



# KIT2018

14. KONGRESS  
FÜR INFEKTIONSKRANKHEITEN  
UND TROPENMEDIZIN

**20. BIS 23. JUNI 2018 | GÜRZENICH KÖLN**

**Pressekonferenz anlässlich des  
Kongresses für Infektionskrankheiten und  
Tropenmedizin (KIT 2018)**

20. bis 23. Juni 2018, Gürzenich Köln

**Termin:** Donnerstag, 21. Juni 2018, 11.30 bis 12.30 Uhr

**Ort:** Gürzenich Köln, Raum K3

### **Themen und Referenten**

**Antibiotikaresistenzen: Häufige Missverständnisse und Strategien für einen rationalen Umgang mit Antibiotika**

*Professor Dr. med. Mathias Pletz*

Kongress-Präsident KIT 2018, Direktor des Instituts für Infektionsmedizin und Krankenhaushygiene am Universitätsklinikum Jena

**Antiseptika: Wann helfen sie, Infektionen zu vermeiden, und wann nicht? Und welche Risiken bestehen?**

*Professor Dr. med. Simone Scheithauer*

Kongress-Vizepräsidentin KIT 2018, Leiterin der Zentralabteilung Krankenhaushygiene und Infektiologie an der Universitätsmedizin Göttingen

**Themenkreis Impfen: Von Grippe bis Herpes Zoster und warum geimpfte Kinder auch Erwachsene schützen**

*Professor Dr. med. Markus Knuf*

Kongress-Präsident von Seiten der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI), Direktor der Klinik für Kinder und Jugendliche der Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden

**Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie: Aktueller Stand**

*Professor Dr. med. Gerd Fätkenheuer*

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI), Leiter der Infektiologie an der Klinik I für Innere Medizin am Universitätsklinikum Köln

**Europäische Stechmücken und tropische Infektionserreger: Neue Infektionskrankheiten durch Klimawandel und Globalisierung?**

*Professor Dr. med. Egbert Tannich*

Vorsitzender des Vorstands des Bernhard-Nocht-Instituts für Tropenmedizin, Hamburg

**Moderation:** *Juliane Pfeiffer*, Kongresspressestelle KIT, Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen:

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.kit2018.de](http://www.kit2018.de)



# KIT2018

14. KONGRESS  
FÜR INFektionsKRANKHEITEN  
UND TROPENMEDIZIN

**20. BIS 23. JUNI 2018 | GÜRZENICH KÖLN**

**Pressekonferenz anlässlich des  
Kongresses für Infektionskrankheiten und  
Tropenmedizin (KIT 2018)**

20. bis 23. Juni 2018, Gürzenich Köln

**Termin:** Donnerstag, 21. Juni 2018, 11.30 bis 12.30 Uhr

**Ort:** Gürzenich Köln, Raum K3

## Inhalt

**Pressemeldungen**

**Redemanuskripte der Referenten**

**Lebensläufe der Referenten**

*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](mailto:wetzstein@medizinkommunikation.org).*

Ihr Kontakt für Rückfragen:

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](mailto:wetzstein@medizinkommunikation.org)

[www.kit2018.de](http://www.kit2018.de)



# KIT2018

14. KONGRESS  
FÜR INFEKTIONSKRANKHEITEN  
UND TROPENMEDIZIN

20. BIS 23. JUNI 2018 | GÜRZENICH KÖLN

## **Antiseptika: Effektive Infektionsvermeidung – wenn richtig eingesetzt. Infektiologen weisen auf Möglichkeit der Resistenzbildung hin**

**Köln, 21. Juni 2018 – Alkohol und Jod – als klassische Mittel zur Haut- oder Wunddesinfektion haben sie das Bild der Antiseptika geprägt: Sie sind schnell wirksam und universell einsetzbar. Mittlerweile haben aber auch andere Antiseptika ihren festen Platz in der Klinikhygiene gefunden. Wirkstoffe wie Chlorhexidin oder Octenidin bleiben auf der Haut länger wirksam, allerdings können Keime gegen sie resistent werden. Wie ihr Einsatz geregelt sein sollte, um Resistenzen und andere negative Effekte zu vermeiden – darüber diskutieren Infektiologie-Experten auf der heutigen Pressekonferenz anlässlich des Kongresses für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin (KIT 2018).**

Resistenzen gegen Antibiotika stellen ein häufiges und vieldiskutiertes Problem dar. Im Vergleich dazu findet die Tatsache, dass die unspezifischer wirkenden Antiseptika – beispielsweise Chlorhexidin und Octenidin – ebenfalls zu Resistenz oder Toleranz führen können, wenig Aufmerksamkeit. „Solche Resistenzen sind in den letzten Jahren in einer Vielzahl von Studien nachgewiesen worden“, sagt Professor Dr. med. Simone Scheithauer, Leiterin der Zentralabteilung Krankenhaushygiene und Infektiologie an der Universitätsmedizin Göttingen und Vizepräsidentin des KIT. Besonders beunruhigend sei die Beobachtung, dass damit in manchen Fällen auch eine Unempfindlichkeit gegenüber wichtigen Reserveantibiotika einhergehe. Der Einsatz von Antiseptika solle daher auf keinen Fall unkritisch erfolgen.

Allgemein sollte der Einsatz von Antiseptika im Krankenhaus einem gestaffelten Schema folgen, so die Krankenhaushygiene-Expertin. Die Grundlage bilden unverzichtbare Basismaßnahmen, mit denen sich die Rate von Infektionen auch mit Krankenhauskeimen nachweislich reduzieren lässt. Dazu zählen etwa die Händedesinfektion, aseptische Technik bei Gabe von Infusionen und dem Verbandwechsel und auch korrekte Durchführung der Hautdesinfektion vor Anlage eines Katheters und einer Operation. Wenn individuelle Risikofaktoren des Patienten es erfordern oder es neue Erkenntnisse aus der Forschung gibt, können und sollen diese Basismaßnahmen ergänzt werden“, sagt Scheithauer. Dasselbe gelte auch in Ausbruchssituationen oder auch bei auffallend hohen Infektionsraten in der Abteilung. Wie eine sinnvolle und durch Studien belegte Staffelung aussehen kann,



# KIT2018

14. KONGRESS  
FÜR INFEKTIONSKRANKHEITEN  
UND TROPENMEDIZIN

**20. BIS 23. JUNI 2018 | GÜRZENICH KÖLN**

illustriert sie am Beispiel des Gefäßkatheters: Als neue Basismaßnahme gilt hier die Verwendung eines remanent wirksamen Hautdesinfektionsmittels. Als erste Zusatzmaßnahme gilt hier die Anlage antiseptischer Folienverbände. Wenn die Infektionsraten auch dann hoch bleiben, kann auf antiseptische Ganzkörperwaschungen zurückgegriffen werden. Nur im Einzelfall sollten bei ausgewählten Patienten beschichtete Katheter zum Einsatz kommen. „Wichtig ist, dass diese Zusatzmaßnahmen nie ohne speziellen Anlass eingesetzt werden“, sagt Scheithauer. Parallel dazu müssten immer auch die Basismaßnahmen überprüft werden – es sei wichtig zu klären, warum diese nicht ausreichend wirkten und ob Anwendung und Umsetzung verbessert werden müssten.

Über den geeigneten Umgang mit Antiseptika sowie die Möglichkeiten und Risiken ihrer Anwendung wird Professor Scheithauer auch auf der Pressekonferenz in Köln sprechen. Weitere Themen werden die Antibiotic Stewardship im ambulanten Bereich sein, der Herdenschutz durch Impfungen, die Facharztausbildung zum Infektiologen sowie die mögliche Übertragung tropischer Infektionskrankheiten durch europäische Stechmücken.

*Bei Abdruck Beleg erbeten.*

Ihr Kontakt für Rückfragen:

15. 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.KIT2018.de



# KIT2018

14. KONGRESS  
FÜR INFEKTIONSKRANKHEITEN  
UND TROPENMEDIZIN

20. BIS 23. JUNI 2018 | GÜRZENICH KÖLN

## **Stechmücken im Gepäck Bringen Klimawandel und Globalisierung Tropenkrankheiten nach Europa?**

**Köln, 21. Juni 2018 – Immer wieder gelangen tropische Stechmücken wie die Asiatische Tigermücke *Aedes albopictus* mit Warenlieferungen oder im Gepäck von Reisenden nach Europa. Zunehmend finden sie hier Lebensbedingungen vor, die eine dauerhafte Ansiedlung ermöglichen. In weiten Teilen Südeuropas, bis hinein nach Süddeutschland, haben sich so bereits stabile Populationen tropischer Mücken etabliert. Wie sich das auf die Ausbreitung tropischer Infektionskrankheiten auswirkt und welche Rolle europäische Mückenarten hierbei spielen, darüber sprechen Experten auf der heutigen Pressekonferenz anlässlich des Kongresses für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin (KIT 2018) in Köln.**

In Freiburg im Breisgau und entlang des Oberrheins ist es im Sommer inzwischen nichts Ungewöhnliches mehr, einer Asiatischen Tigermücke zu begegnen. Auch Exemplare des Japanischen Buschmoskitos *Aedes japonicus* werden dort seit einigen Jahren regelmäßig nachgewiesen. „Die Ausbreitung dieser Exoten findet zunächst entlang der Hauptreiserouten statt“, berichtet Professor Dr. med. Egbert Tannich vom Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin in Hamburg. So haben Forscher des Instituts, die in Kooperation mit anderen Instituten und Fachgesellschaften Mückenpopulationen in Deutschland erfassen, die tropischen Arten zunächst an Autobahnraststätten nachgewiesen.

Auch wenn die beiden *Aedes*-Arten Krankheitserreger wie das Zika-Virus und die Erreger des Dengue- oder des West-Nil-Fiebers übertragen können, sieht Tannich die Gefahr von Ausbrüchen in Deutschland als gering an. „Mit Ausnahme des Chikungunya-Fiebers benötigen die Krankheitserreger für eine Übertragung erhöhte Temperaturen über einen längeren Zeitraum, wie sie bei uns auch im Sommer nur selten anzutreffen sind“, sagt der Tropenmediziner. Im Rahmen des bundesweiten Mücken-Monitorings, das vor zwei Jahren durch das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft ins Leben gerufen wurde, habe sich gezeigt, dass hierzulande noch keine für Menschen gefährlichen Viren zirkulieren. In verschiedenen Ländern Südeuropas komme es allerdings immer wieder zu Ausbrüchen des West-Nil- und des Dengue-Fiebers. Aus Italien und Frankreich seien zumindest Chikungunya-Ausbrüche bekannt – bei steigender Besiedlung mit *Aedes albopictus* und fortschreitender Erwärmung sei damit auch in Deutschland zu rechnen, so Tannich.



# KIT2018

14. KONGRESS  
FÜR INFEKTIONSKRANKHEITEN  
UND TROPENMEDIZIN

**20. BIS 23. JUNI 2018 | GÜRZENICH KÖLN**

Bestandteil des Mücken-Monitorings sind auch Untersuchungen zur so genannten Vektor- oder Überträgerkompetenz. Dabei testen die Forscher, welche Mückenarten prinzipiell in der Lage sind, bestimmte Erregertypen zu übertragen. Theoretisch könnten tropische Krankheitserreger, wenn sie erst einmal hier sind, auch von einheimischen Mücken wie der Gemeinen Hausmücke *Culex pipiens* weiterverbreitet werden. „Unter Laborbedingungen kann diese in ganz Deutschland häufige Art durchaus tropische Erreger wie das West-Nil- oder das Japan-Enzephalitis-Virus übertragen“, sagt Tannich. Allerdings sei es im Freiland hierfür in Deutschland zu kühl.

Ziel des Stechmücken-Monitorings ist es letztlich, die ökologischen und klimatischen Bedingungen zu identifizieren, unter denen sich die verschiedenen Mückenarten und die von ihnen übertragenen Erreger etablieren können. „Nur mit solchen Daten lässt sich abschätzen, ob und in welchen Gegenden Deutschlands die ursprünglich tropischen Krankheiten überhaupt ausbrechen können“, betont Tannich – um frühzeitig durch gezielte Maßnahmen das Auftreten neuer Plagen zu verhindern.

*Bei Abdruck Beleg erbeten.*

Ihr Kontakt für Rückfragen:

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.kit2018.de](http://www.kit2018.de)



# KIT2018

14. KONGRESS  
FÜR INFEKTIONSKRANKHEITEN  
UND TROPENMEDIZIN

**20. BIS 23. JUNI 2018 | GÜRZENICH KÖLN**

## **„Gemeinschaftsschutz“: Warum wir mit Impfungen nicht nur uns selbst, sondern auch andere schützen**

**Köln, 21. Juni 2018 – Wer sich impfen lässt, schützt nicht nur sich selbst – schließlich kann man eine Infektion, die man sich selbst gar nicht erst zuzieht, auch nicht auf andere übertragen. Oft sind es Säuglinge, die auf diesen Gemeinschaftsschutz angewiesen sind, bevor sie selbst geimpft werden können. Aber auch Erwachsene profitieren von dem Effekt, der auch als Herdenimmunität bezeichnet wird. Über die wechselseitigen Schutzbeziehungen, die Impfungen mit sich bringen, werden Experten auf der heutigen Pressekonferenz anlässlich des Kongresses für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin (KIT 2018) in Köln diskutieren.**

Mit den Impfeempfehlungen, die die Ständige Impfkommission des Robert-Koch-Instituts für Deutschland formuliert, werden eine ganze Reihe unterschiedlicher Ziele verfolgt. „Neben dem Individualschutz vor Infektionskrankheiten und deren möglichen Folgen spielen auch gesellschaftlich relevante Ziele wie die Unterbrechung von Infektionsketten oder die Ausrottung von Erregern eine Rolle“, sagt Professor Dr. med. Markus Knuf, Direktor der Klinik für Kinder und Jugendliche der Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden und Kongress-Präsident von Seiten der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI). Auch der Aufbau einer Herdenimmunität falle in diese zweite Kategorie – denn nur durch sie können Menschen, die selbst nicht geimpft werden können, vor den betreffenden Infektionen und möglichen Komplikationen geschützt werden.

Auch wenn Säuglinge und Kleinkinder diesen Schutz besonders benötigen, tragen sie umgekehrt wesentlich zur Herdenimmunität bei, wie Knuf am Beispiel der Pneumokokken und der von ihnen hervorgerufenen Erkrankungen zeigt: Weil das Erkrankungsrisiko bei Kindern unter fünf Jahren besonders groß ist, sieht der Impfkalendar bereits im Säuglings- und Kleinkindalter eine Impfung gegen häufige Pneumokokken-Varianten vor. „Genau diese Varianten treten seitdem auch bei Senioren deutlich seltener auf“, sagt Knuf. Auch diese Gruppe sei durch Pneumokokken-Infektionen und deren Komplikationen besonders gefährdet.

Ob der Aufbau einer Herdenimmunität als Argument ausreicht, um auch die jährliche Grippeimpfung für alle Kinder zu empfehlen, ist unter Experten umstritten. Bisher sieht das



# KIT2018

14. KONGRESS  
FÜR INFEKTIONSKRANKHEITEN  
UND TROPENMEDIZIN

**20. BIS 23. JUNI 2018 | GÜRZENICH KÖLN**

RKI die Impfung nur für Kinder vor, die selbst ein erhöhtes Risiko für Komplikationen haben. Für Markus Knuf gibt es dennoch gute Gründe, auch gesunde Kinder gegen die Influenza zu impfen. „Zwar verläuft die Grippe bei ihnen meist unkompliziert, doch kommt es auch hier immer wieder zu schweren Verläufen“, erklärt er. Zudem seien Kinder der Dreh- und Angelpunkt der Influenza in der Gesellschaft. Kinder im Vorschulalter scheiden über einen langen Zeitraum hinweg eine große Anzahl von Viren aus, haben eine hohe Kontaktrate und wissen noch nichts von Hygiene. Viele Erwachsene stecken sich daher gerade bei Kleinkindern mit der Grippe an.

Meist sind es jedoch die Jüngsten, die den Herdenschutz benötigen. Als Beispiel dafür, wie geimpfte Erwachsene zum Schutz von Säuglingen beitragen, nennt Knuf die Impfung gegen Keuchhusten (Pertussis). Diese für Säuglinge gefährliche Krankheit wird meist über Jugendliche oder Erwachsene übertragen, bei denen der Impfschutz bereits nachlässt. „Es ist daher sinnvoll, den Schutz gegen Pertussis im Jugend- oder Erwachsenenalter aufzufrischen“, sagt der DGPI-Experte. Auch die sogenannte maternale Immunisierung, also die Impfung einer werdenden Mutter im letzten Schwangerschaftsdrittel kann ein Konzept sein, das Neugeborene zu schützen.

*Bei Abdruck Beleg erbeten.*

Ihr Kontakt für Rückfragen:

15. 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.KIT2018.de



# KIT2018

14. KONGRESS  
FÜR INFEKTIONSKRANKHEITEN  
UND TROPENMEDIZIN

**20. BIS 23. JUNI 2018 | GÜRZENICH KÖLN**

## **Stiftungsprofessur der Rudolph-Ackermann-Stiftung vergeben**

**Köln, 21. Juni 2018 – Professor Dr. Oliver Witzke, Direktor der Klinik für Infektiologie am Universitätsklinikum Essen, hat den Ruf auf die „W3-Stiftungsprofessur“ der „Rudolph-Ackermann-Stiftung“ für „Infektiologie“ angenommen. Mit dieser soll die Förderung der Lehre und Forschung auf dem Gebiet der Infektiologie intensiviert werden.**

„Wir sind sehr froh, dass Professor Witzke den Ruf angenommen hat. An der Universitätsmedizin Essen gibt es mit der Klinik für Infektiologie bereits eine eigenständige Struktur in diesem Bereich. Die möchten wir mit unserer Stiftungsprofessur weiter etablieren sowie die enge Verbundenheit zu den Fächern der Inneren Medizin pflegen“, sagt Professor Dr. Bernhard R. Ruf, Vorstandsvorsitzender der Rudolf-Ackermann-Stiftung.

„Wir freuen uns sehr, dass die Stiftungsprofessur nach Essen vergeben wurde“, sagen Professor Dr. Jochen A. Werner, Vorstandsvorsitzender und Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Essen, und Professor Dr. Jan Buer, Vorstandsmitglied des Universitätsklinikums Essen und Dekan der Medizinischen Fakultät Universität Duisburg-Essen. „Mit der Professur können wir unseren Schwerpunkt im Bereich Infektiologie und Immunologie nachhaltig weiter ausbauen.“

Auch Professor Dr. Oliver Witzke sieht viel Potenzial in der Stiftungsprofessur: „Die Professur wird die 2015 eingerichtete Klinik für Infektiologie, die sich mit der Diagnostik, Therapie und Vorbeugung von Infektionskrankheiten befasst, in den Bereichen Forschung und Lehre noch einmal verstärken. Mit der Professur ist eine Weiterentwicklung der klinischen Forschung im Bereich der Infektionsimmunologie verbunden. Gerade den Bereich der Erforschung chronischer Virusinfektionen bei immunsupprimierten Patienten können wir durch die Professur weiter intensivieren“, erklärt Professor Dr. Oliver Witzke. Zur Klinik für Infektiologie gehören zwei spezielle infektiologische Bettenstationen, auf denen fachübergreifend und überregional Erkrankungen aus dem gesamten Spektrum der Infektiologie behandelt werden. In der studentischen Ausbildung setzt die Medizinische Fakultät in Essen durch die Einführung eines PJ-Tertials „Infektionsmedizin“ mit zentraler Beteiligung der Infektiologie schon jetzt besondere Akzente.



# KIT2018

14. KONGRESS  
FÜR INFEKTIONSKRANKHEITEN  
UND TROPENMEDIZIN

**20. BIS 23. JUNI 2018 | GÜRZENICH KÖLN**

Nicht zuletzt ist die Deutsche Gesellschaft für Infektiologie, die seit langen Jahren mit der Rudolf-Ackermann-Stiftung zusammenarbeitet, über diese Entwicklung erfreut. „Es ist ein weiterer wichtiger Schritt zur Etablierung unseres Faches, das auch in der öffentlichen Wahrnehmung immer weiter an Bedeutung gewinnt. Die Einrichtung einer Rudolf-Ackermann Professur an der Klinik in Essen unterstreicht den Stellenwert der Infektiologie als eigenständiges klinisches Fach, das wie in anderen europäischen Ländern in der Einführung eines Facharztes für Innere Medizin und Infektiologie münden sollte“, betont Professor Dr. Gerd Fätkenheuer, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie.

*Bei Abdruck Beleg erbeten.*

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Thorsten Schabelon  
Leiter Stabsstelle Marketing und Kommunikation  
Universitätsklinikum Essen (AÖR)  
Stabsstelle Marketing und Kommunikation  
Verwaltungsgebäude, 0.49  
Hufelandstraße 55  
D- 45147 Essen  
Telefon: +49 201 / 723-3564  
Mobil: +49 170 / 9763183  
Fax: +49 201 / 723-5618

E-Mail: [thorsten.schabelon@uk-essen.de](mailto:thorsten.schabelon@uk-essen.de)  
Internet: [www.uk-essen.de](http://www.uk-essen.de)

## **Antibiotikaresistenzen: Häufige Missverständnisse und Strategien für einen rationalen Umgang mit Antibiotika**

Professor Dr. med. Mathias Pletz, Kongress-Präsident, Direktor des Instituts für Infektionsmedizin und Krankenhaushygiene am Universitätsklinikum Jena

Die zunehmende Ausbreitung multiresistenter Erreger ist eine globale Bedrohung und erfährt entsprechend viel mediale Aufmerksamkeit – auch in der Laienpresse werden „Superkeime“ immer wieder genannt. Allerdings schwankt der Umgang mit multiresistenten Erregern (MRE) häufig zwischen Ignoranz und Panik – vor allem wenn Ausbrüche beschrieben werden. Dabei gibt es typische Missverständnisse, die im Folgenden kurz richtig gestellt werden sollen.

1) „Resistenzentwicklung ist bei einem korrekten Einsatz von Antibiotika vermeidbar“. Richtig ist: Resistenzentwicklung ist Teil bakterieller Evolution, und die ist weder vermeidbar noch gut vorhersagbar, denn Evolution verläuft sprunghaft. Viele Resistenzgene sind lange vor Einsatz von Antibiotika entstanden. In über 30.000 Jahre alten Bakterien aus dem Permafrostboden konnten dieselben Resistenzgene nachgewiesen werden, die wir heute in Vancomycin resistenten Enterokokken (VRE), einem typischen MRE, finden. Schon seit Millionen Jahren haben sich langsam wachsende Bakterien und Pilze gegen schneller wachsende Konkurrenten mit Toxinen gewehrt. Von diesen Toxinen stammen die meisten der heutigen Antibiotika ab – daher gibt es auch die entsprechenden Resistenzgene bereits in vielen Umweltbakterien. Unsere Gruppe konnte kürzlich zeigen, dass in Umweltbakterien eine Vielzahl von Resistenzmechanismen gefunden werden können („Umweltresistom“), die auf Krankheitserreger „überspringen“ können.

Die Ausbreitung dieser Resistenzgene und von MRE korreliert allerdings direkt mit dem Verbrauch von Antibiotika. Je höher der Verbrauch, desto schneller steigen die Resistenzraten.

2) „MRE sind aggressiver als sensible Bakterien“. Richtig ist: MRE teilen sich in der Regel langsamer als sensible Bakterien. Während sich etwa die sensible Variante eines MRSA circa alle 20 Minuten teilt, braucht ein MRSA-Stamm dafür fast die doppelte Zeit.

Resistenzgene bieten nur einen Vorteil in Anwesenheit von Antibiotika, ansonsten sind sie oft „genetischer Ballast“. Die in vielen Studien beobachtete höhere Sterblichkeit bei MRE-Infektionen erklärt sich vor allem dadurch, dass eine anfängliche, in Unkenntnis des MRE begonnene Therapie diesen nicht erfasst. Dadurch kann eine wirksame Therapie erst nach MRE-Nachweis erfolgen, und diese Verzögerung – meist zwei bis drei Tage – ist bei schweren(!) Infektionen, also Sepsis, mit einer erhöhten Sterblichkeit assoziiert. Bei leichten Infektionen oder schweren Infektionen und initial adäquater Therapie gibt es keinen

Unterschied im Behandlungsergebnis. Die gegenüber sensiblen Bakterien verminderte „biologische Fitness“ der MRE zeigt sich auch daran, dass bei vielen MRE-kolonisierten Patienten die körpereigene Flora den MRE wieder verdrängt, wenn der Patient über einen längeren Zeitraum keine Antibiotika mehr einnimmt. Grundsätzlich gilt daher, dass MRE-Kolonisationen ohne Zeichen einer akuten Infektion nicht mit Antibiotika behandelt werden sollten.

3) „Es gibt keine neuen Substanzen mehr“. Richtig ist: Das Fehlen neuer Antibiotika ist vor allem ein ökonomisch bedingtes Problem. Die Entwicklung eines neuen Medikamentes dauert etwa acht bis 12 Jahre und kostet circa 1 Mill. US-Dollar. Die Entwicklung von Antibiotika ist im Vergleich zu anderen Medikamenten (etwa Bluthochdruck, Diabetes) nicht mehr gewinnbringend. Allerdings wurden mittlerweile große nationale und internationale Förderprogramme aufgelegt, um die Entwicklung neuer Antibiotika wieder lohnenswert zu machen. In den USA wird beispielsweise der Patentschutz für neue Antibiotika verlängert. Dies gibt Anlass zur Hoffnung, denn in der aktuellen Literatur werden viele neue Substanzen mit antibakterieller Wirkung beschrieben, die das Potenzial für eine klinische Entwicklung haben.

4) „MRE sind ein Krankenhaus-Problem“. Richtig ist: In Krankenhäusern finden sich mehr MRE-kolonisierte Patienten und der Hautkeim MRSA ist in Deutschland weitgehend ein Krankenhauserreger – auch wenn es MRSA-Stämme gibt, die sich vor allem in Schweinemastbetrieben ausbreiten. Die multi-resistenten Darmkeime hingegen breiten sich auch außerhalb der Krankenhäuser erfolgreich aus. In Indien sind bereits 40 bis 60 Prozent der gesunden Bevölkerung mit multiresistenten Darmkeimen besiedelt. Patienten, deren Haut mit MRSA besiedelt ist, können vom Arzt bestimmte desinfizierende Waschlotionen verordnet bekommen und den Erreger dadurch wieder loswerden. Ein vergleichbares Konzept gibt es für MRE-Darmbakterien bislang nicht. Unbedingt vermeiden sollte man den Einsatz von Antibiotika bei MRE-besiedelten Patienten ohne Zeichen einer akuten Infektion, denn bei den meisten Patienten verdrängt die gesunde Darmflora den MRE nach einer gewissen Zeit.

Um das Problem der Antibiotikaresistenz zu lösen, benötigen wir einen gesamtgesellschaftlichen Ansatz, denn Antibiotikaresistenzen werden sowohl zwischen den Sektoren des Gesundheitswesens als auch zwischen Umwelt, Mensch und Tier übertragen („One Health“-Konzept). Natürlich muss der Industrie ein Anreiz für die Entwicklung neuer Substanzen geboten werden, gleichzeitig müssen wir Ärzte aber zum einen dafür sorgen, dass MRE nicht übertragen werden – dies ist vor allem Aufgabe der Krankenhaushygiene –,

und zum anderen restriktiv mit den vorhandenen Antibiotika umgehen, um keine MRE zu selektionieren – natürlich ohne den Patienten dabei zu gefährden.

Genau dies ist die Domäne von interdisziplinären Antibiotic Stewardships (ABS) – einer Art Qualitätsmanagement für Antibiotika. Dabei reduziert ABS nicht nur den Antibiotikaverbrauch, sondern kann auch den Behandlungserfolg verbessern. Auf dem KIT wird dieses wichtige Thema in zwei Symposien besprochen, dabei wird es auch um die Erfolge gehen, die bestimmte Kliniken mit einem ABS-Programm erreicht haben. Das typische ABS-Team besteht aus Infektiologen, Apothekern, Mikrobiologen und Krankenhaushygienikern. Aufgabe ist die Überwachung von Resistenzraten und Antibiotikaverbrauch in der Klinik und die Etablierung eines rationalen Umgangs mit Antibiotika durch Schulungen sowie spezielle Antibiotikavisiten, bei denen nicht indizierte, unnötig lange oder unnötig breite Therapie abgesetzt werden.

Während ABS-Programme in Krankenhäusern zunehmend etabliert werden, befindet sich die Entwicklung im ambulanten Sektor noch am Anfang. Gerade dieser ist aber eine Herausforderung, da hier 85 Prozent aller Antibiotika im Bereich der Humanmedizin verordnet werden und die Entscheidungen für oder gegen ein Antibiotikum im Gegensatz zum Krankenhausarzt meist ohne Labor und Röntgenbild sowie ohne die Möglichkeit, den Patienten in den nächsten 48 Stunden zu überwachen, getroffen werden muss. Helfen können hier Schnelltests, die zwischen viraler und bakterieller Infektion unterscheiden und die zunehmend auch von den Kassen erstattet werden. Ganz wesentlich ist auch die Impfung gegen Influenza und Pneumokokken, denn weniger Erkrankungen und Arztbesuche bedeuten auch weniger Antibiotikaverordnungen. Dies wurde in vielen Studien gezeigt.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*

Köln, Juni 2018

## **Antiseptika: Wann helfen sie, Infektionen zu vermeiden, und wann nicht? Und welche Risiken bestehen?**

Professor Dr. med. Simone Scheithauer, Leiterin der Zentralabteilung Krankenhaushygiene und Infektiologie an der Universitätsmedizin Göttingen

### **Hintergrund:**

Europäische Daten konnten kürzlich zeigen, dass die Krankheitslast der sechs relevantesten Krankenhausinfektionen nahezu doppelt so hoch ist wie die der 32 relevantesten übertragbaren Krankheiten.

In Zahlen heißt dies 2,6 Mio. nosokomiale Infektionen im Jahr mit circa 90.000 Todesfällen im Jahr in Europa. Unter der Annahme einer Gleichverteilung ergibt die Hochrechnung für Deutschland etwa 420.000 nosokomiale Infektionen im Jahr und knapp 15.000 Todesfälle im Jahr.

Infektionen, die von Patienten-eigenen Keimen ausgelöst werden, sind weniger gut zu vermeiden als Infektionen, deren Erreger von außen, etwa über die Hände des Personals, übertragen werden. Einen aktuellen Schwerpunkt bilden Untersuchungen zur Verringerung der Patienten-eigenen Flora durch Antiseptika. Traditionell eingesetzte Antiseptika wie verschiedene alkoholische Präparate (Ethanol, Isopropanol), PVP-Jod und Polyhexanid wurden in den letzten Jahren ergänzt um Octenidin und Chlorhexidin. Letztgenannte zeichnen sich durch einen nachhaltigen Effekt, eine remanente Wirksamkeit aus.

### **Aktuelle Herausforderung (Chancen und Grenzen):**

Eine Vielzahl unterschiedlicher Anwendungsstrategien antiseptisch wirksamer Substanzen wurde in den letzten Jahren hinsichtlich ihres Erfolgs zur Vermeidung von Krankenhausinfektionen untersucht. Bisweilen entsteht der Eindruck, Lösungen für alle Probleme gefunden zu haben.

Der Einsatz von Antiseptika zur Reduktion von Keimübertragungen und Infektionen ist plausibel und sollte Bestandteil der hausinternen Hygienepläne und Leitlinien sein. An welcher Stelle des Prozesses in welcher Applikationsform für welchen Patienten Antiseptika eingesetzt werden, muss jedoch kritisch abgewogen werden. Ein nicht zielgerichteter, nicht indizierter Antiseptikaeinsatz ist keineswegs risikoarm und sollte vermieden werden. Es gilt also Nutzen gegen Risiken abzuwägen, um den bestmöglichen Effekt für den einzelnen Patienten, aber auch für die Gesamtheit aller aktuellen und zukünftigen Patienten zu erzielen.

Im Folgenden soll exemplarisch am Beispiel der primären Blutstrominfektion (EU: circa 160.000 Patientenfälle im Jahr, circa 24.000 Todesfälle im Jahr; 1) der Einsatz von Antiseptika dargestellt werden.

Es ist nicht verwunderlich, dass die Anlage eines Gefäßzugangs, also die Verletzung der physiologischen Hautbarriere, mit einem Infektionsrisiko behaftet ist.

#### **A) Hautdesinfektion vor Anlage eines Gefäßzugangs**

Traditionell wurde die Hautdesinfektion vor Anlage eines Katheters mit einem alkoholischen Präparat aufgrund seiner raschen Wirksamkeit oder der Kombination aus PVP-Jod und alkoholischer Komponente durchgeführt. In den letzten Jahren mehrt sich die Evidenz, dass die Kombination aus der raschen alkoholischen Wirkung in Kombination mit einem remanent wirkenden Antiseptikum (Chlorhexidin, Octenidin) überlegen scheint. Die bahnbrechende Arbeit von Mimoz et al. Lancet 2015 (2) ging der Frage nach, ob hinsichtlich des Endpunkts Gefäßkatheter-assoziierte Infektion die Hautantiseptik vor Anlage von Gefäßkathetern mittels alkoholbasierter Chlorhexidinlösung der mittels alkoholbasierter PVP-Jod-Lösung überlegen ist. Es kam zu einer signifikanten Reduktion der Katheter-induzierten Sepsis bei Verwendung von Chlorhexidin.

Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut (KRINKO) empfiehlt ein solches Kombinationspräparat.

#### **B) Antiseptische Folienverbände beim liegenden Gefäßzugang**

Wenn die lokale Applikation von Antiseptika vor Durchstechen der Haut effektiv und möglicherweise effizient ist, so liegt es nahe, die Wirksubstanz lokal eingebettet in eine Matrix am Ort des Risikos aufzubringen, klassischerweise in Form von imprägnierten Folienpflasterverbänden. Für diese Folienverbände konnten Timsit et al. bereits 2012 aufzeigen, dass diese sogar bei niedrigen Ausgangsraten ein erhebliches Reduktionspotenzial für Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen haben (3).

Die KRINKO empfiehlt deren Verwendung bei besonders vulnerablen Patienten sowie als Zusatzmaßnahme bei hohen Infektionsraten.

#### **Resistenz und Toleranz:**

Dieses Phänomen ist gut von einem zu unkritischen Einsatz von Antibiotika bekannt und sollte nicht analog mit Antiseptika erneut geschehen. Eine zunehmende Toleranz respektive Resistenz gegenüber Antiseptika könnte diese sehr wirkungsvollen Substanzen genau für

die Patienten, welche am meisten davon profitieren, auf lange Sicht wirkungslos machen.

Beachtenswerte Ergebnisse wurden kürzlich aus zwei Laborstudien veröffentlicht:

- i. Wand et al. (4) untersuchten, ob sie Keime, die im Krankenhaus auch für Ausbrüche relevant (*Klebsiella pneumoniae*) sind, gegenüber Chlorhexidin resistent machen können, indem sie diese Substanz der Nährlösung zusetzten. Dies gelang den Autoren; es gelang den Autoren ebenfalls, gleichzeitig Resistenz gegen ein Reserve Antibiotikum zu erzeugen (Colistin).
- ii. Eine vergleichbare Beobachtung gelang für andere Krankenhauskeime, die derzeit zunehmen (Vancomycin resistente Enterokokken). Wurden diese im Labor mit Chlorhexidin exponiert, so sank deren Empfindlichkeit wie erwartet gegenüber Chlorhexidin. Völlig unerwartet sank auch die Empfindlichkeit für das Reserveantibiotikum Daptomycin (5).

#### **Fazit für die Praxis:**

Es folgt daraus, dass trotz Einsatz von Antiseptika die bekannten Basismaßnahmen zur Vermeidung nosokomialer Infektionen die wesentliche Grundlage darstellen.

Das heißt, jedwede Zusatzmaßnahme braucht eine Indikationsstellung, und alle Zusatzmaßnahmen sollten innerhalb des Portfolios gestaffelt werden.

Diese zielgerichtete Verwendung von Zusatzmaßnahmen setzt ein Hinterfragen der Compliance mit den Basismaßnahmen und ein Überprüfen der Umsetzung ebendieser voraus.

#### **Referenzen:**

1. Cassini A, Plachouras D, Eckmanns T et al. Burden of Six Healthcare-Associated Infections on European Population Health: Estimating Incidence-Based Disability-Adjusted Life Years through a Population Prevalence-Based Modelling Study. *PLoS Med* 2016 Oct 18;13(10):e1002150. doi: 10.1371/journal.pmed.1002150. eCollection 2016 Oct.
2. Mimos O, Lucet JC, Kerforne T et al. Skin antiseptics with chlorhexidine-alcohol versus povidone iodine-alcohol, with and without skin scrubbing, for prevention of intravascular-catheter-related infection (CLEAN): an open-label, multicentre, randomised, controlled, two-by-two factorial trial. *Lancet*. 2015 Nov 21;386(10008):2069-2077. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00244-5. Epub 2015 Sep 18.
3. Timsit JF, Mimos O, Mourvillier B et al. Randomized controlled trial of chlorhexidine dressing and highly adhesive dressing for preventing catheter-related infections in

critically ill adults. *Am J Respir Crit Care Med.* 2012 Dec 15;186(12):1272-8. doi: 10.1164/rccm.201206-1038OC. Epub 2012 Oct 4.

4. Wand ME, Bock LJ, Bonney LC et al. Mechanisms of Increased Resistance to Chlorhexidine and Cross-Resistance to Colistin following Exposure of *Klebsiella pneumoniae* Clinical Isolates to Chlorhexidine. *Antimicrob Agents Chemother.* 2016 Dec 27;61(1). pii: e01162-16. doi: 10.1128/AAC.01162-16. Print 2017 Jan.
5. Pooja Bhardwaja, Amrita Hansa, Kinnari Ruikara et al. Reduced Chlorhexidine and Daptomycin Susceptibility in Vancomycin-Resistant *Enterococcus faecium* after Serial Chlorhexidine Exposure. *Antimicrob Agents Chemother.* 2018 Jan; 62(1): e01235-17. Published online 2017 Dec 21. Prepublished online 2017 Oct 16. doi: 10.1128/AAC.01235-17 PMID: PMC5740357

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*

Köln, Juni 2018

## **Themenkreis Impfen: Von Grippe bis Herpes Zoster und warum geimpfte Kinder auch Erwachsene schützen?**

Univ.-Prof. Dr. med. Markus Knuf, Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken,  
Klinik für Kinder und Jugendliche

Die Impfprävention kann verschiedene Impfziele verfolgen. Hierzu gehören die Verhinderung einer Infektionskrankheit oder einer Folgekrankheit, Verhinderung von Komplikationen einer Infektionskrankheit, Unterbrechen der Infektionskette, Aufbau von Gemeinschaftsschutz („Herdenimmunität“), der Schutz von nicht impfpräventablen Patientengruppen (Neonatologie, Onkologie u. a.) sowie die Erregereradikation. In Deutschland werden durch die ständige Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut (RKI) jährlich aktualisierte Impfempfehlungen publiziert. Diese sehen allgemeine Impfempfehlungen („Standardimpfungen“), Impfungen bei beruflicher Indikation oder Reiseimpfungen vor. Das gewählte Thema „Von Grippe bis Herpes Zoster und warum geimpfte Kinder auch Erwachsene schützen?“ muss erweitert werden: Auch geimpfte Erwachsene schützen Kinder. Exemplarisch sei an den Impfungen gegen Pneumokokken, der Pertussis- sowie Influenza-Impfung dargelegt, wie wechselseitige Schutzbeziehungen bestehen.

Erkrankungen durch Pneumokokken kommen besonders im Säuglings- und Kleinkindesalter sowie bei Senioren vor. Seit vielen Jahren wird eine Konjugatimpfung gegen verschiedene Pneumokokken-Serotypen (zuletzt 13) im Säuglings- und Kleinkindesalter empfohlen. Der zu beobachtende Rückgang von Infektionen durch Impfstoffserotypen in der geimpften Population lässt sich auch bei Senioren beobachten („Gemeinschaftsschutz“). Ein schönes Beispiel für eine Kinderimpfung, die auch Erwachsenen nützt.

In den letzten Jahren war zu beobachten, dass insbesondere Säuglinge und junge Kleinkinder an Pertussis erkranken, wenn diese noch nicht geimpft wurden. Ansteckungsquelle sind Geschwister und (erkrankte) Erwachsene, die nicht mehr über einen ausreichenden Impfschutz verfügen. Ein typisches Beispiel dafür, wie geimpfte Erwachsene positiv Einfluss nehmen können auf die Inzidenz einer für Säuglinge gefährlichen Infektionskrankheit ist die Impfung gegen Pertussis im Erwachsenenalter. Diesem Prinzip folgt auch die maternale Immunisierung im letzten Trimenon der Schwangerschaft gegen Keuchhusten. Die Impfung führt zu einem diaplastaren Übertritt von schützenden Antikörpern gegen Pertussis während der Schwangerschaft, so dass zum Zeitpunkt der Geburt das Neugeborene geschützt ist.

Bei der Grippe verfällt es sich umgekehrt: Dreh- und Angelpunkt der Influenza sind Kinder. Diese scheiden aufgrund einer Erstinfektion sowie weitgehend fehlenden Immunität lange

eine große Anzahl von Influenzaviren aus, leben in Gemeinschaftseinrichtungen mit hoher Exposition und Kontaktrate, weisen ein „unhygienisches Verhalten“ auf und sind besonders empfänglich für schwere Influenza-Infektionen der Atemwege. Gerade Kleinkinder infizieren dann Erwachsene.

Varizellen gelten gemeinhin als harmlose „Kinderkrankheit“. Vor Einführung der Varizellen-Impfung betrafen die Windpocken tatsächlich vor allem Kinder. Bis zum Eintritt in die Pubertät waren nahezu alle Kinder an Varizellen erkrankt. Die Häufigkeit der Erkrankung geht einher mit einer relevanten Komplikationsanzahl. Etwa 5 % der Varizellen verlaufen kompliziert. Herpes zoster kann durch die Reaktivierung der Varizellen durchaus als „Folgekrankheit“ verstanden werden. Insofern verfolgt die Varizellen-Impfung nicht nur das Ziel, die Varizellen-Komplikationen zu vermindern, sondern auch Einfluss auf die Herpes-Zoster-Inzidenz zu nehmen. Erwachsene können mit einem speziellen Herpes zoster-Impfstoff gegen die Reaktivierung geschützt werden. Ein seit etwa zehn Jahren verfügbarer Impfstoff erwies sich als nicht ausreichend immunogen um langfristige Effekte zu erzielen. Eine neuartige Formulierung mit einem Adjuvanzsystem verspricht deutlich bessere Ergebnisse.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*

Köln, Juni 2018

## **Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie: Aktueller Stand**

*Professor Dr. med. Gerd Fätkenheuer, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI), Leiter der Infektiologie an der Klinik I für Innere Medizin am Universitätsklinikum Köln*

Die Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (DGI) setzt sich seit vielen Jahren dafür ein, dass eine eigene Facharztbezeichnung für Ärzte geschaffen wird, die sich schwerpunktmäßig mit der Behandlung von Infektionskrankheiten befassen. Bisher gibt es nur eine Zusatzweiterbildung Infektiologie. Dies wird auch mit der gerade vom Deutschen Ärztetag beschlossenen Musterweiterbildungsordnung so bleiben, in der eine einjährige Zusatzqualifikation für Fachärzte aller klinischen Fächer sowie für Mikrobiologen und Krankenhaushygieniker vorgesehen ist.

Da Infektionskrankheiten praktisch in allen Bereichen der Medizin vorkommen, setzt ihre Behandlung breites Wissen und umfassende Kenntnisse zu unterschiedlichsten Krankheitsbildern voraus. Insbesondere müssen Infektionskrankheiten auch von anderen, häufig ähnlich verlaufenden Erkrankungen unterschieden werden können. Die Fähigkeiten dazu werden am besten in der Inneren Medizin erworben. Auch wenn der erweiterte Zugang zur Zusatzweiterbildung Infektiologie ein wichtiger Schritt ist, um breiten Teilen der Bevölkerung eine gute Versorgung bei Infektionskrankheiten zukommen zu lassen, ist dies alleine nicht ausreichend. Es braucht besonders geschulte Experten, die für schwierige Probleme zur Verfügung stehen und die ihr Fachwissen an andere Ärzte weitergeben können. Deshalb setzt sich die DGI zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und dem Berufsverband der Deutschen Internisten (BDI) für die Schaffung einer Facharztbezeichnung „Innere Medizin – Infektiologie“ ein. Sie wird dabei auch von weiteren Fachgesellschaften und Verbänden unterstützt (etwa von Mikrobiologen, Krankenhaushygienikern, Virologen, Anästhesisten).

Mit dem Facharzt würde in Deutschland eine Entwicklung nachvollzogen, wie sie in vielen Ländern in und außerhalb Europas bereits seit Langem existiert. Die großen Herausforderungen in der Infektionsmedizin wie zum Beispiel die Ausbreitung multiresistenter Erreger, Ausbrüche mit neuartigen Krankheitserregern, Infektionen bei immungeschwächten Patienten werden in Zukunft nur gemeistert werden können, wenn dafür ausreichend qualifizierte Fachärzte zur Verfügung stehen. Dafür benötigen wir einen Facharzt für Innere Medizin – Infektiologie.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*

Köln, Juni 2018

**Europäische Stechmücken und tropische Infektionserreger:  
Neue Infektionskrankheiten durch Klimawandel und Globalisierung?**

Professor Dr. med. Egbert Tannich, Vorsitzender des Vorstands des Bernhard-Nocht-Instituts für Tropenmedizin, Hamburg

Stechmücken spielen eine bedeutende Rolle als Überträger unterschiedlicher Infektionserreger wie Bakterien, Parasiten und insbesondere Viren. Klimatische und ökologische Veränderungen, aber vor allem der internationale Warenverkehr und die Reisetätigkeit des Menschen beeinflussen die Ausbreitung von Stechmücken und der von ihnen übertragbaren Krankheitserreger.

So haben sich in den letzten Jahrzehnten verschiedene Mückenarten von ihren angestammten Gebieten in Asien oder Afrika sehr schnell über fast alle Kontinente ausgebreitet. Einige dieser „invasiven“ Arten wie etwa die Asiatische Tigermücke *Aedes albopictus* oder der Japanische Buschmoskito *Aedes japonicus*, haben sich auch in Teilen Europas angesiedelt. Sie gelten als wichtige Überträger Virus-bedingter Erkrankungen wie etwa das West-Nil-, das Dengue- oder das Chikungunya-Fieber. In den vergangenen Jahren wurden bereits zahlreiche autochthone (vor Ort erworbene) West-Nil- und Dengue-Virus-Infektionen aus verschiedenen Ländern Südeuropas berichtet. Darüber hinaus wurden mehrere Chikungunya-Ausbrüche in Italien und Frankreich beobachtet, bei denen das Virus durch die Asiatische Tigermücke auf eine größere Zahl von Menschen übertragen wurde. Sowohl das Chikungunya-Virus als auch die Asiatische Tigermücke waren ursprünglich nicht in Italien oder Frankreich beheimatet. Einer Einschleppung und Ausbreitung konnte dort jedoch nicht rechtzeitig entgegen gewirkt werden, so dass sich die Mücke mittlerweile in weiten Teilen Europas etabliert hat.

Um vorbereitet zu sein auf die mögliche Ansiedlung neuer Stechmückenarten und die Einschleppung und Verbreitung neuer Krankheitserreger, werden zurzeit heimische Stechmücken flächendeckend für Deutschland erfasst, um insbesondere neue invasive Arten wie die Asiatische Tigermücke frühzeitig aufzuspüren. Gleichzeitig werden die verschiedenen heimischen Insekten auf ihre Vektorkompetenz geprüft. Dabei werden sowohl die gefangenen Mücken auf mögliche Pathogene untersucht als auch auf ihre Fähigkeit, tropische Infektionserreger zu übertragen. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Asiatische Tigermücke bereits in mehreren Gebieten in Baden-Württemberg etabliert hat, dass aber keine hochpathogenen Viren wie das Dengue-, das Chikungunya- oder das West-Nil-Virus in Deutschland zirkulieren. Dennoch wurden einige für den Menschen wenig pathogene Viren, wie das Sindbis-, das Batai- oder das Usutu-Virus regelmäßig in Stechmücken gefunden.

*Pressekonferenz anlässlich des  
Kongresses für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin (KIT 2018)  
Donnerstag, 21. Juni 2018, 11.30 bis 12.30 Uhr, Köln*

Übertragungen des Usutu-Virus auf Vögel haben bereits zu größeren Amselsterben in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen geführt. Erste Ergebnisse zur Vektorkompetenz einheimischer Stechmückenarten haben gezeigt, dass die gemeine Hausmücke *Culex pipiens* die Fähigkeit besitzt, das West-Nil- und das Japan-Enzephalitis-Virus zu übertragen, und die Asiatische Tigermücke das Zika- und das Chikungunya-Virus. Mit Ausnahme des Chikungunya-Virus ist die Übertragung allerdings an erhöhte Temperaturen mit längeren Perioden über 25 Grad gebunden, so dass eine Gefahr für Deutschland zurzeit nicht gegeben ist. Bei weiterer Zunahme der Besiedlung mit *Aedes albopictus* muss allerdings in Zukunft damit gerechnet werden, dass es zu lokalen Chikungunya-Infektionen kommen kann.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*

Köln, Juni 2018



**Wissenschaftliche Gremienarbeit:**

- |           |   |
|-----------|---|
| Seit 2009 | stellvertretender Vorstandsvorsitzender, Kompetenznetz für ambulant erworbene Pneumonie „CAPNETZ“<br>Kooptiertes Vorstandsmitglied, Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie (PEG) |
| 2012–2015 | stellvertretender Sprecher des BMBF-IFB Sepsis und Sepsisfolgen (Center for Sepsis Care and Control, CSCC) Jena   |
| Seit 2012 | Expertenbeirat „Influenza“ des Robert Koch Institutes   |
| Seit 2013 | Mitglied des wissenschaftlichen Beirates des Robert Koch Institutes, Beirat der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie  |
| Seit 2015 | kooptierter Vorstand des BMBF-Forschungscampus „Infectogenetics“ Jena   |
| 2016      | Wahl in das DFG-Fachkollegium „Medizin“ und in den Vorstand der Deutschen Sepsis-Gesellschaft   |
| 2017      | Berufung in das Steuergremium „Antibiotikaresistenzen“ des Schweizer Nationalfonds  |

**Stipendien und Preise:**

Stipendiat der Studienstiftung des deutschen Volkes (1995-2000), Sächsisches Graduiertenstipendium (1997–1998), Kass Award der Infectious Diseases Society of America, Respiratory Infectious Diseases Award der European Respiratory Society, Honor Award Certificate Centers for Disease Control and Prevention, International Scholar American College of Chest Physicians

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Simone Scheithauer  
Kongress-Vizepräsidentin, Leiterin der Zentralabteilung  
Krankenhaushygiene und Infektiologie an der Universitätsmedizin  
Göttingen



Simone Scheithauer received her medical degree in 2000. She has been a consultant in Medical Microbiology, Virology and Infectious Disease Epidemiology since 2007, a consultant for Hygiene and Environmental Medicine since 2010 and a consultant for Infectious Diseases since 2012. Since 2014 she has been Division Head of Infection Control & Infectious Diseases at the University Medicine Göttingen (UMG). She has been a professor (W2) of Infection Control and Infectious Diseases since September 2015, but has very recently been offered a W3 professorship at the UMG.

Her research interests encompass standardization and process optimization in infection control, infection prevention by the use of new tools and innovative technologies, characterization of transmission dynamics and risks, and antibiotic stewardship. Her work is currently funded by the BMBF professorship program (MRE TRAVIK 375.000 €), the MWK Niedersachsen "VW Vorab" (MRE TRAVIK 290.000 €), the BMG innovations fonds (INSIST 455.000 €; RetoCdiff for the division 360.000 €), and the BMBF medical informatics grant to the consortium HiGHmed, in which she is acting as the speaker of the use case infection/infection control (450.00€ for the division). She has published 60 papers (first/last authorship) in peer reviewed journals over the past 10 years. Simone Scheithauer is speaker of the „Fachgruppe Antibiotikaresistenz und Infektionskontrolle“ and the vice-speaker of the St. AG Krankenhaushygiene of the DGHM (Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie). She is one of the publishers of Krankenhaushygiene up2date (Thieme) and acts as reviewer for national funds (UK, F, DFG) as well as for several international peer-reviewed journals.

## **Curriculum Vitae**

Univ.-Prof. Dr. med. Markus Knuf  
Klinikdirektor Kinder- und Jugendliche, Helios HSK Wiesbaden  
Universitätsmedizin Mainz, Kinder- und Jugendmedizin



Univ.-Prof. Dr. med. Markus Knuf (\*1963) studierte Humanmedizin in Münster und Mainz. Bereits während der Studienzeit war er u. a. als wissenschaftliche Hilfskraft in der pädiatrischen Immunologie und Neuropädiatrie tätig. Seine 1992 abgeschlossene Dissertation hatte den „Hormonrezeptorstatus und das Wachstumsverhalten von heterotransplantierten kolorektalen Karzinomen unter Einfluss von steroidalen Hormonen und deren Antagonisten im Nacktmausmodell“ zum Thema. In der Zeit von 1992 bis 1997 erfolgte an der Univ.-Kinderklinik in Mainz die Ausbildung zum Arzt für Kinder- und Jugendmedizin mit den Schwerpunkten Infektiologie (ZB Infektiologie), pädiatrische Immunologie und Neuropädiatrie. 1998 folgte der Erwerb der Schwerpunktbezeichnung „Neonatologie“, gefolgt von einer Ausbildung in pädiatrischer Intensivmedizin (ZB „Pädiatrische Intensivmedizin“). Daneben führt Herr Univ.-Prof. Dr. Knuf den Schwerpunkt „Neuropädiatrie“, ist Mitglied der Gesellschaft für neuropädiatrie (GNP) und der Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie (DGKN).

Herr Univ.-Prof. Dr. Knuf war von 2001 bis 2009 Oberarzt an der Univ.-Kinderklinik bzw. am Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin in Mainz und klinisch verantwortlich in der Neuropädiatrie (kommissarische Leitung), Kinderintensivmedizin und Neonatologie tätig. Im Mittelpunkt der neuropädiatrischen Arbeit steht bis dato die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Epilepsien, Entwicklungsstörungen und mit seltenen Erkrankungen, insbesondere der Tuberösen Sklerose.

Neben der klinischen Arbeit gehören zu den Schwerpunkten seiner Arbeit die präventive Medizin, insbesondere die Evaluation und der Einsatz von modernen Impfstoffen in der Pädiatrie (hierüber auch habilitiert), das Gebiet der Infektiologie und Entwicklungsneurologie. Herr Univ.-Prof. Dr. Knuf hat eine Vielzahl von Studien auf dem Gebiet der Infektionsimmunologie und Vakzinologie verantwortlich durchgeführt.

*Pressekonferenz anlässlich des  
Kongresses für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin (KIT 2018)  
Donnerstag, 21. Juni 2018, 11.30 bis 12.30 Uhr, Köln*

Er ist Mitglied des Vorstandes der „Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI)“ sowie von weiteren pädiatrischen Fachgesellschaften und hat eine große Zahl von wissenschaftlichen Veröffentlichungen, Buchbeiträgen, Übersichtsarbeiten und Präsentationen verfasst.

Zum 01.08.2009 wurde Herr Knuf auf die Universitätsprofessur „Pädiatrische Infektiologie und interdisziplinäre Kinderintensivmedizin“ der Universitätsmedizin Mainz berufen und ist bis dato dort am Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin wissenschaftlich tätig.

Seit dem 01.09.2009 leitet Herr Univ.-Prof. Dr. Knuf die Klinik für Kinder und Jugendliche der HSK in Wiesbaden.

Zur Klinik für Kinder und Jugendliche in Wiesbaden gehört das Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ), das Zentrum für seltene Erkrankungen sowie das Tuberöse Sklerose Zentrum.

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Gerd Fätkenheuer  
Leiter der Task Force Infektiologie der DGIM, Leiter der  
Infektiologie, Klinik I für Innere Medizin am Universitätsklinikum  
Köln, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie



### **Beruflicher Werdegang:**

|           |  |
|-----------|--|
| 1975–1982 | Studium der Medizin in Aachen und Köln   |
| 1982–1984 | Radiologie, St. Franziskus-Krankenhaus Köln  |
| 1984–1987 | Innere Abteilung, St. Franziskus-Krankenhaus Köln  |
| 1987–1991 | Klinik II für Innere Medizin des Klinikums der Universität zu Köln   |
| 1992      | Klinik I für Innere Medizin des Klinikums der Universität zu Köln  |
| 1993      | Arzt für Innere Medizin  |
| 2005      | Zusatzweiterbildung „Infektiologie“, Ärztekammer Nordrhein   |
| 2007      | Professor für Innere Medizin/Klinische Infektiologie an der Universität zu Köln                            |
| 2011      | Stellvertretender Standortsprecher des Standorts Bonn-Köln, Deutsches Zentrum für Infektionsmedizin (DZIF) |
| 2011      | Wissenschaftlicher Leiter der „Akademie für Infektionsmedizin“   |
| 2013      | Präsident der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI)   |

*Pressekonferenz anlässlich des  
Kongresses für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin (KIT 2018)  
Donnerstag, 21. Juni 2018, 11.30 bis 12.30 Uhr, Köln*

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Egbert Tannich  
Vorsitzender des Vorstands des Bernhard-Nocht-Instituts für  
Tropenmedizin, Hamburg



Professor Dr. Egbert Tannich ist Facharzt für Medizinische Mikrobiologie und Professor für Tropenmedizin am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf. Er ist gegenwärtig Vorstandsvorsitzender des Bernhard-Nocht-Instituts für Tropenmedizin und Leiter des Nationalen Referenzzentrums für tropische Infektionserreger. Als Leiter von CuliFo koordiniert er zurzeit ein großes Verbundprojekt zur Stechmückenforschung in Deutschland.