

**50**  
**Jahre**  
**BVfF**

**Berufsverband der  
Frauenärzte e.V.**



# Inhalt

---

H. G. Bender <b>Grußwort der DGGG</b>	181
E. Koschade <b>Der BVF von den Anfängen bis um 1990</b>	183
A. Malter <b>Der BVF seit Beginn der 90er Jahre</b>	190
M. Link <b>Im zwölften Jahr der deutschen Einheit</b>	194
R. Ratzel <b>Der BVF im Wandel der Gesellschaft</b>	197
<b>Die Öffentlichkeitsarbeit des BVF</b>	199
<b>Der BVF heute</b>	200
<b>Das Geschäftsstellen-Team</b>	202

## Grußwort der DGGG

**M**it einem Sonderteil der gemeinsamen Zeitschrift FRAUENARZT blickt der Berufsverband der Frauenärzte e.V. auf eine 50-jährige Geschichte zurück. Zu diesem Jubiläum übermittelt die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe herzliche Glückwünsche. Diese sind aus verschiedenen Gründen besonders intensiver wie auch vielschichtiger Natur.

Dies ist insbesondere dadurch begründet, dass es schon eine Besonderheit ist, dass man Glückwünsche an die Vereinigung richtet, der eine große Zahl der Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe parallel angehören – ein Faktum, das vielfach übersehen wird und in Diskussionen nicht genügend Beachtung findet. Die besondere Intensität ergibt sich dadurch, dass wir bei der Rückschau auf die Entstehungsgeschichte des Berufsverbandes die Wurzeln mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe verflochten sehen und durch die Tatsache, dass die zurückliegenden 50 Jahre durch eine enge Kooperation zwischen DGGG und BVF gekennzeichnet sind.

Nach mir vorliegenden Informationen wurde die Entwicklung zum Berufsverband der Frauenärzte initiiert durch einen Beschluss bei der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe vom 4. bis 8. April 1951 in

Bad Pyrmont unter ihrem damaligen Präsidenten Heinrich Martius. Den Unterlagen dieses Kongresses ist zu entnehmen, dass man teilweise auch für heutige Verhältnisse aktuelle Themen diskutierte, die auch die berufsständische Repräsentation unseres Faches betrafen. Bemerkenswerterweise zitierte Martius aus einer Rede des damaligen republikanischen Präsidentschaftskandidaten der Vereinigten Staaten von Amerika, Harald E. Stassen, anlässlich eines Banketts auf dem internationalen Gynäkologen-Kongress in New York. Unter dem Thema „Medicine and Freedom“ formulierte er, dass derjenige Staat der fortschrittlichste sei, der der Ausübung der praktischen Medizin die größte Freiheit lasse. Die internationale Besetzung des Kongresses wurde auch als ein Schritt in Richtung auf ein „Pan-Europa“ empfunden. Diese Überlegungen haben die Aktivitäten des Berufsverbandes der Frauenärzte in den nachfolgenden Jahren geprägt und könnten ohne Bruch auch für die heutige Zeit als aktuell bezeichnet werden.

Im Rückblick auf die vergangenen Jahrzehnte kann man heute getrost feststellen, dass die durchaus beeindruckenden Erfolge in unserem Fachgebiet dadurch ermöglicht wurden, dass die Anliegen der Frauenheilkunde und Geburtshilfe in den Sachpunkten überzeugend nach außen vertreten werden konnten und dass eine Reihe von Persönlichkeiten maßgebenden Anteil daran hatte.



Prof. Dr. Hans Georg Bender,  
Präsident der Deutschen  
Gesellschaft für Gynäkologie  
und Geburtshilfe.

Mit Dank und Anerkennung denkt die DGGG an die Zusammenarbeit mit den BVF-Präsidenten Wegner, Koschade und Malter, wobei insbesondere letztere den Boden des Vertrauens und der Kompetenz schufen, der die bewährte enge Kooperation zwischen DGGG und BVF möglich machte.

Die DGGG hält es für einen glücklichen und sinnvollen Weg, durch gemeinsame Überlegungen und Aktivitäten die Ziele unseres Faches intensiver vertreten zu können. Wir sehen die beiden Vereinigungen als Flügel der Tür in die Zukunft unseres Faches. Die DGGG fühlt sich verpflichtet, durch wissenschaftliche Tätigkeit die Weiterentwicklung des Faches voranzutreiben und damit gleichzeitig seine zukünftige Existenz zu sichern. Es ist ein glücklicher Umstand, dass der Berufsverband sich in enger Kooperation mit der DGGG intensiv für die Umsetzung der wissenschaftlich fundierten Frauenheilkunde und Geburtshilfe in der Praxis einsetzt und erfolgreich für die standespolitische Absicherung unseres Faches engagiert.

Aus diesen Grundüberlegungen wurde vor einigen Jahren das Konzept der Frauenärztlichen Bundesakademie entwickelt, das bedauerlicherweise aus vielfältigen Gründen bis heute nicht zu einem die Interessen der DGGG widerspiegelnden

Konzept weiterentwickelt werden konnte. Dies ist eine der Aufgaben, die einer gemeinsamen Bewältigung bedürfen.

Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl von Herausforderungen, die dringend nahe legen, ihnen mit der bewährten Kooperation zu begegnen.

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe empfindet es als einen dankenswerten Vorteil, dass ihre seinerzeitigen Mitteilungen mit in das Organ FRAUENARZT aufgenommen wurden. Dadurch ist die Reichweite der Mitteilungen um ein Vielfaches gestiegen.

Die Rückschau auf die letzten 50 Jahre lässt keinen anderen Rückschluss zu, als dass gute Arbeit geleistet wurde und dass zwischen BVF und DGGG zielorientiert und effektiv entsprechend den eigenen Aufgabenstellungen kooperiert wurde. Auf der erlebten Basis bekennt sich die DGGG zur Fortsetzung dieser Zusammenarbeit auch in der Zukunft.

Die DGGG verbindet den Dank für die zurückliegenden 50 Jahre mit den Wünschen für das erforderliche Glück in der Zukunft und ein erfolgreiches Wirken im gemeinsamen Fachinteresse.

*Prof. Dr. Hans Georg Bender  
Präsident der DGGG*

# Der BVF von den Anfängen bis um 1990



*Einen Berufsverband zu haben, der die Interessen seiner Mitglieder mit Kompetenz und Durchsetzungskraft vertritt, erscheint heute selbstverständlich. Die Gynäkologen, die Anfang der fünfziger Jahre die Notwendigkeit einer solchen Vertretung sahen, fingen jedoch bei null an und mussten sich ihre Position erst erkämpfen. Als einer der wenigen, die diese bewegte Zeit zum großen Teil noch aus eigener Anschauung kennen, berichtet Dr. Eduard Koschade, BVF-Präsident von 1981 bis 1991.*

**A**ls 1951 während des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe die Mitgliederversammlung den Entschluss fasste, neben der wissenschaftlichen Gesellschaft eine „Interessengemeinschaft Gynäkologie“ zu gründen, war dies aus meiner Sicht deswegen bemerkenswert, weil die Mitglieder einer wissenschaftlichen Gesellschaft die Notwendigkeit sahen, eine Institution neben ihrer eigenen Gesellschaft zu haben, die sich in erster Linie mit den Problemen beschäftigen sollte, die mit der Berufsausübung des Frauenarztes und seiner Einbettung in das soziale Sicherungssystem zu tun haben.

Zunächst war die Neugründung mehr eine lose Interessengemeinschaft. Unter dem damaligen Vorsitzenden Dr. Friedrich Bernhard Rüder wurden Kontakte zu den schon bestehenden Organen der Ärzteschaft – wie der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und

deren Vertretungen auf Länderebene, anderen freien ärztlichen Verbänden und Organisationen der Praktischen sowie der übrigen Fachärzte – geknüpft. Wurde die Arbeit zunächst von Idealisten geleistet, zu denen auch unser späteres Ehrenmitglied Prof. Dr. Heinz Kirchhoff als Ordinarius zählte, ergab sich bald die Notwendigkeit, aus der losen Interessengemeinschaft einen schlagkräftigen Verband zu schaffen – den heutigen Berufsverband der Frauenärzte e.V.

## Der Verband wird aufgebaut

Dies wurde von Dr. Friedhelm Isbruch, der am 15. Oktober 1964 Dr. Rüder im Vorsitz ablöste, zielstrebig verfolgt. Der damals große Vorstand wurde verkleinert, es wurde eine erste Satzung geschaffen. Neben dem Bundesvorstand wurde in den Ländern die Organisation mit Landesvorsitzenden und Stellvertretern aufgebaut, die wiederum die Ver-



Dr. Friedrich Bernhard Rüder stand von 1954 bis 1964 an der Spitze des Berufsverbandes.



Prof. Dr. Heinz Kirchhoff, Ordinarius in Göttingen, wurde für seine Verdienste um den Berufsverband zum Ehrenmitglied ernannt.

## 1951

■ 4.–8. April: Die Mitgliederversammlung der DGGG beschließt, eine „Interessengemeinschaft Gynäkologie“ zu gründen

## 1953

■ Die „Union Professionnelle Internationale des Gynécologues et Obstétriciens“ (UPI-GO) wird in Paris gegründet

## 1954

■ Der Hamburger Chefarzt Dr. Bernhard Rüder wird Vorsitzender der „Interessengemeinschaft Gynäkologie“

## 1956

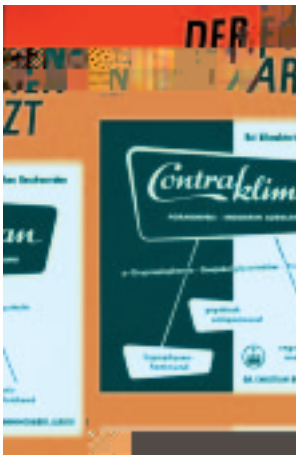
■ September: Änderung des Namens in „Berufsverband Gynäkologie“

## 1960

■ Januar: Die erste Ausgabe DER FRAUEN-ARZT erscheint  
■ 1. April: Der Mutterpass wird eingeführt  
■ Oktober: Der „Berufsverband Gynäkologie“ hat 775 Mitglieder



Dr. Friedhelm Isbruch, BVF-Präsident von 1964 bis 1970. Ehrenpräsident ab 1971.



Im Januar 1960 erschien die erste Ausgabe DER FRAUENARZT.

treterversammlung bildeten, das eigentliche Beschlussorgan des Verbandes. Die Landesverbände wurden in Bezirksverbände strukturiert. Die damals geschaffene Grundstruktur besteht auch heute noch. Die Arbeit wurde zunächst von den Idealisten neben ihrer ärztlichen Tätigkeit ehrenamtlich geleistet. Es kam aber bald zur Gründung einer Geschäftsstelle – mit einer sehr spartanischen Ausstattung, wie man sie sich heute gar nicht mehr vorstellen kann.

Wenn Sie den heutigen FRAUENARZT in der Hand halten und seine Entwicklung zu einem modernen Kommunikations- und Fortbildungsorgan verfolgt haben, ist es vielleicht interessant zu erfahren, dass das erste Heft des „Mitteilungsblattes des Berufsverbandes Gynäkologie“ im Januar 1960 mit einem Grußwort des amtierenden Vorsitzenden Dr. Rüder und von Professor Döderlein als damaligem Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe erschien.

### Schwierige Verhandlungen mit den Chirurgen

War die Arbeit von Dr. Rüder in erster Linie darauf ausgerichtet, den Berufsverband institutionell weiterzuentwickeln, trat mit Dr. Isbruch nicht mehr ein „Vorsitzender“, sondern ein „Präsident“ die Leitung an, der sehr „politisch“ agierte. Eines seiner wesentlichen Ziele war – nicht zuletzt auch aus seiner Tätigkeit in seinem eigenen Krankenhaus –, das operative Betätigungsfeld des Gynäkologen zum Chirurgen hin abzugrenzen, oder anders ausgedrückt: dafür zu sorgen,

dass Chirurgen nicht ständig operativ im frauenärztlichen Gebiet „wilderten“.

Wenn man die heutigen Fachgebietsinhalte als Realität zugrunde legt, ist es kaum vorstellbar, mit welchen Schwierigkeiten Isbruch in diesem Zusammenhang zu kämpfen hatte. Es gab zur damaligen Zeit nahezu kein Krankenhaus, in dem Chirurgen beispielsweise nicht nur den Uterus exstirpierten, sondern ganz selbstverständlich auch Kaiserschnitte durchführten – und sorgsam darauf achteten, dass neu ans Haus kommende Gynäkologen nicht anfangen, diese Operationen durchzuführen.

### Die Position der Gynäkologen wird gestärkt

Nach schwierigen, zum Teil sehr emotional geführten Verhandlungen zwischen Isbruch und dem Präsidenten des Chirurgenverbandes, Müller-Osten, kam 1963 eine erste offizielle Vereinbarung zwischen beiden Berufsverbänden zustande, in der die Chirurgen anerkannten, „dass an den Krankenhäusern tunlichst getrennte geburtshilflich-gynäkologische Abteilungen unter der Leitung eines Facharztes für Gynäkologie errichtet werden sollten“. Die Aufgaben der Gynäkologen sollten sich auf die Geburtshilfe, einschließlich der Betreuung der schwangeren Frauen, auf die konservative und operative Behandlung der Erkrankungen der Geschlechtsorgane im Unterleib der Frau einschließlich der typischen plastischen Operationen am Beckenboden erstrecken. Operationen im Bauchraum wurden als Aufgabengebiet

## 1961

- Das Thema „Mutterschutz als soziale Forderung“ wird intensiv diskutiert
- 10. April: Der „Berufsverband Gynäkologie“ wird ins Vereinsregister eingetragen
- 1. Juni: 1. Pille „Anovlar“, entwickelt von Schering, kommt in Deutschland auf den Markt. „Anovlar“ ist das erste Präparat zur hormonalen Empfängnisverhütung, das in Europa angeboten wird
- Die bestehenden Gebührenordnungen werden diskutiert

## 1962

- Eine freiwillige Chefarztprüfung für Fachärzte in Geburtshilfe und Gynäkologie wird eingeführt
- Die europäische Facharztvereinigung „Union Européenne des Médecins Spécialistes“ (UEMS) wird gegründet
- Im Ruhrgebiet liegt die Säuglingssterblichkeit noch bei 4,5 %

## 1963

- 30. März: Vereinbarung zwischen Berufsverband und Chirurgenverband stärkt durch die Abgrenzung der Arbeitsgebiete die Position der Gynäkologen im Krankenhaus
- Hausgeburten haben stark ab-, Klinikgeburten stark zugenommen

der Chirurgen definiert und weiterhin gehörten die „Tumoren der Brust wegen der bekannten Gefährlichkeit von Probeexzisionen tunlichst in die Hand des Chirurgen“. In dieser Formulierung und Abgrenzung lag Sprengstoff für die Zukunft.

diese Leistung hatte – sie wurde nur nach einem strengen Indikationskatalog gewährt. Doch immerhin war ein Anfang gemacht, der die Aussicht auf Senkung der damals noch hohen Säuglings- und auch Müttersterblichkeit in der Zukunft realistisch werden ließ.

In vielen Einzelgesprächen wurden nicht nur belegärztlich tätige Gynäkologen, sondern auch Chefärzte beraten, wie sie sich ihrem Krankenhausträger gegenüber verhalten sollten, die die Abgrenzung der Fachgebiete zwar für – zum größten Teil – wünschenswert, aber in ihren Krankenhäusern nicht durchsetzbar ansahen. Erst 1966 wurde durch ein Sozialgerichtsurteil festgestellt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen gynäkologische Operationsleistungen durch Chirurgen nicht mehr honorieren durften, da diese nicht zu deren Fachgebiet zu zählen seien.

In der damaligen Zeit waren aber nicht nur solche für das Fach essenzielle Fragen Hauptarbeitsgebiet für den Vorstand des Berufsverbandes, sondern insbesondere auch die Weiterentwicklung der Kassenärztlichen und Privaten Gebührenordnung. Schon damals war es schwierig, auch berechnigte Partialinteressen durchzusetzen. Doch sowohl die ambulant tätigen als auch stationär tätigen Frauenärzte konnten im Großen und Ganzen mit den ausgehandelten Ergebnissen leben. Nur die Älteren werden es noch wissen: Erst in den späten 60er Jahren fiel zum Beispiel in der Kassenpraxis die Ein-

Aus der ersten Ausgabe DER FRAUENARZT: Geleitworte der Präsidenten von Berufsverband und DGGG

## Verbandsarbeit in einer Zeit gesundheitspolitischer Neuerungen

In Isbruchs Amtszeit fielen auch entscheidende gesundheitspolitische Änderungen, die für unser Fach ganz wesentlich waren. So kann man sich heute kaum noch vorstellen, dass erst in den frühen 60er Jahren die Wöchnerinnen-Heimpflege eingeführt wurde. Danach erhielten die Frauen einen gesetzlichen Anspruch auf die Gewährung von Wöchnerinnen-Heimpflege, d.h. Kostenübernahme für den stationären Aufenthalt anlässlich einer Geburt. Dies hieß aber keineswegs, dass eine Frau auch nach einer normalen Entbindung Anspruch auf



## 1964

- Oktober: Dr. Friedhelm Isbruch aus Bochum, wird Präsident des BVF
- Die neue Satzung des Berufsverbandes wird verabschiedet

## 1965

- Es wird diskutiert, ob die freiwillige Sterilisation erlaubt sein soll oder nicht
- 1. Dezember: Mit dem Urteil des Sozialgerichtes scheint der Kampf gegen die Chirurgo-Gynäkologie gewonnen

## 1966

- Das Mutterschutzgesetz wird verbessert
- Ein Belegarzt bekommt pro Bett und Tag ein Honorar, das zwischen 0,40 DM und 3,00 DM liegt
- 20. September: Auf dem 36. DGGG-Kongress in Hannover findet die erste Mitgliederversammlung des Berufsverbandes statt

## 1967

- September: Eintrag des Verbandes unter dem Namen „Berufsverband der Frauenärzte“ ins Vereinsregister

schränkung, dass am selben Behandlungstag grundsätzlich nur vier Leistungen nebeneinander abgerechnet werden konnten, alle anderen erbrachten Leistungen blieben unhonoriert.

In die Amtszeit von Dr. Isbruch fielen auch die Anfänge der Mutterschaftsvorsorge und Prävention des Zervixkarzinoms. Hier standen in der Anfangszeit eher innerärztliche Probleme im Vordergrund. Vor allen Dingen ging es darum, diese Präventions-Untersuchungen als funktionierendes System auch in den niedergelassenen Praxen und nicht nur in den Ambulanzen zu etablieren.

Als Dr. Isbruch 1971 als Präsident von Dr. Hans Wegner abgelöst wurde, war das Kapitel Chirurgo-Gynäkologie weitgehend abgeschlossen und eine auch im Vergleich zu anderen Fachgruppen vernünftige wirtschaftliche Basis für die Ausübung des frauenärztlichen Berufs sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich geschaffen. Wegner traf in der ersten Zeit die volle Wucht der gesellschaftspolitischen Auseinandersetzung der Reform des § 218, die nicht nur auf politischer, sondern auch auf ärztlicher Ebene sehr kontrovers diskutiert wurde.

Mit der Übernahme des Amtes durch Dr. Wegner wurde die Geschäftsstelle des Berufsverbandes nach Ludwigshafen, an dessen Praxis- und Wohnort, verlegt. Mit dieser Verlegung wurde die Geschäftsstelle personell erheblich erweitert. Sie bekam einen kaufmännischen Leiter, Herrn Deppe, der als alter preußischer Offizier ein strenges Regiment führte.

## Erfolg bei den Mutterschaftsrichtlinien, Misserfolg bei der Kolposkopie

Von Anfang an war es Ziel von Dr. Wegner, die Kolposkopie neben der Zytologie in die Früherkennung des Zervixkarzinoms mit zu integrieren, was aber auf entschiedenen Widerstand der Kassensärztlichen Bundesvereinigung stieß. Vordergründig wurde für die Ablehnung dieser Forderung angeführt, dass die wissenschaftlichen Beweise für die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit nicht gegeben seien. Jedem berufspolitisch Erfahrenen war aber klar, dass die Einführung der Kolposkopie in die Früherkennung eine Ausgrenzung einer ärztlichen Berufsgruppe nach sich gezogen hätte, die innerärztlich nicht gewünscht und somit auch nicht durchsetzbar war. Ich erinnere mich noch gut, dass Dr. Wegner unter dieser Problematik sehr gelitten hat, da man ihm immer wieder mangelndes Durchsetzungsvermögen vorwarf. Andererseits beklagte er aber zu Recht, dass er von den Vertretern der Kolposkopie – zumindest zur damaligen Zeit – keine unwiderlegbaren Argumente bekam, die seine Forderung untermauert hätten.

Erfreulicher war für ihn, dass die Weiterentwicklung der Mutterschaftsrichtlinien für die Frauenärzte und für die von uns betreuten Frauen sehr positiv verliefen. Wir hatten hier das Glück, von Bayern aus Verständnis und berufspolitisch sehr effektive Unterstützung durch den damaligen Präsidenten der Ärztekammer und KV-Vorsitzenden Professor Sewering zu erhalten. Unsere Forderung, dass zumindest Risikoschwangerschaften nicht



Dr. Hans Wegner wurde 1971 Präsident des BVF. Ehrenpräsident ab 1982.

## 1968

- 1. Januar: Ärzte sind ab sofort von der Umsatz- und Mehrwertsteuer freigestellt
- Mai: Der Berufsverband legt einen Entwurf für die Weiterbildungsordnung im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe vor

## 1969

- Die neue Weiterbildungsordnung liegt den Ärztekammern der Länder zur Beschlussfassung vor
- 20. September: Das Bundessozialgericht lässt Besitzstandswahrung nicht als Argument für Chirurgo-Gynäkologie gelten – eine richtungsweisende rechtskräftige Entscheidung

## 1971

- 1. April: Dr. Hans Wegner aus Ludwigshafen wird neuer Präsident des Berufsverbandes
- Versuch, die Kolposkopie in die Früherkennung des Zervixkarzinoms zu integrieren

## 1973

- September: Resolution von BVF und DGGG zur Reform des § 218
- 76. Deutscher Ärztetag: Ärzte fordern Erhalt der körperchaftlichen Selbstverwaltung



von irgendeinem Arzt betreut werden sollten, sondern nur von speziell dafür geschulten und ausgebildeten Frauenärzten, war berufspolitisches Neuland.

Als die neuen Mutterschaftsrichtlinien am 1.4.1975 in Kraft traten, war dies berufspolitisch in der Tat eine Sensation, denn es war zum ersten Mal festgeschrieben, dass in einer Präventiv-Richtlinie für die Betreuung von Risikoschwangeren eine spezielle Qualifikation erforderlich war und nur aufgrund dieser speziellen Qualifikation danach auch Abrechnungsfähigkeit für diese Leistungen gegeben war.

### Die Weiterbildungsordnung definiert das Fachgebiet neu

1977 wurde auf dem Deutschen Ärztetag die 5. Änderung der Berufsordnung für Ärzte beschlossen, in der die alte „Facharztordnung“ durch die „Weiterbildungsordnung“ ersetzt wurde. Seit dieser Zeit gab es nicht mehr den Facharzt für Frauenheilkunde, sondern den „Frauenarzt“ oder „Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe“. Diese Neuordnung wurde von den Älteren emotional und meist negativ kommentiert, vor allen Dingen, weil damals auch der „Arzt für Allgemeinmedizin“ geschaffen wurde und mit dieser Bezeichnung eine schier nicht enden wollende innerärztliche Diskussion begann, die in unserem Gebiet auch mit dem Beginn der Diskussion „Hausarzt – Frauenarzt = Hausarzt der Frau“ in Gang kam. Mit Inkrafttreten der neuen Berufsordnung wurde auch unser Fachgebiet neu definiert, wobei es uns – in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Gynä-

kologie und Geburtshilfe – zum damaligen Zeitpunkt nicht gelungen war, neben der „Verhütung und Behandlung der Krankheit der weiblichen Geschlechtsorgane“ auch expressis verbis zu definieren, dass dazu auch die weibliche Brust gehört.

Die Amtszeit von Dr. Wegner war von seinem sehr verbindlichen Verhandlungsstil geprägt, wodurch er in zäher Kleinarbeit und mit großer logistischer Unterstützung durch den jeweiligen Vorstand der DGGG sehr viel für unser Fach erreichte.

### Wie können die gewachsenen Aufgaben bewältigt werden?

Als ich 1981 von Dr. Wegner das Präsidentenamt übernahm, konnte ich einen Verband übernehmen, der gut organisiert und ein anerkannt konstruktiver Gesprächspartner war, nicht nur bei Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen, sondern bei Gesundheitspolitikern ganz allgemein. Nach dem Umzug der Geschäftsstelle des Berufsverbandes von Ludwigshafen nach Dachau wurde mir aber rasch bewusst, dass mit der bisherigen Organisationsstruktur die Aufgaben der Zukunft nur schwer zu lösen sind. Allein die Vorbereitungsarbeiten zur neuen GOÄ, die am 1.1.1983 in Kraft trat, erforderte unzählige gemeinsame Sitzungen – auch mit den Vertretern der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe bei der Bundesärztekammer.

Die Umstrukturierung des FRAUENARZTES 1984 mit Verlagswechsel war sehr arbeitsintensiv. Große Unterstützung fand



Dr. Eduard Koschade, BVF-Präsident von 1981 bis 1991. Ehrenpräsident ab 1992.

## 1975

- 1. April: Die Neufassung der Mutterschaftsrichtlinien tritt in Kraft

## 1976

- Resolution zur Neufassung des § 218 von DGGG und BVF
- 1. Juli: Der neue § 218 tritt in Kraft

## 1977

- Durch die Änderung der Berufsordnung wird das Fachgebiet neu definiert. Ungeklärt bleibt die Zuständigkeit für die weibliche Brust
- Auseinandersetzungen um das so genannte Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz

## 1978

- Qualitätssicherung in der gynäkologischen Praxis wird zum Thema

## 1979

- Dr. Eduard Koschade aus Dachau bei München wird zum Präsidenten für die Amtszeit ab 1981 gewählt

ich in dieser Tätigkeit durch die Einstellung von Frau Schreiber, später Frau Schielein, die mit großem Einsatz die Organisation der Geschäftsstelle weiterentwickelte.

Viele Besprechungen und ein unendlicher Schriftverkehr waren auch erforderlich, um die erneut anstehende Novellierung der Weiterbildungsordnung für unser Fach positiv voranzutreiben. Es gelang uns erst im Jahr 1984, in die Definition unseres Faches aufzunehmen, dass zu den weiblichen Geschlechtsorganen auch die Brustdrüsen gehören. Markige Sätze in den Beratungen auf dem 87. Deutschen Ärztetag wie „Die Brust gehört in die Hand des Chirurgen“ und der Zwischenruf des Präsidenten der Bundesärztekammer (der Chirurg war) „ich kann mir auch andere Hände vorstellen!“ gingen der Beschlussfassung auf dem 87. Deutschen Ärztetag voraus. Fragen, die in der Vergangenheit immer wieder diskutiert wurden, wie „Darf der Gynäkologe auch mammographieren oder mammasonographieren?“, „Darf sich der Gynäkologe auch plastisch-chirurgisch mit der Brust beschäftigen?“ etc. waren jetzt auf einem anderen Gesprächsniveau zu klären als in der Vergangenheit. Die gynäkologische Endokrinologie wurde ebenfalls in die Definition des Faches auf diesem Ärztetag integriert. Allerdings gelang es nicht, die „Reproduktionsmedizin“ in die Definition aufzunehmen – der Ärztetag erklärte sich hier nur bereit, den Begriff „Reproduktionsbiologie“ einzuführen.

Auch die Integration der „Nachsorge“ in unsere Definition führte zu erregten Dis-

kussionen, da hier die Internisten befürchteten, dass die internistischen Onkologen – was immer auch damals darunter zu verstehen war – Terrain verlieren würden.

## Der Verband braucht eine professionelle Öffentlichkeitsarbeit

Erste Erfolge im Hinblick auf die Konzeption einer von mir angestrebten Öffentlichkeitsarbeit des Berufsverbands gelang mit der Einführung eines Vorsorgekalenders für Risikoschwangere zusammen mit der „Aktion Sorgenkind“. Nach vielen Diskussionen in der Vertreterversammlung wurde beschlossen, das Bild des Frauenarztes in der Öffentlichkeit durch eine professionelle Pressearbeit weiter positiv zu entwickeln und erhebliche Mittel dafür bereit zu stellen. Für die Öffentlichkeitsarbeit konnten wir Frau Haibach gewinnen, die nun regelmäßig nicht nur die Fach-, sondern auch die Laienpresse mit medienwirksamen, aber fachlich unangreifbaren Informationen versorgte.

Wir entwickelten die bekannten Infoblätter zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge und viele andere unsere Patientinnen interessierende Themen, die mit Unterstützung der Industrie in großer Auflage zur Verteilung in den Praxen hergestellt wurden. Mit diesen Infoblättern verbanden wir bewusst eine Information für unsere Patientinnen, die es ihnen ermöglichen sollte, ihre behandelnden Frauenärztinnen und Frauenärzte zu „kontrollieren“, ob sie die von ihren ei-



Unter dem Titel „Aus der Praxis“ bot der BVF schon 1986 nützliche Informationen zu wichtigen Gesundheitsthemen für Frauen.

## 1981

- 1. Januar: Der neue Präsident tritt sein Amt an
- Die BVF-Geschäftsstelle wird von Ludwigshafen nach Dachau verlegt

## 1982

- Strafrechtsschutzversicherung für BVF-Mitglieder

## 1983

- 1. Januar: Die neue GOÄ tritt in Kraft

## 1984

- Als neuen Service bietet der BVF eine Beratungsstelle für Haftpflichtversicherungen
- Der Deutsche Ärztetag beschließt die Änderung der Definition des Fachgebiets Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Zusammen mit der Aktion Sorgenkind wird ein Vorsorgekalender für Risikoschwangere erarbeitet



genen Standesorganisationen empfohlenen diagnostischen und therapeutischen Schritte auch einhalten.

Sicher kann sich heute kaum jemand vorstellen, welche Probleme in unzähligen Diskussionen zu lösen waren, bis im April 1986 ein neuer Mutterpass eingeführt wurde, in dem in Risikokatalogen auch offen dokumentiert werden sollte, ob eine Schwangere zum Beispiel wegen ihres sozialen Umfelds als Risikoschwangere zu gelten hat oder ob ein Nikotin- oder Alkoholabusus sie zur Risikoschwangeren macht. Viel Überzeugungsarbeit war auch in regelmäßigen Informationsveranstaltungen zu diesem neuen Mutterpass bei unseren Kollegen zu leisten.

### Erfolgreiche Honorarverhandlungen

Nach meiner Wahl 1979 begannen die Vorarbeiten zum neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EMB). Hier kam uns das Vertrauenskapital, das Dr. Wegner bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung als seriöser Gesprächspartner aufgebaut hatte, sehr zugute. Das in vielen gemeinsamen Gesprächen mit der Honorarabteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erzielte Ergebnis war von mir zwar immer als positiv prognostiziert worden, der tatsächliche Honorarzuwachs für unser Fach, der uns annähernd vom Ende der Einkommenskala der Fachgruppen plötzlich über die Mitte hinausbeförderte, machte künftige Änderungswünsche im Honorarbereich aber nicht ein-

facher. Trotzdem gelang es uns auch 1988 in einer so genannten kleinen GOÄ-Reform, unsere Vorstellungen weitgehend durchzusetzen.

Als wahrer Segen erwies sich die 1982 eingeführte Strafrechtsschutzversicherung für unsere Mitglieder. Das grundsätzlich Neue daran war, dass damit erreicht werden konnte, dass durch hoch qualifizierte juristische Bearbeitung die Vorwürfe bereits im Anfangsstadium, d.h. noch vor Eröffnung eines Ermittlungsverfahrens, und auf diese Weise zumindest der wirtschaftliche Druck von den beschuldigten Ärzten genommen wurde.

Parallel dazu wurde mit Professor Weissauer das Stufenaufklärungsverfahren für unser Fachgebiet eingeführt. Es erwies sich ebenfalls als sehr effektiv und erfolgreich.

### Der BVF bekommt den ersten hauptamtlichen Justiziar

Kurz nach meinem Amtsantritt wurde mir klar, dass die bisherige juristische Beratung durch einen ortsfernen Justiziar zunehmend schwieriger werden würde. Es war deshalb eine Zäsur für den Berufsverband, dass die Vertreterversammlung meinem Vorschlag folgte, einen hauptamtlichen juristischen Geschäftsführer zu installieren. Am 1.1.1987 begann Dr. Rudolf Ratzel seine Tätigkeit und hat das Bild des Berufsverbandes der Frauenärzte in der Öffentlichkeit in den folgenden Jahren entscheidend mitgeprägt.

**Autor**  
  
**Dr. Eduard Koschade**  
Kohlbeckstraße 22  
85221 Dachau

## 1985

- Änderung der Approbationsordnung und der Bundesärzteordnung angestrebt: Schaffung der Position „Arzt im Praktikum“

## 1986

- Die ersten Informationsblätter für Patientinnen erscheinen
- 1. April: Neugefasste Mutterschaftsrichtlinien und ein neuer Mutterpass

## 1987

- 1. Januar: Mit Dr. Rudolf Ratzel bekommt der BVF erstmals einen hauptamtlichen juristischen Geschäftsführer
- Auf dem Deutschen Ärztetag wird eine neue Musterweiterbildungsordnung beschlossen
- 1. Oktober: Der neue EBM erscheint und dazu eine Sonderausgabe des FRAUENARZT

## 1988

- 11./12. Mai: Verabschiedung der Änderung der Berufsordnung für die deutschen Ärzte auf dem 91. Deutschen Ärztetag in Frankfurt
- 1. Juli: Die kleine GOÄ-Reform tritt in Kraft
- Das erste FRAUENARZT-Telegramm erscheint

# Der BVF seit Beginn der 90er Jahre

*Ausweitung der Verbandsarbeit auf die neuen Bundesländer, gestiegene Bedeutung von Weiterbildung und Qualitätssicherung und die intensive gesellschaftliche Diskussion neuer ethisch relevanter Verfahren – die Aufgaben des Berufsverbandes haben sich in den letzten zehn Jahren verändert, sind dabei aber keinesfalls geringer geworden, wie der folgende Bericht des gegenwärtigen Präsidenten Dr. Armin Malter zeigt.*



Prof. Dr. Klaus Doench,  
BVF-Präsident von 1.1. bis  
31.12.1991

Der Entschluss, einen hauptamtlichen Geschäftsführer an die Spitze des Berufsverbandes zu stellen, von dem Dr. Koschade in seinem Beitrag berichtete, hat sich in der Folgezeit als völlig richtig erwiesen. Als Dr. Ratzel 1995 ausschied, um sich ganz der Advokatur zu widmen, folgte – ebenfalls als Juristin – Rechtsanwältin Barbara Nolte. Claudia Halstrick, Rechtsanwältin, die nach dem Ausscheiden von Frau Nolte die Geschäftsführung kommissarisch innehielt, wurde zur juristischen Geschäftsführerin. Seit dem 1.1. 2000 nimmt mit Dr. Burkhard Scheele erstmals ein Frauenarzt die Position des Hauptgeschäftsführers ein.

Der Schlussakkord der insgesamt außerordentlich erfolgreichen Tätigkeit von Dr. Koschade war die Etablierung des Berufsverbandes in den neuen Bundesländern nach dem Fall der Mauer. Die Gründung fünf weiterer Landesverbände gehört sicher zu den glücklichsten Ereignissen der 50-jährigen Verbandsge-

schichte. Die Akzeptanz einer berufsverbandlichen Struktur in den neuen Bundesländern war von Anfang an sehr hoch, sodass der Gesamtverband in der ersten Hälfte der neunziger Jahre stark steigende Mitgliederzahlen verzeichnen konnte.

## Eine unabhängige Geschäftsstelle wird eingerichtet

Als Prof. Dr. Klaus Doench 1991 das Amt des Präsidenten übernahm, traf er die richtungsweisende Entscheidung, eine feste, vom Wohnsitz des Präsidenten unabhängige Geschäftsstelle professionellen Ausmaßes einzurichten. Sie arbeitet bis heute an ihrem ursprünglichen Standort in der Pettenkoferstraße in München. Doench war es auch, der als Erster den Begriff „Hausarzt der Frau“ zum politischen Programm erhob, was zu erheblichen Reaktionen innerhalb und außerhalb der Frauenärzteschaft führte.

## 1989

- Bundeskabinett verabschiedet einen Entwurf zu einem Gesetz zum Schutz von Embryonen
- Der BVF wehrt sich dagegen, dass Radiologen die Sonographie durchführen

## 1990

- 9. Oktober: Der Landesverband Sachsen wird als erster ostdeutscher Landesverband gegründet

## 1991

- Von 1. Januar bis 31. Dezember ist Prof. Dr. Klaus Doench, Frauenarzt aus Göttingen, Präsident des BVF

## 1992

- Dr. Armin Malter, Merzig, übernimmt die Präsidenschaft zunächst kommissarisch, ab 1. April offiziell
- Der BVF erreicht eine Mitgliederzahl von 10.000

## 1993

- DER FRAUENARZT wird zur gemeinsamen Zeitschrift von BVF und DGGG

Bereits 1991 zeichneten sich erste ernste Auseinandersetzungen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ab, die die Ultraschalluntersuchungen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge reduzieren wollte. Erst mit der neuen Struktur des EBM ab 1.1.1996 konnte diesen Vorgängen einigermaßen Einhalt geboten werden.

### Kooperation mit der DGGG als wichtig erkannt

Die Erfahrungen aus diesen Auseinandersetzungen setzte ich, nachdem ich das Amt des Präsidenten am 1.1.92 übernommen hatte, sofort um: Es war deutlich geworden, dass strukturelle und fiskalische Erfolge bei Verhandlungen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesärztekammer und den Krankenkassen nur durch die argumentative wissenschaftliche Unterstützung durch die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zu erzielen sind. Deshalb war es ein glücklicher Umstand, dass es während der Präsidentschaft von Prof. Dr. Hermann Hepp, der die 50. Tagung der DGGG leitete, gelungen war, das offizielle Mitteilungsblatt der DGGG in den FRAUENARZT zu integrieren. So konnte ein Pressemedium geschaffen werden, das beide Organisationen der deutschsprachigen Gynäkologie vereint und aufgrund seiner Auflagehöhe bis heute zum führenden frauenärztlichen Publikationsmedium geworden ist. Nach der Neustrukturierung der Geschäftsstelle 2000 erhielt der FRAUENARZT eine ansprechende Form, die die Leserakzeptanz noch einmal erhöht hat.

### Eine gemeinsame Weiterbildungskommission wird ins Leben gerufen

Bereits unter Dr. Koschade war eine gemeinsame Weiterbildungskommission aus Berufsverband und Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe gegründet worden, die ihre in Übereinstimmung erzielten Vorstellungen zur Weiterbildung der Frauenärzteschaft in Deutschland dem Deutschen Ärztetag 1987 vorlegte. Leider folgte der Deutsche Ärztetag den Vorschlägen nicht, unsere Spezialisierungen als Schwerpunkte auszuweisen, sondern erfand das schimärenhafte Konstrukt der fakultativen Weiterbildung für die drei Säulen unseres Faches. Die gemeinsame Weiterbildungskommission arbeitete in den vergangenen Jahren konsequent weiter und hat jetzt für den Deutschen Ärztetag 2003 der Bundesärztekammer ein völlig neues Weiterbildungskonzept mit einer völlig neuen Verständniskonzeption unseres Faches vorgelegt, nämlich weg von der Organdefinition und hin zur Geschlechtsspezifität. Die frauenärztliche Repräsentanz dieser gemeinsamen Kommission wird unterstrichen durch den Umstand, dass zwischenzeitlich Vertreter der leitenden Krankenhausärzte und Vertreter der jüngeren Generation ebenfalls dieser Kommission angehören.

Ein weiterer Ausdruck des Zusammengehens mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe war die Schaffung der Frauenärztlichen Bundesakademie im Mai 1995, zunächst als offene paritätische Diskussionsrunde zwischen Vertretern des Berufsverbandes und



Dr. Armin Malter, seit 1. Januar 1992 zunächst kommissarisch, ab 1. April 1992 offiziell Präsident des BVF

## 1995

- Der BVF setzt sich für eine Jod-Substitution in der Schwangerschaft ein
- März: In Berlin findet vom 9. bis 12. März der etablierte „Seminar-Kongress des Frauenarztes“ (später Fortbildungskongress der FBA) erstmals unter der Mitwirkung des BVF statt
- 22. April: Konstituierende Sitzung der Frauenärztlichen Akademie der DGGG und des BVF
- 1. September: Nachdem Anfang der 90er Jahre die Haftpflichtprämien für Gynäkologen explosionsartig angestiegen waren, wird ein Rahmenvertrag zur Berufshaftpflichtversicherung – mit deutlich niedrigeren Prämien – für die Mitglieder des BVF abgeschlossen

## 1996

- Der BVF protestiert gegen die Honorarpolitik der KBV – zahlreiche Aktionen gegen das „EBM-Chaos '96“ finden statt

der DGGG. Ende 1998 wurde dann für die FBA die Rechtsform der GmbH gewählt.

## Ethik – mehr denn je ein Thema

Mit der Erweiterung des Berufsverbandes nach Osten änderten sich auch inhaltliche Auffassungen über frauenärztliches Tun – insbesondere auch weil die Frauenquote deutlich angestiegen war. Dies wurde erkennbar anlässlich einer Umfrage,

die wir 1992 unter den Verbandsmitgliedern durchführen ließen, als die Diskussion um die Reform des § 218 erneut anstand. Die verbandsinterne Umfrage spiegelt die Veränderung der Gesellschaft wider: Es war eine deutliche Liberalisierung erkennbar. Innerhalb des Verbandes wie in der Gesellschaft wurden die ethischen Fragen um das Thema Abtreibung sehr heftig und kontrovers diskutiert. Dies macht einmal mehr eine Besonderheit der frauenärztlichen Tätigkeit deutlich: Wohl

Nach der Neustrukturierung der Geschäftsstelle wurde auch der FRAUENARZT modernisiert: das Inhaltsverzeichnis „vorher“ (rechts) und „nachher“ (links).

**INHALT**

**Aktuelle Meldungen**

- Was erwarten Frauen von der Schwangerschaftsüberwachung? 718
- Behaglichkeit nicht universell! 718
- DMS: Warum Antidrüper keinen sicheren Schutz bieten 728
- Ratung für Mediziner\*innen 728
- Life-Science-Unternehmen suchen direkten Kontakt zu den Patienten 728
- Frauen erleben sich insgesamt von der Herkese 728
- Interdisziplinärer Bericht hat Bundesratsinitiative für Strukturverträge initiiert 722
- Lebendige Peptidtherapie nach Pflüger-Ludach-DeGlo kein Ersatz 722
- Füttererhebung von Brustkrebs hat bei Brustkrebs wenig Bedeutung 726
- Frauen wünschen sich mehr Kinder 726

**Beruf + Politik**

- Rechtswissenschaftler\*innen: Berufswahlentscheidungen in der Publikationsphase: Auflockerung zum Beitrag [1] 726
- E. Fischer: Brückenschlag: DMS: Prozent: Mehrkosten durch CoGÄ-Umrat 728
- A.T. Schlemmer/AG: DMS: Krank im Wechsel? Zum Brückenschlag in der Frauenheilkunde 730
- A. Goldner: Schlechte Presse? Kein Grund zur Panik! 736

**ERINNERUNG**

**FRAUENARZT-LESEFRAGEN**

Haben Sie den Fragebogen aus Heft 4/2000 bereits ausgefüllt und zurückgeschickt? Bitte nicht, falls Sie ihn bereits, die nach zu tun. Vielen Dank!

Die Frauenarzt-Aktionen

**PS: 2 wertvolle Preise winken!**

**Diagnostik + Therapie**

- R. Lohrey et al.: FGD: Datenbasierte Erfahrungen und Perspektiven in Deutschland 718
- A.G. Ruch: Fütterer: Das Beste von den Hormonen? 746
- R. Grosse, A. Frey: Beckenentzündung: Ist die Technik wirklich der bessere Infektionsmodus? 746
- R. Juhl et al.: Kontrazeption: 28. Infektioffizien der „Zürcher Gesprächskreis“ 750

**Fortbildung + Kongress**

- A. Spang, A. Lin: Füttererhebung der Zervixkarzinome: BVF-Diagnostik vs. Zytologie 762
- K. Adlmer: Fortbildung: Das Wollen von der Qualität 762
- Preise und Stipendien 766
- Kongresskalender 767
- Zertifizierung 776

**FRAUENARZT**

**INHALT**

**Editorial**

**MITTEILUNGEN DER BVF-VORSTANDE**

- Standard / Landesverbände und Verbände
- Neuauflage: Neuauflage und Struktur
- Offiziell: Die Ausschreibung eines Vermögenswertes gemäß § 103 Abs. 4 SGB II

**FBA FRAUENÄRZTLICHE BUNDESGEMEINSCHAFT**

- Genehmigung / Bericht
- Neuauflage zur Einführung von Fortbildungsvorhaben
- M. Lin
- Impfen durch den Frauenarzt
- C. Müller: Empfehlungen der EBM – Was gibt es Neues?
- S. Dittmann: Impfen in Schwangerschaft und Geburt?
- C. Juhl
- Strategische Maßnahme: Impfen: Struktur und Umfang von Fortbildungsvorhaben
- S. König: Impfen: Was ist die Grundlage – Was hat sich getan?
- A. Ruch: Hormontherapie – Impfen: Welche Kontraindikationen gibt es bei jenseitiger Infekt?
- H. Adel: Impfen für Frauen in der Praxis
- J. M. Schlemmer und Frauenärzte: Einmal mehr eine Zusammenkunft mit dem Bundesrat: Deutscher Gesundheitskongress 2002
- Strukturverträge: Die Strukturverträge zwischen den Bundesländern und dem Bundesrat: Deutscher Gesundheitskongress 2002

**MITTEILUNGEN DER DMS**

**Verband**

- Deutscher Frauenärztinnen- und Frauenärzteverband (DFV) Landesverband Nordrhein-Westfalen
- Deutscher Frauenärztinnen- und Frauenärzteverband (DFV) Landesverband Niedersachsen
- Deutscher Frauenärztinnen- und Frauenärzteverband (DFV) Landesverband Baden-Württemberg
- Deutscher Frauenärztinnen- und Frauenärzteverband (DFV) Landesverband Bayern
- Deutscher Frauenärztinnen- und Frauenärzteverband (DFV) Landesverband Sachsen
- Deutscher Frauenärztinnen- und Frauenärzteverband (DFV) Landesverband Thüringen
- Deutscher Frauenärztinnen- und Frauenärzteverband (DFV) Landesverband Sachsen-Anhalt
- Deutscher Frauenärztinnen- und Frauenärzteverband (DFV) Landesverband Brandenburg
- Deutscher Frauenärztinnen- und Frauenärzteverband (DFV) Landesverband Mecklenburg-Vorpommern
- Deutscher Frauenärztinnen- und Frauenärzteverband (DFV) Landesverband Hamburg
- Deutscher Frauenärztinnen- und Frauenärzteverband (DFV) Landesverband Berlin
- Deutscher Frauenärztinnen- und Frauenärzteverband (DFV) Landesverband Schleswig-Holstein
- Deutscher Frauenärztinnen- und Frauenärzteverband (DFV) Landesverband Saarland
- Deutscher Frauenärztinnen- und Frauenärzteverband (DFV) Landesverband Rheinland-Pfalz
- Deutscher Frauenärztinnen- und Frauenärzteverband (DFV) Landesverband Hesse
- Deutscher Frauenärztinnen- und Frauenärzteverband (DFV) Landesverband Baden-Württemberg
- Deutscher Frauenärztinnen- und Frauenärzteverband (DFV) Landesverband Bayern
- Deutscher Frauenärztinnen- und Frauenärzteverband (DFV) Landesverband Sachsen
- Deutscher Frauenärztinnen- und Frauenärzteverband (DFV) Landesverband Thüringen
- Deutscher Frauenärztinnen- und Frauenärzteverband (DFV) Landesverband Sachsen-Anhalt
- Deutscher Frauenärztinnen- und Frauenärzteverband (DFV) Landesverband Brandenburg
- Deutscher Frauenärztinnen- und Frauenärzteverband (DFV) Landesverband Mecklenburg-Vorpommern
- Deutscher Frauenärztinnen- und Frauenärzteverband (DFV) Landesverband Hamburg
- Deutscher Frauenärztinnen- und Frauenärzteverband (DFV) Landesverband Berlin
- Deutscher Frauenärztinnen- und Frauenärzteverband (DFV) Landesverband Schleswig-Holstein
- Deutscher Frauenärztinnen- und Frauenärzteverband (DFV) Landesverband Saarland
- Deutscher Frauenärztinnen- und Frauenärzteverband (DFV) Landesverband Rheinland-Pfalz
- Deutscher Frauenärztinnen- und Frauenärzteverband (DFV) Landesverband Hesse

## 1997

- Diskussion um die Rolle des Frauenarztes als Hausarzt der Frau

## 1998

- Vorbereitung zu Modellprojekten der KBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen, „in denen Implementationsansätze des flächendeckenden qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings in verschiedenen Regionen der Bundesrepublik Deutschland erprobt werden sollen.“
- Impfen als Aufgabe für den Gynäkologen: In einer Presseerklärung von Bundesgesundheitsminister Seehofer, dem Vizepräsidenten der Bundesärztekammer, Professor W. Brandstädter und dem KBV-Vorstandsmitglied Dr. U. Oesingmann wird eine Änderung des ärztlichen Berufsrechtes angekündigt – die Bemühungen des BVF haben sich gelohnt

für keine ärztliche Disziplin ist die Erörterung ethischer Fragen so eng mit der täglichen Arbeit verbunden wie für unserer Fachgruppe. Die für die Zukunft anstehende Diskussion um Präimplantationsdiagnostik und Stammzelltherapie weist schlaglichtartig die Verantwortung unserer Fachgruppe im Rahmen der gesellschaftlichen Diskussion aus.

### Fortbildung und Qualitätssicherung – Themen der Zukunft

Angesichts der Mitte der neunziger Jahre explosionsartig ansteigenden Haftpflichtprämien, insbesondere für belegärztliche Tätigkeiten in unserem Fach, schuf der Berufsverband in Zusammenarbeit mit der Assekuranz AG ein richtungweisendes und bis dahin einmaliges Versicherungskonzept, das bezahlbare Haftpflichtprämien mit ersten Formen der Qualitätssicherung zu verbinden versuchte. Die Reaktion war beachtlich. Der gesamte Haftpflichtversicherungsmarkt gab erheblich nach; aus den Erörterungen um Qualitätssicherung entstanden in Verbindung mit Experten neue Konstrukte wie z.B. der Ultraschall-Sonotrainer zum Selbststudium von Ultraschallbefunden. Seither sind Qualifizierung und auch Zertifizierung nicht mehr aus dem Themenkreis wegzudenken, mit dem sich Vorstand und Vertreterversammlung des BVF regelmäßig befassen. In den nächsten beiden Jahren werden die niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzte an einer Qualifizierungsoffensive gemäß § 135 SGB V ff. und der Vorgaben der Gesundheitsministerkonferenz teilnehmen können. Mög-

lich wird dies nicht zuletzt dank Unterstützung durch Dritte.

Qualifizierung und Zertifizierung waren auch das Hauptmotiv, ab 1995 den in Düsseldorf stattfindenden Seminarkongress von Prof. Dr. Dr. h.c. Fritz K. Beller in die Hände des Berufsverbandes zu übernehmen, der mittlerweile in Fortbildungskongress umbenannt worden ist. Erstmals hatte damit der BVF ein eigenes jährlich wiederkehrendes zentrales Fortbildungsangebot, das neben Hauptvorlesungen die Möglichkeit zur intensiven Seminararbeit bietet. Der Erfolg gibt der Entscheidung des Vorstandes Recht, ein solches Unterfangen anzugehen.

### Es bleibt viel zu tun

Die Jahre in einem Verbandsleben vergehen, inhaltliche Themen und Ziele bleiben bestehen: Die Qualifizierung der Frauenärzteschaft in Klinik und Praxis wird durchgehende Aufgabe für die nächsten Jahrzehnte des Verbandes sein. Mit den Diskussionen um Präimplantationsdiagnostik und Stammzell-Therapie werden die streitigen Erörterungen um § 218 im nächsten Jahrzehnt auf anderer Ebene fortgeführt werden: mit der molekularbiologischen Grundlagenforschung im Rahmen der Endokrinologie unseres Faches wird sich unser gesamtes Fach, auch die Onkologie und Geburtshilfe, von innen heraus völlig wandeln und neu definieren müssen, Aufgaben für ganze Ärztegenerationen. Dies wussten auch schon die Alten in Goethes „Hermann und Dorothea“: „Wer nicht vorangeht, der geht zurücke“.



Dr. Manfred Steiner wurde zum Präsidenten für die Amtsperiode 2004 bis 2007 gewählt.

#### Autor

**Dr. Armin Malter**  
1. Vorsitzender und  
Präsident des BVF  
sowie  
Landesvorsitzender  
im Saarland  
Torstr. 28  
66663 Merzig

## 1999

- April: Die Frauenärztliche Akademie wird zur „Frauenärztlichen Bundesakademie“ (FBA)
- Ein Urteil des Verwaltungsgerichts Koblenz untersagt die Ausübung der Heilkunde durch die Hebamme über Tätigkeiten im Sinne §§ 4 + 5 Hebammengesetz
- Der Rückzug der Kirche aus der Schwangerenkonfliktberatung droht
- 6. Juli: Die Abtreibungspille Mifegyne wird zugelassen
- November: Mifegyne kommt in Deutschland auf den Markt

## 2001

- 28. September: Dr. Steiner aus Ihringen, Landesvorsitzender Baden-Württemberg, wird auf der Vertreterversammlung zum Präsidenten für die Amtsperiode 2004 bis 2007 gewählt
- 1. Oktober: Die Kassen-Abrechnung von Mammographie-Leistungen wird vom Bestehen einer Prüfung abhängig gemacht

# Im zwölften Jahr der deutschen Einheit

*Als die ersten Frauenärzte aus den „neuen Bundesländern“ dem BVF beitraten, verfügte der Berufsverband schon über Erfahrung aus rund 40 Jahren berufspolitischer Arbeit. Davon konnten – und mussten – die ostdeutschen Kollegen beim plötzlichen Übergang zur Marktwirtschaft mit ihren zahlreichen neuen Anforderungen profitieren. Wie und wie weit Ost und West auf diesem Gebiet zusammengewachsen sind, beschreibt Prof. Dr. Martin Link, einer der BVF-Pioniere in Ostdeutschland.*

**Knüpften die ersten Kontakte mit dem BVF:**



Prof. Dr. Reinhold Schwarz



Prof. Dr. Gerhard Schüßling

Die Ausgangslage 1988/Anfang 1989 war so, dass man als Bürger der DDR zwar häufig sehnsuchtsvoll an andere Lebens- und Arbeitsbedingungen dachte, aber sich eine baldige, grundlegende Veränderung der gesellschaftlichen Situation zu Gunsten der Menschen nicht vorstellen konnte. Zwar gaben der langsame Siegeszug der Solidarnosc in Polen und die Perestroika Gorbatschows in der Sowjetunion Anlass zu gewissen Erwartungen, aber ähnliche Hoffnungen waren schon am 17. Juni 1953 in der DDR, 1956 in Ungarn und 1968 in der CSSR gewaltsam hinweggefegt worden. So lebte der Bürger in der DDR in mehr oder minder großer Eintracht mit seinem ihm aufgezwungenen Gesellschaftssystem, denn man wollte ja überleben und tröstete sich damit, dass es die DDR-Bürger durch die deutsche Emsigkeit und die innerstaatlichen Beziehungen zur Bundesrepublik materiell deutlich besser hatten als die Bürger der anderen sozialistischen Staaten.

## Ärztliche Tätigkeit in der DDR

Die Ärzte in der ehemaligen DDR befanden sich fast ausschließlich in staatlicher Anstellung, abgesehen von den wenigen von alters her Niedergelassenen. Die Niederlassung war zwar gesetzlich gesehen möglich geblieben, wurde aber in der Regel von den staatlichen Instanzen abgelehnt. Nur die, die schon als Niedergelassene in die DDR „eingebürgert“ worden

waren, konnten ihre Niederlassung behalten und sie an ihre Kinder weitergeben, sofern diese Ärzte waren und die Praxis auch übernehmen wollten. Ich kenne nicht die genauen Zahlen, aber zum Schluss gab es in der DDR wohl nur noch etwa 400 bis 500 Ärzte in eigener Praxis.

Die staatlich angestellten Ärzte arbeiteten in Krankenhäusern, Polikliniken, staatlichen Arztpraxen, Gesundheitsämtern oder gesundheitspolitischen Positionen. In der DDR waren die gesundheitspolitischen Positionen vom Gesundheitsminister und seinen Abteilungsleitern über die Bezirksregierungen bis zu den Kreisverwaltungen fast ausschließlich mit Ärzten besetzt. Auf jeder dieser drei Verwaltungsebenen gab es für jedes Fachgebiet außerdem beratende Ärzte. Diese Tätigkeit war ehrenamtlich und wurde vorwiegend von Klinikern wahrgenommen. Auf Kreis- und Bezirksebene waren diese beratenden Ärzte oft auch Vertrauenspersonen für die Kollegen, wenn sie sich ein solches Vertrauen nicht durch eine vordergründige politische Solidarisierung mit dem Regime verspielten.

Dass die beratende Tätigkeit fast ausschließlich von klinisch tätigen Ärzten, vorwiegend Chefarzten, wahrgenommen wurde, lag daran, dass in der DDR der medizinisch-wissenschaftliche Fortschritt, die Weiterbildung und die Fortbildung ausschließlich in klinischer Hand lagen. In der Versorgungsebene der Polikliniken und der staatlichen Arztpraxen wurde



die ambulante Betreuung der Bevölkerung vollzogen, ohne dass von hier wegen der mangelhaften Ressourcen wesentliche Impulse für Innovationen ausgehen konnten.

## Nach der Wende war plötzlich alles anders

Als sich mit der politischen Wende 1989 und der Einheit Deutschlands 1990 die gesellschaftlichen Verhältnisse in rasanter Geschwindigkeit änderten, veränderten sich auch die Arbeits- und Lebensbedingungen der Menschen, wie der Ärzte, enorm schnell. Die Abkehr vom staatlich regierten Gesundheitswesen zur freien Marktwirtschaft auch auf diesem Sektor des gesellschaftlichen Seins erforderte von den Ärzten ein absolutes Umdenken in ihrer Lebensplanung.

Durch die staatliche Anstellung war die materielle Absicherung, wenn auch nicht auf einem hohen, aber im Vergleich mit den Mitbürgern auf einem durchaus erträglichen Niveau bis einschließlich der Altersversorgung garantiert gewesen. Jetzt wurden plötzlich die Arbeitsverhältnisse in Frage gestellt, die Polikliniken wurden aufgelöst, die ambulante Betreuung der Bevölkerung sollte über das Niederlassungssystem in eigener Praxis vollzogen werden, die Zahl der Klinikbetten und damit auch der ärztlichen Planstellen im Krankenhaus wurde drastisch reduziert, und in den gesundheitspolitischen Positionen waren Ärzte nicht mehr gefragt. Das führte zu großer Verunsicherung.

Für die Poliklinikärzte, die Ärzte in einer staatlichen Arztpraxis, für die gesundheitspolitisch Tätigen und auch für viele Krankenhausärzte blieb nur der Weg in die Niederlassung. Wie aber war dieser Weg zu bewältigen? Konnte man sich da eine gesicherte Position, eine Existenz für die Zukunft aufbauen? Einige der Hauptprobleme waren die Fragen nach den Standorten der Praxen, dem Management eines privaten Betriebes, den rechtlichen Bedingungen, der Verantwortung sowohl sich selbst als auch Mitarbeitern und den Patienten

gegenüber, den fachlichen Forderungen und der notwendigen Verschuldung.

Letztere löste zunächst die größten Hemmungen aus. Sich zu verschulden war der DDR-Bürger nicht gewohnt, Kredite konnte man höchstens für einen Kühlschrank in Anspruch nehmen. Nun aber eine Verschuldung in Höhe von 100.000 oder 200.000 Mark einzugehen und das auch noch in der heiß erwarteten aber gerade erst eingeführten West-Mark, das war fast unvorstellbar. Schnell waren natürlich alle möglichen Berater auf dem Plan, aber konnte man denen trauen? Unsolide Angebote waren nicht selten und sprachen sich herum. Die Unsicherheit wuchs.

## Erste Kontakte mit dem BVF

In dieser Situation fragten sich einige Kollegen, woher eine fachlich, wirtschaftlich und juristisch solide und hilfreiche Unterstützung zu gewinnen sei. Sie erinnerten sich daran, von den berufspolitischen Organisationen in Form von Berufsverbänden in den alten Bundesländern gehört zu haben und nahmen Kontakt mit dem Berufsverband der Frauenärzte mit damaligem Sitz in Dachau auf. Bei diesen Kollegen handelte es sich aus oben schon genannten Gründen ausschließlich um Kliniker aus dem staatlichen und universitären Gesundheitswesen – solche Kollegen, die schon zu DDR-Zeiten als beratende Ärzte gewisse Vertrauenspositionen gegenüber den Kollegen innehatten:

- in Mecklenburg-Vorpommern Professor Schwarz von der Universitäts-Frauenklinik Rostock,
- in Brandenburg Professor Schüßling vom Bezirkskrankenhaus Frankfurt/Oder,
- in Sachsen-Anhalt Professor Weise von der Frauenklinik der damaligen Medizinischen Akademie Magdeburg,
- in Thüringen Professor Seewald von der Universitäts-Frauenklinik Jena und
- in Sachsen Professor Link vom Bezirkskrankenhaus Dresden-Friedrichstadt.

## Knüpften die ersten Kontakte mit dem BVF:



Prof. Dr. Wolfgang Weise



Prof. Dr. Hans-Joachim Seewald



Prof. Dr. Martin Link

Was mich, den Autor, betraf, so suchte ich zunächst den schriftlichen Kontakt mit der Geschäftsstelle des BVF. Dem folgten dann in kurzer Zeit persönliche Begegnungen mit dem damaligen Präsidenten Dr. Koschade und dem Hauptgeschäftsführer Dr. Ratzel. Im Eilzugtempo wurden mir die Bedingungen und Möglichkeiten berufspolitischer Tätigkeit erläutert. Es wurde vereinbart, so bald wie möglich die berufspolitischen Landesverbände in den neuen Bundesländern als Vertrauensbasis für die Kollegen zu gründen. In Sachsen fand die Gründungsveranstaltung unter Anwesenheit von Dr. Koschade und Dr. Ratzel am 9. Oktober 1990, also eine knappe Woche nach Vollzug der Einheit Deutschlands, in Dresden statt.

### Wertvolle Unterstützung in einer schwierigen Situation

Die Angebote des BVF für Beratungen und Schulungen zur Einführung des medizinischen Versorgungssystems der Bundesrepublik in den neuen Bundesländern sprach sich schnell herum, und die meisten Kollegen traten rasch dem Berufsverband bei. Dieser half ihnen nun in unzähligen Einzelberatungen, Schulungen und Fortbildungsveranstaltungen, die neue Situation zu meistern, sich in das Abenteuer der Niederlassung zu stürzen oder die staatliche Anstellung unter spezifizierten vertraglichen Bedingungen beizubehalten. Solide beraten und aufgeklärt, verringerte sich die Scheu, den neuen Gegebenheiten zu folgen. Die Niedergelassenen stürzten sich in die Arbeit und sahen bald, dass sich das Engagement lohnte. Die Patienten nahmen die individuellere Betreuungsweise in den überall nach neuestem Stand eingerichteten Praxen dankbar an und hielten den ihnen schon vertrauten Ärzten die Treue.

#### Autor

**Prof. Dr. Martin Link**  
2. Vorsitzender des BVF  
und Landesvorsitzender  
in Sachsen  
Boltenhagener Str. 5  
01109 Dresden

### Der BVF – ein wichtiger Ansprechpartner

In der Hilfe für die Kollegen in den neuen Bundesländern bei der Meisterung der schwierigen beruflichen Situation im

Rahmen der Eingliederung der ehemaligen DDR in die Bundesrepublik Deutschland liegt der größte Verdienst des BVF unter seinem damaligen Präsidenten Dr. Koschade. Aber auch in den Jahren nach dem Umbruch in Deutschland und nach der Ära Koschade im Berufsverband blieb die Bedeutung des Berufsverbandes unter ihren Präsidenten Prof. Doench und bis heute Dr. Malter ungeschmälert. Der Berufsverband ist Ansprechpartner für die Kollegen in allen beruflichen Fragen einerseits und für die Körperschaften unseres Standes und die staatlichen Instanzen andererseits. Unzählige Fortbildungsveranstaltungen geben den Kollegen Handhabe für ihr tägliches Tun. Rechtliche Beratungen spielen eine große Rolle. Die Zeitschrift FRAUENARZT ist ein wichtiges Verbindungsglied für alle Kollegen in der Praxis und in der Anstellung, ob als Assistenzarzt oder Oberarzt, als Chefarzt oder Arzt in der Weiterbildung.

Natürlich haben sich die Akzente der berufspolitischen Aktivitäten im Laufe der Zeit verlagert. Heute sind es weniger die Gründungs-, sondern mehr die Existenzängste, die unsere Kollegen im Osten bedrängen. Der anfängliche Entwicklungsschwung hat sich deutlich vermindert. Die Anpassung der Verhältnisse in den neuen Bundesländern an die der alten Bundesländer lässt auch elf Jahre nach der Einheit Deutschlands noch auf sich warten. Fast alle Mitbürger erkennen an, dass es im Osten bisher riesige Fortschritte gegeben hat und dass nicht innerhalb einer kurzen Zeit die Mängel einer 40-jährigen Zwangsgeschichte ausgeglichen werden können. Aber im zwölften Jahr der Deutschen Einheit ist es schwer verständlich, dass die Kollegen im Osten ein Viertel mehr Arbeit leisten müssen, um das Einkommensniveau der alten Bundesländer zu erreichen und dass diejenigen, denen nicht die Möglichkeit der Mehrarbeit gegeben ist, in Existenznot geraten. Aber auch in diesem speziellen berufspolitischen Aspekt, der alle Fachgebiete gleichermaßen betrifft, engagieren sich unsere Mandatsträger bei der Mahnung der Politik auf Bundesebene zur Veränderung dieser Situation in hervorragender Weise.

# Der BVF im Wandel der Gesellschaft

50  
Jahre  
BVF

*Während seiner 50-jährigen Geschichte musste sich der BVF immer wieder neuen Herausforderungen stellen. Wie sich der Verband unter diesen Einflüssen gewandelt hat, beschreibt Rechtsanwalt Dr. Rudolf Ratzel, der die Entwicklung des BVF fast ein Jahrzehnt lang als Hauptgeschäftsführer mitgestaltet hat.*

**W**enn die Gründer des BVF heute „ihren“ Berufsverband betrachten könnten, würden sie sich verwundert die Augen reiben. Ob ihnen alles gefiele, kann offen bleiben. Denn es ist im Kleinen wie im Großen: Der BVF hat als „gesellschaftlicher Mikroorganismus“ nur die Entwicklungen nachvollzogen, die ihm seine Bezugskordinaten vorgaben. Dies sind

- die Entwicklung der Frauenheilkunde zum letzten großen Querschnittsfach der Medizin,
- die damit zwangsläufig einhergehende Subspezialisierung innerhalb der Fachgruppe,
- die Entwicklung von Gesundheitspolitik zur Kostendämpfungspolitik,
- die Emanzipation der Frau und der damit zusammenhängende Wandel in der Interaktion zwischen ihr und dem Arzt bzw. der Ärztin.

## Immer wieder mit Tabuthemen konfrontiert

Hinzu kommt, dass es wenige Fachgruppen gibt, die in derartigem Maße über die Jahrzehnte hinweg mit Tabuthemen konfrontiert waren und sind und in tabuisierten Feldern arbeiten. Damit ist nicht nur die sexuelle Autonomie der Frau gemeint, sondern auch so janusköpfige Entwicklungen wie die planbare Kontrazeption, die ja sowohl Befreiung wie auch Zwang durch größere Verfügbarkeit implizierte. Wer erinnert noch die Glaubenskriege um die Frage des Schwangerschaftsabbruchs in den siebziger und

dann wieder zu Beginn der neunziger Jahre, die quer durch die Fachgruppe geführt wurden und den Verband zeitweise fast zu spalten drohten. In den letzten Jahren beherrschen Themen der modernen Reproduktionsmedizin sowie vielfältiger hormoneller Therapien die Aufmerksamkeit. Und wieder werden mit den Schlagwörtern „Embryonenforschung“, „PID“ sowie Stammzellgewinnung aus Nabelschnurblut vermeintliche Tabus berührt. Daneben war und ist es eine der Hauptaufgaben des Verbandes, die Wahrung der wirtschaftlichen Belange der Fachgruppe sowohl innerärztlich als auch nach außen zu artikulieren.

## Beginn als korporatistische Organisation

Wie ging der BVF diese Probleme an? Ohne Zweifel war der Verband von der Gründung viele Jahre an korporatistisch oder auch zunftmäßig geprägt. Dies war zur damaligen Zeit nicht nur selbstverständlich, sondern auch rückblickend völlig in Ordnung; galt es doch die Fachgruppe innerhalb der sich neu formierenden Selbstverwaltung zu positionieren. Eine starke Homogenität der Fachgruppe, mehrheitlich gleich gelagerte gesellschaftliche Grundeinstellungen sowie ein selbstverständlicher Ehrenkodex machten die innerverbandliche Durchsetzung sicherlich etwas einfacher als heute. Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung waren noch offen für verbandliche Verbesserungsvorschläge und nicht so beratungsresistent, wie dies in den letzten Jahren zuweilen den Anschein



Dr. iur. Rudolf Ratzel war von Anfang 1987 bis Ende 1995 Hauptgeschäftsführer des BVF. Seither ist er als Rechtsanwalt mit den Schwerpunkten Medizinrecht und Recht des Gesundheitswesens tätig.

hat. Paradebeispiel sind die Mutterchafts-Richtlinien, die ohne den wichtigen Einsatz des Verbandes in den sechziger Jahren nicht in dieser Form zustande gekommen wären.

### **Gefahren einer Entwicklung in Richtung Gewerkschaft**

Beginnend mit den Ehrenberg'schen Kostendämpfungsgesetzen rückte der gewerkschaftsähnliche Aspekt berufsverbandlicher Arbeit mehr und mehr in den Vordergrund. Die Mitglieder erwarteten zu Recht, dass ihr Verband gegen diese Maßnahmen Front macht. Damit ist genau das angesprochen, was Eschenburg in seinem „Jahrhundert der Verbände“ so beschreibt: Die Verbandsspitze habe für Gefolgsbereitschaft, Disziplin und Verbandssympathie der Mitglieder zu sorgen. Dazu müsse sie Erwartungen kanalisieren und dämpfen, wenn sie sie nicht bändigen könne. Da die Verbandsspitze von der Mitgliedersympathie abhängen müsse die Mitgliedschaft Erfolgserlebnisse haben. Da hierzu vielfach ausreiche, dass überhaupt etwas geschehe, auch wenn nichts bewirkt werde, habe mancher Warnstreik weniger das Ziel, den Verhandlungspartner zu beeindrucken als die eigene Gefolgschaft zu besänftigen. Diese von Eschenburg auf die großen Gewerkschaften bezogene Strategie gilt zwanglos auch für kleinere Einheiten im Gesundheitswesen. Früher einmal wichtige Organisationen wie der Hartmannbund leben heute ausschließlich davon.

### **Die Verbändelandschaft verändert sich**

Für Fachverbände liegt hier ein großes Risiko. Fachverbände profitieren, wie der Name schon sagt, von ihrer Fachkompetenz. Sie nehmen damit einen Vertrauensvorsprung in Anspruch, der durch die tatsächliche Aktion gerechtfertigt werden muss. Mitte der achtziger Jahre gab es Anzeichen, dass die bisherige Verbändelandschaft nicht mehr geeignet war, den neuen Herausforderungen eines sich stetig verändernden wirtschaftlichen

und (gesellschafts-)politischen Umbruchs zu genügen. Diese Aussage galt auch für das Gesundheitswesen, die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen sowie für ärztliche Interessenvereinigungen. Eine aufgeblähte Gesundheitsbürokratie, „Scheinparlamentarismus“ sowie der ungebremsste Hang einer Vielzahl von Lobbyisten zur Selbstdarstellung führten nicht nur zu Frustration, sondern auch zu durchaus verständlichen Forderungen nach einer effektiveren Interessenvertretung. Leider mündeten Reformversuche nicht selten in einer Art „Vulgär-Lobbyismus“, der schon die Aktion als solche begrüßt, ohne sich über die heutigen vernetzten Entscheidungswege Gedanken zu machen. Diese Reaktionen waren Irrwege. Sie befriedigten bald nicht einmal mehr die eigene Anhängerschaft, geschweige denn überzeugten sie diejenigen, die Verantwortung tragen.

### **In erster Linie mit Sachkompetenz überzeugen**

Verbandspolitisch war diese Strategie darüber hinaus mit erheblichen Risiken befrachtet. Galt der BVF über Jahrzehnte hinweg als die einzige berufsständische Vertretung, bildeten sich zunehmend Gruppierungen, die diesen Alleinvertretungsanspruch nicht mehr akzeptierten. Nicht nur in der Frauenheilkunde begann eine „Konkurrenz der Verbände“ – was in den USA ganz normal, in Deutschland aber fremd war. Dabei wurde vielfach übersehen, dass die Verteilung des Mangels primär eine Aufgabe der Selbstverwaltung bzw. der Politik und nicht die Aufgabe eines Fachverbandes ist. Aufgabe des BVF ist es, die Sachkompetenz der Disziplin zu bündeln und so überzeugend zu präsentieren, dass sie die Entscheidungsträger in Begründungszwang bringt, wenn diese andere Lösungen wählen. Die vordergründige Betonung von monetären Interessen war und ist zwar legitim, nicht selten aber taktisch nur die zweitbeste Strategie, weil die Steuerung von finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen nicht immer rationalen Erwägungen folgt; sie muss aber mit solchen begründet wer-

den, weil die Glaubwürdigkeit der eigenen Argumentation gerade bei so ethisch hochwertigen Themen wie Gesundheit und Fürsorge einen sehr hohen Stellenwert hat. Schließlich ist der Hang im Verbandswesen, Ziele zu Lasten Dritter zu vereinbaren, bekannt. Der Streit der Fachgruppen um Grenzen ihres Gebiets und Honorarkontingente hat für außenstehende Dritte mit Medizin und Patientenorientierung nur noch bedingt etwas zu tun. Deshalb war es zu Beginn der achtziger Jahre eine wegweisende Entscheidung des BVF, die Pressearbeit und den Kontakt mit den Medien in einem Maße zu institutionalisieren, wie es manchem größeren Verband zu Ehre gereicht hätte. Alle Entscheidungsträger des Verbandes sehen sich bis heute in dieser Kontinuität. Der Erfolg gibt ihnen recht.

Eine der verbandspolitisch schwierigsten Aufgaben ist die Abkehr von der Bewah-

rung des status quo ante, weil dies einen Bruch mit der korporatistischen Tradition jedes (Berufs-)Verbandes bedeutet. Letztlich muss sich der BVF von der Illusion verabschieden, die künftigen finanziellen Rahmenbedingungen könnten oder gar müssten die wirtschaftliche Überlebensfähigkeit jeder Praxis ermöglichen. Wie jetzt auch im Krankenhausbereich kann nur noch der eine Chance haben, der zu Innovation, Qualität und selbstkritischer Überprüfung der eigenen Leistung fähig ist.

Will ein Verband diese Entwicklung zum Nutzen der überwiegenden Mehrheit der Mitglieder (auch wenn viele dies zunächst nicht so sehen mögen) begleiten, setzt er dabei zwar paradoxerweise seine eigene Existenz aufs Spiel, hat aber auch die Chance, mitzugestalten und nicht nur nachträglich von anderen getroffene Entscheidungen zu kommentieren.

#### Autor

**Dr. Rudolf Ratzel**  
Rechtsanwalt  
Königinstr. 23/III  
80539 München

## Die Öffentlichkeitsarbeit des BVF

*Im Jahre 2000 gab es beim BVF einen Wechsel im Bereich der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit: Maria-Elisabeth Lange-Ernst, freie Medizin- und Wissenschaftsjournalistin, übernahm die Aufgabe der Kommunikation mit der Öffentlichkeit und den Medien.*

Ein Schwerpunkt ihrer Arbeit sieht Maria-Elisabeth Lange-Ernst in der Prävention – nach dem Motto „nicht nur Kranke wieder zu heilen, sondern nach Möglichkeit Gesunde gar nicht erst krank werden zu lassen“. Dazu zählen Bewegung, vernünftige Ernährung und Körpertraining. Auch die Seele darf nicht außer Acht gelassen werden. Die Menschen sollen ermutigt werden, für ihre Gesundheit mehr Eigenverantwortung zu übernehmen.

Diesen Präventionsgedanken greift Lange-Ernst auch bei ihren Aktivitäten für den BVF auf. Schließlich hat keine andere medizinische Disziplin so gute Chancen, fast ein Leben lang Begleiter der Frauen zu sein, wie der Gynäkologe. Frauenärztin und Frauenarzt sind Partner der Frauen in allen Lebensphasen. Da hier die Vertrauensbasis ständig wachsen

kann, sind die Voraussetzungen besonders gut, aktiv Prävention zu betreiben.

Maria-Elisabeth Lange-Ernst sieht es als Herausforderung an, den Berufsverband mit dem breiten Spektrum von Fähigkeiten und Möglichkeiten seiner Mitglieder besser in das Bewusstsein der Frauen und der Gesellschaft zu rücken. Mit den monatlichen Pressediensten, die sich teilweise auch mit Themen aus den Randbereichen der gynäkologischen Tätigkeit befassen sowie der Vermittlung von Experten bei medizinischen Fragestellungen und der fachlichen Information von Privatpersonen leistet sie ihren Beitrag auf dem Weg zu diesem Ziel. Die Resonanz der Presse gibt ihr recht: In den letzten vier Monaten erreichten die Veröffentlichungen eine Auflagenhöhe von über 14 Mio.



Maria-Elisabeth Lange-Ernst leitet das Pressebüro des BVF.

# Der BVF heute

Die vorherigen Übersichtsbeiträge spiegeln die ersten 50 Jahre des Bestehens des Berufsverbandes der Frauenärzte wider. Ergänzend stellt Hauptgeschäftsführer Dr. Burkhard Scheele hier kurz die aktuelle Situation dar.

Der in Abbildung 1 dargestellte erfreuliche Zuwachs an Mitgliedern in den 90er Jahren war vor allem begründet durch

die deutsche Wiedervereinigung, die Etablierung attraktiver Versicherungskonzepte für unsere Mitglieder und durch das immer stärker verankerte Bewusstsein, dass in stürmischen berufspolitischen Zeiten nur ein starker Verband die Chance hat, sich bei den gesundheitspolitisch Verantwortlichen Gehör zu verschaffen. Der mittlerweile erreichte Organisationsgrad von etwa 82 % aller in der Frauenheilkunde Tätigen ist erfreulich, lässt uns aber nicht ruhen, diesen noch zu steigern.

Die relative Verteilung unserer Mitglieder nach den Tätigkeitsbereichen Praxis, Klinik, Ruheständler und Sonstige (s. Tab. 1) war in den vergangenen Jahren stabil bei steigenden Absolutzahlen.

Der im Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe zu verzeichnende eindrucksvolle Shift von Frauenärzten zu Frauenärztinnen (s. Abb. 2) führt derzeit jährlich zu einer relativen Zunahme der weiblichen Mitglieder von 2 %, bezogen auf die Gesamtheit der Mitglieder. In der Altersgruppe der unter 40-Jährigen beträgt der Frauenanteil bereits 72 %.

## Reorganisation soll den Verband noch schlagkräftiger machen

Um den aktuellen Anforderungen gewachsen zu sein, hat sich der Verband in den vergangenen Jahren einer umfassenden Reorganisation unterzogen, welche sich nach den Prinzipien der lernenden Organisation naturgemäß auch in den Folgejahren dynamisch fortsetzen wird. Effizienz und Schlagkraft des Verbandes sind nur durch ein sinnvolles Zusammenwirken der immens wichtigen Regionalstrukturen mit dem Vorstand und der zentralen Geschäftsstelle in

### Entwicklung der Mitgliederzahlen des BVF

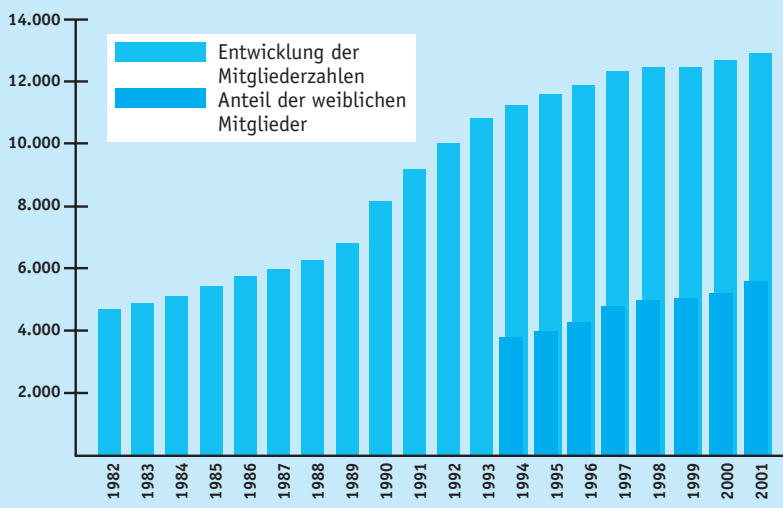


Abb. 1: Die Mitgliederzahlen des BVF von 1982 bis 2001. Ab 1994 ist auch der Anteil der weiblichen Mitglieder eingetragen.

### Mitgliederstruktur des BVF

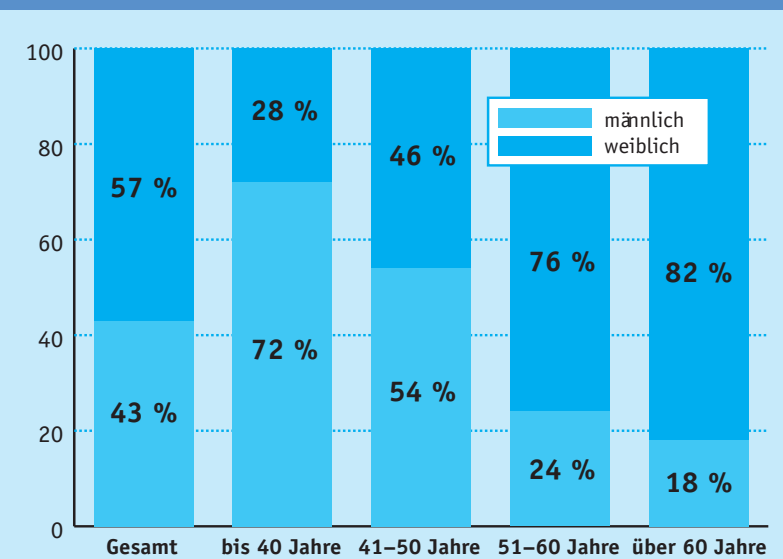


Abb. 2: Mitglieder des BVF nach Altersgruppen und Geschlecht.

Mitgliederstruktur des BVF zum 31.12.2001		
<b>Praxis</b>	<b>7.561</b>	<b>58,93 %</b>
■ Niedergelassene FrauenärztInnen	7.561	
■ (davon BelegärztInnen)	(1.147)	
<b>Klinik</b>	<b>3.390</b>	<b>26,42 %</b>
■ AssistenzärztInnen/AIP	1.761	
■ OberärztInnen	1.021	
■ ChefärztInnen	608	
<b>Ausland/Vertretung/Industrie</b>	<b>232</b>	<b>1,81 %</b>
<b>Nicht (mehr) berufstätig</b> (Ruhestand, Erziehungsurlaub, arbeitslos)	<b>1.647</b>	<b>12,84 %</b>
<b>Gesamt</b>	<b>12.830</b>	<b>100,00 %</b>

Tab. 1: Mitglieder des BVF nach ihrer derzeitigen Tätigkeit.

München zu gewährleisten. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung war die Etablierung zahlreicher Arbeitsgemeinschaften und Kommissionen des Verbandes (s. Abb. 3).

Die mittlerweile zehn hauptamtlichen Mitarbeiter der Verbands-Geschäftsstelle wie auch die eng kooperierende Justiziarin des Verbandes sehen sich dem zeitgemäßen Dienstleistungsdenken verpflichtet und haben mittlerweile unter Nutzung moderner Kommunikationsmedien die Struktur eines sich den wandelnden Anforderungen anpassenden Service-Centers für Mitglieder, Mandats-träger und externe Partner geschaffen.

### Die Verbandsgeschäftsstelle als Service-Center

Als besonders hilfreich erweisen sich die räumliche Nähe zu den Geschäftsstellen der wissenschaftlichen Schwestergesellschaft DGGG und der Frauenärztlichen Bundesakademie, wie auch die örtliche Anbindung an die Pressestelle des Verbandes und unseren die Verbandszeit-schrift realisierenden Partner publimed Medizin und Medien GmbH.

Wir sind sicher, dass sorgfältig geplante Kommunikationsstrategien zur Durch-setzung unserer Ziele immer wichtiger werden und die Bündelung der Kräfte da-her unabdingbar ist.

Wir, die Mitarbeiter der BVF-Geschäfts-stelle, sind stets offen für Verbesse-rungsvorschläge und freuen uns auf Ihre Anregungen.

#### Autor

**Dr. Burkhard Scheele**  
Hauptgeschäftsführer  
des BVF  
Pettenkoferstr. 35  
80336 München

### Aufbauorganisation des BVF

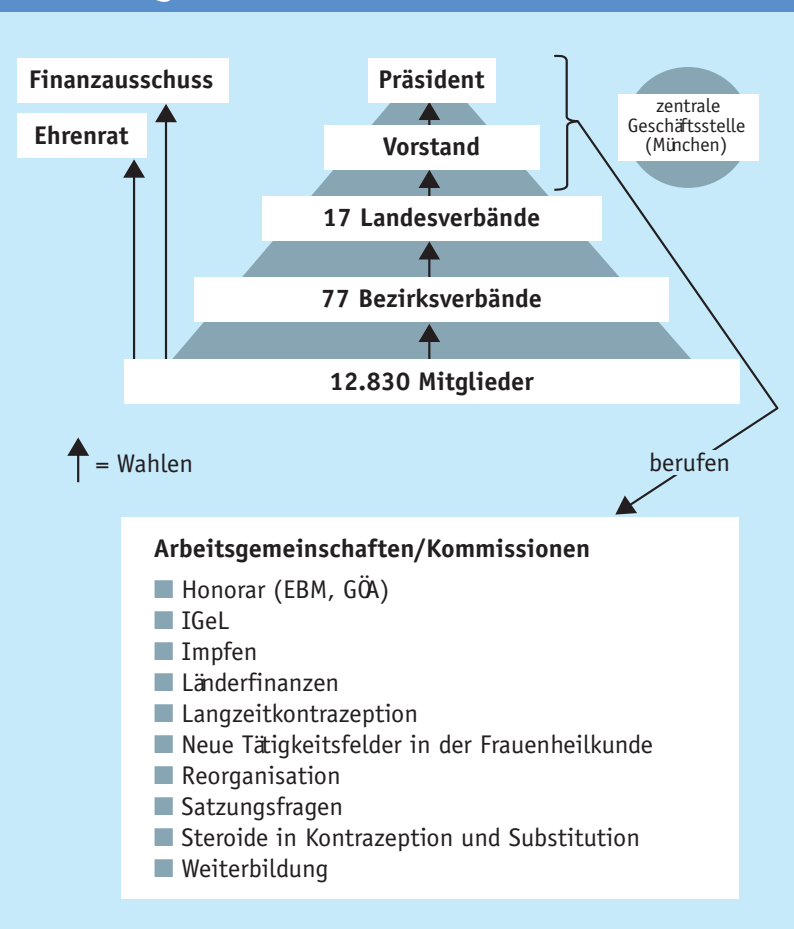


Abb. 3: Die Struktur des Berufsverbandes.



# Das Geschäftsstellen-Team

Die „Schaltstelle“  
in München und  
ihre Mitarbeiter



Dr. Burkhard Scheele, Hauptgeschäftsführer



RAin Claudia Halstrick, Justiziarin



Marion Barth  
Assistentin der Geschäftsführung  
Redaktion FRAUENARZT



Andrea Peger  
Sekretariat FRAUENARZT



Andrea Tittus, Empfang



Christa Dollinger  
Mitgliederverwaltung



Andrea Bartel  
Mitgliederverwaltung und Buchhaltung



Elisabeth Stohmann-Erstling  
Elektronisches Dokumentenmanagement



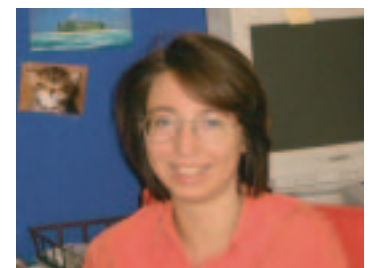
Ursula Roth, Buchhaltung



BVF-Geschäftsstelle München  
Pettenkoflerstraße 35



Gisela Lechner, Sekretariat



Dina Ladu, Sekretariat



# Düsseldorf ruft!

Der Fortbildungskongress der FBA bietet Frauenärztinnen/ärzten ein thematisch breites Spektrum an wissenschaftlichen Vorträgen und Symposien zu besonders drängenden Themen der Gynäkologie und zugleich ein kompaktes Angebot an zerti-

fizierten Fortbildungskursen. Rund 100 Referenten, darunter die führenden Vertreter des Faches, äußern sich zum aktuellen Stand der Disziplin und ermöglichen den Gedankenaustausch und die Diskussion zu den Standards in unserem Fach.

ZUM  
FORTBILDUNGS-  
KONGRESS  
DER



FBA  
FRAUENÄRZTLICHEN  
BUNDESAKADEMIE

28. Februar – 2. März 2002

VORKONGRESS  
27. Februar 2002

CCD. STADTHALLE  
CONGRESS CENTER  
DÜSSELDORF

## HAUPTTHEMEN

### 1. Hormonsubstitution und Krebsrisiko

- Grundlagen der molekularen Wirkung von Steroidhormonen auf gynäkologische Malignome  
*Matthias W. Beckmann, Erlangen*
- Hormonsubstitution und Alternativen nach Mammakarzinom  
*Olaf Ortman, Lübeck*
- Hormonsubstitution nach Uterus- und Ovarialmalignomen  
*Alexander Burges, München*
- Hormonsubstitution nach extragenitalen Malignomen  
*Peter Hillemanns, München*

### 2. Beckenboden – Konsequenz für die Frau

- Die Rektozele:  
Aktueller Stand der Therapie  
*Christian Dannecker, München*
- TVT-Operation – Neuer Standard?  
*Christoph Anthuber, Starnberg*
- Einfluss der vaginalen Geburt auf die anorektale Kontinenz  
*Andree Faridi, Aachen*

### 3. Die Jugendlichen

- Fehlbildungen in der Kinder- und Jugendsprechstunde  
*Andrea Haerty, München*
- Anorexie – Bulimie  
*Mechthild Neises, Hannover*
- Kontrazeption bei Jugendlichen  
*Sabine Anthuber, München*

### 4. Mitglieder fragen – der Vorstand des BVF antwortet

### 5. Onkologie aktuell

- Aktuelle Aspekte des operativ-medikamentösen Behandlungskonzeptes von Frauen mit Ovarialkarzinom unter Einschluss immunologischer Aspekte  
*Marion Kiechle, München*
- Voraussetzungen und Grenzen des Sentinel-Lymphknoten-Konzeptes bei der Behandlung gynäkologischer Malignome  
*Walter Jonat, Kiel*
- Operative Behandlung von viszeralen Metastasen gynäkologischer Karzinome – ein sinnvolles Behandlungskonzept?  
*Patrick Robert Verreet, Krefeld*

### 6. Geburtshilfe

- Cesarean Delivery: Current Issues  
*Stanley Zinberg, Washington – USA*
- Prävention und Therapie der frühen Frühgeburt  
*Klaus Friese, Rostock*
- Thrombophiliediagnostik in der Schwangerschaft – Vermeidung von Schwangerschaftskomplikationen  
*Lothar Heilmann, Rüsselsheim*
- Gestationsdiabetes – Screening und Diagnostik  
*Christof Sohn, Hannover*
- Wieviel Ultraschall-Screening muss sein? Mögliche Konzepte im I. und II. Trimenon  
*Peter Kozlowski, Düsseldorf*
- Arzthaftungsprobleme in der Schwangerschaftsbetreuung und Aufklärungspflicht in der Schwangerschaft  
*Rudolf Ratzel, München*

### 7. Frauenheilkunde und Geburtshilfe aktuell: Sie fragen – Experten antworten

Fragen aus Praxis und Klinik beantworten unter Vorsitz von *Klaus Diedrich, Lübeck* und *Klaus Vetter, Berlin* die Podiumsteilnehmer:  
*Klaus Friese, Rostock*  
*Werner Rath, Aachen*  
*Christof Sohn, Hannover*  
*Wolfgang Holzgreve, CH-Basel*  
*Rudolf Ratzel, München*  
*Marion Kiechle, München*

## FESTVORTRAG

### Embryonale Stammzellen – Klonieren – PID:

Was ist möglich? Was sollte erlaubt sein?  
*Klaus Diedrich, Lübeck*  
*Dietmar Mieth, Tübingen*

Das ausführliche Programm und die Anmeldeunterlagen erhalten Sie bei

Amelie Aengeneyndt  
Kongressorganisation GmbH  
Postfach 31 03 07  
40482 Düsseldorf

Tel. (0211) 47 90-439  
Fax (0211) 47 90-964

info@aakongress.de  
www.aakongress.de

## SYMPOSIEN

### Anti-Aging-Medizin in der frauenärztlichen Praxis *Bernd Kleine-Gunk, Fürth*

### Anti-Aromatase-Wirkstoffe bei der Behandlung von Brustkrebs

- Anti-Aromatase-Wirkstoffe: Ein Überblick  
*Olaf Ortman, Lübeck*
- Früherkennung und Prävention: Welche Rolle können Anti-Aromatase-Wirkstoffe spielen?  
*Ingo Bauerfeind, München*
- Chemoendokrine Therapie: Ein neuer Weg in der neoadjuvanten Behandlung des Mammakarzinoms  
*Christopher Wolf, München*

### Pro und Kontra in der Substitution

- Hormonsubstitution 2002 – müssen wir umdenken?  
*Cosima Brucker, Ulm*
- Antiandrogene Hormonsubstitution in der Postmenopause – ein neuer Aspekt in der HRT  
*Gunther Göretzlehner, Torgau*
- Impact of HRT on Breast Cancer  
*Charles Hammond, Durham NC – USA*

### Der erste Vaginalring in der hormonalen Kontrazeption

- Der Vaginalring: Eine neue Methode zur monatlichen hormonalen Kontrazeption  
*Elisabeth Merkle, Stuttgart*
- Der Vaginalring: Pharmakokinetik, Pharmakodynamik und Klinik  
*Hans Peter Zahradnik, Freiburg*

### Brennpunkt Menopause-Praxis

- Eine Frauengeneration im Wandel  
*Gerti Senger, A-Wien*
- Entscheiden Sie: Was ist „evidence based“?  
*Elisabeth Merkle, Stuttgart*
- Gesund genießen  
*Ute Gola, Berlin*

### Ungewollt kinderlos: Neue Konzepte in der Behandlung der Sterilität

- Ursachen, Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten der Sterilität  
*Thomas Strowitzki, Heidelberg*
- Kinderlosigkeit als menschliches Problem: Psychosoziale Aspekte bei Paaren  
*Christine Büchl, Augsburg*
- Theorie und Praxis der Reproduktionsbiologie  
*Markus Montag, Bonn*

### Innovation in der Hormonersatztherapie

- Zellulärer Wirkmechanismus und Pharmakokinetik der gepulsten Östrogengabe  
*Herbert Kuhl, Frankfurt*
- Effektivität und Verträglichkeit der gepulsten Östrogengabe  
*Thomas von Holst, Heidelberg*
- Die Wahl der Frau: Gepulste Östrogentherapie oder herkömmliche Hormonsubstitution?  
*Thomas Römer, Köln*
- Die Lebensqualität der Frau in der Menopause im Wandel der Zeit  
*Beate Schultz-Zehden, Berlin*

### Fallstricke der neuen KV-Verordnungen aus Sicht eines Prüfartztes

*Walter Dolff, Essen*

## KURSE UND SEMINARE

- K1 Psych**ausgebucht**-rsorgung
- K2 Psychosomatische Frauenheilkunde
- K3 Ultraschall im 1. Trimenon
- S4 Ultraschall im 2. Trimenon
- K5 Ultraschallsimulator – Neue Wege
- K6 Impfkurs – mit Zertifikat
- K7 Mammasonografie
- S8 Vulvasprechstunde
- K9 Infektiologie/Fluordiagnostik
- K10 Akupunktur in der Gyn. für Einsteiger
- K11 Haarwurzelanalyse
- S12 Naturheilkundl. Behandlungskonzept
- S13 Hormontherapien
- S14 Karzinomnachsorge
- K15 Onko-plastische OP – Live Demo
- S16 Stillprobleme in der gynäk. Praxis
- K17 Frühes US-Screening
- S18 Labor-Kurs
- S19 Bedeutung der Anti-Aging-Medizin
- K20 Hysteroskopie
- K21 Ultraschallsimulator
- S22 Einführung in prakt. Akupunktur