



# 2014

## Jahresbericht



**Analyse**



**Prävention  
Gesundheitsförderung**



**Qualitätssicherung**



**Baden-Württemberg**

LANDESGESUNDHEITSAMT BADEN-WÜRTTEMBERG  
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](mailto:abteilung9@rps.bwl.de)  
[www.gesundheitsamt-bw.de](http://www.gesundheitsamt-bw.de) · [www.rp-stuttgart.de](http://www.rp-stuttgart.de)

Mai 2015



### Bildnachweis

S. 3 + S. 7: © Marlee/fotolia.de; © Philpicture/fotolia.de; © Nico/fotolia.de; 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. 50: © Yuri Arcurs/fotolia.de; S. 51: © Marc/fotolia.com; S. 70: © Lane Erickson/fotolia.com;  
S. 89: © Maksym Yemelyanov/fotolia.com; S. 95: © Joe Gough/fotolia.de; S. 98: © Kurt Duratschek/fotolia.com;  
S. 102: © PhotoCreate/fotolia.de; S. 106: © Dmitry Nikolaev/fotolia.de; S. 109: © tm-pictures.ch/fotolia.de;  
S. 110: © Franz Pfluegl/fotolia.de; S. 113: © askaja/fotolia.de

<b>Vorwort</b> .....	5
----------------------	---

## **Einblicke in die Arbeit**

Gut aufgestellt im Land – der Öffentliche Gesundheitsdienst in Baden-Württemberg .....	7
--	---

## **Analyse**



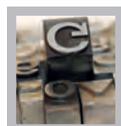
Q-Fieber-Ausbruch in Steinheim am Albuch im Landkreis Heidenheim .....	8
Hepatitis-E-Genotyp-3-Erkrankungen werden häufiger diagnostiziert .....	9
Geringe Masern- und Rötelnaktivität in Baden-Württemberg .....	10
Sind Methicillin-resistente Staphylokokken ungleich verteilt? .....	11
Pseudomonas aeruginosa in Wasserzählern .....	12
Etablierung der MERS-CoV- und Ebolavirus-Diagnostik im S3-Labor .....	13
Wie gesund ist der Betrieb von Kaminöfen? .....	14
Schulanfängerinnen und Schulanfänger sind nicht häufiger übergewichtig als vor 15 Jahren .....	15
Sprachauffällige Kinder fallen im Alltag nicht immer auf .....	16
Es müssen nicht immer Spätzle sein – Ernährungsgewohnheiten in Baden-Württemberg .....	17
Veränderungen der Sterblichkeit in Baden-Württemberg 1990-2010 .....	18

## **Prävention/Gesundheitsförderung**



Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz – 2014 im Focus: Ebola .....	19
Symposium Frühförderung Baden-Württemberg 2014 .....	20
Geschützt in die Schule: Individueller Impfschutz der Schulanfängerinnen und Schulanfänger 2014 .....	21
Gesundheitsversorgung mit Barrieren bei kognitiver Behinderung .....	22
Epidemiologie erforscht die Vermeidbarkeit chronischer Krankheiten .....	23
Auswirkungen der steigenden Anzahl von Asylbewerbern auf den Laborbereich .....	24
Pflichtuntersuchungen von Prostituierten wären ein Rückschritt für den allgemeinen Gesundheitsschutz .....	25
Zugangswegen zu älteren Menschen in schwierigen Lebenslagen .....	26
Fachplan Gesundheit Baden-Württemberg .....	27
Verhandlung in Sachen Landesglücksspielgesetz vor dem Staatsgerichtshof Baden-Württemberg .....	28

## **Qualitätssicherung**



Der Gesundheitsatlas – neuer Look, mehr Informationen .....	29
Impfen im Trend – der Impfbericht gibt Auskunft .....	30
Fünf Jahre MRE-Netzwerk Baden-Württemberg .....	31
Die Weiterbildung zur Hygienefachkraft im LGA .....	32
Leitfaden Mutterschutz im Krankenhaus, 3. Auflage – was ist neu? .....	33
Hygieneleitfaden Kindertagesbetreuung .....	34
Hauseigene Nährmedienherstellung – unverzichtbar für die schnelle Diagnostik im Laborbereich .....	35
Akkreditierung der Mykologie im Laborbereich .....	36
Labor-Akkreditierung – mehr Pflicht als Kür .....	37
Das WHO Collaborating Centre for Housing and Health im LGA .....	38
Qualitätsentwicklung in der kommunalen Gesundheitsförderung .....	39
Migration des Betriebssystems auf Windows 7 – schnell und reibungslos .....	40

**Anhang**

1	Organisationspläne .....	42
2	Aufgaben der Abteilung 9 – Landesgesundheitsamt im Überblick.....	44
3	Laborunterstützter Gesundheitsschutz .....	54
4	Landesarzt für Menschen mit Behinderungen.....	67
5	Staatlicher Gewerbearzt .....	70
6	Landesprüfungsamt für Medizin und Pharmazie, Approbationswesen .....	89
7	Laufende Projekte .....	95
8	Veranstaltungen .....	98
9	Forschung und Lehre .....	102
10	Gremienarbeit .....	106
11	Fachpublikationen .....	109
12	Pressemitteilungen.....	110
13	Anfahrtsbeschreibung – Dienstgebäude Nordbahnhofstr. 135 .....	112
14	Stichwortverzeichnis .....	113

## Für mehr Gesundheit im Land – das Landesgesundheitsamt in Baden-Württemberg leistet vielfältige Beiträge



Prof. Dr. Günter Schmolz,  
Abteilungspräsident 2005-2014

Zum Jahresende 2014 wurde Prof. Dr. Günter Schmolz, Präsident der Abteilung 9 Landesgesundheitsamt im Regierungspräsidium Stuttgart (RPS), in den wohlverdienten Ruhestand verabschiedet. 2005 trat er sein Amt im Jahr der Eingliederung der vormals eigenständigen und gleichnamigen Fachbehörde ins RPS – Folge der Verwaltungsreform des Landes – an. Während der Aufgabenschnitt des Landesgesundheitsamtes (LGA) weitgehend erhalten blieb, gelang es ihm, die organisatorischen Änderungen und den mit der Eingliederung verbundenen „Kultur“-Wechsel seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gut zu vermitteln und in den Folgejahren die Zusammenarbeit mit den anderen Abteilungen im RPS voranzubringen. In seine Präsidenschaft fielen nicht nur der Umzug der Abteilung 9 in das neue Dienstgebäude Nordbahnhofstr. 135, sondern auch das 20-jährige Bestehen des LGA. Ein Anliegen von Prof. Dr. Schmolz war, die Aufgaben und Tätigkeiten des LGA in der Schnittstelle zwischen Wissenschaft („Public Health“), Gesundheitspolitik und Verwaltung innerhalb und außerhalb des RPS sichtbar zu machen. Bei der Neuausrichtung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in Baden-Württemberg konnte er wesentliche Impulse geben. Sein besonderes Interesse galt dem Ausbau der Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten im ÖGD, insbesondere der Ärzteschaft. So wurde in Baden-Württemberg die Möglichkeit geschaffen, Amtsärztinnen und -ärzte erstmals im Land weiterzubilden. Im Dezember wurde er mit einer Feier im LGA verabschiedet. Für sein Wirken hier nochmals mein herzliches Dankeschön.

Wer hätte zu Jahresbeginn 2014 daran gedacht, welche Bedeutung dem Infektionsschutz im Jahresverlauf zukommen würde. Auch wenn die Verbreitung des Ebola-Virus weitgehend auf Afrika beschränkt blieb: Deutlich wurde, wie „klein“ die Welt doch ist und die Angst vor Ansteckung selbst über Kontinente hinweg auch Baden-Württemberg erreicht hat. Neben den internationalen und nationalen Anstrengungen einer wirksamen Bekämpfung der hoch ansteckenden Krankheit hat das LGA mit seinem Kompetenzzentrum

Gesundheitsschutz erfolgreich an der Vorbereitung für einen möglichen Ernstfall in Baden-Württemberg mitgewirkt und die Akteure außerhalb und innerhalb des ÖGD und dort insbesondere die Gesundheitsämter mit Rat und Tat unterstützt. Fortbildungen und gezielte Beratungstätigkeiten, die Beschaffung von Schutzanzügen einschließlich des Trainings deren Einsatzes und die Etablierung der Ebola-Erreger-Diagnostik im eigenen Laborbereich sorgten mit dafür, im Land für den möglichen Ernstfall gut aufgestellt zu sein.

Zuletzt mit einem Kraftakt und mit nicht unerheblichen Kosten konnte das LGA für seinen Laborbereich die national und international anerkannten Akkreditierungsurkunden nach DIN EN ISO 15189 (Medizinische Labore) und DIN EN ISO/IEC 17025 (Prüflabore) durch die Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkkS) in Empfang nehmen. Die Akkreditierung bestätigt die Kompetenz und den hohen Qualitätsstandard der Laborarbeit, gewährleistet die Zusammenarbeit mit anderen Laboren und erleichtert die Drittmitteleinwerbung.

Mit dem Zukunftsplan Gesundheit des Landes erhalten Prävention und Gesundheitsförderung in Baden-Württemberg mehr Gewicht. Die Neuausrichtung erfolgt auf der Grundlage des Gesundheitsleitbildes Baden-Württemberg im Dialog mit allen Beteiligten. Auf Ebene der Land- und Stadtkreise erfolgen Vernetzung, Koordinierung und Dialog mit der Bürgerschaft zu Gesundheitsthemen in den bisher 37 Kommunalen Gesundheitskonferenzen. Das LGA unterstützt durch fachliche Begleitung und Qualitätsentwicklung. In einem anderen Schwerpunkt entwickelt und dokumentiert das beim LGA angesiedelte Zentrum für Bewegungsförderung Gesundheitsangebote für ältere Menschen und entsprechende strukturelle Voraussetzungen. Mit dem Ende 2014 online verfügbaren Gesundheitsatlas stehen Gesundheitsinformationen in der zweiten Ausbaustufe bereit. Mithilfe interaktiver Grafiken sind seitdem Gesundheit und Krankheitsrisiken im Land flächendeckend abbild- und abrufbar. Eine komfortable Software erleichtert die benutzerfreundliche Bedienung.



Johannes Schmalz,  
Regierungspräsident

Zunehmend mehr ausländische Fachkräfte in ärztlichen und pflegerischen Berufen interessieren sich für Arbeitsstellen im Gesundheitsdienst in Deutschland. Auf diese Weise kann der große Mangel an Arbeitskräften gemildert werden. Dem Referat „Landesprüfungsamt“ obliegt nicht nur die Überprüfung und Anerkennung europäischer und außereuropäischer Berufsabschlüsse. Das RPS hat vielmehr zusammen mit dem IQ-Netzwerk Baden-Württemberg und anderen Institutionen einen Vorbereitungskurs für ausländische Ärztinnen und Ärzte entwickelt. Er soll ihnen den Einstieg in den Berufsalltag in Deutschland erleichtern. Dieses Angebot mit abschließender Kennntsprüfung ist bisher einmalig in Deutschland. Zugleich setzt sich das Landesprüfungsamt dafür ein, dass ausreichende Deutschkenntnisse Voraussetzung und Standard für die Berufsankennung werden.

Die beispielhaft aufgeführten Themen sind nur einige wenige Facetten der vielfältigen Arbeit des LGA für mehr Gesundheit im Land. Auch die weiteren Berichte im Innenteil dieser Broschüre spiegeln nur einen Teil des Tätigkeitsspektrums des LGA in der Prävention und Gesundheitsförderung, im Infektions- und umweltbezogenen Gesundheitsschutz sowie in der Gesundheitsberichterstattung wider. Neben den Aufgaben einer fachlichen Leitstelle für den ÖGD in Baden-Württemberg und des Landesprüfungsamtes sind der Abteilung 9 – Landesgesundheitsamt der Staatliche Gewerbearzt, der Landesarzt für Menschen mit Behinderungen, die Aus- und Fortbildung in Hygieneberufen und das WHO-Kollaborationszentrum

(WHO CC) für Wohnen und Gesundheit zugeordnet. Das WHO CC wurde 2014 von der WHO zum dritten Mal für eine Dauer von vier Jahren redesigniert. Einzelaufgaben als Kompetenzzentrum und die Beteiligung an fachlichen Netzwerken innerhalb und außerhalb Baden-Württembergs vervollständigen den Aufgabenzuschnitt, der im Detail auch im Internet unter <http://www.gesundheitsamt-bw.de> aufrufbar ist.

Ohne das große und ausdauernde Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des LGA wäre dies alles nicht möglich gewesen. Ihnen gilt mein besonderer Dank. Gerade in Zeiten ständiger Arbeitsverdichtung und Personalnot in allen Referaten kommt es auf die Motivation und den Einsatz jedes Einzelnen an. Soweit es an mir liegt, soll diese auch künftig durch Ermutigung zur inhaltlichen Weiterentwicklung der fachlich-wissenschaftlichen Arbeit und durch Pflege der nationalen und internationalen Netzwerke gestärkt werden.

Den Kunden und Kooperationspartnern des LGA danke ich für das entgegengebrachte Vertrauen und die konstruktiv-kritischen Gespräche. Beides ist hilfreich, um den internen und externen Qualitätsanspruch an unsere Arbeit weiterhin aufrecht zu erhalten.



Johannes Schmalzl  
Regierungspräsident

## Gut aufgestellt im Land – der Öffentliche Gesundheitsdienst in Baden-Württemberg



*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 vorrangig das SM und die Gesundheitsämter. Das Aufgabenspektrum ist im Anhang 2 ausführlicher beschrieben. Neben der Wahrnehmung der laufenden Aufgaben ermöglichen abgestimmte Projekte (siehe Anhang 7) die Vertiefung einzelner Arbeitsschwerpunkte.

Die Leitstellenfunktion des LGA bewährt sich z. B.

- bei der Aufklärung von Infektketten: Bei Gruppenerkrankungen werden wesentliche Daten schon direkt am Ausbruchsort erhoben und in enger Zusammenarbeit zwischen LGA-eigenem Laborbereich, den Fachkräften des LGA und den Gesundheitsämtern vor Ort ausgewertet. Die Ergebnisse sind Grundlage für weitergehende Maßnahmen.
- in der Tätigkeit als zentrale Landesmeldestelle für Infektionsgeschehen nach IfSG. Ausgewählte Krankheitserreger – von Gesundheitsämtern, Laboren u. a. an das LGA übermittelt – werden zu „Wochenberichten“ zusammengestellt und für die Fachöffentlichkeit graphisch aufbereitet. Parallel dazu werden die Meldungen an das Robert Koch-Institut in Berlin als bundesweite Erfassungsstelle weitergeleitet.
- bei den diversen Veranstaltungen für den ÖGD über fachliche Weiterentwicklungen, rechtliche Rahmenbedingungen und Umsetzungserfordernisse sowie über gesundheitspolitische Ziele und Strategien in Baden-Württemberg.

### Qualitätssicherung im ÖGD

Die Fortbildungen, Dienstbesprechungen, Workshops und Qualitätszirkel (zu Einzelthemen) gewährleisten den Erfahrungsaustausch und die Abstimmung einheitlicher Verfahrensweisen und von Standards. Soweit möglich werden bei der Landesärztekammer Fortbildungspunkte beantragt. Der Laborbereich des LGA ist nach DIN EN ISO/IEC 17025 („Prüflabore“) sowie nach DIN EN ISO 15189 („medizinische Labore“) akkreditiert.

### 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

## Q-Fieber-Ausbruch in Steinheim am Albuch im Landkreis Heidenheim

Silke Fischer, Elke Göhring-Zwacka, Ref. 93; Christiane Wagner-Wiening, Ref. 95

*Das LGA/Konsiliarlabor für Q-Fieber untersucht zusammen mit dem Gesundheitsamt Heidenheim einen der größten Q-Fieber-Ausbrüche des Landes.*

Anfang Juli 2014 informierte ein niedergelassener Arzt in Steinheim am Albuch das zuständige Gesundheitsamt in Heidenheim über eine Häufung von 60 Patienten mit nahezu identischer Symptomatik: Fieber, plötzlicher Krankheitsbeginn, Kopfschmerzen, Husten, Atemnot und z. T. auch atypische Pneumonien. Eine differentialdiagnostische Abklärung auf respiratorische Erreger wie Legionellen, Mycoplasmen und Coxiellen wurde eingeleitet. Die explorative Befragung von Betroffenen durch das Gesundheitsamt ergab, dass die Mehrzahl der Erkrankten am 13.06.2014 den Mondscheinmarkt auf dem örtlichen Schäferhof besucht hatten. Die Befunde der serologischen Laboruntersuchungen bestätigten den Verdacht eines Q-Fieber-Ausbruchs durch den Erreger *Coxiella burnetii*. Als wahrscheinliche Ursache des Q-Fieber-Ausbruchs wurden infizierte Schafe des Schafhofes als Expositionsquelle ermittelt und entsprechende Maßnahmen ergriffen.

### Serologische Untersuchung von exponierten Risikopersonen

Ein akutes Q-Fieber kann als fiebrige Allgemeinerkrankung, Pneumonie und/oder Hepatitis einhergehen. In unter 1 % aller Q-Fieber-Infektionen entsteht eine chronische Infektion, die sich meist als Q-Fieber-Endokarditis manifestiert. Risikofaktoren hierfür sind oft eine vorbestehende Herzklappenerkrankung oder eine Immunsuppression. Um eine Chronifizierung des Q-Fiebers möglichst frühzeitig zu erkennen, wird eine serologische Verlaufskontrolle der Antikörpertiter gegen *Coxiella burnetii* drei, sechs und zwölf Monate nach dem Infektionszeitpunkt empfohlen. Daher wurden im Rahmen des Ausbruchs der Ärzteschaft im Landkreis Heidenheim bereits Mitte Juli mittels eines Rundbriefs empfohlen, eine Antikörper-Bestimmung bei exponierten Risikopersonen, nämlich Schwangeren und Patienten mit Herzvitien bzw. Klappenersatz

oder einer Immunsuppression, durchzuführen, auch wenn keine Symptome auftraten. Bei dieser Personengruppe besteht ein erhöhtes Risiko von Komplikationen und des Übergangs in einen chronischen Verlauf, so dass auch bei fehlender Symptomatik bei labordiagnostisch nachgewiesener akuter Q-Fieber-Infektion eine vorbeugende Therapie in Betracht gezogen werden sollte. 37 Risikopersonen ohne Symptomatik im Alter zwischen 19 und 90 Jahren (Durchschnittsalter: 71 Jahre) wurden untersucht. Bei keinem der Untersuchten wurden Antikörper gegen *Coxiella burnetii* nachgewiesen.

### Weitere Untersuchungen

Mit 254 serologisch bestätigten *Coxiella burnetii*-Infektionen ist dieser Ausbruch einer der größten beschriebenen Q-Fieber-Ausbrüche in Deutschland. Um weitere Erkenntnisse zu Q-Fieber zu gewinnen und um Präventionsempfehlungen zu stärken, werden im LGA in Kooperation mit dem Gesundheitsamt Heidenheim weitere Untersuchungen dieses Ausbruchs durchgeführt. Durch die Untersuchung von Besuchern des Mondscheinmarktes, die nicht erkrankten und durch einen Presseaufruf für die Studienteilnahme gewonnen werden konnten, soll der Anteil von asymptomatischen Infektionen an Q-Fieber erfasst werden. Kriterium ist der Nachweis spezifischer Antikörper gegen *Coxiella burnetii*. Hiernach wird die Infektionsrate ermittelt. Anhand der Abfrage zu demografischen und klinischen Variablen können hilfreiche Erkenntnisse möglicher Risikofaktoren für einen symptomatischen Verlauf der Q-Fieber-Erkrankung gewonnen werden.

Von besonderer Bedeutung ist die weitere Beobachtung der Personen mit positivem Titer im Hinblick auf die Entwicklung chronischer Verlaufsformen. Des Weiteren können die Ergebnisse der Untersuchungen hilfreiche Erkenntnisse zu Q-Fieber-Verläufen mit und ohne Therapie während des Akutstadiums bzw. zu Verläufen nach asymptomatischer Infektion liefern. Dies wären wichtige Aspekte für das Management bei weiteren Q-Fieber-Ausbrüchen.

## Hepatitis-E-Genotyp-3-Erkrankungen werden häufiger diagnostiziert

Christiane Wagner-Wiening, Ref. 95

*Die vor allem über Lebensmittel übertragene Hepatitis-E-Erkrankung heilt in der Regel ohne Folgen aus. Bei Immungeschwächten kann es zu chronischen und schwerwiegenden Verläufen kommen.*

Seit dem Jahr 2009 ist ein Anstieg von autochthonen Hepatitis-E-Infektionen deutschlandweit und in Baden-Württemberg zu beobachten (siehe Abbildung). Hepatitis-E-Erkrankungen werden durch unterschiedliche Genotypen verursacht. Bei den schon lange bekannten Hepatitis-E-Viren in tropischen und subtropischen Ländern sind es Viren des Genotyps 1. Sie werden vor allem über Schmierinfektionen und verunreinigtes Trinkwasser übertragen. Bei den hierzulande zirkulierenden Hepatitis-E-Viren handelt es sich um den Genotyp 3. Dieses Virus wurde vor allem in Schweinen und Wildschweinen nachgewiesen. Infektionen des Menschen erfolgen in der Regel durch den Verzehr von unzureichend durchgegartem Schweinefleischprodukten. Eine Mensch-zu-Mensch-Übertragung ist aufgrund der geringen Viruslast in Stuhlproben als selten einzustufen. Die Mehrzahl der Infektionen verläuft asymptomatisch.

Studien in Deutschland und in anderen europäischen Ländern zur Hepatitis-E-Seroprävalenz haben gezeigt, dass diese Zoonose schon seit den 90er-Jahren in der europäischen Bevölkerung auftritt. Somit lässt sich die seit 2009 beobachtete Zunahme gemeldeter Hepatitis-E-Fälle in Deutschland am ehesten durch die gesteigerte Aufmerksamkeit

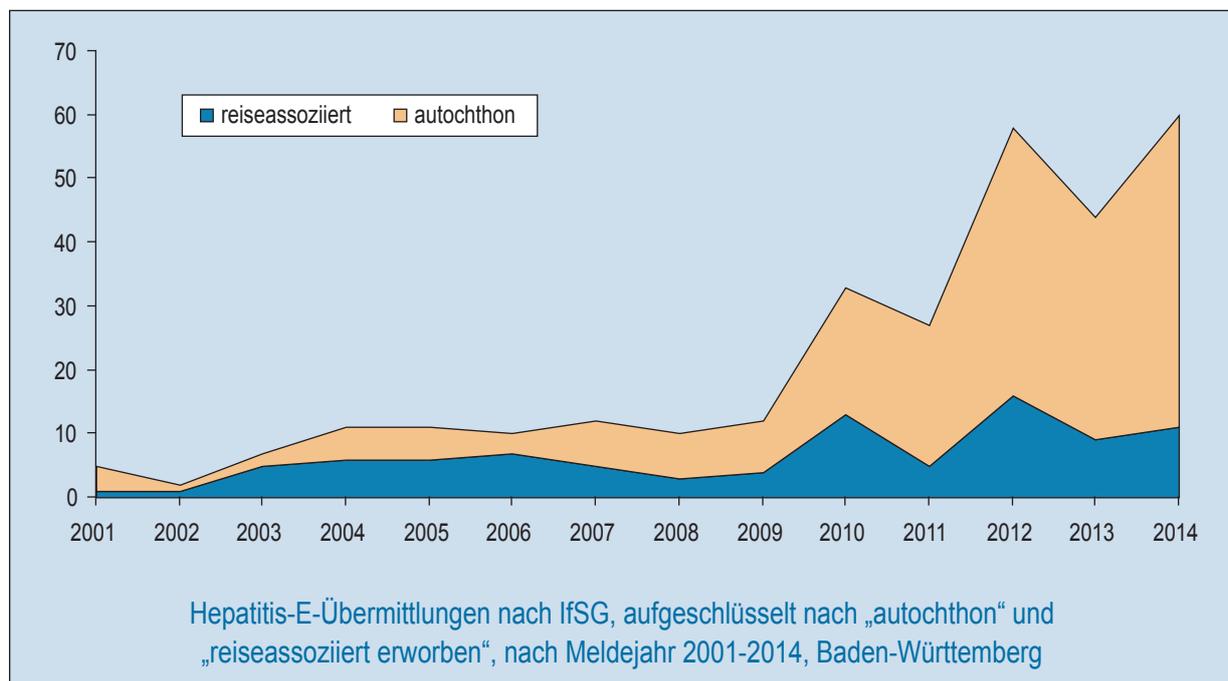
der Ärzteschaft erklären. Bei der differentialdiagnostischen Abklärung von Hepatitiden wird neben der Untersuchung auf Hepatitis A und B auch vermehrt auf Hepatitis E getestet. Im Jahr 2014 wurden 69 HEV-Erkrankungen in Baden-Württemberg an das LGA übermittelt; das sind doppelt so viele wie im Jahr 2013. Von besonderer Bedeutung sind hierbei Fälle von bluttransfusionsbedingten HEV-Infektionen und chronischen Verläufen bei Patienten mit bestehender Immunschwäche.

Im Rahmen der Überwachung meldepflichtiger Erkrankungen und einer erweiterten Surveillance im Rahmen des Auftretens einer bluttransfusionsbedingten Hepatitis E wurden seit Dezember 2013 vier Hepatitis-E-Erkrankungen bei Blutspendern bekannt. In zwei Fällen kam es dabei zu einer Übertragung auf den Empfänger. Einer der Patienten mit Vorliegen einer schweren Immunsuppression erlag im weiteren Verlauf einem Leberversagen. Bei Auftreten von HEV-Fällen wurden bislang Übertragungswege in Zusammenhang mit Blutprodukten nicht berücksichtigt.

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse empfiehlt das LGA bei Meldungen von Hepatitis-E-Erkrankungen an die Gesundheitsämter, gezielte Ermittlungen zu Spende und Übertragung von Blutprodukten durchzuführen und den Immunstatus der Patienten abzufragen. Des Weiteren wurde beim Robert Koch-Institut angeregt, die Meldesoftware um die Spezifikation „Übertragung durch Blutprodukte“ zu erweitern.



Analyse



## Geringe Masern- und Rötelnaktivität in Baden-Württemberg

Dorothee Lohr, Günter Pfaff, Ref. 95

Mit Blick auf die von der WHO-Euro-Region für das Jahr 2015 angestrebte Elimination von Masern und Röteln wurden die ans LGA übermittelten Fälle nach Berichtsformat der WHO aufgeschlüsselt.

### Masern

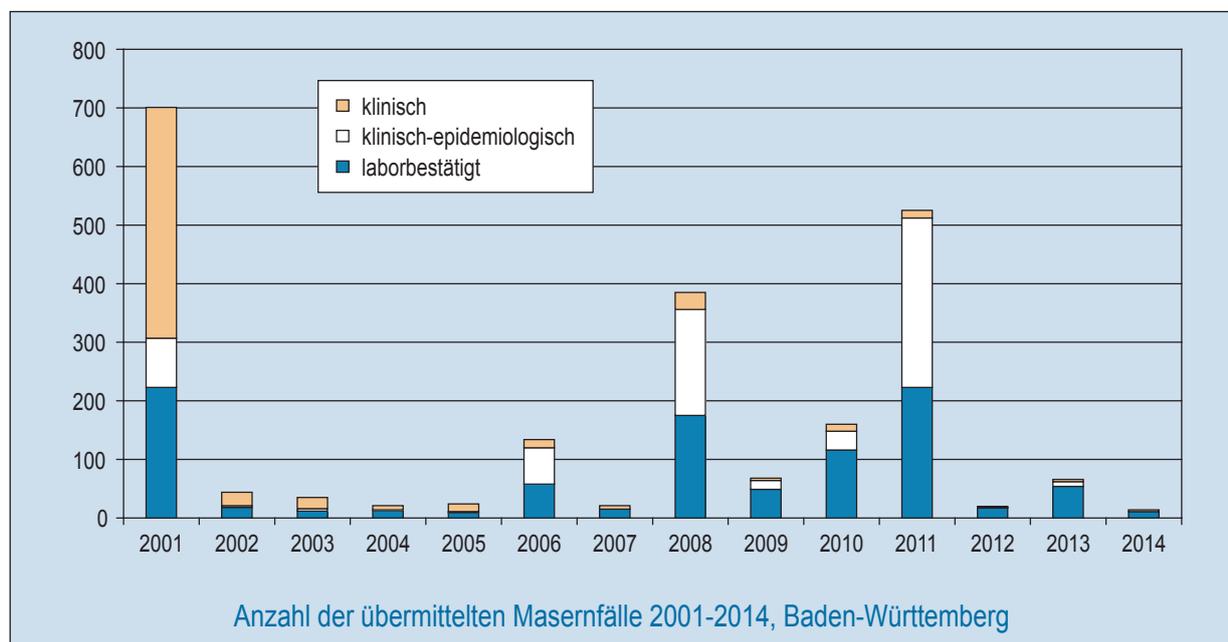
Im Jahr 2014 wurden insgesamt 28 Masernverdachtsfälle übermittelt. Davon haben sich 14 durch eingeleitete Laboruntersuchungen oder teilweise fehlende Symptomatik nicht bestätigt; diese Fälle wurden gestrichen (0,14 verworfene Fälle/100 000 Einwohner).

Mit 14 Masernerkrankungen wurden weniger Masernerkrankungen als in jedem Jahr seit Einführung des IfSG-Meldewesens 2001 übermittelt. Für elf Meldungen (77 %) liegt eine Laborbestätigung vor; davon wurden sieben (50 %) am Nationalen Referenzzentrum für Masern, Mumps und Röteln (NRZ) genotypisiert. Der Anteil der importierten Fälle lag mit 5/14 bei 35 %; zwei weitere sind import-assoziiert und gehören zu einer familiären Häufung mit Indexfall aus Bosnien-Herzegowina (BH). Mit zwei weiteren Einzelfällen aus BH trat ein beträchtlicher Anteil (5/14) in Asylbewerberheimen auf, wobei am NRZ in allen fünf Proben eine neue Variante des Genotyps D8 identifiziert wurde. Auch andere Bundesländer berichten über ein vermehrtes Masernaufkommen in Asylbewerberheimen. Zwei weitere importierte Einzelfälle traten nach Rückkehr aus Malaysia (Genotyp D9) und infolge eines Schüleraustauschs nach Frankreich (Genotyp D8) auf.

Elf Masernerkrankungen betrafen Kinder und Jugendliche (77 %), davon zwei mit Zweifachimpfung und ein Fall mit einer Impfung. Die drei erwachsenen Masernpatienten (bis 38 Jahre) hatten keine bzw. eine Impfung (Fall ohne Laborbestätigung) oder der Immunstatus war unbekannt.

### Röteln

Nach der Einführung der Meldepflicht für postnatale Röteln Ende März 2013 liegen für 2014 erstmalig vollständige Meldedaten für ein Jahr vor: Von insgesamt 32 Verdachtsmeldungen wurden 19 gestrichen (0,19/100 000 Einwohner), darunter ein Fall von Impfröteln und drei Labormeldungen von IgM-Nachweisen, die bei asymptomatischen Schwangeren im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung auftraten. Von den verbleibenden 13 Rötelnmeldungen sind zwei als importiert eingestuft mit Exposition in Thailand bzw. Portugal. Eine Laborbestätigung durch IgM-Antikörpernachweis erfolgte bei den zwei importierten Fällen sowie bei zwei weiteren Fällen mit fehlendem bzw. unbekanntem klinischen Bild (4/13, entsprechend 31 %). Eine Bestätigung durch PCR oder Titeranstieg liegt in keinem Fall vor. Da sowohl das klinische Bild mit Ausschlag und Lymphknotenschwellung bzw. Gelenkschmerzen als auch der IgM-Nachweis nicht sehr spezifisch sind, sollten klinische Verdachtsfälle sowie Fälle mit einem IgM-Nachweis durch eine PCR bestätigt werden, vorzugsweise am NRZ.



## Sind Methicillin-resistente Staphylokokken ungleich verteilt?

Lukáš Murajda, Elisabeth Aichinger, Ref. 95

*Auswertung der Meldedaten fünf Jahre nach der Einführung der Meldepflicht für MRSA*

### Einführung der deutschlandweiten Meldepflicht

In Deutschland wurde zum 01.07.2009 die Meldepflicht für Methicillin-resistente Stämme von *Staphylococcus aureus* (MRSA) eingeführt. Auch in Baden-Württemberg mussten ab diesem Zeitpunkt alle Labore den Nachweis von MRSA in Blut oder Hirnflüssigkeit an die zuständigen Gesundheitsämter melden. Die Meldepflicht einer invasiven MRSA-Infektion sollte ein wichtiges Instrument zur Erfassung der MRSA-Last sowie ein wichtiger Indikator für die Objektivierung von Präventionserfolgen sein.

### MRSA-Fälle in Baden-Württemberg

Dem LGA wurden seit Einführung der Meldepflicht 2009 bis Ende 2013 insgesamt 1 051 MRSA-Nachweise übermittelt. Die am häufigsten betroffenen Altersgruppen waren Personen über 50 und Kinder im Alter von unter einem Jahr. Männer waren mit 63 % häufiger betroffen als Frauen. Am häufigsten litten die übermittelten Fälle an Fieber (62 %) und Sepsis

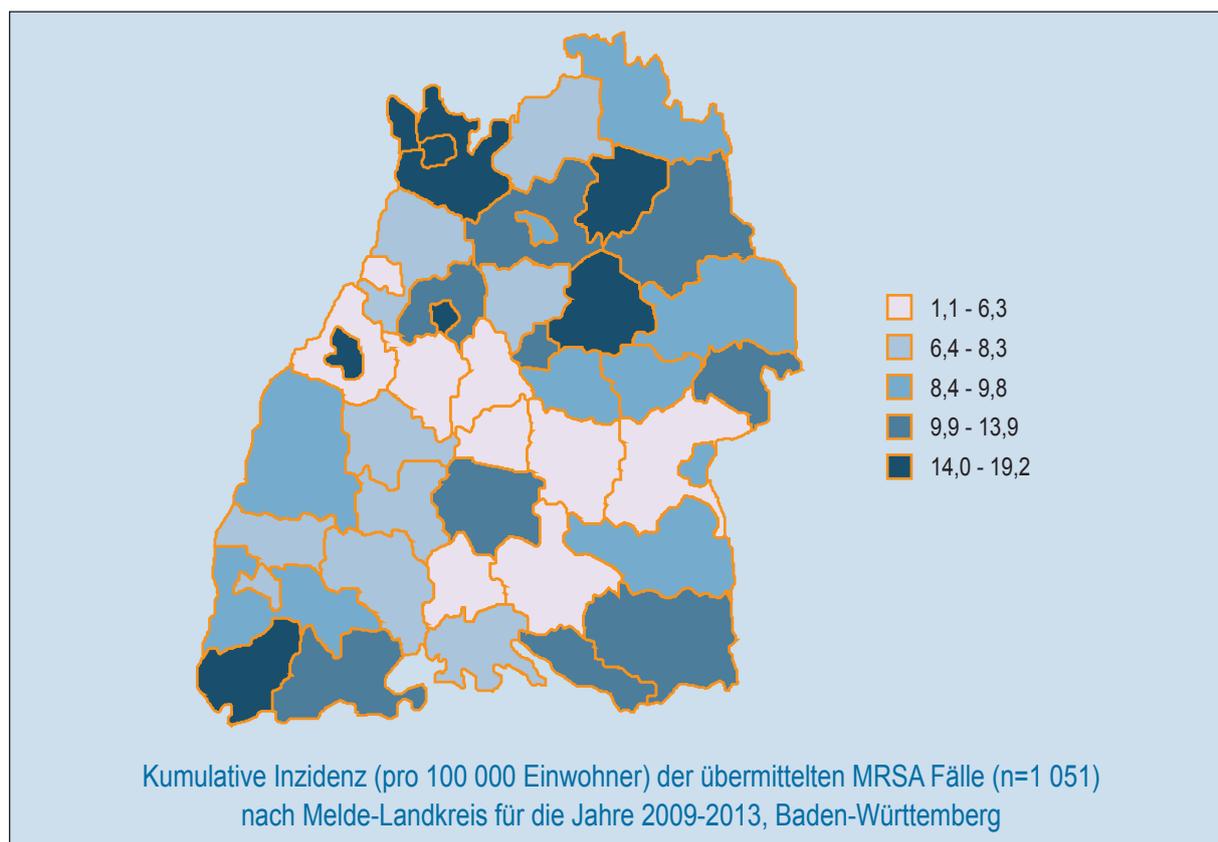
(50 %). Von 1 051 Fällen starben 97 (9 %) an der MRSA-Infektion. Ein Krankenhausaufenthalt wurde bei 860 (82 %) MRSA-Fällen dokumentiert. Davon wurde bei 198 (22 %) hospitalisierten MRSA-Fällen sowohl das Aufnahme- als auch das Entlassdatum dokumentiert: die daraus berechnete, durchschnittliche Aufenthaltsdauer eines Patienten betrug zehn Tage (0-148 Tage).

Besonders auffällig ist die deutlich unterschiedliche Verteilung der Erkrankungen bzw. MRSA-Nachweise auf die Landkreise (siehe Abbildung). So wurde im Zeitraum von 2009-2013 im Landkreis Reutlingen mit 1,08 übermittelten invasiven MRSA-Fällen pro 100 000 Einwohner landesweit die geringste Inzidenz dokumentiert. Dies steht im deutlichen Gegensatz zum Landkreis Rhein-Neckar-Kreis, aus dem im gleichen Zeitraum 19,28 Fälle pro 100 000 Einwohner übermittelt wurden. Die landesweite durchschnittliche Inzidenz lag für die Jahre 2009-2013 bei 9,83 invasiven MRSA-Fällen pro 100 000 Einwohner.

Die Gründe für die großen Inzidenzunterschiede zwischen den Landkreisen können anhand der Auswertung der Meldedaten nicht erörtert, jedoch zum Anlass für eine Ursachenforschung genommen werden.



Analyse



## Pseudomonas aeruginosa in Wasserzählern

Jens Fleischer, Ref. 93

*Der Nachweis von Pseudomonas aeruginosa in einem Kindergartenneubau in Hamburg verhindert dessen planmäßige Inbetriebnahme.*

Aus Norddeutschland wurde bekannt, dass Wasserzähler verschiedener Hersteller mit dem Bakterium *Pseudomonas aeruginosa* belastet sein können. Die Zähler wurden entweder beim Kalibrieren durch Fachfirmen oder durch falsche Lagerung kontaminiert. Bei *Pseudomonas aeruginosa* handelt es sich um einen fakultativ pathogenen Keim, der in medizinischen Einrichtungen, insbesondere Krankenhäusern, aber auch in Pflegeheimen immer wieder als Ursache von Krankenhausinfektionen in der Literatur beschrieben wird. Da der Parameter bei der Untersuchung der Trinkwasserqualität in Trinkwasserinstallationen nach Trinkwasserverordnung (TrinkwV) routinemäßig nicht mit erfasst wird, besteht aufgrund der aktuellen Vorkommnisse und daher aus infektionsprophylaktischer Sicht Handlungsbedarf. Mittlerweile wurden in mehreren Bundesländern Untersuchungen angestellt und Maßnahmen eingeleitet. In manchen Städten wurden tausende Wasserzähler in Hausinstallationen von öffentlichen Gebäuden und Wohnhäusern ausgetauscht.

### Baden-Württemberg reagiert mit einem ministeriellen Erlass

Vor diesem Hintergrund hat das Ministerium für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz Baden-Württemberg am 10.12.2014 folgende Vorgaben zur Durchführung von Gefahrerforschungs- und Gefahrenabwehrmaßnahmen erlassen:

- Für einen ersten Überblick zur Gefahrerforschung werden in allen Kreisen Einrichtungen, in denen sich immungeschwächte Personen aufhalten, insbesondere Krankenhäuser und Altenpflegeeinrichtungen, in denen im Jahr 2014 ein neuer Wasserzähler eingebaut wurde, untersucht. Sollten sich bei dieser ersten Untersuchungsserie signifikante Hinweise auf eine Kontamination des Trinkwassers durch verunreinigte Wasserzähler ergeben, werden entsprechende Maßnahmen und ggf. weitere Untersuchungen eingeleitet.
- Wird im Trinkwasser in den o. g. Einrichtungen *Pseudomonas aeruginosa* nachgewiesen, sind von den Betreibern un-

verzüglich Gefahrenabwehrmaßnahmen wie z. B. Nutzungseinschränkungen, Spül- und Desinfektionsmaßnahmen zu ergreifen und der Austausch kontaminierter Wasserzähler zu veranlassen.

- Die Untersuchungen der Wasserproben werden zentral beim LGA durchgeführt. Die Probenahme und Auswahl der Liegenschaften erfolgt durch die Mitarbeiter der Gesundheitsämter.
- Die Hersteller der Wasserzähler werden verpflichtet, den Wasserversorgern die mikrobiologische Unbedenklichkeit des Wasserzählers sowie die Einhaltung des Hygienekonzepts bei Herstellung und Prüfung zu bestätigen (z. B. hygienische Unbedenklichkeitsklärung seitens des Herstellers).
- Die Wasserversorger werden verpflichtet, Wasserzähler im Lagerbestand stichprobenartig auf *Pseudomonas aeruginosa* zu untersuchen. Hierzu sollen 1 % der jeweiligen Charge, mindestens jedoch zehn Wasserzähler einer Charge überprüft werden.
- Den Wasserversorgungsunternehmen wird der Einbau von neuen Wasserzählern nach §§ 39 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 IfSG, 5 Abs. 4, 17 Abs. 1, 20 Abs. 1 Nr. 5 TrinkwV 2001 untersagt, bei denen nicht sichergestellt ist, dass diese Wasserzähler nicht mit *Pseudomonas aeruginosa* verunreinigt sind.

Zur Harmonisierung der Maßnahmen bereiten der Deutsche Verein des Gas- und Wasserfaches e. V. (DVGW) sowie der Bundesverband der Energie- und Wasserwirtschaft e. V. (BDEW) derzeit verschiedene technische Regeln und Empfehlungen vor, welche zukünftige Belastungen von Wasserzählern mit Pseudomonaden verhindern sollen.



## Etablierung der MERS-CoV- und Ebolavirus-Diagnostik im Labor

Rainer Oehme, Ref. 93

*Eine Infektion mit dem MERS-CoV (Middle East Respiratory Syndrome Corona-Virus) und das Ebolafieber bekamen im Verlauf des Jahres 2014 größere Bedeutung bei Reiserückkehrern aus den entsprechenden Ländern. Aus diesem Grund wurde im S3-Labor des LGA die Diagnostik auf beide Erreger etabliert.*

### MERS-CoV

MERS-CoV wurde im Jahr 2012 als ein neues Virus der Familie der Coronaviren (Coronaviridae) identifiziert. Bisher hatten alle Infektionen mit diesem Virus ihren Ursprung auf der arabischen Halbinsel mit einem Schwerpunkt in Saudi-Arabien. Infektionen beim Menschen verlaufen meist schwer und betreffen die Atemwege. Etwa die Hälfte der Erkrankten stirbt an der Infektion. Als primärer Wirtsorganismus werden Fledermäuse angenommen, die das Virus auf Dromedare übertragen. Von den Dromedaren kann das Virus dann sporadisch auf den Menschen übergehen. Bisher geht man davon aus, dass das Virus nur schwer von Mensch zu Mensch übertragbar ist. Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass Reiserückkehrer von der Arabischen Halbinsel das Virus nach Deutschland importieren, wurde Anfang des Jahres 2014 eine molekularbiologische Diagnostik mit Hilfe der Polymerasekettenreaktion (PCR) etabliert. Die Inaktivierung der Probe wird im S3-Labor des LGA unter höchsten Sicherheitsvorkehrungen mit absolutem Alkohol und einem chaotropen Puffer durchgeführt. Dieser Puffer dient im Anschluss auch als Grundlage für die Nukleinsäure-Aufreinigung. Die Aufreinigung und auch die PCR-Reaktion werden nach einer gründlichen Desinfektion der Probengefäße im S2-Labor des LGA durchgeführt. Bei dem PCR-Verfahren handelt es sich um eine kommerzielle PCR der Firma Altona. Dieses Testkit beinhaltet eine Positivkontrolle und eine Aufreinigungskontrolle. Dadurch werden die Funktionsfähigkeit der PCR und die ordnungsgemäße Aufreinigung überprüft und so ein falsch negatives Ergebnis mit hoher Sicherheit ausgeschlossen. Bisher wurden am LGA 16 Proben auf das Vorhandensein von MERS-CoV untersucht. Bei allen Proben konnte eine Infektion mit dem MERS-CoV ausgeschlossen werden.

### Ebolafieber

Das Ebolafieber ist seit 1976 bekannt; es gab mehrere kleinere Ausbrüche mit 50-300 Erkrankten. Der

Erreger ist das Ebolavirus aus der Familie der Filoviren. Der zweite Vertreter dieser Familie ist das Marburgvirus. Als Reservoir für das Virus gelten auch hier Fledermäuse bzw. Flughunde. Die Infektion des Menschen geschieht häufig durch Zubereiten und Verzehr von so genanntem Bushmeat (Wildtiere aus dem Regenwald). Die Weitergabe des Virus von Mensch zu Mensch ist sehr hoch. Die Erkrankung verläuft schwer, und die Letalität liegt häufig bei 70-90 %. Der Ausbruch im Jahr 2014 ist der bisher größte mit mehr als 24 000 Erkrankten und über 9 800 Todesfällen. Die Gefahr der Einschleppung nach Deutschland wird als sehr gering eingeschätzt. Trotzdem ist es nicht ganz auszuschließen, dass ein Erkrankter nach Deutschland kommt. Aus diesem Grund hat sich das LGA in Absprache mit dem SM entschlossen, eine orientierende Diagnostik zu etablieren und anzubieten. Das bedeutet, dass Proben von Patienten, die die Falldefinition des RKI nicht vollständig erfüllen, aber bei denen eine Ansteckung nicht vollständig ausgeschlossen werden kann, im S3-Labor des LGA auf das Vorhandensein von Ebolaviren untersucht werden können. Patienten, die die Falldefinition erfüllen, werden in die Isolierstation des Robert-Bosch-Krankenhauses gebracht. Die Diagnostik dieser Patienten erfolgt momentan in den beiden Sicherheitslaboren der Stufe 4 in Hamburg bzw. Marburg. Die Diagnostik der Ebolaviren läuft analog zur Diagnostik der MERS-CoV. Die Probe wird auch im S3-Labor mit absolutem Alkohol und chaotropem Puffer inaktiviert und anschließend ausgeschleust. Die Aufreinigung und die PCR-Reaktionen werden im S2-Labor durchgeführt. Auch hier kommt ein PCR-System der Firma Altona mit gleichen Standards zum Einsatz. Dieses System kann zusätzlich zwischen Ebolaviren und Marburgviren unterscheiden. Sollte bei dem Patient noch kein Ergebnis einer Malaria-Diagnostik vorliegen, wird parallel ein Schnelltest und eine PCR auf Malaria durchgeführt. Bisher wurden in diesem Rahmen neun Patienten untersucht. Bei allen konnte das Vorhandensein von Filoviren ausgeschlossen werden. Drei der Patienten hatten eine Malaria tropica!

Im Zusammenhang mit der Diagnostik auf beide Erreger hat das S3-Labor des LGA an nationalen und internationalen Ringversuchen erfolgreich teilgenommen.



Analyse

## Wie gesund ist der Betrieb von Kaminöfen?

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

*Kaminöfen werden in vielen Wohnungen zusätzlich zur Zentralheizung verwendet. Sie können Feuchtigkeit und Schimmelpilzwachstum vermindern, verschlechtern aber die Raumluftqualität.*

Kaminöfen sind aufgrund ihrer angenehmen Raumwärme sehr beliebt. Sie bieten auch ökologische Vorteile, da Holz als regeneratives Heizmaterial das Klima nicht belastet. Vor diesem Hintergrund hat das LGA über einen Fragebogen ermittelt, welche Einflüsse Kaminöfen auf die Wohngesundheits von Kindern haben. Teilgenommen haben 2011-2014 die Eltern von über 1 300 Viertklässlern in den Kreisen Emmendingen, Ludwigsburg, Offenburg und Ravensburg.

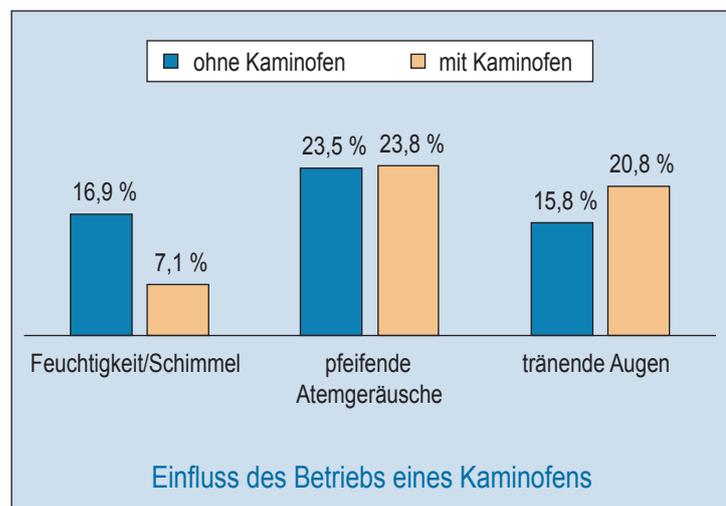
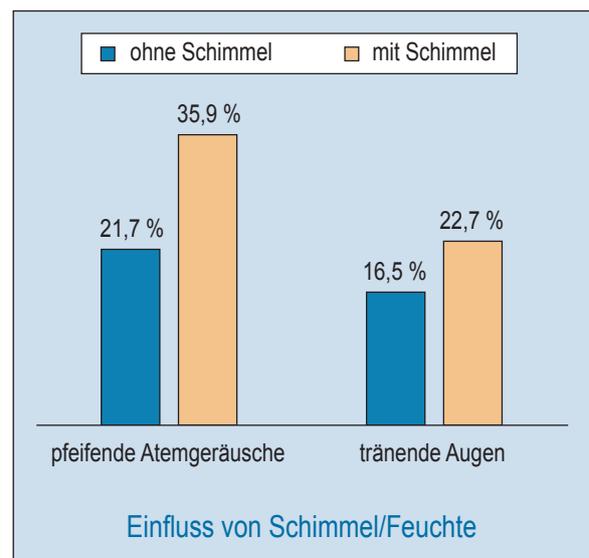
Wie bereits im Jahresbericht 2013 gezeigt werden konnte, litten Kinder in Wohnungen, die feuchte oder schimmelige Wände oder Decken aufwiesen, wesentlich häufiger unter pfeifenden Atemgeräuschen (erste Abbildung, links); ebenso wurden dort häufiger tränende Augen angegeben (erste Abbildung, rechts).

Maßnahmen zur Verringerung von Feuchtigkeit und Schimmel sollten daher die Gesundheit der Kinder positiv beeinflussen können. Eine Möglichkeit bietet hier der Betrieb eines Kaminofens, da wegen der Ableitung der warmen Abluft über den Kamin mehr trockene Luft von außen in die Wohnung gelangt. In unserer Untersuchung gaben etwa ein Drittel aller Eltern an, mindestens einmal pro Woche einen Kaminofen zu benutzen. In 7 % dieser Wohnungen wurden feuchte oder schimmelige Wände gefunden, während dies bei den Wohnungen ohne Kaminöfen in 17 % der Fall war (zweite Abbildung, links). Damit kann die Wirksamkeit von Kaminöfen gegen Feuchtigkeit und Schimmelpilzbefall auch in unserer Untersuchung bestätigt werden.

Wie wirkt sich der Betrieb eines Kaminofens auf die Gesundheit der Kinder aus? Während in Wohnungen ohne Schimmelpilzbefall die Häufigkeit von pfeifenden Atemgeräuschen um 40 % geringer war als in schimmelligen Wohnungen (erste Abbildung, links), gab es in Wohnungen mit bzw. ohne Kaminöfen trotz der unterschiedlichen Schimmelbelastung hier keinen Unterschied bei diesen Beschwerden (zweite Abbildung, Mitte). Bei der Frage, ob in den letzten zwölf Monaten gerötete Augen bei den Kindern aufgetreten waren, schnitten hier die Wohnungen mit Kaminöfen eindeutig schlechter ab (zweite Abbildung, rechts), obwohl wegen des

geringeren Schimmelpilzbefalls das Gegenteil zu erwarten war.

Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass Kaminöfen zwar das Schimmelpilzwachstum in den Wohnungen verringern können, die Luftqualität in den Räumen aber eher negativ beeinflussen. Wie aus anderen Untersuchungen bekannt ist, ist der Betrieb von Kaminöfen häufig mit einer stärkeren Rauchbelastung in den Räumen verbunden. Damit die Vorteile eines Kaminofens nicht durch eine schlechtere Luftqualität in den Wohnungen erkauft werden, muss daher beim Betrieb von Kaminöfen insbesondere auf eine raucharme Verbrennung (z. B. durch die Verwendung von trockenem Holz) und auf eine regelmäßige und gute Lüftung der Wohnung geachtet werden.



## Schulanfängerinnen und Schulanfänger sind nicht häufiger übergewichtig als vor 15 Jahren

Iris Kompauer, Ref. 95

In den letzten Jahren wurde über eine Zunahme von Übergewicht und Adipositas in der Bevölkerung berichtet. Die Auswertung der Größen- und Gewichtsdaten aus den Einschulungsuntersuchungen (ESU) der vergangenen 15 Jahre in Baden-Württemberg kann diesen Trend für die Kinder im durchschnittlichen Alter von fünf bzw. sechs Jahren jedoch nicht bestätigen.

Die Messung des Körpergewichts stellte bis zum Untersuchungsjahr 2007/08 ein fakultatives Untersuchungselement dar. Mit Einführung der neu konzipierten ESU im Untersuchungsjahr 2008/09 wurde die Messung von Körpergewicht und -größe der Kinder fester Bestandteil der Untersuchungen.

Das Gewicht der Kinder wird mit einer geeichten Personenwaage in leichter Bekleidung auf 100 g, die Körpergröße ohne Schuhe auf 1 cm genau gemessen. Bei der Berechnung der Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas wurden für die vorliegende Auswertung die Referenzwerte von Kromeyer-Hauschild et al. (2001) verwendet.

In den Jahren 1998/99-2012/13 waren insgesamt 9,2 % der Einschulungskinder übergewichtig, 3,6 %

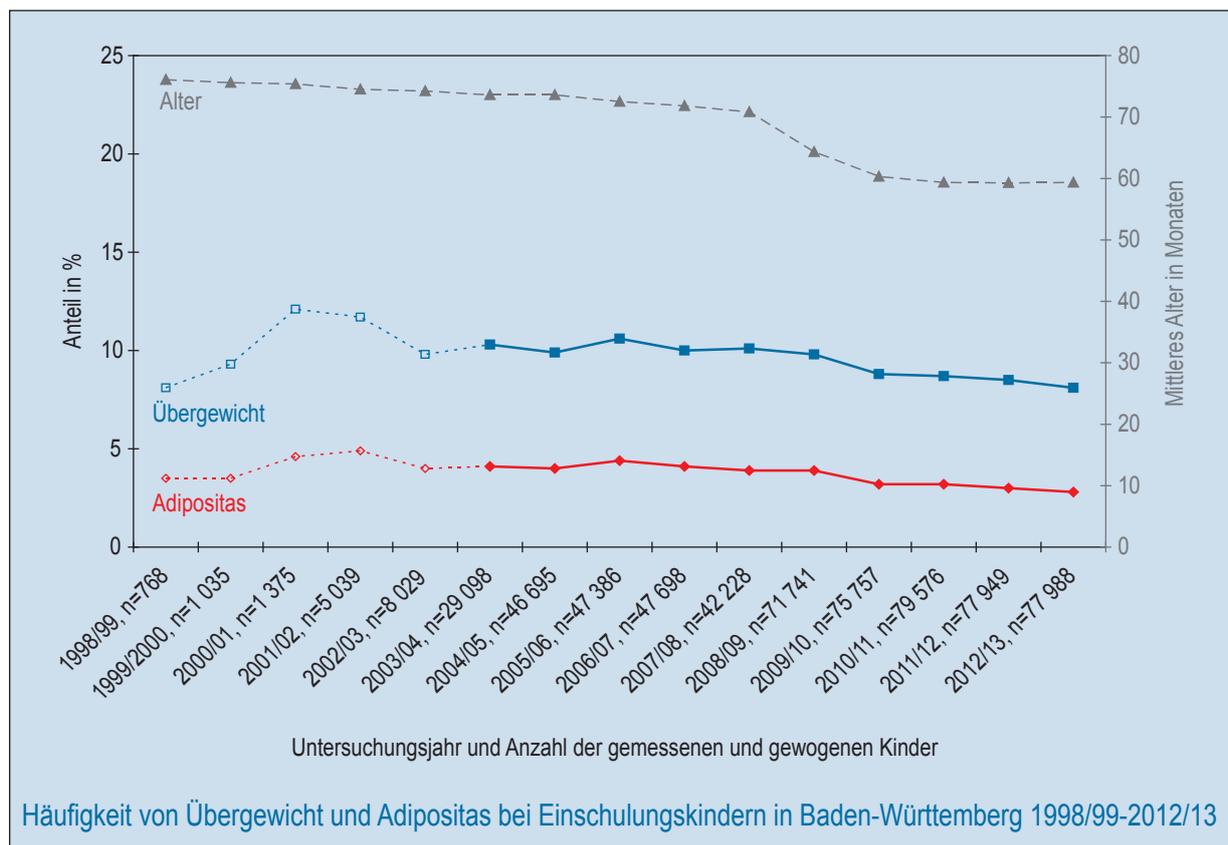
adipös. Dies liegt im erwarteten Bereich von 10 % übergewichtiger bzw. 3 % adipöser Kinder. Die Auswertung der Größen- und Gewichtsdaten nach einzelnen Untersuchungsjahren lässt eher eine sinkende Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas bei den Einschulungskindern erkennen (siehe Abbildung).

Allerdings war die Zahl der gemessenen und gewogenen Kinder vor allem in den ersten fünf Jahren vergleichsweise gering. Das durchschnittliche Alter der Kinder lag bis zur Einführung der neu konzipierten ESU im Untersuchungsjahr 2008/09 gut ein Jahr höher als bei den späteren Untersuchungen (siehe Abbildung). Nach den Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGs) steigt die Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas erst mit Beginn der Schulzeit über die erwarteten Werte von 10 % für Übergewicht und 3 % für Adipositas.

Inwieweit die geringe Fallzahl in den ersten Jahren und das niedrigere Alter ab dem Untersuchungsjahr 2008/09 einen Einfluss auf die Häufigkeit übergewichtiger Einschulungskinder haben, ist unklar.



Analyse



## Sprachauffällige Kinder fallen im Alltag nicht immer auf

Anne Fechler, Anna Leher, Ref. 95

*In der Einschulungsuntersuchung (ESU) wird durch ein Screening und anhand des Beobachtungsbogens eine Einschätzung der Sprache der Kinder getroffen. Nicht immer stimmen diese beiden Bewertungen überein.*

Eine gesunde Sprachentwicklung ist von Bedeutung für den späteren Schulerfolg von Kindern. Ein wichtiger Bestandteil der ESU ist die Beurteilung der Sprache und das Feststellen eines möglichen Sprachförderbedarfs. Dabei kann ein Beobachtungsbogen<sup>1</sup>, der von den Erzieherinnen und Erziehern in der Kindertagesstätte ausgefüllt wird, aufzeigen, ob ein Kind eine altersgerechte Entwicklung aufweist und somit im Alltag unauffällig erscheint. Das Sprachscreening wird von den sozialmedizinischen Assistentinnen der Gesundheitsämter bei der Basisuntersuchung durchgeführt und von den Ärztinnen und Ärzten des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes beurteilt.

Von den 93 222 im Untersuchungsjahr 2012/13 untersuchten Kindern konnten 63 165 mit einem vollständig ausgefüllten Beobachtungsbogen und einem kompletten Sprachscreening in die Auswertung einbezogen werden. Das sind gut zwei Drittel aller untersuchten Kinder. Die Stichprobe verkleinert sich, da für die Auswertung ausdrücklich beide Verfahren vollständig sein müssen.

Von diesen Kindern zeigen 37 % Auffälligkeiten im Sprachscreening (N = 23 610). Davon sind 43 % laut Beobachtungsbogen völlig unauffällig in ihrer Entwicklung und somit auch in der Sprache. Betrachtet man die Anteile nach Geschlecht getrennt, so sind 39 % der Jungen und 48 % Mädchen trotz eines auffälligen Sprachscreenings im Alltag in ihrer Entwicklung nicht

aufgefallen (siehe Tabelle). Das Gleiche zeigt sich auch für die älteren Kinder.

### Unauffällig im Alltag – doch nachgewiesener Sprachförderbedarf

Ein auffälliges Screening bedeutet nicht zwingend, dass die Kinder auch einen intensiven Förderbedarf im Bereich Sprache haben. Eine erweiterte Sprachstandsdiagnostik sollte bei allen Kindern erfolgen, bei denen ein intensiver Sprachförderbedarf bestätigt werden muss. Im Rahmen der ESU erhielten von diesen im Screening auffälligen Kindern 59 % eine weiterführende Diagnostik mit einem Sprachtest. Es zeigt sich, dass in dieser Gruppe knapp 28 % im Alltag unauffällig erscheinende Kinder nachweislich einen intensiven Sprachförderbedarf haben. Werden auch hier die Anteile nach Geschlecht getrennt betrachtet, so zeigen 25 % der Jungen und 31 % der Mädchen einen intensiven Sprachförderbedarf bei komplett altersgerecht erscheinender Entwicklung. Offensichtlich ist, dass Kinder mit auffälligem Sprachscreening als auch einem bestätigten intensiven Sprachförderbedarf im Alltag zu einem guten Teil nicht auffallen. Die genauen Gründe hierfür sind anhand dieser Auswertungen nicht feststellbar. In der Literatur wird beschrieben, dass Kinder häufig durch geschicktes Verhalten sprachliche Defizite kompensieren.

Das Wissen um unentdeckte Auffälligkeiten im Bereich Sprache soll weiter dazu motivieren, der Sprache eine wichtige Rolle in der ESU beizumessen. Ein identifizierter Sprachförderbedarf und folglich eingeleitete Fördermaßnahmen können ihren Teil für einen guten Start in die Schule beitragen.

### Alters- und geschlechtsabhängige Verteilung der im Sprachscreening auffälligen Kinder und der Kinder mit bestätigtem intensiven Sprachförderbedarf bei gleichzeitig unauffälligem Beobachtungsbogen

Sprachscreening	Gesamt	Jungen	Mädchen
4-Jährige	41 %	37 %	45 %
5-Jährige	45 %	40 %	50 %
Alle Kinder	43 %	39 %	48 %
Mit Sprachtest bestätigter intensiver Sprachförderbedarf	28 %	25 %	31 %

<sup>1</sup> Beobachtungsbogen zu Grenzsteinen der Entwicklung nach Prof. Michaelis mit Angaben zur Körpermotorik, Sprachentwicklung, sozialen und emotionalen Kompetenz

## Es müssen nicht immer Spätzle sein – Ernährungsgewohnheiten in Baden-Württemberg

Iris Zöllner, Christiane Mulsow, Ref. 95

*Frauen essen häufiger Obst, Milchprodukte, Vollkornbrot und Süßigkeiten als Männer, während Männer öfter Fleisch, Wurstwaren, Fisch und Weißbrot verzehren.*

Da für Baden-Württemberg keine aktuellen Daten zur Ernährung und Gesundheit von Erwachsenen vorlagen, führte das LGA im Jahr 2010/11 in Kooperation mit zehn Gesundheitsämtern eine Untersuchung bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Landratsämtern durch.

Ziel der Untersuchung war es u. a., Angaben zur Ernährung der Teilnehmenden zu erheben und der Frage nachzugehen, ob es Unterschiede zwischen den Ernährungsgewohnheiten von Männern und Frauen gibt und, wenn ja, worin diese bestehen.

Mithilfe eines selbst auszufüllenden Fragebogens wurden von den Untersuchungsteilnehmenden Angaben erbeten: „Wie oft werden die folgenden Lebensmittelgruppen von Ihnen pro Woche verzehrt? Tee (Früchtetee/schwarzer Tee), Milch/Kakao, Säfte, Limonaden (z. B. Cola), Wasser, Fisch, Fleisch (ohne Wurstwaren), Innereien, Wurstwaren/Schinken, Imbisskost (z. B. Hamburger/Pommes), Gemüse/Salate, frisches Obst, Kuchen/Kekse, Süßigkeiten, salziges Gebäck, Vollkornbrot/Schwarzbrot, Weißbrot/Mischbrot, Eier, Käse/Quark/Joghurt, Butter.“

Für jede Lebensmittelgruppe waren diese Antwortkategorien zur Häufigkeit des Verzehrs möglich: „(fast) täglich“, „mehrmals pro Woche“, „etwa einmal pro Woche“ und „weniger oder nie“.

Insgesamt konnten 1 396 Erwachsene im Alter von 18-74 Jahren befragt werden. Davon waren 502 Männer und 894 Frauen.

Männer essen häufiger Fleisch als Frauen (84 % täglich oder mehrmals pro Woche vs. 60 %). Das gilt auch für Wurstwaren (88 % vs. 71 %), Weiß-/Mischbrot (74 % vs. 61 %) und Fisch (73 % vs. 64 %).

Frauen verzehren dagegen häufiger Obst als Männer (87 % vs. 79 %) sowie Milchprodukte (89 % vs. 81 %), Vollkornbrot/Schwarzbrot (71 % vs. 64 %) und Süßigkeiten (64 % vs. 58 %). Frauen trinken öfter Tee als Männer (68 % vs. 44 %) sowie Milch/Kakao (57 % vs. 51 %), während Männer häufiger angeben, Säfte und Limonaden zu trinken. Nach dem Konsum alkoholischer Getränke wurde bei dieser Erhebung nicht gefragt.

Vegetarisch ernährten sich knapp 3 % der Befragten. Zwischen Frauen und Männern gab es in Bezug auf vegetarische Ernährung nur einen geringen Unterschied (2,8 % vs. 2,4 %). Der höchste Anteil der Teilnehmenden mit vegetarischer Ernährung wurde in den Altersgruppen zwischen 40 und 60 Jahren beobachtet (2,9 %), wobei die zugrunde liegenden absoluten Fallzahlen eher klein waren.

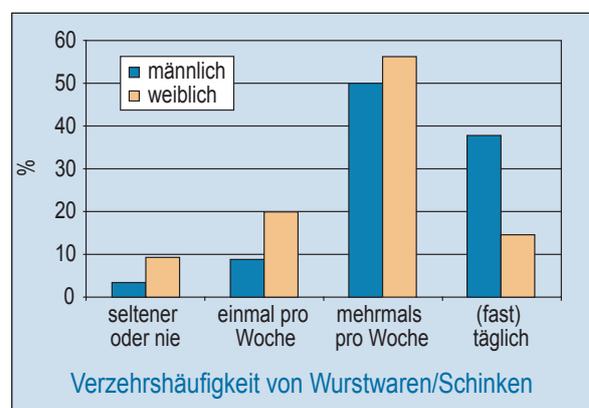
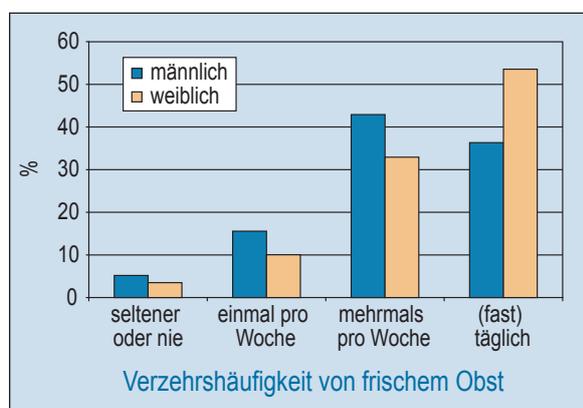
Die größten Unterschiede bei den Verzehrsgewohnheiten von Männern und Frauen ließen sich beim Konsum von Fleisch, Wurstwaren und Weiß- oder Mischbrot feststellen.

Im Hinblick auf den Getränkekonsum war bemerkenswert, dass Männer häufiger als Frauen angaben, Säfte zu trinken. Tee wird dagegen erwartungsgemäß von Frauen bevorzugt.

Die hier dargestellten Ergebnisse dienen als Grundlage für die Gesundheitsberichterstattung in Baden-Württemberg.



Analyse



## Veränderungen der Sterblichkeit in Baden-Württemberg 1990-2010

Iris Zöllner, Klara Lorenz, Ref. 95

Die Gesamtsterblichkeit ist bei Männern und Frauen in Baden-Württemberg von 1990-2010 deutlich gesunken.

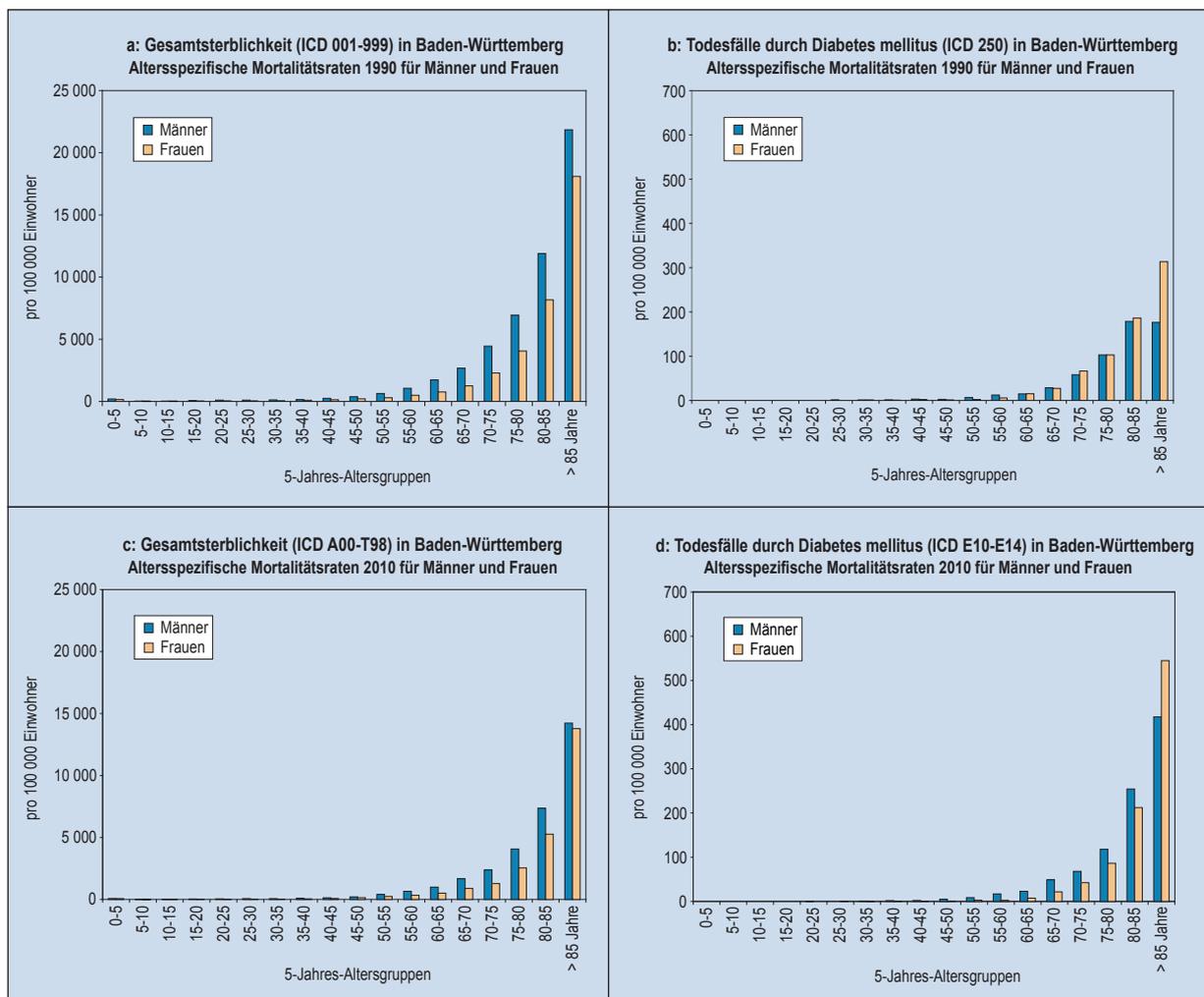
Die Gesamtsterblichkeit sank in Baden-Württemberg von 1990-2010 bei Männern und Frauen in fast allen Altersgruppen um etwa ein Drittel (siehe Abbildungen a und c).

Dieser deutliche Rückgang ist vor allem bedingt durch die in den vergangenen 20 Jahren gesunkene Mortalität durch Krankheiten des Kreislaufsystems und durch Krebserkrankungen (bösartige Neubildungen). Deutlich gesunken ist insbesondere die Sterblichkeit durch akuten Myokardinfarkt, durch Krankheiten der Atmungsorgane, durch bösartige Neubildungen des Magens, der Prostata und der Brustdrüse. Auch die Mortalität durch Suizide sank in allen Altersgruppen.

Eine Zunahme der Mortalitätsraten zeichnete sich dagegen bei folgenden Todesursachen ab: Sterbefälle durch infektiöse und parasitäre Krankheiten, durch Diabetes mellitus (siehe Abbildungen b und d) und durch Krankheiten des Nervensystems. Bei Frauen stieg im gleichen Zeitraum auch die Mortalität durch bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge, während die Sterblichkeit durch Lungenkrebs bei Männern von 1990-2010 gesunken ist.

Wegen des Wechsels der Todesursachenkodierung im Jahr 1998 von der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten in der ICD-9-zur ICD-10-Version lassen sich die Daten zu einigen Todesursachengruppen von 1990 nicht mit Daten von 2010 vergleichen.

Analyse



## Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz – 2014 im Focus: Ebola

Elisabeth Aichinger, Karl-Heinz Janke, Ref. 95

*Trotz des geringen Risikos einer Einschleppung des Ebolafiebers nach Baden-Württemberg bereitet sich das Kompetenzzentrum auf den Ernstfall vor.*

Bei dem viralen hämorrhagischen Fieber Ebola handelt es sich um eine seltene Erkrankung – erstmals 1976 in der Demokratischen Republik Kongo (bis 1997 Zaire) beschrieben und nach dem Fluss Ebola benannt. Seit März 2014 umfasste der bisher größte Ausbruch mehr als 24 000 Erkrankte mit über 9 800 Todesfällen. Betroffen sind/waren neun Länder: Guinea, Liberia, Sierra Leone (Mali, Nigeria, Senegal, Spanien, USA und Großbritannien) – Stand 01.03.2015.

### Maßnahmen des LGA

Auch wenn sich die Einschätzung, dass ein Auftreten von Ebolafällen in Deutschland unwahrscheinlich



Übung im LGA : Dichtes Anlegen von Schutzbekleidung



Übung im LGA : Bau einer behelfsmäßigen Schleuse – Anpassen der Foliengröße



Übung im LGA : Bau einer behelfsmäßigen Schleuse – zweistufige Schleuse

ist, nicht geändert hat, wurden/werden zahlreiche Maßnahmen im LGA/Öffentlichen Gesundheitsdienst Baden-Württemberg (ÖGD) umgesetzt. Das LGA arbeitet und kommuniziert Informationen für Patienten, medizinisches Personal, Krankenhäuser, Hilfsorganisationen. Das S3-Labor wurde befähigt, im Bedarfsfall eine Diagnostik (Ebola, Malaria) durchzuführen. Diese wird ebenso wie ein mit Fachpersonal besetzter Bereitschaftsdienst rund um die Uhr vorgehalten. Somit können Verdachtsfälle schnell abgeklärt und weitere Maßnahmen veranlasst werden.

Präventive Maßnahmen, persönliche Schutzausrüstung (PSA), Kommunikation und Management waren Themen von Veranstaltungen, die in Zusammenarbeit mit ärztlichen Organisationen, Hilfsorganisationen oder aus anderen Anlässen landesweit stattfanden. Für die Beschäftigten des ÖGD wurden mehrere Fortbildungen zu aktuellen Fragen bzw. PSA-Schulungen in Kooperation mit der Missionsärztlichen Klinik Würzburg umgesetzt.

Neben den fachlichen Fragen aus dem ÖGD wurden zahlreiche Fragen aus der Bevölkerung, aus Praxen, Krankenhäusern, Verbänden, Laboren u. a., soweit möglich, bearbeitet oder in Fachgremien eingebracht. Die Mitarbeit im Ständigen Arbeitskreis der Behandlungs- und Kompetenzzentren war überwiegend von Ebola bestimmt (Telefonkonferenzen, Rückführungen, Behandlung). Daneben wurde am Ebola-Rahmenkonzept des Robert Koch-Instituts mitgearbeitet. Zur Umsetzung der erarbeiteten Empfehlungen wurden Arbeitstreffen mit Organisationen/Institutionen des Landes (u. a. Feuerwehren, Flughäfen, Rettungsdienste, Ministerien, Krankenhausgesellschaft, Ärzteorganisationen, Verwaltungen) durchgeführt.

### Ausblick auf 2015

Für das Jahr 2015 stehen neben den „Routineaufgaben“ die weitere Aktualisierung von Fachinformationen, die Begleitung/Überwachung rückkehrender Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Hilfsorganisationen, die Ausbildung/Schulung des ÖGD, die Fortschreibung des Seuchenalarmplans sowie der Aufbau einer zeitgerechten telekommunikativen Infrastruktur an.



## Symposium Frühförderung Baden-Württemberg 2014

Anette Winter-Nossek, Ref. 94

Am 14.10.2014 kamen über 260 Fachleute aus dem interdisziplinären Arbeitsfeld Frühförderung in Baden-Württemberg nach Stuttgart.

„Frühförderung – Zugänglichkeit und Barrieren“ lautete der Titel des Symposiums Frühförderung Baden-Württemberg 2014. Kinder mit Entwicklungsverzögerungen oder (drohenden) Behinderungen von der Geburt bis zur Einschulung und ihre Eltern stehen im Mittelpunkt der Frühförderung. Die Unterstützung für sie soll niederschwellig erreichbar sein.

In zwei Hauptvorträgen am Vormittag und sechs Themengruppen am Nachmittag wurden Aspekte der Zugänglichkeit und Barrieren der Frühförderung in Baden-Württemberg vorgestellt und diskutiert.

Im ersten Hauptvortrag am Vormittag des Symposiums standen neue Erkenntnisse der Schlaforschung im Mittelpunkt. Sie unterstrichen die Bedeutung von Tiefschlafphasen für die Gedächtnisbildung im Gehirn auch bei jungen Kindern. Katharina Zinke, Mitglied der Arbeitsgruppe Neurowissenschaften am Institut für Medizinische Psychologie und Verhaltensneurobiologie der Universität Tübingen, stellte ihre Forschung am Kinderschlaflabor Tübingen vor. Nach der grundsätzlichen Darstellung des Phänomens Schlaf und wie sich kindlicher Schlaf von dem Erwachsener unterscheidet, führte Frau Dr. Zinke aus, wie Gedächtnisinhalte im Tiefschlaf neu strukturiert und gefestigt werden und dadurch Erlerntes abgespeichert wird. Demnach spielen die REM-Schlafphasen (rapid eye movement – rasche Augenbewegungen im Schlaf bei geschlossenen Augen) keine so dominierende Rolle (mehr) wie früher häufig angenommen. Diese Erkenntnisse belegen auch die Wichtigkeit von ausreichend langem und tiefem Schlaf insbesondere bei Kindern, um „barrierefrei“ aufmerksam für Angebote der Frühförderung sein zu können und um Erlebtes und Gelerntes dauerhaft zu speichern.

Im zweiten Hauptvortrag wurden am Beispiel eines Landkreises in Baden-Württemberg die Vorteile der strukturierten Kooperation und Vernetzung von Akteuren aus verschiedenen Bereichen der frühkindlichen Prävention und Frühförderung aufgezeigt. Ullrich Böttinger, Leiter des Amtes für Soziale und Psychologische Dienste im Ortenaukreis, erläuterte das umfangreiche und nachhaltige Konzept des Ortenaukreises für die passgenaue Unterstützung von Familien mit jungen Kindern. Bei vorliegendem Einverständnis der Eltern werden durch die strukturierte und intensive Kooperation und Vernetzung der Beteiligten im Bereich frühkindliche Prävention und Frühförderung den Familien Unterstützungsangebote ganz

nach Bedarf zugänglich gemacht und Barrieren vermieden, die z. B. durch früher bestehende umständliche Zugangswege oder Doppelungen von Maßnahmen bestanden hatten.

Am Nachmittag bestand für die Teilnehmenden Gelegenheit, in sechs Gruppen weitere Aspekte der Zugänglichkeit und Barrieren der Frühförderung in Baden-Württemberg zu diskutieren: Zum Thema „Frühförderung ganz nah“ wurde in Themengruppe 1 die Zugänglichkeit und Barrieren von Interdisziplinären Frühförderstellen erarbeitet. Gruppe 2 diskutierte analog zum Thema in Gruppe 1 unter der Überschrift „Frühförderung ganz nah“ die Zugänglichkeit und Barrieren von Sonderpädagogischen Frühberatungsstellen. Zum Thema „Frühförderung verstehbar“ kamen in Gruppe 3 Aspekte der interkulturell sensiblen Zugänglichkeit von Frühfördermaßnahmen zur Sprache. Mit besonderer Offenheit und Einfühlungsvermögen werden interkulturelle Barrieren vermindert. Hilfreich ist die Bildung interkultureller Teams. In Themengruppe 4 wurden die Bereiche „Hören, Sehen und Kommunizieren“ in Bezug zur „Frühförderung verstehbar“ näher betrachtet. Dabei wurden auch Hinweise für Fachkräfte in allgemeinen Kindertagesstätten gegeben. Gruppe 5 erörterte die Zusammenarbeit mit Kindertageseinrichtungen zur Förderung der sozialen Teilhabe, durch die allen Kindern ein barrierefreier Zugang ermöglicht wird. Wie sich die Zugänglichkeit oder Barrieren der Frühförderung insbesondere für Pflegekinder mit Behinderungen darstellen und wie Pflegeeltern durch die Frühförderung dazu beraten werden können, wurde in Gruppe 6 erarbeitet.

Eine Ausstellung der sonderpädagogischen Medienberatungsstellen in Baden-Württemberg sowie Plakate zu gesetzlichen Grundlagen der Frühförderung und der gemeinsamen Bildung und Betreuung in Kindertagesstätten, zu Daten der Familienforschung in Baden-Württemberg und zu 25 Jahren Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen bildete neben einem Bücherstand und weiteren Informationsmaterialien den äußeren Rahmen des Symposiums. Vor dem Beginn und in der Mittagspause sahen die Teilnehmenden das Video zum Song „Inklusion“ der Blind Foundation mit dem Netzwerk Inklusion Frankfurt, gestaltet u. a. vom integrativen Gebärdenchor Lukas14.

Die Beiträge und weitere Informationen aus dem Bereich Landesarzt für Menschen mit Behinderungen in Baden-Württemberg sind im Internet unter <http://www.gesundheitsamt-bw.de> zu finden.

## Geschützt in die Schule: Individueller Impfschutz der Schulanfängerinnen und Schulanfänger 2014

Anna Leher, Ref. 95

*Der individuelle Impfschutz bezeichnet die Vollständigkeit der Impfungen je Kind. Eine Berechnung dieser Quoten ermöglicht eine andere Betrachtung von Impfmustern.*

Die Impfquoten aus den Einschulungsuntersuchungen werden jedes Jahr ausgewertet und veröffentlicht. Sie dienen als Grundlage zur Überprüfung der gesetzten nationalen Ziele im Erreichen bestimmter Durchimpfungsquoten für öffentlich empfohlene Impfungen. Dabei werden die Auswertungen generell aus Sicht der Einzelimpfungen gemacht. Die Vollständigkeit des Impfschutzes des einzelnen Kindes nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) wird nicht berücksichtigt. Für eine weitergehende Analyse der regionalen Impfmuster ist aber der Blick auf den individuellen Impfschutz sehr hilfreich.

Dazu wurden die Daten aus dem Untersuchungsjahrgang 2012/13 (Schulanfängerinnen und Schulanfänger 2014) in drei Schritten ausgewertet:

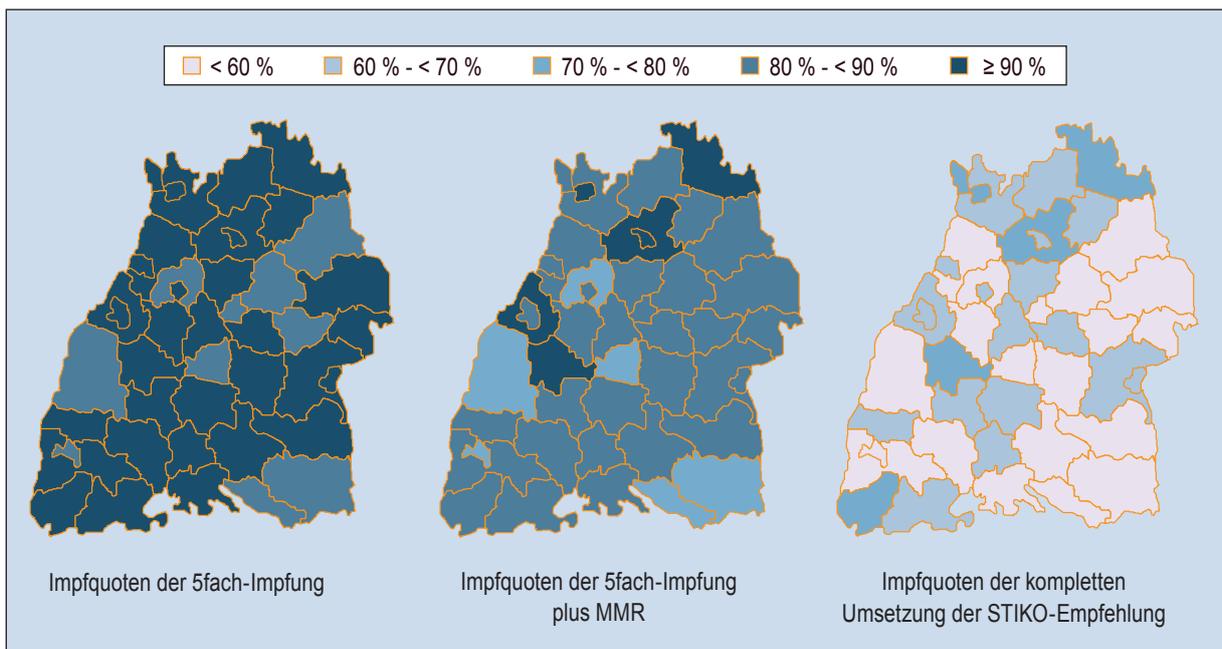
Zunächst wird die Impfquote der fünf gängigsten und ältesten Impfpflichtungen (5fach) betrachtet. Sie beinhaltet den Impfschutz gegen Polio, Pertussis, Tetanus, Hämophilus Typ B und Diphtherie. Dieser liegt landesweit bei 91 %, was einem Impfschutz in

ausreichendem Maße entspricht. Regionale Unterschiede treten kaum in Erscheinung (erste Abbildung).

In einem zweiten Schritt werden die Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR) dazugenommen. Der Anteil der Umsetzung landesweit liegt bei 86 % und immer noch in einem akzeptablen Bereich. Erste Unterschiede in der regionalen Verteilung sind erkennbar (zweite Abbildung).

Am Schluss wird die komplette Umsetzung der STIKO-Empfehlungen, d. h. 5fach-Impfung plus MMR, Hepatitis B, Varizellen, Meningokokken und Pneumokokken, betrachtet. Diese wird landesweit nur zu 58 % umgesetzt. In den meisten Kreisen sind also weniger als zwei Drittel der Kinder komplett nach STIKO geimpft worden (dritte Abbildung). Dies deutet auf eine unzureichende Umsetzung hin. Ein Grund dafür könnte sein, dass die Empfehlungen für die neueren Impfungen kurz vor den Geburtszeiträumen der Schulanfängerinnen und Schulanfänger herauskamen. Erfahrungsgemäß folgt die Akzeptanz dieser erst mit einer zeitlichen Verzögerung.

Eine weitere Beobachtung des individuellen Impfschutzes der Kinder landesweit ist daher notwendig. Daraus resultierende Muster können gezielte, regionale Impfkampagnen auslösen.



## Gesundheitsversorgung mit Barrieren bei kognitiver Behinderung

Claudia Lucka, Birgit Berg, Ref. 94

*Zugänglichkeitsbarrieren, fehlendes Wissen der Professionellen und behinderungsspezifische Aspekte erschweren oft noch angemessene Diagnostik und Therapie.*

Von den 10,7 Millionen Menschen in Baden-Württemberg haben gut 1 % Einschränkungen des Lernens und der Selbstständigkeit, die wir als „geistige Behinderung“ bezeichnen. Diese Benennung ist sozialrechtlich relevant, jedoch bei Betroffenen, Angehörigen und zunehmend Fachleuten wenig akzeptiert. Im folgenden Text sprechen wir daher von kognitiver Behinderung.

### Welche offenen Fragen stehen im Vordergrund?

Eine gleichwertige Gesundheitsversorgung für Menschen mit kognitiver Behinderung ist mit verschiedenen Problemen konfrontiert. So existieren für Menschen mit kognitiver Behinderung zahlreiche Barrieren im Zugang zu bestehenden allgemeinen Versorgungs- und Vorsorgeangeboten. Dazu gehören z. B. fehlende Aufklärung über präventive und kurative Angebote, häufiger keine freie Wahl des Arztes oder wenig verfügbare Informationen in leichter Sprache. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung besteht ein höheres Risiko für verschiedene Erkrankungen, während Diagnostik häufiger verzögert oder gar nicht erfolgt. Nicht erkannte Erkrankungen können auch nicht angemessen behandelt werden, womit das Risiko für Chronifizierung und vermeidbare Folgeerkrankungen steigt. In einer niederländischen Studie aus dem Jahr 2006 hatten Erwachsene mit kognitiver Behinderung ein zehnfach höheres Risiko für Sehbeeinträchtigungen und Blindheit. In ca. 41 % der Fälle wurde die Diagnose neu gestellt (van Splunder et al., 2006). In einer deutschen Erhebung aus Schleswig-Holstein aus dem Jahr 2010 waren 41 % von 234 Werkstatt-Beschäftigten mit kognitiver Behinderung sehbeeinträchtigt. In 54 % der Fälle war dies den Betreuenden nicht bekannt (Henriksen & Degenhardt, 2010). Depressive Störungen treten bei Menschen mit kognitiver Behinderung erheblich häufiger auf; auch diese werden oft nicht erkannt (Hermans et al., 2013). Häufig wissen Professionelle wie ärztliches, therapeutisches und Pflegepersonal wenig über abweichende Ausdrucksformen bestimmter Symptome, behinderungsspezifische Besonderheiten u. Ä. Schmerz beispielsweise kann sich bei Menschen mit schweren Beeinträchtigungen der Kommunikation sowohl durch autoaggressive als auch lethargische Verhaltensweisen äußern. Menschen mit Fragilem-X-Syndrom sind häufig schmerzempfindlicher, während sich Menschen mit Prader-Willi-Syndrom oft

unempfindlicher für Schmerzreize zeigen. Mit der Vollendung des 18. Lebensjahres entfällt i. d. R. die interdisziplinäre Versorgung durch Sozialpädiatrische Zentren und die Strukturen der Erwachsenenmedizin werden zuständig – bislang ohne vergleichbare Kompetenzzentren als Unterstützung.

### Schritte zur Verbesserung

Angesichts der vielfältigen Probleme gibt es seit Jahren Vorstöße und Initiativen, um die Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen zu verbessern. Artikel 25 der seit 2009 bei uns gültigen UN-Behindertenrechtskonvention besagt, dass Menschen mit Behinderungen ein Recht auf eine Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite und in derselben Qualität wie für alle anderen haben. Bereits 2009 war die medizinische Versorgung von Menschen mit kognitiver Behinderung ein Schwerpunkt des 112. Deutschen Ärztetages. Laut Koalitionsvertrag der aktuellen 18. Legislaturperiode plant die Bundesregierung nun die Einrichtung medizinischer Behandlungszentren für Erwachsene mit kognitiver und schwerer Mehrfachbehinderung analog zu den Sozialpädiatrischen Zentren (neuer § 119c SGBV, noch nicht in Kraft).

Sensibilisierung und Engagement von Professionellen, welche die bestehenden Probleme den eigenen Berufsgruppen und der Öffentlichkeit vor Augen führen, nehmen zu. Wichtig sind zudem konkrete Maßnahmen. Dazu gehört die bessere Zugänglichkeit und Passgenauigkeit bestehender Angebote der Regelversorgung für Menschen mit Behinderungen und der Ausbau von auf behinderungsspezifische Probleme zugeschnittenen Angeboten. In Baden-Württemberg arbeitet z. B. die Landespsychotherapeutenkammer sehr aktiv daran, das psychotherapeutische Angebot für Menschen mit kognitiver Behinderung aus- und Zugänglichkeitsbarrieren abzubauen. Die Séguin-Klinik am Epilepsiezentrum Kehl-Kork oder die Diakonie Stetten bieten seit langem ambulante und stationäre Behandlung für Menschen mit kognitiver Behinderung an. In Stuttgart rief die Caritas – in Kooperation mit weiteren Partnern und finanziert mit Mitteln der Aktion Mensch – das Projekt „Barrierefrei Gesund!“ ins Leben, in welchem örtliche Barrieren in der gesundheitlichen Versorgung und Wege der Überwindung aufgezeigt werden. Ein weiteres Stuttgarter Projekt der Diakonie-Einrichtungen bhz und Diakonieklinikum bearbeitet speziell die Situation im Krankenhaus. Diese Beispiele ermutigen und stehen am Anfang einer Weiterentwicklung der Versorgung in Baden-Württemberg hin zu dem, was die UN-BRK 2009 formuliert hat.

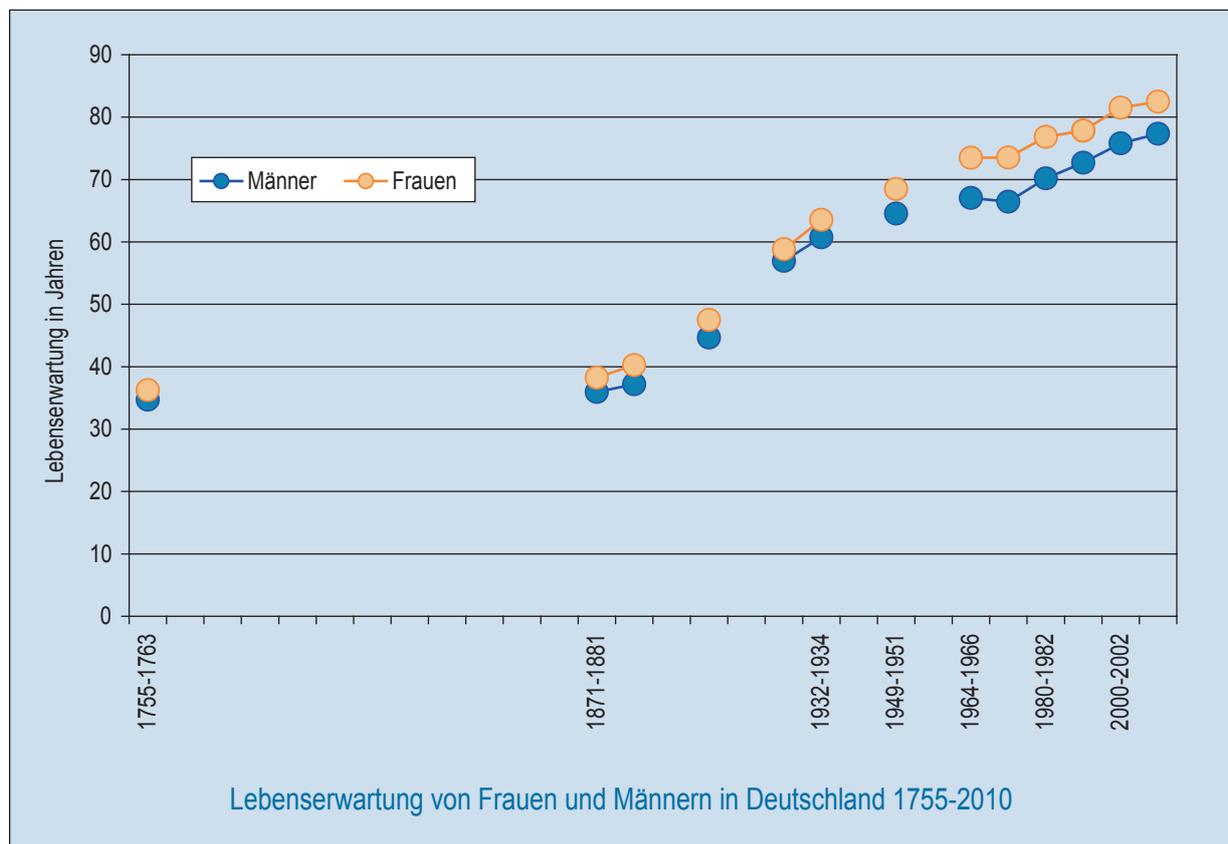
## Epidemiologie erforscht die Vermeidbarkeit chronischer Krankheiten

Iris Zöllner, Ref. 95

Mit dem Anstieg der Lebenserwartung rücken Daten zur Epidemiologie und zur Vermeidung von chronischen Krankheiten in den Fokus des öffentlichen Interesses.

Im Rahmen von Diskussionen über Maßnahmen zur Vermeidung von Erkrankungen sind Informationen über den aktuellen Wissensstand und neuere Erkenntnisse zu chronischen Krankheiten von entscheidender Bedeutung – auch für den Erfolg von Förderprogrammen. Ergebnisse epidemiologischer Studien zum vorhandenen Präventionspotential chronischer Krankheiten können auf erfolgversprechende Maßnahmen hinweisen und zur Konzeption von Interventionsprogrammen auf regionaler Ebene genutzt werden. Eine Informationstagung am 20.11.2014 in Stuttgart hatte das Ziel, einen Überblick über den aktuellen Wissensstand zu Krankheiten wie Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf- und Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie psychischen Erkrankungen zu vermitteln. Prof. Dr. Ulrich Keil aus Münster stellte u. a. Ergebnisse aus der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie vor, in der gezeigt werden konnte, dass zwei Drittel des Rückgangs der Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch

Reduzierung von Risikofaktoren wie Rauchen, Bluthochdruck und Bewegungsmangel erreicht werden konnte. Dr. Martina Pötschke-Langer aus Heidelberg zeigte Ergebnisse zur Prävention von Passivrauchen und Rauchen im öffentlichen Raum. Bedingt durch Entwicklungstrends zu E-Zigaretten/Wasserpfeifen bleibt das Thema Rauchen weiter aktuell. Prof. Dr. Anne Maria Möller-Leimkühler aus München berichtete zum Thema „Männergesundheit und Prävention: Fokus psychische Erkrankungen“ über Einzelaspekte und zum Teil überraschende Ergebnisse zur Suizidprävention bei Männern. Einen strukturierten Überblick über die Häufigkeiten von verschiedenen Muskel-Skeletterkrankungen und den Status quo des Wissensstandes zu möglichen Risikofaktoren gab Prof. Dr. Bernd Kinner aus Stuttgart. Den aktuellen Stand des Wissens und neuere Erkenntnisse zur Prävention von Diabetes mellitus durch Lebensstilintervention stellte Prof. Dr. Andreas Fritsche aus Tübingen vor. Großes Interesse fanden das Präventionspotential durch Ernährungsumstellung und Erfahrungen aus der Praxis dazu, über die Prof. Dr. Daniel König aus Freiburg in einem Vortrag berichtete.



## Auswirkungen der steigenden Anzahl von Asylbewerbern auf den Laborbereich

Astrid Kirch, Maja Adam, Michaela Frlicka, Ref. 93

*Die steigende Anzahl von Asylbewerbern beeinflusst sowohl die Anzahl der Proben als auch das Untersuchungsspektrum im Laborbereich des LGA.*

In den letzten Jahren hat die Anzahl der Asylbewerber in Deutschland stark zugenommen. Der stetige Anstieg der Zuwanderer aus der ganzen Welt bringt neue, aber auch alte, bereits als z. T. eliminiert geglaubte Erreger mit ins Land. So treten mittlerweile wieder Mycobacterium tuberculosis, aber auch Shigellen und Parasiten wie Giardien, vermehrt auf.

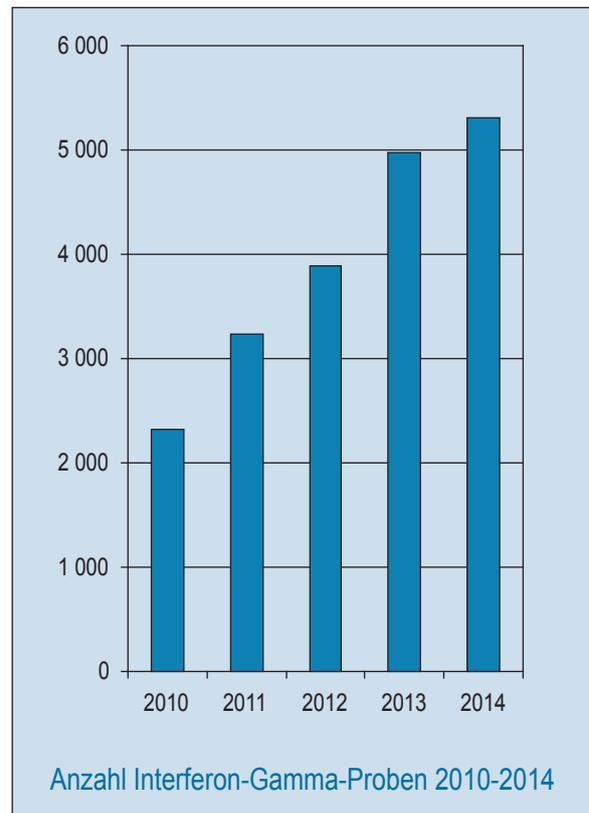
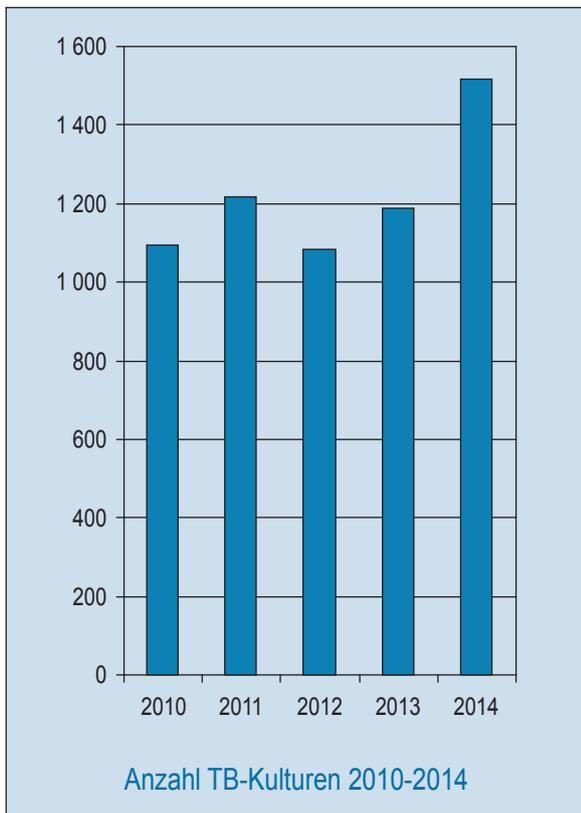
In diesem Zusammenhang stieg die Probenanzahl im LGA in Bezug auf Tuberkulose von 1 187 Proben im Jahr 2013 auf 1 518 Proben im Jahr 2014 (siehe erste Abbildung). Dies bedeutet ein Anstieg von ca. 30 %. Auch die Einsendungen des Interferon-Gamma-Tests zum Nachweis einer latenten Tuberkulose stiegen von 3 891 Proben im Jahr 2013 um ca. 30 % auf 4 975 Proben im Jahr 2014 (siehe zweite Abbildung).

Im Oktober 2013 traten in Syrien erstmalig nach 1999 wieder Poliomyelitis-Fälle auf. Bis Ende des Jahres

2013 wurden 17 Krankheitsfälle bestätigt. Die überwiegende Anzahl der in Syrien an Polio Erkrankten waren Kinder unter zwei Jahren, die nicht oder nur unvollständig geimpft wurden. Das LGA reagierte schnell mit der Etablierung des Nachweises von Polioviren mittels Polymerase-Kettenreaktion (RT-PCR) und beteiligte sich an einer deutschlandweiten Polio-Surveillance unter Leitung des Robert Koch-Instituts (siehe hierzu LGA-Jahresbericht 2013). Im Rahmen dieser Surveillance wurden im Zeitraum von November 2013 bis April 2014 insgesamt 84 Stuhlproben von Migranten aus Polio-Endemiegebieten auf Polioviren untersucht. Hierbei konnten in neun Fällen andere Enteroviren (Coxsackieviren), in keinem der Fälle hingegen Polioviren nachgewiesen werden.

Dies zeigt, wie wichtig eine gute Gesundheitsvorsorge, aber auch Surveillance sowie die schnelle Etablierung von Laboruntersuchungen zum Nachweis von neuen Infektionserregern sind, um deren Ausbreitung zu verhindern.

Prävention/Gesundheitsförderung



## Pflichtuntersuchungen von Prostituierten wären ein Rückschritt für den allgemeinen Gesundheitsschutz

Johanna Körber, Ref. 94

*Eine Wiedereinführung der Pflichtuntersuchung für Prostituierte würde dem Einzelnen und der breiten Bevölkerung eine nicht gerechtfertigte Scheinsicherheit vermitteln.*

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 18. Legislaturperiode des Bundestages wurde zur Verbesserung des Schutzes von Frauen vor Menschenhandel und Zwangsprostitution u. a. vereinbart, dass das Prostitutionsgesetz im Hinblick auf die Regulierung der Prostitution umfassend überarbeitet wird. In diesem Zusammenhang wird die Wiedereinführung der Pflichtuntersuchung für Prostituierte kontrovers diskutiert.

Die Befürworter führen vor allem die sich seit der Einführung des Prostitutionsgesetzes im Januar 2002 einschneidend veränderten Rahmenbedingungen im Rotlichtmilieu an. Hier ist insbesondere die EU-Osterweiterung zu nennen. Die Armutsprostitution hat sehr stark zugenommen. Die Lebenssituation vieler Frauen insbesondere aus Rumänien und Bulgarien ist in der Regel prekär. Sie verfügen meist über keinerlei Fremdsprachenkenntnisse und sind in der Regel nicht krankenversichert. Die Angebote der Gesundheitsvorsorge – auch die des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) – sind für diesen Personenkreis schwer zugänglich. Die Befürworter gehen davon aus, dass mittels der Einführung von Pflichtuntersuchungen die Kontaktaufnahme mit den Gesundheitsbehörden ermöglicht wird und so neben der medizinischen Untersuchung auch Beratung zu präventiven Maßnahmen und ggf. über Ausstiegsmöglichkeiten angeboten werden könnte. Dabei wird verkannt, dass der Aufbau eines gegenseitigen Vertrauensverhältnisses empfindlich gestört wird, wenn Beratungs- und Überwachungsaufgaben vermischt werden. Ein weiteres Argument der Befürworter geht dahin, dass mit der Pflichtuntersuchung nahezu alle Prostituierten erreichbar wären, was bei der zurzeit bestehenden Freiwilligkeit nicht gelingt. Dies war jedoch schon während der Gültigkeit des alten Geschlechtskrankheitengesetzes nicht der Fall. Gelegenheitsprostituierte, Menschen in der Beschaffungsprostitution sowie Wohnungslose und Papierlose, die der Überlebensprostitution nachgingen, wurden schon damals in der Regel nicht erreicht. Nicht zuletzt wird von den Befürwortern der Pflichtuntersuchung ins Feld geführt, dass diese im Interesse des allgemeinen Gesundheitsschutzes notwendig wäre.

Allerdings liefert eine verpflichtende Gesundheitsuntersuchung keine absolut zuverlässige Aussage zum Infektionsstatus. Personen, bei denen bereits eine ansteckende Infektion vorliegt, der Labornachweis aber noch nicht möglich ist (diagnostisches Fenster), werden nicht entdeckt und somit eine falsche Sicherheit vorgetäuscht. Diese falsche Sicherheit bezieht sich nicht nur auf die einzelne untersuchte Person, sie hat auch gesellschaftliche Relevanz. Der medizinische Hintergrund bezüglich der diagnostischen Fenster der verschiedenen sexuell übertragbaren Infektionen ist in der breiten Bevölkerung nicht allgemein bekannt. Die Pflichtuntersuchung wird deshalb häufig dahingehend interpretiert, dass der Staat für die Infektionsfreiheit von Menschen in der Prostitution schon sorgt und sich daher auf Seiten der „Kundschaft“ die Frage der Schutzmaßnahmen vermeintlich nicht ganz so dringend stellt.

Alternativ zur Pflichtuntersuchung wird die Idee ins Spiel gebracht, die geplante Anzeige-/Anmeldepflicht für Menschen in der Prostitution mit Informationen über Beratungs- und Untersuchungsangebote zu kombinieren. Da die meisten Prostituierten nur für wenige Tage an einem Ort bleiben, würde dies voraussetzen, dass eine adäquate Infrastruktur geschaffen werden müsste. Dies bedeutet, dass zielgruppenspezifische Beratungs- und Untersuchungsangebote mehrmals pro Woche in einer zentral gelegenen Institution, die sowohl medizinische Untersuchung als auch psychosoziale Beratung bereithält, eingerichtet werden müssten. Die Aufteilung von medizinischer Untersuchung und psychosozialer Beratung auf verschiedene Orte ist wenig zielführend, da der Aufwand, diese aufzusuchen, für die Betroffenen viel zu groß ist. Erfahrungen im ÖGD haben gezeigt, dass selbst bei der Allgemeinbevölkerung mit einem massiven Rückgang der Test-Bereitschaft zu rechnen ist, wenn die Klienten für die Testabnahme das Haus wechseln müssen. Auch bei Menschen in der Prostitution darf auf Anonymität und Freiwilligkeit der Inanspruchnahme auf keinen Fall verzichtet werden, da anders keine vertrauliche Beziehung zu den Ratsuchenden aufgebaut werden kann. Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch ein optimiertes Angebot Zeit braucht, bis es von den Betroffenen akzeptiert wird. Wird die Informationspflicht über Beratungs- und Untersuchungsangebote jedoch nicht mit einer entsprechenden Infrastruktur unterfüttert, wird sich an der jetzigen Situation wenig ändern.



## Zugangswege zu älteren Menschen in schwierigen Lebenslagen

Bettina Huesmann, Ref. 94

*Ältere Menschen erreicht man am wirkungsvollsten im vertrauten Wohnumfeld. Eine gute Zusammenarbeit der Akteure vor Ort kann den Zugang zu Menschen in schwierigen Lebenslagen erleichtern.*

Die Koordinierungsstelle „Gesundheitliche Chancengleichheit“ beim LGA hat seit mehreren Jahren die Gesundheitsförderung mit älteren Menschen auch in schwierigen Lebenslagen zum Schwerpunkt. Sie bietet insbesondere den Stadt- und Landkreisen mit Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) in regelmäßigen Abständen Plattformen für Fachaustausch und/oder Workshops an.

18 baden-württembergische Stadt- und Landkreise mit KGK bearbeiten das Thema „Gesund älter werden“. Darüber hinaus beschäftigen sich weitere Stadt- und Landkreise – ohne KGK – mit dem Thema.

Im Jahr 2013 hat die Koordinierungsstelle die Expertise „Gesundheitliche Chancengleichheit im Alter – Wirkungsvolle Zugangswege fördern“ zur Erfassung des aktuellen Kenntnisstandes zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit in Auftrag gegeben und im Dialog mit ausgewählten Expertinnen und Experten Handlungsempfehlungen erstellt. Diese sollen Entscheidungsträgern vor Ort, insbesondere den KGK auf Stadt- und Landkreisebene fachliche Orientierung geben und die Arbeit vor Ort unterstützen. Die in der Expertise vorgeschlagenen Handlungsempfehlungen werden fortlaufend aktualisiert und um Praxisbeispiele aus Stadt- und Landkreisen ergänzt. Ziel ist, einen landesweiten Fachdialog anzustoßen, der kontinuierlich aktuelle Empfehlungen aus der Praxis mit Erfolgsfaktoren und Schwierigkeiten weitergibt.

Beispielsweise fand im letzten Jahr der Workshop „Gesund älter werden für alle älteren Menschen“ in Stuttgart statt. Thematische Schwerpunkte des Fachtages waren Zugangswege, gesellschaftliche Teilhabe, körperliche Aktivität und Mobilität älterer Menschen sowie Demenz. Der Workshop knüpfte neben den Inhalten der o. g. Expertise auch an die Ergebnisse einer KGK-Befragung an.

Vorgestellt wurden mögliche Wege, wie alle älteren Menschen erreicht werden können und was bei der Gesundheitsförderung mit Menschen in schwierigen Lebenslagen bedeutsam ist.

Die Erfahrungen zeigen, dass folgende Punkte bei der Erreichbarkeit aller älteren Menschen relevant sind:

- Partizipatives Vorgehen wählen: Das heißt, die Sicht der Älteren einbeziehen und eine ergebnisoffene Herangehensweise ermöglichen, z. B. durch:

- Stadtteilsparziergänge, die Menschen mit spezifischen Nutzungsansprüchen an den öffentlichen Raum eine Beteiligung ermöglichen
- Befragung von älteren Menschen, z. B. repräsentative Befragung im Rahmen eines Surveys
- Befragung von Schlüsselpersonen im Rahmen von Akteurswerkstätten
- Zugehende Strukturen schaffen, z. B. aktivierender Hausbesuch
- Niedrigschwellige Vorgehensweise anstreben: Angebote finden wohnortnah statt, sind unverbindlich und kostenlos.
- Professionelle und wertschätzende Haltung gegenüber allen älteren Menschen erreichen
- Persönliche Ansprache wählen: Frauen und Männer aus der Zielgruppe eignen sich insbesondere als „Türöffner“.
- Gemeinsame Aktivitäten fördern, wie z. B. gemeinsames Essen
- Unterschiedliche Bedürfnisse von Frauen und Männern berücksichtigen
- Zugang über Hausarztpraxen, Apotheken, ambulante Dienste o. Ä. wählen
- Motivation fördern und Grenzen beachten, z. B. Menschen in Planung und Durchführung einbeziehen
- Haupt- und ehrenamtliche Multiplikatoren einbeziehen:
  - Bürgerschaftlich Engagierte gewinnen, bestenfalls mit Ähnlichkeit zur Zielgruppe
  - Geschult im Umgang mit Älteren und/oder mit psychologischem Fachhintergrund
  - Reflexion des eigenen Altersbildes
- Überblick über Angebote gewährleisten:
  - Durch Information das Bewusstsein für Gesundheit schärfen und die Motivation an einer Teilnahme fördern, z. B. Seniorenwegweiser, Online-Datenbanken mit Angeboten für ältere Menschen
  - Öffentlichkeitsarbeit in der Presse
  - Info-/Aktionstage

Die Veranstaltung hat gezeigt, wie vielfältig und unterschiedlich das methodische Vorgehen auf Kreisebene zum Handlungsfeld „Gesund älter werden“ ist. Für eine erfolgreiche Zusammenarbeit ist die Vernetzung auf Gemeinde-/Stadtteilebene wichtig. Neben Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern bzw. Bezirksvorsteherinnen und Bezirksvorstehern sollten die Akteure vor Ort sowie die Bürgerschaft in den Prozess mit eingebunden werden. Im Rahmen einer umfassenden Netzwerkarbeit werden wichtige Akteure identifiziert.

## Fachplan Gesundheit Baden-Württemberg

Sinika-Marie Steinhilber, Ref. 94

### Erarbeitung eines Fachplanes Gesundheit auf Ebene der Land- und Stadtkreise im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK) unter Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger

Im Zeitraum von Dezember 2014 bis Februar 2016 fördert das SM sechs Land- und Stadtkreise, die exemplarisch einen Fachplan Gesundheit für den eigenen Kreis zu mindestens einem der Handlungsfelder des Gesundheitsleitbildes Baden-Württemberg – Gesundheitsförderung und Prävention, medizinische Versorgung und Pflege – erarbeiten und evaluieren. Grundlage des Fachplanes Gesundheit ist neben dem Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg die „Handlungsempfehlung zur Bürgerbeteiligung bei Gesundheitsthemen“. Durch das Pilotvorhaben soll erprobt werden, wie Bürgerbeteiligung mit einer Fachplanung verknüpft werden kann. Die fachliche Begleitung und Koordination erfolgt durch das LGA. Beteiligte Kreise sind: Enzkreis, Landkreis Karlsruhe, Landkreis Lörrach, Rhein-Neckar-Kreis, Landkreis Reutlingen, Landeshauptstadt Stuttgart.

Der Fachplan Gesundheit strukturiert vorhandene und ggf. zu erhebende qualitative oder quantitative Daten zur gesundheitlichen und sozialen Lage einschließlich der Versorgung mit räumlichem Bezug und enthält davon abgeleitete Handlungsziele und Maßnahmen mit dem Ziel, die Gesundheit aller Bürgerinnen und Bürger zu erhalten und zu verbessern. Er ist das Ergebnis der intersektoralen Zusammenarbeit verschiedener behördlicher Arbeitsbereiche mit Akteuren aus dem Sektor Gesundheit und der Beteiligung der Bevölkerung in einem gemeinsamen Prozess (Fach- und Bürgerdialoge). Der Fachplan Gesundheit ist durch eine Evaluation der Umsetzung und der Zielerreichung auf eine stetige Weiterentwicklung angelegt.

Die Entwicklung eines Fachplans Gesundheit in den beteiligten Land- und Stadtkreisen erfolgt durch die Gesundheitsämter in Zusammenarbeit mit weiteren Ämtern bzw. Dezernaten im Rahmen der KGK. Zudem sind sie für die Durchführung von mindestens einem Verfahren zur Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern bei der Erstellung des Fachplanes Gesundheit zuständig. Die Bürgerbeteiligung erfolgt während der Analysephase, in welcher Bedarfe, Bestand, Potentiale und Probleme des gewählten Handlungsfeldes ermittelt werden. Durch dieses Vorgehen werden die Bürgerinnen und Bürger möglichst frühzeitig informiert und beteiligt.

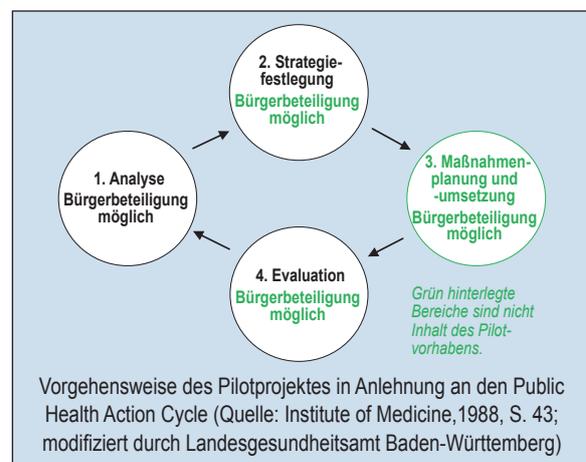
Für den regelmäßigen Austausch der sechs beteiligten Land- und Stadtkreise erfolgt in einem Netzwerk auf Landesebene die gemeinsame Entwicklung des Konzeptes des Fachplanes Gesundheit und die Evaluation des Prozesses sowie eine gegenseitige Beratung und die Fachberatung durch Expertinnen und Experten.

Die Vorgehensweise des Pilotprojektes ist in der Abbildung dargestellt.

### Hintergrund

Das Gesundheitswesen steht auch in Baden-Württemberg vor großen Herausforderungen. Zu nennen sind insbesondere die Alterung der Gesellschaft, die Zunahme chronischer Erkrankungen und die Begrenztheit der finanziellen Möglichkeiten. Mit dem Zukunftsplan Gesundheit wurde zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens ein Dialogprozess mit allen Beteiligten begonnen und ein Gesundheitsleitbild für Baden-Württemberg erarbeitet. Das Gesundheitsleitbild dient der Orientierung für den Gesundheitsdialog auf Landes-, Kreis- und Gemeindeebene. Im Jahr 2013 wurden Pilotgesundheitsdialoge in zwei Landkreisen, zwei Städten und einer Gemeinde durchgeführt. Der Abschlussbericht mit Handlungsempfehlungen zu „Bürgerbeteiligung bei Gesundheitsthemen“ liegt vor.

Weitere Informationen: Im „Infodienst Gesundheitsförderung“ und im Internet unter <http://www.gesundheitsdialog-bw.de> wird in regelmäßigen Abständen über das Pilotvorhaben berichtet.



## Verhandlung in Sachen Landesglücksspielgesetz vor dem Staatsgerichtshof Baden-Württemberg

Katja Schnell, Ref. 94

*Fünf Verfassungsbeschwerden, die sich gegen das Landesglücksspielgesetz (LGlüG) richteten, wurden am 28.04.2014 vor dem Staatsgerichtshof Baden-Württemberg (StGH) verhandelt.*

Das LGlüG ist das baden-württembergische Ausführungsgesetz zum Glücksspieländerungsstaatsvertrag und wurde am 15.11.2012 vom Landtag beschlossen. Besonders im Bereich der zuvor wenig regulierten Spielhallen gelten durch das Gesetz viele Neuerungen. So sieht es für Spielhallen besondere Betreiberpflichten wie die Erstellung eines Sozialkonzepts zur Prävention der Glücksspielsucht und die Beantragung einer landesrechtlichen Erlaubnis vor.

Fünf Verfassungsbeschwerden wurden gegen das LGlüG, aber auch gegen den Glücksspieländerungsstaatsvertrag beim StGH eingereicht. In Frage gestellt wurde insbesondere, ob die Zuständigkeit für diese Regelungen in der Kompetenz des Landes liegt.

Die Verfassungsbeschwerden richteten sich im Wesentlichen gegen das Abstandsgebot zwischen den Spielhallen, das Verbot von Spielhallen in einem baulichen Verbund, das Abstandsgebot zu Kinder- und Jugendeinrichtungen, die Übergangsfristen und die Einlasskontrolle zum Jugend- und Spielerschutz. Aber auch die übrigen für Spielhallenbetreiber getroffenen Regelungen wie zum Beispiel die Erstellung eines Sozialkonzepts wurden seitens der Beschwerdeführer als verfassungswidrig gerügt.

Die Federführung für die Bearbeitung der Verfassungsbeschwerden lag beim Ministerium für Finanzen und Wirtschaft Baden-Württemberg; beteiligt waren auch das baden-württembergische Staatsministerium, das Innenministerium, das SM und fachlich beratend zu Fragen der Suchtprävention das LGA. So wurde vom LGA z. B. im Vorfeld der mündlichen Verhandlung ein umfassender Bericht zur derzeitigen Forschungslage bezüglich der Glücksspielsucht, deren Häufigkeit in der deutschen Bevölkerung, des Glücksspielverhaltens von Jugendlichen und einer möglichen Korrelation von Glücksspielangeboten und Glücksspielsucht erstellt, der dem StGH mit weiteren Unterlagen zugeleitet wurde. Auch gehörte es zu den Aufgaben des LGA, in Kooperation mit den beteiligten Ministerien und der durch die Landesregierung beauftragten Kanzlei die im Schriftverkehr von der Gegenseite aufgeworfenen Fragen zur Suchtprävention zu beantworten.

### Die mündliche Verhandlung vor dem StGH

Die Verhandlung fand am 28.04.2014 im großen Saal des Oberlandesgerichts statt. Der Verhandlung standen neun Richterinnen und Richter vor, drei davon Berufsrichter, drei mit Befähigung zum Richteramt und drei ohne diese Voraussetzungen. Im Vorfeld zur Verhandlung hatte eine Richterin einen Befangenheitsantrag gestellt, der als begründet erachtet wurde. Ihre Aufgaben wurden durch eine Stellvertreterin übernommen.

Nach der Vorstellung der Beteiligten durch den Präsidenten der Verhandlung wurde zunächst die Frage der Zulässigkeit der Klagen erörtert. Im Anschluss hatten die beteiligten Parteien die Möglichkeit, sich zu den Klagepunkten zu äußern. Das SM und das LGA nahmen zu Fragen der Suchtprävention Stellung.

Durch den StGH war zunächst eine rasche Urteilsverkündung vorgesehen. Jedoch wurde von einer Beschwerdeführerin in der Verhandlung ein neuer Schriftsatz eingereicht. Beide Seiten erhielten eine Frist, schriftlich zu diesem Schriftsatz Stellung zu nehmen. Das Urteil wurde am 18.06.2014 verkündet.

Aus Sicht der beteiligten Ressorts ist die Entscheidung überwiegend positiv ausgefallen. So wurde insbesondere bestätigt, dass das LGlüG EU-rechtskonform ist und die Bundesländer das Recht haben, Regelungen z. B. zu Mehrfachkonzessionen oder dem Abstandsgebot zu treffen. Diese Regelungen sowie § 7 mit allen Regelungen zum Sozialkonzept und den Schulungen wurden inhaltlich bestätigt. Zum Zwecke des Jugend- und Spielerschutzes darf in die Berufsfreiheit der Spielhallenbetreiber eingegriffen werden.

Der StGH beanstandete die Verpflichtung der Spielhallen zum Abgleich mit der zentralen Sperrdatei. Begründung dafür war zum einen, dass zum Zeitpunkt der Verhandlung noch keine Sperrdatei, auf die die Spielhallen zugreifen könnten, vorhanden war, und die Verpflichtung deshalb ins Leere laufe. Zum anderen gibt es nach Auffassung des StGH im Glücksspieländerungsstaatsvertrag keine Ermächtigungsgrundlage für diesen Anschluss. Einlasskontrollen müssen daher nur noch zur Überprüfung des Jugendschutzes durchgeführt werden. Spielhallen dürfen aber weiterhin die Personalien aller Gäste kontrollieren. Im Zuge des Urteils wird eine Neuregelung zum Sperrwesen in Spielhallen im LGlüG erfolgen. Auch der Termin, zu dem die Erlaubnisansträge für das Weiterbetreiben einer Spielhalle nach 2017 gestellt werden müssen, sowie die Stichtagsregelung werden den Vorgaben des StGH angepasst.

## Der Gesundheitsatlas – neuer Look, mehr Informationen

Nina Faßnacht, Anna Leher, Ref. 95

*Um die Benutzerfreundlichkeit zu erhöhen und mehr Informationen anzubieten, wird der Gesundheitsatlas Baden-Württemberg weiterentwickelt.*

Der Gesundheitsatlas Baden-Württemberg stellt seit seiner Veröffentlichung im Jahr 2011 Daten zur Gesundheit bereit. Diese werden in interaktiven Karten im Internet dargestellt und stehen allen Interessierten offen. Nach Auswahl eines der angebotenen Themen werden Zahlen zur Gesundheit und zu gesundheitsrelevanten Themen auf Landes- und auf Kreisebene in Form von Tabellen, Grafiken und einer Karte gezeigt. Um den Zugang zu erleichtern und das Angebot an Daten und Darstellungen zu erweitern, wurde der Gesundheitsatlas nun überarbeitet und weiter ausgebaut.

Durch die Erweiterung der Software hat der Gesundheitsatlas einen eigenständigen Internetauftritt unter [www.gesundheitsatlas-bw.de](http://www.gesundheitsatlas-bw.de) erhalten. Mit eigener Startseite und integrierter Suchfunktion ist er deutlich komfortabler und benutzerfreundlicher als bisher. Der Zugang zu den Daten von der Startseite aus kann auf mehreren Wegen erfolgen: über die vier

Hauptthemenfelder, über eine Gesamtübersicht aller Indikatoren oder über die Stichwortsuche.

Die Anzahl der Indikatoren konnte mehr als verdoppelt werden und umfasst mittlerweile 60 Indikatoren. Über den Gesundheitsatlas können nun auch Daten zu anderen Ebenen als der Kreisebene abgerufen werden. So lassen sich zum Beispiel Landesdaten als Zeitreihendiagramme oder Daten auf der Ebene der Regionen darstellen. Eine weitere Bereicherung ist die Zusammenstellung von Tabellen und Grafiken zu einem bestimmten Thema in Form eines Berichts auf Kreisebene, der auch ausgedruckt werden kann. Außerdem stehen den Benutzern weiterführende Verknüpfungen, zusätzliche Tabellen und Dokumente sowie ergänzende Karten oder Berichte zur Verfügung.

Der Gesundheitsatlas entwickelt sich fortlaufend. Neben dem weiteren Ausbau der Indikatoren werden auch die Darstellungsmöglichkeiten erweitert. Damit ist der Zugang zu Gesundheitsdaten und die Transparenz bei gesundheitlichen Fragestellungen für jedermann gewährleistet.



Qualitätssicherung

**Gesundheitsatlas Baden-Württemberg**
Textgröße: A A A

Home
Themen
Quicklinks

Sie befinden sich hier: Startseite | Themengebiet |

### Gesundheitszustand der Bevölkerung

Hier finden Sie Daten zum Gesundheitszustand der Bevölkerung. Darunter fallen allgemeine Daten, wie die Lebenserwartung, zudem Daten zur Mortalität, sowie Daten zu diversen Krankheiten und Krankheitsgruppen aus der Krankenhausstatistik und aus der Todesursachenstatistik.

Die Daten reflektieren die Krankheitssituation und die Krankheitslast in der Bevölkerung und stellen somit wichtige Strukturdaten für die Planung der ärztlichen und der Krankenhausversorgung dar. Des Weiteren zeigen sie regionale Unterschiede im Krankheitsgeschehen und geben Anhaltspunkte für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung.

Daten und Karten
 Kreisprofile
 Downloads

- ⊖ Allgemeine Daten zum Gesundheitszustand
  - ⊖ Gesundheitszustand von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen
  - ⊖ Krankenhausfälle insgesamt
  - ⊖ Lebenserwartung
    - ⊖ Lebenserwartung
  - ⊖ Pflegebedürftige
  - ⊖ Rentenzugänge und -bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit
  - ⊖ Schwerbehinderte
- ⊖ Allgemeine Daten zur Mortalität
- ⊖ Daten zu Krankheiten und Krankheitsgruppen

**Ansprechpartner**

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg  
im Regierungspräsidium Stuttgart  
Dr. Anna Leher  
[anna.leher\(at\)rps.bwl.de](mailto:anna.leher(at)rps.bwl.de)

**Links**

[Gesundheitsberichterstattung des Bundes](#)

Gesundheitsdaten im Ländervergleich:  
[Landeszentrum Gesundheit NRW](#)

Bertelsmann Stiftung:  
[Wegweiser Kommune](#)  
[Faktencheck Gesundheit](#)

Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung:  
[Versorgungsatlas](#)

Gesundheitsdaten im europäischen Vergleich:  
[HEIDI - Data tool](#)

QR-Code zum Gesundheitsatlas BW im Internet

Baden-Württemberg  
MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALPOLITIK,  
FAMILIE, FRAUEN UND SENIOREN

LGA  
Landesgesundheitsamt  
Baden-Württemberg

## Impfen im Trend – der Impfbericht gibt Auskunft

Anja Diedler, Anna Leher, Ref. 95

Im Mai 2014 wurde der erste Impfbericht für Baden-Württemberg basierend auf den Daten aus den Einschulungsuntersuchungen veröffentlicht.

Zur Bekämpfung der Infektionskrankheiten setzen sich die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die europäischen Länder Ziele. Diese sind meist mit dem Erreichen eines bestimmten Anteils an den gegen diese Krankheit Geimpften in der Bevölkerung verknüpft. Dabei geht man davon aus, dass ab einem gewissen Anteil von Geimpften die verbleibenden nichtgeimpften Personen ebenfalls geschützt sind. Die Empfehlungen zu Impfungen, um diese Ziele zu erreichen, werden für Deutschland von den Experten der Ständigen Impfkommission (STIKO) des Robert Koch-Instituts getroffen und jährlich aktualisiert.

Bei den Einschulungsuntersuchungen (ESU) in Baden-Württemberg werden die Impfausweise kontrolliert und der Impfstatus der Kinder standardisiert und weitgehend vollständig erhoben. Diese Daten sind die einzigen Zahlen zu den Impfungen, die jährlich und flächendeckend in einer Alterskohorte erfasst werden. Sie ermöglichen somit einen Überblick darüber, wie die Empfehlungen der STIKO tatsächlich umgesetzt und ob die gesteckten Ziele erfüllt werden.

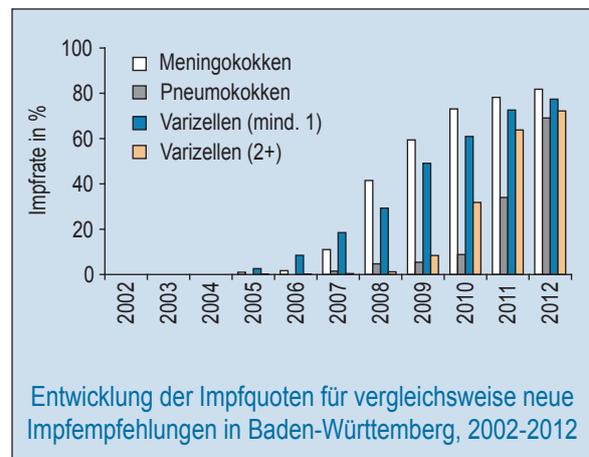
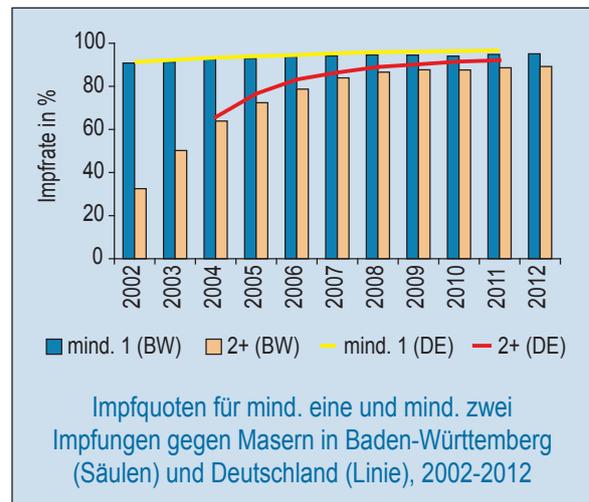
Drei Untersuchungszeiträume nach Einführung der neukonzipierten ESU wurde zum ersten Mal ein Impfbericht auf Grundlage der dabei erhobenen Daten aus Baden-Württemberg präsentiert. Die Ergebnisse der einzelnen Impfungen werden darin tabellarisch und kartografisch dargestellt und der zeitliche Verlauf der letzten zehn Jahre abgebildet.

Die Impfquoten der schon seit vielen Jahren empfohlenen Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Poliomyelitis und Hib befinden sich seit über zehn Jahren auf erfreulich hohem Niveau über 90 %. Erstmals haben im Untersuchungsjahr 2012 95 % der gesehenen Kinder mit Impfausweis mindestens eine Masernimpfung erhalten. Der Anteil der Kinder, die zwei oder mehr Dosen erhalten haben, steigt seit Jahren stetig an, liegt aber mit 89,2 % noch unter dem WHO-Ziel von mindestens 95 % (erste Abbildung). Die Quoten für die Impfungen gegen Röteln und Mumps liegen auf ähnlich hohem Niveau. Deutschlandweit betrachtet liegen diese Impfquoten in Baden-Württemberg alle unter dem Durchschnitt. Ein Grund sind sicherlich die zum Zeitpunkt der Untersuchung um ein Jahr jüngeren Kinder – im Vergleich zu den anderen Bundesländern.

Vergleichsweise neue Impfeempfehlungen, wie die gegen Windpocken, Meningokokken C und Pneumokokken, brauchen erfahrungsgemäß einige Jahre Zeit für eine breite Akzeptanz und Umsetzung in der Bevölkerung. Der Anteil dieser Impfungen steigt seit Einführung stetig an (zweite Abbildung).

Der Impfbericht bietet durch die Aufarbeitung der Daten ein wertvolles Instrument, Regionen mit Lücken bei der Impfabdeckung zu identifizieren und gezielte Aufklärungsarbeit zu initiieren. Zusammen mit den infektionsepidemiologischen Daten aus Baden-Württemberg können diese Daten bewertet sowie Gesundheitsziele formuliert werden.

Qualitätssicherung



## Fünf Jahre MRE-Netzwerk Baden-Württemberg

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

*Vor fünf Jahren wurde das Konzept des MRE-Netzwerkes Baden-Württemberg etabliert, welches zunächst aus fünf regionalen Pilotkreisen und der zentralen Koordination durch das LGA bestand.*

Die Evaluation des Konzeptes nach knapp einem Jahr der Pilotphase zeigte, dass es sinnvoll ist, die Arbeit des MRE-Netzwerkes Baden-Württemberg fortzusetzen und eine flächendeckende Netzwerkbildung in den Kreisen schrittweise umzusetzen. Aufgrund der Ergebnisse der Evaluation erklärten sich die Krankenkassen in Baden-Württemberg bereit, eine Anschubfinanzierung befristet auf drei Jahre zur flächendeckenden Umsetzung bereitzustellen. Was zunächst mit fünf Pilotkreisen begann, hat sich nun zu einer fast landesweiten Etablierung regionaler Netzwerke entwickelt. Von 38 Gesundheitsämtern in Baden-Württemberg haben inzwischen 36 Ämter in ihrem Kreis ein regionales Netzwerk aufgebaut.

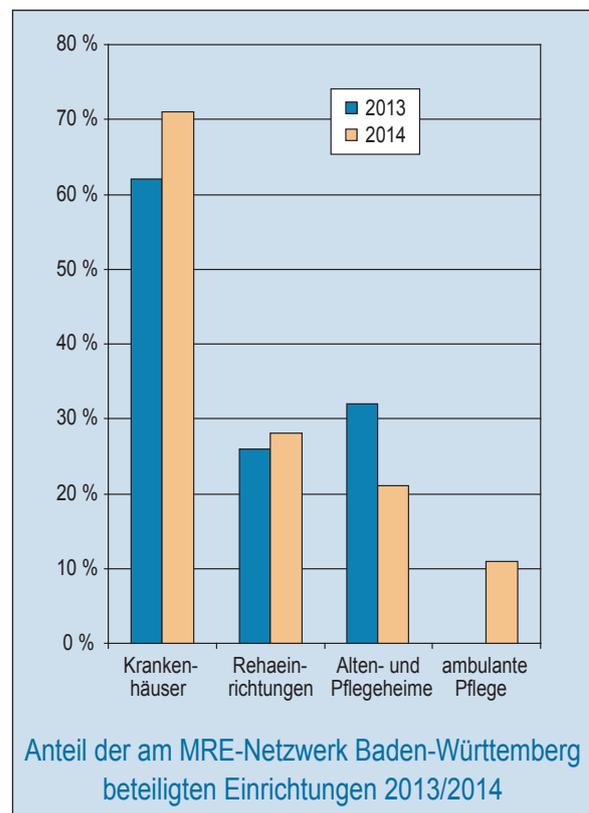
### Aktueller Stand der regionalen Netzwerke

Ein Gesamtüberblick der Aktivitäten in den regionalen Netzwerken ergibt sich aufgrund der seit 2012 jährlich durchgeführten schriftlichen Befragungen der teilnehmenden Gesundheitsämter. Im Vergleich zum Vorjahr ist eine Zunahme von Kliniken, die sich aktiv an der Arbeit der regionalen Netzwerke innerhalb der Landkreise beteiligen, zu verzeichnen. Derzeit beteiligen sich 140 Krankenhäuser (71 %), bezogen auf alle in den regionalen Netzwerken vorkommenden Krankenhäuser (n=198) und 43 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (28 %). Bei den teilnehmenden Alten- und Pflegeheimen (n=357, dies entspricht 21 %) besteht ein Rückgang von 11 % zum Vorjahr. Dies mag einerseits daran liegen, dass sich einige Pflegeheime zu größeren Verbänden zusammengeschlossen haben, andererseits vielleicht an nicht genügend vorhandenen Ressourcen oder sogar an einem nachlassenden Interesse. Die Beteiligung der ambulanten Pflegeeinrichtungen beläuft sich auf insgesamt 105 von 989 Betrieben, dies entspricht 11 %.

Zahlreiche Studien belegen, dass die Implementierung eines Aufnahmescreenings als Teil eines Maßnahmenkataloges zur Senkung nosokomialer Infektionsraten beitragen kann. Von 140 am Netzwerk beteiligten Krankenhäusern führen 99 % ein MRSA- und 31 % ein MRGN-Aufnahmescreening bei definierten Risikogruppen in Anlehnung an die KRINKO-Empfehlungen durch. Zum routinemäßigen MRE-Aufnahmescreening in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 1 Abs. 2 Nr. 3 Med-HygVO liegen vielen Gesundheitsämtern jedoch nur

wenige Informationen und somit kaum valide Daten vor. Von 43 am Netzwerk beteiligten Einrichtungen führen nur neun (21 %) ein MRSA- und zwei (5 %) ein MRGN-Aufnahmescreening durch. Bei den gemeinsamen Landkreistreffen berichten die Gesundheitsämter nach wie vor über Probleme bei der Aufnahme von Patienten mit Besiedlungen durch multiresistente Erreger in Rehabilitationskliniken, obwohl eine Anschlussheilbehandlung verordnet ist. So gab ca. ein Drittel der Gesundheitsämter an, dass ihnen Probleme bei der Aufnahme von MRE-Trägern in Rehabilitationseinrichtungen bekannt sind. In diesem Bereich ist also noch mehr Aufklärung erforderlich. Zu fortgeführten Sanierungsmaßnahmen und zu MRSA-Kontrollabstrichen in Rehabilitationseinrichtungen, Alten- und Pflegeheimen, in der ambulanten Pflege sowie im häuslichen Umfeld liegen den Gesundheitsämtern keine genauen Daten vor.

Die meisten Gesundheitsämter erleben seit Bestehen ihrer Runden Tische eine deutlich offenere und zielorientiertere Kommunikation und eine hierdurch bedingte vertrauensvollere Zusammenarbeit zwischen ihnen und den teilnehmenden Einrichtungen. So ist es möglich, anstehende Probleme innerhalb des regionalen Netzwerkes gemeinsam zeitnah zu lösen.



## Die Weiterbildung zur Hygienefachkraft im LGA

Dagmar Lutz, Dorothee Böhm-Zahn, Ref. 91

*Diese Weiterbildung ist zwar sehr zeit- und kostenintensiv – sie lohnt sich jedoch für die Verbesserung der hygienischen Bedingungen in den Krankenhäusern und für die Absolventen.*

Jüngste Berichte über Hygienemissstände in Krankenhäusern und im Krankenhaus erworbene Infektionen sorgen in der Bevölkerung für Unsicherheit. Bei vielen Menschen wächst die Skepsis, ob sie im Falle einer Erkrankung im Krankenhaus eine angemessene hygienische Pflege erhalten würden. Politik und Gesundheitswesen haben den verstärkten Bedarf an Hygienefortbildungen erkannt. Teilweise wurden entsprechende Rahmenbedingungen für Verbesserungen der Hygiene im Krankenhaus bereits durch gesetzliche Vorgaben und Verordnungen festgeschrieben (z. B. in der MedHygVO vom 20.07.2012).

Einen wesentlichen Bestandteil zur Sicherstellung der Hygiene im Krankenhaus bildet die Hygienefachkraft (HFK). In Baden-Württemberg ist es ausschließlich Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern möglich, sich zur HFK weiterzubilden. Die HFK arbeitet im Krankenhaus eng mit dem Krankenhaushygieniker zusammen. Sie gewährleistet eine fundierte Beratung der einzelnen Abteilungen zum Einsatz und der Umsetzung von Hygienemaßnahmen. Doch auch zu weiteren Bereichen des Krankenhauses, wie z. B. der Haustechnik und der Verwaltung, steht die HFK in Kontakt, um hygienische Vorgaben zu besprechen und umzusetzen. Folglich erfordert das komplexe Themenfeld einer HFK fundiertes Wissen in der Hygiene und Kenntnisse zu mikrobiologischen sowie technischen Themen. Die intensive Weiterbildung zur HFK bildet die Grundlage für ihre Tätigkeit im Krankenhaus und ermöglicht mit umfangreichen Praktika erste Einblicke in die Praxis.

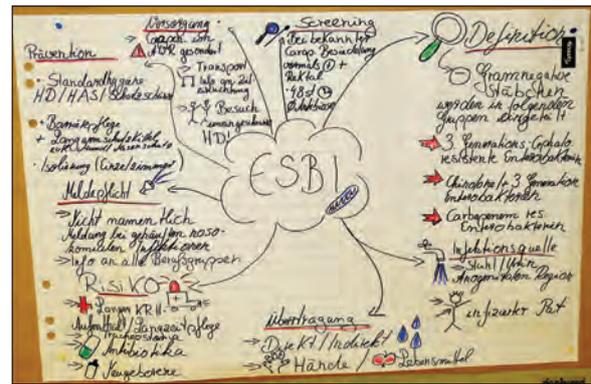
Im Folgenden wird die Weiterbildung zur HFK, wie sie im Jahr 2014 stattgefunden hat, beschrieben.

In 2014 fanden, wie bereits seit 2011 eingeführt, je zwei Lehrgänge zur HFK statt. 28 Teilnehmerinnen und Teilnehmer beginnen am 13.01.2014 ihre Weiterbildung im LGA. Der sechswöchige Grundkurs, der die wesentlichen Grundlagen für die Vertiefung in den folgenden Kursen der Weiterbildung legt, ist für viele der Teilnehmenden eine große Hürde. Sechs Wochen wohnen viele der angehenden HFK fern von ihren Familien, in Schwesternwohnheimen, Wohngemeinschaften oder Pensionen. Manche Teilnehmende pendeln täglich lange Strecken zu ihrem Wohnort.

In der ersten Woche des Grundkurses gilt es, sich auf viele Unterrichtsstunden mit neuen Themen einzulassen und die Inhalte möglichst häufig zu wieder-

holen, um sich auf die erste Klausur vorzubereiten. Geschrieben wird die erste Prüfung im Anschluss an den Grundkurs. Auch alle weiteren Lehrgangsteile schließen jeweils mit einer schriftlichen Prüfung ab.

Nachdem alle 28 Teilnehmenden die Grundkursklausur im Februar 2014 erfolgreich beendet hatten, folgten nahtlos mehrere Praktikumswochen, die wechselnd mit dem theoretischen Unterricht im LGA wahrgenommen werden. Insgesamt 30 Wochen Praktikum sind Pflichtbestandteil des Lehrgangs. Diese werden im Arbeitgeberkrankenhaus, einem mikrobiologischen Labor und externen Krankenhäusern absolviert. Um den Teilnehmenden den notwendigen Blick über den Tellerrand zu ermöglichen, sind externe Praktika unerlässlich.



Die künftigen HFK lernen in den folgenden Monaten vertieft die Mikrobiologie, technische und betriebsorganisatorische Inhalte kennen. Auch sozialwissenschaftliche Kenntnisse und Fähigkeiten werden vertieft, um im Klinikalltag als HFK sicher auftreten zu können. Der Erwerb notwendiger EDV-Kompetenzen ist ebenfalls fester Bestandteil der Weiterbildung.

Wurden alle Klausuren bestanden und alle Praktika absolviert, machten viele der Teilnehmenden bereits in 2014 ihre mündliche Abschlussprüfung. Doch ist es auch möglich, die Weiterbildung über zwei Jahre zu besuchen. Um die mündliche Prüfung abzulegen, wurde von jedem Teilnehmenden eine Facharbeit zu einem Thema im Bereich Hygiene angefertigt. Ist dann auch die mündliche Prüfung erfolgreich abgelegt, haben die HFK ihre sehr fundierte Weiterbildung absolviert. Diese ermöglicht ihnen die Hygiene in den Krankenhäusern zu verbessern und umfassender zu etablieren, gibt ihnen umfangreiche Verantwortlichkeiten im Krankenhaus und erhöht ihre Arbeitsmarktchancen.

## Leitfaden Mutterschutz im Krankenhaus, 3. Auflage – was ist neu?

Renate Müller-Barthelmeh, Ref. 96

*Die kurz vor dem Abschluss stehende 3. Auflage enthält erstmals eine „Positivliste“, die den Beschäftigten und dem Arbeitgeber Hilfestellung geben soll, wo werdende und stillende Mütter weiter beschäftigt werden können.*

Schon die erste Auflage des Leitfadens hatte 1995 eine sehr große Nachfrage bundesweit ergeben. Die nun kurz vor dem Abschluss stehende 3. Auflage berücksichtigt zahlreiche Änderungen, so die Novellierungen der Röntgenverordnung (2011) und der Bio-stoffverordnung (2013), ebenso die neuen technischen Regeln für biologische Arbeitsstoffe (TRBA) und für Gefahrstoffe (TRGS) und weitere wissenschaftliche Erkenntnisse.

Die an der Fertigstellung beteiligten Arbeits- und Betriebsmedizinerinnen der Universitäten Heidelberg und Tübingen sowie den Alb-Fils-Kliniken und des Klinikums Heidenheim, die Vertreterinnen des Regierungspräsidiums Stuttgart aus der Fachgruppe Mutterschutz (Ref. 54.3) und dem LGA haben sich dazu entschlossen eine „Positivliste“ zu erstellen (Federführung: Frau Dr. Großmann, Alb-Fils-Kliniken). Diese Positivliste soll den Beschäftigten und dem Arbeitgeber Hilfestellung geben, wo werdende und stillende Mütter in Bereichen weiter beschäftigt werden können, die auf den ersten Blick problematisch für die Beschäftigung Schwangerer erscheinen.

Der Teil A des Leitfadens „Besondere Gefährdungen im Krankenhausbereich“ wurde in allen Kapiteln überarbeitet und aktualisiert. Insbesondere im Teil „Infektionsgefährdung“ (Federführung: Frau Prof. Dr. Enders) ergaben sich zahlreiche Änderungen. Die Teile „Ionisierende Strahlen, Magnetfelder“ und „Gefahrstoffe“ wurden ebenfalls grundlegend überarbeitet.

Bei dem Teil B des Leitfadens „Allgemeine Tätigkeiten“ ergaben sich aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und neuer gesetzlicher Regelungen einige Aktualisierungen, ebenso im Teil C „Spezifische Tätigkeiten“ in den dort dargestellten Bereichen der Intensivbetreuung, der Diagnostik, der Stationen, der physikalischen Therapie und der Versorgung. Als Neuerung wurde zusätzlich ein Kapitel

über die „Palliativ-Station“ mit den Tätigkeiten und Maßnahmen zu den Gefährdungen Infektion, ionisierende Strahlen, Heben und Tragen, schwere körperliche Arbeit und Gefahrstoffe eingefügt.

Im Anhang des Leitfadens werden das Mutterschutzgesetz sowie die Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz aufgeführt. Urteile zum Mutterschutzgesetz und die „Mitteilung über die Beschäftigung einer werdenden Mutter gem. § 5 Abs. 1 und Auskünfte gem. § 19 Abs. 1 Mutterschutzgesetz“ sowie eine Literaturliste und eine Liste von Internetadressen ergänzen den Leitfaden.

Die Veröffentlichung der 3. Auflage des Leitfadens ist für Mitte 2015 geplant. Es soll eine internetfähige Fassung ins Netz gestellt werden. Der Leitfaden wird aber auch in gedruckter Form als kostenpflichtige Broschüre erhältlich sein.

### Beschäftigungsmöglichkeiten für werdende Mütter im Krankenhaus (Positivliste, Auszug)

Unter Einhaltung des Mutterschutzgesetzes und der Mutterschutzrichtlinie sowie der unter A, B und C aufgeführten Tätigkeitseinschränkungen und unter Berücksichtigung betrieblicher Gegebenheiten bestehen im Krankenhaus durchaus Beschäftigungsmöglichkeiten für Schwangere.

Die nachfolgende Liste soll Beispiele aufzeigen und kann als Beratungsgrundlage in den folgenden Bereichen dienen:

- Pflege
- Ärztinnen
- Physiotherapie/Ergotherapie
- Zentrale Desinfektionsanlage
- Sterilgutversorgung
- Wäscherei
- Küche
- Labor
- Radiologie



## Hygieneleitfaden Kindertagesbetreuung

Bertram Geisel, Ref. 96

Ein Kompendium zu aktuellen Fragen der Hygiene in Kita, Krippe und Kindergarten ist 2014 erschienen und enthält im Anhang Mustertabellen für den Hygieneplan nach § 36 Infektionsschutzgesetz (IfSG).

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kindertageseinrichtungen und der Öffentliche Gesundheitsdienst haben das gemeinsame Anliegen und den gesetzlichen Auftrag, das Wohlbefinden und die Gesundheit aller beteiligten Personen bei der Kindertagesbetreuung zu erhalten und zu fördern. Die entsprechenden Maßnahmen werden im Hygieneplan der einzelnen Einrichtung festgelegt (§ 36 IfSG).

### Inhaltliche Gliederung

Dazu hat das LGA in Zusammenarbeit mit sieben Gesundheitsämtern in Baden-Württemberg und dem Qualitätszirkel Infektionsschutz ein Handbuch zu aktuellen Fragen der Hygiene in der Kindertagesbetreuung zu drei Schwerpunkten erarbeitet.

1. Informationsteil zu:
  - Grundlagen der Hygiene
  - Hygieneerfordernissen nach Räumen/Bereichen
  - Bauhygiene für die Planung von Neu- und Umbauten
  - Umsetzung des IfSG in der Kindertagesbetreuung
2. Arbeitshilfen zur Erstellung eines einrichtungsspezifischen Hygieneplans in Tabellenform mit Vordrucken für den Alltag
3. Informationsblätter für 34 relevante Infektionskrankheiten (auch als Kopiervorlage)

Die tabellarische Form des Hygieneplans ist übersichtlich, knapp beschrieben und leicht verständlich – alles Voraussetzungen, damit der Hygieneplan im Alltag umgesetzt und „gelebt“ wird.

Im Informationsteil ist das Wesentliche für die Arbeit in den Einrichtungen zusammengetragen, wichtige Handlungsempfehlungen und Anleitungen sind grau hinterlegt. Er eignet sich auch gut zum Nachschlagen und verfügt über ein ausführliches Stichwort- und Inhaltsverzeichnis. Für die verschiedenen Zielgruppen, wie z. B. Leitungen, pädagogisches Personal, Reinigungs- und Küchenpersonal, Wäschendienst oder Trägervertreter, Planer und Architekten,

wird in einer Tabelle auf die jeweils wichtigsten Kapitel hingewiesen.

### Weiterführende Informationen

Zur Vertiefung und für Spezialfragen sind fast 400 Literaturstellen, Verweise auf Rechtsvorschriften, technische Regelwerke und fachliche Empfehlungen unter der Rubrik „Wo Wissen Weiter geht“ angegeben. Die meisten Verweise sind direkt über einen Link ins Internet erreichbar.

### Wo bekomme ich den Hygieneleitfaden?

Der gesamte Hygieneleitfaden kann als PDF-Version kostenlos im Internet unter <http://www.gesundheitsamt-bw.de> heruntergeladen werden.

Gebundene Exemplare sind gegen eine Schutzgebühr von 5 EUR plus Versandkosten ebenfalls über die Homepage (> Fachinformationen > Fachpublikationen) bzw. über [publikationen@gesundheitsamt-bw.de](mailto:publikationen@gesundheitsamt-bw.de) beim LGA direkt zu bestellen.



## Hauseigene Nährmedienherstellung – unverzichtbar für die schnelle Diagnostik im Laborbereich

Claudia Kühmstädt, Ref. 91; Inka Kindermann, Ref. 93

*Der Laborbereich des LGA verfügt über eine eigene Nährmedienherstellung. Sie leistet einen wesentlichen und unverzichtbaren Beitrag zur Qualität der Untersuchungen. 2014 wurden 115 verschiedene Nährböden, Flüssigmedien und (Misch-) Reagenzien hergestellt, in 122 300 Verpackungseinheiten abgefüllt und vor ihrer Verwendung einer umfangreichen Qualitätssicherung unterzogen.*

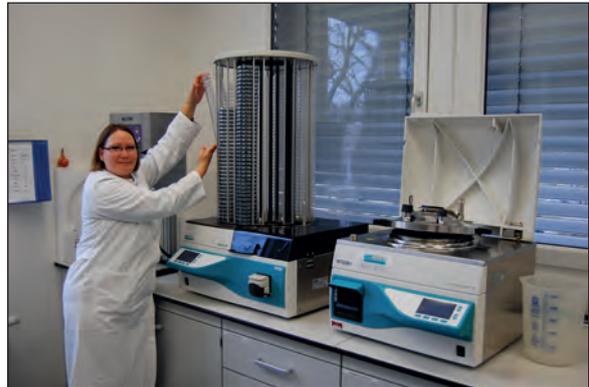
### Nährmedienherstellung

Die Nährmedienherstellung beginnt bereits bei der Auswahl geeigneter Roh-Substanzen; denn Bakterien und Pilze stellen hohe Ansprüche an ihre Kultivierungsbedingungen. Die Herstellung der Rezepturen sowie der Umgang mit z. T. überaus temperaturlabilen Supplementen und Antibiotika erfordern Sachkenntnis und viel Erfahrung. Die Qualitätssicherung beginnt schon bei den regelmäßigen Lieferantenbewertungen im Rahmen des Laboreinkaufs und endet mit der Qualitätskontrolle der fertiggestellten Medien und Reagenzien auf ihre Einsatzfähigkeit im Labor. Nur freigegebene Nährmedien und Reagenzien dürfen im Labor verwendet werden. Dazu wird wie in der industriellen Produktion eine Chargendokumentation gepflegt, die jeden Schritt von den verwendeten Rohsubstanzen bis zum Verbrauch der Medien rückverfolgbar macht.

Daneben werden auch alle zugekauften Medien vor ihrem Laboreinsatz einer Funktionskontrolle durch die Mitarbeiterinnen der Nährmedienherstellung unterzogen.

### Standortvorteil Nährmedienherstellung

Zahlreiche Medien insbesondere für die Routinediagnostik sind zwar kommerziell erhältlich. Aber für die teils großen Untersuchungszahlen in der medizinischen Mikrobiologie und in der Wasserhygiene ist jedoch eine schnelle und zuverlässige Versorgung mit Nährmedien unabdingbar. Gleiches gilt für die stets von Zeitdruck begleitete Diagnostik von Erregern der Sicherheitsstufe 3. Hinzu kommt die geringe Haltbarkeit einzelner Nährmedien, sodass die flexible, bedarfsorientierte Eigenherstellung ein unschätzbare



Vorteil für das vielfältige Untersuchungsspektrum des LGA-Laborbereichs ist. Probleme wie vom tatsächlichen Bedarf abweichende Mindestbestellmengen oder Lieferabbriss sind weitgehend eliminiert.

Darüber hinaus erfordern selten angewendete oder besonders sensible Untersuchungsverfahren wie z. B. die Schimmelpilzanalytik einige spezielle Nährmedien, die am Markt kaum erhältlich sind. Gerade bei Schimmelpilzen hängt die Ausprägung der für die Identifizierung wichtigen Merkmale stark von der Zusammensetzung des Nährmediums ab. Weil einige wichtige Medien kommerziell nicht angeboten werden oder Defizite aufweisen, ist die hauseigene Herstellung für die Qualität der fachlichen Arbeit von besonderer Bedeutung.

### Rasche Erregerdiagnostik und Kompetenzerhalt als Markenzeichen

Die eigene Nährmedienherstellung ist seit Einrichtung des LGA-Laborbereichs eine zentrale Labordienstleistung, die zur Grundausstattung des Laborbereichs geworden ist und entscheidend dazu beiträgt, die Probeneinsender und das für den Gesundheitsschutz in Baden-Württemberg fachlich zuständige SM mit schnellen, flexiblen und qualitativ hochwertigen Analyseergebnissen für weitergehende Maßnahmen zu bedienen. Hierfür stehen ein gut aus- und fortgebildetes Laborpersonal und ein zuverlässiges QM-System zur Verfügung.



## Akkreditierung der Mykologie im Laborbereich

Guido Fischer, Ref. 96

Das Jahr 2014 war durch die Akkreditierungsvorbereitungen geprägt. Neben dem Biomonitoring und der Allergiediagnostik liegt der Schwerpunkt im Medizinisch-Chemischen-Labor auf der Mykologie, die für die Fachberatung im Öffentlichen Gesundheitsdienst eine besondere Bedeutung hat.

Der Schwerpunkt der fachlichen Arbeit im Arbeitsbereich Mykologie des Medizinisch-chemischen Labors (Med-chem) im LGA liegt in der Identifizierung von Faden- und Sprosspilzen und deren quantitativer Erfassung z. B. bei Feuchteschäden in Gemeinschaftseinrichtungen wie z. B. Kindergärten und Schulen. Fadenpilze werden mit Hilfe der Mikroskopie anhand von makro- und mikromorphologischen Merkmale identifiziert. Molekulare Verfahren sind in vielen Pilzgruppen noch nicht ausgereift, weshalb der Goldstandard für die Identifizierung immer noch die Morphologie ist. Damit hängt das Prüfergebnis wesentlich von der subjektiven Bewertung durch den Untersuchenden ab. Im Rahmen der Analytischen Qualitätssicherung richtet das Med-chem-Labor als einzige öffentliche Einrichtung in Baden-Württemberg und Deutschland Kurse und Ringversuche aus, in denen die fachlichen Kenntnisse zur Identifizierung von Fadenpilzen vermittelt bzw. überprüft werden. Aus diesen Gründen hat die Akkreditierung dieses Arbeitsschwerpunktes durch die Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkkS) eine besondere Bedeutung für die Akzeptanz bei den Kunden.

### Ergebnisse – die Akkreditierung in Zahlen

Im Bereich des Med-chem-Labors wurden neun Prüfverfahren akkreditiert. Die Zahl der QM-Dokumente beträgt etwa 100 (siehe Tabelle), davon beschreiben ca. 50 % die Arbeitstechniken bzw. dokumentieren die Ergebnisse (Aufzeichnungen); die übrigen 50 % dienen der Laborgerätedokumentation. Die Dokumentation und die qualitätssichernden Maßnahmen können in einer kleinen Laboreinheit schnell den zeitlichen Umfang der eigentlichen Probenbearbeitung übersteigen. Der erhöhte Aufwand ergab sich einerseits, weil subjektive Bewertungen eines höheren Dokumentationsaufwandes bedürfen (z. B. Bilddokumentation, Referenzmaterial, Referenzkulturen, Konsensus-Konferenzen), andererseits die umweltmykologischen Untersuchungen viel komplexere Prüfergebnisse nach sich ziehen, als dies in mikrobiologischen Routinelaboren der Fall ist. Die hohe fachliche Qualität der mykologischen Arbeit wird einerseits durch die Teilnahme an externen Ringversuchen (zweimal jährlich bei INSTAND e. V. für in-

fektiologisch relevante Pilze), andererseits durch die Ausrichtung eigener Kurse (kontinuierliche Fortbildung) und Ringversuche (Laborvergleich) gewährleistet. Der Ringversuch „Schimmelpilze im Innenraum und an Lebensmitteln“ wird zweimal im Jahr für etwa 120 Teilnehmende ausgerichtet (Medizinisch-mikrobiologische Labore, Hygienelabore, QM-Labore von Pharma- und Lebensmittelunternehmen, Umweltanalytiker).

### Schlussfolgerungen

Durch die Akkreditierung konnte die Dokumentation der Arbeitsprozesse deutlich verbessert werden. Durch die Zunahme des Dokumentationsaufwandes können jedoch weniger Proben bearbeitet werden und die Belastung der Mitarbeiter im Arbeitsbereich hat zugenommen. Eine verbesserte Dokumentation erleichtert zwar die Rückverfolgbarkeit der Prüfergebnisse, führt jedoch nicht zwangsläufig zu besseren Prüfergebnissen. Die fachliche Qualität der Arbeit im Mykologie-Labor wird in erster Linie von der langjährigen Erfahrung der Mitarbeitenden bestimmt, die durch regelmäßige Fortbildungen ausgebaut werden muss. Für das Med-chem-Labor ist die Akkreditierung dennoch ein wichtiger Schritt, weil das LGA durch die Ausrichtung von Eignungsprüfungen (Ringversuche) gegenüber den „Kunden“ höchste Anforderungen erfüllen muss. Der Akkreditierungsprozess hat wertvolle Erfahrungen geliefert, die in Richtlinien und Empfehlungen für die mykologische Laborarbeit einfließen müssen – gerade im Hinblick auf die subjektive Bewertung bei Prüfergebnissen.

### QM-„Kennzahlen“ Med-chem-Labor

Tätigkeitsbereich	Dokumente (z. B. Verfahrens- oder Methodenbeschreibung)	Zugeordnete Dokumente (z. B. Form- und Datenblätter)
Probenahme	1	2
Prüfverfahren (qual./quant.)	9	14
Identifizierung	2	5
Eignungsprüfungen	2	3
Gerätehandbücher	10 (Probenahme-geräte)	52 (Laborgeräte)
Sonstige	-	9 (sd, qf)
<b>Summe: 109</b>	<b>24</b>	<b>85</b>
Normative Festlegungen	<b>6 (ISO-Normen)</b>	
Eignungsprüfungen	5 (extern), 1 (intern)	2 (als Ausrichter)



## Labor-Akkreditierung – mehr Pflicht als Kür

Claudia Kühmstädt, Matthias Appelt, Ref. 91

*Der Laborbereich und das Qualitätsmanagement (QM) des LGA befanden sich 2014 durch die bevorstehende Akkreditierung seiner Laboruntersuchungen in einer Hochphase. Im Februar fanden die Begutachtungsaudits durch die Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkkS) statt. Darauf folgten vier Monate, in denen die geforderten Nacharbeiten erledigt wurden. Rechtzeitig vor Jahresende trafen die begehrten Urkunden ein. Nun ist es an der Zeit, über das Thema Akkreditierung zu reflektieren.*

### Was zeichnet eine Akkreditierung aus?

Durch die Akkreditierung werden einem Labor seine fachliche Kompetenz sowie die Einhaltung spezifischer Normen bestätigt. Für den Kunden bedeutet dies die Gewährleistung, dass die Qualität und Sicherheit einer Leistung oder eines Produkt verlässlich sind und diese den technischen und rechtlichen Vorgaben entsprechen.

### Auswirkungen auf die Laborlandschaft

Schon jetzt zeichnet sich ab, dass der Markt in zunehmendem Maße bei den Anbietern von Laboruntersuchungen eine Akkreditierung voraussetzt bzw. einfordert. Dadurch lassen sich Leistungen und Qualität der konkurrierenden Labore vergleichen. Die Auswahl eines Anbieters wird erleichtert: der Kunde kann sich auf zusätzliche Kriterien wie etwa Service und Preis fokussieren. Durch den Mehraufwand für die Labore deutet sich aber auch eine Marktbereinigung an: Labore, die Kosten und Aufwand für eine Akkreditierung nicht schultern können, werden über kurz oder lang weichen oder mit anderen kooperieren (müssen). Ebenso ist es wahrscheinlich, dass die Kostenträger von Laborleistungen bald eine Akkreditierung fordern werden, wie es bereits im Ausland,



z. B. Australien, der Fall ist. Bereits jetzt spürbar ist der Trend zur Spezialisierung auf möglichst lukrative Routineuntersuchungen bzw. zur Gründung großer Labor-Verbünde mit spezialisierten Standorten. Gleichzeitig setzt die DAkkS eine adäquate Probenanzahl als Bedingung für die Akkreditierung der jeweiligen Untersuchungsmethoden voraus. Damit soll gewährleistet werden, dass ausreichend Erfahrung in der Methodik und Befundung vorhanden ist.

### Sonderstellung staatlicher Untersuchungseinrichtungen

Das LGA hebt sich als staatliche Untersuchungseinrichtung von den meisten anderen akkreditierten Laboren durch seine bevölkerungsbezogene, präventivmedizinische Aufgabenstellung im Gesundheitsschutz ab. Im Vergleich zur ausschließlich individual(human)medizinischen (Routine-)Labordiagnostik ist das Leistungsspektrum des LGA-Laborbereichs äußerst vielfältig und in Baden-Württemberg auf nur einen Standort konzentriert: Die Untersuchungsgebiete orientieren sich an wechselnden gesundheitspolitischen Vorgaben und Fragestellungen. Die Untersuchungsfelder ändern sich entsprechend. Methoden werden z. T. angepasst oder in zeitlich begrenzten Projekten oft mit zusätzlichen Projektmitteln weiterentwickelt und wissenschaftlich begleitet. Aktuelle Anlässe wie zuletzt bei der Ebola-Diagnostik belegen, wie innerhalb kürzester Zeit neue Nachweismethoden im Verbund mit anderen (staatlichen) Laboren etabliert werden (können). Oft ist höchste Flexibilität gefordert. Kommerzielle Interessen stehen nicht im Vordergrund.

### Anforderungen an das QM

Nur ein Teil der zur Verfügung stehenden Untersuchungsverfahren des LGA-Laborbereichs können akkreditiert werden. Ziel des QM ist es deshalb, die gleichen Qualitätskriterien auch bei den sog. Vorhalte-Verfahren, d. h. selten angewandten bzw. für ein Projekt etablierte Verfahren im Sinne größtmöglicher Patientensicherheit anzuwenden und damit denselben Qualitätsstandard zu garantieren. Dies ist nur möglich durch ein gut strukturiertes, „gelebtes“ und leider auch aufwändiges QM-System, die flexible Interpretation der Norm- und DAkkS-Vorgaben sowie eine verlässliche Kooperation mit dem Laborpersonal, verbunden mit beidseitiger Bereitschaft, den hohen DAkkS-Standard aufrecht zu erhalten und den dafür erforderlichen Aufwand umzusetzen.



## Das WHO Collaborating Centre for Housing and Health im LGA

Snezana Jovanovic, Annette Rebmann, Ref. 96

Das LGA ist am 22.09.2014 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für weitere vier Jahre als WHO Collaborating Centre for Housing and Health benannt worden.



### We are WHO

Am 29.12.2006 wurde das LGA erstmals zum WHO Collaborating Centre for Housing and Health ernannt. Die Ernennung galt für vier Jahre und wurde 2010 und 2014 um jeweils vier weitere Jahre verlängert.

Diese Ernennung erfolgte in Verbindung mit dem WHO-Programm „Housing and Health“. Damit ist das LGA Teil eines internationalen Netzwerks (mit über 700 Institutionen in mehr als 80 Ländern) und unterstützt mit seinen Aktivitäten das Mandat der WHO für die internationale Gesundheit und seine Programmschwerpunkte.

Für die ersten beiden Designationsperioden hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Finanzierung der Geschäftsstelle des WHO CC übernommen. Für die dritte Designationsperiode wurden vom BMG keine Mittel bewilligt; die Finanzierung wird deshalb mit eigenen Mitteln in etwas kleinerem Rahmen durchgeführt.

### WHO Collaborating Centres

Collaborating Centres (CC) werden weltweit von der WHO zu ganz unterschiedlichen Fragestellungen eingerichtet und sind in das internationale Netzwerk der WHO eingebunden. Sie beraten die WHO mit ihrer wissenschaftlichen Expertise bei der Entwicklung von Präventionsstrategien und unterstützen länderübergreifende Gesundheitsprogramme.

Die Aufgaben der mehr als 700 Zentren weltweit sind vielfältig und die spezifische Ausrichtung der Aufgaben kann schon im Titel des Centre erkennbar sein. Die Aufgaben als WHO CC resultieren aus der jeweiligen Expertise und sind Teil der täglichen Arbeit der Centres. Sie beraten die WHO zu wissenschaftlichen, technischen und politischen Fragen, sammeln und analysieren Daten für WHO-Berichte und unterstützen die WHO bei der Entwicklung, Anwendung und Evaluierung von entsprechenden Technologien sowie bei der Entwicklung von Gesundheitsrichtlinien.

Die WHO-Kooperationszentren-Datenbank enthält die aktualisierte Liste aller WHO-Kooperationszentren und ist über das Internet für die Öffentlichkeit zugänglich unter <http://www.who.int/collaborating-centres/database/en/>.

### Unsere Aufgaben und Ziele für die dritte Designationsperiode

Das WHO CC for Housing and Health im LGA hat die Aufgabe, die WHO in ihren Programmen zu „Wohnen und Gesundheit“ fachlich zu beraten und sie in ihren Aktivitäten zu unterstützen durch

- Überwachung von Trends und Veränderungen der Wohnbedingungen, deren mögliche gesundheitliche Gefährdungen und die Auswirkungen auf die Bewohnerinnen und Bewohner bzw. besonders gefährdete Gruppen,
- Vorschläge zur Verhinderung von Feuchtigkeit und Schimmel in Wohnungen wie z. B. die Festlegung von Qualitätsnormen für die Identifikation und Bewertung von Schimmelpilzen in Innenräumen, die Durchführung von Workshops und Kursen für internationale Teilnehmerinnen und Teilnehmer zur Vermittlung von Kenntnissen zur Bestimmung und Risikoabschätzung von Schimmelpilzen in Innenräumen oder die Organisation internationaler Vergleichsuntersuchungen (Ringversuche) zur Bestimmung von Schimmelpilzen in Innenräumen und auf Lebensmitteln.
- Bereitstellung von Informationen für die Öffentlichkeit, wissenschaftliche Experten und politische Entscheidungsträger durch regelmäßige Herausgabe eines englischsprachigen Newsletters, die Weiterentwicklung und Pflege des Internetauftritts, fachübergreifende Workshops und Fortbildungen.
- spezifische, projektbezogene Unterstützung von Aktivitäten der WHO durch Bereitstellung von Hintergrund- und Arbeitspapieren für Meetings und Projekte oder Übersetzung von Informationsmaterialien in Absprache mit der WHO.

### Das LGA ist vielseitig aktiv

Die Ernennung zum WHO Kollaborationszentrum für Wohnen und Gesundheit würdigt die langjährigen Erfahrungen des LGA auf dem Gebiet der Innenraum- und Wohnhygiene. So war die Beratung bei Schimmelpilzbefall oder bei Belastungen der Raumluft durch chemische Stoffe bereits in der Vergangenheit ein Schwerpunkt im Aufgabenspektrum des LGA. Das LGA kann auf die Fachkompetenz seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, auf zahlreiche eigene Untersuchungen und auf sein Umweltlabor zurückgreifen. Dabei ist es ein Anliegen, die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Experten aus den Bereichen Medizin, Architektur, Bauphysik u. a. zu stärken und ein lebendiges Netzwerk von Fachleuten zu knüpfen.



## Qualitätsentwicklung in der kommunalen Gesundheitsförderung

Torben Sammet, Ref. 94

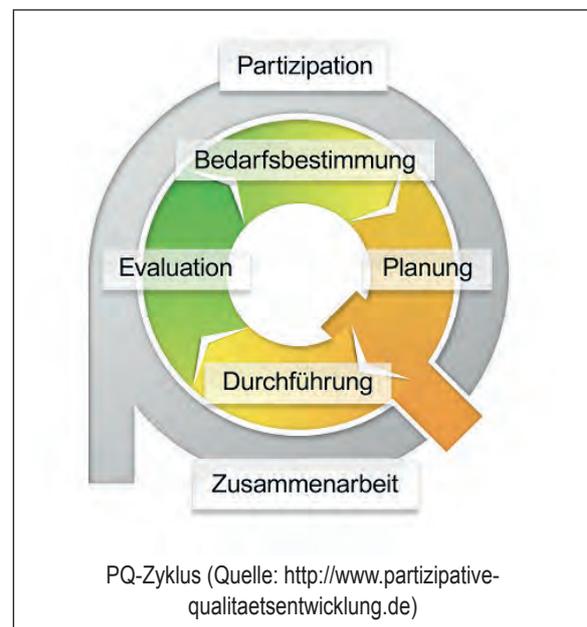
Das LGA beteiligt sich am bundesweiten Projekt „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität“.

Das Projekt „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität“ wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit gefördert und im Rahmen des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“ bis Februar 2015 durchgeführt. Es hat zum Ziel, die Qualitätsentwicklung in der täglichen Praxis der Gesundheitsförderung in Settings zu stärken. Mittels Fokusgruppen in den teilnehmenden Bundesländern wurden die Erfahrungen der kommunalen Akteure mit Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung erfragt, um u. a. eine praxismgerechte Multiplikatoren-schulung für die Qualitätsentwicklung und -sicherung der Kommunalen Gesundheitsförderung zu entwickeln. Außerdem sollen Maßnahmen ermittelt werden, die zu einer vermehrten Anwendung von Instrumenten und Verfahren der Qualitätssicherung beitragen können.

Im Teilprojekt „Qualitätssicherung im Prozess Kommunalen Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden in Baden-Württemberg“ erarbeitete das LGA zusammen mit der Universität Stuttgart eine Zusammenstellung praxistauglicher Instrumente und Verfahren für die Analyse des Handlungsbedarfes der lebensweltorientierten Gesundheitsförderung in Städten, Stadtteilen und Gemeinden. Berücksichtigt wurden hierbei die Lebenswelten Kindertageseinrichtung, Schule und Wohnumfeld zu den Handlungsfeldern „gesund aufwachsen“ und „gesund älter werden“. Die Instrumente sollen, aufgrund begrenzter zeitlicher sowie personeller Kapazitäten in den Städten und Gemeinden, mit vertretbarem Ressourceneinsatz anwendbar sein.

Im Rahmen einer Fokusgruppe wurden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kommunalverwaltung aus Partnerstädten und -gemeinden der Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“ bei der Auswahl geeigneter Instrumente beteiligt. Ergebnis dieser Fokusgruppe war u. a. auch, dass die örtlichen Initiativen der Gesundheitsförderung in den Partnerkommunen den Empfehlungen des Handbuchs zur Kommunalen Gesundheitsförderung (als

Broschüre mit dem Titel „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg – Handbuch zur kommunalen Gesundheitsförderung“ im Internet unter <http://www.gesundheitsamt-bw.de> aufrufbar) folgen und die enthaltenen Fragebögen zur Analyse des Handlungsbedarfes, zur Zielfestlegung und zur Evaluation nutzen. Eine Orientierung am enthaltenen Zyklus der Partizipativen Qualitätsentwicklung (PQ-Zyklus) wird von allen Partnerkommunen als hilfreich bewertet.



Zur Präsentation und weiteren Diskussion der Ergebnisse des Projektes fand im Februar 2015 die Regionalkonferenz Baden-Württemberg „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität“ statt. Die Tagung folgte dem Ziel, weiteren Handlungsbedarf zu Qualitätsentwicklung in der Kommunalen Gesundheitsförderung zu ermitteln. Gemeinsam mit Fachkräften aus Städten und Gemeinden wurden die ermittelten Verfahren und Instrumente für die Analyse des Handlungsbedarfes der lebensweltorientierten Gesundheitsförderung in Städten, Stadtteilen und Gemeinden diskutiert, um ggf. weitere Anpassungen vorzunehmen. Den Praktikerinnen und Praktikern wurde so ermöglicht, die Qualitätsentwicklung aktiv mitzugestalten.



## Migration des Betriebssystems auf Windows 7 – schnell und reibungslos

Ralf Cronauer, Ref. 91

*PC-Arbeitsplätze im LGA mussten auf einen neuen Stand gebracht werden.*

Kein Arbeitsplatz im LGA kommt heute ohne einen leistungsfähigen PC und weitgehend neue Standard-Programme aus. Nicht nur am Büroarbeitsplatz, auch im Zentralen Probeneingang, in den verschiedenen Laboren, in der Registratur und im Versand müssen die Arbeitsplätze mit einem PC und standardmäßig mit den gängigen Office-Programmen Word, Excel und Powerpoint, einem Internetexplorer, einem PDF-Reader und -Printer ausgestattet sein. Hinzu kommen an die 100 Spezial- und Fachanwendungen, mit denen einzelne Arbeitsplätze bestückt sind. Alle vier bis fünf Jahre gilt es, die PCs hinsichtlich ihrer Hardware, ihrem Betriebssystem und auch ihrer Software auf den neuesten Stand zu bringen.

### Migration im laufenden Betrieb

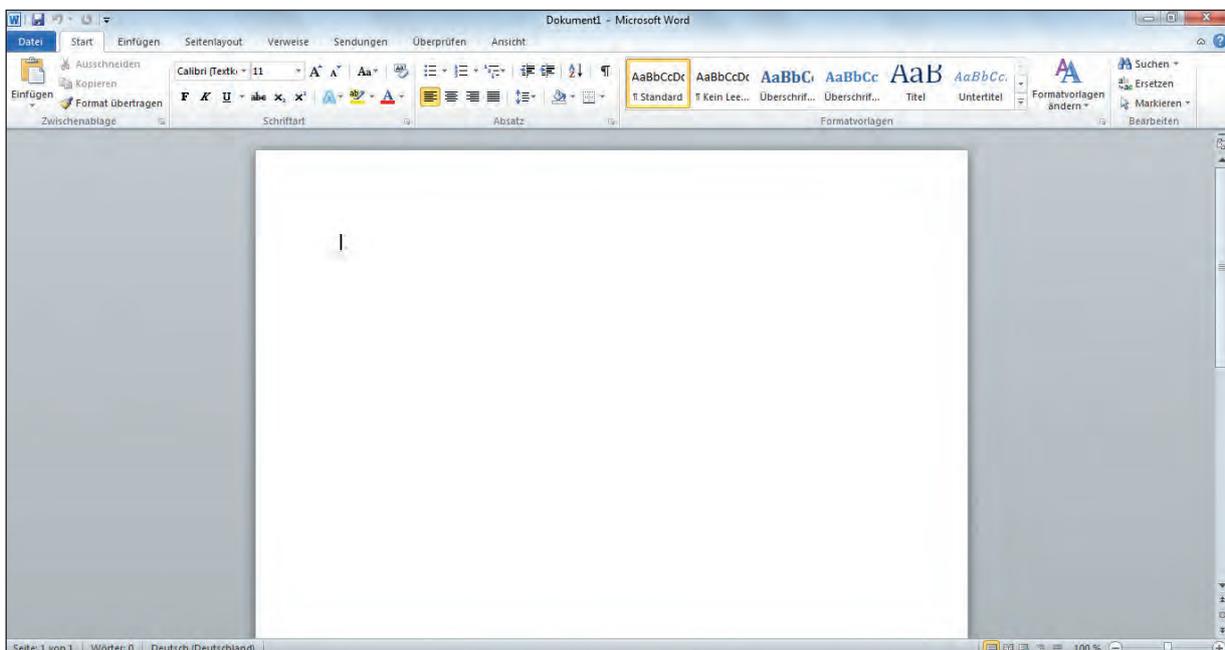
2014 erfolgte im LGA die Umstellung auf Windows 7 (64 Bit) und Office 2010, die im RPS bereits im Jahr 2013 begonnen hatte. Dies erforderte eine detail-

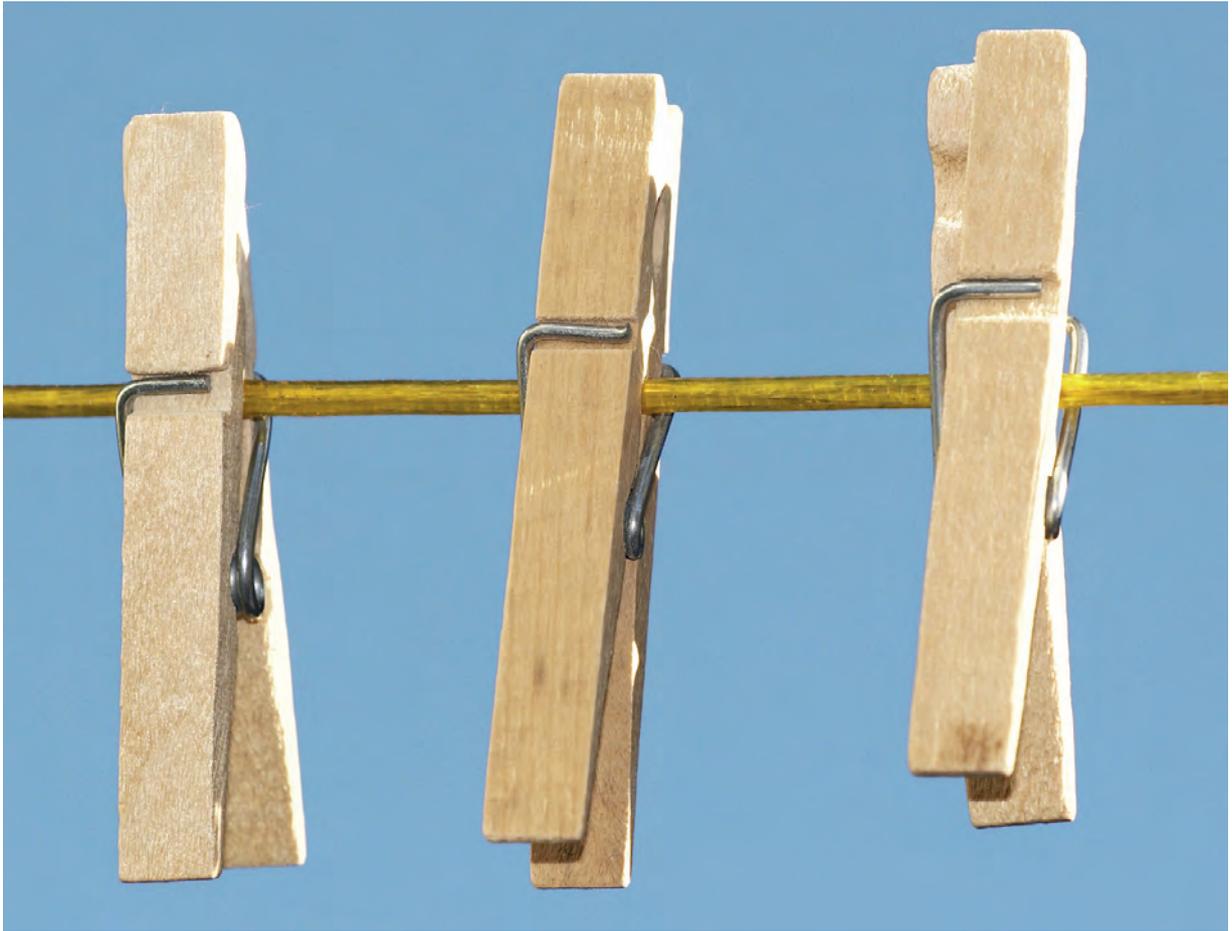
lierte logistische Vorbereitung, da die Umstellung im laufenden Betrieb erfolgen sollte. Der Austausch von Soft- und Hardware musste möglichst reibungslos und ohne Zeitverlust für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durchgeführt werden. Dazu wurden die PCs individuell für jeden Benutzenden vorinstalliert und konfiguriert. Über eine virtuelle Softwareverteilung ist die benutzerspezifische Software zugewiesen.



Etwa die Hälfte der vorhandenen PCs im LGA musste für die Maßnahme ausgetauscht werden. Der Austausch erfolgte in zwei Schritten: Zunächst wurden die Büroarbeitsplätze mit neuen PCs versorgt. Im zweiten Schritt

wurden die PCs in den Laboren mit den aus den Büros freigewordenen und dann neu aufbereiteten PCs ausgetauscht. Die alten PCs aus den Laborbereichen können nicht mehr verwendet werden und werden über eine Behindertenwerkstatt entsorgt.





*Anhang*

Stand: 28.04.2015

ORGANISATIONSPLAN Regierungspräsidium Stuttgart

Ruppmannstraße 21 70565 Stuttgart Telefon 07 71 904-0 Telefax 07 71 904-1190 E-Mail: poststelle@rps.bwl.de Internet: www.rp-stuttgart.de

REGIERUNGSPRÄSIDENT Schmalz 904-10000/10001 Beaufragte für Chancengleichheit Ralfrau Jeschka 904-10050

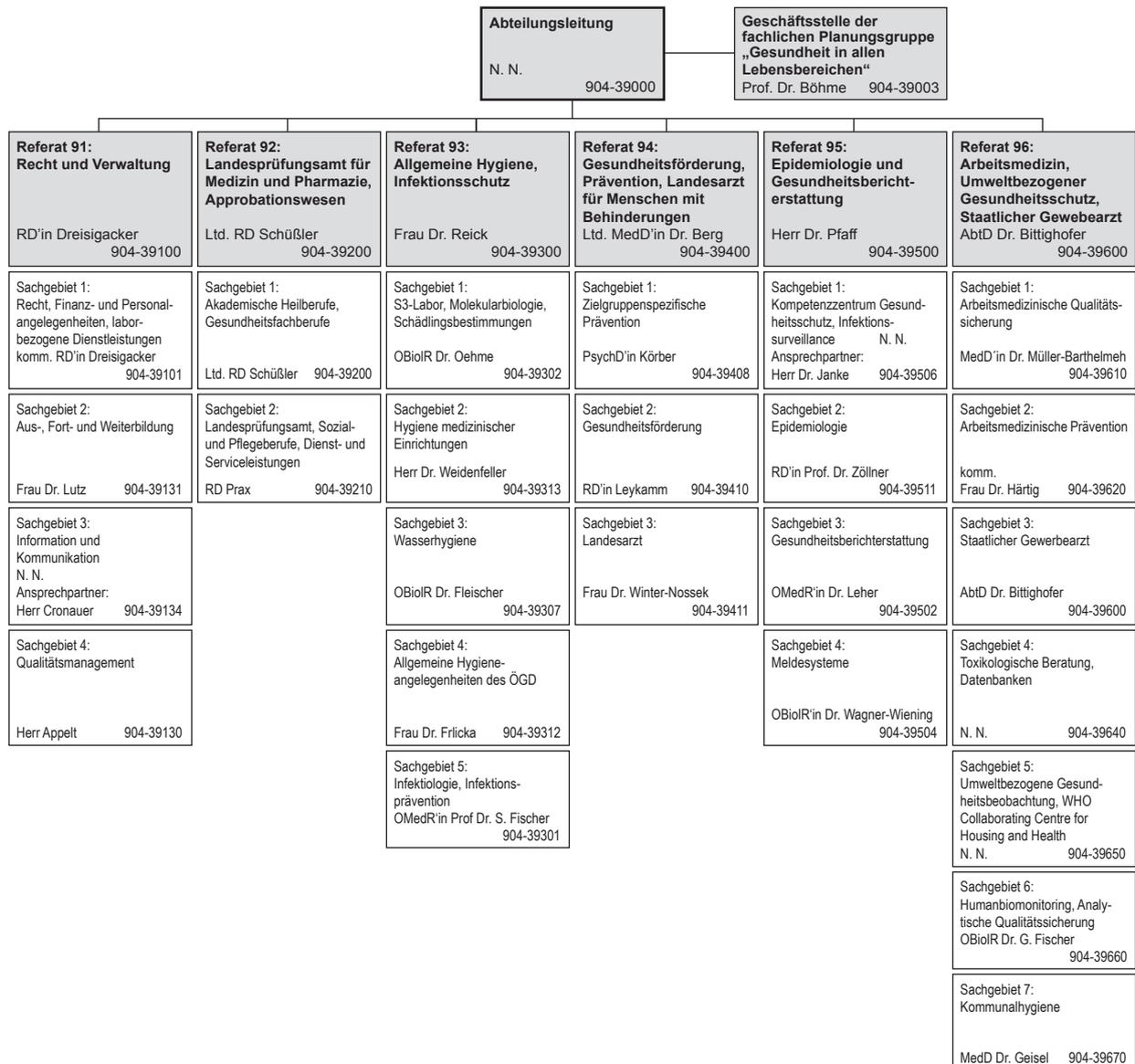
REGIERUNGSVIZEPRÄSIDENT Dr. Schneider 904-10010/10011

Personalratsvorsitzende Frau Heuser 904-10064 Vertrauensperson der schwer behinderten Menschen AR Hahn 904-13114

Table with 10 columns: Abteilung, Beschreibung, Verantwortliche, and other details. Rows include: Abteilung 1 (Steuerung, Verwaltung und Bevölkerungsschutz), Abteilung 2 (Wirtschaft und Infrastruktur), Abteilung 3 (Landwirtschaft, Ländlicher Raum, Veterinär- und Lebensmittelwesen), Abteilung 4 (Straßenwesen und Verkehr), Abteilung 5 (Umwelt), Abteilung 6 (Wegfallen seit 01.01.2014), Abteilung 7 (Schule und Bildung), Abteilung 8 (Landesamt für Denkmalpflege), Abteilung 9 (Landesgesundheitsamt), Abteilung 10 (Landesversorgungsamt).

## Organisationsplan der Abteilung 9 – Landesgesundheitsamt im Regierungspräsidium Stuttgart

Stand: 01.05.2015



## Aufgaben der Abteilung 9 – Landesgesundheitsamt im Überblick



### Abteilungsleitung

Im Rahmen des Verwaltungsstruktur-Reformgesetzes wurde das vormals als eigenständige Fachbehörde im Geschäftsbereich des SM angesiedelte LGA seit 2005 als Abteilung 9 in das 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 des LGA angesiedelt, insbesondere

- die Bearbeitung von ausgewählten, referatsübergreifenden fachlichen Themen,
- fachliche Unterstützungsleistungen bei der Umsetzung von Themen zu „Gesundheit in allen Lebensbereichen“.

Die Geschäftsstelle ist der Abteilungsleitung direkt zugeordnet.

### Ansprechpartner

#### Abteilungsleitung

N. N., 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,
- Laborbezogene Dienstleistungen,
- Arbeits- und Gesundheitsschutz (AGS),
- 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 des Landesarztes für Menschen mit Behinderungen und im medizinischen Arbeitsschutz 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. Informations- und Analysensysteme im Laborbereich und für den Staatlichen Gewerbearzt)
- Telekommunikation
- Systembetrieb Bürokommunikation
- SAP R/3-Schnittstellen

### **SG 4: Qualitätsmanagement**

Arbeitsschwerpunkte:

- Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems des nach DIN EN ISO 15189 und DIN EN ISO/IEC 17025 akkreditierten Laborbereichs der Abteilung 9
- Unterstützung der abteilungsinternen Steuerung
  - Aktualisierung und Weiterentwicklung des Produktplans
  - Gesamtedaktion des Jahresarbeitsplans
- Abteilungsbezogene, referatsübergreifende fachbezogene Öffentlichkeitsarbeit
  - Unterstützung der Fachreferate bei der Erstellung von Fachpublikationen
  - Gesamtedaktion der fachbezogenen Internetauftritte
  - Gesamtedaktion des Jahresberichts

### **Ansprechpartner**

#### **Referatsleitung**

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

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

komm. RD'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 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. Erinnerung sei an den Ausbruch mit Influenza H1N1, an den EHEC-Ausbruch oder an Ebola. 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.

Aufgaben des Referats:

- 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 Zooanthroponosen u. a. erfasst und bewertet werden. Darüber hinaus wird das im Referat angesiedelte Q-Fieber-Konsiliarlabor deutschlandweit angefragt.
- 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, infektionsserologischen, parasitologischen und molekularbiologischen Untersuchungen, die insbesondere Public Health-Fragestellungen bearbeiten und damit einen wichtigen Beitrag zum Gesundheitsschutz für die Bevölkerung in Baden-Württemberg liefern.
- Erstellung von Publikationen, Beiträge für Fachkongresse, Mitarbeit in Ausschüssen und fachlichen Gremien, die sich mit 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**

Arbeitsschwerpunkte:

- 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
- Unterstützungsleistungen für das MRE-Netzwerk Baden-Württemberg, die Erstellung von Merkblättern und Leitlinien zur Umsetzung der medizinischen Hygieneverordnung (MedHygVo) Baden-Württemberg, die 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

### **SG 3: Wasserhygiene**

Arbeitsschwerpunkte:

- 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
- mittels mikrobiologischer, virologischer und parasitologischer Untersuchungen und deren gesundheitlicher 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 sowie serologischer Untersuchungsmethoden 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 STI-Sprechstunde 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**

Dr. Michaela Fricka  
Tel. 0711 904-39312  
michaela.fricka@rps.bwl.de

#### **SG 5: Infektiologie, Infektionsprävention**

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



#### **Referat 94: Gesundheitsförderung, Prävention, Landesarzt für Menschen mit Behinderungen**

Das Referat erfüllt die Aufgaben des Landesarztes für Menschen mit Behinderungen 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.

Aufgaben:

- Fachliche Beratung des SM und anderer Landesministerien, der Landratsämter sowie weiterer Behörden und Institutionen bei Fragestellungen zu den drei Themenbereichen
- Medizinischer 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
- Entwicklung von fachlichen Konzepten und Strategien in aktuellen Schwerpunktbereichen 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
- Entwicklung und Koordination von Evaluation sowie weitere Maßnahmen zur Qualitätssicherung
- Landesweite Koordinierung von Maßnahmen und Projekten in der Suchtprävention
- Anlaufstelle für die Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) auf überregionaler und Landesebene einschließlich der fachlichen Begleitung in zur Arbeit einer KGK gehörenden Fragen der Umsetzung und Qualitätsentwicklung, z. B. zum Fachplan Gesundheit und zum Gesundheitsdialog
- 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 soziallyagenbezogener gesundheitlicher Teilhabe insbesondere bei Kindern und Jugendlichen sowie Älteren
- Fachliche Begleitung beim Aufbau und bei der Weiterentwicklung von Netzwerken zur Gesundheitsförderung und KGK, ebenso des Gesundheitsdialogs
- 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 von Menschen mit Behinderungen aus medizinischer Sicht gemäß § 62 SGB IX
- Gutachten zu 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 gefährlichen übertragbaren Krankheiten, Großschadens- und Katastrophenfällen sowie bei terroristischen Bedrohungen,
- unterstützt den ÖGD bei Ausbrüchen von Infektionskrankheiten,
- begleitet die Umsetzung des Seuchenalarmplans und Internationaler 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 sowie 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 hat das „Arbeitsmedizinische Kolloquium“.

Für den Bereich „Umweltbezogener Gesundheitsschutz“ liegt der Schwerpunkt auf der Untersuchung von Kindern und Jugendlichen sowie 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 und gestaltet eigene Internetseiten unter <http://www.whocc-wohnen-und-gesundheit.de>.

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 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 „<http://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 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 den Arbeitsschwerpunkten:

- 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“,
- Konzeptionelle 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**

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

**SG 3: Staatlicher Gewerbearzt**

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

**SG 4: Toxikologische Beratung, Datenbanken**

N. N.

**SG 5: Umweltbezogene Gesundheits-  
beobachtung, WHO Collaborating Centre  
for Housing and Health**

N. N.

**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



Die Laboruntersuchungen im Bereich Hygiene und Infektionsschutz stellen einen wichtigen Baustein zur Aufrechterhaltung der Beratungskompetenz für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (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.

Der Laborbereich arbeitet nach neuesten Untersuchungsmethoden und -standards in den Bereichen Bakteriologie, Infektionsserologie, medizinisch-chemische Analytik, Mykologie, Molekularbiologie, Parasitologie und Infektionsserologie. Aufgrund seiner epidemiologischen Aufgabenstellungen werden Veränderungen im infektiologischen Bereich (z. B. Veränderungen im Resistenzmuster oder Auftreten neuer Spezies und Subspezies) beobachtet sowie mit Hilfe molekularbiologischer Verfahren Infektketten verfolgt und aufgeklärt. 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. Darin werden Untersuchungsmethoden zur schnellen Diagnostik von Erregern, die bei biologischen Gefahrenlagen von Bedeutung sind, etabliert (wie z. B. der Nachweis auf den Ebolaerreger), aber auch mit *Coxiella burnetii* im Rahmen des Konsiliarlabors Q-Fieber gearbeitet und es werden Resistenztestungen von *Mycobacterium tuberculosis* durchgeführt.

Die Untersuchungen im Labor der medizinisch-chemischen Analytik dienen dem Monitoring von Gesundheit und Umwelt und stellen die Grundlage für die Prävention und Risikoeinschätzung umweltbedingter Erkrankungen dar. Darüber hinaus werden Untersuchungen zur Allergieprävalenz in der Bevölkerung, Biomonitoring-Untersuchungen zur Belastung mit Flammschutzmitteln, Feinstaubmessungen sowie Untersuchungen zur Beurteilung von Schimmelpilzbelastungen infolge von Feuchteschäden in öffentlichen Gebäuden Baden-Württembergs durchgeführt.

Der Laborbereich des LGA ist durch die Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkkS) akkreditiert: die Labore Wasserhygiene und medizinisch-chemische Analytik einschließlich Mykologie nach DIN EN ISO/IEC 17025:2005 und die Labore für die Untersuchung von humanem Probenmaterial (Bakteriologie, Infektionsserologie und Molekularbiologie) nach DIN EN ISO 15189:2014.

### Übersicht

Wasserhygiene.....	55
Hygieneangelegenheiten des ÖGD .....	59
Infektiologie, Infektionsprävention .....	62
S3-Labor, Molekularbiologie und Schädlingsbestimmung.....	63
Medizinisch-chemische Analytik.....	65
Qualitätsmanagement .....	66

## Wasserhygiene

Das Untersuchungsspektrum des Wasserlabors umfasst neben Trinkwasser einschließlich Legionellen auch die mikrobiologische Analytik von Schwimm- und Badebeckenwasser sowie von Oberflächenwasser und EU-Badegewässern gemäß nationaler oder europäischer Richtlinien sowie Sonderuntersuchungen zu speziellen Fragenstellungen wie z. B. Viren oder Parasiten.

Das Labor ist in die Liste der anerkannten Labore zur Untersuchung von Trinkwasser nach der Trinkwasserverordnung (TrinkwV 2001) des Ministeriums für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz Baden-Württemberg aufgenommen.

Das LGA ist seit Inkrafttreten der Zuständigkeits-VO TrinkwV 2001 vom 31.03.2005 auch zuständiges Gesundheitsamt der vier Fernwasserversorgungsunternehmen in Baden-Württemberg. Zudem ist es amtliche Untersuchungsstelle für die Überwachung von Schwimm- und Badebeckenwasser und für Badegewässer nach der Badegewässerverordnung des Landes Baden-Württemberg.

Insgesamt wurden 2014 im Wasserlabor 10 271 Wasserproben untersucht, aus denen 34 584 Einzelparameter bestimmt wurden.

### Trinkwasseruntersuchungen

Insgesamt wurden im Jahr 2014 im LGA 3 574 Trinkwasserproben gemäß TrinkwV 2001 untersucht. Davon entfielen 2 511 auf die Fernwasserversorgungen, 371 auf Ortswasserversorgungen, 31 auf Einzelwasserversorger und 661 Proben auf übrige Einsender; hierzu zählen auch Wässer aus Hausinstallationen oder raumluftechnischen Anlagen (Anlage 1). Insgesamt wurden 108 Proben beanstandet; die Beanstandungsrate lag damit insgesamt bei 3,5 % (ohne Rohwässer). Die Fernwasserversorger zeigten hierbei eine Beanstandungsquote von 0,2 %, die Ortswasserversorgungen verzeichneten 1,2 % Beanstandungen, und die Übrigen<sup>1</sup> erreichten 14,5 % Beanstandungen für die eingesandten Proben. Die Einzelwasserversorger verzeichneten mit 33,3 % die meisten Beanstandungen.

### Untersuchungen von Schwimm- und Badebeckenwasser

Im Jahr 2014 wurden dem LGA 2 216 Proben aus öffentlichen Bädern durch die Gesundheitsämter über-

bracht 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 237 Proben zu beanstanden; dies entspricht 10,7 % der untersuchten Proben (Anlagen 4 und 5). Die höchsten Beanstandungsquoten verzeichneten Thermalbäder mit 25,1 % Beanstandungen, gefolgt sonstigen Bädern, Hallenbädern und Schulbädern, mit 16,7 %, 13,5 % bzw. 9,7 % Beanstandungen.

### Untersuchung von EU-Badestellen und anderen Oberflächenwässern

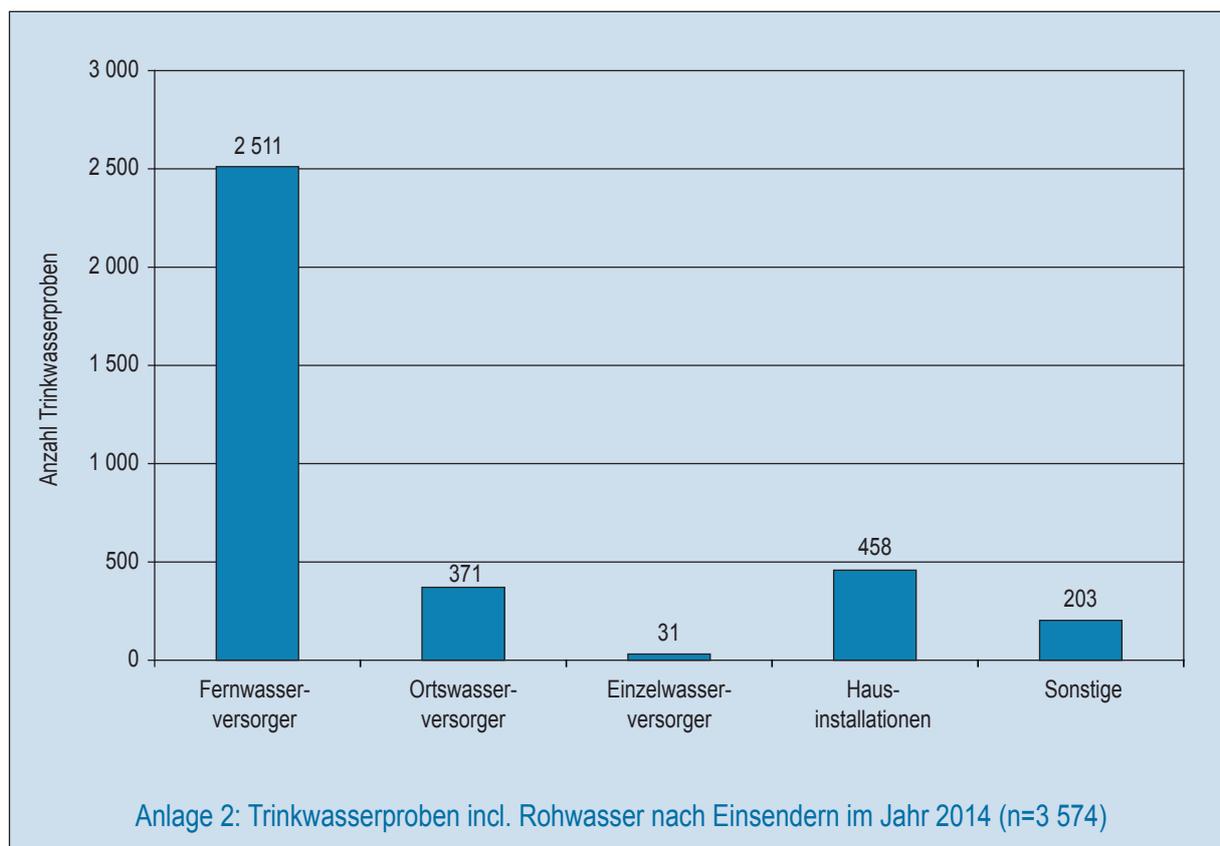
Im Jahr 2014 wurden im LGA 2 356 Oberflächenwasserproben untersucht, wovon 2 202 von EU-Badeplätzen stammten. Zum Ende der Badesaison 2014 flossen entsprechend der Verordnung die Untersuchungsergebnisse aus vier Jahren in die Bewertung mit ein. Von den 314 offiziellen EU-Badestellen in Baden-Württemberg entsprachen demnach 303 (96,5 %) den Qualitätsbestimmungen der Richtlinie hinsichtlich der zwei ausschlaggebenden Kriterien: Belastung mit E. coli und Enterokokken. 279 (88,9 %) der Badestellen erfüllten sogar die Kriterien für eine Einstufung in die höchste Qualitätskategorie ("Ausgezeichnet"). 24 Badestellen (7,6 %) wurden in die Kategorie "Gut" eingestuft. Drei Badestellen (~ 1 %) erhielten die Bewertung „Ausreichend“. Vier Badestellen (1,3 %) konnten die Anforderungen der Richtlinie nicht erfüllen und wurden daher mit „Mangelhaft“ bewertet (siehe Anlage 6).

### Untersuchung von Hausinstallationen auf Legionellen

Insgesamt wurden 2 125 Proben aus Hausinstallationen auf Legionellen untersucht. In 317 Fällen (14,9 %) konnten in 1 ml Probe, in 708 Fällen (33,3 %) in 100 ml Probe Legionella nachgewiesen werden.

## Anlage 1: Wasseruntersuchungen – Gesamtübersicht 2014

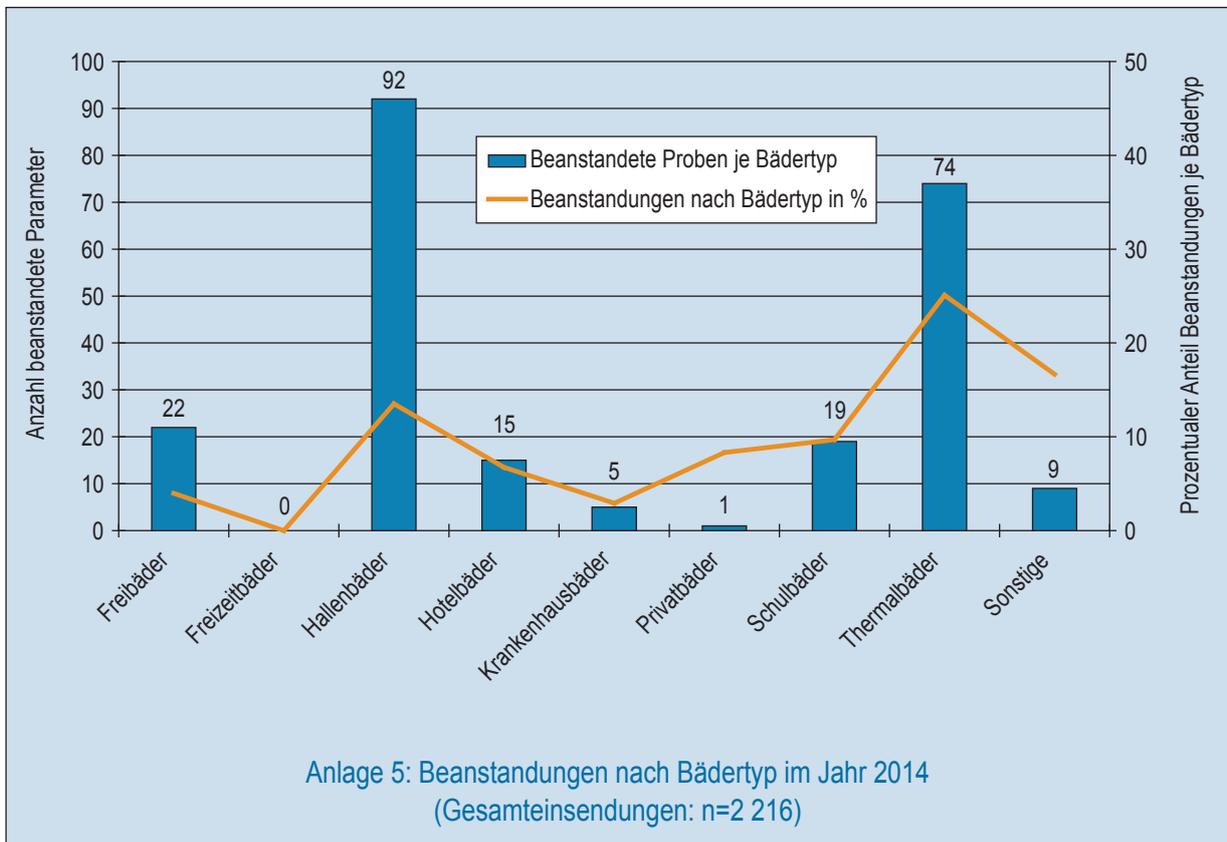
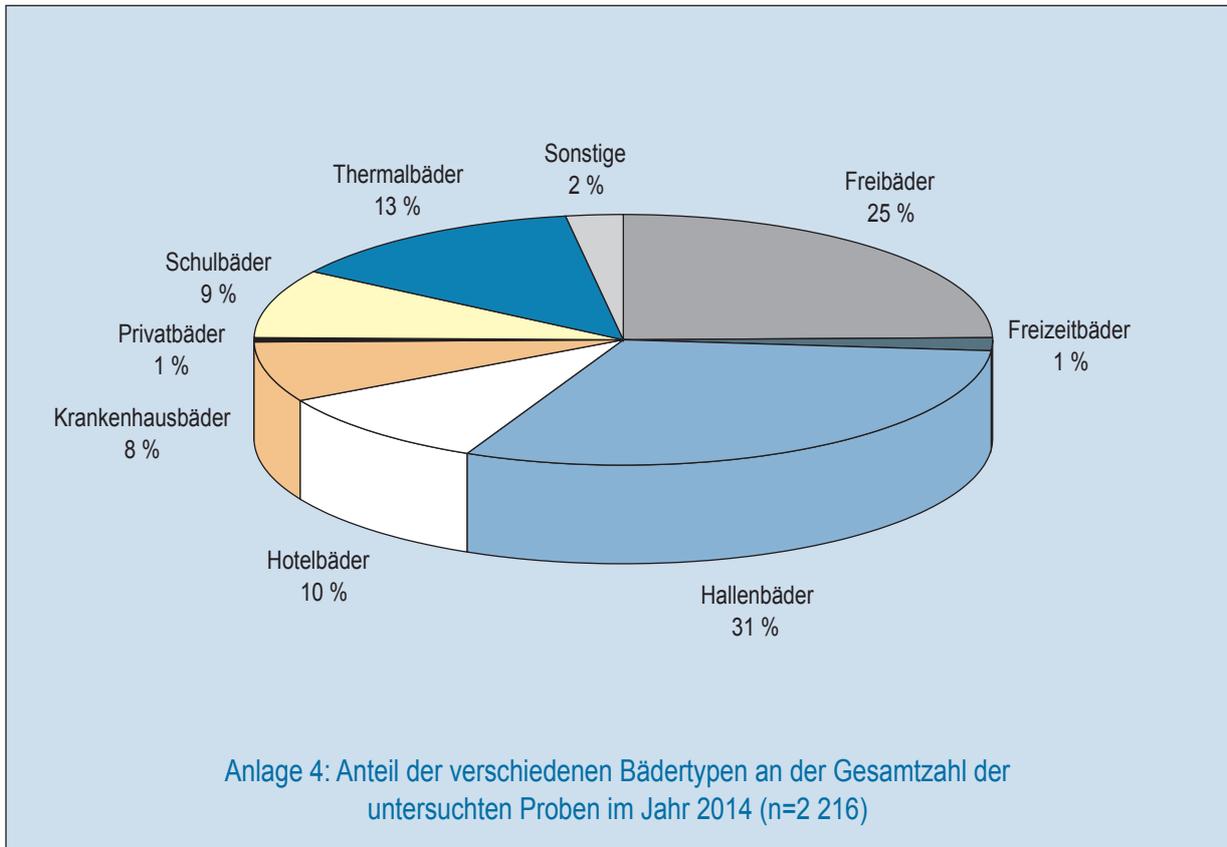
Probenmaterial	Probenanzahl
<b>Trinkwasser insgesamt</b>	<b>5 699</b>
Fernwasserversorgungen	2 511
Ortswasserversorgungen	371
Einzel-/Eigenwasserversorgungsanlagen	31
Hausinstallationen (Wasser aus Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen, Dentaleinheiten oder raumluftechnischen Anlagen)	458
Sonstige Wasserproben	203
Erwärmtes Trinkwasser (Duschwasser o. Ä.)	2 125
<b>Oberflächenwässer und EU-Badegewässer insgesamt</b>	<b>2 356</b>
Bodensee	601
Baggerseen	589
Flüsse	13
Naturseen	784
Stauseen	215
Kleinbadeteiche (keine EU-Badegewässer)	61
Sonstige Oberflächenwässer (keine EU-Badegewässer)	93
<b>Schwimm- und Badebeckenwässer, Betriebswässer (Filtrate)</b>	<b>2 216</b>
Freibäder	553
Freizeitbäder	32
Hallenbäder	681
Hotelbäder	222
Krankenhausbäder	171
Privatbäder	12
Schulbäder	196
Thermalbäder	295
Sonstige Bäder	54
<b>Sonderuntersuchungen insgesamt</b>	<b>58</b>
Viren	9
Parasiten	5
Cyanobakterien (Blualgen)	44
<b>Proben insgesamt</b>	<b>10 271</b>

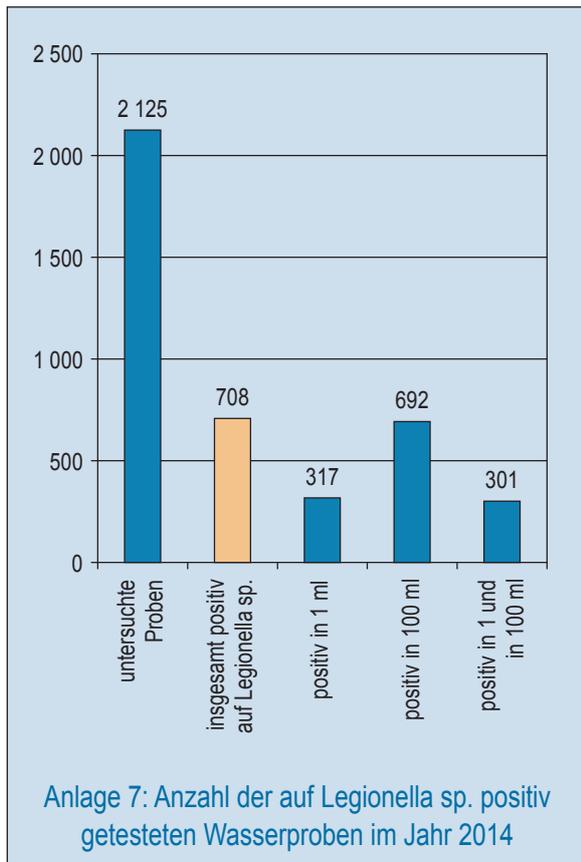
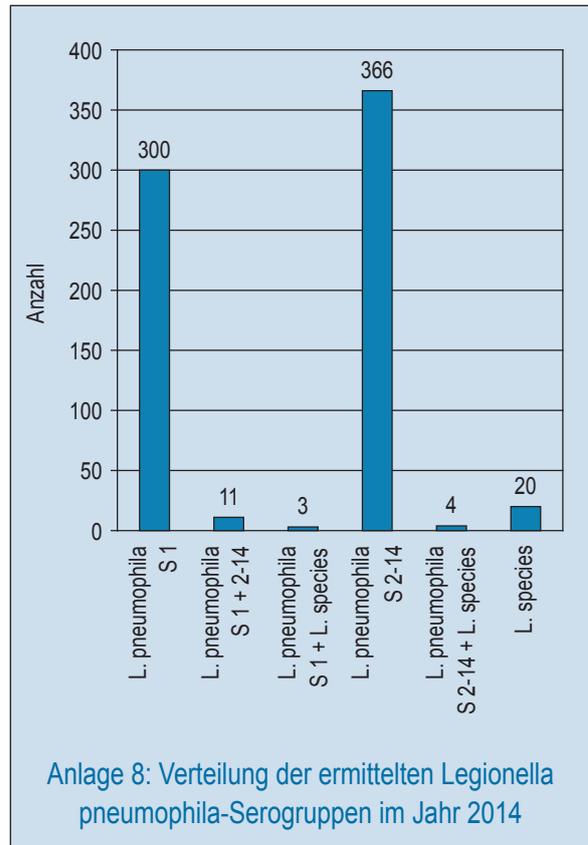
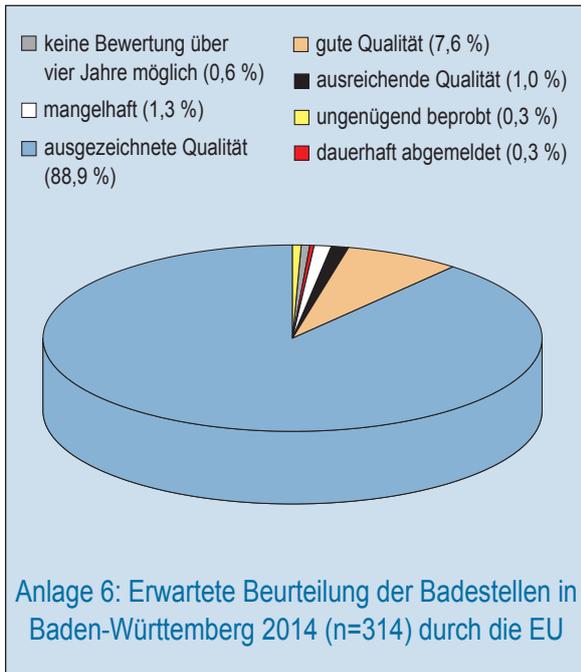


Anlage 3: Anzahl der eingesandten und davon beanstandeten Trinkwasserproben 2014 (ohne Rohwasser; n=3 122)

Einsender	Trinkwasserproben insgesamt	Trinkwasserproben ohne Rohwasser <sup>1</sup>	davon <sup>1</sup> mit Beanstandungen	Anteil <sup>1</sup> [%]
Fernwasserversorger	2 511	2 149	4	0,2
Ortswasserversorger	371	324	4	1,2
Einzelwasserversorger	31	30	10	33,3
Hausinstallationen	458	456	60	13,2
Sonstige	203	163	30	18,4
<b>Summe</b>	<b>3 574</b>	<b>3 122</b>	<b>108</b>	<b>3,5</b>

<sup>1</sup> Einsender, welche nicht unter die anderen Kategorien fallen





Serogruppen 1 und 2-14 sowie andere Legionella species isoliert (Anlage 8). Grundlage für die Beurteilung der Konzentrationen von Legionella sp. sind in der TrinkwV festgelegte Maßnahmewert (> 100 KBE/100ml), die im DVGW-Arbeitsblatt W551 (April 2004) aufgeführten Bewertungen von Legionellenbefunden in Trinkwassererwärmungs- und Leitungsanlagen sowie die Empfehlungen des Umweltbundesamtes von 2006 und 2014 zur Probenahme und zum Untersuchungsgang.

### Sonderuntersuchungen

Neben den Routineproben wurden im Jahr 2014 insgesamt 58 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 (JVA) eingesandt. Darüber hi-

Aus den positiv getesteten Wasserproben wurden in 300 Fällen Legionella pneumophila Serogruppe 1 isoliert, in 369 Fällen Legionella pneumophila Serogruppe 2-14, in 38 Fällen wurden Gemenge der

naus besteht eine Kooperation mit dem Chemischen und Veterinäruntersuchungsamt Stuttgart (CVUA S) beim Austausch von Ergebnissen im Bereich von Gruppenerkrankungen zur Infektkettenaufklärung.

### Tuberkulose

Zu den Einsendern des Tuberkulose-Arbeitsplatzes im Labor Bakteriologie zählen Gesundheitsämter, JVA und Krankenhäuser.

Im Jahr 2014 wurde bei 16 Patienten von insgesamt 1 518 kulturell untersuchten Proben (vorwiegend Sputum- und Urinproben) *Mycobacterium tuberculosis* mittels GenoType *Mycobacterium*-Test nachgewiesen. Die Resistenzbestimmungen erfolgten im LGA und im Nationalen Referenzzentrum in Borstel.

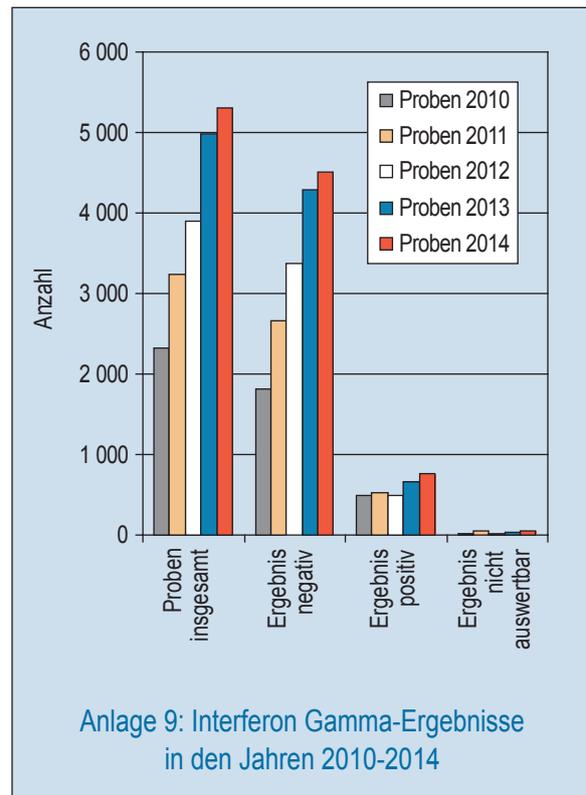
In elf Fällen waren Nichttuberkulöse Mykobakterien (NTM) nachweisbar. Dabei handelte es sich um *M. gordonae* (3 x), *M. abscessus* (3 x), *M. kansasii* (2 x), *M. xenopi* (1 x), *M. avium* (1 x) und *M. fortuitum* (1 x).

660 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 21 Proben positiv aus, wobei nur bei neun 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 2014 wurden im LGA 5 304 Blutproben auf Interferon-Gamma untersucht, davon 4 504 mit negativem (84,9 %) und 757 (14,3 %) mit positivem Ergebnis. Bei 43 Patienten (0,8 %) war der Test nicht auswertbar. Im Vergleich zum Vorjahr waren es 329 Proben mehr. In der Anlage 9 sind die untersuchten Interferon-Gamma-Proben von 2010 bis 2014 dargestellt.

### Gastroenterologie

Bei den Stuhlproben aus den JVA handelt es sich vorwiegend um Kontrolluntersuchungen der Mitarbeiterschaft und von 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 IfSG sind routinemäßige Kontrolluntersuchungen bei gesunden Personen, die im Lebensmittelbereich arbeiten, entfallen. Stuhluntersuchungen werden in diesem Bereich daher ausschließlich anlassbezogen bei Erkrankungsfällen (Diarrhoe) 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 2014 wurden insgesamt 2 542 Stuhlproben bakteriologisch und virologisch untersucht.

Bei den eingesandten Proben handelte es sich im Jahr 2014 am häufigsten um Untersuchungen auf Salmonellen (n=992). Insgesamt konnten Salmonellen in 204 Fällen nachgewiesen werden und es wurden 31 verschiedene Salmonellen-Serovare isoliert. Erwartungsgemäß lagen die *S. Enteritidis*-Isolierungen an erster Stelle (n=46), gefolgt von *S. Poona* (n=18) und *S. Typhimurium* (n=18). Außerdem wurden monophasische B-Stämme (n=17), *S. Schwarzengrund* (n=15), *S. Virchow* (n=11) und *S. Montevideo* (n=10) sowie *S. Mapo* (n=9) häufiger nachgewiesen. Andere Serovare traten nur in wenigen Einzelfällen auf. Das Spektrum der seltenen Serovare ist von Jahr zu Jahr unterschiedlich.

Mit 820 Proben waren im Jahr 2014 die Untersuchungen auf EHEC- (enterohämorrhagischer *E. coli*) bzw. EPEC (enteropathogener *E. coli*) im Vergleich zum Vorjahr (n=670) deutlich angestiegen. Hiervon waren 284 Proben EHEC und 44 Proben EPEC positiv.

Weitere bakterielle Enteritiserreger waren *Campylobacter* spp., *Shigella* spp., *Yersinia enterocolitica*, *Staphylococcus aureus*, *Bacillus cereus* sowie *Clostridium difficile* und *Clostridium perfringens*.

### Gruppenerkrankungen

Insgesamt wurden dem LGA 167 Gruppenerkrankungen im Jahr 2014 nach IfSG von den Gesundheitsämtern gemeldet, jedoch nur bei 156 auch Stuhlpro-

ben zur mikrobiologischen und virologischen Untersuchung eingesandt.

Die 156 untersuchten Gruppenerkrankungen waren vorwiegend durch Noroviren (67,3 %) verursacht, gefolgt von Rotaviren (3,2 %) und *Staphylococcus aureus* (1,9 %). *Salmonella* species und *Campylobacter jejuni* waren bei je zwei Gruppenerkrankungen und *Bacillus cereus*, *Clostridium perfringens*, *Shigella* species, Adenoviren und Astroviren bei je einer Gruppenerkrankung die Ursache. In 21,2 % der Fälle konnte kein Erreger nachgewiesen werden, weil entweder die Probennahme zu spät erfolgte bzw. die Proben dem LGA zu spät übermittelt wurden oder der eingereichte Untersuchungsauftrag den verursachenden Erreger nicht einschloss.

Zur Infektkettenaufklärung im Rahmen von Gruppenerkrankungen werden Patienten-, Mitarbeiter- und Umgebungsproben mittels Gensequenzierung auf klonale Identität untersucht. Hierbei besteht eine enge Kooperation mit dem CVUA S, um einen möglichen kausalen Zusammenhang zwischen einer humanen Infektion und dem Lebensmittel festzustellen.

Bei zwei durch Noroviren hervorgerufenen Gruppenerkrankungen wurden im Jahre 2014 die Norovirus-Isolate der Küchenmitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die der Erkrankten zur Abklärung der Infektkette mittels Gensequenzierung untersucht. Bei einer Gruppenerkrankung wurden die Norovirus-Isolate der Küchenmitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit dem im CVUA S sequenzierten Norovirus-Isolat aus einem Lebensmittel verglichen. Bei allen drei Gruppenerkrankungen stimmten die Isolate jeweils zu 99 bzw. 100 % überein.

Da bei Gruppenerkrankungen nur eine repräsentative Anzahl von Stuhlproben untersucht werden, wurden insgesamt 1 994 Personen als Erkrankte gemeldet, aber nur 658 Einzelproben untersucht.

#### Anlage 10: Infektionsorte, Zahl der Gruppenerkrankungen und Infektionserreger im Jahr 2014

Infektionsort	Summe	Norovirus	Rotavirus	S. aureus	Salmonella	C. jejuni	Sonstige <sup>1</sup>	Unbekannt
Alten-/Pflegeheime	57	47	2	0	0	0	1	7
Gaststätten/Lebensmittelverkaufsstätten	31	7	0	3	1	1	3	16
Krankenhäuser/Rehakliniken	3	3	0	0	0	0	0	0
Schulen/Kindergärten/Tagesstätten	51	40	3	0	0	1	2	5
Private Haushalte	4	1	0	0	1	0	0	2
Freizeiten/Sonstige	10	7	0	0	0	0	0	3
Gesamt	156	105	5	3	2	2	8	33

<sup>1</sup> *Bacillus cereus*, *Clostridium perfringens*, *Shigella*, Astroviren, Adenoviren

Die meisten der 156 untersuchten Gruppenerkrankungen wurden aus Alten-/Pflegeheimen (n=57) gemeldet, gefolgt von Kindergärten/Schulen (n=51) und Gaststätten/Lebensmittelverkaufsstätten (n=31). In 82,5 % der aus Alten-/Pflegeheimen gemeldeten Gruppenerkrankungen konnten Noroviren nachgewiesen werden. In Schulen und Kindergärten belief sich die Zahl der durch Noroviren verursachten Erkrankungen auf 78,4 %, deutlich mehr als im Vorjahr (58,2 %). In Gaststätten und Lebensmittelverkaufsstätten betrug der Anteil an durch Noroviren verursachten Gruppenerkrankungen lediglich 22,6 % (im Vorjahr waren es 64,3 %), in drei Fällen konnte *S. aureus* nachgewiesen werden. Vier Gruppenerkrankungen wurden aus privaten Haushalten gemeldet, hierbei konnten in jeweils einem Fall Noroviren bzw. *Salmonella* Species nachgewiesen werden. In zwei Gruppenerkrankungen erfolgte kein Erregernachweis. Drei Gruppenerkrankungen wurden aus Kliniken gemeldet, wobei in allen drei Noroviren identifiziert werden konnten.

Die erhobenen Daten sind in Anlage 10 aufgeführt.

### Darmparasiten

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

Im Jahr 2014 wurden insgesamt 442 Proben parasitologisch-mikroskopisch untersucht. Dabei konnten in 95 Stuhlproben (21,5 %) Darmparasiten nachgewiesen werden.

### Weitere humane Proben

Im Jahr 2014 gingen 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 95 seit mehreren Jahren durchgeführt wird, erhielt das LGA 88 Stämme von verschiedenen Laboren in Baden-Württemberg. Da der Nachweis von Listerein nach IfSG meldepflichtig ist, werden durch eine aktive Surveillance entweder vom Referat 95 oder von den Gesundheitsämtern die meldenden Labore veranlasst, die isolierten Stämme an das Labor des LGA zu schicken. Im Labor werden diese Stämme angezüchtet, eine Serovarbestimmung durchgeführt und anschließend zur weiteren Identifizierung mittels Pulsfeldgelelektrophorese an das Nationale Referenzzentrum 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.

## Infektiologie, Infektionsprävention

### Infektionsserologie

Im Labor Infektionsserologie wurden im Jahr 2014 Seren von insgesamt 20 564 Personen auf 14 verschiedene Infektionskrankheiten untersucht. Hierzu wurden 42 392 Untersuchungen bzw. Bestimmungen von Antikörpern oder Antigenen durchgeführt (siehe Anlage 11). Schwerpunkte waren die von den Gesundheitsämtern und den JVA 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), und Immunoblot (IB). Die Komplementbindungsreaktion (KBR) wurde durch einen Agglutinationstest (Mikroflokkungstest) ersetzt,

### Anlage 11: Untersuchungen im Labor Infektionsserologie im Jahr 2014

Borrelien	18
Coxiella burnetii	703
FSME-Virus	28
Hantavirus	4
Hepatitis-A-Virus	298
Hepatitis-B-Virus	7 519
Hepatitis-C-Virus	6 779
Hepatitis-E-Virus	6
HIV	17 415
Masern-Virus	7
Mumps-Virus	6
Röteln-Virus	6
Treponema pallidum	2 941
Varizella zoster	4
<b>Summe</b>	<b>35 734</b>

da die KBR die Anforderungen für eine Akkreditierung nicht erfüllt. Neben den infektionsserologischen Nachweismethoden ergänzt die PCR für HI-Virus und Hepatitis-C-Virus das Untersuchungsspektrum.

### Hepatitis-Diagnostik

Im Jahr 2014 gingen insgesamt 298 Anforderungen zur Untersuchung auf Hepatitis A, 7 519 zur Untersuchung auf Hepatitis B bzw. zur Bestimmung des Impftiters nach Hepatitis-B-Impfung und 6 779 Anforderungen zur Untersuchung auf Hepatitis C ein.

Hepatitis-A-IgG Antikörper wurden in 192 Fällen positiv getestet. Dies bedeutet, dass die Betroffenen die Infektion entweder durchgemacht oder eine Impfung gegen Hepatitis A erhalten haben. Nur in 14 Fällen wurde IgM zum Nachweis einer frischen Infektion angefordert; diese war jedoch nur einmal positiv.

Das Virushüllen-Antigen (HBs-AG), das in der Regel sowohl bei einer akuten als auch einer chronischen Hepatitis B positiv getestet wird, wurde aus 2 794 Proben bestimmt. In 141 Fällen war das HBs-AG positiv. Aufgrund der anderen Hepatitis-Marker muss bei 132 Personen von einem chronischen HBs-AG-Trägertum ausgegangen werden. In 779 Fällen wurde eine zurückliegende Hepatitis-B-Erkrankung, in zwei Fällen eine akute Hepatitis B diagnostiziert. Aus 741 Seren wurde der Impftiter anti-HBs bestimmt.

Bei den im Jahr 2014 insgesamt 6 779 eingegangenen Anforderungen zum Nachweis von Antikörpern gegen das Hepatitis-C-Virus wurde in 937 Fällen eine Hepatitis-C-Infektion nachgewiesen. Zur Bestimmung der Viruslast (Grad der Infektiosität) bei nachgewiesener Hepatitis C wurde zusätzlich in 634 Fällen eine PCR durchgeführt.

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 7 519 Seren 11 150 Parameter getestet. Die Befundung ist nur durch die gemeinsame Bewertung der Einzelergebnisse möglich. Die Einsendungen für die Untersuchungen auf die Hepatitiden stammen vor allem aus den JVA. 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.

### HIV-Diagnostik

Im Jahr 2014 wurden insgesamt 17 415 Seren auf HIV untersucht. Von diesen Seren, die überwiegend

anonym untersucht werden, waren 250 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 Konsiliarfähigkeit 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 2014 wurden 703 Seren für das Konsiliarlabor auf spezifische Antikörper gegen *Coxiella burnetii* untersucht. Hierzu wurden 1 917 Bestimmungen durchgeführt.

### Virusanzucht in Zellkulturen

Das LGA nahm auch 2014 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 Virustyp-Veränderungen im Verlaufe einer Influenza-Epidemie.

In der Saison 2013/14 wurden lediglich 16 Zellkulturisolate zur Typisierung an das NRZ für Influenzaviren geschickt.

## S3-Labor, Molekularbiologie und Schädlingsbestimmung

### Molekularbiologische Untersuchungen mit Hilfe der Polymerasekettenreaktion

Das Aufgabengebiet der Molekularbiologie umfasst sowohl die Untersuchung von Routineproben auf In-

fektionserreger als auch die Infektkettenabklärung mittels Sequenzierung (z. T. in Zusammenarbeit mit dem CVUA S).

Das Labor Molekularbiologie untersucht die verschiedensten Materialien (u. a. Blut, Urin, Stuhl, Bakteriensuspensionen, Organe, Abstriche und Zecken), mittels Polymerasekettenreaktion (PCR) auf Infektionserreger.

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

Zudem besteht eine weitere Aufgabe dieses Labors 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) mög-

lichst 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 2014 sind im LGA in diesem Bereich die in Anlage 12 dargestellten Untersuchungen durchgeführt worden.

Die Zahlen zeigen, dass die Anforderungen zur Untersuchung von Stuhlproben auf EHEC bzw. EPEC im Gegensatz zum Vorjahr deutlich angestiegen sind. In 34,6 % der Proben (n=798) konnten EHEC bzw. in 4,5 % der Proben EPEC nachgewiesen werden. Von insgesamt 694 Untersuchungen auf Noroviren betrug der positive Anteil 42,0 %. Zur Infektkettenverfolgung wurden im Jahr 2014 insgesamt 31 Sequenzierungen durchgeführt.

Darüber hinaus nimmt das LGA seit einigen Jahren als kooperierendes Landeslabor an der bundesweiten Influenzasurveillance teil. In diesem Rahmen

Anlage 12: Erregernachweise im Labor Molekularbiologie im Jahr 2014

Erreger	Untersuchungen	positiv	negativ
<i>Borrelia burgdorferi sensu lato</i>	777 <sup>1,2</sup>	154	607
<i>Coxiella burnetii</i>	79	8	71
EHEC	Stx 1	191	607
	Stx 2	116	682
	eae	96	702
EPEC	798	36	762
Noroviren	694	291	403
Influenza	A/H1-H3	24	145
	A/H1-H16	42	127
	A/H1N1pdm09	10	32
	B	0	169
Enteroviren	72	6	66
Polioviren	5	0	5
Adenoviren	9	4	4
Rotaviren	9	0	9
Hantaviren	1	0	1
Hepatitis A	11	2	9
<i>Entamoeba spec.</i>	5	3	2
Sonstiges (Legionellen, MRSA, FSME-Viren, Babesien, Rickettsien, Echinokokkus)	14	3	11
<b>Summe</b>	<b>5 417</b>	<b>986</b>	<b>4 414</b>

<sup>1</sup> Sechs Proben waren inhibiert.

<sup>2</sup> Bei zehn Proben handelte es sich nicht um eine Zecke.

werden Nasen- und Rachenabstriche molekularbiologisch auf Influenza A und B sowie auf Influenza H1N1 pdm09 untersucht.

Insgesamt wurden 169 Abstriche in der Saison 2013/14 auf Influzaviren untersucht. 44 Proben wurden positiv getestet; dies entspricht einem Anteil von 26 %. Bei allen 44 Proben wurde Influenza A, davon in zehn Fällen Influenza A/H1N1pdm09, und bei keiner Probe Influenza B nachgewiesen.

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 durchführen zu können. Im Jahr 2014 wurden 48 Schädlinge eingesandt.

## Medizinisch-chemische Analytik

Die Untersuchungen des Labors Medizinisch-chemische Analytik (mit den Arbeitsbereichen Biomonitoring, Allergiediagnostik, Mykologie) dienen dem Monitoring von Gesundheit und Umwelt in Baden-Württemberg. Humanbiomonitoring und biologisches Effekt-Monitoring sind eine Voraussetzung für die Risikoeinschätzung von umweltbedingten Schadstoffbelastungen und der Prävention umweltbedingter Erkrankungen. Die Untersuchungen im Bereich des Gesundheitsmonitorings schließen die Bereiche Humanbiomonitoring, Allergie-Screening, Schimmelpilz- und Feinstaubbestimmung ein. Im Bereich des Analytischen Qualitätssicherung (AQS) werden für Ringversuche Referenzmaterialien (Reinkulturen und Mischproben) und für Kurse Referenzstämmen vorbereitet und identifiziert.

- Die im Herbst 2010 begonnenen Untersuchungen für eine Längsschnittstudie mit Erwachsenen wurden auch zu Beginn des Jahres 2014 fortgeführt. Das Blut von 16 Erwachsenen wurde auf halogenorganische Flammschutzmittel (Anlage 13) untersucht. Nach Probenuntersuchungen zur Validierung des Messverfahrens im Zusammenhang mit der DAkKS-Akkreditierung mussten die Untersuchungen ab April 2014 personalbedingt eingestellt werden.
- Im Rahmen des Gesundheitsmonitorings werden seit 1992 regelmäßig (mindestens jedes zweite Jahr) labormedizinisch-chemische Proben (2014: 256) im Rahmen von epidemiologischen Studien bei zehnjährigen Kindern untersucht.
- Für den ÖGD erfolgen in Amtshilfe neben fachlichen Beratungen auch Untersuchungen und gesundheitliche Bewertungen von biologischen und chemischen Innenraumschadstoffen, insbesondere von Schimmelpilzen.
- Die analytische Qualitätssicherung (AQS) behält weiterhin einen herausragenden Stellenwert, insbesondere im Hinblick auf die Bewertung von Schim-

melpilzen 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 insgesamt ca. 120 Labore teilnehmen.

- Ein weiteres wichtiges Element der AQS sind die Fortbildungsveranstaltungen „Analytische Qualitätssicherung im umweltmedizinischen Bereich“, die seit 2012 in die Reihe der „Umwelttoxikologischen Kolloquien“ (vier bis fünf pro Jahr) eingegliedert wurden, sowie die Kurse „Nachweis, Identifizierung und Bewertung von Schimmelpilzen in Innenräumen und Lebensmitteln“ (Grundkurs und Fortgeschrittenen-Kurs), die in Zusammenarbeit mit dem Centraalbureau voor Schimmelcultures (CBS, Utrecht/Niederlande) durchgeführt werden.

Insgesamt wurden 2014 in der chemischen Analytik im Bereich des Human-Biomonitorings 144 Bestimmungen (Anlage 13) und im Bereich der Allergiediagnostik 2 816 Bestimmungen (Anlage 14) durchgeführt sowie 68 Proben zur Bestimmung von biologischen Agenzien (Anlage 16) untersucht. 5 139 Proben wurden als Referenzmaterial für die Ringversuche und Kurse vorbereitet und versandt (Anlage 15).

### Anlage 13: Human-Biomonitoring

Parameter	Bestimmungen
Bestimmung von Polychlorierten Diphenylethern (PBDE 28, 47, 100, 99, 154, 153, HBCDD, 183, 209) im Blut	144

### Anlage 14: Allergiediagnostik

Parameter	Bestimmungen
sx1-Inhalationsallergene: Dermatophagoides pteronyssinus, Katzenschuppen, Lieschgras, Roggen, Cladosporium herbarum, Birke, Beifuß	256
mx1: Cladosporium herbarum, Alternaria alternata, Aspergillus fumigatus, Penicillium chrysogenum	256
gm25 Aspergillus versicolor	256
m1 Penicillium chrysogenum	256
m208 Chaetomium globosum	256
d1 Dermatophagoides pteronyssinus	256
d70 Acarus siro	256
d71 Lepidoglyphus destructor	256
d72 Tyrophagus putrescentiae	256
d73 Glycophagus domesticus	256
d201 Blomia tropicalis	256
<b>Summe</b>	<b>2 816</b>

**Anlage 15: Ringversuche Schimmelpilze und Kurse**

Herstellung von Referenzmaterialien	Proben
Reinkulturen für Ringversuche	1612
Mischproben für Ringversuche	107
Reinkulturen für Kurse	3 420
<b>Summe</b>	<b>5 139</b>

**Anlage 16: Amtshilfe für Gesundheitsämter und sonstige Institutionen**

Probenmaterial	Proben
Luftprobenahme direkt	28
Abklatschproben	0
Klebefilmproben	23
Materialproben	1
Luft indirekt	0
Wasserproben	14
Eingesandte Reinkulturen	2
<b>Summe</b>	<b>68</b>

**Qualitätsmanagement**

Das Sachgebiet Qualitätsmanagement (QM) und die Funktion des QM-Beauftragten sind organisatorisch außerhalb des Laborbereichs im Referat 91 angesiedelt. Das QM-System, die Prüf- bzw. Untersuchungsverfahren und die laborbezogenen Unterstützungsleistungen für den Laborbereich wurden erstmals 2004 akkreditiert. Die aktuellen Akkreditierungsurkunden der Deutschen Akkreditierungsstelle (DAkKS) nach DIN EN ISO 15189 (Medizinische La-

bore) und DIN EN ISO/IEC 17025 (Prüflabore) sind bis Dez. bzw. Nov. 2019 gültig. Die Urkunden mit den erläuternden Anlagen, das QM-Handbuch und das Leistungsverzeichnis sind im Internet unter <http://www.gesundheitsamt-bw.de> > Fachservice > Laboruntersuchungen einsehbar.

**Dokumenten- und Informationsmanagement**

Die Prüf- bzw. Untersuchungsverfahren und untersuchungsrelevanten Geräte des Laborbereichs sind in QM-Dokumenten beschrieben und unterliegen regelmäßigen Reviews.

Die Kommunikation zwischen Laborbereich und QM wird auf Laborebene in regelmäßigen Sitzungen des AKLA (Arbeitskreis Laborakkreditierung) bzw. auf Leitungsebene in den Jours-fixe QM sichergestellt. Schnittstellengespräche binden die weiteren Managementsysteme „Arbeits- und Gesundheitsschutz“ (AGS) und „Technisches Gebäudemanagement“ (TGM) ein.

**Interne Audits und Managementbewertung**

2014 wurden insgesamt sieben interne Audits und elf DAkKS-Begutachtungstage (Vorjahr: 23 interne Audits) in den einzelnen Laboren, bei den zentralen Labordiensten (Pipetten-Kalibrierung, Nährmedienherstellung, Glaswarenaufbereitung) und laborbezogenen Dienstleistungen (Laboreinkauf, Gerätwartung, Entsorgung, EDV) durchgeführt.

Die jährliche Managementbewertung betrifft Änderungen der Organisation, der Laborleistungen und der Qualitätssicherung sowie Korrektur- und Verbesserungsmaßnahmen. Darin gehen die Ergebnisse ausgewählter Qualitätsindikatoren ein, die anhand von QM-Kennzahlen erhoben und ausgewertet werden.

## Landesarzt für Menschen mit Behinderungen



Die gesetzliche Funktion „Landesarzt für Menschen mit Behinderungen“ ohne hoheitliche Befugnisse besteht seit Einführung des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) 1962, da die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen in diesem Gesetz angesiedelt wurde.

2001 wurde die Funktion Landesarzt mit veränderten Aufgaben als § 62 in den Teil 1 des Sozialgesetzbuch (SGB) IX – Regelungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen – überführt. Im Zentrum ist seither die kostenträgerunabhängige fachärztliche Beratungs- und Empfehlungsfunktion zu medizinischen Aspekten von Behinderungen und der Verbesserung von Teilhabe, Partizipation, Inklusion und Versorgung von Menschen mit (drohenden) Behinderungen. Dagegen wurden einzelgutachterliche Aufgaben in der Eingliederungshilfe beschränkt.

In Baden-Württemberg liegt der Schwerpunkt des Landesarztes bei früh vorhandenen oder erworbenen Behinderungen des Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalters. In dieser Lebensspanne sind auch viele der im späteren Alter wirksamen Teilhabebarrrieren deutlich. Altersgruppenübergreifende interdisziplinäre Fragen gehören daher auch zur Aufgabe, soweit sie sich auch auf früh bestehende oder erworbene Behinderungen beziehen. Die Landesärztin ist Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit klinischer Erfahrung in Kinder- und Jugendpsychiatrie und einem US-amerikanischen Masterabschluss in Public Health/Epidemiologie.

Sie nimmt zugleich auch die Referatsleitung für die beiden weiteren Sachgebiete Gesundheitsförderung und zielgruppenspezifische Prävention wahr. Damit werden als Synergieeffekte sowohl inklusive Kon-

zepte in diesen beiden Regelbereichen von Öffentlicher Gesundheit/Public Health erleichtert als auch Impulse aus diesen beiden Bereichen in die spezielle Teilhabeverbesserung von Menschen mit Behinderungen eingebracht.

Das in Teil 2 des SGB IX überführte vor allem arbeitsweltlich ausgerichtete Schwerbehindertenrecht (Schwerbehindertenausweis, Schwerbehindertenstatus und -vertretung in der Arbeitswelt usw.) hat keine Überschneidung mit den Aufgaben des Landesarztes.

### Überregionale Arbeitsstelle Frühförderung Baden-Württemberg (ÜAFF BW) – Medizinischer Bereich

Mit der Rahmenkonzeption Frühförderung Baden-Württemberg wurden die Aufgaben der ÜAFF BW vom SM und vom Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (KM) per Erlass geregelt (siehe Textblock).

#### Aufgaben der ÜAFF BW:

- Weiterentwicklung der Frühförderung in Baden-Württemberg
- Einführung neuer Fachkräfte in die Strukturen und Verfahren in Baden-Württemberg
- Unterstützung des interdisziplinären Austausches der Fachkräfte
- Vernetzung mit benachbarten Fachdisziplinen und Arbeitsbereichen
- Klärung schwieriger fachlicher Fragen
- Herausgabe eines landesweiten Informationsdienstes
- Öffentlichkeitsarbeit, Literaturlauswertung
- Beratung der zuständigen Ministerien
- Medizinischer Bereich: Prüfung der fachlichen Voraussetzungen bei Erstaufnahme einer Interdisziplinären Frühförderstelle (IFF) in die Landesförderung

Die enge Zusammenarbeit mit dem ebenfalls landesweit tätigen Pädagogischen Bereich der ÜAFF BW in der Fachaufsicht des KM und angesiedelt im Referat 74 des RPS entspricht der konzeptionellen Gleichrangigkeit von Medizin und Pädagogik bei der Förderung, Behandlung und Assistenz betroffener Kinder und ihrer Familien, wie sie in der Rahmenkonzeption Frühförderung Baden-Württemberg dargestellt wurde.

Der „Infodienst Frühförderung Baden-Württemberg“ mit aktuellen Fachinformationen zu Frühförderung und Inklusion/Integration wendet sich an Fachleute in Ministerien, Landrats- und Bürgermeisterämtern, Interdisziplinären und Sonderpädagogischen Frühförderstellen (BFF), Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ), an niedergelassene Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzte, Selbsthilfeverbände, Fachverbände, freie Träger, Elternvertreterinnen und -vertreter sowie interessierte im Thema tätige Einzelpersonen. Die Nachfrage steigt fortlaufend. Rückmeldungen der Bezieher sind positiv. Im Internet ist es unter <http://www.gesundheitsamt-bw.de> > Frühförderung aufrufbar.

#### Landesweite jährliche Termine Landesarzt:

- Symposium Frühförderung Baden-Württemberg
- 1-2 Arbeitstreffen der Leitungen der IFF
- Sechs Tage Einführung Frühförderung Baden-Württemberg für neue Fachkräfte
- Fachtransfer und -austausch zu aktuellen Fragestellungen in Behinderung, Teilhabe/Inklusion und Gesundheitsversorgung

Die jährlichen landesweiten Besprechungen und das Symposium Frühförderung Baden-Württemberg dienen der Einführung, Vernetzung und dem Austausch aller Fachkräfte der IFF, SPZ, Kinderkliniken, Kostenträger, Verbände u. a. in Zusammenarbeit mit dem Pädagogischen Bereich.

Beratung der IFF und weiterer Beteiligter, Mitarbeit in Gremien und aktuellen Arbeitsgruppen auf Landesebene zu medizinnahen interdisziplinären Belangen der Frühförderung und Integration/Inklusion betroffener Kinder, Austausch mit Selbsthilfe- und Fachverbänden erfolgen durchgängig.

#### Themenauswahl Frühförderung:

- Landesrahmenvereinbarung Frühförderung, z. B. Zugangswege
- Förder- und Behandlungsplan, Zusammenarbeit usw.
- Inklusion Kitas, Zugangsverfahren, Zusammenarbeit, Übergang Kita-Schule
- Ambulante Kinderkrankenpflegedienste und Kitas, Heilmittelrichtlinien
- Kontrollverfahren Sozialhilfe bei Heilpädagogik in IFF
- Frühgeborenenmedizin und Frühförderung
- Frühe Hilfen/Kinderschutz und Frühförderung
- Migration und Frühförderung
- Barrierefreiheit in IFF

#### Fachberatung und Initiativen nach § 62 SGB IX zur Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen sowie zur Prävention vermeidbarer Behinderungen

Fachberatung erfolgt für SM und KM, andere Landesbehörden, Selbsthilfeverbände, Fachverbände, Land- und Stadtkreise, kommunale Behindertenbeauftragte u. w. sowohl in Einzelfragen als auch durch fallübergreifende Mitarbeit in Arbeitsgruppen, Gremien und dem Landesbehindertenbeirat Baden-Württemberg.

Die gesetzlich geforderten landesärztlichen Initiativen benötigen zur Wirksamkeit Kooperationspartner. Beispiele dafür sind die Einführung des flächendeckenden universellen Neugeborenenhörscreenings oder die gemeinsame Kampagne mit SM und Techniker Krankenkasse zur Prävention des Schütteltraumas bei Babys.

Zu diesem Bereich gehören auch die Landeskommission für Menschen mit Hörbehinderung und die Landeskommission für sehbehinderte und blinde Menschen. In beiden Landeskommissionen, die insbesondere der Problemanzeige und -lösung durch den Austausch zwischen Selbsthilfeverbänden, Kostenträgern, Wissenschaft, Schulbereich und weiteren „stakeholdern“ dienen, wurden die nebenamtlichen Landesärzte zu Vorsitzenden gewählt.

In Baden-Württemberg sind für die Sinnesbehinderungen in „Hören“ und „Sehen“ im Jahr 2014 drei nebenamtliche fachärztliche Landesärzte tätig. Zwei Universitätsprofessoren darunter sind im Hauptamt Leiter einer Sektion an Universitätskliniken (Heidelberg, Freiburg), ein weiterer ist Leiter einer Krankenhausabteilung (Stuttgart).

#### Themenauswahl Fachberatung/Initiativen:

- Gesundheitsversorgung und Behinderung
- Schütteltrauma bei Babys – Kampagne mit SM und Techniker Krankenkasse
- Kinderschutz und Behinderung, Public Health und Kinderschutz
- Umgang mit individuellem pflegerischen Bedarf in Kitas, Schulen, Heimen
- Inklusion in Kitas und Schulen
- Gebärdendolmetscher und gehörlose Eltern
- Medizin und Kitas, Schulen
- ADHS, Autismus, Epilepsie, Behinderungsformen, Interventionsformen
- Sexueller Missbrauch und Behinderung
- Pränatale Diagnostik

### **Gutachten in der Eingliederungshilfe sowie der Landesblindenhilfe**

Mit der Einführung des SGB X 2001 wandelte sich die gutachterliche landesärztliche Aufgabe von früherer zentralisierter wohnortferner Erledigung nach Aktenlage hin zur fachlichen Unterstützung dezentraler wohnortnaher Erledigung. Dabei werden vor Ort immer mehr die den antragstellenden Menschen mit Behinderung behandelnden Fachärzte direkt einbezogen. Es wird der Weg verfolgt, Gutachten durch Konsensfindung unabhängig vom Einzelfall über Runde Tische, Verfahrensklärungen, anonymisierte Fachberatung u. Ä. zu vermeiden. Im Kontext von UN-Behindertenrechtskonvention, SGB IX und Inklusion wird die traditionelle Zweitbeurteilerrolle der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Eingliederungshilfe für den Kostenträger Sozialhilfe als zukunftsfähige Verfahrensform hinterfragt. Für den Kostenträger Jugendhilfe besteht sie bereits nicht mehr.

Da im Bereich Sehen eine Geldleistung für einen augenärztlich definierten Personenkreis vorgesehen ist (Landesblindenhilfegesetz), fungiert der Landesarzt für Sehbehinderte und Blinde im Sinne des § 62 SGB IX als Obergutachter für strittige Fälle in der Landesblindenhilfe. Erstbeurteilend sind die behandelnden Augenärzte. Die jährliche Dienstbesprechung mit den bescheidgebenden Stellen der Kreise dient der Klärung schwieriger Fragen.

### **Landesarzt für Menschen mit Behinderungen Baden-Württemberg im Internet**

- Mehr zu Fachinformationen:  
<http://www.gesundheitsamt-bw.de> > Landesarzt
- Mehr zu organisatorischer Zuordnung:  
<http://www.rp-stuttgart.de>

## Staatlicher Gewerbearzt



### Berufskrankheiten

Das Sozialgesetzbuch (SGB) VII und der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) bilden den rechtlichen Rahmen für die Mitwirkung des Staatlichen Gewerbearztes am Berufskrankheiten(BK)-Verfahren. Seine Mitwirkung hat zwei Funktionen:

- Alle im Land gemeldeten BK sollen ihm vorgelegt werden (§ 4 Abs. 2 BKV): Da die Erstanzeigen von Berufskrankheiten zum größten Teil an die Unfallversicherungsträger geschickt werden, muss entsprechend Berufskrankheiten-Verordnung der Staatliche Gewerbearzt von dort über den BK-Fall informiert werden. Der Staatliche Gewerbearzt 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 Darstellungen 3a-e).
- Er kann als ärztlicher Sachverständiger tätig werden: Der Staatliche Gewerbearzt 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, Zusammenhangsgutachten zu erstellen. Die Vereinbarung zwischen dem Landesverband Südwest der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und dem SM 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 4 591. Davon waren 4 381 BK entsprechend der BK-Liste (Fälle nach § 9[1] SGB VII) und 210 „sonstige“ nicht in der BK-Liste aufgeführte Fälle, z. B. sog. „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 45,7 %. 45,4 % wurden abgelehnt, davon konnte in 8,9 % 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 in einer Datenbank registriert. Die Daten im Jahresbericht beziehen sich zum Teil auf die registrierten Berufskrankheiten, zum Teil auf die ärztlich bearbeiteten Fälle.

- **Anlagen 3a-d:** Die fünf am häufigsten beim Gewerbearzt registrierten BK sind die gleichen wie in den Vorjahren und machen zusammen fast zwei Drittel 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). Danach finden sich die LWS-Krankheiten. Gefolgt werden sie von den allergisch-obstruktiven Atemwegserkrankungen und den Asbestosen an fünfter Stelle.

Nicht jede der von den Gewerbeärzten bearbeiteten BK-Fällen wird als berufsbedingt angesehen. Im Durchschnitt sind es gerade ca. 45 %. Von den allergisch bedingten obstruktiven Atemwegs-BK sind es 48 %, bei den Hautkrankheiten 68 % und 25 %

bei den toxisch-irritativ bedingten Atemwegskrankheiten. Der Anteil bei den malignen Krankheiten der ableitenden Harnwege beträgt nur noch 9 % (3b).

Die in Baden-Württemberg angezeigten BK gibt der Länderindikator 3.32 der Gesundheitsberichterstattung des Bundes für das Jahr 2013 mit 7 166 Fällen an (nur gewerbliche Berufsgenossenschaften), davon 2 483 Hauterkrankungen. Die angezeigten Krankheiten der Haut (BK 5101) nehmen dabei den Spitzenplatz ein. Die Verteilung der wichtigsten Berufskrankheiten nach dem Länderindikator („UV angezeigt“) und nach der Statistik des Staatlichen Gewerbearztes („SG angezeigt“) ist in der Anlage 3d dargestellt.

- **Anlage 4:** Die Zahl der abgeschlossenen BK ging seit dem Maximum 1996 kontinuierlich zurück und erreichte 2008 ihr Minimum. Seitdem sind die gemeldeten Fälle wieder leicht angestiegen. 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 u. a. aufgrund von Lücken bei eingehenden Meldungen nicht interpretieren (5a und b; siehe dazu Anmerkung bei Anlagen 3). Bei den obstruktiven Atemwegskrankheiten lag der Höhepunkt 1996, sie liegen jetzt konstant bei ca. 30 % des Maximums (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 jedoch – mit Schwankungen – konstant. Mit insgesamt 521 Fällen würden die Asbest-assoziierten Krankheiten an dritter Stelle der am häufigsten angezeigten BK in Baden-Württemberg stehen (Zusammenfassung der vier Asbest-assoziierten BK).
- **Anlage 8:** Hier sind die Zahlen aller im Jahr 2014 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.

### Dienstgeschäfte

- **Anlage 7:** 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/innen bearbeiteten BK-Fälle.

Die unter 2.1.4 genannten Beratungen in arbeitsmedizinischen Fragen betreffen Anfragen der technischen Gewerbeaufsicht, von Ministerien sowie von anderen Behörden. Die überwiegende Anzahl sind jedoch schriftliche und fernmündliche Anfragen von Betriebsärzten und anderen Personen.

Die unter 2.3 aufgeführten Untersuchungen sind überwiegend die vom Staatlichen Gewerbearzt ausgeführten Strahlenschutzuntersuchungen.

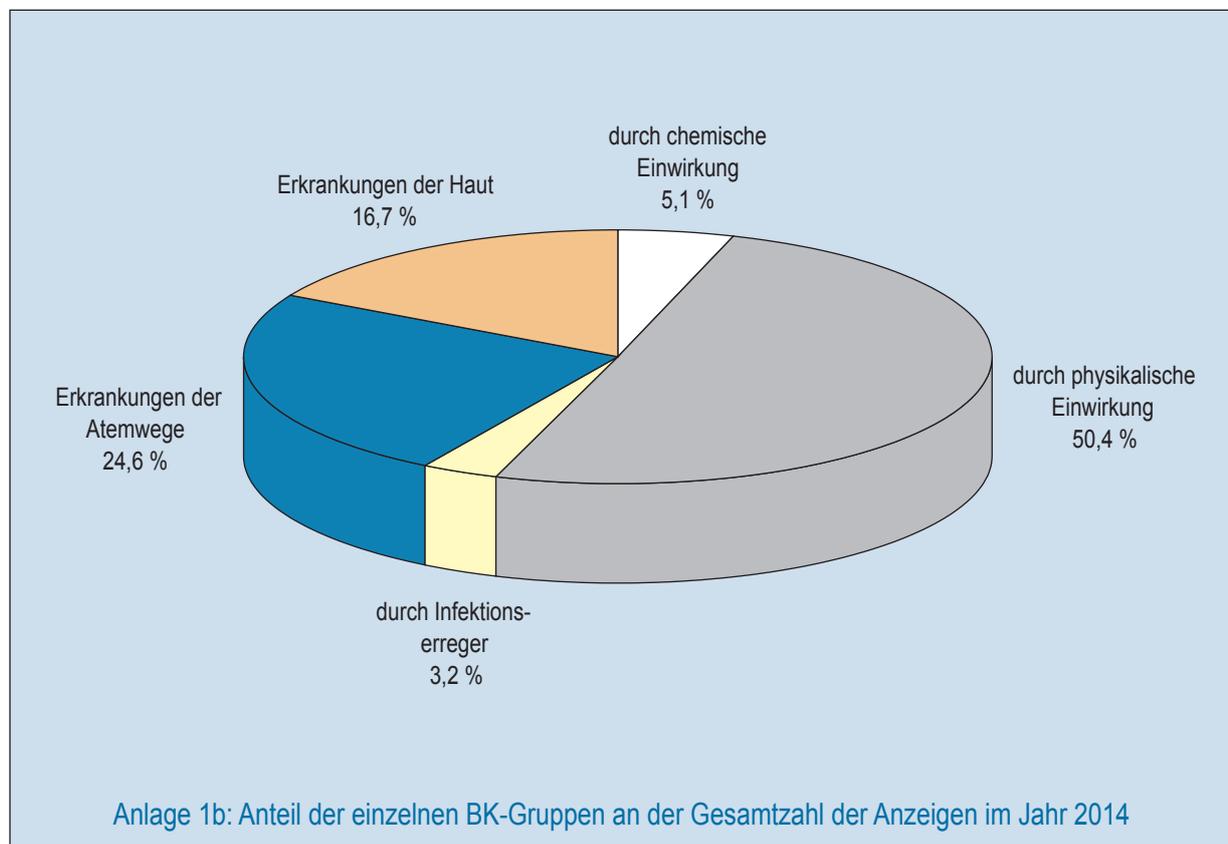
- **Anlage 9:** Anlass für Betriebsbegehungen des Staatlichen Gewerbearztes sind das BK-Verfahren, Anfragen der technischen Gewerbeaufsicht, Nachfragen aus Betrieben und Projekte. Die Zahl der Begehungen ist wegen des damit verbundenen Zeitaufwandes bei geringer Personalkapazität seit einigen Jahren 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 werden Ärztinnen und Ärzte nur noch für Untersuchungen nach Strahlenschutz-, Röntgen- und Druckluftverordnung ermächtigt. Voraussetzung ist eine entsprechende Qualifizierung.

Anlage 1a: Anteil der einzelnen BK-Gruppen an der Gesamtzahl der Anzeigen im Jahr 2014

Nr.	BK	angezeigte Anzahl	%
1	durch chemische Einwirkung	224	5,1
2	durch physikalische Einwirkung	2 207	50,4
3	durch Infektionserreger	139	3,2
4	Erkrankungen der Atemwege	1 078	24,6
5	Erkrankungen der Haut	733	16,7
<b>Summe</b>		<b>4 381</b>	<b>100,0</b>
	Sonstige	210	4,6
<b>Gesamtsumme</b>		<b>4 591</b>	



Anlage 2: Kausalität in den BK-Hauptgruppen – Entscheidungen der Gewerbeärzte im Jahr 2014<sup>1</sup>

BK-Gruppe	% in den Klassen						% in Gruppen			% ärztl. bearb.
	1	2	3	4	5	6	1-2	1-3	1-6	
1 chemische Einwirkung	4,9	0,4	1,3	89,3	2,7	1,3	5,4	6,7	100,0	99,6
2 physikalische Einwirkung	7,7	14,1	3,8	66,7	0,0	7,7	21,8	25,6	100,0	3,5
3 Infektionen	8,0	44,9	8,0	35,5	1,4	2,2	52,9	60,9	100,0	99,3
4 Atemwegskrankheiten	6,9	8,3	17,3	59,3	1,0	7,1	15,2	32,6	100,0	47,5
5 Hautkrankheiten	1,6	7,5	57,0	21,7	1,5	10,6	9,1	66,2	100,0	100,0
Durchschnitt (1-5)	4,5	10,2	31,0	45,4	1,4	7,5	14,7	45,7	100,0	38,4
1 BK rentenpflichtig anerkannt	4,5									
2 BK anerkannt („dem Grunde nach“)		10,2								
3 berufsbedingt, keine BK-Anerkennung			31,0							
4 BK abgelehnt, kein Zusammenhang				45,4						
5-6 keine Entscheidung möglich					8,9					
1-2 anerkannt							14,7			
1-3 berufsbedingt								45,7		
Anteil ärztlich bearbeitet										38,4

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

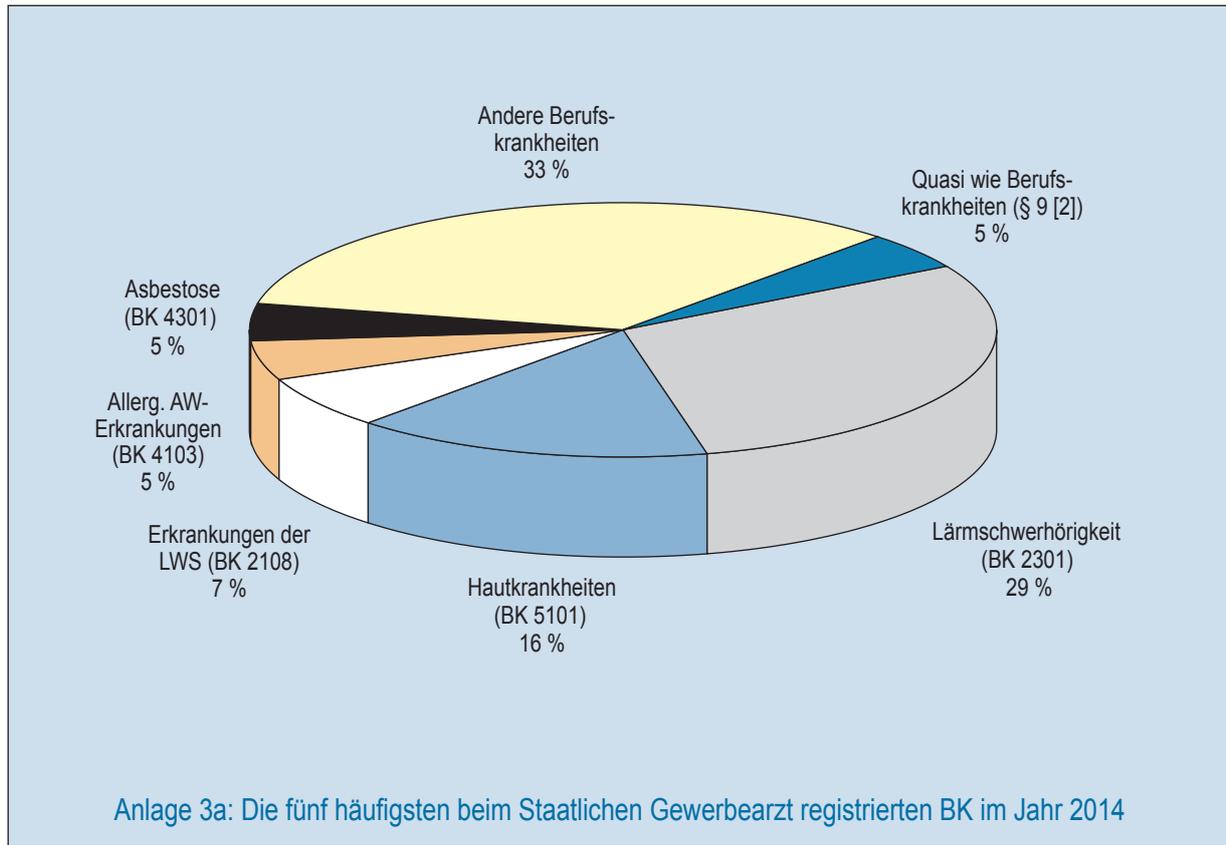
#### Zusammenfassende Bezeichnungen (siehe auch Anlage 8):

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)

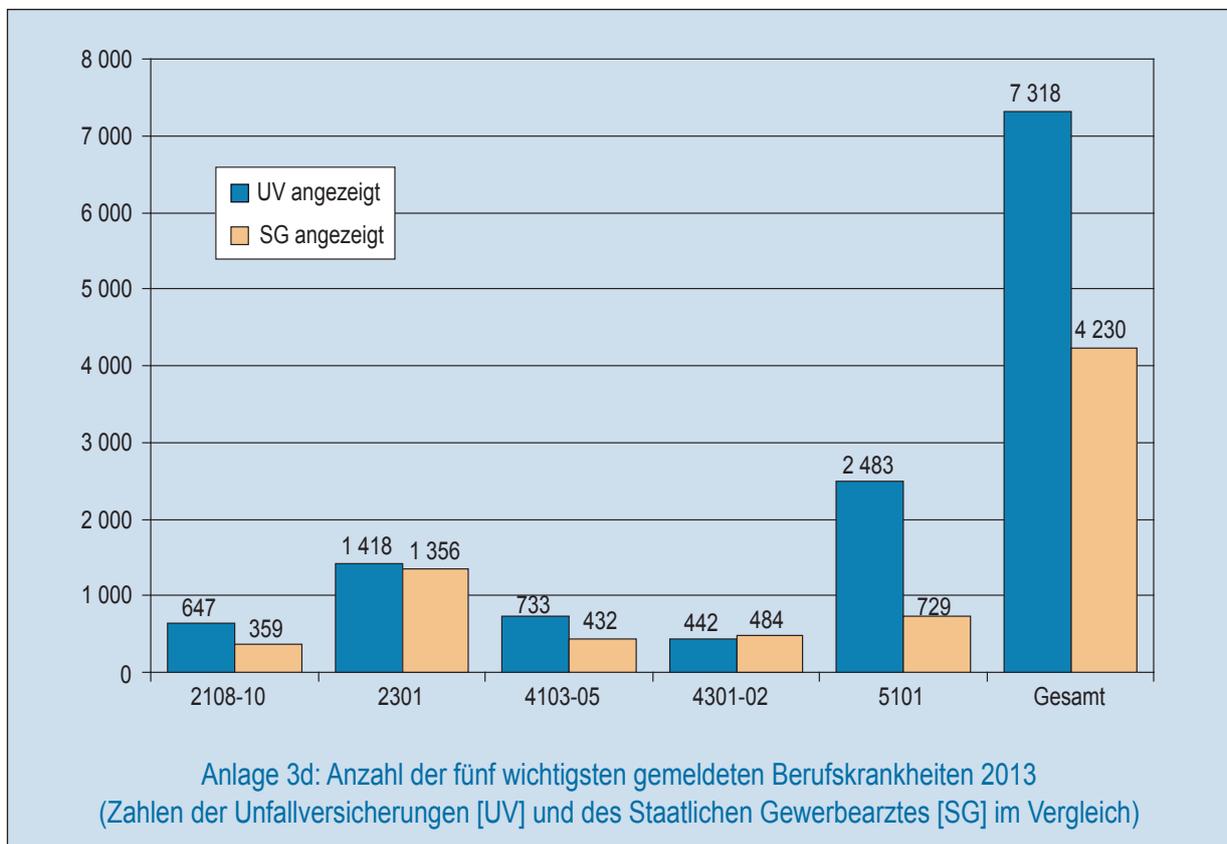
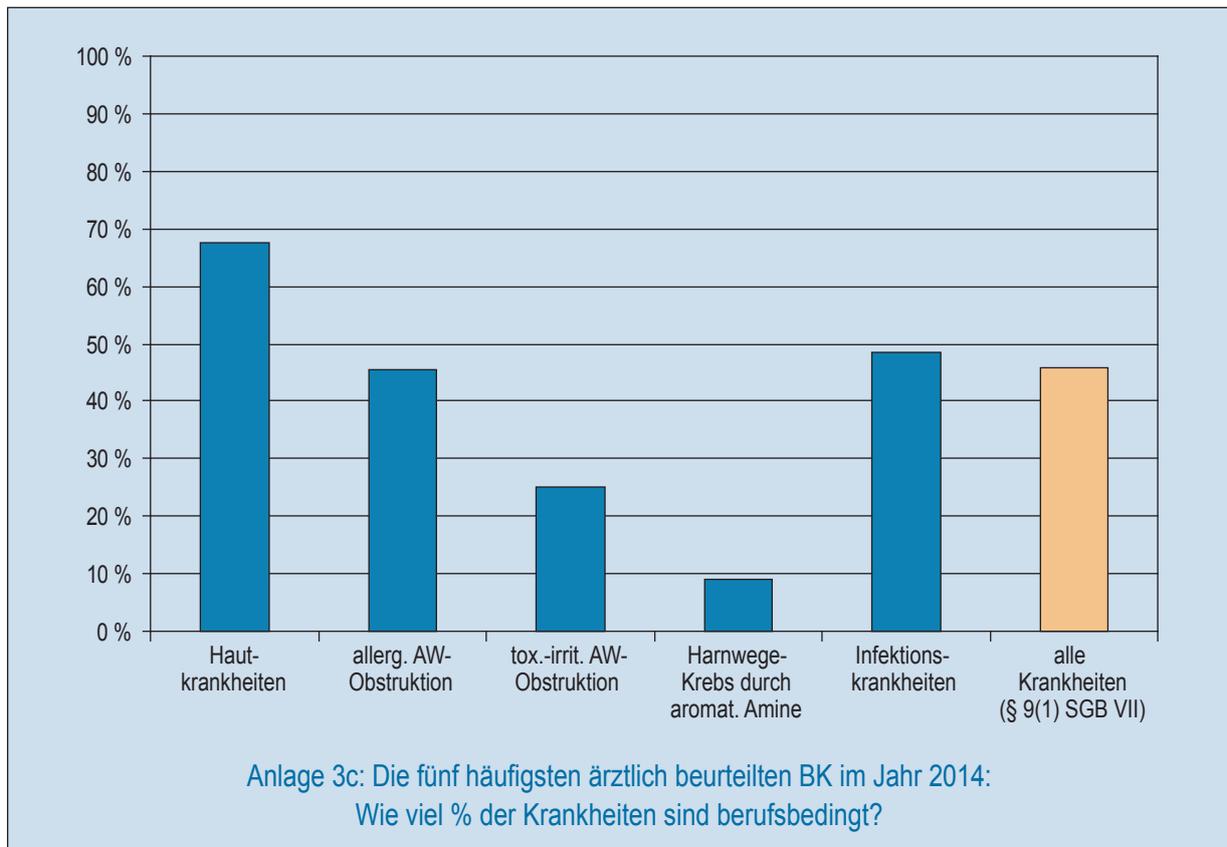
Klassen 1-6 = „begutachtet“ (angezeigte Krankheit, die der Gewerbearzt zur Kenntnis genommen oder zu der er eine Stellungnahme verfasst hat)

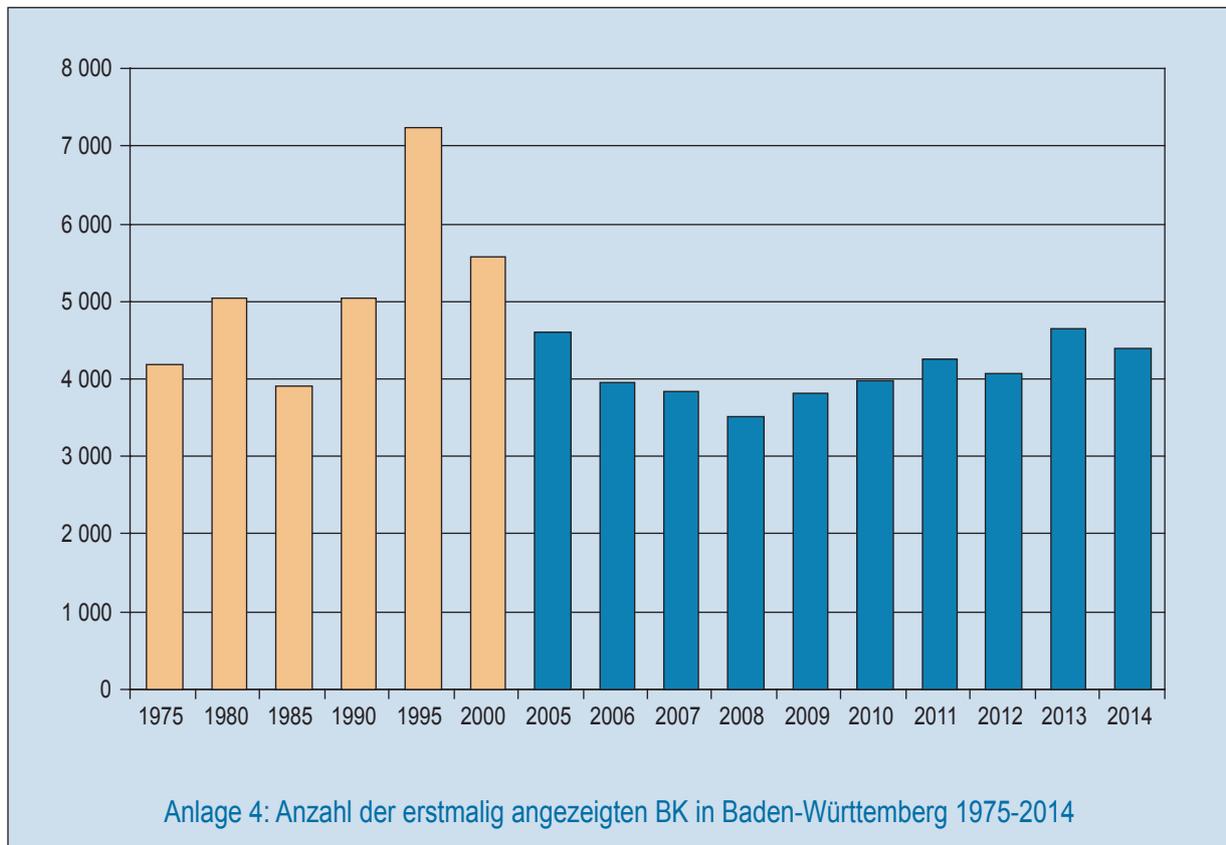
<sup>1</sup> Rundungsfehler sind nicht vermeidbar.

Anlage 3b: Die fünf häufigsten BK, die vom Staatlichen Gewerbearzt im Jahr 2014 ärztlich beurteilt wurden<sup>1</sup>

BK-Nr.	Krankheit	n	%	% -Anteile in den Klassen						bb (1-3)
				1	2	3	4	5	6	
5101	Hautkrankheiten	716	42,3	1,5	7,5	58,4	20,5	1,5	10,5	67,5
4301	allerg. AW-Obstruktion	226	13,4	2,2	12,4	31,0	48,2	0,4	5,8	45,6
4302	tox.-irrit. AW-Obstruktion	144	8,5	7,6	3,5	13,9	61,1	0,7	13,2	25,0
1301	Harnwege-Krebs durch aromat. Amine	67	4,0	9,0	0,0	0,0	85,1	3,0	3,0	9,0
3101	Infektionskrankheiten	66	3,9	6,1	31,8	10,6	45,5	3,0	3,0	48,5
alle Krankheiten (§ 9 Abs. 1 SGB VII)		1 692	100,0	4,5	10,2	31	45,4	1,4	7,5	45,7

<sup>1</sup> Rundungsfehler sind nicht vermeidbar.

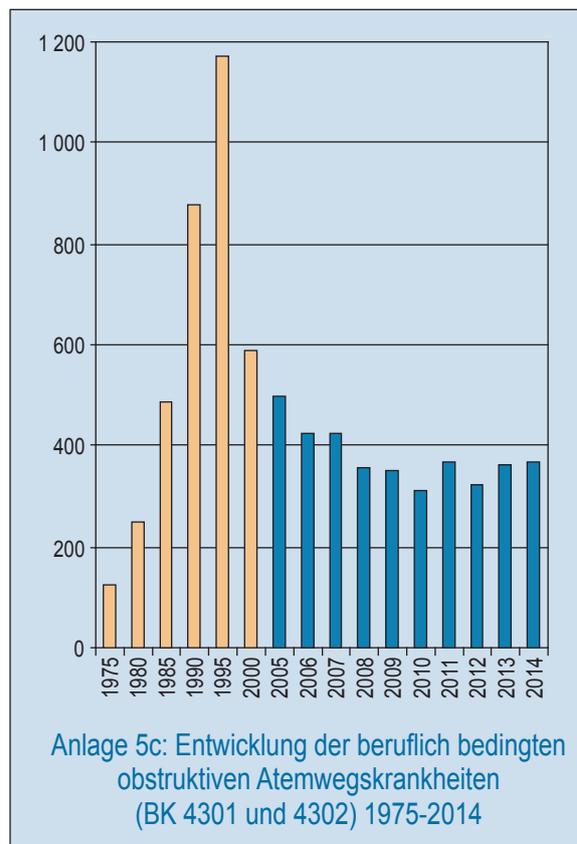
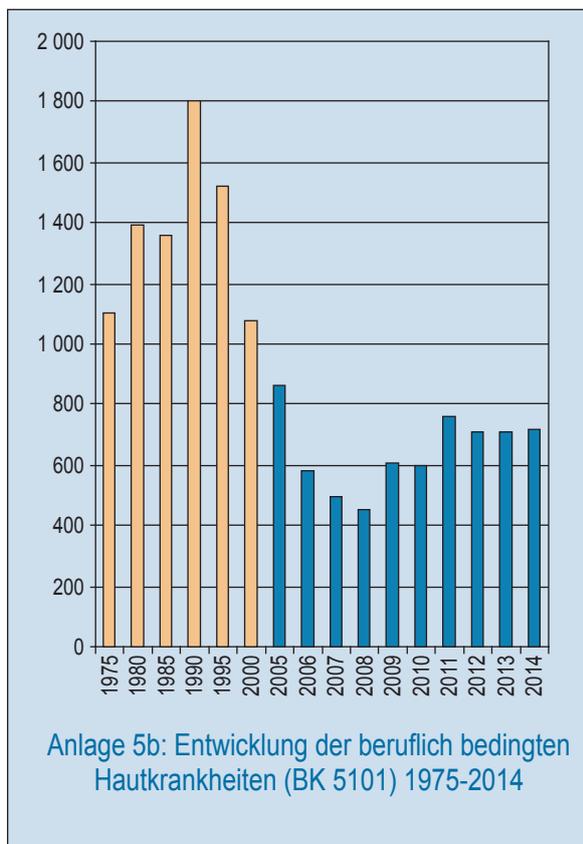




Anlage 5a: Entwicklung von BK-Anzeigen in Baden-Württemberg 1975-2014

Jahr	Hautkrankheiten (5101)			Obstruktive AW-Krankheiten (4300)		
	Anzahl	%		Anzahl	%	
		bb	ep		bb	ep
1975	1 106		21,8	124		41,9
1980	1 394		11,1	249		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
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
2014	716	67,5	1,5	370	37,6	4,3

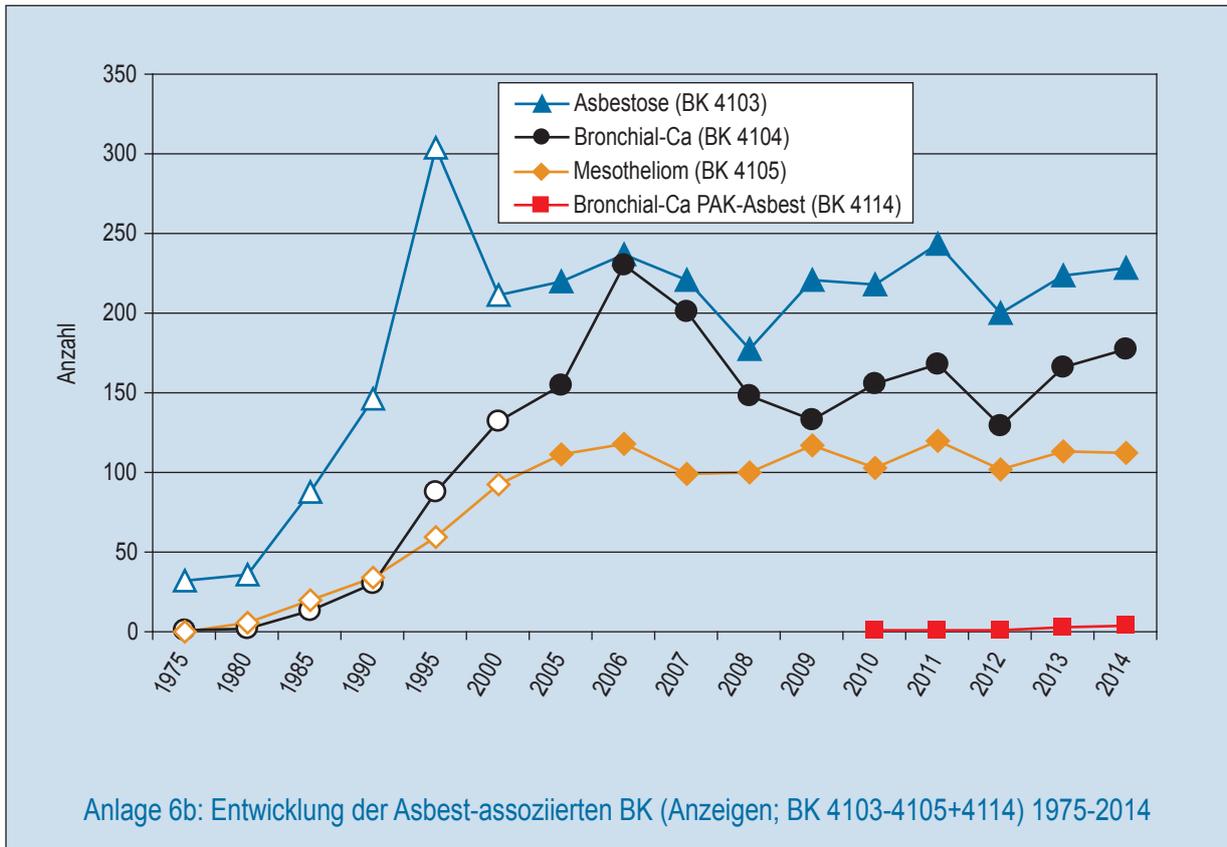
bb = berufsbedingt, ep = entschädigungspflichtig anerkannt, AW = Atemwegskrankheiten



Anlage 6a: Entwicklung der asbestbedingten BK (Anzeigen) 1975-2014

Jahr	Asbestose		Bronchial-Ca*		Mesotheliom		PAH-Asbest
	Anzahl	% bb	Anzahl	% bb	Anzahl	% bb	
1975	32	43,8	1		*	*	
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	1
2010	218	48,6	157	21,0	103	63,1	1
2011	243	52,7	169	26,0	120	63,3	1
2012	200	55,5	130	19,2	102	69,6	3
2013	224	49,1	169	18,9	113	74,3	4
2014	228		177		112		

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 2014

Position	Tätigkeit	Zuständigkeiten		Summe (4)
		Gewerbeaufsicht (1+3)	Bergaufsicht (2)	
<b>1</b>	<b>Außendienst</b>			
1.1.	Dienstgeschäfte	37		37
<b>1.2.</b>	<b>Tätigkeiten</b>			
1.2.1.	Betriebsbesichtigungen, Überprüfungen	13		13
1.2.2.	Besprechungen	39		39
1.2.3.	Vorträge (dienstlich)	7		7
1.2.4.	sonstige Tätigkeiten	0		0
1.2.5.	ärztliche Untersuchungen	11		11
1.2.6.	Messungen	1		1
1.2.7.	Beanstandungen*			0
<b>2</b>	<b>Innendienst</b>			
<b>2.1.</b>	<b>Gutachten, Stellungnahmen, Beratungen</b>			
2.1.1.	Stellungnahmen zu Berufskrankheiten und anderen berufsbedingten Erkrankungen**	1 901		1 901
2.1.2.	Stellungnahmen bezüglich ASiG*			0
2.1.3.	sonstige Gutachten und Stellungnahmen*			0
2.1.4.	Beratung in arbeitsmedizinischen Fragen	627		627
<b>2.2.</b>	<b>Ermächtigung von Ärzten</b>			
2.2.1.	Ermächtigungen durch Staatl. Gewerbearzt	16		16
2.2.2.	Stellungnahme zu Ermächtigungen	0		0
2.2.3.	Fristverlängerungen	31		31
<b>2.3.</b>	<b>ärztliche Untersuchungen</b>			
<b>2.3.1.</b>	<b>Untersuchungsanlass</b>			
2.3.1.1.	vorgeschieb. Vorsorgeuntersuchungen	50		50
2.3.1.2.	Berufskrankheiten-Untersuchungen	0		0
2.3.1.3.	sonstige Untersuchungen	7		7
<b>2.3.2.</b>	<b>Untersuchungsinhalt</b>			
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	57		57
2.3.2.7.2.	Hautteste	0		0
2.3.2.8.	sonstige medizin.-techn. Untersuchungen	0		0
<b>2.4.</b>	<b>Analysen</b>			
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: Ärztlich bearbeitete BK im Jahr 2014

Nr. BK	Zuständigkeitsbereich												Summe
	Gewerbeaufsicht		Bergbau		sonstige, Fremdrentenges.						Summe		
	beg.	bb.	beg.	bb.	beg.	bb.	beg.	bb.	beg.	bb.	beg.	bb.	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
<b>1</b>	<b>Durch chemische Einwirkungen verursachte Krankheiten</b>												
<b>11</b>	<b>Metalle und Metalloide</b>												
1101	3								3	0	0	0	
1102	5								5	0	0	0	
1103	19	2	1						19	2	1		
1104	3								3	0	0	0	
1105	1								1	0	0	0	
1106	1								1	0	0	0	
1107									0	0	0	0	
1108	1								1	0	0	0	
1109									0	0	0	0	
1110	1								1	0	0	0	
<b>12</b>	<b>Erstickungsgase</b>												
1201	1								1	0	0	0	
1202	1	1	1						1	1	1	1	
<b>13</b>	<b>Lösemittel, Schädlingsbekämpfungsmittel (Pestizide) und sonstige chemische Stoffe</b>												
1301	67	6	6						67	6	6	6	
1302	28	1							28	1	0	0	

## Anlage 8 (Fortsetzung): Ärztlich bearbeitete BK im Jahr 2014

Nr. BK	Zuständigkeitsbereich																
	Gewerbeaufsicht			Bergbau			sonstige, Fremdrentenges.			Summe							
	beg.	bb.	best.	beg.	bb.	best.	beg.	bb.	best.	beg.	bb.	best.					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12						
1303	Erkrankungen durch Benzol, seine Homologe oder durch Styrol											3	0	0			
1304	Erkrankungen durch Nitro- oder Aminoverbindungen des Benzols oder seiner Homologe oder ihrer Abkömmlinge											1	1	0	0		
1305	Erkrankungen durch Schwefelkohlenstoff											0	0	0	0		
1306	Erkrankungen durch Methylalkohol (Methanol)											0	0	0	0		
1307	Erkrankungen durch organische Phosphorverbindungen											0	0	0	0		
1308	Erkrankungen durch Fluor oder seine Verbindungen											1	1	0	0		
1309	Erkrankungen durch Salpetersäureester											0	0	0	0		
1310	Erkrankungen durch halogenierte Alkyl-, Aryl- oder Alkylaryloxide											1	1	0	0		
1311	Erkrankungen durch halogenierte Alkyl-, Aryl- oder Alkylarylsulfide											0	0	0	0		
1312	Erkrankungen der Zähne durch Säuren											17	1	17	1	0	
1313	Hornhautschädigungen des Auges durch Benzochinon											0	0	0	0		
1314	Erkrankungen durch para-tertiär-Butylphenol											0	0	0	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											13	3	2	13	3	2
1316	Erkrankungen der Leber durch Dimethylformamid											1	1	0	0	0	
1317	Polyneuropathie oder Enzephalopathie durch organische Lösungsmittel oder deren Gemische											9	9	0	0	0	

Anlage 8 (Fortsetzung): Ärztlich bearbeitete BK im Jahr 2014

Nr.	BK	Zuständigkeitsbereich														
		Gewerbeaufsicht		Bergbau		sonstige, Fremdrentenges.						Summe				
		beg.	bb.	beg.	bb.	beg.	bb.	best.	beg.	bb.	best.	beg.	bb.	best.		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
1318	Erkrankungen des Blutes, des blutbildenden und des lymphatischen Systems durch Benzol. Zu den Nummern 1101 bis 1110, 1201 und 1202, 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.	46	1	1										46	1	1
<b>2</b>	<b>Durch physikalische Einwirkungen verursachte Krankheiten</b>															
<b>21</b>	<b>Mechanische Einwirkungen</b>															
2101	Erkrankungen der Sehnensehnen oder des Sehnenleitgewebes sowie der Sehnen- oder Muskelansätze, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	7	2											7	2	0
2102	Meniskussschäden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten	9												9	0	0
2103	Erkrankungen durch Erschütterung bei Arbeit mit Druckluftwerkzeugen oder gleichartig wirkenden Werkzeugen oder Maschinen	3												3	0	0
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	1												1	0	0
2105	Chronische Erkrankungen der Schleimbeutel durch ständigen Druck	3	1											3	1	0
2106	Druckschädigung der Nerven	3	1	1										3	1	1
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 Rumpfbeugehaltung, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	8	2	1										8	2	1

## Anlage 8 (Fortsetzung): Ärztlich bearbeitete BK im Jahr 2014

Nr.	BK	Zuständigkeitsbereich											Summe								
		Gewerbeaufsicht		Bergbau		sonstige, Fremdrentenges.		beg.		bb.		best.		beg.	bb.	best.					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	10	11	12					
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	2															2	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																		0	0	0
2111	Erhöhte Zahnabrasionen durch mehrjährige quarzstaubbelastende Tätigkeit																		0	0	0
2112	Gonarthrose durch eine Tätigkeit im Knieen oder vergleichbare Kniebelastung mit einer kumulativen Einwirkungsdauer während des Arbeitslebens von mindestens 13 000 Stunden und einer Mindesteinwirkungsdauer von insgesamt einer Stunde pro Schicht	10																	10	0	0
<b>22</b>	<b>Druckluft</b>																				
2201	Erkrankungen durch Arbeit in Druckluft																		0	0	0
<b>23</b>	<b>Lärm</b>																				
2301	Lärmschwerhörigkeit	21	12	3															21	12	3
<b>24</b>	<b>Strahlen</b>																				
2401	Grauer Star durch Wärmestrahlung	1	1																1	1	0
2402	Erkrankungen durch ionisierende Strahlen	9	1	1								1							10	1	1
<b>3</b>	<b>Durch Infektionserreger oder Parasiten verursachte Krankheiten sowie Tropenkrankheiten</b>																				
3101	Infektionskrankheiten, wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war	66	32	4															66	32	4
3102	Von Tieren auf Menschen übertragbare Krankheiten	59	41	7															59	41	7

Anlage 8 (Fortsetzung): Ärztlich bearbeitete BK im Jahr 2014

Nr.	BK	Zuständigkeitsbereich													
		Gewerbeaufsicht		Bergbau		sonstige, Fremdrentenges.						Summe			
		beg.	bb.	beg.	bb.	beg.	bb.	best.	bb.	best.	beg.	bb.	best.	bb.	best.
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
3103	Wurmkrankheiten der Bergleute, verursacht durch Ankylostoma duodenale oder Strongyloides stercoralis													0	0
3104	Tropenkrankheiten, Fleckfieber	13	11											13	11
<b>4</b>	<b>Erkrankungen der Atemwege und der Lungen, des Rippenfells und Bauchfells</b>														
<b>41</b>	<b>Erkrankungen durch anorganische Stäube</b>														
4101	Quarzstaublungenerkrankung (Silikose)	1												1	0
4102	Quarzstaublungenerkrankung in Verbindung mit aktiver Lungentuberkulose (Siliko-Tuberkulose)													0	0
4103	Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose) oder durch Asbeststaub verursachte Erkrankungen der Pleura	7	5	3										7	5
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 Arbeitsplatz von mindestens 25 Faserjahren ( $25 \times 10^6$ [Fasern/m <sup>3</sup> ] x Jahre)	15	2	1										15	2
4105	Durch Asbest verursachtes Mesotheliom des Rippenfells, des Bauchfells oder des Pericardes	10	6	6										10	6
4106	Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Aluminium oder seine Verbindungen	3	1	1										3	1
4107	Erkrankungen an Lungenfibrose durch Metallstäube bei der Herstellung oder Verarbeitung von Hartmetallen	8												8	0
4108	Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Thomasmehl (Thomasphosphat)													0	0
4109	Bösartige Neubildungen der Atemwege und der Lungen durch Nickel oder seine Verbindungen	2												2	0
4110	Bösartige Neubildungen der Atemwege und der Lungen durch Koksereihgase													0	0

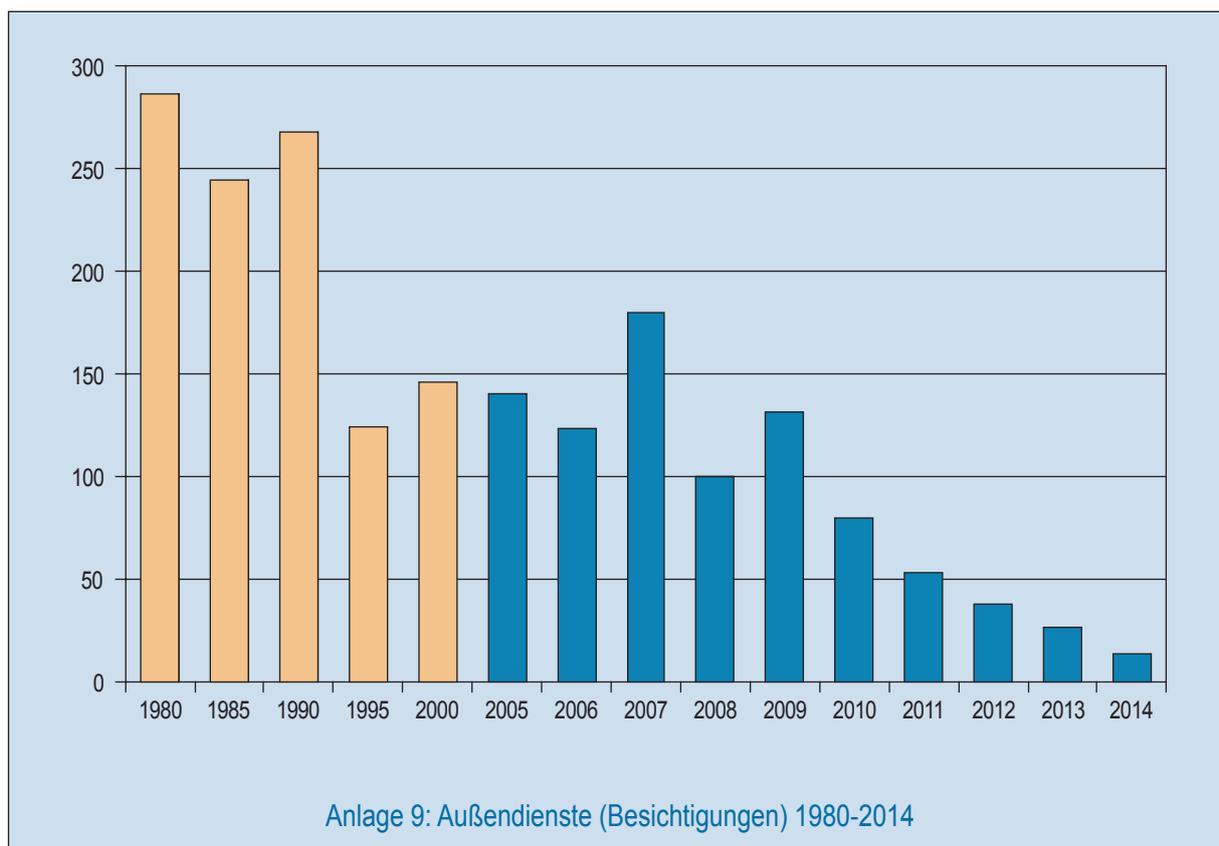
## Anlage 8 (Fortsetzung): Ärztlich bearbeitete BK im Jahr 2014

Nr.	BK	Zuständigkeitsbereich													
		Gewerbeaufsicht		Bergbau		sonstige, Fremdrentenges.		Summe							
		beg.	bb.	beg.	bb.	beg.	bb.	beg.	bb.	beg.	bb.	beg.	bb.		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2		
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 <sup>3</sup> ) x Jahre]	6	1				1	1					7	2	0
4112	Lungenkrebs durch die Einwirkung von kristallinem Siliziumdioxid (SiO <sub>2</sub> ) bei nachgewiesener Quarzstaublungenerkrankung (Silikose oder Siliko-Tuberkulose)	33											33	0	0
4113	Lungenkrebs durch polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis von mindestens 100 Benzo[a]pyren-Jahren [µg/m <sup>3</sup> ) x Jahre]	6	1	1									6	1	1
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	4											4	0	0
4115	Lungenfibrose durch extreme und langjährige Einwirkung von Schweißrauchen und Schweißgasen – (Siderofibrose)	15	1	1									15	1	1
<b>42</b>	<b>Erkrankungen durch organische Stäube</b>														
4201	Exogen-allergische Alveolitis	27	6	4									27	6	4
4202	Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Rohbaumwoll-, Rohflachs- oder Rohhanfstaub (Byssinose)	3											3	0	0
4203	Adenokarzinome der Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen durch Stäube von Eichen- oder Buchenholz	8	6	3									8	6	3
<b>43</b>	<b>Obstruktive Atemwegserkrankungen</b>														
4301	Durch allergisierende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen (einschließlich Rhinopathie), die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederauftreten der Krankheit ursächlich waren oder sein können	226	103	5									226	103	5

Anlage 8 (Fortsetzung): Ärztlich bearbeitete BK im Jahr 2014

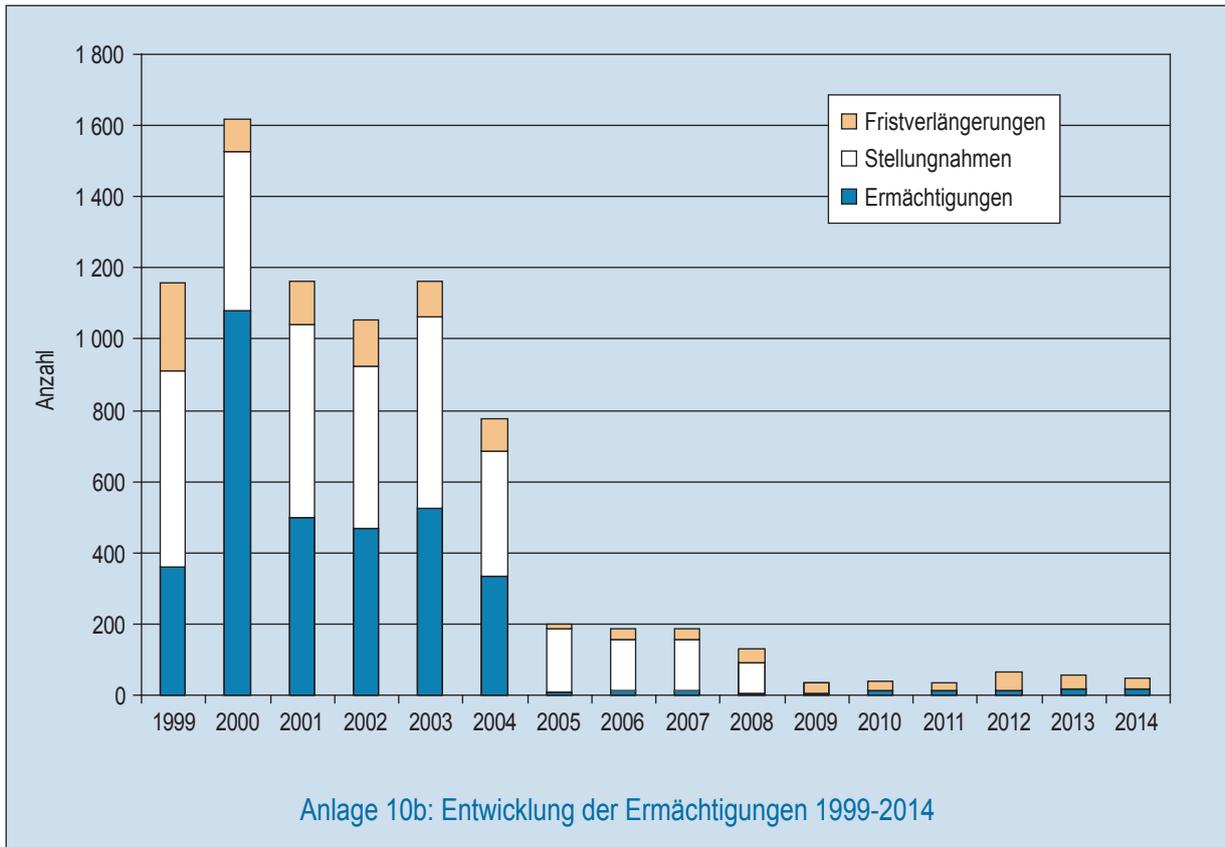
Nr.	BK	Beschreibung	Zuständigkeitsbereich														Summe			
			Gewerbeaufsicht		Bergbau		sonstige, Fremdrentenges.		Summe		beg.		bb.		best.		Summe			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	beg.	bb.	best.	Summe		
4302		Durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	144	36	11												144	36	11	
<b>5</b>	<b>Hautkrankheiten</b>																			
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	716	483	11												716	483	11	
5102		Hautkrebs oder zur Krebsbildung neigende Hautveränderungen durch Ruß, Rohparaffin, Teer, Anthrazen, Pech oder ähnliche Stoffe	17	2	1												17	2	1	
<b>6</b>	<b>Krankheiten sonstiger Ursache</b>																			
6101		Augenzittern der Bergleute															0	0	0	0
<b>Berufskrankheiten nach § 9(1) SGB VII</b>																	0	0	0	0
9999		Berufskrankheit nach § 9(2) SGB VII	199	68	8			2	1								201	69	8	
0		Kein begründeter Verdacht auf Berufskrankheit	9	1	0												9	1	0	
<b>Summe</b>			<b>1 897</b>	<b>841</b>	<b>84</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1 901</b>	<b>843</b>	<b>84</b>					

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 1999-2014

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
2014	16	0	31	47



## 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 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-Württem-

berg 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 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 rechtsmittelfähigen 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 Studentinnen und Studenten dieser Fachrichtungen vom Regierungspräsidium 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 Berufsbe-

zeichnung. Das Referat erteilt in den akademischen und nicht-akademischen Gesundheits-, Sozial- und Pflegeberufen insgesamt ca. 7 500 Approbationen und Berufserlaubnisse sowie Berufs- und Berufsbezeichnungserlaubnisse pro Jahr. Im Jahr 2014 wurden rund 3 000 Approbationen und rund 400 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 2 900 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 800 Berufserlaubnisse, in den landesrechtlich geregelten sozialen Berufen Jugend- und Heimerziehung, Arbeiterziehung, Heilpädagogik und Haus- und Familienpflege rund 300 Berufserlaubnisse erteilt.

### **Schutz durch Zusammenarbeit – Aufsicht und Beratung (Schulaufsicht)**

Als Schulaufsichtsbehörde ist das Referat 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 Regierungspräsidium 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 wirksamen 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 für Pflegeberufe umgesetzt werden. Die Aufgabe des Regierungspräsidiums 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 Altenpflege-

gesetzes, der Bundesausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf des Altenpflegers und der Altenpflegerin 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. Das Referat 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 bei 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 Vorsitzendätigkeit ermöglicht einen unverzichtbaren Einblick in das Geschehen bei den Schulen vor Ort und ist auch repräsentativer Teil der dem Regierungspräsidium 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 Berufsbezeich-

nungsurkunde 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 Berufs ergibt“. Wer eine Approbation erhält, darf auch nicht „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 wird 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 Verkehrsstrafaten 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 be-

troffenen 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 Widerrufsmaßnahmen 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 sog. „Hammerexamen“ in die Kritik geraten, seit er seit Oktober 2006 am Ende des sechsjährigen Studiums nach dem PJ

zusammen mit dem mündlichen Teil durchgeführt wurde. Die Studentinnen und 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 gelegt 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 Ärztinnen und 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 2014

Erteilte Erlaubnisse Altenpfleger	565
Erteilte Erlaubnisse Gesundheits- und Krankenpfleger	868
Erteilte Berufserlaubnisse Jugend- und Heimerzieher	183
Zulassungsanträge für die medizinischen Prüfungen	4 846
Approbationen für Ärzte mit deutscher Ausbildung	1 403
Approbationen und Berufserlaubnisse an Ärzte mit ausländischer Ausbildung	952
Erteilung Berufserlaubnisse an Physiotherapeuten	371

Die Kennzahlen des Referats 92 haben gegenüber dem Vorjahr erneut zugenommen und bewegen sich weiterhin auf sehr hohem Niveau. Insgesamt hat das Referat 7 449 Berufserlaubnisse (Vorjahr: 7 023; Zunahme gegenüber dem Jahr 2009: +1 484) erteilt. Dies umfasst die Approbationen und Berufserlaubnisse für akademische sowie die Berufsbezeichnungsurkunden für die nicht-akademischen 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 (590 Berufserlaubnisse gegenüber 253 Berufserlaubnisse im Vorjahr). Bei den Approbationen und Berufserlaubnissen für Ärzte mit ausländischer Ausbildung sind Rückgänge gegenüber den Jahren 2012 und 2013 zu verzeichnen; die Zahl der erteilten Approbationen liegt wieder auf dem Niveau des Jahres 2011. Die Zahl von 952 gegenüber 1 288 im Vorjahr unterschreitet deutlich die Zahl der Approbationen für Ärzte mit deutscher Ausbildung (1 403). Deutlich macht sich das Anerkennungsgesetz mit dem Wegfall der Privilegierung für Deutsche und EU-Staatsangehörige bemerkbar. Die höheren Zahlen der Jahre 2012 und 2013 sind maßgeblich auf einen

„Nachholbedarf“ infolge des im Jahr 2012 in Kraft getretenen Anerkennungsgesetzes zurückzuführen. Bei den Ärzten mit ausländischer Ausbildung ist die Erteilung einer Approbation das vorrangige Ziel; die Zahl der erteilten Berufserlaubnisse hat entsprechend abgenommen. Bei den Approbationen Zahnärzten mit ausländischer Ausbildung sind leichte Zunahmen zu verzeichnen, die Zahl der Approbationen an Apotheker hat sich gegenüber dem Vorjahr verdoppelt. Die Zulassungsanträge für die medizinischen Staatsprüfungen haben gegenüber dem Vorjahr deutlich zuge-

nommen, da erstmals der Zweite Abschnitt der Ärztlichen Prüfung von einer doppelten Prüfungskohorte abzulegen war. Dies ist Folge der Änderung der Approbationsordnung für Ärzte mit einer Auftrennung des „Hammerexamens“ in eine schriftliche Prüfung vor dem Praktischen Jahr und eine mündliche Prüfung nach dem Praktischen Jahr. Die Zahl der „Certificates of Good Standing“ bewegt sich auf dem Niveau des Vorjahres (418 gegenüber 415 im Vorjahr). Dies belegt dennoch das weiterhin bestehende Interesse von Ärzten an einer Berufsausübung im Ausland.

## Laufende Projekte



43 Projekte (Vorjahr: 47) ergänzten 2014 die laufenden Arbeiten des LGA und hoben einzelne Arbeitsschwerpunkte heraus. Sie sind zeitlich befristet und werden im Rahmen jährlicher Zielvereinbarungen zwischen dem Fachressort, dem SM und dem RPS 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
Q-Fieber-Konsiliarlabor: Fachaufgaben (DMP)	01/2014 - 12/2016	RKI	Ref. 93
Q-Fieber-Konsiliarlabor: Netzwerkprojekt des RKI-Netzwerkes Zoonosen (DMP)	01/2014 - 12/2015	RKI	Ref. 93
Chronisches Q-Fieber beim Menschen (DMP)	10/2013 - 09/2015	BMBF	Ref. 93
Ökologie von Zecken als Überträger von Krankheitserregern in BW (DMP)	03/2012 - 05/2015	LUBW	Ref. 93
Monitoring sylvatischer Zoonosen (DMP)		TMF-Zoonose-Plattform	Ref. 95
Flächendeckende Umsetzung des MRE-Netzwerkes in BW (DMP)	01/2012 - 12/2015	Krankenkassen BW	Ref. 93
(Re-)Akkreditierung des Laborbereichs 2014	07/2012 - 06/2016	-	Ref. 91
Implementierung der Versuchstierhaltung in das bestehende QM-System des Laborbereichs	01/2013 - 12/2014	-	Ref. 91
Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der fachlichen Inhalte der Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote für Hygieneberufe	12/2014 - 12/2017	-	Ref. 91
Evaluation der Veranstaltungen im Bereich Hygiene zur Qualitätssicherung und Weiterentwicklung des Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebots	01/2014 - 06/2015	-	Ref. 91
Sofortprogramm Ebola	10/2014 - 03/2015	SM	Ref. 95
Qualitätssicherung bei Eingangvalidierungen und laufenden Verifikationen von Prüfverfahren im Laborbereich	08/2013 - 12/2014	-	Ref. 93

## 2. Stärkung der zielgruppenspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung

Projekttitle	Zeitraum	Drittmittelgeber	Verantwortliche Organisationseinheit
Be smart – Don't start (13.+15. Folgeprojekt) im Rahmen der Tabakprävention	01/2001 - 08/2015	-	Ref. 94
Kampagne „Spielverderber“ (Folgeprojekt; DMP)	01/2008 - 12/2016	SM	Ref. 94
Hilfen für süchtige und suchtgefährdete Menschen – Hepa & Co	12/2012 - 12/2017	SM	Ref. 94
Gesund aufwachsen und leben in BW mit Neuausrichtung zu einer stärkeren Bürgerbeteiligung (DMP; Folgeprojekt)	08/2013 - 12/2016	SM	Ref. 94
Zentrum für Bewegungsförderung BW (DMP)	01/2014 - 12/2015	SM	Ref. 94
Impfschutz und Maßnahmen zum WHO-Ziel 2015: Eliminierung von Masern und Röteln	01/2009 - 12/2015	-	Ref. 95
Handreichung für Lehrkräfte zum Thema „Sexuelle Gesundheit	11/2013 - 12/2014	-	Ref. 94
Konzeption STI-Prävention für BW	08/2013 - 12/2014	SM	Ref. 94
Informationstagung zu chronischen Krankheiten	12/2013 - 10/2014	-	Ref. 95
Materialienkoffer zur Prävention der Glücksspielsucht – Übernahme und Anpassung auf baden-württembergische Verhältnisse	11/2014 - 12/2016	SM	Ref. 94
Erstellung einer Broschüre zum Thema „Alkoholfrei in der Schwangerschaft“ (DMP)	11/2013 - 12/2016	SM	Ref. 94
Fachplan Gesundheit mit Bürgerbeteiligung	10/2014 - 12/2016	SM	Ref. 94
Qualitätssicherung unter Nutzung der Kooperationsstruktur des Kooperationsverbundes gesundheitliche Chancengleichheit (DMP)	08/2014 - 02/2015	BZgA	Ref. 94
Koordinationsstelle gesundheitliche Chancengleichheit (DMP; Folgeprojekt Regionaler Knoten)	01/2014 - 12/2015	GKVen BW + BZgA	Ref. 94
Informationskampagne zur Verhinderung von Gehörschäden bei Jugendlichen durch Beschallung mit Musik aus Tonträgern	11/2014 - 12/2015	SM	Ref. 96

## 3. Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung

Projekttitle	Zeitraum	Drittmittelgeber	Verantwortliche Organisationseinheit
Leitfaden Management lebensmittelassoziierter Ausbrüche in BW	03/2013 - 03/2014	-	Ref. 95
Dokumentation und Auswertung der Ergebnisse der verbindlichen Sprachstandsdiagnostik (DMP)	09/2008 - 12/2015 (je nach Bewilligung der Drittmittel durch das KM)	KM	Ref. 95
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
Gesundheitsatlas BW im Internet in der zweiten Ausbaustufe (DMP; Folgeprojekt)	12/2013 - 12/2014	SM	Ref. 95

#### 4. Vertiefung des Themenschwerpunkts „Gesundheit und Wohnen“

Projekttitle	Zeitraum	Drittmittelgeber	Verantwortliche Organisationseinheit
Referenzwerte für Stäube und Bioaerosole in Außenanlagen landwirtschaftlicher Einrichtungen	10/2013 - 03/2014	-	Ref. 96
Informationen zur Luftqualität in Innenräumen (DMP)	07/2013 - 02/2014	BMU	Ref. 96
Erkennen und Bewerten von Schimmelpilzbelastungen in Innenräumen	01/2012 - 12/2018	-	Ref. 96
FUNGISCOPE – Identifizierung von Schimmelpilzen als seltene Infektionserreger (DMP)	10/2010 - 12/2015	Zentrum für klinische Forschung der Universität Köln	Ref. 96
Organisatorische Unterstützungsleistungen im Rahmen der Geschäftsstelle des WHO CC (DMP)	04/2007 - 09/2018	BMG (über Bundesverwaltungsamt Köln)	Ref. 96

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

Projekttitle	Zeitraum	Drittmittelgeber	Verantwortliche Organisationseinheit
Weiterentwicklung und Qualitätssicherung des BGM in der Landesverwaltung im Rahmen der Gesundheitsstrategie (DMP)	07/2013 - 12/2015	SM	Ref. 96
Erstellung einer Homepage für Angebote im BGM	06/2010 - 06/2015	-	Ref. 96
Gesundheitsdialoge auf Ebene von Kreisen und Städten/Gemeinden im Rahmen der Umsetzung des Zukunftsplans BW (Folgeprojekt; DMP)	12/2012 - 12/2014	SM	Ref. 94

#### 6. Qualitätssicherung im ÖGD und Managementunterstützung

Projekttitle	Zeitraum	Drittmittelgeber	Verantwortliche Organisationseinheit
Ablösung/Portierung des Informationssystems Staatlicher Gewerbarzt (ISSGA)	04/2010 - 07/2014	-	Ref. 91
Testumgebung Laborinformations- und Managementsystem (LIMS)	01/2012 - 12/2015	-	Ref. 91
Relaunch und CMS-Versionswechsel LGA-Internetauftritte	09/2013 - 06/2015	-	Ref. 91
Weiterentwicklung der KLR im Laborbereich	07/2013 - 12/2015	-	Ref. 91

BMBF = Bundesministerium für Bildung und Forschung

BMU = Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit

BZgA = Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

ECDC = European Centre for Disease Prevention and Control

GKVen = Gesetzliche Krankenversicherungen

KM = Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg

LUBW = Landesanstalt für Umwelt, Messungen und Naturschutz Baden-Württemberg

RKI = Robert Koch-Institut

SM = Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg

## Veranstaltungen



Das Veranstaltungsangebot des LGA richtet sich an

- Mitarbeitende der Gesundheitsämter, in den Arbeitsbereichen des Landesarztes für Menschen mit Behinderungen sowie im medizinischen Arbeitsschutz Tätige,
- Beschäftigte im LGA zum fachlichen Informations-transfer,
- verschiedene Berufsgruppen im Umgang mit Hygiene in medizinischen Einrichtungen.

Eine aktuelle Übersicht enthält der Veranstaltungskalender im Internet unter [www.gesundheitsamt-bw.de](http://www.gesundheitsamt-bw.de) > Veranstaltungen. Dort können Anmeldungen auch online erfolgen.

### Veranstaltungen 2014 ÖGD – Landesarzt für Menschen mit Behinderungen – medizinischer Arbeitsschutz

#### Allgemeine Hygiene und Infektionsschutz

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Molekularbiologische Diagnostik – Beispiel von Influenza	25.02.2014	Ref. 93
Mikrobiologische Grundlagen zur Diagnostik von Gastroenteritiden	01.04.2014	Ref. 93
Diagnostik der Tuberkulose – Workshop	20.05./01.12.2014	Ref. 93
Workshop „Methoden und Befundbewertung im Wasserlabor“	29.09.2014	Ref. 93
Tuberkulose-Dienstbesprechung	14.10.2014	Ref. 93
Chemische und physikalische Kontaminanten im Trinkwasser – Informationsveranstaltung zu aktuellen Fragen der Trinkwasserhygiene	22.10.2014	Ref. 93
Multiresistente Erreger – 2. interdisziplinäres Symposium	27.11.2014	Ref. 93

#### Gesundheitsförderung und Prävention

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Erfahrungsaustausch kommunale Gesundheitskonferenzen	09.10.2014	Ref. 94

#### Landesarzt für Menschen mit Behinderungen

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Fachtag: Mein Kind hat eine Behinderung	22.03.2014	Ref. 94
20. Einführung für neu in der baden-württembergischen Frühförderung tätigen Fachleute	25.-27.03.2014	Ref. 94
Landesblindenhilfe: Ärztlicher Beitrag im Antragsverfahren	26.06.2014	Ref. 94
Symposium Frühförderung Baden-Württemberg: Zugänglichkeit und Barrieren	14.10.2014	Ref. 94

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
21. Einführung für neu in der baden-württembergischen Frühförderung tätigen Fachleute	10.-12.11.2014	Ref. 94
Frühförderung und Frühe Hilfen in Baden-Württemberg	20.11.2014	Ref. 94

### Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Europäische Impfwache 2014 – Maßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit des ÖGD in Baden-Württemberg	19.03.2014	Ref. 95
Sehtestung im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen	03.04./24.07.2014	Ref. 95
ESU-Software-Anwendertreffen – strukturierter Austausch zur Umsetzung in der Dokumentation	06./07.05.2014	Ref. 95
Workshop Infektionsepidemiologie	02./03.07.2014	Ref. 95
Abschluss-/Aufaktveranstaltungen zur ESU	15./16.9.2014	Ref. 95
Infektionsschutz: Persönliche Schutzausrüstung	23./29.10.2014	Ref. 95
Refresher: Infektionsschutz Persönliche Schutzausrüstung	13.11.2014	Ref. 95
Epidemiologie und Präventionspotential chronischer Krankheiten	20.11.2014	Ref. 95
ICDAS – eine Einführung für die Zahnärztinnen und Zahnärzte des ÖGD	20.11.2014	Ref. 95
Hörtestung im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen	03.12.2014	Ref. 95
Sehtestung im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen	04.12.2014	Ref. 95
Ebola-Update für den ÖGD Baden-Württemberg	15.12.2014	Ref. 95

### Medizinischer Arbeits- und Umweltbezogener Gesundheitsschutz

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
<b>Arbeitsmedizinische Kolloquien</b>		
• Nr. 91: Biostoffverordnung, Novellierung, Anwendung und arbeitsmedizinische Vorsorge	28.02.2014	Ref. 96
• Nr. 92: Unfall im Betrieb	09.05.2014	Ref. 96
• Nr. 93: Gefahrstoffe	18.07.2014	Ref. 96
• Nr. 94: Neues Konzept für Notfallstationen	19.09.2014	Ref. 96
• Nr. 95: Aktueller Stand der Hygiene im Krankenhaus usw.	05.12.2014	Ref. 96
<b>Arbeits- und Umweltmedizinische Kolloquien</b>		
Nr. 5: Nanomaterialien	10.10.2014	Ref. 96
<b>Mykologie</b>		
Fortbildung zu den Ringversuchen „Schimmelpilze“	07.-08.04.2014	Ref. 96
• Nachweis und Identifizierung in Innenräumen und Lebensmitteln – Schwerpunkt feuchtelebende Schimmelpilze (für Fortgeschrittene; in Zusammenarbeit mit dem Centraalbureau voor Schimmelcultures, Utrecht)	06.-07.05.2014	Ref. 96
• Nachweis und Identifizierung von Schimmelpilzen in Innenräumen und Umwelt (für Anfänger; in Zusammenarbeit mit dem Centraalbureau voor Schimmelcultures, Utrecht)	08.-10.05.2014	Ref. 96

**Sonstiges**

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Amtsärztliche Fortbildung: Amtsärztliche Begutachtung bei neurologischen, rheumatologischen und stoffwechselbedingten Erkrankungen	17.07.2014	Abt. 9

**LGA-interne Veranstaltungen**

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
<b>LGA-Kolloquien</b>		
• Gesundheitsmanagement in der Landesverwaltung – erste Ergebnisse und Perspektiven	29.01.2014	Ref. 96
• Ausbildung zum Psychotherapeuten in Deutschland	02.04.2014	Ref. 92
• Water Makes Money – wie private Konzerne mit Wasser Geld machen	04.06.2014	Ref. 93
• Gesund älter werden – vom Wissen zum Handeln	16.07.2014	Ref. 94
• Ebola	15.10.2014	Ref. 95
<b>QM-Fortbildungen Laborbereich</b>		
• Versionswechsel QMH/QSR – wesentliche Änderungen gegenüber den alten Versionen	07.04.2014	Ref. 91
• Fortbildung für (interne) Fachauditoren: Audits 2015 – was ist neu?	11.12.2014	Ref. 91

**Aus-, Fort- und Weiterbildung Hygiene in medizinischen Einrichtungen****Berufsgruppe Hygienebeauftragte Ärzte**

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Grundkurs	10.-14.02./02.-06.06./ 22.-26.09./24.-28.11.2014	Ref. 91

**Berufsgruppe Desinfektoren**

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Grundkurs	10.-28.03./06.-24.10.2014	Ref. 91
Fortbildungskurs	24.-25.02./29.-30.09.2014	Ref. 91

**Berufsgruppe Hygienefachkräfte**

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
<b>Lehrgang A</b>		
Grundlagen der Krankenhaushygiene	13.01.-21.02.2014	Ref. 91
Grundlagen der Krankenhausbetriebsorganisation, Themenbereich 5	03.-07.03./05.-09.05.2014	Ref. 91

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Sozialwissenschaftliche Grundlagen	10.-21.03./15.-26.09.2014	Ref. 91
Grundlagen der Mikrobiologie		
• Teil 1	24.03.-04.04.2014	Ref. 91
• Teil 2	12.-23.05.2014	Ref. 91
Grundlagen der Krankenhausbetriebsorganisation	02.-06.06.2014	Ref. 91
Grundlagen der technischen Krankenhaushygiene und des Krankenhausbaus		
• Teil 1	06.-17.10.2014	Ref. 91
• Teil 2	03.-14.11.2014	Ref. 91
<b>Lehrgang B</b>		
Grundlagen der technischen Krankenhaushygiene und des Krankenhausbaus		
• Teil 1	13.-24.01.2014	Ref. 91
• Teil 2	12.-23.05.2014	Ref. 91
Sozialwissenschaftliche Grundlagen	10.-21.02./23.06.-04.07.2014	Ref. 91
Grundlagen der Krankenhausbetriebsorganisation, Themenbereich 5	24.-28.02./07.-11.04.2014	Ref. 91
Grundlagen der Krankenhaushygiene	15.09.-24.10.2014	Ref. 91
Grundlagen der Mikrobiologie		
• Teil 1	03.-14.11.2014	Ref. 91
• Teil 2	24.11.-05.12.2014	Ref. 91

### Hygiene in Arzt- und Zahnarztpraxen

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Hygiene in Zahnarztpraxen		
• Teil 1	14.-16.01./01.-03.04./16.-18.09.2014	Ref. 91
• Teil 2	04.-06.02./06.-08.05./07.-09.10./ 14.-16.10./11.-13.11.2014	Ref. 91
Hygiene in Arztpraxen		
• Teil 1	28.-30.01.2014	Ref. 91
• Teil 2	18.-20.02.2014	Ref. 91

### Hygiene in Pflegeeinrichtungen

Thema	Termin	Verantwortliche Organisationseinheit
Grundkurs	20.-24.01.2014	Ref. 91
Aufbaukurs 1	17.-21.03.2014	Ref. 91
Aufbaukurs 2	07.-11.04.2014	Ref. 91
Aufbaukurs 4	23.-27.06.2014	Ref. 91
Aufbaukurs 3	20.-24.10.2014	Ref. 91
Aufbaukurs 5	03.-07.11.2014	Ref. 91

## Forschung und Lehre<sup>1</sup>



### Vorträge

Aichinger E. Deskriptive Epidemiologie/Studien-  
design. Kurs für Öffentliches Gesundheitswesen  
in Baden-Württemberg, Sozial- und Arbeitsmedi-  
zische Akademie Baden-Württemberg e. V. (SAMA),  
Stuttgart, 07.10.2014.

Aichinger E. Die neuen Empfehlungen der Ständi-  
gen Impfkommision (STIKO) – Hintergründe und Aus-  
wirkungen. 4. Reisemedizinischer Tag, CMT Messe  
Stuttgart, Stuttgart, 18.01.2014.

Aichinger E. Grenzüberschreitender Ausbruch von  
Salmonella bovis/morbificans, 2014. Amts- und Kan-  
tonsärztetreffen der Internationalen Bodenseekon-  
ferenz, Konstanz, 11.09.2014.

Appelt M. Öffentlichkeitsarbeit: Grundmodul – ori-  
entierende Einführung. Kurs für öffentliches Gesun-  
dheitswesen, SAMA Baden-Württemberg, Stuttgart,  
09.10.2014.

Berg B, Schmid I. Frühförderung und Frühe Hil-  
fen in Baden-Württemberg. Landestagung der Netz-  
werkkoordinatoren Frühe Hilfen Baden-Württemberg,  
Gültstein, 19.11.2014.

Berg B, Schmid I. Interdisziplinäre und sonderpä-  
dagogische Frühförderung in Baden-Württemberg.  
Fachtag „Mein Kind hat eine Behinderung“, Stadt  
Stuttgart in Kooperation mit dem Türkischen Gene-  
ralkonsulat, Stuttgart, 22.03.2014.

Bittighofer PM. BioStoffV – Abgrenzung zum IfSG.  
Fachtagung des Ministerium für Umwelt, Klima und  
Energiewirtschaft Baden-Württemberg für die Gewer-  
beaufsicht, Stuttgart, 02.12.2014.

Bittighofer PM. Die Biostoffverordnung. Curriculare  
Fortbildung Gewerbeaufsicht, Seewald-Göttelfingen,  
05.05.2014.

Bittighofer PM. Ermächtigung von Ärzten für die ar-  
beitsmedizinische Vorsorge im Strahlenschutz und die  
Organisation des Strahlenschutzes in Deutschland.  
Fortbildungszentrum für Technik und Umwelt (FTU)  
am Karlsruher Institut für Technologie (KIT) – Spezi-  
alkurs für zu ermächtigende Ärzte, Eggenstein-Leo-  
poldshafen, 10.12.2014.

Bittighofer PM. Gefährdung aus medizinischer  
Sicht. Curriculare Fortbildung Gewerbeaufsicht, Lö-  
wenstein, 09.04.2014.

Fleischer J. Wasser, ein spezieller Lebensraum.  
Seminar für Wasserfachleute, Biomerieux, Nürtin-  
gen, 14.02.2014.

Gläser K. Gesundheitsmanagement integrieren  
– Ansatzpunkte im Qualitätsmanagement. QM-Prax-  
isforum des Deutschen CAF-Zentrums/Bundesver-  
waltungsamt/Bundesministerium des Innern, Berlin,  
29.10.2014.

Hartelt K. Erfahrungen aus dem S3-Labor des  
Landesgesundheitsamtes. Fortbildung des Minis-  
teriums für Umwelt, Klima und Energiewirtschaft  
Baden-Württemberg zum Thema „Umsetzung der  
neuen Biostoffverordnung (Gefährdungsbeurteilung,  
Praxisbeispiele)“, Stuttgart, 02.12.2014.

Huesmann B. Zentrum für Bewegungsförderung  
Baden-Württemberg – Ziele und Aufgaben. Senioren-  
leiter-Tagung, Landesverband der Gehörlosen Baden-  
Württemberg e. V., Singen, 07.05.2014.

Kluge S. Gifte im Klimawandel. Fachtagung der  
Gesellschaft für Klinische Toxikologie e. V., Erfurt,  
14.11.2014.

Körber J. Angebot einer kombinierten HIV-/STI-  
Beratung in den Aids-/STI-Beratungsstellen der Ge-  
sundheitsämter in Baden-Württemberg. Bund-Län-  
der-Gremium zur Koordinierung von Maßnahmen der  
Aids-Aufklärung, Hamburg, 18.04.2014.

Körber J. Sexuell übertragbare Infektionen – Ein-  
führung. Veranstaltung für kooperierende Institutionen  
im Rahmen des Hepa-Projekts, Freiburg, 16.07.2014.

Körber J. Tests auf Chlamydia trachomatis und  
Gonorrhö in den Aids-/STI-Beratungsstellen der Ge-  
sundheitsämter in Baden-Württemberg. Bund-Län-  
der-Gremium zur Koordinierung von Maßnahmen der  
Aids-Aufklärung, Hamburg, 18.04.2014.

<sup>1</sup> ohne Aktivitäten im Rahmen LGA-eigener Veranstaltungen

Leher A. Ausbau des Gesundheitsatlas Baden-Württemberg. 11. Sitzung der AG Standortfaktor Gesundheit, Stuttgart, 12.11.2014.

Leher A. Einschulungsuntersuchungen in Baden-Württemberg: Stand und Ausblick. Workshop der AG GPRS zu Schuleingangsuntersuchungen der AOLG, München, 02.-03.07.2014.

Leher A. Gesundheitsatlas Baden-Württemberg – zweite Ausbaustufe. 2. Landesgesundheitskonferenz, Stuttgart, 20.10.2014.

Leher A. Gesundheitsatlas Baden-Württemberg – Stand und Ausblick. GMDS-Jahrestagung, Göttingen, 08.09.2014.

Leykamm B. Gesundheitsförderung und Netzwerkarbeit. Kurs öffentliches Gesundheitswesen in Baden-Württemberg, SAMA Baden-Württemberg, Stuttgart, 11.07.2014.

Leykamm B. Gesundheitsplanung auf kommunaler Ebene mit Bürgerbeteiligung. Kurs öffentliches Gesundheitswesen in Baden-Württemberg, SAMA Baden-Württemberg, Reutlingen, 09.04.2014.

Leykamm B. Gesundheitsziele für Baden-Württemberg. Oberrhein-Konferenz, Freiburg, 11.12.2014.

Link B. Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit. Aktionstag der Stadt Esslingen im Rahmen der Nachhaltigkeitstage Baden-Württemberg, Esslingen, 11.07.2014.

Link B, Fischer G. Healthy buildings: Indoor climate and housing satisfaction of residents in energetically renovated dwellings. European Federation for Living (EFL) General Assembly, München, 11.04.2014.

Pfaff G. Grundlagen des Impfens. Impfseminar der Bezirksärztekammer Südwürttemberg gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer, Reutlingen, 13.09.2014.

Pfaff G. Impfschutz bei Erwachsenen. Veranstaltung im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung des Landesinstituts für Schulentwicklung, Stuttgart, 24.07.2014.

Pfaff G. Kleines Impfseminar. Impfveranstaltung im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung des SM, Stuttgart, 23.09.2014.

Pfaff G. Maßnahmen bei Varizellenausbrüchen. Bund-Länder-Arbeitsgruppe Surveillance, Berlin, 30.06.2014.

Pfaff G. Situation of Measles and Rubella in the World Health Organization European Region. Meeting between the International Expert Committee and National Commissions for Documenting and Verifying Measles, Rubella and Congenital Rubella Syndrome Elimination in the Americas, Asunción, 22.04.2014.

Pfaff G. Vektoren haben kurze Beine – und manchmal nur zwei oder vier. Heimische Wirbeltiere als Re-

servoir und Überträger von Krankheiten. Fachsymposium zum Weltgesundheitstag, Freiburg, 07.04.2014.

Pfaff G. Verification of Measles and Rubella Elimination. WHO Regionalbüro für Europa “Measles and Rubella Consultant Training Workshop”, Kopenhagen, 01.-04.09.2014.

Pfaff G. Vorbereitung des Landes auf Ebola-Verdachts- und Erkrankungsfälle. Seminar der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, Bad Friedrichshall, 17.09.2014.

Pfaff G. Wie ist der Öffentliche Gesundheitsdienst auf Ebola vorbereitet? Amts- und Kantonsärztetreffen der Internationalen Bodenseekonferenz, Konstanz, 11.09.2014.

Reick D. Aktueller Stand „MRE-Netzwerk Baden-Württemberg“. Amtsärztetagung, Ludwigsburg, 04.07.2015.

Reick D, Büttner F. Fünf Jahre MRE-Netzwerk Baden-Württemberg. 4. Treffen der Moderatoren der Regionalen MRE-Netzwerke am Robert Koch-Institut, Werningerode, 04.-05.12.2014.

Reick D. Fünf Jahre MRE-Netzwerk Baden-Württemberg. Regionales Netzwerktreffen, Heidenheim an der Brenz, 10.12.2014.

Reick D. Quantitative mikrobiologische Risikobewertung im Rohwasser. Ministerium für Umwelt, Klima und Energiewirtschaft Baden-Württemberg/Ministerium für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz Baden-Württemberg: 27. Dienstbesprechung „Grundwasserschutz und Wasserversorgung“, Altensteig, 09.04.2014.

Schnell K. Der Erste Glücksspieländerungsstaatsvertrag und das Landesglücksspielgesetz Baden-Württemberg. Seminar Beratung und Behandlung pathologischer Spieler, Münzesheim, 03.12.2014.

Schnell K. Neueste Entwicklungen in der Suchtprävention beim Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg. Frühjahrstagung der Kommunalen Suchtbeauftragten, Ulm, 05.05.2014.

Schnell K. Prevention of alcohol abuse in public areas. Joint Seminar mit Frankreich und Wales des SM, Stuttgart, 22.05.2014.

Schnell K. Überblick über den aktuellen Wissensstand zur Glücksspielsucht in Deutschland. Arbeitssitzung der Präventionsfachkräfte des bwlv, Karlsruhe, 08.03.2014.

Weidenfeller P, Reick D. Curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene für den ÖGD. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene, Berlin, 30.03.-03.04.2014.

Weidenfeller P. Das MRE-Netzwerk Baden-Württemberg. Netzwerkveranstaltung des Gesundheitsamtes Stuttgart, Rathaus Stuttgart, 12.11.2014.

Weidenfeller P. Hygiene in Arztpraxen und beim Ambulanten Operieren. Hygienelehrgang für Ärzte, SAMA Baden-Württemberg, Stuttgart, 26.07.2014.

Weidenfeller P. Krankenhausbegehung durch den ÖGD. Hygienelehrgang für Ärzte, SAMA Baden-Württemberg, Stuttgart, 10.10.2014.

Weidenfeller P. Multiresistente Erreger. Netzwerkveranstaltung des Gesundheitsamtes Stadt Heilbronn, Heilbronn, 12.03.2014.

Weidenfeller P. Raumluftechnische Anlagen in medizinischen Einrichtungen. KV-Hygienseminar, Kassenärztliche Vereinigung Stuttgart, 10.11.2015.

Zöllner I. Epidemiologie im öffentlichen Gesundheitsdienst – Daten zur Mortalität und Morbidität in Baden-Württemberg. Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg, 15.12.2014.

### Buchbeiträge

Bittighofer PM, Thürauf R. Staatlicher Arbeitsschutz. In: Triebig G, Kentner M, Schiele R. Arbeitsmedizin – Handbuch für Theorie und Praxis. 4. Auflage. Stuttgart: Gentner Verlag, 2014: 54-80.

Fischer G. Biologische Gefährdungen (Schimmelpilze, Mikrobielle flüchtige organische Verbindungen (MVOC)). In: Gesamtverband Schadstoffsanierung GbR (Hrsg.). Schadstoffe in Innenräumen und an Gebäuden. Erfassen, bewerten, beseitigen. 2. Auflage. Köln: Verlagsgesellschaft Rudolf Müller, 2014: 276-310.

Leykamm B, Sammet T, Steinhilber S, Merkt-Kube R, Triemer U. Themen für Beteiligung im baden-württembergischen Gesundheitssystem. In: Wachinger G (Hrsg.), Heise N (Hrsg.), Renn O (Hrsg.), Wist S (Hrsg.). Bürgerbeteiligung bei Gesundheitsthemen. Modellhafte Erprobung von Gesundheitsdialogen auf Ebene von Landkreisen, Städten und Gemeinden im Rahmen des Gesundheitsdialogs Baden-Württemberg (Stuttgarter Beiträge zur Risiko- und Nachhaltigkeitforschung). Nr. 33. Stuttgart, 2014: 5-10.

Wachinger G, Wist S, Renn O, Steinhilber S, Triemer U. Using participation to create resilience: how to involve citizens in designing a hospital system? In: Springer Science+Business Media (Hrsg.). Environment Systems & Decisions. Volume 34, Number 2. New York: Springer US, 2014: 208-223.

### Zeitschriftenartikel

Lengger S, Otto J, Elsässer D, Schneider O, Tiehm A, Fleischer J, Niessner R, Seidel M. Oligonucleotide microarray chip for the quantification of MS2, ΦX 174, and adenoviruses on the multiplex analysis platform MCR 3. Anal Bioanal Chem 2014; 406: 3323-3334.

Reick D, Büttner F, Hartelt K, Weidenfeller P. Fünf Jahre MRE-Netzwerk Baden-Württemberg – eine Bilanz. Hygiene & Medizin 2014; 12: 517-522.

Reick D, Weidenfeller P, Büttner F, Hartelt K. Das MRE-Netzwerk Baden-Württemberg. Umweltmedizin – Hygiene – Arbeitsmedizin 2014; 19: 375-381.

RSV Outbreak Investigation Team \*. Aichinger E, Schnitzler P, Heeg K, Dederer W, Benz MA, Buda S, Dreger P, Egerer G, Eisenbach C, Geis S, Haas W, Ho AD, Lehnert N, Neben K, Pfaff G, Prifer C, Schwert R, Thalheimer M, Wagner-Wiening C, Weißbrich B, Buchholz U. Contributing and Terminating Factors of a Large RSV Outbreak in an Adult Hematology and Transplant Unit. PLOS Currents Outbreaks 2014; Sep 19. Edition 1. doi: 10.1371/currents.outbreaks.3bc85b2a508d205ecc4a5534ecb1f9be.

Rydzewski K, Schulz T, Brzuszkiewicz E, Holland G, Lück C, Fleischer J, Grunow R, Heuner K. Genome sequence and phenotypic analysis of a first German Francisella sp. isolate (W12-1067) not belonging to the species Francisella tularensis. BMC Microbiology 2014; 16: 169.

Steinhilber S. Bürgerdialog Gesund aufwachsen und leben in Sulzfeld. Gemeindetag Baden-Württemberg 2014; BWGZ 6: 232-233.

### Poster

Boone I, Wagner-Wiening C, Pfaff G, Zöllner I. Hantavirus-erkrankungen in Baden-Württemberg. Fachsymposium zum Weltgesundheitstag, Freiburg, 07.04.2014.

Knebel H, Zöllner I. Informationsquellen zu Gesundheitsthemen bei Erwachsenen in Baden-Württemberg. 59. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Göttingen, 7.-10.09.2014.

Steinhilber S, Triemer U, Wachinger G, Wist S. Gesundheitsdialog Baden-Württemberg. Bis hierher – und wie weiter? Eine Zwischenbilanz zur Bürgerbeteiligung in Baden-Württemberg. Evangelische Akademie in Bad Boll, 12.-13.02.2014

Zöllner I, Goisser S. Secular trends in age-specific mortality rates in Baden-Wuerttemberg and Germany 1980-2007. International Biometric Conference, Florenz, 6.-11.07.2014.

Zöllner I, Knebel H, Brosch R, König M, Maisner V. Decrease of pertussis among schoolchildren in Baden-Wuerttemberg 1992-2008. International Biometric Conference, Florenz, 6.-11.07.2014.

Zöllner I, Leher A, Knebel H, Brosch R, Pfaff G. Impfungen gegen FSME bei Kindern in Baden-Württemberg. Fachsymposium zum Weltgesundheitstag, Freiburg, 07.04.2014.

Zöllner I, Mulsow C, Knebel H. Konsum von Lebensmitteln und Getränken. 59. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Göttingen, 7.-10.09.2014.

### Lehraufträge

Bittighofer PM. Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin: Vorlesung „Berufskrankheiten“, Betriebsbesuch. Universität Ulm.

Bittighofer PM. Referate in den Theoretischen Kursen für Arbeitsmedizin A, B, C und in weiteren arbeitsmedizinischen Veranstaltungen. SAMA Baden-Württemberg, Stuttgart, Ulm.

Bittighofer PM. Das Berufskrankheitenverfahren. Aufbaukurs Sozialmedizin, Kursblock E. SAMA Baden-Württemberg, Stuttgart, Ulm.

Bittighofer PM. Referate in den Weiterbildungskursen zur Qualifikation arbeitsmedizinischer Assistenten. Technische Akademie Esslingen.

Böhme MWJ. Unterrichtsveranstaltungen im Rahmen des Heidelberger Curriculums Medicinale HEI-CUMED. Universität Heidelberg.

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

Landratsamt Esslingen und Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg.

Gläser K. Arbeits- und Gesundheitsschutz/Arbeitsschutzmanagementsysteme. Studiengang Gesundheitsmanagement, Hochschule Aalen.

Link B. Vorlesung „Umwelt + Gesundheit“ – Teilbereich Wohnen und Gesundheit. Public Health-Masterstudiengang, Ludwig-Maximilians-Universität München.

Müller-Barthelmeh R. Referate in den Theoretischen Kursen für Arbeitsmedizin A, B, C und in weiteren arbeitsmedizinischen Veranstaltungen. SAMA Baden-Württemberg, Stuttgart, Ulm.

Müller-Barthelmeh R. Arbeitsmedizinische Vorsorge im Strahlenschutz. Forschungszentrum Karlsruhe.

Pfaff G. Einführung in die Epidemiologie mit Schwerpunkt Psychiatrische Epidemiologie. Evangelische Hochschule Ludwigsburg.

Zöllner I. Surveillance (in: Epidemiology of Infectious Diseases). Universität Mainz.

Zöllner I. Vorlesung Epidemiologie und Statistik. Universität Hohenheim.

## Gremienarbeit



### Abteilungsleitung 9

- Deutsche Fachgesellschaft Reisemedizin
- Deutscher Verband für Gesundheitswissenschaften und Public Health
- Landesärztekammer Baden-Württemberg: Prüfungsausschuss für Sozialmedizin und Öffentliches Gesundheitswesen
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg
  - Gesundheitsforum Baden-Württemberg, AG Standortfaktor Gesundheit
  - Fachbeirat Diabetes Baden-Württemberg

### Referat 91: Recht und Verwaltung

- Bundesweiter Arbeitskreis der QM-Beauftragten in amtlichen Untersuchungseinrichtungen
- Deutsche Gesellschaft für Qualität (DGQ)
  - Regionalkreis Stuttgart
  - Stuttgarter Qualitätsleiter-Kreis
- Innenministerium Baden-Württemberg:
  - AG CMS
  - UAG Sharepoint 2010

### 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 medizinische Entomologie und Acarologie
- Landesarbeitsgruppe Borreliose und FSME Baden-Württemberg
- NA 119 DIN-Normenausschuss Wasserwesen (NAW), NA 119-07-04-04 UA Unterausschuss Schwimmbeckenwasseraufbereitung
- 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 Zoonose und Infektionsforschung
- Umweltbundesamt (UBA):
  - Arbeitskreis Mikrobiologie
  - Schwimm- und Badebeckenwasserkommission
- Wasserhygiene-Arbeitskreis der Landesuntersuchungsämter (ALUA)
- Zeitschrift Hygiene und Medizin (wissenschaftlicher Beirat)

### Referat 94: Gesundheitsförderung, Prävention, Landesarzt für Menschen mit Behinderungen

- 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
  - Fachbeirat Projekt Barrierefrei Gesund, Caritas Stuttgart und weitere Projektpartner
  - Interministerielle Kommission Frühförderung (IKF)
  - Kooperationstreffen der Landesvereinigungen für Gesundheit
  - Länderkoordinationsgremium Glücksspielsucht
  - Landesarbeitsgemeinschaft für Betreuungsangelegenheiten
  - Landesarbeitsgemeinschaft für Suchtfragen Baden-Württemberg
  - Landesbehindertenbeirat Baden-Württemberg
  - Landeskommission für Menschen mit Hörbehinderung Baden-Württemberg
  - Landeskommission 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
    - AG Gesundheit als Standortfaktor
  - Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg
    - Beraterkreis Sonderpädagogische Förderung in allgemeinbildenden Schulen
    - Fachbeirat zu frühkindlicher Bildung, Erziehung und Betreuung
  - Netzwerk Neue Festkultur
  - Netzwerk Sprache, Baden-Württemberg Stiftung
  - ÖGD Baden-Württemberg: Regionale Fachkonferenzen der Aids-/STI-Beratungsstellen in den Gesundheitsämtern
- 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; Präsidiumskommission 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)
    - Wissenschaftlicher Beirat für Public Health Mikrobiologie
  - Ständiger Arbeitskreis der Kompetenz- und Behandlungszentren für hochkontagiöse und lebensbedrohliche Erkrankungen
  - 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: Redaktionsgruppe Betriebliche Pandemieplanung
  - Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA):
    - Ausschuss für Arbeitsmedizin (AfAMed)

- \* Projektgruppe 1 Konkretisierung der ArbMedVV
- \* Unterausschuss 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 Normung e. V. (DIN):
  - Arbeitskreis Betriebliches Gesundheitsmanagement (KoSMaS 130-01), Entwicklung DIN SPEC (PAS) 91020 „BGM“
  - Arbeitsausschuss Arbeitsschutzmanagementsysteme (NA 175-00-02 AA), Entwicklung ISO 45001
  - Arbeitsausschuss Anforderungen an das Tätowieren (NA 159-02-14)
  - Technical committee Project Committee – Tattooing services (CEN/TC 435)
- European Environmental Monitoring Society: Arbeitsgruppe wissenschaftliche Internet-Fachschaft
- Gesellschaft für Qualitätssicherung in der betriebsärztlichen Betreuung mbH (GQB): Widerspruchsausschuss
- Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA): Arbeitsgruppe. Betriebliches Gesundheitsmanagement
- Länderarbeitsgruppe Umweltbezogener Gesundheitsschutz (LAUG):
  - Ausschuss Gesundheitliche Bewertung von Baustoffen (AgBB)
  - Ad hoc-Arbeitsgruppe Innenraumrichtwerte
- 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
- 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
  - Planungsgruppe Infektionsschutz für die Weiterbildung ÖGD
- Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte: Beratergruppe Qualitätssicherung
- Verein Deutscher Ingenieure (VDI/DIN):
  - Arbeitskreis Bioaerosole und biologische Agenzien
    - \* Luftgetragene Mikroorganismen und Viren
    - \* MVOC, Endotoxine, 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

## Fachpublikationen



### Allgemeine Hygiene und Infektionsschutz

- Hygieneleitfaden für die Kindertagesbetreuung mit Musterhygieneplan
- Netzwerk multiresistente bzw. mehrfach resistente Erreger (Info-Flyer)

### Gesundheitsförderung und Prävention

- BewegungsCheck – Wie bewegungsaktiv sind Sie? (Info-Flyer)
- Bewegungsförderung im Alltag älterer Menschen – Handlungsempfehlungen 3: Tanz mit älteren Menschen
- Gesundheitscheck Diabetes“ (Info-Flyer in deutscher, englischer, französischer, griechischer, russischer, serbo-kroatischer, spanischer und türkischer Sprache)
- Handlungsempfehlung zur Bürgerbeteiligung bei Gesundheitsthemen – aus den Pilotgesundheitsdialogen im Rahmen des Zukunftsplans Gesundheit

- Meine Mutter/mein Vater wird extrem vergesslich – Ist das normal im Alter oder Hinweis auf eine Demenz?“ (Info-Broschüre in griechischer, italienischer, russischer, türkischer Sprache)

### Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung

- Impfbericht Baden-Württemberg 2012 – basierend auf Daten der Einschulungsuntersuchungen
- Infektionskrankheiten in Baden-Württemberg – Infektionsbericht für 2011-2012
- Zeitreihen zur Mortalität in Baden-Württemberg 1980-2007

### Medizinischer Arbeits- und Umweltbezogener Gesundheitsschutz

- Netzwerk Schimmelpilzberatung Baden-Württemberg (1. Auflage; Info-Broschüre in italienischer, rumänischer, russischer, serbo-kroatischer und türkischer Sprache)

### Sonstiges

- Aus-, Fort- und Weiterbildung Hygiene 2015
  - Gesamtprogramm
  - Desinfektoren
  - Hygiene in Pflegeeinrichtungen
  - Hygiene in Praxen
  - Hygienebeauftragte Ärzte
- LGA-Jahresbericht 2013

## Pressemitteilungen



16.01.2014

Erster Influenza-Todesfall in Baden-Württemberg – Das Landesgesundheitsamt im Regierungspräsidium Stuttgart rät zur Grippeimpfung  
(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

03.03.2014

Neue Broschüre über Gefahren von Alkoholkonsum – Um Eltern dabei zu unterstützen, ihre Kinder über die Gefahren von Alkoholkonsum aufzuklären, hat das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg unter Förderung des Sozialministeriums die Broschüre „Über Alkohol reden – was Eltern, Erzieherinnen und Erzieher wissen sollten“ herausgegeben.  
(Pressemitteilung des Ministeriums für Arbeit und Soziales, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg)

21.03.2014

Welttuberkulosestag am 24. März – Landesgesundheitsamt im Regierungspräsidium Stuttgart weist auf leichte Zunahme an Tuberkulose-Erkrankungen in 2013 hin. – Dreimal so viele Fälle bei Kindern unter 15 Jahren im Vergleich zu 2012  
(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

16.05.2014

Badeseen im Land erhalten wieder Bestnoten – Die Wasserqualität nahezu aller Badeseen in Baden-Württemberg ist „ausgezeichnet“ oder „gut“. Zu diesem Ergebnis kommt die Badegewässerkarte 2014, die die insgesamt 315 Badeseen im Land überprüft hat.  
(Pressemitteilung des Ministeriums für Arbeit und Soziales, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg)

26.05.2014

Betriebliches Gesundheitsmanagement – Rückenschmerzen, Herz-Kreislauf-Beschwerden, Burn out – Das Land Baden-Württemberg tut etwas dagegen. – Das Landesgesundheitsamt im Regierungspräsidium Stuttgart koordiniert die betrieblichen Initiativen zur Verbesserung der Gesundheit aller Landesbediensteten in Baden-Württemberg  
(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

01.07.2014

Pressekonferenz des Landesgesundheitsamts Baden-Württemberg: Gut vernetzt für mehr Gesundheit im Land – Vorstellung des Jahresberichts 2013 – Themen: Die Vermeidung chronischer Erkrankungen am Beispiel von Diabetes mellitus Typ 2, die Integration ausländischer Fachkräfte im Gesundheitswesen und ein gut aufgestelltes Gesundheitsmanagement bei hochansteckenden Erkrankungsfällen rücken mehr in den Vordergrund der Arbeit des LGA.  
(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

01.07.2014

Gewinner des Nichtraucherwettbewerbs „Be smart – Don't start“ ausgezeichnet – Mit einer feierlichen Abschlussveranstaltung im Regierungspräsidium Stuttgart ist der diesjährige Schüler-Nichtraucherwettbewerb „Be smart – Don't start“ in Baden-Württemberg zu Ende gegangen. Bundesweit beteiligten sich 8.455 Schulklassen an dem Präventivprogramm, darunter 814 Klassen aus Baden-Württemberg.  
(Pressemitteilung des Ministeriums für Arbeit und Soziales, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg)

03.07.2014

Das Landesgesundheitsamt im Regierungspräsidium Stuttgart warnt Herzpatienten: Vorsicht bei spannenden WM-Spielen – Regierungspräsident Johannes Schmalzl: „Vermeiden Sie größere Aufregung während der Spiele und warten Sie bei entsprechenden Symptomen nicht ab – suchen Sie möglichst schnell ärztliche Hilfe“  
(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

04.07.2014

Infektionsschutz – Anlässlich der Themenwoche „Patientensicherheit und Qualität in baden-württembergischen Kliniken“ macht das Landesgesundheitsamt im Regierungspräsidium Stuttgart auf die Arbeit des landesweiten Netzwerkes zur Bekämpfung der Wei-

terverbreitung von multiresistenten Erregern aufmerksam. – Regierungspräsident Johannes Schmalzl: „Die Arbeit des Netzwerkes ist ein wichtiger Beitrag des Landes zur Patientensicherheit und zur Versorgungsqualität.“

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

08.07.2014

Gesundheitstipps für Fussballfans zur Weltmeisterschaft in Brasilien: Mückenschutz und Impfungen – „Wenn Sie vor der Reise nach Brasilien die Gültigkeit Ihres Reisepasses überprüfen, dann gilt dies auch für Ihren Impfausweis“, sagt Regierungspräsident Johannes Schmalzl.

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

09.07.2014

Sozialministerin stellt Leitbild zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems vor. – Nach einem rund einjährigen breit angelegten Diskussionsprozess hat Sozialministerin Katrin Altpeter ein Gesundheitsleitbild zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems in Baden-Württemberg vorgestellt. Das Leitbild ist ein Ergebnis des Landesgesundheitsdialogs, eines bundesweit einmaligen Beteiligungsverfahrens, in dem sich neben den Akteuren des Gesundheitswesens auch Bürgerinnen und Bürger einbringen können.

(Pressemitteilung des Ministeriums für Arbeit und Soziales, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg)

22.09.2014

Anlässlich des diesjährigen Aktionstags gegen Glücksspielsucht hat Sozialministerin Katrin Altpeter vor den Gefahren der Glücksspielsucht gewarnt. „Bei keiner anderen Sucht ist die Gefahr der Verschuldung und Verarmung von Betroffenen und ihren Familien so groß“, so die Ministerin.

(Pressemitteilung des Ministeriums für Arbeit und Soziales, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg)

22.10.2014

Neues Gesundheitsleitbild für Baden-Württemberg vereinbart – Mehr Prävention und Patientenorientierung – Sozialministerin Katrin Altpeter hat das neue Gesundheitsleitbild für Baden-Württemberg vorgestellt. An der Entwicklung des Leitbilds waren alle wichtigen Akteure des Gesundheitswesens von den Krankenkassen bis zu den Patienten beteiligt.

(Pressemitteilung des Ministeriums für Arbeit und Soziales, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg)

29.12.2014

Regierungspräsident Johannes Schmalzl präsentiert Jahresbilanz des Landesgesundheitsamtes – Schwerpunkte der Arbeit lagen unter anderem bei der Anerkennung ausländischer Fachkräfte im Gesundheitswesen und der Prävention in Bezug auf Ebola

(Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Stuttgart)

Anfahrtsbeschreibung – Dienstgebäude Nordbahnhofstr. 135

siehe Wegbeschreibung aus Richtung Heilbronn und Karlsruhe

Nordbahnhof

U Nordbahnhof

Nordbahnhof

S4 S5 S6 S

U U12 Nordbahnhof

Landesgesundheitsamt Nordbahnhofstr. 135

U U12

U U1

U U2

U U3

U U4

U U5

U U6

U U7

U U8

U U9

U U10

U U11

U U12

U U13

U U14

U U15

U U16

U U17

U U18

U U19

U U20

U U21

U U22

U U23

U U24

U U25

U U26

U U27

U U28

U U29

U U30

U U31

U U32

U U33

U U34

U U35

U U36

U U37

U U38

U U39

U U40

U U41

U U42

U U43

U U44

U U45

U U46

U U47

U U48

U U49

U U50

U U51

U U52

U U53

U U54

U U55

U U56

U U57

U U58

U U59

U U60

U U61

U U62

U U63

U U64

U U65

U U66

U U67

U U68

U U69

U U70

U U71

U U72

U U73

U U74

U U75

U U76

U U77

U U78

U U79

U U80

U U81

U U82

U U83

U U84

U U85

U U86

U U87

U U88

U U89

U U90

U U91

U U92

U U93

U U94

U U95

U U96

U U97

U U98

U U99

U U100

siehe Wegbeschreibung aus Richtung München

DB Hauptbahnhof Stuttgart

S S4 S5 S6 Richtung Marbach (N), Bietigheim oder Weil der Stadt

U U12 Richtung Hallschlag

U U1

U U2

U U3

U U4

U U5

U U6

U U7

U U8

U U9

U U10

U U11

U U12

U U13

U U14

U U15

U U16

U U17

U U18

U U19

U U20

U U21

U U22

U U23

U U24

U U25

U U26

U U27

U U28

U U29

U U30

U U31

U U32

U U33

U U34

U U35

U U36

U U37

U U38

U U39

U U40

U U41

U U42

U U43

U U44

U U45

U U46

U U47

U U48

U U49

U U50

U U51

U U52

U U53

U U54

U U55

U U56

U U57

U U58

U U59

U U60

U U61

U U62

U U63

U U64

U U65

U U66

U U67

U U68

U U69

U U70

U U71

U U72

U U73

U U74

U U75

U U76

U U77

U U78

U U79

U U80

U U81

U U82

U U83

U U84

U U85

U U86

U U87

U U88

U U89

U U90

U U91

U U92

U U93

U U94

U U95

U U96

U U97

U U98

U U99

U U100

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 Ehmannstraße. 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

Ältere Menschen 26  
 Analytische Qualitätssicherung 65  
 Aus-, Fort- und Weiterbildung 98

B

Behinderung 20  
 Berufskrankheiten  
 Übersicht 70

C

Chronische Krankheiten 23  
 Coxiella burnetii 8

D

Diabetes mellitus 18, 23

E

Ebolavirus 13, 19  
 Einschulungsuntersuchung 15  
 Entwicklungsverzögerung 20  
 Ermächtigungen  
 arbeitsmedizinische Vorsorge 71  
 Ernährung 23  
 Ernährungsgewohnheiten 17

F

Fachplan Gesundheit 27  
 Forschung und Lehre 102  
 Frühförderung 20

G

Gesamtsterblichkeit 18  
 Gesundheitsatlas 29  
 Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg 27  
 Glücksspielsucht 28  
 Gremienarbeit 106  
 Gruppenerkrankungen 47

H

Hepatitis E 9  
 Humanbiomonitoring 52  
 Human-Biomonitoring 65  
 Hygiene 32  
 Hygieneangelegenheiten des ÖGD 59  
 Hygienefachkraft 32  
 Hygieneleitfaden 34  
 Hygieneplan 34

I

Impfbericht Baden-Württemberg 30  
 Impfschutz der Schulanfänger 21  
 Infektiologie 62

K

Kognitive Behinderung 22  
 Kommunale Gesundheitskonferenzen 27  
 Kommunale Gesundheitsförderung 39  
 Kommunalhygiene 52  
 Konsiliarlabor Q-Fieber 63  
 Koordinierungsstelle „Gesundheitliche Chancengleichheit“ 26  
 Krankenhaushygiene 32, 47

L

Laborunterstützter Gesundheitsschutz 54  
 Laboruntersuchungen 24  
 Landesarzt für Menschen mit Behinderungen 20  
 Landesglücksspielgesetz 28  
 Landesprüfungsamt 89  
 Legionellen 55  
 Leitfaden Mutterschutz 33  
 Luftqualität 14

M

Masern 10  
 MERS-Coronavirus 13  
 Molekularbiologie 63

Mortalität 18  
MRE-Netzwerk 31  
MRSA 31  
  Surveillance 11

## N

Nährmedienherstellung 35

## O

Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) 7  
Organisationspläne 42, 43

## P

Prostituierte 25  
Pseudomonas aeruginosa 12

## Q

Q-Fieber 47

## S

S3-Labor 13, 47  
Schädlingsbestimmung 63  
Schimmel 14

Sprachscreening in der Einschulungs-  
untersuchung 16  
Staatlicher Gewerbearzt 51, 70

## T

Trinkwasseruntersuchungen 55  
Tuberkulose 60

## U

Übergewicht 15

## V

Veranstaltungen 98

## W

Wasserhygiene 55  
WHO – Collaborating Centre for Housing  
  and Health 38  
Wohnen und Gesundheit 38  
Wohngesundheit 14

## Z

Zoonose 9





Dienstgebäude Nordbahnhofstraße 135 · Stuttgart



[www.rp-stuttgart.de](http://www.rp-stuttgart.de)  
[www.gesundheitsamt-bw.de](http://www.gesundheitsamt-bw.de)