



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Mittags-Presskonferenz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) Infektiologie – ein sich rasch entwickelndes Gebiet

Termin: Dienstag, 21. April 2015, 10.30 bis 11.30 Uhr

Ort: Congress Center Rosengarten, Raum Johann Sebastian Bach

Adresse: Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

Themen und Referenten:

Die Highlights: Fazit zum 121. Internistenkongress

Professor Dr. med. Michael Hallek

Vorsitzender der DGIM 2014/2015, Direktor der Klinik I für Innere Medizin der Universität zu Köln

Multiresistente Erreger – wie gehen wir damit um, wie groß sind die Risiken wirklich?

Professor Dr. med. Gerd Fätkenheuer

Leiter der Infektiologie der Klinik I für Innere Medizin der Universität Köln

ABS im Krankenhaus? „Antibiotic Stewardship“ – rationaler Einsatz von Antibiotika

Dr. med. Dr. biol. hum. Katja de With

Leiterin der Klinischen Infektiologie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden

Infektionskrankheiten im 21. Jahrhundert: Warum klinische Infektiologie als interdisziplinäres internistisches Fach immer wichtiger wird

Privatdozentin Dr. med. Norma Jung

DGIM – Kongress-Team 2015, 121. Internistenkongress, Oberärztin an der Klinik I für Innere Medizin der Universität zu Köln

Neue Schwerpunkte in Sicht: der 122. Internistenkongress der DGIM 2016

Professor Dr. med. Gerd Hasenfuß

2. stellvertretender Vorsitzender der DGIM, Direktor der Klinik für Kardiologie und Pneumologie der Universitätsmedizin Göttingen, Vorsitzender des Herzforschungszentrums Göttingen

Aktuelle Aspekte über Ebola

Dr. Stefan Schmiedel

Oberarzt an der 1. Medizinischen Klinik und Poliklinik am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Leiter Bereich Sektion Klinische Infektiologie, Sektion Tropenmedizin, Bernhard-Nocht-Klinik, Hamburg

Moderation: *Anne-Katrin Döbler*, Pressestelle der DGIM

Pressekontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Anna Julia Voormann/Janina Wetzstein

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-552

Fax: 0711 8931-167

E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org

Homepage: www.dgim.de; www.dgim2015.de

Pressebüro im Congress Center Rosengarten

vom 18. bis 21. April 2015

Raum Richard Strauss

68161 Mannheim

Tel.: 0621 4106-5005

Fax: 0621 4106-5905



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

**Mittags-Presskonferenz der
Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)
Infektiologie – ein sich rasch entwickelndes Gebiet**

Termin: Dienstag, 21. April 2015, 10.30 bis 11.30 Uhr

Ort: Congress Center Rosengarten, Raum Johann Sebastian Bach

Adresse: Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

Inhalt:

Pressemeldungen

Redemanuskripte

Selbstdarstellung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Lebensläufe und Fotos der Referenten

Bestellformular für Fotos

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

Pressekontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle
Anna Julia Voormann/Janina Wetzstein
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-552
Fax: 0711 8931-167

Pressebüro im Congress Center Rosengarten:
vom 18. bis 21. April 2015
Raum Richard Strauss
Tel.: 0621 4106-5005
Fax: 0621 4106-5905

E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org
Homepage: www.dgim.de; www.dgim2015.de



Deutsche Gesellschaft
für Innere Medizin e.V.

121. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)
18. bis 21. April 2015, Congress Center Rosengarten Mannheim

Jede Antibiotika-Gabe vorher genau prüfen

„Antibiotic Stewardship“ gegen Krankheitserreger

Mannheim, 21. April 2015 – Etwa jeder vierte Patient im Krankenhaus erhält Antibiotika. Die Medikamente retten Leben, erzeugen aber auch „Resistenzen“ bei den Erregern, die sie bekämpfen sollen. Diese werden dadurch noch schwerer behandelbar. Um „multiresistente Keime“ einzudämmen, arbeiten Kliniken jetzt mit sogenannten „Antibiotic-Stewardship“-Programmen. Diese sorgen für die optimale Antibiotikatherapie des Patienten. Wie ABS die Gabe von Antibiotika um bis zu 40 Prozent senkt und was es darüber hinaus leistet, diskutieren Experten auf dem 121. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) in Mannheim.

„Viele Patienten nehmen zu viele Antiinfektiva über einen zu langen Zeitraum ein“, sagt Dr. med. Katja de With, Leiterin der Klinischen Infektiologie am Dresdner Universitätsklinikum. „Oder sie bekommen ein Breitspektrum- anstelle eines Schmalspektrum-Antibiotikums, das die Infektion gezielter bekämpfen könnte.“ Das Problem verschärfe sich, wenn es in Kliniken an Fachpersonal mangelt. Aus Kostengründen würden zudem Labortests oft ausgelagert – das verzögert die Behandlung.

Zum ABS-Team gehören ein Infektiologe, ein Fachapotheker, ein Facharzt für Mikrobiologie und der Hygienebeauftragte des Krankenhauses. Pro 500 Krankenhausbetten bedeute dies eine Vollzeitstelle, so de With. „Mindestens einmal im Jahr sollte der Apotheker im Team den Verbrauch an Antiinfektiva erheben, aufgeschlüsselt nach Normal- und Intensivstationen, nach Fachabteilungen und auch nach Präparaten“, erläutert die Mitverfasserin der



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

aktuellen S3-Leitlinie zu rationalem, angemessenem Antibiotikaverbrauch in Krankenhäusern. Insbesondere kleinere und mittelgroße Kliniken profitierten von ABS.

Das ABS-Team berät Klinikkollegen darin, welches, wieviel, wie oft und in welcher Form sie ein Antibiotikum verabreichen sollten. Es legt den Fachabteilungen für die Behandlung bestimmter Erkrankungen bestimmte Antibiotika nahe – und schließt den Griff zu anderen aus. Dafür erstellen die ABS-Fachleute eine Hausliste mit empfohlenen Präparaten und möglichen Ersatzmitteln. „Sowohl die Hausliste als auch der entsprechende Behandlungsleitfaden können von Krankenhaus zu Krankenhaus unterschiedlich sein“ erläutert de With, die auf dem 121. Internistenkongress über das Thema referiert.

Studien zeigen, dass Kliniken mithilfe eines Antibiotic Stewardship 10 bis 40 Prozent weniger Antibiotika verordnen. Damit nehmen oft auch die Resistenzen bei Bakterien und Viren ab. Dass ABS Geld spart, zeigen Beispiele aus anderen Ländern: So wurden in einer Universitätsklinik im US-Staat Maryland über einen Zeitraum von sieben Jahren 400 000 Dollar pro Jahr eingespart; als das ABS-Programm endete, stiegen die Kosten wieder an. In den USA sind ABS-Teams bereits üblich, in den Niederlanden wurden sie kürzlich per Gesetz eingeführt. Um ABS-Projekte auch in Deutschland voranzutreiben gelte es, Klinikpersonal zu schulen und fortzubilden, beschreibt der DGIM-Vorsitzende Professor Dr. med. Michael Hallek aus Köln. Im Rahmen eines Fortbildungssystems der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie haben sich inzwischen mehr als 300 ABS-Experten fortgebildet. ABS koste zunächst zwar Geld, so Hallek, die Investitionen zahlten sich aber in Zukunft aus – nicht nur kostenmäßig, sondern auch in Lebensqualität und Überleben der Patienten.

Literatur: [S3-Leitlinie: Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung](#).



121. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)
18. bis 21. April 2015, Congress Center Rosengarten Mannheim

Infektionsexperten in der Klinik senken Sterblichkeit

DGIM für stärkere Infektiologie für Deutschland

Wiesbaden/Mannheim, 21. April 2015 – Zwischen 10 000 und 15 000 Menschen sterben nach derzeitigen Schätzungen jährlich in deutschen Kliniken an Krankenhausinfektionen. Studien zeigen, dass die Überlebenschancen von Patienten mit Infektionen steigen, wenn ein Spezialist für Infektionskrankheiten in die Behandlung eingebunden ist. Dafür brauche es eine starke Infektiologie, meint die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM). Die DGIM begrüßt deshalb auch den Zehn-Punkte-Plan von Bundesgesundheitsminister Gröhe gegen multiresistente Erreger. Warum Infektiologen zu jeder Klinik gehören sollten, erläutern Experten auf der heutigen Pressekonferenz im Rahmen des 121. Kongresses der DGIM in Mannheim.

Wenn Menschen an Infektionen erkranken, sei es durch Viren oder Bakterien, kann dies lebensbedrohlich sein – insbesondere wenn die Erreger sehr widerstandsfähig sind. „Die Sterblichkeit von Patienten ist beispielsweise erhöht, wenn Ärzte nicht sofort das richtige Antibiotikum einsetzen und die Patienten optimal weiterbetreuen“, warnt Privatdozentin Dr. med. Norma Jung vom Universitätsklinikum Köln. Der weitere Verlauf der Infektion hänge dann unmittelbar von der Expertise des Klinikpersonals ab: Studien zeigen, dass Erkennen und Behandlung von Infektionen bei Krankenhauspatienten besser verlaufen, wenn sich der behandelnde Arzt mit einem Infektiologen berät. Besonders deutlich ist dieses Ergebnis für gefährliche Blutstrominfektionen mit dem Erreger *Staphylococcus aureus*. Aber auch Patienten mit einer Entzündung des Herzens, einer Endokarditis, profitieren von einem interdisziplinären Ärzte-Team mit einem Kardiologen, einem Herzchirurgen und einem Infektiologen. „Dieser Konsilservice kann lebensrettend sein“, so Jung, die den 121. Internistenkongress mit organisiert.



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Auch bei Krankenhausinfektionen helfen diese fachübergreifenden Teams: Bei neuartigen oder „multiresistenten“ Erregern, gegen die nur wenige Antibiotika wirken, sollte ein Infektiologe beratend eingreifen. „Es ist nötiger denn je, dass wir die verbliebenen wirksamen Antibiotika effektiv einsetzen“, betont Jung. Eine infektiologische Beratung sollte dabei häufiger zu einem gezielten Einsatz der richtigen Präparate führen und den unkritischen Einsatz von Breitbandantibiotika mindern. Geschehe diese nicht, gingen uns bald die wirksamen Medikamente aus, meint Jung.

Gemäß dem aktuellen Zehn-Punkte-Plan des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) sollen Wissenschaft und Industrie dafür gemeinsam Lösungen erarbeiten. Dazu gehört auch, Forschung an Krankenhausinfektionen und Antibiotika zu fördern. Die DGIM setzt sich dafür mit ihren korporativen Mitgliedern bereits seit vielen Jahren ein. „Vorbehalte und Barrieren zwischen diesen beiden Bereichen dürfen nicht dazu führen, dass am Ende die Patienten darunter leiden und nicht zuletzt der Forschungsstandort Deutschland“, betont der Vorsitzende der DGIM, Professor Dr. med. Michael Hallek aus Köln, der den 121. Internistenkongress leitet.

Im internationalen Vergleich liegen deutsche Kliniken mit ihrer infektiologischen Expertise derzeit zurück. Schätzungen zufolge fehlen allein in Krankenhäusern mindestens 1 000 qualifizierte Fachkräfte. Auch ist die Infektiologie als eigener Fachbereich nur selten vertreten. „Es müssten dringend mehr Weiterbildungsstellen geschaffen werden, um ausreichend Infektiologen für ihre Arbeit zu qualifizieren“, sagt Dr. Norma Jung, die auf dem Kongress das Thema in einer Pressekonferenz beleuchtet. Internistische Infektiologen engagieren sich in der Fortbildung im Bereich der rationalen Antiinfektivverordnung – dies spricht auch der Zehn-Punkte-Plan von Bundesgesundheitsminister Gröhe an. Es bedarf Fortbildungen durch klinisch erfahrene Kollegen, die Befunde in der Zusammenschau interpretieren und daraus Entscheidungen am Krankenbett im Sinne des Patienten fällen können.

Multiresistente Erreger – wie gehen wir damit um, wie groß sind die Risiken wirklich?

Professor Dr. med. Gerd Fätkenheuer, Leiter der Infektiologie der Klinik I für Innere Medizin der Universität Köln

Bakterien, die gegen mehrere Klassen von Antibiotika resistent sind und für die derzeit nur wenige Therapieoptionen bestehen, werden unter dem Begriff „multiresistente Erreger“ (MRE) zusammengefasst. Eine zunehmende Bedeutung haben dabei die sogenannten gramnegativen Bakterien. Hierbei handelt es sich um Bakterien unterschiedlicher Art, die häufig von vornherein gegen viele Antibiotika resistent sind. Kommen zusätzliche Resistenzen dazu, wird die zielgerichtete Behandlung erschwert oder sogar unmöglich. Besonders Bakterien, die eine Resistenz gegen die Antibiotikaklasse der Carbapeneme gebildet haben („Carbapenemase-Bildner“), können Infektionen auslösen, gegen die keine wirksame Therapie existiert.

Weltweit breiten sich multiresistente gramnegative Bakterien zunehmend aus und gefährden die Gesundheit vieler Menschen. Betroffen sind insbesondere Patienten, die bereits wegen anderer schwerwiegender Erkrankungen hospitalisiert sind. Generell sind diese Patienten anfällig für Infektionen und multiresistente Erreger können hier zum Tode führen.

Über die Häufigkeit solcher Infektionen bestehen in Deutschland nur grobe Schätzungen, zuverlässige Daten sind sehr schwer zu erheben und bisher nicht vorhanden. Noch problematischer sind Angaben darüber zu sehen, wie viele Menschen durch multiresistente Erreger sterben. Da sehr häufig Patienten mit einer Reihe von anderen schweren Erkrankungen betroffen sind, ist die Todesursache vielfach nicht eindeutig festzustellen. Nach Angaben des „Nationalen Referenzzentrums für Surveillance nosokomialer Infektionen“ ist in Deutschland mit 400 000 bis 600 000 im Krankenhaus erworbener (nosokomialer) Infektionen zu rechnen. Bestmögliche Schätzungen ergeben, dass zwischen 6 000 und 15 000 Patienten pro Jahr an einer nosokomialen Infektion sterben.

Eine nosokomiale Infektion mit einem MRE haben etwa 30 000 bis 35 000 Patienten pro Jahr. Aktuell gibt es keine belastbaren Daten, wie viele Todesfälle durch nosokomiale MRE-Infektionen bedingt sind, die Zahl dürfte zwischen 1 000 und 4 000 liegen.

In Deutschland ist die Verbreitung multiresistenter gramnegativer Erreger bisher eher gering. Es bestehen deshalb noch gute Chancen, die weitere Ausbreitung dieser Erreger durch geeignete Maßnahmen zu verhindern. Hierzu zählen insbesondere allgemeine Hygienemaßnahmen, spezielle Hygienemaßnahmen bei betroffenen Patienten sowie eine rationale Antibiotikatherapie (Antibiotic Stewardship). Vermehrte Anstrengungen in diesen Bereichen müssen allerdings begleitet sein von Maßnahmen, welche die Versorgung von Patienten mit Infektionskrankheiten insgesamt verbessern.

Eine alleinige Fokussierung auf die Eindämmung multiresistenter Erreger durch breite Screeningmaßnahmen reicht nicht aus und birgt auch Risiken. Screeningmaßnahmen bei sehr niedriger Häufigkeit müssen gezielt (nach Risiko) und nicht breit eingesetzt werden, und ein breites Screening nützt vor allem den bereits betroffenen Patienten nicht.

Eine optimale allgemeine Infektionsprävention und Infektionsbehandlung stellen den besten Schutz auch vor der Ausbreitung multiresistenter Erreger dar. Gefordert sind deshalb besonders Programme zur Verbesserung der Händehygiene sowie zur besseren Ausstattung von Kliniken mit infektiologisch geschultem Fachpersonal.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Mannheim, April 2015

ABS im Krankenhaus? „Antibiotic Stewardship“ – rationaler Einsatz von Antibiotika

Dr. med. Dr. hum. biol. Katja de With, Leiterin der Klinischen Infektiologie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden

Ein rationaler Einsatz von Antibiotika (Antibiotic Stewardship – ABS) ist notwendiger denn je, denn die Herausforderungen einer immer komplexer werdenden modernen Medizin nehmen zu: Zunahme von multiresistenten Erregern, welche einen Behandlungsverlauf verkomplizieren können, der Mangel an Fachpersonal – vor allem an klinischen Infektiologen – und entsprechenden Fachabteilungen, zunehmender Kostendruck in den Krankenhäusern sowie die Verlagerung mikrobiologischer Diagnostik in externe Labore und damit möglicher Zeitverlust bis zum Behandlungsbeginn aufgrund zeitverzögerter Diagnostik bei langen Transportwegen. Die Infektionsprobleme werden von den primär behandelnden Fachärzten kaum noch überschaut. Beispiele sind die extremen Probleme in der Transplantationsmedizin. Zu oft heißt es, dass die Transplantation gelungen, der Patient aber an einem nosokomial erworbenen multiresistenten Krankheitserreger verstorben sei. Ähnliche Beobachtungen werden beim Gelenkersatz gemacht.

ABS-Programme im Krankenhaus haben das Ziel, die Qualität der Verordnung von Antiinfektiva bezüglich Auswahl der Substanzen, Dosierung, Applikation und Anwendungsdauer kontinuierlich zu verbessern, um beste klinische Behandlungsergebnisse für den Patienten zu erreichen, sowie darauf hinzuwirken, Resistenzentwicklung zu minimieren und Kosteneffektivität zu erreichen. Eine neue Leitlinie (siehe AWMF – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/092-001.html) unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI) beschreibt im Detail notwendige Voraussetzungen und wichtige Komponenten solcher ABS-Programme im Krankenhaus. Mit der neuen Leitlinie wollen klinische Infektiologen die Ärzte in Krankenhäusern beim sachgemäßen Umgang mit Antibiotika unterstützen. Die Grundlage der neuen Empfehlungen ist die Bildung eines interdisziplinären ABS-Teams, wie es zum Beispiel in den USA bereits etabliert ist und in den Niederlanden kürzlich gesetzlich verpflichtend wurde. Dem Team sollen ein Infektiologe, ein Fachapotheker sowie Fachärzte für Mikrobiologie und der Hygieneverantwortliche des Krankenhauses angehören. Mindestens eine Vollzeitstelle pro 500 Betten ist für diese Funktion nötig und in den meisten Fällen auch kosteneffektiv. In französischen Akutkrankenhäusern beispielsweise hat man dafür die Stelle eines sogenannten Antibiotikabeauftragten geschaffen. In Portugal wurde für alle onkologischen Abteilungen als Qualitätserfordernis eine infektiologische Facharztstelle eingerichtet – und zwar dort, wo oft sehr komplexe Infektionsfälle beobachtet werden. In Belgien wurden bereits vor vielen Jahren zusätzliche Investitionen für Fachpersonal in diesem Bereich geschaffen. In Deutschland hingegen fehlt eine solche Personaloffensive.

Die Deutsche Gesellschaft für Infektiologie hat sich aufgrund des Mangels an Fachpersonal auch in der Fortbildung engagiert und im Rahmen von DART (Deutsche Antibiotika Resistenzstrategie) und mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit ein Kurssystem (ABS-Fortbildungsinitiative) etabliert, das inzwischen über 300 sogenannte ABS-Experten herausgebracht hat. Strategien zur Resistenzbekämpfung nach neuer Leitlinie sind die Verkürzung der Therapiedauer, die Optimierung der Dosis und die frühe gezielte Behandlung, das heißt der Wechsel vom Breitspektrum-Präparat zu erregerspezifischen Wirkstoffen. Zusätzlich werden Daten und Statistiken zum Antibiotika-Verbrauch sowie zu Infektionen und Resistenzentwicklungen erhoben. Hinzu kommen eine Reihe von speziellen Strategien und Instrumenten, die in der neuen Leitlinie beschrieben sind. Mit diesen Maßnahmen lässt sich die Antibiotika-Anwendung auch in deutschen Kliniken rationalisieren. Die Folgen sind eine bessere Verschreibungsqualität, bessere Nutzung der Laborressourcen, bessere Behandlungsergebnisse, größere Patientensicherheit und höhere Kosteneffektivität.

Auf der internationalen politischen Ebene ist wegen der Probleme der Neuentwicklung von innovativen Substanzen gegen multiresistente gramnegative Krankheitserreger das Thema ABS in den Vordergrund gerückt. Ein kürzlich erschienen Dekret des Präsidenten der Vereinigten Staaten fordert bestmögliche ABS-Programme. Die sogenannte „Transatlantic Taskforce on Antimicrobial Resistance“ (TATFAR) hat einen Bericht angekündigt, in dem speziell Indikatoren zu ABS im Krankenhaus vorgeschlagen werden sollen. Dies könnte auch die Bereitschaft der Politik zu den notwendigen Investitionen fördern. Mit der Umsetzung der neuen Leitlinie wird man exzellent auf die Forderungen vorbereitet sein.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Mannheim, April 2015

Infektionskrankheiten im 21. Jahrhundert: Warum klinische Infektiologie als interdisziplinäres internistisches Fach immer wichtiger wird

Privatdozentin Dr. med. Norma Jung

DGIM – Kongress-Team 2015, 121. Internistenkongress, Oberärztin an der Klinik I für Innere Medizin der Universität zu Köln

Infektionskrankheiten haben eine große Bedeutung in fast allen Fächern der klinischen Medizin, und die Herausforderungen in Form von nosokomialen Infektionen und Infektionen mit multiresistenten Erregern und neuen bedrohlichen Infektionskrankheiten wie Ebola nehmen ständig zu. Zentrale Aufgaben des Infektiologen sind die Prävention von Infektionen, zügige und korrekte Diagnose, fachgerechte Behandlung von Infektionen unter dem Einsatz der geeigneten Medikamente und der richtigen Therapiedauer. Dabei konnte durch zahlreiche Publikationen gezeigt werden, dass die Beratung durch Infektiologen zu einer besseren und effektiveren Diagnostik und Therapie von Infektionskrankheiten führt und somit die Behandlungsergebnisse verbessert und zum Teil Kosten einspart.

Neben der direkten klinischen Krankenversorgung auf Stationen und in Ambulanzen nimmt die Beratung von anderen Fachbereichen (Konsil) eine zentrale Rolle in der Tätigkeit des klinischen Infektiologen ein. International gelten Konsile durch Infektiologen am Patientenbett als Standard für die Bearbeitung komplexer Fragestellungen. Eine qualifizierte infektiologische Beratung hat ihren Nutzen in verschiedener Hinsicht unter Beweis gestellt: Mehrere Studien haben gezeigt, dass am Krankenbett durchgeführte infektiologische Konsile insbesondere bei Blutstrominfektionen und bei intensivmedizinisch behandelten Patienten zu einer Senkung der Morbidität und Letalität führen können. Besonders gut ist dieser Effekt für Blutstrominfektionen mit *Staphylococcus aureus* nachgewiesen, wo die infektiologische Beratung zwar zu einer umfangreicheren Diagnostik, aber auch zu weniger Komplikationen führt. Am Beispiel der Endokarditis konnte bereits gezeigt werden, dass ein interdisziplinäres Management unter Einbezug eines Infektiologen, Kardiochirurgen und Kardiologen zu einer Verbesserung der Mortalität führt, sodass die neusten Empfehlungen zur Endokarditis ein interdisziplinäres Vorgehen bereits fordern.

Die zunehmende Resistenzbildung von bakteriellen Erregern macht die möglichst gezielte Anwendung von Antibiotika mit einem schmalen Wirkspektrum heute nötiger denn je (antibiotic stewardship). Auch hier wirkt sich eine infektiologische Beratung günstig aus. Sie führt häufiger zu einer gezielten Anwendung von Antibiotika und kann damit den unkritischen Einsatz von Breitspektrumantibiotika vermindern. In Deutschland jedoch ist die Infektiologie als klinisches Querschnittsfach im Vergleich zu anderen europäischen Ländern noch zu wenig etabliert und insgesamt ist die Infektiologie an deutschen Krankenhäusern als eigenes Fach nur selten vertreten. Hier besteht Bedarf, neue Strukturen zu schaffen, um den steigenden Bedarf an Infektiologen zu decken.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Mannheim, April 2015

Aktuelle Aspekte über Ebola

Dr. Stefan Schmiedel

Oberarzt an der 1. Medizinischen Klinik und Poliklinik am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Leiter Bereich Sektion Klinische Infektiologie, Sektion Tropenmedizin, Bernhard-Nocht-Klinik, Hamburg

Infektionskrankheiten haben eine große Bedeutung in fast allen Fächern der klinischen Medizin. Seit Anfang 2014 wütet eine Ebolaepidemie noch nie gekannten Ausmaßes in Westafrika und verursacht Tausende von Todesopfern. Auch in Europa und bei der Weltgesundheitsorganisation sorgt man sich über eine mögliche Weiterverbreitung des Erregers in andere Weltregionen.

Die deutsche Medizin hat sowohl was die Krankenversorgung betrifft als auch hinsichtlich der klinischen Forschung international einen hervorragenden Ruf. Als es im Juli und August 2014 darum ging, mit Ebolavirus infizierte internationale Experten aus Afrika zu evakuieren um sie zu therapieren, wurde deshalb zunächst in Deutschland angefragt. Drei schwer an einer Ebolavirusinfektion Erkrankte wurden dann schließlich evakuiert und in Deutschland behandelt. Mehrfach starben allerdings infizierte Mitarbeiter, bevor eine solche Evakuierung organisiert werden konnte, in Westafrika.

Deutschland ist bestens für die Versorgung solcher Patienten vorbereitet. In sieben Städten (Berlin, Düsseldorf, Frankfurt, Hamburg, Leipzig, Stuttgart, München) stehen Hochisolationsstationen mit allen intensivmedizinischen Möglichkeiten zur sicheren Versorgung solcher Patienten zur Verfügung. Die Erkrankten werden dort mit Hightech-Intensivmedizin behandelt und überleben zum Teil durch den Einsatz von Organersatzverfahren (Dialyse, Beatmungstherapie) welche erstmalig bei diesen Erkrankungen eingesetzt werden.

Aus diesen Behandlungen erwuchs ein völlig neues Verständnis zum klinischen Management solcher viraler Fieber. Die Behandlungsergebnisse konnten in international beachteten Publikationen dargestellt werden und haben die Leitlinien zur Therapie und Diagnostik dieser Erkrankungen wesentlich beeinflusst.

Die Behandlungszentren sind gemeinsam mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst außerdem an der nationalen und internationalen Beratung zum Umgang mit diesen gemeingefährlichen Infektionen beteiligt. Infektions- und Tropenmediziner an diesen Einrichtungen beraten rund um die Uhr die Ärzteschaft und den öffentlichen Gesundheitsdienst zu Infektionsgefahrenlagen, bewerten Verdachtsfälle, halten sich für Quarantänemaßnahmen verfügbar und bilden Einsatzpersonal zum sicheren Umgang mit Infektionsschutzausrüstung aus. Außerdem sind die Behandlungszentren und die Kompetenzzentren des öffentlichen Dienstes zum Umgang mit hochkontagiös, lebensbedrohlichen Erregern gemeinsam in dem Ständigen Arbeitskreis der Kompetenz- und Behandlungszentren

(STAKOB) am Robert-Koch-Institut vertreten um die Politik optimal zum Umgang mit diesen Erkrankungen zu beraten.

Im Weiteren ist es dann gelungen Impfstoffstudien, die Sicherheit und Wirksamkeit von Impfstoffen gegen Ebolavirus untersuchen, in Deutschland durchzuführen. Eine von der WHO initiierte multizentrische Lebendimpfstoffvakzine wurde kooperativ mit dem Deutschen Zentrum für Infektionsforschung am Universitätsklinikum Hamburg in einer Phase-I Studie untersucht. Ein mit einem genetisch veränderten Impfvirus, das Oberflächeneiweiße des Ebolavirus des aktuellen Impfstoffstammes enthält, zeigte sich nach einmaliger Injektion nebenwirkungsarm, sicher und immunogen. Dosisfindungsstudien und Effektivitätsstudien der Phase II und III wurden bereits begonnen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Mannheim, April 2015



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)

Gegründet 1882 vertritt die DGIM bis heute die Interessen der gesamten Inneren Medizin: Sie vereint als medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft aller Internisten sämtliche internistische Schwerpunkte: Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Geriatrie, Hämato-Onkologie, Infektiologie, Intensivmedizin, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie und Rheumatologie. Angesichts notwendiger Spezialisierung sieht sich die DGIM als integrierendes Band für die Einheit der Inneren Medizin in Forschung, Lehre und Versorgung. Neueste Erkenntnisse aus der Forschung sowohl Ärzten als auch Patienten zugänglich zu machen, nimmt sie als ihren zentralen Auftrag wahr. Zudem vertritt die Gesellschaft die Belange der Inneren Medizin als Wissenschaft gegenüber staatlichen und kommunalen Behörden und Organisationen der Selbstverwaltung.

Im Austausch zwischen den internistischen Schwerpunkten sieht die DGIM auch einen wichtigen Aspekt in der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Die DGIM setzt dies im Rahmen verschiedener Projekte um. Zudem engagiert sie sich für wissenschaftlich fundierte Weiterbildung und Fortbildung von Internisten in Klinik und Praxis.

Innere Medizin ist das zentrale Fach der konservativen Medizin. Als solches vermittelt sie allen Disziplinen unverzichtbares Wissen in Diagnostik und Therapie. Insbesondere der spezialisierte Internist benötigt eine solide Basis internistischer Kenntnisse. Denn er muss Ursachen, Entstehung und Verlauf, Diagnostik und Therapie der wichtigsten internistischen Krankheitsbilder kennen, einschätzen und im Zusammenhang verstehen. Zentrales Element ist dabei das Kennenlernen von Krankheitsverläufen über längere Zeitstrecken und das Verständnis für die Komplexität der Erkrankung des einzelnen Patienten. Die DGIM sieht sich dafür verantwortlich, jedem Internisten das dafür notwendige Wissen zu vermitteln. Zudem setzt sie sich dafür ein, dass jeder Internist ein internistisches Selbstverständnis entwickelt und behält.

Die DGIM hat zurzeit mehr als 23 000 Mitglieder. Sie ist damit eine der größten wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften Deutschlands. Innerhalb der vergangenen Jahre hat sich die Zahl ihrer Mitglieder mehr als verdoppelt. Der Zuspruch insbesondere junger Ärzte bestärkt die DGIM einmal mehr in ihrem Anliegen, eine modern ausgerichtete Fachgesellschaft auf traditioneller Basis zu sein.

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Michael Hallek
Vorsitzender der DGIM,
Direktor der Klinik I für Innere Medizin, Universitätsklinikum Köln



Beruflicher Werdegang:

1978–1985	Studium der Medizin in Regensburg, München und Paris
1985–1994	Wissenschaftliche und klinische Ausbildung als Hämatologe und Onkologe in München und Harvard
1994–2003	Oberarzt an der LMU München und Leiter des Genterapie-Programms am Genzentrum und Helmholtz-Zentrum München
1994	Gründung und Leitung der Deutschen CLL-Studiengruppe, der weltweit größten Studiengruppe zur chronischen lymphatischen Leukämie
Seit 2003	Direktor der Klinik I für Innere Medizin der Universität zu Köln
Seit 2007	Direktor des Centrums für Integrierte Onkologie (CIO), das zweimal als onkologisches Spitzenzentrum ausgezeichnet wurde

Sonstiges:

- zahlreiche Auszeichnungen, zuletzt der Paul-Martini-Preis 2012
- Mitglied der Leopoldina
- Präsident des 31. Deutschen Krebskongresses 2014

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
06/1982	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

Dr. med. Dr. hum. biol. Katja de With
Leiterin der Klinischen Infektiologie am Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus, Dresden



* 1968

Kurzbiografie

1988–1993	Studium der Pharmazie in Marburg
1993	Approbation
1993–2000	Studium der Humanmedizin in Ulm
1997	Promotion (Dr. hum. biol.), Thema: Untersuchungen zur Abklärung des genotoxischen und neurotoxischen Risikopotenzials gängiger Biozide mithilfe von Kurzzeittestsystemen
2000–2002	Ärztin im Praktikum der Sektion Infektiologie der Abteilung Hämatologie/Onkologie der Universitätsklinik Ulm
2002	Approbation
2002–2013	Abteilung Innere Medizin II/Infektiologie der Medizinischen Klinik II der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
2005	Promotion (Dr. med.), Thema: Antibiotikaaanwendung an acht Universitätskliniken in Deutschland, Projekt INTERUNI-II
Seit August 2013	Leiterin des Zentralbereiches Klinische Infektiologie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus, Dresden.

Wissenschaftlicher Werdegang und Tätigkeiten in der Forschung

2001	Stipendium der Meta-Alexander-Stiftung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI), Thema: Antibiotikaverbrauchs-Surveillance an deutschen Universitätskliniken
2002–2008	Wissenschaftliche ärztliche Mitarbeiterin im Rahmen des BMBF Research Grant 01 KI 9951 zum Thema „Antibiotikaverbrauch und bakterielle Resistenzentwicklung“
Seit 2007	Koordinatorin des nationalen Surveillance-Projektes zum Antibiotikaverbrauch in deutschen Krankenhäusern (ADKA-if-RKI-Projekt)
Seit 2009	Koordinatorin der bis März 2014 vom Bundesministerium für Gesundheit (Ressortforschung) geförderten A B S -Fortbildungsinitiative

- 2010 Stipendium der PEG-Stiftung, Thema: Einfluss von Diversität beziehungsweise Dominanz einzelner Antiinfektiva, respektive Substanzklassen sowie Strukturindikatoren auf den Gesamtverbrauch und die Häufigkeit von Resistenzen in deutschen Akutkrankenhäusern
- Seit 2010 Sprecherin der DGI-Sektion Antibiotic Stewardship
- Seit 2011 Sprecherin und Mitbegründerin des initial vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten deutschen |A|B|S|-Netzwerkes (2011)
- Seit Juli 2014 Durchführung einer vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz geförderten Auftragsforschung zur Surveillance von Daten zum Antibiotikaverbrauch in Krankenhäusern des Freistaates Sachsen

Curriculum Vitae

Priv. Doz. Dr. med. Dipl. chem. Norma Jung
DGIM – Kongress-Team 2015, 121. Internistenkongress, Oberärztin an der
Klinik I für Innere Medizin der Universität zu Köln



* 1969

Schulausbildung

1989: 1989: Allgemeine Hochschulreife (Note: 1,5)
1989: Harvard University Summer School, Cambridge, USA

Chemiestudium

1989-1991: Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg
1991: 1991: Vordiplom der Chemie
1991- 1992: Studium an der University of Sussex, Brighton, England
(Erasmus-Stipendium)
1992-1997: Albert-Magnus-Universität, Köln
1996: 1996: Diplomprüfungen in Chemie
1996-1997: Diplomarbeit im Bereich der Molekulargenetik: „Herstellung eines homologen Gab-1
Rekombinationsvektors“ (Note: sehr gut)

Medizinstudium

ab 1993: Albert-Magnus-Universität, Köln
1994: 1994: Physikum
1996: 1996: 1. Staatsexamen
1997-1998: Studium an der Universidade de Lisboa, Hospital de Santa Maria, Portugal
Initiierung des Sokratesprogramms mit der Uniklinik Köln
2000: 2000: 2. Staatsexamen
2002: 2002: 3. Staatsexamen (Note: gut)

Medizinische Promotion

1999-2002: Medizinische Promotion im Bereich der Molekulargenetik: „Einfluss der
Phosphorylierung von SREBP-1a und SREBP-2 auf ihr DNA-Bindungsverhalten“ (Note: „magna cum
laude“)

Medizinische Habilitation

2002-2013 Medizinische Habilitation für das Fach Innere Medizin und Hämatologie und
Onkologie: „Relevanz der organischen Kationentransporter in der
Pathogenese und Therapie von HIV“

Ärztliche Tätigkeit

2002-2003: ÄiP an der Universitätsklinik zu Köln, Klinik I für Innere Medizin

2004-11/2010: Assistenzärztin

 an der Universitätsklinik zu Köln, Klinik I für Innere Medizin

seit 18.11.2010:2010: Fachärztin Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

 an der Universitätsklinik zu Köln, Klinik I für Innere Medizin

seit 1.6.2012: 2012: Infektiologin (DGI)

seit 4.7.2012: 2012: Zusatzbezeichnung für Palliativmedizin

seit 13.3.2013: 2013: Zusatzbezeichnung für Infektiologie

seit 1.5.2013: Oberärztin an der Universitätsklinik zu Köln, Klinik I für Innere Medizin

 Leitung: Infektiologischer Konsildienst am Universitätsklinikum Köln

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Gerd Hasenfuß
2. stellvertretender Vorsitzender der DGIM, Direktor der Klinik für
Kardiologie und Pneumologie der Universitätsmedizin Göttingen,
Vorsitzender des Herzforschungszentrums Göttingen



Akademische Ausbildung und wissenschaftliche Abschlüsse:

4/1975–5/1981 Staatsexamen Medizin, Universität Freiburg
1981 Promotion: Medizin, Universität Freiburg
1989 Habilitation: Innere Medizin, Universität Freiburg

Beruflicher Werdegang:

1982–1993 Facharztausbildung Innere Medizin und Kardiologie, Universität Freiburg
1988–1990 Visiting Assistant Professor am College of Medicine, Dept. of Physiology &
Biophysics der University of Vermont, Burlington, Vermont, USA
1993 Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik Freiburg
1994–1998 Heisenberg-Stipendiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft
Seit 1998 Universitätsprofessor (C4) für Innere Medizin, Direktor der Klinik für
Kardiologie und Pneumologie, Georg-August-Universität Göttingen
Seit 2001 Vorsitzender des Herzzentrums Göttingen
Seit 2010 Vorsitzender des Heart Research Centers Göttingen
Seit 2011 Vorstandsmitglied des Deutschen Zentrums für Herz-Kreislauf-Forschung
e.V. (DZHK)
Seit 2013 Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)

Auszeichnungen und Preise:

1991 Theodor-Frerichs-Preis der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin
1991 Europäischer Preis für Alternativ-Methoden zum Tierversuch
1991 Young Investigators Award der Society for Cardiovascular Pharmacotherapy
2001 Fellow der American Heart Association, F.A.H.A.
2002 Ordentliches Mitglied der Akademie der Wissenschaften zu Göttingen
2002 Fellow der European Society of Cardiology
2003 Deutscher Gründerpreis (Konzepte) für die Ausgründung der Firma Avontec
2004 Dr. Léon Dumont Preis der Belgischen Gesellschaft für Kardiologie
2005 Preis für gute Lehre der Medizinischen Fakultät Göttingen
2008 Distinguished Lecture Award, International Society of Heart Research,
Japanese Section

2011 William Harvey Basic Science Lecture Award der European Society of Cardiology

Wissenschaftliche Aktivitäten:

2001–2005 Sprecher des DFG-Sonderforschungsbereichs SFB Transregio 2

2001–2013 Sprecher des Standorts Göttingen, Nationales Genomforschungsnetz Herz-Kreislauf

1/2006–12/2010 Sprecher des EU-Integrated Project EUGeneHeart

7/2006–8/2012 Sprecher der Klinischen Forschergruppe KFO 155 „Die Bedeutung von Biomechanik und Calcium-Stoffwechsel bei Herzinsuffizienz und Regeneration“

Seit 2012 Sprecher des DFG-Sonderforschungsbereichs SFB 1002 „Modulatorische Einheiten bei Herzinsuffizienz“

Editorial Board – Mitgliedschaften:

European Heart Journal, Circulation (1996–2008), Circulation Research (1998-2014), Cardiovascular Research, Journal of Molecular and Cellular Cardiology, Basic Research in Cardiology, Clinical Cardiology, Current Heart Failure Reports, European Journal of Heart Failure, Der Internist

Curriculum Vitae

Dr. Stefan Schmiedel

Oberarzt an der 1. Medizinischen Klinik und Poliklinik am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Leiter Bereich Sektion Klinische Infektiologie, Sektion Tropenmedizin, Bernhard-Nocht-Klinik, Hamburg



Education:

- 1991 "Staatsexamen Medizin" (= MD, Licence to practise medicine), University West-Berlin/Germany
- 1997 Thesis (experimental): Growth of malignant melanoma cell-lines is influenced by cytokines.

Work-Experience:

- 1991 – 6/93 JHO Urban-Hospital/Berlin/Germany, Dept. of Internal Medicine, Gastroenterology, Hepatology, Endocrinology, Head: Prof. Dr. W. Londong
- 6/93 – 5/95 SHO, Dept. of Internal Medicine, Lindenberg-Klinik/Melsungen/Germany,
- 5/95 – 12/96 SHO, Dept. of Internal Medicine, Paulinenstift Nastätten/Germany,
- 1/97 – 5/99 SHO, Dept. of General Surgery, Paulinenstift Nastätten/Germany,
- 1/97 – 5/99 SHO, Dept. of Gynecology/Obstetrics, Paulinenstift Nastätten/Germany,
- 1/98 – 3/98 GP in Clinic of Dres. Rothländer/Junker/Keller (MD), Nastätten/Germany
- 5/99 – 5/02 SHO Medical Department, BNI Institute of Tropical Medicine/ Hamburg/Germany
- 5/02 – 10/03 Head of Department of Medicine, Tamale Teaching Hospital, Tamale School of Medicine and Health Science, Tamale, Northern Region, Ghana.
- 11/03 – 12/05 SHO Medical Department, BNI Institute of Tropical Medicine/ Hamburg/Germany,
- 1/06 – 9/13 Consultant Internal Medicine, Medical Department I (Gastroenterology, Hepatology, Infectious Disease, Tropical Medicine, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg
- 9/13 – today Head Tropical Medicine, Medical Department I (Bernhard-Nocht-Clinic for Tropical Medicine), Associate Professor of Internal Medicine, University of Windhoek, Namibia

Professional Membership:

- German Society of Internal Medicine
- German Society for Infectious Diseases
- German Society of Tropical Medicine and International Health
- Association of German Specialists in Internal Medicine

Special Abilities:

Work and study experience in tropical countries. Working cooperations with hospitals and medical schools in Ghana, Cameroon, Tansania, Namibia.



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Bestellformular Fotos

**Mittags-Pressekonferenz der
Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)**

Infektiologie

Termin: Dienstag, 21. April 2015, 10.30 bis 11.30 Uhr

Ort: Congress Center Rosengarten, Raum Johann Sebastian Bach

Adresse: Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

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

- Professor Dr. med. Michael Hallek
- Professor Dr. med. Gerd Fätkenheuer
- Dr. med. Dr. Katja de With
- Privatdozentin Dr. med. Norma Jung
- Professor Dr. med. Gerd Hasenfuß

Vorname:	Name:
Redaktion:	Ressort:
Str./Nr.	PLZ/Ort:
Telefon:	Fax:
E-Mail:	Unterschrift:

Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen.

Pressekontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle
Anna Julia Voormann/Janina Wetzstein
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-552
Fax: 0711 8931-167
E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org
Homepage: www.dgim.de; www.dgim2015.de

*Berliner Büro im Langenbeck-Virchow-Haus:
Luisenstraße 59
10117 Berlin*