

**Pressekonferenz anlässlich des
12. Kongresses für Infektionskrankheiten und
Tropenmedizin (KIT 2014)**

25. bis 28. Juni 2014, Gürzenich Köln



**Wenn gegen Infektionen kein Medikament mehr wirkt –
Multiresistente Erreger vermeiden und bekämpfen**

Termin: Donnerstag, 26. Juni 2014, 11:30 bis 12:30 Uhr

Ort: Gürzenich Köln, Raum K3 (EG)

Anschrift: Martinstraße 29-37, 50667 Köln

Themen und Referenten

**Ziele und Schwerpunkte des 12. Kongresses für Infektionskrankheiten und
Tropenmedizin**

Professor Dr. med. Jan van Lunzen

Kongresspräsident, Ärztlicher Leiter des Bereichs Infektiologie
am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

**Multiresistente Erreger vermeiden und erfolgreich bekämpfen –
Warum Deutschland Infektiologen braucht**

Professor Dr. med. Gerd Fätkenheuer

Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI), Oberarzt der
Klinik I für Innere Medizin und der infektiologischen Ambulanz
an der Universitätsklinik Köln

**Machen Krankenhäuser krank? Was Kliniken über Hygiene lernen und
wissen müssen, welches Personal und welche Strukturen sie dafür
brauchen**

Professor Dr. med. Sebastian W. Lemmen

Vize-Kongresspräsident, Leiter des Zentralbereichs Krankenhaushygiene und
Infektiologie an der Universitätsklinik der
Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen

**Neue S3-Leitlinie: Antibiotika im Krankenhaus sinnvoll und sicher
anwenden**

Professor Dr. med. Winfried V. Kern

Leitender Arzt am Zentrum Infektiologie und Reisemedizin
der Medizinischen Universitätsklinik, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

**Fußball-WM in Brasilien – und die Erreger reisen mit: –
Infektionsgefahren in einer globalisierten Gesellschaft effektiv begegnen**

Professor Dr. med. Bernd Salzberger

Oberarzt an der Klinik und Poliklinik Innere Medizin I
an der Universitätsklinik Regensburg

Ist AIDS heilbar? HIV-Behandlung zwischen Forschung, Fiktion und Fakten

Professor Dr. med. Jan van Lunzen

Moderation: Dagmar Arnold, Thieme PR, Berlin/Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen:

12. Kongress für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin
Kongresspressestelle

Janina Wetzstein/Anna Voormann/Kathrin Gießelmann

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-457

Fax: 0711 8931-167

wetzstein@medizinkommunikation.org

www.KIT2014.de

**Pressekonferenz anlässlich des
12. Kongresses für Infektionskrankheiten und
Tropenmedizin (KIT 2014)**
25. bis 28. Juni 2014, Gürzenich Köln



**Wenn gegen Infektionen kein Medikament mehr wirkt –
Multiresistente Erreger vermeiden und bekämpfen**

Termin: Donnerstag, 26. Juni 2014, 11:30 bis 12:30 Uhr
Ort: Gürzenich Köln, Raum K3 (EG)
Anschrift: Martinstraße 29-37, 50667 Köln

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:
12. Kongress für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin
Kongresspressestelle
Janina Wetzstein/Anna Voormann/Kathrin Gießelmann
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-457
Fax: 0711 8931-167
wetzstein@medizinkommunikation.org
www.KIT2014.de



Gezielter und intelligenter Antibiotikaeinsatz kann Bakterien-Resistenzen mindern

Köln, 26. Juni 2014 – Täglich infizieren sich Menschen mit teilweise resistenten und gleichzeitig lebensgefährlichen Keimen im Krankenhaus. Der Anteil der Bakterien, die gegen Breitspektrum-Antibiotika unempfindlich sind, habe in den letzten fünf Jahren deutlich zugenommen, warnen Infektiologen. Eine neue Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften soll die Verbreitung resistenter Keime jetzt aufhalten. Sie gibt Empfehlungen, die in anderen Ländern, wie den USA, den Niederlanden oder Schweden längst Standard sind. Über die neue Leitlinie und Ursachen der zunehmenden Resistenzen diskutieren Infektiologen und Virologen auf der heutigen Kongress-Presskonferenz anlässlich des KIT.

Mit der neuen Leitlinie wollen Infektiologen und Mikrobiologen Ärzte in Krankenhäusern beim sachgemäßen Umgang mit Antibiotika unterstützen. Die Grundlage ihrer Empfehlung ist die Bildung eines interdisziplinären *Antibiotic Stewardship* (ABS) Teams, wie es zum Beispiel in den USA bereits etabliert ist. Dem Team sollen ein Infektiologe, ein Fachapotheker sowie Fachärzte für Mikrobiologie und der Hygieneverantwortliche des Krankenhauses angehören. Diese Teams erstellen lokal umsetzbare Leitlinien zum Antibiotikaeinsatz im Haus und sorgen für die Aufklärung und Fortbildung des Krankenhauspersonals. Zusätzlich erheben sie Daten und Statistiken zum Antibiotikaverbrauch sowie zu Infektionen und Resistenzentwicklungen in deutschen Kliniken. „Oft genug kommt es vor, dass Ärzte selbst Patienten mit einer Erkältung gleich ein Breitspektrum-Antibiotikum verschreiben“, erklärt Professor Dr. med. Winfried Kern, Initiator der Leitlinie, die interdisziplinär mit Kollegen aus Deutschland und Österreich erstellt wurde. Das sei unnötig, denn eine solche Behandlung begünstige nicht nur die Entwicklung resistenter Keime, sondern gefährde auch das Wohl des Patienten. „Ursachen für die zunehmenden Resistenzen liegen auch im großflächigen Antibiotikaeinsatz in der Tiermast und dem leichtfertigen Gebrauch in Human- und Veterinärmedizin“, so der leitende Arzt der Abteilung Infektiologie am Universitätsklinikum Freiburg.

Strategien zur Resistenzbekämpfung sind die Verkürzung der Therapiedauer, die Optimierung der Dosis und die frühe gezielte Behandlung, das heißt der Wechsel

vom Breitspektrum-Präparat zu erregerspezifischen Wirkstoffen. Hierzu ist vor allem in den Krankenhäusern mehr erfahrenes und geschultes Personal nötig. Viele Infektionen sind heute so komplex, dass ohne spezielle Expertise am Krankenbett und ohne detaillierte Laborbefunde eine optimale Behandlung nicht mehr gewährleistet werden kann. Laut Daten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) stieg der Anteil der Erreger, die gegen alle Breitspektrum-Antibiotika unempfindlich sind, in den letzten fünf Jahren um 50 bis 200 Prozent. Problematisch ist jedoch auch der Anstieg von Antibiotika-Resistenzen bei ambulanten Patienten. „Zusätzlich steht die Forschung auf dem Gebiet der Neuentwicklung still“, beklagt Professor Kern im Vorfeld des KIT. Seit fast 30 Jahren wurde keine neue Wirkstoffklasse mehr entdeckt und bis zur Anwendung weiterentwickelt. Eine bessere Unterstützung durch Forschungsförderungen wäre wünschenswert, um Weiterentwicklungen auf diesem Gebiet voranzutreiben.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

12. Kongress für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin
Kongresspressestelle

Janina Wetzstein/Anna Voormann/Kathrin Gießelmann

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-457

Fax: 0711 8931-167

wetzstein@medizinkommunikation.org

www.KIT2014.de



Erste Ergebnisse der „Partner-Studie“ HIV-Therapie minimiert Übertragungsrisiko

Köln, 26. Juni 2014 – Virenhemmende Medikamente verringern bei HIV-infizierten Menschen die Zahl der Viren so stark, dass sie auch bei ungeschütztem Verkehr den Sexualpartner nicht oder allenfalls höchst selten infizieren. Dies zeigt die europaweite „Partner-Studie“, in die 1 145 serodiskordante Paare eingeschlossen wurden, das heißt, je ein Partner war HIV-positiv und einer HIV-negativ. Die HIV-infizierten Partner waren so gut mit Medikamenten behandelt, dass keine Viren mehr im Blut nachweisbar waren. Beim Sex mit einem mit dem HI-Virus infizierten Partner sollten Paare aber dennoch nicht auf Kondome verzichten, raten Infektiologen. Auf dem 12. Kongress für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin (KIT 2014) werden dem deutschen Fachpublikum detaillierte Ergebnisse der aktuellen Studie präsentiert und diskutiert.

Die Studie, die europaweit an über 75 HIV-Zentren durchgeführt wurde, untersucht das Risiko einer HIV-Übertragung bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr, wenn der jeweils infizierte Partner erfolgreich mit Medikamenten behandelt wird. Bei konsequenter Einnahme virushemmender Medikamente gelingt es heute, die sogenannte „Viruslast“ auf weniger als 40 HIV-RNA-Kopien pro Milliliter im Blutplasma zu senken. Das heißt, im Blut der behandelten Patienten befindet sich nur sehr wenig Erbmateriale der AIDS-auslösenden Viren. Die Forscher untersuchten und befragten 458 homosexuelle und 687 heterosexuelle Paare. Bei durchschnittlich einem ungeschützten Geschlechtsverkehr pro Woche und Paar wurde das HI-Virus nicht zwischen den Partnern übertragen. Dennoch infizierten sich einige Teilnehmer – jedoch über weitere Sexualpartner außerhalb der festen Partnerschaften: „Über die Analyse der genetischen Struktur der Viren konnten wir eine Infektion über den festen Partner ausschließen“, sagt Professor Dr. med. Jan van Lunzen, Kongresspräsident des KIT und Leiter der deutschen Studiengruppe der Partner-Studie.

Ein kleines statistisches Restrisiko bleibt, betont van Lunzen. Es ist zudem in dieser Studie für den Analverkehr größer als für andere Formen des Geschlechtsverkehrs. Die Forscher erfassten mehr Fälle von Vaginalsex als von Analsex, deshalb sind Aussagen zum Analverkehr bisher nicht so genau wie die zum Vaginalverkehr. In

einer Fortführung der Partner-Studie sollen nun die Ergebnisse auch bei homosexuellen Paaren belastbarer werden. „Keinesfalls sollen unsere Ergebnisse zu ungeschütztem Verkehr auffordern“, so van Lunzen, der den Bereich Infektiologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf leitet. In erster Linie gehe es darum, das Ansteckungsrisiko deutlich zu senken – die Studie zeigt, dass dies gelingen kann. Am Ende stehe jedoch immer die individuelle Entscheidung der einzelnen Paare.

Insbesondere ist diese Studie bedeutsam für serodiskordante Paare mit Kinderwunsch. Die Ergebnisse senken darüber hinaus die psychologische Belastung innerhalb der Partnerschaften. „HIV-infizierte Patienten leben sehr häufig mit der stigmatisierenden Angst, andere Menschen anstecken zu können. Dies ist überaus belastend, und die Ergebnisse der Studie wurden daher sehr positiv von HIV-infizierten Menschen aufgenommen“, so van Lunzen. Kondome bieten jedoch auch weiterhin den besten Schutz vor einer HIV-Infektion. „Das Ergebnis entbindet HIV-Infizierte nicht von der Pflicht, auch weiterhin verantwortungsvoll mit dem Schutz ihrer Sexualpartner umzugehen“, sagt van Lunzen. Weitere Konsequenzen dieser Forschungsergebnisse diskutieren Experten bei der heutigen Pressekonferenz anlässlich des Kongresses für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

12. Kongress für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin
Kongresspressestelle
Janina Wetzstein/Anna Voormann/Kathrin Gießelmann
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-457
Fax: 0711 8931-167
wetzstein@medizinkommunikation.org
www.KIT2014.de



KIT2014

12. KONGRESS
FÜR INFektionsKRANKHEITEN
UND TROPENMEDIZIN

25. BIS 28. JUNI 2014 | GÜRZENICH KÖLN

WM-Tourismus – Krankheitserreger reisen mit Tropenmediziner warnen vor gesundheitlichen Risiken bei Großveranstaltungen

Köln, 26. Juni 2014 – Rund 600 000 Arbeitskräfte, Sportler und Fans aus aller Welt reisen nach Brasilien und bringen Erfolge oder Misserfolge, Souvenirs und unvergessliche Eindrücke von der Fußball-Weltmeisterschaft mit nach Hause – aber auch tropische Krankheiten wie Dengue- oder Gelbfieber. Das Zusammenkommen vieler Menschen aus aller Welt auf engem Raum leistet ansteckenden Krankheiten Vorschub. Deutsche Infektiologen und Tropenmediziner empfehlen deshalb den Reisenden vor Ort, achtsam zu sein: Unbedingt sollten sie auf ausreichenden Mückenschutz und Nahrungsmittel-Hygiene achten. Risiken internationaler Großveranstaltungen wie der WM diskutieren Experten anlässlich des 12. Kongresses für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin (KIT) in Köln. Auch länderübergreifende Pandemien könnten sich in Situationen wie bei der Fußball-WM entwickeln.

Immer mehr Menschen reisen heute in immer weniger Zeit um den Globus. Damit steigt auch das Risiko weltweiter Epidemien. „Öffentliche Gesundheit ist nicht mehr nur ein lokales Problem – über zurückreisende Fans, Sportler oder Arbeitskräfte kann ein lokaler Ausbruch rasch globale Dimensionen erreichen“, sagt Professor Dr. med. Bernd Salzberger, leitender Infektiologe am Uniklinikum Regensburg. Der Ausbruch der Vogelgrippe und der Schweinegrippe im Jahr 2009 zeigen, wie sich Erreger heute innerhalb von Stunden weltweit verbreiten. Eine sogenannte Pandemie ist ein mögliches Schreckensszenario für die aktuelle Fußball-Weltmeisterschaft: Ein neues Influenzavirus gelangt nach Brasilien. Das Virus verändert und verbreitet sich und entwickelt sich schließlich zur weltweiten Bedrohung. „Glücklicherweise ist es bisher bei keiner sportlichen Großveranstaltung zu solch einer Pandemie gekommen, dennoch sollten sich Reisende, Ärzte sowie landes- und weltweite Behörden der Gefahr bewusst sein.“

„Bei Großereignissen wie der WM muss aber auch der einzelne Reisende besonders wachsam sein“, sagt Salzberger. „Jeder sollte sich vor Fernreisen fachärztlich beraten und gegebenenfalls impfen lassen.“ Beispielsweise sei gerade in diesem Jahr das Risiko für eine Dengue-Fieber-Epidemie im Nordosten Brasiliens besonders hoch. In genau dieser Region wohnt und spielt die deutsche

Nationalmannschaft. Deshalb sollten Touristen vor Ort Haut und Kleidung möglichst alle sechs Stunden mit DEET-haltigem Mückenspray einsprühen. Salzberger rät zudem vor Fernreisen zur Beratung durch einen Tropenmediziner oder Infektiologen. Dieser berät zu notwendigen Impfungen im Ausland, beispielsweise gegen Cholera, Tollwut und Gelbfieber und klärt über Vorsichtsmaßnahmen auf – wie etwa die geeigneten Medikamente, Lebensmittel- und Handhygiene. Diese und weitere Aspekte des Themas „Infektionskrankheiten in einer globalisierten Gesellschaft“ werden Experten bei der heutigen Pressekonferenz auf dem 12. Kongress für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin erläutern und diskutieren.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

12. Kongress für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin
Kongresspressestelle
Janina Wetzstein/Anna Voormann/Kathrin Gießelmann
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-457
Fax: 0711 8931-167
wetzstein@medizinkommunikation.org
www.KIT2014.de



KIT2014

12. KONGRESS
FÜR INFektionsKRANKHEITEN
UND TROPENMEDIZIN

25. BIS 28. JUNI 2014 | GÜRZENICH KÖLN

Saubere Hände – saubere Kliniken

Krankenhausthygieniker raten zu mehr Schulungen

Köln, 26. Juni 2014 – Die Infektionsgefahr in Kliniken in Deutschland ist deutlich geringer als in vielen Nachbarländern, wie eine Studie der europäischen Gesundheitsbehörde ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) zeigt. Allerdings deckt die Untersuchung auch Lücken in der deutschen Krankenhaushygiene auf: Vor allem mangelt es an geschulten Fachkräften, die Hygienestandards sicherstellen. Im europaweiten Vergleich liegt Deutschland hier auf den hinteren Plätzen. Doch erzielen Kliniken durch sorgfältige Händedesinfektion und eine konsequente Datenerfassung in Risikobereichen bereits Erfolge. Auf dem 12. Kongress für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin (KIT 2014) in Köln diskutieren Experten darüber, wie sich die Situation verbessern lässt.

Die Rate an in Krankenhäusern erworbenen Infektionen beträgt nach der im Sommer 2013 veröffentlichten ECDC-Studie etwa fünf Prozent. „Deutschland liegt damit deutlich unterhalb der durchschnittlichen Infektionsrate in Europa“, sagt Professor Dr. med. Sebastian Lemmen, Vize-Kongresspräsident des KIT und Leiter des Zentralbereiches für Krankenhaushygiene und Infektiologie am Universitätsklinikum Aachen. Aufholbedarf sieht der Facharzt vor allem bei der Händedesinfektion im Krankenhaus. Zwar hätten Kliniken durch Schulungen und die regelmäßige Erfassung des Verbrauchs von Händedesinfektionsmittel Fortschritte erzielt. „Bei dieser wichtigsten infektionspräventiven Maßnahme liegt Deutschland insgesamt aber nur im europäischen Mittelfeld. Nur sorgfältig und regelmäßig geschultes Personal kann die notwendigen Standards zuverlässig einhalten“, betont er. Ein 2011 beschlossenes Gesetz zur Krankenhaushygiene verpflichtet die Bundesländer zur Einführung einer Landeshygieneverordnung. Bis 2016 ist der Einsatz von Hygienefachkräften somit verbindlich vorgeschrieben.

Auch das Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS), das seit 1997 sogenannte „nosokomiale“ Infektionen in deutschen Kliniken erfasst, trägt zu einer Verbesserung der Krankenhaushygiene bei: Die Häuser, die am KISS teilnehmen, konnten die am häufigsten vorkommenden nosokominalen Infektionen wie Harnwegsinfekte, Lungenentzündungen, Wundinfektionen oder Sepsis um bis zur

Hälfte verringern. „Auch die Ansteckung mit dem multiresistenten Erreger MRSA reduzierte sich in den mit KISS ausgestatteten Krankenhäusern um durchschnittlich ein Drittel,“ so der Experte.

Kliniken nehmen am KISS freiwillig teil. Die Datenerfassung und -analyse konzentriert sich auf bestimmte Risikobereiche, zum Beispiel Intensivstationen, Frühgeborene oder auf Patienten nach Knochenmarktransplantationen. Die Krankenhäuser übermitteln ihre nach einem standardisierten System erfassten Daten an das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für Surveillance von nosokomialen Infektionen. „Dieses Vorgehen ermöglicht einen Vergleich zwischen verschiedenen Stationen, was auf eventuelle Infektionsprobleme hinweisen kann“, erklärt Lemmen. Möglichkeiten, Patienten vor Krankenhauskeimen zu schützen, diskutieren Infektiologen bei der Kongress-Pressekonferenz anlässlich des KIT 2014.

Quellen:

<http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/publications/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-pps.pdf> (ECDC-Bericht)
<http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/>

Ihr Kontakt für Rückfragen:

12. Kongress für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin
Kongresspressestelle
Janina Wetzstein/Anna Voormann/Kathrin Gießelmann
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-457
Fax: 0711 8931-167
wetzstein@medizinkommunikation.org
www.KIT2014.de



KIT2014

12. KONGRESS
FÜR INFektionsKRANKHEITEN
UND TROPENMEDIZIN

25. BIS 28. JUNI 2014 | GÜRZENICH KÖLN

Schnell und kompetent bei schweren Infektionen Experten fordern qualifizierte Weiterbildung in Infektiologie

Köln, 26. Juni 2014 – Wenn Bakterien lebenswichtige Organe oder den ganzen Körper befallen, bergen Infektionen ein hohes Sterberisiko. Alles hängt von der raschen und korrekten Diagnose, dem Einsatz geeigneter Medikamente und der richtigen Therapiedauer ab. Aktuelle Studien zeigen, dass die Überlebenschancen der Patienten steigen, wenn ein Spezialist für Infektionskrankheiten in die Behandlung einbezogen wird. Häufig geht der Experteneinsatz auch mit geringeren Behandlungskosten einher. Der Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI) fordert deshalb auf der Kongress-Pressekonferenz anlässlich des 12. Kongresses für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin (KIT 2014) in Köln eine intensivere Weiterbildung und mehr Ausbildungsstellen für Infektiologen.

Während es in anderen Ländern seit langem Spezialisten für Infektionskrankheiten gibt, hat sich die Disziplin in Deutschland erst in den letzten Jahren ausgebildet, berichtet DGI-Vorsitzender Professor Dr. med. Gerd Fätkenheuer, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI) und Leiter der Infektiologie am Universitätsklinikum Köln. Er berät dort mit seinen Kollegen klinikweit andere Ärzte in der Behandlung von Patienten mit schweren Infektionen. Dazu gehören beispielsweise häufig Blutstrominfektionen (Bakteriämien) mit dem Bakterium *Staphylococcus aureus*. „Die Sterblichkeit ist hoch, wenn Ärzte nicht sofort das richtige Antibiotikum einsetzen und die Patienten optimal weiterbetreuen“, warnt Fätkenheuer. Neben der Wahl des richtigen Antibiotikums seien die Aufspürung von häufig verborgenen Quellen der Infektion sowie die korrekte Therapiedauer entscheidend. „Patienten mit Blutstrominfektionen oder anderen schweren Infektionen sollten daher von einem Infektiologen mitbehandelt werden“, sagt Fätkenheuer. In besonderem Maße gelte dies, wenn solche Infektionen durch multiresistente Erreger ausgelöst werden, bei denen nur noch wenige Antibiotika greifen. Die spezifische infektiologische

Expertise sowie ein hohes Maß an klinischer Erfahrung können häufig lebensrettend sein. In Deutschland müssten deshalb dringend mehr Ausbildungsstellen geschaffen werden, um genügend und ausreichend qualifizierte Infektiologen hervorzubringen.

Eine Studie der Universität Freiburg, die im *Journal of Infection* veröffentlicht wurde, hat schon vor fünf Jahren gezeigt, dass die Sterberate bei einer Blutinfektion durch *Staphylococcus aureus* von 43 auf 28 Prozent sinkt, wenn Infektiologen in die Behandlung einbezogen werden. Über ähnliche Erfahrungen berichteten kürzlich spanische Mediziner in der Fachzeitschrift *Clinical Infectious Diseases* und Mediziner der Universität Lausanne im *Journal of Infection*. In beiden Studien konnten Infektiologen die Sterberate der Patienten deutlich verringern. „Trotz dieser eindeutigen Ergebnisse gehört die infektiologische Beratung bisher nur in wenigen deutschen Kliniken zur Routine“, berichtet Fätkenheuer. Der DGI-Vorsitzende verweist zudem auf eine aktuelle Studie aus den USA. Dort half der infektiologische Konsilservice den Kliniken trotz der personellen Zusatzkosten die Behandlungskosten zu senken. „Die vom Infektiologen betreuten Patienten konnten früher entlassen werden und es gab weniger Rückfälle mit erneuter Aufnahme ins Krankenhaus“, erläutert er.

Alle Studien zeigen deutlich, welche entscheidende Rolle der Infektiologe bei der Behandlung schwerer Infektionen für den Patienten spielt. Experten auf dem KIT 2014 sprechen sich daher eindeutig für eine verbesserte Ausbildung in Infektiologie aus. „Die qualifizierte Weiterbildung und die Schaffung von entsprechenden Stellen in Kliniken muss eine hohe Priorität haben“, so Fätkenheuer.

Literatur:

Tissot F, Calandra T, Prod'hom G, Taffe P, Zanetti G, Greub G, Senn L. Mandatory infectious diseases consultation for MRSA bacteremia is associated with reduced mortality. *J Infect.* 2014

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24844825>

Schmitt S, McQuillen DP, Nahass R, Martinelli L, Rubin M, Schwebke K, Petrak R, Ritter JT, Chansolme D, Slama T, Drozd EM, Braithwaite SF, Johnsrud M, Hammelman E. Infectious diseases specialty intervention is associated with decreased mortality and lower healthcare costs. *Clin Infect Dis.* 2014; 58 (1): 22-8

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24072931>

Rieg S, Peyerl-Hoffmann G, de With K, Theilacker C, Wagner D, Hübner J, Dettenkofer M, Kaasch A, Seifert H, Schneider C, Kern WV. Mortality of *S. aureus*

bacteremia and infectious diseases specialist consultation--a study of 521 patients in Germany. J Infect. 2009; 59(4): 232-9
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19654021>

López-Cortés LE1, Del Toro MD, Gálvez-Acebal J, Bereciartua-Bastarrica E, Fariñas MC, Sanz-Franco M, Natera C, Corzo JE, Lomas JM, Pasquau J, Del Arco A, Martínez MP, Romero A, Muniain MA, de Cueto M, Pascual A, Rodríguez-Baño J; REIPI/SAB group. *Impact of an evidence-based bundle intervention in the quality-of-care management and outcome of Staphylococcus aureus bacteremia. Clin Infect Dis. 2013; 57(9): 1225-33*URL
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23929889>

Ihr Kontakt für Rückfragen:

12. Kongress für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin

Kongresspressestelle

Janina Wetzstein/Anna Voormann/Kathrin Gießelmann

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-457

Fax: 0711 8931-167

wetzstein@medizinkommunikation.org

www.KIT2014.de

Multiresistente Erreger vermeiden und erfolgreich bekämpfen – Warum Deutschland Infektiologen braucht

Professor Dr. med. Gerd Fätkenheuer, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI), Oberarzt der Klinik I für Innere Medizin und der infektiologischen Ambulanz an der Universitätsklinik Köln

Was macht ein Infektiologe und was unterscheidet ihn von einem Hygieniker oder einem Mikrobiologen? Das Fachgebiet der Infektiologie ist in der Öffentlichkeit kaum bekannt, und auch den meisten Ärzten ist das Tätigkeitsfeld der Infektiologie nur wenig vertraut. Die öffentliche Wahrnehmung hat sich in den letzten Jahren sehr stark auf das Thema „multiresistente Erreger im Krankenhaus“ gerichtet, und häufig wird das Thema auf das Problem „Hygienemängel“ reduziert. Hygienemängel können natürlich zur Ausbreitung von multiresistenten Krankheitserregern beitragen. Aber die Reduktion des Themas auf Hygiene übersieht, dass das Thema viel komplexer ist.

Von multiresistenten Bakterien oder anderen schwer zu behandelnden Infektionserregern werden in besonderem Maße Personen betroffen, die ein geschwächtes Immunsystem (zum Beispiel durch die Behandlung einer Krebserkrankung) haben. Deshalb erhalten diese Menschen besonders häufig Antibiotika, die dann oft lebensrettend sind. Ein unerwünschter Nebeneffekt kann die Entstehung von multiresistenten Bakterienstämmen sein, die diese Patienten besonders gefährden. Der richtige Einsatz von Antibiotika auf der einen Seite, aber auch die Vermeidung von unnötigen Antibiotikagaben auf der anderen Seite, erfordert deshalb eine spezifische Ausbildung und ein hohes Maß an klinischer Erfahrung – eben den Infektiologen.

In Deutschland hat sich das Gebiet der Infektiologie erst in den letzten Jahren (vorwiegend an Universitätskliniken) zu etablieren begonnen, während es in vielen anderen Ländern seit Langem eine anerkannte Facharztspezialität ist. Die Ausbildung ist in den verschiedenen Ländern unterschiedlich geregelt, meist ist jedoch eine Grundausbildung oder eine volle Ausbildung in Innerer Medizin Voraussetzung, und dies aus gutem Grund: Häufig ist schon die Abschätzung, ob überhaupt eine Infektionskrankheit vorliegt und die Abgrenzung von anderen Erkrankungen schwierig. Infektiologen werden besonders oft zu Patienten gerufen, bei denen Spezialisten der verschiedensten Disziplinen Rat benötigen. Der Nutzen einer infektiologischen Beratung ist gut belegt. Für eine häufige schwere Infektionskrankheit, die Blutstrominfektion mit dem Bakterium *Staphylococcus aureus*, ist durch mehrere Studien nachgewiesen, dass die Einschaltung eines kompetenten Infektiologen in die Behandlung die Prognose der Patienten verbessert. Und eine kürzlich veröffentlichte wissenschaftliche

*Pressekonferenz anlässlich des
12. Kongresses für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin (KIT 2014)
Donnerstag, 26. Juni 2014, 11.30 bis 12.30 Uhr, Köln*

Untersuchung konnte zeigen, dass die Beratung durch Infektiologen sowohl zu einem besseren Krankheitsverlauf als auch zu niedrigeren Krankheitskosten führt.

Es ist also keine Frage mehr, ob auch in Deutschland Infektiologen gebraucht werden. Die Ausbildung von Infektiologen und die Schaffung von entsprechenden Stellen in Kliniken muss eine hohe Priorität haben, wenn es um die Vermeidung und die Bekämpfung von multiresistenten Erregern geht.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Köln, Juni 2014

Machen Krankenhäuser krank? Was Kliniken über Hygiene lernen und wissen müssen, welches Personal und welche Strukturen sie dafür brauchen

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

Im Rahmen einer 2013 veröffentlichten europaweiten repräsentativen Studie der europäischen Gesundheitsbehörden (eCDC) wurden circa. 240 000 Patienten in 1000 Krankenhäusern untersucht: Die Rate an Krankenhausinfektionen in Deutschland betrug circa fünf Prozent und lag damit deutlich unterhalb der durchschnittlichen Infektionsrate; nur in Frankreich lag diese vergleichbar niedrig, wohingegen beispielsweise in den Niederlanden, England, Spanien, Italien und Belgien diese deutlich höher lag.

Insbesondere Krankenhäusern, die an dem bundesweiten Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) teilnehmen – dieses sind je nach Modul bis zu 1000 Abteilungen – konnten die häufigsten Infektionserregern wie Pneumonie, Sepsis, Harnwegsinfektion und Wundinfektion weiter um bis zu fünfzig Prozent reduzieren. Auch die Übertragung des häufigsten multiresistenten Erregers, dem methicillinresistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) konnte in Häusern, die an dem vergleichbaren Modul teilnahmen und sinnvolle Präventionsmaßnahmen einführten, um durchschnittlich dreißig Prozent reduziert werden.

Die Compliance mit der wichtigsten infektionspräventiven Maßnahme, der hygienischen Händedesinfektion, konnte in den Krankenhäusern, die über Jahre hinweg Schulungen durchführten, den Verbrauch von Händedesinfektionsmitteln regelmäßig erfassten und diesen kommunizierten, deutlich gesteigert werden. Dennoch liegt Deutschland hier nur im europäischen Mittelfeld.

Erst 2011 wurde das Infektionsschutzgesetz dahingehend novelliert, dass alle Bundesländer verpflichtend eine Landeshygieneverordnung einführen mussten. Hier wurden erstmalig flächendeckend die personellen und strukturellen Voraussetzungen für eine moderne Infektionsprävention verbindlich vorgegeben. Dies war dringend notwendig, da sich bezüglich der personellen Ausstattung, beispielsweise bei Hygienefachkräften, Deutschland im europäischen Vergleich im unteren Drittel befindet und bei der Betreuung und Versorgung mit speziell ausgebildeten ärztlichen Hygienefachpersonal zusammen mit Portugal, Slowenien, Island und dem Baltikum auf den letzten Plätzen liegt. Hier ist also noch viel zu tun, weswegen seit Kurzem verstärkt ärztliches Fachpersonal im Rahmen einer zweijährigen kurrikulären krankenhaushygienischen Weiterbildung ausgebildet wird.

*Pressekonferenz anlässlich des
12. Kongresses für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin (KIT 2014)
Donnerstag, 26. Juni 2014, 11.30 bis 12.30 Uhr, Köln*

Mitarbeiter der Sektion „nosokomiale Infektionsprävention“ der DGI haben alle diese Themen als einen Schwerpunkt auf dem diesjährigen KIT aufgegriffen; die aktuellen Entwicklungen werden von ausgewiesenen Experten übersichtlich dargestellt und diskutiert.

Zusammenfassend ist bereits jetzt die Krankenhausinfektionsrate in Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern deutlich geringer und konnte insbesondere an Häusern, die sich an einem Surveillance-System beteiligen, in den letzten Jahren weiter signifikant gesenkt werden. Dies gilt auch für den häufigsten multiresistenten Erreger, den MRSA. Die Steigerung der Compliance mit der Händehygiene liegt bereits im Fokus und wird kontinuierlich verbessert. Aktuelle gesetzliche Vorgaben fordern eine deutliche Aufstockung an speziell in der Infektionsprävention ausgebildetem Hygienepersonal, da zur Zeit sowohl auf Hygienefachkräftebene als auch vor allem im ärztlichen Bereich erhebliches Nachholpotenzial besteht.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Köln, Juni 2014

Neue Leitlinie zur Sicherung einer rationalen Antibiotikaverordnung (Antibiotic Stewardship) in Akutkrankenhäusern – Warum Deutschland Infektiologen und ABS-Experten braucht

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

Die Antibiotikaverschreibungsqualität in Krankenhäusern verdient eine Qualitätssicherung. In zahlreichen Studien wurde beobachtet, dass teilweise mit falschen Substanzen, in nicht adäquater Dosis und oft zu lange behandelt wird. Die Folgen sind unnötige und vermeidbare Kosten, vermeidbare Nebenwirkungen, schlechtere Behandlungsergebnisse und mehr Resistenzentwicklung. In zahlreichen Ländern hat man durch eine strategische Herangehensweise versucht, eine Qualitätssicherung in diesem Bereich zu etablieren, und damit ansehnliche Erfolge erzielt. Die dabei wichtigste Komponente ist die Einrichtung eines interdisziplinären Teams (Antibiotic-Stewardship-Team, ABS-Team), das solche Aufgaben innerhalb eines Akutkrankenhauses verantwortlich, kompetent und mit einem Deputat seitens der Klinikleitung übernimmt. Zusätzliche Voraussetzung für eine solche Qualitätssicherungsinitiative ist die Verfügbarkeit von Daten zum Verbrauch von Antibiotika und zuverlässige Statistiken zu den Infektionen, inklusive der Infektionen durch resistente Erreger, im eigenen Haus, mit denen eine Bewertung der Verordnungsqualität möglich ist. Mit diesen Voraussetzungen gelingt es über spezielle Aktivitäten (Leitlinienerstellung und Konsentierung, Fortbildung, Antibiotikavisiten, infektiologische Konsile bei komplexen Infektionskrankheiten etc.), die Antibiotikaverordnungsqualität und damit Patientensicherheit wesentlich zu verbessern. Zahlreiche Studien haben inzwischen gezeigt, dass damit auch günstige Einflüsse auf die heutzutage immer kritischer werdenden Resistenzprobleme zu erzielen sind, und die notwendigen Investitionen in Fachpersonal kosteneffektiv sind.

Die neue deutsch-österreichische Leitlinie, die auf einer systematischen Literatursuche und Evidenzbewertung beruht und als S3-Leitlinie klassifiziert ist, gibt hierzu klare Empfehlungen sowohl was die notwendige Infrastruktur als auch die konkreten Projekte und Aktivitäten angeht. Demnach werden Infektiologen als Leitung der interdisziplinären ABS-Teams gebraucht. Klinikapotheker und die jeweils für die mikrobiologische Diagnostik und Krankenhaushygiene zuständigen Ärzte gehören zum Team und arbeiten mit den in den Fachabteilungen benannten Antibiotikabeauftragten zusammen. Pro 500 Betten wird mindestens eine Vollkraft benötigt, um die Arbeit des Teams effektiv zu gestalten. Diese Investition in Fachpersonal ist mehr als lohnend. Sie führt bei den Arzneimittelkosten in aller Regel zu einer Einsparung, die über den Personalkosten liegt, und darüber hinaus zu einem quasi unbezahlbaren Nutzen für die Patientensicherheit und die, vor allem auch für zukünftige Patientengenerationen so wichtige Minimierung der Resistenzentwicklung.

Die Leitlinie wurde interdisziplinär entwickelt und abgestimmt mit verschiedenen Fachgesellschaften. Einundzwanzig Experten, darunter klinische Infektiologen, Apotheker, Mikrobiologen und Krankenhaushygieniker haben mehr als drei Jahre daran gearbeitet und über 1000 Arbeiten zum Thema geprüft und über 400 Literaturstellen letztlich kritisch bewertet und für die Empfehlungen verwenden können. Professor Stephan Harbarth aus Genf war externer Gutachter. Die Leitlinie gilt mit ihrer systematischen Vorgehensweise und interdisziplinären Abstimmung als vorbildlich in Europa.

Sie beruht auch auf den Erfahrungen, die in Deutschland und Österreich mit der Intensivfortbildung von Ärzten und Apothekern zum Thema Antibiotikaeinsatz/ABS gemacht wurden. Aufgrund des in Deutschland bestehenden erheblichen Mangels an Fachpersonal hat sich die DGI in Kooperation mit anderen Fachgesellschaften und Verbänden seit Jahren in der Fortbildung von Ärzten und Apothekern zu sogenannten ABS-Experten engagiert. Diese Fortbildungsinitiative hat bisher in einer strukturierten, stark interaktiven Fortbildungsreihe bereits über 300 solcher ABS-Experten ausgebildet und es sollen bis zum Jahr 2017 insgesamt 500 werden. Diese Initiative wurde in den Jahren 2010 bis Anfang 2014 vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt. Sie wird inzwischen in Kooperation mit der Akademie für Infektionsmedizin im Auftrag der DGI durchgeführt und unter anderen koordiniert von der Sprecherin der DGI-Sektion Antibiotic Stewardship, Frau Dr. Dr. Katja de With.

Weitere Informationen:

Prof. Dr. Winfried V. Kern, Universitätsklinikum Freiburg

Dr. Dr. Katja de With, Universitätsklinikum Dresden

www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/092-

[001I_S3_Antibiotika_Anwendung_im_Krankenhaus_2013-12.pdf](#)

www.antibiotic-stewardship.de

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Köln, Juni 2014

**Fußball-WM in Brasilien – und die Erreger reisen mit:
Infektionsgefahren in einer globalisierten Gesellschaft effektiv begegnen**

Professor Dr. med. Bernd Salzberger, Oberarzt an der Klinik und Poliklinik Innere Medizin I
an der Universitätsklinik Regensburg

Aus den letzten Jahren gibt es eine Reihe von Ausbrüchen mit neuen Krankheitserregern mit dem Potenzial der Ausbreitung in einer Welt mit vielen Millionen Interkontinentalreisenden. Vor allem die SARS-Epidemie aber auch der Ausbruch der pandemischen Grippe H1N1 2009 haben eindrucksvoll demonstriert, dass Erreger heute innerhalb von wenigen Stunden in alle Welt verbreitet werden können – im 18. Jahrhundert benötigte die Grippe noch circa zwei Jahre von Ostasien bis Europa. Und nicht nur Urlaubsreisen haben ein solches Potenzial, auch Arbeits- oder Hilfskräfte können Erreger in neue Umgebungen tragen, wie zuletzt in Haiti das UN-Hilfspersonal den Cholera-Erreger.

Von der Fußball-WM werden hoffentlich vor allem fröhliche und farbige Bilder ausgestrahlt und sichtbar werden. Es sollte aber nicht vergessen werden, dass die Reiseaktivitäten von Sportlern und Sportbegeisterten typisch für unsere globalisierte Welt, nicht nur in Bezug auf den Sport sondern auch auf Infektionskrankheiten, sind. Das Zusammenkommen von vielen tausenden Menschen aus aller Welt zu diesem sportlichen Spektakel ist eine fast ideale Situation für einen Ausbruch einer neuen Infektionskrankheit: Menschen aus vielen verschiedenen Kulturkreisen treffen auf engem Raum aufeinander und denken sicherlich zuallerletzt an Krankheitsrisiken – immerhin ist Brasilien ja mittlerweile auch auf dem Weg in die Industrialisierung und nicht mehr als typisches Land mit begrenzten Ressourcen zu bezeichnen. Ein solches Szenario wäre etwa ein Ausbruch eines neuen respiratorischen Virus, das aus einer anderen Region nach Brasilien mitgebracht wird oder aus einer anderen Spezies auf den Menschen übertragen wird, welches sich rasch verbreitet und dabei verändert mit einer höheren Ansteckungsfähigkeit und vielleicht auch einer höheren Pathogenität. Bisher ist glücklicherweise bei keiner sportlichen Großveranstaltung in der Neuzeit ein solches Szenario aufgetreten, aber Aufmerksamkeit ist in dieser Situation medizinisch in zweierlei Hinsicht notwendig, für den individuellen Reisenden aber auch für die öffentliche Gesundheit.

Brasilien ist ein Land mit einer Vielzahl von Klimazonen und Habitaten – von Großstädten am Atlantik bis hin zum Tropenwald. Und daher sollten sich Reisende vor einer Reise nach Brasilien fachärztlich beraten lassen, um zum Beispiel Durchfallerkrankungen, das Dengue- oder gar Gelbfieber zu vermeiden. Auch wenn größere Ausbrüche von Gelbfieber in den letzten Jahren nicht vorgekommen sind, sind die Entfernungen zwischen Tropenwald und Städten gering – Infektionszyklen über Affenspezies können auch in Städte hineingetragen

werden und nur wenige Fußballfans werden durch Impfungen geschützt sein. Eine solche Beratung ist auch sinnvoll, um Impflücken zu schließen und eben die Sinnhaftigkeit einer Gelbfieberimpfung zu prüfen. Infektiologen und Tropenmediziner nehmen diese wichtige Funktion wahr und beraten kompetent in Kenntnis der aktuellsten Entwicklungen bei Impfstoffen und Infektionen.

Neben dem individuellen Schutz muss aber auch die öffentliche Gesundheit, die der reisenden Fans und Sportler sowie der einheimischen Bevölkerung aufmerksam beobachtet werden. Hohe Wachsamkeit zur raschen Erkennung von Infektionserregern und insbesondere -ausbrüchen, mit alten wie neuen Erregern, muss vorhanden sein. Diese Wachsamkeit muss auf verschiedenen, gut miteinander kommunizierenden Stufen bestehen: Die lokal tätigen Ärzte müssen untypische Häufungen oder Krankheitserscheinungen rasch registrieren, dann müssen eine rasche Reaktion der lokalen Gesundheitsbehörden und auch eine internationale Reaktion erfolgen. Öffentliche Gesundheit ist eben nicht mehr nur ein lokales Problem – über zurückreisende Fans, Sportler oder Arbeitskräfte könnte auch ein lokaler Ausbruch rasch globale Dimensionen erreichen.

Um diese Reaktionen zu gewährleisten, sind heute in allen Ländern Kooperationen mit Referenzlaboratorien, internationalen Behörden wie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der weltweiten Wissenschaftsgemeinde etabliert. Noch rascher als Erreger können heute auch Informationen global ausgetauscht werden – nicht nur Nachrichten über Fußballergebnisse oder Ausbrüche von Krankheiten. Bei der Grippe 2009, und noch mehr beim EHEC Ausbruch 2011, wurde der genetische Code der Erreger rasch sequenziert und dann im Internet veröffentlicht. So konnten Eigenschaften der Erreger, aber auch genetische Bestandteile und damit die Geschichte, durch multinationale Kooperation genau analysiert und charakterisiert werden. Damit können aktuelle Ausbrüche nicht verhindert werden, aber wir werden damit in die Lage versetzt, rasch Gegenmaßnahmen einzuleiten und rationale Therapien zu erproben und anzuwenden.

Für die Infektionsmedizin ist so die Fußball-WM ein farbiges Paradebeispiel für unsere, auch in Bezug auf Infektionserreger und -krankheiten, globalisierte Welt. Und sie ist auch ein Beispiel für eine hochkomplizierte Logistik auf vielen Ebenen – vom Stadionbau über die Verpflegung der Gäste bis zur Übertragung von Fernsehbildern und auf der Seite der Infektionsmedizin von den hoffentlich im Hintergrund bleibenden Aktivitäten der Ärzte, Gesundheitsbehörden und der globalisierten wissenschaftlichen Gemeinschaft.

*Pressekonferenz anlässlich des
12. Kongresses für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin (KIT 2014)
Donnerstag, 26. Juni 2014, 11.30 bis 12.30 Uhr, Köln*

So wichtig diese Logistik ist – sie ist (wie die meisten Impfungen) am ehesten vergleichbar mit dem Abschluss einer Versicherung: Ein kleiner Betrag soll ziemlich unwahrscheinliche Ereignisse mit aber möglicherweise katastrophalen Folgen absichern. Wir wünschen uns natürlich eine erfolgreiche Versicherung, nämlich das Ausbleiben des Versicherungsfalls – rein sportliche Nachrichten aus Brasilien und weder Ausbrüche mit Durchfall- oder respiratorischen Erregern, weder bei Sportlern, Arbeitskräften und Fans noch bei der einheimischen Bevölkerung. Der Preis dafür ist vermutlich fair.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Köln, Juni 2014

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Jan van Lunzen
Kongresspräsident, Ärztlicher Leiter des Bereichs Infektiologie am
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

* 1963



Beruflicher Werdegang:

Studium:

1983–1985	Humanmedizin an der Universität Marburg
1986–1987	Humanmedizin an der University of Toronto, Canada
	Praktisches Jahr: Chirurgie, University of Toronto, Mount Sinai Hospital, Toronto, Canada
1988–1989	Humanmedizin an der Universität Hamburg
	Praktisches Jahr: Innere Medizin, DRK KH Rissen, Hamburg Anästhesie, AK Altona, Hamburg

Ärztliche Prüfungen:

1986	Staatsexamen: Erster Abschnitt
1988	Staatsexamen: Zweiter Abschnitt
1989	Staatsexamen: Dritter Abschnitt
1991	Diplom: Tropenmedizin und Medizinische Parasitologie
1998	Facharztprüfung: Innere Medizin
2003	Spezialisierung: Zertifikat Infektiologe (DGI)
2006	Anerkennung der Zusatz-Weiterbildung Infektiologie

Akademischer Werdegang:

1991	Promotion: „Klinik, Therapie und Prognose des Pankreaskarzinoms.“ Philipps-Universität Marburg, Direktor: Professor Dr. H.-D. Röher
2004	Habilitation: „Immunpathogenese der HIV-Infektion – Einfluss hocheffektiver antiretroviraler Therapien (HAART)“ Venia legendi für das Fach Innere Medizin, Medizinische Fakultät der Universität Hamburg
01/2011	Professur: Ernennung zum Professor an der Universität Hamburg, gemäß §17 Hamburger Hochschulgesetz

Klinische Tätigkeit (seit Abschluss des Studiums 1989):

1990–1991	Arzt im Praktikum, Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin, Hamburg, Klinische Abteilung; Leiter: Professor Dr. M. Dietrich
1991–1994	Assistenzarzt, Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin, Hamburg, Klinische Abteilung; Leiter: Professor Dr. M. Dietrich
1994–1995	Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin, Hamburg, Abteilung Virologie; Leiter: Professor Dr. H. Schmitz
Seit 1995	Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Assistenzarzt, Medizinische Klinik I, Universitätsklinikum Eppendorf, Hamburg, Direktor: Professor Dr. H. Greten
Seit 1998	Facharzt für Innere Medizin
2005	Oberarzt, Zentrum Innere Medizin, Medizinische Klinik I; Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; Direktor: Professor Dr. A. W. Lohse
Seit 10/2005	Ärztlicher Leiter, Ambulanzzentrum des UKE GmbH, Bereich Infektiologie, KV-Zulassung als Internist/Infektiologe
Seit 10/2006	Weiterbildungsermächtigter für die Zusatzweiterbildung Infektiologie
Seit 04/2008	Leiter der Sektion Infektiologie der Medizinischen Klinik I, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Funktionen:

- Vorstandsmitglied „Deutsche Gesellschaft für Infektiologie“ (seit März 2011)
- Leiter der Arbeitsgruppe „HIV-Immunologie“ am Institut für Immunologie des UKE und am Heinrich-Pette-Institut für Experimentelle Virologie & Immunologie
- Ärztlicher Leiter der klinischen Studienzentrale Infektiologie, Medizinische Poliklinik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- Hygienebeauftragter der Medizinischen Kernklinik und Poliklinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf 2003–2005
- Gewähltes Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Hamburg; Mitglied des Fortbildungsausschusses
- Fachbeisitzer für den Bereich Infektiologie bei der Ärztekammer Hamburg (etabliert seit 2006)
- Gutachter für verschiedene Fachzeitschriften (z. B. JID, J Exp. Med., Infection, AIDS, Clinical and Experimental Immunology, J. of Immunological Methods)

- Mitglied des Steering Committees des HIV-Kompetenznetzwerkes des BMBF
- Berater der Kommission Somatische Gentherapie der Bundesärztekammer
- Externer Berater der Nationalen Agentur für AIDS-Forschung (ANRS) des französischen Wissenschaftsministeriums 2005–2008
- Koordinator: DAAD Sino-German Summer School on “New and Old Emerging Viral Infections”, Shanghai 2006 (Cooperation with Institute Pasteur Shanghai, 2nd Medical University of Shanghai, Chinese Academy of Science)

Wissenschaftliche Schwerpunkte:

- Immunpathogenese der HIV-Infektion unter besonderer Berücksichtigung des lymphatischen Gewebes
- spezifische T-Zell-Immunität bei Virusinfektionen
- virale Resistenzentwicklung
- somatische Gentherapie der HIV-Infektion
- HIV-Vakzineentwicklung

Wissenschaftliche Preise:

1998	AIDS-Forschungspreis der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (gemeinsam mit Dr. K. Tenner-Rácz, Dr. H.-J. Stellbrink, Professor Dr. P. Rácz)
2002	Meta-Alexander-Preis für klinische Infektiologie der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (gemeinsam mit Dr. M. Altfeld)
2008	Wolfgang-Stille-Wissenschaftspreis der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie

Externe Berufungen:

2008	Ruf auf den Lehrstuhl für Innere Medizin/Infektiologie an der Erasmus Universität Rotterdam, Niederlande; (Ruf abgelehnt)
2013	Professur für Innere Medizin, Universität Namibia, Medizinische Fakultät, Campus Windhoek

Klinische Studien:

Seit 1993	Teilnahme an über 100 klinischen Studien zur Therapie der HIV-Infektion und assoziierten opportunistischen Infektionen der Phasen I–IV, davon circa 35 als Leiter der klinischen Prüfung (LKP)
-----------	--

Curriculum Vitae

Univ.-Professor Dr. med. Gerd Fätkenheuer
Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für
Infektiologie (DGI), Oberarzt der Klinik I für Innere
Medizin und der infektiologischen Ambulanz an der
Universitätsklinik Köln



Beruflicher Werdegang:

1975–1982	MD Medical School, Universität Aachen und Köln
Juni 1982	Medical license (Approbation) by „Regierungspräsident Köln“
1982–1984	MD Radiologie, St. Franziskus Hospital, Köln
1984–1987	MD Innere Medizin, St. Franziskus Hospital, Köln
1987–1992	MD Innere Medizin, Universität Köln
1993–1995	training an board certification in internal medicine, training an board eligibility in hematology and intensive care, Universität Köln
10/1995	Habilitation 1999 Assistant Professor 2004 Professor of Medicine 2006 Board Examination in Infectious Diseases
12/2012	Änderung im Arzneimittelgesetz, Ärztekammer Nordrhein
03/2013	Änderungen zur 16. AMG Novelle, German Hodgkin Group

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Sebastian Lemmen
Vize-Kongresspräsident, 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, Notarzdienst, Diakoniekrankenhaus, Lehrkrankenhaus der Universität Freiburg
1991–1992	Wissenschaftlicher Assistenzarzt im Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Universitätsklinikum Freiburg
1992–1993	Ausbildung zum klinischen Infektiologen an der Harvard 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 durch den Berufsverband der Deutschen Mikrobiologen
- Diplom für Infektiologie durch die Deutsche Gesellschaft für Infektiologie e.V. (DGI)

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. Bernd Salzberger
Oberarzt an der Klinik und Poliklinik Innere Medizin I
an der Universitätsklinik Regensburg



Studium:

Studium Mathematik und Medizin in Würzburg, Bonn und Köln

Schwerpunkte:

- Klinische Virologie
- HIV- und Herpesvirusinfektionen
- Infektionen bei immunsupprimierten Patienten
- infektiöse Komplikationen nach Organ- und Stammzelltransplantation
- Antibiotikatherapie

Aus- und Weiterbildung:

- Infektiologie (Zusatzweiterbildung)
- Zertifikat Infektiologie (DGI)
- Facharzt für Innere Medizin

Sonstiges:

- Mitglied DGIM (Ausschuss und Programmkomitee)
- DGI (Vorstand)
- DAIG
- PEG
- ECCMID (Educational Comitee)
- IDSA
- Section Editor "Infection"
- "Internist"
- "Bay. Internist"
- Leitung des Bereichs Infektiologie
- Universitätsprofessor für Innere Medizin
- Studiendekan der Medizinischen Fakultät



KIT2014

12. KONGRESS
FÜR INFEKTIONSKRANKHEITEN
UND TROPENMEDIZIN

25. BIS 28. JUNI 2014 | GÜRZENICH KÖLN

Bestellformular Fotos

Pressekonferenz anlässlich des 12. Kongresses für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin (KIT 2014)

25. bis 28. Juni 2014, Gürzenich Köln

Wenn gegen Infektionen kein Medikament mehr wirkt – Multiresistente Erreger vermeiden und bekämpfen

Termin: Donnerstag, 26. Juni 2014, 11:30 bis 12:30 Uhr

Ort: Gürzenich Köln, Raum K3 (EG)

Anschrift: Martinstraße 29-37, 50667 Köln

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

- Professor Dr. med. Jan van Lunzen
- Professor Dr. med. Gerd Fätkenheuer
- Professor Dr. med. Sebastian W. Lemmen
- Professor Dr. med. Winfried V. Kern
- Professor Dr. med. Bernd Salzberger

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

Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

12. Kongress für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin
Kongresspressestelle
Janina Wetzstein/Anna Voormann/Kathrin Gießelmann
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-457
Fax: 0711 8931-167
wetzstein@medizinkommunikation.org
www.KIT2014.de