KIT2016
13. KONGRESS
FÜR INFEKTIONSKRANKHEITEN
UND TROPENMEDIZIN
15. - 18. JUNI 2016 I CONGRESS CENTRUM WÜRZBURG

Pressekonferenz anlässlich des
13. Kongresses für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin (KIT 2016)
15. bis 18. Juni 2016, Congress Centrum Würzburg

Ob multiresistente Erreger, HIV oder Epidemien: Infektionen stemmen – für und mit dem Patienten

Termin: Donnerstag, 16. Juni 2016, 11.30 bis 12.30 Uhr
Ort: Congress Centrum Würzburg, Raum 7 + 8
Anschrift: Turmgasse 11, 97070 Würzburg

Themen und Referenten

Tausende nicht entdeckte HIV- und Hepatitisinfektionen
Wie gelingt eine rechtzeitige Diagnose, um wirksam zu behandeln?
Professor Dr. med. Hartwig Klinker
Kongresspräsident, Leiter der Infektiologie der Medizinischen Klinik und Poliklinik II am Universitätsklinikum Würzburg

Wenn kaum ein Antibiotikum noch wirkt – Antibiotic Stewardship (ABS) als Schutz vor multiresistenten Erregern und zur Sicherung optimaler Therapie
Professor Dr. med. Winfried V. Kern
Leitender Arzt am Zentrum Infektiologie und Reisemedizin der Medizinischen Universitätsklinik, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Viren, die alarmieren: Ebola, Zika und Lassa: Wie Infektiologen neuartige Viren bekämpfen und Epidemien vorbeugen
Professor Dr. med. Marylyn Addo
Leiterin der Sektion Tropenmedizin am Zentrum für Innere Medizin, I. Medizinische Klinik und Poliklinik am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Den „Krankenhauskeim“ finden, bevor er dem Patienten schadet
Perspektiven und Einsatzgebiete für MRE-Screenings
Professor Dr. med. Sebastian W. Lemmen
Leiter des Zentralbereichs Krankenhaushygiene und Infektiologie an der Universitätsklinik der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen

Migranten: mehr als eine infektiologische Herausforderung
Erfahrungen aus dem „Würzburger Modell“ der Flüchtlingsversorgung
Professor Dr. med. August Stich
Chefarzt der Tropenmedizinischen Abteilung der Missionsärztlichen Klinik Würzburg

Moderation: Anna Julia Voormann, Pressestelle KIT

Ihr Kontakt für Rückfragen:
13. Kongress für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin
Kongresspressestelle
Janina Wetzstein
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-457
Fax: 0711 8931-167
wetzstein@medizinkommunikation.org
www.KIT2016.de

KIT2016
13. KONGRESS
FÜR INFEKTIONSKRANKHEITEN
UND TROPENMEDIZIN
15. - 18. JUNI 2016 I CONGRESS CENTRUM WÜRZBURG

Pressekonferenz anlässlich des
13. Kongresses für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin (KIT 2016)
15. bis 18. Juni 2016, Congress Centrum Würzburg

Ob multiresistente Erreger, HIV oder Epidemien: Infektionen stemmen – für und mit dem Patienten

Termin: Donnerstag, 16. Juni 2016, 11.30 bis 12.30 Uhr
Ort: Congress Centrum Würzburg, Raum 7 + 8
Anschrift: Turmgasse 11, 97070 Würzburg

Inhalt

Pressemeldungen

Redemanuskripte der Referenten

Lebensläufe der Referenten

Bestellformular für Fotos

Falls Sie das Material in digitaler Form wünschen, stellen wir Ihnen dieses gerne zur Verfügung. Bitte kontaktieren Sie uns per E-Mail unter: wetzstein@medizinkommunikation.org.

Ihr Kontakt für Rückfragen:
13. Kongress für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin
Kongresspressestelle
Janina Wetzstein
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-457
Fax: 0711 8931-167
wetzstein@medizinkommunikation.org
www.KIT2016.de

KIT2016
13. KONGRESS
FÜR INFEKTIONSKRANKHEITEN
UND TROPENMEDIZIN
15. - 18. JUNI 2016 I CONGRESS CENTRUM WÜRZBURG

Infektiologen und Tropenmediziner tagen in Würzburg
KIT 2016: Infektionskrankheiten interdisziplinär behandeln

Würzburg, 16. Juni 2016 – Infektionskrankheiten stellen besondere Herausforderungen an die klinische und wissenschaftliche Medizin verschiedenster Fachrichtungen, die Gesundheitspolitik und die Gesellschaft. In Zeiten globaler Flüchtlingsbewegungen, des Vormarsches multiresistenter Erreger und der Ausbreitung von Viruserkrankungen wie Zika rücken Infektiologie und Tropenmedizin verstärkt in den Fokus. Daneben erfordern langjährige Themen wie HIV/AIDS, Virushepatitiden und opportunistische Infektionen bei Immunsuppression durch neue Entwicklungen eine Neubewertung und Ausrichtung von Wissenschaft und klinischer Patientenversorgung.

Innovative Konzepte und interdisziplinäre Forschung sind mehr denn je gefragt. Fachkundige infektiologische Versorgung in Klinik und Praxis nimmt einen hohen Stellenwert ein und betrifft längst nicht nur Mediziner. Der KIT 2016 richtet sich gleichermaßen an Kliniker in der stationären Krankenversorgung und im niedergelassenen Bereich, an Basiswissenschaftler und an klinische Forscher, aber auch Pflegekräfte möchte Kongresspräsident Professor Dr. med. Hartwig Klinker mit seinem Kongressprogramm ansprechen: „Mit neuen Formaten wie dem in den KIT integrierten Pflegekongress bieten wir in einem mehrstündigen Seminar Hintergrundwissen und praktische Tipps für den fachgerechten Umgang und die Pflege infektiologischer Patienten.“ Das Hauptprogramm des 4-tägigen Kongresses umfasst neben Plenarsitzungen mehr als 50 wissenschaftliche Symposien sowie zahlreiche Workshops und Kurse.

Insbesondere jungen Wissenschaftlern soll der Kongress als Plattform dienen. Deshalb fördert die Kongressleitung intensiv deren Teilnahme. Mit der Gelegenheit, Abstracts im Rahmen des Kongressprogramms vorzutragen, binden die Veranstalter junge Infektiologen und Tropenmediziner aktiv in das Kongressgeschehen ein und bieten gerade ihnen eine Chance, ihre wissenschaftlichen Ergebnisse persönlich vor einem großen Fachpublikum zu präsentieren. Darüber hinaus können Autoren angenommener Abstracts ihre Forschungsergebnisse im Rahmen von „Best Poster Sessions“ präsentieren. Darüber hinaus können Autoren angenommener Abstracts ihre Forschungsergebnisse im Rahmen von „Best Poster Sessions“ präsentieren. Nachwuchswissenschaftler, die ein Abstract einreichen, können sich auch um eines von 20 Reisestipendien im Wert von jeweils 500 Euro

bewerben – dieses umfasst die Tagungsgebühr, Anreise und Übernachtung am Kongressort. **Die Frist zur Einreichung der Abstracts wurde auf den 22. Februar 2016 verlängert.**

Highlights des KIT als größter deutschsprachiger Kongress für Infektiologie und Tropenmedizin sind die Plenarvorträge, in denen sich Experten der Infektiologie und Tropenmedizin mit zentralen Themen ihres Fachs befassen – von der Flüchtlingsmedizin über die Bekämpfung von multiresistenten Erregern bis hin zum aktuellen Stand der HIV-Behandlung. „Wir haben ein breit gefächertes Programm zusammengestellt und möchten damit die Teilnehmer zum interdisziplinären Austausch anregen“, sagt Kongress-Vizepräsident Prof. Dr. med. Andrew J. Ullmann. Neuste Forschungsergebnisse diskutieren Experten auch auf der heutigen Kongress-Pressekonferenz.

Das Kongressprogramm und viele Informationen rund um den Kongress finden Interessierte auf www.KIT2016.de.

Terminhinweis:

Pflegekongress „Herausforderungen für die Pflege bei infektiösen Patienten – nicht nur in der Infektiologie!“
Inhalt: Multiresistente Keime, HIV, Hepatitis, Besonderheiten bei Flüchtlingen, Infektionsrisiken für Personal, Infektionsprävention, Sektorenübergreifende Aspekte
Termin: Samstag, 18. Juni 2016, 9.00 bis 14.30 Uhr
Ort: Congress Center Würzburg/Maritim

Ihr Kontakt für Rückfragen:
13. Kongress für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin
Kongresspressestelle
Janina Wetzstein
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-457
Fax: 0711 8931-167
wetzstein@medizinkommunikation.org
www.KIT2016.de

Wettrüsten von Krankheitserreger und Medizin
Infektiologen fordern übergreifende Antibiotikaresistenz-Bekämpfung

Würzburg, 16. Juni 2016 – Gegen die zurzeit viel diskutierten „Super-Keime“ wirkt kaum ein Antibiotikum, selbst gegen das bisher als Notfall-Alternative geltende Antibiotikum Colistin sind sie resistent. Derzeit sind neue Antibiotika in der Entwicklung. Diese würden aber die Gefährdungslage nicht ändern können, so Experten im Vorfeld des 13. Kongresses für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin in Würzburg. Vielmehr sei es notwendig, die Entstehung neuer „multiresistenter“ Bakterien zu verhindern. Die Infektiologen fordern bei ihrem Kongress eine fach- und grenzübergreifende Zusammenarbeit im Kampf gegen resistente Krankheitserreger.

Bei dem in China und kürzlich auch in den USA und Deutschland, nachgewiesenen Erreger handelt es sich um ein sogenanntes ESBL (Extended Spectrum Betalactamase)-bildendes Bakterium. Es bildet Substanzen, sogenannte Enzyme, durch die es gegen Antibiotika unempfindlich wird. Solche ESBL-positiven Bakterienstämme kommen – häufig auch zunächst völlig ungefährlich – im Darm und vereinzelt auf der Haut vor. „Erst im Rahmen einer Operation oder bei einer Immunschwäche kann eine Infektion entstehen“, sagt Professor Dr. med. Winfried Kern, Leiter der Infektiologie der Medizinischen Universitätsklinik der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Etwa fünf bis zehn Prozent der Bevölkerung tragen solche Erreger im Körper. „Wenn eine Resistenz gegen Carbapeneme, also Antibiotika mit breitem Wirkspektrum, vorliegt, gibt es kaum Möglichkeiten, einer solchen Infektion beizukommen“, so der Infektiologe. Auch Colistin, ein sehr selten verwendetes Reserve-Antibiotikum, wirke hier nicht mehr zuverlässig, bei den jetzt gefundenen Erregern gar nicht mehr. Erschwerend kommt hinzu: Die EBSL-bildenden Bakterien übertragen ihre Resistenz auf andere Bakterienstämme.

Langfristig schützen immer neue Antibiotika nicht gegen immer neue Keime, meint Kern: „Dieses Wettrüsten werden wir auf Dauer womöglich verlieren, die Keime finden immer neue Strategien, und durch weiter entwickelte Antibiotika bisheriger Art helfen wir ihnen sogar manchmal, neue Resistenz-Strategien zu entwickeln.“ Stattdessen gelte es, diese Resistenzen zu verhindern. Genau das will Antibiotic Stewardship (ABS) erreichen. Infektiologen und eigens geschulte ABS-Experten aus weiteren Disziplinen steuern den Antibiotikaeinsatz an der Klinik und dämmen so multiresistente Keime ein. „Multiresistente

Bakterien sind eine grenzübergreifende Herausforderung, wir müssen ihr über Fach- und Landesgrenzen hinweg begegnen“, so Kern. Humanmedizin, Tiermedizin und Lebensmittelproduktion müssten dabei zusammenwirken. Außerdem wäre es ein großer und wirksamer Schritt, eine gemeinsame Strategie mit den europäischen Nachbarländern zu entwickeln. Von Ländern wie Frankreich und den Niederlanden könne Deutschland auch noch einiges lernen. Dort sind Kliniken gesetzlich verpflichtet, einen ABS-Experten zu beschäftigen.

„Im Rahmen unseres Kongresses versuchen wir unsere Forderungen bereits umzusetzen: Verschiedene Disziplinen und Bereiche der Human- und Tiermedizin aus Deutschland und anderen Staaten sind Gegenstand des wissenschaftlichen Programms“, sagt Professor Dr. med. Hartwig Klinker, Präsident des Kongresses. Entscheidend sei, dass es gelänge, dies auch im großen Maßstab umzusetzen. Über die Wirksamkeit von ABS und was darüber hinaus zur Bekämpfung multiresistenter Bakterien notwendig ist, informieren Experten bei der heutigen Pressekonferenz anlässlich des KIT 2016 in Würzburg.

Das Kongressprogramm und viele Informationen rund um den Kongress finden Interessierte auf www.KIT2016.de.

Ihr Kontakt für Rückfragen:
13. Kongress für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin
Kongresspressestelle
Janina Wetzstein
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-457
Fax: 0711 8931-167
wetzstein@medizinkommunikation.org
www.KIT2016.de

Zu viele unentdeckte Infektionen
Experten fordern: häufiger auf HIV und Hepatitis testen

Würzburg, 16. Juni 2016 – Rund 400 000 Menschen in Deutschland tragen das Hepatitis-C-Virus in sich – viele davon als sogenannte Altinfektion, die schon vor Jahren erworben und noch nicht diagnostiziert wurde. Ebenso leben hierzulande geschätzt 13 000 Menschen mit einer unentdeckten HIV-Infektion. Beide Erkrankungen machen sich oft erst viele Jahre nach der Infektion bemerkbar, können unbehandelt aber zu schweren und häufig lebensverkürzenden Folgeerkrankungen führen. Allzu oft verdrängen Patienten das Risiko einer Ansteckung, beispielsweise bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr oder Drogenkonsum, vor allem wenn er bereits lange zurückliegt. Aber auch Ärzte führen besonders bei Patienten, die nicht zu sogenannten Risikogruppen gehören, zu selten entsprechende Tests durch. Denn trotz breiter Aufklärung unterliegen Hepatitis und HIV noch immer einem Stigma; darauf weisen Infektiologen auf dem 13. Kongress für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin (KIT 2016) in Würzburg hin.

Hepatitis C und HIV werden über das Blut übertragen, vor allem durch ungeschützte Sexualkontakte, intravenösen Drogenkonsum und unter bestimmten Umständen im Rahmen der Geburt. Beide Infektionen lassen sich einfach diagnostizieren und wirksam behandeln. Dank der antiretroviralen Therapie haben HIV-Patienten eine nahezu gleiche Lebenserwartung wie Menschen ohne HIV. Hepatitis C (HCV) lässt sich aufgrund großer Therapiefortschritte seit 2014 bei mehr als 90 Prozent der Fälle vollständig heilen.

Es sei ein Meilenstein der medizinischen Forschung, dass Ärzte diese vor einiger Zeit noch häufig tödlichen Infektionen nun zuverlässig diagnostizieren und behandeln können, so Kongresspräsident Professor Dr. med. Hartwig Klinker. „Umso schwerwiegender ist es, dass uns immer wieder Patienten begegnen, deren Infektion zu spät erkannt wird“, sagt der Infektiologe. „Manche Patienten mit einer verschleppten Hepatitis leiden dann schon unter schweren Folgeschäden wie einer Leberzirrhose, die wir bei rechtzeitiger Behandlung hätten verhindern können.“ Tests müssten daher häufiger und mit einer größeren Selbstverständlichkeit durchgeführt werden.

Nach wie vor seien diese Infektionen und die damit verbundene gesellschaftliche Stigmatisierung so gefürchtet, dass viele Menschen trotz möglicher Infektionssituationen

auf einen klärenden Test verzichten. Bleibt eine Hepatitis- oder HIV-Infektion unerkannt, verbreitet sich das Virus unbemerkt im Körper und kann unheilbare Schäden verursachen. Ebenso steigt mit der Verbreitung der Viren auch die Gefahr, andere Menschen anzustecken.

Bekannt ist, dass an HIV oder Hepatitis Erkrankte häufig im Drogenmilieu oder unter Homosexuellen zu finden sind. Gerade dies führe aber dazu, dass Menschen, die nicht diesen Risikogruppen angehörten, die Möglichkeit einer Infektion zu selten in Betracht zögen, so Klinker, der die Infektiologie der Medizinischen Klinik und Poliklinik II am Universitätsklinikum Würzburg leitet. Denn gefährdet sind neben den Genannten beispielsweise auch Menschen, die früher – möglicherweise auch nur für einen kurzen Zeitraum – Drogen intravenös konsumiert haben, unabhängig von der sexuellen Orientierung sporadisch ungeschützten Geschlechtsverkehr hatten oder aus Ländern stammen, in denen HIV und Hepatitis häufig vorkommen. Eine Bluttransfusion vor Verfügbarkeit geeigneter Nachweismethoden (HIV vor 1985, HCV vor 1990) sollte ebenfalls Anlass für einen Test sein.

„Entscheidend ist, dass wir uns weiter um Prävention und Aufklärung bemühen und Barrieren für Tests abbauen“, sagt Professor Klinker. Manche Auffälligkeiten können Hinweise auf eine HIV-Infektion geben. Dazu gehören laborchemische Blutbildveränderungen oder Eiweißverschiebungen, aber auch Haut- und Schleimhauterkrankungen – beispielsweise Dellwarzen, seborrhoische Ekzeme oder eine Gürtelrose. Daneben können vergrößerte Lymphknoten oder Symptome wie Gewichtsabnahme, Fieberschübe und anhaltender Nachtschweiß wegweisend sein. Wenn derartige Symptome auftreten, sollte der behandelnde Arzt einen HIV-Test durchführen, auch wenn der Patient nicht zu einer HIV-Risikogruppe gehört.

Auf der Kongresspressekonferenz anlässlich des KIT 2016 am 16. Juni 2016 diskutieren Experten, welche Barrieren Ärzte und Patienten noch überwinden müssen, um HIV- und Hepatitisinfektionen rechtzeitig zu erkennen. Das Kongressprogramm und viele Informationen rund um den Kongress finden Interessierte auf www.KIT2016.de.

Flüchtlingsversorgung: Erfahrungen aus dem „Würzburger Modell“ Individuelle Behandlung statt Massenscreenings

Würzburg, 16. Juni 2016 – Flüchtlinge durchlaufen bei ihrer Erstregistrierung in Deutschland medizinische Tests, um eine Verbreitung ansteckender Krankheiten zu vermeiden. Verkannt werde dabei, dass die Ankommenden je nach Herkunft unter einem breiten Spektrum an Krankheiten leiden könnten, die der Arzt nicht sofort diagnostizieren kann, so Experten im Vorfeld des 13. Kongresses für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin in Würzburg. Die Infektiologen fordern auf Basis ihrer Erfahrungen aus dem „Würzburger Modell“ der Flüchtlingsversorgung eine individuelle Betrachtung eines jeden Patienten und niederschwellige Versorgungsangebote, um dem gesetzlich verankerten Recht der Flüchtlinge auf Gesundheit nachzukommen. Letztendlich spare das sogar Kosten, so zeigen die Erfahrungen aus Würzburg. Ein Vorbild für die bundesweite Flüchtlingsbehandlung will das Projekt dennoch nicht sein.

Flüchtlinge haben zwar das Recht auf medizinische Versorgung auch nach der Erstuntersuchung, müssen jedoch aktiv die Zustimmung der Sozialbehörde einholen. „In der Ausnahmesituation, in der sich Flüchtlinge zweifelsohne befinden, sind gesundheitliche Belange häufig nicht das dringendste Anliegen, zumal die Sprachbarriere und kulturelle Unterschiede – auch in der Wahrnehmung von Beschwerden – häufig dazu führen, dass Ärzte vorliegende Krankheiten zunächst übersehen“, sagt Professor Dr. med. August Stich, der die Tropenmedizinische Abteilung der Missionsärztlichen Klinik in Würzburg leitet. Im Rahmen des „Würzburger Modells“ habe man versucht, eine umfassende gesundheitliche Versorgung der Flüchtlinge zu gewährleisten.

Auf dem Gelände einer ehemaligen Kaserne in Würzburg leben seit 2008 rund 500 Flüchtlinge, die die Mitarbeiter der Tropenmedizinischen Abteilung der Missionsärztlichen Klinik medizinisch versorgen. Tagsüber ist dort eine Krankenschwester vor Ort. Sie erfasst medizinische Fragen und Probleme, die Patienten an sie herantragen. Sie bereitet auch die ärztlichen Sprechstunden vor, die ein Team von Fachärzten wechselnd besetzt. „Eine kleine Gruppe von Psycho- und Traumatherapeuten arbeitet ehrenamtlich mit, da ihre überaus wichtigen Leistungen fast nie über das geltende System abgerechnet werden können“, ergänzt Stich. Erst im engen Kontakt mit den Flüchtlingen erfuhren Stich und sein Team, woran die meisten Patienten litten. Mehr als 70 Prozent aller Bewohner sind psychisch teils

schwer belastet. Viele Patienten leiden zudem an chronischen Erkrankungen wie Diabetes und Bluthochdruck – oft sind die Werte schlecht eingestellt. Auch infektiologische Probleme wie Tuberkulosen, HIV-Erkrankungen, Skabies und gastrointestinale Infektionen sind häufig. „Diese konnten wir jedoch in vielen Fällen erst nach mehrmaligem Kontakt mit den Patienten diagnostizieren“, so Stich. Bedenken, ein derartiges Versorgungsmodell würde die Kosten der medizinischen Betreuung von Flüchtlingen in die Höhe treiben, hätten sich nicht bestätigt. „Der entscheidende, auch ökonomisch wichtige Faktor, ist die Tatsache, dass durch das kontinuierliche, niederschwellige Angebot Ordnung und Systematik in die medizinische Versorgung von teilweise schwer kranken Menschen gebracht wird. Krankheiten können früher erkannt und behandelt werden, was auf lange Sicht Kosten einspart“, so der Infektiologe. Ein messbarer Effekt ist beispielsweise die Tatsache, dass die Zahl der Notarzteinsätze oder Alarmierungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in der Unterkunft massiv zurückgegangen ist.

Trotz dieses Erfolgs dürfe das „Würzburger Modell“ nicht Vorbild für eine bundesweite Flüchtlingsversorgung sein. „In Würzburg haben die Kollegen versucht, eine staatliche Lücke zu schließen – nicht zuletzt mit freiwilligen Helfern“, sagt Kongresspräsident Professor Dr. med. Hartwig Klinker. Stattdessen wäre eine Systemänderung von Nöten, die Asylbewerbern bundesweit und vom ersten Tag der Ankunft an Versicherungsschutz gewährt und einen niederschwelligen Zugang zu Versorgungsstrukturen ermöglicht. Was darüber hinaus nötig ist, um Flüchtlingen den Zugang zum deutschen Gesundheitssystem zu erleichtern, diskutieren Experten bei der heutigen Pressekonferenz anlässlich des KIT 2016 in Würzburg.

Ihr Kontakt für Rückfragen:
13. Kongress für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin
Kongresspressestelle
Janina Wetzstein
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-457
Fax: 0711 8931-167
wetzstein@medizinkommunikation.org
www.KIT2016.de

Pressekonferenz anlässlich des
13. Kongresses für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin (KIT 2016)
Donnerstag, 16. Juni 2016, 11.30 bis 12.30 Uhr, Würzburg

Tausende nicht entdeckte HIV- und Hepatitisinfektionen
Wie gelingt eine rechtzeitige Diagnose, um wirksam zu behandeln?

Professor Dr. med. Hartwig Klinker, Kongresspräsident, Leiter der Infektiologie der Medizinischen Klinik und Poliklinik II am Universitätsklinikum Würzburg

Infektionen mit dem humanen Immundefizienzvirus (HIV), dem Hepatitis-B-Virus (HBV) und dem Hepatitis-C-Virus (HCV) gehören zu den weltweit häufigsten Infektionen und weisen zahlreiche Gemeinsamkeiten auf.

Die genannten Viren werden parenteral, das heißt auf dem Blutweg übertragen. Die weltweit wichtigsten Übertragungssituationen sind – mit unterschiedlichen Schwerpunkten für die einzelnen Infektionen – ungeschützte Sexualkontakte, intravenöser Drogenkonsum, Geburt und, im Fall eingeschränkter Hygiene/Screeningmöglichkeiten, invasive medizinische Behandlungen, Operationen und die Gabe von Blutprodukten.

Gemeinsam sind den Infektionen der chronische Verlauf (HBV in 5–10 Prozent, HCV in 60–80 Prozent, HIV in 100 Prozent), die häufige Symptomarmut in den ersten Jahren einer chronischen Infektion und das Risiko schwerer Folgeerkrankungen. So entwickeln unbehandelt 20–30 Prozent der Patienten mit einer chronischen Virushepatitis eine Leberzirrhose, bei denen wiederum bei circa 5 Prozent pro Jahr eine Leberkrebserkrankung auftritt. Eine nicht therapierte HIV-Infektion führt bei circa 95 Prozent der Patienten innerhalb von 8–12 Jahren zu einer AIDS-Erkrankung.

Dank intensiver Forschungsanstrengungen in den vergangenen 30 Jahren ist es gelungen – und auch dies ist eine Gemeinsamkeit der drei Infektionen –, einfache und zuverlässige diagnostische Methoden und insbesondere sehr wirksame antivirale Therapien sowohl für die HBV-/HCV- als auch die HIV-Infektion zu entwickeln.

So lässt sich die chronische Hepatitis B in 5–8 Prozent der Fälle klinisch heilen, in mehr als 95 Prozent gelingt eine anhaltende Viruskontrolle. Die Behandlung der chronischen Hepatitis C hat sich seit 2014 revolutioniert und führt heute bei mehr als 90 Prozent der Patienten zur definitiven Heilung der Infektion. Eine HIV-Infektion dagegen ist nach wie vor nicht heilbar. Durch lebenslänglich einzunehmende, hochwirksame und inzwischen gut verträgliche Therapieregime (Antiretrovirale Therapie = ART) kann das HI-Virus bei den allermeisten Patienten jedoch langfristig kontrolliert werden.

Bei rechtzeitiger und konsequenter antiviraler Behandlung können die geschilderten, schweren Folgeerkrankungen bei fast allen Patienten langfristig und zuverlässig verhindert

werden! So haben zum Beispiel Patienten mit einer HIV-Infektion unter ART eine weitgehend normale Lebensperspektive. Und dies bei guter Lebensqualität! Neben der individuellen Prognoseverbesserung führt die Therapie auch zu einer gravierenden Verringerung der Infektiosität.

Viele chronische HBV-, insbesondere aber HCV- und HIV-Infektionen in Deutschland sind unentdeckt. Jährlich werden circa 5 000–6 000 HCV-Infektionen erstdiagnostiziert, weit überwiegend handelt es sich um die Erstdiagnose von „Altinfektionen“. Die Prävalenz der HCV-Infektion in Deutschland wird auf 0,3–0,5 Prozent der Bevölkerung, entsprechend 240 000–400 000 Infektionen, geschätzt. Die Zahl der in Deutschland mit einer HIV-Infektion, aber ohne gestellte HIV-Diagnose lebenden Menschen wird mit circa 13 000 angenommen.

Alle diese Menschen leben mit dem Risiko schwerer, oft lebensverkürzender Komplikationen ihrer Infektion! Daneben können Sie bei entsprechendem Risikoverhalten andere Menschen infizieren.

Die Gründe für verzögerte Diagnosen sind vielfältig. Hier spielen das Verkennen und/oder Verdrängen von Risikosituationen ebenso eine Rolle wie die Furcht vor einer Infektion, Krankheit und der oft damit verbundenen Stigmatisierung. Auf ärztlicher Seite werden Anamnesen gelegentlich nicht vollständig erhoben und so Risiken nicht erfasst oder bei Indikatorbefunden und/oder -erkrankungen nicht an die Infektionen gedacht. Bei der HIV-Infektion betrifft dies besonders als heterosexuell eingeordnete Patienten, denen seltener als Menschen aus bekannten „Risikogruppen“ ein HIV-Test angeboten wird.

Bei Menschen mit chronischer Hepatitis B/C oder HIV-Infektion hat die Diagnosestellung mittels Testung in einer frühen Phase der Infektion heute den Wert einer Lebensversicherung, denn diese Infektionen sind sehr gut behandelbar!

Für eine Verbesserung der Situation gilt es, Aufklärungs- und Präventionsanstrengungen nicht abzubauen, sondern zu intensivieren. Barrieren für eine Testung müssen erkannt und abgebaut werden.

An eine HBV-, HCV- oder HIV-Infektion muss insbesondere gedacht werden bei aktuellem oder früherem Drogenkonsum, sexuellen Risikokontakten, Migration aus Ländern mit hoher Prävalenz oder Bluttransfusionen vor circa 1970 (HBV), zwischen circa 1980 und 1984 (HIV) beziehungsweise vor circa 1990 (HCV).

Bei der klinischen und laborchemisch-apparativen Diagnostik gilt es, wegweisende Befunde und Indikatorerkrankungen zu erkennen und zuzuordnen, um hieraus eine Testindikation abzuleiten. Bezüglich der Virushepatitiden ist zum Beispiel als „Leberscreening“ eine Bestimmung der GPT einfach und kostengünstig, sie wird in der Praxis zu selten bestimmt. Der hier verbreitete GGT-Wert sagt dagegen vergleichsweise wenig aus. Zu jeder Abklärung einer diagnostizierten chronischen Lebererkrankung gehören HBV- und HCV-Serologie.

Auf eine HIV-Infektion können laborchemisch Blutbildveränderungen oder Eiweißverschiebungen hinweisen, klinisch diverse Haut- und Schleimhautveränderungen (wie Soor, Dellwarzen, ein seborrhoisches Ekzem oder eine Gürtelrose), Lymphknotenvergrößerungen oder auch konstitutionelle Symptome wie Gewichtsabnahme, Fieber, Nachtschweiß oder Durchfälle.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Würzburg, Juni 2016

Wenn kaum ein Antibiotikum noch wirkt – Antibiotic Stewardship (ABS) als Schutz vor multiresistenten Erregern und zur Sicherung optimaler Therapie

Professor Dr. med. Winfried V. Kern, Leitender Arzt am Zentrum Infektiologie und Reisemedizin der Medizinischen Universitätsklinik, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Die bakterielle Resistenzentwicklung ist – nach langen Jahren des Kampfes gegen MRSA – heute vor allem bei gram-negativen Bakterien ein deutlich zunehmendes Problem geworden. Dabei handelt es sich um verschiedene Bakterien und verschiedene Resistenzmechanismen, um Bakterien, die im Darm und seltener auch auf der Haut persistieren können, um dann in besonderen Situationen Infektionen hervorzurufen. Die meisten dieser gram-negativen Erreger sind multiresistent. Marker dafür ist die Resistenz gegenüber Drittgerenations-Cephalosporine – in der Regel verursacht durch Enzyme, die diese Substanzen einfach zerschneiden und damit inaktivieren (ESBL=***E***xtended ***S***pectrum ***B***eta***l***actamase). Etwa 5-10 Prozent der Bevölkerung sind Träger von ESBL-Erregern im Darm – gegenüber <3 Prozent MRSA-Trägerschaft. Höchst problematisch ist die enzymatische Carbapenem-Resistenz, das heißt die Substanzen, die bisher als sichere Reservesubstanzen gegen ESBL-Erreger galten, werden ebenfalls inaktiviert und damit unwirksam. Es gibt kaum Möglichkeiten durch maximale Dosissteigerung und geschickte Kombinationstherapien bei solchen Infektionen noch eine Therapiesicherheit zu erzielen. Colistin – ein sehr altes eigentlich seit vielen Jahren gar nicht mehr eingesetztes Reservemedikament, das in solchen Fällen meist verwendet werden muss, wirkt aber auch nicht immer. Die Behandlungs-ergebnisse sind unzuverlässig. Die Resistenzentwicklung gegen Colistin (in China bei Tierisolaten häufiger bereits beobachtet) könnte bald zum zunehmenden Problem werden. Die wenigen neuen und in Entwicklung befindlichen Medikamente für entsprechende Indikationen werden an der grundsätzlichen Situation und Gefährdung nichts ändern.

Unter *Antibiotic Stewardship* versteht man das programmatische, nachhaltige Bemühen einer medizinischen Institution (oder Gesundheitssystems) um Verbesserung und Sicherstellung einer rationalen, kosteneffektiven Antiinfektiva-Verordnung mit dem Ziel individuell optimaler Ergebnisse unter gleichzeitiger Minimierung von Resistenzproblemen. Damit werden die Infrastruktur-komponente – Notwendigkeit von Fachpersonal mit Mandat und Deputat, einschlägiger Forschungsförderung, Leitlinienfokussierung auch auf ökologische Aspekte (Stichwort Kollateralschaden) – und Patientensicherheit (individuell und „kollektiv“) angesprochen. Von besonderer Bedeutung ist, dass *Antibiotic Stewardship* als intersektorale und internationale Herausforderung betrachtet werden muss. Es gibt keine klaren Grenzen bei der bakteriellen Resistenzentstehung und -ausbreitung, weder zwischen ambulanter und stationärer Humanmedizin, zwischen Humanmedizin und

Veterinärmedizin/Lebens-mittelproduktion, noch zwischen nationalem und internationalem Setting.

Eine wichtige Komponente von *Antibiotic Stewardship* (ABS) im Krankenhaus-bereich ist die Verfügbarkeit von Infektiologen. Verschiedene Leitlinien – darunter auch die deutsch-österreichische S3-Leitlinie – empfehlen die Einrichtung von ABS-Teams in Akutkliniken unter Leitung eines Infektiologen und unter Mitwirkung des Krankenhausapothekers und des/der zuständigen Mikrobiologen/Hygienikers. Diese Ausstattung ist in den meisten deutschen Krankenhäusern nicht gegeben. Trotz einer klaren Empfehlung der Leitlinie hierfür fehlt die entsprechende Verordnung (mit Gesetzescharakter), die in Deutschland für eine Umsetzung offenbar gebraucht wird – auch wenn es sich um einen wichtigen Bereich der Versorgungsqualität und Patientensicherheit handelt. Hier kann Deutschland von anderen Ländern lernen. In den Nieder-landen sind ABS-Teams Pflicht. In Belgien werden Akutkrankenhäuser seit 2007 finanziell für die Einstellung eines ABS-Teamleiters finanziell gefördert und müssen einen Jahresbericht erstellen. In Frankreich ist die Ernennung von Antibiotika-Beauftragten in den Krankenhäusern (*Référents d´Antibiotiques*) Pflicht, und es werden weitere ABS-Strukturkomponenten in allen Kliniken jährlich abgefragt. In den USA wurde vom Weißen Haus verordnet („*National Action Plan for Combating Antibiotic-Resistant Bacteria*“), bis 2020 in allen Akutkrankenhäusern ABS-Programme zu etablieren und damit die Rate inadäquater Antibiotika-Verordnungen um 20 Prozent zu reduzieren. In Australien sind über die externe Qualitätssicherung ABS-Programme an allen Krankenhäusern seit 2013 Pflicht – um nur einige Beispiele zu nennen.

ABS-Maßnahmen im Krankenhausbereich, vor allem, wenn sie einen aktiven klinisch-infektiologischen Konsiliardienst einschließen, gelten als 1) effektiv bezüglich der Senkung von MRSA-Infektionen und *Clostridium difficile*-Infektionen, 2) als hilfreich zur Verhinderung des weiteren Anstiegs der ESBL-und Carbapenem-Resistenz-Raten, 3) als assoziiert mit verbessertem Überleben bei bestimmten schweren Infektionen sowie 3) als kostensenkend. Es gibt gute Hinweise dafür, dass die Ergebnisse der modernen Medizin vor allem im Bereich Organersatz/Transplantation ohne effektive ABS-Maßnahmen hochgefährdet sind. Es gibt zahlreiche (publizierte, zitierbare) „Erfolgsgeschichten“ sowie nachvollziehbare Hinweise auf den personellen und sonstigen Ausstattungsbedarf unter Kosten-Effektivitäts-Gesichtspunkten. Mit der ABS-Fortbildungsinitiative der DGI (Schulung von Ärzten und Apothekern und Zertifizierung als „ABS-Experte“ in zwei Abschnitten – 2000–2013 mit BMG-Förderung und 2014–2017) , der Förderung der Einstellung von Fachpersonal seitens des Krankenhausentgelt-gesetzes, das inzwischen auch die Weiterbildung von Infektiologen mit-einschließt, einer Wandlung des ärztlichen Selbstverständnisses (Interdisziplinarität,

Anerkennung der Infektiologie, Verantwortlichkeit auch ohne Gesetzesverordnung) und einer expliziten politischen Agenda (Qualitäts-zuschläge, Forschungsförderung, intersektorale und internationale Koordination und Kooperation) sollte es auch in Deutschland möglich sein, viele Ziele von ABS zu realisieren.

Ausgewählte weiterführende Literatur:

1. Akpan MR, Ahmad R, Shebl NA, et al. A review of quality measures for assessing the impact of antimicrobial stewardship programs in hospitals. Antibiotics (Basel) 2016; 5:e5.

2. Barlam TF, Cosgrove SE, Abbo LM, et al. Implementing an antibiotic stewardship program: Guidelines by the IDSA/SHEA. **Clin Infect Dis** 2016; 62:e51-77.

3. Coulter S, Merollini K, Roberts JA, et al. The need for cost-effectiveness analyses of antimicrobial stewardship programmes: A structured review. Int J Antimicrob Agents 2015; 46:140-9.

4. de With K, Allerberger F, Amann S, et al. Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus - AWMF-Registernummer 092/001. *http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/092-001l_S3_Antibiotika_Anwendung_im_Krankenhaus_2013-12.pdf*

5. Filice G, Drekonja D, Greer N, et al. Antimicrobial stewardship programs in inpatient settings: A systematic review [Internet]. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US); 2013 Sep.

6. Karanika S, Paudel S, Grigoras C, et al. Clinical and economic outcomes from the implementation of hospital-based antimicrobial stewardship programs: A aystematic review and meta-analysis. Antimicrob Agents Chemother 2016 May 31 [Epub ahead of print]

7. Kern WV, Fätkenheuer G, Tacconelli E, Ullmann A. [Infectious diseases as a clinical specialty in Germany and Europe]. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 2015; 109:493-9.

8. Lambert ML, Bruyndonckx R, Goossens H, et al. The Belgian policy of funding antimicrobial stewardship in hospitals and trends of selected quality indicators for antimicrobial use, 1999-2010: a longitudinal study. BMJ Open 2015; 5:e006916.

9. Lawes T, Lopez-Lozano JM, et al. Effects of national antibiotic stewardship and infection control strategies on hospital-associated and community-associated meticillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections across a region of Scotland: a non-linear time-series study. Lancet Infect Dis 2015; 15:1438-49.

10. Le Coz P, Carlet J, Roblot F, Pulcini C. Human resources needed to perform antimicrobial stewardship teams' activities in French hospitals. Med Mal Infect 2016 Mar 24. [Epub]

11. NICE. Antimicrobial stewardship: systems and processes for effective antimicrobial medicine use. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2015. *http://www.nice.org.uk/guidance/ng15/evidence/full-guideline-74002861*

12. Paulsen J, Solligård E, Damås JK, et al. The impact of infectious sisease specialist consultation for Staphylococcus aureus bloodstream infections: A systematic review. Open Forum Infect Dis 2016; 3:ofw048.

13. Pollack LA, van Santen KL, Weiner LM, et al. Antibiotic stewardship programs in U.S. acute care hospitals: findings from the 2014 National Healthcare Safety Network (NHSN) Annual Hospital Survey. Clin Infect Dis 2016 May 19 [Epub ahead of print]

14. Public Health England. Start Smart - Then Focus. Antimicrobial stewardship toolkit for English hospitals. Updated March 2015. London.

15. Rieg S, Küpper MF. Infectious diseases consultations can make the difference: a brief review and a plea for more infectious diseases specialists in Germany. Infection 2016; 44:159-66.

16. Schmitt S, McQuillen DP, Nahass R, et al. Infectious diseases specialty intervention is associated with decreased mortality and lower healthcare costs. Clin Infect Dis 2014; 58:22-8.

17. Schuts EC, Hulscher ME, Mouton JW, et al. Current evidence on hospital antimicrobial stewardship objectives: a systematic review and meta-analysis. Lancet Infect Dis 2016 Mar 2. [Epub]

18. Shallcross LJ, Davies SC. The World Health Assembly resolution on antimicrobial resistance. J Antimicrob Chemother 2014; 69:2883-5.

19. Tackling drug-resistant infections globally: Final Report and Recommendations. The Review on Antimicrobial Resistance. Chaired by Jim O´Neill. May 2016.
http://amr-review.org/sites/default/files/160518_Final%20paper_with%20cover.pdf

20. Tamma PD, Holmes A, Ashley ED. Antimicrobial stewardship: another focus for patient safety? Curr Opin Infect Dis 2014; 27:348-5.

21. Vogel M, Schmitz RP, Hagel S, et al. Infectious disease consultation for *Staphylococcus aureus* bacteremia - A systematic review and meta-analysis. J Infect 2016; 72:19-28.

22. Wagner B, Filice GA, Drekonja D, et al. Antimicrobial stewardship programs in inpatient hospital settings: a systematic review. Infect Control Hosp Epidemiol 2014; 35:1209-28.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Würzburg, Juni 2016

Viren, die alarmieren: Ebola, Zika und Lassa
Wie Infektiologen neuartige Viren bekämpfen und Epidemien vorbeugen

Professor Dr. med. Marylyn Addo, Leiterin der Sektion Tropenmedizin am Zentrum für Innere Medizin, I. Medizinische Klinik und Poliklinik am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

In den letzten Jahren sind in der Welt mehrere Ausbrüche mit „emerging und re-emerging“ diseases (EID) aufgetreten (z.B. MERS, Ebola Virus Disease (EVD), Zika-Virus- und Chikungunya-Virus-Infektionen). Für keine dieser Erkrankungen gibt es zugelassene Impfstoffe oder Medikamente. Viele dieser Erkrankungen (EIDs) sind haben tierische Reservoire oder werden von Vektoren (z.B. Mücken-ZIKA, Zecken-Krim-Kongo-Hämorrhagisches Fieber) übertragen, was die effektive Bekämpfung dieser Erkrankungen weiter erschwert.

What is an emerging or re-emerging infectious disease?

"Infection that has newly appeared in [a] population or has existed but is rapidly increasing in incidence or geographic range"

(S.S. Morse. Factors in the Emergence of Infectious Diseases. Emerging Infectious Diseases, 1996;1(1): 7-15.)

Ebola

Letzte Zahlen:

Seit dem 29. März 2016 ist der Public Health Emergency of international concern (PHEIC) für EVD für beendet erklärt. Der Ausbruch gilt jetzt als beendet, da Liberia als letztes der 3 am meistbetroffenen Ländern seit dem 9. Juni als EVD-frei gilt (42 Tage keine neue nachgewiesene Infektion). Sierra Leone gilt seit dem 17. März als EVD frei, Guinea seit dem 1. Juni 2016. Die Länder behalten dennoch ein hohes Vigilanz und Surveillanceniveau, da ein Restrisiko von vereinzelten neuen Übertragungen bleibt. (Liberia ist im Kontext des seit 2013 anhaltenden EVD Ausbruchs schon zum 4. Mal als Ebola-infektionsfrei deklariert worden.)

Die bisher getesteten Medikamente und Therapieansätze haben sich in kontrollierten klinischen Studien am Menschen bisher als nicht wirksam gezeigt.

Die Impfstoffentwicklung mehrerer Impfstoffkandidaten läuft intensiv weiter. Ein Impfstoff rVSV-ZEBOV-GP, der auch an deutschen Probanden in Hamburg auf Sicherheit getestet wurde (Phase 1 Klinische Prüfung), zeigte gute Wirksamkeit in der Phase 2/3. Ringvakkzinierungsstudien und eine Zulassung des Impfstoffes wird derzeit für 2017 erwartet.

Gelbfieber/Yellow Fever

Im Dezember 2015 begann in Angola ein Gelbfieberausbruch, erste bestätigte Fälle im Januar 2016. Seit Beginn der Epidemie gab es über 2900 vermutete Fälle (819 bestätigt) mit über 300 Todesfällen.

WHO: 3 countries have reported confirmed yellow fever cases imported from Angola: DRC (51 cases), Kenya (2 cases) and the People's Republic of China (11 cases). This highlights the risk of international spread through non-immunised travellers.
A further 3 countries have reported suspected cases of yellow fever:
Ethiopia (one probable case), Ghana (4 suspect cases) and the Republicof Congo (one suspect case). (WHO situation report Juni 2016)

Im Mai hat das WHO Experten Gremium, das „Emergency Committee“ den Ausbruch nicht als einen health emergency of international concern (PHEIC), wie derzeit Zika und ehemals Ebola, eingestuft, dennoch ist die Situation lokal und für die benachbarten Länder besorgniserregend:

„Following the advice of the Emergency Committee (EC) convened on 19 May 2016, WHO director-general decided that urban yellow fever outbreaks in Angola and DRC are serious public health events which warrant intensified national action and enhanced international support. The events do not at this time constitute a Public Health
Emergency of International Concern (PHEIC).“

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Würzburg, Juni 2016

Abbildung: Newly Emerging and Reemerging Viruses
Referenz: *Marston et al, Science Trans Med 2014*

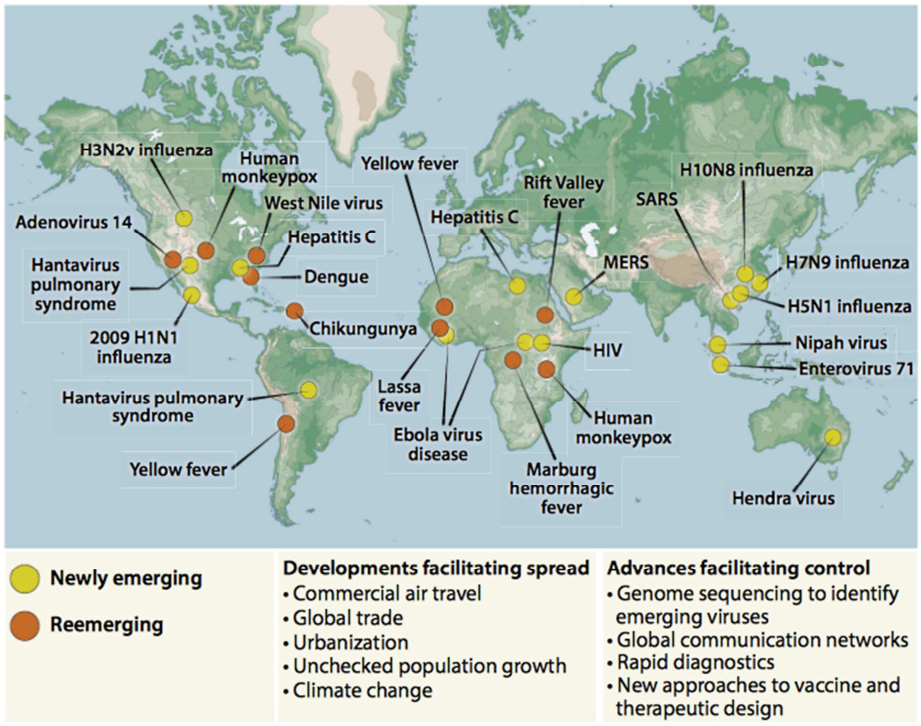


Abbildung: Major Emerging and Reemerging Diseases outbreaks, epidemics, pandemics 2002-2015
Referenz: *NEJM, January 2016*

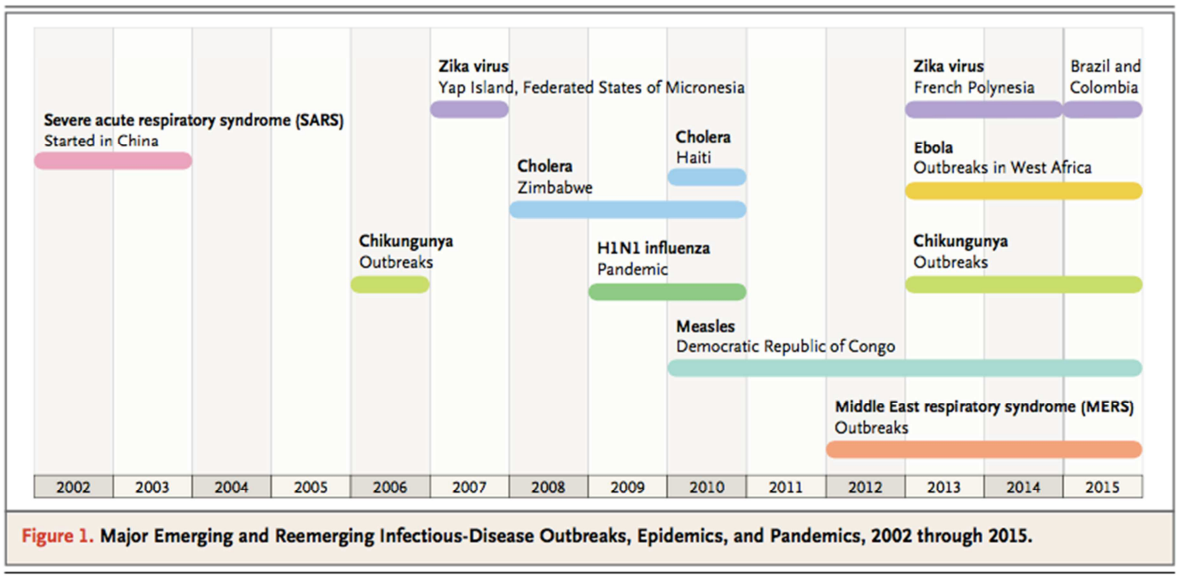


Figure 1. Major Emerging and Reemerging Infectious-Disease Outbreaks, Epidemics, and Pandemics, 2002 through 2015.

N ENGL J MED NEJM.ORG 1

NEJM, January 2016

Den „Krankenhauskeim“ finden, bevor er dem Patienten schadet
Perspektiven und Einsatzgebiete für MRE-Screenings

Professor Dr. med. Sebastian W. Lemmen, Leiter des Zentralbereichs Krankenhaushygiene und Infektiologie an der Universitätsklinik der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen

Multiresistente Erreger, wie beispielsweise MRSA, gramnegative Erreger oder auch Enterokokken entstehen längst nicht mehr überwiegend im Krankenhaus: In circa 70–80 Prozent bringen die Patienten diese bereits bei der stationären Aufnahme mit. Auch „Killerkeime“ waren diese noch nie. Resistente Erreger sind zwar gegen viele der im Krankenhaus häufig eingesetzten Antibiotika nicht mehr empfindlich, verursachen jedoch die gleichen Infektionen, sind also nicht gefährlicher oder virulenter. Hinzu kommt, dass die überwiegende Mehrheit der Patienten mit solchen Erregern ausschließlich besiedelt, also gar nicht deswegen krank ist. Nur circa 3–4 Prozent aller im Krankenhaus entstandenen Infektionen werden durch Erreger mit einer Antibiotikaresistenz verursacht, das heißt, die weit überwiegende Mehrheit nosokomialer Infektionen wird durch nach wie vor äußerst sensible Bakterien verursacht. Die wichtigste Ursache für eine bakterielle Resistenzentwicklung ist die Anwendung von Antibiotika selbst. Diese sind zwar zur Therapie von Infektionserkrankungen dringend notwendig, werden aber häufig zu oft, zu lange und fälschlicherweise zur Prophylaxe gegeben. Hier ist genau die Schnittstelle zwischen klinischer Infektiologie, im Sinne eines streng indizierten und rationalen Einsatz von Antiinfektiva und Krankenhaushygiene, das heißt Vermeidung der Übertragung von Erregern zwischen Patienten zu sehen. Wir haben es aber nicht allein als Krankenhausärzte in der Hand, rational und limitiert Antibiotika einzusetzen: In der Humanmedizin werden weitaus mehr Antiinfektiva im ambulanten Bereich (circa 85 Prozent) im Vergleich zum stationären Bereich (circa 15 Prozent) eingesetzt. Hinzu kommt der massenhafte Einsatz von Antibiotika in der Tiermast. All dies erzeugt bakterielle Resistenz. Der wichtigste Vektor für die Übertragung von Erregern – unabhängig ob sensible oder resistent – sind die Hände des Personals, die wichtigste Interventionsmaßnahme die adäquate hygienische Händedesinfektion. Erregerspezifische Präventionsmaßnahmen wie Screening, Eradikation und Isolierung werden nach wie vor in der Literatur sehr kontrovers diskutiert, eine überzeugende Evidenz, dass dies wirklich transmissionsprotektiv ist, fehlt nach wie vor. Gleichzeitig sind solche Maßnahmen, insbesondere die Isolierung in einem Einzelzimmer, mit einer schlechteren medizinischen Versorgung assoziiert. Hinzu kommt eine falsche Sicherheit, wenn das Ergebnis des Screenings fälschlicherweise negativ ist. Im Gegensatz hierzu hat sich inzwischen in mehreren publizierten hochrangigen Studien gezeigt, dass sich durch eine tägliche Ganzkörperwaschung mit Antiseptika bei Risikopatienten die

Bakterienlast auf der Haut so weit reduzieren lässt, dass eine Erregerübertragung signifikant reduziert werden konnte.

Aus infektionspräventiver Sicht erachte ich daher einen streng indizierten und limitierten Umgang mit Antiinfektiva, eine deutliche Steigerung der Compliance mit der Händehygiene sowie bei Risikopatienten eine täglichen Anwendung von Antiseptika im Rahmen einer Ganzkörperwaschung als wertvollste Instrumente, um sowohl die Selektion multiresistenter Erreger wie aber auch eine Erregerübertragung im Krankenhaus zu reduzieren.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Würzburg, Juni 2016

Migranten: mehr als eine infektiologische Herausforderung
Erfahrungen aus dem „Würzburger Modell“ der Flüchtlingsversorgung

Professor Dr. med. August Stich, Chefarzt der Tropenmedizinischen Abteilung der Missionsärztlichen Klinik Würzburg

Deutschland erlebt seit Mitte 2015 den seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs mit Abstand größten Zustrom von Menschen aus anderen Ländern. Das Phänomen wird allgemein als „Flüchtlingskrise“ bezeichnet und beherrscht die Medien seit vielen Monaten. War bis vor Kurzem ein hohes Maß an Hilfsbereitschaft in breiten Teilen der deutschen Bevölkerung zu spüren, wachsen inzwischen Unsicherheit, Angst und Frustration.

Vielfach werden Flüchtlinge und Asylbewerber, oft auch generell Fremde und Ausländer als Bedrohung wahrgenommen, insbesondere was die Gefahr des Einschleppens gefährlicher Krankheiten angeht. Es gibt Kollegen, die versuchen, die Betreuung von Flüchtlingen von sich zu schieben, und dies mit Infektionsgefahren, Abrechnungsschwierigkeiten oder Verständigungsproblemen begründen. Viele mehr stehen hoch engagiert bereit, ihren Beitrag zu leisten, verfügen aber oft nicht über die nötige logistische und administrative Unterstützung.

Flüchtlinge sind nicht gefährlich, sie sind gefährdet! Die Gefahr einer Ansteckung ist für deutsche Mitbürger, auch für Helfer und Personal der Einrichtungen, sehr gering. Allerdings führen die Lebensbedingungen von Geflüchteten, die hygienisch oftmals zweifelhaften Not- und Massenunterkünfte, der geringe Lebensraum, der schlechtere Zugang zu einer präventiven und kurativen medizinischen Versorgung sowie ein anderes Risikoverständnis für die Gefahren von Infektionen zu einem erhöhten Krankheitsrisiko für die Betroffenen, nicht nur in Bezug auf Infektionskrankheiten. Gesundheitsfürsorge, wenn sie im richtigen Sinne verstanden wird, muss deshalb ein Umdenken erzwingen: weg von einer Politik des Screenens und Abschirmens hin zur Verbesserung eines niederschwelligen Zugangs zu einer umfassenden und den jeweiligen Bedürfnissen angepassten Gesundheitsversorgung. Jeder Mensch hat gemäß der UN-Menschenrechtskonvention, der WHO-Verfassung und der UN-Kinderrechtskonvention das Recht auf das höchstmögliche Maß an Gesundheitsversorgung. In Deutschland setzen wir den juristischen Status einer Person über dieses Recht.

Das Menschenrecht auf Gesundheit zu realisieren entwickelt sich schon jetzt zu einer der größten Herausforderungen für unser Gesundheitssystem in den nächsten Jahren.

Die adäquate medizinische Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland erfordert einerseits medizinische Professionalität, andererseits ist sie in eine große gesamtgesellschaftliche Aufgabe eingebettet. Die Herausforderungen sind groß, erscheinen aber durchaus bewältigbar. Wie bei anderen Beispielen der Geschichte könnte auch in der sogenannten

„Flüchtlingskrise“ der ärztliche Berufsstand wesentliche Impulse liefern, eine positive Entwicklung in Politik, Staat und Gesellschaft einzuläuten.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Würzburg, Juni 2016

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Hartwig Klinker
Kongresspräsident, Leiter der Infektiologie der Medizinischen Klinik und Poliklinik II am Universitätsklinikum Würzburg

Beruflicher Werdegang:

1982–1997	Medizinische Universitätsklinik Würzburg
1998–2004	Medizinische Poliklinik der Universität Würzburg
Seit 2005	Medizinische Klinik und Poliklinik II des Universitätsklinikums Würzburg

Klinisch-wissenschaftlicher Werdegang:

1984	Promotion
1989	Innere Medizin
1990	Gastroenterologie
1995–1999	Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg im Schwerpunkt Hepatologie/Infektiologie
1998	Habilitation
Seit 2000	Leiter des Schwerpunkts Infektiologie der Medizinischen Poliklinik der Universität Würzburg
2003	Infektiologe DGI
2004	Ernennung zum außerplanmäßigen Professor
2005	Infektiologe (Bayerische Landesärztekammer)

Forschungsschwerpunkte:

HIV-Infektion, Virushepatitis, Klinische Pharmakologie, Plasmakonzentrations-Bestimmung von Virustatika und Chemotherapeutika („Therapeutisches Drug Monitoring“), Wechselwirkungen von Medikamenten, Nebenwirkungen antiretroviraler Therapie, Nationale und internationale Therapiestudien

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Winfried V. Kern
Leitender Arzt am Zentrum Infektiologie und Reisemedizin der Medizinischen Universitätsklinik, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

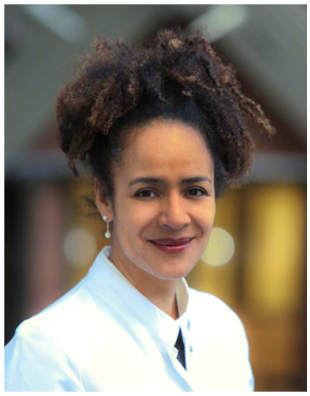
Beruflicher Werdegang:

1976–1983	Medizinstudium in Bordeaux, Erlangen-Nürnberg und Heidelberg Assistenzarzt in Heidelberg (Tropenmedizin), Ulm (Innere Medizin, Infektiologie, Klinische Immunologie, Hämatologie, Onkologie, Tropenmedizin), Tübingen (Hygiene), Providence/Rhode Island und San Francisco/California (Infektiologie)
1994	Habilitation für Innere Medizin
1994–2001	Oberarzt in der Sektion Infektiologie und Klinische Immunologie, Universitätsklinikum Ulm
Seit 2002	Schwerpunktprofessur Klinische Infektiologie an der Universität Freiburg, Leitender Arzt der Abteilung Infektiologie, Sprecher des Zentrums für Infektionsmedizin, Universitätsklinikum Freiburg

Mitgliedschaften:

- Past-Präsident und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI)
- Sprecher der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Fachgesellschaften in der Infektionsmedizin (A-FIM)
- Mitglied der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft
- Mitglied im Ausschuss der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)
- Mitglied im Vorstand der European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID)

Curriculum Vitae



Professor Dr. med. Marylyn Addo
Leiterin der Sektion Tropenmedizin am Zentrum für Innere Medizin,
I. Medizinische Klinik und Poliklinik am Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf (UKE)

Akademische Ausbildung

1989–1996	Studium der Humanmedizin in Bonn
1992–1994	ERASMUS-Studienjahre in Strasbourg und Lausanne

Wissenschaftliche Abschlüsse:

1998	Ärztliche Approbation
1999	Promotion (Universität Bonn/Lausanne)
1999	Diploma in Tropical Medicine and Hygiene (DTM&H, LSHTM)
1999	Master of Science in Applied Molecular Biology of Infectious Diseases (LSHTM)
2007	American Board of Internal Medicine Board Certification: Internal Medicine (Fachärztliche Prüfung Innere Medizin)
2009	American Board of Internal Medicine Board Certification: Infectious Diseases (Fachärztliche Prüfung Infektiologie)
2009–	Massachusetts Board of Registration Full medical license

Beruflicher Werdegang:

1996–1998	Assistenzärztin, Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Germany
1999–2002	Postdoctoral Research Fellow, HIV Immunology, Partners AIDS Research Center, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston, MA
2002–2004	Instructor in Medicine/Assistant in Immunology, Partners AIDS Research Center, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston, MA
2004–2006	Internship & Residency in Internal Medicine, Massachusetts General Hospital, Boston, MA

2006–2010	Clinical Fellow and Research Fellow in Infectious Diseases, MGH, Boston, MA
2010–2013	Member, Executive Committee, Harvard Center for AIDS Research (CFAR)
2010–2013	Associate Director, International Program, Harvard Center for AIDS Research (CFAR)
2010–2013	Assistant Professor of Medicine, Harvard Medical School, Boston, MA
2012–2013	Director, International Program, Ragon Institute of MGH, MIT and Harvard
Seit 2013	DZIF-Professur (W2) Emerging Infections, Deutsches Zentrum für Infektionsforschung/Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Seit 2013	Professur, I. Medizinische Klinik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Seit 2013	Honorary Professor, College of Health Sciences, Nelson Mandela Medical School, University of KwaZulu-Natal, Durban, South Africa
Seit 2015	Leiterin der Sektion Infektiologie und Tropenmedizin, I. Medizinische Klinik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Sebastian W. Lemmen
Leiter des Zentralbereichs Krankenhaushygiene und Infektiologie
an der Universitätsklinik der Rheinisch-Westfälischen Technischen
Hochschule Aachen

Beruflicher Werdegang:

1989–1991	Assistenzarzt in der Inneren Medizin, Intensivmedizin, Notarztdienst, Diakoniekrankenhaus, Lehrkrankenhaus der Universität Freiburg
1991–1992	Wissenschaftlicher Assistenzarzt im Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Universitätsklinikum Freiburg
1992–1992	Ausbildung zum klinischen Infektiologen an der Havard Medical School, Boston, USA als Stipendiat der Walter-Marget-Vereinigung zur Förderung der klinischen Infektiologie in Deutschland
1993–1997	Assistenzarzt im Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, seit 07/97 Leiter des Zentralbereichs für Krankenhaushygiene und Infektiologie, Universitätsklinikum Aachen
07/2001	Habilitation für das Fach Medizinische Mikrobiologie und Klinische Infektiologie
07/2006	Berufung zum Apl.-Professor für das Fach Krankenhaushygiene und klinische Infektiologie
10/2009	Zertifizierung als Zentrum für Infektiologie durch die Deutsche Gesellschaft für Infektiologie e.V. (DGI)

Abschlüsse:

- Facharztanerkennung für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie
- Facharztanerkennung für Hygiene und Umweltmedizin
- Diplom für Krankenhaushygiene des Berufsverbandes der Deutschen Mikrobiologen
- Diplom für Infektiologie durch die Deutsche Gesellschaft für Infektiologie e.V. (DGI)

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. August Stich
Chefarzt der Tropenmedizinischen Abteilung der Missionsärztlichen Klinik Würzburg

Werdegang:

August Stich wurde 1960 in Nürnberg geboren. Nach einem Studium der Humanmedizin in Würzburg und Wien absolvierte er zunächst eine Ausbildung in Allgemeinmedizin. Danach spezialisierte er sich auf Innere Medizin mit Schwerpunkt Tropenmedizin, worin er sich nach Tätigkeiten in Würzburg, London, Liverpool und Heidelberg im Jahr 2005 habilitierte. Seit dem Jahr 1988 arbeitete er in zahlreichen Ländern als Arzt, Forscher, Entwicklungshelfer und Berater, so in Simbabwe, Somalia, Kambodscha, Angola und Tansania. Von 1996 bis 2000 war er im Vorstand der Deutschen Sektion von Ärzten ohne Grenzen, die 1999 den Friedensnobelpreis erhielt. Seit 2004 leitet er als Chefarzt die Tropenmedizinische Abteilung der Missionsärztlichen Klinik in Würzburg, seit 2008 ist er Erster Vorstand am Missionsärztlichen Institut, der katholischen Fachstelle für Internationale Gesundheit. Ferner ist er seit 2008 medizinischer Berater im Vorstand der Deutschen Lepra- und Tuberkulosehilfe, von 2013 bis 2015 auch Vizepräsident des Hilfswerks. Seit 2005 ist er Mitglied im erweiterten Vorstand, seit 2009 stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit. Sein beruflicher Schwerpunkt liegt in der klinischen Tropenmedizin und der Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund. Wissenschaftlich hat er sich vor allem mit der afrikanischen Schlafkrankheit, Malaria und der HIV-Infektion befasst. Er ist in zahlreichen Fort- und Weiterbildungsprogrammen für Studierende und Ärzte engagiert, so seit 15 Jahren in der Sommerakademie „Tropenmedizin und Globale Gesundheit“ des Missionsärztlichen Instituts und bei verschiedenen Vorlesungen und Seminaren (Näheres unter www.medmissio.de). Im Juli 2015 erhielt er den Albert-Kölliker-Lehrpreis der Universität Würzburg. Von 2012 bis Januar 2015 war er Sprecher des Afrikazentrums der Universität Würzburg.

KIT2016
13. KONGRESS
FÜR INFEKTIONSKRANKHEITEN
UND TROPENMEDIZIN
15. - 18. JUNI 2016 I CONGRESS CENTRUM WÜRZBURG

Bestellformular Fotos

Pressekonferenz anlässlich des
13. Kongresses für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin (KIT 2016)
15. bis 18. Juni 2016, Congress Centrum Würzburg

Ob multiresistente Erreger, HIV oder Epidemien:
Infektionen stemmen – für und mit dem Patienten

Termin: Donnerstag, 16. Juni 2016, 11.30 bis 12.30 Uhr
Ort: Congress Centrum Würzburg, Raum 7 + 8
Anschrift: Turmgasse 11, 97070 Würzburg

Bitte schicken Sie mir folgende(s) Foto(s) per E-Mail:

- o Professor Dr. med. Hartwig Klinker
- o Professor Dr. med. Winfried V. Kern
- o Professor Dr. med. Marylyn Addo
- o Professor Dr. med. Sebastian W. Lemmen
- o Professor Dr. med. August Stich

Vorname:	Name:
Redaktion:	Ressort:
Anschrift:	PLZ/Ort:
Telefon:	Fax:
E-Mail:	Unterschrift:

Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen.

Ihr Kontakt für Rückfragen:
13. Kongress für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin
Kongresspressestelle
Janina Wetzstein
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-457
Fax: 0711 8931-167
wetzstein@medizinkommunikation.org
www.KIT2016.de