Deutsche Gesellschaft
für Tropenmedizin und
Internationale Gesundheit e. V.

Liebe Mitglieder und Freunde der DTG,

wir möchten hier zunächst über 2 wichtige Kongresse berichten.
Weiterhin berichten Herr Dr. Carsten Köhler über die Arbeitsgruppe Nachwuchsförderung und Herr Prof. Albrecht Jahn über die Gesundheit in den globalen Entwicklungszielen. Vor diesem Hintergrund nimmt jetzt die DTG-Arbeitsgruppe Global Health ihre Arbeit wieder auf – wir werden Sie hierüber weiter auf dem Laufenden halten.

NECTM 2014

Nach Kongressen in Edinburgh 2006, Helsinki 2008, Hamburg 2010 und Dublin 2012 hat vom 5. bis 8. Juni 2014 die 5. Northern European Conference on Travel Medizin in Bergen stattgefunden. Damit hat sich dieser Kongress als Veranstaltung in den Jahren zwischen den internationalen Kongressen der International Society of Travel Medicine gut etabliert. Die DTG ist eine der ausrichtenden Gesellschaften und dementsprechend im Organisationskomitee und im wissenschaftlichen Komitee vertreten. Die Teilnehmerzahl war mit circa 500 sicherlich etwas geringer als erwartet – aber der Kongress war ansonsten ein voller Erfolg. Erfreulicherweise waren auch viele Teilnehmer aus Deutschland dabei.
Man kann sich den Abstractband mit vielen Präsentationen unter http://nectm.com/images/NECTM5Bergen2014 herunterladen. Es lohnt sich, insbesondere sei auf die Präsentation über die Zusammenfassung des Kongresses am Ende von Prof. Lars Rombo verwiesen.

Keynote-Vorträge

Zu den Höhepunkten gehörten die beiden Keynote-Vorträge von Dr. Ron Behrens, London, und von Prof. Patricia Schlagenhauf, Zürich, zu den Themen „Where is the Evidence for the Practice of Travel Medicine? A personal critique of current practices“ und „The wish list in Travel Medicine“. Der Vortrag von Ron Behrens zeigte auf, bei welchen reisemedizinischen Empfehlungen die Evidenz unzureichend ist und wie schwierig es ist, das Risiko zu ermitteln und Reisenden die Risikoabwägung zu vermitteln. Natürlich muss auch die Qualität der Studien berücksichtigt werden – Qualität ist wichtiger als das Ergebnis! Als Beispiel für die Wichtigkeit der Stichprobengröße wurde das enttäuschende Ergebnis der Phase-3-Studie im Vergleich zur Phase-2-Studie beim ETEC-Impfstoff genannt (Frech SA et al. Lancet 2008; 371: 2019–2025 und Behrens RH et al. Lancet Infect Dis 2014; 14: 197–204). Es gibt keine Evidenz dafür, dass eine reisemedizinische Beratung Einfluss auf das Verhalten von Reisenden hat. Insbesondere scheinen auch die Beratung über die Prophylaxe der Reisediarrhö, über Standby-Treatment in der Malariaprophylaxe und Informationen über Ausbruchsgeschehen wenig zu bringen.
Die Wunschliste von Patricia Schlagenhauf bezog sich im Wesentlichen auf die Malaria, hier insbesondere interessant der Punkt „A non-invasive test“. Als Beispiele nannte sie „transdermal detection of malaria“ und „malaria detection using cell phones“. Weiterhin sind auf ihrer Wunschliste die Reisediarrhö und die Harmonisierung der europäischen Leitlinien zur Reisemedizin.

Plenarsitzungen

Die Plenarsitzungen beschäftigten sich mit den Themen „Terrorism and safe travel“ und „Nordic Travel highs and lows“. Interessant waren die Ausführungen von Prof. Neil Greenberg, President of the UK Psychological Trauma Society, zur PTSD. Seine Kernaussagen: Posttraumatic stress occurs in nearly 60% after a stressful incidence – rapidly declining to 10% a month after. Screening in advance has minor effect. Psychological debriefing immediately after might even be harmful. ‚Watchful waiting‘ is preferred.
Prof. Thomas Löscher hielt einen interessanten Vortrag über die Impfstoffe in der Pipeline: die RTS,S-Malariaimpfung, den 4-valenten chimerischen Dengueimpfstoff, neue konjugierte Typhusimpfstoffe, verbesserte Influenzaimpfstoffe sowie Kandidatenimpfstoffe gegen Gelbfieber (inaktiviert), West Nile, Chikungunya, Rift-Valley-Fieber und Noroviren.

Aktuelle Literatur

Als letztes sei noch auf die Übersicht „Aktuelles in der Literatur“ von Prof. Eric

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Caumes, Paris, Herausgeber der Zeitschrift Journal of Travel Medicine, hingewiesen. Interessant sind darin insbesondere die Arbeiten darüber, ob eine Gelbfieberimpfung tatsächlich lebenslang schützt sowie die Präsentation „Travelling to Greenland“, für alle, die nach Grönland reisen wollen.
Der nächste NECTM im Jahr 2016 wird voraussichtlich in London stattfinden – also sicherlich attraktiv werden.

KIT 2014

Vom 25. bis 29. Juni 2014 fand in Köln der 12. Kongress für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin (KIT) statt. Die DTG war eine der ausrichtenden Fachgesellschaften und wurde durch Prof. Thomas Löscher, Kopräsident im wissenschaftlichen Beirat, vertreten. Kongresspräsident war Prof. Jan van Lunzen, Hamburg. Die DTG richtete mehrere Plenarsitzungen und Symposien aus.

Antiparasitäre Chemotherapie

Zusammen mit der Paul-Ehrlich-Gesellschaft (PEG) richtete die DTG das Symposium „Antiparasitäre Chemotherapie“ aus. Prof. Thomas Junghanss berichtete darin über die interdisziplinäre Versorgung von Echinokokkosepatienten. Interessant auch der Vortrag von Christian Klotz vom Robert Koch-Institut über neue Entwicklungen in der Therapie der Giardiasis, zum Beispiel über die Wirkung des Adipositasarzneistoffs Orlistat. Dazu liegen noch keine klinischen Daten, aber interessante experimentelle Daten vor.
PD Dr. Sabine Specht aus der Parasitologie in Bonn sprach über makrofilarizide Medikamente: Trotz jahrelanger Massentherapie mit Ivermectin bleiben Fadenwurminfektionen weiterhin ein Problem in tropischen und subtropischen Regionen. Ivermectin hat nicht nur den Nachteil, nur junge Wurmlarven und nicht auch adulte Würmer abzutöten: Zudem zeigten sich in den letzten Jahren erste Resistenzen. Deshalb ist es dringend nötig, nach neuen Behandlungsstrategien zu suchen. Neben neuen Therapiestrategien, wie der Depletion von endosymbiontischen Bakterien mit Doxycyclin, wurden auch bekannte Substanzen wie Flubendazol und Emodepside als potenzielle Kandidaten vorgestellt.

Infektiologie in den Tropen

Ein weiteres, von der DTG ausgerichtetes Symposium hatte den Fokus auf der Medizin in den Tropen, insbesondere auch auf der Hepatitis B und der HIV-Infektion in Afrika. Sehr interessant war, dass hier Kollegen aus Malawi und Namibia ihre Erfahrungen vorstellten.

Pathophysiologie und Therapie der Malaria

Ein weiteres Symposium beschäftigte sich mit der Pathophysiologie und Therapie der Malaria tropica. Bei der Behandlung der schweren Malaria stellt sich für viele Intensivmediziner immer die Frage: Ist Malaria gleich (bakterielle) Sepsis? Schaut man die Definition der Sepsis an, so wäre die Antwort einfach: 2 von 4 Marken, die ein Systematisches-Inflammatorisches-Response-Syndrom (SIRS) definieren plus Erregernachweis gleich Sepsis. Die Schlussfolgerung wäre, dass die Therapie der schweren Malaria analog zu der der bakteriellen Sepsis erfolgen muss: schnelle antiparasitäre Therapie sowie Ausgleich der Schocksymptomatik durch (viel) Volumengabe und wenn dies nicht ausreicht Katecholamine.
Hierzu nahm PD Dr. Dominic Wichmann, Intensivmediziner mit tropenmedizinischer Ausbildung am Uni-Klinikum Hamburg-Eppendorf, Stellung: Die Laktatazidose, das Nierenversagen und die zerebrale Hypoperfusion sowie andere Endorganschäden kommen durch das plasmodieninduzierte Clotting der Erythrozyten in der Endstrombahn zustande und sind nicht Ausdruck eines cytokin-/toxinvermittelten relativen Volumenmangels. Mehrere Studien konnten inzwischen zeigen, dass forcierte Volumengabe in dieser Situation zum Nachteil der Malariapatienten ist. Dieses Wissen ist bei (deutschen) Intensivmedizinern nicht weit verbreitet. Aus diesem Grund sollte bei Patienten mit (schwerer) Malaria immer ein Tropenmediziner beratend konsultiert werden.

Reise- und Migrantenmedizin

Das Symposium „Reise- und Migrantenmedizin“ hatte einen Schwerpunkt auf der Risikobewertung in der reisemedizinischen Beratung und auf der Differenzialdiagnostik bei Eosinophilie bei Reiserückkehrern. Komplettiert wurde das Symposium mit 2 freien Vorträgen zu systemischen Virusinfektionen sowie zur serologischen Bilharziosediagnostik bei Erwachsenen in Malawi in Abhängigkeit des HIV-Status.
Die Gesundheitsrisiken sind bei Touristen, Geschäftsreisenden, Langzeitaufenthalten oder Menschen mit Migrationshintergrund, die in ihre Ursprungsländer reisen, aufgrund des jeweils unterschiedlichen Risikoverhaltens, Reisevorbereitung, Reisehygiene und Reisedauer unterschiedlich. Reiseziele und Reisezeit sind weitere Merkmale, die jeweils Einfluss auf die Inzidenz von Tropenkrankheiten haben können.
Andererseits wird vom Reisemediziner erwartet, in der Beratung eine auf den individuellen Reisenden angepasste Risikobewertung vorzunehmen, um sinnvolle prophylaktische Maßnahmen zu empfehlen. Die unterschiedlichen Quellen von Daten zu Tropenkrankheiten bei Reisenden inklusive nationaler Meldedaten, epidemiologischer Daten aus den Endemiegebieten sowie Daten aus internationalen Surveillance-Netzwerken wurden im ersten Vortrag dargelegt und diskutiert.
Im zweiten Vortrag wurden die Häufigkeit und differenzialdiagnostische Bedeutung der Eosinophilie bei Reiserückkehrern thematisiert und aktuelle Evidenz aus der Literatur sowie Daten aus der Bernhard-Nocht-Ambulanz für Tropenmedizin in Hamburg zusammengefasst.

Posterpreis an DTG-Mitglieder

Einer der Posterpreise ging an die Arbeitsgruppe von Prof. Gisela Bretzel, München, für die Arbeit „Application of molecular tools for the laboratory confirmation of leprosy patients and identification of silent transmitters of leprosy – a pilot study from Togo“.

Aus Hamburg grüßen Sie

Gerd Burchard, Hamburg

Bernhard Fleischer, Hamburg

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Einladung zur Mitarbeit an alle Altersgruppen

Arbeitsgruppe Nachwuchs-förderung

Auf dem 12. Kongress für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin im Gürzenich in Köln kamen an der Mitarbeit interessierte DTG-Mitglieder zu einem ersten Kennenlerntreffen in der AG Nachwuchsförderung zusammen. Unter der Moderation von Dr. Dr. Carsten Köhler versammelten sich 12, meist junge Mitglieder und tauschten sich lebhaft über ihre Erwartungen und Wünsche und Perspektiven an und für die DTG aus.
Kurz zusammengefasst lässt sich festhalten, dass die in der AG Nachwuchsförderung zukünftig Mitwirkenden gerne einen Prozess innerhalb der DTG anstoßen möchten, in dem darüber nachgedacht wird:

- Warum ist jedes einzelne Mitglied der DTG beigetreten und bleibt weiterhin Mitglied?
- Was ist jedem Einzelnen wichtig an der DTG?
- Was sind die Erwartungen und Wünsche der Mitglieder an die DTG?
- Welche Aufgabe soll der DTG innerhalb der Gesellschaft im 21. Jahrhundert zukommen?
- Wohin soll und kann sich die Tropenmedizin und internationale Gesundheit in Deutschland in den nächsten Jahren entwickeln?

Daneben wurde bedauert, dass sich die (jungen) Mitglieder untereinander fast gar nicht kennen und damit die persönlichen Ressourcen innerhalb der DTG gar nicht optimal vernetzt und genutzt werden können. Hier wollen die AG-Mitglieder konkret einen ersten Anfang machen und ein Netzwerk der persönlichen Potenziale, Kontakte und Ressourcen aufbauen.
Das nächste persönliche Treffen soll voraussichtlich im November in Hamburg stattfinden. Alle an der Mitarbeit interessierten DTG Mitglieder – aller Arbeitsgruppen – sind herzlich zur Mitarbeit eingeladen.

Carsten Köhler, Tübingen
carsten.koehler@uni-tuebingen.de oder
nachwuchsfoerderung@dtg.org

Gesundheit in den neuen globalen Entwicklungszielen nach 2015

Welche Zukunft wollen wir?

Mit der Millenniumsdeklaration der Vereinten Nationen im Jahr 2000 wurden erstmals konkrete globale Entwicklungsziele beschlossen, die bis 2015 erreicht sein sollten. Die 8 Millenniumentwicklungsziele (Millennium Development Goals – MDGs) lauten:

1. den Anteil der Weltbevölkerung, der unter extremer Armut und Hunger leidet, halbieren
2. allen Kindern eine Grundschulausbildung ermöglichen
3. die Gleichstellung der Geschlechter fördern und die Rechte von Frauen stärken
4. die Kindersterblichkeit verringern
5. die Gesundheit der Mütter verbessern
6. HIV / Aids, Malaria und andere übertragbare Krankheiten bekämpfen
7. den Schutz der Umwelt verbessern
8. eine weltweite Entwicklungspartnerschaft aufbauen

Die Gesundheitsziele 4 bis 6 werden trotz eindrucksvoller Fortschritte in vielen Ländern nicht erreicht werden; dies gilt insbesondere für die Senkung der Müttersterblichkeit um 3 Viertel und der Kindersterblichkeit um 2 Drittel.

Weiterführung der Ziele nach 2015

Aktuell ist die Debatte um die Weiterführung der MDGs nach 2015 in vollem Gange. Dazu hat eine von UN-Generalsekretär Ban Ki-Moon eingesetzte Expertengruppe (High level panel) 2013 einen Vorschlag vorgelegt. Zusätzlich hat sich im Rahmen der Umwelt- und Klimadebatte ebenfalls die Idee von globalen Zielen entwickelt. Die Konferenz der Vereinten Nationen über nachhaltige Entwicklung (Konferenz Rio plus 20) hat dazu im Juni 2012 in ihrem Abschlussdokument mit dem Titel „The Future We Want“ beschlossen, ebenfalls universell gültige, globale und messbare Ziele für eine nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals – SDGs) zu erarbeiten. Diese sollen auch ein Gesundheitsziel beinhalten. Beide Prozesse sollen nun auf einer UN-Vollversammlung im September 2014 zusammengeführt und ein erster gemeinsamer Entwurf erarbeitet werden. Im Vorfeld gibt es dazu zahlreiche Konsultationen und Stellungnahmen.

Diskussion um neues Gesundheitsziel

Die wichtigsten Aspekte der Diskussion um ein neues Gesundheitsziel sollen hier kurz dargestellt werden. Alle Vorschläge beginnen mit einem weitgefassten Ziel, wie „ein gesundes Leben für Alle in jedem Lebensalter“ (Attain healthy lives for all at all ages – Vorschlag der zwischenstaatlichen Open Working Group). Die folgenden Unterschiede zeigen sich aber bei den Unterzielen.

Bild: shutterstock

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Vorschlag der Open Working Group für neue nachhaltige globale Gesundheitsziele ab 2015

SDG 3: Gesundes Leben für alle in jedem Lebensalter

3.1 Senkung der weltweiten Müttersterblichkeit auf weniger als 70 pro 100 000 Lebendgeburten bis 2030, unterstützt durch Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung.
3.2 Verhinderung aller vermeidbaren Todesfälle bei Neugeborenen, Säuglingen und Kindern unter 5 Jahren bis 2030.
3.3 Beendigung der Epidemien von HIV / AIDS, Tuberkulose, Malaria und vernachlässigter Tropenkrankheiten bis 2030.
3.4 Senkung der Morbidität und Mortalität von nicht übertragbaren Krankheiten um ein Drittel durch Prävention, Behandlung und Förderung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefinden bis 2030.
3.5 Stärkung der Prävention und Behandlung von Drogenmissbrauch, einschließlich Alkoholmissbrauch.
3.6 Halbieren der Todesfälle durch Verkehrsunfälle bis 2030.
3.7 Sicherstellung eines universellen Zugangs zur Gesundheitsversorgung (Universal Health Coverage – UHC), einschließlich eines finanziellen Risikoschutzes, eines Zugangs zu qualitativ hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen zu sicheren, wirksamen, erschwinglichen unentbehrlichen Arzneimitteln und Impfstoffen für alle.
3.8 Deutliche Senkung der Todesfälle und Erkrankungen wegen Luftverschmutzung (innen und außen), gefährlichen Chemikalien sowie Wasser-und Bodenverschmutzung.

MDG plus vs. allgemeine Gesundheitsversorgung

Die WHO hat mit ihrem Vorschlag, eine universelle allgemeine Gesundheitsversorgung (universal health coverage) in den Mittelpunkt eines neuen Gesundheitsziels zu stellen, einen konzeptionellen Wechsel gegenüber den bisherigen gesundheitsbezogenen MDGs vollzogen. Dafür gab es zunächst viel Unterstützung, auch von deutscher Seite, und auch gute Gründe dafür. Denn da die neuen Ziele für alle Länder und nicht nur für Entwicklungsländer relevant sein sollen, machen rein krankheitsbezogene Konzepte wenig Sinn, weil das Krankheitsspektrum einzelner Länder – und damit deren Prioritäten – sehr unterschiedlich ist.

Demgegenüber ist der universelle Zugang zu einer allgemeinen Gesundheitsversorgung eine Aufgabe aller Länder, nicht zuletzt als Ausdruck des in der UN-Sozialkonvention und anderen internationalen Verträgen niedergelegten Rechts auf Gesundheit. Dieses gilt für jede Person, die auf eine Gesundheitsversorgung angewiesen ist, unabhängig von der zugrundeliegenden Erkrankung.

Das Ziel eines universellen Zugangs erfordert, dass jedes Land seine Defizite in der Gesundheitsversorgung analysiert und entsprechende, an die lokale Situation angepasste Maßnahmen ergreift. Diese Defizite können darin bestehen:

- dass bestimmte Gesundheitsleistungen nicht (oder nicht in akzeptabler Qualität) angeboten werden oder
- dass manche Bevölkerungsgruppen (z. B. Migranten) von der Versorgung ausgeschlossen sind oder
- dass wegen fehlender sozialer Sicherungssysteme hohe, selbstzutragende Kosten eine Behandlung verhindern oder zum Armutsrisiko werden.

Auf der anderen Seite stehen Organisationen wie die Bill-und-Melinda-Gates-Foundation, die auf die Erfolge und die gute Verständlichkeit und Einfachheit der bisherigen Gesundheits-MDGs verweisen. Sie befürworten, deren krankheitsbezogenes Konzept mit Ergänzungen wie die Einbeziehung nicht übertragbarer Krankheiten weiterzuführen (MDG plus).

Neue MDGs vs. SDGs

Der Beschluss der Rio-plus-20-Konferenz, die neuen globalen Entwicklungsziele nach 2015 „S"DGs zu nennen, stellt klar, dass – anders als bei den MDGs – Nachhaltigkeit im Mittelpunkt steht. Der Begriff SDG hat sich inzwischen durchgesetzt und ist ein Indiz dafür, dass die aktuelle post-2015-Debatte zunehmend vom Rio-plus-20-Prozess und damit vom Konzept für eine nachhaltige Entwicklung bestimmt wird. Für die Gesundheitsziele heißt das, das diese universell und damit für alle Länder relevant sind und für alle gelten und nicht – wie de facto die MDGs – nur für Entwicklungsländer. Weiterhin müssen sie den Aspekt der Nachhaltigkeit beinhalten.

Beides sind starke Argumente für eine allgemeine Gesundheitsversorgung (universal health coverage) als Gesundheitsziel, denn diese ist Teil eines Konzepts für eine weltweite soziale Absicherung und damit Voraussetzung für die soziale Dimension der Nachhaltigkeit. Darüber hinaus werden die Wechselwirkungen zwischen Gesundheit, Klima und Umwelt hervorgehoben.

Vorschlag der zwischenstaatlichen Open Working Group

Im Rahmen der Vereinten Nationen hat im Mai 2014 eine zwischenstaatliche Arbeitsgruppe (Open Working Group – OWG) mit Beteiligung Deutschlands auf Grundlage der verschiedenen Vorschläge einen ersten Entwurf vorgelegt (s. Infokasten auf dieser Seite).

Wie oft bei einem Kompromiss, finden sich hier sowohl die alten MDGs als auch das Konzept eines universellen Zugangs sowie umweltbedingte Gesundheitsrisiken in einer Reihe wieder. Konzeptionell macht das aber wenig Sinn, denn der universelle Zugang beinhaltet natürlich den Zugang zur Prävention und Behandlung von spezifischen Erkrankungen wie HIV / AIDS und geburtshilflicher Versorgung, die hier als eigenständige Unterziele aufgeführt sind. In der Einleitung zum Entwurf der Open Working Group wird darauf hingewiesen, dass die Ziele und Unterziele weiter in der Diskussion sind und eine Kürzung und Fokussierung angestrebt wird. Es ist zu hoffen, dass in diesem Prozess erreicht wird, den universellen Zugang zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung und damit das Recht auf Gesundheit als Prinzip in den neuen SDGs zu verankern.

Auf der UN-Vollversammlung im September soll ein erster offizieller Entwurf vorgelegt werden. Eine endgültige Abstimmung soll dann im September 2015 erfolgen. Die post-2015-Debatte geht damit in die letzte Runde und wird dabei von Organisationen der Zivilgesellschaft (VENRO) und Wissenschaft (EU-Projekt Go4Health) kommentiert und aktiv mitgestaltet.

Albrecht Jahn, Heidelberg

Literatur

VENRO – Verband Entwicklungspolitik Deutscher Nichtregierungsorganisationen: http://venro.org/index.php?id=1614
Go4Health – Goals & Governance for health: www.go4health.eu/
BMZ – Bundesministerium für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit: http://www.bmz.de/de/was_wir_machen/ziele/ziele/millenniumsziele/index.html

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.