



Einblick in die medizinischen und gesellschaftlichen Facetten moderner Intimchirurgie gab die 2. Jahrestagung der GAERID.

**Aktuelles**  
Seite 4

## AUS DEM INHALT

<b>Gastkommentar: Regelwerk erwünscht</b>	<b>S. 3</b>
<b>Hautkrebs: Bessere Therapieplanung</b>	<b>S. 7</b>
<b>ADFI ECARF: Forscher ausgezeichnet</b>	<b>S. 9</b>
<b>Spezial: Wundheilung/Phlebologie</b>	<b>S. 13–16</b>

Prävention, Diagnostik, Innovation: Der Deutsche Wundkongress stellt die europaweit größte interdisziplinäre Tagung auf diesem Sektor dar.

**Aktuelles**  
Seite 11



## Versorgungslandschaft GKV – Sind Sonderverträge ein Vorteil?

# Dickes Brett zu bohren



Dr. med. Ralph von Kiedrowski

**„Wir benötigen einen langen Atem, um eine Verbesserung für unsere Patienten und unsere Fachgruppe zu erreichen. Aber: Dermatologen, die tun was!“**

Auf der Tagung Dermatologische Praxis in Frankenthal Anfang April erläuterte Dr. med. Ralph von Kiedrowski, Selters, Mitglied des Vorstands und Pressereferent des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen (BVDD e.V.), wie schwierig es ist, eine angemessene Vergütung für dermatologische Leistungen bei den Kassen durchzusetzen.

Mit dem Gesetz zur Einführung einer Krankenversicherung für Arbeiter 1893 begründete Reichskanzler Otto von Bismarck die allgemeine Versicherungspflicht; das Gesetz trat am 01.12.1893 in Kraft und wird gemeinhin als Geburtsstunde der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angesehen. Fortan musste die Ärzteschaft (27.374 Ärzte im Deutschen Reich im Jahr 1900) jeweils einzelne Verträge mit den verschiedenen Versicherungen aushandeln und abschließen und es existierten bereits über 300 Krankenkassen. Die Honorierung und Arbeitsbelas-

tung war damals überaus divergent und führte nach 17-jährigem Streit schließlich zur Gründung einer ärztlichen „Kampfvereinigung“ durch Hermann Hartmann, dem „Verband der Ärzte Deutschlands“, nach seinem Gründer auch Hartmannbund genannt mit dem Ziel: „Schutz gegen die rücksichtslose Ausbeutung der Ärzte durch die Krankenkassen zu gewähren und gegen die Übergriffe der Kassenvorstände“.

### Vertragssystem zerlöchert

Dies war der Beginn des KV-Systems und des Kollektivvertrages.



Auch unterschiedliche Untersuchungsumfänge sind Teil von Sonderverträgen.

Was Anfang des 20. Jahrhunderts als eine Errungenschaft zur Verhinderung der zunehmenden „Verelendung des Ärztestandes“ gefeiert wurde und fast 100 Jahre Bestand hatte, wird seit Anfang des 21. Jahrhunderts durch „Überlegungen zu einer wettbewerbsorientierten Neustrukturierung der Versorgungsebenen“ ins Gegenteil verändert: Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherungen und den entsprechenden Passagen im SGB V wird das Kollektivvertragssystem zerlöchert und dem Wettbewerb zwischen Kostenträgern und Ärzteschaft – den Begriff „Leistungserbringer“ sollte die Ärzteschaft konsequent vermeiden und ablehnen – geöffnet. Ziel: Die medizinische Versorgung der Bevölkerung soll kostengünstiger werden. Und wie übermächtig der Vertragspartner GKV ist, erleben wir jährlich im Ringen um die Honorarvereinbarungen auf Landes- wie auf Bundesebene. Dazu trägt auch die stete Fusion verschiedener Kas- senverbände bei, die Anzahl möglicher Vertragspartner ist dabei mit 132 (Stand 01.01.2014) deutlich geringer als zur Gründungszeit der GKV, die Ärzteschaft ist aktuell dagegen gut fünffach angestiegen.

### „Traum“ von Sonderverträgen

Trotz eines gesicherten und relativ kalkulierbaren Honorars im Rahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) als Freiberufler –

eigentlich ein Widerspruch an sich – und einem in unserer Fachgruppe hohen Anteil an Umsatz im extrabudgetären Bereich (EGV) sowie der Privat- und Selbstzahler-Medizin bleibt die Honorarunzufriedenheit und damit der „Traum“ von Sonderverträgen.

Und seit 2005 beginnend haben wir davon eine ganze Menge, fast ausschließlich im Bereich der Hautkrebsvorsorge. Aktuell bundesweit 101 verschiedene Vereinbarungen über die 17 KV-Bezirke und einen bundesweit geltenden über den BVDD (BKK Mobil Oil). Manch einer fühlt sich ob der Bandbreite schon wieder negativ nostalgisch angehaucht: Unterschiedliche Altersgrenzen (von 0 bis 34 Jahren), Untersuchungsumfänge (Auffichtmikroskopie) und Wiederholungsfrequenzen, Inkludierung von operativen Prozeduren oder eben nicht und leider auch unterschiedlichen Honorierungen (20 bis 34 Euro!) spiegeln die komplette Vertragslandschaft wieder. In der Regel erfolgt die Abrechnung über KV-Sonderziffern, aber es gibt auch Direktabrechnungen mit dem Kostenträger oder dem Patienten, der dann Kostenerstattung erhält.

### Klasse statt Masse?

Ein nicht zu unterschätzendes Problem neben der Verwaltung der Verträge in der eigenen Praxis ist aber

Bitte lesen Sie weiter auf Seite 2 ▶

## EDITORIAL

## Sichere Basis

„Opposition ist Mist!“ In Anlehnung an die geflügelten Worte des ehemaligen Ministers Franz Müntefering ist eine rein defensive, allenfalls reagierende Haltung der Dermatologie gegenüber den Herausforderungen im medizinisch-ästhetischen Bereich durch immer mehr Privat- bzw. Laienanbieter keine echte Option für die Zukunft.

So ist es nur folgerichtig, dass zum einen auf politischer Ebene offensiv um festgelegte Standards für die Herstellung von Medizinprodukten, aber auch für die Aus- und Weiterbildung von Ärzten und Assistenz-Personal gerungen wird.

Gleichzeitig, und das ist das Wichtigere, versuchen verschiedene, zum Teil erst kürzlich neu gegründete Gesellschaften innerhalb der Dermatologie, den Trend nicht abzuwarten, sondern diesen aktiv zu gestalten.

Das breite Angebot an Schulungen, mit denen auch das Praxispersonal in die Lage versetzt wird, eine qualitativ hochwertige und sichere Behandlung unter Aufsicht des Arztes durchzuführen – ob, wie in der vorletzten Ausgabe berichtet, über das Curriculum der Deutschen Dermatologischen Akademie (DDA) zur Externa-Therapie oder, wie hier in DERMAforum aktuell angekündigt, beispielsweise mit Laserschutzkursen auf der Tagung der Deutschen Dermatologischen Lasergesellschaft (DDL) – bietet die beste und sicherste Basis, dass dermatologisch-ästhetische Behandlungen auch auf Patientenseite ganz klar dem Fach zugeordnet und daher auch nur beim Hautarzt nachgefragt werden.

Einen breiten Überblick, was derzeit im Fach angeboten wurde und wird, finden Sie in diesem Heft und selbstverständlich auch unter [www.dermaforum.de](http://www.dermaforum.de).



## Fortsetzung von Seite 1

die Uneinigkeit der Fachgruppe aus Sicht der Kostenträger, denn deren Kommunikationssysteme funktionieren gut. Natürlich habe ich vollstes Verständnis für betriebswirtschaftliche Gründe bestimmter KV-Regionen, aber haben wir nicht alle übervolle Praxen und leiden an ausgereizter Arbeitsbelastung? Muss ich dann nicht versuchen, meine begrenzte Arbeitszeit honorartechnisch sinnvoll zu belegen, als „Klasse statt Masse“? Und leidet nicht die Grundversorgung der haut- und allergiekranken Bevölkerung durch ein Drift zu immer mehr Sonderverträgen?

## Bodenverlust gegenüber mitversorgenden Berufsgruppen

Wir sehen dies eigentlich kontinuierlich bei den Kernbereichen unserer Fachgruppe, exemplarisch möchte ich hier die Allergologie aufführen, wo wir gegenüber mitversorgenden Berufsgruppen (vor allem HNO-Heilkunde) stetig an Boden verlieren. Also benötigen wir eigentlich Versorgungsverträge für bestimmte Bevölkerungs- und/oder Krankheitsgruppen, um mit der regulären Tätigkeit den Aufwand unserer Tätigkeit besser vergütet zu bekommen. Dies ist ein besonders „dickes Brett“,

das es zu bohren gilt. Und es scheint zu gehen: Bereits zum 01.01.2011 wurde in Bayern die Qualitätsoffensive „Allergologie“ zur Verbesserung der Adhärenz bei der Hyposensibilisierungsbehandlung über drei Jahre ins Leben gerufen. Und dies zusammen mit der AOK. Doch wenn der Begriff „Qualität“ in der Medizin auftaucht, wird es schnell schwierig. Eine gute Idee verpuffte damit, überbordende Anforderungen mit unnötiger Bürokratie relativieren einen Honoraranreiz in Windeseile. Auch der aktuelle Barmer-GEK-Vertrag in Nordrhein, diesmal ausschließlich mit einer Fachgruppe (HNO) für ein sehr begrenztes Patientenkollektiv geöffnet, zeigt die Halbherzigkeit der Kostenträger.

## Kein Durchdringen mit Argumenten

Ähnliche Erfahrungen machen die Verhandlungsführer des Berufsverbandes und der Netzverbände, wenn es um die Verbesserung der Versorgung chronischer Dermatosen wie etwa der Psoriasis geht! Seit Jahren ist kein Durchdringen mit Argumenten wie Unterversorgung, Leidensdruck, Komorbiditäten oder betriebswirtschaftliche Kalkulationen. Aus Sicht der Kostenträger geht es eigentlich auch nur um Kosteneinspa-

rung, am besten viel „Bringen“ zum Nulltarif, letztlich geprägt von der seit Jahren fehlenden Verantwortung für die Morbidität der Versicherten durch Zahlung von Pauschalen mit „befreiender Wirkung“ im GKV-System.

Und so klar die Forderungen aus dem dargestellten Status Quo auch sind, egal ob durch Stärkung des Kollektivsystems und der MGW zum einen oder Vereinbarung vernünftiger Sonderverträge zum anderen: Wir benötigen einen langen Atem, um eine Verbesserung für unsere Patienten und unsere Fachgruppe zu erreichen. Aber: Dermatologen, die tun was! ♦ (Anm. d. Red.: Da der Redaktionsschluss dieser Ausgabe vor der Tagung in Frankenthal lag, hat uns Dr. von Kiedrowski seinen Vortrag freundlicherweise vorab zur Verfügung gestellt.)



## Gesundheitspolitik

## Tanz der Telemedizin

Die Telemedizin scheint so etwas wie der Wiedergänger der Gesundheitspolitik zu sein. Sie taucht immer wieder auf – zuletzt sogar in der Regierungserklärung der Kanzlerin.

In ihrer Regierungserklärung vom 29. Januar hat Bundeskanzlerin Dr. rer. nat. Angela Merkel, zumindest rein numerisch, besonderen Wert auf die Telemedizin gelegt. 280 Wörter umfasst der Abschnitt über die Gesundheitspolitik in der schriftlichen Fassung der Regierungserklärung, inklusive der ausführlichen Anmerkungen zur Pflege, die elf Wörter des Satzes zur Telemedizin klingen da fast schon programmatisch. „Die Bundesregierung will dafür Sorge tragen, dass die medizinische Versorgung verbessert wird, insbesondere bei der Versorgung mit Fachärzten. Jeder muss schnell und gut behandelt werden. Die hohe Qualität unserer medizinischen Versorgung muss auch in Zukunft gerade im ländlichen Raum gesichert werden“, so weit die im Lichte der Diskussion der Facharzt-Termine zu erwartende Standard-Rhetorik Merkels. Doch dann folgte der Satz: „Dabei spielt die Entwicklung der Telemedizin im Übrigen eine zentrale Rolle.“ Und das war es dann auch schon mit den Ausführungen zur medizinischen Versorgung.

Wer wollte, konnte in diese wenigen Worte viel hereininterpretieren. „Bundeskanzlerin Merkel betont die Chancen der besseren Versorgung durch Telemedizin“, titelte zum Beispiel das Zentrum für Telematik und Telemedizin (ZTG) in einer Pressemitteilung und nutzte die Chance, auf ihren „Markt der Möglichkeiten“ Ende Februar in Düsseldorf hinzuweisen. Gemeinsam mit ihren Gesellschaftern wollte die ZTG auf diesem Markt Telematik- und Telemedizinlösungen erstmals gemeinsam von unterschiedlichen Akteuren der Gesundheitsbranche präsentieren

lassen. Anhand von Anwendungsfällen zeigten die Branchenexperten, wie Telematik und Telemedizin schon heute den Versorgungsalltag unterstützen können.

## E-Health-Initiative

Offen bleibt, was sich konkret hinter Merkels Erwähnung an prominenter Stelle verbirgt. Das Bundesgesundheitsministerium hat 2010 eine eHealth-Initiative gegründet, die nach Angaben des Ministeriums das Ziel verfolgt, mit konkreten Maßnahmenbündeln Anwendungen des Telemonitorings und der Telemedizin für eine größere Zahl von Beteiligten nutzbar zu machen und bestehende Implementierungshemmnisse für die Etablierung von eHealth-Anwendungen in die Regelversorgung zu überwinden. Im letzten Jahr hat die Initiative zum Beispiel eine „Planungsstudie Interoperabilität“ aufgesetzt, durchgeführt vom Fraunhofer Fokus Institut zusammen mit der Bearing Point GmbH. Wer das von Staatssekretär Thomas Ilka auf der Fachmesse conhIT 2013 vorgestellte „Projekt-Wiki“ der Studie öffnet, denkt allerdings spontan erst einmal an Projekt-Bürokratie als an Visionen für die Praxis. Hintergrund der Studie ist die in der Vergangenheit erfolgte Konzentration beim Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien auf einzelne Einheiten oder Sektoren, die zu einer hinderlichen Systemvielfalt geführt hat, Stichwort Insellösungen.

2012 wurde im Rahmen der eHealth-Initiative das Nationale Telemedizin-Portal entwickelt. Es soll bis dato verstreut vorliegende Informationen von mehr als 200 verschiedenen Pro-

jekten bündeln und auf die jeweilige Nutzerperspektive ausgerichtete Informationen strukturiert zur Verfügung stellen (<http://telemedizin.fokus.fraunhofer.de>).

## Von Gipfel zu Gipfel

Schon in der Vergangenheit hatte Merkel sich von den Möglichkeiten der Telemedizin überzeugt gezeigt. So war sie auf dem 5. Nationalen IT-Gipfel 2010 in Dresden anwesend, ein Sonderthema war der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen. In ihrer Rede würdigte die Kanzlerin damals den Einsatz telemedizinischer Verfahren und die zunehmenden, auch dezentralen, Speichermöglichkeiten von elektronischen Patientenakten als den richtigen Weg, um die Qualität der Versorgung zu verbessern, berichtete damals das Deutsche Ärzteblatt. Auch im Vorfeld des Nationalen IT-Gipfels im November 2012 in Essen sprach Merkel in ihrer wöchentlichen Videobotschaft davon, Deutschland solle nach ihrer Ansicht unter anderem ein Standort für Telemedizin sein. „Ich glaube, diese Branche hat ein Riesenzugpotenzial, noch entwickelt zu werden“, so Merkel damals. Dafür müsse der Ausbau schneller Breitbandverbindungen vor allem im ländlichen Raum weitergehen. „Aber die Telemedizin muss auch akzeptiert werden von den Ärzten.“ Auch 2014 wird es den vom Wirtschaftsministerium ausgerichteten Nationalen IT-Gipfel wieder geben, diesmal Ende Oktober in Hamburg. Es bleibt abzuwarten, ob Merkel auch in ihrer Geburtsstadt wieder eine Lanze für die Telemedizin brechen wird. In seiner Rede vom 30. Januar 2014 erwähnte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe anders als seine Chefin das Wort Telemedizin übrigens kein einziges Mal ...

## DERMAforum

Zeitung für Dermatologie und Allergologie

## Redaktion

Ulrich van Elst (Chefredakteur) [ve]  
ulrich.vanelst@abcverlag.de  
Tel. +49 (0) 22 93/90 99 530

Hartmut Hübner [hh]  
hartmut.huebner@abcverlag.de  
Tel. +49 (0) 30/40 69 07 79

## Layout

Patricia Dittert  
patricia.dittert@abcverlag.de

## Anzeigen

Michael Krotwaart  
michael.krotwaart@abcverlag.de  
Tel. +49 (0) 61 31/633 10 17  
Fax +49 (0) 61 31/606 93 99

## Aboservice

abo@abcverlag.de  
Tel. +49 (0) 62 21/757 04-0

## Druck

Laub GmbH & Co KG, Elztal-Dallau

## Verlag und Herausgeber

abcverlag GmbH  
Waldhofer Str. 19, 69123 Heidelberg  
Tel. +49 (0) 62 21/757 04-0  
Fax +49 (0) 62 21/757 04-109  
info@abcverlag.de

## Geschäftsführung

Dirk Schmidbauer  
HRB 337388  
Ust-ID: DE 227 235 728

Alle in der DiabetesNews erscheinenden Beiträge, Abbildungen und Fotos sind urheberrechtlich geschützt. Reproduktion, gleich welcher Art, kann nur nach schriftlicher Genehmigung des Verlags erfolgen.



© 2014 abcverlag GmbH, Heidelberg