



20 Jahre

gemeinsamer BdU Ost-West



BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN UROLOGEN E.V.

Mit freundlicher Unterstützung von



Inhalt

- Seite 4** **Einladung, Programm**
- Seite 5** **Dr. Martin Bloch**
Berufsverband der Deutschen Urologen e. V.
- Seite 6** **Dr. Philipp Rösler**
Bundesministerium für Gesundheit
- Seite 7** **Prof. Dr. med. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe**
Bundesärztekammer
- Seite 8** **Prof. Dr. Wolfgang Weidner**
Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V.
- Seite 9** **Dr. Andreas Köhler**
Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Seite 10** **Dr. Ulrich Oesingmann**
Bundesverband der Freien Berufe
- Seite 13** **Dr. Klaus Schalkhäuser**
Berufsverband der Deutschen Urologen e. V.
- Seite 16** **Einladung zur Gründung BDU Ost**
- Seite 17** **Dr. Wolfgang Zacher**
Berufsverband der Deutschen Urologen e. V.
- Seite 20** **Prof. Dr. Dr. h.c. Bischof em. Wolfgang Huber**
- Seite 30** **Gästeliste**
- Seite 31** **Impressum**



20 Jahre
gemeinsamer BDU
Ost-West

Einladung

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der Wendezeit haben Kollegen der ehemaligen DDR die Initiative ergriffen und ihre berufsständische Vertretung in einem Berufsverband der Deutschen Urologen Ost organisiert.

Mit dem Beitritt der DDR zum Gebiet der BRD im Jahre 1990 trat dieser Verband dem Berufsverband der Deutschen Urologen/BDU e.V. bei, unmittelbar nach dem 3. Oktober auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie in Berlin. Die Urologen waren die erste ärztliche Fachgruppe mit einer gemeinsamen berufsständischen Vertretung.

Das 20-jährige Jubiläum möchte der BDU gemeinsam mit Ihnen in einer Feierstunde begehen. Hierzu lade ich Sie sehr herzlich nach Berlin ein.

Dr. Martin Bloch *Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e. V.*

Programm

Begrüßung

Dr. Martin Bloch, BDU-Präsident

Grußworte

Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, Berlin

Dr. Ulrich Oesingmann, Präsident Bundesverband der Freien Berufe, Berlin

Dr. Klaus Schalkhäuser, Ehrenpräsident des BDU, Dorfen

Dr. Wolfgang Zacher, Ehrenmitglied des BDU, Halle

Den Festvortrag hält

Prof. Dr. Dr. h.c. Wolfgang Huber, Bischof em.

über „Grenzen der Ökonomisierung in der Medizin“

Begrüßung

Meine sehr geehrte Damen und Herren,

20 Jahre gemeinsamer Berufsverband der Deutschen Urologen Ost-West ist der Anlass für diesen Festabend. Die Landesvertretung Sachsen-Anhalt bietet für dieses besondere Ereignis einen angemessenen Rahmen. Überdies ist sie von historischer Bedeutung für uns, da in Halle alles begonnen hat.

Dort trafen sich am 30. Juni 1990 auf Einladung der Kollegen Dr. Zacher (Halle), Dr. Großmann (Potsdam), Dr. Meißner (Greifswald) und Dr. Kuhn im Hörsaal der Urologischen Klinik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg Urologinnen und Urologen aus allen Bezirken der damaligen DDR zur Gründungsversammlung des BDU-Ost.

In der Wendezeit hatten die Kolleginnen und Kollegen erkannt, dass sie ihre Interessenvertretung selbst in die Hand nehmen mussten. Und sie haben dies erfolgreich getan. Der Übergang zu einem gemeinsamen Berufsverband der Deutschen Urologen konnte schon wenige Tage nach Unterzeichnung des Staatsvertrages zum Beitritt des Gebietes der DDR zum Staatsgebiet der BRD vollzogen werden. Der BDU war der erste ärztliche Berufsverband, der gesamtdeutsch handelte.

Was damals in unruhiger Zeit geschah, zeugt davon, dass Ärzte sich eigener Interessen bewusst werden und sie in eigener Verantwortung auch bereit sind, die wirtschaftliche Verantwortung als Angehörige eines freien Berufes zu tragen.

Ein solches eindeutiges Votum für die Freiberuflichkeit des Arztes und die Therapiefreiheit, deren Erhalt oberstes Ziel einer ärztlichen berufsständischen Interessenvertretung sein muss, ist beachtenswert und ein würdiger Grund für unseren Festabend, wie wir ihn heute mit Ihnen gemeinsam feiern wollen.

Im gemeinsamen BDU ist zusammengefügt, was zusammen gehört. Die Integration der Kolleginnen und Kollegen der neuen Länder ist gelungen, das Engagement der hinzugewonnenen Urologinnen und Urologen hat den BDU gestärkt. Ich wünsche mir, dass diese Stärke in der berufsständischen Vertretung unserem Verband auf Dauer erhalten bleibt.

Mit freundlichen Grüßen, Ihr



Dr. Martin Bloch *Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V.*



Dr. Martin Bloch
Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e. V.



Dr. Philipp Rösler
Bundesminister für Gesundheit

Grußwort

Gesundheit hat für alle Menschen zu Recht einen sehr hohen Stellenwert. Deswegen wurde der Entwicklung des Gesundheitswesens in den neuen Ländern nach der Wiedervereinigung eine besondere Bedeutung zugemessen. Die neuen Bundesländer haben nicht einfach das westdeutsche Gesundheitssystem übernommen. Aus Ostdeutschland kamen wegweisende Impulse und positive Erfahrungen, die in die Weiterentwicklung des gesamtdeutschen Gesundheitswesens einfließen.

Mit der heutigen Feierstunde wird daran erinnert, dass Sie, die Mitglieder des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V. (BDU), einer ärztlichen Fachgruppe im wiedervereinigten Deutschland angehören, die sich als erstes zu einer gemeinsamen berufsständischen Vertretung zusammen geschlossen hat.

Somit haben Sie frühzeitig die Erfahrungen aus Ost und West in Ihre Arbeit mit einfließen lassen können, um seit mittlerweile zwei Jahrzehnten in einem wiedervereinigten Deutschland die Interessen Ihres Berufsstandes zu vertreten und dabei Ihren Mitgliedern beratend und informierend zur Seite zu stehen.

Zum 20jährigen Jubiläum der Wiedervereinigung der berufsständischen Vertretungen der Urologen zum Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BDU) gratuliere ich Ihnen herzlich. Für Ihre zukünftige Arbeit wünsche ich Ihnen weiterhin viel Erfolg und eine breite Unterstützung bei der Wahrnehmung Ihrer Aufgaben.

Dr. Philipp Rösler *Bundesminister für Gesundheit*

Grußwort

für die Festschrift 20 Jahre gemeinsamer Berufsverband der Deutschen Urologen in West und Ost

Sehr verehrte Damen, sehr geehrte Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Namen der Bundesärztekammer darf ich Ihnen die besten Wünsche der gesamten Ärzteschaft zur 20-Jahr-Feier des gemeinsamen Berufsverbands der Deutschen Urologen übermitteln und herzlich zu Ihrem Jubiläum gratulieren.

Der Berufsverband der Deutschen Urologen hat mit seiner Gründung gezeigt, wie vorbehaltlos Kollegen aus Ost und West in dem Bewusstsein aufeinander zugegangen sind, vom Wissen und Erfahrungen des anderen profitieren zu können. Herr Dr. Schalkhäuser als damaliger Präsident des Berufsverbands der Deutschen Urologen, den er in fast zwei Jahrzehnten in diesem Amt mit prägte, hat sich besonders für eine schnelle Etablierung eines Berufsverbands der Urologen, der dann in Halle bereits am 30. Juni 1990 gegründet und am 3. Oktober 1990 in den gesamtdeutschen Berufsverband der Deutschen Urologen eingefügt wurde, eingesetzt. Auch die Besetzung der Position des Vizepräsidenten mit dem Kollegen Wolfgang Zacher aus Halle setzte ein deutliches Signal für die Wertigkeit eines gemeinsamen Berufsverbandes.

Der Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. hat sich seither in der Landespolitik einen wichtigen Platz erarbeitet. Seine Impulse und Stellungnahmen sind für die ärztliche Selbstverwaltung ein nicht mehr wegzudenkender Faktor. Für seine Mitglieder bietet er exzellente Fortbildungsveranstaltungen und Informationen zur Berufspolitik sowie Gesundheitspolitik.

Herzlichen Glückwunsch und vielen Dank für die Unterstützung der ärztlichen Selbstverwaltungspolitik, besonders auch an Herrn Dr. Schalkhäuser, der mit seinem langjährigen Engagement wesentlich zur erfolgreichen Arbeit des Bundesverbandes der Deutschen Urologen beigetragen hat.

Ihr



Prof. Dr. med. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe *Präsident der Bundesärztekammer*



**Prof. Dr. med. Dr. h. c.
Jörg-Dietrich Hoppe**
Präsident der Bundesärztekammer



Prof. Dr. Wolfgang Weidner
Präsident der Deutschen
Gesellschaft für Urologie

Grußwort

des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Urologie

20 Jahre gemeinsamer BDU Ost-West – dieses Jubiläum gilt es zu feiern. Die Deutsche Gesellschaft für Urologie begrüßt den frühen Beitritt der Kolleginnen und Kollegen aus dem Gebiet der früheren DDR im Jahr 1990 als wichtigen Meilenstein für eine gemeinsame berufsständische Vertretung in Deutschland. Wir glauben, dass die gemeinsame Arbeit erfolgreich war und die Urologinnen und Urologen in den neuen Bundesländern sich sowohl vom BDU wie auch von der DGU unabhängig von der regionalen Herkunft kompetent und erfolgreich vertreten werden.

Der Berufsverband ist für die wissenschaftliche Gesellschaft ein wichtiger Partner in der täglichen urologischen Arbeit, der erfolgreich die Berufspolitik der Deutschen Urologen steuert und vorwärts bringt. Darüber hinaus ist der BDU unser täglicher Partner im Alltagsgeschäft und begleitet auch unseren diesjährigen Jahreskongress in Düsseldorf mit einer Reihe eigener Veranstaltungen im Programm, wie den Seminaren für niederlassungswillige Kolleginnen und Kollegen, zu DRGs und mit Sitzungen der Arbeitskreises der Belegärzte und Krankenhausärzte. Das diesjährige Berufspolitische Forum von BDU und DGU greift die Zukunft der fachärztlichen Versorgung an der Schnittstelle ambulant/stationär als eines der drängenden Themen für die Zukunft der deutschen Urologie auf. Aus meiner Erfahrung als Präsident und in meiner Sicht nach langjähriger Vorstandarbeit zeigt sich insbesondere in der Vorbereitung für den Deutschen Urologenkongress die organisch gewachsene hervorragende Zusammenarbeit zwischen BDU und DGU, die natürlich auch durch die Arbeit an der Sache und persönliche, freundschaftliche Vertrautheit getragen wird.

Die Deutsche Gesellschaft für Urologie wünscht dem BDU auch für die Zukunft eine erfolgreiche Arbeit, die Kraft für weitere berufspolitische Innovationen, eine erfolgreiche Vertretung berufspolitischer Interessen bei unseren politischen Ansprechpartnern und natürlich die Weiterführung der hervorragenden Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Urologie.

Prof. Dr. Wolfgang Weidner *Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie*

Grußwort

*Sehr geehrter Herr Kollege Bloch,
liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren*

natürlich wäre es meinem Vorgänger im Amt des KBV-Vorsitzenden, Herrn Dr. Richter-Reichhelm, sehr viel leichter gefallen, ein Grußwort anlässlich des 20jährigen Jubiläums der Vereinigung der Berufsverbände für Urologie der ehemaligen DDR und der Bundesrepublik zu schreiben. Schließlich hat er bereits damals aktive Berufspolitik gemacht, und zwar in seinem angestammten Fachgebiet, der Urologie.

Aber auch wenn ich selbst kein Urologe bin, ist es mir eine besondere Freude, dem Berufsverband Deutscher Urologen zu diesem Festtag die besten Wünsche auszusprechen. Denn dieses Fachgebiet ist nicht nur für die Versorgung der Bevölkerung extrem wichtig, es hat auch ganz erheblich zum heutigen Kenntnisstand in der Medizin allgemein beigetragen. Bahnbrechende neue Methoden wurden von Urologen entwickelt und angewandt. Über die Urologie haben viele Innovationen Eingang gefunden in die heutige Regelversorgung. Sie ist ein wichtiger Motor des medizinischen Fortschritts gewesen und wird es auch in Zukunft bleiben.

Vorbild war der Berufsverband Deutscher Urologen auch nach der Wiedervereinigung, denn er war der erste ärztliche Berufsverband, der sich zusammenschloss und damit die Trennung in Ost und West zu überwinden geholfen hat. Zwanzig Jahre nach dieser Wiedervereinigung können wir in fast allen Bereichen feststellen: die Rahmenbedingungen für die ambulante ärztliche Versorgung haben sich mittlerweile weitgehend angeglichen.

Den letzten wichtigen und großen Schritt zu diesem Ziel haben wir mit der Honorarreform erreicht: das Vergütungsniveau differenziert sich nicht mehr nach Ost und West. Dazu hat Ihr Berufsverband in hohem Maße beigetragen! Der Berufsverband Deutscher Urologen ist eine schlagkräftige und überall anerkannte Interessenvertretung der Urologen. Seine Mitarbeit u. a. in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung, der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist unverzichtbar. Denn gerade die Urologen zeichnen sich durch Innovationskraft, große Sachkenntnis und eine hohe Bereitschaft zur Zusammenarbeit aus. Das alles haben Sie oft unter Beweis gestellt.

Auch mit dieser Festveranstaltung, denn sie zeigt einmal mehr, dass es Ihrem Berufsverband darum geht, für eine gute Versorgung in Ost und West einzutreten, Grenzen zu überwinden und an den wichtigen und oft auch schmerzvollen Prozess des Zusammenwachsens zu erinnern. Zu diesem Jubiläum gratuliere ich Ihnen allen ganz herzlich!

Ihr



Dr. Andreas Köhler *Vorstandsvorsitzender Kassenärztliche Bundesvereinigung*



Dr. Andreas Köhler
Vorstandsvorsitzender
Kassenärztliche Bundes-
vereinigung



Dr. Ulrich Oesingmann
Präsident des Bundesverbandes
der Freien Berufe

Grußwort

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

gern bin ich Ihrer Einladung gefolgt und freue mich, mit Ihnen das 20-jährige Jubiläum der Wiedervereinigung des BDU Ost-West feiern zu dürfen. Dies nehme ich gerne zum Anlass, Ihnen allen auch zu gratulieren zu zwanzig Jahren Freiberuflichkeit im Bereich der Urologen. Damit wende ich mich nicht nur an die niedergelassenen, sondern auch an die angestellten Urologen unter Ihnen, denn auch die Freiheit von Diagnose und Therapie zählen für den BFB zu den Charakteristika der Freien Berufe.

Unsere Glückwünsche richten sich an alle Kollegen und Kolleginnen, aber im Speziellen an die Pioniere der ersten Stunde. Die Kollegen im Osten haben mutig neben der Sicherung ihrer beruflichen Existenz und der wirtschaftlichen Existenz ihrer Familien Aufbauarbeit für ein ihnen unbekanntes System geleistet. Ebenso unverzichtbar war das Wirken der Kollegen im Westen, die sich nicht nur dem eigenen Radius gewidmet, sondern die Kreise weiter gezogen haben. Natürlich auch, um das von ihnen gebaute und gelebte System dann auch bundesweit zu etablieren.

Die Einheit war zudem eine Herausforderung an die Leistungsfähigkeit des Systems, in dem wir uns alle als Ärzte ganz selbstverständlich bewegen. In den Wendezeiten ging es zum Wohle der Patienten darum, die Versorgungsstrukturen zu reformieren und sicherzustellen. Die damalige Phase war aber auch eine Bewährungsprobe für die im westlichen Teil Deutschlands etablierten Strukturen und die Leistungserbringer im Gesundheitswesen. Diese prägen die Säule der Freien Heilberufe. Und wie auch in den anderen Säulen, fundamentale Umbrüche wären auch auf das System der Freien Berufe durchgeschlagen. Bewährt hat es sich seit jeher, mit Wurzeln schon in der Antike, aber es musste sich auch durchsetzen lassen.

Dass Sie auch für Ihren Berufsstand diese Strukturen durchgefochten haben, stärkt unser aller Schutzmarke „Freier Beruf“. Die Herausforderung, die Sie zum Motto des Jubiläums gemacht haben, weist deutliche Parallelen auf zu einer Herausforderung an das System der Freien Berufe. Auch in den Gründungsjahren um 1949 ging es darum, nicht unter die Fittiche eines zu starken Staates und zentralistische Steuerung zu gelangen.

Gemeinsam blicken wir auf zwei geschichtliche Zäsuren, bei denen es die besondere Leistung und Eigendynamik der freiberuflichen Strukturen waren, die diese gestärkt und den hohen Wert der Freiheit fortgeschrieben haben. Wir alle sind Garanten einer freiheitlichen Gesellschaft, die die Demokratie und den Rechtsstaat, wie wir sie leben, erst ermöglichen. Unsere freiheitliche Gesellschaft kann es ohne unabhängige, nicht instrumentalisierbare und nicht weisungsgebundene Freie Berufe nicht geben.

Die Freien Berufe konnten sich in der ehemaligen DDR nicht entfalten. Ihre mit der Wende gewonnene Freiheit haben sie ab 1989 dazu genutzt, ihre Praxen, Büros und Kanzleien aufzubauen und ein Netz der Freiberuflichkeit zu spannen, ohne dabei durchgetragen worden zu sein. Eine ungewisse Rechtslage, Honorar- und Gebührenunterschiede zum Westen der gemeinsamen Republik und eine erst beginnende Nachfrage nach freiberuflichen Dienstleistungen waren die Herausforderungen. Zudem haben die Freien Berufe selbst ihre Strukturen angelegt, und Impulse auch für die Gesetzgebung kamen im Wesentlichen von ihnen selbst. Der Einigungsvertrag griff die besondere Rolle der Freien Berufe nicht auf. Fakten schaffen war das Gebot der Stunde auch für Ihren Berufsstand.

Dabei lag keine einfache Wegstrecke vor allen Beteiligten. Auch nicht, wenn man sie mit Blick etwa auf die Ärzteschaft vermisst. Die Zeiten des Verschmelzens habe ich damals als Erster Vorsitzender der KBV miterlebt und mitgestaltet. Schnellstmöglich musste das Gesundheitswesen in den fünf neuen Bundesländern mit dem in den westlichen Teilen verbunden werden. Zur Sicherung der ärztlichen Versorgung war es unser aller, also Ihr Anliegen für Ihren Berufsstand und auch unser Anliegen, die Herausbildung eines Systems freiberuflicher Versorgung zu befördern. Dies aus der Überzeugung heraus, dass der wirtschaftlich unabhängige und nur seinem Gewissen verpflichtete Arzt eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung, die freie Arztwahl und den Schutz der Persönlichkeitsrechte des Patienten sichert. Freiberufliche Strukturen zu etablieren, war eine enorme Aufgabe. Dabei mussten auch ganz praktische Dinge geregelt werden. Gab es ausreichend ausgestattete Praxen, konnten diese genutzt oder gar erworben werden.

Aber natürlich mussten auch strukturelle Fragen geregelt werden. Ein einheitliches Berufsrecht galt es zu schaffen. Vergütungs- und Gebührenfragen bedurften Antworten, Abrechnungsmodalitäten waren zu klären, Elemente der Qualitätssicherung einzuziehen und die berufsständische Versorgung zu organisieren. Als tragendes Element einer freierärztlichen Ärzteschaft galt es aber auch, die Selbstverwaltung als tragendes System unverrückbar zu etablieren. Schon im April 1990 wurde das Magdeburger Übereinkommen über Unterstützung für Abrechnungsstellen für Ärzte in der DDR unterzeichnet. Damit wurde der Grundstein gelegt für Kassenärztliche Vereinigungen auch für die Ost-Kollegen.

Das war kein Export, sondern pure Nachfrage. Gab es anfänglich in den neuen Ländern keine 400 freiberuflich tätigen Kassenärzte, waren Ende 1991 bereits 14.677 Ärzte in eigener Praxis tätig. Binnen eines Jahres haben über zwei Drittel aller Ärzte aus den poliklinischen Einrichtungen in die Niederlassung gewechselt. Das ist ohne romantische Verklärung Sehnsucht nach Freiberuflichkeit in allen Konsequenzen.

Es konnte nie ausreichend beherzte Kämpfer für die Freiberuflichkeit geben. So konnten die Freien Berufe immer auch auf Ihren Berufsstand zählen. Auch Sie haben für unsere gemeinsamen Prinzipien gekämpft, diese eingefordert. Denn es waren in den frühen Stunden kurz nach der Wende und damit noch in der DDR auch Kooperations-Entwürfe im Köcher, die eine Niederlassung in freier Praxis bis auf wenige Ausnahmen unmöglich gemacht hätten. Obacht und Detailkenntnis war gefragt. Denn nicht wenige anderweitige Akteure der Wendejahre echauffierten sich allzu auffällig darüber, dass sie mit sozialistischen Tendenzen verbunden wurden. Schnell hätte das Pendel umschlagen können, in Richtung kommunaler oder staatlicher Gesundheitsreinrichtungen, mit möglichen Dominoeffekten.

Der BDU war stets und ist bis heute ein verlässlicher Mitstreiter auch für die freiberufliche Sache. Stellvertretend darf ich Ihrem jetzigen Ehrenpräsidenten Dr. Klaus Schalkhäuser danken, der die Geschicke des BDU in diesen wichtigen Jahren lenkte. Früh wurde erkannt, dass die Berufskollegen in der DDR Unterstützung brauchten. Sie in den BDU zu integrieren, war oberste Aufgabe. Beherzt wurde gehandelt. Der BDU - DDR - wurde Mitte 1990 gegründet, um dann zeitnah und zügig mit der Wiedervereinigung in den Gesamtverband integriert zu werden. Sie haben den Ost-Kollegen eine Heimat geboten und füllen heute gemeinsam für Ihr Gebiet das System der Freien Berufe mit Leben. In Ihnen allen wissen wir verlässliche Mitstreiter für die gemeinsame Sache und schauen somit zuversichtlich den kommenden Herausforderungen entgegen.



Dr. Ulrich Oesingmann *Präsident des Bundesverbandes der Freien Berufe*

Grußwort

Meine sehr geschätzten Damen und Herren, liebe Gäste unseres Berufsverbandes,

die Deutsche Demokratische Republik feierte im Oktober 1989 mit demonstrativem Aufwand und mit Gästen aus den totalitären Nachbarstaaten ihren 40. Geburtstag - und nur ein paar Wochen später fiel die Mauer. Mit diesem Tag begann nicht nur die Deutsche Wiedervereinigung, sondern auch der europäische Einigungsprozess wurde dadurch vorangetrieben. Die Ereignisse in diesem Jahr fegten die kommunistischen Diktaturen hinweg und führten die Ostblockstaaten auf den Weg zur Demokratie. Viele dieser Staaten sind nun geschätzte Mitglieder der Europäischen Union.

Der Mauerfall am 9. November, diese wohl in der Geschichte einzige friedliche Revolution, war allein der Triumph der DDR-Bürger und ihrer Bürgerrechtsbewegungen.

„Wir sind ein Volk“

Wir - zumindest noch unsere Generation - erinnern uns daran ebenso, wie wir auch die Bilder jubelnder Menschen auf der Mauer am Brandenburger Tor, die Öffnung der Grenzübergänge hier in Berlin und den durch die unzähligen Trabis ausgelösten Verkehrsstau am Kurfürsten Damm stets im Gedächtnis behalten werden.

Diese an diesem Tag zur Einheit aufgeschlagenen Tür, der in die Wiedervereinigung der beiden völkerrechtlich unabhängigen deutschen Staaten mit völlig unterschiedlichen gesellschaftlichen Strukturen einmünden sollte, ließ auf allen Feldern einen hohen Regelungsbedarf erwarten, um das „Zusammenwachsen, was zusammengehört“ tatsächlich auch zu ermöglichen. Insofern bestand natürlich Handlungsbedarf, auch nach Lösungen zu suchen, die sozialen Sicherungssysteme, im Besonderen ein freiheitliches Gesundheitswesen, in einem freiheitlich-demokratischen, vereinigten Deutschland gemeinsam zu gestalten. Dazu sollten und mussten auch die wissenschaftlichen Gesellschaften und ärztlichen Berufsverbände einen Beitrag leisten.

In meiner damaligen Funktion als Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e. V. erhielt ich so mit Datum vom 31. Januar 1990 einen Brief von dem mir seinerzeit unbekanntem Oberarzt der bedeutenden urologischen Klinik Halle/Weidenplan, Dr. Wolfgang Zacher, und ich erlaube mir daraus zu zitieren:

„Die gegenwärtige erfreuliche Entwicklung in Deutschland erfordert aus meiner Sicht auch in unserem Fachgebiet, Lösungen für die Zukunft zu gestalten.“

Nach kurzer und prägnanter Schilderung der urologischen Berufsausübung in der DDR, insbesondere auch mit Hinweisen auf die Einflussnahme des ZK-Mitgliedes der SED, Professor Dr. Mebel, ordentlicher Professor für Urologie an der Charité, bittet er um



Dr. Klaus Schalkhäuser
Ehrenpräsident
Berufsverband der Deutschen
Urologen e. V.



Unterstützung zur Gründung eines Berufsverbandes der Urologen in der DDR und beendet diesen Brief: „*Ich habe die Hoffnung, einen kleinen Beitrag zum Werden einer deutschen Urologenfamilie leisten zu können*“.

Es war durchaus nicht schwierig, dieser ersten Kontaktaufnahme positiv zu begegnen, hatte sich doch unser Verbandspräsidium bereits am 17. Dezember 1989 hier in Berlin intensiv mit der Frage beschäftigt, wie eine optimale urologische Patientenversorgung und eine erfolversprechende Landesvertretung unseres Gebietes in einem vereinten Deutschland, das zumindest zu diesem Zeitpunkt noch in weiter Ferne schien, gestaltet werden könnte. Ein schriftlicher Gedankenaustausch mit Dr. Zacher wurde in den folgenden Wochen fortgesetzt und nachdem er von der Gesellschaft für Urologie der DDR zum Vorsitzenden eines Gründungsausschusses zur Bildung des Berufsverbandes der Deutschen Urologen der DDR gewählt wurde, kam es dann am 23. April 1990 in Berlin zu einem persönlichen Kennenlernen. Dieses Zusammentreffen war geprägt von einem sofortigen gegenseitigen Vertrauen und mündete, ich erlaube es mir hier zu sagen, in eine fortdauernde Freundschaft.

Gemeinsam wurden in den folgenden Wochen die Statuten für den zu gründenden Berufsverband auf der Basis der Satzung unseres Berufsverbandes erarbeitet. Als Termin für die Gründungsversammlung wurde der 30. Juni 1990 im Hörsaal der Urologischen Klinik der Martin-Luther-Universität Halle festgelegt. Dr. Zacher mit den weiteren Mitgliedern seines Gründungsausschusses, den Herren Dres. Großmann, Meißner und Kuhn übernahmen die Organisation und versandten die Einladungen. Zuvor allerdings wurde Dr. Zacher den Mitgliedern unseres Hauptausschusses, dem Beschlussorgan unseres Berufsverbandes, am 25. Mai 1990 in Brüssel anlässlich einer von unserem Verband ausgerichteten Informationsveranstaltung mit dem Titel „Der Arzt in Europa“ ebenso vorgestellt, wie auch den geladenen Vertretern der U.E.M.S.

Zur Gründungsversammlung des Berufsverbandes der Deutschen Urologen der DDR an jenem 30. Juni erschienen 50 Urologinnen und Urologen. Unter Moderation des von den Teilnehmern gewählten Versammlungsleiters Prof. Dr. Klebingat, Greifswald, wurden die vorgestellten Statuten angenommen, Dr. Zacher zum Vorsitzenden sowie die Herren Dres. Richter, Großmann und Barth in den Vorstand gewählt. Darüber hinaus wurde beschlossen, dass die Mitglieder dieses neuen urologischen Berufsverbandes in der DDR mit ihrer Beitrittserklärung dann auch Mitglied des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e. V. bei einer Vereinigung beider Verbände werden.

Soweit die nüchterne Schilderung dieser Gründungsversammlung.

Für mich persönlich war diese Gründungsversammlung das bewegendste Zusammentreffen, das ich bislang erleben durfte. Die Schilderung von Einzelschicksalen, von Urologinnen und Urologen, die sich nicht dem realen Sozialismus beugen wollten und für

ihr Streben nach freiberuflicher Berufsausübung wiederholte Gefängnisstrafen erdulden mussten, wird mir unvergesslich bleiben. Und als dann noch um Mitternacht mit Einführung der DM überall die Flagge der Bundesrepublik gehisst und die Nationalhymne gesungen wurde, hatte ich Tränen in den Augen und war glücklich, nicht in diesem Staat gelebt haben zu müssen.

Nach sehr kurzer Zeit waren die Strukturen des Berufsverbandes der Deutschen Urologen in der DDR aufgebaut, so dass dann auf der BDU-Mitgliederversammlung anlässlich des 42. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Urologie am 27. September 1990 in Hamburg der Zusammenschluss beider Berufsverbände reibungslos und unter großem Beifall mit Wirkung zum 3. Oktober vollzogen werden konnte.

Wo stehen wir heute, 20 Jahre danach?

Die Integration innerhalb unseres Fachgebietes ist gelungen, so behaupte ich. Trotzdem, um die Erfahrungen des je Anderen kennen zu lernen, müssen wir alle noch viel miteinander reden. In Ostdeutschland glauben nicht wenige Menschen, wir Wessis hätten ihnen unsere Systeme übergestülpt, quasi die DDR kolonisiert. Derartigen Argumenten widersprach unlängst Wolfgang Thierse vehement: *„Es war doch das Zusammenkommen eines zusammengebrochenen politisch-ökonomischen Systems und eines ziemlich erfolgreichen politisch-ökonomischen Systems. Bei dem einen musste sich alles ändern, bei dem anderen nicht“*.

In diesen zurückliegenden 20 Jahren wurde aber auch unser Gesundheitssystem durch eine Unzahl von Reformen verändert, und dies nicht immer nur zum Besseren.

Die Wahrung der Freiberuflichkeit und die Unabhängigkeit ärztlicher Berufsausübung haben oberste Priorität unseres gemeinsamen Handelns.

So hat sich auch der 112. Deutsche Ärztetag wohl nicht ohne Grund in diesem Sinne in einer Resolution einmal mehr zur Freiberuflichkeit festgelegt: *„Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf frei aus; sie sind ausschließlich dem Wohl ihrer Patienten verpflichtet“*.

Staatsmedizin mit totalitären Ansätzen darf in Deutschland nie wieder Boden gewinnen.



Dr. Klaus Schalkhäuser Ehrenpräsident Berufsverband der Deutschen Urologen e. V.

E I N L A D U N G

Zur Gründung des Berufsverbandes der Deutschen Urologen (DDR) laden wir Sie herzlich ein.

Die Gründung findet am:

Samstag, dem 30.6.1990 in Halle (Saale), 10.00 s. t.
im Hörsaal der Urologischen Klinik der
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg,
Halle (Saale), Leninallee 16, statt.

Der aufgehobene Zentralismus und die soziale Marktwirtschaft erfordern die Gründung des Berufsverbandes der Urologen in der DDR zur Wahrnehmung und Durchsetzung der Berufsinteressen aller urologischen Kollegen.

Die Geschlossenheit und Stärke des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V. (BDU) der BRD sollte uns Ansporn und Leitlinie sein. Die Vereinigung mit ihm ist unser erklärtes Ziel.

Von den Kollegen aus der Bundesrepublik erhalten wir bereits in der Vorbereitungsphase alle erdenkliche Unterstützung. Beim BDU werden bereits die juristischen Möglichkeiten fixiert, unserem Berufsverband mit Sitz und Stimme in der Zeit vor der Vereinigung die Mitwirkung zu sichern.

Weiteres entnehmen Sie bitte dem beigelegten Satzungsentwurf, über den wir beschließen müssen.

Unsere Interessen können wir nur selbst wahrnehmen. Bilden wir ein gemeinsames Ganzes und fügen dieses in die wachsende berufliche und staatliche Einigung ein.

Wir erwarten Sie zahlreich.

Der Gründungsausschuß
(MR Dr. Zacher, Dr. Großmann, Dr. Meißner, MR Dr. Kuhn)

Halle, den 18.5.1990

Grußwort

Hohe Festversammlung,

im Herbst 1989 schlug die Unzufriedenheit mit dem Leben und der SED-Allmacht in der Bevölkerung der DDR ebenso wie in der Ärzteschaft in Aktionen zur Änderung der Verhältnisse um. In vielen örtlichen Gesprächsrunden und Versammlungen bildeten sich die Keimzellen späterer organisierter Vertretungen der ärztlichen Berufe. Aus ihnen entwickelten sich die Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen und die Berufsverbände.

Wie war die medizinische und damit auch urologische Versorgungslage 1989 in der DDR?

Hier seien exemplarisch einige Beispiele bitterer Realität angeführt:

- Die Dialyseplätze waren so unzureichend in ihrer Anzahl, dass für die chronische Dialyse eine Warteliste bestand. Hatten wir Bedarf für eine akute Dialyse, zum Beispiel für ein akutes Nierenversagen nach großer Nephrotomie wegen Nierensteinen, so erfolgte die Übernahme zur Durchführung nur nach vorheriger Zusicherung, dass keine chronische Behandlung entsteht, da sämtliche verfügbaren Plätze belegt waren. Sonst blieb nur mit behelfsmäßigen Materialien eine Peritonealdialyse.
- Die Versorgung mit der Sonographiegeräten war trotz bemerkenswerter Grundlagenforschung, z.B. in Halle, weit unter dem Bedarf. Mangels eines eigenen Gerätes fuhr einer unserer Oberärzte mit seinem Privat-Pkw die Patienten in ein konfessionelles Krankenhaus, um dort zu sonografieren. Die Punktion erfolgte anschließend in unserer Klinik.
- Heute unvorstellbar, mussten Patienten mit bösartigen Tumoren bis zu einem Vierteljahr auf ein Bett zur Operation warten. Wir hatten überlange Verweildauern, auch weil die ambulante urologische Kapazität nicht ausreichte, es keine nennenswerte ambulante Krankenpflege gab. Pflegeeinrichtungen konnten den Bedarf nicht decken. Eine Kurzzeitpflege war überhaupt nicht vorhanden.
- Die gutartige Prostatavergrößerung ist die urologische Erkrankung schlechthin. Die operative Versorgung erfolgte vorwiegend offen. Die Anzahl der importierten Geräte zur Transurethralen Resektion (TUR) war zu gering und die DDR-Eigenentwicklung kam nicht in den Routineeinsatz. Deshalb mussten viele Patienten mit einem Dauerkatheter versorgt werden. Diese wurden aus dem Nichtsozialistischem Wirtschaftsgebiet (NSW) und damit nicht Bedarf deckend eingeführt. Die Ballonkatheter wurden oftmals wieder verwendet.



Dr. Wolfgang Zacher
Ehrenmitglied
Berufsverband der Deutschen
Urologen e. V.



Teilweise wurden sie nur desinfiziert, da sie nicht dampfsterilisierbar waren. Die zwangsläufig folgenden schweren chronischen Blasenentzündungen konnten mit den verfügbaren Antibiotika häufig nicht behandelt werden. Für die Patienten und Urologen ein unerträglicher Zustand.

- Wir konnten zu Kongressen nur als Mitglieder einer Delegation fahren. Wer kein Reisekader war, hatte keine Chance.

Mit intensiver Fortbildung und kollegialer Zusammenarbeit wurden die manuellen Fähigkeiten für Operationen und Endoskopie so ausgebildet, dass die fachliche Versorgung auch mit Hilfe technischer Improvisation eine solide Basis hatte. Sie bildete die Grundlage des fachlich nahtlosen Übergangs in das freiheitliche System.

Neben anderen Dingen des Alltags war es uns nicht mehr akzeptabel, dass in sozialistischer Gleichmacherei, manche nennen das Gerechtigkeit, keinerlei Leistungsanreiz bestand. Das Entgeltsystem galt für ambulant und stationär Tätige gleichermaßen und hatte gegenüber der Industrie ein niedriges Niveau.

Diese Erfahrungen motivierten uns, die beruflichen Rahmenbedingungen selbst zu beeinflussen und den Demokratisierungsprozess mitzugestalten. Anfang des Jahres 1990 begannen die Evaluierungen in den Betrieben und den Universitäten. Die erste und einzige wirkliche Volkskammerwahl zeichnete sich ab. In diesem Umfeld wurde es einigen Kollegen bewusst, dass in unkoordinierter Organisation unsere Ansprüche an Patientenversorgung und Berufsausübung nicht ausreichend vertreten werden können. Aus dieser Einschätzung ergab sich die Notwendigkeit, einen Berufsverband für die Urologen bei gleichzeitiger Entwicklung der Ärztekammern aufzubauen. Bei einer Wiedervereinigung sollte eine juristisch korrekte und organisatorisch reibungslose Integration möglich sein.

Für diese Aufgabe brauchten wir große Unterstützung. Die Erfahrung, das berufspolitische Wissen, aber auch Papier und Kopiergerät erhofften wir uns vom BDU e.V.

Nach dem brieflichen Kontakt erfolgte der offizielle erst, nach dem die Mitgliederversammlung der Gesellschaft für Urologie der DDR am 22.3.1990 ein Mandat zur Gründung und Aufbau eines Berufsverbandes erteilte und einen Gründungsausschuss wählte, dem ich vorstand. Die Gründungsvorbereitungen machten eine Vielzahl von Treffen und Gesprächen erforderlich, auf die unser Ehrenpräsident Dr. K. Schalkhäuser bereits eingegangen ist

Am 30.6.1990 fand in Halle/Saale unter der Leitung von Prof. Dr. K. - J. Klebingat die Gründung des Berufsverbandes der Deutschen Urologen (DDR) in dem historischen Hörsaal der Chirurgischen Universitätsklinik, an der Volkmann und Voelcker lehrten, statt.

Mehr als 60 Urologinnen und Urologen waren als Gründungsmitglieder anwesend. Meine Wahl zum Präsidenten und die Einführung der Sozialunion als ersten Schritt zur Wieder-

vereinigung erzeugten eine mir bis dahin unbekannte emotionale Gefühlslage. In diesem Glücksgefühl war auch die Dankbarkeit, diesen Augenblick erleben zu dürfen.

An dieser Stelle ist es mir ein dringendes Bedürfnis, den zahlreichen Kollegen in Ost und West für die großartige Unterstützung, die Hilfe und die Beratung im Namen aller Mitglieder des Berufsverbandes der Deutschen Urologen zu danken. Eine namentliche Aufzählung der Adressaten von Präsidium, Hauptausschuss und DGU würde den Rahmen dieser Veranstaltung sprengen. Pars pro toto seien der damalige Ehrenpräsident Prof. Dr. W.Knipper und der heutige Ehrenpräsident Dr. K. Schalkhäuser genannt.

Noch einmal allen vielen Dank!

Bis zum 8.9.1990 wurden in allen 5 neuen Ländern der DDR die Landesverbände gegründet und arbeitsfähige, satzungsgemäße Vorstände gewählt. Damit waren die Strukturen deutschlandweit aufgebaut. Über sie wurden in der Folgezeit unzählige Veranstaltungen zur Erlangung des Sonografiezertifikats, der Fachkunde in der Labordiagnostik bis zum Anti-biogramms durchgeführt. Die Vermittlung von Kenntnissen der Abrechnung, der Inhalte der Sozialgesetzgebung, Wissen zur Existenzgründung usw. erfolgte mit großem Einsatz.

Der vorhandene hohe fachliche Kenntnisstand und die genannten Aktivitäten waren meiner Meinung nach die Grundlagen für einen komplikationsarmen, urologischen Wechsel von der Planwirtschaft in die soziale Marktwirtschaft mit einer freien verfassten Ärzteschaft.

Mit der Satzungsänderung des BDU e.V. und der Wahl am 27.9.1990 in Hamburg waren die letzten Voraussetzungen geschaffen worden, dass am 3. Oktober 1990 um 0.00 Uhr die deutschen Urologen als erste Berufsgruppe einen gemeinsamen Berufsverband rechtskräftig und flächendeckend im wiedervereinten Deutschland hatten.

Das war vor 20 Jahren und ist für uns heute ein Anlass zu feiern.

Mit großer Dankbarkeit blicke ich auf diese Zeit zurück und bin auch ein wenig stolz, dass es mir vergönnt war, im Kreise hervorragender urologischer Kolleginnen und Kollegen und Freunden einen Teil des Weges in die Einheit mitgestalten zu dürfen.

Halten wir alle die Vergangenheit wach, damit das Erreichte geschätzt und aktuelle Aufgaben ohne die Fehler der Geschichte gelöst werden können.



Dr. Wolfgang Zacher Ehrenmitglied Berufsverband der Deutschen Urologen e. V.



**Prof. Dr. Dr. h.c. Bischof em.
Wolfgang Huber**

Festvortrag

zur Jubiläumsveranstaltung „Zwanzig Jahre Berufsverband der Deutschen Urologen“

Solidarität und Eigenverantwortung – Perspektiven für ein gerechtes Gesundheitswesen

I. Worum geht es?

Im Jahr 2008 betragen die Gesundheitsausgaben in Deutschland 263 Milliarden Euro oder 10,5 Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Im Jahr 2009 stieg der Anteil infolge der Wirtschaftskrise auf über 11 Prozent an. Im zurückliegenden Jahrzehnt wuchsen die Ausgaben in diesem Bereich um ungefähr dreißig Prozent, während die durchschnittlichen Arbeitnehmerentgelte im gleichen Zeitraum nur um 6,6 Prozent zunahmen.

Diese ebenso einfachen wie eindrucksvollen Zahlen belegen zweierlei zugleich. Zum einen: Die Gesundheitsausgaben stellen einen erheblichen Wirtschaftsfaktor dar; sie verbinden sich demgemäß mit starken, einflussreichen Interessen. Und zum andern: Ihr Anteil am Bruttoinlandsprodukt lässt sich nicht beliebig vermehren, zumal diese Kosten im Wesentlichen aus Kassenleistungen und staatlichen Leistungen getragen werden, das Phänomen „knapper Kassen“ sich also gerade in diesem Bereich mit voller Wucht auswirkt.

Die Frage, was Gerechtigkeit im Bereich des Gesundheitswesens bedeutet, zieht deshalb schon seit längerer Zeit verstärktes Interesse auf sich. Dabei wird die Gerechtigkeitsfrage in der öffentlichen Debatte in der Regel vor allem auf die Empfänger von Gesundheitsleistungen bezogen. Die Befürchtung, dass es zu einer Rationierung von Gesundheitsleistungen kommen kann, bestimmt diesen Teil der Debatte ebenso wie die Frage, welcher Beitrag zur Absicherung von Gesundheitsleistungen und Krankheitskosten dem einzelnen zugemutet werden kann.

Aber die Gerechtigkeitsfrage betrifft auch diejenigen, die Gesundheitsleistungen erbringen: Ärzte und Pflegekräfte, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen, Apotheken und nicht zuletzt die Pharmaindustrie. Den häufig umgangenen Kern der Gerechtigkeitsfrage sehe ich indessen darin, ob eigentlich mit den zur Verfügung stehenden Mitteln das Optimum an gesundheitlicher Vorsorge und Versorgung erbracht wird – oder ob ein Teil dieser Mittel effektiver eingesetzt werden könnte.

Unsere Versicherungssysteme hängen im Kern von den Beiträgen aus Erwerbsarbeit ab. Die demographisch bedingten Verschiebungen zwischen Erwerbsbevölkerung und Versorgungsempfängern wirken sich massiv auf das Gesundheitssystem aus. Mit ihnen

verbindet sich die Frage, ob im Gesundheitssystem Ausgaben enthalten sind, die ohne einschneidende Qualitätsverluste eingespart werden können, ob es also sogenannte Rationalisierungsreserven gibt.

Doch die aktuellen Diskussionen reichen weiter. Es geht um das Verhältnis von Eigenverantwortung und Solidarität im Gesundheitssystem, um die Spannung zwischen Patientenautonomie und staatlicher Fürsorge, um die Entwicklung der Arbeitsgesellschaft im demographischen Wandel. Es geht in all dem um die Frage, welche Leistungen auf Dauer von der Solidargemeinschaft übernommen werden können und in welchem Maße das Beitragssystem durch Steuerfinanzierung gestützt, ergänzt oder auch ersetzt werden muss.

Unterschiede in der Versorgung werden gern auf den Begriff einer Zwei-Klassen-Medizin gebracht, in der die wachsende soziale Ungleichheit auch auf das Gesundheitswesen durchschlage. Ob die faktisch vorhandenen Unterschiede mit dem „Klassen“-Begriff gut beschrieben sind, kann man bezweifeln. Aber mit Ungleichheiten haben es Patienten ebenso zu tun wie die im Gesundheitswesen Tätigen, besonders die Ärzte. Unterschiedliche Bedingungen für niedergelassene Ärzte und Klinikärzte, unterschiedliche Bedingungen zwischen Ost und West, aber auch zwischen den verschiedenen Fachrichtungen sind mit Händen zu greifen.

Andere Fragen stehen eher im Schatten. Der mangelnde Zugang von Familien in Armut zur Gesundheitsvorsorge oder die Situation von Kinderarztpraxen in Brennpunktstadtteilen, die gesundheitliche Lage von Illegalen oder die Unterversorgung von älteren Frauen, die Betreuung chronisch Kranker oder die beunruhigenden Dimensionen von Demenzerkrankungen: solche Herausforderungen betreffen nicht nur die Strukturen unseres Gesundheitssystems oder die Systematik von Leistungsentgelten. Hier geht es vielmehr um die tragenden Grundsätze von Gesundheitspolitik, also um elementare ethische Fragen.

Unsere Zukunft ist geprägt vom demografischen Wandel. Wenn wir die gleiche Art von Gesundheitsvorsorge und -versorgung in die Zukunft verlängern, werden wir nach kurzer Zeit den doppelten Aufwand haben, um das System zu finanzieren. Das gilt insbesondere angesichts der wachsenden Jahrgänge älterer Menschen, die vierzehn Arztbesuche im Jahr tatsächlich brauchen - insbesondere zu Zwecken der Prävention, also um dem Gemeinwesen nicht noch größere finanzielle Lasten aufzubürden.

II. Grundentscheidungen

Die aktuellen Debatten zeigen deutlich, dass die Gesundheitsversorgung es nicht nur mit fachlichen Entscheidungen und politischen Rahmenbedingungen, sondern auch mit kulturellen Einstellungen, ethischen Haltungen und religiösen Überzeugungen zu tun hat. Es geht ganz unmittelbar um grundlegende Werte unserer Gesellschaft.

Gesundheit ist nicht einfach ein Wirtschaftsgut, das gehandelt und gekauft werden kann. Gesundheit hat es mit dem Leben und der Lebensqualität des einzelnen zu tun. Und sie gehört zugleich zu den herausragenden Gemeinschaftsgütern, an denen auch die Wohlfahrt des Gemeinwesens hängt. Wir sehen es als ein elementares Menschenrecht an, dass niemand aus dem Mangel an finanziellen Möglichkeiten vom Zugang zu den für ihn notwendigen Gesundheitsleistungen ausgeschlossen wird. Daraus ergibt sich die staatliche Verantwortung für ein tragfähiges Versicherungswesen, für einen hohen Stand der Gesundheitspflege und für ein gut funktionierendes System gesundheitlicher Versorgung. Es ist eine gemeinsame Verantwortung, dass diese wichtige Institution des gemeinsamen Lebens zukunftssicher gemacht wird. Nur Regelungen, die dem Gebot der Nachhaltigkeit genügen, können auf Dauer der Gerechtigkeit dienen.

Welchen Rang wir dieser Aufgabe zuerkennen, hängt auch von der Haltung ab, in der wir mit einer Grundspannung unserer kulturellen Tradition umgehen. Denn in unserem Ethos sind zwei Grundlinien miteinander verbunden, die sich auf das griechische und auf das biblische Bild vom Menschen zurückführen lassen.

Das griechische Bild eines Menschen, der durch arete, durch gelingendes Leben ausgezeichnet ist, orientiert sich an der gesunden, ja makellosen Person, wie sie in den Statuen von Phidias oder Praxiteles in einer uns heute noch unmittelbar anrührenden Weise dargestellt ist. Die Vorstellung von menschlicher Würde orientiert sich an der Person, in der sich Qualität der Leistung und Anmut des Körpers miteinander verbinden, also in der unmittelbaren Verbindung des Guten und des Schönen.

Die biblische Tradition dagegen verbindet die Überzeugung, dass Gott den Menschen zu seinem Ebenbild geschaffen hat, dass der Mensch also nur „wenig niedriger“ ist als Gott (Psalm 8), mit einer ausdrücklichen Hinwendung zum Leidenden, Kranken, der Hilfe Bedürftigen. Dass der Mensch ein empfindsames, verletzliches, auf die Hilfe anderer angewiesenes Wesen ist, tritt in der biblischen Tradition markant hervor. Die große Hiobserzählung, die Klagepsalmen, die Lieder vom Gottesknecht und schließlich Jesus als Schmerzensmann: all diese großen Texte stellen uns die Würdigung des Leidenden vor Augen. Unserer Kultur ist von hier aus eine Haltung eingestiftet, die dem Leidenden und Kranken dieselbe Würde zuerkennt wie dem Gesunden und Erfolgreichen.

Dass damit nicht eine Verherrlichung oder auch nur eine Verharmlosung des Leidens gemeint ist, zeigt sich in den ursprünglichen Urkunden der christlichen Tradition am deutlichsten darin, dass dieses Leiden nicht akzeptiert, sondern, wo immer möglich, überwunden wird. Das Wirken Jesu wird in den Evangelien ganz besonders durch die Heilung Kranker und die Integration Behinderter beschrieben. Der alte Begriff des „Heilands“, den wir nur noch selten verwenden, erinnert daran, dass Heil und Heilung nicht voneinander zu trennen sind.

Das biblische Urbild von Solidarität ist das Gleichnis vom barmherzigen Samariter. Auch der verletzte Fremde am Wegesrand soll gerettet und gesund gepflegt werden. Dass Krankheiten und Behinderungen nicht zu Ausschluss und Verarmung führen, dass Menschen nicht resignieren, sondern sich aufrichten und nach ihren Möglichkeiten weiter beteiligen können, ist für alle wichtig – auch für die Gesunden. Denn nur dann hat die gleiche Würde aller Menschen praktische Konsequenzen. Wer bereit ist, das eigene Tun zu unterbrechen und sich von einem Hilfesuchenden aufhalten zu lassen, kann dabei auch den eigenen Ängsten ins Auge zu sehen, sich der eigenen Verletzlichkeit stellen und sein Leben verändern. In der Begegnung von Starken und Schwachen liegen Kräfte, von denen die nichts ahnen, die bis dahin gesund und fit durchs Leben gegangen sind.

Die Spannung zwischen den beiden geschilderten Menschenbildern ist tief in unserem kulturellen Bewusstsein verankert. Das olympische, leistungsorientierte Ideal ist ein kräftiger Anstoß für die Bereitschaft, sein Bestes zu geben und seine Gaben zu entfalten. Das jesuanische Ideal, das den leidenden Menschen würdigt, gibt unserem Menschenbild und unserem Wertesystem eine tiefe und echte Humanität. Es ist an der Zeit, dass wir die Spannung wie die Zusammengehörigkeit dieser Haltungen wieder entdecken und in unser Mit-einander einbringen, das Gesundheitswesen eingeschlossen. Die entscheidende Grundlage des Gesundheitswesens besteht darin, dass Kranke die gleiche Würde haben wie Gesunde und dass zugleich allen der Zugang zu Gesundheit und Lebensqualität so weit wie möglich offen stehen soll.

Daraus ergeben sich grundlegende Weichenstellungen für die Gestaltung des Gesundheitswesens. Ich nenne beispielhaft einige dieser Weichenstellungen.

- Der Zugang zum Gesundheitssystem darf nicht von Einkommenssituation oder Herkunft, Alter oder Geschlecht abhängig sein. Die gesamte Bevölkerung muss Zugang zur notwendigen gesundheitlichen Versorgung haben.
- Gesundheitliche Versorgung muss ganzheitlich ausgerichtet sein; sie muss über die einzelne Diagnose hinaus die gesamte Lebenssituation des Patienten im Blick haben.
- Die Betreuung bei chronischen Krankheiten und die palliative Pflege brauchen nicht nur unmittelbar finanzielle, sondern auch zeitliche Ressourcen von Professionellen, Familien und Nachbarschaften.
- „Curing“ und „Caring“ müssen ins Gleichgewicht kommen. Wo möglich, geht es darum, Krankheiten zu heilen; in anderen Fällen geht es darum, Menschen zu helfen, mit ihrer Krankheit möglichst gut am Leben teilzuhaben. Damit das gelingt, braucht insbesondere die Pflege eine neue Wertschätzung.
- Selbstbestimmung und Fürsorge gehören zusammen. Das zeigt sich gerade im Blick auf das Sterben der Menschen. Menschen im Sterben zu begleiten, ist etwas anderes, als das Leben um jeden Preis zu verlängern.

- Partnerschaftliche Beziehungen zwischen Patienten, Ärzten und Pflegenden sind notwendig, um Eigenverantwortung und Sorge für sich selbst zu stärken.

III. Gerechtigkeit – Solidarität – Barmherzigkeit

Im Blick auf die Gerechtigkeit im Gesundheitswesen gibt es drei Hauptakteure.

Der erste Hauptakteur bin ich selbst: Ich vermeide nach Möglichkeit Situationen, durch die ich unnötigerweise Gesundheitskosten erzeuge, und unternehme für meine eigene Gesundheit, was ich selbst tun kann. Ich folge selbst dem Grundsatz, dass Prävention den Vorrang vor Heilung hat, und gehe mit Gesundheitsleistungen verantwortlich, also auch sparsam um. Auch die unmittelbare Hilfe in Familie und Nachbarschaft sollte in diesem Zusammenhang in Erinnerung gerufen und gewürdigt werden.

Der zweite Hauptakteur sind all diejenigen, die im Gesundheitswesen tätig sind. Sie konzentrieren sich auf die notwendigen Leistungen, vermeiden unnötige Kosten durch Doppeluntersuchungen oder ähnliche Vorgänge und stellen auch den Wettbewerb in den Dienst der Kosteneffizienz.

Der dritte Hauptakteur ist das Gemeinwesen – sowohl in Gestalt der Kassen, die zum verantwortlichen Umgang mit Beiträgen verpflichtet sind, als auch in Gestalt des Staates, der zur langfristigen und nachhaltigen Vorsorge verpflichtet ist.

Alle drei Akteure tun dies zunächst aus Gesichtspunkten der Gerechtigkeit. Eigenverantwortung dient der Gerechtigkeit, indem sie dazu beiträgt, dass knappe Mittel für mehr Menschen reichen können. Verantwortliches berufliches Handeln im Gesundheitswesen dient der Gerechtigkeit, weil es zur gerechten Verteilung knapper Ressourcen beiträgt. Die staatlich organisierte Versorgung und Vorsorge dient der Gerechtigkeit, weil sie der Verpflichtung auf die gleiche Würde aller Menschen entspringt. Denn zu ihr gehört die gleiche Vorsorge für die Gesundheit aller ohne Ansehen der Person – für die Armen wie für die Reichen.

So zu handeln, wird verstärkt durch Motive der Solidarität, also der Bereitschaft, wechselseitig füreinander einzutreten. Wer Eigenverantwortung wahrnimmt, verstärkt dadurch den Spielraum der Solidarität. Wer sich aus freien Stücken um Kranke kümmert, stärkt damit eine Atmosphäre solidarischen Helfens, ohne die unsere Gesellschaft arm dran wäre. Wer sich einem ärztlichen oder pflegenden Beruf widmet, ist dabei in aller Regel durch ein Solidaritätsmotiv bestimmt. Ohne das Mitgefühl mit leidenden Menschen und ohne die Mitfreude darüber, dass ihre Gesundheit erhalten oder wieder gewonnen werden kann, ohne die Empathie mit Menschen auf dem Weg des Sterbens ist eine überzeugende Ausübung dieser Berufe nicht vorstellbar. Angesichts der Belastungen, die mit diesen Berufen verbunden sind, gilt das erst recht.



Über die Motive der Gerechtigkeit und der Solidarität hinaus wird angesichts von Krankheit und Sterben immer wieder das Motiv der Barmherzigkeit wirksam, also die Bereitschaft, sich für andere einzusetzen, ja hinzugeben, ohne auf Gegenleistungen zu warten oder zu achten. Solche nicht erwartbare und nicht berechenbare Nähe zum Leidenden gehört zu den Geheimnissen der Humanität. Immer wieder leuchtet das auf: in der Bereitschaft, Menschen nahe zu sein, ihnen die Hand zu halten, ihnen auf einem Weg aus dem Krankenhaus heraus zu helfen, ihnen beizustehen auf der letzten Strecke ihres Lebens.

IV. Transparenz und Vertrauen

Der Zusammenklang von Gerechtigkeit, Solidarität und Barmherzigkeit, den ich mit diesen wenigen Strichen gekennzeichnet habe, wird bisweilen empfindlich gestört. Unerbittlich werden wir darauf gestoßen, dass wir es im Gesundheitswesen mit großen Zusammenballungen von wirtschaftlicher Macht zu tun haben, die über weit mehr als eine viertel Billion Euro jährlich verfügen. Zweifelnd wird gefragt, ob diese Verfügungsmacht primär an der Gesundheit der einzelnen oder an einem möglichst großen Anteil an diesem gigantischen Kuchen orientiert ist.

Solche Zweifel sind beunruhigend, weil das Gesundheitswesen in einem noch viel höheren Maß als viele andere Gesellschaftsbereiche von Vertrauen abhängig ist. Denn kaum etwas ist uns als einzelnen näher als die Gesundheit, diese Frage auf Leben und Tod. Kaum etwas gefährdet das Vertrauen in die beteiligten Akteure mehr als das Gefühl, dass es genau hier an Transparenz und Verlässlichkeit fehlt.

Wir können verstehen, was mit unserer Gesundheit passiert, wenn wir dem Menschen, der es uns erklärt, Vertrauen entgegenbringen. Wir werden es nicht verstehen und deshalb nicht wissen, ob für uns etwas Gutes geschieht, wenn wir meinen, Gründe zum Misstrauen zu haben. Es geht um eine Vertrauensbeziehung in einer zentralen Frage unseres Lebens. Zu diesem Vertrauen gehört, dass ich dem Partner zutraue, dass Gesundheit für ihn nicht nur ein Wirtschaftsgut ist, sondern ein hoher Wert, der mit der Würde der menschlichen Person zusammenhängt.

Es ist von zentraler Bedeutung, dass gerade die mit der Gesundheit beschäftigten Berufe dieses Vertrauen auch in die Zukunft hinein sichern können. Deswegen ist es notwendig, dass gerade in diesem Bereich Transparenz und Wahrhaftigkeit herrschen. Wettbewerb kann diesen Zielen dienen, wenn er klar geregelt und damit auch begrenzt ist. Wo Prioritätensetzungen oder Leistungsbegrenzungen notwendig sind, braucht es dafür klare Gründe und eine klare Durchschaubarkeit für jedermann. Die notwendigen Schritte im Gesundheitswesen werden ohne eine offene und nachvollziehbare Diskussion über die notwendigen Veränderungen nicht gelingen.

Bisher ist es freilich in der Gesellschaft wie im Parlament. Der größte Teil der Diskussionen ist nur für einen kleinen Kreis von Experten nachvollziehbar. Semantische Verschleierungen tragen dazu das Ihre bei. Wenn Krankenkassenbeiträge in Gesundheitsprämien umdefiniert werden, erwarten Menschen, dass sie Prämien erhalten, weil sie gesund leben; in Wahrheit werden sie in einer Weise zur Kasse gebeten, die von ihren Einkommensverhältnissen unabhängig ist. Dass die Verunsicherung der Betroffenen zum System erhoben werden kann, hat das Informationsdesaster zu den Zusatzbeiträgen zur Krankenversicherung im Lauf dieses Jahres exemplarisch gezeigt. Die Einsicht, dass gerade in diesem Bereich Transparenz und Vertrauen auf dem Spiel stehen, hat sich leider noch immer nicht durchgesetzt.

V. Gesunde Verhältnisse

Erneut ist der leitende Grundgedanke einfach und klar: Die Solidarsysteme der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung folgen dem biblischen Prinzip „Einer trage des anderen Last“. Sie beruhen nicht nur auf einer wechselseitigen Absicherung Gleicher, sondern ebenso auf der Solidarität der Gesunden mit den Kranken, der Starken mit den Schwachen. Es geht darum, die großen finanziellen Risiken im Fall von Krankheit und Pflegebedürftigkeit verlässlich aufzufangen.

Dabei ist vorausgesetzt, dass jeder nach Möglichkeit für sich selbst sorgt und dass Familien und Freunde füreinander da sind. Ein totales Versorgungssystem, das Selbst- und Nachbarschaftshilfe erübrigen würde, war nie intendiert und ist nicht zu finanzieren. Eigenverantwortung und Solidarität schließen einander nicht aus, sondern gehören zusammen. Die allgemeine Einsicht, dass eine Gesellschaft auf Dauer nur dann die Kraft zur Solidarität aufbringt, wenn die Einzelnen das ihnen Mögliche selber tun, gilt gerade für das Gesundheitswesen.

Der Grundsatz „Einer trage des andern Last“ hat sich in der christlichen Diakonie vielfach Ausdruck verschafft und von dort aus Eingang in die Strukturen des Sozialstaats gefunden. Diese Tradition droht allerdings zu verblassen, wenn wir im Wesentlichen medizinisch-technisch und ökonomisch über Gesundheit sprechen. Dann freilich ist die Folgerung nahezu unausweichlich, dass Gesundheitsleistungen nach der individuellen Finanzkraft zugeteilt werden. Wer das nicht will, ist gut beraten, sich an die tragenden Werte unseres Gesundheitssystems zu erinnern.

Auch ein Solidarsystem kann nicht beliebig große Lasten tragen. Wo die Grenzen der Aufwendungen für Krankheit und Gesundheit liegen, wird damit zu einem Schlüsselthema. Die Frage heißt deshalb: Was ist das medizinisch Notwendige und an Hand welcher Maßstäbe muss es definiert werden? Aus ethischer Perspektive sind Rationierungen im

Gesundheitswesen, durch die bestimmte Gruppen von Patienten von bestimmten Leistungen ausgeschlossen werden, nicht zu akzeptieren. Starre Altersgrenzen für bestimmte medizinische Leistungen werden in Deutschland zu Recht abgelehnt, obwohl sie in anderen Ländern bereits üblich sind. Vielmehr müssen Menschen die Leistungen erhalten, die medizinisch notwendig ist; die Wahl der Mittel soll unter dem Gesichtspunkt erfolgen, dass sie tatsächlich gesundheitsfördernd sind; und die Kosteneffizienz ist zu beachten.

Die Frage, worin die angemessene therapeutische Versorgung eines Kranken besteht, stellt sich angesichts der wachsenden Schere zwischen den Möglichkeiten der Hochleistungsmedizin und einer älter werdenden Bevölkerung unausweichlich. Es handelt sich um eine ökonomische Frage, insofern das Budget für solidarische Gesundheitsleistungen mit den Möglichkeiten eines wachsenden Gesundheitsmarkts nicht Schritt halten kann. Aber es handelt sich auch um eine politische und mentale Frage, insofern es darum geht, was die Mehrheit bereit ist, für die Versorgung Hilfe- und Pflegebedürftiger aufzubringen. Wenn wir die Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitssystems und die Versorgung auf einem hohen medizinischen und pflegerischen Niveau nicht preisgeben wollen, muss die Verantwortungsbereitschaft aller gestärkt werden. Auch hier gilt, dass diejenigen, die von ihrer Einkommens- und Vermögenssituation kräftige Schultern haben, ihren Beitrag zur Solidargemeinschaft leisten müssen, sei es über Beiträge oder über Steuern.

Eine wichtige Aufgabe besteht darin, ökonomische Reserven im System zu nutzen, um trotz gewachsener Möglichkeiten und Ansprüche Kostensteigerungen begrenzen zu können. Einschlägige Untersuchungen sprechen davon, dass ohne Qualitätseinbußen zwanzig Prozent der Aufwendungen in unserem Gesundheitswesen eingespart werden könnten. Dabei geht es um den Preis von Medikamenten und die Gewinnspannen der Pharmaindustrie. Um vermeidbare Doppeluntersuchungen geht es und um Therapien, die vorsorglich eingesetzt werden, obwohl ihre Wirkung ungewiss ist.

Die Management-Logik, die insbesondere mit der Einführung von DRGs in den Krankenhäusern Einzug gehalten hat, war gewiss im Stande, manche solcher Rationalisierungsreserven zu heben; aber sie hat auch ihre Grenzen. Wenn Genesende aus betriebswirtschaftlichen Gründen zu früh nach Hause entlassen werden, aber die notwendige Anschlussversorgung aus Kostengründen nicht erhalten, ist offenbar eine Grenze überschritten.

Deshalb ist es jetzt an der Zeit, ganzheitliche Behandlungsabläufe besser zu sichern. Neue Modelle integrierter Versorgung zeigen, wie überfällig eine möglichst nahtlose Abstimmung zwischen stationärer und ambulanter Pflege und eine entsprechende Abstimmung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung sind. Die Abstimmung zwischen den Ebenen der allgemeinmedizinischen und der fachärztlichen Praxen ist dafür genauso wichtig wie die Abstimmung zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich. Der

Ausbau medizinischer Versorgungszentren kann für solche ganzheitlichen Behandlungsabläufe eine wichtige Rolle spielen.

Hoch problematisch wird das Diktat der Ökonomie vor allem dann, wenn nur noch technisch planbare Leistungen in die Kalkulation eingehen. Denn menschliche Zuwendung wird damit stillschweigend vorausgesetzt und muss von Ärzten und Pflegekräften aus eigenem Antrieb erbracht werden; die Gefahr, dass sie unter wachsendem Zeitdruck zerrieben wird, ist groß. Wenn die Zuwendung zu Kindern auf der Kinderstation oder das Gespräch mit Krebspatienten oder Sterbenden nicht mehr in die Fallkalkulation aufgenommen werden, muss man sogar von schwerwiegenden Qualitätsmängeln sprechen. Pflegende, die ihren Beruf als Fürsorge- und Beziehungsarbeit verstehen, werden dadurch zutiefst demotiviert. Nicht anders ist es beispielsweise, wenn junge Ärztinnen und Ärzte durch überlange Nachtdienste bei mäßiger Bezahlung so überbeansprucht werden, dass sie gar nicht mehr die Leistung erbringen können, die man von ihnen erwartet.

Wenn nur noch der ökonomische Blick das Handeln bestimmt, nimmt das Gesundheitssystem schweren Schaden. Wenn im Kampf um bessere Bedingungen die eine Gruppe im Krankenhaus gegen die andere ausgespielt wird, hat das für das Klima der Krankenbetreuung entsprechend gravierende Folgen. Im ärztlichen Interesse liegen eben nicht nur die eigenen Arbeitsbedingungen und Vergütungen, sondern ebenso die Situation der Pflegenden. Hat man nicht das Ganze im Blick, dann zerbricht, was so dringend nötig ist: kooperative Arbeit, das Miteinander von Teams, in deren Mittelpunkt der Patient steht.

Auch Bürokratie und Berichtswesen, die einen großen Teil der Arbeitszeit in Anspruch nehmen, dienen zumeist nicht dem so genannten Kunden, sondern eher der haftungsrechtlichen Absicherung. Die gängige Standardisierung wird oft genug dem Einzelfall nicht gerecht, weil sie die Lebensumstände und das Beziehungsgeflecht des Patienten nicht berücksichtigt. Und da, wo gerade in der Pflege unter hohem Zeitdruck dokumentiert wird, besteht die Gefahr, dass Personen eher stigmatisiert als in ihrer Persönlichkeit wirklich verstanden werden.

Medizinische Maßnahmen sind nicht nur daran zu messen, ob sie ihr diagnostisch-therapeutisches Teilziel erreichen, sondern auch daran, wie sie dazu beitragen, den Patienten ein möglichst eigenständiges Leben in gesellschaftlichen Bezügen zu ermöglichen. Nötig ist also ein sozial gesteuertes, solidarisches Gesundheitswesen, das die eigenen Ressourcen der Patienten und ihrer Angehörigen stärkt und neben Behandlung und Versorgung die Befähigung der Patienten mehr in den Mittelpunkt rückt. Die oft geforderte Eigenverantwortung erwächst nämlich nicht aus moralischen Appellen oder pädagogischem Druck: dazu braucht es Information und gute Beratung. Gesundheit lässt sich ja nicht kaufen oder konsumieren; sie bleibt ein Geschenk, mit dem wir lernen müssen, verantwortlich umzugehen.

Zu den wünschenswerten „gesunden Verhältnissen“ gehören ein gesundheitsbewusstes Verhalten, ein besonnener Umgang mit den Angeboten des Gesundheitswesens, eine einfühlsame Begleitung pflegender Familien, die Investitionen in Fortbildung und Supervision von Ärzten und Pflegekräften, tragfähige persönliche Netze und die Bereitschaft, das eigene Leben in all seiner Verletzlichkeit verantwortlich zu führen. Das alles gehört zum Umfeld eines Gesundheitswesens, das die Chance hat, nachhaltig Bestand zu behalten.

Auf der Ebene der Finanzierung bedeutet eine integrierte Versorgung keinesfalls den Verzicht auf Wettbewerb. Wettbewerb und Wahlfreiheit sind auch um der Patienten willen eine wichtige Möglichkeit, die Leistung zu stärken. Allerdings gehören zum Wettbewerb im solidarischen System transparente Leistungsangebote mit Wahlmöglichkeiten genauso wie der Risikoausgleich zwischen den Versicherungen, um die Abwanderung günstiger Risiken zu kompensieren. Besonders dringend ist der Wettbewerb im pharmazeutischen Bereich – auch bei patentgeschützten Medikamenten; aber er muss sich mit einer Verpflichtung auf die kostengünstigere Alternative verpflichten.

In der künftigen Entwicklung werden Pflege und Palliativversorgung noch mehr an Bedeutung gewinnen. Dazu gehört auch eine angemessene Bezahlung der Fachkräfte. Wenn die Beiträge der Versicherten bzw. die Kosten für den Steuerzahler gleichwohl nicht erheblich steigen sollen, wird es darauf ankommen, das medizinisch Notwendige vom Möglichen zu unterscheiden und die entsprechenden Prioritäten zu setzen. In meinen Augen sollte man bei allen derartigen Überlegungen folgenden Unterschied festhalten: Rationierung bedeutet eine auf Personengruppen bezogene unterschiedliche Zuweisung von Gesundheitsleistungen. Priorisierung bedeutet dagegen eine für alle Versicherten in gleicher Weise geltende, auf Diagnosen und Therapien bezogene Klärung derjenigen medizinischen Leistungen, die durch die gesetzliche Krankenversicherung abgesichert werden können.

Gerade heute brauchen wir Menschen, die den Einsatz für ein nachhaltiges Gesundheitswesen zu ihrer Lebensaufgabe machen und sich dabei daran erinnern, dass dessen Maßstäbe tief in unsere Kultur eingeschrieben sind. Empathie mit den Leidenden, der Grundsatz, Leben zu fördern und zu erhalten, der Respekt vor der gleichen Würde jedes Menschen – unabhängig von Geschlecht, Alter, Kultur und Einkommen –, die innere Balance von Selbstbestimmung und Fürsorge und schließlich das Prinzip der Solidarität: all diese Grundwerte unserer Kultur zeigen sich im Gesundheitswesen wie in einem Brennspeigel. Es handelt sich nicht nur um einen großen Wirtschaftsfaktor. Es handelt sich vor allem um einen wichtigen Bewährungsort der Humanität.

Prof. Dr. Dr. h.c. Bischof em. Huber

Gästeliste

Dr. Jörg Ansorg

BDC Service GmbH, Berlin

Prof. Dr. Manfred Beer

Franziskus Krankenhaus Berlin, Berlin

Priv.-Doz. Dr. Matthias Beintker

Südharz Krankenhaus Nordhausen
gGmbH, Nordhausen

Dr. Martin Bloch

BDU, Präsident, Hamburg

Prof. Dr. Hans-Peter Bruch

Berufsverband der Deutschen Chirurgen
e.V., Präsident, Berlin

Dr. Martina Bunge

Deutscher Bundestag, Ausschuß für
Gesundheit, Berlin

Werner Conrad

MEDIVERBUND, Stuttgart

Dr. Dieter Czaja

BDU, Ehrenmitglied, Krefeld

Prof. Dr. Karsten E. Dreinhöfer

Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie
und Unfallchirurgie e.V., Berlin

Dr. Beata Dümde

Blackwell Verlag GmbH, Berlin

Dr. Claus Dümde

Blackwell Verlag GmbH, Berlin

Siegmar Eligehausen

Eligehausen Kommunikation, Hamburg

Dr. med. Hans-Georg Faust

AOK Bundesverband GbR, Berlin

Dr. Hanns-Hinnerk Felsing

GFB - Gemeinschaft Fachärztlicher
Berufsverbände, Potsdam

Hanns-Jörg Fiebrandt

Bundesverband Prostatakrebs
Selbsthilfe, Gehrden

Dr. Lore Gewehr

Deutscher Ärztinnenbund e. V., Berlin

Dr. Bernhard Gibis

Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin

Sabine Glimm

BDU, Pressestelle, Hamburg

Dr. Siegfried Götte

GFB - Gemeinschaft Fachärztlicher
Berufsverbände, Präsident, Unterhaching

Ursula Gross

BDU, Ehrenmitglied, München

Dr. Johannes Großmann

BDU, Ehrenmitglied, Potsdam

Thomas Grünert

Vincenz Network Berlin, Berlin

Christine Habeder

BDU Geschäftsstelle, Düsseldorf

Prof. Dr. Oliver Hakenberg

Universität Rostock, Urologische
Klinik, Rostock

Rudolf Henke

MdB, Marburger Bund, 1. Vorsitzender, Berlin

Dr. Rolf Herzog

Institut des Bewertungsausschusses, Berlin

Prof. Dr. Dr. h.c. Jörg-Dietrich Hoppe

Bundesärztekammer, Präsident, Berlin

Prof. Dr. Dr. h.c. Bischof em. Wolfgang Huber

www.wolfganghuber.info, Potsdam

Norbert Jachertz

Deutsches Ärzteblatt, Berlin

Dr. Lothar Janßen

Bundesgesundheitsministerium, Berlin

Zeynep Kania

Spectrum K GmbH, Berlin

Gisela Kempny

Bundesverband Deutscher Pathologen
e.V., Berlin

Dr. Regina Klakow-Franck

Bundesärztekammer, Berlin

Sabine Korndörfer

BDU Präsidiumsbüro, Hamburg

Dr. Peter Kühne

BDU, Landesvorsitzender, Berlin

Heinz Lanfermann

Deutscher Bundestag, Ausschuß für
Gesundheit, Berlin

Francesca Lötscher

BDU Präsidiumsbüro, Hamburg

Dr. Erwin Lotter

Deutscher Bundestag, Ausschuß für
Gesundheit, Berlin

Karin Maag

Deutscher Bundestag, Ausschuß für
Gesundheit, Berlin

Dr. Jürgen Metker

BDU, Ehrenmitglied, Wernigerode

Maria Michalk

Deutscher Bundestag, Ausschuß für
Gesundheit, Berlin

Andreas Mihm

Frankfurter Allgemeine Zeitung, Berlin

Dr. Peter Müller

Stiftung Gesundheit, Hamburg

Dr. Axel Munte

Kassenärztliche Vereinigung Bayern,
1. Vorsitzender, München

Günter Odenthal

Farco Pharma, Köln

Dr. Markolf Oelze

BDU, Landesvorsitzender, Schwerin

Dr. Ulrich Oesingmann

Bundesverband der Freien Berufe,
Präsident, Berlin

Dr. Hugo Plate

BDU, 2. Vizepräsident, Dessau

Prof. Dr. Michael-Jürgen Polonius

Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.,
Berlin

Dr. Gerd Popa

Urologe, Ludwigshafen

Dr. Angelika Prehn

Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Berlin

Prof. Dr. Peter Rathert

Urologe, Düsseldorf

Prof. Dr. Udo Rebmann

BDU, Diakonissenkrankenhaus Dessau GmbH,
Dessau

Dr. Christian Matthias Reek

BDU, Landesvorsitzender, Hamburg

Dr. Thomas Reuhl

Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin

Dr. Bernd-Martin Richter

BDU, Ehrenmitglied, Bietigheim-Bissingen

Dr. Manfred Richter-Reichhelm

BDU, Ehrenmitglied, Berlin

Dr. Jörg Rüggeberg

Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.,
Bremen

Franz-Günter Runkel

publimed - Medizin und Medien GmbH,
München

Dr. Klaus Schalkhäuser

BDU, Ehrenpräsident, Dorfen

Dr. Karl-Heinz Schmitz

BDU, Ehrenmitglied, Olpe

Markus Schmitz

Biermannverlag, Köln-Godorf

Dr. Jürgen Schneider

BDU, Ehrenmitglied, Erfurt

Dr. Jürgen Schostak

Urologe, Falkensee

Rolf Schöttler

MEDAC, Wedel

Frank Schramm

Koch Staats Kickler Schramm & Partner,
Justitiar des BDU, Kiel

Dr. Jan Schulze

Sächsische Landesärztekammer, Präsident,
Dresden

Bertram Solcher

BDU Pressestelle,

Dr. Thomas Speck

Berliner Urologische Gesellschaft e.V., Berlin

Prof. Dr. Dr. Gerhard Strugala

APOGEPHA Arzneimittel GmbH, Dresden

Roger Sturm

Stiftung Gesundheit, Hamburg

Olaf Theuerkauf

Stiftung Männergesundheit, Berlin

Kai Tobien

Farco Pharma, Köln

Prof. Dr. Rolf von Knobloch

BDU, Klinikum Kempten-Oberallgäu, Kempten

Prof. Dr. Wolfgang Wagner

BDU, Ehrenmitglied, Krefeld

Bettina-Cathrin Wahlers

BDU Pressestelle, Hamburg

Prof. Dr. Wolfgang Weidner

Deutsche Gesellschaft für Urologie,
Präsident, Gießen

Dr. Esther Wieland

Springer-Verlag GmbH, Heidelberg

Andreas Wind

Ecclesia Versicherungsdienst GmbH, Detmold

Prof. Dr. Kuno Winn

Hartmannbund, Berlin

Dr. Wolfgang Zacher

BDU, Ehrenmitglied, Halle

Impressum

Berufsverband der Deutschen Urologen e. V.

Uerdinger Str. 64

40474 Düsseldorf

Tel. 0211 / 95137 29

Fax 0211 / 95137 32

E-Mail:

bdu-schatzmeister@t-online.de



BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN UROLOGEN E.V.