

# **Antibiotika – Resistenzen**

**! Die Bombe ist scharf !**

**Alternativen bei Atemwegsinfekten?**



**Mit der Natur.  
Für die Menschen.**

SCHWABE Pharma AG, 6403 Küssnacht a.R.  
Tel. 041 854 18 60, [info@schwabepharma.ch](mailto:info@schwabepharma.ch)  
[www.schwabepharma.ch](http://www.schwabepharma.ch)

# Inhalt Pressemappe

zur freien Verfügung

<b>PR-Text Prof. Dr. med. et MS. Andreas Widmer</b> Die postantibiotische Zeit: Multiresistente Erreger unaufhaltsam auf dem Vormarsch	2
<b>Aktuelle Resistenzdaten der Schweiz</b> Stand 8.8.2011	6
<b>PR-Text Prof. Dr. med. Franz Daschner</b> Pflanzliche Arzneimittel sind eine Alternative zu Antibiotika	7
<b>Prof. Dr. med. et MS. Andreas Widmer</b> Biografische Daten	9
<b>Prof. Dr. med. Franz Daschner</b> Biografische Daten	16
<b>PR-Bildmaterial</b>	18
<b>CD</b> Bild- und Textmaterial	



**Mit der Natur.  
Für die Menschen.**

SCHWABE Pharma AG, 6403 Küssnacht a.R.  
Tel. 041 854 18 60, [info@schwabepharma.ch](mailto:info@schwabepharma.ch)  
[www.schwabepharma.ch](http://www.schwabepharma.ch)

## **Die postantibiotische Zeit: Multiresistente Erreger unaufhaltsam auf dem Vormarsch:**

Prof. Dr. med. et MS. Andreas Widmer

Klinik für Infektiologie & Spitalhygiene, Universitätsspital Basel

Während der Evolution haben Bakterien und Pilze während über eine Milliarde von Jahren Mechanismen entwickelt, um Angriffe anderer Mikroorganismen abzuwehren. Die Mehrheit der heutigen Antibiotika wurden aus Pilzen isoliert, und Bakterien haben dagegen Resistenzmechanismen entwickelt, um zu überleben. Eine solche Resistenz kann durch Mutationen existierender Gene oder durch Erwerb von Resistenzgenen anderer Organismen entstehen. Dabei spielen der Selektionsdruck durch übermässigen Antibiotikagebrauch (Tabelle 1) sowie die Transmission resistenter Bakterien und weniger neue, spontane Resistenzmutationen eine entscheidende Rolle. [1]

Der Selektionsdruck ist dadurch gekennzeichnet, dass ein Antibiotikum meist nicht nur gegen ein spezifisches Bakterium gerichtet ist, sondern auch auf viele andere Erreger, eine Wirkung hat. Dabei dezimiert jede Antibiotikatherapie überall im Körper sensible Bakterien und selektioniert gleichzeitig weniger oder nicht sensible, d.h. resistente Stämme. Dies findet vor allem Darm statt, da hier die grösste Keimmenge einer Normalflora existiert. Der zweite entscheidende Faktor für die Ausbreitung von bakteriellen Resistenzen ist die hohe Mobilität von Mikroorganismen zwischen Patienten, dem Medizinalpersonal sowie Familienkontakten. Zusammengefasst sind der hohe Antibiotikagebrauch in der Humanmedizin, und noch mehr in der Tiermast, mangelnde Hygiene im und ausserhalb des Spitals in Gebieten sehr hoher Populationsdichte essentielle Faktoren für die Ausbreitung resistenter Erreger. Resistente Bakterien können sich durch direkten Kontakt, Oberflächen, Wasser oder Nahrung ausbreiten.

Zwischen 1980 und 2000 waren vor allem gram-positive Erreger wie der Methizillin-resistente *S.aureus* (MRSA) Problemkeime: Diese wurden durch ein Massnahmenpaket (sog. „bundle“) in Europa mit hohem Aufwand teilweise unter Kontrolle gebracht.

Nachdem mittels Hygienemassnahmen, aber auch mit der Einführung neuer Antibiotika, die bis zu 1000 Fr/ Woche kosten, ging man davon aus, dass diese Resistenzen von gram-positiven Erregern nun keine akute Bedrohung für die Bevölkerung mehr darstellt.

Zu Beginn unbemerkt, sind Multiresistenzen bei gram-negativen Bakterien aufgetreten. Sie zerstören alle bekannten Antibiotika mittels Enzymen, sogenannten Breitspektrumbetalaktamasen. Zudem ist es dank molekularer Techniken gelungen, bei *Acinetobacter* nachzuweisen, dass 80% des Genoms Resistenzgene beinhalten. [1-3]

Zu der Verbreitung hat aber hier nicht nur das Krankenhaus, sondern vor allem die Tiermast beigetragen.

ESBL werden vermehrt in Europa, auch in der Schweiz und vermehrt ausserhalb des Spitalbereiches zum Beispiel bei Harnwegsinfekten beobachtet. Verschiedene Risikofaktoren für das Auftreten von ESBL produzierenden Organismen wurden beschrieben: Die Dauer des Spitalaufenthaltes, eine Intensivstationspflichtigkeit, die Schwere der Erkrankung sowie der Gebrauch von zentralvenösen- oder Urinkatheter. Weitere Risikofaktoren hängen meist mit der Schwere der Krankheit zusammen. Neueste Erkenntnisse weisen darauf hin, dass gram-negative Erreger mit ESBL in der Tiermast bei Hühnern in Holland in >80% der Proben nachweisbar sind. Auffallend ist in der Schweiz, dass ESBL Trägertum häufig in der Ambulanz, und seltener als nosokomiales, d.h. spitalassoziiertes Problem auftritt.

In einer 2010 viel beachteten Studie wurde in Indien, Pakistan und entsprechend den Ausbreitungswegen in Grossbritannien sogenannte New Delhi Metallo- $\beta$ -Lactamase 1 (NDM-1) gram-negative Enterobacteriaceae, v.a. *Klebsiella pneumoniae* und *E.coli*, beschrieben. [2] Die NDM-1 positiven Enterobacteriaceaeen zeigten sich auf verschiedene Antibiotikaklassen inklusive Carbapenemen wie Imipenem und Ertapenem resistent, aber auch auf Fluoroquinolone und Aminoglycoside. Die NDM-1 Gene sind plasmidisch und deshalb leicht übertragbar. Resistente Erreger können sich wie SARS, Schweinegrippe innert Tagen auf der ganzen Welt ausbreiten: Flugzeuge transportieren heute bis zu 2 Milliarden Passagiere/Jahr, und aus der Schweiz gibt es über 100 Interkontinentalflüge pro Tag. Zudem wird auch Schönheitschirurgie und weitere chirurgische Eingriffe angeboten, die von europäischen Patienten genutzt werden: Bei diesen Eingriffen kommen die Patienten mit der Spitalflora in Kontakt, wo sie diese Resistenzen aquirieren können.

Bei einer alternden Bevölkerung in allen Teilen der Welt, der auch damit zunehmenden intensiven medizinischen Versorgung, u.a. mit Antibiotika, und der anhaltenden weltweiten Reisetätigkeit ist anzunehmen, dass wir in den kommenden Jahren vermehrt Patienten mit hoch resistenten Keime betreuen werden.

**Tabelle 1: Antibiotikadruck (Selection pressure) und resistente Bakterien**

Faktoren, die die Entwicklung und die Ausbreitung begünstigen

1. Alteration der Normalflora
2. Inadäquater Gebrauch von Antibiotika <ul style="list-style-type: none"><li>- fehlende Indikation, z.B. bei viralen Infektionen</li><li>- Gebrauch von Breitspektrumantibiotika, wenn nicht indiziert</li><li>- Falsche Dosierung</li></ul>
3. Mangelnde Infektprevention und Hygiene <ul style="list-style-type: none"><li>- Keine Isolation von Trägern multiresistenter Erreger</li><li>- Fehlendes Screening von Risikopatienten</li></ul>
4. Tiermast und Veterinärmedizin <ul style="list-style-type: none"><li>- Missbrauch von Antibiotika als Wachstumsförderer in der Tiermast</li><li>- Inadäquate, häufige Therapien von meist viralen Erkrankung</li></ul>

## Referenzen

1. Jacoby GA, Munoz-Price LS. The new beta-lactamases. The New England Journal of Medicine **2005** Jan 27;352(4):380-91.
2. Kumarasamy KK, Toleman MA, Walsh TR, et al. Emergence of a new antibiotic resistance mechanism in India, Pakistan, and the UK: a molecular, biological, and epidemiological study. The Lancet Infectious Diseases **2010** Sep;10(9):597-602.
3. Bush K, Jacoby GA. Updated functional classification of beta-lactamases. Antimicrob Agents Chemother **2010** Mar;54(3):969-76.

## Aktualisierte Resistenzdaten der Schweiz Stand 8.8.2011

### Anteil MRSA innerhalb *S.aureus*

#### Antibiotic resistance data

Due to technical reasons data from one canton (Geneva) are currently missing for the year 2009 and 2010.

Therefore data may not be comparable between years

[Definition of selection criteria](#)

[New query](#)

[Modify query](#)

[Footnotes](#)

#### Results:

**Selected Criteria:**

Microorganism: *Staphylococcus aureus*; Antibiotic: **Oxacillin**; Time interval: **2008-2010**; Region: **all**; Age: **all**; In-/outpatient: **all**; Anatomic localization: **all**; Splitted by: **in-/outpatient**

2008 (43971 samples)				
Drug, in-/outpatient	Susceptible %	Intermediate %	Resistant %	n
Oxacillin				
hospitalized	88.0	0.0	11.9	15698
outpatient	93.3	0.0	6.7	3774
	89.1	0.0	10.9	19472

2009 (45829 samples)				
Drug, in-/outpatient	Susceptible %	Intermediate %	Resistant %	n
Oxacillin				
hospitalized	90.1	0.0	9.9	15075
outpatient	92.6	0.0	7.4	4624
	90.7	0.0	9.3	19699

2010 (44964 samples)				
Drug, in-/outpatient	Susceptible %	Intermediate %	Resistant %	n
Oxacillin				
hospitalized	90.1	0.0	9.9	14104
outpatient	94.0	0.0	6.0	4420
	91.0	0.0	9.0	18524

## E.coli resistent auf 3.Gen.Cephalosporine

#### Antibiotic resistance data

Due to technical reasons data from one canton (Geneva) are currently missing for the year 2009 and 2010.

Therefore data may not be comparable between years

[Definition of selection criteria](#)

[New query](#)

[Modify query](#)

[Footnotes](#)

#### Results:

**Selected Criteria:**

Microorganism: *Escherichia coli*; Antibiotic: **Cephalosporin, 3rd generation**; Time interval: **2008-2010**; Region: **all**; Age: **all**; In-/outpatient: **all**; Anatomic localization: **all**; Splitted by: **age group**

2008 (102534 samples)				
Drug, age group	Susceptible %	Intermediate %	Resistant %	n
Cephalosporin, 3rd generation				
<15	95.7	0.3	4.0	3861
>=15	95.6	0.2	4.2	43448
	95.6	0.2	4.1	47309

2009 (112138 samples)				
Drug, age group	Susceptible %	Intermediate %	Resistant %	n
Cephalosporin, 3rd generation				
<15	96.0	0.2	3.8	3954
>=15	95.4	0.2	4.4	49125
	95.4	0.2	4.4	53079

2010 (119974 samples)				
Drug, age group	Susceptible %	Intermediate %	Resistant %	n
Cephalosporin, 3rd generation				
<15	95.6	0.2	4.2	3850
>=15	94.6	0.2	5.2	54560
	94.7	0.2	5.2	58410

## **Pflanzliche Arzneimittel sind eine Alternative zu Antibiotika:**

### **Wie die universitäre High-Tech-Forschung den Wirkmechanismus einer afrikanischen Heilpflanze entschlüsselt.**

Prof. Dr. med. Franz Daschner

Institut für Umweltmedizin und Krankenhaushygiene, Universitätsklinikum Freiburg i. Br.

Bakterien sind die ältesten und anpassungsfähigsten Lebewesen, die der liebe Gott jemals erschaffen hat. Ohne Bakterien in der Darmflora hätte Adam den Apfel der Eva nicht verdauen können. Die Sauerstoff-atmosphäre unserer Welt ist Bakterienleistung. Vor ca. drei Milliarden Jahren haben es Bakterien gelernt, Sauerstoff aus CO<sub>2</sub> zu produzieren. Bakterien haben deswegen drei Milliarden Jahre auf unserer Erde überlebt, weil sie sich allen widrigen Umständen, die die Evolution oder sehr viel später dann der Mensch ihnen bot, angepasst haben. Bakterien können praktisch alles. Die acidophilen Bakterien (pH Optimum < 5) können selbst in konzentrierter Säure leben, die unseren Körper in wenigen Stunden auflösen würden. Die alkalophilen Bakterien leben bei pH 11 - Zitronensaft hat übrigens pH 5, die endolithen Bakterien leben im Inneren von Steinen. Ja es gibt sogar radiophile Bakterien, die im Kühlwasser von Kernreaktoren prächtig gedeihen. Im zerstörten Reaktor von Tschernobyl wurden sie als schwarzer Belag an den Reaktorwänden nachgewiesen. Die Lebensdauer von Bakterien ist schier unendlich. In einem Fuldaer Steinsalzlager schliefen Bakterien 250 Millionen Jahre lang, bis Forscher sie vor einiger Zeit aus dem Tiefschlaf retten konnten.

Bakterien haben Kriege entschieden. Im amerikanischen Unabhängigkeitskrieg starben mehr Soldaten an bakteriell verursachtem Wundbrand von Schusswunden als durch direkte Kriegseinwirkung. Der Abstieg Napoleons wurde durch Bakterien eingeleitet, im Russlandfeldzug starben mehr Soldaten an Fleckfieber als während den Kämpfen.

Wir intelligenten Menschen bekriegen Bakterien mit Antibiotika und haben in unserer Hybris geglaubt, wir schaffen das auch. Tatsache aber ist, dass spätestens 6 Monate nach Einführung eines neuen Antibiotikums bereits resistente, krankmachende Keime isoliert werden. Mit Antibiotika werden wir den Kampf gegen Bakterien nie gewinnen. Deswegen suchen wir nach pflanzlichen Alternativen. Warum?



Weil alle Pflanzen seit ihrer Entstehung sich gegen die Angriffe von Bakterien, Viren und Pilzen wehren müssen. Wenn ein tausendjähriger Baum umfällt, wird er in wenigen Jahren von Bodenbakterien, Viren und Pilzen in seine Bestandteile zerlegt. Und genau die antibakteriellen Stoffe in Pflanzen, gegen die Bakterien im Laufe der Millionen Jahre keine Resistenzen entwickeln konnten, suchen wir und haben sie auch gefunden, zum Beispiel Umckaloabo®, das Naturarzneimittel aus den Wurzeln der südafrikanischen Kapland-Pelargonie. Der große Vorteil dieser Substanz ist, dass sie nicht direkt antibakteriell wirkt, sondern über die Steigerung der körpereigenen Abwehr des Menschen. So intelligent waren Bakterien bisher nicht, dass sie die körpereigene Abwehr des Menschen vollkommen ausschalten konnten.

So haben wir durch eigene Untersuchungen am Uni-Zentrum Naturheilkunde der Universitätsklinik Freiburg nachgewiesen, dass Umckaloabo die Adhäsion, also die Anheftung von Bakterien an menschlichen Schleimhautzellen, deutlich vermindert. Diese Ergebnisse wurden von Forschern der Universität Berlin kürzlich bestätigt. Außerdem konnten sie die für die Adhäsionsverminderung verantwortlichen Inhaltsstoffe des Spezialextraktes bestimmen.

Denn um eine Infektion erzeugen zu können, müssen Bakterien sich erst einmal an den Zellen anheften, bevor sie in die Zelle eindringen und sie abtöten können. Doch Umckaloabo erschwert den Bakterien zusätzlich das Eindringen in die Epithelzellen und steigert deutlich die Leistung der Makrophagen – den Fresszellen unter den Abwehrzellen.

Da 95% der Atemwegsinfekte durch Viren ausgelöst werden, sind die antiviralen Wirkungen von Umckaloabo besonders wichtig. Einerseits indirekte wie eine Karlsruher Forschungsgruppe zeigen konnte: Umckaloabo ist in der Lage die Produktion von Interferon beta, einem zentralen Botenstoff der körpereigenen Virusabwehr, innerhalb weniger Minuten deutlich zu steigern. Außerdem werden rasch so genannte natürliche Killerzellen, die in der Lage sind, Viren abzutöten, aktiviert. Andererseits besitzt Umckaloabo auch potente direkte antivirale Eigenschaften wie neue Untersuchungen von Frankfurter und Luxemburgischen Forschern zeigen konnten. Der Spezialextrakt hemmt die Vermehrung der wichtigsten Erkältungsviren und verhindert zudem die Hemmung der Neuraminidase – ein wichtiges Enzym im Vermehrungszyklus der Viren. Beide Mechanismen verhindern eine weitere Ausbreitung der Erreger im Körper. Der positive Effekt für die Patienten: der Infekt verschlechtert sich nicht, sondern geht schnell wieder zurück.

## Prof. Dr. med. et MS. Andreas Widmer Biografische Daten

### Personalien

Name: Prof. Dr. med. et MS. WIDMER Andreas Franz-Xaver  
Geburtsdatum: 19. Januar 1956  
Zivilstand: verheiratet, Vater von 4 Kindern

### UNIVERSITÄRE AUSBILDUNG

**1. Humanmedizin**                      Universität Basel, Medizinische Fakultät, 1975-1981  
1. Propädeutikum 1976  
2. Propädeutikum 1977  
3. Propädeutikum 1978  
Staatsexamen: Universität Basel, 18. Dezember **1981**  
Doktorat: Universität Basel, 18. Januar **1982**

Facharzt Innere Medizin FMH    **1990**

Facharzt Infektiologie FMH    **1999** (Schaffung und Anerkennung des neuen Facharztes unter Präsident W. Zimmerli und Sekretär A. F. Widmer)

**2. Epidemiologie**                      Universität Iowa, Iowa City, IA, USA, 1990-1992,  
Departement für Präventivmedizin,  
Abt. für Biostatistik und Epidemiologie

Master of Science                      **1992** Universität of Iowa, IA, USA  
(Schwerpunkt Epidemiologie)

Habilitation                              **1998** Innere Medizin, Universität Basel

Titularprofessur                        **2003** Innere Medizin, Universität Basel

## **MEDIZINISCHE AUSBILDUNG**

### **1. Ausbildung in Innerer Medizin**

1982	Schularzt L Trp RS 27/227 in Schwyz, Assistenzarzt
1982-1983	Institut für Pathologie der Universität Basel, Assistenzarzt
1983-1985	Chirurgische und medizinische Abt. Spital Wattwil/SG, Assistenzarzt
1986-1987	Universitätsspital Basel, Departement Innere Medizin, Assistenzarzt
1989	Universitätsspital Basel, Departement Innere Medizin, Medizinische Intensivstation, Assistenzarzt
1992-1993	Universitätsspital Basel, Departement Innere Medizin, Oberarzt

### **2. Ausbildung in Infektiologie und Mikrobiologie**

1988-1989	Universitätsspital Basel, Departement Forschung, Infektiologie (Vorsteher: Prof. F. Bühler, Leiter: Prof. W. Zimmerli) Forschungs- und Spezialassistent
1990 (3 Monate)	Universitätsspital Basel, Mikrobiologielabor (Leiter: Dr. R. Frei) Forschungs- und Spezialassistent

### **3. Ausbildung in Epidemiologie**

3/1990-7/1992	Universität Iowa, Departement für Innere Medizin, Abt. für klinische Epidemiologie (Direktor: Prof. R. P. Wenzel) und Mikrobiologielabors, Departement für Pathologie Iowa City, Iowa, USA (Direktoren: Prof. R. N. Jones, Prof. M. P. Pfaller, Prof. F. Koontz) Wissenschaftlicher Oberarzt in klinischer und mikrobiologischer Forschung
---------------	---

## **JETZIGE POSITION**

Leiter Abteilung für Spitalhygiene, Stv. Chefarzt Infektiologie  
Universitätsspital Basel, Klinik für Infektiologie & Spitalhygiene

### **Beratertätigkeit:**

- Konsiliararzt für Infektiologie, Bereich Medizin I, Universitätsspital Basel
- Konsiliararzt für Spitalhygiene, Zentralwäscherei Basel (Bardusch AG)
- Konsiliararzt für Spitalhygiene, Merian Iselin – Klinik für Orthopädie und Chirurgie Basel
- Konsiliararzt für Spitalhygiene, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
- Konsiliararzt für Spitalhygiene, Bürgerspital Basel, Reha Chrischona
- Konsiliararzt für Spitalhygiene, Felix Platter-Spital Basel
- Konsiliararzt für Spitalhygiene, Bethesda-Spital Basel
- Konsiliararzt für Spitalhygiene, REHAB Basel
- Konsiliararzt für Spitalhygiene, Vistaklinik Binningen

### **Lehraufträge:**

- Dozent für Infektiologie & Spitalhygiene an der Universität Basel, Medizinische Fakultät
- Dozent am Zahnärztlichen Institut der Universität Basel
- Dozent an der Universität Zürich: Master of Public Health (MPH) Programm

### **Mitglied folgender Fachgesellschaften**

- 1982- „Schweiz. Gesellschaft für Innere Medizin“ (SGIM).
- 1989- “American Society for Microbiology” (ASM).
- 1990-98 „Schweiz. Gesellschaft der Sanitätstruppen“
- 1991- „Schweiz. Gesellschaft für Spitalhygiene“ (SGSH)
- 1991- Gründungsmitglied der schweizerischen Arbeitsgruppe für Spitalepidemiologie: „Swiss-NOSO“, unterstützt vom Bundesgesundheitsamt (BAG), [www.swiss-noso.ch](http://www.swiss-noso.ch)
- 1992- „Society for Health Care Epidemiology“ (SHEA)  
(Amerikanische Gesellschaft für Spitalhygiene)
- 1993- „Schweiz. Gesellschaft für Infektiologie“ (SGInf)
- 1993- „Infectious Diseases Society of America“ (IDSA)
- 1993- “Hospital Infection Society” (HIS), UK
- 1995-96 „Ethikkommission“ Departement Innere Medizin  
Universitätsspital Basel
- 1996- „Epidemiologische Kommission“ der SGInf
- 1997- “European Society for Clinical Microbiology and Infectious Diseases“ (ESCMID)

### **Vorstandsmitglied folgender Fachgesellschaften**

- 1995- Vorstandsmitglied der „Schweizerischen Gesellschaft für Spitalhygiene“ (SGSH)
- 1997-00 Sekretär der „Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie“ (SGInf)
- 1997-01 Präsident der „Schweizerischen Gesellschaft für Spitalhygiene“ (SGSH)
- 1997-03 Vorstandsmitglied der „Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie“ (SGInf)
- 1997-05 Kommission Infektionsepidemiologie, Bundesgesundheitsamt  
Deutschland  
(Robert Koch-Institut, RKI), Berlin

1998-04	International advisory board, Nationale Netzwerke Infektionskrankheiten, Bundesministerium für Raumfahrt, Deutschland
2000-04	Mitglied der Swiss Task-Force für Creutzfeldt-Jakob im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Bern
2004-06	Advisory Board der "European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases" (ESCMID)
2004-	Advisory Board der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Genf, Sektion: „Patient Safety: Taskforce Handhygiene“
2006-	Fachlicher Leiter der „Task Force Vogelgrippe“, Universitätsspital Basel
2006-	Vorstandsmitglied Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e.V. D
2006-	Advisory Board "Surveillance of infections in hematological patients" (ONKO-KISS), Deutschland
2006-	Advisory Board der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Genf, Sektion: „Patient Safety: Taskforce Safe Surgery“
2009-	Vorstandsmitglied und Kassier der "European Study Group for Nosocomial Infections" (ESGNI), überwacht von ESCMID
2009	Sekretär der „Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie“ (SGInf)

### **Redaktionelle Verpflichtungen**

1993-97	Mitglied des Editorial Boards des offiziellen Publikationsorgans der amerikanischen Gesellschaft für Spitalhygiene (Society for Healthcare Epidemiology of America, SHEA) "Infection Control and Hospital Epidemiology" (ICHE)
1994-99	Editor des Bulletins der „Schweizerischen Gesellschaft für Spitalhygiene“ (SGSH)
1994-	Gründungsmitglied und Mitglied der Redaktion von „Swiss-NOSO“: Eine Beilage des Bulletins des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)
1996-05	Mitglied des Editorial Boards der Zeitschrift: „Hygiene & Medizin“, DE Mitglied der „Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene“
1997-	Wahl zum „Senior Associate Editor“ of: „Infection Control and Hospital Epidemiology“ (ICHE), das offizielle Publikationsorgan der „Amerikanischen Gesellschaft für Spitalhygiene“ (SHEA), Nashville, TN, USA
1998-01	Mitglied der "Task Force Händedesinfektion": Development of a new guideline for hand hygiene. "Centers for Disease Control and Prevention"

(CDC), Atlanta, GA, USA

- 1998- Mitglied des wissenschaftlichen Beirats des Beratungszentrums für Hygiene. Uniklinikum Freiburg (Prof. F. Daschner), Deutschland
- 1998- Associate Editor: "Clinical Infectious Diseases Opinion"  
Editor: Allan Tice, Seattle, CA, USA
- 1999-01 Board Member Journal Clinical Performance and Quality Health Care, Richmond, VA, USA
- 1999- International editorial board in: Seminars in Infection Control  
Editor: E. Wong, Richmond, VA, USA
- 1999- Mitglied des wissenschaftlichen Beirats des Robert-Koch-Instituts, Sektion: "Nosokomiale Infektionen", Deutschland
- 2005- Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der Zeitschrift: „Hygiene & Medizin“ Deutschland
- 2004- Mitglied des wissenschaftlichen Beirats des: „International Journal of Infection Control“ (IJIC), UK
- 2005- Mitglied des wissenschaftlichen Beirats des: "Medical Journal of Chinese People's Liberation Army" (Med J PLA). Editor: Prof. Zhang
- 2006-09 Scientific Affairs Officer "European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases" (ESCMID)
- 2008- Guideline Committee of the "Society for Healthcare Epidemiology of America" (SHEA)
- 2009- External affairs Committee of the "Society for Healthcare Epidemiology of America" (SHEA)
- 2010- Editorial Advisory Board des "Clinical Infectious Diseases"  
Publikationsorgan  
der "Infectious Diseases Society of America" (IDSA)
- 2010- Vertreter für ESCMID in IDSA
- 2010- "Guidelines Committee on Vertebral Osteomyelitis" (IDSA)
- 2011- Organizing Committee 1<sup>st</sup> International Conference on Prevention & Infection Control (ICPIC), Geneva, Switzerland, [www.icpic2011.com](http://www.icpic2011.com)

## Preise und Grants

1988	Travel grant to Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC), Los Angeles, CA, USA
1989	Travel grant to Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC), Houston, TX, USA
1989	Post-doc training grant for infectious diseases by Travenol Inc. (1 Jahr).
1990	Stuart travel grant to Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC), Houston, TX, USA, by the National Institute of Health, Bethesda, USA
1991	Auszeichnung für den 4. besten Poster (von 1532) vorgestellt an der Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC), Chicago, IL, USA, by The National Foundation for Infectious Diseases (NFID), USA
1991	Grant des National Institute of Health (NIH), Bethesda, USA for evaluating typing methods for <i>Staphylococcus aureus</i> . (Projektdauer 1 Jahr).
1992	Forschungspreis der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie.
1997	Forschungspreis Pfizer für Infektiologie, Klinische Forschung.
1999	Forschungspreis der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie (Koautor).
2004	Forschungspreis der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie (Koautor).



<p style="text-align: center;"><b>Prof. Dr. med. Franz D. Daschner</b>  <b>Biografische Daten</b></p>
---

**Geboren: 18.05.1940 in Regensburg**

1950-1959:	Musikgymnasium der Regensburger Domspatzen
1959-1965:	Medizinstudium in München, Stipendiat des Cusanuswerkes
1965:	Staatsexamen
1966:	Promotion, magna cum laude
1967-1969: Abt.	Wiss. Assistent an der Universitätskinderklinik in München, für antimikrobielle Therapie
1968:	amerikanisches Staatsexamen
1969-1970:	Infectious Disease Fellowship, Harvard Medical School in Boston Cedars Sinai Medical Center, University of California, Los Angeles
1970-1975:	Wiss. Assistent Universitätskinderklinik München
1975:	Habilitation für Kinderheilkunde
1976:	C3-Professur für Krankenhaushygiene am Universitätsklinikum Freiburg
1992:	C4-Professur, Direktor des Instituts für Umweltmedizin und Krankenhaushygiene am Universitätsklinikum Freiburg
	Facharzt für Kinderheilkunde, Labormedizin, medizinische Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Hygiene und UmweltmedizinWissenschaftlicher Beirat:

### **Wissenschaftlicher Beirat:**

- Infection
- European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases
- Journal of Hospital Infection
- Infection Control and Hospital Epidemiology
- Pediatrics and Related Topics, Pädiatrie und Grenzgebiete
- Vorsitzender der Walter-Marget-Vereinigung zur Förderung der klinischen Infektiologie

### **viamedica**

STIFTUNG FÜR EINE GESUNDE  
MEDIZIN

gegründet 2002  
Vorsitzender des Vorstandes  
[www.viamedica-stiftung.de](http://www.viamedica-stiftung.de)

### **550 Jahre Universität Freiburg in 2007**

seit 2005 Präsident des Jubiläumskomitees der  
Stabsstelle  
2007 der Universität zur Vorbereitung und  
Umsetzung der hochkarätigen  
Festveranstaltungen der Universität im Jahr  
2007  
[www.jubilaem.uni-freiburg.de](http://www.jubilaem.uni-freiburg.de)

### **Auszeichnungen:**

- B.A.U.M. - Umweltpreis 1993 (Bundesdeutscher Arbeitskreis für Umweltbewußtes Management)
- Ökomanager des Jahres 1998, Sonderpreis Wirtschaftsmagazin Capital und der Umweltstiftung WWF-Deutschland
- Deutscher Umweltpreis 2000 der Deutschen Bundesstiftung Umwelt
- Bundesverdienstkreuz am Bande 2002
- Universitätsmedaille 2008
- Deutscher Solarpreis 2008
- Gertrud Luckner Medaille der Stadt Freiburg 2011

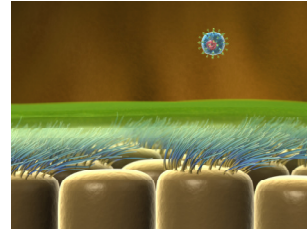
## PR-Bildmaterial



Prof. Dr. med. F. Daschner



Prof. Dr. med. et MS. A. Widmer



Schutzfilm



Pelargonium sidoides\_01



Pelargonium sidoides\_02



Pelargonium sidoides\_03



Pelargonium sidoides\_04



PS\_Umckaloabo\_D



PS\_Kaloba\_D  
Kassenzulässig

Kontakt:  
SCHWABE Pharma AG  
Erlistrasse 2  
6403 Küssnacht a.R.  
Tel. 041 854 18 60  
[info@schwabepharma.ch](mailto:info@schwabepharma.ch)  
[www.schwabepharma.ch](http://www.schwabepharma.ch)