

## 4. Deutsch-polnisches Symposium

**Dresden, 12. bis 14. 9. 2008**

Zwischen der Sächsischen Landesärztekammer und der polnischen Niederschlesischen Ärztekammer gibt es bereits seit 18 Jahren sehr gute freundschaftliche und berufspolitische Beziehungen. Der fachliche Kontakt zwischen den deutschen und polnischen Ärzten wurde in den letzten Jahren intensiviert und bereits bestehende Verbindungen konnten ausgebaut werden. Seit dem Beitritt Polens zur Europäischen Union im Jahr 2004 haben die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Beziehungen zwischen Deutschland und Polen noch mehr an Normalität gewonnen. Eine behindernde Grenze zwischen beiden Ländern existiert ebenfalls nicht mehr. Eine Vielzahl von Ärzten konnte sich über Austauschprogramme ein Bild vom fachlichen und wissenschaftlichen Stand im jeweils anderen Land machen. Begleitet wurde der Austausch durch gemeinsame Vorstandssitzungen und im Jahr 2007 von einem Abschluss eines „letter of intent“ zur gegenseitigen Anerkennung von Fortbildungspunkten. Medizinischen Sachfragen und gemeinsamen historischen sowie berufspolitischen Themen widmen sich seit 2001 die Deutsch-polnischen Symposien der befreundeten Ärztekammern. Nunmehr fand das 4. Deutsch-polnische Symposium 2008 in Dresden unter dem von Beginn an inaugurierten Thema „Vergangenheit verstehen – Zukunft gestalten“ mit über 200 Teilnehmern aus Polen und Deutschland statt. Zur Eröffnung des Symposiums wurden zwei polnische Ärzte für ihre Verdienste um die



Ballsaal Königshof Dresden

Deutsch-polnischen Beziehungen von der Sächsischen Landesärztekammer und der polnischen Niederschlesischen Ärztekammer geehrt.

### Ehrungen

Dr. n. med. Artur Kwasniewski aus Legnica erhielt aufgrund seiner Verdienste um den ärztlichen Berufsstand und die Deutsch-polnischen Beziehungen das Ehrenzeichen der Deutschen Ärzteschaft. Besonders engagierte sich Dr. Artur Kwasniewski für die Weiter- und Fortbildung der Ärzte. Er hat den Ärzteaustausch in Zusammenarbeit mit der Sächsischen Landesärztekammer zu Zwecken der Fortbildung angeknüpft. Im Jahr 2002 hat Herr Dr. Kwasniewski die I. Polnisch-Deutsche Konferenz „Fortschritte der Pneumologie“ im Rahmen der European School of Res-

piratory Medicine in Legnica organisiert und er war der Mitveranstalter des II. Deutsch-polnischen Symposiums „Fortschritte der Pneumologie“ in Görlitz sowie der drei Deutsch-polnischen Symposien der polnischen Niederschlesischen Ärztekammer. Im Jahr 2003 hat er die I. Wissenschaftliche Konferenz unter dem Titel „Fortschritte in der Medizin“ veranstaltet.

Frau Hildegard Gertrud Naczynska Janas aus Breslau erhielt die Herrmann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille der Sächsischen Landesärztekammer wegen ihres besonderen Engagements als Berufspolitikerin sowie insbesondere wegen ihrer Verdienste um die sächsische und polnische Ärzteschaft. Seit der Wiedergründung der Niederschlesischen



Gäste der Eröffnungsveranstaltung



Dr. Arthur Kwasniewski (I.) erhält das Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft

Ärzttekammer 1990 arbeitet Frau Janas aktiv in der deutschen Sektion der Kommission für Internationale Zusammenarbeit. Sie hat in den vergangenen 18 Jahren alle Treffen der Präsidien und Kommissionen der

Niederschlesischen und Sächsischen Landesärztekammer aktiv begleitet. Frau Janas ist Mitglied des Internationalen Ärzteverbandes. Sie hat sich hohe Verdienste um die Deutsch-polnischen Beziehungen und um die sächsische Ärzteschaft sowie das freundschaftliche Verhältnis beider Ärztekammern erworben.

Die Ehrungen wurden vom Vizepräsidenten der Bundesärztekammer, Herrn Dr. med. Frank Ulrich Montgomery sowie dem Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, in Anwesenheit von Herrn Andrzej Wojtyła, Hauptsanitärinspektor der Republik Polen, Herrn Dr. Władisław Sidorowicz, Senator der Republik Polen, Herrn Dr. Hans Geisler, ehemaligen sächsischer Staatsminister für Soziales, Herrn Andreas Grapatin, Abgeordneten des Sächsischen Landtags, und weiteren 200 Gästen aus Polen und Deutschland vorgenommen.

**Aktuelle Aspekte der deutsch-polnischen Beziehungen**

Professor Egon Bahr  
Bundesminister a. D. für wirtschaftliche Zusammenarbeit  
Ehemaliger wissenschaftlicher Direktor des Institutes für Friedensforschung und Sicherheitspolitik der Universität Hamburg

„Polen ist der NATO beigetreten, der EU, Mitglied des Schengener Abkommens geworden und bereitet sich dabei vor, den Euro 2011 einzufüh-



Prof. Egon Bahr

ren. Im Rückblick ist das ein beeindruckender, sogar imposanter, Weg. Wenn man etwas genauer hinsieht, ist der Einschnitt nicht überwunden, der mit dem Krieg Amerikas gegen den Irak eintrat. Dieser Krieg war völkerrechtswidrig, weil er ohne Mandat der Vereinten Nationen erfolgte. Amerika zog es vor, eine Koalition der Willigen zu schaffen und sein Verteidigungsminister Rumsfeld teilte die Europäer in Alte und Neue.

Ein Jahr nach der deutschen Einheit verschwand die Sowjetunion und durch Russland fühlen wir uns nicht mehr bedroht. Seit der Entspannungspolitik, die Europa verändert hat, seit Helsinki 1975 und der Charta von Paris 1990 galt als Basis stabiler Sicherheit, dass Grenzen in Europa nur noch im Einvernehmen verändert werden können. Dieser Grundsatz hat sicherheitspolitisch ein solides Fundament erhalten durch die amerikanischen Präsidenten Regan und Bush und den sowjetischen Präsidenten Gorbatschow. Sie haben die Mittelstreckenraketen und die atomaren Kurzstreckenraketen beseitigt, darüber hinaus das größte konventionelle Abrüstungsabkommen der Geschichte geschaffen.

Seit nunmehr 18 Jahren genießt Europa eine Stabilität, die den Interessen aller Beteiligten entspricht. Diese Stabilität war solide und verlässlich genug, um die deutsche Einheit zu verkraften, um das Ende des Warschauer Paktes zu überstehen,



Hildegard Janas erhält die Herrmann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille

die Implosion der Sowjetunion zu überleben, die Bildung der Baltischen Staaten zu ertragen und die Erweiterung der NATO und der EU bis zu der Realität des Jahres 2008 auszuhalten. Heute ist sie zum ersten Mal gefährdet durch den amerikanischen Wunsch, Raketen in Polen und ein dazu passendes Radarsystem in der Tschechei zu stationieren. Diese Raketenabwehr hatte Washington schon 1988 den Regierungen in London, Paris und Bonn angekündigt. Wir haben damals in Bonn analysiert, das würde ein „Spaltpilz“ für Europa; denn London hätte zugestimmt, Paris abgelehnt und man hätte den deutsch-französischen Motor für lange Zeit blockiert, wenn es nicht ebenfalls abgelehnt hätte. Damals existierte noch die Sowjetunion. Damals stand der Iran gar nicht im Fadenkreuz der Überlegungen. 20 Jahre später sind diese Raketensysteme stationierungsfähig und sollen ein paar hundert Kilometer weiter östlich von hier aufgestellt werden. Und dabei soll Moskau kindlich vertrauensvoll glauben, es brauche sich deshalb keine Sorgen zu machen. Es kann gar nicht ernsthaft diskutiert werden, dass das strategische Gleichgewicht in Europa verändert würde, wenn diese Pläne verwirklicht werden. Die sicherheitspolitische Stabilität wäre erschüttert durch exterritoriale Stützpunkte der Amerikaner, wenn sie allein entscheiden, wie viele Raketen modernster Technologie mit welchen Sprengköpfen und Zielen sie dorthin bringen. Die Russen reagieren entsprechend und Polen verlangt dazu nicht nur amerikanische Polaris-Raketen, sondern auch besondere amerikanische Garantien.

Für die wirtschaftliche Entwicklung Polens beobachtet, stellt man ein bewundernswertes Wachstum sowie erstaunliche Parallelitäten mit positiven und negativen Erscheinungen in anderen Ländern der EU fest. Die Wirtschaft hat den Außenhandel verstärkt, über Facharbeitermangel wird in Berlin und Warschau geklagt, das gilt auch für die steigenden Inflationsraten und Energiepreise. Die Energiesicherheit ist ein europäisches

Interesse, auch gegenüber Russland. Bei seinem Amtsantritt in Berlin hat der polnische Ministerpräsident erklärt, gemeinsam erreichen wir mehr. Er hat Recht, wir sollten unsere Interessen bündeln in einer Zeit, deren Gefahren uns gemeinsam betreffen und deren Chancen wir gemeinsam nutzen sollten. Im Rückblick auf die erste Veranstaltung 2001 bleibe ich also dabei: Vergangenheit verstehen und Zukunft gestalten, stimmt noch immer. Aber ein verrückter Träumer wäre genannt worden, wer uns prophezeit hätte, über welche Fragen wir 2008 diskutieren würden. Die Fortschritte sind phantastisch, die Aussichten leider etwas eingetrübt, soweit es von Polen und Deutschland abhängt. Aber das sollte und kann ja auch wieder besser werden“. (Die vollständige Rede können Sie im Internet unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) nachlesen.)

### **Aktuelle gesundheits- und berufspolitische Situation der Ärzte in Niederschlesien**

Dr. n. med. Andrzej Wojnar  
Präsident der Niederschlesischen Ärztekammer



Dr. Andrzej Wojnar

Chronologisch gesehen war das erste Problem in diesem Jahr die Implementierung der Arbeitszeit des Arztes von höchstens 48 Stunden wöchentlich. Die Arbeitszeit war und ist an einigen Orten der Grund für Konflikte zwischen den Direktoren der Krankenhäuser und den Ärzten. Was aber ist mit den Stunden nach Dienst? Wie sind elf Ruhestunden pro 24 Stunden auszulegen? Was ist überhaupt der ärztliche Dienst? Ist die Arbeit nach dem Dienst die Arbeit in Überstunden?

Diese bedeutsamen Fragen wurden und werden ständig diskutiert. Nach den ersten Monaten wurden die Grenzwerte der Überstunden in Anspruch genommen, die das polnische Arbeitsgesetzbuch zulässt. In dieser Zeit haben die Direktoren die Ärzte mit den Diensten im Krankenhaus beauftragt. Ein Teil der Kollegen hat die Verträge gewählt, nach denen keine Zeitgrenzen gelten. Ein Teil hat die Klausel opt-out unterzeichnet, um mehr zu arbeiten. Und obwohl der Gesetzgeber ausdrücklich gewährt hat, dass der Arbeitgeber keinen Druck oder Zwang bei der Unterzeichnung dieser Klausel anwenden kann, gab es trotzdem an einigen Orten solche Situationen, jedoch in Niederschlesien nicht so drastisch, wie auf anderen Gebieten Polens. Aber auch bei uns gab es die Bedrohung, dass Abteilungen wegen fehlender Ärzte geschlossen werden. Aber zum ersten Mal mussten die Ärzte nicht streiken, sondern nur konsequent das geltende Recht einhalten, um eine bessere Vergütung zu erlangen. Gemäß der Entscheidung des Obersten Gerichts können Ärzte höchstens den Freizeitausgleich für die Arbeitszeit nach dem Dienst verlangen. Deshalb gehen gute Ärzte weiterhin ins Ausland, nicht nur wegen der niedrigen Gehälter, sondern auch wegen der besseren und vielseitigen Möglichkeit der Spezialisierung im gewählten Fachbereich. Seit dem Beitritt Polens zur Europäischen Union, haben pro 10.000 beruflich aktive Mitglieder der Niederschlesischen Ärztekammer mehr als 1.100 Ärzte Unterlagen unterzeichnet, die den Kollegen die Arbeit in den Gemeinschaftsländern ermög-

lichen. Und jeden Monat erscheinen ca. zehn neue Anträge. Auch bei uns mussten die öffentlichen Krankenhäuser den Ärzten ihre Vergütungen erhöhen und haben es auch gemacht. Es gibt bei uns schon Krankenhäuser, wo die Ärzte mit Verträgen monatlich ca. 22.000 PLN (7 TEUR) verdienen können. Die durchschnittliche Vergütung der Ärzte beträgt in Krankenhäusern von 3.000 bis 6.000 PLN (1–2 TEUR). Es gibt selbstverständlich in öffentlichen Krankenhäusern auch Ausbildungsärzte und andere Ärzte, die weiterhin schlecht verdienen. Das alles bewirkt, dass in Polen eine Generationslücke zwischen schwach vergüteten jungen Ärzten und den Fachärzten mit beruflicher Erfahrung entsteht, die ihre Familie und eigene Freizeit opfern und dadurch besser verdienen. Im Durchschnitt beträgt ihr Alter 55 Jahre und sie planen nicht mehr ins Ausland zu gehen. Bestandteil der aktuellen Probleme der Ärzte, außer den Lebensbedingungen, ist auch die Möglichkeit der Spezialisierung und Weiterbildung. Jeder Arzt in Polen muss 200 Punkte sammeln, davon höchstens 40 für wissenschaftliche Tagungen oder Konferenzen. Am 5. November 2008 endet der erste Zeitraum der Sammlung der Fortbildungspunkte. Der Hauptärzterat hat kürzlich Beschluss gefasst, dass der Beitrag für die Ärztekammer, den jeder Arzt in Polen bezahlt, von monatlich 30 Zł auf 40 Zł (12,50 EUR) zu erhöhen ist. Die auf diese Weise erlangten Mittel sind für die Fortbildung der Ärzte zu verwenden.

### **Aktuelle gesundheits- und berufspolitische Situation der Ärzte in Sachsen**

Professor Dr. med. habil.  
Jan Schulze,  
Präsident der Sächsischen  
Landesärztekammer

Die gesundheitspolitische Lage in Deutschland ist im Umbruch. Gesundheitsreformen, Ende der Konvergenzphase, Telematik in der Medizin, Rationierung und Bürokratisierung. Das sind die Schlagworte. Unverkennbar ist auch ein klarer Trend hin zu Zentralismus und Über-



Prof. Dr. Jan Schulze

regulierung mit dem vorläufigen Höhepunkt eines staatlichen Fonds zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Insbesondere gehört die Rationierung medizinischer Leistungen zum Alltag der medizinischen Versorgung. Durch eine strikte Begrenzung der Finanzmittel in der gesundheitlichen Versorgung wird nur noch das medizinisch unbedingt Notwendige von den Krankenkassen bezahlt. Die Möglichkeiten der Ärzte, für ihre Patienten die individuell beste Therapie auszusuchen, werden seit Jahren immer stärker eingeschränkt. Aus dieser gerade für Patienten nachteiligen Situation gibt es zwei Wege: Entweder mehr Geld in das Gesundheitssystem, wozu die Krankenkassen wohl auch bereit wären. Oder eine Änderung, also transparente Kürzung der bisherigen Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Damit würde aus einer verdeckten eine offene Rationierung und Ärzte müssten sich nicht für Dinge verantworten, die sie nicht zu verantworten haben. Im Ergebnis der einfalllosen Spar- und Reglementierungspolitik kommt es auch zu finanziellen Defiziten in den Krankenhäusern. Aufgrund dieser gesetzlich verursachten schlechten Ertragslage besteht die Gefahr, dass vor allem öffentlich-rechtliche Träger wie Städte und Gemeinden ihre Krankenhäuser durch Verkauf privatisieren. Investoren stehen bereits vor der Tür, um möglichst zu einem kleinen Preis Krankenhäuser zu kaufen. In der

Ärzeschaft besteht Einigkeit darüber, dass die in Sachsen vorhandene Drittelung der Trägerschaften in öffentlich-rechtlich, frei-gemeinnützig und privat erhalten werden muss. Nur so kann eine Monopolisierung durch Klinikübernahmen großer Konzerne und eine Degradierung der angestellten Ärzte zu Krankheitsmanagern verhindert werden. Nur auf diese Weise bleibt ein echter Wettbewerb um die beste Patientenversorgung erhalten. Die Politik in Deutschland hat auf Verteilungskampf gesetzt, statt das Gesundheitssystem mit den notwendigen Mitteln auszustatten. Dieser Verteilungskampf hat eingesetzt. Aus dem ärztlichen Kollegen von nebenan wird ein Konkurrent. Der von der Bundesregierung initiierte Wettbewerb kommt dort zur Anwendung, wo er für Ärzte und Patienten nur Schaden anrichtet, denn am Ende wird es nur um Preise und nicht um medizinische Qualität gehen.

### **Entwicklung einer Versorgungsforschung in Deutschland**

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter Scriba  
Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer

Das Gesundheitswesen ist geprägt von sich ständig weiter verändernden Rahmenbedingungen mit unterschiedlichen Einflüssen auf die Kran-



Prof. Dr. Dr. Peter Scriba

kenversorgung. Die bereichsübergreifende Erforschung von Versorgungszusammenhängen sowie eine empirisch abgesicherte Folgenabschätzung von Eingriffen in das Versorgungsgeschehen sind daher zunehmend Gegenstand der Versorgungsforschung. Ihre Aufgabe ist es jedoch nicht nur, die Versorgung von Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen zu analysieren. Über die Betrachtung der Kranken- und Gesundheitsversorgung unter den tatsächlichen Bedingungen der täglichen ärztlichen Routine, also der „letzten Meile“ des Gesundheitssystems hinaus, ist es Ziel der Versor-

gungsforschung, auch die Makroebene des Gesundheitswesens, die mit ihren gesundheitspolitischen und volkswirtschaftlichen Vorgaben die Rahmenbedingungen dieser „letzten Meile“ bilden, in den Blick zu nehmen. Versorgungsforschung nimmt für sich in Anspruch, einen „wesentlichen Beitrag zur Entwicklung von Lösungskonzepten für die notwendige Umstrukturierung des Gesundheitssystems zu leisten“ und den gesundheitspolitischen Akteuren, insbesondere Leistungserbringern und Kassen, Politikern und Wissenschaftlern, eine Hilfestellung bei der Lösung struktureller Probleme im Gesundheitswesen zu geben. Auf Grundlage dieses Selbstverständnisses wird Versorgungsforschung zum Instrument der wissenschaftlichen Politikberatung. International wird die Versorgungsforschung – neben der biomedizinischen Grundlagenforschung und der klinischen Forschung – als „dritte Säule“ der Gesundheitsforschung angesehen. In Deutschland hat diese vergleichsweise junge Disziplin nach wie vor mit Akzeptanz- und Abgrenzungsproblemen gegenüber klinischer und Public Health-Forschung zu kämpfen. Die sich in den letzten Jahren etablierende „Versorgungsforschungsszene“ zeigt jedoch, dass ein Forschungs- und Erkenntnisbedarf besteht, der von den herkömmlichen

Disziplinen nicht oder nur unzureichend abgedeckt wird. Seit 2006 werden im Rahmen der Förderinitiative zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer nach sorgfältiger Begutachtung Projekte zur Versorgungsforschung mit dem Ziel gefördert, „konkrete Lösungen für eine verbesserte Patientenversorgung und somit auch für eine adäquate ärztliche Berufsausübung aufzuzeigen“.

### Das öffentliche Gesundheitswesen in Polen

Dr. Andrzej Wojtyła  
Hauptsanitärinspektor der Republik Polen



Dr. Andrzej Wojtyła

Die Organe der Staatlichen Aufsichtsbehörde für sanitäre Angelegenheiten sind aufgrund des Gesetzes vom 4. März 1985 über die „Staatliche Aufsichtsbehörde für sanitäre Angelegenheiten“ tätig. In Art. 2 des oben angeführten Gesetzes bestimmte man die Ziele und Aufgaben, in denen man unter anderem den Schutz

und die Förderung der menschlichen Gesundheit und Sicherheit sowie die Verbesserung der Public Health berücksichtigte.

Aufgabenbereiche:

- a. Vorbeugung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten: unter anderem Zusicherung einer epidemiologischen Aufsicht, darunter antiepidemiologische Laborkontrolle in dem Bereich der Infektionskrankheiten.
- b. Vorbeugung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten in einem großen gesellschaftlichen Maße: unter anderem durch die Realisierung der Regierungs-, Ressort-, Region- und Lokalvorbeugungsprogramme sowie durch die aus den öffentlichen Mitteln finanzierte Heilkunde und Rehabilitation.
- c. Gesundheitsschutz ausgesuchter Bevölkerungsgruppen: Mutter- und Kinderschutz, Schutz der lernenden und studierenden Jugend, Gesundheitsschutz älterer und behinderter Menschen, Gesundheitsschutz der Arbeitenden.
- d. Gesundheitsschutz vor den Gefährdungen biologischer, chemischer und physikalischer Faktoren sowie die Überwindung der Gefährdungsfolgen dieser Faktoren unter anderem durch die Zusicherung einer Laborkontrolle von Berufs- und Umweltgefährdungen: Luft, Wasser, Erde, Lebensmittel sowie Lärmpegelkontrolle und Kontrolle der ionisierenden und nicht ionisierenden Strahlungen.

### Globaler Arbeitskräftemangel im Gesundheitswesen

Dr. med. Otmar Kloiber  
Generalsekretär des Weltärztebundes

Genau vor 30 Jahren rief die Weltgesundheitsorganisation mit der Deklaration von Alma-Ata das Ziel „Gesundheit für alle im Jahre 2000“ aus. Doch im Jahre 2008 scheinen wir dem Ziel „Gesundheit für alle“ weiter entfernt als noch vor 30 Jahren. Was hat die Politik der WHO, alles auf die „Primäre Gesundheitsversorgung“ zu setzen, gebracht?



Dr. Otmar Kloiber

Die gegenwärtige Krise der gesundheitlichen Versorgung in den Entwicklungsländern wird durch eine Abwanderung von Arbeitskräften, insbesondere von Ärzten aus diesen Ländern dramatisch verschärft. Die Weltgesundheitsorganisation will dem durch sogenanntes „task shifting“ entgegenwirken. Unter „task shifting“ versteht man die Übertragung von qualifizierten – auch ärztlichen – Aufgaben auf Laien oder angelernte Hilfskräfte, sogenannte „new cadres“ oder auch „community health workers“. Zu den Gründen für die Abwanderung der Gesundheitsfachkräfte zählen laut WHO nicht nur die unzureichende Bezahlung, sondern auch die schlechten Arbeits- und Lebensbedingungen in den betroffenen Ländern. In der Tat haben Ärzte in den Entwicklungsländern zwar große Patientenzahlen, aber mangels Ressourcen nur geringe oder oft gar keine Behandlungsmöglichkeiten. Während in den westlichen Ländern ein Arzt-Patient-Verhältnis von 1:500 oft überboten wird, geht diese Relation in den afrikanischen Ländern bis auf 1:50.000 herunter. Allein dieser schiere Mangel an Ärzten macht klar, dass auf die Mithilfe von Laien nüchtern betrachtet kurz- und mittelfristig tatsächlich nicht verzichtet werden kann.

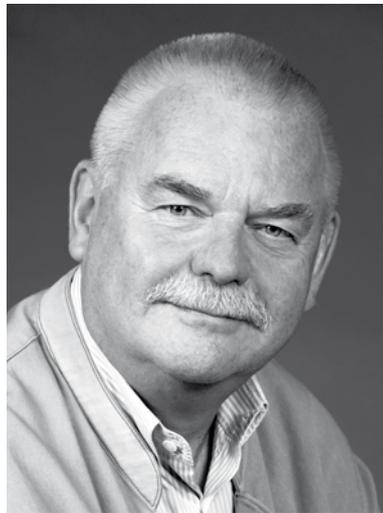
Andererseits muss auch klar sein, dass mit dem Einsatz von Laien Helfern erhebliche Gefahren verbunden sind. Abgesehen von der Qualität der individuellen Gesundheitsleistung und

dem damit für den einzelnen Patienten verbundenen Risiko, kommt eine nicht zu unterschätzende Gefahr für die Allgemeinheit hinzu, wenn man zum Beispiel an die Ausbildung von Resistenzen in der antimikrobiellen Therapie denkt.

Darüber hinaus verengt der Einsatz von Laienhelfern den ohnehin kleinen Arbeitsmarkt für Ärzte, Krankenpfleger und Hebammen in den Entwicklungsländern noch weiter, sodass zu befürchten ist, dass auch die letzten Fachkräfte aus diesen Ländern hinausgedrückt werden. Dies wird besonders dann der Fall sein, wenn dem „task shifting“ nicht ausreichende Maßnahmen für die Ausbildung und vor allem für das Halten der Fachkräfte (retention strategies) an die Seite gestellt werden. Leider ist das nur selten zu beobachten. An unseren Dimensionen gemessen, ist die Zahl der Fachkräfte, die aus Entwicklungsländern nach Europa, Kanada oder den USA kommen, geradezu klein. Dennoch bewirkt die Nord-Süd-Migration durch die kolossal unterschiedliche Ärztedichte eine spürbare Abwanderung von Ärzten in die reichen Länder der Welt.

Wenn beispielsweise ein Arzt sein Heimatland Malawi in Afrika verlässt, dann bleiben viele tausend Menschen unversorgt.

Der gegenwärtige Arztmangel in Mittel- und Westeuropa ist also mehr als ein lokales Problem reicher Länder bei der Versorgung ihrer ländlichen Regionen. Er trägt mit zu einer katastrophalen Versorgungslage in den ärmsten Ländern der Welt bei. Sicher gehören die mitteleuropäischen Länder quantitativ nicht zu den Hauptverursachern der gegenwärtigen Krise. Aber wenn wir zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung in den ärmsten Ländern der Welt beitragen wollen, dann können wir entweder neue Barrieren aufbauen oder realistische Perspektiven für die Entwicklungsländer schaffen. Dazu gehören massive Investitionen in die Humanressourcen dieser Länder, aber auch eine Beseitigung des eigenen Mangels oder der eigenen Fehlverteilung.



Dr. Michael Burgkhardt

### **Grenzüberschreitender Rettungsdienst Sachsen – Polen**

Dr. med. Michael Burgkhardt,  
Vorsitzender des Ausschusses  
Notfall- und Katastrophenmedizin  
der Sächsischen Landesärztekammer

Herr Dr. Burgkhardt hat auf die Defizite im grenzüberschreitenden Rettungsdienst zwischen Sachsen und Polen hingewiesen. Während in anderen Grenzregionen – so zum Beispiel zu Österreich, der Schweiz und Frankreich – der Einsatz der Rettungsdienste bereits grenzüberschreitend koordiniert wird, ist dies zu den östlichen Nachbarn in keiner Weise in das Tagesgeschäft eingegangen. Im Rahmen der Luftrettung seien für die Standorte Europa 1 bis 3 sogar gemeinsame Einsatzbereiche für die westlichen Regionen Deutschlands ausgewiesen. Luftrettung und Ambulanzflug würden im Bereich der

Alpen seit Jahren bilateral durchgeführt, wobei auch der Einsatz von Notärzten aus angrenzenden Ländern auf deutschen Rettungsmitteln keine Seltenheit sei. In den letzten Jahren haben sich im Freistaat Bayern gute Beziehungen zu tschechischen Rettungsdiensten herausgebildet. In den Grenzregionen des Freistaates Sachsen zu seinen östlichen Nachbarn ist jedoch die grenzüberschreitende Hilfeleistung bei medizinischen Notfällen eher die Ausnahme und bedarf noch der Intensivierung und vor allem der rechtlichen Regelung. In Fragen der Qualifikation und der Ausstattung von Rettungsmitteln gäbe es dagegen kaum Differenzen. Dr. Burgkhardt forderte das zuständige Sächsische Staatsministerium des Innern auf, konkrete rechtliche Regelungen aus sächsischer Sicht bei der Bundesregierung einzufordern.

### **Delegation ärztlicher Leistungen**

Dr. n. med. Artur Kwasniewski  
Vizepräsident der  
Niederschlesischen Ärztekammer

Schon im altertümlichen Griechenland haben sich die Ärzte und Kaplanen von Asklepios, aber auch Gymnasten, Empiriker, Medikamentenhändler, Ölhersteller, Wundertäter und Hebammen mit Medizin beschäftigt. Die Übertragungsverfahren einiger Aufgaben und Pflichten des Arztes auf andere Berufe haben sukzessiv und harmonisch stattgefunden, je nach der Entwicklung der Medizin, darunter insbesondere aus der Pharmakotherapie.

Die Ausführungserlaubnis des Berufes des Arztes erhält die Person, die über die erforderlichen Befähigungen verfügt, bestätigt mit entsprechenden Unterlagen. Als Ausübung des ärztlichen Berufes wird auch der Arzt in der Forschung, im Bereich der medizinischen Beratung oder Gesundheitspromotion sowie Behandlung des ärztlichen Berufes verstanden. Zurzeit sind in Polen am besten die Kompetenzen des Hausarztes und des Arztes der Grundgesundheitsfürsorge beschrieben. Ein Teil der Kompetenzberechtigungen des Arztes und der Krankenschwester decken sich und dies wird rechtlich vereinbart. Die Ausführung des Umfangs dieser Aufgaben ist vom Verhältnis zwischen dem Arzt und der Krankenschwester, häufig von örtlichen Gewohnheiten, Fähigkeiten und Zeitmöglichkeiten des Arztes und der Krankenschwester abhängig. Mehrfach betont man bei der Festsetzung der Kompetenzen des Arztes und anderer Vertreter der medizinischen Berufe die überordnete Rolle des Arztes. Weitere Beispiele sind die Zusammenarbeit des Arztes und der Geburtshelferin im Krankenhaus und die Übertragung von ärztlichen Kompetenzen auf die medizinischen Rettungsdienste, die gemäß der Verordnung des Gesundheitsministers vom 29. 2. 2006 die Reanimation mit Intubation des Patienten, Handdefibrillation sowie Vergabe der Arzneien (intravenös, intramuskulär, endotra-

cheal, intramedullär) durchführen können. Zurzeit decken sich viele Berechtigungen und Kompetenzen des Arztes mit Kompetenzen anderer medizinischer Berufe. Das ist eine rechtliche Regelung. Die übergeordnete Rolle des Arztes wird immer unterstrichen. Die Weitergabe ärztlicher Kompetenzen auf andere Berufe dient der Verbesserung der Arbeit des Arztes und ist ein natürliches Verfahren, das in den meisten Fällen zu keinen Konflikten in Polen führt.

### **Delegation ärztlicher Leistungen aus Sicht der deutschen Ärzteschaft**

Erik Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer

Zur gleichen Thematik hat Herr Bodendieck auf der 31. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern am 20. September 2008 in Leipzig referiert. Diesen Vortrag finden Sie auf Seite 512.

### **Geschichte der Schlesischen Ärztekammer in Breslau bis 1936**

Dipl.- Med. Annette Kaiser  
Leiterin der Projektgeschäftsstelle  
Qualitätssicherung der Sächsischen Landesärztekammer

Nach den territorialen Veränderungen in Schlesien infolge des Ersten Weltkrieges beschloss der Preußische Landtag 1924, in den Provinzen Niederschlesien und Oberschlesien eine gemeinsame Ärztekammer mit Sitz in Breslau zu errichten. Mit dem neuen Kammergesetz erhielt die Ärzteschaft erweiterte Rechte, aber auch die Pflicht zur Versorgung der Mitglieder bei Invalidität, Alter und Krankheit. Die Schlesische Ärztekammer sah die Schwerpunkte ihrer Arbeit zunehmend in Vertragsprüfungen, der Organisation der Krebsbekämpfung durch Verwaltung der Kammer sowie der Realisierung der Kapital-Risikoversicherung für Ärzte. Von 1920 bis 1936, dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Reichsärzteordnung, fanden viermal Wahlen zur Ärztekammer statt. Carl Franz Maria Partsch war von 1920 bis 1927 über zwei Wahlperioden hinweg Vorsitzender der Gemeinsamen Ärztekam-



Dipl.-Med. Annette Kaiser

mer für die Provinzen Niederschlesien und Oberschlesien. Robert Asch, mehr als 20 Jahre lang Mitglied der Schlesischen Ärztekammer, war von 1928 bis zu seiner Übersiedlung nach Berlin im Jahre 1929 Vorsitzender der Ärztekammer für die Provinzen Ober- und Niederschlesien.

1929 trat Karl Stolte die Nachfolge von Robert Asch an. Auch für die Wahlperiode 1932 bis 1936 wurde er wieder zum Vorsitzenden gewählt. Er verlor sein Amt 1934. Im gleichen Jahr ernannte der Preußische Minister des Innern auf der Grundlage des Gesetzes über den Übergang von Zuständigkeiten der Mitgliederversammlungen der Ärztekammern auf die Vorstände dieser Kammern vom 23. Dezember 1933 Karl Peschke zum Vorsitzenden für die Ärztekammer der Provinzen Niederschlesien und Oberschlesien.

### **Geschichte der Niederschlesischen Ärztekammer in Wroclaw ab 1945**

Dr. n. med. Barbara  
Bruziewicz-Mikłaszewska

Am 23. Oktober 1945 ist die Niederschlesische Bezirksärztekammer entstanden, die ein Jahr später Bezirksärztekammer Wroclaw genannt wurde. Schon im November 1945 hat der Vorstand der Niederschlesischen Ärztekammer die Registrierung und Überprüfung der Ärzte begonnen. Nur die in der Kammer registrierten Ärzte konnten die Arbeit in Gesundheitsanstalten aufnehmen



Dr. Barbara Bruziewicz-Miklaszewska

und private ärztliche Praxen führen. Auf dem Gebiet von Niederschlesien haben meistens Ärzte aus den Ostgebieten und Lemberg gewohnt sowie Emigranten und Ärzte aus dem sogenannten Mittelpolen und Warschau, die während des Krieges und des Warschauer Aufstandes ihr ganzes Vermögen verloren hatten.

Die Niederschlesische Bezirksärztekammer in Wroclaw war eine der ersten sozialen Selbstverwaltungsorganisationen, die in der Stadt berufen wurde. Sie hat auch erste polnische Strukturen des sozialen und bürgerlichen Lebens wieder aufgebaut. Ende 1948 waren im Register der Bezirksärztekammer Wroclaw die Akten von 662 Ärzten und 16 vorübergehend registrierte Ärzte vorhanden, die sich mit Diplomen ausgewiesen haben. Im Jahr 1948 waren auf dem Gebiet der Breslauer Delegation der Posner Ärzte- und Zahnärztekammer 109 Zahnärzte und 13 Medizinärzte im Fachbereich Stomatologie tätig. In die Zeit der politischen Erneuerung der zweiten Hälfte der fünfziger Jahre fällt auch die Berufung der ersten soziokulturellen Gesellschaft der Ärzte in Polen: Verband der Niederschlesischen Ärzte.

Die neueste Geschichte der ärztlichen Selbstverwaltung hat formell am 7. Mai 1989 begonnen, als der Sejm das Gesetz über die ärztliche

Kammern erlassen hat (GBI. Nr. 30, Pos. 58). Der Beschluss des Parlaments war die Folge des ununterbrochenen Strebens der Ärzte nach der Wiederherstellung der beruflichen Korporation, liquidiert durch die Verwaltungsbehörden im Jahr 1950. Am 2. September 1989 hat im Vortragsaal der Stomatologischen Fakultät der Medizinischen Akademie zu Wroclaw eine historische Sitzung des Organisationskomitees der Bezirksärztekammer, die Prof. Dr. habil. Stanislaw Potoczek geführt hat, stattgefunden. Dieses Datum ist als Beginn der Tätigkeit der Niederschlesischen Ärztekammer zu werten – eine wiederhergestellte ärztliche Selbstverwaltung.

Im Jahr 1989, in der Zeit der Reaktivierung der Ärztekammern gab es in Polen 49 Wojewodschaften (eingeführt im Jahr 1975). Wobei große regionale Kammern hergestellt wurden, dabei wurde der historische Name Niederschlesische Ärztekammer aus dem Jahr 1945 übernommen. Sie erfasst vier Wojewodschaften: Wroclaw (Breslau), Walbrzych (Waldenburg), Jelena Góra (Hirschberg) und Legnica (Liegnitz).

### Spezialisierung und Weiterbildung der Zahnärzte

In einem Workshop widmeten sich Prof. Dr. med. dent. habil. Hans-Ludwig Graf (Zentrum für Zahn-, Mund- und Kiefer-Heilkunde, Leipzig) und Frau lek. dent. Teresa Bujko (Breslau) der Spezialisierung und Weiterbildung von Zahnärzten. Ärzte und Zahnärzte haben in Polen eine gemeinsame Kammer, weshalb dieses Thema mit auf die Tagesordnung genommen wurde. In dem Workshop wurden die postgradualen klinischen Qualifizierungen zum Erwerb des Fachzahnarztes dargestellt. In Sachsen sind das die Gebiete Kieferorthopädie, Öffentlicher Gesundheitsdienst und Oralchirurgie. Alle diese Weiterbildungsgänge basieren auf einem vierjährigen Curriculum, dem eine einjährige allgemein zahnärztliche Tätigkeit integriert ist.



Prof. Dr. Hans-Ludwig Graf

Durch diese Kombination einer dreijährigen Fachspezialisierung und einer vorgeschalteten einjährigen hauszahnärztlichen Tätigkeit wird auf der einen Seite die Spezialisierung erreicht und auf der anderen Seite die Bindung an das Fachgebiet in seiner gesamten Breite gewahrt. Im Zuge des Bolognaprozesses wurden nach der Jahrtausendwende von universitären Anbietern außerhalb der Zahnärztekammern zunehmend Masterstudiengänge mit dem Ziel der Erlangung eines zusätzlichen akademischen Grades auf einem Teilgebiet der Zahnmedizin installiert. Dem Charakter als Studiengang geschuldet, wird hierbei vorwiegend Lernwissen, weniger Erfahrungswissen vermittelt. Inwieweit sich diese Entwicklung durchsetzt und einen Gewinn für die Zahnheilkunde der Zukunft bietet, bleibt abzuwarten.

Aufgrund des interessanten wissenschaftlich fundierten 4. Symposiums sprach sich der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer für eine Fortsetzung der konstruktiven deutsch-polnische Zusammenarbeit aus. Der Präsident der Niederschlesischen Ärztekammer lud alle Teilnehmer zum 5. Symposium 2011 nach Breslau ein.

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

Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit