

6. Deutsch-Polnisches Symposium Görlitz/ Zgorzelec 2015

Die Sächsische Landesärztekammer und die Niederschlesische Ärztekammer hatten vom 23. bis 25. April 2015 zum 6. Deutsch-Polnischen Symposium Ärzte aus beiden Ländern in die Europastadt Görlitz/ Zgorzelec eingeladen. Zur Eröffnung im Miejski-Dom Kultury Zgorzelec (ehemalige Ruhmeshalle) sprachen neben den Präsidenten der beiden Ärztekammern Stephan Rohde von der Sächsischen Staatskanzlei, Rafał Gronicz, Bürgermeister von Zgorzelec, sowie Dr. med. Rolf Weidle, Stadtrat von Görlitz, und Ulf Großmann, Präsident der Kulturstiftung des Freistaates Sachsen. Letzterer sprach



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze © SLÄK

über die durch Görlitz verlaufende via regia, welche eine der ältesten und längsten Landverbindungen von Ost- nach Westeuropa ist und seit über 2000 Jahren existiert. Sie verbindet auf einer Länge von 4.500 km acht europäische Länder miteinander. Heute spricht man dagegen viel über Görlilwood. Dieser inoffizielle Name



Dr. Jacek Chodorski © SLÄK

für Görlitz entstand aufgrund der vielen hier bereits gedrehten Hollywood-Filme.

Die Tagung in der Landskron Kulturbrauerei widmete sich der (Europäischen) Gesundheitspolitik sowie speziellen Sachthemen, wie dem Umgang mit Behandlungsfehlern oder MRSA in Sachsen und Niederschlesien. Zudem gab es drei Vorträge über 25 Jahre (Zahn-)Ärztekammern, die von den jeweiligen Präsidenten im historischen Kontext eindrucksvoll präsentiert wurden.

Identifikation mit Europa Hanna Suchocka, ehemalige Ministerpräsidentin Polens, ehemalige Justizministerin, Botschafterin beim Heiligen Stuhl

Nach den säkularen Bewegungen in den 90er-Jahren im Westen kam es zu einer Wiederbelebung der Kirche in Polen. Damit verbunden war die Frage nach den (christlichen) Werten, die sich in einem Europäischen Integrationsprozess wiederfinden müssen. Das betonte ihre Exzellenz, Frau



Hanna Suchocka

© SLÄK

Hanna Suchocka. „Die Frage einer Europäischen Identität muss gerade nach Finanz- und Schuldenkrise weiter gestellt werden. Die derzeitigen Spannungen dürfen nicht zu einem Zerfall der EU führen, sondern zu einer Suche nach einer Vision für Europa. Die Grundfrage lautet: Womit will sich Europa in Zukunft identifizieren?“ Für Polen wäre eine Desintegration innerhalb der EU schon deshalb äußerst problematisch, weil fast 60 Prozent der Polen sich für die EU aussprechen und das



Altstadtbrücke und Kirche St. Peter und Paul, Görlitz © SLÄK

Land sehr viel demokratische und finanzielle Aufbauhilfe erhalten hat. Zu den neuen Lösungen für eine starke EU gehörten Integrität und Werte, wie zum Beispiel Solidarität.

Gesundheitspolitische Herausforderungen in Deutschland und Sachsen

Barbara Klepsch, Sächsische Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz

Eine wohnortnahe Versorgung unter Berücksichtigung des demografischen Wandels ist weiterhin das Ziel der sächsischen Landespolitik. Allerdings sei es notwendig, gerade für den ländlichen Raum neue Lösungen zu entwickeln. Sachsen wird oft als der deutsche Alterspionier bezeichnet. Am deutlichsten zeigt sich dies am Altenquotienten. 2009 lag der Altenquotient für Sachsen noch bei 40. Schon 2030 wird er bei 65 und 2050 bei 75 liegen. Das heißt, auf 100 zwischen 20 und 64 Jahren kommen dann 75 über 65-Jährige. Und diese steigende Zahl älterer Menschen muss medizinisch versorgt werden.

Der Freistaat Sachsen beschäftigt sich deshalb bereits seit vielen Jahren mit der Sicherung der ambulanten Versorgung vor allem im ländlichen Raum. Ein ganz wichtiges Thema sind die Hausärzte. Schon heute könnten sich 208 weitere Hausärzte in Sachsen ansiedeln. Die Maßnahmen müssen vor allem eines: Vor Ort



Gäste der Eröffnung. Unter ihnen Dr. med. Rainer Kobes, Vorstandsmitglied (M.)

© SLÄK

wirken. Die Priorität liegt darauf, Medizinstudenten bereits im Studium zu unterstützen, um sie an Sachsen zu binden.

Auch im Bereich der stationären Versorgung müssen wir bereits heute aktiv werden. Sachsen besitzt eine moderne, abgestufte Krankenhauslandschaft und gute Strukturen, die auch in Zukunft gesichert und weiterentwickelt werden müssen.

Dafür entwickeln wir alle zwei bis drei Jahre einen Krankenhausplan, damit wir die Entwicklung der stationären Strukturen in Sachsen gezielt steuern können. Besonderen Wert legen wir auf den Erhalt der Krankenhäuser im ländlichen Raum.

Um unsere Krankenhäuser für die Zukunft gut aufzustellen, brauchen wir aber nicht nur Geld. Wir brauchen auch neue Strukturen, die die Möglichkeiten der modernen Informations- und Kommunikationstechnologie nutzen. Das soll insbesondere durch Telemedizin und Assistenzsysteme erreicht werden.

Wir brauchen zudem gute Konzepte, damit ältere Menschen möglichst lange in ihren eigenen vier Wänden leben können. Konkret heißt das zum Beispiel, dass Betreuungsleistungen von Demenzkranken oder auch Unterstützungsleistungen im Haushalt nicht unbedingt von spezialisierten Fachkräften geleistet werden müssen.



Sozialministerin Barbara Klepsch, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Dr. Jacek Chodorski

© SLÄK

Europäische Einflüsse auf die deutsche Gesundheitspolitik
Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der deutschen Bundesärztekammer



Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery
 © SLÄK

Die Demografie in beiden Ländern, Deutschland und Polen, hat eine vergleichbare Entwicklung genommen. Nur durch die grenzüberschreitende Kooperation von Ärzten, aber auch der Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung, können Herausforderungen bestmöglich bewältigt werden. Der Mangel an Ärzten in beiden Ländern verdeutlicht die Notwendigkeit einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit. Die zuständigen Behörden sind gefordert, die Arbeitsaufnahme von Ärzten von der anderen Seite der Neiße noch mehr zu erleichtern.

Der europäische Einfluss kann einen positiven Nutzen für die Menschen in Deutschland bewirken. Ein nennenswerter Einfluss der EU auf die deutsche Gesundheitspolitik wäre etwa das Recht des Patienten, sich auch im Ausland behandeln zu lassen. Entgegen den Erwartungen der Kommission ist die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung jedoch noch kein Massenphänomen.

Die Migration von berufstätigen Ärzten ist heutzutage durchaus gang und gäbe. Dazu wurde 2010 bis 2014 eine Richtlinie zur gegenseitigen Anerkennung von Berufsqualifikationen überarbeitet. Trotzdem muss die Patientensicherheit und Qualität der medizinischen Versorgung stets dem Standard entsprechen. Dazu müssen die Sprachfertigkeiten geprüft werden.

Die Kompetenz für die Weiterbildung sollte auch weiterhin bei den Mitgliedsstaaten liegen. Eine Zusammenführung der nationalen Weiterbildungsordnungen und damit die Angleichung der Anforderungen an die Facharztqualifikation kann und darf nur von den zuständigen Ärztekammern ausgehen. Der Ärztemangel kann durch Migration allenfalls punktuell behoben werden. Zudem darf die erleichterte Migration nicht dafür sorgen, dass sich der Ärztemangel von einem Land in ein anderes verschiebt.

Bei der Arbeitszeitrichtlinie wird dieses Jahr die Kommission einen neuen Versuch unternehmen, die Richtlinie von 2003 zu überarbeiten. Die



Dr. med. Mathias Wunsch, Präsident der Landes Zahnärztekammer Sachsen und weitere Gäste
 © SLÄK

wöchentliche Höchst Arbeitszeit von 48 Stunden soll umgangen und bessere Ruhezeiten während der Arbeitszeit ermöglicht werden. Europa muss zudem als Antrieb für eine bessere Zusammenarbeit zwischen den Ärztekammern genutzt werden.

Der Einfluss der Europäischen Union auf die Gesundheitspolitik in Polen

Dr. med. Konstanty Radziwiłł,
Vizepräsident der polnischen Ärztekammer



Dr. med. Konstanty Radziwiłł © SLÄK

Aufgrund der voranschreitenden Integration und dem grenzüberschreitenden Charakter der Gesundheit und ihrer Bedrohungen sowie der steigenden Mobilität der EU-Bürger kommt es immer mehr zu Forderungen, dass sich die Europäische Union mehr mit diesem Bereich befassen sollte. Es sieht jedoch momentan so aus, dass die europäischen Länder an ihrer jeweiligen Organisation des Gesundheitsschutzes festhalten und nichts darauf hinweist, dass Änderungen vorgesehen sind. Eine Unionsvorschrift wäre da beispielsweise der Arbeitsschutz. Die Richtlinie legt dabei die Hygieneanforderungen, Sicherheitsanforderungen, Arbeits-, Ruhe- und Pausenzeiten sowie Erholungsurlaub und Nacht- und Schichtarbeit fest. Diese Vorschriften haben großen Einfluss auf den Arbeitsmarkt des Gesundheitswesens, insbesondere bei Ärzten. Eine hohe Anzahl polnischer Ärzte hat deswegen die sogenannte „Opt-out-Klausel“ unterschrieben. Zehn Jahre nach dem Beitritt Polens zur EU liegt der prozentuale Anteil



Die Ärzte konnten die Vorträge durch Simultanübersetzung verfolgen.

© SLÄK

der polnischen Ärzte, die außerhalb Polens arbeiten, bei über 7,5 Prozent. In einigen Fachgebieten sogar bei 20 Prozent. Es kommt immer mehr zu einer Abwanderung der Mediziner aus „ärmeren“ Ländern, zum Beispiel Bulgarien und Rumänien, in „reichere Länder“, wie Deutschland, Norwegen und Großbritannien. Es gibt momentan noch keinen geeigneten Plan, um diese Abwanderung drastisch zu stoppen.

Jeder Staat muss eine oder mehrere sogenannte Landeskontaktstellen ausweisen, in denen über die grenzüberschreitende Gesundheitsfürsorge informiert wird. Zusätzlich wacht der Staat durch Kontrollmechanismen über die Qualität und Sicherheit der medizinischen Behandlung. Zur Begrenzung des Risikos der Destabilisierung des Gesundheitssystems kann der Herkunftsstaat ein System des vorausgehenden Einverständnisses einführen. Der Staat muss dabei vorher das Einverständnis für die Behandlung geben. Zusätzlich müssen ärztliche Qualifikationen sowie ärztliche Rezepte anerkannt werden. Es soll außerdem die Sicherung des Zugangs zu medizinischen Leistungen sowie zu einer hohen Qualität durch Telemedizin verstärkt werden. All diese Pflichten sind eine große Herausforderung für die jeweiligen Gesundheitssysteme, legen viele organisatorische sowie finanzielle Bürden auf, sind jedoch auch eine Chance für durch Europa reisende Bürger sowie für Behandlungsunter-

nehmen, die bereit sind, Versorgungsleistungen für Patienten in anderen Ländern zu erbringen. In den letzten 20 Jahren hat sich die Medizin zunehmend globalisiert. Die EU denkt deshalb immer mehr über eine Gewährleistung einer sicheren und hohen Qualität der Gesundheitsfürsorge für alle Europäer in ganz Europa nach.

Demografischer Wandel und ärztliche Versorgung in Sachsen

Erik Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer

In Sachsen wird bis zum Jahr 2025 mit einem Bevölkerungsrückgang von 9,4 Prozent gerechnet. Zuwächse sind nur in Dresden und Leipzig zu erwarten. Besonders trifft es die südlichen und östlichen Grenzregionen, wie Görlitz und den Erzgebirgskreis, diese haben mit einem Bevölkerungsrückgang von 15 Prozent zu rechnen. Zusätzlich kommt noch eine Überalterung der sächsischen Bevölkerung hinzu. Sachsen liegt mit einem Anteil von sechs Prozent der über 80-Jährigen an bundesweiter Spitze. Im Jahr 2025 beträgt der Anteil schätzungsweise zehn Prozent. Die großen Herausforderungen werden die steigende Morbidität, sinkende Mobilität und die gleichzeitige Ausdünnung der ländlichen Regionen sein. Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen wird jedoch steigen. Die Perspektiven für Ärzte in Sachsen sind sehr gut. Mit dem hohen Altersdurch-



Erik Bodendieck

© SLÄK

schnitt in Sachsen ist eine hohe Nachfrage nach medizinischen Leistungen verbunden sowie die Nachfrage nach einem erhöhten Versorgungsbedarf. Es existieren verschiedene Förderprojekte, um die Arbeit in der ambulanten oder stationären Versorgung attraktiver zu gestalten. 2009 wurde zudem auf Initiative der Sächsischen Landesärztekammer das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ gegründet, welches das Ziel hat, die einzelnen Akteure zu vernetzen und mehr Mediziner für Sachsen zu gewinnen. Eine aktive Anwerbung ausländischer Ärzte erfolgt jedoch nicht.

Demografische Entwicklung und ärztliche Fürsorge in Polen **Zbigniew Machaj, Geriater, Wojewodschaft Niederschlesien**

Dank der großen Fortschritte in der Medizin werden die Menschen in Polen heutzutage deutlich älter. Die Lebenserwartung stieg von 50 Jahren auf 73 Jahren bei Männern und

bei Frauen auf 81 Jahre. Auch die Zahl der alten Menschen steigt: waren es 1900 noch 6,3 Prozent, waren es 1955 8,5 Prozent und 2000 16,7 Prozent. Prognosen ergaben, dass der Anteil von Menschen über 60 im Jahr 2050 bei 26,7 Prozent liegen wird. Trotz positiver Veränderung bezüglich der Lebensdauer fällt Polen weiterhin ungünstig gegenüber den führenden europäischen Ländern auf. Aus Schätzungen geht hervor, dass 2030 auf 60 Prozent der arbeitsfähigen Bevölkerung, 40 Prozent Bevölkerung im nichtarbeitsfähigen Alter entfallen. Der Anstieg einer längeren Lebensdauer bedeutet gleichzeitig die längere Zahlung einer Rente. In Niederschlesien sowie in ganz Polen erhöht sich der Prozentsatz älterer Menschen. In den letzten zehn Jahren ist die Gesamtbevölkerung Polens kaum gestiegen, nur um 1,2 Prozent. Während die Zahl der Älteren um 20 Prozent gestiegen ist. Es kommt zu einer Geriatriisierung der Gesundheitsfürsorge. Gleichzeitig verringerte sich die Einwohnerzahl Polens: heute sind es 80.000 weniger als noch vor zehn Jahren.

Es kommt zunehmend zu einem sogenannten Ageismus. Damit ist eine Entfremdung einer Altersgruppe gemeint. Einige Jüngere erheben Vorwürfe, dass sie Älteren, oftmals Behinderten, helfen und diese betreuen müssen. Ein Teil von ihnen kritisiert den Staat, weil er den Senioren ökonomische Privilegien einräumt. Die Länder Westeuropas

haben dazu schon eine Reihe von Lösungen eingeführt, die diese Diskriminierungen begrenzen sollen. Die Herausbildung einer altersgerechten Haltung in der Gesellschaft wird zu einer Notwendigkeit. Es muss zur Bildung einer Basis kommen, die komplex die medizinischen und betreuenden Leistungen erbringt, um die Probleme des alternden Menschen zu lösen. Eine Verlängerung der Lebensdauer muss daher immer mit der Sicherung einer entsprechenden Lebensqualität verbunden sein. Dazu gehört eine Unabhängigkeit, bedingt durch Gesundheit, sowie eine Zugehörigkeit im Zusammenhang mit Familie, Freunden und der Akzeptanz der Umgebung, in der die betreffende Person lebt.

2006/2007 wurde die Lebenssituation niederschlesischer Senioren analysiert. Diese gaben an, einen guten Zugang zu einem Arzt zu haben, der Zugang zu Fachärzten wurde jedoch negativ bewertet. Die Zahl der Arztbesuche war alarmierend. Die Bettenzahl in den Krankenhäusern, insbesondere in Breslau, hat abgenommen. Zugenommen hingegen hat die Anzahl an Betten in stationären Langzeiteinrichtungen. Die Asymmetrie der Nicht-Bettenanpassung aufgrund der langfristig demografischen-epidemiologischen Trends ist auch weiterhin ein Problem in Niederschlesien. Positiv ist zu bemerken, dass die Geburtensterblichkeit abgenommen hat. Die Pflege älterer Personen muss sowohl unter Kranken-



Polnische Gäste des Symposiums

© SLÄK

haus- als auch unter häuslichen Bedingungen verstärkt und verbessert werden. Viele Gesundheitseinrichtungen sind veraltet und müssten eigentlich modernisiert werden. Die institutionelle Versorgung ist ungleichmäßig verteilt und vor allem im ländlichen Raum sehr schwach ausgeprägt.

Ärztliche Behandlungsfehler in Sachsen

Dr. med. Rainer Kluge, Vorsitzender der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen, Sächsische Landesärztekammer

Die Gutachterstellen für ärztliche Behandlungsfehler in Deutschland sind in den siebziger Jahren entstanden und dafür zuständig, dem Patienten einen Teil der ihm vom Gesetzgeber auferlegten Beweislast im Falle eines behaupteten Behandlungsfehlers abzunehmen. Die Gutachterstellen entlasten nicht nur die Justiz, sondern befassen sich jährlich mit etwa 10.000 Sachentscheidungen. Noch intensiver kann die Ärzteschaft die Verpflichtung an der Aufklärung von Behandlungsfehlern teilzunehmen, nicht wahrnehmen.

Nicht in jedem Fall ist ärztliches Fehlverhalten die Ursache für Behandlungsfehler. Häufig sind es auch Faktoren, die nur begrenzt der Kontrolle des Arztes unterliegen. Es sind nicht nur die individuellen Fehlentscheidungen des Arztes, sondern auch die Verhältnisse, wie Medizin betrieben wird, die Fehlentscheidungen begünstigen bzw. bedingen. Die Verpflichtung, stets auf dem aktuellsten medizinischen Stand zu bleiben, ist heutzutage mit einem enormen Aufwand verbunden. Die zunehmende



Dr. med. Rainer Kluge

© SLÄK

Spezialisierung und technische Hochleistungsmedizin bedeutet aber nicht automatisch eine bessere Gesundheit für den Patienten, wenn der Arzt nicht in der Lage ist, diese effektiv zu nutzen. Ärzte sind verpflichtet, an der Aufklärung einer fehlerhaften Behandlung mitzuwirken und gegebenenfalls Schaden zu regulieren. Häufig ist die Grenze zwischen Erlaubtem und Fehlerhaftem aber recht problematisch. In solchen Fällen muss das Zivilrecht eingreifen. Es gibt aber auch Situationen, in denen trotz korrekten ärztlichen Handelns ein Schaden entsteht. Alle Bemühungen, in dieser Problematik Lösungen zu finden, sind bisher in den Ansätzen stecken geblieben.

Strafrechtliche und berufliche Verantwortlichkeit des Arztes

Dr. Piotr Piszko, Bezirksobmann für Berufshaftpflicht, Niederschlesische Ärztekammer

Strafrechtliche Verantwortlichkeit und berufliche Haftung der Ärzte sind identische Verantwortlichkeiten, die sich trotz abweichender Regulierungen jedoch nicht gegenseitig ausschließen. Ein Arzt kann für dieselbe Tat sowohl straf-, als auch berufsrechtlich zur Verantwortung gezogen werden.

Häufiger sind in der Praxis jedoch Situationen anzutreffen, in denen die Strafverfolgungsorgane im Verfahren nicht die Merkmale einer zu ahndenden Tat feststellen, gleichzeitig aber auf der Grundlage des vorliegenden Beweismaterials (Sachverständigen-gutachten) erkennen, das besagte Verhalten einen beruflichen Verstoß darstellt. Die Konsequenz ist die Zuleitung einer Benachrichtigung

über die Begehung eines beruflichen Verstoßes an den Bezirksobmann für berufliche Haftung, was wiederum in der Mehrzahl der Fälle die Grundlage für die Einleitung eines Klärungsverfahrens bildet. Solche Fälle finden in Polen ihren Abschluss vor dem ärztlichen Bezirksgericht.

Multiresistente Erreger (MRE) und Impfprävention in Sachsen Dr. Undine Schultz, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Gesundheitsamt Görlitz

Die Meldung von multiresistenten Erregern beruht in erster Linie auf dem Infektionsschutzgesetz (IfSG). In diesem ist festgelegt, welche Erkrankungen und welche Erregernachweise an das Robert-Koch-Institut (RKI) übermittelt werden müssen, jedes Bundesland kann dabei die Meldepflicht auch auf andere Krankheiten erweitern. In Sachsen sind seit 2011 MRSA und MRGN meldepflichtig. Bei der Meldung von Erregernachweisen und Erkrankungen wird dieses an das zuständige Gesundheitsamt übermittelt.

Das Gesundheitsamt informiert sich dann bei dem zuständigen Arzt über die Grunderkrankung und ermittelt dann Personen, die mit dem Kranken Kontakt hatten.

Falls eine Person in Zgorzelec wohnt, leitet das Gesundheitsamt in Görlitz die Maßnahmen an das zuständige Gesundheitsamt in Polen weiter.

Im Jahr 2011 wurde zusätzlich beim RKI eine Kommission für „Antiinfektiva, Resistenz und Therapie“ eingerichtet. Demnach sollen die jeweiligen Gesundheitseinrichtungen alle auftretenden Fälle von MRE sowie den Medikamentenverbrauch doku-



Dr. Undine Schultz

© SLÄK

mentieren. Außerdem sollen entsprechende Maßnahmen zur Verhütung, Erfassung, Erkennung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und MRE festgelegt werden. Es wurde daraufhin die „Verordnung der Sächsischen Staatsregierung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen“ ins Leben gerufen. Demnach müssen die Einrichtungen eine Hygienekommission haben, welche Hygienepläne erstellen, sowie ein geschultes Fachpersonal für Hygiene beschäftigen. Ein MRE-Netzwerk in Görlitz wurde 2011 gegründet. Mitglieder sind Hygieneschwestern, Fachärzte für Mikrobiologie und das Gesundheitsamt Görlitz.

Infektionskrankheiten in Niederschlesien

Andrzej Gladysz, emeritierter Professor der Medizinischen Universität Wroclaw, ehemaliger Leiter des Lehrstuhls und der Klinik für Infektionskrankheiten

Das Auftreten von SARS und MERS ist ein Beispiel für die Zoonosen, das heißt, dass für die Tiergattung „typische“ Viren infolge von Verstößen oder Nichtbeachtung hygienischer sanitärer Prozeduren, auf den Menschen übertragen worden sind. Bestes Beispiel dafür ist die momentane Ebola-Epidemie, bei welcher die Erregerübertragung hauptsächlich über kontaminiertes Fleisch erfolgte. Auch Reisen und der Verzehr der dortigen

regionalen Gerichte haben die Ausbreitung von Infektionskrankheiten erleichtert. In Niederschlesien ist die Kontrolle der Krankenhausinfektionen dabei besonders wichtig. Niederschlesien nimmt am nationalen Programm des Schutzes für Antibiotika teil und schaltet sich somit in die aktive und praktische Gegenwirkung gegen die Ausbreitung des Resistenzgens ein. Zu ca. 50 Prozent der Virus-B-Infektionen, in Niederschlesien, und ca. 57 Prozent der Virus-C-Infektionen kommt es im Zusammenhang mit medizinischen Prozeduren, darunter der Einsatz von Gefäßkathetern. Der Anteil an HCV-Infektionen bei Dialysepatienten hat jedoch stark abgenommen. Schätzungen ergaben, dass 600.000 Personen in Polen mit HCV leben, die meisten dies jedoch nicht einmal wissen. Rotaviren werden ebenfalls oft durch Unterlassung des hygienischen und sanitären Standards übertragen. Durch das Unwissen und die sich ändernde sexuelle Sittlichkeit kam es in den letzten Jahren zu einem dramatischen Anstieg der HIV-Neuinfektionen sowie Syphilis, Gonorrhoe und Chlamydiose. Dies betrifft insbesondere junge Männer mit Sexualkontakt zu Männern. Niederschlesien hat nach der Wojewodschaft Masowien die zweithöchste Anzahl an erkannten HIV/AIDS-Infektionen. Ein immer stärker zunehmendes Problem ist die Zahl der nichtgeimpften Kinder. Galt Polen bisher noch als eines der Länder mit der höchsten Kennziffer der Durchimpfung, hat dies in den letzten Jahren stark abgenommen. Die Schuld liegt dabei wohl bei den „Antiimpfbewegungen“. Durch die gegenwärtig neue epidemiologische Situation,



Dr. med. Andrzej Wojnar erhält die Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille aus den Händen von Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
© SLÄK

den Fortschritt in Diagnose und Therapie, müssen neue Möglichkeiten gefunden werden, diesen mittlerweile mehr als 300.000 bekannten Viren aus dem Tierreich bei der Übertragung auf den Menschen Einhalt zu gebieten.

Internationaler Festabend

Beim Internationalen Festabend erhielt Herr Dr. med. Andrzej Wojnar die „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ der Sächsischen Landesärztekammer für seine Verdienste um eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit der sächsischen-niederschlesischen Ärzteschaft.

Den Abschluss des Symposiums bildete ein ökumenischer Gottesdienst in der Pfarrkirche St. Peter und Paul.

Von den Vorträgen gibt es einen Tagungsband, den man über E-Mail: redaktion@slaek.de bestellen kann.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



Sonnenorgel in der Pfarrkirche St. Peter und Paul
© SLÄK