



2013

Jahresbericht



Analyse



**Prävention
Gesundheitsförderung**



Qualitätssicherung



Baden-Württemberg

LANDESGESUNDHEITSAMT BADEN-WÜRTTEMBERG
IM REGIERUNGSPRÄSIDIUM STUTT GART



2013

Jahresbericht



Baden-Württemberg

LANDESGESUNDHEITSAMT BADEN-WÜRTEMBERG
IM REGIERUNGSPRÄSIDIUM STUTT GART

Impressum

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
im Regierungspräsidium Stuttgart
Nordbahnhofstr. 135 · 70191 Stuttgart
Telefon 0711 904-35000 · Fax 0711 904-35010 · abteilung9@rps.bwl.de
www.gesundheitsamt-bw.de · www.rp-stuttgart.de

Juli 2014



Vereinfachte Schreibweise

Sofern keine neutrale Personenbezeichnung gewählt wurde, ist entweder die männliche oder die weibliche Form genannt. Die Ausführungen gelten jedoch für Männer und Frauen gleichermaßen.

Bildnachweis

S. 3 + S. 8: © Marlee/fotolia.de; © Philpicture/fotolia.de; © Nico/fotolia.de; S. 7: © picprofi/fotolia.com;
© sculpies/fotolia.com; © Eric Isselée/fotolia.com; © Gina Sanders/fotolia.com; © Monkey Business/fotolia.com;
S. 30: © Eberspächer; © Eugen Geist; S. 41: © Löhr-Fotografie/fotolia.com; S. 44: © amridesign/fotolia.com;
© Christian42/fotolia.de; S. 46: © Chlorophylle/fotolia.de; © Patricia Hofmeester/fotolia.de;
S. 48: © Lisa Eastman/fotolia.com; S. 49: © Yuri Arcurs/fotolia.de; S. 50: © Marc/fotolia.com;
S. 53: © Chee-Onn Leong/fotolia.de; S. 65: © Michael Kempf/fotolia.de; S. 83: © Maksym Yemelyanov/fotolia.com;
S. 88: © Joe Gough/fotolia.de; S. 92: © Kurt Duratschek/fotolia.com; S. 97: © Dmitry Nikolaev/fotolia.de;
S. 100: © PhotoCreate/fotolia.de; S. 104: © Franz Pfluegl/fotolia.de; S. 106: © tm-pictures.ch/fotolia.de;
S. 108: © askaja/fotolia.de

Vorwort 5

Einblicke in die Arbeit

Qualitätssicherung im ÖGD als Auftrag und Selbstverpflichtung 8

Analyse



Vom Kommen und Gehen der Krankheiten in Baden-Württemberg 9

Informationsquellen zum Thema Gesundheit bei Erwachsenen in Baden-Württemberg 10

Nachweis von toxinbildendem Staphylococcus aureus bei einer Tauffeier 11

Ausbreitung von Masern über medizinischen Einrichtungen 12

Übertragung von Hepatitis-E-Viren durch Blutprodukte 13

Poliomyelitis in Syrien: Reaktion des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg 14

Chlamydien- und Gonokokken-Infektionen bei Männern – ein Problem? 15

Anstieg der Syphilis 16

Raumklima und Befindlichkeit – Wohnzufriedenheit der Bewohner in energetisch teilsanierten Wohnungen 17

Risiko Freizeitlärm 18

Gesundheitliche Bedeutung von Schimmelpilzen in Innenräumen 19

Unfälle bei Erwachsenen in Baden-Württemberg 20

Prävention/Gesundheitsförderung



Steigende Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung U7a 21

Frühwarnsystem für Hantaviren geht an den Start 22

Umfeldprophylaxe bei Meningokokkenerkrankungen 23

Gesundheitsschutz muss man üben 24

Natürliche UV-Strahlung im Arbeitsleben – anerkannt als Risikofaktor 25

Klimawandel und Gesundheit 26

„Über Alkohol reden“ – eine Broschüre für Eltern und Erzieher 27

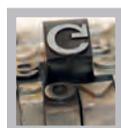
Symposium Frühförderung Baden-Württemberg 2013 28

Gesundheitsförderliche und generationenfreundliche Gemeindeentwicklung in Sulzfeld 29

Bewegungsförderung im Alter – Handlungsempfehlungen für Städte und Gemeinden 30

Gesundheitsdialog Baden-Württemberg 31

Qualitätssicherung



Laborakkreditierung unter neuen Vorzeichen 32

„Gewusst wie“ – die akkreditierte Probenahme nach TrinkwV 33

Erfolgreicher Abschluss der curricularen Fortbildung Krankenhaushygiene für den ÖGD 34

Aktivitäten des MRE-Netzwerkes Baden-Württemberg 35

Kariesdiagnostik im Wandel der Zeit 36

Indikatoren zum Diabetes mellitus Typ 2 – Vorschlag einer Expertenarbeitsgruppe 37

Gesundheitsmanagement in der Landesverwaltung – Ergebnisse und Entwicklungspotenziale 38

Staatliche Kenntnisprüfung nach § 37 der ÄApprO vom 02.08.2013 39

Urheberrecht bei Veröffentlichungen 40

Anhang

1	Organisationspläne	42
2	Aufgaben der Abteilung „Landesgesundheitsamt“ im Überblick	44
3	Laborunterstützter Gesundheitsschutz	53
4	Staatlicher Gewerbearzt	65
5	Landesprüfungsamt für Medizin und Pharmazie, Approbationswesen	83
6	Laufende Projekte	88
7	Veranstaltungen	92
8	Gremienarbeit	97
9	Forschung und Lehre	100
10	Pressemitteilungen	104
11	Fachpublikationen	106
12	Lageplan Nordbahnhofstraße 135	107
13	Stichwortverzeichnis	108

Das Landesgesundheitsamt als fachliche Leitstelle für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Baden-Württemberg – eine (heraus)fordernde Aufgabe



Das Jahr 2013 war gekennzeichnet von der inhaltlichen Weiterentwicklung des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg (LGA) zu einer modernen Leistungsverwaltung. In Vorbereitung eines novellierten Gesetzes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) konnten wichtige Ziele erreicht werden: Gemeinsam mit der Landesärztekammer wurde ein Curriculum für die Zusatzweiterbildung "Medizinhygiene" entwickelt. Auf der Grundlage des speziell für Gesundheitsämter angebotenen Kurses können deren Teilnehmer in Baden-Württemberg erstmals eine Qualifikation erwerben, die ihnen erlaubt, den gesamten Bereich der Hygiene in medizinischen Einrichtungen in Beratung und Aufsicht fachlich abzudecken.

Auch bei der Vorbereitung eines integrierten Aus-, Fort- und Weiterbildungskonzeptes für den ÖGD sind das Land Baden-Württemberg und damit auch die Angehörigen des ÖGD entscheidend weitergekommen. Bei der gegenwärtig stattfindenden Implementierung eines eigenen Amtsarztlehrganges für Baden-Württemberg geht es nicht darum, neben München, Düsseldorf, Berlin und Meissen nur eine weitere, baden-württembergische Variante anzubieten: Das Curriculum, das von der Sozial- und Arbeitsmedizinischen Akademie Baden-Württemberg e.V. (SAMA) realisiert wird, setzt vielmehr eigene Akzente und Schwerpunkte. So kann es berufs begleitend und modular absolviert werden und einzelne Teile, z. B. das Grundmodul, werden gemeinsam für alle in den Gesundheitsämtern tätigen Berufsgruppen angeboten. Für besonders innovativ erachten wir die Integration und vollständige Anerkennung bereits erworbener oder separat zu absolvierender Module "Umweltmedizin", "Hygienebeauftragter Arzt" und "Grundkurs Sozialmedizin" sowie die Blöcke „Systeme der sozialen Sicherung“ und "Aufgabenfelder unterschiedlicher Begutachtungseinrichtungen". Die nachgehende akademische Qualifikation eines Master of Public Health wird in Kooperation mit dem Mannheim Institute of Public Health der Universität Heidelberg sicher gestellt.

Bei der Umsetzung des Zukunftsplans Gesundheit des Landes hat sich im vergangenen Jahr deutlich gezeigt, dass die Konzentration auf zunächst ein Handlungsfeld des Gesundheitsziele-Kanons, nämlich Diabetes mellitus Typ 2, über die Entwicklung von Indikatoren und die Gründung eines Fachbeirates einen vielversprechenden Ansatz darstellt. Die damit gewonnenen Erfahrungen sollen in den kommenden Jahren auf die anderen Gesundheitsziele übertragen werden. So kann es gelingen, die Prävention chronischer Erkrankungen stärker in den Fokus zu stellen und Gesundheit insgesamt als wichtigen Standortfaktor für Baden-Württemberg deutlich zu machen.



Aus der Fülle an Berichten, die durchweg in diesem Vorwort Erwähnung finden könnten, soll das Gutachten zu den möglichen Gesundheitsfolgen des Klimawandels Erwähnung finden, das im Auftrag des Umweltministeriums vom LGA federführend erarbeitet wurde. Die identifizierten vulnerablen Bereiche verdienen höchste Aufmerksamkeit. Präventive Maßnahmen zur Abwendung oder Abmilderung der skizzierten Schwachpunkte können u. E. nicht nur dem Staat auferlegt werden, sondern sind eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Einem hohen Druck von nahezu allen Seiten ist das Landesprüfungsamt ausgesetzt; daran hat sich im vergangenen Jahr nichts geändert. Die gezielte Anwerbung ausländischer Fachkräfte für den ärztlichen und pflegerischen Bereich führen zu einer anhaltend hohen Nachfrage nach möglichst zeitnaher Anerkennung der jeweiligen Ausbildung.

Einem hohen Druck von nahezu allen Seiten ist das Landesprüfungsamt ausgesetzt; daran hat sich im vergangenen Jahr nichts geändert. Die gezielte Anwerbung ausländischer Fachkräfte für den ärztlichen und pflegerischen Bereich führen zu einer anhaltend hohen Nachfrage nach möglichst zeitnaher Anerkennung der jeweiligen Ausbildung.

Es ist keine Pflichtübung, wenn wir den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des LGA für das außerordentliche Engagement im Berichtsjahr herzlich danken. Gerade in Zeiten ständiger Arbeitsverdichtung und Personalnot in allen Referaten kommt es auf die Motivation jedes Einzelnen an. Soweit es an uns liegt, wollen wir diese auch künftig durch Ermutigung zur fachlich-wissenschaftlichen Weiterentwicklung

und Pflege der nationalen und internationalen Netzwerke stärken.

Unseren Kunden und Kooperationspartnern danken wir für das entgegengebrachte Vertrauen und konstruktiv-kritische Gespräche. Das hilft uns, den internen und externen Qualitätsanspruch an unsere Arbeit weiterhin aufrecht zu erhalten.



Prof. Dr. Günter Schmolz
Präsident des Landes-
gesundheitsamtes

Johannes Schmalz
Regierungspräsident



Wir untersuchen Krankheitsursachen



Wir bewerten Gesundheitsrisiken



Wir vermitteln Sachkenntnisse



Wir setzen auf Güte



Wir fördern Lebensqualität

***Für mehr Gesundheit
im Land:***

***der Öffentliche
Gesundheitsdienst in
Baden-Württemberg***

Fensterfolien am LGA-Dienstgebäude
in der Nordbahnhofstraße 135, Stuttgart

Qualitätssicherung im ÖGD als Auftrag und Selbstverpflichtung

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) fördert und schützt die Gesundheit der Bevölkerung in Baden-Württemberg. Dabei geht es weniger um die individuelle Gesundheit Einzelner als vielmehr um die der Bevölkerung in ihrer Gesamtheit. Mögliche gesundheitliche Risiken und Gefährdungen sollen frühzeitig erkannt, vermieden oder zumindest verringert werden.

Der ÖGD

- beobachtet und bewertet die Auswirkungen der Lebens- und Umweltbedingungen auf die Gesundheit,
- ist für den infektions- und umweltbezogenen Gesundheitsschutz sowie die gesundheitliche Vorsorge und Gesundheitsförderung in Baden-Württemberg zuständig und
- nimmt eine besondere Verantwortung für Menschen mit Behinderung, sozial Benachteiligte und Menschen mit Migrationshintergrund wahr.

Er wirkt auf eine verstärkte Zusammenarbeit aller Beteiligten im Gesundheitswesen hin und ist unterstützend und koordinierend tätig. Die Behörden des ÖGD in Baden-Württemberg sind

- das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren (SM),
- die Regierungspräsidien einschließlich des Landesgesundheitsamtes (LGA) und
- die 38 Gesundheitsämter in den Stadt- und Landkreisen.

Das LGA als fachliche Leitstelle für den ÖGD

Das LGA unterstützt als fachliche Leitstelle für den ÖGD in Baden-Württemberg vorrangig das SM und die Gesundheitsämter. Das Aufgabenspektrum ist im Anhang 2 ausführlicher beschrieben.

Die Hilfestellung durch das LGA bewährt sich z. B.

- bei der schnellen Aufklärung von Infektketten. Bei Gruppenerkrankungen werden wesentliche Daten schon direkt am Ausbruchsort erhoben und in enger Zusammenarbeit zwischen LGA-eigenem Laborbereich und den Fachkräften des LGA und der Gesundheitsämter vor Ort ausgewertet. Die Ergebnisse sind Grundlage für weitergehende Maßnahmen.
- in der Bündelungsarbeit als zentrale Landesmeldestelle für Infektionserkrankungen. Ausgewählte Krankheitserreger – von den Gesundheitsämtern an das LGA übermittelt – werden zu „Wochenmeldungen“ zusammengestellt und für die Öffentlichkeit graphisch aufbereitet. Parallel dazu werden die Mitteilungen der Gesundheitsämter über das LGA an das Robert Koch-Institut in Berlin als bundesweite Erfassungsstelle weitergemeldet.

- bei der Fortbildung der Mitarbeiter im ÖGD über fachliche Weiterentwicklungen, rechtliche Rahmenbedingungen und Umsetzungserfordernisse sowie über gesundheitspolitische Ziele und Strategien in Baden-Württemberg.

Dem LGA zugeordnet sind die Aufgaben des Landesarztes für behinderte Menschen, des Staatlichen Gewerbearztes (siehe Anhang 4) und des Landesprüfungsamtes für medizinische Ausbildungen und Berufe (siehe Anhang 5). Auch diese Aufgaben werden überwiegend landesweit wahrgenommen.

Neben der Wahrnehmung der laufenden Aufgaben ermöglichen abgestimmte Projekte die Vertiefung einzelner Arbeitsschwerpunkte. Diese werden in jährlichen Zielvereinbarungen zwischen dem SM als Fachressort und dem Regierungspräsidium Stuttgart (RPS) festgeschrieben und greifen auch gesundheitspolitische Schwerpunkte auf. Die laufenden Projekte im Jahr 2013 sind im Anhang 6 aufgelistet.

Qualitätssicherung im ÖGD

Das LGA-eigene Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebot mit jährlichen Veranstaltungsprogrammen zu den Bereichen Hygiene sowie ÖGD, Arbeitsmedizin und Frühförderung unterstützt die in diesen Bereichen Tätigen bei ihrer Arbeit vor Ort. Soweit möglich werden bei der Landesärztekammer Fortbildungspunkte beantragt. Dienstbesprechungen, Workshops und Qualitätszirkel zu Einzelthemen gewährleisten den Erfahrungsaustausch und die Abstimmung einheitlicher Verfahrensweisen. Der Laborbereich des LGA ist nach DIN EN ISO/IEC 17025 („Prüflabore“) akkreditiert, die Akkreditierung nach DIN EN ISO 15189 („medizinische Labore“) ist beantragt.

Einblicke in die Arbeit des LGA

Die Berichte auf den folgenden Seiten sind drei Schlagworten zugeordnet:



Analyse

beobachten, untersuchen, beurteilen



Prävention/Gesundheitsförderung

vorsorgen, fördern, schützen



Qualitätssicherung

beraten, fortbilden, weiterentwickeln

Vom Kommen und Gehen der Krankheiten in Baden-Württemberg

Anja Diedler, Ref. 95

Der Infektionsbericht 2011/12 zeigt Trends der meldepflichtigen Infektionskrankheiten in Baden-Württemberg.

Die Übermittlungszahlen der verschiedenen meldepflichtigen Infektionskrankheiten entwickeln sich unterschiedlich. Der im Jahr 2013 erstellte Infektionsbericht fasst die Entwicklungen und infektionsepidemiologischen Analysen auf Landesebene zusammen. Er ist im Internet abrufbar (siehe QR-Code).



Die Abnahme bei den Norovirusinfektionen stellt keine Abnahme der Krankheitslast dar, sondern ist auf Änderungen der Meldemodalitäten zurückzuführen, wonach seit 01.09.2009 klinisch-epidemiologische Fälle ohne Labornachweis nicht mehr übermittelt werden. Die Abnahme der Rotavirus(RV)-Erkrankungen geht einher mit der Verfügbarkeit der RV-Impfung ab 2006; seit 2008 sinken auch die Infektionszahlen der

unter 2-Jährigen. Beim Rückgang der übermittelten Salmonellosen zeichnet sich möglicherweise der Erfolg des 2008 gestarteten EU-Salmonellose-Bekämpfungsprogramms ab: Die Zahlen der bekämpfungsrelevanten Salmonellentypen *S. Enteritidis* und *S. Typhimurium* sind stark rückläufig.

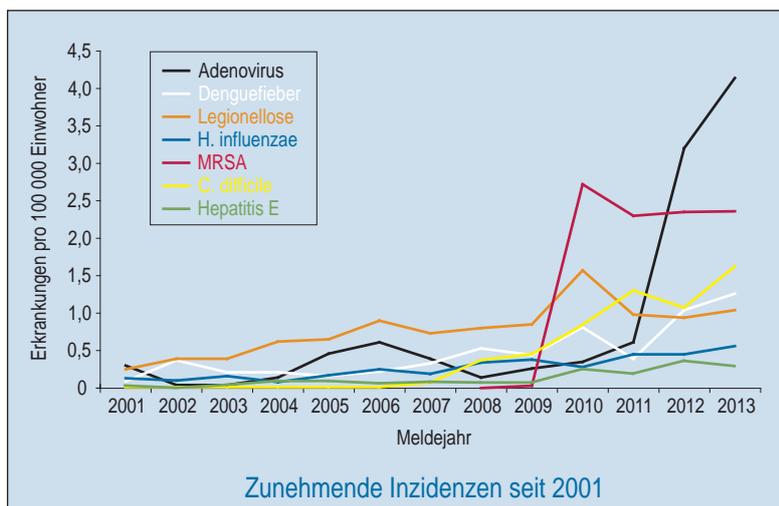
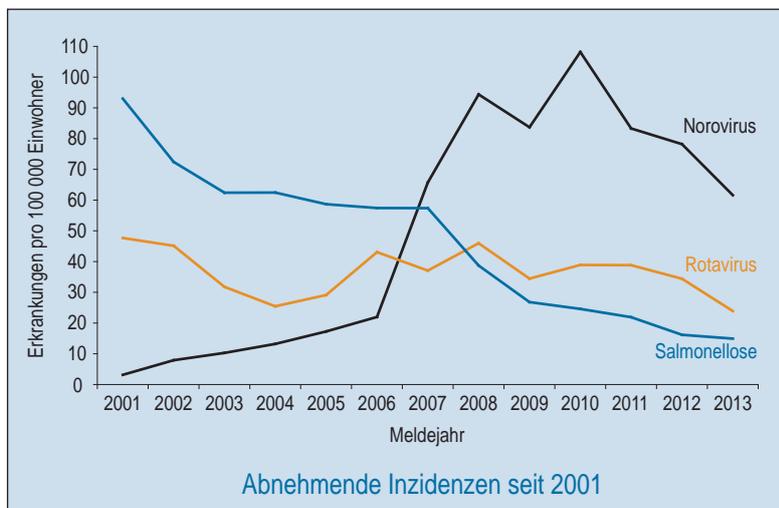
Bei einigen Erkrankungen sind Zunahmen zu beobachten. Erhöhte Aufmerksamkeit und Diagnostik spielen dabei eine große Rolle ebenso wie demografische Veränderungen. Bislang nicht erklärbar ist der Anstieg der übermittelten Hepatitis-E-Erkrankungen. 2012 wurde mit 41 Fällen die bislang höchste Fallzahl übermittelt.

Im Jahr 2013 wurden mit 137 Denguevirus-Erkrankungen die meisten seit Einführung des IfSG in 2001 gezählt. Jeder Dritte der 2001-2013 Erkrankten hat sich wahrscheinlich in Thailand infiziert. In Thailand selbst stiegen die Dengue-Meldungen auf 150 934 im Jahr 2013, was fast einer Verdopplung gegenüber 2012 gleichkommt.

Im Jahr 2013 wurden 447 Adenovirus-Keratokonjunktividen gezählt, gegenüber 2011 waren es 2013 fast siebenmal mehr. Der mit 114 Fällen größte Adenovirus-Ausbruch im Land wurde im Zusammenhang mit einer Augenklinik untersucht.

Tendenziell ist die Zahl der übermittelten Legionellosen ansteigend. Das bisherige Maximum wurde 2010 mit 169 Erkrankungen, die vor allem beim Ausbruch in Ulm auftraten, erreicht. Männer waren deutlich stärker betroffen als Frauen. 15 % erwarben die Infektion im Ausland.

Anstiege sind auch bei den invasiven Erkrankungen zu sehen. MRSA-Labornachweise sind seit 01.07.2009 meldepflichtig. Die Zahl der übermittelten invasiven *Haemophilus influenzae*-Fälle stieg in den vergangenen Jahren. Bei beiden Erkrankungen sind die über 70-Jährigen stark vertreten. Diese Altersgruppe ist auch am stärksten von schwer verlaufenden, mit *Clostridium difficile* assoziierten Durchfallerkrankungen betroffen. Diese sind seit Ende 2007 meldepflichtig und gehen mit hoher Letalität einher: 2012 verliefen 47 von 114 tödlich.



Analyse

Informationsquellen zum Thema Gesundheit bei Erwachsenen in Baden-Württemberg

Holger Knebel, Iris Zöllner, Ref. 95

Zu Gesundheitsthemen nutzen die meisten der befragten Erwachsenen Informationen aus Printmedien, Fernsehen/Radio und von Apothekern, Ärzten und anderen Heilberufen.

Da für Baden-Württemberg kaum Daten zu Erwachsenen und deren Informationsquellen für Gesundheitsthemen vorliegen, führte das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Jahr 2010/11 eine Erhebung bei Erwachsenen durch, in der die Teilnehmer unter anderem gefragt wurden, welche Informationsquellen zu Gesundheitsthemen sie nutzen. Mögliche Antwortkategorien waren: „Zeitschriften, Zeitungen, Bücher, Broschüren“, „Fernsehen, Radio“, „Informationsangebote im Internet“, „Freunde, Bekannte“, „Apotheker, Ärzte, andere Heilberufe“ sowie „andere Informationsangebote“, wobei mehrere Antworten angekreuzt werden konnten. Darüber hinaus wurden die Teilnehmer gefragt, wie sie die verfügbaren Informationsangebote beurteilen: als „gut“, „ausreichend“ oder „nicht ausreichend“. Befragt wurden in Anlehnung an eine britische Studie (Whitehall II) Mitarbeiter von Landratsämtern in Ba-

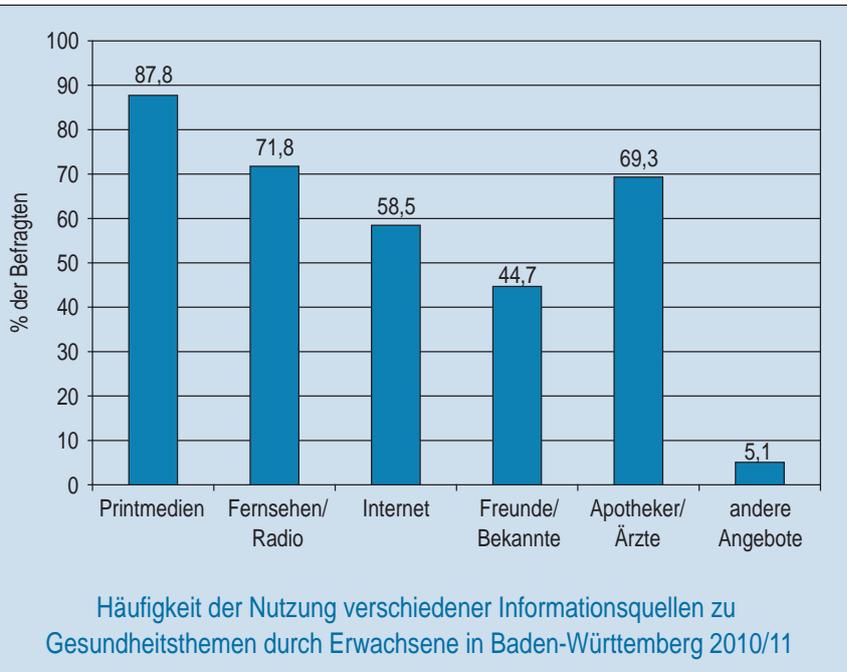
den-Württemberg. Die Teilnahme an der Untersuchung war freiwillig.

Hauptinformationsquellen sind Printmedien, Fernsehen/Radio, Apotheker/Ärzte und andere Heilberufe

Insgesamt nahmen fast 400 Erwachsene an der Befragung teil. Etwa 88 % der Befragten gaben an, Printmedien (Zeitschriften/Zeitungen/Bücher/Broschüren) für die Information über Gesundheitsthemen zu nutzen. Danach folgten Fernsehen/Radio als Informationsquellen von etwa 72 % der Teilnehmer und dann Apotheker/Ärzte/andere Heilberufe, bei denen sich 69 % der Befragten über Gesundheitsthemen informieren. Im Internet suchen 59 % nach solchen Informationen, und 45 % der Teilnehmer informieren sich über Freunde/Bekannte (siehe Abbildung).

Als nicht ausreichend wurden die Informationsangebote zu psychischen Erkrankungen und Depressionen von 36 % der Teilnehmer angesehen. Zu Unfällen und Unfallfolgen hätten etwa 23 % der befragten

Erwachsenen gern mehr Informationen. Fast jeder Fünfte wünscht sich mehr Informationen zur Gesundheitsförderung. Jeweils 17-18 % halten die Informationsangebote zu Krebserkrankungen, zu Infektionen und zu Asthma/Allergien nicht für ausreichend. Zu Rückenbeschwerden und Muskel-Skelett-Erkrankungen fühlen sich 85 % der Teilnehmer gut bis ausreichend informiert, und 91 % halten die Informationsangebote zu Diabetes für ausreichend. Die Informationsangebote zu Herz-Kreislaufkrankungen schätzen 94 % der Befragten als gut oder ausreichend ein.



Analyse

Nachweis von toxinbildendem *Staphylococcus aureus* bei einer Tauffeier

Kathrin Hartelt, Maja Adam, Ref. 93

*Bei einer Tauffeier erkrankten 13 Gäste an einer Lebensmittelintoxikation, die auf Speiseeis zurückzuführen war. Verantwortlich war ein Enterotoxin A-positiver Methicillin-sensibler *Staphylococcus (S.) aureus* mit Fusidinsäure-Resistenz.*

Epidemiologie

Im April 2013 wurde dem Bakteriologielabor des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg ein Ausbruchsgeschehen mit Verdacht auf *S. aureus* gemeldet. Es handelte sich um eine Tauffeier mit 31 Gästen, die nur zu diesem Fest in einem Restaurant zusammenkamen. 13 Personen entwickelten drei bis vier Stunden nach dem Mittagessen typische Symptome einer durch Staphylokokken bedingten Lebensmittelvergiftung, wie plötzliches Erbrechen, abdominale Schmerzen und Bauchkrämpfe. Sieben Personen (vier Kleinkinder, zwei Erwachsene und ein Teenager) wurden ins Krankenhaus eingewiesen bzw. ambulant versorgt. Alle Erkrankten waren am nächsten Tag wieder genesen. Die Befragung des Küchenpersonals durch das zuständige Gesundheitsamt ergab, dass keiner Symptome einer Staphylokokken assoziierten Infektion aufwies. Die Lebensmittelüberwachungsbehörde war vor Ort und hatte Rückstellproben erhoben.

Laboruntersuchungen

Das Labor erhielt vier humane Proben (drei Stuhlproben, einmal Erbrochenes) der ins Krankenhaus eingewiesenen Kinder. Parallel dazu wurden drei Personen vom Küchenpersonal auf eine nasale Besiedelung mit *S. aureus* untersucht. Alle humanen Proben wurden kulturell angezüchtet, verdächtige Kolonien auf die Produktion von Koagulase, Katalase und DNase/Staphylokokken Thermonuklease getestet. Die endgültige Bestätigung erfolgte mittels VITEK2 compact System. Zusätzlich wurden alle positiven Proben auf die Anwesenheit der Staphylokokken Enterotoxine A, B, C und D mittels Reverse passivem Latex Agglutinationstest untersucht. In vier Proben (drei Stuhlproben, einmal Erbrochenes) konnte *S. aureus* Enterotoxin A und in einer Probe des Küchenpersonals *S. aureus* Enterotoxin B nachgewiesen werden. Zur spa-Typisierung sowie zur weiteren Charakterisierung wurden die Proben ans Nationale Referenzzentrum (NRZ) für Staphylokokken in Wernigerode versandt.

Parallel zu den humanen Proben erhielt das Chemische und Veterinäruntersuchungsamt (CVUA) Stutt-

gart insgesamt zwölf Rückstellproben von diversen Lebensmitteln, die von den Gästen der Tauffeier verzehrt wurden, u. a. fünf verschiedene Eissorten (Jogurt-Zitrone, Vanille, Pistachie, Schokolade und Erdbeere), die in dem Restaurant selbst hergestellt wurden. Alle Lebensmittelproben wurden kultiviert und verdächtige Kolonien mittels DNase/Staphylokokken Thermonuklease und MALDI-TOF Massenspektroskopie weiter differenziert sowie Staphylokokken Enterotoxine bestimmt. In vier Speiseeisproben konnte *S. aureus* Enterotoxin A nachgewiesen werden. Die weitere Typisierung erfolgte im Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR), Berlin.

Ergebnisse

Die Charakterisierung der *S. aureus* Enterotoxin A positiven Proben durch das NRZ bzw. das BfR ergab, dass sowohl die vier humanen Proben als auch die vier Speiseeisproben alle dem spa-Typ t127 (klonaler Komplex CC1) angehörten und eine Fusidinsäure Resistenz aufwiesen. Zusätzlich wurden die Proben von der CVUA mittels Fourier-Transformations-Infrarotspektrometer (FT-IR) verglichen. Sowohl die phänotypischen als auch genotypischen Ergebnisse der humanen Proben sowie der Speiseeisproben stimmten zu 100 % überein.

Dagegen gehörte die *S. aureus* Enterotoxin B positive Probe des Küchenpersonals dem spa-Typ t160 (CC12) an. Das *S. aureus* Isolat aus dem Jogurt-Zitronen-Eis konnte dem nicht-enterotoxischen spa-Typ t084 zugeordnet werden.

Schlussfolgerung

Auf Grund der übereinstimmenden Ergebnisse zwischen den humanen Proben und den Lebensmittelproben ist mit großer Wahrscheinlichkeit von einer gemeinsamen Infektionsquelle auszugehen. Jedoch ist unklar, auf welche Weise der enterotoxische *S. aureus* in das Speiseeis eingebracht wurde.

Das hier beschriebene Ausbruchsgeschehen, das im International Journal of Food Microbiology veröffentlicht werden soll (ein gemeinsames Manuskript aller Beteiligten ist bereits eingereicht), zeigt, dass die Zusammenarbeit zwischen Medizinern, Mikrobiologen, Lebensmittelmikrobiologen, Epidemiologen und den Behörden vor Ort unerlässlich für die Aufdeckung lebensmittelbedingter Infektionen und die Infektkettenverfolgung ist.



Ausbreitung von Masern über medizinischen Einrichtungen

Dorothee Lohr, Ref. 95

In einer Kurklinik steckten sich sieben Personen aus Baden-Württemberg mit Masern an. In neun Wochen erkrankten 16 Personen in sieben Landkreisen.

Im Jahr 2013 fiel die Masernaktivität in Baden-Württemberg mit 66 Übermittlungen moderat aus. Bayern wurde jedoch von einer heftigen Masernwelle mit insgesamt knapp 800 Fällen erfasst. Nach einem Aufenthalt in einer Mutter-Vater-Kind-Kurklinik im Ostallgäu erkrankten in Baden-Württemberg fünf ungeimpfte Kinder sowie zwei erwachsene Begleitpersonen an Masern. Ein Kind wurde deshalb stationär behandelt und steckte eine ungeimpfte Kinderkrankenschwester an, die wiederum ihre beiden eigenen Kinder ansteckte. Nach Kontakt zu einem anderen Primärfall erkrankte ein zweifach geimpfter Achtjähriger und hierauf auch seine beiden Geschwister – davon eines ebenfalls zweifach geimpft und das andere aufgrund seines Alters noch ungeimpft. Bei einem Seifenkistenrennen übertrug der Achtjährige die Masernviren auf einen Jugendlichen mit unzureichender Immunisierung (Einfachimpfung) sowie auf eine 39-Jährige aus dem medizinischen Bereich, die insgesamt fünf Impfungen erhalten hatte. Letztere hatte in der infektiösen Phase Kontakt zu Teilnehmern eines Zeltlagers, infolgedessen ein zweifach geimpfter Jugendlicher (Quartärfall) erkrankte.

Von den 16 Erkrankten im Alter von 1-56 Jahren mussten sieben stationär behandelt werden; bei zwei Patienten entwickelte sich eine Pneumonie. Bei 13 der 16 Fälle wurden die Masern durch IgM-Antikörper bzw. PCR bestätigt. Das Nationale Referenzzentrum

für Masern, Mumps und Röteln bestimmte den Genotyp D 8 (Wildtyp, Frankfurt/Main).

Impflücken durch fehlende oder unsachgemäße Impfung

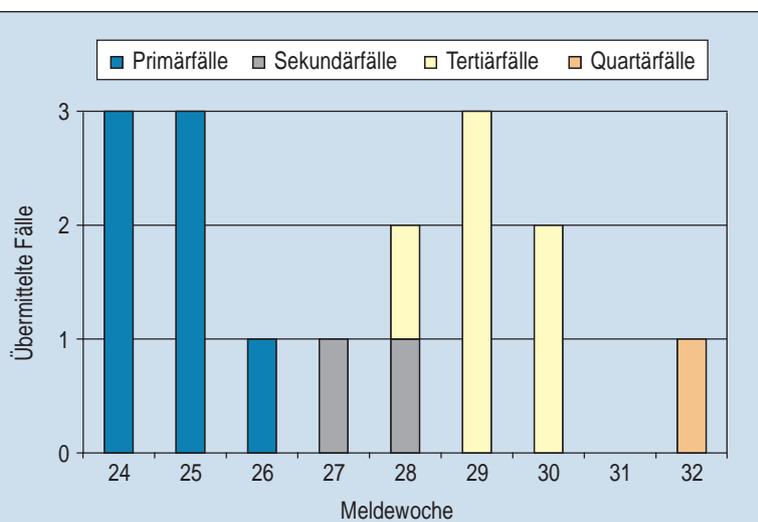
Von den 16 Masernerkrankten hatten zehn keine Impfung erhalten, darunter auch zwei Erwachsene im Alter von 40 und 56 Jahren. Bei einer weiteren Erkrankten ist der Immunstatus unklar. Bei diesen drei Erwachsenen hat sich die Annahme einer Masernanamnese somit nicht bestätigt. Die vierte erwachsene Masernpatientin hatte trotz dokumentierter fünf Impfungen keinen Impfschutz: Sie wurde Ende des ersten Lebensjahres dreimal sowie mit zwei Jahren das vierte Mal mit dem Impfstoff Quintovirelon® geimpft, einem Masern-Totimpfstoff, der 1966-1976 im Verkehr war. Mit 3,5 Jahren erhielt sie eine Impfung MMVax. Auch in Bayern ist der Fall einer in den 70er-Jahren dreifachimmunisierten Masernpatientin bekannt. Immunitätslücken bei Personen der Geburtsjahrgänge 1966-1976 aufgrund der damals üblichen Impfung mit inaktiviertem Masernimpfstoff mit einer bekanntermaßen zeitlich beschränkten Wirksamkeit werden auch aus Österreich beschrieben. Bei zusätzlicher Masernlebendimpfung nach (einem) wenigen Jahren ist anzunehmen, dass es aufgrund der vorhandenen Antikörper zu keiner Boosterung kommt und der Impfschutz somit im Laufe der Zeit abnimmt. Die Verabreichung von zwei Dosen des MMR-Impfstoffs (Lebendvirusimpfstoff) wird empfohlen.

Drei Kinder im Alter von fünf, acht und zwölf Jahren erkrankten trotz regelgerechter Zweifachimpfung. Möglicherweise liegen die Gründe der fehlenden Immunität in einer Unterbrechung der Kühlkette vor der Verabreichung des Impfstoffs.

Masernimmunität für Aufnahme in medizinische Einrichtungen erforderlich

Zur Kontrolle der Immunität und Eindämmung der Masernverbreitung ist bei allen Personen mit Patientenkontakt eine Titerbestimmung vor Tätigkeitsbeginn sowie ggf. eine Impfung zu empfehlen.

Besonders in Kinderkurkliniken können Masern verbreitet werden. Zumindest beim Auftreten von Masernfällen in medizinischen Einrichtungen, wie z. B. Kur- oder Rehakliniken, sollte die Aufnahme auf immune Personen beschränkt werden.



Masernfälle nach Exposition in einer Kurklinik, Baden-Württemberg 2013

Übertragung von Hepatitis-E-Viren durch Blutprodukte

Dorothee Lohr, Elisabeth Aichinger, Günter Pfaff, Ref. 95

Erstmalig wurden zwei voneinander unabhängige Übertragungen von Hepatitis-E-Viren durch Thrombozytenkonzentrate beschrieben, die Anlass zu weiteren Untersuchungen von Blutprodukten geben.

Im Rahmen der Surveillance eingehender Meldungen fiel im Dezember 2013 ein Hepatitis-E-Nachweis (PCR) bei einem asymptomatischen 81-jährigen Patienten einer Reha-Klinik auf, der ca. acht Wochen vor Diagnose eine Bluttransfusion erhalten hatte. Die Diagnostik war im Rahmen einer Look-back-Aktion des Blutspendedienstes veranlasst worden. Die zugehörige 48-jährige Spenderin war zum Zeitpunkt der Spende noch gesund. Ca. eine Woche nach der Blutspende erkrankte sie an Fieber und begab sich in ärztliche Behandlung. Labordiagnostisch wurden bei ihr erhöhte Serumtransaminasen und Hepatitis-E-Viren mittels PCR und IgM nachgewiesen. Der Hausarzt informierte den Blutspendedienst, der daraufhin auch in der Rückstellprobe der Spenderin Hepatitis-E-Viren diagnostizierte. Die Stufenbeauftragte des Blutspendedienstes informierte die Reha-Klinik und bat um Untersuchung des Patienten auf Hepatitis E. Bei dem Patienten handelte es sich um den einzigen Empfänger des Thrombozytenkonzentrats.

Recherchen des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg (LGA) ergaben, dass der zugehörige Hepatitis-E-Fall der Spenderin bereits im November 2013 aus einem anderen Landkreis übermittelt wurde. Dieses Gesundheitsamt hatte jedoch keine Kenntnis davon, dass es sich bei der Patientin um eine Blutspenderin handelt. Erst über die Meldung des positiv getesteten Empfängers wurde der Zusammenhang zwischen den beiden Fällen auf IfSG-Ebene hergestellt.

Aufgrund des Berichts über die zwei Fälle im Protokoll der wöchentlichen Epidemiologischen Lagekonferenz stellte ein weiteres Gesundheitsamt eine Übertragung von Hepatitis-E-Viren durch ein Thrombozytenkonzentrat fest. Hier kam zunächst der Fall eines erkrankten immunsupprimierten Empfängers zur Meldung, worauf der zugehörige asymptomatische Spender im Anschluss ermittelt wurde.

Die Ergebnisse der Genotypisierung sowie der Sequenzierung aus dem Konsiliarlabor für Hepati-

tis A und E in Regensburg ergaben bei dem ersten beschriebenen Spender und Empfänger den Genotyp 3c, beim zweiten Paar den Genotyp 3f. Die Sequenz des Hepatitis-E-Virus aus Material von Empfänger und zugehörigem Spender stimmten jeweils überein. Die zugehörigen Fallpaare wurden epidemiologisch verknüpft.

Revision der Hepatitis-E-Fälle 2013 hinsichtlich Spende und Empfang von Blutprodukten

Das LGA nahm die beiden Übertragungen von Hepatitis-E-Viren durch Thrombozytenkonzentrate zum Anlass, alle im Jahr 2013 übermittelten Hepatitis-E-Fälle in Baden-Württemberg auf eine mögliche Spende bzw. den Empfang von Blutprodukten durchzusehen. Da in der elektronischen Meldesoftware kein routinemäßiger Eintrag dafür vorgesehen ist, verschickte das LGA im Januar 2014 eine Ermittlungshilfe an die Gesundheitsämter. Diese revidierten, ob die Betroffenen bis zu drei Monate vor der Erkrankung bzw. dem Labornachweis Blutprodukte erhalten oder Blut gespendet hatten.

Bei der Revision von 46 Virusnachweisen zu Hepatitis E wurden eine Doppelmeldung aus zwei Kreisen, ein nicht bestätigter Labornachweis und eine Nachmeldung aus 2012 erkannt. Unter 43 auswertbaren Fällen (Antwortquote 100 %) fanden sich die zwei bereits bekannten, voneinander unabhängigen Fallpaare. Eine weitere Person erkrankte sechs Tage nach ihrer Blutspende, die sofort gesperrt wurde. Eine Person erkrankte rund drei Monate nach ihrer Blutspende an Hepatitis E; vorsorglich wurde die Nachuntersuchung einer Rückstellprobe empfohlen.

Die zwei Fallpaare aus Spendern und Empfängern von Thrombozytenkonzentraten stellen die ersten in Deutschland beschriebenen Übertragungen von Hepatitis-E-Viren durch Blutprodukte dar. Bei Meldungen von Hepatitis-E-Erregernachweisen empfehlen wir eine gezielte Ermittlung zu Spende und Erhalt von Blutprodukten und einen Eintrag in der elektronischen Fallmeldung. Routinemäßig werden Blutspenden auf Hepatitis B und sowie HIV untersucht. Die Beobachtungen geben Überlegungen, alle Blutprodukte zusätzlich auf Hepatitis E zu untersuchen, neuen Anstoß.



Poliomyelitis in Syrien: Reaktion des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg

Maja Adam, Astrid Kirch, Rainer Oehme, Ref. 93

Um eine Einschleppung von Polioviren aus den bestehenden Polio-Endemiegebieten nach Deutschland zu verhindern, wurden im Rahmen einer deutschlandweiten Polio-Surveillance im Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) im Jahr 2013 45 Stuhlproben von syrischen Migranten auf Polioviren untersucht.

Seit Oktober 2013 sind in Syrien erstmals nach 1999 wieder Poliomyelitis-Fälle aufgetreten. Bis Ende des Jahres 2013 wurden 17 Krankheitsfälle bestätigt. Die überwiegende Anzahl der in Syrien an Polio Erkrankten sind Kinder unter zwei Jahren, die nicht oder nur unvollständig geimpft wurden. Grund für die deutlich zurückgegangenen Impfquoten ist die seit 2011 bestehende Bürgerkriegssituation. Aufgrund der politischen Lage in Syrien flüchten viele Personen in die Nachbarländer, so dass eine weitere Ausbreitung von Poliomyelitis befürchtet wird. Auch in Deutschland werden syrische Asylsuchende aufgenommen. Dies könnte zu einer Ausbreitung der Poliomyelitis auch in Deutschland führen. Um dies zu verhindern, empfiehlt das Robert Koch-Institut (RKI) die Untersuchung von Stuhlproben auf Polioviren bei Kindern, die nach 2010 geboren wurden und aus Syrien stammen.

Polioviren gehören zur Gattung der Enteroviren und werden fäkal-oral übertragen. Nach Infektion vermehrt sich das Virus in den Darmepithelien und kann über mehrere Wochen bis Monate in der Größenordnung von 10^6 - 10^9 Viren pro Gramm Stuhl ausgeschieden werden. Das Virus vermehrt sich ebenso in den Epithelien und lymphoiden Organen des Rachenraums, wodurch ebenfalls eine Weiterverbreitung durch Tröpfcheninfektion möglich ist.

Die Mehrzahl der Infektionen verläuft asymptomatisch. Bei Symptomatik können folgende Krankheitsbilder auftreten:

- **Abortive Poliomyelitis:** unspezifische Symptome wie Gastroenteritis, Fieber, Übelkeit, Halsschmerzen, Myalgien und Kopfschmerzen. Zellen des ZNS sind bei dieser Form nicht von der Infektion betroffen. Infiziert das Poliovirus Zellen des ZNS, kommt es entweder zu einer nichtparalytischen (1-2 %) oder zu einer paralytischen (0,1-1 %) Poliomyelitis.
- **Nichtparalytische Poliomyelitis (aseptische Meningitis):** Fieber, Nackensteifheit, Rückenschmerzen und Muskelspasmen
- **Paralytische Poliomyelitis:** schwere Rücken-, Nacken- und Muskelschmerzen, Auftreten von Paralysen
- **Postpolio-Syndrom:** Jahre oder Jahrzehnte nach der Erkrankung kann es zu einer Zunahme der Paralysen mit Muskelschwund kommen.

Die Behandlung erfolgt symptomatisch. In Deutschland wird mit inaktiviertem Polio-Virus geimpft, die Impfung mit Polio-Lebendimpfstoff wird wegen des, wenn auch geringen, Risikos einer Vakzine-assoziierten paralytischen Poliomyelitis (VAAP) nicht mehr empfohlen.

Im Laborbereich des LGA werden seit Jahren im Rahmen des bundesweiten Labornetzwerks „Enterovirus-Diagnostik“ (LaNED) Untersuchungen von Stuhl- und Liquorproben auf Enteroviren durchgeführt. Somit konnte unmittelbar auf die Empfehlungen des RKI zur Untersuchung von syrischen Asylsuchenden auf Polioviren reagiert und der Nachweis von Polioviren aus Stuhlproben angeboten werden.

Die Diagnostik erfolgte durch die Polymerase-Kettenreaktion (RT-PCR). Zunächst wurden die Proben durch die bereits am LGA etablierte Enterovirus-PCR untersucht. Im positiven Fall wurde eine neu etablierte spezifische Polio-PCR zur Detektion von Polioviren-RNA angeschlossen. Mit dieser Methode – nach einem Protokoll des CDC – können sowohl alle drei Impfstämme (Sabin 1-3) als auch die drei Wildtypen (Serotyp 1-3) detektiert werden. Es kann aber keine Unterscheidung zwischen dem Polio Wildtypvirus (WPV) und dem Oralen Polio Lebendimpfstoff-Virus (OPV) getroffen werden.

Aufgrund der Ausbruchssituation wurde in Syrien begonnen, mit OPV zu impfen, welches jedoch noch 2-4 Wochen nach Impfung ausgeschieden werden kann. Daher war eine Unterscheidung zwischen dem WPV und OPV ein wichtiger Aspekt für die Diagnostik.

Da zum gegebenen Zeitpunkt die Methode zu dieser Unterscheidung am LGA noch nicht etabliert war, wurden Polio-Virus positive Proben an das Nationale Referenzzentrum für Poliomyelitis und Enteroviren (NRZ-PE) am RKI zur Differenzierung weitergeleitet.

Eine PCR zur Unterscheidung von OPV und WPV wird derzeit am LGA validiert.

Im Rahmen dieser Poliovirus-Surveillance wurden 45 Stuhlproben (eingesandt von sieben Gesundheitsämtern) von Migranten aus Polio-Endemiegebieten auf Polioviren untersucht. Hierbei konnten in keinem der Fälle Polioviren nachgewiesen werden. In vier Fällen wurden Vertreter anderer Enteroviren (Coxsackieviren) diagnostiziert.

Laut Angaben des RKI wurde in Deutschland bei den ca. 250 untersuchten Stuhlproben kein WPV nachgewiesen. Aufgrund der Impfkampagne in Syrien mit OPV konnte jedoch der Polio-Impfstamm nachgewiesen werden.

Die Empfehlung der Stuhluntersuchungen wurde zwischenzeitlich aufgehoben.



Chlamydien- und Gonokokken-Infektionen bei Männern – ein Problem?

Johanna Körber, Ref. 94

Die Ergebnisse der Tests auf Chlamydien und Gonokokken aus den Gesundheitsämtern des Jahres 2012 werden mit anderen Untersuchungen verglichen.

26 von den 38 Gesundheitsämtern führen Urintests auf Chlamydien und Gonokokken für Klienten mit entsprechender Risikoanamnese durch, 14 bieten auch rektale Abstriche an.

Chlamydien-Infektionen

In Baden-Württemberg wurde der Urin von 1 212 Männern auf Chlamydien untersucht, wobei 5,4 % positiv ausfielen. Die vom Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführte PARIS-Studie erbrachte 3,4 % positive Befunde bei urethralen Abstrichen von 685 Teilnehmern, die von der Deutschen Aids-Hilfe (DAH) angebotenen IWWIT-Testwochen 5,8 % bei 115 Klienten. Pharyngeale Chlamydien-Infektionen sind bei Männern dagegen weniger verbreitet. Die PARIS-Studie stellte 1,5 % pharyngeale Chlamydien-Infektionen bei 2 197 Untersuchten fest, die IWWIT-Testwochen fanden bei lediglich 288 Klienten 1,4 %. Ähnliche Ergebnisse (1,3 % positive Befunde bei 445 Teilnehmern) wurden in den Gesundheitsämtern in Baden-Württemberg erzielt. Je nach Risikoanamnese wird den Klienten ein Rektalabstrich angeboten. Von diesem Angebot haben 181 Männer Gebrauch gemacht. In 8,8 % der Fälle konnte eine rektale Chlamydien-Infektion nachgewiesen werden. Sowohl die PARIS-Studie als auch die IWWIT-Testwochen können hier auf eine wesentlich breitere Datengrundlage zurückgreifen: Die PARIS-Studie fand bei 2 050 Männern 8,0 %, die IWWIT-Testwochen fanden bei 666 Klienten 7,4 % positive Ergebnisse. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die beiden letztgenannten Untersuchungen vorwiegend in Großstädten (u. a. Berlin, Hamburg, München) durchgeführt wurden.

Gonokokken-Infektionen

Bei den Tests auf Gonokokken ist die Zahl positiver Befunde wesentlich weniger spektakulär, bezüglich der pharyngealen Befunde jedoch dennoch bemerkenswert. In Baden-Württemberg waren von 1 166 Urin-Untersuchungen lediglich 0,1 % positiv. Bei 179 rektalen Abstrichen fanden sich nur 2,8 % positive Ergebnisse. Bei den pharyngealen Abstrichen waren von 289 Tests immerhin 4,8 % positiv. Sowohl die PARIS-Studie als auch die IWWIT-Testwochen bringen wesentlich höhere Raten. Bei den urethralen Abstrichen kommt die PARIS-Studie auf 1,9 % bei 685 Männern, die IWWIT-Testwochen kommen auf 2,3 % bei 115 Klienten. Beim rektalen Abstrich stellte die PARIS-Studie 4,6 % positive Ergebnisse

bei 2 050 Männern, die IWWIT-Testwochen stellten 3,4 % bei 666 Teilnehmern fest. Bei den pharyngealen Abstrichen findet die PARIS-Studie unter 2 197 Proben 5,5 % positive Ergebnisse; die IWWIT-Testwochen fanden dagegen bei 288 Klienten nur 2,4 %. In Baden-Württemberg findet sich demnach bei nahezu gleicher Anzahl von pharyngealen Abstrichen eine doppelt so hohe Rate an positiven Befunden.

Hintergrundinformationen zu den Untersuchungen

Bei der PARIS-Studie des RKI handelt es sich um eine wissenschaftliche Studie, in die ausschließlich MSM eingeschlossen wurden, wobei 23 % HIV-positiv waren. Die IWWIT-Testwochen der DAH sind ein zeitlich begrenztes Untersuchungsangebot, das evaluiert wurde und das ganz überwiegend von HIV-negativen MSM in Anspruch (ca. 98-99 %) genommen wurde. In Baden-Württemberg wird der rektale Selbstabstrich aufgrund einer Risikoanamnese angeboten, unabhängig von der sexuellen Orientierung. Der Rektalabstrich wird zwar überwiegend von MSM in Anspruch genommen, aber eben nicht ausschließlich. Auch heterosexuelle Männer mit entsprechendem Risikoprofil erhalten dieses Angebot. Die anderen beiden Untersuchungsangebote (pharyngeal und Urin) werden ebenfalls unabhängig von der sexuellen Orientierung nach Risikoabklärung angeboten. Während sowohl bei der PARIS-Studie als auch bei den IWWIT-Testwochen alle Angebote kostenlos waren, sind Untersuchungen auf Chlamydien und Gonokokken in Baden-Württemberg für die Klienten bei den meisten Gesundheitsämtern kostenpflichtig. Auch im HIV-Status zeigen sich Unterschiede zu den anderen Untersuchungen. Der Anteil HIV-positiver männlicher Klienten, die ein Gesundheitsamt in Baden-Württemberg zwecks Testung aufsuchten, betrug 2012 nur 0,9 %.

Fazit

Die Tatsache, dass in Baden-Württemberg bei 5,4 % der Männer, die sich auf eigene Initiative in den Aids-/STI-Beratungsstellen der Gesundheitsämter vorgestellt haben, Chlamydien im Urin und bei 8,8 % im Rektum festgestellt wurden, ist bemerkenswert. Dasselbe gilt im Hinblick auf die positiven Gonokokken-Befunde bei pharyngealen Abstrichen in Höhe von 4,8 %. Da diese Infektionen das HIV-Infektionsrisiko erheblich steigern, kann das Ziel, die HIV-Neuinfektionen in Baden-Württemberg zu senken, nur dann erreicht werden, wenn das Angebot pharyngealer und rektaler Abstriche weiter ausgebaut wird.



Anstieg der Syphilis

Christiane Wagner-Wiening, Günter Pfaff, Ref. 95

Die Anzahl von Syphilis-Fällen steigt seit 2010 bundesweit und in Baden-Württemberg stetig an. Beobachtet wird dies vor allem bei Männern, die die Syphilis-Infektion vermutlich über sexuelle Kontakte mit Männern (MSM) erworben haben. Betroffen sind jedoch auch Personen mit heterosexuellen Kontakten.

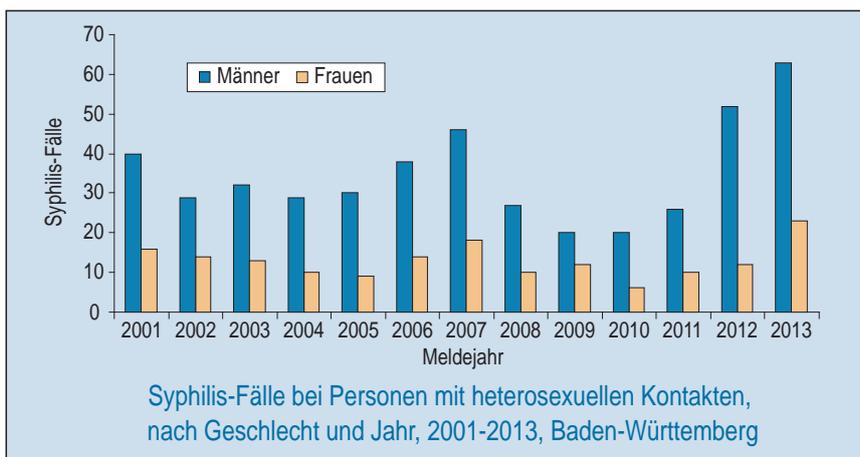
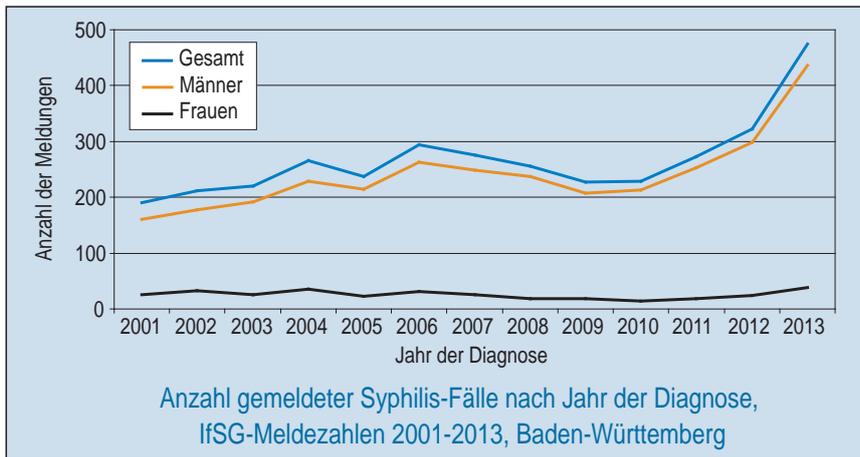
Nach einer Periode stagnierender und zuletzt gesunkener Fälle von Syphilis steigt die Anzahl der an das Robert Koch-Institut (RKI) nichtnamentlich übermittelten Syphilis-Neudiagnosen bundesweit an. In Baden-Württemberg ist die Anzahl der Syphilis-Fälle von 2011 auf 2012 um 18 % gestiegen. Dieser Trend setzte sich im Jahr 2013 fort (siehe erste Abbildung).

Es wurden 474 Fälle an das RKI übermittelt. Das sind 151 Fälle (48 %) mehr als im Vergleichszeitraum des Vorjahres. Die Inzidenz der übermittelten Neudiagnosen ist im Jahr 2013 in allen Altersgruppen angestiegen. Besonders deutlich war der Anstieg bei den 25- bis 49-Jährigen. Betroffen ist hiervon nicht nur die bekannte Risikogruppe der MSM. Ein bundesweit steigender Trend ist auch bei Personen mit heterosexuellen Kontakten zu beobachten: von 425 Fällen im Jahr 2011 auf 575 Fälle im Jahr 2012 (35 %) und um weitere 16 % (90 Fälle) im Jahr 2013. Auch in Baden-Württemberg ist ein Anstieg in dieser Risikogruppe zu beobachten (siehe zweite Abbildung). Aufgrund der unspezifischen Symptomatik von Syphilis-Infektionen ist von einer Dunkelziffer unerkannter Syphilis-Fälle auszugehen.

Um dem steigenden Trend entgegenzuwirken, ist es wichtig, frühzeitig mögliche Syphilis-Infektionen zu diagnostizieren und zu behandeln. Darüber hinaus ist das Übertragungsrisiko aufgrund von Schleimhautläsionen bei vorliegender Syphilis für weitere sexuell übertragene Infektionen (STI) wie HIV und Gonorrhoe erhöht. Aufgrund dieses Zusammenhangs zwischen Syphilis und weiteren Koinfektionen sollten bei einer diagnostizierten Syphilis auch weitere STI-Erkrankungen mit abgeklärt werden. HIV/STI-Sprechstunden in den Gesundheitsämtern Baden-Württembergs bieten die Untersuchung im Rahmen der Beratung zu sexuell übertragenen Infektionen an.

Um dem steigenden Trend entgegenzuwirken, ist es wichtig, frühzeitig mögliche Syphilis-Infektionen zu diagnostizieren und zu behandeln. Darüber hinaus ist das Übertragungsrisiko aufgrund von Schleimhautläsionen bei vorliegender Syphilis für weitere sexuell übertragene Infektionen (STI) wie HIV und Gonorrhoe erhöht. Aufgrund dieses Zusammenhangs zwischen Syphilis und weiteren Koinfektionen sollten bei einer diagnostizierten Syphilis auch weitere STI-Erkrankungen mit abgeklärt werden. HIV/STI-Sprechstunden in den Gesundheitsämtern Baden-Württembergs bieten die Untersuchung im Rahmen der Beratung zu sexuell übertragenen Infektionen an.

Analyse



Raumklima und Befindlichkeit – Wohnzufriedenheit der Bewohner in energetisch teilsanierten Wohnungen

Guido Fischer, Bernhard Link, Ref. 96

Als Pilotprojekt im Rahmen der KLIMOPASS-Förderlinie des Landes Baden-Württemberg werden die Auswirkungen von energetischen Sanierungen des Wohnbestandes auf wichtige innenraumhygienische Parameter untersucht. Die Dämmung der Gebäude führt zu einem deutlich reduzierten Luftaustausch (Hintergrundlüftung), so dass eine Anreicherung von Feuchte und Innenraumschadstoffen nur durch vermehrtes Lüften verhindert werden kann.

In nicht-sanierten Altbau-Wohnungen gaben 47 % der Befragten Probleme mit Feuchtigkeit an; allerdings waren nur in Einzelfällen auch kleine Schimmelpilz-Besiedlungen festzustellen. Die Wohnzufriedenheit („gut“ bis „sehr gut“) lag in allen drei Wohnungstypen (saniert, unsaniert, Neubau) über 80 %. Allerdings war das thermische Empfinden in den nicht-sanierten Wohnungen deutlich schlechter (nur 28 % „nie kalt“). Die Durchschnittstemperatur lag in den energetisch sanierten Wohnungen fast 2 °C über der in den nicht-sanierten Wohnungen. Es scheint sich also ein Trend zu wärmeren Wohnungen abzuzeichnen, was möglicherweise die Voraussetzungen für die Etablierung Wärme liebender Schimmelpilze im Innenraum schafft.

Schimmelpilz-Exposition

Der Vergleich von energetisch sanierten und nicht-sanierten Wohnungen zeigte bislang bezüglich der Schimmelpilzkonzentrationen keine deutlichen Unterschiede; allerdings lagen die Sanierungen auch erst zwei Jahre zurück. In den meisten Wohnungen wurden die typischen Innenraum-Schimmelpilze in Konzentrationen nachgewiesen, die im Bereich der bisher bekannten Hintergrundwerte für Wohnungen ohne Feuchteschaden lagen. In einer Reihe von Fällen konnte allerdings die Dominanz von bestimmten Pilzarten mit den Nutzungsgewohnheiten der Bewohner oder den Umgebungsbedingungen erklärt werden (sehr trockene Luft, Vorherrschen typischer Lebensmittel-bürtiger Schimmelpilze, Bioabfallsammlung über zwei bis drei Tage in der Wohnung).

Feinstaub-Exposition

Die Konzentration der Feinstaub-Partikel betrug im Innenraum meist etwa 30 % der Konzentration der Außenluft. In Neubauten waren die Feinstaub-Partikelkonzentrationen tendenziell höher als in Altbauten und energetisch sanierten Gebäuden. Dies ist wahrscheinlich auf die Ausstattung dieser Wohnungen mit glatten Böden zurückzuführen. Deutliche Unterschiede zeigten sich wie erwartet zwischen Raucher-

und Nichtraucher-Wohnungen, wobei in Raucherwohnungen im Innenraum sogar höhere Konzentrationen als in der Außenluft vorlagen. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen verschiedenen Wohnungstypen ergaben sich aus Kurzzeitmessungen nicht, auch nicht beim Vergleich von gut und schlecht gelüfteten Wohnungen.

TVOC-Konzentrationen

Die Mittelwerte der TVOC-Konzentrationen (flüchtige organische Verbindungen) bei den drei Wohnungstypen unterschieden sich geringfügig, aber nicht signifikant: Neubau 479 µg/m³, Altbau 387 µg/m³ und energetisch sanierte Gebäude 378 µg/m³. Ein deutlicherer Unterschied ergab sich beim Vergleich der gut gelüfteten (351 µg/m³) mit den schlecht gelüfteten Wohnungen (≅ 500 mg/m³). Der Mittelwert der „gut“ gelüfteten Wohnungen liegt 50-150 µg über dem Seifert'schen Zielwert für TVOC (Seifert 1999, UBA). Der Mittelwert der „schlecht“ gelüfteten Wohnungen überschreitet den Zielwert um mehr als das Doppelte. Ab 200 µg/m³ für TVOC sind Reizungen oder Beeinträchtigungen des Wohlbefindens möglich (Möhlhave, 1991), wenn Wechselwirkungen mit anderen Faktoren gegeben sind. Die TVOC-Konzentration wird also in erster Linie durch das Lüftungsverhalten der Bewohner beeinflusst und weniger durch die baulichen Aspekte der Gebäudehülle (energetische Sanierung, Neubau). Die mittlere TVOC-Konzentration in den Neubauten war etwas erhöht, wahrscheinlich weil die Räume oft neu eingerichtet/ausgestattet waren und alle einen Parkettboden aufwiesen.

Schlussfolgerungen

1. Eine Fensterlüftung sollte in Häusern/Wohnungen, die nach neuen Dämmstandards errichtet wurden, nur dort angewandt werden, wo die Bewohner diese verlässlich leisten können (vgl. DIN 1946 Bl. 6 Lüftungskonzept). Bei nicht mehr berufstätigen Personen war meist für eine ausreichende Lüftung gesorgt.
2. Ist ein mindestens zwei- bis dreimaliges Lüften pro Tag nicht sichergestellt (z. B. bei Berufstätigen, die Vollzeit arbeiten), sollte eine Zwangsbelüftung mit Wärmerückgewinnung in Betracht gezogen werden. Insbesondere bei kleineren Wohneinheiten von 70-80 m³ mit einer Belegung von mehr als zwei Personen bietet die Gebäudehülle bzw. der umbaute Raum wenig Pufferkapazität für Feuchte und VOC-Emissionen aus Bauprodukten.



Risiko Freizeitlärm

Snezana Jovanovic, Gabriele Horras-Hun, Petra Tögel, Karin Otzelberger, Ref. 96

Eine Studie mit Teilergebnissen aus einer Realschule in Stuttgart belegt eine erhebliche Lärmbelastung bei Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg.

In den letzten Jahren ist bei Jugendlichen insgesamt eine Verminderung des Hörvermögens zu verzeichnen. Als wesentliche Ursache hierfür wird der Freizeitlärm angesehen. Kopfhörer von MP3-Playern können einen Schalldruckpegel von 126 Dezibel erreichen. Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg setzt daher einen Schwerpunkt auf präventive Projekte und Aktivitäten zum Thema Freizeitlärm und führt eine Studie zu lärmbedingtem Hörverlust bei Kindern und Jugendlichen durch. In diesem Beitrag werden die Studie beschrieben und erste Ergebnisse am Beispiel einer Stuttgarter Realschule vorgestellt.

Beschreibung der Studie

Die Untersuchung ist als Querschnittstudie mit Jahrgangskollektiven von Kindern und Jugendlichen im Alter von 10-18 Jahren konzipiert und läuft seit 2011 an Schulen im Raum Stuttgart. Ziel ist es, insgesamt ca. 1 000 Schüler zu untersuchen und zu ihren Musikhörgewohnheiten (Discobesuche, intensive Nutzung tragbarer Abspielgeräte über Ohrhörer) und Lärmempfinden zu befragen. Dabei sollen verhaltensbedingte Expositionsfaktoren beschrieben werden. Mittels Audiometrie-Screening sollen Kinder und Jugendliche mit reduziertem Hörvermögen identifiziert und Zusammenhänge mit dem Freizeitverhalten aufgezeigt werden. In der Studie werden keine absoluten Hörschwellen bestimmt. Im Anschluss an den Test erfolgt die interviewgesteuerte Befragung des Teilnehmers durch den Untersucher.

Teilergebnisse aus einer Realschule in Stuttgart

Zur Untersuchung wurden Studienunterlagen (Elterninformation, Jugendinformation, Einverständniserklärung, von den Eltern auszufüllender Gesundheitsfragebogen) an 272 Schüler ausgegeben (5.-10. Klasse, 10-17 Jahre alt). 163 Schüler (Response 62 %) meldeten sich zum Hörtest an. 158 Schüler wurden in die Studie aufgenommen; darunter waren 90 Mädchen und 68 Jungen. 19 % der Teilnehmer hatten einen Migrationshintergrund, zusätzliche 27 % wurden nicht in Deutschland geboren. Das Testergebnis wurde jedem Teilnehmer sofort mitgeteilt. Der Befundbrief enthielt einen Ausdruck des Audiogramms mit schriftlicher Bewertung. Außerdem wurde eine Broschüre zur Hörgesundheit überreicht. Im Falle auffälliger Hörbefunde erfolgte eine ärztliche Bera-

tung und die Empfehlung, zwecks Abklärung einen Facharzt aufzusuchen.

Eine erste Auswertung der Hörtests ergab:

- 14,5 % der Schüler wiesen bei mindestens einer Testfrequenz einen Hörverlust von mehr als 20 dB(A) auf.
- 1,9% der Schüler wiesen bei mindestens einer Testfrequenz einen Hörverlust von mehr als 30 dB(A) auf.
- Jungen hatten häufiger ein schlechteres Hörvermögen als Mädchen.
- Schüler der neunten Jahrgangsstufe hatten häufiger ein schlechteres Hörvermögen.
- 15-jährige Schüler hatten häufiger ein schlechteres Hörvermögen.

Musikhören ist für Jugendliche die wichtigste Mediennutzung. Die Auswertungen zeigen:

- 85,4 % der Teilnehmer haben ein Musikabspielgerät mit Kopf- oder Ohrhörern.
- 16,3 % der Teilnehmer hören täglich mindesten 1,5 Stunden und länger Musik mit Kopfhörern.
- 13,3 % der Teilnehmer stellen die Geräte sehr laut ein.

Der Interviewfragebogen umfasste Fragen zu Ohrbeschwerden (Ohrenschmerzen, Ohrgeräusche, taube Ohren), verursacht durch das Hören lauter Musik oder andere Geräuschquellen (wie z. B. Spielzeugpistole, Feuerwerk, Schreien ins Ohr etc.). Nach Angaben der Kinder hatten

- 12,5 % der Teilnehmer nach Musikhören Beschwerden,
- 14,5 % der Teilnehmer nach anderen lauten Ereignissen Ohrbeschwerden, davon 30,4 % feuerwerksbedingt und 26,1 % durch Schreien ins Ohr.

Schlussfolgerung und Ausblick

Schon ersten Teilergebnisse der Studie zeigen, dass mehr Schüler als gedacht einer erheblichen Lärmbelastung ausgesetzt sind. Bei einigen Schülern ist ein lärmbedingter Hörverlust im Frequenzbereich 3-6 kHz (so genannte C5-Senke) nachzuweisen. Viele Schüler berichteten über störende Ohrgeräusche. Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer gezielten Lärmprävention. Konkrete Strategien für die Prävention von Hörschäden sollen entwickelt werden. Allerdings ist wenig über wirksame Präventionsstrategien bekannt.

Eine systematische Erfassung von Knall- und Explosionstraumata sowie anderen lärmbedingten Hörschäden bei Kindern und Jugendlichen durch HNO-Ärzte wäre für eine bessere Einschätzung der Entwicklung der Fallzahlen und die weitere Gestaltung und Evaluation präventiver Maßnahmen sehr hilfreich.



Gesundheitliche Bedeutung von Schimmelpilzen in Innenräumen

Bernhard Link, Guido Fischer, Gabriele Horras-Hun, Ref. 96

Feuchte und verschimmelte Wohnungen werden als Risikofaktor für das Auftreten von Atemwegserkrankungen und Allergien angesehen. Außerdem können Schimmelpilze in Innenräumen auch direkt eine allergische Immunantwort (Sensibilisierung) auslösen. Zur gesundheitlichen Bedeutung dieser Faktoren hat das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) Untersuchungen bei Viertklässlern durchgeführt.

Aus verschiedenen epidemiologischen Untersuchungen geht hervor, dass feuchte und schimmelige Wohnungen mit einem erhöhten Risiko für Atemwegserkrankungen bei den Bewohnern verbunden sind. Dies zeigte sich auch in Untersuchungen des LGA, die seit 1996 im Rahmen des Projekts „Beobachtungsgesundheitsämter“ durchgeführt wurden. Dort ergab sich in Wohnungen, bei denen die Eltern Feuchtigkeit oder sichtbaren Schimmelbefall angaben, ein etwa um 40 % höheres Risiko für das Auftreten von pfeifenden Atemgeräuschen (Wheezing) bei ihren Kindern (siehe Abbildung). Auch wurde in diesen Woh-

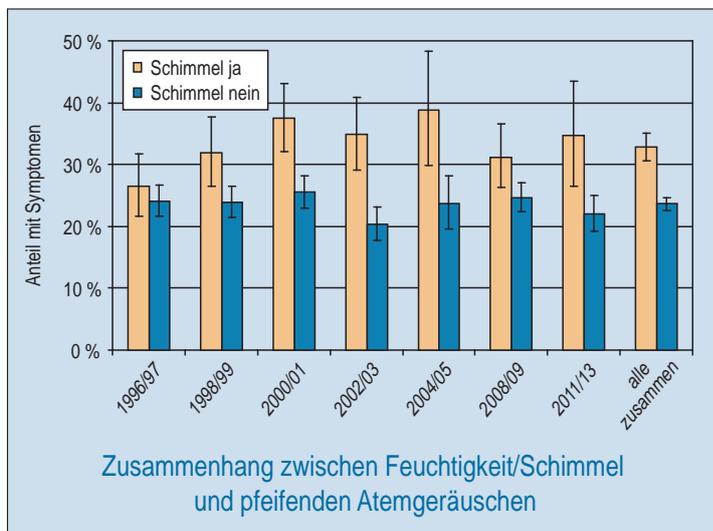
nungen etwas häufiger das Auftreten von Allergien bei den Kindern genannt.

Zur Frage, in welchem Umfang Innenraumschimmelpilze selbst Allergien auslösen können, ist bisher aber wenig bekannt. Vom Umweltbundesamt wurden im Rahmen des Kinder-Umwelt-Surveys, bei dem im Zeitraum zwischen 2003 und 2006 über 1 500 Kinder im Alter zwischen 3 und 14 Jahren auf Antikörper im Blut untersucht. Dabei zeigten 8,3 % der Kinder eine Sensibilisierung gegen verschiedene Innenraumrelevante Schimmelpilze.

Vor diesem Hintergrund hat das LGA in den Winterhalbjahren 2011/12 und 2012/13 eigene Untersuchungen bei Viertklässlern durchgeführt. Insgesamt nahmen an diesen Untersuchungen 960 Kinder aus den Kreisen Ravensburg, Offenburg, Emmendingen und Ludwigsburg teil. Bei 490 Kindern konnten Blutproben auf die Anwesenheit von spezifischen IgE-Antikörper gegen verschiedene Schimmelpilze getestet werden (siehe Tabelle). Während 3,7 % der

Kinder gegen Schimmelpilze sensibilisiert waren, die vorwiegend in der Außenluft vorkommen (*Cladisporium hebarum*, *Aspergillus fumigatus*, *Alternaria alternata*), waren gegen den spezifisch in Innenräumen vorkommenden Schimmelpilz *Penicillium chrysogenum* nur 1,2 % der Kinder sensibilisiert. Gegen die ebenfalls Innenraum-spezifischen Schimmelpilze *Aspergillus versicolor* und *Chaetomium globosum* waren deutlich weniger als 1 % der Kinder sensibilisiert. Diese Sensibilisierungsraten liegen in einem ähnlichen Bereich, wie sie in einer Untersuchung des LGA bei Erwachsenen im Jahr 2010/11 gefunden wurden.

Unsere Ergebnisse unterscheiden sich damit deutlich von den Ergebnissen, die im Kinder-Umwelt-Survey des Umweltbundesamtes gefunden wurden. Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass in beiden Studien unterschiedliche Testverfahren verwendet wurden. Ob daher für diese Unterschiede allein die unterschiedlichen Testverfahren verantwortlich sind oder ob andere, z. B. regionale Faktoren dabei eine Rolle spielen, soll durch weitere Untersuchungen und Vergleichsmessungen mit Testansätzen von unterschiedlichen Herstellern überprüft werden.



Häufigkeit der Sensibilisierung gegen verschiedene Schimmelpilze

Untersucher Schimmelpilz	Kinder aus Baden-Württemberg (95 % CI)	Erwachsene aus Baden-Württemberg	Kinder-Umwelt-Survey (UBA 2003-2006)
mx1-Mix (vorwiegend in der Außenluft)	3,7 % (2,2-5,8 %)	2,5 %	
Penicillium Chrysogenum	1,2 % (0,4-2,6 %)	0,8 %	5,0 %
Aspergillus versicolor	0,2 % (0,0-1,1 %)	0,2 %	2,3 %
Chaetomium globosum	0,0 % (0,0-0,8 %)	0,1 %	



Unfälle bei Erwachsenen in Baden-Württemberg

Iris Zöllner, Holger Knebel, Ref. 95; Veronica Scheibel, Universität Tübingen

Insgesamt hatten 14 % der befragten Erwachsenen in den letzten zwölf Monaten einen Unfall oder eine Verletzung, die ärztlich behandelt werden musste.

Zur Gesundheit von Erwachsenen in Baden-Württemberg gab es bisher nur wenig oder keine aktuellen Daten. Auch zu Unfällen bei Erwachsenen liegen kaum aktuelle Daten vor. Aus diesem Grund führte das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg in Kooperation mit zehn Gesundheitsämtern im Jahr 2010/11 eine Erhebung bei Erwachsenen durch, deren Ziel es u. a. war, Informationen zur Jahresprävalenz von Unfällen, zu Unfallursachen und Unfallfolgen zu erhalten. Die Beteiligung an der Untersuchung war für die Studienteilnehmer freiwillig.

Jahresprävalenz von Unfällen, Unfallorte und Unfallarten bei Erwachsenen

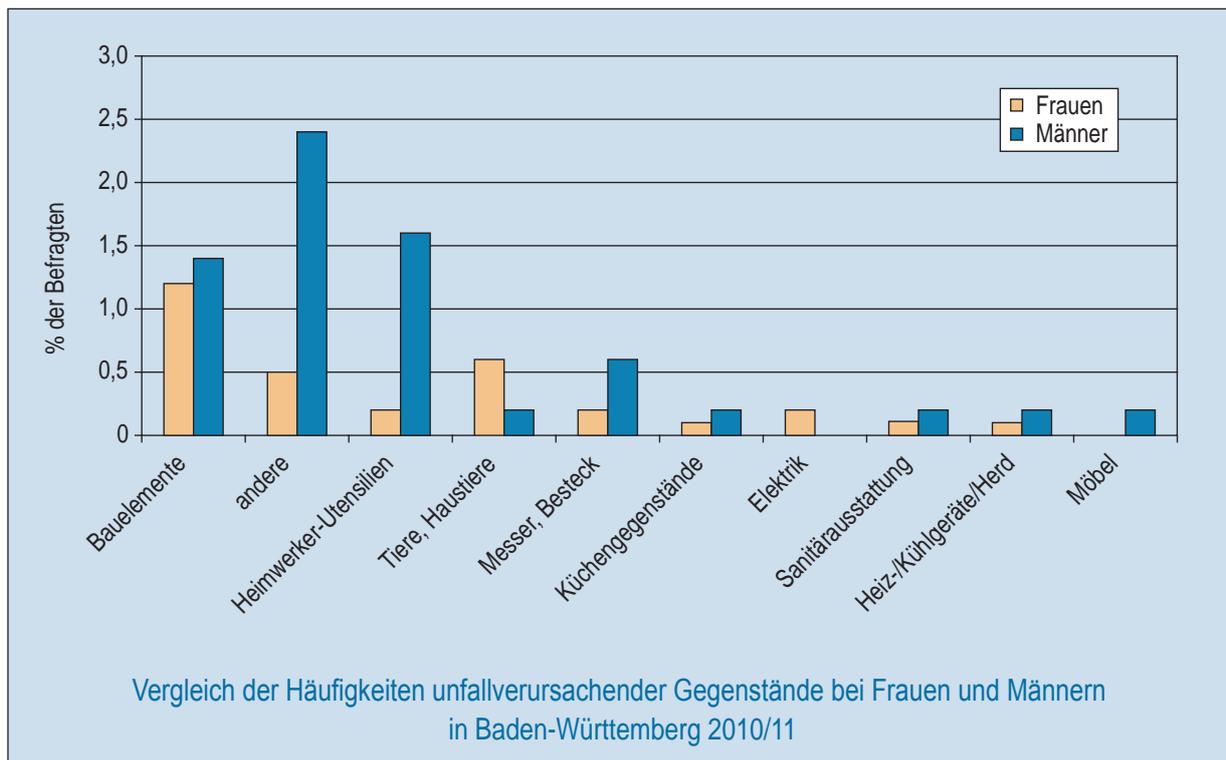
Befragt wurden in Anlehnung an eine britische Studie unter Angestellten des öffentlichen Dienstes (Whitehall II) Mitarbeiter von Landratsämtern in Baden-Württemberg, die älter als 18 Jahre waren. Mit Hilfe eines selbst auszufüllenden Fragebogens wurden u. a. Angaben zur Jahresprävalenz von Unfällen und Verletzungen, zur Anzahl von Verletzungen in den vergangenen zwölf Monaten, zu Unfallorten, Unfallursachen und zur Art der Verletzungen erhoben.

Insgesamt nahmen 1 394 Erwachsene an der Befragung teil. Die Jahresprävalenz von Unfällen oder Verletzungen lag insgesamt bei 14 % (Männer: 17 %; Frauen: 12 %), wobei die meisten eine Verletzung/Vergiftung in den letzten zwölf Monaten hatten. Mehr als eine Verletzung erlitten 1,7 % aller Befragten. Die häufigsten Unfallorte waren: Wohnbereich, Verkehrswege, Sportstätte, Arbeitsstätte (außen), Arbeitsstätte (innen).

Zu den am häufigsten genannten Unfallarten zählten: Stürze, Verletzung durch fallende Gegenstände, Verkehrsunfälle, Verletzung durch scharfe/spitze Gegenstände, Zusammenprall und Einklemmung/quetschung.

Prellungen, offene Wunden und Knochenbrüche waren die häufigsten Verletzungen bei Männern und Frauen. Die meisten Unfälle waren durch Bauelemente, Heimwerker-Utensilien, Tiere und Küchengegenstände verursacht.

Die in dieser Untersuchung ermittelten Unfallprävalenzen und -ursachen werden bei der Priorisierung und Konzeption von Präventionsmaßnahmen berücksichtigt und dienen der Begründung von zukünftigen Vorschlägen zur Vermeidung von Verletzungen bei Erwachsenen in Baden-Württemberg.



Steigende Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung U7a

Iris Kompauer, Ref. 95

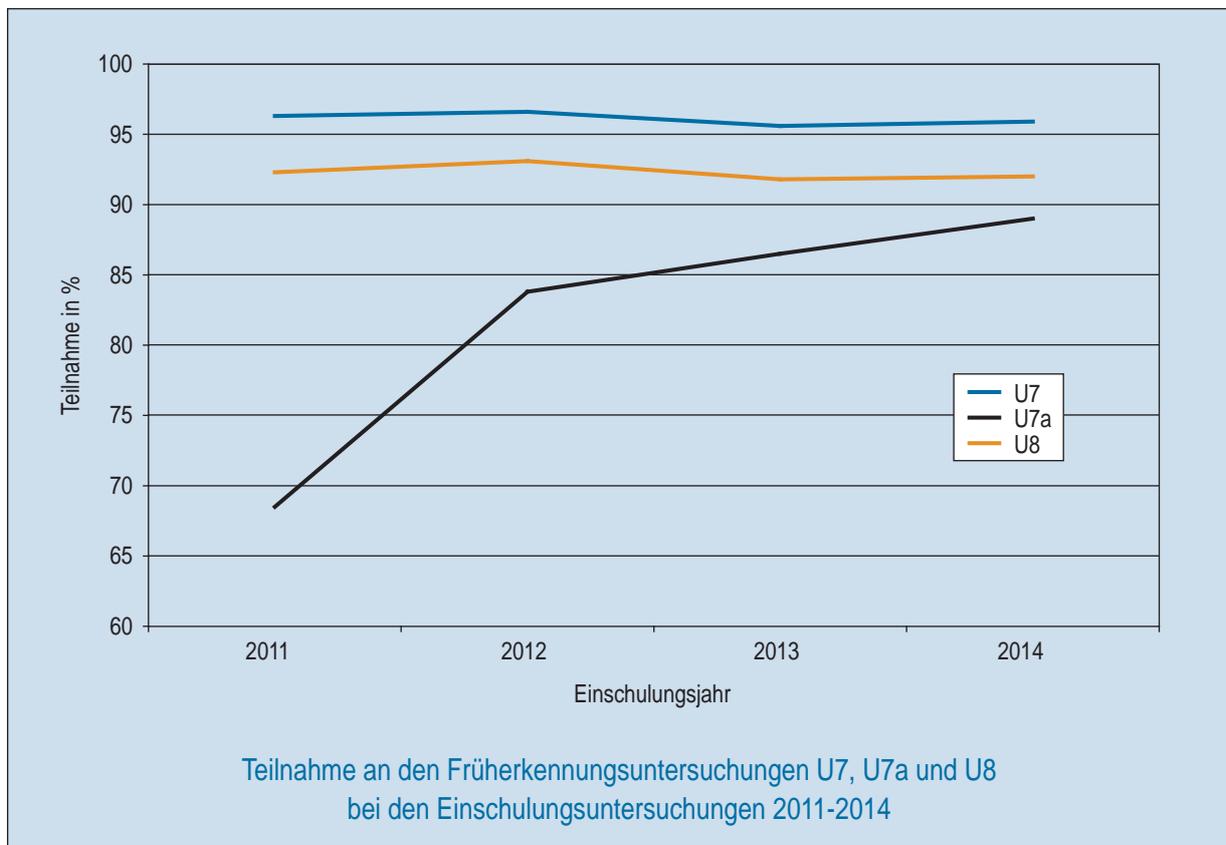
Die Früherkennungsuntersuchung U7a für dreijährige Kinder wurde 2008 in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen. Seither steigt die Teilnahme an dieser Untersuchung.

Früherkennungsuntersuchungen für Kinder dienen dazu, gesundheitliche Probleme oder Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Die kurz als U1 bis U9 bezeichneten Untersuchungen werden von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert. Zum 01.07.2008 wurde die U7a eingeführt. Sie erfolgt zwischen dem 34. und 36., spätestens jedoch im 38. Lebensmonat. Zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung sind die zukünftigen Schulanfänger im Mittel 59 Monate alt. Die U7a sollte also bei allen Kindern bereits erfolgt und im gelben Kinder-Untersuchungsheft (Früherkennungsheft) vermerkt sein.

Nach den Einschulungsuntersuchungen in den Jahren 2009-2013 hat die Teilnahme an der U7a

stetig zugenommen. Im Untersuchungsjahr 2009/10 war die Durchführung der U7a für 68,5 % der Kinder des späteren Einschulungsjahrgangs 2011 dokumentiert. Über 99 % dieser Kinder wurde zwischen dem 01.10.2004 und dem 30.09.2005 geboren. Deshalb hatten viele Kinder bei Einführung der U7a zum 01.07.2008 die Altersgrenze für diese Untersuchung schon überschritten. Drei Jahre später ergab die Untersuchung des Einschulungsjahrgangs 2014 bereits eine Teilnahmequote von 89 %. Diese liegt allerdings immer noch unter den Teilnahmequoten an der U7 (95,9 %) und der U8 (92 %) (siehe Abbildung).

Seit Einführung der U7a sind die Teilnahmequoten also stetig gestiegen. Allerdings werden die bereits 1977 eingeführten Früherkennungsuntersuchungen U7 und U8 häufiger wahrgenommen als die vergleichsweise neue U7a.



Frühwarnsystem für Hantaviren geht an den Start

Christiane Wagner-Wiening, Ref. 95; Stefan Brockmann, Gesundheitsamt Reutlingen; Martin Eichner, Universität Tübingen

Ein Hantavirus-Vorhersagemodell könnte helfen, Trendanalysen durchzuführen, einen Anstieg von Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und durch konkrete Interventionen zu steuern.

Die Zunahme von Hantavirus-Infektionen und das Auftreten von Epidemien in den Jahren 2007, 2010 und 2012 haben in den letzten Jahren gezeigt, dass Erkrankungen durch Hantaviren in Baden-Württemberg ein hoher Stellenwert beigemessen werden muss. Hantavirus-Infektionen des Subtyps Puumala treten vor allem in Gebieten mit einem hohen Buchenwaldanteil, dem Habitat des Reservoirwirts "Rötelmaus" auf. Einflussgrößen für das epidemische Auftreten dieser Erkrankung sind vor allem Faktoren die eine hohe Populationsdichte des Reservoirwirts begünstigen, wie die hohe Fruktifikationsrate der Buchen und Eichen und die Veränderung der Waldstruktur mit einer erhöhten Deckung der Waldböden mit beerentragenden Sträuchern. Den Epidemiejahren 2007, 2010 und 2012 ging jeweils ein Buchenmastjahr voraus. Eine Vorhersage zum möglichen Verlauf der Erkrankungszahlen erlaubt eine frühzeitige Durchführung

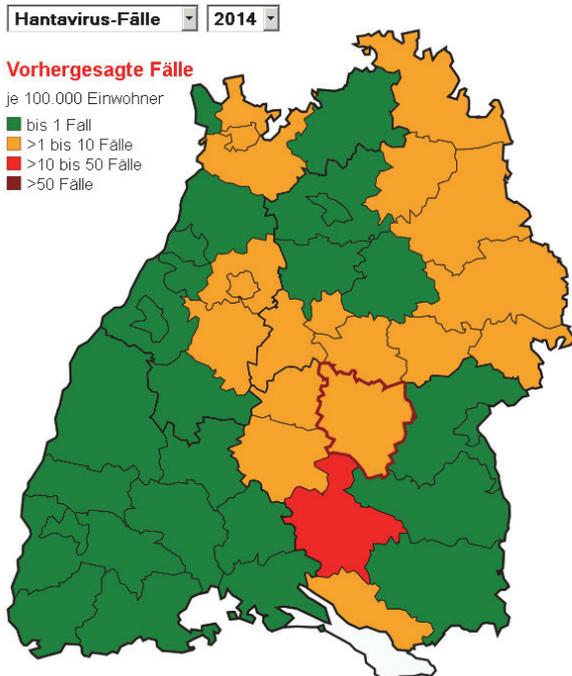
von Interventionsmaßnahmen im Fall einer prognostizierten Hantavirus-Epidemie.

In den Jahren 2012 und 2013 wurde ein interdisziplinäres Projekt unter Koordination des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg von der Forschungsplattform für Zoonosen gefördert. Ziel des Projektes ist die Implementierung eines Monitoring-systems für Hantaviren in Baden-Württemberg, um frühzeitig Hantavirus-Epidemien zu erkennen. Hierzu wurden Informationen zum regionalen Vorherrschen von Buchenwäldern, zu Temperaturdaten der Vorjahre und zum Auftreten von Buchenmasten als Haupteinflussfaktoren verwendet.

Der aktuelle Prototyp der Hanta-Visualisierung erlaubt die interaktive Anzeige der vorhergesagten und der früher aufgetretenen Erkrankungszahlen auf Land- bzw. Stadtkreisebene. Parameter wie Buchenanteile, Buchenmast und weitere Vegetationsdaten können ebenfalls abgerufen werden (siehe Abbildung).

Es ist geplant, das Vorhersagemodell zu evaluieren und die interaktive Karte auf die ÖGD-Homepage zu stellen.

Hanta-Vorhersage 2014

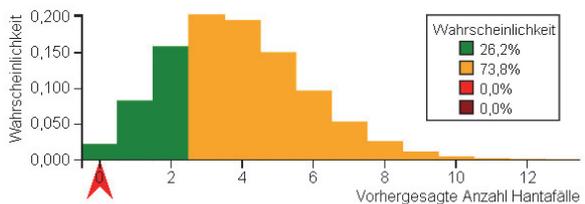


Landkreis Reutlingen

Vorhersage 2014

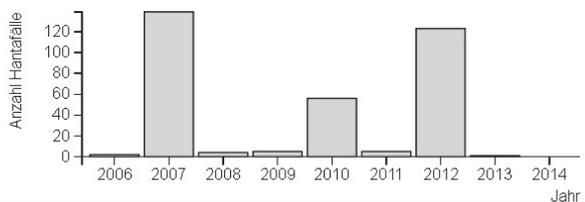
Erwartungswert: 3,8 Fälle (1,4 pro 100.000 Einwohner)
Bis zum Stichtag am 1.1.2014 gab es keinen Fall.

Wahrscheinlichkeitsverteilung



aktuelle Fallzahl: 0
(Stand: 1.1.2014)

Jahresübersicht



Umfeldprophylaxe bei Meningokokkenerkrankungen

Lukáš Murajda, Ref. 95

Enge Kontaktpersonen von Patienten mit einer invasiven Meningokokken-Erkrankung sollten eine Empfehlung für die Einnahme einer Antibiotika-Prophylaxe und für eine Meningokokkenimpfung bekommen. Das ist meistens noch nicht der Fall.

Erkrankungen an einer invasiven Meningokokken-Infektion sind meldepflichtig. In Baden-Württemberg wurden dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) im Zeitraum 2001-2012 insgesamt 686 invasive Meningokokken-Erkrankungen (IME) übermittelt, davon betrafen 54 % Männer. Am häufigsten erkrankten Kinder im Alter bis zu vier Jahren. Es gab 65 Todesfälle (Letalität 9,5 %). Erkrankungen an Meningokokken der Serogruppe B traten in 379 Fällen (55 %), der Serogruppe C in 170 (25 %) und anderer Serogruppen (A, W135 und Y) in 59 Fällen (9 %) auf.

Laut den Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (RKI) sollen enge Kontaktpersonen, wie z. B. Familienmitglieder, medizinisches Personal oder Personen mit engem Körperkontakt zu der erkrankten Person eine Postexpositionsprophylaxe (PEP) erhalten. Für Haushaltkontakte sowie enge Kontakte mit hausähnlichem Charakter wurde im Jahr nach dem Kontakt trotz PEP-Einnahme ein erhöhtes Risiko für eine Meningokokken-Erkrankung beobachtet. Deshalb sollte zusätzlich eine postexpositionelle Meningokokken-Impfung erfolgen. Die Gesundheitsämter identifizieren Kontaktpersonen und empfehlen Maßnahmen zur Verhinderung der Ausbreitung von IME.

Im Mai 2013 befragte das LGA die Gesundheitsämter in Baden-Württemberg über die beim Management von IME-Fällen und Kontaktpersonen verwendeten Richtlinien, die Identifikation von Kontaktpersonen und über die Empfehlungen von Antibiotika und Impfungen. Hierzu dienten zwei Fragebögen: Ein „allgemeiner“ Fragebogen wurde an alle 38 Gesundheitsämter versandt; ein zweiter, „fallbezogener“ Fragebogen wurde nur an die 23 Gesundheitsämter versandt, die im Jahr 2012 mindestens einen der insgesamt 47 IME-Fälle gemeldet hatten.

Das LGA erhielt 34 Antworten auf den allgemeinen Fragebogen (Rücklaufquote 90 %). Alle Gesundheitsämter gaben an, Empfehlungen für das Vorgehen bei invasiven Meningokokken-Erkrankungen zu folgen. Am häufigsten wurde mit 94 % der RKI-Ratgeber für Ärzte genannt.

Von 47 versandten, fallbezogenen Fragebögen wurden 41 Fragebögen zurückgesandt (Rücklaufquote 87 %). Zu den 41 beschriebenen IME-Fällen wurden von den Gesundheitsämtern insgesamt 473 Kontaktpersonen identifiziert, im Mittel also zwölf Kontaktpersonen pro IME-Fall mit einer Spannweite von 0 bis 51 Kontaktpersonen pro Fall. Davon wurde 451 Kontaktpersonen (95 %) die Einnahme einer PEP empfohlen (siehe Tabelle).

Empfehlungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zur Postexpositionsprophylaxe (PEP) und Impfung für Kontaktpersonen von invasiven Meningokokken-Erkrankungen (IME) in Baden-Württemberg 2012

Art des Kontaktes	PEP (%)	Impfung (%)
Haushaltkontakte	90	10
Kontaktpersonen in der Umgebung der Erkrankten (z. B. Mitschüler, Kollegen)	93	6
Personen in Gesundheitsberufen mit Kontakt zu einem IME-Fall	100	50

Im allgemeinen Fragebogen hatten 70 % der Gesundheitsämter geantwortet, dass Personen in Gesundheitsberufen nur dann eine PEP empfohlen würde, wenn diese mit nasopharyngealen Sekreten des IME-Patienten in Kontakt gekommen waren.

Entgegen der Erwartungen wurde nicht bei allen Haushaltkontakten von IME-Fällen eine Empfehlung für die Einnahme von PEP ausgesprochen. Auch die Empfehlung für eine Impfung wurde nicht so oft ausgesprochen wie dies nach der Prävalenz von impfpräventablen Meningokokken-Serogruppen in Baden-Württemberg zu erwarten war.

Das LGA schließt daraus, dass in der Praxis den Empfehlungen der Richtlinien zum Vorgehen bei IME-Fällen und deren Kontaktpersonen in vielen, aber noch nicht in allen Fällen voll gefolgt wurde. Allerdings können verschiedene Faktoren hierfür verantwortlich sein. Hierzu wäre eine nähere Befragung erforderlich. Diese könnte im Rahmen einer Fortbildung über das Vorgehen bei IME-Fällen für die Gesundheitsämter durchgeführt werden.



Gesundheitsschutz muss man üben

Elisabeth Aichinger, Karl-Heinz Janke, Ref. 95

Eine Übung zur Versorgung hochansteckender Patienten in Stuttgart wurde erfolgreich durchgeführt. Das Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz war daran beteiligt.

Deutschlandweit gibt es nur neun besondere Isolierstationen, in denen hochkontagiöse Patienten ohne Ansteckungsgefahr für andere Personen behandelt werden können. Eine davon befindet sich im Robert-Bosch-Krankenhaus (RBK) in Stuttgart. Diese kann nach einer Alarmierung durch das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) innerhalb von vier Stunden zu einem hermetisch abgeriegelten Bereich umgerüstet werden, wie er zur Versorgung von Patienten mit hochansteckenden Erkrankungen wie Ebola- oder Lassa-Fieber erforderlich ist.

Übung für den Ernstfall

Um sicherzustellen, dass alle Abläufe im Ernstfall aufeinander abgestimmt und sämtliche technischen Komponenten sofort einsatzbereit sind, finden regelmäßig Übungen statt. In Zusammenarbeit zwischen dem LGA, dem Deutschen Roten Kreuz und dem RBK fand im Herbst 2013 ein groß angelegter Testlauf statt, bei dem eine Person wie ein potentiell an hämorrhagischem Fieber Erkrankter transportiert und ins RBK eingeschleust wurde.

Das RBK kann bis zu vier Betten für Patienten mit hochkontagiösen Erkrankungen bereitstellen. Der Bereich ist durch mehrere Schleusen hermetisch von den restlichen Krankenhausräumen getrennt. Bei der Behandlung eines Patienten müssen Ärzte und Pflegepersonal spezielle Anzüge tragen, in denen Überdruck herrscht. Gleichzeitig sind die Anzüge mit akkubetriebenen Atemluftgebläsen versehen, welche die Raumluft filtern. Daneben stellen mehrere Filteranlagen in den Räumlichkeiten und ein kontinuierlich aufrecht erhaltener Unterdruck sicher, dass die Erreger nicht aus dem Bereich austreten können.

Alle Beteiligten waren mit dem Verlauf der Übung sehr zufrieden und zogen übereinstimmend folgendes Resümee: „Dass wir regelmäßig in Form von

kleineren Übungen und speziellen Weiterbildungen für unser Personal investieren, hat sich deutlich bemerkbar gemacht – Ablauf, Geschwindigkeit und Teamwork waren ausgezeichnet. Trotzdem hoffen wir natürlich alle, dass wir den Bereich und unser Know-how für einen solchen Ernstfall niemals einsetzen müssen.“

Ausblick 2014

Für das Jahr 2014 stehen die Planung einer Großübung mit einem Flughafen, dem RBK, dem Rettungsdienst sowie weiteren Beteiligten und die Fortschreibung des Seuchenalarm- bzw. Influenza-Pandemieplans für Baden-Württemberg als Schwerpunkte an.



Eine Ärztin in Schutzkleidung kümmert sich um den „Patienten“



Absperrungen sichern den Infektionsschutz beim Patiententransport

Natürliche UV-Strahlung im Arbeitsleben – anerkannt als Risikofaktor

Cornelie Einsele, Ref. 96

UV-Strahlung des Sonnenlichts ist wichtigster Risikofaktor für bestimmte Arten von Hautkrebs. Diese können bei Beschäftigten im Freien nun „wie eine Berufskrankheit“ anerkannt werden.

Sonnenlicht wurde 1992 von der Internationalen Agentur für Krebsforschung (IARC) als ursächlich für Hautkrebs eingestuft. Heller Hautkrebs ist in Deutschland bei Männern und Frauen die häufigste bösartige Erkrankung und hat in den vergangenen 50 Jahren deutlich zugenommen. Als weitere Ursachen für maligne Hauttumoren kommen neben anlagebedingten Faktoren z. B. künstliche UV-Strahlung (Solarienbesuche, Schweißarbeiten), ionisierende Strahlung, humane Papillomviren bei Immunsuppression, chronische Hautkrankheiten, polycyclische aromatische Kohlenwasserstoffe, Arsenverbindungen in Betracht.

2,5 bis 3 Millionen Beschäftigte in Deutschland üben ihren Beruf vorwiegend im Freien aus, wie Landwirte, Gärtner, Dachdecker, andere Bauberufe, Seeleute. Hierdurch sind sie wesentlich mehr als die übrige Bevölkerung dem Sonnenlicht und der für den Menschen nicht sichtbaren UV-Strahlung ausgesetzt. Diese liegt in der Größenordnung des 2-3fachen der Exposition der Bevölkerung, welche in Innenräumen arbeitet. Der kurzweilige energiereiche Anteil der bis zur Erdoberfläche gelangenden UV-Strahlung – es handelt sich um UVB mit einer Wellenlänge von 280 bis 315 nm – wird vorrangig für die karzinogene Wirkung verantwortlich gemacht. Nach langjähriger Tätigkeit unter freiem Tageshimmel finden sich bei dieser Personengruppe an lichtexponierten Hautarealen im Bereich von Kopf und hier vor allem an Stirn, Nase, Ohren, Kopfhaut insbesondere bei Haarverlust in Scheitelhöhe sowie an Nacken, Handrücken und Unterarmen – neben verstärkter Hautalterung mit Elastizitätsverlust, Faltenbildung, Pigmentstörungen – vermehrt zunächst aktinische Keratosen als Vorstufen eines Plattenepithelkarzinoms, später Plattenepithelkarzinome.

„Plattenepithelkarzinome oder multiple aktinische Keratosen der Haut (verursacht) durch natürliche UV-Strahlung“ können inzwischen „wie eine Berufskrankheit (BK)“ bzw. zukünftige Bk nach Nummer 5103 (BK 5103) anerkannt werden. Hiervon ausgenommen sind andere Hautkrebsformen, wie das Basaliom und das maligne Melanom, welche im Hinblick auf die Höhe der UV-Exposition eine geringere bzw. deutlich geringere Korrelation aufweisen. Voraussetzung für die Anerkennung ist der Nachweis, dass zum Zeitpunkt des Auftretens der entsprechenden Hauttumoren an den Stellen, wo diese entstanden sind, eine zusätzliche arbeitsbedingte UV-Belastung von mindestens

40 % bezogen auf die kumulative private Lebens-UV-Dosis bestanden hat. Dann ist von einer Verdoppelung des Risikos für Plattenepithelkarzinome auszugehen. Die UV-Exposition wird in der Einheit „standardisierte Erythem-Dosis – SED“ erfasst, wobei Parameter wie Dauer der Exposition, Tageszeiten, Jahreszeiten, geographische Breite, Höhe über Normalnull, Reflexionen des Umfeldes in die Berechnung einfließen. Von einer relevanten arbeitsbedingten UV-Strahlung ist bei einem 50-Jährigen nach ca. 15-jähriger Tätigkeit im Freien zu rechnen.

Arbeitsbedingter Hautkrebs in Baden-Württemberg (BW) – Prävention von UV-Hautschäden

Auch wenn BK 5103 bisher noch nicht in der Liste der Berufskrankheiten aufgeführt ist, wurden in Deutschland im Jahr 2009 bereits neun Fälle von Hautkrebs durch Sonnenlicht „wie eine BK“ anerkannt. Seinerzeit war es in BW nach Kenntnis des Gewerbearztes gerade ein Fall. In den folgenden Jahren wurden es ständig mehr. Im Jahr 2010 kam es bei sechs Personen zur Anerkennung „wie eine BK“ oder wurde eine solche von Experten vorgeschlagen, 2011 betrug die Anzahl acht, 2012 schon elf und 2013 sogar 27. Dies lässt vermuten, dass das wahre Ausmaß von arbeitsbedingtem Hautkrebs bei Beschäftigten im Freien unterschätzt wird.

Prävention von UV-Hautschäden – nicht zuletzt Vorbeugung gegen akuten Sonnenbrand – ist im Arbeitsleben wie auch sonst daher dringend notwendig. So empfiehlt es sich, sich langsam an längere Aufenthalte in der Sonne zu gewöhnen, zur Mittagszeit, der Tageszeit mit der höchsten Sonneneinstrahlung, die pralle Sonne zu meiden und den Schatten aufzusuchen. Darüber hinaus schützen bedeckende sonnendichte Kleidung, z. B. aus Baumwolle sowie Tragen eines breitkrempigen Hutes o. Ä. Ergänzend hierzu ist es ratsam, Sonnenschutzmittel mit Lichtschutzfaktor von mindestens 15-30 zu verwenden und sonnenexponierte Hautareale damit ausreichend zu behandeln, wobei der jeweilige Hauttyp zu berücksichtigen ist. Ein leichter Sonnenschutz von innen ist zudem durch den Verzehr bestimmter Lebensmittel möglich, so von gekochten Tomatenprodukten, da dessen Inhaltsstoff Lykopen, welcher erst nach längerem Erhitzen für den Menschen voll verfügbar wird, die durch UV-Licht induzierten Radikale unschädlich macht. Sinnvolles Verhalten in puncto Sonnenlicht findet sich in Ländern mit hoher Sonneneinstrahlung in Äquatornähe und/oder in großen Höhen. – Lassen sich Gebräuche und Gewohnheiten ändern?



Klimawandel und Gesundheit

Peter Michael Bittighofer, Ref. 96

Der Klimawandel hinterlässt auch im „Ländle“ seine Spuren. Steigende Temperaturen und häufigere Hitzeperioden werden sich beim Wohnen, Arbeiten und in der Freizeit bemerkbar machen.

Baden-Württemberg bleibt vom schleichenden Klimawandel nicht verschont. Der Klimawandel wird außerdem vom demographischen Wandel begleitet; der Anteil der alten und der hochbetagten Menschen wird zunehmen. Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg hat im Auftrag des Ministeriums für Umwelt, Klima und Energiewirtschaft in einem Gutachten zum Handlungsfeld Gesundheit versucht, die Folgen des Klimawandels für die Bevölkerung darzustellen und Maßnahmen vorzuschlagen, wie die Folgen abgemildert werden können.

Unmittelbar einwirkende Klimafaktoren sind allgemeiner Temperaturanstieg, vermehrtes Auftreten von Hitzeperioden und Zunahme von Extremwetterlagen. In Städten mit Siedlungsverdichtung wirken sich die Veränderungen besonders aus. Hier sind zusätzliche Temperatursteigerung und geringere nächtliche Abkühlung zu erwarten.

Wegen der Abnahme der Konzentration des stratosphärischen Ozons ist mit erhöhter Einstrahlung von UV-B zu rechnen. Eine allgemeine Temperaturerhöhung fördert eher die Bildung von Ozon und lässt flüchtige biogene Kohlenwasserstoffe aus der Land- und Forstwirtschaft eher freisetzen.

Folgen des Klimawandels sind die verlängerte Vegetationsperiode und Veränderungen bei Fauna und Flora. Temperatursteigerung, Niederschlagsmengen und insbesondere Zahl der Frosttage sind für das Überleben von Infektionskrankheiten übertragenden Vektoren von Bedeutung. Mit dem Klimawandel finden neue – auch giftige – Pflanzen und Tiere bessere Lebensbedingungen.

Der Mensch hat sich als sehr anpassungsfähig an vorgefundene klimatische Bedingungen erwiesen. Mit technischen Möglichkeiten lassen sich viele der eigentlich gesundheitsrelevanten Klimafaktoren kompensieren.

Die Anpassungsfähigkeit des Menschen ist besonders gut gegenüber erhöhten Temperaturen (über 25-30 °C) entwickelt. Oberhalb dieses Temperaturbereichs lässt jedoch die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit nach. Personen in einem Beschäftigungsverhältnis sind zwar im Durchschnitt gesünder als der Durchschnitt der Gesamtbevölkerung, können jedoch wegen ihrer Arbeit nur beschränkt den Witterungsbedingungen ausweichen.

Bei alten und chronisch kranken Menschen ist Anpassungsfähigkeit an die Umgebungstemperaturen

eingeschränkt. Zusätzlich bestimmen die Siedlungsformen, in denen die Menschen leben, stark das örtliche Klima. In großstädtischen Verdichtungsgebieten werden höhere Durchschnittstemperaturen, stärker ausgeprägte Hitzeperioden und geringere nächtliche Abkühlung zu beobachten sein als in ländlicher Umgebung.

Die indirekten Folgen des Klimawandels manifestieren sich über Veränderungen in der Umwelt. Insekten und andere Gliederfüßer können sich bei wärmeren Umgebungstemperaturen dauerhaft ansiedeln und als Vektoren Infektionskrankheiten übertragen. Bedroht sind überwiegend Personen, welche sich beruflich oder in der Freizeit im Freien aufhalten. Das gilt besonders für die von Zecken übertragenen Krankheiten. Stech- und Sandmücken suchen ihren Wirt aktiv auf, sind flugfähig und können so mehr potentielle Wirte erreichen. Ökologie und Biologie der Vektoren und damit die Verbreitung der von ihnen übertragenen Krankheitserreger stehen allerdings miteinander und mit der Umwelt in einer engen, äußerst komplexen Beziehung, welches verlässliche Voraussagen erschwert.

Eine weitere indirekte Auswirkung des Klimawandels ist die vermutete Zunahme von Pollenallergien bei Verlängerung der Vegetationsperiode und zur Verminderung der Frosttage. Wärme liebende Pflanzen können sich neu ansiedeln, z. B. die hier schon wachsende Ambrosie, die ein starkes allergenes Potential besitzt.

Aufenthalt im Freien sind mit erhöhter UV-Strahlenexposition verbunden. Alleine die höheren Durchschnittstemperaturen werden den Aufenthalt im Freien fördern und damit die Hautexposition gegenüber der UV-Strahlung erhöhen. Das damit verbundene Risiko für Hautkrebs wird wegen der langen Latenzzeiten jedoch unterschätzt.

Anpassungsmaßnahmen sind vor allem auf den Gebieten notwendig, auf welchen die Vulnerabilität groß ist bzw. dort wo viele Menschen von den Folgen des Klimawandels negativ betroffen sind. Maßnahmenvorschläge lassen sich drei Gruppen zuordnen: Die Bevölkerung oder Bevölkerungsgruppen werden über die Veränderungen und die sich daraus ergebenden Gefährdungen informiert bzw. gewarnt. Zweitens müssen die Auswirkungen von meteorologischen Ereignissen und klimatischen Veränderungen auf die Morbidität und Mortalität sowie auf die Entwicklungen bei Vektoren und Schadorganismen aktuell beobachtet werden. Die dritte Gruppe von Maßnahmen umfasst Empfehlungen für aktives Handeln, um Folgen des Klimawandels in Bezug auf die Gesundheit in der Bevölkerung zu verhindern oder zu verringern. Im Gutachten werden über 70 Maßnahmen beschrieben und erläutert.

„Über Alkohol reden“ – eine Broschüre für Eltern, Erzieherinnen und Erzieher

Katja Schnell, Ref. 94

Junge Menschen müssen sich mit dem Konsum von Alkohol auseinandersetzen. Fragen von Eltern zu diesem Thema beantwortet die neue Broschüre und gibt hilfreiche Tipps.

Jugendliche trinken erfreulicherweise etwas weniger Alkohol als früher. Der regelmäßige Alkoholkonsum bei den 12- bis 17-Jährigen geht laut der Studie zur „Drogenaffinität Jugendlicher in Deutschland 2011“ der BZgA langfristig zurück. Tranken 2001 noch 17,9 % der in Deutschland lebenden 12- bis 17-Jährigen regelmäßig, also mindestens einmal in der Woche, Alkohol, waren es 2011 noch 14,2 %. Dennoch ist der Alkoholkonsum in Deutschland weiterhin weit verbreitet; zu vielen Anlässen und Feiern wie z. B. Silvester gehört er beinahe dazu.

Es gehört zu den Entwicklungsaufgaben junger Menschen, sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen und eine eigene Haltung zum Konsum von Alkohol zu entwickeln. Jugendliche testen sich aus und bringen dabei sich, oft aber auch ihre Eltern, an Grenzen. Manchmal gibt das Verhalten der Jugendlichen in der Pubertät ihren Eltern Rätsel auf. Es stellt sich die Frage: Was ist noch „normal“, was deutet auf schwerwiegende Probleme und Alkoholkonsum hin?

Um Eltern bei ihrer Erziehungsverantwortung zu unterstützen, hat bereits das Forum Prävention in Bozen eine Broschüre zu diesem Themenkreis veröffentlicht. Diese wurde vom Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) mit Förderung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren auf baden-württembergische Anforderungen hin überarbeitet und unter dem Titel „Über Alkohol reden – was Eltern, Erzieherinnen und Erzieher wissen sollten“ herausgegeben. Denn auch wenn sich die Aufgaben der Eltern im Laufe der Zeit verändern, sie bleiben immer wichtige Ansprechpartner und Vorbilder für ihre Kinder. Positive Erfahrungen in der Familie können Kinder vor der Entstehung einer Sucht schützen.

Es wird ein Überblick gegeben, welche Herausforderungen Jugendliche auf ihrem Weg zum Erwachsenen meistern müssen, warum Jugendliche Alkohol trinken, aber auch, wie sich der Alkoholkonsum auf den Organismus auswirkt – und welche Risiken dabei bestehen. Untergliedert in verschiedene Altersgruppen wird verdeutlicht, welche Herausforderungen auf Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern im jeweiligen Alter zukommen können. Und es werden Möglichkeiten aufgezeigt, wie man diesen Herausforderungen begegnet. Natürlich gibt es bei Erziehungsfragen nie das eine Patentrezept. Dennoch gibt die Broschüre wertvolle Tipps, wie sich Eltern gegenüber ihren Kindern in Fragen zum Alkoholkonsum verhalten können.

Auch bietet die Broschüre einen Überblick, wo Eltern Unterstützung finden können. Die Fachleute in den Beratungsstellen unterliegen der Schweigepflicht und können familiäre Probleme mit objektivem und professionellem Blick angehen. In der Broschüre sind die Adressen der Beauftragten für Suchtprophylaxe/Kommunalen Suchtbeauftragten aufgeführt. Diese können Eltern helfen, den richtigen Ansprechpartner in ihrem Stadt- oder Landkreis zu finden.

Die Broschüre ist in acht Sprachen erschienen. Sie kann über das LGA kostenfrei bestellt oder im Internet unter www.gesundheitsamt-bw.de heruntergeladen werden.



Symposium Frühförderung Baden-Württemberg 2013

Anette Winter-Nossek, Ref. 94

„Frühförderung als Herausforderung“ lautete das Thema. Das 20-jährige Jubiläum der baden-württembergischen Rahmenkonzeption Frühförderung gab Anlass zum Feiern und zur Reflexion. Welche Kinder kommen bei uns „zu kurz“? Wie lässt sich kommunale Vernetzung auch für Kinder mit (drohenden) Behinderungen verbessern?

Am 22.10.2013 nahmen rund 400 Fachleute in Stuttgart teil, das in diesem Jahr den Blick auch auf 20 Jahre gemeinsame Rahmenkonzeption Frühförderung Baden-Württemberg der Ministerien für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren und für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg lenkte. Nicht immer problemlose Entwicklungsverläufe von Kindern, die „nur“ 2-6 Wochen zu früh geboren wurden, sowie die wirkungsvolle inklusive Vernetzung der Hilfen für junge Kinder und ihre Familien in Dormagen kamen am Vormittag im Plenum zur Sprache. Am Nachmittag wurden sowohl Aspekte der Entwicklung von Kindern als auch ihrer Lebensbedingungen in Workshops näher betrachtet und diskutiert, die wir als Fachleute in der Frühförderung nicht außer Acht lassen dürfen bzw. hautnah mit den Familien erleben.

Plenumsvorträge

Prof. Dr. Christian F. Poets ist Ärztlicher Direktor der Abteilung für Neonatologie und neonatologische Intensivmedizin der Universitäts-Kinderklinik Tübingen. Sein Vortrag galt der Entwicklung von „späten“ Frühgeborenen, die 2-6 Wochen zu früh auf die Welt kommen. Sie wurden lange Zeit reifen Neugeborenen bezüglich Entwicklungsrisiken fast gleichgesetzt. Neue Forschungen zeigen jedoch teils erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen und Entwicklungsverzögerungen dieser Kinder. Dies ist besonders vor dem Hintergrund stetig zunehmender Kaiserschnittentbindungen bedenklich, die meist deutlich vor dem errechneten Geburtstermin durchgeführt werden. Auch die Kaiserschnittentbindung an sich birgt Risiken für die Entwick-

lung des Kindes. Mit fundierten Zahlen belegte Prof. Dr. Poets eindrücklich die Notwendigkeit, die Kaiserschnitttrate deutlich zu senken.

Martina Hermann-Biert leitet das Jugendamt der Stadt Dormagen. Dort wurde bereits vor Jahren die nachhaltige Netzwerkbildung als Präventionskette im Bereich früher Hilfen für Familien im Rahmen von Qualitätsentwicklung in der Kommune betrieben. Durch bewussten Umgang, organisatorische Veränderungen und eine fördernde kommunale Schwerpunktsetzung sind wirksame und niederschwellig erreichbare Unterstützungsangebote für Familien mit sehr jungen Kindern entstanden. Aufgrund des langen Vorlaufs sind u. a. tatsächliche Einsparungen von „späten“ klassischen Interventionsausgaben des Jugendamts für Jugendliche bereits sichtbar.

Sieben Themengruppen am Nachmittag

Im ersten Workshop wurde über Möglichkeiten und Grenzen der Pränataldiagnostik informiert und diskutiert. Gruppe 2 befasste sich mit pädagogischen Ansätzen bei Jungen im Unterschied zu Mädchen in der Frühförderung und in Kindertageseinrichtungen. Ebenfalls besondere Aufmerksamkeit wurde im dritten Workshop für Kinder und ihre Familien mit Migrationshintergrund in der Frühförderung angeregt. In Gruppe 4 kamen das Kindeswohl gefährdende, wieder neu belebte Traditionen, wie das Pucken von Säuglingen, zur Sprache. Das Wohlergehen von Kindern mit Behinderungen in Kinderkrippe und -tagesstätte wurden in Gruppe 5 thematisiert. In Gruppe 6 wurde über die Bundesinitiative Frühe Hilfen und Familienhebammen gesprochen. Im 7. Workshop waren Einflüsse auf das noch ungeborene Kind und Auswirkungen auf dessen Entwicklung Thema.

Alle Beiträge sind auf der Homepage des Landesarztes für behinderte Menschen unter „Symposien Frühförderung BW“ (<http://www.gesundheitsamt-bw.de/oegd/Gesundheitsthemen/FruehfoerderungIntegration/Seiten/default.aspx>) eingestellt.

Gesundheitsförderliche und generationenfreundliche Stadt- und Gemeindeentwicklung in der Gemeinde Sulzfeld

Torben Sammet, Ref. 94

Gesundheitsförderliche und generationenfreundliche Stadt- und Gemeindeentwicklung mit Bürgerbeteiligung in Baden-Württemberg

Ziel der Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“ ist die Förderung der Gesundheit und Lebensqualität von Kindern, Jugendlichen, Familien und älteren Menschen. Im Rahmen des Zukunftsplans Gesundheit und des Gesundheitsdialogs Baden-Württemberg wird die Initiative vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg gefördert.

Gegenwärtig beteiligen sich 22 Städte und Gemeinden aus Baden-Württemberg an der Landesinitiative – so auch die im Landkreis Karlsruhe gelegene Gemeinde Sulzfeld. Seit August 2012 ist sie unter dem Motto „Gesund aufwachsen und leben in Sulzfeld“ als Partnergemeinde vertreten. Mit Hilfe der Beratung durch die Landesinitiative soll das Thema Gesundheit in die Gemeindeentwicklung einfließen und bei möglichst allen Aktivitäten und Veranstaltungen in Sulzfeld einbezogen werden. Das Wohlbefinden der Bevölkerung und die Lebensqualität innerhalb der Gemeinde sollen nachhaltig verbessert werden. Die Bürger selbst beteiligen sich hierbei aktiv bei der Entwicklung eines generationenfreundlichen, attraktiven und lebenswerten Wohnumfelds.

Jugendforum und Planungswerkstatt mit Kindern und Senioren

Über ein Jugendforum und eine Planungswerkstatt mit Kindern und Senioren wurde das Thema „gesundheitsförderliche und generationengerechte Stadtplanung“ angegangen. Das Hauptziel bestand darin, in einem systematisch angelegten Prozess altersgerechte Angebote für die Bereiche Bewegung, Prävention und Gesundheitsförderung in der Gemeinde Sulzfeld zu schaffen. Allen Bevölkerungsgruppen und Generationen soll hierbei ermöglicht werden, sich aktiv in die Maßnahmenplanung und -umsetzung

einzubringen. So wurden Kindertageseinrichtungen, Schulen, der Seniorenbeirat und nicht zuletzt die Anwohner der geplanten Angebote gleichermaßen zur Beteiligung animiert.

Das jährlich stattfindende Jugendforum in Sulzfeld soll den Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit geben, sich direkt an kommunalpolitischen Diskussionen zu beteiligen, ihre Wünsche zu äußern und damit aktiv zur Gestaltung ihrer Lebenswelten beizutragen. Im Rahmen des Jugendforums 2013 entwickelten Kinder und Jugendliche im Alter von 10-14 Jahren gemeinsam die Idee zu einem kombinierten Fußball- und Basketballfeld und stellten ihr erarbeitetes Konzept schließlich im Gemeinderat vor. Mittlerweile ist die Umsetzung eines 13 x 20 Meter großen Fußball- und Basketballplatzes beschlossen und soll im Jahr 2014 realisiert werden.



Ein interaktiver Erlebnispfad „Streuobsterlebnis“ soll durch die interessante Gestaltung und die besondere Art des Erlebens ein neues Ausflugsziel in Sulzfeld werden und den Besuchern die Natur und die Besonderheiten der Streuobstwiesen mit allen Sinnen erlebbar machen. Zur direkten Beteiligung der Bürger an dieser Maßnahme wurde eine Planungswerkstatt Streuobstpfad ins Leben gerufen. An dieser nahmen zahlreiche Kinder und Senioren teil. In zwei Gruppen – aufgeteilt nach Kindern und Senioren – wurde die geplante Strecke auf seine Begehrbarkeit und Tauglichkeit geprüft. Bei der gemeinsamen Begehung und der anschließenden Planungsrunde konnten zahlreiche Anregungen, Ideen und Verbesserungsvorschläge der über 50 Teilnehmer festgehalten, gemeinsam ausgewertet und direkt dem Planer des Streuobstwiesenpfades sowie der Bürgermeisterin übergeben werden.



Bewegungsförderung im Alter – Handlungsempfehlungen für Städte und Gemeinden

Bettina Huesmann, Ref. 94

Das Zentrum für Bewegungsförderung erstellt in Zusammenarbeit mit verschiedenen Einrichtungen Handlungsempfehlungen zu niederschweligen Bewegungsangeboten.

In Baden-Württemberg ist bereits heute ein Fünftel der Bevölkerung über 65 Jahre alt. Experten gehen davon aus, dass der Anteil bis 2060 auf gut ein Drittel ansteigen wird (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2013).

Die Schaffung von Rahmenbedingungen und Strukturen für ein langes Leben im Alter können dazu beitragen, die Selbstständigkeit und Autonomie älterer Menschen langfristig zu erhalten. Neben barrierefreien und kurzen Zugangswegen zu Zielpunkten des täglichen Bedarfs sind Städte und Gemeinden aufgefordert, ein sicheres und komfortables Wohnumfeld sowie eine attraktive Ausstattung des öffentlichen



Raumes zu schaffen. Die Bereitstellung von Bewegungsangeboten für ältere Menschen – sowohl im Freien als auch in öffentlichen Einrichtungen – sind hier besonders hervorzuheben, da ein körperlich aktiver Lebensstil ein hohes präventives Potential zur Verbesserung bzw. zum Erhalt der Gesundheit hat.

Immer mehr Städte und Gemeinden erkennen diesen Handlungsbedarf und wollen für ihre ältere Bevölkerung ein breites Spektrum an Angeboten bereitstellen. Das Setting Kommune eignet sich in hervorragender Weise, um Bürger anzusprechen, die von bereits vorhandenen (Bewegungs-) Angeboten nicht erreicht werden.

Das Zentrum für Bewegungsförderung beim Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) stellt für Koordinierungsstellen in Städten und Gemeinden Handlungsempfehlungen zu niederschweligen Bewegungsangeboten bereit. Niederschwellige Angebote werden in die Lebenswelt älterer Menschen integriert und sind meist kostenlos. Beispiele guter Praxis sowie

bundesweite Praxiserfahrungen, insbesondere aber aus Baden-Württemberg, werden gesammelt und in den Broschüren vorgestellt. Die Handlungsempfehlungen sollen bei der Auswahl eines geeigneten Bewegungsprogramms unterstützen, auf Möglichkeiten zur Durchführung hinweisen und auf potenzielle Kooperationspartner aufmerksam machen. Die Praxis-hilfen beschreiben den Ablauf von einer Idee bis zur Umsetzung.

Bei der Planung und Durchführung eines niederschweligen Angebots sind eine Reihe verschiedener Aspekte zu berücksichtigen, die am folgenden Beispiel aufgeführt werden. Als Grundlage für die dritte Handlungsempfehlung „Tanzen mit älteren Menschen“ fand beispielsweise im November 2013 im LGA der Workshop „Tanzangebote für ältere Menschen“ mit 23 Experten statt. In dem Workshop wurden u. a. folgende Fragen diskutiert: Was muss bei der Planung eines Tanzangebots beachtet werden? Welche Kosten fallen an? Welche Begriffe sollte der Titel eines Tanzangebots nicht enthalten? Wie sieht eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen hauptamtlichen und bürgerschaftlich engagierten Personen aus? Welche Kooperationspartner kommen bei der Initiierung eines Tanzangebots in Frage?

Die zahlreichen Erfahrungen und Tipps der Experten dienen als Grundlage und fließen in die Handlungsempfehlung ein.

Bisher veröffentlicht: Handlungsempfehlung 1: „Wie gelingt eine Spaziergangsgruppe?“. Handlungsempfehlung 2: „Wie gelingt ein Bewegungstreff im Freien?“. Handlungsempfehlung 3: „Tanzen mit älteren Menschen“.

Die Broschüren stehen unter <http://www.gesundheitsamt-bw.de/oegd/Netzwerke/Zentrum-fuer-Bewegungsfoerderung-ZfB/Seiten/default.aspx> zum Download bereit.



Gesundheitsdialog Baden-Württemberg

Sinika-Marie Steinhilber, Torben Sammet, Ref. 94

Das baden-württembergische Gesundheitssystem soll mittels Gesundheitsdialogen transparent gestaltet und zusammen mit Bürgern weiterentwickelt werden.

Vor dem Hintergrund der Herausforderungen an das Gesundheitssystem soll ein strukturierter Dialog zwischen den Bürgern und den Partnern des Gesundheitswesens zu unterschiedlichen gesundheitsrelevanten Themen eingerichtet werden. Dazu hat der Ministerrat des Landes Baden-Württemberg 2012 einen „Zukunftsplan Gesundheit – Eckpunkte zum Gesundheitsdialog Baden-Württemberg“ verabschiedet und das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (SM) mit der Umsetzung des Gesundheitsdialogs beauftragt. Die Gesundheitsdialoge werden vom SM gefördert und vom Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg durchgeführt.

Gesundheitsdialoge haben Fragen der medizinischen und pflegerischen Versorgung, der Versorgungsstrukturen sowie der Prävention und Gesundheitsförderung, einschließlich des Themas Arbeit und Gesundheit, zum Inhalt. Die Herausforderungen des Gesundheitswesens sollen aufgenommen werden, indem alle relevanten Akteure, Patienten sowie Bürger beteiligt werden.

Die Ergebnisse und Vorschläge der Dialoge sollen in die Entscheidungsfindung der jeweils zuständigen Gremien bzw. Entscheidungsträger vor Ort einfließen. Der Gesundheitsdialog kann nicht Entscheidungen der zuständigen Institutionen und Gremien ersetzen. Vielmehr soll erreicht werden, dass alle Beteiligten

eingebunden und die Bedürfnisse und Interessen der Bürger bzw. Patienten bei den jeweiligen Entscheidungen berücksichtigt werden.

Modellhafte Erprobung von Pilotgesundheitsdialogen auf der Ebene von Kreisen, Städten und einer Gemeinde in Baden-Württemberg

Im Jahr 2013 wurden mit fünf Pilotdialogen – unter wissenschaftlicher Begleitung und externer Moderation der Universität Stuttgart – unterschiedliche Partizipationsverfahren im Bereich Gesundheitsförderung und medizinische Versorgung konzipiert und erprobt. In der Pilotphase waren zwei Landkreise, zwei Städte und eine Gemeinde beteiligt. Die Pilotdialoge bauten auf bestehende Strukturen auf – insbesondere auf die Kommunalen Gesundheitskonferenzen der Stadt- und Landkreise. Auf Stadt- und Gemeindeebene wurden die Dialoge als zentrales Element einer gesundheitsförderlichen und generationenfreundlichen Stadt- und Gemeindeentwicklung im Rahmen der Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“ durchgeführt.

Für spezifische Gesundheitsthemen wurden vor Ort Beteiligungsformate wie z. B. Bürgerforum, Fokusgruppe oder Planungswerkstatt entwickelt, deren Methodik auf die jeweilige Thematik zugeschnitten war.

Anhand der Ergebnisse aus der Pilotphase wird die weitere Ausgestaltung des Gesundheitsdialogs Baden-Württemberg ab dem Jahr 2014 in der Fläche entwickelt. Dabei soll der Gesundheitsdialog auch in die Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“ integriert werden.



Pilotdialog Stadt Weinheim	Pilotdialog Stadt Stuttgart- Mönchfeld	Pilotdialog Landkreis Reutlingen	Pilotdialog Landkreis Calw	Pilotdialog Gemeinde Sulzfeld
Aktivierung und Auswahl der Teilnehmer Aktivierung schwer erreichbarer älterer Menschen	Bürgerforum mit Zukunftswerkstatt zur Bewegungsförderung für ab 50-Jährige „fit ab 50 in Mönchfeld“ Identifizierung des Bedarfs für neue Bewegungsangebote und Maßnahmen festlegen/umsetzen	Fokusgruppen zur technischen Unterstützung im Alter „Gesundheits-Telematik“ Chancen- und Risikoplanung sowie Optimierung von Maßnahmen	Bürgerforum zur Zukunft der Kreiskliniken Konflikt zu Versorgungsstrukturen Formulierung von Fragen an ein Gutachten VOR der Festlegung von möglichen Planungsalternativen	Jugendforum und Planungswerkstatt mit Kindern und Senioren zur gesundheitsförderlichen und generationengerechten Stadtplanung Konkrete Optimierung von bereits bestehenden Planungsprojekten

▶ ▶ Einordnung der fünf Pilotdialoge entsprechend dem Planungsstadium, in dem die Beteiligung stattfand. ▶ ▶

Laborakkreditierung unter neuen Vorzeichen

Claudia Kühmstädt, Ref. 91

Der Laborbereich des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg (LGA) ist seit Juni 2004 nach DIN EN ISO/IEC 17025 als Prüflabor akkreditiert. Die Akkreditierung wird jeweils für fünf Jahre erteilt; für den Fortbestand muss vor Ablauf dieses Zeitraums erneut ein Re-Akkreditierungsverfahren durchlaufen werden. 2013 wurde das Verfahren erstmals bei der DAkkS beantragt. Aufgrund einer EU-Vorgabe nahm 2010 die Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkkS) ihre Tätigkeit als eine einzige nationale Akkreditierungsstelle auf. Sie ersetzt knapp 20 bis dahin in Deutschland tätige private und öffentlich-rechtliche Akkreditierungsstellen. Die DAkkS begutachtet und überwacht bundesweit rund 4 300 Akkreditierungsverfahren.

Akkreditierung

Mit der Akkreditierung weist das Labor seine fachliche Kompetenz sowie die Einhaltung spezifischer Normen nach. Für den Kunden bedeutet dies eine Gewährleistung, dass die Qualität und Sicherheit einer Leistung oder eines Produkt verlässlich sind und diese den technischen und rechtlichen Vorgaben entsprechen.

Neue Anforderungen

Die Veränderung in der Akkreditierungslandschaft brachte einige Umbrüche mit sich. Ein Novum war die Forderung, dass medizinische Untersuchungen nicht wie bisher nach der DIN für Prüflaboratorien akkreditiert werden dürfen. Der Laborbereich des LGA muss deshalb zusätzlich die DIN EN ISO 15189 für medizinische Laboratorien umsetzen. Dies bedingt automatisch die Einhaltung der Richtlinien der Bundesärztekammer (RiLiBÄK). Hinzu kam eine stetig wachsende Anzahl von Checklisten, Regelwerken und Anforderungen der DAkkS. Die Begutachtung ist nicht nur auf die reine Labortätigkeit fokussiert. Es werden ebenfalls Supportprozesse wie z. B. Laboreinkauf, Labor-EDV und Entsorgung sowie das Management von Geräten und Reagenzien detailliert geprüft.

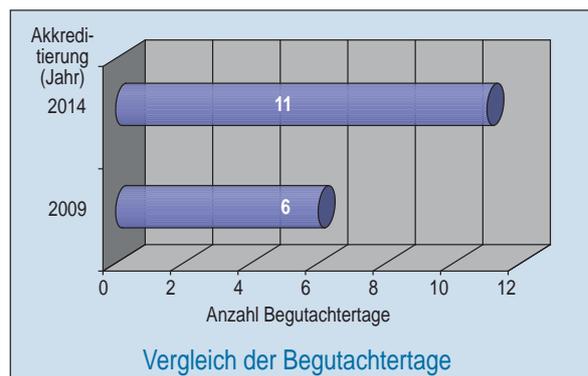
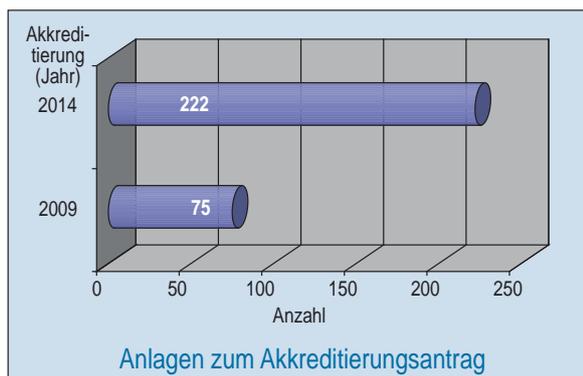
Die Vorarbeiten

Mit der Vorbereitung der Akkreditierung 2014 wurde bereits 2012 begonnen. Zunächst wurden die zusätzlichen Anforderungen der DIN EN ISO 15189 analysiert. Daraus folgte ein umfangreiches Sortierungsprogramm; sämtliche Prüfverfahren wurden nach den Kriterien Methodik, Untersuchungsmaterial, Erreger bzw. Analyt kategorisiert und der entsprechenden Norm zugeordnet. Zahlreiche Prozesse wurden formuliert und Verfahrensanweisungen überarbeitet oder neu erstellt. So gerüstet fand im April 2013 ein Beratungsgespräch bei der DAkkS statt. Nun bewährte sich der großzügig gestaltete Zeitplan, denn durch die Konzentration auf die DAkkS als einzige Anlaufstelle verlängerte sich die individuelle Verfahrensdauer von erwarteten sechs Monaten auf geschätzte zwölf. Die Vielfalt der im LGA angebotenen Untersuchungen stellte für die DAkkS eine Herausforderung dar, die Verfahren ihren sechs Abteilungen zuzuordnen.

Damit begann die arbeitsintensive Antragsphase. Neben der technischen Kompetenz zählt auch das Probenaufkommen als Kriterium für die Akkreditierung; daher wurden ausschließlich Routineverfahren angemeldet. Die Pflicht, Prozesse und Abläufe zu reflektieren und präzise zu beschreiben, war zeitaufwändig, belohnte aber mit der neu gewonnenen Transparenz. Schließlich wurde der DAkkS der Akkreditierungsantrag in Form eines großen Datenpaketes im Dezember 2013 zugestellt. Im Februar 2014 fanden die Begutachtungsaudits statt, insgesamt acht Fachauditoren prüften über eine Woche den Laborbereich.

Ausblick

Sobald die geforderten Nacharbeiten erledigt sind und der Akkreditierungsausschuss zugestimmt hat, wird das LGA die beiden begehrten Akkreditierungsurkunden erhalten. Damit beginnt zugleich die Überwachungsphase: Nach zwölf Monaten wird das erste von drei Überwachungsaudits stattfinden.



„Gewusst wie“ – die akkreditierte Probenahme nach TrinkwV

Jens Fleischer, Ref. 93; Matthias Appelt, Ref. 91

Durch die Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkkS) wurden die Anforderungen an die Probenahme von Trinkwasser 2012 neu formuliert. Die Akkreditierung beinhaltet neben der Einbindung der Probenehmer in das Qualitätsmanagement(QM)-System des jeweiligen Labors auch deren regelmässige Schulung und Auditierung. Für das Labor des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg kommt damit bei der Einbindung der ca. 130 externen Probenehmer eine zeit- und personalintensive Aufgabe hinzu.

Anforderungen an das Labor hinsichtlich der Probenahme

- Bei der Vorbereitung mikrobiologischer Untersuchungen von Wasserproben sind die Anforderungen der DIN EN ISO 19458 zu berücksichtigen. Besonderes Augenmerk ist hier auf die Probenahme, die Einhaltung der Transportzeit und Temperatur sowie die Aufbewahrung der Proben nach Eintreffen im Labor zu legen.
- Die Begutachtung der Probenahme im Rahmen des Akkreditierungsverfahrens durch die DAkkS muss sowohl für die internen als auch externen Probenehmer erfolgen. Dabei sind bei Laboren mit bis zu zehn Probenehmern alle Probenehmer, bei mehr als zehn Probenehmern zusätzlich mindestens weitere 20 % der Probenehmer zu begutachten.
- Es muss eine Liste aller Probenehmer (aufgeschlüsselt nach internen und externen Probenehmern) geführt werden.

Schulungen für Probenehmer

Die Probenehmer müssen für die Probenahme über eine ausreichende Qualifikation verfügen und in das QM-System des akkreditierten Labors eingebunden sein. Die Grund- oder Basisschulung umfasst folgende Mindestinhalte:

- Rechtliche und technische Aspekte für eine Entnahme von Wasserproben (unter Berücksichtigung der Unterauftragsvergabe bei der Probenahme inkl. der Einbindung externer Probenehmer)

- Naturwissenschaftliche Grundlagen (chemische und mikrobiologische Aspekte, Sensorik in Form einer qualifizierten Probenbeschreibung)
- Qualitätssicherungsmaßnahmen bei der Probenahme (Umgang mit Proben, Prüfberichte usw.)
- Technik der Trinkwasserprobenahme (unter Berücksichtigung der DIN ISO 5667-5 und DIN EN ISO 5667-3)
- BG-Vorschriften und -Regeln zur Unfallverhütung bei der Probenahme
- Praktischer Teil (Übungen zur Probenahme)
- Schriftliche Prüfung über die Inhalte der Schulung

Die Wiederholungsschulungen umfassen den Mindestinhalt einer Grund- oder Basisschulung, jedoch ohne schriftliche Prüfung, und sind einmal im Zeitraum der Gültigkeit einer Akkreditierung bzw. mindestens alle fünf Jahre nachzuweisen. Eingangsvoraussetzung für die Wiederholungsschulung ist der erfolgreiche Abschluss einer Grund- oder Basisschulung.

Einbindung der Probenehmer in das QM-System des Labors

- Probenahme bzw. Probenehmer müssen in das QM-System des Labors eingebunden sein und alle relevanten Anforderungen der DIN EN ISO/IEC 17025 erfüllen.
- Die Arbeit der internen und externen Probenehmer ist vom Labor im Rahmen der internen Audits mindestens alle zwei Jahre zu überprüfen. Dies schließt auch die Prüfung der Nachweise der erforderlichen Qualifikation ein.
- Da die Verantwortung für die Einhaltung der im QM-System gemäß DIN EN ISO/IEC 17025 festgelegten Regelungen und somit auch für die Probenahme beim Labor liegt, muss ein (juristisch belastbarer) Vertrag zwischen dem Labor und der Anstellungskörperschaft / dem Arbeitgeber des externen Probenehmers geschlossen werden, mit dem die o. g. Bedingungen/Voraussetzungen sichergestellt werden.



Erfolgreicher Abschluss der curricularen Fortbildung Krankenhaushygiene für den ÖGD

Peter Weidenfeller, Doris Reick, Ref. 93

Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) hat eine Fortbildung zur Krankenhaushygiene für Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) durchgeführt, um die hygienische Überwachung medizinischer Einrichtungen zu unterstützen.

Die infolge der Änderung von § 23 Infektionsschutzgesetz erlassenen neuen Medizinhygieneverordnungen der Bundesländer formulieren konkrete Anforderungen an die Beschäftigung von hygienisch weitergebildetem Fachpersonal. In Deutschland gibt es jedoch explizit zu wenige Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Hygiene und/oder Mikrobiologie, da für diese mehrjährigen Weiterbildungen nur eine sehr begrenzte Zahl an Plätzen zur Verfügung steht.

Fortbildungskonzept

Um diesen Mangel mittelfristig zu beseitigen, haben die Landesärztekammern nach einem Entwurf der Bundesärztekammer eine eigene curriculare Fort- bzw. Zusatzweiterbildung für Medizinhygiene geschaffen, die es Fachärzten aller medizinischen Disziplinen ermöglicht, künftig die Aufgaben eines Hygienikers mit zu übernehmen.

Da es für die Pflicht zur hygienischen Überwachung medizinischer Einrichtungen, insbesondere für die erforderlichen Krankenhausbegehungen auch beim ÖGD in Baden-Württemberg kaum Fachärzte für Hygiene und/oder Mikrobiologie gibt, hatte das LGA nach den o. g. Vorgaben der Bundesärztekammer ein 169-stündiges, betont praxisbezogenes Kursangebot für Ärzte des ÖGD entwickelt, das in den Jahren 2012 und 2013 mit ca. 60 Kursteilnehmern umgesetzt wurde.

Aufbau des Lehrgangs

Der Lehrgang befasste sich mit den Grundlagen der medizinischen Mikrobiologie, dem Erkennen und Erfassen nosokomialer Infektionen, mit Verfahren der Desinfektion und Sterilisation, dem Umgang

mit multiresistenten Erregern sowie aktuellen, hygienisch relevanten Leitlinien und Rechtsvorschriften.

Ein besonderer Schwerpunkt waren hygienisch-technische Themen. Dazu gehörten die Krankenhausbauplanung, die Beurteilung von Bauanträgen mit praktischen Übungen, die Raumluft- und Klimatechnik mit Begehung von Klimaanlage, die Wasserversorgung sowie die Technik und Qualitätssicherung der Aufbereitung von Gerätschaften und medizinischem Instrumentarium.

Ein weiterer Schwerpunkt war die Darstellung und Erörterung der spezifischen hygienischen Anforderungen aller medizinischer Fachdisziplinen mit praktischen Beispielen, das Hygienemanagement beim Ausbruch infektiöser Erkrankungen und die systematische hygienische Besichtigung von Krankenhäusern und Arztpraxen.

Ein zusätzliches, 16-stündiges Modul behandelte die hygienischen Anforderungen an die Zahnmedizin und die Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sowie spezifische Vorgaben zur Aufbereitung der zahnmedizinischen Instrumente mit praktischen Beispielen.

Die ausführliche und bebilderte Darstellung einer systematischen Besichtigung der Einrichtungen diente auch hier der Vorbereitung für spätere Praxisbegehungen.

Fazit

Das Angebot wurde von den Ärzten des ÖGD gut angenommen und als umfassende und zielgruppen-gerechte Unterstützung für die Umsetzung der Aufgaben in der allgemeinen und Krankenhaus-Hygiene nachdrücklich gewürdigt.

Der Lehrgang stärkt die fachliche Kompetenz des ÖGD bei Begehungen von Kliniken und Arztpraxen, bei Beratungen in allen Fragen der Krankenhaushygiene sowie beim Ausbruchmanagement und verbessert somit auch deutlich seine Position als Partner bei der Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung.



Aktivitäten des MRE-Netzwerkes Baden-Württemberg

Frauke Büttner, Kathrin Hartelt, Peter Weidenfeller, Doris Reick, Ref. 93

So genannte *Multiresistente Erreger (MRE)* sind weltweit verbreitet. Hauptreservoir für die Verbreitung im Gesundheitswesen ist der häufig unerkannt besiedelte Patient.

Unzureichende Hygienemaßnahmen und Defizite bei der Information nachbehandelnder Einrichtungen begünstigen die weitere Ausbreitung der Erreger und erhöhen somit das Risiko der Zunahme schwer behandelbarer Krankenhausinfektionen. Aus dieser Problematik heraus hat sich das MRE-Netzwerk in Baden-Württemberg gegründet. Seit Juli 2012 besteht eine Vereinbarung zwischen dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren und den Krankenkassen in Baden-Württemberg zur Förderung der Netzwerkstruktur bei der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und von Erregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen in Baden-Württemberg. Dabei unterstützen die Krankenkassen das Projekt mit einer finanziellen Anschubfinanzierung über drei Jahre, damit einheitliche Empfehlungen zu Risikoscreening, Hygienemanagement und Sanierung im Sinne der Qualitätssicherung sichergestellt werden. Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) fungiert als zentrale Koordinierungsstelle für die regionalen Netzwerke der Landkreise. Durch die zentrale Koordination ist es möglich, abgestimmte, standardisierte Vorgehensweisen in den verschiedenen Einrichtungen für Baden-Württemberg zu etablieren.



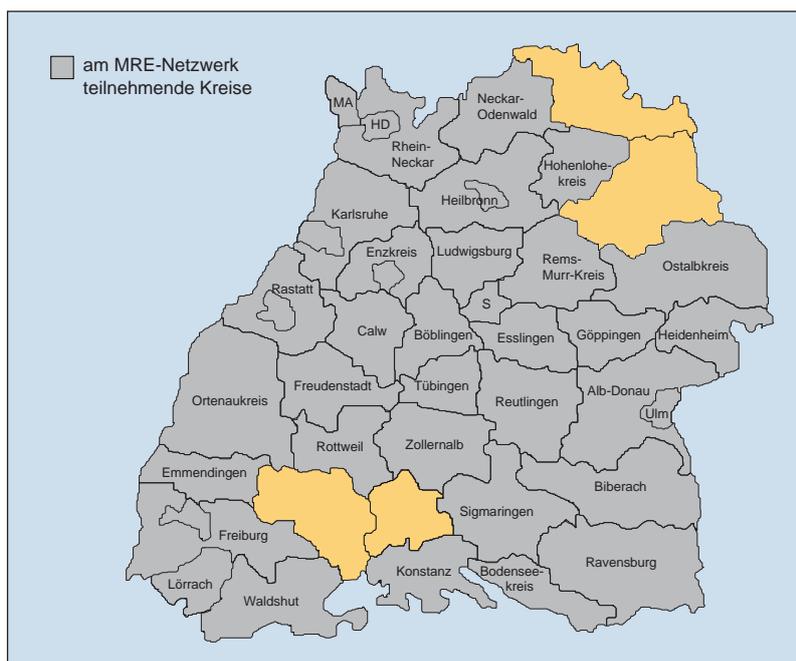
Das LGA stellt hierzu Informationsmaterialien, die mit allen Beteiligten zuvor abgestimmt sind, für verschiedene Zielgruppen zur Verfügung.

Zusätzlich wurde auch ein gemeinsamer MRE-Überleitbogen für MRE-Keimträger entwickelt. Außerdem unterstützt das LGA die regionalen Netzwerke bei Fortbildungen in den jeweiligen Landkreisen zum Themenbereich „Multiresistente Erreger“ direkt, indem LGA-Mitarbeiter referieren oder indirekt, indem es externe Referenten vermittelt. Neben der Netzwerk-Koordination ist das LGA auch für die Öffentlichkeitsarbeit in Form von Vorträgen, Pressearbeit sowie für den Internetauftritt verantwortlich. Auf der Homepage www.mre-netzwerk-bw.de finden sich landesweit erarbeitete Empfehlungen zum Thema MRSA für verschiedene Zielgruppen sowie Vorschläge zur Sanierung und Dekontamination. Um die hohe Fachkompetenz der Koordinatoren des LGA zu erhalten, führen diese fortlaufend Recherchen zu aktueller deutschsprachiger und internationaler Literatur zum Thema multiresistente Erreger, Antibiotikaresistenzen und Netzwerkentwicklung durch. Dabei stehen die Publikationen des Robert Koch-Instituts bezüglich neuester Entwicklungen im Vordergrund.

In Deutschland haben regionale und überregionale MRE-Netzwerke in den letzten fünf Jahren deutlich zugenommen. Um hierüber einen Überblick zu behalten,

werden regelmäßig die Strukturen und Entwicklungen der Netzwerke recherchiert und kommuniziert. Somit fungiert das LGA auch als fachliche Leitstelle für das MRE-Netzwerk Baden-Württemberg.

Inzwischen haben 34 Landkreise regionale Netzwerke etabliert, so dass das Ziel einer flächendeckenden Vernetzung für Baden-Württemberg fast erreicht ist. Um jedoch das Ziel der Nachhaltigkeit zu gewährleisten, müssen wir in den nächsten Jahren die initiierten Maßnahmen und Projekte fortführen, indem relevante Erkenntnisse in Empfehlungen und Leitlinien für den klinischen bzw. Praxis-Alltag integriert, implementiert und dauerhaft angewendet werden.



Kariesdiagnostik im Wandel der Zeit

Anna Leher, Ref. 95

Ein neues System zur Klassifizierung vor allem der grenzwertigen Kariesfälle ist das „International Caries Detection and Assessment System“. Den Zahnärzten des ÖGD wurde der neue Index in einer Fortbildung vorgestellt.

Die Zahngesundheit der Kinder in Baden-Württemberg ist bundesweit an der Spitze. Über die Jahre betrachtet haben immer weniger Kinder kariöse Zähne. Diese Ergebnisse basieren auf landesweit repräsentativen Stichprobenuntersuchungen zur Zahngesundheit, die von Zahnärzten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) regelmäßig durchgeführt werden (Quelle: DAJ, 2011).

Die Entscheidung, ob ein Zahn kariös ist und behandelt werden muss, ist nicht immer leicht. So ist der Rückgriff auf Hilfsmittel, z. B. auf eine zahnärztliche Sonde, oft notwendig. Insgesamt nehmen seit Jahren die eindeutig kariösen Fälle ab und die schwieriger zu beurteilenden Fälle zu. Daher werden Hilfsmittel immer wichtiger in der Entscheidung, ob ein Zahn behandelt werden muss. Um einen Zahn als kariös oder gesund zu klassifizieren, wurde auch in den landesweiten Stichprobenuntersuchungen zur Zahngesundheit die Zahnschmelz mit einer Sonde auf ihre Härte hin geprüft.

In der Kariesdiagnostik hat sich nun zunehmend die Kenntnis durchgesetzt, dass kleinste Defekte, die nur oberflächlich im Zahnschmelz vorhanden sind, durch das „Kratzen“ mit der Sonde vergrößert werden können. Der Trend geht also von der taktilen Diagnostik hin zur visuellen Diagnostik. In den Zahnarztpraxen haben sich daraufhin vor allem apparative diagnostische Verfahren etabliert. Diese sind jedoch in den Reihenuntersuchungen in Schulen und Kindertageseinrichtungen nicht anwendbar. Es besteht daher die Überlegung, für die landesweite Erhebung der Zahngesundheit ein neues diagnostisches Instrument einzusetzen. Idealerweise sollte es ein System sein, das die Initialstadien und die Aktivität der Karies ohne großen Aufwand sicher erfasst. Es sollte in epidemiologischen Studien genauso einsetzbar sein, wie in der täglichen Arbeit. Außerdem sollten die Ergebnisse vergleichbar mit den Ergebnissen der Vergangenheit sein.

Ein System, das diese Eigenschaften vereint, ist das „International Caries Detection and Assessment System“ (ICDAS). Es wurde entwickelt als standar-

disierte, visuelle Methode zur Kariesdetektion. Seit 2008 ist es in der modifizierten Version als ICDAS II veröffentlicht und im Einsatz. Es ist ein mehrstufiges System und kann die Stadien der anfänglichen Karies besser als der bis dahin für die Dokumentation der Zahngesundheit eingesetzte Index erfassen. Angesichts des Kariesrückgangs in den letzten Jahren können damit zukünftig die Anfangsstadien der Karies abgebildet und deren Entwicklung beobachtet werden. Dazu muss die Zahnhartsubstanz auch nicht mehr auf ihre Härte geprüft werden. Der Einsatz von ICDAS II ist bei der kommenden Stichprobenerhebung in die Planung aufgenommen worden.

Im Oktober 2013 wurde das ICDAS II bei den Zahnärzten des ÖGD in einer ganztägigen Fortbildung eingeführt. Dabei wurden die Stufen und Codes der Karies, die Methoden der Diagnostik und die notwendige Ausstattung vorgestellt. Die Fortbildung baute auf ein im Internet frei verfügbares E-Learning-Programm auf. Dem theoretischen Teil schloss sich eine praktische Trainingseinheit an. Im praktischen Teil konnten die Teilnehmer das neu erworbene Wissen an extrahierten Zähnen anwenden und dokumentieren (siehe Foto). Eine Auswertung über die Übereinstimmung mit der Referenzuntersucherin zeigte, dass fast alle Untersucher eine substantielle Übereinstimmung erreicht hatten.

Insgesamt wurden in dem neuen Klassifikationssystem 23 Zahnärzte des ÖGD geschult. Im Anschluss an die Fortbildung sollen in einem Probeinsatz in der Routine erste Erfahrungen für die zukünftigen landesweiten Begleituntersuchungen zu Gruppenprophylaxe gesammelt werden.



Zahnärzte beim praktischen Training zu ICDAS II am 01.10.2013 im Landesgesundheitsamt

Indikatoren zum Diabetes mellitus Typ 2 – Vorschlag einer Expertenarbeitsgruppe

Michael Böhme, Abt. 9

20 konkrete Indikatoren zur Darstellung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung hinsichtlich Diabetes mellitus Typ 2 (DM2).

2012/13 hat eine Arbeitsgruppe aus fachlichen Experten einschließlich Datenhaltern im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg Vorschläge für Indikatoren zum Diabetes mellitus Typ 2 erarbeitet. Grundsätzlich sollen Indikatoren dabei zur Darstellung von Daten dienen, die die gesundheitliche Lage der Bevölkerung, regionale Unterschiede und zeitliche Trends für ausgewählte Themenbereiche beschreiben. Diese werden z. B. für eine Bedarfsermittlung, die Ableitung von Maßnahmen und deren Evaluation auf Wirksamkeit benötigt. Die Indikatoren zum Diabetes mellitus Typ 2 sollten daher möglichst viele verschiedene präventive und krankheitsspezifische Aspekte des Diabetes mellitus erfassen.

Die einzelnen Indikatoren wurden unter Berücksichtigung der konkreten Umsetzbarkeit entwickelt und in einem Bericht einschließlich Aussagekraft, Datengewinnung/-auswertung und möglicher Datenquellen beschrieben. Zudem konnten durch zahlreiche Datenhalter im Rahmen der Mitarbeit in der Expertenarbeitsgruppe erste Pilotauswertungen durchgeführt werden, so dass im Bericht für 14 der Indikatoren bereits erste aktuelle Datenauswertungen für 2011 oder 2012 auf Stadt- und Landkreisebene – sofern auf Grund der Größe der Zahlen unter Datenschutzaspekten möglich – eingefügt werden konnten. Der Bericht enthält darüber hinaus Überlegungen zur Frage der Nutzung von DMP- und Morbi-RSA-Daten, die Festlegung des konkreten Algorithmus zur Auswertung von Abrechnungsdaten, eine Zusammenstellung von Postleitzahlen zur kreisscharfen Zuordnung von Daten und eine ausgearbeitete Excel-Maske für die Übermittlung von Abrechnungsdaten durch Krankenkassen.

Konkrete Indikatorenvorschläge

In einem ersten Schritt konnten sechs Vorschläge für mögliche Indikatoren zum Diabetes mellitus Typ 2 zum Bereich „Prävention und Gesundheitsförderung“, vier zu „Früherkennung“, 18 zu „Krankheitsstatus“ und 22 zu „Versorgung und Behandlung“ zusammengestellt werden. Aus dieser Vorschlagsliste wurden dann unter den Gesichtspunkten der fachlichen Relevanz für den Diabetes und der möglichen Umsetzbarkeit 20 konkrete Indikatoren aus den unterschiedlichsten Bereichen ausgewählt und detaillierte „Steckbriefe“ erarbeitet.

Vorgeschlagene Indikatoren für Diabetes mellitus Typ 2 (DM2)

Prävention und Gesundheitsförderung

- WHO-Empfehlung für körperliche Aktivität (Survey)

Früherkennung

- Untersuchung auf Gestationsdiabetes (GKV)

Krankheitsstatus

- Prävalenz des DM2 (GKV)
- Inzidenz des DM2 (GKV)
- Prävalenz des DM1 (GKV)
- Inzidenz des DM1 bei Kindern und Jugendlichen (Register)
- Koronare Herzerkrankungen bei Menschen mit DM2 (GKV)
- Apoplex bei Menschen mit DM2 (GKV)
- Amputationen der unteren Extremität wegen DM2 (GKV)
- Retinopathie bei Menschen mit DM2 (GKV)
- Chronische Niereninsuffizienz bei Menschen mit DM2 (GKV)
- Depression bei Menschen mit DM2 (GKV)
- Arbeitsunfähigkeitstage bei Menschen mit DM2 (GKV)
- Verminderte Erwerbsfähigkeit bei Menschen mit DM2 (DRV)
- Verstorbene an Diabetes (StaLa)

Versorgung und Behandlung

- Diabetologisch tätige niedergelassene Ärzte im DMP DM2 (KVBW)
- Podologieverordnungen bei Menschen mit Diabetes (MDK)
- Teilnahme an Schulungen von Menschen mit DM2 (GKV)
- Vollstationäre Krankenhausbehandlung bei Diabetes mellitus (StaLa)
- Menschen mit Diabetes in Selbsthilfegruppen (DDB)

(Mögliche Datenquelle in Klammer)

Insgesamt zeigte sich bei der Erarbeitung, dass durch die derzeit allgemein verfügbaren Daten und amtlichen Statistiken in der Regel die wesentlichen Aspekte und Entwicklungen beim Diabetes mellitus Typ 2 nicht ausreichend aussagekräftig beschrieben werden können. Auch für eine Einstellung der jetzt vorgeschlagenen Indikatoren z. B. im Gesundheitsatlas Baden-Württemberg ist derzeit die Bereitschaft der jeweiligen Datenhalter notwendig, die entsprechenden Daten auch langfristig durch Sonderauswertungen zur Verfügung zu stellen. Bei den Abrechnungsdaten von Krankenkassen wäre dabei die Zusage von mehreren mitgliederstarken Krankenkassen wichtig, damit die Einflüsse durch die unterschiedliche Mitgliederstruktur einzelner Krankenkassen, die die Datenauswertung stark beeinflussen kann, reduziert werden können.

Der Bericht ist im Internet unter www.gesundheitsamt-bw.de als Download im Bereich Fachservice > Publikationen > Fachpublikationen eingestellt.



Gesundheitsmanagement in der Landesverwaltung – Ergebnisse und Entwicklungspotenziale

Kurt Gläser, Ref. 96

Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) hat die Umsetzung in den Jahren 2011/12 in einem ersten Zwischenbericht dokumentiert und eine Grundlage für die kontinuierliche Weiterentwicklung geschaffen.

Die quantitative Erfassung der veranlassten Gesundheitsförderungsmaßnahmen in 275 Organisationen der Landesverwaltung ergab, dass im Jahr 2012 rund 3 200 Maßnahmen mit über 160 000 Teilnehmenden (inkl. Mehrfachteilnehmenden) stattfanden. Diese Zahlen sind ein erstes Indiz dafür, dass das Gesundheitsmanagement in der Fläche wirkt und angenommen wird.

Das Handlungsfeld Bewegung und Sport hatte mit ca. 1 150 durchgeführten Aktionen den größten Anteil (siehe Abbildung). Besonders Angebote zur Stärkung des Muskel-Skelett-Systems waren stark vertreten. An zweiter Stelle standen Maßnahmen zu psychischen Belastungen, Stress und Konflikt, gefolgt von Angeboten zur Früherkennung und Prävention, z. B. ergonomische Beratungen und Schutzimpfungen.

Erfreulich ist bei den Bewegungsangeboten der hohe Anteil an mehrmaligen, regelmäßigen oder sogar dauerhaften Angeboten. Neben positiven gesundheitlichen Aspekten zielen diese Angebote auch im Nebeneffekt auf die Verbesserung der innerbetrieblichen Kommunikation und des sozialen Miteinanders. Deshalb streben viele Organisationen an, dass sich aus niederschweligen Gesundheitskursen heraus selbstorganisierte (Betriebs-) Sportgruppen verfestigen. Bei den Handlungsfeldern Ernährung und gesundheitsgerechtes Führungsverhalten dominieren dagegen einmalige Aktionen zur Kompetenzentwicklung, z. B. Vorträge, Workshops, Verpflegungsaktionen. Die Nachhaltigkeit dieser Maßnahmen ist dadurch sehr gefährdet, was aber auch mit der häufig fehlenden Zielplanung zusammenhängt. Im Fazit lag der Umsetzungsschwerpunkt in den Jahren 2011/12 noch zu sehr auf rein verhaltenspräventiven Maßnahmen und deutlich zu wenig auf verhältnispräventiven Ansätzen bzw. einer Kombination.

Aus den Ergebnissen des ersten Zwischenberichts wurden mittelfristige strategische Ziele zur Weiterentwicklung abgeleitet. So soll z. B. das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) noch enger mit dem gesetzlich vorgeschriebenen Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie dem betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) nach § 84 Abs. 2 SGB IX verzahnt werden. Die Grundlagen dafür bilden die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA)

mit ihrem Handlungsauftrag zur Verbesserung der Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes sowie die Orientierung der Gesundheitsmanagementsysteme an der DIN SPEC 91020.

Die Verminderung arbeitsbedingter psychischer Belastungen soll auf der Basis einer konsequenten Umsetzung der Gefährdungsbeurteilungen vorangetrieben werden. Verhältnispräventive und Kompetenzfördernde Maßnahmen können hierbei z. B. durch den Ausbau von Entlastungsangeboten für die Beschäftigten in Form interner/externer Beratungsangebote realisiert werden. Moderne Konzepte umfassen mittlerweile ein breites Themenportfolio, u. a. Problem- und Fragestellungen aus den Bereichen Pflegefälle, Kinderbetreuung, Konflikte, Trennung, Trauerfälle, Suchtgefährdung oder gesundheitsgerechte Führung.

Als weiterer Schwerpunkt wurde die Einführung von Dialogen Arbeit und Gesundheit in Pilotorganisationen des Landes beschlossen. Die Zielsetzung ist, Leitbild- und Organisationsentwicklungsprozesse mit dem Fokus auf Gesundheit zu initiieren. Hier kann teilweise z. B. auf vorhandene Leitprinzipien im Bereich „Vereinbarkeit Beruf und Familie“ aufgebaut werden.

Die Landesverwaltung übernimmt – wo möglich – eine Leuchtturmfunktion mit dem Ziel, positive Modelle und Ansätze zu transferieren und so auch zur Stärkung baden-württembergischer Unternehmen beizutragen. Zur Verbesserung der Information und Kommunikation tragen eine gemeinsame BGM-Homepage des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg und des LGA (unter www.bgm-bw.de; derzeit im Aufbau) sowie eine landesverwaltungsinterne BGM-Wissensplattform des LGA in Kooperation mit der Führungsakademie Baden-Württemberg bei.



Staatliche Kenntnisprüfung nach § 37 der ÄApprO vom 02.08.2013

Gerhard Schüßler, Ref. 92

Auf Grundlage der Verordnung zur Durchführung und zum Inhalt von Anpassungsmaßnahmen sowie zur Erteilung und Verlängerung von Berufserlaubnissen in Heilberufen des Bundes vom 02.08.2013 wird auch die Kenntnisprüfung nach § 3 Absatz 3 Satz 3 der Bundesärzterordnung nun erstmalig rechtlich geregelt. Die Verordnung vom 02.08.2013 ist am 01.01.2014 in Kraft getreten. Hinsichtlich der staatlichen Prüfung der Gleichwertigkeit der medizinischen Ausbildungen von Ärzten aus sog. Drittstaaten gibt es nunmehr bundesweit einheitliche Vorgaben.

Die Kenntnisprüfung ist nunmehr eine mündlich-praktische Prüfung. Sie wird in Form einer staatlichen Prüfung vor einer staatlichen Prüfungskommission in deutscher Sprache abgelegt. Die auf jeden Prüfling entfallende Gesamtprüfungszeit dauert bei maximal vier Prüflingen mindestens 60, höchstens 90 Minuten. Die Prüfung kann in einer Einzelprüfung oder einer Gruppenprüfung abgelegt werden. Die Zeit darf nicht über- oder unterschritten werden, da nur dann die Rechtmäßigkeit der Prüfung gewährleistet ist.

Die Prüfung bezieht sich auf die Fächer Innere Medizin und Chirurgie; die Fragestellungen sollen ergänzend folgende Aspekte berücksichtigen: Notfallmedizin, Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie, bildgebende Verfahren, Strahlenschutz, Rechtsfragen der ärztlichen Berufsausübung

Die Fragestellungen sind zunächst auf die Patientenvorstellung zu beziehen. Dann sind dem Antragsteller fächerübergreifend weitere praktische Aufgaben mit Schwerpunkt auf den für den ärztlichen Beruf wichtigsten Krankheitsbildern und Gesundheitsstö-

rungen zu stellen. In der Prüfung hat der Antragsteller fallbezogen zu zeigen, dass er über die Kenntnisse und Fähigkeiten – auch in der ärztlichen Gesprächsführung – verfügt, die zur Ausübung des Berufs des Arztes erforderlich sind.

Die Prüfungskommission hat dem Antragsteller vor dem Prüfungstermin einen oder mehrere Patienten mit Bezug zu den in § 37 Absatz 1 ÄApprO genannten Fächern und Querschnittsbereichen sowie versorgungsrelevanten Erkrankungen zur Anamneseerhebung und Untersuchung unter Aufsicht eines Mitglieds der Prüfungskommission zuzuweisen.

Der Antragsteller hat über den Patienten einen Bericht zu fertigen, der Anamnese, Diagnose, Prognose, Behandlungsplan sowie eine Epikrise des Falles enthält. Der Bericht ist unverzüglich nach Fertigstellung von einem Mitglied der Prüfungskommission gegenzuzeichnen und beim Prüfungstermin vorzulegen. Er ist Gegenstand der Prüfung und in die Bewertung einzubeziehen.

Nach § 37 Absatz 4 ÄApprO besteht die Prüfungskommission aus dem Vorsitzenden und zwei weiteren Mitgliedern (Professoren oder Lehrkräfte der Universitäten). Für den Vorsitzenden und die weiteren Mitglieder wurden Stellvertreter zu bestellt.

Die Kenntnisprüfung ist erfolgreich abgeschlossen, wenn die Prüfungskommission in einer Gesamtbeurteilung die Patientenvorstellung und die Leistungen in den genannten Fächern und Querschnittsbereichen als bestanden bewertet. Die Kenntnisprüfung soll mindestens zweimal jährlich angeboten werden. Sie kann zweimal wiederholt werden.



Urheberrecht bei Veröffentlichungen

Matthias Appelt, Ref. 91

Im März 2013 fand eine Veranstaltung zum Urheberrecht im Zusammenhang mit der Erstellung von Publikationen und Internetbeiträgen statt. Als Referent konnte Dr. Stephan Baur, Fachanwalt für Urheber- und Medienrecht bei einer Stuttgarter Kanzlei gewonnen werden.

Die Beachtung des Urheberrechts bei Veröffentlichungen nimmt an Bedeutung zu. Verständlich, dass sich die Mitarbeiter im ÖGD bei ihren Veröffentlichungen für das Thema sensibilisieren wollen. Im Vordergrund der Veranstaltung standen Bild- und Persönlichkeitsrechte, das Zitatrecht und Angaben zum Quellennachweis.

Urheberschaft & Zitatrecht

Nach § 7 des Urheberrechts (UrhG) ist Urheber der Schöpfer eines Werks; Werke sind (nur) „persönliche geistige Schöpfungen“ (§ 2 II UrhG), d. h. unter anderem Schriften, Reden, Bilder oder Darstellungen wissenschaftlicher Art etc. Das Urheberrecht dient dem wirtschaftlichen und persönlichkeitsrechtlichen Schutz des Werkschöpfers und gilt bis 70 Jahre nach Ableben des Urhebers.

Der Urheber hat das ausschließliche Recht, sein Werk zu verwerten bzw. öffentlich wiederzugeben. Vorwiegend im Interesse der Allgemeinheit regeln allerdings gewisse „Schranken des Urheberrechts“ (§§ 44a ff. UrhG) Ausnahmen, so z. B. im Bereich der Schulfunksendungen, Berichterstattung über Tagesereignisse oder Vervielfältigungen zum privaten Gebrauch u. v. m.

Zu diesen Schranken des Urheberrechts zählt auch das sog. Zitatrecht (§ 51 UrhG), das sich mit der Zulässigkeit der Vervielfältigung, Verbreitung und öffentlichen Wiedergabe eines bereits veröffentlichten Werks ohne die Genehmigung des Ursprungsautors befasst. Dabei hängt die Zulässigkeit eines Zitats insbesondere davon ab, inwieweit dem Zitat nach Zweck und Umfang tatsächlich eine Belegfunktion zukommt. Aber auch wenn die Zulässigkeitsvoraussetzungen eines Zitats vorliegen, gilt es zu beachten, dass die benutzte Quelle stets korrekt angegeben wird (§ 63 Abs. 1 UrhG). Dies erfordert regelmäßig neben der vollständigen Nennung des Autorennamens auch die Bezeichnung des Titels und ggf. des Herausgebers. Weitere Quellenangaben hängen zumeist von der Art des zitierten Werks bzw. von dessen Publikationsmedium ab (z. B. wird bei Zitaten aus periodisch erscheinenden Druckwerken i. d. R. auch die Nennung des Zeitschriften-/Zeitungstitels, der Ausgabe bzw. des Erscheinungsdatums sowie der exakten Belegstelle mit Seitenzahl zu fordern sein; bei Zitaten aus

Internetquellen hingegen hat sich etabliert, zugleich auch die konkrete Webseiten-URL sowie das exakte Abrufdatum anzugeben;).

Recht am eigenen Bild, Copyright-Vermerk und Nutzungsrechte

Bei der Verwendung von Personen und Portraitaufnahmen gilt es typischer Weise, zwei Rechtssphären auseinanderzuhalten.

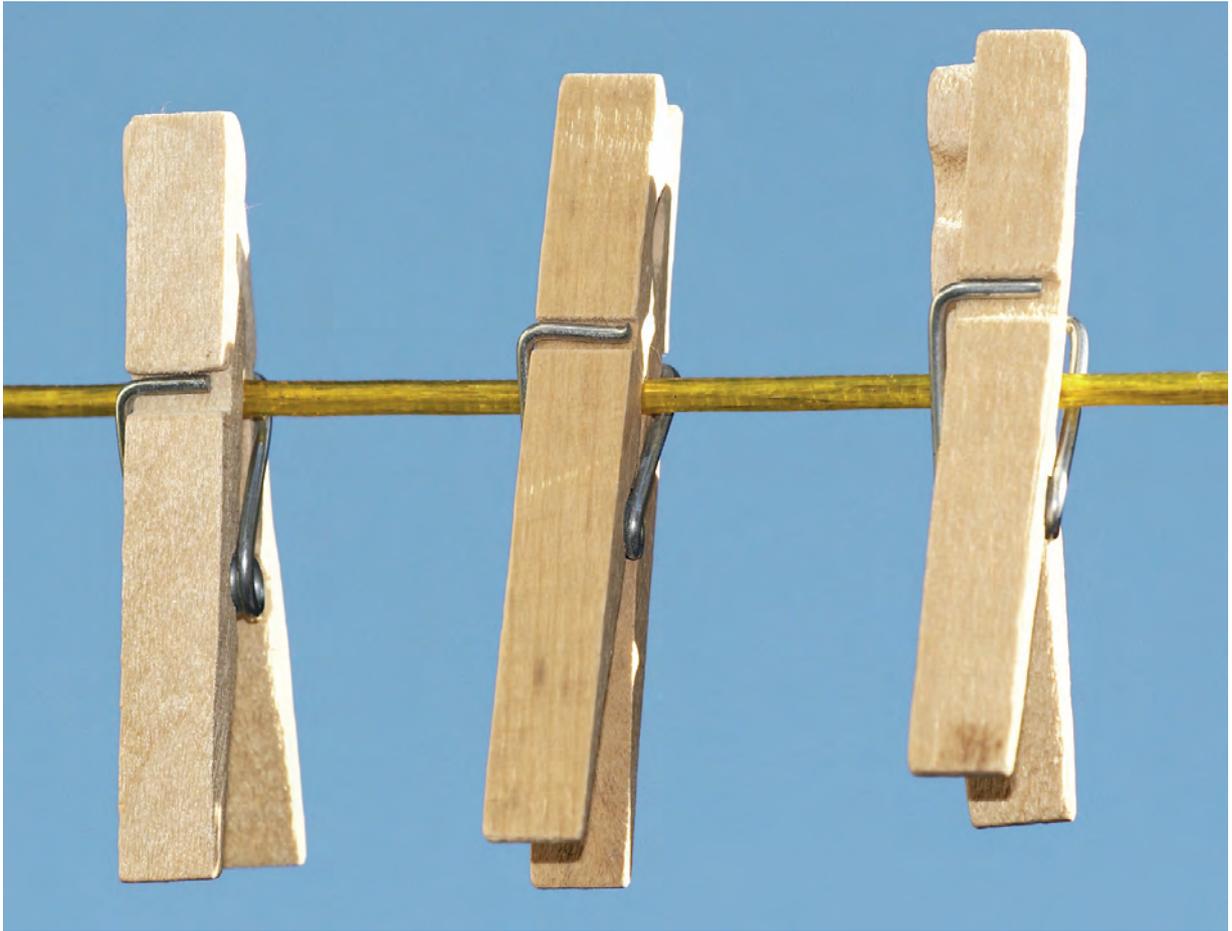
Zum einen stehen an derartigen Aufnahmen demjenigen, der das Foto aufgenommen hat, nach dem UrhG entsprechende Schutz- und Verwertungsrechte zu. Soweit die Lizenzbewertung von einer sog. Bildagentur wahrgenommen wird, sollte man sich zudem vorab mit den exakten Lizenzbedingungen der jeweiligen Agentur befassen. Um das richtige Lizenz- und Vergütungsmodell zu finden, empfiehlt es sich, im Vorfeld u. a. die nachfolgenden Vorerwägungen anzustellen:

- In welchem Territorium will man das Foto nutzen? (räumlicher Geltungsbereich der benötigten Lizenz)
- Wie lange soll die Nutzung andauern? (zeitlicher Geltungsbereich der benötigten Lizenz)
- Wird das Foto im Original benutzt oder kommt es zu Bearbeitungen (z. B. zu qualitativen, farblichen, formattechnischen Änderungen)? Falls dem so ist, benötigt man im Regelfall ein sog. Bearbeitungsrecht.
- Sollen auch Dritte (z. B. Tochter-, Schwesterbehörden/-unternehmen etc.) das Foto nutzen können? Falls dem so ist, wäre die Übertragbarkeit/Sublizenzierbarkeit der Bildrechte zu klären.

Zum anderen gilt es aber auch das Persönlichkeitsrecht der abgebildeten Personen zu beachten, das im Bereich der Personenaufnahmen seinen besonderen Ausdruck in den Vorschriften der §§ 22 ff. KUG (Gesetz betreffend das Urheberrecht an Werken der bildenden Künste und der Photographie, auch Kunst-UrhG genannt) erfährt. Demnach dürfen Bildnisse grundsätzlich nur mit Einwilligung des Abgebildeten (bzw. bei Minderjährigen der Sorgeberechtigten) verbreitet oder öffentlich zur Schau gestellt werden. Ausnahmen von vorstehendem Einwilligungsgebot sind nur in engen Grenzen zugelassen; so z. B. in § 23 KUG u. a. für Fotos

- aus dem Bereich der Zeitgeschichte,
- auf denen die Personen nur als Beiwerk neben einer Landschaft oder sonstigen Örtlichkeit erscheinen,
- von Versammlungen, Aufzügen und ähnlichen Vorgängen, an denen die dargestellten Personen teilgenommen haben.





Anhang

Stand: 05.05.2014

ORGANISATIONSPPLAN Regierungspräsidium Stuttgart

Ruppnamnstraße 21
70565 Stuttgart
Telefon 0711 904-0
Telefax 0711 904-11190
E-Mail: poststelle@rps.bwl.de
Internet: www.rp-stuttgart.de

Stabsstelle
RD'in von Strauch 904-10012
Pressesprecher
Bürgerreferentin
Frau Hilber
904-10021

REGIERUNGSPRÄSIDENT
Schmalzli 904-10000/10001

REGIERUNGSVIZEPRÄSIDENT
Dr. Schneider 904-10010/10011

Personalratsvorsitzende
Frau Heuser 904-10064

Vertrauensperson der schwer
behinderten Menschen
AR Hann 904-13114

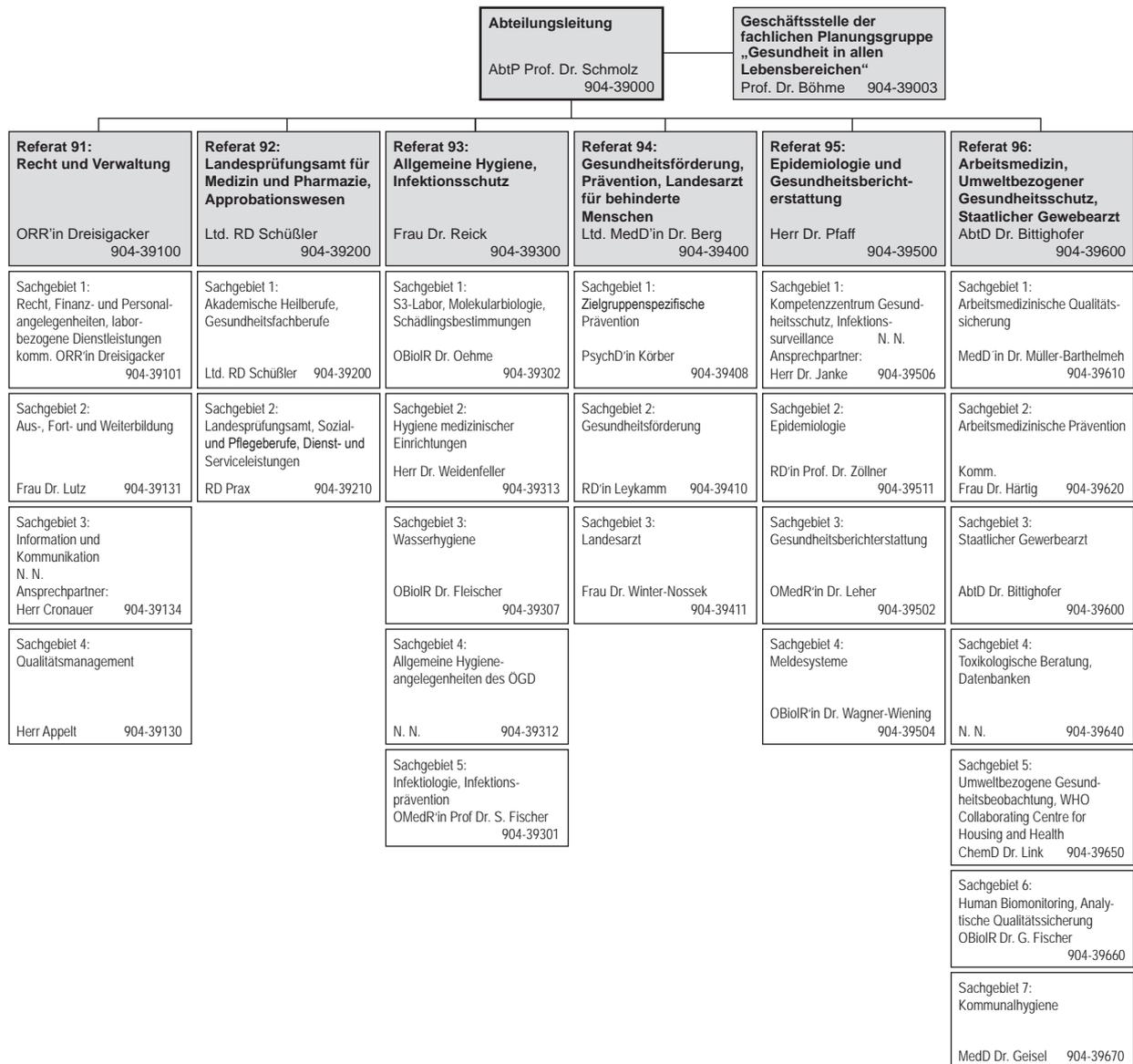
Wirtschaftsbeauftragter
AND Heckhausen 904-11400

Beauftragte für Chancengleichheit
RA Frau Jeschka 904-10050

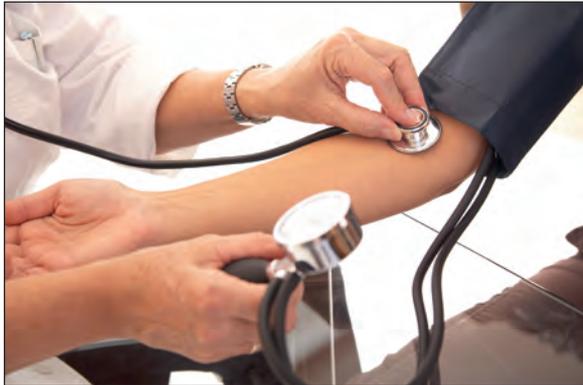
Abteilung 1	Abteilung 2	Abteilung 3	Abteilung 4	Abteilung 5	Abteilung 6	Abteilung 7	Abteilung 8	Abteilung 9	Abteilung 10
Steuerung, Verwaltung und Bevölkerungsschutz Regierungspräsident: Dr. Schneider 904-10010	Abteilung 2 AbtP/in Bühler 904-12000	Abteilung 3 Landwirtschaft, Ländlicher Raum, Veterinär- und Lebensmittelwesen AbtP Dr. Meiser 904-13000	Abteilung 4 Stratenwesen und Verkehr AbtP Heyd 904-14000	Abteilung 5 Umwelt AbtP Ulicher 904-15000	Abteilung 6 Wespaß/Allen, seit 01.01.2014 904-10000/10001	Abteilung 7 Schule und Bildung Lfd. RSD'in Rugart 904-17000	Abteilung 8 Fürsorge AbtP Prof. Dr. Wolf 904-45100	Abteilung 9 Landesgesundheitsamt AbtP Prof. Dr. Schmoz 904-39000	Abteilung 10 Landesversorgungsamt AbtP Fink 904-11000
11 Organisation, Information und Kommunikation Lfd. Lfd. Dr. Mayer 904-11100	21 Raumordnung, Baurecht, Denkmalschutz AbtP Nuto 904-12100	31 Recht und Verwaltung, Bildung Lfd. RD Frey 904-13100	41 Recht und Verwaltung, Grunderwerb Lfd. RD Schenk 904-14100	51 Recht und Verwaltung RD'in Wappler 904-15100		71 Rechts- und Verwaltungsangelegenheiten der Schulen AbtP Freiler 904-17100	81 Recht und Verwaltung RD Hall 904-45150	91 Recht und Verwaltung ORR'in Dreispacker 904-39100	101 Recht und Verwaltung Lfd. RD Schwerlin 904-11010
12 Personal Lfd. RD'in Beegen-Schmidt 904-11200	22 Stadtplanung, Gewerbe-recht, Preisrecht RD'in Reiser 904-12200	32 Betriebswirtschaft, Agrarfor-dung und Strukturwicklung AbtD Stark 904-13200	42 Steuerung und Baufinanzen, Vertrags- und Verdingungswesen AbtD Schönwalder 904-14200	52 Gewässer und Böden Lfd. BD Hofmann 904-15200		72 Personal- und Verwaltungsangelegenheiten der Lehrkräfte Lfd. RD Gayer 904-17200	82 Fachliche Grundlagen, Inventarisational, Bauforschung HKons'in Dr. Plate 904-45226	92 Landesprüfungsamt für Medizin und Pharmazie, Approbationswesen Lfd. RD Schläpfer 904-39200	102 Ärztliche und pharmazeu-tische Angelegenheiten Lfd. MedD'in Dr. Blum-Kudlbeck 904-11020
13 Haushalt, Controlling Lfd. RD Digele 904-11300	23 Kulturelle und soziale Infrastruktur, Krankenhausnah-ziehung, Fachstelle für das öffentliche Bibliothekswesen Lfd. RD Kotschal 904-12300	33 Pflanzliche und tierische Erzeugung Lfd. Lfd. Riz 904-13300	43 Ingenieurbau Lfd. BD Frenzel 904-14300	53.1 Gewässertl. Ordnung, Hochwasserschutz, Gebiet Süd Lfd. BD Stark 904-15300		73 Lehrerstellung und Bedarfsplanung Lfd. RSD'in Busse 904-17300	83 Bau- und Kunstdenkmal-pflege, Restaurierung AbtD Prof. Dr. Goer 904-45170	93 Allgemeine Hygiene, Infektionsschutz Frau Dr. Reick 904-39300	103 Verfahren nach dem SGG AbtD Sprau 904-11030
14 Kommunales, Stiftungen, Sparkassenwesen und Tarifraue AbtD Heckhausen 904-11400	24 Recht, Planfeststellung RD'in Homoth 904-12400	34 Markt und Ernährung, Futtermittelüberwachung Lfd. Lfd'in Reinhardt 904-13400	44 Straßenplanung Lfd. BD Holzwarth 904-14400	53.2 Gewässertl. Ordnung, Hochwasserschutz, Gebiet Nord Lfd. BD Stiedle 904-15312		74 Grund-, Werkreal-, Haupt-, Real-, Gemeinschafts- und Sonderschulen Lfd. RSD Refler 904-17400	84 Archaische Denkmal-pflege, Zentrale Fachdienste und Restaurierungswerkstatt HKons. Dr. Bodinger 904-45146	94 Gesundheitsförderung, Prävention, Landesarzt für behinderte Menschen Lfd. MedD'in Dr. Berg 904-39400	104 Versorgungsärztlicher Dienst Lfd. MedD'in Dr. Rauch 904-11056
15 Eingliederung, Ausländer-recht N. N. 904-11500	25 Wirtschaftsförderung, Informationszentrum Patente, Design Center Stuttgart Lfd. BD Jahnik 123-2607	35 Veterinarwesen, Lebensmit-telüberwachung Lfd. Veld Dr. Römer 904-13500	45 Straßenbau, Verkehrstechnik BD Kweisen 904-14500	54.1 Industrie Schwerpunkt Luftreinhaltung Lfd. RD Chemüller 904-15400		75 Allgemein bildende Gymnasien AbtD Kliper 904-17500	85 Archaische Denkmal-pflege, Grundsatz, Schwer-punktgrabungen, Fachbo-denarchäologie Lkons. Prof. Dr. Krause 904-45202	95 Epidemiologie und Gesund-heitsberichterstattung Heir Dr. Pfaff 904-39500	
16 Polizeirecht, Feuerwehr, Katastrophenschutz, Rettungsdienst, KfzBD Lfd. RD Hagemann 904-11600	26 Landesamt für Ausbildungsförderung Lfd. RD Schulte 904-12600	36 Verkehrsrecht Lfd. RD Liesche 904-14600	46 Verkehr Lfd. BD Gartenmaier 07131 64-37300	54.2 Industrie/Kommunen Schwerpunkt Abfall Lfd. GD Machata 904-15418		76 Berufliche Schulen Lfd. RSD'in Andersen 904-17600	86 Denkmalpflege in Regie-rungsbezirk Stuttgart N. N. 904-45177	96 Arbeitsmedizin, Umweltbe-zogener Gesundheitsschutz, Strahl. Gewerbearzt AbtD Dr. Bittigaber 904-39600	
		47.1 Baureferat Nord Lfd. BD Gartenmaier 07131 64-37300	47.2 Baureferat Ost BD Schwarz 07961 84-600	54.3 Industrie/Kommunen Schwerpunkt Abwasser Lfd. GD Machata 904-15418		77 Qualitätssicherung und -entwicklung, Schulpsychologi-sche Dienste Lfd. RSD Dr. Plehn 904-17700			
		47.3 Baureferat Süd Lfd. BD Dittmann 07161 657-229	47.4 Baureferat West BD Heß 904-14721	54.4 Industrie/Schwerpunkt Anlagensicherheit Lfd. GD Dr. Paukatz 904-15460		Landeslehrerprüfungsamt Außenstelle des Kultusminister-iums beim Regierungspräsidium Stuttgart Lfd. RSD Spitzgrämn... 904-17800			
				55 Naturschutz - Recht - RD Baumann 904-15500					
				56 Naturschutz und Landesratspflege OKons.in Miesch 904-15600					

Organisationsplan der Abteilung 9 / Landesgesundheitsamt im Regierungspräsidium Stuttgart

Stand: 01.06.2014



Aufgaben der Abteilung „Landesgesundheitsamt“ im Überblick



Abteilungsleitung

Im Rahmen des Verwaltungsstruktur-Reformgesetzes ist das vormalige als eigenständige Fachbehörde im Geschäftsbereich des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (SM) angesiedelte LGA seit 2005 als Abteilung 9 in das Regierungspräsidium Stuttgart (RPS) eingegliedert. Die fachlichen Aufgaben blieben dabei in vollem Umfang erhalten. Auch im RPS wird das LGA in der Rechtsform eines Landesbetriebs gemäß § 26 LHO weitergeführt.

Geschäftsstelle der fachlichen Planungsgruppe „Gesundheit in allen Lebensbereichen“

Die Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg wurde im Ressort des SM erarbeitet und die Umsetzung am 07.07.2009 vom Ministerrat beschlossen. Zur Begleitung dieser Arbeit und zur fachlichen Unterstützung der weiteren Umsetzung des Konzeptes wurde im LGA Ende 2009 die Geschäftsstelle der fachlichen Planungsgruppe „Gesundheit in allen Lebensbereichen“ geschaffen.

In der Geschäftsstelle sind eigenständige sowie koordinierende Aufgaben für die Arbeit der referatsübergreifenden fachlichen Planungsgruppe des LGA angesiedelt, insbesondere die

- Bearbeitung von ausgewählten, referatsübergreifenden fachlichen Themen,
- Mitwirkung beim Ausbau des LGA zur fachlichen Drehscheibe,

- fachliche Unterstützungsleistungen bei der Umsetzung von Themen zu „Gesundheit in allen Lebensbereichen“.

Die Geschäftsstelle ist der Abteilungsleitung direkt zugeordnet.

Ansprechpartner

Abteilungsleitung

Prof. Dr. Günter Schmolz, Abteilungspräsident
Tel. 0711 904-39000
abteilung9@rps.bwl.de

Vorzimmer:
Carmen Gnam
Tel. 0711 904-39001
abteilung9@rps.bwl.de

Geschäftsstelle der fachlichen Planungsgruppe

Prof. Dr. Michael Böhme
Tel. 0711 904-39003
michael.boehme@rps.bwl.de



Referat 91: Recht und Verwaltung

Das Referat bildet in drei seiner vier Sachgebiete allgemeine Querschnittsprodukte ab. Es hat deshalb neben Grundsatzaufgaben wesentliche Bündelfunktionen für die Abteilung. Das Referat ist für die Steuerung der betriebswirtschaftlichen Abläufe zuständig. Hinzu kommt das Sachgebiet Aus-, Fort- und Weiterbildung, das als Weiterbildungsstätte agiert.

SG 1: Recht, Finanz- und Personalangelegenheiten, laborbezogene Dienstleistungen

Im Sachgebiet sind zentrale, referatsübergreifende Aufgaben angesiedelt, insbesondere

- allgemeine Rechtsangelegenheiten, Vertragswesen, Abwicklung von Widersprüchen,
- Budgetverantwortung, -planung und -verwaltung, Jahresabschluss,
- Personalangelegenheiten der Abteilung 9,
- Beratung und Unterstützung bei Drittmittelprojekten,
- Vertriebsangelegenheiten,
- Gebührenwesen,
- Laboreinkauf,
- zentrale Labordienste,
- Arbeits- und Gesundheitsschutz,
- Bauangelegenheiten,
- Technisches Gebäudemanagement (TGM), Gebäudeleittechnik, Störfallmanagement,
- sonstige Organisations- und Koordinationsaufgaben sowie Servicedienstleistungen innerhalb der Abteilung 9.

SG 2: Aus-, Fort- und Weiterbildung

Das Sachgebiet umfasst

- Fort- und Weiterbildungskurse im Bereich der Hygiene in medizinischen und Pflegeeinrichtungen für verschiedene Berufsgruppen (Hygienebeauftragte, Hygienefachkräfte, Medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellte) sowie die Ausbildung zum Desinfektor,
- Lehrtätigkeiten,
- Unterstützungsleistungen im Rahmen des Veranstaltungsmanagements für den ÖGD und für in den Bereichen „Landesarzt für behinderte Menschen“ und „Arbeitsmedizin“ Tätige.

SG 3: Information und Kommunikation

Arbeitsschwerpunkte:

- Technische Beratung
- Technische Unterstützung der fachspezifischen Internetauftritte des LGA
- Einrichtung, Betreuung und Weiterentwicklung aller Fachanwendungen in der Abteilung 9 (z. B. Informationssysteme für den Laborbereich und für den Staatlichen Gewerbeamt)
- Telekommunikation

- Systembetrieb Bürokommunikation
- SAP R/3-Schnittstellen

SG 4: Qualitätsmanagement

Arbeitsschwerpunkte:

- Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems des nach DIN EN ISO/IEC 17025 akkreditierten Laborbereichs der Abteilung 9
- Unterstützung der abteilungsinternen Steuerung
 - Aktualisierung und Weiterentwicklung des Produktplans
 - Gesamtreaktion des Jahresarbeitsplans
- Abteilungsbezogene, referatsübergreifende fachbezogene Öffentlichkeitsarbeit
 - Unterstützung der Fachreferate bei der Erstellung von Fachpublikationen
 - Gesamtreaktion der fachbezogenen Internetauftritte
 - Gesamtreaktion des Jahresberichts

Ansprechpartner

Referatsleitung

Andrea Dreisigacker
Tel. 0711 904-39100
andrea.dreisigacker@rps.bwl.de

SG 1: Recht, Finanz- und Personalangelegenheiten, laborbezogene Dienstleistungen

komm. ORR'in Andrea Dreisigacker
Tel. 904-39101
andrea.dreisigacker@rps.bwl.de

SG 2: Aus-, Fort- und Weiterbildung

Dr. Dagmar Lutz
Tel. 0711 904-39131
dagmar.lutz@rps.bwl.de

SG 3: Information und Kommunikation

N. N.

Ansprechpartner:
Ralf Cronauer
Tel. 0711 904-39134
ralf.cronauer@rps.bwl.de

SG 4: Qualitätsmanagement

Matthias Appelt
Tel. 0711 904-39130
matthias.appelt@rps.bwl.de



Referat 92: Landesprüfungsamt für Medizin und Pharmazie, Approbationswesen

Das Referat hat im Wesentlichen eine Vor-Ort-Zuständigkeit für Baden-Württemberg.

- Als Landesprüfungsamt obliegt ihm die verwaltungsmäßige Betreuung der Studiengänge für die akademischen Heilberufe Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Psychotherapeuten und Lebensmittelchemiker. Daher erhalten die Studenten dieser Fachrichtungen vom RPS z. B. die Anrechnungen verwandter Studienleistungen, die Zulassungen zu den einzelnen Prüfungen an den jeweiligen Universitäten des Landes und bei Bestehen die staatlichen Prüfungszeugnisse.
- Das Referat ist auch Approbationsbehörde in Baden-Württemberg. Von ihm erhalten Deutsche oder EU-Angehörige nach Abschluss ihrer vorgenannten deutschen Ausbildung oder einer gleichwertigen ausländischen Ausbildung die Approbation, also die umfassende Berufszulassung für eine entsprechende Tätigkeit im gesamten Bundesgebiet. Andere ausländische Staatsbürger mit einschlägiger abgeschlossener Ausbildung können eine für Baden-Württemberg geltende, in der Regel fachlich eingeschränkte Berufserlaubnis erhalten.
- Bei den medizinischen Fachberufen (z. B. in der Krankenpflege und in der Physiotherapie/Massage) sowie bei den sozialpflegerischen Berufen (z. B. in der Altenpflege) genehmigt und betreut das Referat in fachlicher Hinsicht für den Bereich des Regierungsbezirks Stuttgart die entsprechenden Schulen/Ausbildungsstätten, nimmt bei den Absolventen die Prüfungen ab und erteilt ihnen bei Bestehen oder bei vergleichbarer ausländischer Ausbildung die Erlaubnis zum Führen der geschützten Berufsbezeichnung.

Ansprechpartner

Referatsleitung

Gerhard Schüßler
Tel. 0711 904-39200
gerhard.schuessler@rps.bwl.de

SG 1: Akademische Heilberufe, Gesundheitsfachberufe

Gerhard Schüßler
Tel. 0711 904-39200
gerhard.schuessler@rps.bwl.de

SG 2: Landesprüfungsamt, Sozial- und Pflegeberufe, Dienst- und Serviceleistungen

Friedbert Prax
Tel. 0711 904-39210
friedbert.prax@rps.bwl.de



Referat 93: Allgemeine Hygiene, Infektionsschutz

Das Referat ist fachliche Leitstelle für den ÖGD in den Bereichen Hygiene und Infektionsschutz sowie zuständige Gesundheitsbehörde für die vier Fernwasserversorgungsunternehmen in Baden-Württemberg.

Der Gesundheitsschutz der Bevölkerung in Baden-Württemberg ist eine zentrale Aufgabe des Referats. Trotz der guten medizinischen Fortschritte treten immer wieder alte oder sogar neue Infektionskrankheiten auf, die erheblich an Bedeutung gewinnen können – unter Umständen sogar weltweit. Die globale Ausbreitung, die durch eine hohe Mobilität weiter Bevölkerungsschichten beschleunigt wird, erfordert ein schnelles Handeln durch Behörden. Erinnert sei an den Ausbruch mit Influenza H1N1 oder an den EHEC-Ausbruch. Bei solchen Ausbrüchen gilt es, die Bevölkerung zu schützen und eine Weiterverbreitung rasch einzudämmen, was eine schnelle Diagnostik

und die Zusammenarbeit mit z. B. auch niedergelassenen Laboren sowie unterschiedlichen Behörden erforderlich macht.

Fachliche Aufgaben des Referats sind

- die fachliche Beratung von Ministerien (insbesondere des SM), der Regierungspräsidien, Gesundheitsämter und anderer Behörden und Verbände im Bereich Hygiene und Infektionsschutz. Die Beratung betrifft Anfragen zu den Themenbereichen Wasserhygiene, Hygiene in medizinischen Einrichtungen sowie lebensmittelbedingte Gruppenerkrankungen. Im Bereich Infektiologie erfolgt die Beratung vor allem im Zusammenhang mit der epidemiologischen Aufklärung von Infektketten und Ausbrüchen humaner Infektionen, die für Baden-Württemberg eine wichtige Rolle spielen. Beispielhaft seien die Aufklärung von Q-Fieber- oder Hantavirus-Ausbrüchen genannt, die als Zoonosen u. a. erfasst und bewertet werden. Darüber hinaus wird das im Referat angesiedelte Q-Fieber-Konsiliarlabor deutschlandweit angefragt.
- die Entwicklung von Konzepten und Strategien zur Prävention und Reduktion von Infektionskrankheiten der Bevölkerung in Baden-Württemberg, wozu auch Projekte wie z. B. das MRE-Netzwerk Baden-Württemberg gehören. Die Koordination der regionalen Netzwerke sowie deren fachliche Unterstützung sind Teil davon.
- im Laborbereich die Durchführung vor allem von bakteriologischen, virologischen, infektionserologischen, parasitologischen und molekularbiologischen Untersuchungen, die insbesondere Public Health-Fragestellungen bearbeiten und damit einen wichtigen Beitrag zum Gesundheitsschutz für die Bevölkerung in Baden-Württemberg liefern.
- die Erstellung von Publikationen, Beiträge für Fachkongresse, Mitarbeit in Ausschüssen und fachlichen Gremien, die sich mit wichtigen Aspekten für den Gesundheitsschutz in Baden-Württemberg befassen.
- Vortragstätigkeiten und die Ausrichtung von Fortbildungsveranstaltungen insbesondere für den ÖGD, aber auch für andere Gruppen wie z. B. Angehörige von Kommunen oder andere im medizinischen oder öffentlichen Bereich Beschäftigte.

SG 1: S3-Labor, Molekularbiologie, Schädlingsbestimmungen

Dieses Sachgebiet umfasst so unterschiedliche Bereiche wie

- das Mitwirken bei der Risikobewertung von bioterroristischen Erregern (wozu auch die Etablierung der entsprechenden Untersuchungsmethoden gehört) und die Teilnahme am bundesweiten Netzwerk derjenigen Landesinstitute, die sich mit solchen Fragestellungen beschäftigen,

- innerhalb von Labornetzwerken die Entwicklung fachlicher Konzepte für Krisensituationen,
- Stellungnahmen und Beratung von Ministerien, des ÖGD und anderen Behörden zu vektorübertragenen Erkrankungen, insbesondere auch zu den Erkrankungen, die im Zusammenhang mit dem Klimawandel an Bedeutung gewinnen könnten,
- die molekularbiologische Identifizierung kultivierter Mikroorganismen durch das Labor Molekularbiologie als Servicelabor für die anderen Laborbereiche zur schnellen Diagnostik bei Ausbrüchen insbesondere im Epidemie- oder Pandemiefall,
- Schädlingsbestimmungen für den ÖGD, aber auch für andere öffentliche Einrichtungen und vereinzelt für Privatpersonen in Baden-Württemberg, wodurch eine Bekämpfung mit geeigneten Mitteln ermöglicht wird.

SG 2: Hygiene medizinischer Einrichtungen

- Prävention und Verhinderung der Weiterverbreitung von Infektionserregern in medizinischen Einrichtungen durch Förderung der Hygiene, insbesondere in der Alten- und Langzeitpflege, in Rehabilitationskliniken, Einrichtungen der Kurbetriebe, Arztpraxen usw., durch Beratung, Empfehlungen und Bewertung des Hygienemanagements in Kooperation mit Einrichtungen der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens
- Etablierung des MRE-Netzwerkes Baden-Württemberg, Erstellung von Merkblättern und Leitlinien zur Umsetzung der medizinischen Hygieneverordnung (MedHygVo) Baden-Württemberg, Erhebung und Auswertung von Daten zur Verbesserung der Strukturqualität in medizinischen Einrichtungen usw.
- Planung, Organisation und Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen in den verschiedenen Aufgabenbereichen der Krankenhaushygiene, der Altenpflege und anderer medizinischer Einrichtungen; curriculare, modulare Fortbildung für den ÖGD in Anlehnung an die Vorgaben der Bundesärztekammer.

SG 3: Wasserhygiene

- Schutz der Bevölkerung vor wasserbedingten Krankheiten durch Überwachen der Qualität
 - des Trinkwassers für die vier Fernwasserversorgungsunternehmen in Baden-Württemberg als zuständige Gesundheitsbehörde gemäß Trinkwasserverordnung 2001 in Verbindung mit der Verordnung des Ministeriums für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz Baden-Württemberg über Zuständigkeiten nach der Trinkwasserverordnung

- von Trinkwasser aus Hausinstallationssystemen
- der Badegewässer (entsprechend der EU-Richtlinie)
- von Badebeckenwasser in öffentlichen Einrichtungen
- mikrobiologische, virologische und parasitologische Untersuchungen und deren gesundheitliche Bewertung

SG 4: Allgemeine Hygieneangelegenheiten des ÖGD

In diesem Sachgebiet liegt der Schwerpunkt auf

- dem Erfassen lebensmittelbedingter Gruppenerkrankungen, aber auch auf der Beratung zur Eindämmung oder Prävention solcher Erkrankungen. Zielgruppe sind die Gesundheitsämter. Im Rahmen der Aufklärung solcher Erkrankungen gibt es eine enge Zusammenarbeit mit den Chemischen und Veterinäruntersuchungsämtern in Baden-Württemberg.
- Untersuchungen von Kontaktpersonen bei Tuberkuloseerkrankungen mittels mikrobiologischer und/oder molekularbiologischer Methoden und der Ermittlung von Resistenzen.
- der bakteriologischen Diagnostik von humanen Proben aus Justizvollzugsanstalten in Baden-Württemberg.

SG 5: Infektiologie, Infektionsprävention

Das Sachgebiet beschäftigt sich vor allem mit

- der Entwicklung von Strategien und dem Erstellen von Konzepten zum Schutz der Bevölkerung vor Infektionen, die durch Tiere oder Vektoren (z. B. Q-Fieber, Echinococcus, Hantaviren) oder von Mensch zu Mensch (z. B. HIV, Virus-Hepatitis, Influenza) übertragbar sind,
- der Aufklärung von Infektketten und Ausbrüchen durch laborunterstützte Untersuchungen (serologisch, molekularbiologisch und parasitologisch) sowie der Durchführung von Untersuchungen im Rahmen der anonymen Aids-Sprechstunden der Gesundheitsämter,
- der Ätiologie von Q-Fieber-Erkrankungen. Das Q-Fieber-Konsiliarlabor steht bei Ausbrüchen dem ÖGD im Rahmen eines Ausbruchsgeschehens beratend zur Seite.

Ansprechpartner

Referatsleitung

Dr. Doris Reick
Tel. 0711 904-39300
doris.reick@rps.bwl.de

SG 1: S3-Labor, Molekularbiologie, Schädlingsbestimmungen

Dr. Rainer Oehme
Tel. 0711 904-39302
rainer.oehme@rps.bwl.de

SG 2: Hygiene medizinischer Einrichtungen

Dr. Peter Weidenfeller
Tel. 0711 904-39313
peter.weidenfeller@rps.bwl.de

SG 3: Wasserhygiene

Dr. Jens Fleischer
Tel. 0711 904-39307
jens.fleischer@rps.bwl.de

SG 4: Allgemeine Hygieneangelegenheiten des ÖGD

N. N.

SG 5: Infektiologie, Infektionsprävention

Prof. Dr. Silke Fischer
Tel. 0711 904-39301
silke.fischer@rps.bwl.de



Referat 94: Gesundheitsförderung, Prävention, Landesarzt für behinderte Menschen

Das Referat erfüllt die Aufgaben des Landesarztes für behinderte Menschen nach § 62 Sozialgesetzbuch (SGB) IX sowie der fachlichen Leitstelle für den ÖGD in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention. Im Mittelpunkt der Prävention stehen insbesondere Personen in besonderen Lebenslagen.

Zu den Aufgaben gehören

- die fachliche Beratung des SM und anderer Landesministerien, der Landratsämter sowie weiterer Behörden und Institutionen bei Fragestellungen zu den drei Themenbereichen.
- der Medizinische Bereich der Überregionalen Arbeitsstelle Frühförderung Baden-Württemberg, der an der Umsetzung der Rahmenkonzeption Frühförderung Baden-Württemberg, der fachlichen Weiterentwicklung des interdisziplinären Systems der Frühförderung und dem Fachaustausch der Fachkräfte in der Frühförderung mitwirkt.
- die Entwicklung von fachlichen Konzepten und Strategien in aktuellen Schwerpunktbereichen in der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation, z. B. zu gesundheitlicher Teilhabe, zur Zugangsverbesserung und Netzwerkbildung im Rahmen kommunaler Gesundheitsförderung, der Gesundheitsstrategie und des Gesundheitsdialogs Baden-Württemberg.
- die Entwicklung und Koordination von Evaluation sowie weitere Maßnahmen zur Qualitätssicherung.
- die landesweite Koordinierung von Maßnahmen und Projekten in der Suchtprävention.
- Ansprechpartner für die kommunalen Gesundheitskonferenzen auf überregionaler und Landesebene zu sein.
- Netzwerktreffen und Fachaustausch zu nachgefragten, aktuellen Themen aus Gesundheitsförderung, Prävention und Behinderung zu initiieren, bedarfsgerecht und zielgruppenorientiert zu entwickeln und auszurichten.

SG 1: Zielgruppenspezifische Prävention

Arbeitsschwerpunkte:

- Reproduktive Gesundheit/sexuell übertragbare Krankheiten
- Migration und Gesundheit
- Suchtprävention

SG 2: Gesundheitsförderung

Arbeitsschwerpunkte:

- Verbesserung gesundheitlicher Teilhabe insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, aber auch bei Älteren
- Fachliche Begleitung beim Aufbau von Netzwerken zur Gesundheitsförderung
- Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung

SG 3: Landesarzt

Arbeitsschwerpunkte:

- Weiterentwicklung des Systems der interdisziplinären Frühförderung in Baden-Württemberg

- Beratung von Landesbehörden und weiteren Institutionen zu Behinderung und Verbesserung der Teilhabe behinderter Menschen aus medizinischer Sicht gemäß § 62 SGB IX
- Gutachten zur Eingliederungshilfe und Landesblindenhilfe in besonderen Einzelfällen gemäß § 62 SGB IX

Ansprechpartner

Referatsleiterin

Dr. Birgit Berg
Tel. 0711 9043-9400
birgit.berg@rps.bwl.de

SG 1: Zielgruppenspezifische Prävention

Johanna Körber
Tel. 0711 9043-9408
johanna.koerber@rps.bwl.de

SG 2: Gesundheitsförderung

Barbara Leykamm
Tel. 0711 9043-9410
barbara.leykamm@rps.bwl.de

SG 3: Landesarzt

Dr. Anette Winter-Nossek
Tel. 0711 9043-39411
anette.winter-nossek@rps.bwl.de



Referat 95: Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung

Das Referat umfasst vier Sachgebiete.

SG 1: Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz, Infektionssurveillance

Das Sachgebiet

- unterstützt Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge und Gefahrenabwehr beim Auftreten von gefähr-

lichen übertragbaren Krankheiten, Großschadens- und Katastrophenfällen sowie bei terroristischen Bedrohungen,

- unterstützt den ÖGD bei Ausbrüchen von Infektionskrankheiten,
- begleitet die Umsetzung von Seuchenalarmplan und Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV).

SG 2: Epidemiologie

Das Sachgebiet

- bewertet epidemiologischen Studien,
- nimmt die fachliche Betreuung von bevölkerungsbezogenen Untersuchungen des LGA in Kooperation mit Gesundheitsämtern wahr,
- leitet die Untersuchungen zur Gesundheit bei Erwachsenen in Baden-Württemberg,
- untersucht beobachtete und vermutete Krankheitshäufungen,
- führt epidemiologische Untersuchungen und vergleichende Risikobewertungen und Risikokommunikation durch,
- stellt Instrumente zur Auswertung und Ergebnisdarstellung von epidemiologischen Untersuchungen bereit,
- berät die Gesundheitsämter bei der Durchführung und Auswertung epidemiologischer Untersuchungen.

SG 3: Gesundheitsberichterstattung

Das Sachgebiet

- erarbeitet Gesundheitsberichte für Baden-Württemberg,
- stellt gesundheitsbezogene Daten und Werkzeuge zu ihrer Präsentation z. B. für den Gesundheitsatlas Baden-Württemberg bereit,
- unterstützt den ÖGD in Fragen der Gesundheitsberichterstattung,
- ist zuständig für die Unterstützung der Gesundheitsämter bei der Einschulungsuntersuchung,
- wertet Daten aus schulärztlichen und jugendzahnärztlichen Untersuchungen sowie zum Impfstatus aus.

SG 4: Meldesysteme

Das Sachgebiet

- überwacht das Auftreten meldepflichtiger Infektionserkrankungen in Baden-Württemberg,
- betreut das Meldeverfahren nach IfSG,
- berät zu meldepflichtigen Erkrankungen.

Ansprechpartner

Referatsleitung

Dr. Günter Pfaff
Tel. 0711 904-39500
guenter.pfaff@rps.bwl.de

SG 1: Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz, Infektionssurveillance

N. N.

Ansprechpartner:
Dr. Karl-Heinz Janke
Tel. 0711 904-39506
gesundheitschutz@rps.bwl.de

SG 2: Epidemiologie

Prof. Dr. Iris Zöllner
Tel. 0711 904-39511
iris.zoellner@rps.bwl.de

SG 3: Gesundheitsberichterstattung

Dr. Anna Leher
Tel. 0711 904-39502
anna.leher@rps.bwl.de

SG 4: Meldesysteme

Dr. Christiane Wagner-Wiening
Tel. 0711 904-35060
ifsg@rps.bwl.de



Referat 96: Arbeitsmedizin, Umweltbezogener Gesundheitsschutz, Staatlicher Gewerbearzt

Das Referat befasst sich mit den Auswirkungen von chemischen, physikalischen, biologischen und psychologischen Faktoren in der Umwelt und der Arbeitswelt auf die menschliche Gesundheit.

Für den Bereich „Arbeitsmedizin, Staatlicher Gewerbearzt“ stehen dabei die arbeitsmedizinische Beratung der Gewerbeaufsicht und Mitwirkung am Berufskrankheiten(BK)-Verfahren im Vordergrund. Der Staatliche Gewerbearzt sieht sich darin als Teil des staatlichen Arbeitsschutzes.

Die Durchführung wissenschaftlicher Projekte hat zum Ziel, Belastungen bei der Arbeit und deren Auswirkungen zu untersuchen oder praktische Möglichkeiten zum Schutz der Beschäftigten zu erarbeiten.

Für Betriebsärzte und andere im Arbeitsschutz tätige Personen werden arbeitsmedizinische und arbeitspsychologische Fortbildungen sowie betriebsärztliche Qualitätszirkel angeboten. Tradition haben das „Arbeitsmedizinische Kolloquium“ und das „Colloquium ergodermatologicum“.

Für den Bereich „Umweltbezogener Gesundheitsschutz“ liegt der Schwerpunkt auf der Untersuchung von Kindern und Jugendlichen und im Rahmen einer Kohortenstudie auch von Erwachsenen. Dies geschieht insbesondere im Aufgabengebiet „Monitoring Gesundheit und Umwelt“. Von besonderem Interesse ist dabei das Zusammenwirken verschiedener Einflussfaktoren auf die Gesundheit.

Das WHO-Kooperationszentrum für Wohnen und Gesundheit (WHO Collaborating Centre for Housing and Health) dient als Beratungsinstanz für die Fachöffentlichkeit und interessierte Laien. Das Zentrum gibt einen Newsletter mit fachbezogenen Beiträgen, Literatursammlungen und einen Veranstaltungskalender heraus, gestaltet eigene Themenseiten auf der Homepage des ÖGD und führt regelmäßig interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltungen durch.

Der Laborbereich im Referat untersucht die innere und äußere Belastung von Menschen durch chemische, biologische und physikalische Faktoren in der Umwelt und hat im Bereich chemischer und biologischer Innenraumschadstoffe ein System zur externen Qualitätssicherung in Deutschland aufgebaut.

Der ÖGD und andere Behörden werden zu toxikologischen Fragen beraten. Dafür werden auch wissenschaftlich fundierte Datenbanken zur Verfügung gestellt und aktualisiert.

Ebenfalls für den ÖGD werden Fortbildungen als umwelttoxikologische Kolloquien angeboten. Qualitätszirkel für Umweltärzte runden das Programm ab.

SG 1: Arbeitsmedizinische Qualitätssicherung

Im Sachgebiet werden

- Ärzten Ermächtigungen zur Durchführung der speziellen arbeitsmedizinischen Vorsorge nach staatlichen Vorschriften erteilt,

- Qualitätszirkel und Arbeitsgruppen als Beitrag zur Qualitätssicherung organisiert und durch Mitarbeit unterstützt,
- regelmäßige arbeitsmedizinische Fortbildungen organisiert,
- Informationen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) erstellt und die Entwicklung des BGM in der Landesverwaltung wissenschaftlich begleitet.

SG 2: Arbeitsmedizinische Prävention

Das Sachgebiet

- bildet ad hoc-Arbeitsgruppen zu aktuellen Fragen im Arbeitsschutz,
- vermittelt Informationen; eine besondere Zielgruppe sind Berufsanfänger,
- betreut den Internetauftritt „www.infektionsfrei.de“.

Mit dem Kompetenznetzwerk Arbeitspsychologie wird die staatliche Gewerbeaufsicht bei der Beratung der Betriebe zu den Themen „psychische Belastung und Fehlbelastungen am Arbeitsplatz“ unterstützt.

SG 3: Staatlicher Gewerbearzt

Schwerpunkte sind die

- arbeitsmedizinische Beratung von Behörden und anderen Institutionen und Einrichtungen sowie von Betriebsärzten, Betriebsräten, Fachkräften für Arbeitssicherheit oder Arbeitnehmern,
- Mitwirkung am BK-Verfahren mit Stellungnahmen zur Frage, ob eine angezeigte BK durch gesundheitsschädliche Bedingungen am Arbeitsplatz zustande gekommen ist,
- Besichtigung von Arbeitsplätzen, um die Entstehung von berufsbedingten Erkrankungen möglichst zu verhindern. Diese Aufgaben sind nach regionalen Gesichtspunkten aufgeteilt.

SG 4: Toxikologische Beratung, Datenbanken

Zum Sachgebiet gehören die

- Beratung von Behörden, Fachleuten und der Öffentlichkeit bei der Exposition gegenüber chemischen Stoffen, physikalischen Einwirkungen in der Umwelt und biologischen Belastungen in Böden (Altlasten), der Außenluft, Innenraumluft, im Wasser und in Bedarfsgegenständen,
- Bereitstellung und Betreuung eines regionalen Servers des umweltmedizinischen Informationssystems (UmInfo) als Informations- und Kommunikationsplattform für den ÖGD (ÖGD-Intranet),

- Mitarbeit an der Datenbank „Noxen-Informationssystem“ für den ÖGD sowie im Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz.

SG 5: Umweltbezogene Gesundheitsbeobachtung

Das Sachgebiet befasst sich mit

- der Beobachtung und Beurteilung von Belastungen und Krankheiten, die mit der Umwelt in Zusammenhang gebracht werden,
- der Koordination des Aufgabengebiets „Monitoring Gesundheit und Umwelt“, bei dem spezialisierte Gesundheitsämter umweltmedizinische Untersuchungen insbesondere bei Schulkindern vornehmen; die Ergebnisse werden im LGA ausgewertet,
- dem Management des WHO Collaborating Centre for Housing and Health.

SG 6: Humanbiomonitoring, Analytische Qualitätssicherung

Das Sachgebiet besteht im Wesentlichen aus dem Medizinisch-chemischen Labor mit

- Untersuchungen zur Schadstoffbelastung der Bevölkerung unter Berücksichtigung aktueller Fragestellungen und der Expositionshöhe in den Umweltmedien,
- Untersuchungen der Belastung von Innenräumen mit biologischen oder chemischen Kontaminanten,
- Etablierung eines Systems zur externen analytischen Qualitätssicherung für biologische und chemische Innenraumschadstoffe,
- Weiterentwicklung des Netzwerks „Schimmelpilzberatung in Baden-Württemberg“,
- Untersuchungen mit Fragestellungen im Bereich „Allergie und Atemwegserkrankungen“,
- konzeptioneller Arbeit zu Fragen der Probenahme, Bestimmung und Bewertung im Bereich Humanbiomonitoring.

SG 7: Kommunalhygiene

Das Sachgebiet befasst sich mit der Prävention von Gesundheitsgefährdungen in Gemeinschaftseinrichtungen, kommunalen Anlagen und bei beruflichen Tätigkeiten, die der Hygiene-Verordnung unterliegen.

Dies betrifft vor allem folgende Bereiche:

- Gemeinschaftstageeinrichtungen (z. B. Schulen, Kindergärten, Horte, Sportstätten, Ferienlager, Waldkindergärten, Gemeinschaftsunterkünfte),
- nicht-medizinische Tätigkeiten, bei denen die Gefahr besteht, dass durch Blut oder andere Körperflüssigkeiten Krankheitserreger übertragen und beim

Menschen eine Infektion verursacht werden kann (z. B. Friseur, Fußpflege, Kosmetik, Ohrlochstechen, Piercing und Tätowieren),

- Abwasser- und Abfallbeseitigung,
- Bestattungs- und Friedhofshygiene,
- gesundheitliche Anforderungen an Beschäftigte beim Umgang mit Lebensmitteln.

Ansprechpartner

Referatsleitung

Dr. Peter-Michael Bittighofer
Tel. 0711 904-39600
peter-michael.bittighofer@rps.bwl.de

SG 1: Arbeitsmedizinische Qualitätssicherung

Dr. Renate Müller-Barthelmeh
Tel. 0711 904-39610
renate.mueller-barthelmeh@rps.bwl.de

SG 2: Arbeitsmedizinische Prävention

Dr. Elisabeth Härtig (komm.)
Tel. 0711 904-39620
elisabeth.haertig@rps.bwl.de

SG 3: Staatlicher Gewerbearzt

Dr. Peter-Michael Bittighofer
Tel. 0711 904-39600
peter-michael.bittighofer@rps.bwl.de
gewerbearzt@rps.bwl.de

SG 4: Toxikologische Beratung, Datenbanken

N. N.

SG 5: Umweltbezogene Gesundheitsbeobachtung, WHO Collaborating Centre for Housing and Health

Dr. Bernhard Link
Tel. 0711 904-39650
bernhard.link@rps.bwl.de

SG 6: Humanbiomonitoring, Analytische Qualitätssicherung

Dr. Guido Fischer
Tel. 0711 904-39660
guido.fischer@rps.bwl.de

SG 7: Kommunalhygiene

Dr. Bertram Geisel
Tel. 0711 904-39670
bertram.geisel@rps.bwl.de

Laborunterstützter Gesundheitsschutz



Der Laborbereich des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg (LGA) ist seit dem 19.06.2004 nach DIN EN ISO/IEC 17025 akkreditiert. Er arbeitet nach neuesten Untersuchungsmethoden und -standards in den Bereichen Bakteriologie, Infektionsserologie, medizinisch-chemische Analytik, Molekularbiologie, Parasitologie und Virologie. Aufgrund seiner epidemiologischen Aufgabenstellungen werden Veränderungen im infektiologischen Bereich (z. B. Veränderungen im Resistenzmuster oder Auftreten neuer Spezies und Subspezies) beobachtet sowie mit Hilfe von molekularbiologischen Verfahren Infektketten

verfolgt und aufgeklärt. Insbesondere bei lebensmittelbedingten Krankheitsausbrüchen und im Bereich der Krankenhaushygiene ist die Aufklärung von Infektketten relevant. Über den Nachweis der klonalen Identität von Erregern aus einer vermuteten Infektionsquelle und dem Patienten können Aussagen zur Infektionskette im konkreten Fall gemacht werden.

Auf dem Gebiet der Wasserhygiene wird die Qualität von Trink-, Bade- und Oberflächenwasser durch bakteriologische und virologische Untersuchungen überprüft.

Dem Laborbereich ist seit dem Jahr 2009 auch ein Labor der Sicherheitsstufe 3 angegliedert. Zu dessen Aufgaben zählen die Etablierung von Untersuchungsmethoden zur schnellen Diagnostik von Erregern, die bei biologischen Gefahrenlagen von Bedeutung sind, sowie Arbeiten mit *Coxiella burnetii* im Rahmen des Konsiliarlabors Q-Fieber und Resistenztestungen von *Mycobacterium tuberculosis*.

Die Laboruntersuchungen im Bereich Hygiene und Infektionsschutz stellen darüber hinaus einen wichtigen Baustein zur Aufrechterhaltung der Beratungskompetenz des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in Baden-Württemberg dar. Die im Labor erhobenen Daten liefern Basisinformationen zum Infektionsgeschehen innerhalb der Bevölkerung von Baden-Württemberg, die auch in die Gesundheitsberichterstattung eingehen.

Übersicht

Wasserhygiene	53
Hygieneangelegenheiten des ÖGD	58
Infektionsschutz	60
Medizinisch-chemische Analytik	63

Wasserhygiene

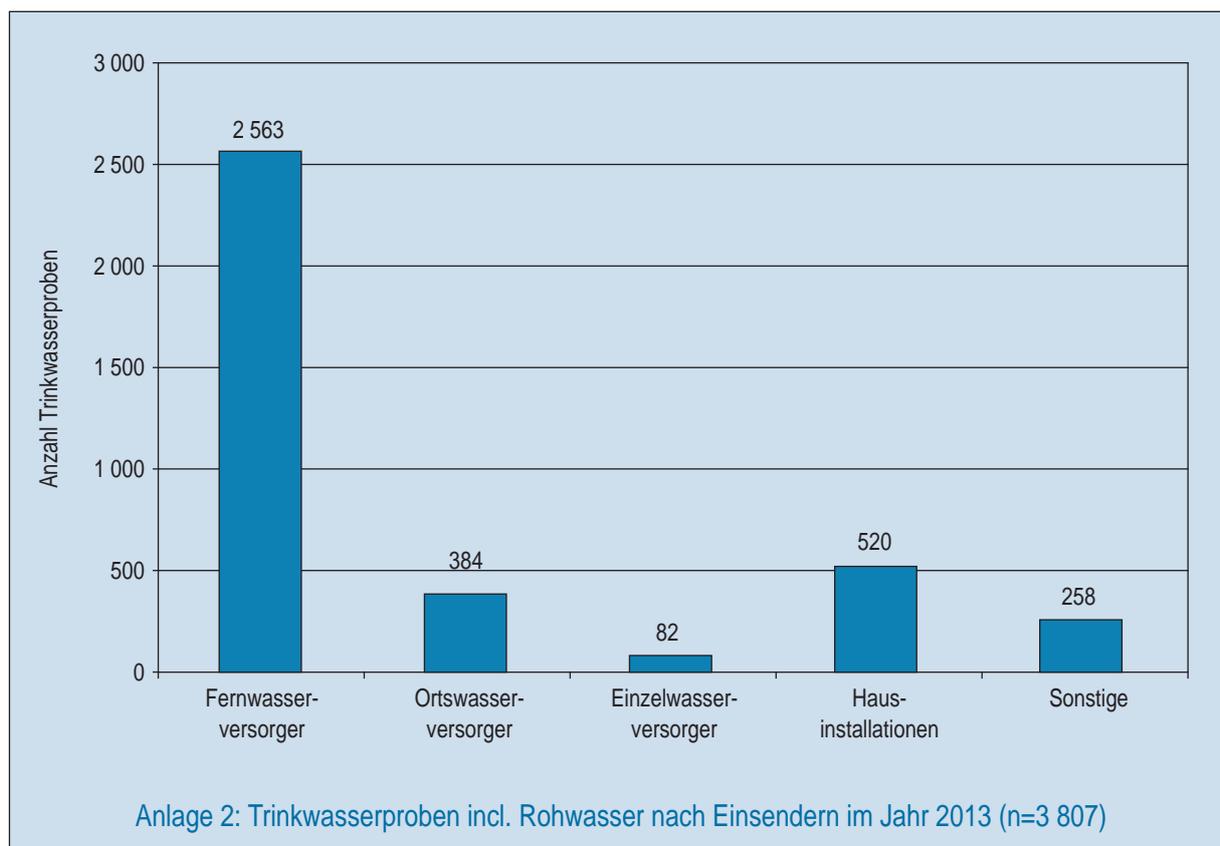
Das Sachgebiet Wasserhygiene ist mit seinem nach DIN 17025 akkreditierten Labor in die Liste der anerkannten Labors zur Untersuchung von Trinkwasser nach der Trinkwasserverordnung (TrinkwV 2001) des Ministeriums für Ernährung und Ländlichen Raum Baden-Württemberg aufgenommen. Das Untersuchungsspektrum umfasst Trinkwasser einschließlich Legionellen, Badewasser, Oberflächenwasser und Abwasser gemäß nationaler oder europäischer

Richtlinien, sowie Sonderuntersuchungen zu speziellen Fragenstellungen, wie z. B. Viren oder Parasiten.

Das Regierungspräsidium Stuttgart, Landesgesundheitsamt, ist seit Inkrafttreten der ZuständigkeitsVO TrinkwV 2001 vom 31.03.2005 zuständige Gesundheitsbehörde der vier Fernwasserversorgungsunternehmen in Baden-Württemberg. Zudem ist es amtliche Untersuchungsstelle für die Überwachung der EU-Badegewässer des Landes Baden-Württemberg. Zusätzlich arbeiten die Mitarbeiter des Sachgebiets in

Anlage 1: Wasseruntersuchungen – Gesamtübersicht 2013

Probenmaterial	Probenanzahl
Trinkwasser insgesamt	5 950
Fernwasserversorgungen	2 563
Ortwasserversorgungen	384
Einzel-/Eigenwasserversorgungsanlagen	82
Hausinstallationen (Wasser aus Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen, Dentaleinheiten oder raumluftechnischen Anlagen)	520
Sonstige Wasserproben	258
Erwärmtes Trinkwasser (Duschwasser o. Ä.)	2 143
Oberflächenwässer und EU-Badegewässer insgesamt	2 322
Bodensee	561
Baggerseen	597
Flüsse	12
Naturseen	774
Stauseen	222
Kleinbadeteiche (keine EU-Badegewässer)	56
Sonstige Oberflächenwässer (keine EU-Badegewässer)	100
Schwimm- und Badebeckenwässer, Betriebswässer (Filtrate)	2 671
Freibäder	814
Freizeitbäder	56
Hallenbäder	752
Hotelbäder	203
Krankenhausbäder	188
Privatbäder	22
Schulbäder	230
Thermalbäder	326
Sonstige Bäder	80
Sonderuntersuchungen insgesamt	46
Viren	19
Parasiten	8
Cyanobakterien (Blualgen)	19
Proben insgesamt	10 943



Anlage 3: Anzahl der eingesandten und davon beanstandeten Trinkwasserproben 2013 (ohne Rohwasser; n=3 451)

Einsender	Trinkwasserproben insgesamt	Trinkwasserproben ohne Rohwasser ¹	davon ¹ mit Beanstandungen	Anteil ¹ [%]
Fernwasserversorger	2 563	2 210	10	0,5
Ortswasserversorger	384	381	17	4,5
Einzelwasserversorger	82	82	23	28,0
Hausinstallationen	520	520	22	4,2
Sonstige	258	258	35	13,6
Summe	3 807	3 451	107	3,1

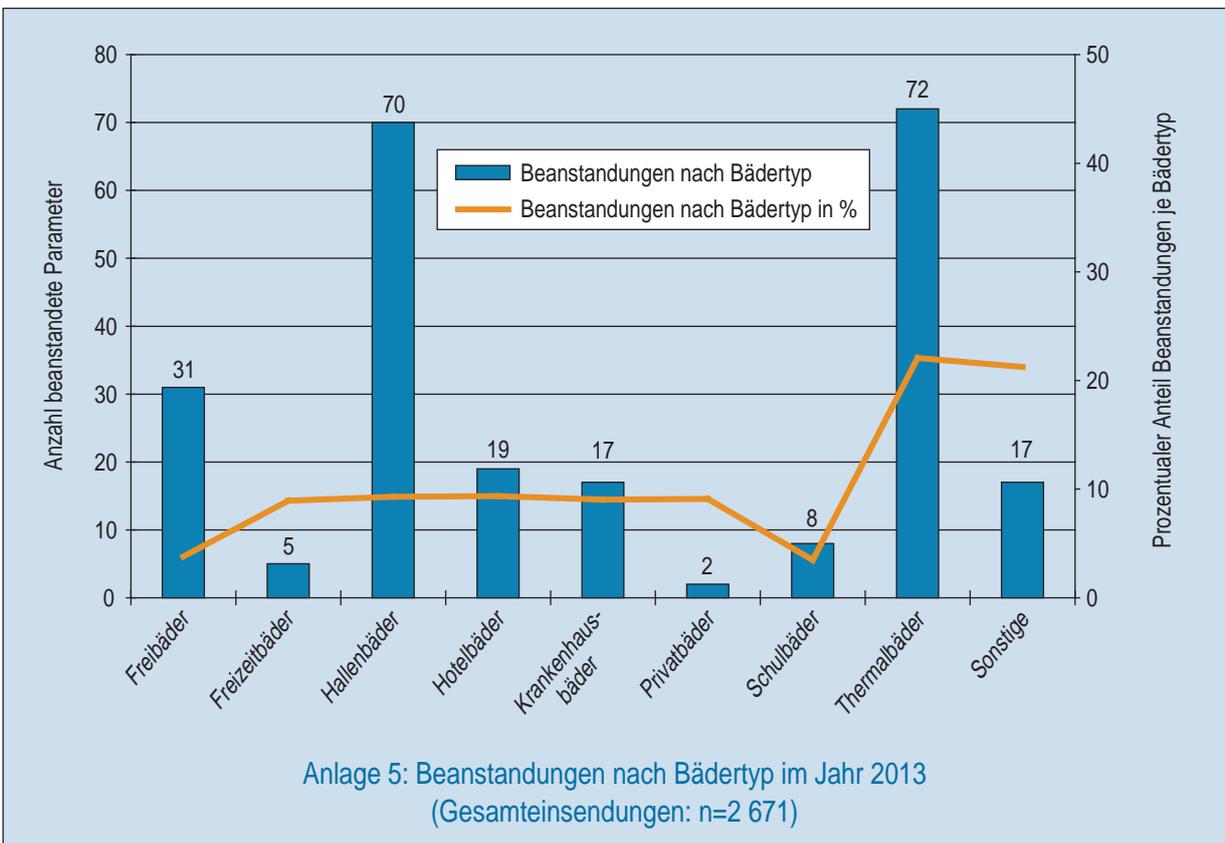
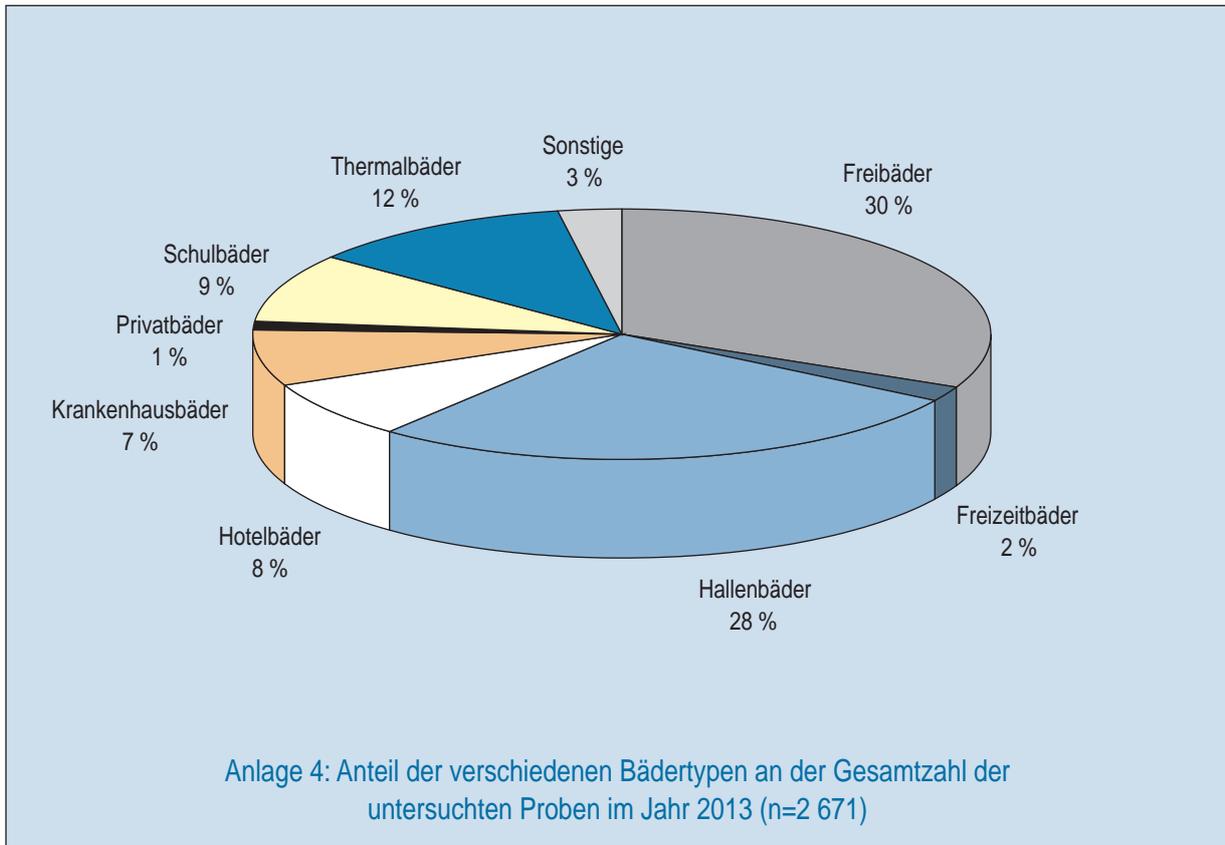
verschiedenen Ausschüssen bei der Erstellung von Gesetzen, Richtlinien und Normen mit.

Trinkwasseruntersuchungen

Insgesamt wurden im Jahr 2013 im LGA 3 807 Trinkwasserproben gemäß TrinkwV (2001) untersucht. Davon entfielen 2 563 auf die Fernwasserversorgungen, 384 auf Ortswasserversorgungen,

82 auf Einzelwasserversorger und 778 Proben auf übrige Einsender. Hierzu zählen auch Wässer aus Hausinstallationen oder raumlufttechnischen Anlagen (Anlage 1). Insgesamt wurden 107 Proben beanstandet; die Beanstandungsrate lag damit insgesamt bei 3,1 % (ohne Rohwässer). Die Fernwasserversorger zeigten hierbei eine Beanstandungsquote von 0,5 % die Ortswasserversorgungen verzeichneten 4,5 % Beanstandungen und die Übrigen¹ erreichten 7,3 %

¹ Einsender, welche nicht unter die anderen Kategorien fallen



Beanstandungen bei den eingesandten Proben. Die Einzelwasserversorger verzeichneten mit 28 % die meisten Beanstandungen.

Untersuchungen von Schwimm- und Badebeckenwasser

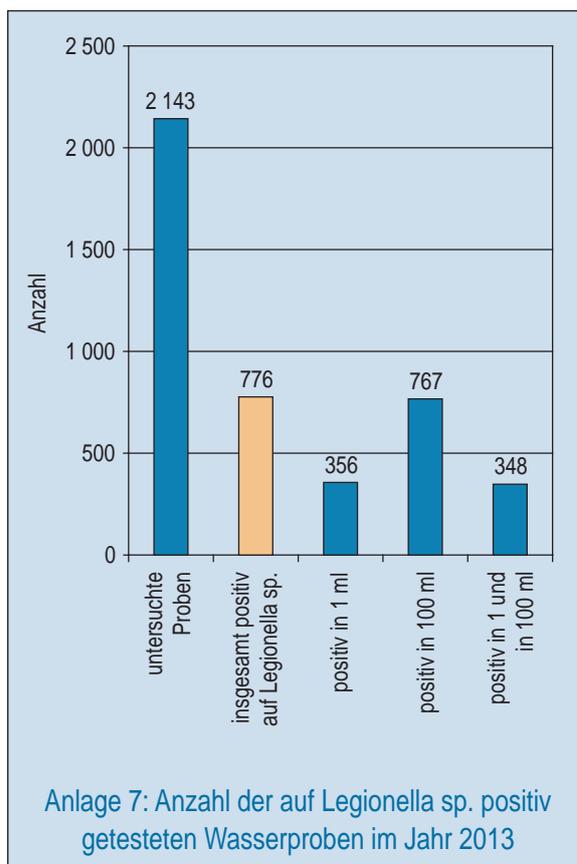
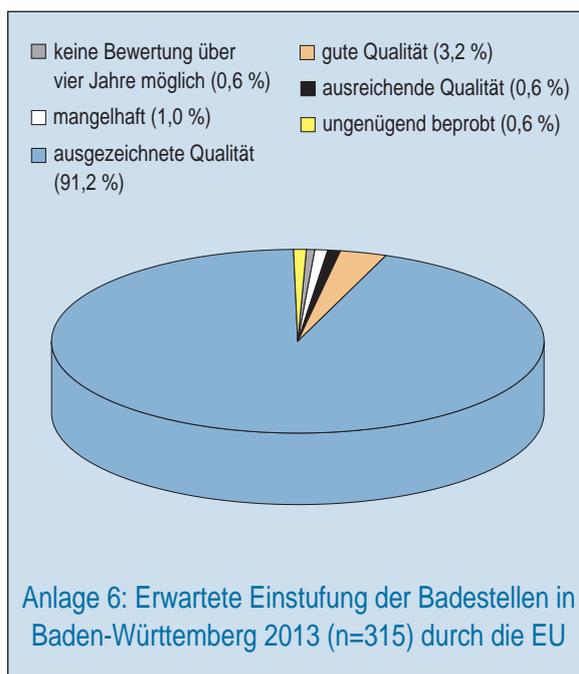
Im Jahr 2013 wurden dem LGA 2 671 Proben aus öffentlichen Bädern durch die Gesundheitsämter überbracht und gemäß UBA-Empfehlung und DIN 19643 untersucht. Hierbei wurden z. B. Frei- und Freizeitbäder, Hallenbäder und Thermalbäder sowie Bäder in Krankenhäusern und Schulen, Hotelbäder und Privatbäder untersucht. Untersucht wurden die Koloniezahlen bei 36 °C, E. coli und Pseudomonaden in 100 ml Probe sowie Legionellen aus 1 ml Probe (Bekkenwasser) bzw. 100 ml Probe (Filtrat). Insgesamt waren 241 Proben zu beanstanden; dies entspricht 9 % der untersuchten Proben (Anlagen 4 und 5). Die höchsten Beanstandungsquoten verzeichneten Thermalbäder mit 22,1 % Beanstandungen, gefolgt von sonstigen Bädern, Hotelbädern und Privatbädern mit 21,3 %, 9,3 % bzw. 9,1 % Beanstandungen.

Untersuchung von EU-Badestellen und anderen Oberflächenwässern

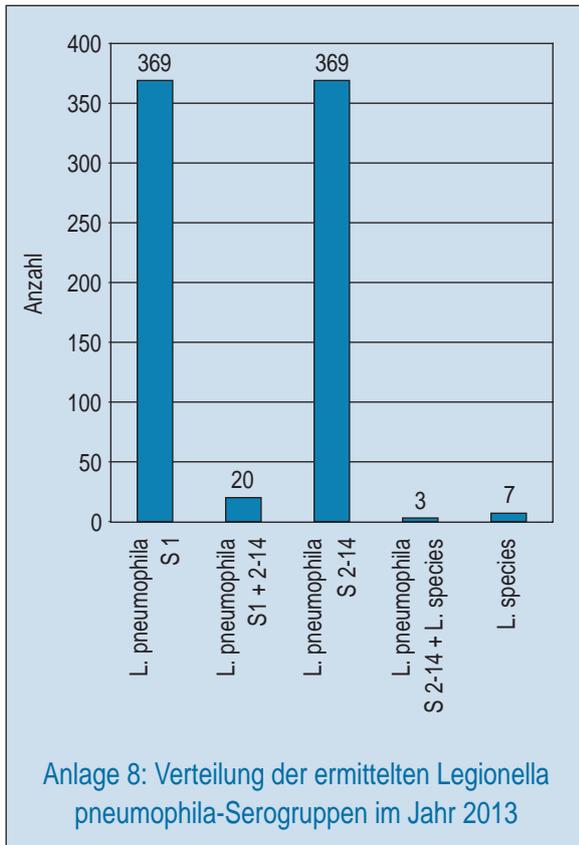
Im Jahr 2013 wurden im LGA 2 322 Oberflächenwasserproben untersucht, wovon 2 166 von EU-Badeplätzen stammten. Zum Ende der Badesaison 2013 flossen entsprechend der Verordnung die Untersuchungsergebnisse aus vier Jahren in die Bewertung mit ein. Von den 315 offiziellen EU-Badestellen in Baden-Württemberg entsprachen demnach 307 (97,4 %) den Qualitätsbestimmungen der Richtlinie hinsichtlich der zwei ausschlaggebenden Kriterien: Belastung mit E. coli und Enterokokken. 292 (92,7 %) der Badestellen erfüllten sogar die Kriterien für eine Einstufung in die höchste Qualitätskategorie ("ausgezeichnet"). 13 Badestellen (4,1 %) wurden in die Kategorie "gut" eingestuft, zwei Badestellen (0,6 %) erhielten die Bewertung „ausreichend“. Weitere drei Badestellen (~1 %) konnten die Anforderungen der Richtlinie nicht erfüllen und wurden daher mit „mangelhaft“ bewertet. (Anlage 6).

Untersuchung von Hausinstallationen auf Legionellen

Insgesamt wurden 2 143 Proben aus Hausinstallationen auf Legionellen untersucht. In 356 Fällen (16,6 %) konnten in 1 ml Probe, in 767 Fällen (35,7 %) in 100 ml Probe Legionella nachgewiesen werden (Anlage 7). Aus den positiv getesteten Wasserproben wurden in 369 Fällen Legionella pneumophila Serogruppe 1 isoliert, ebenso in 369 Fällen Legionella pneumophila Serogruppe 2-14, in 20 Fällen wurden die Serogruppen 1 und 2-14 und aus zehn Proben andere



Legionella species isoliert (Anlage 8). Grundlage für die Beurteilung der Konzentrationen von Legionella sp. sind der in der TrinkwV festgelegte Maßnahmewert (> 100 KBE/100ml), die im DVGW- Arbeitsblatt W551 (April 2004) aufgeführten Bewertungen von Le-



gionellenbefunden in Trinkwassererwärmungs- und Leitungsanlagen sowie die Empfehlungen des Umweltbundesamtes von 2006 und 2013 zur Probenahme und zum Untersuchungsgang.

Sonderuntersuchungen

Neben den Routineproben wurden im Jahr 2013 insgesamt 46 Wasserproben auf Viren und Parasiten sowie auf spez. Mikroorganismen wie z. B. Cyanobakterien untersucht.

Hygieneangelegenheiten des ÖGD

Im Labor Bakteriologie werden Stuhlproben und andere humane Proben auf bakterielle Erreger untersucht und Stuhlproben mit der Fragestellung darmpathogene Viren und Parasiten bearbeitet. Die Proben werden überwiegend von Gesundheitsämtern und Justizvollzugsanstalten (JVAs) eingesandt. Darüber hinaus besteht eine Kooperation mit dem Chemischen und Veterinäruntersuchungsamt Stuttgart (CVUA S) beim Austausch von Ergebnissen im Bereich von Gruppenerkrankungen zur Infektkettenaufklärung.

Gastroenterologie

Bei den Stuhlproben aus den JVAs handelt es sich vorwiegend um Kontrolluntersuchungen von Mitarbeitern und Häftlingen, die in der Küche oder bei der Essensausgabe beschäftigt sind.

Aus den Gesundheitsämtern werden Kontroll- und Umgebungsuntersuchungen angefordert sowie in zunehmendem Maße Untersuchungen zur Abklärung von Gruppenerkrankungen im Rahmen der aktiven Surveillance (Ermittlungen nach § 25 IfSG). Seit Einführung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) sind routinemäßige Kontrolluntersuchungen bei gesunden Personen, die im Lebensmittelbereich arbeiten, entfallen. Stuhluntersuchungen werden in diesem Bereich daher ausschließlich anlassbezogen bei Erkrankungsfällen (Diarrhoen) durchgeführt.

Darüber hinaus erhält das LGA von den Gesundheitsämtern Stuhlproben von Asylbewerbern aus außereuropäischen Ländern, die im Rahmen des § 62 Asylverfahrensgesetzes auf Parasiten zu untersuchen sind.

Bakterielle Enteritiserreger

Im Jahr 2013 wurden insgesamt 2 835 Stuhlproben bakteriologisch und virologisch untersucht. Bei den eingesandten Proben handelte es sich im Jahr 2013 am häufigsten um Untersuchungen auf Salmonellen (n=1 369). Insgesamt konnten Salmonellen in 272 Fällen nachgewiesen werden und es wurden 71 verschiedene Salmonellen-Serovare isoliert. Erwartungsgemäß lagen die S. Enteritidis-Isolierungen an erster Stelle (n=79), gefolgt von S. Typhimurium (n=40), S. Typhi (n=16), S. Infantis (n=14) und S. Agona (n=11). Außerdem wurden monophasische S. Typhimurium-Stämme und reine B-Stämme sowie S. Brandenburg, S. Kentucky, S. Schwarzengrund und S. Derby häufiger nachgewiesen. Andere Serovare traten nur in wenigen Einzelfällen auf. Das Spektrum der seltenen Serovare ist von Jahr zu Jahr unterschiedlich. An zweiter Stelle folgten die Untersuchungen auf EHEC (enterohämorrhagischer E. coli) bzw. EPEC (enteropathogener E. coli), wovon (n=670) 212 Proben EHEC und 56 Proben EPEC positiv waren.

Weitere bakterielle Enteritiserreger waren Campylobacter spp., Shigella spp., Yersinia enterocolitica, Clostridium difficile sowie Staphylococcus aureus.

Gruppenerkrankungen

Zur Infektkettenaufklärung im Rahmen von Gruppenerkrankungen werden Patienten-, Mitarbeiter- und Umgebungsproben zusätzlich zu den Routineverfahren (konventionelle Mikrobiologie) auch molekularbiologisch weiter identifiziert, wobei im Rahmen von epidemiologischen Fragestellungen durch das Referat

Anlage 9: Infektionsorte, Zahl der Gruppenerkrankungen und Infektionserreger im Jahr 2013

Infektionsort	Summe	Norovirus	S. aureus	Rotavirus	Salmonella	Sonstige	Unbekannt
Alten-/Pflegeheime	73	51	0	1	0	0	21
Gaststätten/Lebensmittelverkaufsstätten	48	19	8	2	2	0	17
Krankenhäuser/Rehakliniken	6	5	0	0	1	0	0
Schulen/Kindergärten/Tagesstätten	55	32	0	5	0	1	17
Private Haushalte	5	1	1	0	0	2	1
Freizeiten/Sonstige	15	9	1	0	0	1	4
Gesamt	202	117	10	8	3	4	60

Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung ggf. weitergehende Untersuchungen veranlasst werden.

Insgesamt wurden dem LGA 213 Gruppenerkrankungen im Jahr 2013 nach IfSG von den Gesundheitsämtern gemeldet, jedoch nur bei 202 auch Stuhlproben zur mikrobiologischen und virologischen Untersuchung eingesandt.

Die 202 untersuchten Gruppenerkrankungen waren vorwiegend durch Noroviren (57,9 %) verursacht, gefolgt von Staphylococcus aureus (5 %), Rotaviren (4 %) und Salmonella species (1,5 %). EPEC, Adenoviren, Astroviren und Giardia lamblia waren bei je einer Gruppenerkrankung die Ursache. In 29,7 % der Fälle konnte kein Erreger nachgewiesen werden, weil entweder die Probenahme zu spät erfolgte bzw. die Proben dem LGA zu spät übermittelt wurden oder der eingereichte Untersuchungsauftrag den verursachenden Erreger nicht einschloss.

Bei fünf durch Noroviren hervorgerufenen Gruppenerkrankungen wurden die Norovirus-Isolate zur Abklärung der Infektkette mittels Gensequenzierung auf klonale Identität untersucht. Bei allen fünf Gruppenerkrankungen stimmten die Isolate jeweils zu 99 bzw. 100 % überein.

Da bei Gruppenerkrankungen nur eine repräsentative Anzahl von Stuhlproben untersucht werden, wurden insgesamt 2 946 Personen als Erkrankte gemeldet, aber nur 932 Einzelproben untersucht.

Die meisten der 202 untersuchten Gruppenerkrankungen wurden aus Alten-/Pflegeheimen (n=73) gemeldet, gefolgt von Kindergärten/Schulen (n=55) und Gaststätten/Lebensmittelverkaufsstätten (n=48). In 69,9 % der aus Alten- und Pflegeheimen gemeldeten Gruppenerkrankungen konnten Noroviren nachgewiesen werden. In Kindergärten und Schulen belief sich die Zahl der durch Noroviren verursachten Erkrankungen auf 58,2 %. In Gaststätten und Lebensmittelverkaufsstätten betrug der Anteil an durch Noroviren verursachten Gruppenerkrankungen 64,3 %, in

jeweils zwei Fällen konnten Rotaviren bzw. Salmonellen nachgewiesen werden. Die Anzahl der durch S. aureus hervorgerufenen Gruppenerkrankungen lag im Lebensmittel-Bereich mit 16,7 % deutlich höher als in den Jahren zuvor. Fünf Gruppenerkrankungen wurden aus privaten Haushalten gemeldet; hier konnte in jeweils einem Fall Noroviren bzw. S. aureus nachgewiesen werden. Bei zwei Gruppenerkrankungen erfolgte kein Erregernachweis. Sechs Gruppenerkrankungen wurden aus Kliniken gemeldet, wobei in fünf Noroviren und in einer Salmonella species identifiziert werden konnten.

Die erhobenen Daten sind in Anlage 9 aufgeführt.

Darmparasiten

Im Bereich der Parasitenmikroskopie werden hauptsächlich Stuhluntersuchungen auf Wurmeier und Protozoen-Zysten durchgeführt. Die Proben stammen hauptsächlich von Asylbewerbern aus unterschiedlichsten Ländern.

Im Jahr 2013 wurden insgesamt 494 Proben parasitologisch-mikroskopisch untersucht. Dabei konnten in 84 Stuhlproben (17 %) Darmparasiten nachgewiesen werden.

Kooperation mit dem CVUA S

Zur Infektkettenverfolgung im Rahmen von Gruppenerkrankungen oder zur Beantwortung epidemiologischer Fragestellungen erfolgt eine enge Kooperation mit dem CVUA S. Im Jahr 2013 konnte in einer durch Noroviren hervorgerufenen Gruppenerkrankung ein kausaler Zusammenhang zwischen einer humanen Infektion sowie dem Lebensmittel mittels Gensequenzierung festgestellt werden.

Ferner wurde bei einer Erkrankungshäufung enterotoxischer S. aureus sowohl bei den Gästen einer Feier als auch im Lebensmittel (Eis) nachgewiesen

(siehe Kapitel „Einblicke in die Arbeit“: „Nachweis von toxinbildendem Staphylococcus aureus bei einer Tauffeier“).

Weitere humane Proben

Im Jahr 2013 gingen weitere 359 Proben (Abstriche von verschiedenen Körperregionen, Sputen, Urine und Blutkulturen) zur kulturellen mikrobiologischen Untersuchung ein.

Im Rahmen der Listerien-Surveillance, die in Zusammenarbeit mit dem Referat Epidemiologie/Gesundheitsberichterstattung seit mehreren Jahren durchgeführt wird, erhielt das LGA 88 Stämme von verschiedenen Laboren in Baden-Württemberg. Da der Nachweis von Listerien nach IfSG meldepflichtig ist, werden durch eine aktive Surveillance entweder vom o. g. Referat oder von den Gesundheitsämtern die meldenden Labore veranlasst, die isolierten Stämme an das LGA zu schicken. Im Labor werden diese Stämme angezüchtet, eine Serovarbestimmung durchgeführt und anschließend zur weiteren Identifizierung mittels Pulsfeldgelelektrophorese an das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für Salmonellen und andere Enteritiserreger in Wernigerode gesandt, die einen Abgleich mit anderen bundesweit isolierten Listerienstämmen durchführen. Bei den vom LGA ans NRZ gesandten Proben handelte es sich in 41 Fällen um Serovar 1/2a, in acht Fällen um Serovar 1/2b und in 39 Fällen um Serovar 4b.

Hygienisch-mikrobiologische Umgebungsuntersuchung

Hygienisch-mikrobiologischen Umgebungsuntersuchungen dienen der Qualitätskontrolle von z. B. Flächendesinfektionsverfahren in medizinischen Einrichtungen oder von Sterilisatoren in nicht medizinischen Einrichtungen wie z. B. Kosmetik- und Tatoostudios oder kosmetische Fußpflegeeinrichtungen. Aus dem Bereich Krankenhaushygiene – vorwiegend in JVsAs – wurden im Jahr 2013 insgesamt 37 Abklatsch- und Abstrichproben untersucht.

Infektionsschutz

Tuberkulose

Zu den Einsendern des Tuberkulose (TB)-Arbeitsplatzes im Labor Bakteriologie zählen Gesundheitsämter, JVsAs und Krankenhäuser.

Im Jahr 2013 wurde bei 18 Patienten von insgesamt 1 187 kulturell untersuchten Proben (vorwiegend Sputum- und Urinproben) Mycobacterium tuberculosis mittels GenoType Mycobacterium-Test nachgewie-

sen. Die Resistenzbestimmungen erfolgten im LGA und im NRZ in Borstel.

In zwölf Fällen waren nichttuberkulöse Mykobakterien (NTM) nachweisbar. Am häufigsten wurde *M. goodii* (3-mal) nachgewiesen. Bei zwei Patienten wurde *M. fortuitum*, *M. kansasii*, *M. intracellulare* und *M. chelonae* (1-mal) sowie *M. species* differenziert. Bei einer Probe konnte nicht zwischen *M. goodii* und *M. xenopi* unterschieden werden.

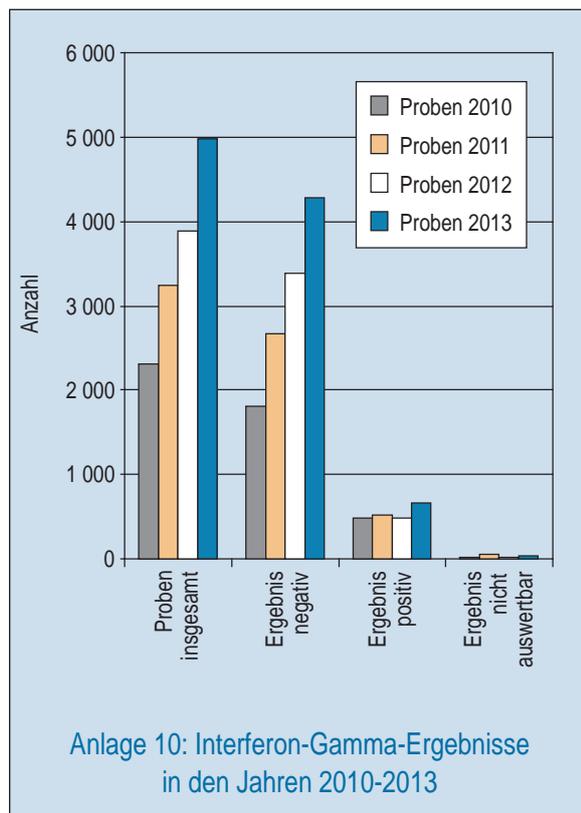
469 Proben wurden mittels Mycobacterium tuberculosis-Direkttest (Amplifikation/Polymerase-Kettenreaktion [PCR]) untersucht, insbesondere wenn der Verdacht auf eine frische Infektion vorlag. Das Ergebnis des Direkttests fiel bei 29 Proben positiv aus, wobei nur bei sechs Proben auch aus der Kultur Mycobacterium tuberculosis anzüchtbar war. Positive Ergebnisse in der PCR ohne Keimnachweis in der Kultur bestätigt die Aussage, dass diese Methode nur eingesetzt werden sollte, wenn der Abstand zur letzten floriden Tuberkulose-Erkrankung länger als ein Jahr zurückliegt.

Bei der Amplifikation werden einzelne Nukleinsäureabschnitte und nicht das gesamte Genom von Mykobakterien nachgewiesen. Da mit diesem Verfahren auch sehr wenige tote und ggf. durch Therapie bereits geschädigte Keime nachweisbar sind, ist die Amplifikation als Screening-Methode bei Umgebungsuntersuchungen ohne klinischen Befund nicht geeignet. Auch Verlaufskontrollen bei anbehandelten Patienten sind nicht indiziert, da wegen der hohen Sensitivität des Verfahrens die TB-spezifische DNA noch viele Monate nach Therapiebeginn nachweisbar sind. Gute Erfahrungen mit der Amplifikation gibt es indes in solchen Fällen, wo auf Grund der klinischen und radiologischen Vorbefunde ein dringender TB-Verdacht vorliegt, ferner wenn der Patient durch Chemotherapie oder HIV-Infekt immungeschädigt ist, so dass immunologische Untersuchungen wie z. B. der Interferon-Gamma-Test kein zuverlässiges Ergebnis bringen.

Interferon-Gamma Test

Beim Interferon-Gamma-Test handelt es sich um einen indirekten Test zum Nachweis einer Mycobacterium tuberculosis-Infektion. Ziel ist es, die Diagnostik zum Tuberkulin-Hauttest, der bis vor wenigen Jahren als einzige, wenig zuverlässige Methode zur Diagnose der latenten Tuberkulose zur Verfügung stand, zu ergänzen.

Im Jahr 2012 wurden im LGA 4 975 Blutproben auf Interferon-Gamma untersucht, davon 4 282 mit negativem (86,1 %) und 656 (13,2 %) mit positivem Ergebnis. Bei 35 Patienten (0,7 %) war der Test nicht auswertbar. Im Vergleich zum Vorjahr waren es 1 084 Proben mehr. In Anlage 10 sind die untersuchten Interferon-Gamma-Proben von 2010-2013 dargestellt.



Anlage 10: Interferon-Gamma-Ergebnisse in den Jahren 2010-2013

Infektionsserologie

Im Labor Infektionsserologie wurden im Jahr 2013 insgesamt 23 230 Seren auf 17 verschiedene Infektionskrankheiten untersucht. Hierzu wurden 48 245 Untersuchungen bzw. Bestimmungen von Antikörpern oder Antigenen durchgeführt (siehe Anlage 11). Schwerpunkte waren die von den Gesundheitsämtern und den JVA's zur Erkennung von Infektionen mit den viralen Erregern HIV, Hepatitis B- und C-Virus eingesandten Proben.

Infektionsserologische Untersuchungen

Zur Bestimmung von Virus- bzw. Bakterien-Antikörpern im Serum werden die folgenden Testarten eingesetzt: Chemilumineszenz Mikropartikel Immunoassay (CMIA), Enzymimmunoassay (EIA), Hämagglutinations-Hemmtest (HHT), Immunfluoreszenztest (IFT), Komplementbindungsreaktion (KBR) und Immunoblot (IB). Neben den infektionsserologischen Nachweismethoden ergänzt die PCR für HI-Virus und Hepatitis C-Virus das Untersuchungsspektrum.

Hepatitis-Diagnostik

Im Jahr 2013 gingen insgesamt 651 Anforderungen zur Untersuchung auf Hepatitis-A, 8 647 zur Unter-

Anlage 11: Untersuchungen im Labor Infektionsserologie im Jahr 2013

Borrelien	115
Coxiella burnetii	183
Echinococcus	48
Francisella tularensis	4
FSME-Virus	34
Hantavirus	4
Hepatitis-A-Virus	651
Hepatitis-B-Virus	8 647
Hepatitis-C-Virus	7 358
Hepatitis-E-Virus	1
HIV	19 477
Influenza-Virus-Anzucht	8 647
Masern-Virus	22
Mumps-Virus	11
Röteln-Virus	9
Treponema pallidum	3 028
Varizella zoster	6
Summe	48 245

suchung auf Hepatitis-B bzw. zur Bestimmung des Impftiters nach Hepatitis-B-Impfung und 7 358 Anforderungen zur Untersuchung auf Hepatitis-C ein.

Hepatitis-A-IgG Antikörper wurden in 430 Fällen positiv getestet. Dies bedeutet, dass die Betroffenen die Infektion entweder durchgemacht oder eine Impfung gegen Hepatitis-A erhalten haben. Nur in sieben Fällen wurde IgM zum Nachweis einer frischen Infektion angefordert; diese waren jedoch alle negativ.

Das Virushüllen-Antigen (HBs-AG), das in der Regel sowohl bei einer akuten als auch einer chronischen Hepatitis-B positiv getestet wird, wurde aus 2 619 Proben bestimmt. In 159 Fällen war das HBs-AG positiv. Aufgrund der anderen Hepatitis-Marker muss bei 154 Personen von einem chronischen HBs-AG-Trägertum ausgegangen werden. In 784 Fällen wurde eine zurückliegende Hepatitis-B-Erkrankung, in zwei Fällen eine akute Hepatitis-B diagnostiziert. Aus 1 241 Seren wurde der Impftiter anti-HBs bestimmt.

Im Jahr 2013 gingen insgesamt 7 358 Anforderungen zum Nachweis von Antikörpern gegen das Hepatitis-C-Virus ein. In 1 017 Fällen wurde eine Hepatitis-C-Infektion nachgewiesen.

Die Untersuchungen der Seren auf Hepatitis-A, -B und -C werden mittels CMIA auf einem Analysenautomaten durchgeführt. Hierzu ist die Bestimmung verschiedener Antigene/Antikörper notwendig, die überwiegend in einer Stufendiagnostik angewandt werden. Beispielsweise werden bei Verdacht auf Hepatitis B sechs verschiedene Parameter untersucht. So wurden zur Analyse der auf Hepatitis-B eingesandten 8 647 Seren 12 192 Parameter getestet. Die Befundung ist nur durch die gemeinsame Bewertung der Einzelergebnisse möglich. Zur Bestimmung der Viruslast (Grad der Infektiosität) bei nachgewiesener Hepatitis-C wird zusätzlich eine PCR durchgeführt. Die Einsendungen für die Untersuchungen auf die Hepatitiden stammen vor allem aus den JVA's. Ebenso senden die Gesundheitsämter viele Proben zur Diagnostik auf HIV und Hepatitis ein. Hier liegt der Schwerpunkt auf Untersuchungen, die im Rahmen der Beratungsstellen für sexuelle Gesundheit, ehemals Aids-Beratungsstellen, durchgeführt werden.

Seren von Polizeibeamten bzw. den Bediensteten der JVA's werden im Rahmen der Überprüfung der Impftiter und möglicher Infektionen nach HI- bzw. Hepatitis-B/-C-Virusexposition untersucht.

HIV-Diagnostik

Im Jahr 2013 wurden insgesamt 19 477 Seren auf HIV untersucht. Von diesen Seren, die überwiegend anonym untersucht werden, waren 281 Proben positiv. Durch die anonymen Einsendungen und die Vorgabe, dass ein Serum, das positiv auf HIV getestet ist, durch eine zweite Blutprobe bestätigt werden muss, kann nicht auf die Anzahl der positiv getesteten Patienten rückgeschlossen werden.

Untersuchungen für das Konsiliarlabor für *Coxiella burnetii*

Seit dem Jahre 2002 ist das nationale Konsiliarlabor für *Coxiella burnetii* im LGA angesiedelt. Serologische Untersuchungen im Rahmen der Konsiliartätigkeit werden im Labor Infektionsserologie durchgeführt. Neben der Abklärung akuter bzw. chronischer Q-Fieber-Infektionen im Rahmen von Ausbruchs- und Folgeuntersuchungen erfolgen Untersuchungen im Rahmen von Prävalenzstudien.

Im Jahr 2013 wurden 183 Seren für das Konsiliarlabor auf spezifische Antikörper gegen *Coxiella burnetii* untersucht. Hierzu wurden 911 Bestimmungen durchgeführt.

Virusanzucht in Zellkulturen

Das LGA nahm auch 2013 als kooperierendes Landeslabor an der bundesweiten Influenza-Surveillance teil. Verschiedene Sentinel-Praxen (Allgemeinärzte, Internisten, Pädiater) in Baden-Württemberg senden während der Influenza-Saison Rachenabstriche zur

Untersuchung auf Influenza-Viren ein. Im Labor Molekularbiologie werden die Abstriche zunächst mittels PCR auf Influenza A/B untersucht. Die in der PCR positiv getesteten Rachenabstriche werden im Labor Infektionsserologie auf Zellkultur gegeben. Nach erfolgreicher Anzucht erfolgt eine weitere Typisierung der Isolate am NRZ für Influenzaviren am Robert Koch-Institut (RKI). Die Ergebnisse der Untersuchungen stellen einen wichtigen Beitrag zur nationalen Influenza-Surveillance dar. Die Untersuchungen geben Aufschluss über den Verlauf von Influenza-Epidemien und ermöglichen mittels Feintypisierung der isolierten Influenza-Stämme im NRZ die frühzeitige Erkennung von Virustypveränderungen im Verlaufe einer Influenza-Epidemie.

In der Saison 2012/13 wurden 218 Zellkulturisolate zur Typisierung an das NRZ für Influenzaviren geschickt.

Kooperationen

- NRZ für Influenzaviren
- HIV-Inzidenzstudie am RKI

Molekularbiologie

Molekularbiologische Untersuchungen mit Hilfe der PCR

Das Aufgabengebiet des Labors Molekularbiologie umfasst sowohl die Untersuchung von Routineproben auf Infektionserreger als auch die Infektetenabklärung mittels Sequenzierung (z. T. in Zusammenarbeit mit der CVUA S).

Untersucht werden verschiedenste Materialien, u. a. Blut, Urin, Stuhl, Bakteriensuspensionen, Organe, Abstriche und Zecken, mittels PCR auf Infektionserreger.

Mittels PCR ist es möglich, bereits wenige Krankheitserreger aus dem eingesandten Material nachzuweisen. Wenn kulturelle Verfahren aufgrund von z. B. zu wenigen Erregern bzw. bereits nicht mehr vermehrungsfähigen Erregern versagen, können diese mit Hilfe von molekularbiologischen Methoden detektiert werden.

Zudem besteht eine weitere Aufgabe darin, in einer Ausbruchssituation (wie z. B. im Falle der Neuen Influenza 2009 und des EHEC O104:H4-Ausbruchs im Frühjahr 2011) sowie beim Auftreten neuer Erreger (z. B. Verdacht auf Polioviren bei Asylbewerbern aus Syrien Ende 2013) möglichst umgehend neue Testverfahren zu etablieren, um eine sichere Diagnostik zur aktiven Surveillance zu gewährleisten und dadurch angepasste Präventionsmaßnahmen zur Eindämmung der Weiterverbreitung von Krankheitserregern zu ermöglichen.

Im Jahr 2013 sind die in Anlage 12 dargestellten Erregernachweise durchgeführt worden.

Anlage 12: Erregernachweise im Labor Molekularbiologie im Jahr 2013

Erreger	Untersuchungen	positiv	negativ
Borrelia burgdorferi sensu lato	1 352	245	1 107
Coxiella burnetii	35	0	35
EHEC	Stx 1	666	158
	Stx 2	666	99
EPEC	eae	604	54
Noroviren	964	311	653
Enteroviren	24	4	20
Polioviren	41	0	41
Adenoviren	18	6	12
Rotaviren	19	0	19
Hantaviren	3	2	1
Hepatitis A	12	6	6
Entamoeba spec.	9	6	3
Sonstiges (Legionellen, Anaplasma phagocytophilum, MRSA)	15	7	8
Summe	4 428	898	3 530

Anlage 13: Influenza-Nachweise in der Saison 2012/13

Proben	Negative Proben	Influenza A		Influenza B	Anteil positiver Nachweise [%]
		ohne Subtyp	H1N1pdm 09		
784	466	102	147	69	40,6

Die Anforderungen zur Untersuchung von Zecken auf *Borrelia burgdorferi sensu lato* ist im Gegensatz zum Vorjahr um 407 Einsendungen gestiegen, wobei die Positivenrate von 18,1 % im Jahr 2013 im Vergleich zum Vorjahr (20,0 %) leicht rückläufig war. Von den insgesamt 964 Untersuchungen auf Noroviren betrug der positive Anteil 32,3 %. Zur Infektkettenverfolgung wurden im Jahr 2013 insgesamt 57 Sequenzierungen durchgeführt.

Darüber hinaus nahm das Labor Molekularbiologie an der bundesweiten Influenza-Surveillance teil und untersuchte Nasen- und Rachenabstriche molekularbiologisch auf Influenza A und B sowie auf Influenza H1N1 pdm09.

Schädlingsbestimmungen

Im Bereich Schädlingsbestimmung werden Insekten und Spinnentiere (Arthropoden) differenziert. Die Haupteinsender sind Gesundheitsämter aber auch Privatpersonen, die die Schädlinge identifiziert haben möchten, um eine gezielte Bekämpfung durch-

führen zu können. Im Jahr 2013 wurden 56 Schädlinge eingesandt.

Medizinisch-chemische Analytik

Die Untersuchungen des Labors Medizinisch-chemische Analytik (mit den Bereichen Biomonitoring, Allergologie, Mykologie) dienen dem Monitoring Gesundheit und Umwelt in Baden-Württemberg. Biomonitoring ist eine Voraussetzung für die Risikoeinschätzung von umweltbedingten Schadstoffbelastungen und die Prävention umweltbedingter Erkrankungen. Die Untersuchungen im Bereich des Gesundheitsmonitorings schließen die Bereiche Humanbiomonitoring, Allergie-Screening, Schimmelpilz- und Feinstaubbestimmung ein.

- Die im Herbst 2010 begonnenen Untersuchungen für eine Längsschnittstudie mit Erwachsenen wurde 2013 fortgeführt. Das Blut von 68 Erwachsenen wurde auf spezifische Antikörper gegen Inhalations-

allergene und halogenorganische Flammschutzmittel untersucht. Durch umfangreiche Qualitätssicherungsmaßnahmen und Validierungsarbeiten konnte mit der eigentlichen Analytik der Proben erst Ende Oktober begonnen werden.

- Im Rahmen des Gesundheitsmonitorings werden seit 1992 regelmäßig (mindestens jedes zweite Jahr) labormedizinisch-chemische Untersuchungen im Rahmen von epidemiologischen Studien an Zehnjährigen durchgeführt.
- Für den ÖGD werden in Amtshilfe neben fachlichen Beratungen auch Untersuchungen und gesundheitliche Bewertungen von biologischen und chemischen Innenraumschadstoffen, insbesondere von Schimmelpilzen, durchgeführt.
- Die externe analytische Qualitätssicherung (AQS) behält weiterhin einen herausragenden Stellenwert, insbesondere im Hinblick auf die Bewertung von Schimmelpilzen und Umweltschadstoffen im Lebensumfeld des Menschen. Das Labor Medizinisch-chemische Analytik leitet und richtet den Ringversuch „Identifizierung von Innenraum- und lebensmittelrelevanten Schimmelpilzen“ aus, der zweimal im Jahr stattfindet und an dem ca. 120 Labore teilnehmen.
- Ein wichtiges Element der AQS sind die Fortbildungsveranstaltungen „Analytische Qualitätssicherung im umweltmedizinischen Bereich“, die seit 2012 in die Reihe der „Umwelttoxikologischen Kolloquien“ eingegliedert ist, sowie die Kurse „Nachweis, Identifizierung und Bewertung von Schimmelpilzen in Innenräumen und Lebensmitteln“ (Grundkurs und Fortgeschrittene), die in Zusammenarbeit mit dem Centraalbureau voor Schimmelcultures (CBS, Utrecht/Niederlande) durchgeführt werden.

Insgesamt wurden im Jahr 2013 im Labor Medizinisch-chemische Analytik 68 Proben in der chemischen Analytik (Anlage 14) und 647 Proben mit insgesamt 1 991 Untersuchungen im Bereich der biologischen Agenzien (Anlagen 15, 17 und 18) bearbeitet sowie 1 637 Proben im Rahmen der Ringversuche Schimmelpilze versandt.

Anlage 14: Humanbiomonitoring

Parameter	Proben
Bestimmung von Polychlorierten Diphenylethern (PBDE 28, 47, 100, 99, 154, 153, HBCDD, 183, 209) im Blut	68

Anlage 15: Allergiescreening

Parameter	Untersuchungen
sx1-Inhalationsallergene: Dermatophagoides pteronyssinus, Katzenschuppen, Lieschgras, Roggen, Cladosporium herbarum, Birke, Beifuß	336
mx1: Cladosporium herbarum, Alternaria alternata, Aspergillus fumigatus, Penicillium chrysogenum	336
gm25 Aspergillus versicolor	336
m1 Penicillium chrysogenum	336
m208 Chaetomium globosum	336
Summe (Σ Proben = 336)	1 680

Anlage 16: Ringversuche Schimmelpilze

Parameter	Versandte Proben
Identifizierung von Innenraum- und lebensmittelrelevanten Schimmelpilzen	1 490
Mischproben	147
Summe	1 637

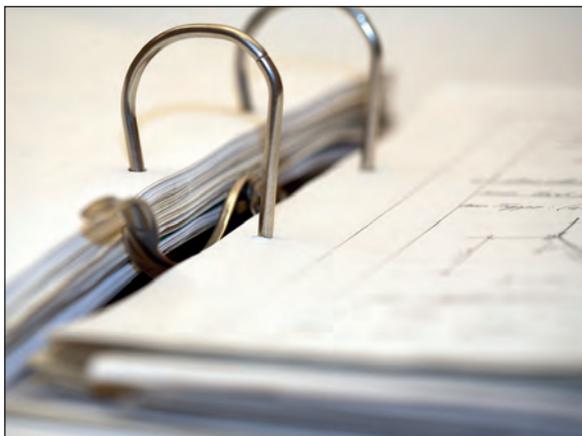
Anlage 17: Amtshilfe für Gesundheitsämter und sonstige Institutionen

Parameter	Proben
Luftprobenahme direkt	10
Abklatschproben	10
Klebefilmproben	20
Materialproben	0
Luft indirekt	54
Wasserproben	3
Summe	97

Anlage 18: Badewasseruntersuchungen

Parameter	Probenanzahl
Harnstoff in Badewasser	214

Staatlicher Gewerbearzt



Berufskrankheiten

Der Staatliche Gewerbearzt wirkt entsprechend dem Sozialgesetzbuch (SGB) VII und der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) am Berufskrankheiten (BK)-Verfahren mit. Seine Mitwirkung hat zwei Funktionen:

- Alle im Land gemeldeten BK sollen ihm vorgelegt werden (§ 4 Abs. 2 BKV): Da die Erstanzeigen von BK zum größten Teil an die Unfallversicherungsträger geschickt werden, muss entsprechend BKV der Staatliche Gewerbearzt von dort über den BK-Fall informiert werden. Er soll damit Gelegenheit haben, einen Überblick über das BK-Geschehen in Baden-Württemberg zu gewinnen und die Daten auszuwerten (§ 9 Abs. 9 SGB VII; siehe dazu Anmerkung unter „Anlagen 3a-e“).
- Er kann als ärztlicher Sachverständiger tätig werden: Er kann bei den ihm vorgelegten BK-Fällen Stellung zur Frage der Ursächlichkeit der Krankheit nehmen und ggf. den Unfallversicherungen ergänzende Beweiserhebungen vorschlagen, um die Frage der Ursächlichkeit beantworten zu können. Er kann den Arbeitsplatz selbst besichtigen und untersuchen.

Die gegenwärtige Personalsituation verbietet es gegenwärtig, Zusammenhangsgutachten zu erstellen. Die Vereinbarung zwischen dem Landesverband Südwest der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg über die Bearbeitung von BK-Feststellungsverfahren erlaubt es aber den Gewerbeärzten, entsprechend ihren zeitlichen Möglichkeiten einen Teil der vorgelegten BK-Fälle zu bearbeiten.

- **Anlagen 1a und b:** Die Anzahl der erstmalig angezeigten und vom Gewerbearzt 2013 abschließend

zur Kenntnis genommenen BK-Fälle betrug insgesamt 4 638. Davon waren 4 373 BK entsprechend der BK-Liste (Fälle nach § 9[1] SGB VII) und 265 „sonstige“ nicht in der BK-Liste aufgeführte Fälle, z. B. „Quasi-BK“ (Fälle nach § 9[2] SGB VII). Bei diesen Fällen handelt es sich nur um diejenigen Anzeigen oder Mitteilungen über BK, die dem Staatlichen Gewerbearzt 2013 bekannt geworden sind. Siehe dazu auch Anlage 3.

Krankheiten durch physikalische Einwirkungen sind mit über 50 % der Gesamtzahl der BK unverändert stark vertreten, weil dazu zwei der häufigsten BK gehören: Die Lärmschwerhörigkeit (BK 2301) und die Erkrankungen der Lendenwirbelsäule (LWS-Krankheiten; BK 2108).

- **Anlage 2:** Sind die gemeldeten Krankheiten arbeitsbedingt oder liegen die Ursachen außerhalb der beruflichen Tätigkeit? Die Frage nach der Kausalität der gemeldeten Krankheiten steht im Vordergrund. Der Anteil derjenigen gemeldeten Erkrankungen, die als berufsbedingt angesehen werden, beträgt 42,4 %. 49,4 % wurden abgelehnt. Davon konnte in 8,2 % der BK-Fälle eine Entscheidung über die Kausalität mangels Mitwirkung des Erkrankten oder mangels ausreichender Beweise nicht getroffen werden.

Zu den Zahlen muss angemerkt werden, dass nur noch ein Teil der BK-Akten von den Gewerbeärzten beurteilt werden kann. Die meisten gemeldeten BK-Fälle werden von ihm nur noch zur Kenntnis genommen und das Ergebnis der BK-Bearbeitung durch die gesetzliche Unfallversicherung in die Statistik übernommen (s. Anlage 7).

- **Anlagen 3a-e:** Die fünf häufigsten angezeigten BK sind die gleichen wie in den Vorjahren und machen zusammen fast drei Viertel aller BK-Fälle aus (3a, c). Die Liste wird wie im Vorjahr von der Lärmschwerhörigkeit angeführt. Die Hautkrankheiten folgen in deutlichem Abstand. Das entspricht aber nicht den insgesamt in Baden-Württemberg angezeigten BK-Fällen (siehe unten). Gefolgt werden sie von den Asbest-assoziierten Erkrankungen der Atemwege. Die LWS-Krankheiten stehen an vierter Stelle – mit weiterhin abnehmender Tendenz. Den fünften Rang nehmen die allergisch bedingten obstruktiven Atemwegserkrankungen ein.

Nicht jede BK wird als berufsbedingt angesehen. Im Durchschnitt sind es ca. 42 %. Von den allergisch bedingten obstruktiven Atemwegs-BK sind es 38 %, bei den Hautkrankheiten 70 %, 53 % bei Lärmschwerhörigkeit und 45 % bei den Asbest-assoziierten Krankheiten. Der Anteil der im Sinne

des BK-Rechts berufsbedingten LWS-Krankheiten beträgt mit 5 % der angezeigten Fälle nur einen Bruchteil des Anteils bei anderen BK (3b).

Die Anzahl der in Baden-Württemberg gemeldeten BK liegt jedoch wesentlich höher als die Zahl der Fälle, die dem Gewerbearzt mitgeteilt worden sind. Der Länderindikator 3.32 der Gesundheitsberichterstattung des Bundes für das Jahr 2012 gibt für Baden-Württemberg 7 318 angezeigte BK an. Dem Staatlichen Gewerbearzt sind im gleichen Jahr nur 4 373 BK-Fälle bekannt geworden. Insbesondere der größte Teil der angezeigten Hautkrankheiten ist dem Staatlichen Gewerbearzt verborgen geblieben. Nur 709 von 3 086 Fällen wurden ihm vorgelegt (3d). Damit wird der klare gesetzliche Auftrag an die Unfallversicherungsträger, der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle des jeweiligen Bundeslandes alle angezeigten BK-Fälle bekannt zu machen, auch im Berichtsjahr – wie in den Vorjahren – wieder nicht erfüllt.

Die Statistik des Staatlichen Gewerbearztes umfasst alleine die ihm bekannt gewordenen Fälle. Nur unter diesem Vorbehalt dürfen die Zahlen gelesen werden.

- **Anlagen 4a und b:** Die Zahl der abgeschlossenen BK ging seit dem Maximum 1996 kontinuierlich zurück und erreichte 2008 ihr Minimum. Seitdem steigen die gemeldeten Fälle kontinuierlich leicht an. In den Zahlenverhältnissen der einzelnen BK zueinander kommt es nur zu geringen Verschiebungen.
- **Anlagen 5a-c:** Die Entwicklung von BK, deren Verursachung erst kurze Zeit zurückliegt oder bei welchen die schädigende Exposition zum Zeitpunkt der Entscheidung über die BK noch besteht, ist besonders interessant. Hier manifestieren sich in der Gegenwart bestehende Arbeitsschutzmängel. Die Zahlen der gemeldeten Hautkrankheiten lassen sich wegen der geringen Meldetreue der Unfallversicherungsträger nicht interpretieren (5a und b; siehe dazu Anmerkung bei Anlage 3). Bei den obstructiven Atemwegskrankheiten lag der Höhepunkt 1996, die Abnahme seitdem beträgt ca. 70 % (5a und c).
- **Anlagen 6a und b:** Die Beobachtung der Statistik bei den durch Asbest bedingten BK ist von besonderem Interesse. Asbest ist seit vielen Jahren als Arbeitsstoff verboten und spielt nur noch bei der Sanierung von Bauten und der Beseitigung von Baumaterialien eine Rolle. Die Anzahl der gemeldeten BK bleibt – mit Schwankungen – konstant und zeigt jetzt eine Tendenz zur Abnahme. Die angezeigten Asbest-assoziierten Krankheiten stehen an dritter Stelle der am häufigsten angezeigten BK in Baden-Württemberg (Zusammenfassung der vier Asbest-assoziierten BK).

- **Anlage 8:** Die Anlage entspricht der Tabelle 8 im Jahresbericht der Gewerbeaufsicht. Hier sind die Zahlen aller im Jahr 2013 dem Gewerbearzt vorgelegten BK zusammengestellt. Im Bergbau erworbene Berufskrankheiten sind bei den BK in Baden-Württemberg traditionell nur sporadisch vertreten. Nach Inkrafttreten des Arbeitsschutzgesetzes wird nicht mehr zwischen einem gewerblichen und nicht-gewerblichen Bereich unterschieden. Verfahren nach dem Fremdrentengesetz werden auftragsgemäß ebenfalls vom Gewerbearzt begutachtet, soweit sie ihm vorgelegt werden. Zur Entwicklung der BK-Zahlen s. o. Von den Gewerbeärzten werden aus Personalmangel seit einigen Jahren keine Zusammenhangsgutachten mehr erstellt.

Dienstgeschäfte

- **Anlage 7:** Die Anlage entspricht der Tabelle 7 im Jahresbericht der Gewerbeaufsicht. Hier sind Zahlen zu den Dienstgeschäften der Gewerbeärzte aufgeführt, soweit sie statistisch erhoben werden.

Die Zahl der Dienstgeschäfte hat gegenüber dem Vorjahr weiter abgenommen.

Die unter 2.1.1 genannten Stellungnahmen sind die von Gewerbeärzten bearbeiteten BK-Fälle.

Die unter 2.1.4 genannten Beratungen in arbeitsmedizinischen Fragen betreffen Anfragen der technischen Gewerbeaufsicht sowie schriftliche und fernmündliche Anfragen von Betriebsärzten und anderen Personen.

Die unter 2.3 aufgeführten Untersuchungen wurden vom Staatlichen Gewerbearzt bei Strahlenschutzuntersuchungen ausgeführt.

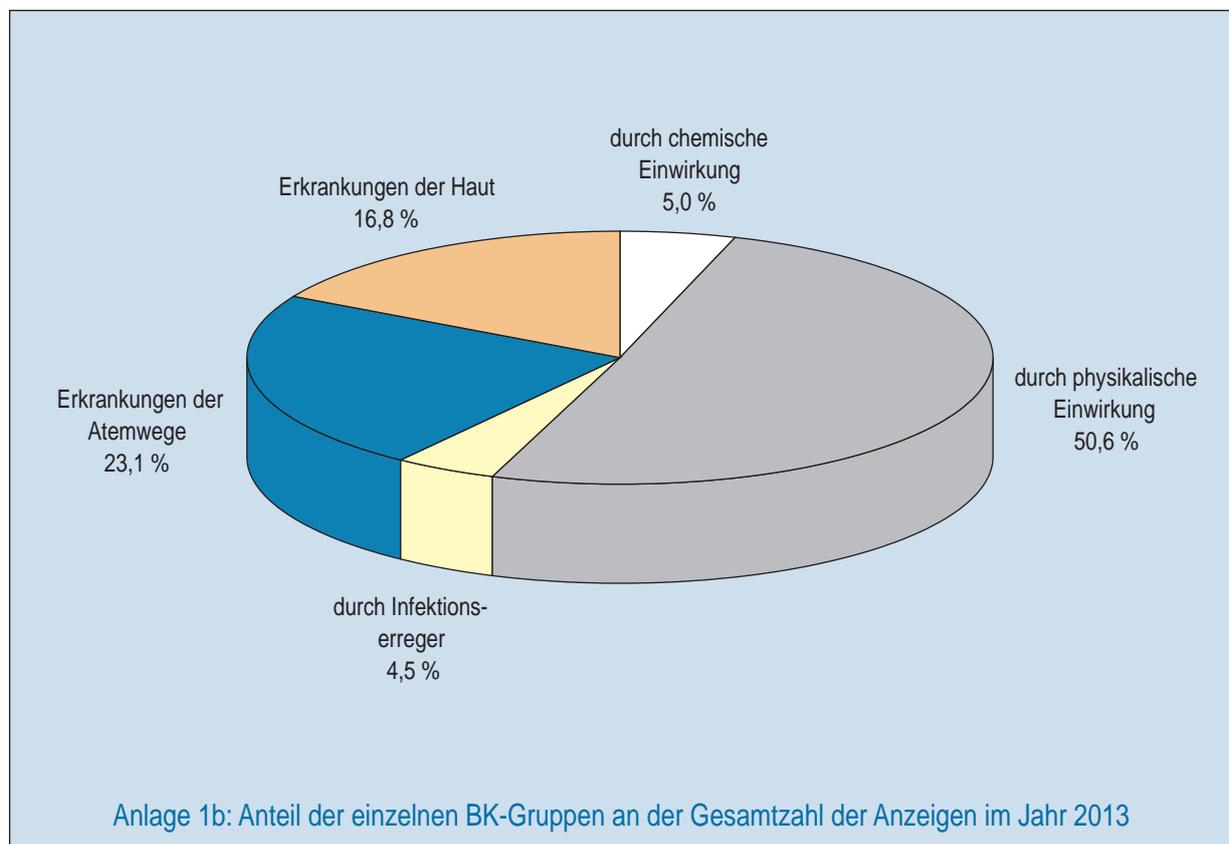
- **Anlage 9:** Anlass für Betriebsbegehungen des Staatlichen Gewerbearztes sind das BK-Verfahren, Anfragen der technischen Gewerbeaufsicht, Nachfragen aus Betrieben und Projekte. Die Zahl der Begehungen ist wegen des damit verbundenen Zeitaufwandes bei geringer Personalkapazität seit einigen Jahren stark rückläufig und hat einen absoluten Tiefstand erreicht. Die Begehungen umfassen Besichtigungen wie auch Gespräche mit den für den Arbeitsschutz Verantwortlichen im Betrieb.

Ermächtigungen

- **Anlagen 10a und b:** Ermächtigungen werden für die Vornahme von speziellen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen erteilt. Bei staatlichen Vorschriften ermächtigt der Staatliche Gewerbearzt. Die Zahl der Ermächtigungsvorgänge ist nach dem starken Rückgang 2005 in den letzten Jahren konstant geblieben. Wegen des Wegfalls staatlicher Ermächtigungen nach Gefahrstoffverordnung und Biostoffverordnung im Jahr 2005 wird nur noch für Untersuchungen nach Strahlenschutz-, Röntgen- und Druckluftverordnung ermächtigt.

Anlage 1a: Anteil der einzelnen BK-Gruppen an der Gesamtzahl der Anzeigen im Jahr 2013

Nr.	BK	angezeigte Anzahl	%
1	durch chemische Einwirkung	218	5,0
2	durch physikalische Einwirkung	2 214	50,6
3	durch Infektionserreger	197	4,5
4	Erkrankungen der Atemwege	1011	23,1
5	Erkrankungen der Haut	733	16,8
Summe		4 373	100,0
Sonstige		265	5,7
Gesamtsumme		4 638	



Anlage 2: Kausalität in den BK-Hauptgruppen – Entscheidungen der Gewerbeärzte im Jahr 2013¹

BK-Gruppe	% in den Klassen						% in Gruppen		
	1	2	3	4	5	6	1-2	1-3	1-6
1 chemische Einwirkung	7,3	1,8	3,2	83,9	0,5	3,2	9,2	12,4	100,0
2 physikalische Einwirkung	1,9	35,1	0,7	53,1	0,3	8,9	37,0	37,7	100,0
3 Infektionen	5,1	46,7	5,6	35,5	2,0	5,1	51,8	57,4	100,0
4 Atemwegserkrankungen	16,9	14,5	5,8	56,7	1,6	4,5	31,5	37,3	100,0
5 Hautkrankheiten	1,5	8,6	58,7	21,4	1,5	8,3	10,1	68,8	100,0
Durchschnitt (1-5)	5,7	24,8	11,9	49,4	0,9	7,3	30,5	42,4	100,0
1 BK rentenpflichtig anerkannt	5,7								
2 BK anerkannt („dem Grunde nach“)		24,8							
3 berufsbedingt, keine BK-Anerkennung			11,9						
4 BK abgelehnt, kein Zusammenhang				49,4					
5-6 keine Entscheidung möglich					8,2				
1-2 anerkannt							30,5		
1-3 berufsbedingt								42,4	

Klasse 1: Zur Anerkennung empfohlene BK, entschädigungspflichtig (MdE größer als oder gleich 20 %)

Klasse 2: Zur Anerkennung empfohlene BK, nicht entschädigungspflichtig (MdE kleiner als 20 %)

Klasse 3: Keine BK im Sinne der BKV, aber berufsbedingt

Klasse 4: Keine BK, kein wahrscheinlicher Zusammenhang zwischen Tätigkeit und Erkrankung

Klasse 5: Mangels ausreichender Beweise keine Entscheidung möglich (Ursächlichkeit kann nicht ausreichend nachgewiesen werden)

Klasse 6: Mangels Mitwirkung des Versicherten keine Entscheidung möglich

Zusammenfassende Bezeichnungen (siehe auch Anlage 8):

Klassen 1-2 = „bestätigt“ (anerkannte BK, mit oder ohne Entschädigungspflicht)

Klassen 1-3 = „berufsbedingt“ (BK, mit oder ohne Entschädigungspflicht anerkannt oder wahrscheinlich berufsbedingte Krankheit ohne Anerkennung als BK)

Klassen 1-6 = „begutachtet“ (angezeigte Krankheit, die der Gewerbearzt zur Kenntnis genommen oder zu der er eine Stellungnahme verfasst hat)

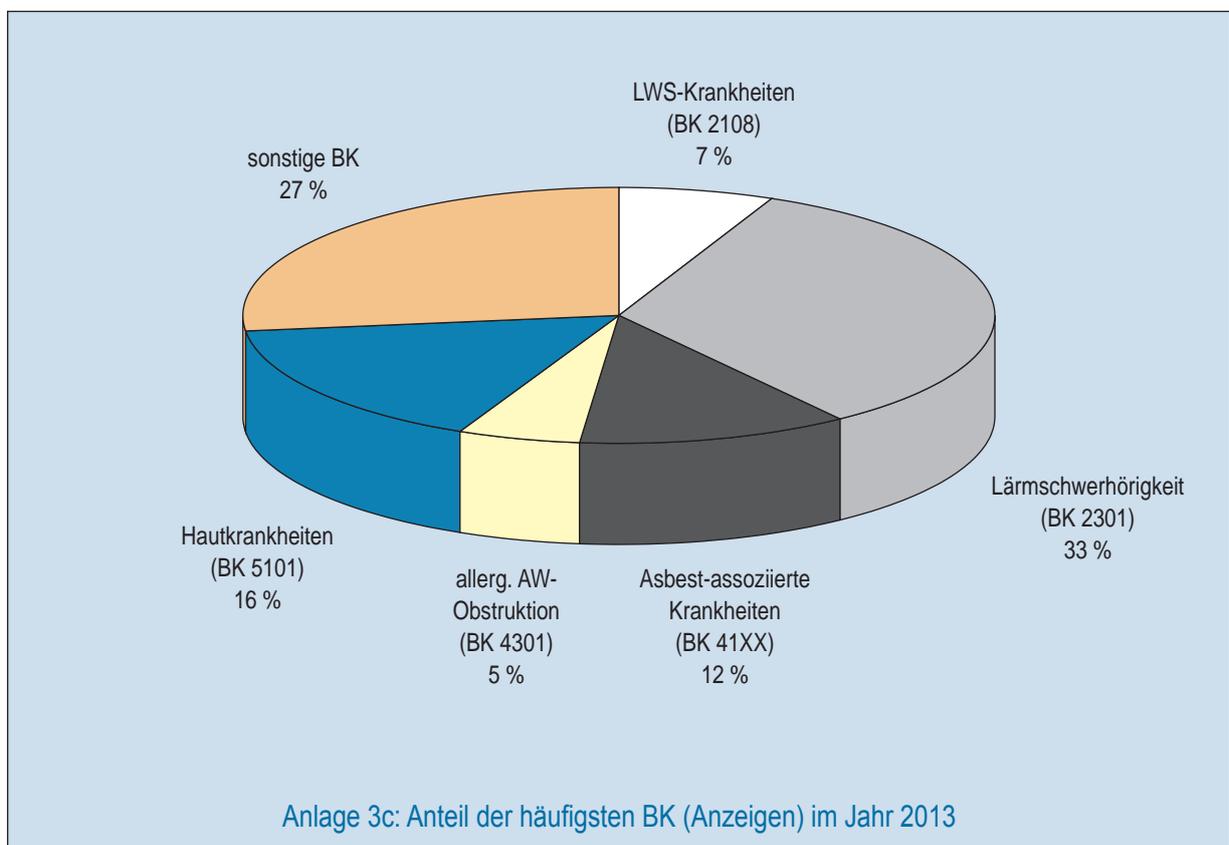
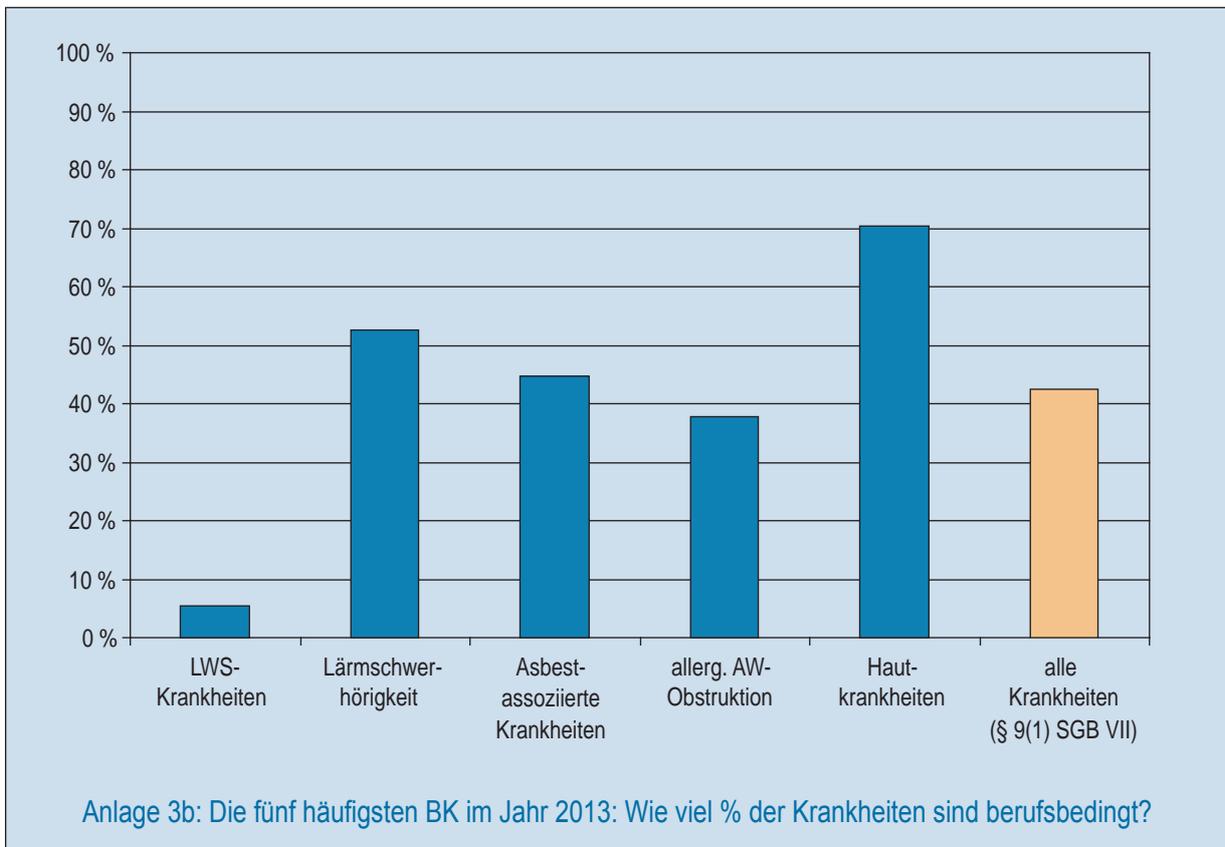
Anlage 3a: Die fünf häufigsten BK – Ergebnisse der Feststellungsverfahren im Jahr 2013¹

BK-Nr.	Krankheit	n	%	% -Anteile in den Klassen						
				1	2	3	4	5	6	bb (1-3)
2108	LWS-Krankheiten	301	6,9	2,0	3,0	0,3	87,0	1,0	6,6	5,3
2301	Lärmschwerhörigkeit	1 457	33,3	2,0	50,6	0,1	36,7	0,1	10,6	52,6
41XX	Asbest-assoziierte Krankheiten*	505	11,5	25,5	18,8	0,4	49,3	2,4	3,6	44,8
4301	allerg. AW-Obstruktion	231	5,3	3,9	15,2	18,6	55,8	0,4	6,1	37,7
5101	Hautkrankheiten	709	16,2	1,3	8,5	60,6	20,0	1,3	8,3	70,4
alle Krankheiten (§ 9 Abs. 1 SGB VII)		4 373	100,0	5,7	24,8	11,9	49,4	0,9	7,3	42,4

* dazu zählen: 4103 Asbestose, 4104 Larynx- oder Bronchialkarzinom mit Asbestose, 4105 Mesotheliom, 4114 Bronchialkarzinom durch Asbestfasern und PAK

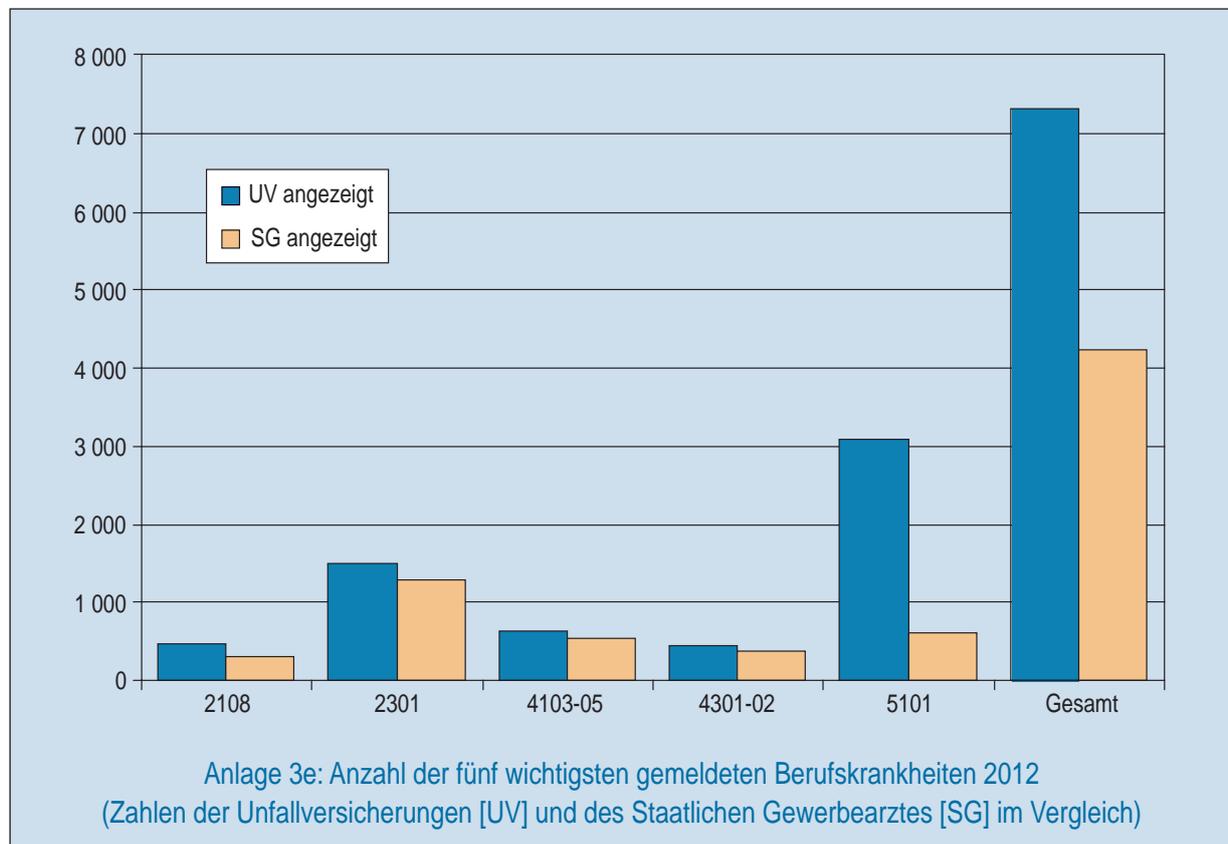
bb = berufsbedingt

¹ Rundungsfehler sind nicht vermeidbar.



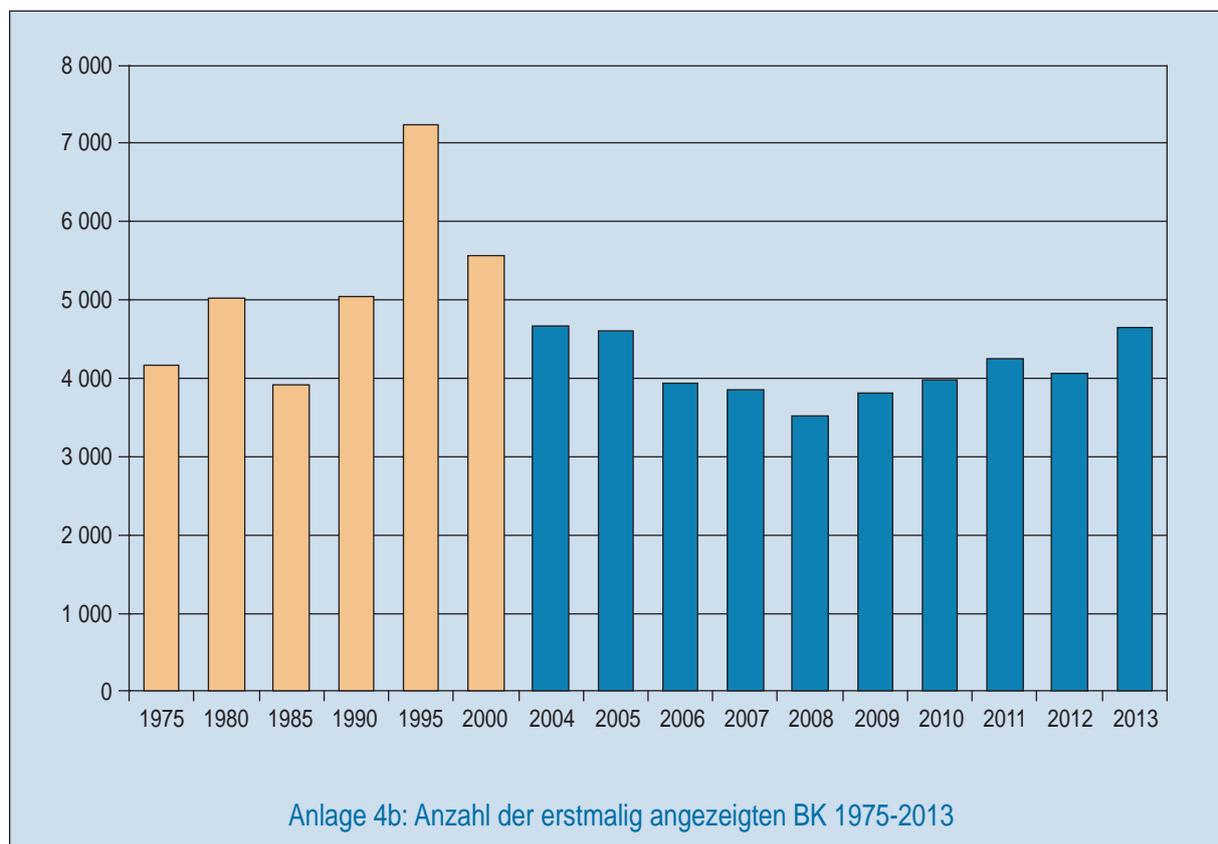
Anlage 3d: Anzahl der fünf wichtigsten gemeldeten BK 2012
(Zahlen der Unfallversicherungen [UV] und des Staatlichen Gewerbearztes [SG] im Vergleich)

BK	UV		SG		% SG/UV
	angezeigt	anerkannt	angezeigt	anerkannt	angezeigt
2108	472	25	312	18	66
2301	1 493	748	1 285	690	86
4103-05	640	285	532	248	83
4301-02	455	74	366	125	80
5101	3 086	70	601	397	19
Gesamt	7 318	1 314	4 230	1 614	58



Anlage 4a: Entwicklung der dem Gewerbearzt mitgeteilten BK (§ 9 Abs. 1 SGB VII) 1975-2013

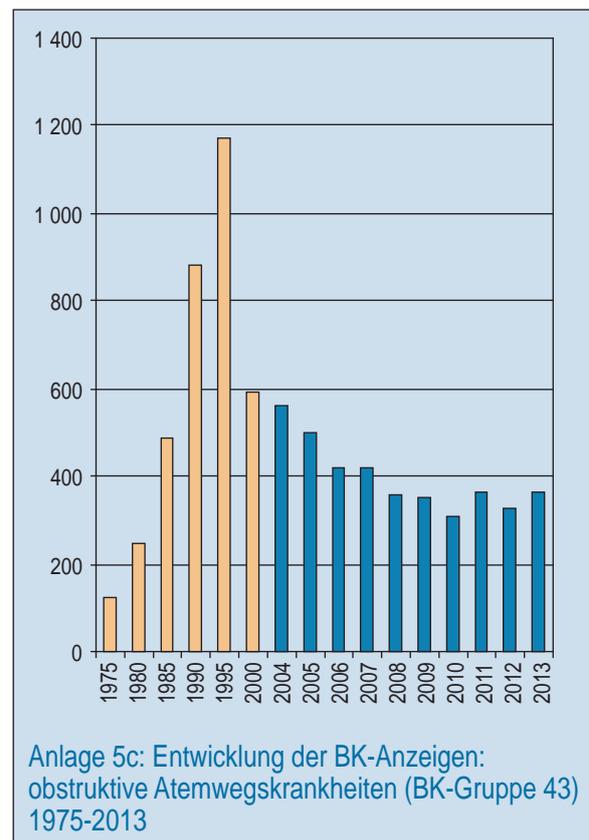
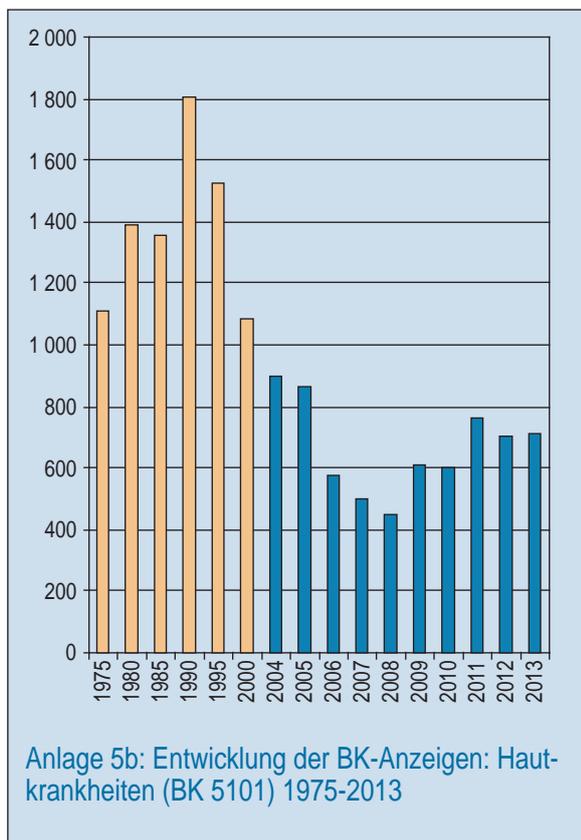
Jahr	Abschlüsse (n)	%	
		berufsbedingt	entschädigungs- pflichtig
1975	4 175		30,3
1980	5 033		14,3
1985	3 907	61,6	20,5
1990	5 048	65,9	31,4
1995	7 231	46,5	8,5
2000	5 562	44,3	6,8
2004	4 676	43,7	6,9
2005	4 612	42,6	5,4
2006	3 944	42,9	7,4
2007	3 847	43,0	6,4
2008	3 510	41,2	5,4
2009	3 819	43,8	5,5
2010	3 981	40,0	5,1
2011	4 247	43,5	5,7
2012	4 068	43,9	4,7
2013	4 646	42,4	5,7



Anlage 5a: Entwicklung von BK-Anzeigen 1975-2013

Jahr	Hautkrankheiten (5101)			Obstruktive AW-Krankheiten (4300)		
	Anzahl	%		Anzahl	%	
		bb	ep		bb	ep
1975	1 106	0	21,8	124	0	41,9
1980	1 394	0	11,1	249	0	17,3
1985	1 355	70,1	15,1	487	52,0	20,7
1990	1 801	79,2	31,7	880	47,8	23,5
1995	1 525	70,0	12,2	1 173	36,2	6,9
2000	1 081	69,0	7,5	591	36,9	4,9
2004	895	61,8	5,9	559	35,4	6,1
2005	865	66,4	4,3	500	36,4	3,8
2006	580	65,2	4,1	422	36,3	4,5
2007	498	69,3	4,4	422	36,7	2,8
2008	451	66,1	3,5	358	34,6	5,3
2009	608	68,1	2,6	353	32,3	2,5
2010	601	65,3	2,8	311	31,8	3,9
2011	761	73,1	1,4	366	34,2	3,3
2012	707	71,9	0,7	324	28,4	2,2
2013	709	70,4	1,3	364	31,0	4,9

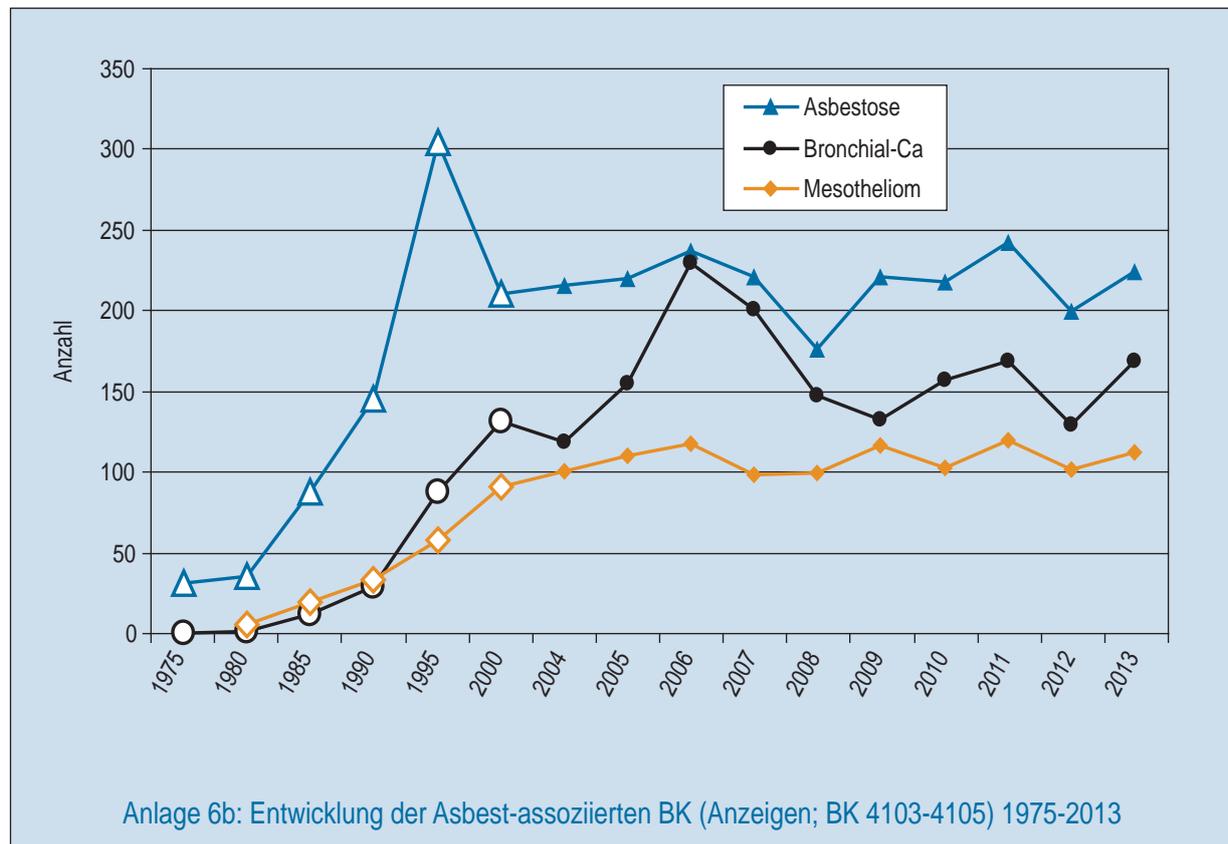
bb = berufsbedingt, ep = entschädigungspflichtig anerkannt, AW = Atemwegskrankheiten



Anlage 6a: Entwicklung der Asbest-bedingten BK (Anzeigen) 1975-2013

Jahr	Asbestose		Bronchial-Ca*		Mesotheliom	
	Anzahl	% bb	Anzahl	% bb	Anzahl	% bb
1975	32	43,8	1	0	**	**
1980	36	33,3	2	50,0	6	33,3
1985	88	58,0	13	46,2	20	80,0
1990	146	68,5	30	36,7	34	85,3
1995	304	71,1	88	31,8	59	76,3
2000	211	55,0	132	31,8	92	68,5
2004	216	58,3	119	23,5	101	72,3
2005	220	60,9	155	19,3	111	67,6
2006	237	59,5	230	22,2	118	72,0
2007	221	53,4	201	24,4	99	70,7
2008	177	52,5	148	17,7	100	63,0
2009	221	56,2	133	18,0	117	61,5
2010	218	48,6	157	21,0	103	63,1
2011	243	52,7	169	26,0	120	63,3
2012	200	55,5	130	19,2	102	69,6
2013	224	49,1	169	18,9	113	74,3

bb = berufsbedingt, * seit 2013 mit BK 4114 Bronchialkarzinom durch Asbest und PAK, ** 1975 noch keine BK



Anlage 7: Dienstgeschäfte und Tätigkeiten des Staatlichen Gewerbearztes im Jahr 2013

Position	Tätigkeit	Zuständigkeiten		Summe (4)
		Gewerbeaufsicht (1+3)	Bergaufsicht (2)	
1	Außendienst			
1.1.	Dienstgeschäfte	37		37
1.2.	Tätigkeiten			
1.2.1.	Betriebsbesichtigungen, Überprüfungen	26		26
1.2.2.	Besprechungen	34		34
1.2.3.	Vorträge (dienstlich)	3		3
1.2.4.	sonstige Tätigkeiten	0		0
1.2.5.	ärztliche Untersuchungen	2		2
1.2.6.	Messungen	0		0
1.2.7.	Beanstandungen*			0
2	Innendienst			
2.1.	Gutachten, Stellungnahmen, Beratungen			
2.1.1.	Stellungnahmen zu BK und anderen berufsbedingten Erkrankungen**	1 804		1 804
2.1.2.	Stellungnahmen bezügl. ASiG*			0
2.1.3.	sonstige Gutachten und Stellungnahmen*			0
2.1.4.	Beratung in arbeitsmedizinischen Fragen	750		750
2.2.	Ermächtigung von Ärzten			
2.2.1.	Ermächtigungen durch Staatl. Gewerbearzt	16		16
2.2.2.	Stellungnahme zu Ermächtigungen	0		0
2.2.3.	Fristverlängerungen	39		39
2.3.	ärztliche Untersuchungen			
2.3.1.	Untersuchungsanlass			
2.3.1.1.	vorgescrieb. Vorsorgeuntersuchungen	50		50
2.3.1.2.	Berufskrankheiten-Untersuchungen	0		0
2.3.1.3.	sonstige Untersuchungen	0		0
2.3.2.	Untersuchungsinhalt			
2.3.2.1.	körperliche Untersuchungen	50		50
2.3.2.2.	Röntgenuntersuchungen	0		0
2.3.2.3.	Elektrokardiogramme	0		0
2.3.2.4.	Lungenfunktionsuntersuchungen	0		0
2.3.2.5.	Blutuntersuchungen	50		50
2.3.2.6.	Urinuntersuchungen	50		50
2.3.2.7.1	Hautuntersuchungen	50		50
2.3.2.7.2	Hautteste	0		0
2.3.2.8.	sonstige medizin.-techn. Untersuchungen	0		0
2.4.	Analysen			
2.4.1.	biologisches Material	0		0
2.4.2.	Arbeitsstoffe	0		0
2.4.3.	Raumluftproben	0		0
2.4.4.	sonstige Analysen	0		0

* Tätigkeiten werden statistisch nicht erfasst

** ärztlich bearbeitete BK-Fälle

Anlage 8: Begutachtete BK im Jahr 2013

Nr. BK	Zuständigkeitsbereich												Summe						
	Gewerbeaufsicht						Bergbau			sonst., Fremdrentenges.			beg.	bb.	best.				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12							
1101	Erkrankungen durch Blei oder seine Verbindungen												2	0	0				
1102	Erkrankungen durch Quecksilber oder seine Verbindungen												2	0	0				
1103	Erkrankungen durch Chrom oder seine Verbindungen												17	2	0				
1104	Erkrankungen durch Cadmium oder seine Verbindungen														0		0	0	
1105	Erkrankungen durch Mangan oder seine Verbindungen												1		0		1	0	
1106	Erkrankungen durch Thallium oder seine Verbindungen														0		0	0	
1107	Erkrankungen durch Vanadium oder seine Verbindungen														0		0	0	
1108	Erkrankungen durch Arsen oder seine Verbindungen												1		1		0	0	
1109	Erkrankungen durch Phosphor o. seine anorganischen Verbindungen												1		1		0	0	
1110	Erkrankungen durch Beryllium oder seine Verbindungen												2		2		0	0	
1201	Erkrankungen durch Kohlenmonoxid												1		1		0	0	
1202	Erkrankungen durch Schwefelwasserstoff														0		0	0	
1301	Schleimhautveränderungen, Krebs oder andere Neubildungen der Harnwege durch aromatische Amine												51	5	5		51	5	5
1302	Erkrankungen durch Halogenkohlenwasserstoffe												24		24		0	0	
1303	Erkrankungen durch Benzol, seine Homologe oder durch Styrol												6		6		0	0	
1304	Erkrankungen durch Nitro- oder Aminoverbindungen des Benzols oder seiner Homologe oder ihrer Abkömmlinge												4		4		0	0	
1305	Erkrankungen durch Schwefelkohlenstoff														0		0	0	
1306	Erkrankungen durch Methylalkohol (Methanol)														0		0	0	

Anlage 8 (Fortsetzung): Begutachtete BK im Jahr 2013

Nr.	BK	Zuständigkeitsbereich													
		Gewerbeaufsicht		Bergbau		sonst., Fremdrenteges.		Summe							
		beg.	bb.	beg.	bb.	best.	bb.	best.	bb.	best.	beg.	bb.	best.	bb.	best.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
1307	Erkrankungen durch organische Phosphorverbindungen												0	0	0
1308	Erkrankungen durch Fluor oder seine Verbindungen	1											1	0	0
1309	Erkrankungen durch Salpetersäureester												0	0	0
1310	Erkrankungen durch halogenierte Alkyl-, Aryl- oder Alkylarloxide												0	0	0
1311	Erkrankungen durch halogenierte Alkyl-, Aryl- oder Alkylarylsulfide												0	0	0
1312	Erkrankungen der Zähne durch Säuren	5	1										5	1	0
1313	Hornhautschädigungen des Auges durch Benzochinon												0	0	0
1314	Erkrankungen durch para-tertiär-Butylphenol	2	1										2	1	0
1315	Erkrankungen durch Isocyanate, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	32	8										32	8	0
1316	Erkrankungen der Leber durch Dimethylformamid	3											3	0	0
1317	Polyneuropathie oder Enzephalopathie durch organische Lösungsmittel oder deren Gemische	18											18	0	0
1318	Erkrankungen des Blutes, des blutbildenden und des lymphatischen Systems durch Benzol. Zu den Nummern 1101 bis 1110, 1201 und 1303 bis 1309 und 1315: Ausgenommen sind Hauterkrankungen. Diese gelten als Krankheiten im Sinne dieser Anlage nur insoweit, als sie Erscheinungen einer Allgemeinerkrankung sind, die durch Aufnahme der schädigenden Stoffe in den Körper verursacht werden, oder gemäß Nummer 5101 zu entschädigen sind.	31	4	4									31	4	4
2101	Erkrankungen der Sehenscheiden oder des Sehnenleitgewebe sowie der Sehnen- oder Muskelsätze, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	78	5										78	5	0

Anlage 8 (Fortsetzung): Begutachtete BK im Jahr 2013

Nr.	BK	Zuständigkeitsbereich													
		Gewerbeaufsicht		Bergbau		sonst., Fremdentenges.		Summe							
		beg.	bb.	beg.	bb.	beg.	bb.	beg.	bb.	beg.	bb.	best.	best.		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
2102	Meniskusschäden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten	118	12										118	12	0
2103	Erkrankungen durch Erschütterung bei Arbeit mit Druckluftwerkzeugen oder gleichartig wirkenden Werkzeugen oder Maschinen	32	2	1									32	2	1
2104	Vibrationsbedingte Durchblutungsstörungen an den Händen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	11	5	1									11	5	1
2105	Chronische Erkrankungen der Schleimbeutel durch ständigen Druck	54	25										54	25	0
2106	Druckschädigung der Nerven	8											8	0	0
2107	Abrissbrüche der Wirbelfortsätze												0	0	0
2108	Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben und Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugung, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	303	18	7									303	18	7
2109	Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Halswirbelsäule durch langjähriges Tragen schwerer Lasten auf der Schulter, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	41											41	0	0
2110	Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjährige, vorwiegend vertikale Einwirkung von Ganzkörperschwingungen im Sitzen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	15											15	0	0
2111	Erhöhte Zahnabrasionen durch mehrjährige quarzstaubbelastende Tätigkeit	1	1										1	1	0
2112	Gonarthrose durch eine Tätigkeit im Knien oder vergleichbare Kniebelastung mit einer kumulativen Einwirkungsdauer während des Arbeitslebens von mindestens 13.000 Stunden und einer Mindesteinwirkungsdauer von insgesamt einer Stunde pro Schicht	66	2	2			1						67	2	2

Anlage 8 (Fortsetzung): Begutachtete BK im Jahr 2013

Nr.	BK	Zuständigkeitsbereich																		
		Gewerbeaufsicht		Bergbau		sonst., Fremdrentenges.		Summe												
		beg.	bb.	beg.	bb.	best.	beg.	bb.	best.	beg.	bb.	best.	beg.	bb.	best.					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12									
2201	Erkrankungen durch Arbeit in Druckluft																	0	0	0
2301	Lärmschwerhörigkeit	1 356	768	22														1 356	768	22
2401	Grauer Star durch Wärmestrahlung	1																1	0	0
2402	Erkrankungen durch ionisierende Strahlen	11																11	0	0
3101	Infektionskrankheiten, wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrts- pflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektions- gefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war	84	46	3														84	46	3
3102	Von Tieren auf Menschen übertragbare Krankheiten	60	34	4														60	34	4
3103	Wurmkrankheiten der Bergleute, verursacht durch Ankylostoma duodenale oder Stron- gyloides stercoralis																	0	0	0
3104	Tropenkrankheiten, Fleckfieber	9	5															9	5	0
4101	Quarzystaublungenerkrankung (Silikose)	46	16	2														4	4	6
4102	Quarzystaublungenerkrankung in Verbindung mit aktiver Lungentuberkulose (Siliko- Tuberkulose)	1																1	0	0
4103	Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose) oder durch Asbeststaub verursachte Erkrankungen der Pleura	200	111	24														200	111	24
4104	Lungenkrebs- und Kehlkopfkrebs - in Verbindung mit Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose) - in Verbindung mit durch Asbeststaub verursachter Erkrankung der Pleura oder - bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Asbestfaserstaub-Dosis am Arbeits- platz von mindestens 25 Fasen/jahren (25×10^6 [Fasern/m ³] x Jahre)	128	25	23														130	25	23
4105	Durch Asbest verursachtes Mesotheliom des Rippenfells und des Bauchfells	102	71	65														102	71	65
4106	Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Aluminium oder seine Verbindungen	2																2	0	0

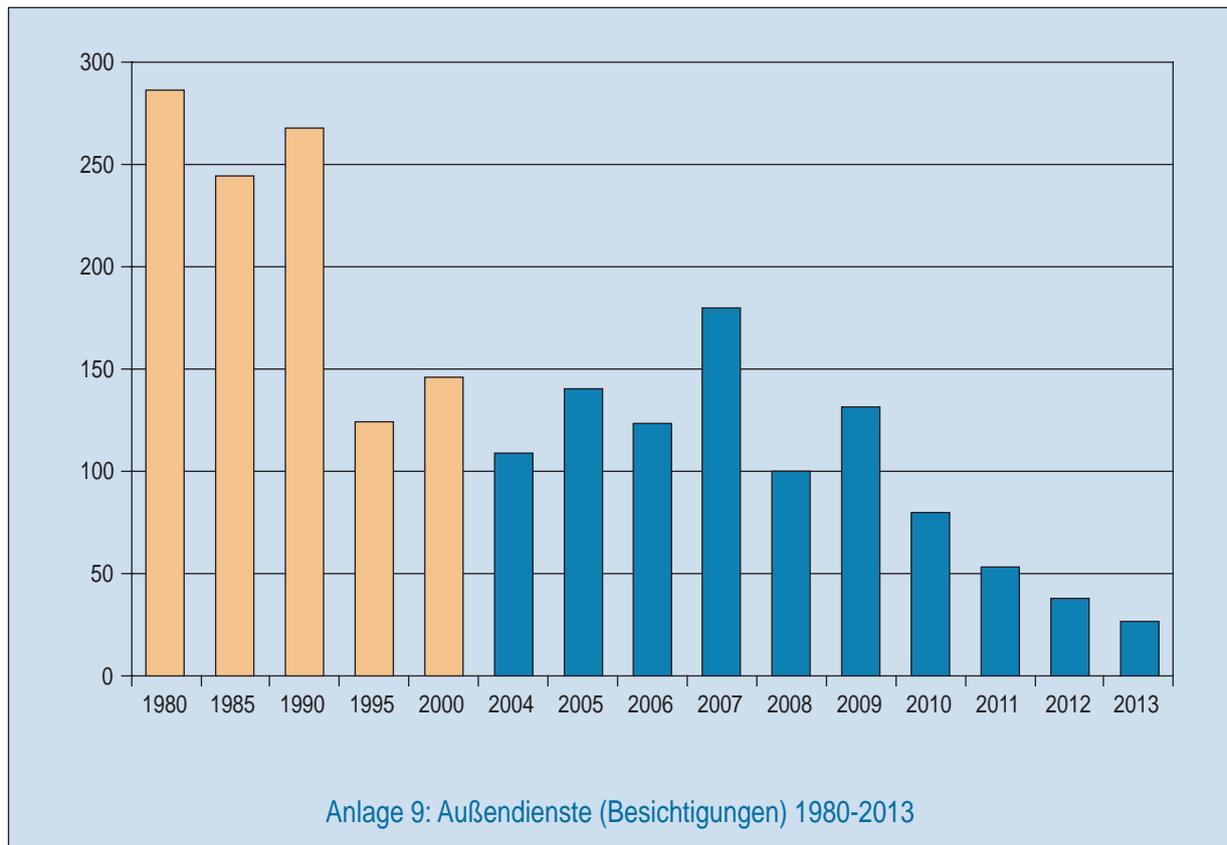
Anlage 8 (Fortsetzung): Begutachtete BK im Jahr 2013

Nr.	BK	Zuständigkeitsbereich												
		Gewerbeaufsicht		Bergbau		sonst., Fremdrentenges.		Summe						
		beg.	bb.	beg.	bb.	beg.	bb.	beg.	bb.	beg.	bb.			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
4107	Erkrankungen an Lungenfibrose durch Metallstäube bei der Herstellung oder Verarbeitung von Hartmetallen	11	2	1								11	2	1
4108	Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Thomasmehl (Thomasphosphat)											0	0	0
4109	Bösartige Neubildungen der Atemwege und der Lungen durch Nickel oder seine Verbindungen	2										2	0	0
4110	Bösartige Neubildungen der Atemwege und der Lungen durch Kokereiohrgase											0	0	0
4111	Chronische obstruktive Bronchitis oder Emphysem von Bergleuten unter Tage im Steinkohlebergbau bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis von in der Regel 100 Feinstaubjahren ($[mg/m^3] \times \text{Jahre}$)	1						5	1	1	1	6	1	1
4112	Lungenkrebs durch die Einwirkung von kristallinem Siliziumdioxid (SiO_2) bei nachgewiesener Quarzstaublungenerkrankung (Silikose oder Siliko-Tuberkulose)	15	1	1				1				16	1	1
4113	Lungenkrebs durch polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis von mindestens 100 Benzo(a)pyren-Jahren ($[\mu g/m^3] \times \text{Jahre}$)	2										2	0	0
4114	Lungenkrebs durch das Zusammenwirken von Asbestfaserstaub und polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis, die einer Verursachungswahrscheinlichkeit von mindestens 50 % nach der Anlage 2 entspricht	1										1	0	0
4115	Lungenfibrose durch extreme und langjährige Einwirkung von Schweißrauchen und Schweißgasen (Siderofibrose)	14	2	2								14	2	2
4201	Exogen-allergische Alveolitis	21	8	4								21	8	4
4202	Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Rohbaumwoll-, Rohflachs- oder Rohhanfstaub (Byssinose)											0	0	0

Anlage 8 (Fortsetzung): Begutachtete BK im Jahr 2013

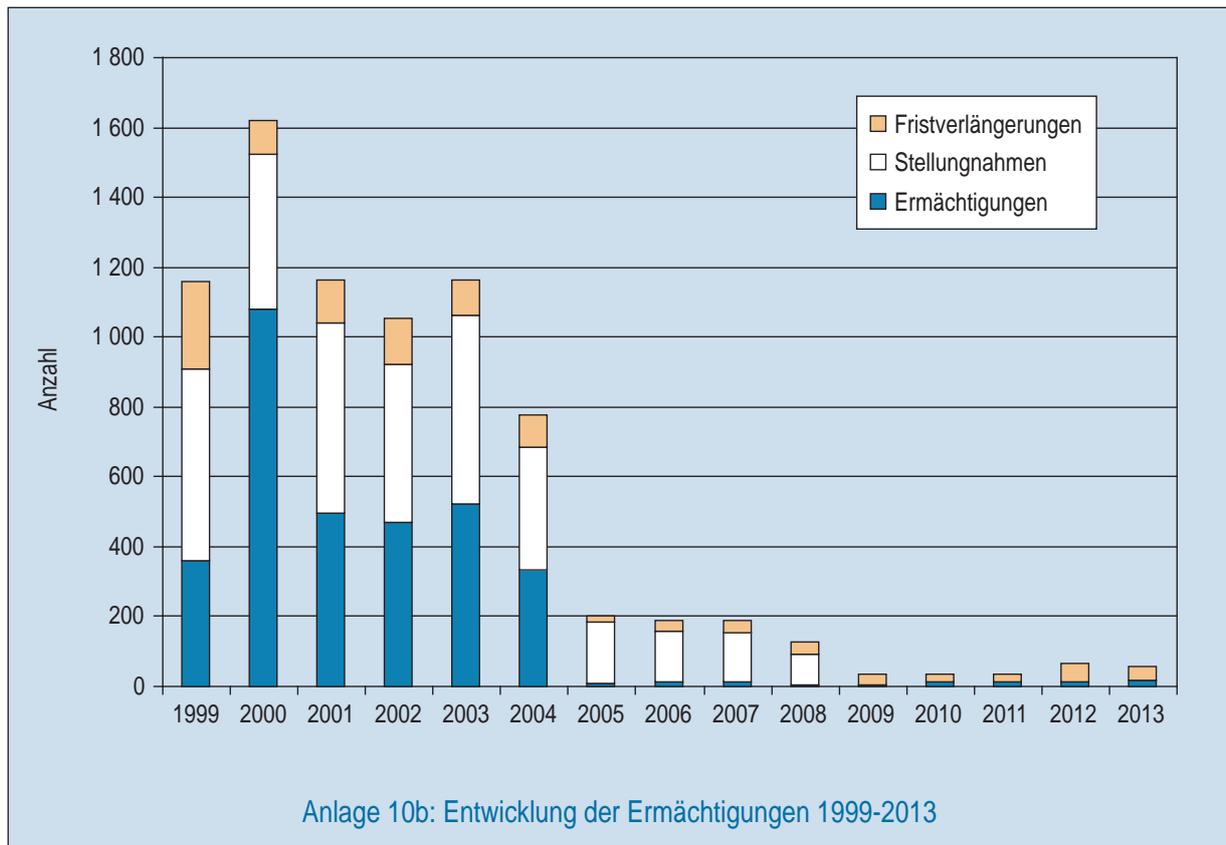
Nr.	BK	Zuständigkeitsbereich																					
		Gewerbeaufsicht					Bergbau					sonst., Fremdrentenges.					Summe						
		beg.	bb.	best.	beg.	5	bb.	best.	beg.	5	bb.	best.	beg.	5	bb.	best.	beg.	5	bb.	best.			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12										
4203	Adenokarzinome der Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen durch Stäube von Eichen- und Buchenholz	9	5	5																	9	5	5
4301	Durch allergisierende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen (einschließlich Rhinopathie), die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	212	72	4			1														213	72	4
4302	Durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	271	41	5																	271	41	5
5101	Schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	728	509	5			1														729	509	5
5102	Hautkrebs oder zur Krebsbildung neigende Hautveränderungen durch Ruß, Rohparaffin, Teer, Anthrazen, Pech oder ähnliche Stoffe	42	9	2																	42	9	2
6101	Augenzittern der Bergleute																				0	0	0
	Berufskrankheiten nach § 9(1) SGB VII	4 260	1 816	192	0	0	0	20	5	5	4 280	1 821	197										
9999	Berufskrankheit nach § 9(2) SGB VII	265	43	11																	265	43	11
	Berufskrankheiten nach § 9(1) + § 9(2) SGB VII	4 525	1 859	203	0	0	0	20	5	5	4 545	1 864	208										
0	Kein begründeter Verdacht auf Berufskrankheit	8																			8	0	0
	Summe	4 533	1 859	203	0	0	0	20	5	5	4 553	1 864	208										

beg. = begutachtet = im Berichtsjahr abschließend begutachtete Erstanzeigen
 bb. = berufsbedingt = Zusammenhang zwischen Erkrankung und beruflichen Einflüssen festgestellt
 best. = bestätigt = den Unfallversicherungsträgern zur Anerkennung als entschädigungspflichtige BK vorgeschlagen



Anlage 10a: Entwicklung der Ermächtigungen 1999-2013

Jahr	Ermächtigungen	Stellungnahmen	Fristverlängerungen	Summe
1999	359	551	249	1 159
2000	1 080	445	95	1 620
2001	498	544	122	1 164
2002	469	455	128	1 052
2003	524	538	100	1 162
2004	335	349	94	778
2005	9	177	15	201
2006	14	144	29	187
2007	15	140	32	187
2008	5	87	36	128
2009	5	0	31	36
2010	15	0	22	37
2011	15	0	18	33
2012	13	0	54	67
2013	16	0	39	55



Landesprüfungsamt für Medizin und Pharmazie, Approbationswesen



Schutz durch Rechtsverfahren: die Gesundheit der Bevölkerung

Eine effiziente und leistungsfähige Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in Baden-Württemberg ist eine besonders wichtige staatliche Aufgabe. Der demographische Wandel, die daraus resultierenden Entwicklungen und die damit einhergehenden Unterschiede rücken die regionale Planung als Lösungsansatz für eine integrierte und am Wohl der Betroffenen ausgerichteten Gesundheitsversorgung immer mehr in den Mittelpunkt der politischen Diskussion.

Aufgrund des hohen Schutzguts hat der Bundesgesetzgeber für die Gesundheitsberufe besondere Zulassungsvoraussetzungen erlassen und der staatlichen Aufsicht unterstellt. „Reglementierte“ Berufe sind alle Berufe, bei denen entweder die Berufsausübung und/oder das Führen der Berufsbezeichnung durch Rechts- oder Verwaltungsvorschriften geregelt sind. Hierunter fallen die meisten der in der direkten Patientenversorgung vertretenen Berufsgruppen, wie z. B. Arzt-, Apothekerberuf, Pflege-, therapeutische Berufe usw. Wegen ihrer besonderen Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung benötigen Angehörige der medizinischen Berufe neben ihrer erfolgreich abgeschlossenen Ausbildung auch eine gesonderte Berufszulassung. Nicht reglementierte Berufe sind Berufe, die auch ohne Anerkennung ausgeübt werden dürfen.

Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) ist Approbationsbehörde für das gesamte Land. Von ihm erhalten Deutsche und EU-Angehörige nach Abschluss ihrer Ausbildung die Approbation, also die umfassende Berufszulassung für eine entsprechende Tätigkeit im gesamten Bundesgebiet. Andere ausländische Staatsbürger mit einschlägiger Ausbildung erhalten bisher eine für Baden-Württemberg geltende, in der Regel fachlich eingeschränkte

Berufserlaubnis. Aufgrund des Berufsqualifikationsfeststellungsgesetzes entfällt seit 01.04.2012 die Privilegierung aufgrund der Staatsangehörigkeit, so dass auch Nicht-EU-Staatsangehörige bei entsprechender Ausbildung grundsätzlich eine Approbation erhalten können. Soweit die Anerkennung von ausländischen Berufsqualifikationen bereits in den deutschen Berufsgesetzen geregelt ist, gehen diese spezielleren Regelungen den (subsidiären) Regelungen des Berufsqualifikationsfeststellungsgesetzes vor. So enthalten beispielsweise die Approbationsordnung für Ärzte oder das Krankenpflegegesetz bereits spezielle Regelungen zur Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse. Diese Regelungen sind im Hinblick auf die Anerkennung von Abschlüssen aus dem europäischen Wirtschaftsraum sehr konkret. Ansonsten gilt der allgemeine Grundsatz, dass der Betroffene die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes nachweisen oder die Gleichwertigkeit des Kenntnisstandes durch das Absolvieren einer Prüfung belegen muss, die der staatlichen Abschlussprüfung entspricht. So ist vorgesehen, dass die für die Prüfung der Gleichwertigkeit zuständige Stelle bei Versagung einer Anerkennung durch einen rechtmittelfähigen Bescheid festlegen muss, welche Qualifikationen vorliegen und durch welche Maßnahmen die wesentlichen Unterschiede zur inländischen Ausbildung ausgeglichen werden können. Diese verbindliche Festlegung gilt der Transparenz und Rechtssicherheit.

Als Landesprüfungsamt obliegt dem LGA weiter die verwaltungsmäßige Betreuung der Studiengänge für die akademischen Heilberufe Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Psychotherapeuten und Lebensmittelchemiker. Daher erhalten die Studenten dieser Fachrichtungen vom Regierungspräsidium (RP) z. B. die Anrechnungen verwandter Studienleistungen, die Zulassungen zu den einzelnen Prüfungen an den jeweiligen Universitäten des Landes und bei Bestehen die staatlichen Prüfungszeugnisse. Bei den Pflegeberufen (z. B. in der Krankenpflege und Altenpflege), bei den medizinischen Fachberufen (z. B. in der Physiotherapie/Massage und Ergotherapie) sowie bei den sozialen Berufen (z. B. in der Jugend- und Heimerziehung oder Heilpädagogik) genehmigt und betreut in fachlicher Hinsicht das Referat für den Bereich des Regierungsbezirks die entsprechenden Schulen/Ausbildungsstätten, nimmt bei den Absolventen die Prüfungen ab und erteilt ihnen bei Bestehen oder bei vergleichbarer ausländischer Ausbildung die Erlaubnis zum Führen der geschützten Berufsbezeichnung. Das Referat erteilt in den akademischen und nicht-akademischen Gesundheits-, Sozial- und Pflegeberufen insgesamt ca. 7 000 Approbationen und

Berufserlaubnisse sowie Berufs- und Berufsbezeichnungserlaubnisse pro Jahr. Im Jahr 2013 wurden rund 3 000 Approbationen und rund 600 Berufserlaubnisse an Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, und Psychotherapeuten erteilt. Das Referat ist hier landesweit tätig. In den Berufen Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Krankenpflegehilfe, Kinderkrankenpflege, Altenpflege, Altenpflegehilfe sowie Heilerziehungspflege und Heilerziehungshilfe, bei denen die Zuständigkeit für den Regierungsbezirk besteht, wurden rund 2 400 Berufsbezeichnungserlaubnisse – die Berufsausübung als solche ist nicht erlaubnispflichtig – verliehen. Den Hauptanteil mit rund 900 Erlaubnissen nimmt der Bereich der Krankenpflege/Kinderkrankenpflege mit inländischer Ausbildung ein. In der Altenpflege und Heilerziehungspflege wurden insgesamt rund 1 000 Fachkräfte für die ambulante und stationäre Pflege und Betreuung von alten und pflegebedürftigen Menschen sowie von Menschen mit Behinderungen staatlich anerkannt. Bei den bundesrechtlich geregelten nicht-akademischen Gesundheitsberufen medizinisch-technischer Assistent, pharmazeutisch-technischer Assistent, Physiotherapeut, Masseur/medizinischer Bademeister, Diätassistent, Ergotherapeut, Logopäde wurden insgesamt rund 700 Berufserlaubnisse, in den landesrechtlich geregelten sozialen Berufen Jugend- und Heimerziehung, Arbeiterziehung, Heilpädagogik und Haus- und Familienpflege rund 230 Berufserlaubnisse erteilt.

Schutz durch Zusammenarbeit – Aufsicht und Beratung (Schulaufsicht)

Als Schulaufsichtsbehörde ist die Abteilung für alle Pflege- und Gesundheitsfachberufe sowie soziale, sozialpädagogische und sozialpflegerische Fachberufe im Regierungsbezirk Stuttgart zuständig. Diese Zuständigkeit erstreckt sich von der Genehmigung der Schulen und der Ausbildungsstätten über das gesamte Prüfungswesen bis hin zur Erteilung der Erlaubnisurkunden sowie die Prüfung der Gleichwertigkeit ausländischer Ausbildungen. Bei den genannten Berufen ist das RP als staatliche Prüfungsbehörde zuständig für die Koordinierung und Festsetzung der Prüfungstermine, Besetzung der Prüfungsausschussvorsitzenden, Berufung der Prüfungsausschüsse, Sichtung und Auswahl sowie ggf. Überarbeitung der schriftlichen Klausuren, Zulassung der Prüflinge einschließlich Sichtung der Unterlagen und Entscheidung über mögliche Härteanträge, Entscheidung über Anträge auf Rücktritt von der Prüfung nach erfolgter Zulassung, Fertigung der Urkunden, Vorsitz bei den Abschlussitzungen der Prüfungsausschüsse an den einzelnen Schulen, Fertigung von Bescheiden bei Nichtbestehen der Prüfung, Erlass von Widerspruchsbescheiden bei Widerspruch bei Nichtbestehen der Prüfungen und Durchführung der Klageverfahren in der Funktion als beklagte Behörde in Vertretung des Landes Baden-Württemberg. Mit diesen Tätigkeiten

im Zusammenhang mit der staatlichen Prüfung sowie der Aufsicht über diese Schulen wird für einen wirkungsvollen Patientenschutz und die Sicherstellung qualifizierten Personals gesorgt. Schon im Jahr 2011 hat sich abgezeichnet, dass ein neuer Beruf, der „Alltagsbetreuer“ und weitere neue Aufgaben auf das Landesprüfungsamt zukommen. Für einige der genannten Berufe wird nunmehr auch eine Akademisierung aufgrund von bundesrechtlichen Regelungen möglich. Durch Änderung des Landespflegegesetzes können solche Änderungen nun auch in Baden-Württemberg umgesetzt werden. Die Aufgabe des RP besteht hier u. a. in einem Abgleich der Ausbildungsinhalte des Studiums für die Erlangung der integrierten Berufsausbildung mit den von den jeweiligen Verordnungen vorgeschriebenen Ausbildungsinhalten.

Am Beispiel der Altenpflege sollen im folgenden exemplarisch die Aufgaben der Schulaufsicht dargestellt werden: Im Regierungsbezirk Stuttgart bestehen mittlerweile 24 Berufsfachschulen für Altenpflege und Altenpflegehilfe in freier Trägerschaft; nach wie vor besteht Interesse verschiedener Träger, weitere entsprechende Berufsfachschulen zu gründen. Zu einer Schulneugründung muss zunächst eine geeignete Immobilie nachgewiesen werden, geeignetes pädagogisch und fachlich geschultes Personal angestellt und alle sächlichen Mittel vom Lehrbuch bis hin zum Pflegebett, an dem die Schüler die Grundlagen der Pflege vermittelt bekommen, bereitgestellt werden. Die Schulaufsichtsbehörde hat sich von der Geeignetheit der Räume ebenso persönlich zu überzeugen, wie von der Geeignetheit der Schulleitung und Lehrer. In Abstimmung mit der Schulaufsichtsbehörde schließt die Schule Kooperationsverträge mit den Pflegeeinrichtungen ab, in denen dann der praktische Teil der Ausbildung stattfindet. Bei Vorliegen aller Voraussetzungen erteilt das zuständige Referat den Genehmigungsbescheid zur Eröffnung der Schule. Dieser erlaubt es dann dem Träger, den Ausbildungsbetrieb aufzunehmen. Selbstverständlich hat sich die neue Schule bereits im Vorfeld der Eröffnung bekanntgemacht, so dass es ihr in aller Regel gelingt, nicht zuletzt aufgrund des sich immer stärker abzeichnenden Mangels an Fachkräften in der Altenpflege, die genehmigten Schulplätze auch zu belegen. Vom ersten Tag des Schulbetriebs an ist das zuständige Referat in ständigem, beratendem und begleitendem Kontakt mit den Schulen, Schulleitern und Schülern, um den Ablauf der Ausbildung möglichst reibungslos zu gestalten und die Einhaltung der vorgeschriebenen Ausbildung nach den Vorschriften des Altenpflegegesetzes, der Bundesausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf des Altenpflegers und ergänzender landesrechtlicher Verordnungen sicher zu stellen. Um die staatlichen Zuschüsse der Privatschulfinanzierung zu erhalten, muss sich die neue Schule drei Jahre lang bewähren, d. h. sie muss sich selbst finanzieren und die Ausbildung ohne staatlichen Zuschuss durchführen. Wenn

die Schulaufsichtsbehörde am Ende des ersten Ausbildungsdurchgangs und nach Abnahme der ersten Abschlussprüfung feststellt, dass die Schule sich bewährt hat und der Schulträger uneingeschränkt geeignet ist, die Schule weiterhin zu betreiben, erhält die Schule eine förmliche Anerkennung als Privatschule nach dem Privatschulgesetz und die staatlichen Zuschüsse können fließen. Im eingespielten und normalen Ablauf der Ausbildung werden jährlich wiederkehrend im Laufe des dritten Ausbildungsjahres die einzelnen Schüler für die staatliche Abschlussprüfung zugelassen. Die Abteilung prüft die Zulassungsvoraussetzungen, also etwa, ob die Ausbildung regelmäßig, ohne übermäßige Fehlzeiten und erfolgreich, also im Rahmen des zulässigen Notenspektrums, absolviert wurde und erteilt oder versagt danach die Zulassung. Im Rahmen jeder Prüfungskampagne werden auf Vorschlag der Schulen die Prüfungsausschüsse bestellt und die schriftlichen Prüfungsthemen ausgewählt. Die Schulaufsichtsbehörde nimmt regelmäßig zumindest an den mündlichen Abschlussprüfungen aller Schulen den Prüfungsvorsitz wahr. Der Vorsitzende des Prüfungsausschusses leitet die Prüfung und deren Abschlusssitzung, schließt die Prüfung ab, stellt deren Ergebnis fest, führt Einzelgespräche mit den Schülern, die die Prüfung nicht bestanden haben und überreicht den Absolventen in der Regel bereits unmittelbar im Anschluss an die bestandene Prüfung die staatlichen Abschlusszeugnisse. Die Vorsitzendentätigkeit ermöglicht einen unverzichtbaren Einblick in das Geschehen bei den Schulen vor Ort und ist auch repräsentativer Teil der dem RP obliegenden Schulaufsicht. Bei Vorliegen der persönlichen Voraussetzungen erhalten die Prüfungsteilnehmer kurze Zeit später die Erlaubnisurkunden, um ihren Beruf als staatlich anerkannte Fachkräfte ausüben zu können. Aufgrund der seit Jahren gewachsenen kontinuierlichen, verlässlichen und vertrauensvollen Begleitung und Beratung der Schulen und der Auszubildenden besteht ein sehr gutes Einvernehmen mit den Berufsfachschulen.

Schutz durch Rechtseingriffe – Entzug der Approbation/Berufsurkunde

Erst mit der Approbation darf der akademische Heilberuf (etwa: Arzt, Zahnarzt, Apotheker) ausgeübt und die Berufsbezeichnung geführt werden. In den nicht-akademischen Berufen darf ohne die Berufsbezeichnungsurkunde die jeweilige Berufsbezeichnung nicht geführt werden; der Gesundheitsfach- oder Pflegeberuf sowie der soziale Beruf könnte somit nur eingeschränkt ausgeübt werden. Die Bundesärzteordnung sieht beispielsweise für Ärzte vor, dass eine Approbation neben dem Vorliegen der fachlichen Voraussetzungen u. a. nur dann erteilt werden darf, wenn der Antragsteller „sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des ärztlichen Be-

rufs ergibt“. Wer eine Approbation erhält, muss auch „in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet sein“. Entfällt eine dieser Voraussetzungen nachträglich, also im Verlauf des Berufslebens, hat das RP als zuständige Behörde zu prüfen, ob ein Verfahren zum Ruhen oder zum Widerruf der Approbation des Arztes eingeleitet wird, der Arzt also ggf. von der weiteren Berufsausübung auszuschließen ist. Unzuverlässig oder unwürdig zur Ausübung des Berufs ist ein Arzt, der sich einer schweren Straftat schuldig gemacht hat. Die Staatsanwaltschaften und Strafgerichte sind deshalb bei den Angehörigen der akademischen Heilberufe verpflichtet, die zuständige Approbationsbehörde über die Einleitung und den Abschluss von Strafverfahren gegen Angehörige dieser Berufe zu unterrichten. Die Unzuverlässigkeit betrifft insbesondere schwere Straftaten im Zusammenhang mit der Berufsausübung (ärztliche Kunstfehler, Abrechnungsbetrug, sexueller Missbrauch von Patienten usw.). Sie liegt vor, wenn das bisherige Verhalten eines Arztes Rückschlüsse auf eine charakterlich bedingte mangelnde Bereitschaft zu ordnungsgemäßer Ausübung des Arztberufes ziehen lässt. Die Beurteilung ist auf die zukünftige Berufsausübung des Arztes gerichtet. Es ist deshalb eine Prognose anzustellen, ob er bei seiner künftigen Berufsausübung nach seiner Gesamtpersönlichkeit und seinen Lebensumständen den berufsspezifischen Pflichten eines Arztes noch gerecht werden und die für die Ausübung des Berufes erforderliche Zuverlässigkeit gewährleistet. Maßgeblich für die Prognose sind die konkreten Umstände, nämlich die Situation des Arztes im Zeitpunkt der Prognoseerstellung.

Unwürdigkeit liegt vor, wenn aufgrund der durch den Arzt begangenen Straftat das Vertrauen der Bevölkerung in den Arzt und den Berufsstand der Ärzte insgesamt gestört ist, wenn also der Arzt durch sein Verhalten nicht mehr das zur Ausübung des ärztlichen Berufes erforderliche Ansehen und Vertrauen genießt, weil das Fehlverhalten nicht mit der Vorstellung in Übereinstimmung gebracht werden kann, die man mit der Einschätzung der Persönlichkeit eines Arztes verbindet. Dies betrifft alle schweren Straftaten, auch wenn sie nicht im engeren Zusammenhang mit der Berufsausübung begangen wurden (z. B. Betrug, sexueller Missbrauch, Vergewaltigung, Körperverletzung, Mord usw.).

„In gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs geeignet“ ist nur der Arzt, der auch physisch und psychisch in der Lage ist, den Beruf vollumfänglich auszuüben. Wer dies nicht ist, stellt unter Umständen selbst eine Gefahr für Gesundheit und Leben seiner Patienten dar. Relevant wird dies insbesondere in den Fällen, in denen ein Arzt trotz einer bei ihm selbst möglicherweise vorhandenen Suchterkrankung oder psychischen Erkrankung den Beruf weiterhin ausübt. Suchterkrankungen werden meistens im Zusammenhang mit der Mitteilung von Verkehrsstraftaten bekannt. In diesen Fällen entsteht häufig Zweifel an

der gesundheitlichen Berufseignung des Arztes. Zur Klärung dieser Zweifel kann eine amts- oder fachärztliche Begutachtung auf Kosten des Arztes angeordnet werden, von deren Ergebnis das weitere Vorgehen abhängt. Häufig werden von den Gutachtern Therapievorschlüsse gemacht und es werden – etwa bei Alkoholerkrankungen – Kontrollen vorgeschlagen, die die Abstinenz belegen. Bei deren Einhaltung kann dem Arzt die Approbation belassen werden.

Ruhen und Widerruf der Approbation haben jeweils einen eigenständigen, unterschiedlichen Regelungsgehalt. Sinn und Zweck der Anordnung des Ruhens der Approbation als vorübergehende Maßnahme ist es, in unklaren Fällen oder Eilfällen einem Arzt die Ausübung seines Berufes für bestimmte oder unbestimmte Zeit zu untersagen, wenn dies im Interesse der Allgemeinheit und zum Schutz der Patienten geboten ist. Der betroffene Arzt bleibt Angehöriger seines Berufsstandes und darf deshalb die Berufsbezeichnung „Arzt“ weiterführen. Er ist durch die Ruhensanordnung lediglich vorübergehend an der Ausübung seines Berufs gehindert. Deshalb ist das „Ruhens der Approbation“ für die Fälle vorgesehen, in denen gegen den Arzt ein Strafverfahren wegen des Verdachts einer Straftat eingeleitet ist, aus der sich die Unzuverlässigkeit oder Unwürdigkeit zur Ausübung des Berufs ergeben kann. Darüber hinaus kann das Ruhens der Approbation angeordnet werden, wenn ein Arzt derzeit, aber nicht endgültig, „in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet ist“, oder wenn er sich weigert, sich der angeordneten amts- oder fachärztlichen Untersuchung zu unterziehen.

Durch den Widerruf der Approbation wird der Arzt auf Dauer an der Ausübung des Berufs gehindert. Er ist nicht mehr Mitglied des Berufsstandes der Ärzte und darf folglich die Berufsbezeichnung „Arzt“ nicht mehr führen, bis ihm ggf. auf Antrag erneut eine Approbation als Arzt erteilt wird. Der Widerruf der Approbation betrifft Ärzte, die rechtskräftig wegen Straftaten verurteilt sind, aus denen sich deren Unzuverlässigkeit oder Unwürdigkeit zur Ausübung des Berufs ergibt und Ärzte, die auf unabsehbare Zeit gesundheitlich nicht mehr in der Lage sind, den Beruf auszuüben. Ruhen und Widerruf der Approbation greifen stark in die Lebensplanung bzw. Lebensführung des betroffenen Arztes ein, der dann den Beruf nicht mehr ausüben darf.

Im Bereich der Pflegeberufe, Gesundheitsfachberufe und sozialen Berufe ist im Gegensatz zu den akademischen Heilberufen ein „Ruhens“ der Berufsbezeichnungsurkunde nicht vorgesehen. Der Widerruf der Urkunde kann nur wegen „Unzuverlässigkeit“ oder wegen „gesundheitlicher Ungeeignetheit“ erfolgen.

Artikel 12 des Grundgesetzes gewährt eine umfassende Berufsausübungsfreiheit als Grundrecht. Ruhens- und Widerrufsordnungen greifen in dieses

Grundrecht ein. Eingriffe als Beitrag zum Gesundheitsschutz bedürfen daher eines Ausgleichs der Interessen des Einzelnen mit den Interessen der Bevölkerung. In jedem Einzelfall muss deshalb sorgfältig abgewogen werden, ob das Ruhens oder der Widerruf angeordnet werden kann und ob der Grundrechtseingriff gerechtfertigt ist.

Änderung der Approbationsordnung für Ärzte

Die Sicherstellung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten und wohnortnahen ärztlichen Versorgung der Bevölkerung ist ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen, das durch die demografische und gesellschaftliche Entwicklung noch an Bedeutung gewinnt. In ländlichen Regionen zeichnet sich ein Mangel an Haus- und Fachärzten ab, der die ärztliche Versorgung beeinträchtigen könnte. Zur gezielten Nachwuchsgewinnung und Förderung von Medizinstudierenden sowie zur Stärkung der Allgemeinmedizin in der ärztlichen Ausbildung wurde durch die Erste Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte vom 17.07.2012 die Approbationsordnung für Ärzte vom 27.06.2002 geändert. Die Verordnung ergänzt die mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen Maßnahmen zur Sicherstellung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten und wohnortnahen ärztlichen Versorgung der Bevölkerung. Sie enthält folgende wesentliche Neuregelungen:

Das Staatsexamen am Ende des Studiums wird entzerrt. Dazu wird der bisherige schriftliche Teil des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung vor das Praktische Jahr (PJ) verlegt. Damit können sich die angehenden Ärzte während des PJ auf die klinisch-praktische Tätigkeit konzentrieren und ihre ärztlichen Kompetenzen verfestigen, ohne sich gleichzeitig auf die schriftlichen Prüfungen vorbereiten zu müssen. Das erhöht auch die Attraktivität des Studiums. Der schriftliche Teil des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung ist bei den Studierenden als „Hammerexamen“ in die Kritik geraten, seit er seit Oktober 2006 am Ende des sechsjährigen Studiums nach dem PJ zusammen mit dem mündlichen Teil durchgeführt wird. Die Studenten forderten seitdem eine Abschaffung des „Hammerexamens“. Die medizinischen Fakultäten in Deutschland befürworteten ebenfalls eine Änderung. Der Medizinische Fakultätentag hat in einer Resolution Ende Juni 2011 dem Gesetzgeber empfohlen, den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung als Staatsexamen inhaltlich zu erhalten, jedoch zeitlich in einen schriftlichen und einen mündlich-praktischen Teil zu teilen. Dabei soll der schriftliche Teil des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung vor das PJ ge-

legt werden. Eine entsprechende Entschließung hat ebenfalls der 114. Deutsche Ärztetag 2011 gefasst. Ab dem Jahr 2014 wird daher der (schriftliche) Zweite Abschnitt der Ärztlichen Prüfung vor dem PJ und der (mündlich-praktische) Dritte Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nach dem PJ abgelegt. Damit wird wieder, wie schon seit 1970, die Ärztliche Prüfung in drei Abschnitten abgelegt und die Reform von 2002 zurückgenommen.

Um eine ausgewogenere regionale Verteilung der angehenden Ärzte zu erreichen, wird der Kreis der Krankenhäuser, an denen das PJ absolviert werden kann, erweitert. Ab dem 01.04.2013 kann das PJ nicht nur an der Universitätsklinik der Heimatuniversität und an den der Heimatuniversität bisher zugeordneten Lehrkrankenhäusern absolviert werden, sondern auch an anderen geeigneten Krankenhäusern. Den Studierenden erleichtert diese Maßnahme die Mobilität innerhalb Deutschlands. Für die Krankenhäuser ist die Ausbildung der Studierenden im PJ ein wichtiges Mittel der Personalgewinnung. Sie können dadurch Personal schon früh an sich binden, so dass die angehenden Ärzte in dem PJ-Krankenhaus ihre fachärztliche Weiterbildung anschließen und auch darüber hinaus in diesem Krankenhaus ihre berufliche Laufbahn fortsetzen. Die Auswahl der Krankenhäuser erfolgt durch die Universität im Einvernehmen mit der zuständigen Gesundheitsbehörde.

Zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf bzw. Studium wird den Studierenden künftig auch die Möglichkeit eingeräumt, das PJ in Teilzeit durchzuführen. Außerdem wird die Anzahl der zulässigen Fehltag im PJ auf insgesamt 30 erhöht. Die Änderung hat insbesondere im Blick, dass im Falle einer Schwangerschaft bzw. bei der Betreuung minderjähriger Kinder oder pflegebedürftiger Angehöriger die bisher möglichen Fehlzeiten von 20 Ausbildungstagen nicht ausreichen.

Zur Stärkung der Allgemeinmedizin in der ärztlichen Ausbildung werden ergänzend zu den Maßnahmen im Zuge der Novellierung der Approbationsordnung für Ärzte 2002 folgende Regelungen getroffen: Die Famulatur muss für die Dauer eines Monats in einer Einrichtung der hausärztlichen Versorgung abgeleistet werden. Für Studierende, die sich bereits im klinischen Studienabschnitt befinden, gilt eine Übergangsfrist. Für das Blockpraktikum in der Allgemeinmedizin wird eine Dauer von zwei Wochen statt bisher einer Woche verbindlich vorgeschrieben. Für das Wahlterial im PJ wird die Vorgabe aufgenommen, dass die Universitäten zunächst 10 % der Studierenden einen PJ-Platz in der Allgemeinmedizin anzubieten haben. Nach einer Übergangsfrist ist diese Quote auf 20 % anzuheben. So sollen vermehrt Ärzte für eine Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und eine spätere Niederlassung als Hausärzte gewonnen werden.

Kennzahlen für das Jahr 2013

erteilte Erlaubnisse Altenpfleger	551
erteilte Erlaubnisse Gesundheits- und Krankenpfleger	874
erteilte Berufserlaubnisse Jugend- und Heimerzieher	136
Zulassungsanträge für die medizinischen Prüfungen	3 449
Approbationen für Ärzte mit deutscher Ausbildung	1 465
Approbationen und Berufserlaubnisse an Ärzte mit ausländischer Ausbildung	1 288
Erteilung Berufserlaubnisse an Physiotherapeuten	292

Die Kennzahlen haben gegenüber dem Vorjahr nochmals zugenommen und bewegen sich weiterhin auf sehr hohem Niveau. Insgesamt hat das Referat 7 023 Berufserlaubnisse (Vorjahr: 6 876; Zunahme gegenüber dem Jahr 2009: +1 058) erteilt. Dies umfasst die Approbationen und Berufserlaubnisse für akademische sowie die Berufsbezeichnungsurkunden für die nicht-akademische Gesundheits- und Pflegeberufe sowie für soziale Berufe. Die Zahlen der Erlaubnisse bei deutscher Ausbildung in den Pflegeberufen bewegen sich in etwa auf dem Niveau des Vorjahres, während die Anerkennung ausländischer Pflegekräfte gegenüber dem Vorjahr deutlich zugenommen hat (253 gegenüber 135 Berufserlaubnissen im Vorjahr). Bei den ausländischen akademischen Ausbildungen Arzt und Zahnarzt sind leichte Rückgänge zu verzeichnen, während bei den Approbationen und Berufserlaubnissen an Apotheker mit ausländischer Ausbildung leichte Zunahmen zu verzeichnen sind. Die Zahl der Approbationen und Berufserlaubnisse an Ärzte mit ausländischer Ausbildung hat leicht abgenommen (1 288 gegenüber 1 425 im Vorjahr) und unterschreitet nun die Zahl der Approbationen für Ärzte mit deutscher Ausbildung (1 465). Deutlich macht sich das Anerkennungs-gesetz mit dem Wegfall der Privilegierung für Deutsche und EU-Staatsangehörige bemerkbar. Bei den Ärzten mit ausländischer Ausbildung ist die Erteilung einer Approbation das vorrangige Ziel, die Zahl der erteilten Berufserlaubnisse hat entsprechend abgenommen. Die Zulassungsanträge für die medizinischen Prüfungen an den Universitäten haben gegenüber dem Vorjahr leicht zugenommen und bewegen sich auf dem Niveau des Jahres 2011. Eine leichter Rückgang ist bei den „Certificates of Good Standing“ zu verzeichnen (415 gegenüber 482 im Vorjahr). Dies belegt dennoch das weiterhin bestehende Interesse von Ärzten an einer Berufsausübung im Ausland.

Laufende Projekte



47 Projekte (Vorjahr: 58) ergänzten 2013 die laufenden Arbeiten des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg und hoben einzelne Arbeitsschwerpunkte heraus. Sie sind zeitlich befristet und werden im Rahmen jährlicher Zielvereinbarungen zwischen dem Fachressort, dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg, und dem Regierungspräsidium Stuttgart abgestimmt.

Projektkriterien

- Mindestgesamtdauer = zwei Monate und Mindestpersonaleinsatz von zwei Personenmonaten oder
- Drittmittelprojekt (DMP) oder
- Sachkosten über 5 000 EUR

1. Verbesserung des Gesundheitsschutzes

Projekttitlel	Zeitraum	Drittmittelgeber	Verantwortliche Organisationseinheit	Projektverantwortliche (Stv.)
Q-Fieber-Konsiliarlabor: Fachaufgaben (DMP)	01/2010 - 12/2013	RKI	Ref. 93	Prof. Dr. S. Fischer (Stv.: Dr. Göhring-Zwacka)
Q-Fieber-Konsiliarlabor: Netzwerkprojekt des RKI-Netzwerkes Zoonosen (DMP)	01/2011 - 12/2013	RKI	Ref. 93	Prof. Dr. S. Fischer (Stv.: Dr. Kömpf)
Chronisches Q-Fieber beim Menschen (DMP)	01/2011 - 09/2015	BMBF	Ref. 93	Prof. Dr. S. Fischer (Stv.: Dr. Kömpf)
Ökologie von Zecken als Überträger von Krankheitserregern in BW (DMP)	03/2012 - 05/2015	LUBW	Ref. 93	Dr. Oehme (Stv.: Dr. Sebastian)
Monitoring sylvatischer Zoonosen (DMP)	01/2011 - 06/2014	TMF-Zoonose-Plattform	Ref. 95	Dr. Wagner-Wiening (Stv.: Dr. Pfaff)
Flächendeckende Umsetzung des MRE-Netzwerkes in BW (DMP)	01/2012 - 12/2015	Krankenkassen BW	Ref. 93	Dr. Reick (Stv.: Dr. Weidenfeller)
Automatisiertes mikrobiologisches Trinkwasser-Monitoring-System (DMP)	08/2010 - 07/2013	BMBF	Ref. 93	Dr. Fleischer (Stv.: Dr. Schneider)
Akkreditierung des Laborbereichs 2014	04/2010 - 06/2016	-	Ref. 91	Appelt (Stv. Dr. Kühmstädt) in Zusammenarbeit mit Ref. 93+96
Qualitätssicherung bei Eingangvalidierungen und laufenden Verifikationen von Prüfverfahren im Laborbereich	08/2013 - 12/2014	-	Ref. 93	Dr. Schneider (Stv.: Dr. Reick)
Implementierung der Versuchstierhaltung in das bestehende QM-System des Laborbereichs	01/2013 - 12/2014	-	Ref. 91	Stieb (Stv.: Dr. Kirch)

2. Stärkung der zielgruppenspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung

Projekttitle	Zeitraum	Drittmittelgeber	Verantwortliche Organisationseinheit	Projektverantwortliche (Stv.)
Umsetzung des Integrationsplans BW, Themenschwerpunkt Gesundheit: Leitfaden Gesundheit	01/2008 - 12/2013	-	Ref. 94	Körber (Stv.: N. N.)
Be smart – Don` t start (13.+15. Folgeprojekt) im Rahmen der Tabakprävention	01/2001 - 08/2015	-	Ref. 94	Schnell (Stv.: N. N.)
Kampagne „Spielverderber“ (Folgeprojekt; DMP)	01/2008 - 12/2015	SM BW	Ref. 94	Schnell (Stv.: N. N.)
Erstellung mehrsprachiger Elternbroschüren Alkohol (DMP)	12/2011 - 12/2013	SM BW	Ref. 94	Schnell (Stv.: N. N.)
Hilfen für süchtige und suchtgefährdete Menschen – Hepa & Co	12/2012 - 12/2016	SM BW	Ref. 94	Körber (Stv.: N. N.)
Regionaler Knoten Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (Folgeprojekt; DMP)	01/2008 - 07/2013	GKVen BW+ BZgA	Ref. 94	Leykamm (Stv.: N. N.)
Gesund aufwachsen und leben in BW. Netzwerke für Generationen-freundliche Kommunen (Folgeprojekt; DMP)	08/2010 - 12/2014	SM BW	Ref. 94	Dr. Sammet (Stv.: N. N.)
Zentrum für Bewegungsförderung BW (Folgeprojekt; DMP)	05/2011 - 12/2013	SM BW	Ref. 94	Huesmann (Stv.: N. N.)
Impfschutz und Maßnahmen zum WHO-Ziel 2015: Unterstützung der Aktivitäten des SM zur Eliminierung von Masern und Röteln	01/2009 - 12/2015	-	Ref. 95	Dr. Aichinger (Stv.: Dr. Pfaff)
Handreichung für Lehrkräfte zum Thema „Sexuelle Gesundheit	11/2013 - 12/2014	-	Ref. 94	Körber (Stv.: N. N.) in Zusammenarbeit mit dem KM
Konzeption „STI-Prävention für Baden-Württemberg“	08/2013 - 12/2014	SM BW	Ref. 94	Körber (Stv.: N. N.)
Informationstagung zu chronischen Krankheiten (DMP beantragt)	12/2013 - 10/2014	SM BW	Ref. 95	Prof. Dr. Zöllner (Stv.: N. N.)

3. Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung

Projekttitle	Zeitraum	Drittmittelgeber	Verantwortliche Organisationseinheit	Projektverantwortliche (Stv.)
Leitfaden Management lebensmittelassoziierter Ausbrüche in BW	03/2013 - 03/2014	-	Ref. 95	Dr. Wagner-Wiening (Stv.: Dr. Aichinger)
Dokumentation und Auswertung der Ergebnisse der verbindlichen Sprachstandsdiagnostik (DMP)	09/2008 - 12/2015	KM BW	Ref. 95	Dr. Pfaff (Stv.: Dr. Leher)
Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für die Schuleingangsuntersuchung	08/2011 - 12/2014	-	Ref. 95	Dr. Pfaff (Stv.: Dr. Leher)
Ausbildung von Nachwuchskräften für den Gesundheitsschutz und Unterstützung laufender LGA-Arbeiten (im Rahmen der Postgraduiertenausbildung für angewandte Epidemiologie des ECDC; DMP)	01/2013 - 12/2014	ECDC, Stockholm	Ref. 95	Dr. Pfaff (Stv.: Dr. Aichinger)

4. Vertiefung des Themenschwerpunkts „Gesundheit und Wohnen“

Projekttitle	Zeitraum	Drittmittelgeber	Verantwortliche Organisationseinheit	Projektverantwortliche (Stv.)
Raumklima und Befindlichkeit / Wohnzufriedenheit der Bewohner in energetisch teilsanierten Wohnungen (KLIMOPASS; DMP)	01/2012 - 06/2013	UM BW	Ref. 96	Dr. G. Fischer (Stv.: N. N.)
Referenzwerte für Stäube und Bioaerosole in Außenanlagen landwirtschaftlicher Einrichtungen	10/2013 - 03/2014	-	Ref. 96	Dr. G. Fischer (Stv.: N. N.)
Erkennen und Bewerten gesundheitsrelevanter Hygienefaktoren in Innenräumen	01/2012 - 12/2014	-	Ref. 96	Dr. G. Fischer (Stv.: N. N.)
Informationen zur Luftqualität in Innenräumen (DMP)	07/2013 - 02/2014	BMU	Ref. 96	Dr. Link (Stv.: Dr. G. Fischer)

5. Unterstützung der Gesundheitsstrategie „Gesundheit in allen Lebensbereichen“ und insbesondere des Gesundheitsdialogs Baden-Württemberg

Projekttitle	Zeitraum	Drittmittelgeber	Verantwortliche Organisationseinheit	Projektverantwortliche (Stv.)
Gesundheitsatlas BW im Internet in der zweiten Ausbaustufe (DMP; Folgeprojekt)	10/2009 - 12/2014	-	Ref. 95	Dr. Pfaff (Stv.: Dr. Leher)
Erarbeitung möglicher Gesundheitsindikatoren zur Abbildung des Gesundheitszustands der Bevölkerung	01/2012 - 12/2013	-	AL9	Prof. Dr. Schmolz (Stv.: Prof. Dr. Böhme)
Fachliche Unterstützung des SM bei der Umsetzung der Gesundheitsstrategie zu ausgewählten Themen wie z. B. Diabetes mellitus	01/2010 - 12/2013	-	AL9	Prof. Dr. Böhme (Stv.: N.N)
Evaluation der Angebote zum betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) in der Landesverwaltung im Rahmen der Gesundheitsstrategie (DMP)	08/2011 - 06/2013	SM BW	Ref. 96	Gläser (Stv.: Dr. Bittighofer)
Weiterentwicklung und Qualitätssicherung des BGM in der Landesverwaltung im Rahmen der Gesundheitsstrategie (DMP)	07/2013 - 12/2015	SM BW	Ref. 96	Gläser (Stv.: Dr. Bittighofer)
Erstellung einer Homepage für Angebote im BGM	06/2010 - 06/2014	-	Ref. 96	Dr. Müller-Barthelmeh (Stv.: Dr. Bittighofer)
Gesundheitsdialoge auf Ebene von Kreisen und Städten/Gemeinden im Rahmen der Umsetzung des Zukunftsplans BW (Folgeprojekt; DMP)	12/2012 - 12/2014	SM BW	Ref. 94	Leykamm (Stv.: Dr. Sammet)

6. Qualitätssicherung im ÖGD und Managementunterstützung

Projekttitle	Zeitraum	Drittmittel- geber	Verantwortliche Organisations- einheit	Projekt- verantwortliche (Stv.)
Fachliche Entwicklung, Fortschreibung und Auswertung des Curriculums "Krankenhaushygiene für den ÖGD"	01/2012 - 12/2013	-	Ref. 93	Dr. Weidenfeller (Stv.: Dr. Reick)
Vorbereitung und Abstimmung der inhaltlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen modular aufgebauter Amtsarztlehrgänge in BW	01/2012 - 06/2013	-	AL9	fachlich-wissenschaftlicher Teil: Prof. Dr. Schmolz (Stv.: Prof. Dr. Böhme); organisatorisch-administrativer Teil: SAMA (Kontner)
Organisatorische und administrative Anpassungen (einschließlich Gebührenkalkulation/-abwicklung) im Veranstaltungsmanagement	12/2011 - 12/2013	-	Ref. 91	Dr. Lutz (Stv.: Zahn)
Ablösung/Portierung des Informationssystems Staatlicher Gewerbarzt (ISSGA)	04/2010 - 07/2014	-	Ref. 91	Cronauer (Stv.: N. N.) in Zusammenarbeit mit Ref. 96
Schnittstelle Labordatenübertragungssystem (LAB-DÜS) für das Trinkwasserinformationssystem BW	01/2012 - 12/2013	-	Ref. 91	Cronauer (Stv.: Faisst)
Testumgebung Laborinformations- und Managementsystem (LIMS)	01/2012 - 12/2014	-	Ref. 91	Döring (Stv.: Cronauer)
LIMS-Modul: Automatisierter Faxversand der IfSG-Meldungen aus dem LIMS	07/2013 - 06/2014	-	Ref. 91	Döring (Stv.: Cronauer)
Weiterentwicklung der KLR im Laborbereich	07/2013 - 12/2015	-	Ref. 91	Dreisigacker (Stv.: N. N.)
Relaunch und CMS-Versionswchsel Internetauftritte ÖGD und Gesundheitsportal	09/2013 - 06/2015	-	Ref. 91	Appelt (Stv.: Faisst) in Zusammenarbeit mit Ref. 92-96
Erstellung eines Räumungs- und Evakuierungskonzepts ("Business Continuity Management") für das LGA, Dienstgebäude Nordbahnhofstraße 135	10/2013 - 12/2015	-	Ref. 91	N. N. (Stv.: N. N.)

Veranstaltungen



Das Veranstaltungsangebot richtet sich an

- die Mitarbeiter der Gesundheitsämter in der Frühförderung und in den Arbeitsbereichen des Landesarztes für behinderte Menschen sowie im medizinischen Arbeitsschutz Tätige,
- die Beschäftigten im LGA zum fachlichen Informationstransfer,
- verschiedene Berufsgruppen im Umgang mit Hygiene in medizinischen Einrichtungen.

Eine aktuelle Übersicht enthält der Veranstaltungskalender des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) im Internet unter www.gesundheitsamt-bw.de. Dort können Anmeldungen auch online erfolgen.

Veranstaltungen 2013 ÖGD – Landesarzt für behinderte Menschen – Arbeitsmedizin

Allgemeine Hygiene und Infektionsschutz

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Diagnostik der Tuberkulose – Workshop	16.04.2013	Ref. 93
Krankenhausthygiene für den ÖGD – curriculare Fortbildung	01/2013-11/2013	Ref. 93
Wasserhygiene für Biologiestudenten der Uni Hohenheim	28.02.2013	Ref. 93
Moderation und Koordination regionaler MRE-Netzwerke	04.03.2013	Ref. 93
Krankenhausthygiene für den ÖGD: labordiagnostische Untersuchungen von Humanproben auf lebensmittelassoziierte Erkrankungen	13.03.2013	Ref. 93
Mikrobiologische Grundlagen zur Diagnostik von Gastroenteritiden – Workshop	09.04.2013	Ref. 93
Probenehmerschulungen Trinkwasserprobenahme	18.06./16.10.2013	Ref. 93
Souveräner Umgang mit Konflikten	23./24.07.2013	Ref. 93
Qualitätsmanagement in der Tuberkulosefürsorge – Dienstbesprechung	23.07.2013	Ref. 93
Fortbildung zur novellierten DIN 19643	20.11.2013	Ref. 93

Gesundheitsförderung, Prävention, Landesarzt für behinderte Menschen

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
19. Einführung interdisziplinäre Frühförderung	20.03.2013	Ref. 94
Gesund älter werden in der Stadt und auf dem Land für alle – Fachtagung zum Praxistransfer	29.04.2013	Ref. 94

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Interdisziplinäre Frühförderstellen Baden-Württemberg – Besprechung der Leitungen	08.05.2013	Ref. 94
Ärztlicher Beitrag im Antragsverfahren – Veranstaltung Landesblindenhilfe	27.06.2013	Ref. 94
Dienstbesprechung Gesundheitsförderung	01.07.2013	Ref. 94
Frühförderung als Herausforderung – Fachsymposium Frühförderung	22.10.2013	Ref. 94
Kommunale Gesundheitsförderung – Fachtagung	11.11.2013	Ref. 94
20. Einführung interdisziplinäre Frühförderung	12.11.2013	Ref. 94
Schulung dot.sys	02.12.2013	Ref. 94

Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Management von lebensmittelassoziierten Erkrankungen	14.02.2013	Ref. 95
Informationsveranstaltung für Administratoren und Key User der ESU-Software	21.02.2013	Ref. 95
Sekundärdatenanalyse für die Gesundheitsberichterstattung – Workshop	05.03.2013	Ref. 95
Refresher 3: Management hochkontagöser Erkrankungen – Theorie und Praxis	06./07.03.2013	Ref. 95
Epidemiologische Methoden für die Gesundheitsberichterstattung	19.03.2013	Ref. 95
Europäische Impfwache 2013: Maßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit des ÖGD in Baden-Württemberg – Dienstbesprechung	09.04.2013	Ref. 95
Qualitätsmanagement in Ausbruchssituationen und im IfSG-Meldewesen	17.04.2013	Ref. 95
IfSG-Meldewesen – Workshop	24.06.2013	Ref. 95
WHO-Gesundheitsziel bis 2015: Elimination von Masern und Röteln in Europa und Baden-Württemberg – Dienstbesprechung	26.06.2013	Ref. 95
Dateneingabe und Änderungen in den Einschulungsuntersuchungen im Untersuchungsjahr 2013/2014 – Informationsveranstaltung	02.07.2013	Ref. 95
Einschulungsuntersuchungen – Abschluss-/Auftaktveranstaltung	18./19.09.2013	Ref. 95
Einführung in das International Caries Detection and Assessment System (ICDAS II) für Zahnärzte im ÖGD	01.10.2013	Ref. 95
Qualitätssicherung in der ESU – Dienstbesprechung der KJGD	02./10.12.2013	Ref. 95
Management des Transports und der Versorgung eines HKLE-Patienten – Gemeinsame Übung des Robert-Bosch-Krankenhauses, des Deutschen Roten Kreuz Stuttgart und des LGA	28.10.2013	Ref. 95
Erhebungen zu Gesundheitsdaten – Planung, Durchführung, Auswertung und Berichterstellung	13.11.2013	Ref. 96
Internationale Gesundheitsvorschriften (IGV) – Dienstbesprechung	19.11.2013	Ref. 95
ICDAS II – Praktisches Training für Zahnärzte im ÖGD	22.11.2013	Ref. 95
Qualitätsmanagement in Ausbruchssituationen und im IfSG-Meldewesen	03.12.2013	Ref. 95

Arbeitsmedizin, Umweltbezogener Gesundheitsschutz

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Umwelttoxikologische Kolloquien		
• Nr. 20: Allergie und Diagnostik	17.04.2013	Ref. 96
• Nr. 21: Emissionen und Immissionen von Bio-Aerosolen aus Anlagen	19.06.2013	Ref. 96
• Nr. 22: Analytische Qualitätssicherung (AQS) in der Umweltmedizin	23.10.2013	Ref. 96
Nachweis und Identifizierung in Innenräumen und Lebensmitteln (feuchte-liebende Schimmelpilze) – Schimmelpilzkurs mit dem Centraalbureau voor Schimmelcultures (Utrecht) für Fortgeschrittene	23./24.04.2013	Ref. 96
Nachweis und Identifizierung von Schimmelpilzen in Innenräumen und Umwelt – Schimmelpilzkurs mit dem Centraalbureau voor Schimmelcultures (Utrecht) für Anfänger	25.-27.04.2013	Ref. 96
Schimmelpilze – Laborkurs	07.05.2013	Ref. 96
Infektiöse Fadenpilze Aspergillen und Fusarien – DMykG-Kurs	05.09.2013	Ref. 96
90. Arbeitsmedizinisches Kolloquium: Neues aus der Arbeitsmedizin – Novellierung der ArbMedVV, Stand Präventionsgesetz, neue Arbeitsmedizinische Richtlinien	23.10.2013	Ref. 96
4. Arbeits- und Umweltmedizinisches Kolloquium: Gesundheitliche Aspekte des Klimawandels	25.10.2013	Ref. 96

Sonstiges

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Amtsärztliche Gutachten und ärztliche Schweigepflicht sowie Asylbewerberleistungsgesetz – Amtsärztliche Fortbildung	16.07.2013	Abt. 9

LGA-interne Veranstaltungen

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
LGA-Kolloquien		
Nr. 14: Copyright und der richtige Umgang damit	13.03.2013	Ref. 91
Nr. 15: Landesprüfungsamt für Medizin und Pharmazie	05.06.2013	Ref. 92
Nr. 17: Interdisziplinäre Frühförderung in Baden-Württemberg	18.09.2013	Ref. 94
Nr. 18:		
- Kariesdiagnostik im Wandel der Zeit ICDAS II (International Caries Detection and Assessment System)	16.10.2013	Ref. 95
- Epidemiologische Untersuchung vermuteter Krebshäufungen		
Außerordentliches LGA-Kolloquium: Introduction of Jiangsu Province Center for Disease Control and Prevention	23.10.2013	Ref. 95

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
QM-Fortbildungen Laborbereich		
Schulung für Fachauditoren	21.02.2013	Ref. 91
Normative Grundlagen für medizinische Labore: DIN EN ISO 15189 und RiLiBÄK	08.07.2013	Ref. 91
Formatierung von QM-Dokumenten	01.08.2013	Ref. 91

Aus-, Fort- und Weiterbildung Hygiene in medizinischen Einrichtungen

Berufsgruppe Hygienebeauftragte Ärzte

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Grundkurs	04.-08.02./13.-17.05./ 23.-27.09./25.-29.11.2013	Ref. 91

Berufsgruppe Desinfektoren

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Grundkurs	25.02.-15.03./07.-25.10.2013	Ref. 91
Fortbildungskurs	15.-16.04./21.-22.10.2013	Ref. 91

Berufsgruppe Hygienefachkräfte

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Lehrgang A		
Grundlagen der Krankenhaushygiene	07.01.-15.02.2013	Ref. 91
Grundlagen der Krankenhausbetriebsorganisation Themenbereich 5	25.02.-01.03./04.-08.04.2013	Ref. 91
Grundlagen der Mikrobiologie		
• Teil 1	11.-22.03.2013	Ref. 91
• Teil 2	03.-14.06.2013	Ref. 91
Sozialwissenschaftliche Grundlagen	08.-19.04.2013	Ref. 91
Grundlagen der Krankenhausbetriebsorganisation	13.-17.05.2013	Ref. 91
Sozialwissenschaftliche Grundlagen	17.-19.06.2013	Ref. 91
Grundlagen der technischen Krankenhaushygiene und des Krankenhausbaus		
• Teil 1	07.-18.10.2013	Ref. 91
• Teil 2	04.-15.11.2013	Ref. 91

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Lehrgang B		
Grundlagen der technischen Krankenhaushygiene und des Krankenhausbaus		
• Teil 1	07.-18.01.2013	Ref. 91
• Teil 2	03.-14.06.2013	Ref. 91
Sozialwissenschaftliche Grundlagen	11.-22.02./15.-28.09.2013	Ref. 91
Grundlagen der Krankenhausbetriebsorganisation Themenbereich 5	22.-26.04./15.-19.04.2013	Ref. 91
Grundlagen der Krankenhausbetriebsorganisation	18.-22.05.2013	Ref. 91
Grundlagen der Krankenhaushygiene	09.09.-18.10.2013	Ref. 91
Grundlagen der Mikrobiologie		
• Teil 1	04.-15.11.2013	Ref. 91
• Teil 2	25.11.-06.12.2013	Ref. 91

Hygiene in Arzt- und Zahnarztpraxen

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Hygiene in Zahnarztpraxen		
• Teil 1	22.-24.01./05.-07.02./ 05.-07.03./24.-26.09.2013	Ref. 91
• Teil 2	12.-14.02./09.-12.04./ 17.-19.04./15.-17.10.2013	Ref. 91
Hygiene in Arztpraxen		
• Teil 1	26.-28.02.2013	Ref. 91
• Teil 2	19.-21.03.2013	Ref. 91
Hygiene in Arztpraxen		
• Teil 1	12.-14.11.2013	Ref. 91
• Teil 2	26.-28.11.2013	Ref. 91

Hygiene in Pflegeeinrichtungen

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Grundkurs	14.-18.01.2013	Ref. 91
Aufbaukurs 1	18.-22.02.2013	Ref. 91
Aufbaukurs 3	11.-15.03./13.-17.05.2013	Ref. 91
Aufbaukurs 2	22.-26.04.2013	Ref. 91
Aufbaukurs 4	17.-21.06./21.-25.10.2013	Ref. 91
Aufbaukurs 5	04.-08.11.2013	Ref. 91

Gremienarbeit



Abteilungsleitung 9

- Deutsche Fachgesellschaft Reisemedizin (Vorsitz)
- Deutscher Verband für Gesundheitswissenschaften und Public Health (Vorstand)
- „Flug-, Tropen-, Reisemedizin“, Thieme-Verlag Stuttgart (Mitherausgeber)
- Landesärztekammer Baden-Württemberg: Prüfungsausschuss für Sozialmedizin und Öffentliches Gesundheitswesen
- Zeitschrift Prävention und Gesundheitsförderung, Springer-Verlag (Praxisbeirat)

Referat 91: Recht und Verwaltung

- Arbeitskreis der QM-Beauftragten in amtlichen Untersuchungseinrichtungen
- Innenministerium Baden-Württemberg: AG CMS

Referat 92: Landesprüfungsamt für Medizin und Pharmazie, Approbationswesen

- Arbeitsgemeinschaft der Approbationsbehörden in Deutschland
- Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Landesprüfungsämter zum Vollzug des Ausbildungs- und Prüfungsrechts der Heilberufe
- Arbeitsgemeinschaft der staatlichen anerkannten Psychotherapeuten-Ausbildungsstätten Baden-Württemberg

Referat 93: Hygiene, Infektionsschutz

- Arbeitsgemeinschaft der Wasserversorger Bodensee-Rhein (AWBR; wissenschaftlicher Beirat)
- Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM)
 - Fachgruppe Infektionsimmunologie

- Ständige Arbeitsgemeinschaft der Nationalen Referenz- und Konsiliarlabore
- Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH): Sektion Hygiene in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege/Rehabilitation
- Deutsche Gesellschaft für medizinische Entomologie und Acarologie
- Deutscher Verein des Gas- und Wasserfaches (DVGW): Technisches Komitee Schwimmbeckenwasseraufbereitung
- Internationaler wissenschaftlicher Beirat Hygiene und Medizin
- Landesarbeitsgruppe Borreliose und FSME Baden-Württemberg
- Netzwerk Biologische Gefahrenlagen
- ÖGD Baden-Württemberg
 - Arbeitskreis Dokumentation und Weiterentwicklung von Hygienestandards in der Langzeit- und Altenpflege
 - Qualitätszirkel Infektionsschutz
- Robert Koch-Institut (RKI): Netzwerke der Nationalen Referenzzentren und Konsiliarlaboratorien, Netzwerk Zoonosen (Sprecherin)
- Telematikplattform Medizinische Forschungsnetze: Arbeitsgruppe Zoonosen und Infektionsforschung
- Umweltbundesamt (UBA):
 - Arbeitskreis Mikrobiologie
 - Schwimm- und Badebeckenwasserkommission
 - Trinkwasserkommission
- Wasserhygiene-Arbeitskreis der Landesuntersuchungsämter (ALUA)
- Zeitschrift Hygiene und Medizin (wissenschaftlicher Beirat)

Referat 94: Gesundheitsförderung, Prävention, Landesarzt für behinderte Menschen

- AG Ambulante Pflege
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration: Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit
- Bundesweiter Arbeitskreis der Überregionalen Arbeitsstellen Frühförderung in den Ländern
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
 - Bund-Länder-Gremium zur Koordinierung von Maßnahmen der Aids-Aufklärung
 - Kooperationstreffen Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten
 - Länder-Kooperationskreis Suchtprävention

- Deutsche Gesellschaft für Ernährung: Vernetzungsstelle Schulverpflegung
- Deutsche STI-Gesellschaft (DSTIG): Sektion Sexuelle Gesundheit
- Interministerielle Kommission Frühförderung (IKF)
- Kooperationstreffen der Landesvereinigungen für Gesundheit
- Länderkoordinationsgremium Glücksspielsucht
- Landesarbeitsgemeinschaft für Betreuungsangelegenheiten
- Landesarbeitsgemeinschaft für Suchtfragen Baden-Württemberg
- Landesbehindertenbeirat Baden-Württemberg
- Landeshörgeschädigtenkommission Baden-Württemberg
- Landeskommision für sehbehinderte und blinde Menschen Baden-Württemberg
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg
 - AG-Heimaufsicht
 - Arbeitsgruppe Aids/STI-Prävention
 - Arbeitsgruppe Substitution
 - Arbeitsgruppe Suchtprävention
 - Beirat für Akzeptanz und Gleichstellung
 - Gesundheitsforum
 - * AG Gesundheit als Standortfaktor
 - * Projektgruppe Aktiv für ein gesundes Altern in Baden-Württemberg
 - * Projektgruppe Kommunale Gesundheitskonferenzen
 - * Projektgruppe Weiterentwicklung der Primärprävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen der Gesundheitsstrategie
- Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg
 - Arbeitskreis Kinderrehabilitation
 - Beraterkreis Sonderpädagogische Förderung in allgemeinbildenden Schulen
 - Fachbeirat zu frühkindlicher Bildung, Erziehung und Betreuung
- Netzwerk Neue Festkultur
- ÖGD Baden-Württemberg
 - Netzwerktreffen g'sund & g'scheit
 - Regionale Fachkonferenzen der Aids-/STI-Beratungsstellen in den Gesundheitsämtern
 - Regionale Fachkonferenzen für Gesundheitsförderung in Baden-Württemberg

Referat 95: Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung

- Ärztenverband Öffentlicher Gesundheitsdienst Baden-Württemberg e. V.
 - Bundesverband der Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst
 - Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS; Präsidiums-kommission zur Nachwuchsförderung – Vorsitz)
 - Internationale Biometrische Gesellschaft – Deutsche Region
 - Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention: Fachbereich öffentliche Gesundheit
 - Deutsche Gesellschaft für Virologie
 - Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
 - Deutsches Grünes Kreuz e. V., Arbeitsgemeinschaft Meningokokken
 - European Programme for Intervention Epidemiology Training (EPIET), Training Site-Forum
 - European Public Health Association: Section on Infectious Disease Control
 - Kompetenzzentrum Hepatitis
 - Oberrheinkonferenz
 - Arbeitsgruppe Gesundheitspolitik
 - Expertenausschuss EPI-Rhin
 - Expertenausschuss Gesundheitsbeobachtung
 - ÖGD Baden-Württemberg
 - AG Qualitätssicherung in der Gesundheitsberichterstattung
 - Fachbeirat Einschulungsuntersuchung
 - Qualitätszirkel Tuberkulose
 - Robert Koch-Institut (RKI)
 - Bund-Länder-Arbeitsgruppe Surveillance
 - Bundesgesundheitsblatt (Herausgeberbeirat)
 - Kommission Infektionsepidemiologie
 - Telematikplattform Medizinische Forschungsnetze: Arbeitsgruppe Zoonosen
 - Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (WHO EURO): Regionales Verifizierungskomitee für die Eliminierung von Masern und Röteln
- ### Referat 96: Arbeitsmedizin, Umweltbezogener Gesundheitsschutz, Staatlicher Gewerbearzt
- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe: Betriebliche Pandemieplanung (Redaktionsgruppe)

- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)
 - Ausschuss für Arbeitsmedizin (AfAMed)
 - * Projektgruppe 1: Konkretisierung der ArbMed-VV
 - * UA 1: Expositionsbezogene arbeitsmedizinische Präventionsmaßnahmen
 - Ausschuss für biologische Arbeitsstoffe (ABAS), UA 3: Arbeitskreis Arbeitsmedizinische Vorsorge
 - Ausschuss für Gefahrstoffe (AGS), UA IV: Arbeitskreis TRGS Umgang mit Gefahrstoffen in Einrichtungen zur humanmedizinischen Versorgung
- Deutsches Institut für Bautechnik (DIBt): ad hoc-Ausschuss Holzschutzmittel – Beurteilung des Gesundheits- und Umweltschutzes
- Deutsches Institut für Normung e. V. (DIN)
 - CEN-Projektkomitee „Tattooing services – Guideline for good practice“
 - KoSMaS 130-01 Arbeitskreis Betriebliches Gesundheitsmanagement, Entwicklung DIN SPEC (PAS) 91020 „BGM“
- European Environmental Monitoring Society: Arbeitsgruppe wissenschaftliche Internet-Fachschaff
- Gesellschaft für Qualitätssicherung in der betriebsärztlichen Betreuung mbH (GQB): Widerspruchsausschuss
- Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA): Arbeitsgruppe Betriebliches Gesundheitsmanagement
- Länderarbeitskreis Rahmenhygienepläne
- Länderausschuss für Arbeitssicherheit (LASI): Arbeitskreis Handlungshilfe Mutterschutz
- Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz (LANUV) Nordrhein-Westfalen
 - Arbeitskreis Qualitätssicherung im Noxen-Informationssystem der Bundesländer
 - Beirat des Noxen-Informationssystem (NIS) der Bundesländer
- Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
 - Arbeitskreis Netzwerk – Schimmelpilzberatung in Baden-Württemberg
 - Leitstelle für den Qualitätszirkel Analytische Qualitätssicherung im Bereich der Innenraumluftmessung biologischer Schadstoffe in Baden-Württemberg
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg
 - Arbeitskreis Arbeitsmedizin im Rahmen der Deutsch-Französischen Zusammenarbeit im Arbeitsschutz
 - Arbeitskreis Arbeitspsychologie
 - Landesausschuss für Jugendarbeitsschutz
- Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg e. V. (SAMA): Planungsgruppe Arbeitsmedizin
- Umweltbundesamt (UBA)
 - Ausschuss gesundheitliche Bewertung von Baustoffen (AgBB)
 - Ad hoc-Arbeitsgruppe Innenraumrichtwerte
- Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte: Beratergruppe Qualitätssicherung
- Verein Deutscher Ingenieure (VDI/DIN)
 - Arbeitskreis Bioaerosole und biologische Agentien
 - * Luftgetragene Mikroorganismen und Viren
 - * MVOC, Endoxine, Mykotoxine, Glukane
 - Arbeitskreis Erfassen von Schimmelpilzen im Innenraum
 - Arbeitskreis Messplanung
 - Fachbereich Bautechnik: Ausschuss Schadstoffbelastete bauliche und technische Anlagen, Erkundung und Bewertung
- Weltgesundheitsorganisation (WHO): WHO-working group on noise

Forschung und Lehre¹



Vorträge

Aichinger E. Noroviren – eine weltweite Gefahr? 3. Reisemedizinischer Tag, CMT Messe Stuttgart, Stuttgart, 19.01.2013.

Aichinger E, Oehme R. Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) – Symptome, Epidemiologie und Impfen. Inhouse-Veranstaltung im Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg, Stuttgart, 21.02.2013.

Berg B. Landesgesundheitsziel Gesund Aufwachsen – Weiterentwicklung der Primärprävention und gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. Kultusministerium Baden-Württemberg, AK Kinderrehabilitation, Stuttgart, 13.12.2013.

Boone I. Hantavirus infections in Baden-Wuerttemberg, 2012. A case-control study to assess disease knowledge and use of preventive measures. ESCAIDE, Stockholm, 05.-07.11.2013.

Boone I. Preventive measures for hantavirus infections in Europe, 2012: a review. ESCAIDE, Stockholm, 05.-07.11.2013.

Fleischer J. Novellierung der Trinkwasserverordnung – Bewertung der Änderungen und erste Erfahrungen aus der Sicht einer Überwachungsbehörde.

- Fachverband Sanitär-Heizung-Klima Baden-Württemberg-SHK-Fachkraft für Hygiene und Schutz des Trinkwassers, Stuttgart, 12.04.2013
- ISWW Institut für Siedlungswasserwirtschaft – 27. Trinkwasserkolloquium „Trinkwasserqualität und Gewässerschutz“, Max-Planck-Institut Stuttgart-Büsnau, 21.02.2013.

Fleischer J. Umsetzung der neuen Trinkwasserverordnung aus Sicht der Überwachungsbehörden. 23. DVGW Wassermeister-Weiterbildung, Karlsruhe, 10.10.2013.

Fleischer J. Wasser – ein spezieller Lebensraum. Fa. Biomerieux-Seminar mit Laborworkshop, Nürtingen, 31.01.2013.

Huesmann B. Aktiv Altern in Baden-Württemberg – Bewegungsförderung mit älteren Menschen. Veranstaltung „In Bewegung bleiben“, Offenburg, 07.10.2013.

Körper J. Tests auf Chlamydia trachomatis und Gonorrhö in den Aids-/STI-Beratungsstellen der Gesundheitsämter in Baden-Württemberg. Angebot-Inanspruchnahme-Prävalenzen. Bund-Länder-Gremium zur Koordinierung von Maßnahmen der HIV-/AIDS-Prävention der BZgA, Hamburg, 18.-19.04.2013.

Körper J. Überblick über die wichtigsten sexuell übertragbaren Infektionen. Fachtag der Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen der Diakonie in Württemberg, Stuttgart, 09.10.2013.

Leher A. Stand der Sprachstandsdiagnostik. Begleitgremium zu den Einschulungsuntersuchungen, Stuttgart, 15.10.2013.

Leher A. Vorstellung des Gesundheitsatlas Baden-Württemberg. Kommunale Gesundheitskonferenz des Rems-Murr-Kreises, Waiblingen, 09.10.2013.

Leykamm B. Bestandsanalyse nach zwei Jahren Kommunale Gesundheitskonferenzen in Baden-Württemberg. DGSMMP, Marburg, 20.09.2013.

Leykamm B. Kommunale Gesundheitskonferenzen – Einblicke in aktuelle Entwicklungen.

- AG Standortfaktor Gesundheit, Stuttgart, 20.03.2013

- Vollversammlung Kommunale Gesundheitskonferenz Ludwigsburg, Ludwigsburg, 16.07.2013.

Leykamm B. Kommunale Gesundheitskonferenzen in Baden-Württemberg – Sachstand, Trends und Perspektiven. 16. Tagung der Arbeitsgemeinschaft Gesundheitswesen, Tübingen, 12.12.2013.

Oehme R. Durch Zecken übertragene Erreger: Borrelia burgdorferi s. l., FSME-Viren und Co. 2. Westfälisches hepatologisches-infektiologisches Symposium, Münster, 22.-23.11.2013.

Oehme R. Hantaviren. 3. Reisemedizinischer Tag Stuttgart, Messe Stuttgart CMT, 19.01.2013.

¹ ohne Aktivitäten im Rahmen LGA-eigener Veranstaltungen

Oehme R. Ökologie der Zecken als Überträger von Krankheitserregern in Baden-Württemberg. Kolloquium Tropenmedizin Tübingen, Tübingen, 08.11.2013.

Pfaff G. Indikationen zur Chemoprophylaxe bei Meningokokken-Meningitis. 16. Tagung der AG Gesundheitswesen, Tübingen, 12.12.2013.

Pfaff G. Strategies for measles and rubella elimination in the World Health Organization European Region. 6th European Public Health Conference, Brüssel, 13.-16.11.2013.

Pfaff G. Planungen und Kommunikation von Gesundheitsbehörden und Ärzteschaft bei besonderen Infektionslagen. Symposium „Neue Seuchen“ der Landesärztekammer Baden-Württemberg, Stuttgart, 16.03.2013.

Reick D. Verordnung des Sozialministeriums über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (MedHygVO) – Umsetzung in Baden-Württemberg. Hygiene in der Arztpraxis; Veranstaltung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, Bezirksdirektion Reutlingen, Leinfelden-Echterdingen, 23.02.2013.

Sammet T. Bewegung schafft Begegnung. Fachkongress „Mobil – Aktiv – Beteiligt. Initiativen für ein selbstbestimmtes langes Leben“, Fellbach, 06.02.2013.

Sammet T. Gesundheitsförderliche und generationenfreundliche Stadt- und Gemeindeentwicklung. Fachtagung „Alt sind immer die anderen...“ – Impulse zu kommunaler Gesundheitsförderung für Ältere, Freiburg, 17.07.2013.

Sammet T. Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“. Kommunale Gesundheitskonferenz des Landkreises Biberach, Biberach, 22.07.2013.

Sammet T. Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“. Fachtagung „Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen“, Heilbronn, 03.12.2013.

Schmolz G. Aufgabenstellung für das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg. SAMA-Grundkurs Sozialmedizin/Reha, Kursblöcke A+B, Bad Mergentheim, 25.01.2013.

Schmolz G. Das infektionsepidemiologische Jahrbuch des RKI – reisemedizinisch gelesen. Mediplus Jahrestagung, Fachfortbildung Reise- und Tropenmedizin, Düsseldorf, 23.02.2013.

Schmolz G. Die Reiseapotheke. 3. Reisemedizinischer Tag, Stuttgart, 19.01.2013.

Schmolz G. Hajj – Pilgerfahrt nach Mekka, eine reisemedizinische Herausforderung. Refresherseminar Reise- und Tropenmedizin, Stuttgart, 12.10.2013.

Schnell K. Das baden-württembergische Curriculum zur Schulung der Glücksspielanbieter. Landesweiter Arbeitskreis Glücksspielsucht, Stuttgart, 06.02.2013.

Schnell K. Der Erste Glücksspieländerungsstaatsvertrag und das Landglücksspielgesetz Baden-Württemberg. Beratung und Behandlung pathologischer Spieler, Münzesheim, 19.02.2013.

Schnell K. dot.sys – ein Dokumentationssystem für die Suchtprävention. Herbsttagung der Kommunalen Suchtbeauftragten, Rastatt, 25.11.2013.

Schnell K. Pevnet – ein Informationsportal der Suchtprävention. Kommunales Suchthilfenetzwerk Freiburg, Freiburg, 20.03.2013.

Schnell K. Stand der Umsetzung des § 7 Landesglücksspielgesetz. Frühjahrstagung der Kommunalen Suchtbeauftragten, Freiburg, 29.04.2013.

Schnell K. Suchtprävention am Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg. LAG Sucht, Stuttgart, 18.06.2013.

Sebastian P. Impact of ecology, climate and vegetation on ticks – an interdisciplinary project in Baden-Wuerttemberg, Germany. 15th ISW-TBE, Wien, 31.01.-01.02.2013.

Sebastian P. Occurrence of a tick-borne encephalitis virus (TBE-V) focus in Stuttgart/Botnang (Germany). XII International Jena Symposium on Tick-borne Diseases, Weimar, 21.03.-23.03.2013.

Sebastian P. Stuttgart-Botnang: A stable TBE-V focus since 25 years. 2nd Workshop on Tick-Borne diseases 2013, Berlin, 27.06.-28.06.2013.

Wagner-Wiening C. Warum das Immunsystem im Alter schwächer wird. MTA-Forum Stuttgart, Stuttgart, 26.01.2013.

Weidenfeller P. Medizinhygiene-Verordnung (MedHygVO). Infektiologie- und Hygienekongress 2013, Freiburg, 22.10.2013.

Zöllner I. Adaptive and creative sampling methods. European Programme for Intervention Epidemiology Training: Sampling Module, Athen, 19.06.2013.

Zöllner I. Random sampling with equal and unequal probabilities. European Programme for Intervention Epidemiology Training: Sampling Module, Athen, 18.06.2013.

Buchbeiträge

Gabrio T, Schmolz G, Szewzyk R. Schimmelpilze und schwere Grunderkrankungen – welches Risiko ist damit verbunden? In: Wiesmüller GA, Heinzow B, Herr, C. Gesundheitsrisiko Schimmelpilze im Innenraum. 1. Auflage. Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg: Ecomed MEDIZIN, 2013.

Zöllner I, Gabrio T, Weidner U, Horras-Hun G, Knebel H, Gottfried A, Hack U, Miljanic T, Link B, Fischer G. Sensibilisierung gegenüber Schimmelpilzen bei Erwachsenen in Baden-Württemberg 2010/11. In: Wiesmüller GA, Heinzow B, Herr CEW, Eikmann T, Fischer G, Gabrio T, Szewzyk R. Gesundheitsrisiko

Schimmelpilze im Innenraum. 1. Auflage. Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg: Ecomed MEDIZIN, 2013: 165-181.

Zeitschriftenartikel

Bingsohn L, Beckert A, Zehner R, Kuch U, Oehme R, Kraiczky P, Amendt J. Prevalences of tick-borne encephalitis virus and *Borrelia burgdorferi* sensu lato in *Ixodes ricinus* populations of the Rhine-Main region, Germany. *Ticks Tick Borne Dis.* 2013; 3: 207-2013.

Boehme MWJ, Kompauer I, Weidner U, Piechotowski I, Gabrio T, Behrendt H. Atemwegsbeschwerden und Sensibilisierungen gegen Pollen von *Ambrosia artemisiifolia* und Beifuß bei Erwachsenen in Südwest-Deutschland. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2013; 138: 1651-1658.

Fleischer J. Novellierung der TrinkwV – Bewertung der Änderungen und erste Erfahrungen aus der Sicht einer Überwachungsbehörde. 27. Trinkwasserkolloquium „Trinkwasserqualität und Gewässerschutz“. *Stuttgarter Berichte zur Siedlungswasserwirtschaft.* ISBN-Nr. 978-3-8356-3374-2 2013; 213: 17-24.

Gehring H, Schacht E, Maylaender N, Zeman E, Kaysser P, Oehme R, Pluta S, Spletstoesser WD. Presence of an emerging subclone of *Francisella tularensis* holarctica in *Ixodes ricinus* ticks from south-western Germany. *Ticks Tick Borne Dis.* 2013; 2: 93-100.

Majazki J, Wüppenhorst N, Hartelt K, Birtles R, von Loewenich FD. *Anaplasma phagocytophilum* strains from voles and shrews exhibit specific ankA gene sequences. *BMC Veterinary Research* 2013; 9: 235.

Pfaff G. Die Eliminierung von Masern und Röteln aus Deutschland – Fortschritte und Hindernisse. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2013; 56: 1222-1224.

Zöllner I, Gabrio T, Weidner U, Horras-Hun G, Knebel H, Gottfried A, Hack U, Miljanic T, Link B, Fischer G. Sensibilisierung gegenüber Schimmelpilzen bei Erwachsenen in Baden-Württemberg 2010/11. *Lexikon der Kontaktallergene* 2013; 24. Ergänzungslieferung.

Rezensionen

Schmolz G: Rieke B, Küpper T, Muth CM (Hrsg.). *Moderne Reisemedizin – Handbuch für Ärzte, Apotheker und Reisende*, 2. Auflage, Stuttgart, Gentner-Verlag 2013, Rezension in *Flug-, Tropen-, Reisemedizin* 2013; 20(4), Georg Thieme-Verlag.

Schmolz G: Zinn GC, Tabori E, Weidenfeller P. *Ambulantes Operieren – Praktische Hygiene. Komplet überarbeitete Neuauflage*, Pürgen: Verlag für medizinische Praxis 2012; Rezension in *Blickpunkt öffentliche Gesundheit* 1/2013.

Poster

Brockmann SO, Wagner-Wiening C, Oehme R, Spletstößer W, Boone I, Piechotowski I, Waibel S,

Monet C, Eichner M. *Francisella tularensis* infection in Southern Germany. *Nationales Symposium für Zoonoseforschung*, Berlin, 19.-20.09.2013.

Huesmann B. Zentrum für Bewegungsförderung Baden-Württemberg.

- Landesgesundheitskonferenz, Stuttgart, 02.10.2013

- Staatsanzeigerkongress, Stuttgart, 16.09.2013.

Lohr D, Pfaff G. Masern 2012 in Baden-Württemberg: Analyse nach einem WHO-Berichtsformat. 3. Nationale Impfkongferenz, München, 15.-16.05.2013.

Sammet T. Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“.

- Bürgerdialog, Stuttgart, 21.09.2013

- Landesgesundheitskonferenz, Stuttgart, 02.10.2013

- Staatsanzeigerkongress, Stuttgart, 16.09.2013.

Schmolz G. Reisemedizin als Aufgabe des ÖGD. *Wissenschaftlicher Kongress BVÖGD*, Berlin, 25.-27.04.2013.

Sebastian P, Cascino T, Littwin N, Pfäffle M, Petney T, Böhnke D, Norra S, Oehme R. Impact of ecology, climate and vegetation on ticks – an interdisciplinary project in Baden-Wuerttemberg, Germany.

- 65. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM), Rostock, 22.-25.09.2013

- National Symposium on Zoonoses Research 2013, Berlin, 19.-20.09.2013.

Sebastian P, Oehme R. Stuttgart/Botnang – a stable TBE-V focus since 25 years. 65. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM), Rostock, 22.-25.09.2013.

Steinhilber S. *Zukunftsplan Gesundheit – Pilotgesundheitsdialoge*.

- Bürgerdialog, Stuttgart, 21.09.2013

- Landesgesundheitskonferenz, Stuttgart, 02.10.2013

- Staatsanzeigerkongress, Stuttgart, 16.09.2013.

Wagner-Wiening C, Boone I, Pfaff G. Changing patterns of Puumala hantavirus outbreaks in Baden-Württemberg 2007–2012. *International Meeting on Emerging Diseases and Surveillance*, Wien, 15.-18.02.2013.

Zöllner I, Knebel H, Rocuzzo S, Schmolz G. Impfungen gegen Influenza bei Erwachsenen in Baden-Württemberg. 58. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS), Lübeck, 01.-05.09.2013.

Zöllner I, Knebel H, Scheibel V, Schmolz G. Unfälle bei Erwachsenen in Baden-Württemberg 2011/2012. 58. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS), Lübeck, 01.-05.09.2013.

Zöllner I, Köhler F, Langhans C. Non-parametric control chart approach and visualisation for the surveillance of notifiable infectious diseases in Baden-Wuerttemberg. Seminar of the Austro-Swiss Region of the International Biometric Society, Dornbirn, 09.-12.09.2013.

Zöllner I, Kuhn S. Informationen zu Ursachen und Risikofaktoren für Krebserkrankungen nach Lokalisationen. 58. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS), Lübeck, 01.-05.09.2013.

Lehraufträge

Böhme MWJ. Unterrichtsveranstaltungen im Rahmen des Heidelberger Curriculums Medicinale HEICUMED. Universität Heidelberg.

Dreisigacker A. Öffentliches Dienstrecht und Tarifrecht des Öffentlichen Dienstes. Verwaltungsschule Landratsamt Esslingen.

Wagner-Wiening, C. Vorlesung Infektionsschutzgesetz. AkadVet.

Wagner-Wiening, C. Vorlesung Virologie. MTA-Schule, Klinikum Stuttgart.

Zöllner I. Einführung in Statistik mit SPSS. Universität Ludwigsburg.

Zöllner I. Epidemiologie/Statistische Methoden. Universität Hohenheim.

Zöllner I. Planung und Auswertung klinischer Studien. Universität Hohenheim.

Zöllner I. Surveillance/Infektionsepidemiologie. Universität Mainz (EUMSE).

Pressemitteilungen



12.01.2013

Grippewelle hat Baden-Württemberg erreicht
(Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg und Regierungspräsidium Stuttgart)

05.02.2013

Dem Landesgesundheitsamt wurden die ersten Todesfälle der Grippewelle aus Baden-Württemberg gemeldet
(Regierungspräsidium Stuttgart)

02.03.2013

Kommunale Gesundheitskonferenz „Fit. Fitter. Rückenfit“ in Reutlingen
(Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg)

13.03.2013

Höhepunkt der Grippewelle in Baden-Württemberg überschritten. Erregerwechsel bei den Influenza-Viren: Nach Influenza A werden jetzt Influenza-B-Viren häufiger
(Regierungspräsidium Stuttgart)

22.03.2013

Grippewelle in Baden-Württemberg flaut ab. Jetzt überwiegen Influenza-B-Viren. Die Influenza-Aktivität geht auch in beliebten Zielen baden-württembergischer Osterurlauber zurück
(Regierungspräsidium Stuttgart)

22.03.2013

Welttuberkulosestag am 24. März. Weniger neu erkrankte Patienten, aber mehr antibiotikaresistente Erreger
(Regierungspräsidium Stuttgart)

23.04.2013

Welt-Meningitis-Tag: Risikogruppe für Meningokokken-Erkrankungen weiterhin Säuglinge und Kleinkinder – zunehmend auch ältere Personen betroffen – Zahl der gegen Meningokokken C geimpften 4- bis 5-Jährigen nimmt in Baden-Württemberg zu
(Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg)

14.05.2013

Online-Anmeldungen zu den Ärztlichen Prüfungen in Baden-Württemberg – ein neuer Service des Landesprüfungsamts für Medizin und Pharmazie im Regierungspräsidium Stuttgart
(Regierungspräsidium Stuttgart)

21.05.2013

Badegewässerkarte 2013 bescheinigt Badeseen hohe Qualität
(Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg)

28.06.2013

Informationsaustausch bei berufs- und strafrechtlichen Verstößen von Ärzten
(Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg)

09.07.2013

Hohe Beteiligung beim Schüler-Nichtraucher-Wettbewerb „Be smart – Don't start“; Abschlussveranstaltung im Regierungspräsidium Stuttgart
(Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg und Regierungspräsidium Stuttgart)

06.09.2013

Bürgerdialog zur Gesundheitspolitik – Vorbereitung auf die erste Landesgesundheitskonferenz
(Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg)

16.09.2013

Gesundheitsministerin will Prävention und Gesundheitsförderung stärken
(Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg)

25.09.2013

Aktionstag Glücksspielsucht will auf Erkrankung aufmerksam machen
(Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg und Regierungspräsidium Stuttgart)

02.10.2013

1. Landesgesundheitskonferenz tagt in Stuttgart
(Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie,
Frauen und Senioren Baden-Württemberg)

28.10.2013

Weltpoliotag: Prof. Günter Schmolz, Leiter des Landesgesundheitsamtes im Regierungspräsidium Stutt-

gart: „Kinderlähmung ist keine „Kinderkrankheit“
(Regierungspräsidium Stuttgart)

28.10.2013

Übung für den Ernstfall: Wie ein Patient mit Lassa-
Fieber sicher in Stuttgart isoliert wird
(Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart)

Fachpublikationen



Allgemeine Hygiene und Infektionsschutz

- Informationen zu wasserführenden Systemen in der zahnärztlichen Behandlungseinheit – Dentaleinheiten (Merkblatt)

Gesundheitsförderung, Prävention, Landesarzt für behinderte Menschen

- Expertise „Gesundheitliche Chancengleichheit im Alter – wirkungsvolle Zugangswege fördern“
- Fragebogen Bewegungstest (Flyer)
- Handlungsempfehlung 1: Wie gelingt eine Spaziergangsgruppe?
- Handlungsempfehlung 2: Wie gelingt ein Bewegungstreff im Freien?
- Meine Mutter/mein Vater wird extrem vergesslich – Ist das normal im Alter oder Hinweis auf eine Demenz? (Flyer in russischer und in türkischer Sprache)
- Über Alkohol reden. Was Eltern, Erzieherinnen und Erzieher wissen sollten (Flyer in deutscher, englischer, französischer, griechischer, italienischer, kroatischer, russischer, türkischer Sprache; Hrsg.: Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg und Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg)

Epidemiologie, Gesundheitsberichterstattung

- Bericht der Expertengruppe „Indikatoren zum Diabetes mellitus Typ 2“
- Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2010/2011 (Einschulungsjahrgang 2012) – Landesweite Auswertung in Baden-Württemberg
- Sekundärdatenanalyse für die Gesundheitsberichterstattung – Workshop-Dokumentation 5. März 2013
- Übersicht möglicher Indikatoren zu den Gesundheitszielen in Baden-Württemberg aus derzeit bestehenden Datenquellen

Arbeitsmedizin, Umweltbezogener Gesundheitsschutz

- Monitoring Gesundheit und Umwelt – Untersuchung 2008/09 – Ergebnisse und Bewertung
- Monitoring Gesundheit und Umwelt – Untersuchung 2008/09 – Anhang
- Netzwerk Schimmelpilzberatung Baden-Württemberg – 5. Auflage (Flyer)
- Windenergie und Infraschall – Tieffrequente Geräusche durch Windenergieanlagen (Hrsg.: Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg und Landesanstalt für Umwelt, Messungen und Naturschutz Baden-Württemberg)

Sonstiges

- Amtsärztliche Fortbildung 2012 – Begutachtungen bei Dienstunfähigkeit wegen Sehstörungen und „Burn-out“
- Aus-, Fort- und Weiterbildung Hygiene 2014
 - Gesamtprogramm
 - Desinfektoren
 - Hygienebeauftragte Ärzte
 - Hygiene in Praxen
- Bericht der Expertenarbeitsgruppe Indikatoren zum Diabetes mellitus Typ 2
- Jahresbericht 2012 des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg

Lageplan Nordbahnhofstraße 135

Landesgesundheitsamt Nordbahnhofstr. 135

Hauptbahnhof Stuttgart
 S S4 S5 S6 Richtung Marbach (N), Bietigheim oder Weil der Stadt
 U U12 Richtung Hallschlag

siehe Wegbeschreibung aus Richtung Heilbronn und Karlsruhe

siehe Wegbeschreibung aus Richtung München

Anreise mit dem Auto

Aus Richtung Heilbronn

Verlassen Sie die A81 an der Anschlussstelle (17) Stuttgart-Zuffenhausen in Richtung Stuttgart und fahren Sie auf die B10. Folgen Sie dem Straßenverlauf. Kurz nach dem Ortsschild Stuttgart stoßen Sie rechts abbiegend auf die Heilbronner Straße (B10). Folgen Sie dem Straßenverlauf bis zur Pragstraße. Achtung! Nicht in die Unterführung (B10) fahren. (Ab hier siehe oberes Kartendrittel) Nach Überquerung des „Pragsattels“ Richtung „Wilhelma“, Bad Cannstatt rechts in die Nordbahnhofstraße einbiegen, dann links in die Ehmannastraße. Folgen Sie dem Straßenverlauf. Biegen Sie unmittelbar nach der Unterführung rechts in die Rosensteinstraße. An deren Ende stoßen Sie wieder auf die Nordbahnhofstraße. Links abbiegen. Nach ca. 100 m sehen Sie auf der rechten Seite das LGA.

Aus Richtung Karlsruhe

Wechseln Sie am Autobahndreieck (19) Leonberg von der A8 auf die A81 in Richtung Würzburg. Ab hier siehe Anfahrtsbeschreibung aus Richtung Heilbronn.

Aus Richtung München

Verlassen Sie die A8 bei der Ausfahrt Stuttgart-Degerloch und folgen Sie der B27 in Richtung S-Zentrum. Bleiben Sie jeweils auf der rechten Fahrspur bis hinunter ins Stadtzentrum. In der Charlottenstraße (B27), an der großen Kreuzung rechts in die Konrad-Adenauer-Straße (B14) abbiegen. Bei der nächsten Ausfahrt die B14 gleich wieder in Richtung Hauptbahnhof verlassen. (Ab hier siehe unteres Kartendrittel) Vor dem Hauptbahnhof rechts in die Cannstatter Straße, dann links in die Wolframstraße abbiegen. Dann rechts in die Nordbahnhofstraße und wieder rechts in die Rosensteinstraße. Folgen Sie dem Straßenverlauf für 1,1 km. Dann **nicht** der Hauptverkehrsführung durch die Unterführung folgen (siehe Plan), **sondern** weiter geradeaus (dazu links einordnen). Sie stoßen dann wieder auf die Nordbahnhofstraße. Links abbiegen. Nach ca. 100 m sehen Sie auf der rechten Seite das LGA.

Stichwortverzeichnis

A

- Alkoholkonsum 27
- Allergien 19
- Antibiotika 23
- Arbeitsstelle Frühförderung Baden-Württemberg 49
- Atemwegserkrankungen 19
- Ausbruchsgeschehen 11
- Aus-, Fort- und Weiterbildung 92

B

- Behinderung 28
- Berufskrankheiten
 - Hautkrebs 25
 - Übersicht 65
- Betriebliches Gesundheitsmanagement 38
- Blutprodukte 13
- Bürgerbeteiligung 31

C

- Chlamydien 15

D

- Diabetes mellitus Typ 2
 - Indikatoren 37

E

- Einschulungsuntersuchungen 21
- Energetische Sanierung 17
- Ermächtigungen
 - arbeitsmedizinische Vorsorge 66

F

- Feinstaub 17
- Freizeitlärm 18
- Früherkennungsuntersuchung U7a 21
- Frühförderung 28

G

- Gesundheitsdialog Baden-Württemberg 31
- Gesundheitsförderliche Gemeindeentwicklung 29
- Gonokokken 15
- Gruppenerkrankungen 47

H

- Hantavirus 22
- Hepatitis E 13
- HIV 16
- Hörschäden
 - Jugendliche 18

I

- Impfung 12
- Infektionsbericht
 - meldepflichtige Infektionskrankheiten 9

K

- Kariesdiagnostik 36
- Kenntnisprüfung Ärzte mit ausländischer Ausbildung 39
- Klimawandel
 - Gesundheit 26
- Kommunale Gesundheitskonferenzen 49
- Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz 24
- Krankenhaushygiene 47

L

- Labor-Akkreditierung 32
- Landesarzt für behinderte Menschen 48

M

- Masern 12
- Medizinhygiene 34
- Meningokokken 23
- MRE-Netzwerk Baden-Württemberg 35
- MRSA 35
- MSM 15, 16

P

Pilotgesundheitsdialoge 31
Poliomyelitis 14
Probenahme von Trinkwasser 31

Q

Q-Fieber 47

S

S3-Labor 47
Schimmelpilze 17, 19
Staatlicher Gewerbearzt
Dienstgeschäfte 66
Staphylococcus aureus 11

STI 16
Syphilis 16

U

Unfälle bei Erwachsenen 20
Urheberrecht 40
UV-Strahlung
natürliche 25

V

VOC 17

Z

Zentrum für Bewegungsförderung 30



Dienstgebäude Nordbahnhofstraße 135 · Stuttgart



www.rp-stuttgart.de
www.gesundheitsamt-bw.de