

## PRESSEINFORMATION

### PROGRAMM UND ABSTRACTS

10. ULMER SYMPOSIUM  
KRANKENHAUSINFEKTIONEN  
EPIDEMIOLOGIE  
HYGIENEMAßNAHMEN  
ANTIBIOTIKATHERAPIE

19. – 22. MÄRZ 2013

### ECKDATEN:

127 REFERENTEN  
> 50 INDUSTRIEAUSSTELLER  
750 – 800 TEILNEHMER

# **ALLGEMEINE HINWEISE**

## **VERANSTALTER**

Universitätsklinikum Ulm in Zusammenarbeit mit den Fachgruppen „Krankenhaushygiene“ und „Klinischer Mikrobiologie und Infektiologie“ der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie /DGHM) sowie der Dt. Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH).

## **TAGUNGSLEITUNG**

Prof. Dr. S. Stenger  
Prof. Dr. H. von Baum  
Institut für Med. Mikrobiologie und Hygiene

## **TERMIN**

19. – 22. März 2013

## **KONGRESS-SEKRETARIAT**

Prof. Dr. H. von Baum  
M. Santic  
Sektion Klinikhygiene  
Institut für Med. Mikrobiologie und Hygiene, Universitätsklinikum Ulm  
Tel.: ++49-(0)731-500-65351  
Fax.: ++49-(0)731-500-65349  
Mail:  
[heike.von-baum@uniklinik-ulm.de](mailto:heike.von-baum@uniklinik-ulm.de)  
[monika.santic@uniklinik-ulm.de](mailto:monika.santic@uniklinik-ulm.de)

## **KONGRESS-HOMEPAGE**

<http://www.uniklinik-ulm.de/hygienesymposium>  
Gestaltung: Dipl.-Dok. (FH) S. Werner-Belak

## **INDUSTRIEAUSSTELLUNG**

20./21.03.13: ab 09.00 Uhr im Foyer des ESH  
22.03.13: ab 08:30 Uhr im Foyer des ESH  
Anmeldung: Edwin-Scharff-Haus, Frau Reiner/Frau Fetzer  
Silcherstr. 40, D-89231 Neu-Ulm  
[www.esh.neu-ulm.de](http://www.esh.neu-ulm.de)  
Tel.: ++49-(0)731-7050-5051/5053  
Fax.: ++49-(0)731-7050-5051/5053

## GRUSSWORT

Sehr geehrte KongreßteilnehmerInnen,

wir freuen uns, Sie zum Ulmer Symposium „Krankenhausinfektionen“ im Edwin-Scharff-Haus in Neu-Ulm zu begrüßen. Diese Veranstaltung hat sich inzwischen als überregionaler Kongress zum Thema „Krankenhaushygiene und Prävention“ etabliert und feiert dieses Jahr mit dem 10. Symposium ein kleines Jubiläum.

Auch im Rahmen der diesjährigen Veranstaltung finden Sie eine Vielzahl von Angeboten, um sich praxisnah, wissenschaftlich fundiert und aktuell zu den Themen „Hygiene, Mikrobiologie und Infektiologie“ zu informieren. Besonderer Stellenwert wird 2013 den multiresistenten Erreger eingeräumt, u.a. mit der Vorstellung und Diskussion der aktuellen Empfehlungen der KRINKO. Nachwuchswissenschaftler haben die Gelegenheit Ihre Arbeiten in einer eigenen Session vorzustellen, in deren Rahmen drei herausragende Arbeiten mit einem Reisestipendium honoriert wurden (U 35). In zahlreichen weiteren Workshops werden die vielen Facetten der modernen Krankenhaushygiene und Prävention diskutiert.

Den Festvortrag hält Prof. Dr. em Franz Daschner, der auf 30 Jahre „Lust und Frust im Dienste der Krankenhaushygiene“ zurückblicken wird. Im Anschluss an den Festvortrag freuen wir uns, mit Ihnen gemeinsam auf den Jubiläumskongreß anstoßen zu können.

Unser besonderer Dank gilt den vielen Teilnehmern der Industrie, die uns substantziell bei der Durchführung der Veranstaltung unterstützen. Bitte nutzen Sie das Symposium auch dazu, das Beratungs- und Informationsangebot der Aussteller wahrzunehmen.

Wir wünschen Ihnen allen einen angenehmen, informativen und erfolgreichen Aufenthalt.

Ihre

Prof. Dr. Steffen Stenger

Prof. Dr. Heike von Baum

# PROGRAMMÜBERSICHT

**DIENSTAG, 19.03.2013**

	Großer Saal	Kleiner Saal	Studio Stuttgart	Studio München
13:30 – 17:00 Uhr				Netzwerk- und Arbeitsgruppentreffen

**MITTWOCH, 20.03.2013**

	Großer Saal	Kleiner Saal	Studio Stuttgart	Studio München
9:00 – 10:30 Uhr	Händehygiene	KRINKO: Aufbereitung von Medizinprodukten	Herausforderungen beim Krankenhaus - Neubau	
Kaffeepause				
11:00 – 12:30 Uhr	VRE – Patienten isolieren?	Trinkwasserhygiene	Tuchreinigungssysteme	Das RKI stellt sich vor
Mittagspause			13.00 – 13.30 Aufbereitung in der Endoskopie	
14:00 – 15:30 Uhr	Hygiene in der Intensivmedizin	Mensch und Tier	Desinfektion	
Kaffeepause				
16:00 – 17:30 Uhr	Freie Vorträge I: Noro, C.diff, MRE	Freie Vorträge II: MRE	Freie Vorträge VI: Aus dem klinischen Alltag	

Symposien, die mit freundlicher Unterstützung der Industrie stattfinden

**DONNERSTAG, 21.03.2013**

	Großer Saal	Kleiner Saal	Studio Stuttgart	Studio München
7:30 – 8:30 Uhr				<b>Breakfast-Session: Getting published für HFKs</b>
9:00 – 10:30 Uhr	<b>KRINKO: Multiresistente gramnegative Erreger</b>	<b>Technische Hygiene</b>	<b>Aktuelle Infektiologie: Hygieneprobleme in speziellen Bevölkerungsgruppen</b>	
<b>Kaffeepause</b>				
11:00 – 12:30 Uhr	<b>Multiresistente gramnegative Erreger im klinischen Alltag</b>	<b>Wasserhygiene - nicht nur im Krankenhaus</b>	<b>KISS</b>	
<b>12.30 – 13.30 PRESSEKONFERENZ IM KONFERENZRAUM</b>				<b>13.00 – 13.30 Uhr Lunchsession: Was ist dran am Kupfer?</b>
14:00 – 15:30 Uhr	<b>Hygiene in der Dialyse</b>	<b>Neues vom MRSA?</b>	<b>Freie Vorträge IV: Aus der Praxis</b>	
<b>Kaffeepause</b>				
16:00 – 17:30 Uhr	<b>Freie Vorträge III: Desinfektion und Aufbereitung</b>	<b>U 35 - Stipendiaten</b>		<b>Workshop: Hygiene leichter leben</b>
18:00 Uhr		<b>Festvortrag: 30 Jahre Hygiene Lust und Frust</b>		

Symposien, die mit freundlicher Unterstützung der Industrie stattfinden  
 Veranstaltungen in Kooperation mit der DGKH

**FREITAG, 22.03.2013**

	<b>Großer Saal</b>	<b>Kleiner Saal</b>	<b>Studio Stuttgart</b>	<b>Studio München</b>
<b>08.30:00 – 10:00 Uhr</b>	<b>Lebensmittelhygiene</b>	<b>Hygiene im Rettungsdienst</b>	<b>Freie Vorträge VII: Medizinprodukte</b>	
<b>Kaffeepause</b>				
<b>10:30 – 12:00 Uhr</b>	<b>MRE in der Neonatologie</b>	<b>Injektionen und Punktionen</b>	<b>Freie Vorträge V: Hygiene Überregional</b>	
<b>Ende des „10. Hygienesymposium Krankenhausinfektionen“</b>				

# ABSTRACTS ZU DEN VORTRÄGEN

## MENSCH & TIER: DAS ZONOTISCHE RESERVOIR DER ANTIBIOTIKARESISTENZ

---

V-038

### Ökologie der Antibiotikaresistenz

*Prof. Dr. Wolfgang Witte*

Robert Koch Institut, Wernigerode

Bakterien entwickeln Resistenz gegen Antibiotika entweder durch Resistenzmutation(en) oder durch Aufnahme von Resistenzgenen. Resistenzmutationen können das Target des Wirkstoffes betreffen (z.B. Resistenz gegen Fluorchinolone), für die Verhinderung seiner Aufnahme durch die äußere Membran der Gram-neg. Bakterien sorgen (z.B. Verlust oder Veränderung der äußeren Membran und Carbapenemresistenz bei *P.aeruginosa* und *K.pneumoniae*) sowie Effluxmechanismen aktivieren (bei *P.aeruginosa* und bei *A.baumannii*).

Neben diesem intrinsischen Resistom ist es vorrangig der Erwerb von Resistenzgenen, der zur Resistenz führt. Bis auf wenige Ausnahmen stammen Resistenzgene aus den Mikrobiomen der Umwelt und gelangten nach Mobilisierung durch mobile genetische Elemente in Bakterien, die bei Menschen und Tieren als Besiedler und als Infektionserreger verbreitet sind.

Diese genetischen Vorgänge laufen mit geringer Häufigkeit immer ab, entscheidend dafür, ob es zur weiteren Resistenzentwicklung kommt, ist der Selektionsdruck durch den Antibiotikaeinsatz in der Human- und Veterinärmedizin.

Wie in einer Reihe von Studien mit Hilfe der molekularen Typisierung und mit Resistenzgen-Nachweisen gezeigt wurde, kommunizieren Umwelthabitate sowie die Mikrobiome von Menschen und Tieren bezüglich der Verbreitung von Antibiotikaresistenz-Genen auf vielfältige Weise. Sichtbar wird dies vor allem in Zentren des hohen antibiotischen Selektionsdruckes wie z.B. Krankenhäusern und Anlagen der konventionellen (industriemäßigen) Tiermast.

Wichtige Beispiele sind:

- die *sat*-Gen kodierte Streptothricinresistenz bei Gram-neg. Bakterien, die nach der Einführung von Nourseothricin als Masthilfe in der ehemaligen DDR weit verbreitet war.- die *vanA*-Gen kodierte Glykopeptidresistenz bei *E.faecium*, hier hatte der Einsatz des Glykopeptids Avoparcin als Masthilfe bis 1997 in den meisten Staaten der EU für die weite Verbreitung gesorgt.

- der Erwerb von CTX-M- ESBL der Enterobacteriaceae aus dem Umweltbakterium *Kluyvera* spp. Es ist wahrscheinlich, dass aus der konventionellen Geflügelmast *bla*CTX-M-1 auch auf *E.coli* als Infektionserreger beim Menschen übertragen wird. - für das die übertragbare Linezolidresistenz kodierende *cfr*-Gen (Kreuzresistenz gegen Florfenicol und gegen Pleuromutiline) gelten Koagulase-negative Staphylokokken der Masttiere als Reservoir.

Neben der Übertragung von Resistenzgenen ist auch eine wechselseitige Übertragung von multiresistenten Erregern möglich, wenn bestimmte Sub-Populationen (klonale Komplexe) eine geringe Wirts-Spezifität in Bezug auf die Makroorganismen besitzen. Aktuelles Beispiel sind Livestock-assoziierte MRSA.

---

V-039

### MRSA von Haus- und Nutztieren als Besiedler und Infektionserreger beim Menschen

*Dr. Christiane Cuny*

NRZ für Staphylokokken und Enterokokken, Robert Koch Institut, Bereich Wernigerode

Seit den letzten Jahren häufen sich MRSA-Nachweise bei hospitalisierten Tieren als Infektionserreger und kolonisieren als Livestock-assoziierte MRSA (LA-MRSA) konventionell gehaltene Nutztiere. Untersuchungen ergaben, dass Menschen mit beruflicher Exposition gegenüber LA-MRSA CC398 zu 77-86% nasal kolonisiert waren, eine Transmission auf den nichtexponierten Familienkreis ist selten. Das Ausmaß der Kolonisation korreliert stark mit der Exposition; die Nachweishäufigkeit von LA-MRSA steigt proportional zur Bestandsgröße und den Antibiotikagaben in diesen Anlagen. Dass *S. aureus* nicht zur natürlichen Besiedlungsflora von Schweinen zählt, zeigen Untersuchungen an Wildschweinen mit nur einem

Nachweis und belegen Untersuchungen auf 24 Farmen mit alternativer Schweine-Haltungsform und negativem MRSA-Nachweis. Mit der Untersuchung von Auftauwasser konventionell gehaltener Masthähnchen konnte ein weiterer Expositionsweg aufgedeckt werden. Diese MRSA-Nachweise stellen bei unzureichender Küchenhygiene ein zusätzliches Potential für den Erwerb einer Kolonisation bzw. bei Vorliegen von Risikofaktoren für den Erwerb einer Haut-Weichgewebeeinfektion dar. Bisher vor allem als nasale Besiedler verbreitet, können LA-MRSA auch als Verursacher tiefergehender Haut-Weichgewebeeinfektionen in Erscheinung treten. Der anteilige Nachweis für MRSA CC398 als Ursache von Infektionen außerhalb der Krankenhäuser für die Jahre 2007 - 2011 lag bei 17%. Die Ausstattung mit zusätzlichen Virulenz-assoziierten Genen deutet auf die Adaptation an den Menschen hin. Der Anteil von LA-MRSA an MRSA aus nosokomialen Infektionen lag 2011 bei 2,2%. Die Ausbreitung im Krankenhaus selbst erfolgt bisher selten, womit sie sich noch wesentlich in ihrer epidemischen Potenz bezüglich der Verbreitung von Mensch zu Mensch von epidemischen HA-MRSA unterscheiden. In einer Stichprobe von Isolaten aus Blutkulturen aus dem gesamten Bundesgebiet lag der anteilige Nachweis von LA-MRSA an allen MRSA im Jahr 2011 bei 1,7%. Der Anteil an LA-MRSA nimmt deutschlandweit signifikant zu, wie im Rahmen des Netzwerks EUREGIO MRSA-net im münsterländischen Raum an einem prästationären Aufnahmescreening gezeigt werden konnte. Die häufigsten Nachweise wurden in nutztierdichten Regionen erbracht. Aufmerksamkeit erfordert die zwischen Staphylokokken übertragbare Resistenz gegen Linezolid, welche bei Staphylokokken von Tieren seit längerem bekannt ist.

Bemerkung: Unsere Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit eines prästationären Aufnahmescreenings für MRSA, um ein weiteres Einbringen in Krankenhäuser zu verhindern und das Erfordernis einer klinisch-mikrobiologischen Diagnostik insbesondere von Isolaten aus tiefergehenden Haut-Weichgewebeeinfektionen.

---

## V-041

### Alternativen zur konventionellen Tiermast

*Jochen. Dettmer*

Bundesgeschäftsführer Neuland e.V., Belsdorf

1. Die konventionelle Tierhaltung ist heute durch ein hohes Leistungsniveau gekennzeichnet.
2. Hohe Milchleistungen, hohe tägliche Zunahmen bei der Fleischproduktion und z.B. hohe Ferkelzahlen bei Sauen bringen Tierschutz und Tiergesundheitsprobleme mit sich.
3. Wissenschaftliche Untersuchungen haben dies mehrfach belegt. So weißt die Deutsche Agrarforschungsallianz in ihrer Strategie zur Nutztierhaltung auf eine Vielzahl von Problemen in der Nutztierhaltung hin. Ebenso beschreibt der Niedersächsische Tierschutzplan des Niedersächsischen Landwirtschaftsministeriums ca. 40 Tierschutzprobleme, die es zu lösen gilt.
4. Intensive, teilweise industrialisierte Tierhaltungsverfahren führen systembedingt zu Tiergesundheitsproblemen, auf die mit hohem Antibiotikaeinsatz reagiert wird. Insbesondere im Mastgeflügelbereich wird deshalb Antibiotika oft als Prophylaxe eingesetzt, da eine Einzeltierbehandlung nicht möglich ist.
5. Untersuchungen aus NRW und Niedersachsen dokumentieren das hohe Einsatzniveau von Antibiotika in der Geflügelmast.
6. Alternative Haltungssysteme zeigen, dass es auch ohne Antibiotikaeinsatz geht, bzw. dass der Antibiotikaeinsatz erheblich reduziert werden kann.
7. Neben den baulichen Voraussetzungen ist auch die Zuchtauswahl und das Management eine wichtige Voraussetzung zur Reduzierung des Antibiotikaeinsatzes.
8. Das NEULAND-Qualitätsfleischprogramm aus besonders tiergerechter Haltung ist seit über 20 Jahren ein gutes Beispiel für eine alternative Tierhaltung.
9. Die flächendeckende Reduzierung des Antibiotikaeinsatzes in der Nutztierhaltung ist nur dann machbar, wenn sich die Tierhaltungsverfahren wesentlich verändern.
10. Dazu muss das Ordnungsrecht geändert werden. (Tierschutzgesetz, Baurecht, Arzneimittelgesetz) und durch eine andere Förderpolitik Anreize für eine Umstellungen gegeben werden. (Stärkung der 2. Säule der EU-Direktzahlungen)
11. Auf dem Markt müssen durch Kennzeichnungsregelungen die Voraussetzungen geschaffen werden, dass der/die Verbraucher/Innen, entscheiden können. Das zweistufige Tierschutzlabel des Deutschen Tierschutzbundes ist ein erster Schritt in diese Richtung.

# HYGIENE IM RETTUNGSDIENST

Vorsitzender: Prof. Dr. Walter Popp, Universitätsklinikum Essen

---

V-113

## Schnittstelle Rettungsdienst: - Übergabe eines Infektiösen Patienten an das aufnehmende Krankenhaus

V. Wilken<sup>1</sup>, D. Oberndörfer<sup>1</sup>, R. Gottschalk<sup>2</sup>, E.-J. Finke<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Branddirektion Frankfurt, Frankfurter Institut für Rettungsmedizin & Notfallversorgung, <sup>2</sup>Amt für Gesundheit Frankfurt, <sup>3</sup>München

Einleitung: Außerhalb der Patientenversorgungs- und Pflegeeinrichtungen haben neben den Angehörigen, die Mitarbeiter/innen des Rettungsdienstes (Notfall- und notärztliche Versorgung sowie Krankentransport) Kontakt zu Infektionskranken.

Auf der Grundlage des Arbeitsschutzes und der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers gibt es auch im Rettungsdienst, zum Schutz des eingesetzten Personals, Vorgaben zur Schutzkleidung und zu Präventivmaßnahmen. Potentiell kann jeder vom Rettungsdienst versorgter und/ oder transportierte Patient an einer Infektionskrankheit leiden. Aus diesem Grund trägt das Rettungsdienstpersonal eine persönliche Schutzkleidung, Einmalhandschuhe und anlassbezogenen Mund-Nasenschutz und Schutzbrille. Ist eine Infektionskrankheit bekannt, kommen Schutzkittel oder Schutzoverall hinzu. Dies ist notwendig um die persönliche Schutzkleidung vor Kontamination zu schützen und die schnelle Herstellung der Einsatzbereitschaft zu gewährleisten. Immer wieder kommt es, bei der Übergabe von Patienten mit Infektionskrankheiten, zu Gesprächen zwischen dem Klinik- und Rettungsdienstpersonal über Schutzkleidung. Aus Sicht der Klinik ist die Schutzstufe der Schutzkleidung des Rettungsdienstpersonals unangemessen hoch. Umgekehrt hält das Rettungsdienstpersonal die Schutzstufe der Schutzkleidung des Klinikpersonals für nicht ausreichend. Da Klinik und Rettungsdienst unterschiedliche Ausgangslagen haben, soll der Vortrag Hintergründe aufzeigen und so gegenseitig Verständnis wecken. Dies wird Anhand von Beispielen aus der Einsatzpraxis verdeutlicht.

---

V-114

## Generische Einsatzplanung bei biologischen Lagen versus Influenza-Pandemieplan

D. Oberndörfer<sup>1</sup>, V. Wilken<sup>1</sup>, R. Gottschalk<sup>2</sup>, E.-J. Finke<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Branddirektion Frankfurt, Frankfurter Institut für Rettungsmedizin & Notfallversorgung, <sup>2</sup>Amt für Gesundheit Frankfurt, <sup>3</sup>München

Einleitung: Nach dem 11. September 2001 und während des Irakkriegs 2003 wurde die Gefährdung der Bevölkerung durch mögliche terroristische Anschläge mit biologischen Agenzien, insbesondere Milzbrandsporen und Pockenviren, neu bewertet. Hinzu kamen Befürchtungen dass sich neu auftretende Krankheitserreger, wie SARS-Corona-, Influenza A (H5N1)- und neue Influenza A (H1N1)-Shiftvarianten pandemisch ausbreiten könnten.

Eine wichtige zentrale Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdiensts (ÖGD) auf regionaler und nationaler Ebene ist der Schutz der Bevölkerung vor Seuchen. Daher wurden am RKI die bund-/ länderübergreifende Expertengremien beauftragt, entsprechende Notfall- (z. B. für Pocken) und Influenzapandemie-Pläne gemäß der Vorgaben der WHO zu erarbeiten.

Status-Quo: Wie die Erfahrungen aus der Influenzapandemie 2009/2010 zeigten, haben sich zumindest die existierenden Influenzapandemie-Pläne des ÖGD weitgehend bewährt. Allerdings offenbarte der EHEC/HUS-Ausbruch im Spätfrühjahr 2011 auch erhebliche Defizite. Sowohl in der Früherkennung und Labordiagnostik außergewöhnlicher Seuchengeschehen (ASG) als auch in der raschen fachgerechten Risikoanalyse und -kommunikation. Diese gilt es, bei der künftigen Gestaltung generischer Alarm- und Einsatzpläne zu berücksichtigen. Das Problem ist, dass die Bereitstellung von geeignetem Personal und Mitteln für das Management, die medizinische Versorgung im Falle einer ernststen biologischen Gefahr nicht zur Routinetätigkeit, im ambulanten, präklinischen und stationären Bereich, gehört. Im Krisenfall müssen je nach Lage die richtigen Ansprechpartner kontaktiert, informiert und eingebunden werden. Erregerbezogene Pläne, wie z. B. der Influenzapandemie-Plan, sind zu spezifisch und können selten auf andere biologische Agenzien angewendet werden. Ein generischer Einsatzplan mit klarer Führungsorganisation, einer aktuellen Risikokommunikation und vorbereiteten, gelebten Krisenkommunikation, kann die Reaktionszeit des ÖGD und damit die Bereitstellungszeit des Personals, deutlich verkürzen. Einheitliche Informationen an betroffene Patienten, Angehörige, das Personal und die Bevölkerung können die Akzeptanz von Maßnahmen erhöhen.

Dazu wurde es notwendig, die verschiedenen existierenden Einsatz- und Pandemiepläne zu vergleichen, um mögliche Überschneidungen/ Synergien/Rationalisierungseffekte nachzuweisen und ein generisch ausgerichtetes Management für einen "Master"-Plan zu entwickeln.

Eine Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertretern des Robert Koch-Instituts (RKI), des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), des Friedrich-Löffler-Instituts (FLI), der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Notfallvorsorge und Katastrophenschutz Berlin (SenGUV), des Sanitätsdienstes der Bundeswehr (SanDBw) sowie der Bereiche ÖGD und Gefahrenabwehrplanung haben im Frühjahr 2011 den Entwurf für einen generischen Einsatzplan "Biologische Lagen" erstellt.

Annahmen die dem generischen Plan zugrunde liegen:

- Infektions- und epidemische Prozesse nach einer natürlichen, akzidentiellen oder gezielten Exposition empfänglicher Populationen gegen ein biologisches Agens laufen weitgehend identisch ab. Sie können aber hinsichtlich der Dynamik des Krankheits- bzw. Epidemie Verlaufs, der Eintrittspforte und klinischen Manifestation, d. h. quantitativ und qualitativ, differieren.

- Die überwiegende Zahl der natürlich vorkommenden und als potenzielle biologische Agenzien betrachteten Krankheitserreger verursachen in der Initialphase unspezifische klinische Syndrome, die eine frühzeitige Erkennung biologischer Gefahrenlagen erschweren.

- Nicht ausreichend untersuchte Zoonose

- Eine biologische Gefahrenlage wird daher erst, im Falle von unerwartet auftretenden, ungewöhnlichen Krankheits- oder Todesfällen und beim Ausbruch oder einer Epidemie durch eine endemische, neu oder wieder

auftretende übertragbare Krankheit, bei der eine Gefahr für die Allgemeinheit oder eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite droht, anzunehmen sein.

Die generische Einsatzplanung für das Management und zur medizinischen Versorgung bei biologischen Lagen hängt dann im Wesentlichen von folgenden Faktoren ab:

- Anzahl und Lokalisation der Patienten

- Empfänglichkeit (Alter, Geschlecht, Risikogruppen)

- Dynamik der Entwicklung der Patientenzahlen (beachte auch Sekundärepidemien bei  $R > 1,0$ )

- Anteil an Patienten in den einzelnen Sichtungskategorien

- Therapeutischen Anforderungen gemäß klinischem Bild (z. B. Beatmung, Dialyse etc.)

- Potenziellen Ansteckungsfähigkeit der jeweiligen Krankheit

- Therapeutische und prophylaktische Möglichkeiten nach der Identifizierung des Agens.

Schlussfolgerung: Der ÖGD in der Bundesrepublik ist gut aufgestellt. Die Implementierung eines generischen Einsatzplanes in das Gesundheits-, Gefahrenabwehr- und Katastrophenschutzsystem der Länder ist eine große Herausforderung aber, im Hinblick auf die potentielle Gefahr, dass neben der Influenza, Epidemien und/oder Pandemien hervorgerufen durch andere Erreger auftreten werden, unabdingbar. Die reibungslose Zusammenarbeit in der Krise kann nur durch einen generischen Einsatzplan strukturiert gemanagt und durch ständige Übungen aller Beteiligten erreicht werden. Hier gilt es Alle mit ihrem Aufgabenbereich in das Gesamtsystem einzubinden!

Die Verwendung eines generischen Einsatzplanes auf allen Ebenen bis zur politischen Spitze muss gelebt und die Bevölkerung durch Aufklärung auf die Abläufe vorbereitet werden.

---

## V-115

### Analytische Task Force Biologie

Jörg Spors

Berufsfeuerwehr Essen

Zur Identifizierung und zur Abwehr von chemischen oder radiologischen Gefahrenlagen sind durch Bund und Länder in Deutschland sogenannte Analytische Task Forces Chemie (ATF-C) als Ergänzungseinheiten eingerichtet. Die ATF werden durch das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) koordiniert, ausgebildet und zum Großteil materiell ausgestattet. Sie ergänzen die bestehenden Strukturen des CBRN-Schutzes, wie z.B. die ABC-Erkundungskraftwagen, die flächendeckend in Deutschland stationiert sind. Um auch Spezialeinheiten zur umfassenden Bewältigung von biologischen Gefahrenlagen zu etablieren, ist das BBK mit der Entwicklung von Einheiten der Analytischen Task Force Biologie (ATF-B) beauftragt. Im Rahmen eines Pilotprojektes sollen die künftigen Aufgaben, die personellen Voraussetzungen sowie die erforderlichen Spezialgeräte, Labore und Fahrzeugtechnik einer ATF-B festgelegt werden. Die ATF-B soll in der Lage sein, vor Ort und mobil biologische Stoffe zu identifizieren und bei einer Gefährdungsbeurteilung zu unterstützen. Dies umfasst unter anderem die Probenahme und den Probentransport, das Aufspüren und Identifizieren biologischer Stoffe aus Verdachtsproben oder in Schadensgebieten, die Erarbeitung von Gegenmaßnahmen (z.B. Dekontamination) und die Unterstützung bzw. Beratung des Einsatzleiters vor Ort. Im Jahr 2012 wurden zwei Pilotstandorte anhand von besonderen Kriterien und Anforderungen ausgewählt, die in Zusammenarbeit mit einer Vielzahl von kompetenten

Beteiligten, die Grundlagen für die Aufstellung und Etablierung einer ATF-B entwickeln sollen. Neben dem Landeskriminalamt Berlin wurde die Berufsfeuerwehr Essen als Pilotstandort ausgewählt. Die Pilotstandorte arbeiten eng mit dem Robert-Koch-Institut (Pilotstandort Berlin) und dem Universitätsklinikum Essen (Pilotstandort Essen) zusammen.

Der Bund sieht zukünftig vier Standorte für eine Analytische Task Force Biologie (ATF-B) vor. Eine große Herausforderung in dem Pilotprojekt ist die Erprobung von spezieller Technik zur Detektion und Identifikation biologischer Stoffe vor Ort, da diese Technik noch nicht so weit entwickelt und verbreitet ist, wie z.B. Technik zur Identifizierung und Detektion chemischer Stoffe. Das Projekt ATF-B wird durch eine aus Fachleuten bestehende Arbeitsgruppe begleitet. Die bereits in Deutschland reaktionsfähigen und etablierten ATF-C Standorte bringen ebenfalls ihre Kenntnisse und Erfahrungen in das Projekt ein.

Einsatzlagen der zukünftigen ATF-B Einheiten werden besondere biologische Gefahrenlagen sein, wie z.B. absichtlich ausgebrachte biologische Stoffe (z.B. bioterroristische Gefahrenlagen). Die ATF-B wird mit anderen Behörden, Organisationen und Einrichtungen eng zusammen arbeiten (z.B. Gesundheitsbehörden) und ihre Fachkompetenz und Spezialausstattung den Einsatzkräften vor Ort zur Bewältigung einer biologischen Gefahrenlage im Rahmen der überörtlichen Amtshilfe zur Verfügung stellen.

## RAHMENPROGRAMM

### Kunstaussstellung „Infektiös“



Das Haus der Wissenschaft Braunschweig und das Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung haben erstmals gemeinsam einen Fotowettbewerb ausgeschrieben. Ziel war es, wissenschaftliche Inhalte so anschaulich und bildhaft wie möglich zu vermitteln. Die Ergebnisse sind in der Ausstellung während des 10. Ulmer Symposiums „Krankenhausinfektionen“ zu sehen.

### Schnellzeichner und Karikaturist Uwe Kolkmeier

Als Erinnerung an den Kongress können Sie sich von Herrn Uwe Kolkmeier am Messestand der Firma Cepheid (Stand-Nr. 25) portraitieren lassen.

Weitere Informationen zur Person Uwe Kolkmeier und seinen Arbeiten:  
<http://www.kolkmeier-karikaturen.de/schnellzeichner.htm>.

## U35 – Stipendiaten

DR. D. EIBACH



Daniel Eibach studierte Medizin an der Universität Mainz. Er arbeitete als Assistenzarzt am Institut für Tropenmedizin der Universität Tübingen, leitete als Mitarbeiter bei „Ärzte ohne Grenzen“ ein HIV/TB Programm im Norden Liberias und komplettierte seine tropenmedizinische Weiterbildung mit dem DTM&H an der Mahidol University in Bangkok, Thailand. Anschließend absolvierte er seine Facharztausbildung für Mikrobiologie am Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene der Medizinischen Hochschule Hannover, wo er sich wissenschaftlich mit dem pulmonalen und intestinalen Mikrobiom, sowie mit epidemiologischen Studien an *Helicobacter pylori* in Kamerun beschäftigte. Seit 2011 ist er an der Universität Lyon als Fellow des „European Public Health Microbiology Programme“ (EUPHEM) des European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) tätig. Hier untersucht er Surveillance Systeme sowie Krankheitsausbrüche in und außerhalb des Krankenhauses. Außerdem führt er epidemiologische Studien zu invasiven Meningokokken-Erkrankungen in Saudi Arabien und klinische Malariastudien in Guyana und Mali durch.

DR. RER. NAT. S. GEMEIN



Frau Dr. rer. nat. Stefanie Gemein studierte Biologie an der Friedrich-Wilhelms-Universität in Bonn mit dem Schwerpunkt Molekular- und Mikrobiologie. Mit dem steten Interesse zur Fachrichtung der Medizin absolvierte sie ihre Diplomarbeit am Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit des Universitätsklinikums Bonn bei Herrn Prof. Dr. med. M. Exner unter Leitung von Herrn Dr. rer. nat. J. Gebel. Im Rahmen dieser Arbeit führte sie die phylogenetische Bestimmung von Trinkwasser-Biofilmen durch und etablierte unter anderem ein Nachweissystem zur Detektion von *Helicobacter pylori*. Seit 2006 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Desinfektionsmitteltestung des Hygiene Instituts und der Geschäftsstelle des Verbundes für Angewandte Hygiene e.V. (VAH) in Bonn. Schwerpunkt ihrer Forschungsarbeit ist dort die sporizide Wirksamkeitsprüfung von Desinfektionsmittelverfahren. Sie promovierte 2011 zu diesem Thema und konnte ein Testverfahren zur Prüfung sporizider Flächendesinfektionsmittel mit dem Schwerpunkt *Clostridium difficile* Ribotyp 027 etablieren. Neben der Betreuung diverser wissenschaftlicher Studien im Bereich der Desinfektionsmitteltestung, der manuellen und maschinellen Aufbereitung bzw. Reinigung, fallen auch stets Untersuchungen aktueller krankenhausesrelevanter Fragestellungen in den Betreuungsbereich von Frau Dr. Gemein. Beim VAH ist sie seit 2009 ständiger Gast als Protokollführerin in der Desinfektionsmittel-Kommission und ist unter anderem für die Organisation von Ringversuchen verantwortlich. Des Weiteren engagiert sie sich in nationaler und europäischer Normungsarbeit. Seit 2006 ist sie als Mitarbeiterin in der Sporizidal Task Group des CEN TC 216 tätig und wurde 2010 als Mitarbeiterin im Deutschen Institut für Normung (DIN) im Arbeitsausschuss Chemische Desinfektionsmittel und Antiseptika in der Humanmedizin (NA 063-04-07 AA) aufgenommen.

Aktuell arbeitet sie intensiv an der Etablierung sporizider Testverfahren in der Working Group 1 des CEN TC 216.

Frau Dr. Gemein ist verheiratet und seit Dezember 2011 Mutter einer Tochter.

DR. S. WERNER



Im Rahmen seiner fachärztlichen Weiterbildung bei Herrn Prof. Dr. Wilhelm ist er in der Hälfte seiner Zeit am Hygieneinstitut Bochum auch als beratender Krankenhaushygieniker am Universitätsklinikum Marienhospital Herne (575 Betten) tätig.

Neben der universitären Lehre beteiligt sich Herr Dr. Werner auch durch eigene Kurse an der fachlichen Qualifikation von Hygienebeauftragten in der Pflege, Hygienebeauftragte Ärzte und Hygienefachkräften.

Neben der Lehrtätigkeit bestehen seine Aufgaben und Mitarbeit auch in der Leitung des krankenhaushygienischen Labors / stellv. Leitung Wasserlabor, umweltmedizinischen Ambulanz, sowie der reisemedizinischen Impfsprechstunde.

Ein weiteres Anliegen seinerseits ist die aktive Tätigkeit in der Fachgesellschaft (DGKH). Zurzeit als ständiger Gast in der Fachkommission „Hygienische Sicherheit medizinischer Produkte und Verfahren“, Mitglied der Sektion „Krankenhausbau und technische Hygiene“, sowie Gast und Mitarbeit in verschiedenen Methodengruppen zur Reinigungsleistungsnachweisen in der Aufbereitung von Medizinprodukten. Zukünftig ist auch ein vermehrtes Engagement in der Sektion „Reinigung und Desinfektion“ der DGKH geplant.

Auch in der nationalen Normungsarbeit ist Herr Dr. Werner tätig und betätigt sich zurzeit in der DIN mit dem NA 063 Normenausschuss Medizin (NAMed) NA 063-04-08 AA Arbeitsausschuss Indikatoren.

Seine wissenschaftlichen Interessensfelder liegen vor allem im Bereich der Aufbereitung von Medizinprodukten und den damit verbundenen aktuellen praxisrelevanten Fragestellungen zur Qualitätssicherung für die Patienten.