschäftsstelle um Angelika Neuhaus-Röhreke.

Weiterhin betrieb der Berufsverband parallel seine laufenden Geschäfte in Würzburg beim seit 1997 amtierenden Präsidenten. Die Geschäftsstelle im Ärztehaus (KV-Haus) in Würzburg leitete bis 30. Juni 2001 Ursula Göllner, die in Dortmund wohnen blieb und deshalb die weite Anfahrt auf sich nahm, um ihre langjährigen Erfahrungen mit den Dermatologen mir, dem neu gewählten Präsidenten aus Würzburg, zur Verfügung zu stellen. Die BVDD-Geschäftsstelle im Würzburger Ärztehaus bot den Vorteil, die Konferenzräume der Bezirksstelle der KV Bayerns kostenlos mitbenutzen zu können. So fanden einige Delegiertenversammlungen und Vorstandssitzungen des BVDD dort statt. Zum 30. Juni 2001 konnten die Räumlichkeiten im Würzburger Ärztehaus nicht mehr in Anspruch genommen werden.

Vom 1. Juli 2001 bis zum 30. Juni 2005 war Eva Dittrich-Volk, eine Diplom-Kauffrau aus dem betriebswirtschaftlichen Beratungszentrum für Vertragsärzte der KV Bayerns, qualifizierte Geschäftsführerin in den neuen Mieträumen in Würzburg in der Heinestraße 7, in unmittelbarer Nähe zur Praxis des Vorsitzenden. Erst mit dem Ende dieser Präsidentschaft, zum Ende des Juni 2005, endete die traditionelle Geschäftsstelle beim Präsidenten und die laufenden Geschäfte erfolgten zunehmend in der lange geplanten Berliner Geschäftsstelle.

Mehr Räume und neue Gesichter

In der Geschäftsstelle am Robert-Koch-Platz hatte zwischenzeitlich eine gemeinsame EDV-Anlage installiert werden können, die Platz für eine gemeinsame Datenbank aller deutschen Dermatologen schaffte. Bald aber zeigten sich die Räumlichkeiten für die DDG zu klein. Es wurden frei werdende Flächen auf demselben Stock allein von der DDG zugemietet. Damit konnte das inzwischen von der DDG professionalisierte Tagungswesen,

Wer war eigentlich Kaiserin Friedrich?

„Kaiserin Friedrich“ ist die nach dem Tod ihres Ehemannes Friedrich III., dem deutschen 99-Tage Kaiser, üblich gewordene Bezeichnung für Victoria Adelaide Mary Louisa (1840–1901). Sie war die älteste Tochter der britischen Queen Victoria und Mutter des deutschen Kaisers Wilhelm II. Die 1903 in Berlin gegründete, nach ihr benannte Kaiserin Friedrich-Stiftung würdigt ihre Verdienste um die ärztliche Fortbildung.



Zeichnung von Norbert Schrödl

besonders der alle zwei Jahre stattfindende DDG-Kongress – fast ausschließlich in Dresden – zentral von Berlin aus organisiert werden.

Die Geschäftsstelle des Berufsverbandes wird seit 1. April 2008 von Angelika Bueno Román geleitet, einer Oberhausenerin, die Kunstgeschichte und Ethnologie studiert hat und die für die neue Aufgabe auf eine breite Erfahrung im internationalen Veranstaltungsmanagement zurückgreifen kann. Ab Juni 2009 wurden ihre Tätigkeiten für die DDA vom Vorstand beendet und auf die Tätigkeit auf den Berufsverband konzentriert. Die DDA hat seither zwei festangestellte Halbtagskräfte, Martina Pagels und Sigrid Heyd. Sie arbeiten unabhängig von den Muttergesellschaften. Hintergrund für die Änderungen waren ungelöste DDA-Strukturfragen. Aus Sicht des BVDD wurde das Fehlen eines Geschäftsführers offenkundig, zu dessen Aufgaben auch die Personalverantwortung gehören sollte.

Ein Referat „für die Führung der Geschäfte“

Als im Mai 2005 die Präsidentschaft des BVDD durch Dr. Michael Reusch übernommen wurde, der zeitweise zeitgleich auch Präsident der Hamburger Ärztekammer war (2002–2006), wurde die Bestellung eines hauptamtlichen Geschäftsführers des BVDD spruchreif. Da keine geeignete Person zu den finanziell möglichen Bedingungen auf die Schnelle zu finden war, die Satzung ohne Änderung aber nur die Benennung von Referenten oder Sonderreferenten zuließ, wurde das neue Referat „für die Führung der Geschäfte“ installiert und mir als Altpräsidenten übertragen, der sowohl die Erfahrungen im Amt als auch langjährige Funktionen in den Selbstverwaltungskörperschaften von KVB und Ärztekammer aufzuweisen hatte. Damit konnte die Ge-

schaftsstelle fachlich wie berufspolitisch kompetent besetzt werden.

Bei organisatorischen Aufgaben war die Zusammenarbeit mit Ralf Blumenthal, der seitdem zu festen Zeiten in der Berliner Geschäftsstelle „zur besonderen Verfügung des Vorstands“ mitarbeitet, sehr hilfreich bis unverzichtbar. Ihm wurde vom Vorstand 2010 Gabriela Götze als weitere Mitarbeiterin (halbtags) in Berlin zur Seite gestellt. Zum Aufgabengebiet gehört neben der Entwicklung von Serviceleistungen für Mitglieder insbesondere auch die Politikbeobachtung in der Hauptstadt, wo neben KBV, Bundesärztekammer und Bundesgesundheitsministerium sowie Gemeinsamen Bundesausschuss heute auch sämtliche im Gesundheitswesen relevanten Verbände und Organisationen vertreten sind.

Insgesamt ein positives Fazit

Das Fazit der Verlegung der BVDD-Geschäftsstelle nach Berlin, zusammen mit DDG und DDA im Jahr 2002 ist positiv, wenn die öffentliche Wirkung des Verbandsauftritts, die schnelle Erreichbarkeit der gesundheitspolitischen Akteure, die inzwischen unverzichtbare Lobbyarbeit auf den unterschiedlichsten Ebenen und der Standort Berlin als bevorzugter Treffpunkt von Vorstand, Beirat und Delegiertenversammlung betrachtet werden. Nicht gelöst bleibt die Frage eines hauptamtlichen Geschäftsführers und seiner Qualifikation sowie dessen Zusammenarbeit mit dem engeren und weiteren Vorstand, der vermutlich weiterhin von fern nach Berlin kommen muss. Trotz inzwischen vorzüglicher technischer Kommunikationsmittel wird auch künftig auf Sitzungen in Berlin nicht verzichtet werden können, bei denen sich die Akteure in die Augen schauen können müssen, um die richtigen Entscheidungen für die Dermatologie zu treffen. ■

Vom Mitteilungsblatt zum Deutschen Dermatologen

Impressionen aus der Geschichte der innerverbandlichen Kommunikation im BVDD

RALF BLUMENTHAL



Fünf Titelbilder, fünf Epochen in der Geschichte des BVDD-Verbandsorgans. Änderungen im Layout waren selten lediglich eine Anpassung an den sich wandelnden Geschmack. Sie signalisierten zugleich neue inhaltliche Konzepte und veränderte wirtschaftliche Grundlagen. Von Anfang an war der Preis für die Verbandszeitschrift im Mitgliedsbeitrag enthalten, Kosten und Ertrag für den Verbandsetat aber stets abhängig vom Verhandlungsgeschick der jeweiligen Verbandsleitung als Herausgeber mit dem Verlag. Der Wechsel des Partners in der Herstellung und im Vertrieb war stets verbunden mit Gesprächen über Papier- und Druckqualität, Format und die produktionstechnische Unterstützung der Schriftleitung.

Am 15. März 1954 erschien erstmals das „Mitteilungsblatt“ des späteren Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen. Der Verlag nimmt seinen Sitz zunächst in Köln, wo schon die Gründungsversammlung stattfand. Bis Heft 9 erscheint das Verbandsorgan bei der Firma Welzel, die folgenden 50 Hefte betreute der Harald-Boldt-Verlag in Boppard am Rhein.

Heft 1 dokumentiert die Ansprache von Dr. Georg Bonk, damals Vorsitzender der „Interessengemeinschaft der Dermatologen im Regierungsbezirk Köln“ bei der Gründungsversammlung, die am 1. November in Köln stattfand. Außerdem werden zwei Resoluti-

onen dokumentiert, mit der sich der neu gegründete Verband an den Vorstand der KV Nordrhein und an die Bundes-KV wendet.

„Die Notwendigkeit, eine Verständigung unter den Mitgliedern des Verbandes der niedergelassenen Dermatologen

Deutschlands e.V., der sich vorerst über das gesamte Gebiet der Bundesrepublik erstreckt und dem über 50 % aller praktizierenden Fachkollegen angehörten, zu schaffen, macht die Herausgabe dieser Mitteilungsblätter erforderlich“, erläutert der Gründungsvorsitzende in einer von der lateinischen Unterrichtsgrammatik geprägten Akademikersprache das Anliegen. Ein Aspekt erscheint in der historischen Rückschau besonders bemerkenswert: Die Gründer des späteren BVDD hatten die Kollegen im Osten Deutschlands ausdrücklich mit im Blick. Angesichts der noch frischen Teilung Deutschlands in zwei Staaten, wird das Verbandsgebiet und

das Verbreitungsgebiet des Mitteilungsblattes ausdrücklich als provisorisch bestimmt.

Der neue bundesweite Zusammenschluss der niedergelassenen Dermatologen muss die ersten 16 Monate nach Gründung ohne eigenes Verbandsorgan auskommen, obwohl die Verbandsstruktur – zunächst geprägt von Regionalgruppen, die ein mehr oder minder starkes Eigenleben führten – ein Instrument des innerverbandlichen Informationsaustauschs von Anfang an dringend gebraucht hätte, nicht zuletzt um neue Mitglieder zu binden. Offenbar waren hier wirtschaftliche Zwänge maßgebend.

Sparsame Aufmachung mit rosa Karton

Das „Mitteilungsblatt“ stand ökonomisch betrachtet auf dünnem Eis. Über Jahre hinweg gab es nur einen einzigen Anzeigenkunden: die Frankfurter Höchst AG. Erst 1957 kommt Apopharm, ein Unternehmen des Kölner Apothekers Walter Stubbe, als zweiter Anzeigenkunde hinzu. Entsprechend sparsam war die Aufmachung: im Oktavformat, zunächst nur zwei bis drei Druckbögen (16 bis 24 Seiten) stark, im Tiefdruck, Titel und Inhaltsverzeichnis auf rosafarbenem gelegentlich auch auf hellblauem Karton. In Verbindung mit einer Würdigung anlässlich des Ausscheidens eines Pioniers des Verbandes, Dr. Hans Holzamer, aus dem Vorstand, zierte im April 1967 erstmals ein Schwarzweißfoto das Heft, das zweite Bild ist ein Jahr später Dr. Herbert Aretz anlässlich seines 60. Geburtstags gewidmet.

Bis in die 60er-Jahre hinein erscheint „das Heft“ – zusammengestellt und redigiert vom Verbandsvorsitzenden – in loser Folge, zwei- bis dreimal jährlich. Das ändert sich erst unter dem im Vorjahr neu gewählten Vorsitzenden, Dr. Herbert Aretz. Von Heft 37 vom April 1968 an wird das Mitteilungsblatt viermal jährlich an die Mitglieder versendet.

Bonks Programm für das Mitteilungsblatt ist bis heute bestimmend geblieben: „Den Inhalt der Zeitschrift werden alle, die in der täglichen Praxis von Bedeutung anzusehenden Dinge ausmachen, ferner alle Fragen, die zur Erreichung des Vereinszieles beitragen... Den Mitgliedern wird aber auch die Möglichkeit geboten

werden, mit eigenen Erfahrungen und Beiträgen einen bestimmten Leserkreis vertraut zu machen.“ Zugleich begegnet Bonk Ängsten, der neue dermatologische Titel könne in Wettbewerb mit wissenschaftlichen Publikationen treten: mit dem so definierten Profil sei „ausgeschlossen, dass die Mitteilungsblätter in Konkurrenz zu dem bestehenden wissenschaftlichen dermatologischen Schrifttum treten.“

Mehr Anzeigen, mehr Umfang und auch mehr Know-how

Mit Heft 61 übernimmt im Jahr 1974 der Berliner Grosse-Verlag Herstellung und Vertrieb. Format und Aufmachung ändern sich. Das Titelblatt – weiterhin ohne Bild – wird typografisch modernisiert, an die Stelle des Tiefdrucks tritt der preisgünstigere Offsetdruck. Fachbeiträge erscheinen von nun an mehr und mehr illustriert mit klinischen Bildern. Das Anzeigenaufkommen vervielfacht sich schlagartig und mit den Anzeigen auch der Heftumfang, der schon im ersten Jahr nach dem Verlagswechsel auf bis zu 72 Seiten steigt. Der rührige Verleger produziert Sonderausgaben von Fortbildungsveranstaltungen. Zugleich wird die Schriftleitung neu geregelt. War zunächst zu Bonks Zeiten der Vorsitzende, dann der Vorstand als „gleichzeitiges Schriftleiterkollegium“ maßgeblich, wurde später der Schriftführer mit diesem Amt beauftragt. Doch auch diese Regelung erwies sich mit wachsender Stoffmenge als nicht nachhaltig, so dass der Vorstand schon Ende der 60er-Jahre erstmals einen eigenen Referenten für die Schriftleitung bestellte. „Der Grund hierfür lag in der Intensivierung der Fortbildungsveranstaltungen des Verbandes auf regionaler (Landesstellenversammlungen) und überregionaler Basis (Seminare), deren Vorträge und Berichte im Mitteilungsblatt veröffentlicht werden“, erläuterte Dr. Karl-Heinz Böcker anlässlich des Verlagswechsels 1974.

Gleichzeitig übernahm der damalige Fortbildungsreferent, Dr. Heinz Walther, die Schriftleitung. Walther lud die Leser ein, sich mehr als bislang an der Gestaltung der Verbandszeitschrift zu beteiligen mit eigenen Fachbeiträgen, Berichten und vor allem auch Bildern. Und er machte Ernst mit diesem Appell. „Anfragen aus dem

Leserkreis“ setzte er in seiner insgesamt 18-jährigen Amtszeit als Schriftleiter über viele Jahre ganz bewusst an den Heftanfang. Hier spiegelt sich sein Impetus, die Leser fortzubilden ebenso wie das Bemühen des Verbandsmenschen, die Kollegen aus der passiven Rezipientenhaltung herauszuholen und zu Beteiligten zu machen.

Öffnung für die klinischen Dermatologen

Im Jubiläumsjahr, 25 Jahre nach seiner Gründung, ändert der „Verband der niedergelassenen Dermatologen Deutschlands e.V.“ seine Satzung und seinen Namen. Als „Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V.“ erhalten alle in der Bundesrepublik und in West-Berlin ansässigen Hautärzte die Möglichkeit als ordentliche Mitglieder beizutreten, auch die klinisch tätigen Dermatologen. „Mit dem politischen und berufspolitischen Gewicht der gesamten Facharztgruppe unterstützt und fördert der Verband die klinischen Ausbildungsstätten und tritt für ihre bestmögliche materielle und personelle Ausstattung ein“, erläutert der Vorsitzende, Dr. Karl-Heinz Böcker, diesen Schritt und ruft die „Noch-Nichtmitglieder“ zum Eintritt auf.

Im Zuge dieser epochemachenden Neuausrichtung erhält das Mitteilungsblatt einen neuen Namen: „DER DEUTSCHE DERMATOLOGE“. Das Verbandsorgan erscheint von nun an monatlich. Das Layout ändert sich zunächst nicht. Erst elf Jahre nach der Titeländerung wird das Format auf DIN A4 umgestellt. Von der seit 1975 technisch gegebenen Möglichkeit, Beiträge farbig zu illustrieren, wird zunächst nur verhalten Gebrauch gemacht. Den ersten farbig bebilderten Fortbildungsbeitrag für den Deutschen Dermatologen liefert im November 1978 die Dermatologische Gemeinschaftspraxis Seipp aus Darmstadt, der erste Erfahrungen mit der Lasertechnologie zur Therapie von Hauterkrankungen darstellt.

BVDD-Mitglieder auf dem Cover

Mit dem neuen großzügigeren Format wächst der Druck, den Stoff besser zu gliedern und dem ehemaligen Mitteilungsblatt ein neues zeitgemäßes Gesicht zu geben. „Ein wichtiges Standesblatt wie ‚DER DEUTSCHE DERMATOLOGE‘ kann kein Magazin sein und auch nicht ein

klinisch-wissenschaftliches Publikationsorgan“, greifen Redaktion und Verlag nach vollbrachter Überarbeitung in einem Editorial im Mai 1991 die innerverbandlichen Debatten auf. „Fortbildung“, „Verbandsmitteilungen“ und „Informationen für die Praxis“ verlangten ein „eigenes und angemessenes Umfeld“ und bestimmen die Gliederung des überarbeiteten Blattes. Eine größere Schrifttype soll die Lesbarkeit verbessern, das Titelblatt wird mit wechselnden Bildmotiven neu gestaltet. „Alles fließt“ ist das Editorial überschrieben – und tatsächlich endet nur wenige Monate später, im Januar 1992, die 18-jährige Zusammenarbeit mit dem Grosse-Verlag. An seine Stelle tritt die Media-A-Derm-Verlagsgesellschaft mit Sitz in Hamburg. Zugleich löst Dr. Klaus Holzgel seinen Vorgänger, Dr. Heinz Walther, ab, der aber dem neu belebten „Redaktionsteam“ erhalten bleibt.

Sichtbarstes Zeichen der Veränderung ist das Titelbild, das seit 1. Januar 1992 von Ausgabe zu Ausgabe in nahezu ununterbrochener Folge einem Mitglied des BVDD vorbehalten bleibt, damals noch vollformatig ohne weitere Hinweise auf den Heftinhalt, heute als bestimmendes Element des Titels ergänzt mit fünf Schlagzeilen aus dem aktuellen Heft. Nur bei außergewöhnlichen Ereignissen, wie den ersten großen Ärzteprotesten nach der Jahrtausendwende, tritt an diese Stelle ein Bild mit Nachrichtenwert.

Von Hamburg nach München

Die vorerst letzte Epoche in der wechselvollen Geschichte der Verbandszeitschrift beginnt im Mai 1999. Der Berufsverband wechselt vom Medi-A-Derm-Verlag in Hamburg zum Verlag Urban & Vogel nach München. Das Layout bleibt in der ersten Ausgabe nach der Delegiertenversammlung unverändert.

Im November kündigt der Vorstand im Editorial an: „Die Millennium-Ausgabe ist in Arbeit.“ Die „überarbeitete und noch hochwertigere Aufmachung“ soll leserfreundlicher und weniger textlastig werden, stärker aufgelockert durch typografische Elemente wie Zwischenüberschriften und Vorspanne, die selbst dem flüchtigen Leser noch eine gewisse Grundinformation bieten, mit mehr Luft und mehr Illustrationen, um dem Auge Halt zu bieten. Das orientierende Inhalts-

verzeichnis wird großzügig umgestaltet und erhält zwei Seiten Raum, die Fortbildungstermine bekommen einen festen Platz im Heft. Mehr Nutzen heißt das Zauberwort, das der Neugestaltung die Richtung vorgibt. Das bedeutet: Mehr und vor allem kürzere Beiträge neben- und nicht nur wie in der Vergangenheit hintereinander auf einer Seite. Damit tragen Herausgeber, Verlag und Redaktion den veränderten Lesegewohnheiten Rechnung. Wem die Zeit fehlt, den Deutschen Dermatologen von A bis Z zu studieren, soll beim Blättern immer wieder Leseanreize finden, an denen er „hängenbleibt“.

Lebhaft zwischen Verband und Verlag wird die Frage erörtert, ob „die Köpfe“ auf dem Titelbild in Zukunft klinischen Bildern weichen sollen. Das Votum der innerverbandlichen Beratungen ist eindeutig. Das Markenzeichen des Deutschen Dermatologen bleibt.

Statt eines Hautarztes ein Journalist

Der langjährige als Schriftleiter geschätzte Dr. Klaus Holzgel scheidet mit dem Erreichen der Altersgrenze Ende 1999 aus der Redaktionsleitung aus. Für die erste Nummer im neuen Jahrtausend zeichnet mit Ralf Blumenthal erstmals kein Hautarzt mehr presserechtlich verantwortlich, sondern ein Journalist. Er soll mit seinen journalistischen Kenntnissen vor allem die zeitnahe aktuelle Verbands-, Berufs- und gesundheitspolitische Berichterstattung ausbauen und gemeinsam mit den MitarbeiterInnen aus dem Verband und Verlag weiterentwickeln.

Diese als „Professionalisierung“ vom 1997 neugewählten Vorstand intendierte Personalie hat weitreichende Folgen auch für die verbindliche Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Die von Dr. Johann Alexander von Preyss, später von Dr. Klaus Fritz entwickelte Grundstruktur der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit kann mit Unterstützung durch den Journalisten in Diensten des Berufsverbandes weiter ausgebaut werden. Viele der zuvor an externe Agenturen vergebenen PR-Aufträge werden bald in Euskirchen erledigt. Das Homeoffice mit einer Halbtagssekretärin entwickelt sich zur Pressestelle mit über 220 Medienanfragen jährlich und einem monatlich erscheinenden Pressedienst, der von den rund 260 Mediendermatologen im BVDD für die ei-

gene regionale PR genutzt wird. Die im „HautInform-Letter“ veröffentlichten Beiträge zur Darstellung des dermatologischen Leistungsspektrums werden von Presse, Funk und Fernsehen aufgegriffen und haben eine Reichweite von über 20 Millionen Bundesbürgern.

„HautinForm“ ist auch der Titel eines Magazins für die Hautarztpraxis, das Mitgliedern des BVDD alle drei Monate kostenlos vom Verlag Urban & Vogel zur Verteilung an die Patienten zur Verfügung gestellt wird. Der BVDD ist Ideengeber und an der Redaktion beteiligt, der Verlag trägt das wirtschaftliche Risiko und den Nutzen.

Websites, Fernsehsender und Social Media

Dr. Matthias Herbst wird 1996 erster und bislang einziger Sonderreferent des BVDD für die neuen Medien. Er richtet für die Kollegen unter derminform ein E-Mail-basiertes System des kollegialen Austauschs ein. Flankierende Fortbildungsveranstaltungen geben Hilfestellung bei der Online-Kommunikation. Im Jahr 2001 geht der BVDD mit seinen aktuellen Nachrichten und Berichten zur Gesundheitspolitik unter www.uptoderm.de online, nach langwierigen Verhandlungen und rechtlicher Klärung des Sachverhalts erhält der BVDD im Juni 2011 die Rechte an der Domain www.bvdd.de. Im Jubiläumsjahr 2012 erhält der Webauftritt des BVDD ein neues modernes Layout, gleichzeitig wird die Benutzerführung erheblich verbessert.

Im Frühsommer 2010 erhält der BVDD seinen eigenen Fernsehsender. Ein Kooperationsvertrag mit TV-Wartezimmer gibt dem Berufsverband die Möglichkeit, auch über diesen Kanal für Patienten aufbereitete Informationen zu senden. Im gleichen Jahr wird der BVDD erstmals in den „social media“ aktiv. Die Euromelanoma-Kampagne 2010 erhält einen Facebookauftritt, seit Juni 2011 twittert der BVDD unter [bvdd_de](https://twitter.com/bvdd_de) seine Nachrichten im Telegrammstil in die digitale Welt hinaus. Zu den „Followern“ gehören Hautarztpraxen ebenso wie die KBV, die Bundesärztekammer und die AOK. Auf YouTube wird im November 2011 erstmals der Mitschnitt der Auftaktpressekonferenz zur Kampagnenwoche „Haut&Job“ online gestellt... Fortsetzung folgt. ■

DDG und BVDD ziehen an einem Strang

Wissenschaftliche Basis und aktive Berufspolitik gehören zusammen

ERWIN SCHÖPF



© istockphotos / sarpmurat

Führt man sich die in den jeweiligen Satzungen formulierten Aufgaben vergleichend vor Augen, so stehen beim Berufsverband „die Wahrung, Pflege und Förderung aller beruflichen und wirtschaftlichen Interessen der deutschen Dermatologen...“, bei der DDG dagegen „die Förderung der wissenschaftlichen und praktischen Dermatologie, Venerologie und Allergologie sowie ihrer konservativen und operativen Teilgebiete...“ im Vordergrund. Daraus resultierte ein natürliches Spannungsverhältnis, das in früheren Jahren zu manchen Kontroversen Anlass gab.

Schon während meiner Amtszeit als Generalsekretär der DDG unter der Präsidentschaft von Prof. Gernot Rassner in den Jahren 1993 bis 1997 habe ich von einem kontroversen Verhältnis zwischen den beiden dermatologischen Verbänden kaum etwas gespürt. Vielmehr habe ich die Zusammenarbeit, unterstützt vom damaligen Generalsekretär der DDG, Prof. Wolfram Sterry, insbesondere in den Jahren 1997 bis 2001 als ausgesprochen harmonisch erlebt. Dies lag vor allem an einem vertrauensvollen Verhältnis zwischen den jeweiligen Vorstandsmitgliedern, insbesondere aber am damaligen Präsidenten des BVDD, Dr. Erich Schubert, dem ich an dieser Stelle dafür ausdrücklich danken möchte. Es bestätigte sich der Spruch: „Figuren sind wichtiger als Strukturen.“

Gemeinsam für die Dermatologie

Schon vor 15 Jahren war allgemeiner Konsens, dass die Entwicklung und Zukunft der Dermatologie gleichermaßen abhängt von einer guten wissenschaftlichen Basis und Verankerung des Faches

in den medizinischen Fakultäten mit starken Kliniken einerseits und einer aktiven Berufspolitik für die in der Praxis niedergelassenen Dermatologen mit angemessenen Entgeltsystemen andererseits. Durch die Mitte der 90er-Jahre anstehende Novellierung der Approbationsordnung aufgeschreckt, in der die Dermatologie nicht mehr als Prüfungsfach im medizinischen Staatsexamen vorgesehen war, konnte ich als damaliger Dekan der medizinischen Fakultät der Universität Freiburg 32 der 35 medizinischen Fakultäten davon überzeugen, dass der Referentenentwurf auf dem medizinischen Fakultätentag abzulehnen sei, so dass Dermatologie als Prüfungsfach im Staatsexamen bis heute erhalten ist, was für die Zukunft des Faches sicher von großer Bedeutung ist.

Dies alles waren ideale Voraussetzungen für gemeinsame berufspolitische Aktivitäten vor dem Hintergrund sich überschlagender Strukturreformen des Gesundheitswesens mit zunehmender Verschlechterung der Situation der Dermatologen und der Patientenversorgung.

„Der Hausarzt für die Haut“

So fand am 27. Mai 1998 ein erster parlamentarischer Abend der Dermatologen in Bonn statt, an dem neben den Repräsentanten des BVDD und der DDG, die Hälfte der 30 Mitglieder des Gesundheitsausschusses des Bundestages teilnahmen, darunter auch der damalige Vorsitzende des Gesundheitsausschusses. Schon die große Zahl der anwesenden Politiker – normalerweise rechnet man bei solchen Anlässen mit ca. fünf Politikern – war ein großer Erfolg. Dabei konnte in den Gesprächen mit Vertretern aller Parteien u.a. auf die für Dermatologen ungerechte und zu geringe Honorarverteilung sowie das ungelöste Problem der Kostenerstattung hingewiesen werden. Es wurde damit ein Gedankenaustausch mit Gesundheitspolitikern in Gang gesetzt, wie er sonst bei offiziellen Reden nicht möglich ist. Auch konnte darauf hingewiesen werden, dass ein hautkranker Patient seine Hautveränderungen leicht erkennen kann und, wie ein Augenkranker zum Augenarzt, direkten Zugang zum Hautarzt haben sollte, was in dem Slogan „Der Hausarzt für die Haut ist der Hautarzt“ zum Ausdruck kommt.

Es folgten zahlreiche Pressekonferenzen und Gespräche mit Gesundheitspolitikern aller Parteien, in denen die Vertreter des BVDD und der DDG auf viele Probleme in der Versorgung hautkranker Patienten aufmerksam machen konnten. Eine besonders medienwirksame Aktion war „Blumen für die Gesundheitsministerin“, was ausführliche Gespräche mit der damaligen Gesundheitsministerin Andrea



Miteinander vertreten BVDD und DDG eine Vielzahl von gemeinsamen Interessen in der Öffentlichkeit wie etwa DDG-Präsident Prof. Rudolf Stadler bei einer Pressekonferenz anlässlich der Euromelanoma-Kampagne (a) oder aber im politischen Raum wie bei einem Hintergrundgespräch mit Prof. Peter Sawicki, damals noch Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (c) oder mit der SPD-Bundestagsabgeordneten und Kollegin Dr. Marlies Volkmer im Deutschen Bundestag in Berlin (c). Gemeinsame parlamentarische Abende veranstalteten BVDD und DDG schon Ende der 1990er-Jahre (d) unter der Ägide von Prof. Erwin Schöpf (Mitte) und Dr. Erich Schubert (2. von links).

© (4) BVDD

Fischer und ihren Staatssekretären, insbesondere wiederholt mit Dr. Hermann Schulte-Sasse ermöglichte.

Die Macht der Zahlen

Politiker im Allgemeinen, Gesundheitspolitiker im Besonderen sind in ihren Entscheidungen von validen statistischen Zahlen, vor allem in der Krankenversorgung, abhängig. Ich bin daher sehr glücklich, dass die Versorgungsforschung in der Dermatologie, nicht zuletzt stark gefördert von Dr. Erich Schubert und den Vorständen des BVDD und der DDG, einen hohen Stellenwert hat. Im CVderm, Hamburg, gegründet und geleitet von meinem ehemaligen Mitarbeiter, Prof. Matthias Augustin, verfügt die deutsche Dermatologie über eine Einrichtung, für die uns

andere Fachdisziplinen beneiden und die valide Zahlen über die Versorgungssituation der Hautkranken generiert. Dies ist eine unabdingbare Basis für weitere gesundheitspolitische Aktivitäten des BVDD und der DDG.

Zum Wohle der Dermatologen und ihrer Patienten

Die jetzigen Vorstände des BVDD und der DDG mit den Präsidenten Dr. Michael Reusch und Prof. Rudolf Stadler führen die Ende der 90er-Jahre initiierten berufspolitischen Aktivitäten der Verbände in vorbildlicher Weise fort, wofür ihnen zu danken ist, wobei die berufspolitischen Herausforderungen nach meinem Eindruck stark zugenommen haben, wenn gleich die „Kriegsschauplätze“ denen vor

15 Jahren sehr ähnlich sind. Mit einem herzlichen Dank an die damaligen Mitstreiter, insbesondere Dr. Erich Schubert für die gute Zusammenarbeit, kann ich nur immer wieder betonen, dass die Existenz der Dermatologie gleichermaßen gefährdet ist, wenn keine qualifizierte Forschung mit Innovationen und gute akademische Lehre stattfindet und die Entgeltsysteme für die Hautärzte in einer qualitätsgesicherten Patientenversorgung in Klinik und Praxis nicht angemessen sind. Alle Beteiligten sollten sich Tag für Tag vor Ort für das Ganze unseres Fachgebietes Dermatologie und damit zum Wohle der uns anvertrauten Patienten mit Hautkrankheiten einbringen – das ist mein Motto bis heute. So lohnt es sich „an einem Strang“ zu ziehen... ■

Die Breite des Faches weckt Begehrlichkeiten

Dermatologische Subspezialitäten unter Wettbewerbsdruck

MARTIN SCHLAEGER

Achtung, hier beginnt die Dermatologie!

Die Dermatologie in der Praxis nahm in den Jahren seit etwa 1960 einen rasanten Aufschwung: Nicht nur die großen Entdeckungen wie die Glukokortikoide, sondern auch die Verbesserung der Diagnostik und der Therapie von Strukturen der Haut und Unterhaut etablierten eine Fülle von Subspezialitäten im Fach und an den interdisziplinären Grenzen der Dermatologie.

Durch intensive Fortbildung wurden die neuen Erkenntnisse rasch in die innovationsbereite Praxis eingeführt. Auch gab es Praxen und Klinikabteilungen, in denen zahlreiche Ärzte hospitierten und in denen so – frei von Konkurrenzangst – Kenntnisse multipliziert und verbreitet wurden. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit seien hier Heinrich Schirren (Andrologie), Johannes Petres, Birger Konz und J. Tritsch (Operative Dermatologie), Markwart Ständer und Hagen Tronnier (Phototherapie) sowie Klaus Hübner (Phlebologie) genannt. Hinzu kommen Hermann Bosse und Uwe Gieler als Exponenten der dermatologischen Psychotherapie.

Solche Spezialisten wurden vom BVDD rasch zur Beratung des Vorstandes und zur Beantwortung von Detailfragen der Mitglieder als Referenten für ihre Subspezialität integriert. Es ergab sich folgende breite Abdeckung der Krankheitsbilder in der Dermatologie: Ärzte für Dermato-Venerologie diagnostizieren und therapieren als Andrologen die sexuellen Funktionsstörungen und Fertilitätsstörungen des Mannes. Das Ulcus cruris venosum wurde von Phlebologen subtil diagnostiziert und kausal auch operativ behandelt. Die Phototherapie der Psoriasis mit allen zusätzlichen Prozeduren wie PUVA und die ambulante Balneo-Phototherapie war

überall im Lande verfügbar und wurde segensreich ausgeübt.

Die ständig zunehmenden Hauttumoren blieben therapeutisch in dermatologischer Hand. Die Gründung der Vereinigung für Operative Dermatologie (VOD) 1977 markiert hier als pars pro toto das aus verbessertem Können resultierende Selbstbewusstsein der angeblich nur konservativ tätigen Hautärzte. Im Vergleich zu anderen Organfächern führte die Verbesserung der Möglichkeiten nicht zu einer Spaltung des Faches in operative und nicht operativ tätige Praxen, genauso wenig wie die dermatologischen Zusatzbezeichnungen Allergologie und Proktologie. Allergologen sind immer noch in der Mehrzahl Dermatologen. Allergologische Testung auch für berufsdermatologische oder umweltmedizinische Fragestellungen und die spezifische Immuntherapie sind in fast allen dermatologischen Praxen Standard. Unsere Proktologen sind mit diesem Wissen und der Kenntnis von Psoriasis und Atopie sicher in der Versorgung von sogenannten Analekzemen bis

hinauf zu Hämorrhoiden sowie der Acne inversa.

Auch die medizinische Anwendung der Lasertechnik wurde in der Dermatologie rasch als eigenständige therapeutische Facette entwickelt und ist von der Hamburger und Hamburger Schule (Kimmig) wissenschaftlich unterlegt im Fach fest verankert worden. Parallel hierzu wurden auch die auf den dermatologisch-kosmetologischen Grundlagen fortentwickelten Felder der ästhetischen Medizin im konservativen und operativen Bereich als – auch für die Patienten – eindeutig der Dermatologie zugeordnete Besonderheit etabliert.

Dermatologische Praxen waren schon damals qualifizierte Rundumversorger und daher begehrt und hochfrequentiert. Der Fallwert in der Dermatologie nahm ab 1970 bis 1996 stark zu, da die Einzelleistungsvergütung einen motivierenden Leistungsanreiz bot. Die daraus resultierenden Einkommenssteigerungen weckten auch damals schon Begehrlichkeiten anderer Fächer. Besonders bei den mehreren Fächern zugänglichen Leistungen reklamierten die „Konkurrenten“ gerne Ihren Ausschließlichkeitsanspruch auf diese Tätigkeiten. Mehrere Stellschrauben wurden hier betätigt.

Fachgrenzen

Der Versuch, Operationen, Mykologie oder die Dermato-Histopathologie als fachfremd für uns zu erklären, wurde bei den permanenten Verhandlungen über die Weiterbildungsordnung bei der Bundesärztekammer über ein Jahrzehnt lang von Michael Hornstein (BVDD) und Johannes Petres (DDG) ebenso geduldig wie erfolgreich korrigiert. Der Schluß mit der DDG im Fach bündelt wissenschaftliche Gutachten und Fakten sowie berechnete Argumente aus der Versorgungsrealität.

Auch der kurze Draht zu den jeweiligen Vorständen anderer Verbände half da weiter, wo sich vor der BÄK oder auf dem Ärztetag keine Mehrheiten für berechnete dermatologische Anliegen finden ließen, wie bei der verfehlten Beurteilung einer Landesärztekammer, die Dermatologie sei kein operatives Fach.

Qualitätskartelle

Wer die Qualität ärztlicher Tätigkeit über die ausgeübte Frequenz definiert, kann



Wo fängt die Dermatologie an, wo hört sie auf? Das Hautorgan definiert die Grenzen des Faches.

jegliche Tätigkeit in einem Teilgebiet nach und nach aus dem Konkurrenzfach eliminieren, indem die für Qualität notwendige Fallzahl in den Bereich hochgeschraubt wird, in dem die ausschließlich hiermit Befassten arbeiten. So wurde die onkologische Betreuung in Organfächern angegangen ebenso wie deren Teilradiologie.

Innovationen anderer Fächer sind schwer für die Dermatologie zu integrieren. Aktuelle Beispiele sind die molekulare Diagnostik für Tumorklassifizierung oder auch die allergologische Target-Therapie.

Pauschalierung und Budgetierung

Für den Verlust so mancher Außengrenze unseres Faches sind weitere banale Realitäten zu nennen: Pauschalierung des Leistungsbildes und Budgetierung der Honorierung ist nicht nur leistungsfeindlich, sondern verhindert aus Wirtschaftlichkeitserwägungen – bei einem RLV unter 20 Euro – eine hochfrequente Pho-

totherapie, die pro Bestrahlung einen Gegenwert von über fünf Euro darstellt.

Umweltmedizinische Leistungen werden ebenso nicht vergütet wie der Aufwand einer systemischen Psoriasis-therapie. Phlebologische und lymphologische Leistungen sowie das Management der chronischen Wunde sind unterfinanziert und nicht kostendeckend. Es drohen Begehrlichkeiten von Assistenzberufen, die nach einem Lehrgang als von Krankenkassen gut bezahlte zertifizierte Akteure eine neue Versorgungsebene bilden wollen.

Erfreulicherweise sind dermatologische Praxen weiter innovationsfreudig und breit aufgestellt! Fachspezifische Fortbildung und nur für Dermatologen verfügbare Zertifikate verstärken die Außenwirkung zum Patienten. Eine wachsame Lenkungsgruppe beider Verbände soll auch in Zukunft rechtzeitig verhindern, dass Innovationen an der Dermatologie vorbei entwickelt werden. ■

Melanom: © [M] Frau: Antonuk | Hand mit Lupe: Nikolai Sorokin / fotolia.com | Melanom: wikipedia.org
Phototherapie: © Olaf Döring, imago; Pricktest: © Klaus-Rose

Rechtsberatung unverzichtbarer Begleiter des Tagesgeschäfts

Das Dermatologen-Urteil des Bundessozialgerichts zwang die KBV zum Einlenken

GERD KRIEGER

Seit 1984 gibt es innerhalb des BVDD die feste Position eines beratenden Justizars. In den 28 Jahren, die seitdem vergangen sind, gab es neben viel juristischem Kleinkram auch epochemachende Urteile und Entscheidungen.

Zu meinen Aufgaben als Justiziar im BVDD zählten traditionell, die zahlreichen Reformen daraufhin zu überprüfen, inwieweit sie Auswirkung für die Dermatologen haben. Dies betrifft vor allem auch die umfangreiche sozial- und zivilrechtliche Rechtsprechung. Die entscheidenden Neuerungen wurden und werden in dem Verbandsorgan „Der Deutsche Dermatologe“ besprochen.

Bei fast allen Landesverbänden referierte ich auf Mitgliederversammlungen zu aktuellen rechtlichen Problemen. Ich begleitete die Öffentlichkeitsarbeit, verhandelte mit den Verlagen und sonstigen Vertragspartnern des BVDD. In der Zeit der „Wende“ führte ich die in die Selbstständigkeit entlassenen Dermatologen der neuen Bundesländer in arztrechtliche Fragen ein.

Vor allem aber zählte und zählt zu den Aufgaben des Justizars, den Bundesvorstand sowie die Vorstände der Landesverbände in Rechtsfragen von grundlegender Bedeutung, aber auch des operativen Tagesgeschäfts zu beraten. Für Satzungsänderungen gab ich die juristische Begleitung, ebenso bei politischen oder berufspolitischen Erklärungen des Vorstandes. Ich vertrat die Interessen des Berufsverbandes bei gerichtlichen Auseinandersetzungen sowohl vor dem Ehrenrat als auch bei dem damals zuständigen Landgericht Köln, etwa als nach der Wahl des Vorstandes eines Landesverbandes ein durchgefallener

Kandidat – erfolglos – die Wahl anfechten wollte.

Prozesse mit Tragweite

Mehrere Musterprozesse wurden geführt. Ein betroffenes Mitglied stellte sich in einem solchen Fall zur Verfügung, um in seinem Namen die Problematik, ggf. bis zum Bundessozialgericht, durchzuführen. So endete im Jahr 2001 ein Verfahren zu Ziff. 345 des EBM (Epikutantestung)



Dr. Gerd Krieger hat Generationen von BVDD-Mitgliedern in die juristischen Grundlagen der ärztlichen Tätigkeit eingeführt.

vor dem Bundessozialgericht, das – im Gegensatz zum Landessozialgericht Schleswig-Holstein – eine Mengengrenzung für zulässig erachtet hat.

Zwei grundlegende Verfahren wurden für Mitglieder aus Bayern bis zum Bundessozialgericht geführt. Es ging um die Berechnung der Praxiskosten in den Praxisbudgets für Hautärzte in Bayern. Aufgrund zahlreicher, vom BVDD vorgelegter statistischer Unterlagen, befand das Bundessozialgericht – mit Fristsetzung! –, dass der Bewertungsausschuss verpflichtet sei, zu überprüfen, ob der Kostenansatz der Hautärzte ab dem Jahr 2003 noch angemessen ist, was das Gericht bezweifelte. Statt eine Neuberechnung nur für die Fachgruppe der Dermatologen vorzunehmen, entschied sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung jedoch, für alle Fachbereiche eine Neuberechnung vorzunehmen, was in einen neuen EBM mündete.

Auf KV-Ebene gewann das „Dermatologen-Urteil“ wie es bald darauf in den gesundheitspolitischen Kreisen hieß, dann aber noch in den Folgejahren Bedeutung. Da einige KVen die grundsätzlichen Ausführungen des Bundessozialgerichtes in den vorgenannten Entscheidungen bei der Neufestsetzung der Honorarverteilungsmaßstäbe (HVM) nicht beachteten, kam es zu weiteren Auseinandersetzungen, insbesondere mit der KV Thüringen und der KV Niedersachsen. In Thüringen bestätigte das Landessozialgericht in Erfurt die für den Berufsverband günstige Entscheidung des Sozialgerichtes Gotha. Danach war der Kostenansatz für das Fachgebiet der Dermatologen bei der Berechnung der Thüringer Praxisbudgets fehlerhaft. Dies führte zu einer Erhöhung des Honorarvolumens für alle Thüringer Der-

Eine kleine Chronik des Justiziamtes

Die stürmische Entwicklung in der Gesetzgebung wie vor allem auch in der Rechtsprechung führte zu Beginn der 80er-Jahre zu einer ständigen Konfrontation von Hautärzten mit neuen und zu beachtenden Vorschriften. Das Präsidium des BVDD, unter der Leitung des Präsidenten Dr. Heinz Walter und des Vizepräsidenten Dr. Rüdiger Fritz, entschloss sich damals, dem Vorbild anderer Berufsverbände (Internisten, Gynäkologen, Orthopäden u. a.) zu folgen und die Zusammenarbeit mit einem Rechtsanwalt als ständigem Verbandsjustiziar zu suchen. In der Anwaltschaft war damals eine Spezialisierung auf Medizinrecht die Ausnahme. Trotzdem meldeten sich aufgrund von Anzeigen in der überregionalen Presse ca. 30 Anwälte, von denen aber keiner unter Vertrag genommen wurde. Auf Initiative des Präsidenten bestellte mich die Delegiertenversammlung am 5. Mai 1984 in München zum Referenten für die juristische Beratung des Berufsverbandes, nachdem ich zuvor schon einige Zeit als Referent bei den Jahrestagungen der Vereinigung für Operative Dermatologie (VOD) tätig war. Nach 25 Jahren endete meine Tätigkeit für den Verband im Mai 2009, wobei ich für die langjährige gute Zusammenarbeit zum Ehrenmitglied ernannt wurde. Nach meinem Ausscheiden als Justiziar des Verbandes war für die Dauer eines Jahres Rechtsanwalt Dr. Halbe beratend tätig, ehe diese Funktion Rechtsanwältin Andrea Schannath übernahm, die hauptberuflich als Justiziarin für den NAV-Virchow-Bund tätig ist.

GK

matologen, deren Bescheide noch nicht rechtskräftig waren. Fehlerhaft war auch bei dem HVM der KV Niedersachsen die unveränderliche Festschreibung in Untergruppen des Fachgebietes (U1 bis U3). Die Bildung von Untergruppen in einem Fachgebiet wurde verworfen.

Ein anderes schwerwiegendes Streitthema war der Alleinstellungsanspruch plastisch und ästhetisch tätiger Chirurgen. Diese wurden unterstützt vom damaligen Präsidenten der Bundesärztekammer Prof. Jörg-Dierich Hoppe, der auch die fehlerhafte Ansicht vertrat, die Dermatologie sei kein operatives Fach. Diese Problematik ist auch zum 60-jährigen Verbandsjubiläum keineswegs erledigt.

Ein Justiziar – vier Präsidenten

Im Rahmen der Beratung des Vorstandes nahm ich an allen Vorstandssitzungen, Delegiertenversammlungen und Beiratsitzungen und teilweise auch an den Mitgliederversammlungen von Landesverbänden teil. Selbst bei der Demonstration in der Vertreterversammlung in Köln war ich als „Dermatologe“ mit dabei. Bei der GfB vertrat ich zeitweise die Interessen des Verbandes und beriet bei Abrechnungsfragen, so z. B. bei der gleitenden Einführung des Hautkrebsscreenings und der Balneo-Phototherapie. Oft wurde ich auch von Mitgliedern zu arztrechtlichen Fragen konsultiert.

In meiner 25-jährigen Tätigkeit als Verbandsjurist arbeitete ich mit vier Präsidenten zusammen, und zwar mit Dr. Heinz Walter, Dr. Rüdiger Fritz, Dr. Erich Schubert und Dr. Michael Reusch. War ursprünglich Dr. Walter nicht nur als Präsident des BVDD tätig, sondern auch als Herausgeber des Mitteilungsblattes und Organisator der Fortbildungsveranstaltungen, so wurden diese drei Aufgabenbereiche im Laufe der Jahre weiter entwickelt und verselbstständigt. Für die Fortbildung ist heute die Deutsche Dermatologische Akademie, in gemeinschaftlicher Trägerschaft von BVDD und DDG gegründet, zuständig. Für die Redaktion zeichnet mit Ralf Blumenthal ein erfahrener Journalist als Redakteur verantwortlich. Der Vorstand des BVDD nimmt – unterstützt durch die Redaktionskonferenz – die Rolle des Herausgebers wahr. Die Geschäftsstelle, die ursprünglich jeweils mit dem Präsidenten wanderte, ist heute in Berlin fest installiert (vgl. S. 60). ■



Arztrecht

Praxishandbuch für Mediziner

H. Ries, K. Schnieder, B. Papendorf, R. Großbölting

Ein Arzt ist immer weniger allein Mediziner, sondern auch selbständiger Unternehmer, der die sich wandelnden Bedürfnisse der Patienten ebenso zu beachten hat, wie die sich permanent verändernde Rechtslage. Dieses Buch soll dem Arzt ein übersichtlicher und verständlicher Ratgeber sein – ein Wegweiser durch die rechtlichen Labyrinth. Einen Schwerpunkt des Buchs bildet dabei der Bereich des Vertragsarztrechts mit seinen vielfältigen Problemen.

- ▶ Hohe Aktualität aufgrund der Einarbeitung des Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG 2012)
- ▶ Neu: Kapitel zum Familien- und Erbrecht
- ▶ Zahlreiche Beispiele aus praxisnaher Sicht
- ▶ Checklisten, praxisrelevante Hinweise und Empfehlungen

3. Aufl. 2012. XIII, 359 S. 10 Abb.

ISBN 978-3-642-25884-8

▶ € (D) 49,95 | € (A) 51,35 | *sFr 62,50

springer.de

Bei Fragen oder Bestellung wenden Sie sich bitte an ▶ Springer Customer Service Center GmbH, Haberstr. 7, 69126 Heidelberg

▶ Telefon: +49 (0) 6221-345-4301

▶ Fax: +49 (0) 6221-345-4229

▶ Email: orders-hd-individuals@springer.com

▶ € (D) sind gebundene Ladenpreise in Deutschland und enthalten 7% MwSt; € (A) sind gebundene Ladenpreise in Österreich und enthalten 10% MwSt.

▶ Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten.

Satzungsänderungen im Zeichen der Professionalisierung

Rechtliche Neuregelungen tragen der verbandlichen Entwicklung Rechnung

GERD KRIEGER



Satzungsänderungen fallen nicht vom Himmel, sie werden in der Delegiertenversammlung erörtert und schlussendlich zur Abstimmung gestellt, ehe sie Rechtskraft erlangen können.

Jeder Vorstand des BVDD hat sich an den Grundsatz gehalten, dass Eingriffe in die Satzung auf das unbedingt Notwendige reduziert werden sollen. Doch ergaben sich trotzdem in der Geschichte des BVDD einige notwendige Änderungen und Ergänzungen.

Satzungsänderungen wurden notwendig, um einerseits der Verbandswirklichkeit zu entsprechen und andererseits um die Verantwortung auf mehrere Schultern zu verlagern.

Sitzverlegung

In § 1 Abs. 2 der Satzung von 1991 war festgeschrieben, dass der Sitz des Verbandes in Köln ist. Dort war der Berufsverband 1952 gegründet worden. Tatsächlich wechselte mit dem Präsidenten regelmäßig auch die Geschäftsstelle des Be-

rufsverbandes. So zog mit dem Stabwechsel von Dr. Heinz Walter zu Dr. Rüdiger Fritz im Präsidentenamte die Geschäftsstelle 1986 von Pforzheim nach Dortmund um. Als Dr. Rüdiger Fritz aus Dortmund abgelöst wurde, wurde die Geschäftsstelle von Dortmund zum nachfolgenden Präsidenten, Dr. Erich Schubert, nach Würzburg verlegt und schließlich zum heutigen Präsidenten, Dr. Michael Reusch, nach Hamburg.

Zugleich richtete der Berufsverband im Jahr 2001 eine feste Geschäftsstelle in

Berlin ein. Damit war die Loslösung vom Wohnsitz des jeweiligen Präsidenten vollzogen. Auf Beschluss der Delegiertenversammlung vom 5. Mai 2007 wurde diese Entwicklung auch in der Satzung nachvollzogen. Die Delegierten fassten § 1 Abs. 2 der Satzung neu und legten fest, dass sich der Sitz des Verbandes in Berlin befindet.

Weitere Anpassungen

Weitere notwendige Änderungen und Ergänzungen im Zeichen der Professionalisierung des Berufsverbandes erfolgten dann durch die Delegiertenversammlung vom 9. November 2008. Zunächst wurde in § 3 Abs. 1 berücksichtigt, dass der BVDD in der Fort- und Weiterbildung mit der Dermatologischen Akademie (DDA) zusammenarbeitet.

In § 4 Abs. 3 wurde klargestellt, dass sowohl natürliche wie auch juristische Personen außerordentliches Mitglied des Verbandes werden können. Damit wurde vor allem Sponsoren die Möglichkeit eröffnet, Mitglied des Verbandes zu werden.

Da im Gegensatz zu der alten Fassung der Satzung einem Mitglied, das ausgeschlossen werden soll, ein Anhörungs- und Berufungsrecht zuzugestehen ist, wurde dies nun in § 6 Abs. 4 festgelegt.

Im Laufe der Jahre kamen auf den Vorstand immer neue und umfangreichere Aufgaben zu. Diese betrafen vor allem den Bereich der Führung der Geschäfte wie auch die Bearbeitung von Rechtsfragen. Es war daher notwendig, in § 9 Abs. 4 dem Vorstand die Möglichkeit einzuräumen, für besondere Aufgaben angestellte oder selbstständige Dienstleister zu bestellen, so z. B. Geschäftsführer, Schriftleiter und Justiziar. Von dieser

Möglichkeit hat der Vorstand inzwischen Gebrauch gemacht.

Für den Ehrenrat und die der Tätigkeit des Ehrenrates zugrundeliegende Ehrenordnung fehlte es an einer satzungsgemäßen Grundlage. Diese wurde nun in § 23 Abs. 5 geschaffen. In allen übrigen Punkten blieb die ursprüngliche Satzung vom 16. März 1991 unberührt.

Im Zusammenhang mit den vorgenannten Satzungsänderungen und -ergänzungen wurde auch die Frage diskutiert, ob der BVDD eine andere Rechtsform, etwa als Genossenschaft, annehmen soll oder ob die bisherige Vereinssatzung beibehalten wird. Hierfür haben sich dann der Vorstand und die Delegiertenversammlung entschieden.

Referate und Sonderreferate

Schon in der Satzung des Jahres 1980 war vorgesehen, dass der Vorstand zur Unterstützung Referenten für verschiedene Sachgebiete berufen kann. Diese Regelung wurde in der völlig überarbeiteten Satzung 1991 wiederholt und um die Bestellung von Sonderreferenten für „bestimmte ärztliche Fragen“ erweitert. Hiervon hat in den Folgejahren jeder Vorstand Gebrauch gemacht.

Waren ursprünglich nur drei Referate vorgesehen, so wuchs mit den Aufgaben des Vorstandes auch die Zahl der Referenten. Der Vorstand hat für besondere Aufgaben – meist aus den eigenen Reihen – Spezialisten herangezogen. Es herrschte der Wunsch vor, dass die Referenten auch berufspolitische Erfahrung haben sollen. So werden derzeit die Referate für die Weiterbildungsordnung und für europäische Facharztfragen von BVDD-Präsident Dr. Michael Reusch, für Gebührenordnungsfragen von dem Vizepräsidenten Dr. Klaus Strömer, für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit von dem Generalsekretär Dr. Klaus Fritz, für Qualitätsmanagement vom Beisitzer Dr. Thomas Stavermann, für Fortbildungsfragen vom Vorstandsmitglied in der DDA, Dr. Martin Schlaeger, und für die Geschäftsführung vom ehemaligen Präsidenten des BVDD, Dr. Erich Schubert, besetzt.

Das Beratungsfeld der für bestimmte ärztliche Fragen bestellten Sonderreferenten entspricht in aller Regel auch dem Schwerpunkt deren dermatologischer Praxis. So konnten in den vergangenen

Jahren viele Anregungen und Initiativen der Sonderreferenten vom Vorstand aufgegriffen werden, so z. B. bei Honorarfragen oder der Etablierung besonderer vertragsärztlicher Leistungen, wie der ambulanten Balneo-Phototherapie und dem Hautkrebscreening. Die Unterstützung durch Sonderreferenten war auch gefragt, wenn es um die Abwehr von Angriffen anderer Fachgebiete auf das dermatologische Leistungsspektrum ging, etwa der operativen Dermatologie oder der Allergologie.

Landesverbände

Zahlreiche Reformen in der gesetzlichen Krankenversicherung führten zu einem Bedeutungszuwachs der regionalen KVen und der Ärztekammern. Dies machte es notwendig, den Landesverbänden und deren Vorständen vermehrt regionale Aufgaben zuzuweisen. Vor allem in honorarpolitischen Fragen brachten sich die Landesverbände ein, zumal die Verteilungsmaßstäbe (HVM) Ländersache sind. Es stellte sich daher die Frage, ob den Landesverbänden ein allgemeines Vertretungsrecht des BVDD zuerkannt werden soll. Denn nur der Berufsverband hat Rechtspersönlichkeit und kann wirksame Erklärungen für den Verband abgeben bzw. Verträge abschließen.

In der Diskussion wurde Einvernehmen erzielt, dass die Landesverbände, soweit rein regionale Fragen betroffen sind, in Abstimmung mit dem Vorstand des Gesamtverbandes vertretungsberechtigt sein sollen. Bei länderübergreifenden Problemen ist aber, um eine einheitliche Berufspolitik zu gewährleisten, der Bundesvorstand zuständig. In der praktischen Ausgestaltung führt dies dazu, dass in aller Regel zumindest ein Vertreter des Gesamtvorstandes an den Mitgliederversammlungen der Landesverbände teilnimmt und dort über aktuelle berufspolitische Fragen informiert.

Die Mitgliederversammlung eines Landesverbandes wählt nicht nur den Landesvorstand und die Landesdelegierten, sie beschließt darüber hinaus auch die Geschäftsordnung des Landesverbandes. Den Entwurf für eine solche Geschäftsordnung hat der Vorstand des Gesamtverbandes nach einer Empfehlung des Justizars den Landesverbänden zur Verfügung gestellt. ■

Gute Leistung muss bezahlt werden!



- ▶ Kommentar für Praxis und Klinik
- ▶ Amtliche Gebührenordnung – Ausschlüsse – Analoge Bewertungen – Abrechnungstipps
- ▶ Mit Auslegungshinweisen der BÄK, IGeL-Hinweisen und Abrechnungsbeispielen
- ▶ Mit aktuellen Gerichtsurteilen

7. A. 2013. Etwa 700 S. Brosch.

▶ € (D) 69,95

€ (A) 71,91 | sFr 87,50

ISBN 978-3-642-29291-0

NEUAUFLAGE

Jetzt bestellen!

springer.com

€ (D) sind gebundene Ladenpreise in Deutschland und enthalten 7% MwSt; € (A) sind gebundene Ladenpreise in Österreich und enthalten 10% MwSt. sFr sind unverbindliche Preisempfehlungen. Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten.

Drei Fälle in rund zwei Jahrzehnten

Der Ehrenrat, seine Aufgaben, seine Fälle

KLAUS HOLZEGEL UND GERD KRIEGER

Auf der ersten Delegiertenversammlung des BVDD, die am 17. Oktober 1981 in Tübingen stattfand, wurde eine neue Verbandsatzung beschlossen, die wesentlich umfangreicher und präziser als die alte war. In ihr wurde im §23 der Ehrenrat (ER) installiert und dessen Konstitution und Aufgabe umrissen.

In Tübingen wurden auch erstmals die drei Mitglieder des Ehrenrats von den Delegierten gewählt. Dies waren:

- Dr. Karl-Heinz Böcker, Walsrode, geb. 1914,
- SR Dr. Josef Altmeyer, Idar-Oberstein, geb. 1910 und
- Dr. Walter Gillesberger, München, geb. 1916.

Die Amtszeit betrug sechs Jahre. In der neuen Satzung lautete die neue Definition der Amtsdauer: „Die Delegierten wählen auf der übernächsten ordentlichen Delegiertenversammlung nach einer Vorstandswahl einen Ehrenrat.“ Wiederwahl ist möglich. Weiter heißt es in der Satzung: „Scheidet ein Mitglied des Ehrenrates aus diesem aus, ist für die restliche Amtszeit auf der nächsten Delegiertenversammlung ein Ersatzmitglied zu wählen.“ In den Ehrenrat können nur Mitglieder des Verbandes gewählt werden, die weder dem Vorstand angehören noch Delegierte sind. „Die Mitglieder des Verbandes unterwerfen sich bei allen innerhalb des Verbandes vorkommenden Streitigkeiten der Schiedsgerichtsbarkeit des Ehrenrates“, heißt es in der Satzung weiter.

Der Ehrenrat besteht seit seiner Gründung aus erfahrenen ehemaligen Funktionsträgern unseres Verbandes. So übten Karl-Heinz Böcker und Walter Gillesberger das Amt bis zum Frühjahr 1999 aus und traten dann krankheitshalber zurück. Nach ihnen wurden Dr. Klaus Holzegel, Dessau, geb. 1934, und Dr. Hans Haberl, Unterhaching, geb. 1939, in den Ehrenrat gewählt. Hans Haberl trat am 16. Januar 2001 als 1. Beisitzer des Ehrenrates zurück.

Für ihn wurde Dr. Rüdiger Fritz am 24. März 2001 als 1. Beisitzer gewählt. Dr. Eberhard Zschunke, Berlin, geb. 1920, war von 1992 bis zu seinem Tode 2006 2. Beisitzer, der an die Stelle des verstorbenen Josef Altmeyer von der Delegiertenversammlung gewählt worden war. Nach dem Tode Zschunkes erfolgte die Wahl von Frau Dr. Ulrike Wiemers 2007 zur 2. Beisitzerin des Ehrenrates. Damit ist Dr. Wiemers die erste Frau in der Geschichte des Ehrenrates.

Die aktuelle Zusammensetzung des Ehrenrates nach der Wiederwahl durch die Delegiertenversammlung 2011 in Berlin ist:

- Vorsitzender: Dr. Klaus Holzegel, Dessau
- Beisitzer: Dr. Rüdiger Fritz, Dortmund
- Beisitzerin: Dr. Ulrike Wiemers, Leipzig

Das Prozedere

Die Anrufung des Ehrenrates bedarf der Schriftform. Danach wird versucht, im Gespräch oder schriftlich das vorliegende Problem friedlich, gütlich und einvernehmlich zu lösen, was in den meisten Fällen im Verlauf vieler Jahre auch gelungen ist.

Wenn nicht, wird die an den Vorsitzenden des Ehrenrates gerichtete Beschwerdeschrift, gemäß der Geschäftsordnung des Ehrenrates, dem Antragsgegner im eingeschriebenen Brief zugestellt. Dem Antragsgegner wird damit Gelegenheit gegeben, sich in angemessener Frist zu den Anschuldigungen schriftlich zu äußern. Alle nun eingehenden Schriftsätze sind dem Antragsteller und -gegner zuzuleiten.



Das Schiedsverfahren erfolgt grundsätzlich schriftlich, bei Bedarf auch in einer mündlichen Verhandlung aller Beteiligten. Letztere ist nicht öffentlich. Dritte Personen, die Mitglieder des BVDD sind, können auf Veranlassung des Ehrenrates hinzugezogen werden. Bei schriftlicher Verhandlung erfolgt der Schiedsspruch des Ehrenrates durch eingeschriebenen Brief.

Der Antragsteller zum Schiedsverfahren hat als Mitglied des BVDD die bestehende Verbandsatzung und damit die Schiedsgerichtsbarkeit des Ehrenrates anerkannt. Es bleibt ihm unbenommen, das für ihn zuständige ordentliche Gericht anzurufen.

In der letzten Zeit kam es zu keinen Anrufungen des Ehrenrates, was zu begrüßen ist und von dem bestehenden Harmoniebedürfnis und der Konfliktscheu unserer Mitglieder, mit hohem Frauenanteil, und der Funktionsträger zeugt. Möge es so bleiben! ■

„Fälle“ aus der Verbandsgeschichte

Von den wenigen Anrufungen des Ehrenrates seien nachfolgend drei exemplarische „Fälle“ anonymisiert kurz skizziert.

Verstoß gegen das Werbeverbot

Eine Kollegin hatte zu ihrer Praxiseröffnung eine Annonce verfasst, die wegen der Ausführlichkeit über ihre Person und die angebotenen Leistungen eindeutig gegen das damals noch geltende restriktive Werbeverbot verstieß. Zwei Mitglieder des BVDD hatten deswegen den Ehrenrat angerufen, nachdem sie vorher die Bezirksärztekammer auf diesen Verstoß hingewiesen hatten und deren Vorsitzende ihrer Meinung nach untätig geblieben war. Die beschuldigte Kollegin wurde nach einem klärenden Gespräch von der Ärztekammer ermahnt, derartige Veröffentlichungen in Zukunft zu unterlassen. Damit ad acta! Heute liefe nach der Liberalisierung des Berufsrechts diese Anzeige ins Leere.

Eine problematische Laudatio

Ein ehemaliger Mitarbeiter eines Professors für Dermatologie hatte für diesen, seinen früheren Chef in DDR-Zeiten, eine Laudatio zu dessen 65. Geburtstag verfasst, die er publiziert sehen wollte. Da Laudator und Jubilar seit zehn Jahren Mitglieder unseres Berufsverbandes waren, wurde der Ehrenrat angerufen. Der Redakteur – kein Dermatologe und somit auch kein Mitglied unseres Verbandes – hatte nach eigenen Recherchen und in Abstimmung mit der Verbandsleitung die Veröffentlichung abgelehnt. Zur Begründung hieß es auf Nachfrage des Jubilars: „wegen der fehlenden Darstellung der SED-Zeit“.

Der Jubilar bat daraufhin den Ehrenrat um Einleitung eines „offiziellen Verfahrens gegen sich vor dem Ehrenrat“. Dem konnte nicht stattgegeben werden, da nichts gegen den Antragsteller vorlag, was ein Verfahren gegen ihn selbst gerechtfertigt hätte. Außerdem sind Ansinnen mit eindeutig politischem Charakter in unserer Geschäftsordnung nicht vorgesehen. Schließlich war der Redakteur kein Verbandsmitglied, so dass die uns vorgegebene Satzung dies schon deswegen ausgeschlossen hätte.

Letzendlich kann keine Schriftleitung zu einer Publikation gezwungen werden, die sie aus ihrer Verantwortlichkeit heraus ablehnt. Nach vielfachem Schriftwechsel, der sich ein gutes halbes Jahr(!) hinzog, erklärte der Professor seinen Austritt aus dem BVDD.

Streit um den Landesvorsitz

Nach internen Streitigkeiten in einem Landesverband kam es 2002 zu einer außerordentlichen Mitgliederversammlung des Landesverbandes, auf der der bisherige Vorsitzende abgewählt und ein neuer Vorsitzender gewählt wurde. Fehlerhaft juristisch beraten, rief der abgewählte Vorsitzende den Ehrenrat an. Ohne über den Streit zu entscheiden, empfahl der Ehrenrat, auf der nächsten Mitgliederversammlung eine Neuwahl durchzuführen, wobei bis dahin der neue Vorsitzende die Geschäfte führen sollte.

Der Vergleich wurde angenommen und im November des Jahres 2002 fand die entscheidende weitere Mitgliederversammlung statt. Bei der Wahl des Vorstandes hatte der frühere Vorsitzende kein Stimmrecht, da er seinen Jahresbeitrag trotz Mahnung nicht bezahlt hatte, was nach der Satzung zum Verlust des Stimmrechts führt. Unverzüglich danach rief er, mit anwaltlicher Unterstützung, wiederum den Ehrenrat an, der aber, ebenfalls juristisch beraten, den Antrag zurückgewiesen hat, weil der Ehrenrat nur für die Konflikte unter Mitgliedern und nicht auch für die Anfechtung von Beschlüssen einer Mitgliederversammlung sowie die Auslegung der Satzung zuständig ist. Damit war der Fall für den Ehrenrat abgeschlossen. Vor dem danach angerufenen zuständigen Landgericht Köln nahm der klagende ehemalige Vorsitzende, vom Gericht belehrt, die Klage zurück. ■

Kompakt und praxisorientiert!



- ▶ Anleitung und Tipps für die optimale Praxisführung
- ▶ Patientenorientierung: patientengerechtes Leistungsspektrum, Patientenbindung, Patienten-Neuakquise
- ▶ Marketing und Mitarbeiterführung
- ▶ Zahlreiche Beispiele aus dem medizinischen Alltag

4. A. 2013. Etwa 200 S. 17 Abb. Geb.

▶ € (D) 44,95

€ (A) 46,21 | sFr 56,00

ISBN 978-3-642-29296-5

NEUAUFLAGE

Jetzt bestellen!

springer.com

€ (D) sind gebundene Ladenpreise in Deutschland und enthalten 7% MwSt; € (A) sind gebundene Ladenpreise in Österreich und enthalten 10% MwSt. sFr sind unverbindliche Preisempfehlungen. Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten.

120375x

Qualitätsoffensive in der Dermatologie

Der BVDD fühlte sich früh der Leitlinienarbeit verpflichtet

MARTIN SCHLAEGER

Leitlinien gibt es seit Anfang der 90er-Jahre. Sie kommen aus dem englischsprachigen Raum, insbesondere dem britisch gefärbten Gesundheitswesen. Ihre Funktion war und ist in einem medizinischen Bereich, in dem Empirie und Fachwissen eine Melange bilden, gesicherte Erkenntnisse zu bestimmten Krankheitsbildern qualitätsgesichert zu Papier zu bringen.

Die ständigen Qualitätsanforderungen an die Medizin, die sich mit dem Vehikel evidenzbasierter Leitlinien aus dem englischsprachigen Raum über die Welt verbreiteten und auch Europa Anfang der neunziger Jahre erreichten, wurden von den Verantwortlichen des Berufsverbandes sehr früh wahrgenommen und konsequent in Zusammenarbeit mit der wissenschaftlichen Gesellschaft (DDG) umgesetzt. Diese dermatologische Qualitätsoffensive, deren Exponent unter anderem Dr. Richard Callies war, umfasste drei Zielrichtungen:

1. die Einrichtung von ärztlichen Qualitätszirkeln, einer im angelsächsischen

Raum am ehesten den Praktikern vorbehaltene Form des kollegialen Erfahrungsaustausches unter geeigneter Moderation, in Deutschland als Qualitätssicherungsmaßnahme an die KV angebunden;

2. die Erstellung und Implementierung von Leitlinien zu Krankheitsbildern des Faches, nach und nach ebenso zur Umsetzung einzelner Vorgehensrichtlinien (Pathways) für bestimmte Krankheitsbilder auch für die eigene Praxis;

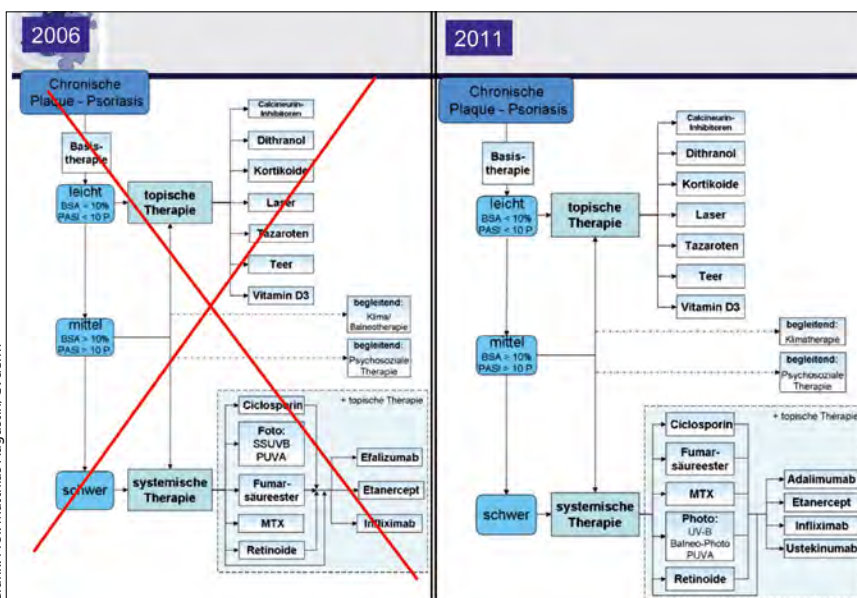
3. die qualitätsgesicherte medizinische Fortbildung, sozusagen die Königsdisziplin, die bei den Dermatologen stets hervorragend vertreten war.

In Kenntnis der Bemühungen, im angelsächsischen Raum eine Rezertifizierung (eine erneute Facharztprüfung, regelmäßig von den Inhabern des Faches abzuleisten) einzuführen, wurde im Berufsverband auf die Freiwilligkeit der Fortbildung mit trotzdem exakter Dokumentation des Fortbildungsgeschehens Wert gelegt. Hierfür steht die freiwillige Punktesammlung seit 1994 und seit 1998 auch die Deutsche Dermatologische Akademie (DDA).

Goldgräberstimmung in der Anfangszeit

Der Umgang mit Leitlinien, die durch ihre Publikation auch für bestimmte Fächer die Versorgung entsprechender Krankheitsbilder reklamieren konnten, war in der Anfangszeit von einer Goldgräberstimmung gekennzeichnet. Die Leitlinien, die zunächst einfach vereinigtes Expertenwissen waren, sollten Claims abstecken. Die Erstellung von Leitlinien durch eine so genannte Leitlinienkommission, die sich nach Vorgabe und Beschluss eines entsprechenden Themas suffizient mit dieser Fragestellung auseinandersetzt, vorhandene Literatur sichtet, therapeutische Optionen richtig zuordnet und außerdem Metaanalysen und die entsprechenden Vokabeln des Qualitätsmanagements beherrscht, fand damals nur in wissenschaftlichen Gesellschaften statt. Es ist eines der großen Verdienste der Beteiligten, Prof. Erwin Schöpf und Prof. Wilhelm Meigel, sowie unseres niedergelassenen Kollegen, Dr. Richard Callies, dass 1997 in Karlsruhe auf dem DDG-Kongress für alle damals bestehenden Leitlinien-Kommissionen (Mykologie, Allergologie, operative Dermatologie usw.) eine paritätische Besetzung vom Berufsverband angestrebt, mit der DDG konsentiert und – soweit personell möglich – auch durchgesetzt wurde.

In der gemeinsamen Qualitätssicherungskommission von DDG und BVDD



Die S3-Psoriasisleitlinie hat als erste in einer Reihe weiterer Leitlinien auf höchstem Evidenzniveau wurde 2011 erstmals überarbeitet.



Im Konzert der ärztlichen Fachgruppen spielen BVDD und DDG gemeinsam mit. Das zeigt die Website der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften (AWMF). Dort werden sämtliche, die Dermatologie betreffenden Leitlinien veröffentlicht.

wurde und wird in jährlichen Sitzungen des hierfür zuständigen Gremiums der Status abgefragt und programmatisch konsentiert. Als Teilnehmer dieser Sitzungen erinnere ich mich noch gerne an die Intensität des Gedankenaustausches, die zügige und zielgerichtete Arbeit, die sozusagen als kleine Konsensuskonferenzen das für eine bestimmte Fragestellung wichtige Leitlinienwissen zusammenfasste. Die entsprechenden Subkommissionen haben dann diese Leitlinien ausgearbeitet und anschließend nach Abstimmung mit der Leitliniengruppe bei der AWMF eingereicht.

Resultate zwischen Stolz und Vorurteil

Dies war der zaghafte Anfang einer von vielen mit Misstrauen beäugten explosionsartigen Entwicklung aus dem Fach für das Fach. Die Sorge, dass durch Leitlinien Kollegen juristisch belangt werden könnten, stand manchmal vor der Freude über den Erkenntnisgewinn und über die praxisnahe Zusammenfassung der Leitlinienergebnisse, die einen minutenschnellen Überblick zu bestimmten Fragestellungen ermöglichen. Die Ausgewogenheit und Praxisnähe der Leitlinien wurde gewährleistet durch die paritätische Besetzung der Subkommissionen, wobei es

häufig zu einem Vorpreschen der wissenschaftlichen Bearbeitung kam, die auf den Konsensuskonferenzen oder bei der E-Mail-Abstimmung der einzelnen Leitlinien durch die Niedergelassenen mit der Praxisrealität abgeglichen wurden.

Mit Stolz hat die Dermatologie ihre Leitlinien zu Papier gebracht und publiziert. Unter der Federführung von Hans C. Korting, Richard Callies, Michael Reusch, Martin Schlaeger, Erwin Schöpf und Wolfram Sterry erschien die erste Auflage der dermatologischen Qualitätssicherung (Leitlinien und Empfehlungen im Jahre 2000, ISBN 3-88603-7177). Der interdisziplinäre Charakter dieser Leitlinien für das Fach zeigte sich in der Zusammenarbeit beispielsweise beim Thema Venenerkrankungen – erarbeitet in der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie – und beim Thema Tumoren in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft (ADO). Aus einem kleinen Buch im Kitlettaschenformat ist in der neunten Auflage (2011) ein Werk mit einem stattlichen Umfang von 1.200 Seiten geworden.

Qualität und Praxisnähe in Kombination

Erfreulicherweise wurde gleich zu Beginn des Jahres 1997 eine 1999 institutionalisierte gemeinsame Kommission „Qualitätssicherung“ ins Leben gerufen, die die einzelnen Subkommissionen für die Teilgebiete des Faches koordinierte und für einen geordneten Leitlinienfluss auch in die Publikation sorgte. Der langjährige Vorsitzende, Prof. Hans C. Korting, hat mit immensem Fleiß und einem schmalen Budget sowohl die Publikationen der Leitlinien im Leitlinienbuch als auch die Abstimmung mit den Fachgesellschaften und der AWMF sowie die jährlichen Konferenzen zuerst in Berlin und später in München souverän geleitet und gemeistert.

Dieser Kommission angeschlossen ist die so genannte „2 + 2-Kommission“, bei der zwei Mitglieder der wissenschaftlichen Gesellschaft und des Berufsverbandes jeweils die fertigen Leitlinien auf ihre Praxisnähe und inhaltliche Güte abschließend prüfen mussten, bevor sie zur Annahme den Vorständen vorgeschlagen wurde. 2011 wurden die Protagonisten in der DDG abgelöst von PD Dr. Thomas Herzinger und Dr. Alexander Nast. Dr. Michael Reusch und Dr. Martin Schlaeger sind hier weiterhin für den BVDD tätig. Auch hier gab es häufig Verbesserungen der Praxisnähe, teilweise nur Verhinderung unglücklicher Formulierungen, die uns allen den Umgang mit den Leitlinien erheblich erleichtert haben.

Die Güte einer Leitlinie richtet sich nach der wissenschaftlichen Abgeprüftheit (Evidenz) ihrer Inhalte. Diese Evidenzstufen (S1, S2, S3) lassen sich an dem Grad der Literaturrecherche, der Güte der verwendeten Literatur, der Beweiskraft dieser Literatur und dem Verfahren des Konsensus unterscheiden. Hierbei stammen aus dem US-amerikanischen und englischen Schrifttum eine Reihe von raffinierten Mechanismen, die eine so genannte Meinungsführerschaft der „Großkopferten“ oder ein kritikloses Verarbeiten von so genannten „Schon-immer-Meinungen“ vermeiden sollen. Drei S3-Leitlinien – Therapie der Plaque-Psoriasis (2006, erneuert 2010), Allergieprävention sowie Therapie und Vorsorge des malignen Melanoms – zieren zusammen mit zahlreichen S2-Leitlinien (mit einem komplexen Abstimmungsverfahren über die Inhalte) inzwischen die dermatologische Landkarte.

Leitlinienarbeit in Zeiten knapper Ressourcen

Besorgniserregend ist die Abnahme der Bereitschaft Niedergelassener, sich für die Leitlinienarbeit zu engagieren, teilweise aus Angst, nicht genügend Wissen für

Rechtliches zur Bedeutung von Leitlinien

Leitlinien definieren in Deutschland den jeweiligen Standard der Behandlung durch den Arzt und haben auch rechtliche Konsequenzen. Will der Arzt von diesem Standard abweichen, muss er dies dem Patienten im Rahmen eines Aufklärungsgesprächs mitteilen. Kommt es zu einem Zwischenfall, dann liegt es an ihm, nachzuweisen, dass die Ursache hierfür nicht die Abweichung von dem durch die Leitlinie festgelegten Standard war.

diese wissenschaftliche Auseinandersetzung mitzubringen. Dieses Problem ist ebenso wenig gelöst wie die knapper werdende Personaldecke in den Kliniken, die verhindert, dass sich genügend Kolleginnen und Kollegen mit bestimmten Themen, insbesondere zur Erneuerung

und Aktualisierung einer Leitlinie, befassen können.

Eine Reihe von Leitlinien ist deutlich über das Verfallsdatum gekommen und wurde inzwischen von der AWMF bestimmungsgemäß aus dem Netz herausgenommen. Hier wird die von Richard Callies,

Erwin Schöpf, Wolfram Sterry, Hans C. Korting und Michael Reusch angestoßene Qualitätssicherung in der Dermatologie weiter den Rückhalt in der Masse der Niedergelassenen haben müssen, auch was die Zuarbeit betrifft! ■

Ja zur Fortbildung – aber freiwillig und selbst organisiert

Der BVDD fühlt sich der akademischen Freiheit verpflichtet

MARTIN SCHLAEGER

Das Bemühen um Schulung und Verbesserung der medizinischen Kenntnisse und Fertigkeiten war eine wesentliche Triebfeder zur Gründung des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen. Die in Eigenregie und ohne äußeren Zwang organisierte Fortbildung der Mitglieder zählt daher von Beginn an zu den vorrangigen Satzungszielen des BVDD.

Über Jahrzehnte war eine zentrale, vom Fortbildungsbeauftragten des BVDD-Vorstandes ausgerichtete Veranstaltung von Niedergelassenen für Niedergelassene das Markenzeichen der medizinischen Fortbildung im BVDD. Sie stellte neben der Gelegenheit, das Fachwissen zu vertiefen, mit ihrem gesellschaftlichen Teil einen Treffpunkt für unsere Mitglieder dar. Der Veranstaltungsort wechselte von Jahr zu Jahr durch die Republik. Dreistellige Teilnehmerzahlen verfolgten das Programm. Die zu diesen Veranstaltungen gehörenden Begrüßungsabende und Ausflugsfahrten durch die meist reizvolle Umgebung dieser Tagungsorte waren gesuchte Veranstaltungen mit fachfamiliären Charakter.

Kleine Fortbildungsangebote mit Tradition

Parallel etablierten sich auf Landesverbandsebene eigenständige Veranstaltungen, die aufgrund ihrer Güte und Ausrichtung und des meist von Einzelnen

getragenen Impetus für eine gute Fortbildung rasch überregional bekannt wurden: Genannt seien hier zunächst die Fortbildungen des Kollegen Dr. Dieter Krumm, die seit über 20 Jahren im Südwesten hohe Besucherzahlen vermelden konnten und die Praxisfortbildung der gesamten Region befruchteten. Die Fachtage der Klinik Bad Bentheim unter der Führung von Dr. Markwart Ständer haben über zwei Jahrzehnte hervorragende Fortbildungen zum Thema Psoriasis geleistet, was sicher auch an den hervorragenden Referenten (Prof. Enno Christophers, Prof. Otto Braun-Falco) gelegen hat. Ebenfalls aus der Praxis für die Praxis hat unser Kollege Dr. Klaus Hübner die Venen-Tage und internationalen Kompressions-Seminare in Aachen entwickelt, in denen ganze Generationen von Ärzten und ihre Mitarbeiterinnen phlebologische Diagnostik und Kompressionstherapie lernten.

Zu erwähnen ist ebenfalls die vom Kollegen Böcker seit 1969 in Niedersachsen ausgerichtete Walsroder Tagung, die

die Landestagung ersetzte und stets durch eine hochkarätige Fortbildung und ein hohes berufspolitisches Interesse auffiel. Auch die Veranstaltungen des BVDD in Hannover, die seit fast zwei Jahrzehnten alle sechs Wochen zwischen 50 und 100 Kollegen aus der Region und der weiteren Umgebung angesprochen haben und die durch den verstorbenen Prof. Jürgen Weiß auch fachlich zu einer großen Höhe geführt wurden, sind hier nicht zu vergessen.

Überregional hatten die Jahrestagungen der Norddeutschen Dermatologischen Gesellschaft, der süddeutschen (Bayern, später mit Sachsen zusammen), der nordrheinwestfälischen in Köln und bis zur Wiedervereinigung der Berliner Dermatologischen Gesellschaft ihren festen Platz in der dermatologischen Fortbildungsszene.

Von örtlicher Bedeutung aber für die Zusammenarbeit der Kolleginnen und Kollegen vor Ort von nicht zu unterschätzendem Gewicht, waren und sind die „Kliniknachmittage“ der regionalen Hautkliniken und die Qualitätszirkel, die häufig auch als Vortragsveranstaltungen abgehalten werden.

Fortbildung im Zeitalter der Budgetierung

So hatten die Dermatologen neben den beiden großen Fortbildungsveranstaltungen (DDG-Kongress und Münchener Fortbildungswoche) immer eine gute und



© (2) BVDD

Medizinische Fortbildung von Dermatologen für Dermatologen bieten Jahr für Jahr die Angebote der Landesverbände wie hier im Bild bei der Jahrestagung in Lünen, in Frankenthal oder auch der berufspolitische Kongress des BVDD in Berlin.

wohnortnahe Möglichkeit des Wissenserwerbs und des persönlichen Erfahrungsaustausches. Mit dem Rückgang der dermatologischen Einkünfte nach der Budgetierung 1997 veränderte sich auch das Gesamtbild der Fortbildung. Die Pharmaunternehmen waren nicht mehr bereit, kleine regionale Veranstaltungen oder auch Landesverbandstagungen, auf denen ebenfalls ein wissenschaftliches Programm vor dem berufspolitischen Programm für die gesunde Mischung an Fortbildung sorgte, mit ausreichenden Mitteln zu sponsern. Hierdurch wurden die Landestagungen entweder verkleinert oder durch weitsichtige Landesverbandsvorsitzende durch Kooperation mit anderen Nachbarländern in ein überlebensfähiges Format gebracht.

Die drei Großen: Lünen, Frankenthal, Drei-Länder-Tagung

Traditionell hohe dreistellige Besucherzahlen weist die westfälische Landestagung in Lünen auf, die Ende Januar/Anfang Februar den Reigen der Fortbildungsangebote im Jahreskreis eröffnet. Das wissenschaftliche Programm und auch die hervorragende berufspolitische Information der Beteiligten durch die Kollegen Prof. Wolfgang Wehrmann und Dr. Peter Pierchalla haben diese herausragende Beteiligungsrate der dort beheimateten Kolleginnen und Kollegen über mehr als ein Jahrzehnt gesichert.

Nur unwesentlich jünger ist die seit 2002 gemeinsame Tagung der Landesverbände Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Hessen und Saarland. Zum Zehnjährigen hat dieses Fortbildungsangebot unter dem programmatischen Titel „Der-

matologische Praxis“ seine Basis noch einmal erheblich erweitert. Neben den Landesverbänden Bayern und Nordrhein haben nun auch die dermatologischen Kollegen aus Luxemburg Frankenthal zu ihrem Treffpunkt auserkoren. Das gewählte Format findet bei den Teilnehmern und auch bei der Industrie regen Zuspruch. Der mutige Schritt von Klaus Fritz und den übrigen „Landesfürsten“, ihre Tagungen zusammenzulegen, zeigt, dass ein interessantes, zielgruppengerechtes Programm eine gute Basis für die Lebensbedingungen solcher Tagungen schafft: ihre Besucherstärke. Der berufspolitische Samstagvormittag mit Referenten aus allen für den Beruf relevanten Ebenen von der KV bis zum hochrangigen Politiker und mit dem unter den Referenten fast immer vollständig vertretenden BVDD-Vorstand ist immer wieder ein Publikumsmagnet. Praxisrelevante Schulungen der Mitarbeiterinnen in speziellen bedarfsgerechten Kursen sowie ein Sonntagsprogramm, in dem die außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung relevanten und ertragsträchtigen Facetten der Praxis von Laser bis Berufsgenossenschaft im Fokus stehen, sind eine hervorragende Umrahmung der am Sonnabendnachmittag parallel stattfindenden jeweiligen Landestagungen.

Neu etabliert ist die so genannte Drei-Länder-Tagung, die seit 2011 die Bundesländer Thüringen, Sachsen-Anhalt und Sachsen an wechselnden Tagungsorten zusammenfasst. Auch hier kommt es durch den Einsatz der Kolleginnen Dr. Gudrun Hamm, Dr. Kirsten Jung und Dr. Grit Richter-Huhn zu einem intensiven mehrtägigen Austausch, der sich nach anfänglicher Konkurrenzsituation mit einer

DDG-Veranstaltung inzwischen im wahrsten Sinne des Wortes freigeschwommen hat.

Der Preis all dieser Tagungen ist der immense organisatorische Vorlauf, der durch die Tagungsleiter, in der Regel Landesverbandsvorsitzende, zu stemmen ist. Nur eine gewisse Entlastung ergibt sich durch die Rahmenverträge des BVDD mit professionellen Veranstaltern, die auch von den Landesverbänden genutzt werden können. Das Konzept und die Inhalte sowie die Suche nach Referenten bleiben weiterhin bei den Tagungsleitern.

Offen ist die unterschwellige Konkurrenzsituation zwischen solchen Tagungen, die sich sicher zum Teil über die Platzierung im Terminkalender abmildern lässt. Eine zentrale Berufsverbandsveranstaltung auf Bundesebene wäre zurzeit in Konkurrenz zu solchen Veranstaltungen und den Veranstaltungen der wissenschaftlichen Gesellschaften inhaltlich und terminlich nicht einfach zu positionieren. Dass es dennoch geht, zeigt das berufspolitische Forum des BVDD, das nicht zuletzt im Zeichen der Gewinnung von berufspolitisch interessiertem Nachwuchs erstmals im Jahr 2010 in Berlin stattgefunden hat. Diese sehr erfolgreiche Veranstaltung wird kein Solitär bleiben.

Die Dynamik der Fortbildungslandschaft bedingt, dass nichts für immer in Stein gemeißelt ist, sondern dass sich orientiert am individuell unterschiedlichen Fortbildungsbedarf und dem Publikumsgeschmack verschiedene Formate entwickeln, die hie und da auch durchaus innovativ sein müssen, um bei einem gut gefüllten dermatologischen Fortbildungsmarkt auch die Niedergelassenen zu begeistern. ■

Die DDA organisiert Fortbildung bundesweit in vier Regionen

Chipkarte und Zertifikate bieten den Mitgliedern umfassenden Service

MARTIN SCHLAEGER

Mit der Gründung der Deutschen Dermatologischen Akademie (DDA) entwickelten BVDD und DDG als gemeinsame Träger eine wesentliche Facette der dermatologischen Qualitätssicherung. In diesem Rahmen gelang es erstmals, die Interessen der Fortbilder der wissenschaftlichen Gesellschaft mit den Interessen der Fortzubildenden in einer qualitativ hochwertigen Form zu bündeln.

Fortbildungsveranstalter wünschen exakte Wissenschaft, eine gute Aufarbeitung des Themas und gute Referenten, die Fortzubildenden Praxisnähe, Bezug zur täglichen Versorgungssituation, eine gute organisatorische Durchführung sowie Fortbildungsmanuskripte und andere Handouts.

Ringen um ausgewogene Satzung

Die gemeinsamen Bemühungen von BVDD und DDG waren von einem ausgeprägten Willen getragen, Einseitigkeiten

und Schieflichkeiten zu vermeiden: Alle Institutionen wurden personell ausgewogen besetzt: Das Kuratorium besteht seit Gründung im Jahr 1999 aus je vier von den jeweiligen Mutterverbänden entsandten Mitgliedern und den beiden Präsidenten als geborene Mitglieder. Das Kuratorium wählt Präsidenten und Vizepräsidenten, die zweijährlich von den beiden Muttergesellschaften alternierend besetzt werden, dazu Schatzmeister und die Referenten für die Qualität der Veranstaltungen und für die Zertifizierung. Diese scheinbar un-

wichtigen Ämter erwiesen sich im Nachhinein auch gegenüber den Ärztekammern als wertvolles Instrument, die Präzision der Darstellung der Fortbildung in unserem Fach zu verdeutlichen. In zähen Bemühungen wurde behutsam und unter Beachtung der jeweiligen Interessensphären eine ausgewogene Satzung entwickelt, die Details der Finanzierung, die sich erst allmählich ergaben, wurden genauso beachtet wie die organisatorische und strukturelle Zusammenarbeit.

Die Republik wurde in vier Fortbildungsbereiche unterteilt, in denen auch Fortbildungsbeauftragte beider Gesellschaften die Ausgewogenheit und das Vermeiden von terminlichen Überschneidungen gewährleisten sollten. Auch die Veranstaltungshierarchie wurde sorgfältig austariert: Die Großveranstaltungen (Fortbildungswoche und DDG-Kongress), darunter in dieser Pyramide breit aufgestellt die den jeweiligen Bezirken zuzuordnenden Regionalveranstaltungen wie beispielsweise im Bezirk West die Nordrhein-Westfälische Akademie, getragen jeweils auch von Untergliederungen der jeweiligen Mutterverbände.

Eine Chipkarte für alle Mitglieder

Für die damalige Zeit revolutionär war die Verwendung der Chipkarte als Fortbildungsnachweis in elektronisch lesbarer Form: So ließ sich mit wenig bürokratischem Aufwand die Anwesenheit bei einer Fortbildungsveranstaltung elektronisch dieser Fortbildungsveranstaltung zuordnen. Anschließend konnten aus diesen Daten heraus sowohl Fortbildungszeugnisse als auch Jahreszeugnisse erstellt werden. Alle Mitglieder der DDA (Mitglieder von BVDD und DDG) bekamen eine DDA-Chipkarte. Die Chipkarten-



Die Chipkarte ist das Markenzeichen der DDA. Der Strichcode auf den Badgets dient der Dokumentation der eigenen Fortbildungsbemühungen. Wie auf dem Bild von der 19. Münchener Fortbildungswoche 2004 in München zu sehen, machen die Verbandsverantwortlichen (im Bild DDA-Präsident Dr. Martin Schlaeger, Dr. Klaus Strömer und der damalige Präsident des Berufsverbandes, Dr. Erich Schubert) fleißig mit bei der „Jagd“ nach Fortbildungspunkten.

Lesegeräte wurden mit einer großzügigen Spende von Prof. Gerd Plewig über die DDA in der Republik verteilt.

Zum Zeitpunkt der Einführung der DDA und ihrer Chipkarte war selbstverständlich die Fortbildung freiwillig, eine Dokumentation fand bestenfalls auf Fortbildungszertifikaten statt. Die von vielen als bürokratisch empfundene, aber später segensreiche Auflistung von Fortbildungsaktivitäten des einzelnen Fortbildungsteilnehmers wurde damals als vorausseilender Gehorsam und Verschulung angefeindet und als mitgliederfeindlich gründlich missverstanden.

Die DDG und die Veranstalter der Münchener Fortbildungswoche haben stets von sich aus als Veranstalter den Service der DDA für ihre Veranstaltungen bezahlt: von der Überprüfung der korrekten Anmeldung und Güte der Veranstaltung bis hin zur Vorbereitung der Registrierung, die bei einer Großveranstaltung mit ca. 120 Einzelereignissen und einigen 1.000 Besuchern organisatorische Meisterstücke darstellt! Ebenso wenig haben die Fortbildungsteilnehmer die Evaluation der Vortragenden und der Veranstaltungen nie bezahlen müssen, wohl aber von der allmählichen Positivauslese der exakten, den Landesärztekammerpauschalpunkten weit überlegenen detaillierten Darstellung ihrer Fortbildungsaktivität bis in die letzte Veranstaltung hinein profitiert, womit auch der Bezug zu einzelnen Subspezialitäten unseres Faches in der Fortbildung sichtbar gemacht und gewährleistet wurde.

Dieses über Jahre in Deutschland als führend angesehene Management dieser Fortbildungsveranstaltungen wurde von der DDA allen Landesärztekammern angeboten und bereitwillig zur Verfügung gestellt. Die Durchführung der derzeitigen so genannten „Kammerpunkte“ und ihre Sammlung auf einem EIV ist cum grano salis ein Abbild der im Jahre 1998 bis 2000 eingeführten Organisationsstruktur der Deutschen Dermatologischen Akademie.

Bis zu 1.000 Veranstaltungen pro Jahr

Nach Einführung der Pflichtfortbildung bekam die Punktedokumentation ein ganz anderes Gewicht: Es gab sehr viel mehr Akzeptanz durch die Teilnehmer für die Anerkennung der Fortbildungsveranstaltungen und die Dokumentation der Fortbildungspunkte. Veranstaltungen,



© bitu/BVDD

Ein neues Konzept steht 2012 am Beginn der Amtszeit von Dr. Klaus Fritz als Präsident der DDA. Das DDA-Kuratorium war an der Entwicklung beteiligt. Ein zentrales Element ist die Verleihung von Zertifikaten.

in denen dies nicht exakt gehandhabt wurde, wurden von Fortbildungsteilnehmern nicht so angestrebt und ausgespart.

Bis zum Zeitpunkt des ersten Pflichtfortbildungszertifikates 2009 hat die DDA in jedem Jahr zwischen 500 und 1.000 Veranstaltungen mit diversen Unterveranstaltungen und zahlreichen Teilnehmern dokumentieren und abbilden können, von der Prüfung der Qualität über die Zertifizierung bis zur Punktedokumentation. 2010 hat eine Umfrage die sehr große Akzeptanz der Fortbildungsteilnehmer für diese Maßnahmen gezeigt, sie werden weiterhin hoch angesehen und von den Kollegen und Kolleginnen erwartet.

Zertifikate und Nachweis von Praxisschwerpunkten

Neben der Serviceleistung der Punktedokumentation über die Chipkarte, die jetzt nur noch elektronisch laufen soll, um überflüssige Kosten durch das händische Übertragen unlesbarer Fortbildungslisten zu vermeiden, hat die DDA inzwischen mehrere für das Fach spezifische und fachspezifische Zertifikate aufgelegt: Zunächst waren die Nachweiszertifikate „Medizinisch-dermatologische Kosmetologie“ und „Medizinisch-dermatologische Lasertherapie“ exklusiv bei Nachweis entsprechender Kenntnisse an Dermatologen ausgegeben worden. Inzwischen sind Kurssysteme etabliert, die sowohl die beiden o. g. Themen als auch die Wundheilung in ansprechender Form vermitteln,

auf dem höchsten Stande der in diesem Fach verfügbaren Evidenz.

Zusätzlich weisen die Kursteilnehmer regelmäßige Fortbildungen in diesem Fachbereich nach, was mit Hilfe der präzisen und themenbezogenen Dokumentation der DDA mühelos gelingt. Diese Kurszertifikate brauchen einen größeren zeitlichen Vorlauf. Sie sind inzwischen etabliert und werden mehr und mehr bundesweit angenommen. Die entsprechenden Kurse finden in Anlehnung an die Großveranstaltungen (Fortbildungswoche und DDG-Kongress) statt.

Die DDA unterstützt darüber hinaus Bemühungen, Praxisschwerpunkte aufzuzeigen. Die Dermatologinnen und Dermatologen, die im Jahr über 15 Fortbildungspunkte in einer Spezialität ihres Faches abgeleistet haben, können auf Antrag von der DDA ein entsprechendes Zertifikat über die besonders gründliche Fortbildung in diesem Segment des Faches erhalten, eine entsprechende Namensliste wird auf der DDA-Homepage veröffentlicht werden. Dies wird im Gegensatz zur pauschalen Bepunktung der Fortbildung durch die Ärztekammern weiterhin ein fachspezifischer Vorteil unserer DDA sein.

Auch wenn es wie überall nicht immer einfach ist, ein arbeitsintensives Ehrenamt im DDA-Kuratorium zu besetzen und teilweise auch Terminprobleme die Beratungen und Kuratoriumssitzungen in letzter Zeit etwas beeinträchtigt, bleibt am Wert und an der Existenzberechtigung der DDA kein Zweifel. ■

Festschrift 60 Jahre BVDD

Diese Festschrift aus Anlass des 60-jährigen Bestehens des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen ist ein Supplement der Ausgabe 12/2012 der Zeitschrift Der Deutsche Dermatologe.

Herausgeber

Berufsverband der Deutschen Dermatologen

Hauptschriftleiter

Ralf B. Blumenthal, verantwortlich im Sinne des Pressegesetzes

Redaktion BVDD

Dr. Rüdiger Fritz
 Dr. Klaus Holzegel
 Dr. Gerd Krieger
 Dr. Martin Schlaeger
 Dr. Erich Schubert
 Martina Weyh, Dagmar Höhner (Redaktionsassistentin)
 Wilhelmstraße 46, 53879 Euskirchen
 Tel. 02251 7762525, Fax 02251 7762505
 Mobil: 0151 27048461
 E-Mail: r.blumenthal@bvdd.de

Verlag

Urban & Vogel GmbH,
 Aschauer Straße 30, 81549 München
 Tel. 089 203043-1300, Fax 089 203043-1399
 www.springerfachmedien-medizin.de

Geschäftsführer

Stephan Kröck, Harm van Maanen,
 Dr. Esther Wieland, Matthias Wissel

Director Facharzt Medizin

Dr. Christoph Posch

Ressortleitung Dermatologie

Markus Seidl

Verlagsredaktion

Markus Seidl
 Marion Weber
 Dr. Nicola Zink
 Gabriele Zörrgiebel
 Christine Heckel (Assistenz)
 Tel. 089 203043-1401, Fax -1400,
 E-Mail: markus.seidl@springer.com, Anschrift wie Verlag

Herstellung

Alison Hepper (Leitung), Tel. 06221 487-8265,
 E-Mail: alison.hepper@springer.com
 Karl-Heinz Zimmermann (Layout)

Anzeigenleitung

Sabine Weidner, Tel. 06221 487-8106, Fax -68106,
 E-Mail: sabine.weidner@springer.com, Tiergartenstraße 17,
 69121 Heidelberg
 z. Zt. gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 22 vom 01.10.2012

Vertrieb

Frank Niemann (Leitung), Tel. 089 203043-1411

Copyright - Allgemeine Hinweise

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Übersetzung und jeglicher Wiedergabe auch von Teilen dieser Beilage durch Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, EDV-Einspeicherung, Funk- oder Fernsehzeichnung vor. Der Verlag kann den Beitrag auch online Dritten zugänglich machen (Online-Recht) und auf Datenträgern (CD-ROM etc.) verwerten (Offline-Recht). Die Inhalte dieser Beilage werden insbesondere auch über die Online-Plattform des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen e.V. www.bvdd.de im Internet zugänglich gemacht. Jede gewerblich hergestellte oder benutzte Fotokopie verpflichtet nach § 54 (2) UrhRG zur Gebührenzahlung an die VG Wort, Abt. Wissenschaft, Goethestr. 49, 80336 München, von der die Modalitäten zu erfragen sind. Die Beilage und alle in ihr enthaltenen Beiträge und

Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in dieser Beilage berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen, Anwendungsgebiete und Applikationsformen von Medikamenten sowie für Abrechnungshinweise kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Druck

Kliemo Printing, Hütte 53, 4700 Eupen, Belgien

© Urban & Vogel GmbH, München, Dezember 2012

Bildnachweise Titelseite

von links oben nach rechts unten: 1–4: © BVDD; 5: © Keith Frith / fotolia.com; 6: © BVDD; 7: © Urban & Vogel; 8–9: © BVDD; 10–12: © Carsten Rehder / dpa; 13: © BVDD; 14: © Keith Frith / fotolia.com; 15: © BVDD; 16: © KV Sachsen; 17–21: © BVDD; 22: © Kaarsten / fotolia.com; 23–30: © BVDD; 31–32: © endrille / fotolia.com; 33: © BVDD; 34: © BerlinStock / fotolia.com; 35: © BVDD; 36: N-Media-Images / fotolia.com; 37: © BVDD; 38: © Olaf Döring_imgago; 39–43: © BVDD; 44: © Klaus Rose; 45: © BVDD; 46: © Nature Cats / fotolia.com; 47: © BVDD; 48: © istockphotos / sarpmurat; 49–51: © BVDD; 52: © E. Liebermann; 53–55: © DB / dpa; 56: © BVDD

Ein Lesevergnügen.



2013. Etwa 405 S. 85 Abb. Geb.
 ► Ca. € (D) 39,95
 € (A) 41,07 | sFr 50,00
 ISBN 978-3-642-25624-0



2008. 398 S. 64 Abb. Geb.
 ► € (D) 39,95
 € (A) 41,07 | sFr 50,00
 ISBN 978-3-540-76879-1



2010. 350 S. 60 Abb. Geb.
 ► € (D) 39,95
 € (A) 41,07 | sFr 50,00
 ISBN 978-3-642-12738-0