

3. Deutsch-polnisches Symposium

Wrocław
9. bis 11.9.2005



Marktplatz Wrocław

In der viertgrößten Stadt Polens fand das 3. Deutsch-polnische Symposium „Vergangenheit verstehen – Zukunft gestalten“ mit über 200 Teilnehmern aus Deutschland und Polen statt.

Die historische Hauptstadt Niederschlesiens besitzt ein anregendes Großstadt-Flair. Hinter einer lebhaften Kulisse verbirgt sich eine außerordentliche Geschichte des Neubeginns nach fast völliger Zerstörung. Wrocław ist eine sehr interessante Stadt. Die Einflüsse verschiedenster Nationen, die der Stadt ihren Stempel aufgedrückt haben, spiegeln sich sichtbar in der Architektur wider: riesige Kirchen im Stil der Backsteingotik deutschen Ursprungs, die das Stadtbild beherrschen, dazwischen Renaissance-Bürgerhäuser im flämischen Stil, Paläste und Kapellen im Wiener Barock und kühn gestaltete Zweckbauten aus den ersten Jahren unseres Jahrhunderts.

Die feierliche Eröffnung des 3. Symposiums durch die Präsidenten der Polnischen Niederschlesischen Ärztekammer und der Sächsischen Landesärztekammer fand in Anwesenheit des Kardinals der Stadt Breslau sowie von Vertretern des Gesundheitsministeriums der Republik Polen, der Niederschlesischen Wojewodschaft und des Sächsischen Gesundheitsministeriums in der Aula Leopoldina der Universität statt.

Grußwort des Präsidenten der Sächsische Landesärztekammer

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Vor vier Jahren konnten wir ein erstes Deutsch-polnisches Symposium, hier ganz in der Nähe, in Kreisau eröffnen. Ein Ort, der für die deutsch-polnische Versöhnung ein Symbol

geworden ist. Damals hatten die Redner auch unter dem Thema „Vergangenheit verstehen – Zukunft gestalten“ zu den historischen Verbindungen zwischen Sachsen und Polen referiert und gesundheitspolitische Sachfragen erörtert. Die Geschichte von Wrocław und Lemberg spielte dabei eine zentrale Rolle.

Vor zwei Jahren trafen sich die befreundeten Ärztekammern in der Stadt Meißen. Und heute nun sind wir in Wrocław zu Gast. Wrocław spielt für unser Symposium mit historischen wie auch aktuellen Bezügen eine Schlüsselrolle. Diese Stadt ist ein Symbol für dramatische Ereignisse und des Neubeginns in der deutschen wie auch polnischen Geschichte. Hier haben bedeutende Ärzte beider Nationen gelebt, gearbeitet und geforscht. Zu nennen wären Albert Neisser, Johann von Mikulicz-Radecki, Robert Koch und Ferdinand Sauerbruch. Und es kann keinen besseren Ort für eine Eröffnung geben als die 300 Jahre alte Universität mit ihrer Aula Leopoldina. Vielen Dank, dass dies möglich ist.

Das Rad der Geschichte hat sich weiter gedreht. Es gab einen verheerenden Zweiten Weltkrieg, eine deutsche Teilung sowie eine zweite und dritte Republik Polen. In der vergangenen Woche konnten Sie hier den 25. Jahrestag des ersten Streiks begehen, welcher die Gründung der Gewerkschaft „Solidarnosc“ ermöglichte und für alle Länder des damaligen Ostblocks eine Signalwirkung entfaltete.



Eröffnung in der Aula Leopoldina



Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. Jan Schulze, überreicht dem Präsidenten der Polnischen Niederschlesischen Ärztekammer, Dr. med. Andrzej Wojnar, das „Ehrenzeichen der Deutschen Ärzteschaft“

Der Beitritt Polens zur Europäischen Union im Frühjahr 2004 ist letztlich eine Folge dieses mutigen Streiks. Wir haben heute die Möglichkeit, erste Entwicklungen des europäischen Prozesses festzuhalten. Profunde Kenner dieser Materie konnten wir als Referenten gewinnen.

Die freundschaftlichen Beziehungen zwischen der Sächsischen Landesärztekammer und der Polnisch Niederschlesischen Ärztekammer bestehen nun bereits mehr als ein Jahrzehnt. Der Freundschaft folgten die Symposien und auch gemeinsame Vorstandssitzungen. Ein Austausch über den Stand der Weiterbildung, der gegenseitigen Anerkennung von Diplomen und der grenzüberschreitenden Fortbildung erscheint damals wie heute als ein notwendiger Bestandteil einer fruchtbaren Zusammenarbeit. Dresden und Wrocław, Sachsen und Niederschlesien sind sich auch dank unserer freundschaftlichen Verbindungen ein ganzes Stück näher gekommen.

Wie neu das Programm der am 18. September 2005 gewählten neuen deutschen Regierung in Bezug auf die Gesundheitspolitik sein wird, wissen wir nicht. Eine Umgestaltung oder Neuausrichtung der finanziellen Grundlagen des deutschen Gesundheitssystems wird aber

nicht ausbleiben. Kompromisse müssen geschlossen werden, um ein bewährtes System der sozialen Krankenversicherung durch die Untiefen einer älter werdenden Gesellschaft zu lotsen. Hinzu kommen Europäische Richtlinien, wie zum Beispiel die zur Arbeitszeit im Krankenhaus, welche auch die ärztliche Tätigkeit maßgeblich beeinflussen. Mit einer konstruktiven Standespolitik wird die Sächsische Landesärztekammer diesen Prozess begleiten und mit der Ärztekammer in Wrocław diskutieren, denn die Entwicklungen in Deutschland werden sich auch auf unsere östlichen Nachbarländer und auf die Menschen in den Euroregionen auswirken. Unsere Forderungen für eine Weiterentwicklung der Gesundheitsreform bestehen in einer am Patienten orientierten Medizin, dem Abbau staatlicher Reglementierungen und einer Qualitätssicherung in der Medizin nach ärztlichen und nicht nach ökonomischen Gesichtspunkten.

Seit einigen Jahren wechseln Studenten die Hochschulen, Ärzte in Weiterbildung die Kliniken und Fachärzte den Arbeitsort über unsere Landesgrenzen hinweg. Ob und in welchem Umfang eine Fluktuation von Ärzten nach dem Beitritt Polens in Richtung Europäische Union stattgefunden hat, darüber wird uns Herr Dr. Wojnar informieren.

Der europäische Weg bildet eine Klammer unseres Treffens. Und das nicht ohne Grund, denn die Harmonisierung der Sozialsysteme wird durch den europäischen Rahmen vorgegeben.

Zum Abschluss möchte ich noch einmal betonen, dass es nicht selbstverständlich ist, dass wir heute und hier zum dritten Mal zusammenkommen. Es ist nicht selbstverständlich, dass die Polnische Niederschlesische Ärztekammer den Kraftakt der Vorbereitung für ein Symposium noch einmal übernommen hat. Aber die hohe Beteiligung an diesem Symposium macht das Interesse und die Notwendigkeit eines solchen wissenschaftlichen Austausches, fernab von purer Medizin, deutlich. Wir wollen Geschichte verständlich machen, aus ihr lernen und die Erkenntnisse für eine gemeinsame Zukunft in einem gemeinsamen Europa und an einer gemeinsamen Grenze nutzen.

Dem Präsidenten der Niederschlesischen Ärztekammer, Herrn Dr. med. Andrzej Wojnar, wurde im Namen der Bundesärztekammer das „Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft“ für seine Verdienste um die medizinische Wissenschaft und den ärztlichen Berufsstand, insbesondere für sein unermüdliches Wirken zur Zusammenarbeit und Annäherung der Ärzteschaft Polens und der Bundesrepublik Deutschlands durch Herrn Professor Dr. Jan Schulze übergeben.

Der Präsident der Polnischen Ärztekammer, Konstanty Radziwiłł, der Präsident der Bundesärztekammer, Herr Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, und der ärztliche Geschäftsführer der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Dr. Siegfried Herzig, wurden für ihre Verdienste um die Deutsch-polnische Zusammenarbeit mit der Jan-Mikulicz-Radecki-Medaille durch den Vorstand der Polnischen Niederschlesischen Ärztekammer ausgezeichnet.

Vortragsthemen des 3. Symposiums

Zusammenarbeit der Europäischen Ärztekammern – Rückblick und Ausblick

Dr. Otmar Kloiber, Generalsekretär des Weltärztebundes

Die letzten fünfzehn Jahre haben die schnellste und weiteste Entwicklung der ärztlichen Selbstverwaltung in Europa gebracht. Von der russischen Region Twer im Nordosten Europas bis Albanien und Montenegro im Süden und Deutschland und Liechtenstein in Mitteleuropa sind Ärztekammern in fast allen

3. Deutsch-polnisches Symposium



Der Präsident der Polnischen Ärztekammer, Konstanty Radziwiłł, und Dr. med. Siegfried Herzig (v.l.) werden mit der Jan-Mikulicz-Radecki-Medaille ausgezeichnet

Ländern gegründet oder wieder gegründet worden. Die Ärzteschaft, aber auch die Parlamente haben der Selbstverwaltung Vertrauen geschenkt und sie mit vielfältigen Aufgaben betraut. Die Gründungs- und Findungsphase ist abgeschlossen, und die meisten der neu oder wieder gegründeten Kammern arbeiten auf einem hohen professionellen Niveau, was gleichermaßen für die Kammern der großen wie auch der kleinen Länder gilt.



Dr. med. Otmar Kloiber, Generalsekretär des Weltärztebundes

In den wesentlichen ärztlichen europäischen Gremien, dem Ständigen Ausschuss der Europäischen Ärzte, der Europäischen Konferenz der Ärztekammern, aber auch in den Partikularinteressenverbänden sind Vertreter der neuen Kammern eingezogen und haben an etlichen Stellen bereits Führungspositionen übernommen. Dies trifft nicht für den Weltärztebund zu, da Anfang der neunziger Jahre in der Regel die wissenschaftlich-medizinischen Verbände als nationale Ärzteorganisationen dem Weltärztebund beigetreten sind und diesem noch angehören. Aus diesem Grund sind zwar die meisten Kammern der Westeuropas sowie Deutschland und Österreich Mitglied des Weltärztebundes, nicht aber die „neuen“ Kammern Mittel- und Osteuropas.

Immer mehr Aufgaben werden vor allem oder auch nur gemeinsam zu lösen sein. Beispiele:

- Qualität und Sicherheit in der Medizin sind so umfassende Aufgaben, dass nationale Ärzteverbände schlecht beraten sind, sie alleine bewältigen zu wollen. Kooperation über die Grenzen hinweg kann zu einer Beschleunigung und Kostenreduktion der Arbeit führen.
- Die ärztliche Migration und die Erbringung von Dienstleistungen über Grenzen hinweg nehmen stetig zu. Dringend müssen Probleme in den Bereichen gegenseitiger Anerkennung von Qualifikationen aber auch der disziplinarischen Sanktion und ihrer Wirkung über Grenzen hinweg geklärt werden.
- Die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens wird momentan von fast allen Regierungen Europas offen oder verdeckt betrieben. In zunehmendem Maße werden Verteilungsprobleme auch in fast allen Ländern Europas zu massiven Konflikten bei der ärztlichen Arbeit führen.
- Mit der Kommerzialisierung der Medizin werden die Ärzte immer mehr gegängelt. Die professionelle Autonomie der Ärzte ist global gefährdet, der Versuch, sie national zu retten, muss scheitern.

Ziel der internationalen Zusammenarbeit muss es sein, die gesundheitliche Versorgung der Menschen in unseren Ländern zu verbessern und ihre Zugänglichkeit zu garantieren. Dazu ist es notwendig, gute Bedingungen für



Herr Jürgen Hommel überbringt Grüße im Auftrag von Frau Staatsministerin, Helma Orosz

die ärztliche Arbeit zu schaffen. Im Großen und Ganzen werden wir dies in Zukunft nur gemeinsam erreichen können.

Europäische Gesundheitssysteme vor dem Hintergrund der Erweiterung

Dr. med. Thomas Ulmer, Mitglied des Europäischen Parlaments
Möglichkeiten und aktuelle Instrumente der europäischen Gesundheitspolitik sind:



Dr. med. Thomas Ulmer, Mitglied des Europäischen Parlaments

Das „Aktionsprogramm im Bereich der öffentlichen Gesundheit“ (2001 bis 2006): Es umfasst Aktionen, die in besonderer Weise die öffentliche Gesundheit betreffen. Das Aktionsprogramm konzentriert sich auf drei Schwerpunkte:

- Verbesserung von Information und Kenntnissen im Bereich der Gesundheit auf allen Ebenen der Gesellschaft,
- Einrichtung eines Schnellreaktionssystems, um den Gesundheitsgefahren zu begegnen,
- Berücksichtigung der Gesundheitsfaktoren, insbesondere derjenigen Faktoren, die mit der Lebensführung verbunden sind.

Eine „Integrierte gesundheitspolitische Strategie“: Aufgrund der Bestimmung des EG-Vertrags, der zufolge bei der Festlegung und Durchführung der Gemeinschaftspolitiken ein hohes Gesundheitsschutzniveau sicherzustellen ist, betrifft der Gesundheitsschutz alle Schlüsselbereiche der Gemeinschaftstätigkeiten. Es wurden spezifische Maßnahmen vereinbart, um der Verpflichtung nachzukommen, den Gesundheitsschutz übergreifend, das heißt, in alle Bereiche der Gemeinschaftspolitik zu integrieren.

Die „Offene Methode der Koordinierung“ ist ein neuartiges Politikverfahren, das der Europäische Rat von Lissabon im März 2000 eingeführt hat und was später vom Konvent in den Verfassungsvorschlag übernommen wurde. Es handelt sich um ein Angebot an die Nationalstaaten, gemeinsame Direktiven oder Leitlinien, auch im medizinischen Bereich zu erarbeiten, und zwar in Form und mithilfe des Benchmarkings.

Im Kern geht es darum, dass die Kommission für bestimmte Politikbereiche Leitlinien mit präzisen Zeitplänen entwickelt. Danach werden EU-weit gültige Indikatoren zur Messung der Zielerreichungsgrade vereinbart.

Die Nationalstaaten sind nun verpflichtet, die entsprechenden Daten zu erheben, um die angedachten Benchmarkings durchführen zu können. Daraus werden dann Handlungsempfehlungen abgeleitet, deren Umsetzung dann selbstverständlich nicht obligatorisch ist.

Die Grundstruktur der westeuropäischen Gesundheitssysteme

Die Gesundheitssysteme der westeuropäischen Länder basieren historisch auf zwei

verschiedenen Grundansätzen. Zum einen, das auf eine Sozialversicherung aufgebaute Bismarck-Modell mit den wesentlichen Kennzeichen der Selbstverwaltung und des Beitragsprinzips.

Zum anderen, das Beveridge-Modell, das eine vom Staat über die Steuern finanzierten Gesundheitsdienst vorsieht, auf den alle Einwohner des Landes gleichermaßen Zugriff haben. Ärzte und Apotheker sollten demnach von der öffentlichen Hand beschäftigt werden.

Es ist offenkundig, dass in keinem Land eines der beiden Systeme in reiner Form anzutreffen ist. Alle haben Elemente der beiden Idealtypen aufzuweisen. Dennoch kann man nach dem Überwiegungsprinzip eine grobe Einteilung vornehmen.

Demnach gehören eindeutig zum Bismarck-System die Länder Belgien, Deutschland, Frankreich, Luxemburg und Österreich.

Eindeutig dem Beveridge-System zuordenbar sind die Länder Dänemark, Finnland, Schweden sowie die Ursprungsländer Großbritannien und Irland.

Eine so klare Zuordnung scheint hinsichtlich der Mittelmeerländer Griechenland, Italien, Portugal und Spanien sowie der Niederlande nicht möglich. Bis auf Griechenland und Italien werden sie jedoch dem Beveridge-System zugeordnet.



Prof. dr. hab. Waldemar Kozuscheck spricht zum 100. Todestag von Jan Mikulicz Radecki

Die Geschichte der schlesischen Ärztekammer

Dipl.-Med. Annette Kaiser,
Sächsische Landesärztekammer

Diesen interessanten Beitrag werden wir im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 11/2005, veröffentlichen.

Berufliche Migration von polnischen Ärzten

Dr. n. med. Andrzej Wojnar

Am 1. Mai 2004, am Tag des Beitritts Polens zur Europäischen Union, haben in Sachsen

3. Deutsch-polnisches Symposium



Dr. n. med. Andrzej Wojnar

103 polnische Ärzte und am 1. Mai 2005 121 polnischen Ärzte gearbeitet. Bisher hat nur ein niederschlesischer Arzt eine Praxis von einem Arztehepaar in Zwickau übernommen. Folgende Maßnahmen müssen in Polen ergriffen werden, um die anwachsende, für die Gesundheit der Nation sehr ungünstige Migration von Ärzten zu verhindern:

- die europäischen Arbeitsstandards sind zu sichern,
 - den Ärzten muss ein freier Zugang zur Facharztausbildung und ständiger Weiterbildung in Polen gewährleistet werden,
 - eine angemessene Vergütung ist zu zahlen.
- Generell muss gesagt werden, dass die niederschlesischen Ärzte zwar auswandern aber auch zurückkommen.

Es ist davon auszugehen, dass durch eine Europäisierung und Globalisierung die Gesundheitssysteme von Deutschland und

Polen stärkeren wechselseitigen Einflüssen ausgesetzt sein werden. Insbesondere die Fragen nach den Arbeitsbedingungen der Ärzte, die Anerkennung von Fortbildungspunkten und grundsätzliche Probleme im Bereich „Human Resources“ bedürfen einer stärkeren Bearbeitung. Spätestens in drei Jahren soll aus diesem Grund ein 4. Deutsch-polnisches Symposium stattfinden.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug
Knut Köhler M. A.